

# Det förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen

- En kartläggning

Lotta Mäkelä

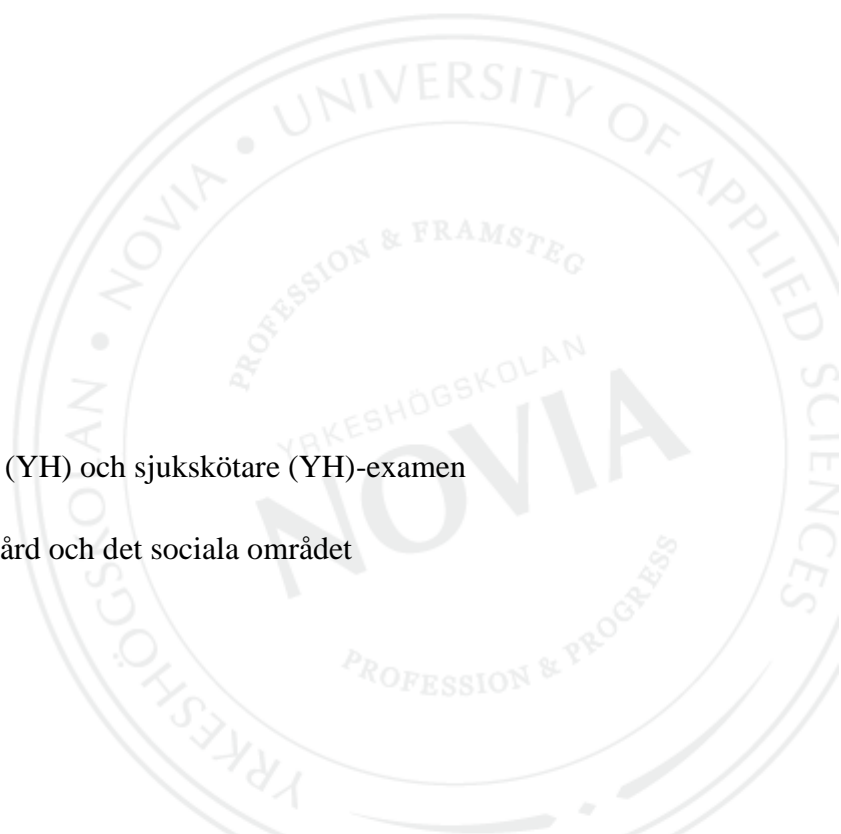
Cia-Maria Selenius

Marie Stens

Examensarbete för socionom (YH) och sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård och det sociala området

Åbo 2011



## EXAMENSARBETE

Författare: Lotta Mäkelä, Cia-Maria Selenius, Marie Stens

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård och det sociala området, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Sjukskötare YH, Socionom YH

Handledare: Monica Norrgård, Johanna Wikgren-Roelofs

Titel: Det förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen – En kartläggning

---

Datum 28.9.2011

Sidantal 47

Bilagor 1

---

### Sammanfattning

Detta examensarbete ingår i projektet Mannens välbefinnande och hälsa på YH Novia och är fas ett av tre. Projektet utgår från ett genusperspektiv där den finländska mannens hälsa är i centrum. Syftet i examensarbete är att kartlägga hur det förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbetet ser ut kring den finländska mannen. Målet med kartläggningen är att få en bredare kunskap om mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen och ge ett grundläggande underlag för de kommande grupperna som skall fortsätta projektet.

Kartläggningen är baserad på lagar och nationella styrdokument som sätter upp mål och rekommendationer för mentalvårdsarbetet. Metoden i examensarbetet är innehållsanalys och gjordes ur de nationella styrdokumenterna och de centrala lagarna. Resultatet av kartläggningen utmynnade i nio teman under huvudgrupperna förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbete. I resultatet av kartläggningen kom även fram att mannen syns i styrdokument och lagar på tre olika sätt. De tre sätten mannen syns på är direkt utskrivet, ord som jämför de båda könen och grupper som berör män.

Vidare diskuterades mannen och de teman som framkommit som resursförstärkande eller förebyggande mentalvårdsarbete tillsammans med forskningar, litteratur och statistik.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Kartläggning, mentalvårdsarbete, förebyggande, resursförstärkande, mannen

---

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt i webbiblioteket theseus.fi och i Novias bibliotek i Åbo

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Lotta Mäkelä, Cia-Maria Selenius, Marie Stens

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitoalan ja sosiaalialan koulutusohjelma, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoidtaja (AMK) & Sosionomi (AMK)

Ohjaajat: Monica Norrgård & Johanna Wikgren-Roelofs

Nimike: Kartoitus ennaltaehkäisevästä ja voimavaroja vahvistavasta mielenterveystyöstä; mies fokuksessa

---

Päivämäärä 28.9.2011

Sivumäärä 47

Liitteet 1

---

### Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on osa kolmivaiheisen AMK Novian "Miehen Terveys ja hyvinvointi"-projektin ensimmäistä vaihetta. Projektin lähtökohtana on sukupuolinäkökulma, jossa keskeisenä teemana on miehen terveys. Opinnäytetyön tarkoitus(tavoite) on kartoittaa miehen asemaa ennaltaehkäisevässä ja voimavaroja vahvistavassa mielenterveystyössä. Kartoituksen tavoitteena on saada lisää tietoa miehille suunnatusta mielenterveystyöstä, ja samalla antaa perusteellisen pohjan projektin seuraavaa vaihetta työstäville ryhmille.

Kartoitus perustuu lakeihin ja sosiaali -ja terveysministeriön ohjesääntöihin, jotka asettavat tavoitteita ja suosituksia mielenterveystyölle. Tutkimusmetodina käytettiin sisältöanalyysiä, jonka kohteena oli kansalliset ohjesäännöt ja alan keskeiset lait. Tutkimuksen tuloksena on kahden pääteeman, ennaltaehkäisevän- ja voimavaroja vahvistavan mielenterveystyön, alle sijoittuvat yhdeksän eri alaotsikkoa. Kartoituksen tuloksena on myös se, että mies sukupuolena tulee esille kolmella eri tavalla laeissa ja ohjesäännöissä. Suoraan mainittuna, tulkittuna sanojen takaa sekä ryhmässä jotka tulkittuna koskisivat ensisijaisesti, suurimmassa määrin miehiä.

Lisäksi opinnäytetyössä käsitellään ennaltaehkäisevää- ja voimavaroja vahvistavaa mielenterveystyötä myös muiden tutkimusten, alan kirjallisuuden sekä tilastojen valossa.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Kartoitus, mielenterveystyö, ennaltaehkäisevä, voimavaroja vahvistava, mies

---

Arkistoidaan: Opinnäytetyö on saatavilla ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa theseus.fi ja Ammattikorkeakoulu Novian kirjastossa Turussa.

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Lotta Mäkelä, Cia-Maria Selenius, Marie Stens

Degree Programme: Degree Programme in Nursing & Social Care, Turku

Specialization: Nurse & Bachelor of Social Services

Supervisors: Monica Norrgård & Johanna Wikgren-Roelofs

Title: A study: man's perspective in preventive and empowering mental health work

---

Date 28.9.2011

Number of pages 47

Appendices 1

---

### **Summary**

This thesis is a part of a three-phase project by Novia University of Applied Sciences, "Men's health and well-being". The basis of the project is men's health and well-being with a gender perspective. The thesis' purpose is to survey men's position in preventive and empowering mental health work. The aim of the survey is to increase the information available about health work directed at men; and also to equip the groups working with the next phases of the project with a base for their following works.

The map-out is based on Finnish laws and policy documents by the Ministry of Social affairs and health, that set goals and recommendations for mental health work. The research method used on the material (national laws and guidelines) was content analysis. The research resulted in nine different sub-themes under the main themes of preventive and empowering mental health work. The map-out also revealed that men as a gender are accounted for or taken to consideration in three different ways in various laws and guidelines. Directly outspoken, interpreted in words or in groups that on a larger scale would concern men.

In addition, the thesis handles the themes of preventive and empowering mental health work in discourse with other studies, literature and statistics.

---

Language: Swedish

Key words: Mapping, mental health work, preventive, resource-enhancing, man

---

Filed at: This thesis is available at the electronic library [theseus.fi](http://theseus.fi) and in the library of Novia University of Applied Sciences in Turku.

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte, mål och frågeställningar.....	3
3	Metod- och processbeskrivning.....	3
4	Definition av begrepp.....	7
5	Den finländska mannen.....	8
6	Styrdokument.....	9
6.1	Plan för mentalvårds- och missbruksarbetet.....	10
6.2	Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008-2011	10
6.3	Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovårdsministeriet KASTE.....	11
6.4	Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015.....	11
6.5	Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004-2007.	12
6.6	Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015.....	12
7	Resultat.....	13
7.1	Förebyggande mentalvårdsarbete.....	13
7.1.1	Primär- och öppenvård.....	13
7.1.2	Endörns- och lågröskelprincipen.....	14
7.1.3	Företagshälsovård.....	15
7.1.4	Främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen.....	16
7.1.5	Samverkan mellan olika sektorer.....	17
7.2	Resursförstärkande mentalvårdsarbete.....	18
7.2.1	Boendeservice.....	18
7.2.2	Utkomstskydd.....	19
7.2.3	Brukareexperter och kamratstödjare.....	20
7.2.4	Sysselsättning för svårssysselsatta.....	21
7.3	Finländska mannen i styrdokumentet.....	22
8	Resultatet i relation till forskning och statistik.....	25
8.1	Förebyggande.....	26
8.2	Resursförstärkande.....	30
9	Etik och tillförlitlighet under examensarbetsprocessen.....	35
10	Avslutande diskussion.....	37
	Källförteckning.....	40

## 1 Inledning

Det här examensarbetet är en kartläggning av det förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbetet på nationell nivå utgående från ett mansperspektiv. Arbetet är unikt eftersom det inte tidigare gjorts en kartläggning av mentalvårdsarbetet med fokus på mannen. Dessutom är arbetet tvärvetenskapligt, skrivet av en vårdstuderande och två socionomstuderanden. Det tvärvetenskapliga arbetssättet är ett sätt att ändamålsenligt analysera problem, få en djupare förståelse för ämnet och ta samhällsansvar (Enkvist & Sahuquillo 1999, s. 10). Examensarbetet är en del av projektet Mannens hälsa och välbefinnande på yrkeshögskolan Novia. Utgångspunkten för projektet är den internationella intensivkursen WELL MAN som startade hösten 2009 och det här examensarbetet är fas ett av tre. Tidsramen för projektet är 2010 – 2013 och alla tre arbeten tillsammans kommer att resultera i en produkt i form av en antologi.

I regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering sägs att myndigheterna systematiskt ska gå in för att beakta könsperspektivet i all sin verksamhet eftersom könet påverkar människors handlingar och val, vilket i sin tur ofta påverkar människors livssituation, förutsättningar och behov (SHM 2009a, s. 10-11). Den finländska mannen söker hjälp först efter en lång tids begrundan och orsaker till detta kan vara svårigheter att erkänna egna problem, skam och rädsla för stigmatisering (Ensi- ja turvakotien liitto ry 2006, s. 166). En orsak kan även vara att hjälpsökande ses som en svaghet eller oförmåga att klara sig på egen hand (Peitsalo 2008, s.17). Det är möjligt att ett samhälle där maskuliniteten framhävs hindrar en del män att söka hjälp för sina problem eller t.o.m. leder till ett ökat riskbeteende (Melartin, Kuosmanen & Riihimäki 2010, s.169).

Männens kriscenter har genom sin verksamhet bevisat att det finns behov av att medvetandegöra att mansrollen är i förändring i samhället, för att kunna anpassa mansperspektivet även i servicesystemet (Ensi- ja turvakotien liitto ry 2006, s.172). När männens depression studerats har det framkommit att det finns skillnader mellan köns symptom (Säävälä, Nyqvist& Salonen 2006, s.53), männens depressions symptom avfärdas ofta som symptom av arbetsbelastning eller ökad alkoholkonsumtion (Melartin m.fl. 2010, s.169). Den finländska mannen har enligt statistiken högre självmordsbenägenhet än kvinnor och över 90 % av dem som begått självmord har lidit av någon psykisk störning (Pirkola & Sohlman 2005, s.6).

Den finländska mannen har även färre beräknade levnadsår än den finländska kvinnan (Statistikcentralen 2009a). År 2009 skilde det 7 år på männens och kvinnornas levnadsår och skillnaden är tydligt större än i de övriga nordiska länderna (Huttunen 2009. s. 1097; Halme, Seppä, Alho, Pirkola, Poikolainen, Lönnqvist, Aalto 2008, s. 239). Ett av de centrala målen i styrdokumentet är att hålla männen längre kvar i arbetslivet och därtill förlänga livslängden för den finländska mannen (SHM 2006, s.25).

Enligt mentalvårdslagen (1990/1247) skall sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna tillsammans med socialvården bilda en funktionell helhet (Mentalvårdslagen Kap. 1 §5) och därför anser vi att det är viktigt att tvärfackligt kartlägga mentalvårdsarbetet i Finland. Stora delar av mentalvården hör till hälsovården, men det finns även tjänster som hör till socialvården, exempelvis rehabiliterings- och boendetjänsterna (THL 2010c, s.24).

Vi har avgränsat oss till sex av de centrala nationella styrdokumentet; Plan för mentalvårds- och missbruksarbete, Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008-2011, Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008-2011, Strategier för social- och hälsovårdspolitikerna 2015, Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004-2007 och Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Lagarna vi avgränsat oss till är tre av de lagar som reglerar mentalvården och mentalvårdsarbetet; mentalvårdslagen, socialvårdslagen samt den nya hälso- och sjukvårdslagen. I arbetet kommer vi att kartlägga de centrala styrdokumentet och lagarna som berör mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen samt i diskussionen av resultatet använda oss av aktuell forskning, rapporter, statistik och litteratur.

## 2 Syfte, mål och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att ur styrdokument och centrala lagar kartlägga det resursförstärkande och förebyggande mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen.

Målet med examensarbetet är att få en bredare kunskap och djupare förståelse för mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen och ge ett grundläggande underlag för de kommande grupperna som ska fortsätta projektet.

Frågeställningar:

- Syns mannen i styrdokument och lagarna?
- På vilket sätt syns mannen i styrdokument och centrala lagar?
- På vilket sätt syns det resursförstärkande mentalvårdsarbetet i styrdokument och centrala lagar?
- På vilket sätt syns det förebyggande mentalvårdsarbetet i styrdokument och centrala lagar?

## 3 Metod- och processbeskrivning

Metoden i arbetet är innehållsanalys. Målet med en innehållsanalys är att på ett systematiskt sätt tematisera och kategorisera materialet så att det svarar på arbetets frågeställningar. En innehållsanalys ska vara objektiv, alla steg i processen sker endast för att få fram svaren på frågeställningarna. Med hjälp av innehållsanalys kan man få fram valid information, även om den i materialet är underförstådd. (Anttila 2000, s. 254; Carlsson 1999, s. 88)

Innehållsanalys är en process som påbörjas genom att materialet som ska användas väljs, vidare markeras och plockas allt som är av betydelse och intresse ut för att koncentrera materialet ytterligare. För att göra materialet mera hanterbart tematiseras eller delas det in efter ämne och till sist görs en summering. (Tuomi & Sarajärvi 2002, s. 94)

Kartläggningen är gjord på utvalda styrdokument och lagar som är centrala för syftet. Vid en kartläggning söks nya synvinklar och fenomen. Kartläggning används bl.a. i syfte att



leta teman, modeller eller klasser och även för att se hur de är i relation till varandra. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, s.138)

Syftet med detta arbete är att tvärfackligt kartlägga det förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen. Med den finländska mannen avses i examensarbetet, i enlighet med lagstiftningen om social trygghet (2004/635) 2 kap. 3§ en person som är stadigvarande bosatt i Finland, har sitt egentliga hem och huvudsakligen vistas här. Den finländska mannen har begränsats till åldern 23 – 63 år, därför att män under 23 år fortfarande hör till den sena ungdomsåldern (SHM 2003a, s. 5) och vid 63 år är det möjligt att gå i ålderspension (Pensionsskyddscentralen 2010).

Kartläggningen på mentalvårdsarbetet har avgränsats till det förebyggande och resursförstärkande arbetet eftersom förebyggande verksamhet inom hälso-, social- och sjukvård börjat prioriteras för att säkerställa människors välbefinnande (Moula, 2009, s.101) och det resursförstärkande arbetet flyttar tyngdpunkten på klienten och fokus läggs på individens egna upplevelser. I det resursförstärkande arbetet ska alla ha möjlighet att påverka sin egen livssituation och faktorer som inverkar på den (THL 2011a, s. 16).

Eftersom examensarbetet är avgränsat till mentalvårdsarbete har vi valt att inte närmare gå in på missbruksarbete. Emellertid är det oundvikligt att inte nämna det eftersom det är så stor del av mentalvården och därför kommer missbruksarbete endast att figurera under de teman där det är relevant.

Arbetsprocessen påbörjades genom att utforma syfte, mål och frågeställningar och utgående från dem startades en utredning av aktuella styrdokument som behandlar mentalvården i Finland. Vi valde att avgränsa styrdokumentet och forskningen till en tidsperiod på elva år med det äldsta materialet från år 2000. Genom avgränsningen undviks föråldrat material eftersom ett omfattande förändringsarbete har kommit igång inom kommun- och servicesystemet under 2000-talet vilket innebär förändringar i mentalvårdsarbetets administrativa strukturer. (THL 2010c, s.14)

Som bas för arbetet finns sex styrdokument som är centrala för syftet och frågeställningarna. Alla styrdokument är gjorda av social- och hälsovårdsministeriet och berör det resursförstärkande och förebyggande mentalvårdsarbetet i Finland vilket var ett kriterium för att ha dem med i kartläggningen. Det äldsta styrdokumentet är färdigställt år 2001 och fyra av styrdokumentens rekommendationer sträcker sig fram till år 2015.

Då kartläggningen påbörjades analyserades styrdokumenterna och lagarna systematiskt och teman valdes utgående från de definitioner vi gjort på begreppen resursförstärkande och förebyggande. För att de valda teman skulle vara tillförlitliga som en del av mentalvårdsarbetet i Finland var kravet att de skulle behandlas i minst två av de sex valda styrdokumenterna.

Samtidigt som vi sökte teman försökte vi hitta mansperspektiv i dem. Som resultat av innehållsanalysen tolkar vi att mannen kan synas i styrdokumenterna på tre olika sätt; direkt utskrivet, genom att tolka ord t.ex. kön och jämställdhet eller genom att tolka text där vi genom statistik vet att män utgör en avvikande grupp t.ex. våld (Statistikcentralen 2009b) och alkohol (Statistikcentralen 2009c). (Se figur 1, s.6) Självklart avses mannen även när det talas om befolkningen överlag.

De teman som valts ut som förebyggande mentalvårdsarbete är; primär- och öppenvård, företagshälsovård, främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen, samverkan mellan olika sektorer, endörns- och lågröskelprincipen. De teman som valts ut som resursförstärkande mentalvårdsarbete är; brukareexperter och kamratstöd, utkomstskydd, boendeservice, sysselsättning för svårssysselsatta. (Se Figur 1, s.6)

Rubrikerna på teman har kommit direkt från styrdokumenterna, antingen hela rubriken eller vissa ord i dem. Rubrikerna har även begränsat innehållet i teman och förhindrat att temaområdena blivit för omfattande och därmed tappat relevans.

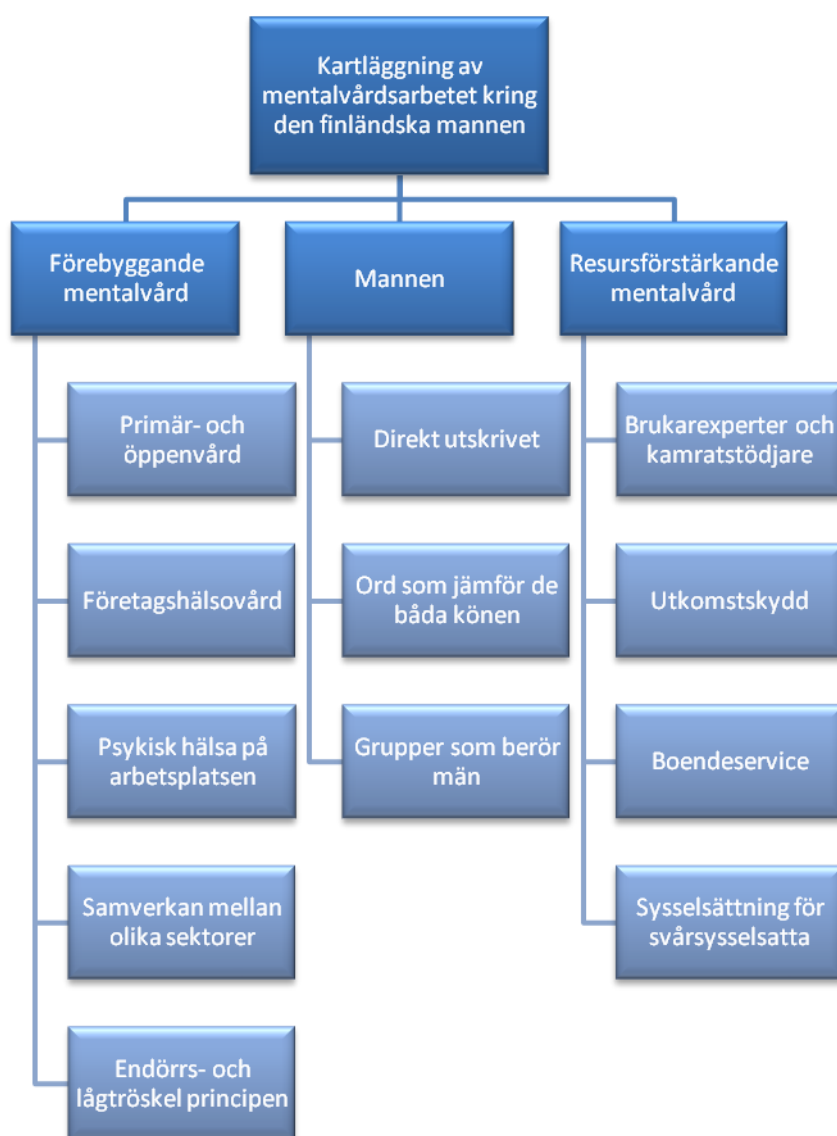
Vidare söktes lagar som är relevanta för arbetets syfte. Centrala lagar är mentalvårdslagen (1116/1990) och hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) därför att de anger bestämmelser för mentalvården i Finland (THL 2010c, s. 24). Vi har även valt att ta med socialvårdslagen (1982/710) med tanke på tvärfackligheten och för att den reglerar bl.a. den socialservice som mentalvårdsklienter har rätt till. Utgående från de utvalda temaområdena granskades hur den centrala lagstiftningen ser ut.

Kartläggningen av de centrala styrdokumenterna och lagarna utgör resultatet i examensarbetet. För att få bredare kunskap och en djupare förståelse för vad resultatet grundar sig på och hur det i praktiken ser ut söktes mera material i form av relevanta forskningar, statistik och litteratur kring den finländska mannen och de valda temaområdena. Den nya materialsökningen begränsades även den till en tidsperiod på elva år, från år 2000 fram till år 2011. Resultatet tillsammans med det nya materialet sammanställdes till en resultatdiskussion.

Litteratursökningen gjordes både elektroniskt och manuellt, de elektroniska databaserna som användes är; Academic Search Premier, CINAHL, ebrary, Health & Safety Science Abstracts, Journals@Ovid, LIBRIS, Medic, MEDLINE, ScienceDirect, SpringerLink, Tria - Tritonias katalog, Web of Science och Google Scholar

Den manuella litteratursökningen gjordes på yrkeshögskolan Novias bibliotek i Åbo, Åbo stadsbibliotek och Åbo Akademis huvudbibliotek. En del av materialet har hjälpt oss att hitta stoff som inte kommit som träffar på sökorden.

I sökningarna har följande ord använts: mies, mielenterveys, mental health, mental illness, mannen, Finland, mental hälsa, mental ohälsa, psykisk hälsa, psykisk ohälsa, health promotion, finnish men in working age, prevention, working life, health promotion.



**Figur 1** Bilden beskriver resultatet av kartläggningen.

## 4 Definition av begrepp

För att underlätta förståelsen av begreppen som används i arbetet kommer en definition av centrala begrepp att presenteras. Begreppen som definieras är; förebyggande, resursförstärkande och mentalvårdsarbete.

I det förebyggande mentalvårdsarbetet är det centralt att förutse utveckling och förhindra att det uppstår problem genom att ingripa i ett tidigt skede. Det förebyggande mentalvårdsarbetet har som mål att stärka faktorer hos individen och i samhället som skyddar individens mentala hälsa, minskar eller eliminerar faktorer hos individen eller samhället som stör den mentala hälsan. Största delen av det förebyggande mentalvårdsarbetet sker i bl.a. familjer, dagvården, skolor, arbetsplatser, kultur- och miljöväsendet och organisationer. (THL 2009a, s. 7-8) Inom socialvården har på samma sätt som inom hälso- och sjukvården allt mera börjat prioriteras förebyggande verksamhet för att säkerställa människors välbefinnande. Förebyggande inom sociala sektorn kan beskrivas som insikten om att människor har kapacitet att lära sig kunskap om livet och problemlösning och att denna kunskap kan hjälpa dem att lösa sina egna problem och bli oberoende av professionell hjälp. (Moula 2009, s.101) I arbetet är förebyggande synonymt med tidigt ingripande.

Resursförstärkande arbete kan definieras som arbete som behövs i olika livssituationer där individens eller grupperns egen förmåga att klara sig har försvårats eller håller på att försvåras. Det har som mål att skapa, återföra, och upprätthålla god livskvalitet och förutsättningar för livskontroll, förebygga marginalisering, stöda klienternas självständiga och positiva val och ett myndigt medborgarskap. Grundprinciperna är empowerment, delaktighet och ansvar. (Sosnet 2009, s.4).

Mentalvårdslagen (1990/1116) definierar mentalvårdsarbete som främjande av individens psykiska välbefinnande, handlingsförmåga och personlighetsutveckling samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Mentalvårdsarbetet omfattar också mentalvårdstjänster och till mentalvårdsarbetet hör även åtgärder för att utveckla levnadsförhållande så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster (1 kap § 1 mom 1-3).

## 5 Den finländska mannen

För att få en djupare förståelse för hur situationen ser ut för den finländska mannen, med tyngdpunkt på den mentala hälsan och faktorer som påverkar den, kommer nedan att mera ingående redogöras för fyra centrala områden; alkoholanvändning, våld, faktorer som påverkar den mentala hälsan och självmord. Under arbetsprocessens gång har vi flera gånger stött på dessa områden som direkt eller indirekt är kopplade till den psykiska ohälsan bland män i Finland under den tidsperiod på elva år som arbetet begränsats till. Därför är det relevant att de kort presenteras utgående från statistik, forskning och litteratur.

Alkoholanvändningen i Finland har ökat med en tredjedel under de senaste fyra årtiondena. År 2008 använde över en tredjedel av männen alkohol oftare en gång i veckan och siffran har stigit med 8% sedan början av 2000-talet (THL 2010a, s. 19). Alkoholrelaterade sjukdomar och alkoholförgiftningar har fördubblats under de senaste 20 åren och bland män i arbetsför ålder är alkoholdödligheten klart vanligare än dödligheten i kranskärslsjukdomar, vilka orsakar vart fjärde dödsfall (Statistikcentralen 2009c).

De vanligaste psykiska störningarna i Finland är bl.a. alkoholrelaterade störningar. Vid alkoholrelaterade störningar handlar det om att användningen blir skadlig, tvångsmässig och okontrollerad. Män drabbas dubbelt så ofta som kvinnor och enligt uppskattningar lider 4-8% av befolkningen av alkoholberoende hela tiden medan 8-15% lider av det någon gång under sitt liv. Alkohol och narkotika ökar även risken för psykotiska syndrom. (Pirkola & Sohlman 2005, s. 4-5) I alkoholförgiftning dog 473 personer varav 80 % var män. Över 50 % av alla som drunknat, dött i brand eller dött i kyla var berusade. Var femte av alla som dog i trafiken var berusad. (Statistikcentralen 2009b)

År 2008 dog 119 personer som offer för våld, av dem var 79 män. I jämförelse med de andra EU-länderna är dödligheten till följd av våld när det gäller finländska män den sjunde högsta (Statistikcentralen 2009c). Störningar i känslolivet som kan påverka våldsamheten är t.ex. depression och missbruk, det kan vara orsaken till våldet, men kan också vara en följd av det (Säävälä m.fl. 2006 s.46 - 55). När man studerat männens depression har man märkt att det finns skillnader mellan köns symptom. Kvinnornas depression stämmer överens med de diagnostiska kriterierna för depression, men inte alltid männens (Säävälä m.fl. 2006, s.53). Melartin m.fl. skriver i sin recension att man tror att män har svårare än kvinnor att uttrycka och känna igen depressions symptom. Männens

depressionssymptom förväntas vara symptom av arbetsbelastning eller ökad alkoholkonsumtion (Melartin m.fl. 2010, s.169). I Finland har arbetet mot våld haft inslag av mentalvårdsarbete också för de som utövar våld (Säävälä m.fl 2006, s. 59) exempelvis Miessakit rf är en medborgar- och expertorganisation som stöder mäns mentala, psykiska och sociala tillväxt, arbetar psykoterapeutiskt med våldsamma män att kunna avstå från våldet (Miessakit 2011).

Bland de vanligaste dödsorsakerna när det gäller män i arbetsför ålder är olycksfall och självmord (Statistikcentralen 2009c). Fler män än kvinnor försöker begå självmord, trots det får män mindre psykiatrisk vård och berättar mer sällan i förväg om självmordstankar. Självmordsstatistiken på finländska män har sjunkit sen år 1990 men de har fortfarande en ökad självmordsrisk (Melartin m.fl. 2010, s.171). År 2009 begick 1034 personer självmord i Finland, av dessa var tre fjärdedelar män (Statistikcentralen 2009b, s.8). Flera av de psykiska sjukdomarna ökar risken för självmord och över 90 % av de som begått självmord har lidit av någon psykisk sjukdom (Statistikcentralen 2009b, s.8). Den största gruppen män som begår självmord är mellan 20-40 år och två tredjedelar av självmorden är förknippade med depression (Melartin m.fl. 2010, s.171).

En faktor som påverkar könen olika är civilståndet enligt Pirkola och Sohlman. Bland de män som år 2000 tog mediciner mot bl.a. depression och ångest var majoriteten frånskilda eller separerade, civilståndet visade sig inte påverka kvinnorna på samma sätt. Även vid alkoholanvändningen var betydelsen av civilstånd särskilt tydlig bland män, då de som var gifta inte i lika hög grad led av alkoholrelaterade sjukdomar. Samma undersökning visar att regionsvis kan man se vissa skillnader i den mentala hälsan, exempelvis i norra Finland är antalet individer som lider av depression högre än i södra Finland, skillnaden kan delvis förklaras med att det i norr är längre perioder utan dagsljus. (Pirkola mfl. 2005, s. 7-9).

## **6 Styrdokument**

Styrdokumenterna som används som bas för kartläggningen har begränsats till sex stycken, varav de tre första; Plan för mentalvårds- och missbrukararbete, Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008 – 2011 och Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården har valts för att de nämns som centrala för mentalvården i rapporten Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990 (THL 2010c, s.5). De tre andra är Nationella

handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008-2011, Strategier för social- och hälsovården 2015 samt Folkhälsoprogrammet 2015 har analyserats för att få mer bredd och tillförlitlighet till arbetet och för att de sträcker sig över en tidsperiod fram till året detta arbete skrivs eller längre. Alla styrdokument berör inte direkt mentalvårdsarbetet, men alla är relevanta eftersom i all främjande av hälsa borde tas i beaktande även främjandet av den mentala hälsan. (THL 2010, s.24).

Styrdokumenterna är uteslutande gjorda av social- och hälsovårdsministeriet och fungerar som rekommendationer och sätter upp målsättningar för hälsoarbetet i Finland. Styrdokumenterna presenteras från den nyaste till den äldsta.

## **6.1 Plan för mentalvårds- och missbruksarbetet**

Planen för mentalvårds- och missbruksarbetet fram till år 2015 har tagits fram av arbetsgruppen Mieli 2009 som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet för att utarbeta en nationell plan för psykisk hälsa och missbruksarbete. Planen följer Europeiska unionens, Europarådets och Världshälsoorganisationens internationella riktlinjer. (SHM 2009b, s.3,13)

Planen ger riksomfattande riktlinjer för mental- och missbruksarbetet och utgångspunkten är att psykiska problem och missbruk har en stor betydelse för folkhälsan. I planen för mentalvårds- och missbruksarbete framhävs att klientens ställning skall stärkas och grund- och öppenvårdstjänster betonas. (SHM 2009b, s.5)

## **6.2 Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008-2011**

Det nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008-2011 fastställer de praktiska riktlinjerna för verksamheten för att minska de socioekonomiska skillnaderna och förverkligar för sin del målet för folkhälsoprogrammet 2015. (SHM 2009c, s.3) Handlingsprogrammet presenterar 15 åtgärder med hjälp av vilka man vill minska hälsoskillnader hos befolkningen. Huvudlinjerna i programmet är att med samhällspolitiska åtgärder påverka fattigdom, utbildning, sysselsättning och boende, stödja sunda levnadsvanor och genom att förbättra jämlik tillgång till användning av social- och hälsovårdstjänster (SHM 2009c, s.4).

### **6.3 Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovårdsministeriet KASTE**

Ett nationellt utvecklingsprogram fastställs av statsrådet på föredragning av social- och hälsovårdsministeriet och i enlighet med lagen om planering av statsandel för social- och hälsovården (733/1992). Detta sker vart fjärde år och år 2007 började förarbetet till det nationella utvecklingsprogrammet KASTE som gäller för åren 2008-2011. (SHM 2008a, s.3, 13)

I KASTE fastslås de utvecklingsmål för social- och hälsovården som under de närmaste åren skall uppnås. Även de viktigaste åtgärder som behöver vidtas för att kunna uppnå målen finns presenterade. Utvecklingsprogrammet ger en helhetsbild över hur utvecklingen inom social- och hälsovården kommer att se ut och är därför en riktgivare för kommunerna. (SHM 2008a, s.3)

Målen som fastslås i KASTE 2008-2011 är att öka kommuninvånarnas delaktighet och minska marginalisering, att öka välfärd och hälsa och minska skillnader i dessa och att förbättra kvaliteten, genomslagskraften och tillgången till service för kommuninvånarna och samtidigt minska regionala skillnader. Programmålen eftersträvas genom förebyggande och tidigt ingripande, tillräcklig personalstyrka och genom social- och hälsovården som en sammanhängande helhet och effektiva verksamhetsmodeller. (SHM 2008a, s.4)

Utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE ha ren central roll i utvecklingen av mentalvårdsarbetet. Inom fyra KASTE-områden pågår för närvarande fyra utvecklingsprojekt som berör mentalvårdsarbetet. Den nya hälsovårdslagen, revideringen av socialvårdslagstiftningen och beredningen av lagstiftningen om tvångsvård är centrala lagstiftningsprojekt med inverkan på arbetet för psykisk hälsa. (THL 2010d, s. 9).

### **6.4 Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015**

Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 presenterar social- och hälsovårdsministeriets syn på de viktigaste prioriteringarna inom social- och hälsovårdspolitiken fram till år 2015. Målet med Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 är att genom reglering och omfördelning av resurser skapa ett samhälle som år 2015 är livskraftigt, ekonomiskt hållbart, effektivt och dynamiskt.



Strategin har utarbetats i samråd mellan sakkunniga och ministeriets avdelningar, ministeriets ledningsgrupp har dragit upp riktlinjerna för arbetet. (SHM 2006, s. 3 - 7)

En del av de mål som social- och hälsovårdsministeriet vill uppnå till år 2015 med strategin är att förbättra befolkningens funktionsförmåga och sociala välfärd, förlänga tiden i arbetslivet med tre år, öka jämställdheten mellan könen samt att främjandet av hälsa och välbefinnande skall bli ett etablerat perspektiv i samhällspolitiken. (SHM 2006, s. 3 - 7)

## **6.5 Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004-2007**

Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården togs fram av statsrådet år 2003 och fastställer de viktigaste målen för utvecklandet av social- och hälsovården för de kommande fyra åren. Målen och rekommendationerna riktar sig i första hand till kommunerna och är huvudsakligen riktgivande. Syftet med programmet är att styra och stöda utvecklingsarbetet och planeringen av servicen i kommunerna samt uppföljningen och utvärderingen av verksamheten. (SHM 2003b, s.3)

## **6.6 Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015**

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, vilket drar upp riktlinjerna för Finlands hälsopolitik fram till år 2015. Kärnan i programmet är att öka förståelsen för främjandet av hälsan och användningen av denna som utgångspunkt inom samhällets samtliga sektorer. Programmet belyser vikten av främjandet av hälsa framför utvecklingen av hälso- och sjukvårdstjänster eftersom folkhälsan till stora delar bestäms av faktorer som står utanför den egentliga primärvården. (SHM 2001, s. 5)

I programmet har åtta mål för folkhälsoarbetet ställts upp, för att uppnå målen krävs det likartade åtgärder av de olika aktörerna. Dessutom presenteras 36 prioriterade ställningstaganden som innehåller utmaningar och riktlinjer för finländarnas vardagsmiljö och samhällets olika aktörer. Statsrådet rekommenderar därför att aktörerna, dvs. olika instanser, centralförvaltningen, kommuner, forskningsinrättningar och organisationer tar med Folkhälsoprogrammet 2015 och dess mål i sin planering. (SHM 2001, s. 6)

## 7 Resultat

Resultatet av kartläggningen presenteras under rubrikerna förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbete. De centrala lagarna presenteras under de teman där de är relevanta. Mannen presenteras under en egen rubrik där resultatet hur mannen syns i styrdokumentens visas. För en bättre överblick över vilka styrdokumentens som figurerar i de olika teman, se bilaga 1.

### 7.1 Förebyggande mentalvårdsarbete

De centrala teman för det förebyggande mentalvårdsarbetet som plockats ur styrdokumentens kommer i enlighet med de definitioner som finns i arbetet att presenteras. Det förebyggande mentalvårdsarbetet syns i lagar och styrdokument som primär- och öppenvård, endörns- och lågröskelprincipen, företagshälsovård, främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen, samverkan mellan olika sektorer.

#### 7.1.1 Primär- och öppenvård

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall ”Vård som ges under intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppenvård.” (Hälso- och sjukvårdslagen 2010/1236 5 §) Enligt det Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader är primärvården en grundsten för att främja hälsa och minska på ojämnheter. Stakes grundade i samråd med universitet, hälsovårdscentraler och andra institutioner en utvecklingsenhet för primärvården som skall ta fram kunskap om vårdprocesser och – rutiner. Det behövs välorganiserad utvecklingsverksamhet för att högklassiga tjänster ska kunna tryggas sågs det i Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård 2008-2011. God praxis uppkommer och sprids via utvecklingsinsatserna. Forsknings- och utvecklingsverksamheten är ett sätt att förbättra tjänsternas effektivitet, produktivitet och genomslagskraft (SHM 2008a, s. 47).

Även åtgärdsprogrammet Hälsovårdscentral 2015 har som mål att stärka primärvården. Åtgärdsprogrammet anser speciellt att minskning av ojämnheter i hälsa och hälsofrämjande skall på en större roll i framtiden på hälsocentralerna. (SHM 2009c, s. 49) I vissa kommuner är det en utmaning att möta de särskilda behov som det snabbt växande antalet invandrare medför (SHM 2008a, s. 29).

Arbetsgruppen Mieli föreslår att kommunerna optimerar grund- och öppenvården för mental- och missbrukspatienter genom att öka t.ex. jour- och konsultationstjänster. Detta skapar förutsättningarna för att behovet av anstaltsplatser minskar. (SHM 2009b, s.15) I planen för det nationella mentalvårds- och missbruksarbetet, har satts som mål att minska de nuvarande 4600 psykiatriska vårdplatserna till 3000 platser fram till år 2015 genom att utveckla den öppna vårdens tjänster till mångsidigare och starkare. (SHM 2009b, s.33) Enligt mentalvårdslagen (1116/1990) har kommunerna själva ansvar över mentalvårdstjänsterna inom sin egen primärvård. De kan antingen själv producera tjänster eller köpa från sitt eget sjukhusdistrikt eller andra som producerar tjänsterna. (Mentalvårdslagen 1116/1990)

### **7.1.2 Endörns- och lågtröskelprincipen**

Endörns- och lågtröskelprincipen ska trygga en smidig tillgång till mentalvård och idag är den naturligaste lågtröskelenheten primärvården (SHM 2009b, s.19). För klienter kan det vara svårt att själv hitta den servicehelhet som lämpar sig bäst för just hans eller hennes behov och tjänster för personer med psykiska är alltför utspridda. Förutom att göra det lättare för mentalvårdspatienter att få vård (SHM 2006, s.18) så är målet att kontakten sker vid rätt tidpunkt genom en tjänst som motsvarar klientens behov och som vid behov har skräddarsyttts för honom eller henne (SHM 2008a, s. 44). I strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 föreslås att fler vårdplatser med lågtröskel inrättas och avgiftsvården byts ut (SHM 2006. s. 17).

Ur kommunernas ekonomiska perspektiv är det också motiverat att socialvården och primärvården ordnas som en enhetlig funktionell helhet eftersom produktiviteten förbättras. Ur klientens synvinkel är det viktigt att man lyckas undvika otydliga ansvarsfördelningar mellan olika förvaltningsnivåer och att man förmår bilda servicehelheter på ett smidigt sätt vilket förutsätter samverkan mellan olika sektorer. Samarbetet mellan kommunerna och organisationerna ska utökas i syfte att öka medborgarnas möjligheter att delta. Verksamhetsförutsättningar för olika slags mötesplatser med låg tröskel ska skapas. (SHM 2008a. s. 40-42) En samhällsstruktur som är fri från hinder och tillgänglig verksamhet och service främjar den sociala rättvisan. Det stärker förfaranden som förebygger problem och minskar utslagning (SHM 2003b. s. 28).

Eftersom endörns- och lågtröskelprincipen eftersträvas krävs det att personalen fortsätter utbildas sig för att kunna hantera nya arbetssätt. Regionala rekryterings- och ersättersystem

införs och den yrkesutbildade personalen inom socialvården tillämpas i vidare kretsar än för närvarande. Tillgången på personal bör tryggas genom att nybörjarplatserna inom utbildningen omfördelas så att de svarar mot de regionala behoven av arbetskraft. Inom hälso- och sjukvården etableras nya verksamhetssätt som baserar sig på en reviderad arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper bl.a. genom utnyttjande av distanskonsultation och teknologi (SHM 2008a, s. 30 – 42).

År 2011 trädde den nya hälso- och sjukvårdslagen (1236/2010) i kraft, den nya lagen är en sammanslagning av de äldre lagarna folkhälsolagen (66/1972) och specialistsjukvårdslagen (1062/1989) (THL 2010c, s.24). Syftet med hälso- och sjukvårdslagen är att utveckla ordnandet av social- och hälsovården för att förbättra samordningen av primärvården, socialvården och de högspecialicerade tjänsterna i enlighet med befolkningens behov. Ett av målen med den nya lagen är att trygga tillräcklig och jämlik tillgång till tjänster och att klienterna skall få de tjänster de behöver i en sammanhängande helhet (Lag om utvecklande av ordnandet av social- och hälsovården åren 2011–2014 §1, §2).

### **7.1.3 Företagshälsovård**

Målet för företagshälsovården i Finland är att trygga goda förutsättningar att fortsätta arbeta och komma tillbaka till arbete i alla situationer. Detta gäller även för personer med invalidpension och rehabiliteringsersättning. Genom att effektivisera företagshälsovården och dess samarbete med den övriga hälsovården, arbetsplatsen och socialförsäkringen kan man minska på sjukfrånvaron från arbete pga. psykisk ohälsa, förlängning av sjukfrånvaro och invalidpensioner. I företagshälsovården har man möjlighet att i tidigt skede identifiera sjukdomar och behovet av behandling och rehabilitering. (SHM 2009b, s. 35; SHM 2006, s10) Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) skall kommunen ordna sådan företagshälsovård för arbetstagare som arbetar på arbetsplatserna i kommunen som avses i 12 § i lagen om företagshälsovård (1383/2001) eller någon annastans i lag.

Arbetsgruppen Mieli anser att man måste utveckla verksamheten med arbetshälsokontroller även för dem med atypiska arbetsförhållanden, till exempel korttidsanställda, så att de kan få hjälp om de behöver (SHM 2009b, s. 35). Nationella handlingsprogrammet för social- och hälsovård påpekar att samarbetet mellan företagshälsovården och hälsovårdscentralerna är synnerligen viktigt inom servicen för befolkningen i arbetsför ålder (SHM 2008a. s. 44). Utslagning i samhället skall hindras

bl.a. genom att alla har samma möjligheter till hälso- och sjukvårdstjänster. Viktiga tjänster för att förebygga utslagning är företagshälsovården och arbetarskyddet. (SHM, 2001, s.25)

Planen för mentalvårds- och missbruksarbetet har som mål att främja fortsatt arbete. Genom att stärka företagshälsovårdens roll som koordinerare mellan olika arbetsplatser och den övriga hälsovården främjas fortsatt arbete och återgång till arbete för människor med missbruk och psykisk ohälsa. Även genom att stödja arbetsförmågan och uppfölja sjukfrånvaro kan man förebygga detta (SHM 2009b. s. 35-36). Samarbetet mellan rehabiliteringstjänster och företagshälsovård effektiveras för att minska sjukfrånvaro och säkerställa att rehabiliteringsåtgärder sätts in i tid (SHM, 2006. s. 10). Kommunerna ska öka tillgången till företagshälsovårdsservice vid hälsovårdscentralerna genom att förbättra det regionala samarbetet (SHM 2003b. s. 16).

I strategier för social- och hälsopolitiken 2015 är social- och hälsovårdsministeriets huvudmålsättning med den arbetsföra befolkningen att upprätthålla individernas arbets- och funktionsförmåga så att de därmed kan stanna kvar i arbetslivet 2-3 år längre. Detta mål uppnås genom att förebygga problem som försvårar deltagandet i arbetslivet. Särskild uppmärksamhet fästs vid medvetenheten om riskgrupper och dimensioneringen av tjänsterna som riktas mot dem, även ändamålsenlig inriktning av tjänster betonas. Den del av befolkningen som deltar i arbetslivet försäkras högklassiga och omfattande hälsovårdstjänster. (SHM 2006. s. 9)

#### **7.1.4 Främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen**

Att införliva hälsofrämjandet till en del av arbetsplatsen är en av riktlinjerna som tas upp i Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008-2011 (SHM 2009c, s. 40) och även i Strategier för social- och hälsovårdspolitik 2015 (SHM 2006. s. 10). Enligt Hälsa 2015 är det viktigt är att utveckla arbetsmiljön. (SHM 2001, s.25).

För livskvaliteten och välbefinnandet är det viktigt att ha ett meningsfullt arbete där både den psykiska och fysiska hälsan och säkerhet är tryggad. Arbetsplatsen är huvudansvarig för arbetsförhållandena och utvecklingen av dem. Den största utmaningen kommer för den närmaste framtiden att vara arbetarnas psykiska hälsa (SHM 2006, s. 11) och att hitta orsakerna till att personer går i invalidpension eller blir arbetslösa så att tiden i arbetslivet kan förlängas (SHM 2006, s. 13).

Sjukfrånvaron på grund av psykisk ohälsa, onödig förlängning av sjukfrånvaro och invalidpensionerna på dessa grunder kan minskas genom att effektivisera företagshälsovårdens verksamhet och samarbete med arbetsplatsen, övrig hälsovård och socialförsäkringen (SHM 2009b, s. 35). Företagshälsovården skall hjälpa till med att identifiera problem, inleda behandling och hänvisa till rehabilitering i tillräckligt god tid (SHM 2006, s.11; SHM 2009b, s. 35). Enlig lagen skall hälsorådgivning och hälsoundersökningar bidra till att främja funktions- och arbetsförmåga och förebygga och främja psykisk hälsa. (Hälso- och sjukvårdslagen 2010/1326 2 kap § 13)

I strategier för social- och hälsovårdspolitiken har arbetsgruppen föreslagit att arbetsplatsernas färdigheter att använda sig av metoder för att bedöma och förebygga arbetsstress och psykisk belastning skall förbättras. Även metoder för att ta upp problem till diskussion och därigenom ingripa tidigt, speciellt då det gäller faktorer som påverkar den psykiska hälsan negativt, skall förbättras, även arbetsplatsernas kunskap om jämställdhetsfrågor skall förbättras. (SHM 2006, s.11-12) I Hälsa 2015 sägs det att genom att t.ex. utveckla en personalpolitik och personalstrategier kan man hjälpa människor att orka i arbetslivet (SHM 2001, s.25). Även i Nationella handlingsprogrammet för social- och hälsovården 2008-2011 sägs att tidigt ingripande kan tillämpas inom de arbeten som utförs tillsammans med olika klientgrupper inom social- och hälsovården (SHM 2008a. s. 32).

Social- och hälsovårdsministeriet föreslår att arbetslivet ska göras attraktivare genom att förbättra trivselen i arbetet, öka jämställdheten i arbetslivet och underlätta för arbetstagarna att kombinera arbetet med familjeliv. (SHM 2006. s. 11)

### **7.1.5 Samverkan mellan olika sektorer**

I planen för mentalvårds- och missbruksarbete 2009-2015 föreslås att servicesystemet utvecklas genom ett samarbete mellan olika sektorer. Kommunerna är i en central roll då det gäller att upprätthålla hälsan bland kommuninvånarna (SHM 2009b, s 27) och ett särskilt tyngdpunktsområde är det förebyggande mentalvårdsarbetet som kräver samarbete mellan kommunens olika verksamhetsområden (SHM 2003b, s.24) samt andra lokala aktörer (SHM 2001, s. 27.) En tillgänglig verksamhet och service stärker och förebygger problem och minskar utslagning. En ökad tillgänglighet kräver samarbete och partnerskap mellan olika sektorer (SHM 2003b, s. 27-28).

Medborgarorganisationerna gör en betydande insats när det gäller producering av stöd och tjänster för de grupper som har det sämst ställt och faller genom välfärdsnätet. Tredje sektorn har visat sig vara en viktig aktör vid förebyggning av problem och vid tillämpningen av nya verksamhetsmodeller på kommunnivå. (SHM 2006, s. 17)

Enligt mentalvårdslagen (1116/1990) finns det krav på samarbete inom mentalvårdsarbetet. Kommunerna måste förbättra sin ledning och samordning av mental- och missbrukarvården, en fast heltidstjänst för koordinering av hälsofrämjande och förebyggande mental- och missbruksarbete föreslås i områden med stor befolkning. För att verkningsfullt och effektivt kunna anordna tjänsterna måste klienternas behov komma först. (SHM 2009b, s. 26-27) För klientens bästa är det viktigt att ha tydliga ansvarsfördelningar mellan de olika förvaltningsnivåerna och bildar servicehelheter på ett smidigt sätt. Även den kommunala ekonomin gynnas av att socialvården och primärvården bildar en fungerar och sammanhängande helhet (SHM 2008a, s. 42).

I Mål- och verksamhetsprogrammet betonas utgångspunkten i utvecklingen av social- och hälsovårdsservicen skall vara att förbättra och trygga klientens och patientens medverkan, ställning och rättigheter också i det regionala samarbetet och att man genom regionalt samarbete och samarbete med organisationer kan effektivera servicen för grupper med små möjligheter. (SHM 2003b, s. 23) För att främja samverkan mellan sektorerna skall arbetsfördelningen mellan den privata och offentliga social- och hälsovården vara tydlig och samarbetet skall effektiveras så att tjänsterna bildar en funktionell helhet (SHM 2006, s. 19)

## **7.2 Resursförstärkande mentalvårdsarbete**

De centrala teman för det resursförstärkande mentalvårdsarbetet som plockats ur styrdokumentet kommer i enlighet med de definitioner som finns i arbetet att presenteras. Det resursförstärkande mentalvårdsarbetet syns i lagar och styrdokument som boendeservice, ukomstskydd, brukareexperter och kamratstödjare och sysselsättning för svårssysselsatta.

### **7.2.1 Boendeservice**

Enligt mentalvårdslagen (1990/1116) ska det ordnas möjlighet till stöd- och serviceboende i samband med behövlig medicinsk eller social rehabilitering för personer med

mentalsjukdomar eller andra mentala störningar i samarbete med socialväsendet i kommunen. (1 kap § 5 mom. 2). Boendeservice är anordnande av service- och stödboende (Socialvårdslagen 1982/710, 3 kap § 22) som stöder klientens självständiga boende eller övergång till ett självständigt boende med hjälp av socialarbete och andra socialtjänster (Socialvårdsförordning 1983/607 Kap 1§ 10).

Bostadslösheten har visat sig vara ett svårösligt samhällsproblem och speciellt svårt har det varit att hitta bostäder för rehabiliteringsklienter inom mentalvården eller missbrukarvården och klienter med s.k. dubbeldiagnoser (SHM 2009c, s.41, SHM 2008a s.25). Eftersom det gäller svårt utsatta grupper med en pågående marginaliseringsprocess som rör flera livsområden är det befogat att erbjuda dem stödboende eller någon form av serviceboende som tar hänsyn till deras speciella behov. I ett program för minskning av långtidsbostadslösa föreslås som en åtgärd att erbjuda bättre bostadssituationer för specialgrupper exempelvis för personer med psykiska problem (SHM 2009c, s.41).

Enligt Nationella handlingsprogrammet för social- och hälsovård 2008-2011 krävs det individuella, skräddarsydda lösningar för stödboende och mer intensivt stöd för att bygga upp vardagen (SHM 2008a, s.25) och planen för mentalvårds- och missbruksarbetet föreslår att utvecklingsrekommendationerna för boendetjänster till psykiskt funktionshindrade ska kompletteras (SHM 2009b, s. 33). Långvarig bostadslöshet är ett problem främst i de större städerna och i huvudstadsregionen. Långvarig bostadslöshet är ofta förenad med användning av narkotika och berusningsmedel, psykiska problem, neurologiska skador, brottslighet, våldsbenägenhet, fängelsestraff och skuldsättning. Nationella handlingsprogrammet för social- och hälsovård 2008-2011 har som mål att halvera långvarig bostadslöshet (SHM 2008a, s.25).

## **7.2.2 Utkomstskydd**

Tillräcklig utkomst är en faktor som kan anses ha en betydande effekt på hälsa och välfärd (SHM 2009c, s.31). Personer som är under psykiatrisk- eller missbruksrehabilitering har det ofta dåligt ställt ekonomiskt (SHM 2009c, s. 22). För att förebygga marginalisering måste den sociala tryggheten utgå från klienternas behov, vara flexibelt och reagera snabbt på människors verkliga situationer och behov, systemet behöver även förenklas och förtydligas (SHM 2009c, s.32) Planen för mentalvårds- och missbruksarbete föreslår att utkomstskyddet för personer under rehabiliteringstiden ska förbättras för att stärka deras



förutsättningar som stöder och stimulerar strävan efter självständigt boende och deltagande i arbetslivet (SHM 2009b, s. 22).

Strategier för social- och hälsovårdspolitiken föreslår att utkomstskyddet och beskattningen ska utvecklas så att det alltid är lönsamt att ta emot ett arbete och så att också personer med nedsatt arbetsförmåga ska kunna få ett arbete (SHM 2006, s.22). Utkomstskyddet för arbetslösa är ett kortvarigt skydd som ska uppmuntra aktivt arbetsökande och utbildning, upprätthållande av arbetsförmågan och rehabilitering ska prioriteras fram utkomstskydd för arbetslösa och förtida pension. Social- och hälsovårdsministeriet föreslår även att maximilängden för det passiva utkomstskyddet för arbetslöshet ska förkortas genom att sysselsättande aktivitetsåtgärder införs och utkomstskyddets längd kopplas till personens arbetshistoria. (SHM 2006, s. 14) I Finland svarar Folkpensionsanstalten för en del sociala förmåner som är avsedda att med hjälp av inkomstöverföringar och olika tjänster minska sociala skillnader och hälsoskillnader (SHM 2009c, s. 33). Ingen av de tre lagarna som arbetet är begränsat till nämner någonting specifikt om utkomstskydd.

### **7.2.3 Brukareexperter och kamratstödjare**

Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008-2011 efterlyser lösningar som gör klientens röst bättre hörd i ärenden som gäller både val av tjänster och tjänsternas innehåll (SHM 2008a, s.40). Enligt mentalvårdslagen (1990/1116) ska vården i mån av möjlighet ske i samförstånd med patienten (4a 22 b §). Under de senaste åren har man genom lagstiftningsåtgärder försökt stärka klientens ställning inom socialvården, klientens medverkan kan ökas genom exempelvis god praxis (SHM 2003b, s. 12).

Arbetsgruppen Mieli föreslår att brukareexperter och kamratstödjare ska medverka i planering, förverkligande och utvärdering av mental- och missbruksarbete för att man bättre ska kunna ta tillvara klienternas behov i servicesystemet (SHM 2009b, s 20) Också Mål- och verksamhetsprogrammet menar att det i utvecklandet av det regionala samarbetet bör utgångspunkten vara att förbättra och trygga klientens medverkan, ställning och rättigheter (SHM 2003b, s.23).

Med brukareexperter avses personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som antingen själv har tillfrisknat, är tidigare brukare av tjänsterna eller familjemedlem eller närstående. Arbetsgruppen Mieli föreslår att brukareexperternas sakkunskap bör tas till vara i

kommuners strategiska arbete, vid utvärdering av tjänster och i rehabiliteringsarbetsgrupper och även i boendetjänster inom psykiatrirehabilitering, i arbete som syftar till minskning av vård oberoende av vilja och av tvångsåtgärder samt i utomstående sakkunnigbedömning (SHM 2009b, s. 20).

Arbetsgruppen Mieli definierar kamratstödjare som personer som på frivillig basis och utgående från egna erfarenheter är verksamma i servicesystemet som stöd för klientens långsiktiga vård i kamratstödgrupper eller som stödpersoner (SHM 2009b, s. 20) och kamratstödshjälp beskrivs som viktiga förutsättningar för välbefinnande och en hälsosam livsstil (SHM 2001, s.25).

Kamratstödsverksamhet ökar delaktighet för de som känner sig utanför eller är i riskzonen att marginaliseras (SHM 2009b, s. 24) Kamratstöd brukar oftast erbjudas av frivilliga organisationer som i första hand hjälper människorna att klara sig, men också genom att erbjuda professionellt stöd (SHM 2009c, s 68).

#### **7.2.4 Sysselsättning för svårssysselsatta**

Arbetsgruppen Mieli föreslår att sysselsättningsförutsättningarna för psykiskt funktionshindrade personer med invalidpension och rehabiliteringsstöd som söker sig till arbetslivet skall förbättras genom ändamålsenlig användning av arbetsprövning, stöd av arbetstränare i arbetet, arbetsträning, arbetsinriktad rehabilitering, yrkesutbildning, övergångsanställningar och sociala företag (SHM 2009b. s. 36). De vuxna som blivit utslagna ur arbetslivet är en stor grupp som behöver mycket stöd för att upprätthålla funktionsförmågan för att klara sig på arbetsmarknaden (SHM 2008a, s. 25) eftersom klyftan mellan arbetslivets krav och de utslagnas arbetsförmåga har vuxit (SHM 2006, s.27). Social- och hälsovårdsministeriet anser att långtidsarbetslösas möjligheter att få social sysselsättning kan utökas genom att servicecentralerna för arbetskraft och de aktörer som tillhandahåller arbetstillfällen samarbetar. Långvarig arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och social- och hälsovårdstjänster skulle således erbjudas i servicehelheter (SHM 2006, s. 16).

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008-2011 vill utveckla den s.k övergångsarbetsmarknaden och under 2007-2013 har pengar riktats till utvecklingen av bl.a. sociala företag, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, verkstäder för vuxna, arbetsplatser med låg tröskel och rehabilitering (SHM 2008a, s.34). Kommunerna

skall säkerställa tillräckliga resurser för att kunna utveckla servicecenter för arbetskraften. Syftet är att ge långtidsarbetslösa aktiverande service och sysselsättningservice som överskrider flera sektorer med service från olika aktörer (SHM 2003b, s. 30).

Arbetsgruppen Mieli förslår att bl.a. FPA, kommunerna, samkommuner, arbetsförvaltningen och arbetsmarknadsorganisationer skall ansvara för att faktorer som hotar arbetsförmågan hos personer med psykiska - och missbruksproblem ska åtgärdas i tid (SHM 2009b, s. 36). Detta stöds av den nya hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) vilken fastslår att ett enhetligt samarbete inom social- och hälsovården ska effektiveras bl.a. då det gäller den psykiska hälsovården och rusmedelsvården. (Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010)

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008-2011 säger att uppkomsten av nya kommun- och servicestrukturer ska styras så att även tjänster för svårssysselsatta personer ordnas som sammanhängande helheter för klienten inom de nya strukturerna, vilket ska ske i form av gott samarbete med andra aktörer. (SHM 2008a, s. 36) Som en del av regeringens sysselsättningsstrategi reformeras servicestrukturen för den offentliga arbetskraftsservicen i ett försök att höja sysselsättningsgraden och minska arbetslösheten (SHM 2003b, s. 28)

### **7.3 Finländska mannen i styrdokumentet**

Den finländska mannen syns i styrdokumentet antingen direkt utskrivet, genom att tolka ord t.ex. kön och jämställdhet eller genom att tolka text om avvikande grupper t.ex. text om våld eller alkoholanvändning (se figur 2, s. 25) Även när man talar om befolkningen överlag avses självklart mannen. Den finländska mannen nämns direkt i Strategier för social- och hälsovårdspolitiken och Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 medan vi tolkat att grupper med svag socioekonomisk ställning i högre grad kunde beröra män än kvinnor. Grupper med lägre socioekonomisk ställning finns i Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader, Planen för mentalvårds- och missbruksarbetet och i Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004-2007. I det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008-2011 talas det också om minskning av hälsoskillnader i de lägre socialgrupperna.

Den finländska mannen nämns direkt i styrdokumentet då det skrivs om dödlighet och den arbetsföra befolkningens hälsa. I Strategier för social- och hälsovårdspolitiken står det att

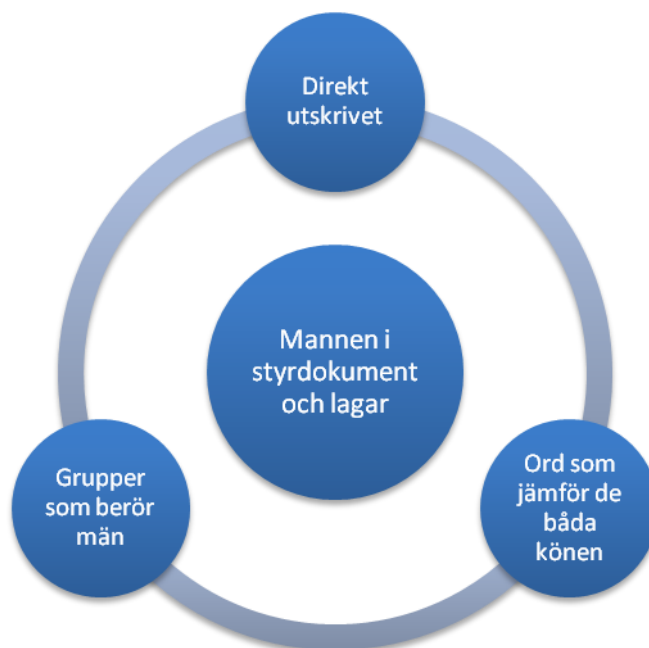
den arbetslösa befolkningens hälsa har förbättrats, men att det för männens del inte varit lika positiv utveckling som för kvinnorna. Trots den gynnsamma utvecklingen är antalet personer som går i invalidpension fortfarande högt och att bl.a psykiska problem är en växande orsak till detta (SHM 2006, s.25). Styrdokumentet tar också upp att den högre dödligheten bland män är en av de viktigaste frågorna i framtiden (SHM 2006, s.45) och målsättningen är att minska antalet dödsfall genom olyckshändelser och våld bland männen så att siffran är bättre än medelnivån för EU-länder (SHM 2006, s.10).

Enligt Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 har högre tjänstemän i åldern kring 35 år beräknats ha i genomsnitt 5.5 levnadsår längre än en arbetande man i samma ålder (SHM 2001, s.11) och målet är att minska på skillnaderna i dödlighet mellan könen, grupper med olika utbildning och olika yrkesgrupper genom att arbeta för mindre skillnader i jämlikhet, förbättrad välfärd och relativ ställning för de minst gynnade befolkningsgrupperna (SHM 2001, s. 18). Det står också att framförallt unga mäns död i samband med mental ohälsa är vanliga (SHM 2001, s.10).

Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004-2007 skriver att hälsotillståndet och den sociala välfärden har förbättrats klart långsammare i grupper med lägre inkomst- och utbildning än i andra befolkningsgrupper (SHM 2003b, s. 9) vilket stöder vår tolkning att de lägre socioekonomiska grupperna handlar i större utsträckning om män, eftersom männens hälsa inte blivit bättre i samma takt som kvinnans (SHM 2006, s.25). Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader definierar socioekonomiska skillnader som systematiska skillnader mellan olika befolkningsgrupper när det gäller hälsotillstånd, sjuklighet och dödlighet och att dessa delvis går parallellt med andra hälsoskillnader bl.a kön (SHM 2009c, s.22). Utbildning, socialklass enligt yrkestillhörighet, ställning på arbetsmarknaden samt inkomster och förmögenhet används som indikatorer för socioekonomiska hälsoskillnader (SHM 2009c, s.22). Allvarliga psykiska störningar är vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna och de som är i en lägre samhällsställning dör i genomsnitt yngre (SHM 2009c, s.22). Ur detta kunde det också tolkas att det är flera män än kvinnor som hör till de lägsta socioekonomiska grupperna eftersom de har färre beräknade levnadsår (Statistikcentralen 2009).

Psykiska problem kan också vara i hög grad kopplad till socioekonomiska hälsoskillnader och kan påverkas med hjälp av utbildning, ekonomisk försörjning och sysselsättning, förbättring av arbets-, boende- och levnadsförhållanden, stöd till personer som befinner sig i utsatt situation (SHM 2009b, s.40). I strategier för social- och hälsovårdspolitiken står det

att strävan är att minska hälsoskillnaderna i olika utbildningsgrupper och i fråga om den arbetsföra befolkningen är huvudmålsättningen att upprätthålla individernas arbets- och funktionsförmåga så att de kan stanna kvar i arbetslivet 2-3- år längre med särskilt tonvikt på riskgrupper, dimensioneringen av tjänsterna som riktar sig till dem och en ändamålsenlig inriktning av tjänsterna (SHM 2006, s.9). Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE 2008-2011 har också som mål att minska hälsoskillnader, men nämner främst tobaksrökning, fetma och alkoholkonsumtion och att dessa förekommer i de lägre socialgrupperna där också den förväntade livslängden är den kortaste och risken för social utslagning störst (SHM 2008a, s. 26). I KASTE står det också om utslagning i arbetslivet och att det finns en stor grupp vuxna som blir utslagna ur arbetslivet och behöver ett stort mått av stöd när det gäller att bevara funktionsförmågan så att de klarar sig i arbetslivet (SHM 2008a, s.25).



**Figur 2** Bild på hur mannen syns i lagar och styrdokument

## 8 Resultatet i relation till forskning och statistik

I resultatdiskussionen för vi fram forskningsresultat, statistik och litteratur som är förknippade med resultatet i kartläggningen för att ge en djupare förståelse vad dessa innebär. Resultat diskussionen är uppdelad i underrubrikerna förebyggande och resursförstärkande. För att underlätta för läsaren följer diskussionen samma ordning som resultatet, dvs. kapitlet förebyggande presenteras med början i öppen- och primärvård, företagshälsovård, främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen, samverkan mellan olika sektorer och avslutas med endörns- och lågröskelprincipen. På motsvarande sätt börjar kapitlet resursförstärkande med brukareexperter och kamratstödare, utkomstskydd, boendeservice och slutar med sysselsättning för svårsysselsatta. Mannen diskuteras genomgående.

## 8.1 Förebyggande

Förebyggande mentalvård kan ses som ett begrepp som innehåller främjande av mental hälsa och förebyggande av mentala störningar (THL 2010c, s. 24). Öppenvården kan ses som förebyggande mentalvårdsarbete eftersom man i ett tidigt skede kan undvika att sjukdomar förvärras och blir långvariga (SHM 2009b, s.14) vilket leder till att behovet av institutionsplatser minskar (Korkeilainen 2009, s. 2337). Planen för mentalvårds- och missbruksarbetet har satt som mål att minska de psykiatriska vårdplatserna genom att utveckla den öppna vårdens tjänster (SHM 2009b, s.33). Mentalvårdstjänster försöker man huvudsakligen sköta som öppenvård och vården sker på sjukhus endast då öppenvården inte längre är tillräcklig (Kuhanen m.fl. 2010, s. 180-181).

År 2009 var ca 30 600 patienter på special psykiatrisk institutionsvård vilket var fyra procent mindre än året innan. Av dessa var 51 % män. Åldersfördelningen varierar mycket bland män och kvinnor, av kvinnorna var största delen 15-24 år och från 60 år uppåt medan männen var fler i åldrarna 25-59. (Institutionsvård inom specialiteten psykiatri 2009). Wahlbeck (2007) skriver att det är möjligt att den ökade användningen av öppenvårdstjänster berör till stor del de som har en hög socioekonomisk ställning och har mycket kunskap om psykisk hälsa och att detta kan leda till att de som verkligen behöver mentalvårdstjänster inte kommer åt dem bl.a. bostadslösa, patienter med beteendeproblem och missbrukare med mentala störningar (Wahlbeck 2007, s. 92)

Öppenvården kan delas in i två olika riktningar, primärvård och öppenvård med grund i den specialiserade sjukvården. I den primära öppenvården sköts omvårdnad, basmedicinsk behandling och förebyggande arbete oberoende av sjukdomar, patientgrupper och ålder. Öppenvården med den specialiserade sjukvården omfattar specialläkare och andra specialister. (Davidsson 1998, s. 19-20) Hälso- och sjukvårdslagen 5 § säger att ”Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppenvård.”

Under 1980-talet omstrukturerades mentalvården i Finland då det rådde en global trend och öppenvården ökade i hela världen. Redan då talades om att tyngdpunkterna skall ligga på förebyggande arbete, primärvård och öppenvård. (Viitanen & Lehto 1998, s.41-42) Öppenvård finns både på den kommunala och privata sektorn. Öppenvården utvecklas hela tiden och blir mångsidigare och flexiblare så att vården skall passa in i människors vardag. Med detta vill man undvika eller förkorta sjukhusvården. Det finns även möjligheter att få vård hemma för svåra fall t.ex. psykosarbetsgrupper som snabbt kan göra hembesök vid

behov. Dessa psykosarbetsgrupper finns runt om i Finland. (Kuhanen m.fl. 2010, s. 180-181). Arbetsgruppen Mieli föreslår också att kommunerna ökar t.ex. jour- och konsultationstjänster vilket också skulle skapa förutsättningar för att mindre anstaltsplatser (SHM 2009b, s.15).

Mentalvårdsklienter erbjuds idag något som kallas halvöppna tjänster. Det betyder en mellanform mellan öppenvården och institutionsvården och är avsedd för att stöda öppenvård och rehabilitering. De halvöppna tjänsterna har sjukvårdsdistriktet, kommunerna och de privata serviceproducenterna hand om. Exempel på halvöppna tjänster är boendeservice, dagsjukvård och arbetsverksamhet. (Pirkola & Sohlman 2005, s. 18)

Endörns- och lågröskelprincipen ska trygga en smidig tillgång till mentalvård och idag är den naturligaste lågröskelenheten primärvården (SHM 2009b, s.19) och ska uppmuntra personer med risk för psykisk ohälsa att söka vård redan då problemen är i ett tidigt stadium (THL 2010c, s. 31). I allmänhet uppsöker männen i ett senare skede vård (Melartin m.fl. 2010, s.172) men det kan också finnas andra orsaker än kön som mer kan påverka uppsökandet av vården nämligen socioekonomisk ställning och yrke (Galdas, Cheater & Marshall 2005, s.620) Målet med endörns- och lågröskelprincipen är att avstigmatisera och avinstitutionera psykiatrisk sjukhusvård (THL 2010c, s. 31). Enligt en studie om stigma och bruk av mentalvårdstjänster av personer med depression i Finland minskar inte stigmatisering av uppsökandet av mentalvårdstjänster vid allvarliga depressioner. Dock förslås att det skulle ges mer information om antidepressiva mediciner eftersom det råder okunskap om medicinernas sidoeffekter och risker att bli beroende av antidepressiva mediciner, vilket i sin tur kan leda till senare uppsökande av vård (Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck 2011, s.5)

Primärvården, hälsocentralerna och företagshälsovården är viktiga för mentalvårdsarbete för befolkningen i arbetsför ålder (SHM 2008c, s.15). I företagshälsovården finns möjligheter att i tidigt skede identifiera sjukdomar och behovet av behandling och rehabilitering (SHM 2009b, s. 35; SHM 2006, s.10) Enligt lagen om företagshälsovård (1383/2001) måste arbetsgivaren ordna företagshälsovård till sina anställda för förebyggande av arbetsrelaterade risker. Riskerna som förebyggs är bl.a. olyckor, sjukdomar och dessutom främja arbetstagarnas hälsa och arbets- och funktionsförmåga (FPA-Statistik 2008, s.21). Arbetsgruppen Mieli anser att man också måste utveckla verksamheten med arbetshälsokontroller även för dem med atypiska arbetsförhållanden, till exempel korttidsanställda, så att de kan få hjälp om de behöver (SHM 2009b, s. 35). Dessa



är även en stor utmaning för företagshälsovården (SHM 2004, s.22) eftersom ett arbetskontrakt för en kort tid betecknar osäkerhet och osäkerhet i sin tur kan orsaka psykisk ohälsa (SHM 2008c, s.27).

Hälsa i arbete 2015 har gjort upp strategiska riktlinjer för att förbättra företagshälsovården. Riktlinjerna är att förbättra arbets kvaliteten, trygga heltäckande och högklassiga företagshälsovårdstjänster och att upprätthålla och främja hälsa och arbetsförmåga. Strategierna är att göra arbetslivet mer lockande, förhindra och lindra utslagning och trygga väl fungerande tjänster och ett rimligt utkomstskydd. Arbetslivet förändras snabbt och konkurrensen blir allt hårdare. Kraven på kunskap och arbetsskicklighet har ökat och samtidigt stiger genomsnittsåldern på arbetskraften (SHM 2004, s.19-21). Majoriteten av företagshälsovårdens kunder anser att företagshälsovården fungerar bra eller utmärkt. Av befolkningen i åldern 25-64 ansåg 77,3% år 2009 att företagshälsovården fungerade bra eller utmärkt, vilket är en förbättring från år 2000 då endast 65,7% var nöjda (THL 2010b, s. 221). Hälsa i arbete 2015 tar upp att äldre arbetstagare anser att deras arbetsförmåga förbättrats både fysiskt och psykiskt och att gruppen som anser sin arbetsförmåga vara dålig eller synnerligen dålig har ökat (SHM 2004, s.27-28).

Årligen lider sex procent av Finlands befolkning i arbetsför ålder av allvarlig depression. Depression förekommer mer hos arbetslösa än de som arbetar (SHM 2008c, s 15). Förutom depression har de även olika sociala problem som t.ex. ekonomiska, hälsorelaterade och mentala, vilket leder till en ökad risk för att bli utstötta ur samhället (SHM 2008c, s. 27). För att öka arbetsförmågan och det psykiska välmåendet hos de långtidsarbetslösa måste hälsovården utvecklas för att man redan tidigt skall kunna ingripa (SHM 2008c, s. 15) och hälsorådgivning för arbetslösa utvecklas för tillfället enligt programmet Hälsa i arbetet 2015 (SHM 2009b, s.35). Män söker ofta hjälp i sista stund och berättar mindre om sina symptom än kvinnor. En del män har svårigheter med att prata om bl.a. psykosociala problem och stress på en mottagning, vilket kan försvåra igenkännandet av depression och påbörjandet av vården. (Melartin m.fl. 2010, s.172) Det har även visat sig att män följer vård direktiv mindre samvetsgrannt än kvinnor (Huttunen 2009. s. 1098).

Den största utmaningen kommer för den närmaste framtiden att vara arbetarnas psykiska hälsa (SHM 2006, s. 11) och att hitta orsakerna till att personer går i invalidpension eller blir arbetslösa så att tiden i arbetslivet förlängs (SHM 2006, s. 13). Stressen hos människor ökar, likaså utbrändhet i arbete, depression och psykiska problem (SHM 2006, s. 25). Män kan reagera lättare på arbetsrelaterad stress än kvinnor (Melartin m.fl. 2010, s.170). Enligt

FPA:s statistik för ersatta sjukdagpenningdagar har sjukskrivningar på grund av psykiska sjukdomar och -syndrom samt beteende störningar ökat bland männen de senaste 10 åren (FPA-statistik Sjukförsäkring 2009). Även invalidpensioneringen har ökat eftersom invalidpension kan beviljas p.g.a. psykisk ohälsa. Bland invalidpensioner som beviljats som rehabiliteringsstöd var psykiska sjukdomar den klart största gruppen med en andel på 40 % år 2008 (Finlands officiella statistik 2010). Sjukfrånvaron på grund av psykisk ohälsa, onödig förlängning av sjukfrånvaro och invalidpensionerna på dessa grunder kan minskas genom att effektivisera företagshälsovårdens verksamhet och samarbete med arbetsplatsen, övrig hälsovård och socialförsäkringen (SHM 2009b, s. 35).

För den arbetsföra befolkningen kan psykisk hälsa bäst främjas genom åtgärder i arbetslivet (Wahlbeck m.fl. 2007, s. 3442 - 3445). Enligt lagen skall hälsorådgivning och hälsoundersökningar bidra till att främja funktions- och arbetsförmåga och förebygga och främja psykisk hälsa. (Hälso- och sjukvårdslagen 2010/1326 2 kap § 13). Andra hälsofrämjande metoder på en arbetsplats kan vara t.ex. delaktighet på arbetsplatsen och i ledningen av arbetet, identifiering av psykisk ohälsa hos personalen samt arbetsformer som anpassas efter personalens behov, exempelvis flexitid. Stressreducerande insatser på arbetsplatsen, ökad fysisk aktivitet och genom att öka medvetenheten om depression och hur man skaffar hjälp mot psykisk ohälsa minskar diskriminering, utbrändhet och stigmatisering på arbetsplatsen (Wahlbeck, m.fl. 2007, s. 3442 – 3445)

Enligt mentalvårdslagen (1116/1990) finns det krav på samarbete inom mentalvårdsarbetet men splittringar förekommer pga. stort antal olika sektorer och aktörer. Det krävs ett bättre och mer fungerande samarbete mellan alla områden. Ett lyckat samarbete uppnås då de olika aktörerna känner till varandras målsättningar och arbetsuppgifter och att det gjorts upp en tydlig arbetsfördelning emellan de olika aktörerna (THL 2010c, s. 38,40). Ett särskilt tyngdpunktsområde är det förebyggande mentalvårdsarbetet som kräver samarbete mellan kommunens olika verksamhetsområden (SHM 2003b, s.24) samt andra lokala aktörer (SHM 2001, s.27).

År 2011 trädde den nya hälso- och sjukvårdslagen (2010/1236) i kraft, den nya lagen är en sammanslagning av de äldre lagarna folkhälsolagen (66/1972) och specialsjukvårdslagen (1062/1989) (THL 2010c, s.24). Syftet med hälso- och sjukvårdslagen är att utveckla ordnandet av social- och hälsovården för att förbättra samordningen av primärvården, socialvården och de högspecialicerade tjänsterna i enlighet med befolkningens behov. Ett av målen med den nya lagen är att trygga tillräcklig och jämlik tillgång till tjänster och att

klienterna skall få de tjänster de behöver i en sammanhängande helhet (Lag om utvecklande av ordnandet av social- och hälsovården åren 2011–2014 §1, §2).

Enligt en undersökning om rehabiliteringspatienters servicekedja inom mentalvården tycks sjukledigheterna på grund av mentala störningar förlängas eftersom det inte sker rehabilitering eller också för att vård- och rehabiliteringssystemen är olika eller inte passar ihop. En klient inom mentalvården stöter på olika yrkesverksamma inom vårdprocessen, sociala skyddet, arbetsförhållandet samt rehabiliteringsprocessen. Enligt de som deltagit i undersökningen kunde de samtidigt vara klienter hos sociala sektorn, A-kliniken, arbetsgivaren, hälsovårdens rehabiliteringsavdelning, producenter av rehabiliteringstjänster samt pensionsanstalter. (Kivekäs mfl. 2006, s. 2012)

För klientens bästa är det viktigt att ha tydliga ansvarsfördelningar mellan de olika förvaltningsnivåerna och bildar servicehelheter på ett smidigt sätt. Även den kommunala ekonomin gynnas av att socialvården och primärvården bildar en fungerande och sammanhängande helhet (SHM 2008a, s. 42). Enligt undersökningen om servicekedjan för rehabiliteringspatienter inom mentalvården fungerar inte samarbetet och den största utmaningen är att upptäcka och reagera på behovet av rehabilitering inom specialsjukvården, men att den inte heller senare fungerar problemfritt, fastän alla inom servicekedjan har som mål att hjälpa klienten. Detta kan bero på att de som har mentala störningar själva inte är så aktiva i sin rehabiliteringsprocess och ansvaret hamnar hos servicen. (Kivekäs m.fl. 2006, s 2014)

## 8.2 Resursförstärkande

Brukareexperter och kamratstödjare föreslås medverka i planering, förverkligande och utvärdering av mentalvårdsarbete så att man ska kunna ta tillvara klienternas behov i servicesystemet (SHM, 2009b, s 20) och gå mot ett mer klientcentrerat synsätt där klienten är expert på sin livssituation (Laatikainen 2010, s.11). Användandet av brukareexperter utmanar också yrkesverksamma inom mentalvården till förnyelse (Laatikainen toim. 2010, s.11) och ett mer klientcentrerat arbete (Laine, Hyväri & Vuokila-Oikkonen toim. 2010 s. 97).

ITHACA-projektet, som genomförts 2007-2010 av Stakes grupp för mental hälsa och Centralförbundet för Mental Hälsa använde man sig av brukareexperternas erfarenheter en utgångspunkt för utvecklingen av servicen. Projektet inleddes i Imatra där man med

psykiskt funktionshindrade lyfte fram sådant som är problematiskt inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna ur klientens perspektiv. Som problematiskt upplevdes personalens distanserade attityd till klienterna, tillgången till hälso- och sjukvård vid fysiska åkommor och tvångsåtgärder. Projektet fortsatte i Karleby där brukarexperterna fick göra dagsbesök på institutioner och boendeenheter. I Finland har klienterna i allmänhet inte medverkat i utvärderingar av eller inspektionsbesök på institutioner eller boendeenheter. Projektets mål var att göra brukarexperternas medverkan till en praxis i Finland (Wahlbeck 2008.).

Kamratstödare är personer som utgående från egna erfarenheter är verksamma som stöd för andra klienter i kamratstödgrupper eller som stödpersoner (SHM 2009b, s.20). Kamratstödare ses inte som ett alternativ till professionella vårdformer utan som en kompletterande verksamhet. Kamratstödsverksamheten har vuxit fram som en protest mot passiverande av klienter genom att se den yrkesverksamma som experten (Laine m.fl. toim.,2010, s.86) istället för att se klienten som experten i sitt liv (Laatikainen 2010, s. 61). Kamratstödsverksamhet ökar delaktighet för de som känner sig utanför eller är i riskzonen att marginaliseras (SHM 2009b, s. 24) och de olika verksamheterna fungerar som en slags övning för ökat deltagande och ansvarstagande. (Laine m.fl. toim. 2010 s. 97). Miessakit rf, som är en medborgar- och expertorganisation som stöder mäns mentala, psykiska och sociala tillväxt menar att med hjälp av mansgrupper får männen ökat självförtroende, mod och blir accepterade som män. Eftersom verksamheten har låg tröskel är det lättare att få hjälp förrän kriserna eller ohälsan blir värre (Miessakit 2011). Verksamheten kan också ha en förebyggande effekt, eftersom männen får hjälp i vardagen vilket förhindrar problemansamling (Peitsalo 2008, s.31-32). Centraförbundet för Mental Hälsa som är en egen intresse- och serviceorganisation för klienter och rehabiliterande inom mentalvården talar i sin tur om stöd från jämlika vilket tar sig i uttryck i deras lokala föreningars olika verksamheter, bl.a. kaféverksamhet, självhjälpsgrupper och kamratstöd (Centraförbundet för Mental Hälsa 2011).

Personer som är under psykiatrisk eller missbruksrehabilitering har det ofta dåligt ställt ekonomiskt (SHM 2009c, s. 22) och personer som lever på enbart socialskydd löper stor risk att glida in i fattigdom och farhågan är att marginaliseringen ska överföras från en generation till en annan (SHM 2011, s. 10). Sata- kommittén som hade som uppgift att arbeta fram grundläggande linjedragningar för reformen av den sociala tryggheten (SHM 2009d) hade som målsättning att minska fattigdom och ett rättvist och uppmuntrande socialskydd för alla (SHM 2008b) och att systemet skulle förenklas och förtydligas (SHM

2009d, s. 33). För att förebygga marginalisering måste den sociala tryggheten utgå från klienternas behov, vara flexibelt och reagera snabbt på människors verkliga situationer och behov (SHM 2009c, s.32).

Primära sociala stödformer är bl.a. dagpenning enligt sjukförsäkringslagen, dagpenning enligt utkomstskydd för arbetslösa inklusive arbetsmarknadsstöd, bostadsbidrag och utkomststöd (SHM 2007a, s. 20). Till följd av lågkonjunkturen på 1990-talet har långvarigt beroende av utkomststöd ökat kraftigt och den viktigaste orsaken till situationen är att den verkliga långtidsarbetslösheten fortsatt att ligga på hög nivå (SHM 2007a, s.23) och långtidsarbetslösheten på grund av nedsatt arbetsförmåga (SHM 2007a, s. 24). År 2009 lyfte 103 373 ensamstående män utkomststöd med en ökning på 12.2 % från år 1990 och är klart den största gruppen av hushållstyp som lyfter utkomststöd (THL 2010e, s.33). Att hjälpa och stöda de långvarigt beroende av utkomststöd är en utmaning för det kommunala socialarbetet och ofta räcker inte socialarbetets metoder utan det behövs ett mångprofessionellt kunnande och samarbete med andra verksamheter. Långtidsklienterna behöver oftast olika former av stöd för att återgå till arbetslivet och de har ofta somatiska och psykiska hälsoproblem (SHM 2007a, s.24) och det föreslås att utkomststödet, de kommunala tjänsterna som hänger samman med det och sysselsättningstjänsterna måste bilda en kompakt helhet (SHM 2011, s. 11). Arbetsgruppen Mieli föreslår att utkomstskyddet under rehabiliteringstiden ska förbättras så att det stöder strävan efter självständigt boende och deltagande i arbetslivet (SHM 2009b, s. 22).

År 2000 bodde 3095 rehabiliterande inom mentalvården i stödbostäder, men det har skett en konstant ökning och 2009 var bodde redan 7160 personer i stödbostäder erbjudna av kommuner eller privata producenter, men statistiken skiljer inte på män eller kvinnor (THL 2010b, s.108). Boendeservicens kvalitet och effekt har kritiserats. Det rehabiliterande arbetssättet har ansetts vara för låg och boendeservicen ses som en fortsättning på anstaltvården, men i mindre enheter (Ashorn & Lehto toim. 2008, s.142). Den slutsatsen gör också en undersökning om boendeservice för rehabiliterande inom mentalvården och att målet som är självständigt boende väldigt sällan uppnås och att boendeservicen inte stöder rehabilitering (Salo & Kallinen 2007, s.330).

Utgångspunkterna och målen för rekommendationerna för boende och boendetjänster är en välskött boendeservice för mentalvårdsrehabiliteringsklienter förbättrar livskvaliteten och minskar kostnader för specialsjukvården. Utgångsläget är att klienten kan bo i sitt eget hem och att säkerställa möjligheten att återvända till det egna hemmet efter vårdperioden. I

långtidsboende måste också följa kvaliteten efter vanliga boendenormer. Tillräckliga och ändamålsenliga rehabiliterande tjänster säkerställs för alla klienter, oberoende om de bor i servicebostäder eller hemma (SHM 2007b, s.18).

Boendeservicen delas in i tre grupper beroende på klientens behov av stöd; stödboende, serviceboende och effektiverat serviceboende. Stödboendet innebär att klienten bor hemma i sin privata lägenhet eller i en bostad ordnad av kommunen från vilken klienten kan flytta när ett självständigare liv är möjligt. Stödboendet innefattar mentalvårdsrehabilitering som huvudsakligen ges utanför hemmet och i samarbete med klientens närstående. Med hjälp av rehabiliteringen lär sig klienten att styra sina symptom och klienten stöds att öva dagliga sysslor, använda sig av service utanför hemmet och att hitta meningsfull sysselsättning på fritiden. Klienten stöds också att återgå till arbetslivet eller studielivet. Klientens närstående, speciellt barn ska också handledas och stödas (SHM 2007b, s, 18).

Serviceboende och effektiverat serviceboende ska ordnas i ändamålsenliga boendeserviceenheter. Klienter som bor på serviceboende har behov av intensiv och långvarig rehabilitering och övning av att klara sig själv och bo själv. Boendet är ofta ett gruppboende och har personal på plats om dagarna samt telefonjour. Boendeservicens tyngdpunkt är en mångsidig rehabilitering och stärkande av klientens funktionsförmåga och sociala nätverk. Klienten har möjlighet att delta i dagverksamhet. Övningen fokuserar på matlagning, städning och bykande. Klienten handleds också att göra egna val, sköta sin ekonomi och sköta sina ärenden utanför boendet. Effektiverat serviceboende är gruppboende där klienter har ett stort behov av dygnet runt-vård och personalen finns dygnet runt. Klienten hjälps att sköta sin hygien, matlagning, städning och tvätt. Klienten övar sig på att göra självständiga val, sköta sin egen ekonomi, sköta sina sociala kontakter (SHM 2007b, s. 20).

Svårssysselsatta personer kan vara sådana som har blivit utslagna från arbetslivet pga. långvariga problem med missbruk, mentala problem, svårigheter med livshantering (Utredning av långtidsarbetslösas pensionsmöjligheter 2003. s.2). Till gruppen svårssysselsatta hör personer som har fått utkomstskydd för arbetslösa för 500 dagar och som är berättigad till arbetsmarknadsstöd (Arbets- och näringsministeriet 2010), dvs. långtidsarbetslösa. År 2009 lyfte enligt FPA:s statistik 347 029 män arbetsmarknadsstöd, grunddagpenning eller inkomstrelaterad dagpenning statistiken visar även att det är flera män som lyfter stödet än kvinnor (Statistik för arbetslöshetsskyddet i Finland 2009, 2010. s. 81) .

Arbetsgruppen Mieli föreslår att sysselsättningsförutsättningarna för psykiskt funktionshindrade personer med invalidpension och rehabiliteringsstöd som söker sig till arbetslivet skall förbättras genom ändamålsenlig användning av arbetsprövning, stöd av arbetstränare i arbetet, arbetsträning, arbetsinriktad rehabilitering, yrkesutbildning, övergångsanställningar och sociala företag (SHM 2009b, s. 36). Arbetsprövning är till för klienter som riskerar att förlora sitt arbete pga. sjukdom (VARMA 2010) eller vid tillfällen där både klientens lämplighet och förmåga att klara av ett yrke behöver kartläggas. Arbetsprövningen genomförs på arbetsplatser, arbetskliniker eller genom utbildningsprövning vid läroanstalter. (FPA 2010) Under arbetsprövningen kan arbetsförhållandena anpassas enligt klientens hälsotillstånd t.ex. genom att förkorta arbetstiden eller anpassa arbetsuppgifterna. Målet är att främja klientens möjligheter att återfå arbetsförmågan och förhindra långvarig sjukskrivning (VARMA 2010). Arbetsträning är praktisk träning i arbete på en arbetsplats eller vid rehabiliteringsinrättning. Syftet är bl.a. att förbättra klientens allmänna färdigheter för arbete och chansen att efter en längre frånvaro kunna återvända till arbetslivet (FPA 2010). I arbetsträningen får klienten handledning på arbetsplatsen under en längre tid, klienten blir insatt i arbetsuppgiften och ibland kan även utbildning höras till arbetsträningen (LPA 2008). Tiden varierar utgående från klientens behov, men arbetsträningen pågår vanligen 2-6 månader. För klienter med mentala störningar försetter arbetsträningen i medeltal ett år (FPA 2010).

Sociala företag skiljer sig inte från vanliga företag, men syftet är att skapa arbetstillfällen särskilt för handikappade och långtidsarbetslösa. Sociala företag kan verka inom vilken branch som helst och minst 30 procent av de anställda består av svårssysselsatta arbetstagare. (Arbets- och näringsministeriet 2010) De sociala företagens verksamhet grundar sig på lagen om sociala företag (1351/2003) som trädde i kraft i början av år 2004 (Samaria rf). Arbetsgruppen Mieli föreslår att bl.a. FPA, kommunerna, samkommuner, arbetsförvaltningen och arbetsmarknadsorganisationer skall ansvara för att faktorer som hotar arbetsförmågan hos personer med psykiska - och missbruksproblem ska åtgärdas i tid. Detta stöds av den nya hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) vilken fastslår att ett enhetligt samarbete inom social- och hälsovården ska effektiveras bl.a. då det gäller den psykiska hälsovården och rusmedelsvården. Den som anordnar hälso- och sjukvårdsservice är skyldig att samarbeta med den som anordnar tjänster inom socialvård, om klientens situation förutsätter detta (Pressmeddelande 194/2010).

## 9 Etik och tillförlitlighet under examensarbetsprocessen

Etik och tillförlitlighet under examensarbetsprocessen och i examensarbetet kommer att diskuteras som följande. Kring en forskning eller undersökning uppstår frågor och för dem finns inga absoluta svar utan forskaren själv måste göra beslut. Under forskningens gång kan stötas på etiska frågor och då är det bra att veta hur man etiskt skall gå till väga. (Eskola & Suoranta 1999, s.52)

En etiskt god undersökning skall vara väl planerad, väl utförd och rapporterad i detalj. Den ska även följa de krav som är uppsatta för vetenskaplig data och tidigare forskningar skall respekteras. Ett etiskt arbete skall ha rätt hänvisade källor (Mäkinen 2006, s.24-25) och får inte vara plagierat. Ett plagiat är att använda en annan persons text eller tankar utan att hänvisa till den ursprungliga källan. All forskning är dock på något sätt baserad på tidigare forskning och därför är det ibland svårt att säga om något är plagierat (Mäkinen 2006, s.158). Då vi använt oss av källor har vi skrivit om texterna och varit noga med att inte plagierat något. Vi har varit noggranna med att hänvisa till alla källor vi använt oss av.

Då en tolkning görs söker man en större kunskap om en helhet än den man kan uppfatta vid enskilda observationer. Många saker är svåra att mäta och tolkning är att hitta en mening i observationerna. Skillnaden mellan tolkning och mätning är att tolkning sker genom ord och mätning genom siffror. (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2001, s.107-108) Då en tolkande utredning görs kan reliabiliteten vara ett problem (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2001, s.40).

Metoden i examensarbetet är innehållsanalys. Då en innehållsanalys görs går material igenom och kan bl.a. tematiseras. (Tuomi & Sarajärvi 2003, s.94) Vi anser att innehållsanalysen är en lämplig metod då en kartläggning görs. Kartläggningen i examensarbete gjordes av sex styrdokument och tre lagar. Vi har valt att begränsa oss till sex styrdokument och tre lagar för att genomförligt kunna kartlägga dem men ändå få ett tillförlitligt resultat. Källorna i kartläggningen är styrdokument gjorda av Social- och hälsovårdsministeriet och lagar. Dessa anser vi att är tillförlitliga. Då styrdokument som skulle användas i examensarbetet valts ut analyserades de systematiskt genom att vi markerade teman som nämnts i dem. Som kriterier då temana valdes ut till resultatet var att de skulle nämnas i två eller fler styrdokument. I kartläggningen ville vi veta hur mannen syns i styrdokument och lagar. Då mannen inte alltid är utskriven direkt har vi varit tvungna att tolka ord.



För att ge resultatet av kartläggningen mer djup har vi sökt forskningar, statistik och litteratur för sedan kunnat diskutera resultatet. Det har varit utmanande att hitta forskning speciellt kring den finländska mannen och mentalvården men vi har ändå lyckats hitta forskningar och artiklar som vi anser ger tillräcklig information för att göra arbetet tillförlitligt. I sökningen av forskningar har vi använt oss av många sökord, på tre olika språk, för att hitta så mycket relevant forskning som möjligt. Dessutom har vi även sökt på sökmotorer både via YH Novia och Åbo Akademi för att ge mera fakta och djup i arbetet. Vi har strävat efter att använda oss av huvudsakligen primära källor men vid ett fåtal fall då det varit mycket svårt att få tag på den primära källan har vi använt oss av sekundärkällor. Vi har t.ex. inte haft tillgång till en del forskningar som varit relevanta för arbetet och därför använt oss av sekundärkällor för att kunna ha med dem.

För att tydligt kunna visa resultatet i arbetet har gjorts en bild som visar resultatet på kartläggningen (Bilaga 1). Förutom resultatet visar bilden även tillförlitlighet då det går att avläsa ur vilka styrdokument och lagar de utvalda temana kan hittas ifrån. Bilden fungerar samtidigt som ett verktyg för följande grupp. Bilden visar på vänstra sidan de förebyggande och resursförstärkande teman som hittats i styrdokumentet. De centrala styrdokumentet och lagarna finns sedan i den övre kanten och dessa tillsammans bildar ett rutsystem som sedan kan kryssas i för varje tema som hittades i styrdokumentet och lagarna. För att ett tema skulle vara tillräckligt tillförlitligt att ha med i kartläggningen skulle den nämnas i minst två styrdokument. Desto flera kryss desto högre tillförlitlighet. Då följande grupp fortsätter på detta arbete kan de även mycket lätt se i vilka styrdokument och lagar de kan hitta dessa teman.

Mer tillförlitlighet till arbetet kunde vi ha gett till arbetet genom att använda oss av fler styrdokument och lagar. Vi har dock valt att inte ha med fler av styrdokument och lagar i arbetet då det finns ett mycket stort antal som endast delvis har med mentalvårdarbetet att göra. Med dessa kunde ändå kartläggningen varit mer tillförlitlig. Dock kunde vi påvisa tydliga likheter mellan målen och rekommendationerna i de olika styrdokumentet, vilket ger tillförlitlighet till resultatet. Om vi använt oss av fler styrdokument kunde vi eventuellt även hittat fler teman. Också om de olika temana hade haft andra rubriker än de nuvarande kunde vi eventuellt hittat mer information.

Vi anser att resultatet av kartläggningen är tillförlitligt då vi varit tre som kommit fram till samma resultat och vi dessutom kan påvisa tydliga trender inom mentalvårdarbetet kring

den finländska mannen. Dessutom har vi i kartläggningen använt uteslutande tillförlitliga källor.

## 10 Avslutande diskussion

Målet med examensarbetet var att kartlägga hur det förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbetet ser ut kring den finländska mannen i arbetsför ålder. Eftersom arbetet hade många begränsningar; mentalvårdsarbete, kön och ålder delade vi upp syftet i flera frågeställningar för att göra granskningen enklare. Vi började med att kartlägga det förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbetet och sedan den finländska mannen.

Styrdokumenterna vi valt är uteslutande gjorda av social- och hälsovårdsministeriet och är endast rekommendationer och målsättningar. De behöver inte följas, men för att uppnå de målsättningar som finns pågår revidering av lagar som berör mentalvårdsarbete (THL 2010d, s. 9). De lagar som vi granskat är mentalvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen. Alla styrdokument handlar inte heller direkt uttalat om mentalvården och mentalvårdsarbetet, men om hälsa vilken psykisk hälsa är en oskiljaktig del av. Det enda styrdokumentet som direkt berör mentalvårdsarbetet är Plan för mentalvårds- och missbruksarbete som innehåller förslag för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbetet fram till år 2015. Det styrdokumentet tillsammans med Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovårdsministeriet utgör de mest betydelsefulla för utformningen av detta examensarbete (Se bilaga 1). Teman som finns i Planen för mentalvårds- och missbruksarbete finns omnämnda i de andra styrdokumenterna, men är inte alltid direkt kopplat till mentalvårdsarbetet.

Det finns bevis på att det behövs ett mansperspektiv i service systemet (Ensi- ja turvakotien liitto ry 2006, s.172) och därmed finns det ett behov av en kartläggning av det förebyggande och resursförstärkande mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen. Det här arbetet ger ny kunskap i form av resultatet av kartläggningen som utmynnar i de nio temana. Teman under förebyggande mentalvårdsarbete är; primär- och öppenvård, företagshälsovård, främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen, samverkan mellan olika sektorer och endörns- och lågröskelprincipen. Teman under resursförstärkande mentalvårdsarbete är; boendeservice, utkomstskydd, brukareexperter och kamratstödjare och sysselsättning för svårssysselsatta. Dessutom har vi kommit fram till att mannen syns i

styrdokumenten och lagarna på tre olika sätt, dvs. direkt utskrivet, i form av begrepp som t.ex. kön och jämställdhet och bakom text som t.ex. texter som berör våld och alkohol. Självklart avses även männen när man talar om befolkningen överlag.

Den största utmaningen för kartläggningen var att hitta mannen i styrdokumenten och forskningar eftersom det väldigt sällan nämns skilt om män eller kvinnor och då det talas om kön är det ofta bara statistiska jämförelser. Vi har inte heller kunnat jämföra våra resultat med andra studier, eftersom det inte gjorts en kartläggning ur ett könsperspektiv förut.

I resultatet har vi kunnat påvisa att män och kvinnor behöver anpassad mentalvård därför att faktorer som påverkar den mentala hälsan och symptomen som uppstår vid mental ohälsa skiljer sig mellan könen (Melartin m.fl. 2010, s.169). Vidare har det framkommit att det finns stora klyftor mellan välutbildade och utbildade män, vilket är en deltagande faktor till att det finns en stor variation i de finländska männens mentala hälsa (SHM 2001, s. 18). På grund av detta kan det vara svårt för män att få rätt vård i tid då stigmatisering är ett problem i det finländska samhället. (Ensi- ja turvakotien liitto ry 2006, s. 166). Som ett steg i rätt riktning visar kartläggningen att mentalvården håller på att bli mera anpassad, för att kunna tillgodose de olika behoven (SHM 2003b, s. 27-28). Förutom att styrdokumenten sätter upp mål för utveckling och förbättring av mentalvården vill de även satsa på att utbilda personalen till att klara av att arbeta i de nya arbetsförhållandena (SHM 2008a, s. 30 – 42).

Kartläggningen har kritiskt granskats och vi har med hjälp av syftet för fas två kunnat pröva användbarheten för kartläggningen. Syftet för fas två är att fokuserar på utvecklingsmöjligheter för samarbete, mångprofessionellt arbete samt god praktik inom missbruks- och mentalvården. Alla teman som framkommit i den här kartläggningen har genomgående som målsättning att strävar efter att klientcentrera mentalvårds arbete och att arbetet skall vara mångprofessionellt så vi anser att kartläggningen är en användbar grund för fas två.

Vi har i arbetet tydligt och klart presentera hur vi avgränsat oss och kunnat motivera våra avgränsningar väl. Då problem uppstått under examensarbetsprocessen har vi löst dem med hjälp av varandra i gruppen. Samarbetet i gruppen har varit professionellt och stödjande och har kunnat använda egna yrkeserfarenheter då vi kritisk granskat källorna vi använt. Även detta har gett mervärde till det faktum att arbetet gjorts tvärfackligt. Alla i gruppen

har tagit ansvar över arbetet och alla har bidragit till att kartläggningen framskridigt enligt planerna.

Kartläggningen har gjorts med ett etiskt förhållningssätt och vi har presenterat resultatet ärligt och skrivit om texterna i egna ord. Källorna vi använt oss av är mångsidiga och både från social- och hälsovården då arbetet är en tvärfacklig kartläggning. Syftet, målet och frågeställningarna är tydliga och besvaras i resultatet.

Den här kartläggningen har gett oss bredare kunskap och djupare förståelse för hur mentalvårdsarbetet kring den finländska mannen ser ut idag, och hur det är på väg att utvecklas. I och med det här arbetet vet vi att våra branscher är på väg mot ett bestående samarbete och vi kommer att kunna uppskatta innebörden av detta. Vi kommer alla att kunna utnyttja de nya kunskaperna och insikterna i våra kommande arbeten och förstå betydelsen av ett mångprofessionellt samarbete.

## Källförteckning

Anttila, P. (2000). *Tutkimisen taito ja tiedon hankinta*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck., K. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 11:52 s. 1-6.

Arbets- och näringsministeriet (2010a). <http://www.tem.fi/?l=sv&s=2563> (hämtat 26.9.2011)

Arbets- och näringsministeriet (2010b). <http://www.tem.fi/?l=sv&s=2565> (hämtat 21.9.2011)

Carlsson, B. (1999). *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*. Göteborg: Elanders Graphic Systems

Centralförbundet för Mental Hälsa [http://www.mtkl.fi/pa\\_svenska/](http://www.mtkl.fi/pa_svenska/) (hämtat 4.4.2011)

Enkvist, I. & Sahuquillo, A. (1999). *Arbeta tvärvetenskapligt – dialog kring ett praktiskt exempel*. Lund: Studentlitteratur

Ensi- ja turvakotien liitto ry (2006). *Sanasta miestä, kokemuksia miesten kriisityöstä*. Helsingfors: Pekan offset oy

Eskola, J & Suoranta, J. (1999). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Osuuskunta Vastapainio

Finlands officiella statistik – Socialskydd.(2010). *Suomen työeläkkeensaajat ja vakuutetut 2008*. Helsingfors: Edita Prima Oy

Folkpensionsanstalten. *Arbetsprövning och utbildning i försökssyfte samt arbetsträning*. <http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/261001160202EH?OpenDocument> (hämtat 25.9.2011)

FPA-statistik - *Sjukförsäkring 2009*. Helsingfors:Folkpensionsanstalten, statistikgruppen <http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/241105084935TL?OpenDocument>

(hämtat 29.3.2011).

Folkpensionsanstalten. *Statistik för arbetslöshetsskyddet i Finland 2009*. Helsingfors: 2010  
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/TtR\\_09\\_pdf/\\$File/TtR\\_09.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/TtR_09_pdf/$File/TtR_09.pdf?OpenElement)

(hämtat 21.9.2011)

Galdas, M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 49(6), s. 616-623

Halme, JT., Seppä, K., Alho, H., Pirkola, S. P., Poikolainen, K., Lönnqvist, J., Aalto, M. (2008). Mies ja terveellisyden dilemmat. *Sociaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008/45 s. 239-241

Hirsjärvi, S. Remes, P.Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi

Huttunen, J. (2009). Miksi miehen elämä on lyhyempi kuin naisen? *Duodecim* 2009/125 s.1097-1098

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1236 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (hämtat 16.9.2011)

Jantunen Eila (2010). *Vertaistuki masentuneiden osallisuuden vahvistajana*. Helsingfors: Tammi

Kivekäs, J., Kinnunen, E., & Ahlblad, Y., (2006). Mielenterveyskuntoutujan palveluketju takkuilee. *Suomen Lääkärilehti* 18/2006

Korkeilainen, J. (2009). Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? *Duodecim* 2009:125

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. (2010). *Mielenterveyshoitotyö*. WSOYpro Oy

Laatikainen, T. (toim.) (2010). *Vertaistoiminta kannattaa*. Kouvola: Solver palvelut Oy

Lag om missbrukarvård 17.1.1986/41 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (hämtat 23.9.2011)

Lag om utvecklande av ordnandet av social- och hälsovården åren 2011–2014 8.4.2011/305 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (hämtat 16.9.2011)

Lag om utkomststöd 30.12.1997/1412 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (hämtat 2.4.2011)

Laine, T. Hyväri, S. Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) (2010). *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Helsingfors: Tammi

Larsson, B & Wadell, B. (1998). *Arbetsmiljö – en dold resurs*. Lund: Studentlitteratur

LPA - Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt, (2008).

<http://www.lpa.fi/Pensionsskydd/Rehabilitering/Rehabiliteringsmetoder/Arbetsprovning-och-traning> (hämtad 25.9.2011)

Melartin, T., Kuosmanen, L. Riihimäki, K. (2010). Tosi mies ei masennu. *Lääkärilehti* 3/2010

Mentalvårdslagen 1990/1116. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (hämtat 14.2.2011)

Miessakit (2011). [http://www.miessakit.fi/fi/pa\\_svenska](http://www.miessakit.fi/fi/pa_svenska) (hämtat 23.9.2011)

Moula, A. (2009). *Empowermentorienterat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Mäkinen, O. (2006). *Tutkimusetikkan ABC*. Helsinki: Tammi

Pensionsskyddscentralen (2010) *Pressmeddelande* 27.12.2010  
<http://www.tyoelake.fi/Page.aspx?Section=39553&Item=65036> (hämtat 26.9.2011)

Peitsalo, P (2008). *Miesryhmät-teoista sanoihin*. Miessakit ry. Miessakit ry:n julkaisuja 2008:1. Helsingfors: Edita Prima Oy.

Pirkola, S. P., Isometsä E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A., Lönnqvist, J.K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population, Results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005/40 s. 1-10

Pirkola, S., Sohlman, B. (eds.) (2005). *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Helsingfors: Stakes

Riksdagen. Arbetslivs- och jämställdhetsutskottets utlåtande 4/2010 rd.  
[http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=utpub&\\${BASE}=faktautpub&\\${THWIDS}=0.42/1316524422\\_209&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=utpub&${BASE}=faktautpub&${THWIDS}=0.42/1316524422_209&${TRIPPIFE}=PDF.pdf) (hämtat 20.9.2011)

Samaria rf. [http://www.noark.fi/foretaget/ett\\_socialt\\_foretag/](http://www.noark.fi/foretaget/ett_socialt_foretag/) (hämtat 26.9.2011)

Salo, M. & Kallinen, M. (2007). *Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus*. Björneborg: Kehitys Oy.

Salokangas, R. (2004). Psychiatric specialist care in Finland-achievements and challenges. *Journal of mental health*

SHM (2001). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001:4. *Hälsa 2015*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet

SHM (2003a). *Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa, NUOTTA -projektin loppuraportti 2003*. Helsinki

SHM (2003b). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2003:21. *Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004-2007*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

SHM (2004). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2004:4. *Statsrådets principbeslut. Hälsa i arbete 2015. Utvecklingslinjerna för företagshälsovården*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

SHM (2006). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2006:15. *Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

SHM (2007a). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:11. *Toimeentulotuki. Opas toimeentulotukilain soveltajille*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

SHM (2007b). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:13. *Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

SHM (2008a). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:8. *Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008-2011*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.



SHM (2008b). Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2008:3. *Kohti mahdollisuuksien sosiaalityövä. Sosiaalityövä kokonaisuudistus- SATA.*

SHM (2008c). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:41. *Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011.* Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

SHM (2009a). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2009:13 *Könsglasögonen i bruk. Handbok för ministerierna jämsällhetsarbete.* Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

SHM (2009b). Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:20. *Plan för mentalvårds- och missbruksarbete.* Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

SHM (2009c). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2009:7. *Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008-2011.* Helsingfors: Universitetstryckeriet.

SHM (2009d). Social- och hälsovårdsministeriets pressmeddelande 23/2009 *Satakommittén presenterade linjedragningar för reformen av den sociala tryggheten.*  
<http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/view/1381629>  
(hämtat 4.4.2011)

SHM (2010). Social- och hälsovårdsministeriets resmeddelande 194/2010 *Hälsö- och sjukvårdslagen förbättrar klienterna ställning*  
<http://www.stm.fi/en/pressreleases/pressrelease/view/1512997> (hämtat: 25.2.2011)

SHM (2011). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2011:5. *Ett socialt hållbart Finland 2020.* Strategi för social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Socialvårdslagen 1982/710 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (hämtat 14.2.2011)

Sosnet (2009). *Valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkoston kuntouttavan sosiaalityön erikoisalan opetussuunnitelma (2009-2012) Sosnet 2009*  
[http://www.sosnet.fi/Lisensiaatinkoulutus/Kuntouttava\\_sosiaalityo.iw3](http://www.sosnet.fi/Lisensiaatinkoulutus/Kuntouttava_sosiaalityo.iw3) (hämtat 7.4.2011)

STAKES (2005). *Psykisk hälsa i Finland – Nyckeltal i Finland*.  
<http://groups.stakes.fi/MTR/SV/publikation/publikation.htm> (hämtat 20.4.2011).

Finlands officiella statistik (2010). *Statistik om arbetslöshetskyddet i Finland 2009*.  
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/TtR\\_09\\_pdf/\\$File/TtR\\_09.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/TtR_09_pdf/$File/TtR_09.pdf?OpenElement)  
 (Hämtat: 25.9.2011)

Statistikcentralen (2010). [http://www.stat.fi/meta/kas/tyoikain\\_vaesto\\_sv.html](http://www.stat.fi/meta/kas/tyoikain_vaesto_sv.html) (hämtat 16.9.2011)

Statistikcentralen (2009a). *Elinajanodote*.  
<http://www.stat.fi/org/historia/elinajanodote.html> (hämtat: 23.3.2011)

Statistikcentralen (2009b). *Tapaturmat ja väkivaltakuolema*.  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt\\_2009\\_01\\_2011-02-22\\_kat\\_003\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_kat_003_fi.html)  
 (hämtat: 20.4.2011).

Statistikcentralen (2009c). *Alkoholödligheten oförändrad*.  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt\\_2008\\_2009-12-18\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001_sv.html)  
 (hämtat: 19.9.2011)

Statistikcentralen (2006). *Brottslighet som kommit till polisens kännedom*[e-publikation].  
[http://www.stat.fi/til/polrik/2005/polrik\\_2005\\_2006-04-04\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/polrik/2005/polrik_2005_2006-04-04_tie_001_sv.html)  
 (hämtat: 20.4.2011)

Säävälä, H. Nyqvist, L. & Salonen, S. (2006). *Mies varikolle*. Apua lähisuhdeväkivaltaan.  
 Uleåborg: Kalevaprint Oy.

THL. (2000). *Vägvisare- Idéer för kommunala planer för mentalvården*.  
<http://groups.stakes.fi/MTR/SV/publikation/publikation.htm> (hämtat 20.4.2011)

THL (2009a). *Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi*.  
 Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy

THL. (2009b). [http://pistetaturmille.thl.fi/sv\\_SE/web/pistetaturmille-sv/olyckor-i-finland](http://pistetaturmille.thl.fi/sv_SE/web/pistetaturmille-sv/olyckor-i-finland) (hämtat 20.4.2011)

THL. (2010a). *Päihdetilastollinen vuosikirja 2010*. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598> (hämtat 22.4.2011)

THL (2010b). *Sosiaali- ja terveystilastollinen vuosikirja 2010*. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-4dd072dbfe3a> (hämtat 23.4.2011)

THL (2010c). *Från reformation till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990*. Helsingfors: Universitetsstryckeriet

THL (2010d). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009*. Helsingfors: Universitetsstryckeriet

THL (2010e) *Toimeentulotuki 2009 – Utkomststöd 2009 – Social Assistance 2009*. Helsingfors: Universitetsstryckeriet

THL (2011a) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010*. Helsingfors: Universitetsstryckeriet.

THL (2011b). [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/voimavaraohjeet\\_menetelmat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/voimavaraohjeet_menetelmat) (hämtat 27.9.2011)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Utredning av långtidsarbetslösas pensionsmöjligheter ELMA. (2003). <http://www.finlex.fi/data/normit/17777-A22004AM.pdf> (hämtat 21.9.2011)

VARMA, (2010). *Arbetsprovning som stöds av VARMA*. <https://www.varma.fi/sv/PdfDocuments/Anonymous/Julkaisut/Henkiloasiakas/Kuntoutus/ArbetsprovningSomStodsAvVarma.pdf> (hämtat 25.9.2011)

Wahlbeck, K m.fl. (2007). EU:s hälsopolitik för psykisk hälsa – Satsning på förebyggande arbete och social delaktighet, *Suomen Lääkärilehti* 38/2007 s. 3442 - 3445

Wahlbeck, K. (2008) *Brukarforskare som utvärderingsexperter*  
<http://info.stakes.fi/vaasa/SV/brukarforskare.htm> (hämtat 15.4.2011)

Wahlbeck, K. (2007). *Mielenterveyspalvelut*.  
[http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus\\_2007\\_Wahlbeck.pdf](http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus_2007_Wahlbeck.pdf)

Öhberg, G. (2008). *Praktisk tvärvetenskap- tankar om och för gränsöverskridande projekt*.  
Malmö: Studentlitteratur

