

Revisionsverkets ställningstaganden

Mentalvårds- och missbrukartjänster för unga i välfärdsområdena – tillgång, tillgänglighet och samordning av tjänsterna

Revisionen gällde välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens mentalvårds- och missbrukartjänster för unga som ordnas av på basnivå, inom den specialiserade sjukvården, elevhälsotjänsterna och socialvården. Revisionen fokuserade på tjänster för unga, eftersom utvecklingen på den senaste tiden visar att psykiska störningar bland unga ökar. Det är känt att till och med hälften av de psykiska störningarna i vuxen ålder uppträder före 15 års ålder och hela 75 procent före 25 års ålder. Psykiska problem och missbruksproblem hos unga har långvariga verkningar och ökar avsevärt antalet unga som slås ut från utbildning och arbetsmarknaden. Å andra sidan är möjligheterna att påverka det psykiska välbefinnandet bland unga goda. Enligt undersökningar uppgår de direkta och indirekta ekonomiska kostnaderna för psykiska störningar i Finland till över tio miljarder euro per år.

Vid revisionen bedömdes hur mentalvårds- och missbrukartjänsterna för unga fungerar med tanke på tillgången, tillgängligheten och samordningen av tjänsterna. I de undersökningar och utredningar som gjordes före social- och hälsovårdsreformen identifierades bland annat följande problem: otillfredsställande och utspridd tillgång till mentalvårds- och missbrukartjänster för unga, stora regionala skillnader i tjänsteutbudet, dåligt fungerande samarbete mellan olika aktörer samt brister i informationsunderlaget som gäller tjänsterna. Mentalvårds- och missbrukartjänsterna bedömdes i samma revision, eftersom avsikten vanligen är att utveckla dem som en funktionell helhet. Samtidiga psykiska störningar och missbruksproblem, dvs. dubbeldiagnoser, är vanliga.

Det finns betydande regionala skillnader i mentalvårds- och missbrukartjänsterna för unga – regional likvärdighet förverkligas inte ännu heller

Med undantag av Kajanalands och Norra Karelens välfärdsområden tillhandahöll alla välfärdsområden i maj 2024 mentalvårds- och missbrukartjänster för unga på basnivå. Enligt revisionen är skillnaderna i tjänsteutbudet och de tillgängliga resurserna dock stora. Beträffande tjänster på basnivå är de enhetliga nationella servicestrukturerna få. Det finns stora skillnader och även brister i synnerhet när det gäller missbrukartjänster riktade till unga.

Inom den ungdomspsykiatriska specialiserade sjukvården är servicestrukturerna enhetligare än på basnivån, men det finns stora skillnader mellan välfärdsområdena i fråga om hur vården förverkligas. Skillnaderna är

betydande i fråga om kostnaderna, antalet patienter och besök som ställts i proportion till befolkningen i samma ålder, antalet besök per patient, väntetiderna, avdelningsvårdens andel, användningen av köpta tjänster och belastningen på tjänsterna. Det finns sällan tillgång till missbrukartjänster riktade till minderåriga inom den specialiserade sjukvården.

Åldersgränserna för mentalvårds- och missbrukartjänster för unga grundar sig inte på en medicinsk definition av ungdomstiden

Åldersgränserna för mentalvårds- och missbrukartjänster för unga varierar betydligt mellan områdena, särskilt när det gäller tjänster på basnivå. I maj 2024 var den vanligaste åldersgränsen 13–18 år, men den övre åldersgränsen varierade mellan 17 och 29 år. Åldersgränserna för tjänster på basnivå varierade också internt i sex områden. Den ungdomspsykiatriska specialsjukvården var oftast riktad till unga i åldern 13–17.

Utvecklingsfaserna i ungdomstiden anses infalla när den unga är 12–22 år och hjärnan utvecklas under hela ungdomstiden. Grunderna för åldersgränserna inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna för unga är dock mycket sällan medicinska. Grunderna för åldersgränserna varierar mycket mellan områdena och är av många olika slag. De åldersgränser som tillämpas motiveras för det mesta med att man vill undvika överlappningar med tjänster för barn och vuxna. En annan motivering är begränsade personalresurser och ekonomiska resurser.

Köpta tjänster kan äventyra kontinuiteten i vården och försämra tjänsternas kvalitet

Tjänster som köpts av privata tjänsteproducenter, inklusive hyrd arbetskraft, är mycket vanliga såväl inom tjänster på basnivå som inom den specialiserade sjukvården och i mentalvårds- och missbruksarbetet inom elevhälsotjänsterna. Den största orsaken till de köpta tjänsterna är problem som gäller tillgången på personal. De vanligaste köpta tjänsterna är läkartjänster, men även psykolog- och terapi-tjänster köps ofta.

Förutom att de köpta tjänsterna är dyra försvårar de också sammanjämkningen av tjänsterna och samarbetet. Omsättningen på tjänsteproducenter gör enligt välfärdsområdena vården osammanhängande och äventyrar kontinuiteten i vården. Det upplevs svårt att kontrollera kvaliteten på köpta tjänster och att leda arbetet. Särskilt inom den ungdomspsykiatriska specialiserade sjukvården upplevs kvaliteten ibland som dålig i förhållande till kostnaderna och arbetet upplevs som ineffektivt. Som problem upplevs också den köpta arbetskraftens svaga engagemang i utvecklings- och nätverksarbetet och det ringa samarbetet med den egna tjänsteproduktionen.

Ingen uppföljning av hur vårdgarantin inom primärvården förverkligas – dåliga förutsättningar för kunskapsbaserad ledning av tjänster på basnivå

Målet är att icke-brådskande vård inom primärvården ska vara tillgänglig inom 14 dygn efter att en bedömning av vårdbehovet har gjorts. Endast fyra områden (Södra Karelen, Mellersta Finland, Birkaland och Österbotten) kunde bedöma hur stor del av de unga som hade fått vård inom ramen för vårdgarantin inom primärvården. I en del av områdena upplevs det vara svårt att följa upp vårdgarantin, eftersom välfärdsområdena anser att definitionen av när vården inleds är oklar i lagstiftningen. Inom den specialiserade sjukvården förverkligades vårdgarantin våren 2024 i de flesta områden, men det fanns dock tydliga skillnader beträffande hur snabbt man fick vård. Endast tre områden kunde rapportera att vårdbehovet bedöms inom tre veckor enligt kraven i lagstiftningen. På basnivå och inom den specialiserade sjukvården är det vanligt med interna köer efter att vårdbehovet har bedömts. Dessa köer försvårar ytterligare den faktiska uppföljningen av möjligheten att få vård.

Ett flertal områden kunde inte rapportera uppföljningsuppgifter och nyckeltal till revisionsverket ens beträffande de viktigaste tjänsterna. Förutom uppgifterna om hur vårdgarantin förverkligas saknade många områden uppgifter om de totala kostnaderna för tjänsterna, kostnaderna för köpta tjänster, huruvida bedömningarna av vårdbehovet görs på det sätt som lagstiftningen kräver samt antalet mottagningsbesök och antalet klienter. Även uppföljningsuppgifterna som gäller tillgången till elevhälsotjänster och hur personaldimensioneringen förverkligas var opålitliga.

Nivån på integrationen varierar och kontinuiteten i vården är förknippad med många risker

Mentalvårds- och missbrukartjänsterna har integrerats i varierande grad i välfärdsområdena. Med undantag av några områden produceras social- och hälsovårdstjänsterna fortfarande huvudsakligen separat. I en del områden förekommer problem vid övergången från tjänster för unga till tjänster för vuxna, vilket innebär en risk för att de unga inte har tillgång till tjänsterna. Köerna är ofta längre till tjänster för vuxna och när det gäller dessa tjänster förväntas större initiativförmåga av de unga själva jämfört med tjänster för unga. Problemen framhävs särskilt i områden där åldersgränserna är strikta och stela.

Övergången från basnivå till specialsjukvården är inte smidig i alla områden. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) krävs en remiss av läkare till den specialiserade sjukvården. I vissa områden kan unga i praktiken emellertid hänvisas till den ungdomspsykiatriska specialiserade sjukvården också av någon annan yrkesutbildad person inom social- eller hälsovården. Det förekommer betydande problem beträffande remisspraxis i vissa områden. Som högst var andelen återsända remisser 47 procent av det totala antalet remisser. Den vanligaste orsaken till att remissen återsändes var att kriterierna inte uppfylldes.

Kriterierna för den specialiserade sjukvården upplevdes ofta för stränga på basnivå, vilket innebär att lämplig service inte kan ordnas för unga som har allvarliga symtom. Enligt representanter för den specialiserade sjukvården ökar bristerna på basnivån efterfrågan på specialiserad sjukvård. Det förekommer också problem när den unga övergår från den specialiserade sjukvården till tjänster på basnivå. Kontinuiteten i vården äventyras när samarbetet och kommunikationen mellan den specialiserade sjukvården och basnivån inte fungerar och det är oklart för den unga eller vårdinstansen hur vården ska fortsätta.

Kontinuiteten i vården kan förbättras genom att skapa fungerande vård- och tjänstekedjor och planera ett fungerande progressivt patientomhändertagande. Vård- och tjänstekedjorna samt ett progressivt patientomhändertagande hade fastställts i mindre än hälften av välfärdsområdena vid tidpunkten för revisionen. Uppföljningen av hur vårdkedjorna och det progressiva patientomhändertagandet förverkligas var inte systematisk och praxis varierade stort. Även konsultationspraxis var varierande. Sammanjämkningen av tjänsterna försvårades i flera områden av att informationssystemen överlappade och inte var helt kompatibla. Arbetsformerna för att trygga kontinuiteten i vården vid övergången mellan tjänsterna är varken systematiska eller etablerade.

Bristerna i mentalvårds- och missbrukartjänsterna belastar elevhälsotjänsterna och socialvården

Ofta hänvisar elevhälsotjänsterna de unga till tjänsterna på basnivå och den specialiserade sjukvården. Elevhälsotjänsternas roll framhävs särskilt i de områden där det inte finns separata mentalvårds- och missbrukartjänster på basnivå för unga eller där tjänsterna är begränsade. Om det finns brister i tjänsterna kan det vara svårt för elevhälsotjänsterna att koncentrera sig på sina huvudsakliga uppgifter och de tvingas utföra korrigerande arbete i tjänsterna. Den betydande läkar- och psykologbristen försvårar också mentalvårds- och missbruksarbetet inom elevhälsotjänsterna.

Enligt lagstiftningen hör vården inte till socialvårdens uppgifter. Revisionen visar att en stor mängd vårdrelaterade tjänster också kan förflyttas till socialvården om det finns brister i mentalvårds- och missbrukartjänsterna. En del av de yrkesutbildade personerna inom socialvården upplever sig inte ha tillräcklig yrkeskunskap för vårdarbete. I en del områden finns det fortfarande problem med tillgången till mentalvårds- och missbrukartjänster för unga i vård utom hemmet.

Tjänsternas tillgänglighet bör fortfarande utvecklas

Tjänsternas tillgänglighet har utvecklats i de flesta områden till exempel genom olika digitala lösningar och mobila tjänster som de unga kan använda. De flesta tjänster på basnivå är tillgängliga utan remiss. I maj 2024 var *walk in*-tjänsterna med låg tröskel fortfarande relativt sällsynta. Distansmötenas roll varierade mellan olika områden och applikationer som är populära bland de unga användes endast sällan. Tjänster som tillhandahålls i hemmet var få och de köpta tjänsterna

orsakade personalomsättning. Endast ett fåtal områden samlade systematiskt in feedback från de unga för att utveckla tjänsterna.

Rekommendationer

Social- och hälsovårdsministeriet samt välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen

1. borde säkerställa att det regionala tjänsteutbudet inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna för unga i fortsättningen är mer enhetligt än för närvarande och att de unga har tillgång till tjänsterna i enlighet med kraven i hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen
2. borde säkerställa att åldersgränserna för mentalvårds- och missbrukartjänsterna för unga i fortsättningen är enhetligare och grundar sig på den medicinska definitionen av ungdomstiden i hälso- och sjukvårdstjänsterna
3. borde säkerställa att man vid användningen av köpta tjänster sörjer för kontinuiteten i vården, tjänsternas kvalitet och kostnadsnyttoeffekten
4. borde säkerställa att det inte uppstår avbrott i vården och att de unga får de tjänster de behöver vid övergången från tjänster för unga till tjänster för vuxna, vid övergången mellan basnivån och den specialiserade sjukvården, inom barnskyddets vård utom hemmet och i situationer där den unga har missbruksproblem och en psykisk störning samtidigt
5. borde utveckla remisspraxis så att andelen remisser som återsänds från den ungdomspsykiatriska specialiserade sjukvården minskar jämfört med nuläget
6. borde utveckla informationssystemen och registreringspraxis så att det för att utveckla tjänsterna finns tillräckligt med uppföljningsuppgifter även om mentalvårds- och missbrukartjänsterna på basnivå för unga (inkl. elevhälsotjänsterna) och hur det progressiva patientomhändertagandet förverkligas.

Social- och hälsovårdsministeriet

7. borde säkerställa att vårdgarantin tolkas och följs upp på ett enhetligt sätt i välfärdsområdena.