



Masennus- mittaristo: Suomi

Tämän mittaristoraportin laati The Health Policy Partnership osana Words to Actions -aloitetta. Words to Actions käynnistyi vuonna 2018 yhdeksän eurooppalaisen mielenterveysorganisaation laatimalla raportilla. Ajatus masennusmittaristosta sai alkunsa The Health Policy Partnershipin ja Janssen Pharmaceutica NV:n yhteistyökeskusteluista. Mittaristoja alettiin kehittää erillisenä jatkotoimena. Tekijöillä oli raportin sisällön suhteen vapaat kädet. Words to Actions -materiaalin hankinnasta ja rahoituksesta vastasi Janssen Pharmaceutica NV. Lue lisätietoja osoitteesta wordstoaction.eu/about. Tähän työhön osallistuneille ammattilaisille ei maksettu työstään, lukuun ottamatta The Health Policy Partnershipin asiantuntijoita.

Tietoa tästä mittaristosta

Masennusmittariston tarkoituksena on auttaa arvioimaan, miten hyvin eri maat suoriutuvat masennuspotilaiden hoidon suuntaviivojen laatimisessa ja niiden täytäntöönpanossa sekä itse hoidossa. Mittariston viitekehys on laadittu kansainvälisen kirjallisuuden ja neuvoa-antavan asiantuntijaryhmän suositusten pohjalta.

Ensimmäisessä vaiheessa asiantuntijat ja The Health Policy Partnership -organisaatio sovelsivat mittaristoa yhteistyössä neljään maahan: Belgiaan, Ranskaan, Italiaan ja Romaniaan. Kansallisen tason tulosten pohjalta laadittiin maakohtaiset raportit. Työn seuraavassa vaiheessa laadittiin raportit Suomelle ja Saksalle ja annettiin arviointikehys itsenäisten tutkijoiden käyttöön, jotta he voisivat valmistella mittaristot omia maitaan varten.

Tässä mittaristossa keskitytään Suomeen.

Tiedot tekijöistä ja avunantajista

Tämän masennusmittaristoraportin tutkimista ja laatimista johtivat The Health Policy Partnershipin Catherine Whicher ja Jody Tate. Olemme kiitollisia masennusmittariston neuvoa-antavalle ryhmälle, joiden antaman ohjeistuksen ja palautteen pohjalta alkuperäistä arviointikehystä voitiin muokata:

- Julian Beezhold, European Psychiatric Association
- Liesbeth Borgermans, Gentin yliopisto
- Doina Cozman, Romanian psykiatrian ja psykoterapien yhdistys
- Massimo Di Giannantonio, Italian psykiatrian yhdistys
- Kevin Jones, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI)
- Raluca Nica, Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe (GAMIAN-Europe)

Olemme kiitollisia myös kansallisille asiantuntijoille, jotka antoivat arvokasta tietoa Suomen tilanteesta:

- Janne Jalava, Mielenterveyden keskusliitto
- Jukka Kärkkäinen, Suomen Psykiatriyhdistys ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Oskari Korhonen, Mielenterveyden keskusliitto
- Riikka Mettälä, Mielenterveyden keskusliitto
- Vaula Ollonen, FinFami

Tietoa The Health Policy Partnershipista

The Health Policy Partnership (HPP) on riippumaton tutkimusorganisaatio, joka tekee yhteistyötä terveydenhoidon eri aloja edustavien kumppaneiden kanssa edistääkseen ihmisten terveyttä parantavia poliittisia ja järjestelmämuutoksia.

Viittaa tähän asiakirjaan seuraavasti:

The Health Policy Partnership. 2022. *Masennusmittaristo: Suomi*. Lontoo: The Health Policy Partnership.

Sisällys

Masennus: miksi sillä on merkitystä	4
Masennus Suomessa	6
Masennuksen hallinnan arviointi: mittaristo	8
Suomen mittariston yhteenveto	10
Kattavat ja yhtenäistetyt masennuksenhoitopalvelut	12
Masennuksen hoitoa edistävä tieto	16
Masennuksesta kärsivien ihmisten osallistaminen ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen	18
Teknologian valjastaminen hoitoon pääsyn parantamiseksi	20
Loppupäätelmät ja suositukset	22
Viitteet	25

Masennus: miksi sillä on merkitystä

Masennus on nykyään ihmisten yleisin mielen-terveysongelma.¹ Se on itsenäinen, diagnosoitava mielialahäiriö, jota ei pidä sekoittaa normaaliin surun tunteeseen.² Masennukseen voi sairastua kuka tahansa. Masennuksen riski kasvaa, jos ihmisellä on myös jokin muu sairaus tai riippuvuus tai jos hän kärsii köyhyydestä, työttömyydestä tai henkilökohtaisesta menetyksestä.² Masennuksen vakavuus ja kesto voivat vaihdella.²

Sairauden hoito on paras aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun henkilö pystyy vielä myötävaikuttamaan riittävästi paranemiseensa ja ennen kuin masennuksesta tulee hoitoresistentti.³ Masennukseen liittyvä leimautuminen voi kuitenkin estää ihmisiä hakemasta ja vastaanottamasta tarvitsemaansa apua ja pahentaa kärsimystä.⁴

Masennuksella on tuhoisa vaikutus sairastuneiden, heidän perheidensä ja hoitajiensa elämään sekä yhteiskuntaan ja talouteen laajemminkin.

Vuonna 2018 Suomessa kuoli itsemurhaan noin 500

masennukseen sairastunutta ihmistä^{12*}

Suomen terveydenhuoltomenoista käytetään 5,6 %

mielenterveyteen. Kaikkien EU-maiden keskiarvo on 4 %^{13‡}

5-7 %

suomalaisista kärsii masennuksesta^{12*}

5,3 prosenttia

Suomen BKT:stä menee mielen-terveysongelmien aiheuttamiin kustannuksiin (suoraan ja epäsuoraan)^{14§}

11,14 miljardia euroa

kustannuksista, jotka aiheutuvat välillisesti tai suorasti mielen-terveysongelmista Suomessa^{14§}

Suomessa on 24 psykiatria

100 000 asukasta kohti. EU:n keskiarvo on 17^{14§}



Sairauteen liittyy lukuisia kielteisiä seurauksia koko elämän ajan, kuten heikompi oppimismenestys, pienemmät ansiotulot, muut krooniset sairaudet, heikentynyt elämänlaatu ja suurempi riski kuolla ennenaikaisesti.^{5,6} Masennus on myös yleisin itsemurhien syy⁷ – jopa 15 prosenttia hoitamattomasta masennuksesta kärsivistä voi kuolla itsemurhaan.¹ Jopa 60 prosenttia kaikista maailman itsemurhakuolemista liittyy masennukseen.⁸

Koronaviruspandemia on pahentanut jo ennestään huomattavaa masennuskriisiä. Mielenterveyspalveluiden tarve on kasvanut huomattavasti samalla kun henkilökohtaisen hoidon saatavuus on heikentynyt.⁹ Arvioiden mukaan pandemia aiheutti vuonna 2020 noin 53,2 miljoonaa ylimääräistä masennustapausta.¹⁰

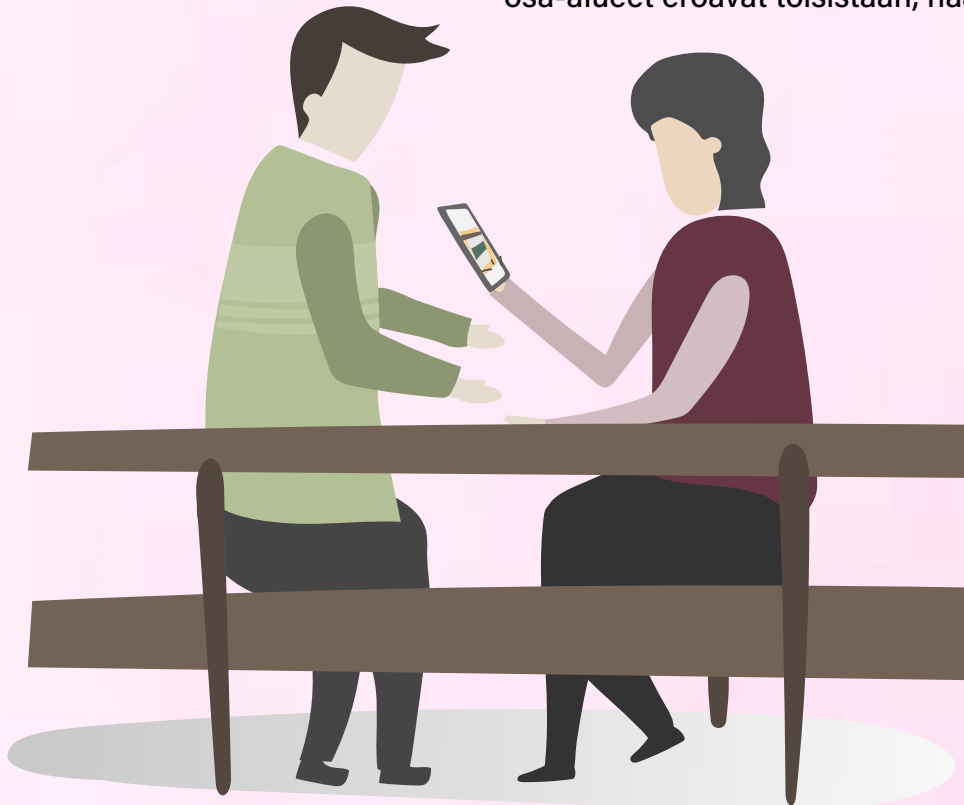
Masennuksen maailmanlaajuinen esiintyvyys on kasvanut lähes vuosittain vuodesta 1990 lähtien huolimatta siitä, että masennusta ja sen kanssa elävien tukemista ymmärretään paremmin.¹¹



Masennus Suomessa

Masennus ja siihen liittyvät itsemurhat ovat Suomessa merkittävä taakka. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin arvion mukaan joka vuosi 5–7 prosenttia suomalaisista kärsii masennuksesta.¹² Eräässä kroonisista sairauksista kärsiville tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ihmiset kokevat masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden heikentävän elämänlaatua eniten heti Parkinsonin taudin jälkeen.¹⁵ Masennus on myös suurin yksittäinen itsemurhien riskitekijä: kaksi kolmesta Suomessa tapahtuneesta itsemurhakuolemasta voidaan liittää masennukseen, useimmiten silloin, kun henkilö ei saanut asianmukaista hoitoa.¹² Vaikka itsemurhakuolemien määrä on puolittunut vuodesta 1990,¹⁶ itsemurha on yhä tärkein ehkäistävissä olevien kuolemien syy.¹⁷

Suomalaisten terveystalouden organisoinnissa ja rahoituksessa on meneillään sukupolvenvaihdos. Vuoteen 2023 mennessä hyväksytään viimeiset lainsäädäntömuutokset, joilla terveydenhuoltopalveluiden tarjoaminen organisoidaan uudelleen ja vastuu siirretään kunnilta 22 uudelle hyvinvointialueelle.¹⁸ Myös hoidon rahoitus siirtyy kunnilta valtiotasolle samalla kun osa rahoituksesta sidotaan palveluiden käyttöön kuntatasolla.¹⁸ Lainsäädäntömuutoksia ehdotettiin ensimmäistä kertaa yli vuosikymmen sitten. Niiden tarkoituksena on korjata järjestelmän merkittävintä heikkoutta eli hoidon kaikilla osa-alueilla havaittua epätasa-arvoisuutta eri alueiden välillä, minkä nähdään johtuvan rahoituksen ja saatavilla olevien palvelujen eroista.¹⁷ Suomi säilyttää kuitenkin kolmijakoisen perusterveydenhuoltojärjestelmänsä, jossa palvelut on jaettu työterveyteen (työssäkäyvät), opiskelijoiden terveydenhoitoon (koulutuksessa olevat) ja sosiaalipalveluihin (kaikki muut). Koska eri osa-alueet eroavat toisistaan, haasteita ja



epätasa-arvoisuuksia esiintyyneen jatkossakin jonkin verran. Vielä ei ole selvää, onko muutoksilla vaikutusta odotusaikoihin, jotka ovat Suomessa pidemmät kuin EU:ssa keskimäärin ja jotka vaikuttavat merkittävästi siihen, miten hoidon katsotaan vastaavan hoitotarpeita.¹⁷

Myös mielenterveyden hoito on muutostilassa. Siihen vaikuttaa koronaviruspandemian myötä kasvanut mielenterveyspalveluiden tarve ja palvelujen aiempaa suurempi näkyvyys. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon koordinoinnin puute on aiheuttanut haasteita mielenterveyspalvelujen tarjoamisessa.¹⁷ Tilanteen korjaamiseksi *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030* pyrkii parantamaan psykoterapian ja psykososiaalisten hoitomuotojen saatavuutta. Ohjelmassa keskitytään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rakenteelliseen ja yhteistyöperustaiseen integrointiin.^{16 19}

Duodecim on myös hiljattain päivittänyt masennuksen hoitosuosituksiaan¹², joita pidetään luotettavina ja kattavina.²⁰ Samalla uudessa lainsäädäntöesityksessä ehdotetaan mielenterveyslain uudistamista siten, että jokainen apua hakeva pääsee terapiaan välittömästi heti ensimmäisen terveyskeskuskäynnin jälkeen.²¹ Jos lainsäädäntöesitys hyväksytään, odotusaikaongelman odotetaan helpottuvan.

Mielenterveysongelmat aiheuttavat Suomelle suuria kustannuksia. Mielenterveysongelmiin liittyvät välittömät ja välilliset kustannukset ovat Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) maista korkeimpia.¹⁶ Masennuksen vuoksi myönnettävien sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kaksinkertaistunut 90-luvun¹² lopusta. Yli puolet kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä liittyy mielenterveysongelmaan.¹⁶ Jos noin 15 % mielenterveyspotilaista saisi apua/voisi parantua Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä eikä heidän tarvitsisi eläköityä, maan bruttokansantuote voisi kasvaa 0,5 prosenttia.¹⁶



Masennuksen hallinnan arviointi: mittaristo

Mittariston tarkoituksena on kuvata päätöksentekijöille ne osa-alueet, joiden suhteen masennuksen hoidossa on eniten kehittämisen varaa Suomessa. Toivomme, että tämä asiakirja kannustaa poliittisia päättäjiä työskentelemään tiiviissä yhteistyössä kaikkien sidosryhmien kanssa masennuksen kehityssuunnan kääntä-

miseksi Suomessa ja omaksumaan kokonaisvaltaisen ja ennaltaehkäisevän lähestymistavan masennuksen käsittelemiseksi kaikessa monimutkaisuudessaan.

Mittaristossa keskitytään neljään ensisijaiseksi parannuskohteeksi määriteltyyn osa-alueeseen:

1

Kattavat ja yhtenäistetyt masennuksenhoitopalvelut

Keskeisessä osassa hoidon tarjoamisen kannalta on integroitu hoito. Se tarkoittaa potilaskeskeistä järjestelmää, joka tukee masennusta kärsivää terveydenhuoltojärjestelmän eri osa-alueiden välillä. Tukea annetaan saumattomasti kautta potilaan eliniän. Mielenterveyspalvelujen integroiminen muihin terveys- ja sosiaalipalveluihin on järkevää, minkä lisäksi se voi lisätä hoidon tasoa, parantaa hoidon kattavuutta ja vähentää kokonaiskustannuksia.²²

2

Masennuksen hoitoa edistävä tieto

Masennusta koskevan luotettavan ja ajantasaisen tiedon kerääminen ja analysointi on välttämätöntä, jotta voidaan varmistaa, että oikeat palvelut ovat kaikkien niitä tarvitsevien saatavilla. Potilaiden hoitotulosten seuranta auttaa tunnistamaan hyvät käytännöt ja helpottamaan niitä koskevaa päätöksentekoa. Se voi myös antaa palveluiden käyttäjille toivoa siitä, että heidän mielenterveytensä voi parantua.²² Palveluja koskevan tiedon avulla lääkärit, poliittiset päättäjät ja masennuspotilaat ymmärtävät paremmin, mitä hoitovaihtoehtoja on olemassa ja käytettävissä. Mitä paremmin tieto on kaikkien saatavilla, sitä paremmin voimme yhdessä kehittää kaikkia masennuksen hoidon osa-alueita. Uusia digitaalisia välineitä hyödyntämällä tiedotus- ja tutkimustarkoituksiin on helpompi kerätä aineistoa vaarantamatta käyttäjän anonymiteettiä.²²



3

Masennuksesta kärsivien ihmisten osallistaminen ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen

On olennaisen tärkeää, että masennuspotilailla ja heidän perheillään, ystävillään ja hoitajillaan on mahdollisuuksia vaikuttaa aktiivisesti masennuksen hoitosuunnitelmiin kaikissa vaiheissa. Voimaantumiseen kuuluu, että ihminen saa tietoa ja hallintaa omasta elämästään sekä kykyä toimia parhaaksi katsomallaan tavalla, mikä puolestaan antaa hänelle mahdollisuuden hallita masennustaan optimaalisemmin.²³ Vertaistuki, jossa masennuksesta selvinnyt henkilö tarjoaa empatiaa ja toivoa muille samassa tilanteessa oleville, voi auttaa sekä masennuksesta kärsiviä että heidän vertaistukijoitaan paranemaan.²⁴ Kun halutaan varmistaa, että kaikki pääsevät käyttämään mielenterveyspalveluita, keskeisessä asemassa ovat sosiaaliturvajärjestelmät, potilaiden tukiryhmät ja muut kansalaisjärjestöt, jotka pääsevät yhteyteen sellaisten yhteisöjen kanssa, jotka ovat harvoin tekemisissä terveyspalvelujen kanssa tai jotka ovat jääneet turverkon ulkopuolelle.²²

4

Teknologian valjastaminen hoitoon pääsyn parantamiseksi

Digitaaliset alustat, kuten etäterapiaistuntoja ja lääkereseptien uusimista helpottavat digitaaliset alustat sekä muut masennukseen keskittyvät ohjelmistot, älypuhelinsovellukset ja virtuaaliset alustat, voivat tarjota masennuksesta kärsiville ihmisille enemmän hoitovaihtoehtoja ja auttaa heitä hoitamaan sairauttaan myös itse. Virtuaaliterapia ei voi korvata henkilökohtaisia terapiakäyntejä, mutta se voi olla joustava vaihtoehto masennuksesta kärsivien tukemiseen säännöllisten käyntien välillä. Digitaalisia työkaluja voidaan käyttää myös osana terveys- ja sosiaalipalveluita tietojen keräämisen helpottamiseksi ja hoidon seuraamiseksi.^{25 26} Digitaaliset välineet voivat myös auttaa masennuspotilaita olemaan yhteydessä muihin ja vähentämään eristäytyneisyyden tunnetta.²⁷



Suomen mittariston yhteenveto

Kattavat ja yhtenäistetyt masennuksenhoitopalvelut

Sisältyykö masennuksen hoito joko kansalliseen terveystalouteen tai erityiseen mielenterveysstrategiaan?



Onko hallituksella mielenterveysasioista vastaava taho, jonka tehtävänä on huolehtia, että mielenterveysasiat huomioidaan kaikissa suunnitelmissa?



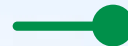
Tuetaanko perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalveluiden välistä yhteistyötä ja kannustetaanko/rohkaisetaanko siihen tai edesautetaanko sitä?



Onko olemassa masennuksen hoitoa koskevia ohjeistuksia, joiden laatimiseen on osallistunut sekä perusterveydenhuollon että psykiatrian asiantuntijoita?

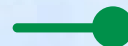


Korvataanko masennuksesta kärsiville henkilöille erilaisia hoitovaihtoehtoja, kuten psykoterapiaa, neuvontaa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa, ja ovatko ne heidän saatavillaan?



Onko masennuspalveluita saatavilla ja onko ne räätälöity riskiryhmille?

- Nuoret
- Ikäihmiset
- Ihmiset työpaikalla
- Asunnottomat



Masennuksen hoitoa edistävä tieto

Kerääkö terveydenhuoltojärjestelmä järjestelmällisesti tietoa masennuspotilaista?



Käytetäänkö terveydenhuoltojärjestelmiä koskevaa tietoa osana suunnittelutyötä?



Mitataan potilaiden raportoimia hoitotuloksia järjestelmällisesti?



Ei



Jonkin verran



Kyllä



Masennuksesta kärsivien ihmisten osallistaminen ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen

Tunnistetaanko masennuksen hoidon suuntaviivoissa tai hoitopoluissa, kuinka tärkeää on parantaa potilaiden vaikutusmahdollisuuksia?



Tunnistetaanko perheiden ja läheisten rooli hoidon suunnittelua ja tarjoamista koskevassa päätöksenteossa ja osana masennuksen hoidon ohjeistusta?



Ovatko potilaiden ja omaishoitajien edustajat osallistuneet viimeimpään masennusta koskevaan kansalliseen suunnitelmaan tai strategian laatimiseen?



Onko läheisillä mahdollisuus saada taloudellista tukea, jotta he voivat tukea masennuksesta kärsivää omaistaan?



Suosittelaaanko masennuksen hoito-ohjeissa vertaistukea?



Saako vertaistukitehtävistä rahallista korvausta?



Onko olemassa kansallisia yhdistyksiä, jotka puolustavat:

- masennuksesta kärsivien oikeuksia?
- masennuksesta kärsivien läheisten oikeuksia?



Teknologian valjastaminen masennuksesta kärsivien hoitoon pääsyn tehostamiseksi

Voivatko potilaat saada apua masennukseen etänä (puhelimelta tai internetin kautta) kasvokkain tarjottavien palveluiden lisäksi?



Suosittelvatko ammattijärjestöt tai ohjeistukset etäpalvelujen käyttöä kasvokkain tarjottavien palvelujen rinnalla?



Maksetaanko masennuksen etätuesta rahallista korvausta?



Voivatko masennuspotilaat käyttää puhelin- tai verkkoalustoja, joiden avulla he voivat uusia reseptinsä kotoa käsin?



Kattavat ja yhtenäistetyt masennuksenhoitopalvelut

Masennuksesta kärsivien hoitoon pääsy hankaloituu lähetepolkujen vaihtelevuuden sekä perus- ja erikoisterveydenhuollon palveluiden välisen heikon koordinoinnin vuoksi

Perusterveydenhuollon ja avohoidon mielenterveyspalvelujen koordinointi tapahtuu tällä hetkellä kuntatasolla, ja myös niiden rahoitus tulee kunnilta. Psykiatrian erikoisklinikat ja psykiatriset sairaalat ovat erillisiä organisaatioita.²⁸ Perusterveydenhuollon palveluiden katsotaan soveltuvan useimpien masennustapausten hoitoon, varsinkin sairauden alkuvaiheessa.^{12 29} Diagnoosin saa perusterveydenhoidon ensimmäisellä lääkärikäynnillä noin 25–40 prosenttia. Diagnoosien määrä kasvaa, jos käynti kestää vähintään 15 minuuttia tai jos lääkäri on hoitanut kyseistä henkilöä aiemmin. Erikoissairaanhoidon psykiatriapalveluiden piiriin pääsy edellyttää lähetettä. Lähetteen antamismenettelyt ovat kuitenkin kuntakohtaisia, minkä vuoksi myös hoitoon pääsyn helppous riippuu kunnasta.²⁹ Perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon koordinointia kannatetaan kyllä yleisellä tasolla,¹² mutta yhteistyön toteutuminen käytännössä vaihtelee. Joillakin alueilla on vakiintuneet ja tehokkaasti toimivat viestintäkanavat,²⁰ mutta on myös alueita, joilla koordinoinnin puute aiheuttaa jatkuvasti ongelmia.¹⁷ Tämä johtunee ainakin osittain palveluiden organisoinnin eroista hoitoa tällä hetkellä tarjoavien kuntien välillä. Tämä johtaa järjestelmään, jossa masennuspotilaan saaman hoidon taso riippuu suuresti siitä, missä päin maata hän sattuu asumaan.

Perusterveydenhuollon palveluiden tarjonta jaetaan Suomessa kolmeen eri osa-alueeseen, joissa mielenterveyden hoitopalvelut on järjestetty eri tavoin. Tästä syystä hoitomahdollisuudet eivät ole kaikille samat

Työsuhteessa olevat hakeutuvat työterveydenhoitoon, oppilaitosten opiskelijat opiskeluterveydenhuoltoon ja muut julkiseen terveydenhuoltoon.¹⁷ Nämä perusterveydenhuoltojärjestelmän osa-alueet eroavat sekä organisaationsa että niissä työskentelevien ammattilaisten painotuksen osalta toisistaan. Se, kenen palveluihin mielenterveyspalveluihin hakeutuva ohjataan, riippuu paljolti terveydenhuollon osa-alueesta: joillakin on helpompi päästä psykiatrin vastaanotolle, kun taas toisissa asiakas lähetetään todennäköisemmin psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle.²⁰ Palvelujen saatavuudessa ja laadussa on siten luonnollisesti suurta vaihtelua.¹⁷ Työterveysjärjestelmästä pääsee esimerkiksi psykiatrilta jopa kahdessa viikossa eli huomattavasti nopeammin ja tehokkaammin kuin opiskeluterveydenhuollossa tai julkisessa terveydenhuollossa, jossa odotusajat voivat olla useita viikkoja pidempiä.²⁰

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksen tarkoituksena on vähentää alueellista epätasa-arvoa ja keskittää rahoitus, vaikkakin perusterveydenhuolto jakautuu vastaisuudessaakin kolmeen osa-alueeseen

Suomen hallitus on uudelleenorganisoimassa perusterveydenhuollon koordinoitua: vuoteen 2023 mennessä suunnittelu ja hallinnointi siirtyvät yli 200 Suomen kunnalta 22 hyvinvointialueelle.¹⁸ Myös hoidon rahoitus siirtyy kunnilta valtiotasolle, vaikkakin osa rahoituksesta on yhä sidottu palveluiden käyttöön kuntatasolla.¹⁸ Lainsäädäntömuutoksia ehdotettiin ensimmäistä kertaa yli vuosikymmen sitten. Niiden tarkoituksena on korjata järjestelmän merkittävintä heikkoutta eli hoidon epätasa-arvoisuutta eri alueiden välillä, jonka nähdään johtuvan rahoituksen ja saatavilla olevien palvelujen eroista.¹⁷ Koska Suomi kuitenkin säilyttää kolmihaaraisen perusterveydenhuoltojärjestelmänsä, haasteita ja epätasa-arvoisuuksia esiintyyneen jatkossakin jonkin verran.

Uusimmassa mielenterveysstrategiassa on suositeltu "Mielenterveys osaksi kaikkea politiikkaa" -lähestymistapaa, mutta sitä ei ole vielä pantu täytäntöön.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL tukee "mielenterveys osaksi kaikkea politiikkaa" -lähestymistapaa. Tässä lähestymistavassa määritetään ne tavat, joilla esimerkiksi koulutus-, työllisyys- ja infrastruktuurialojen kaltaisilla aloilla tehdyt päätökset voivat vaikuttaa terveyteen. Lähestymistapaa on suositeltu myös *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030* -ohjelmassa.^{19 30} Tähän mennessä ei ole ilmennyt merkkejä siitä, että muut alat olisivat järjestelmällisesti panneet täytäntöön terveydenhuoltoalan aloitteita, eikä hallituksella ole johtavaa tahoa, joka pyrkisi integroimaan näitä toimintalinjoja eri aloille.



Masennuksen hoitoon on saatavana kattavat hoito-ohjeet sekä erilaisia hoitovaihtoehtoja. Korvausehtojen erot ja ammattilaisten puute johtavat kuitenkin siihen, että ihmiset eivät välttämättä pääse hoitoon, kun he sitä tarvitsevat

Luotettavien, yksityiskohtaisten ja äskettäin päivitettyjen masennuksen hoitosuosituksen^{12 20} lisäksi Duodecim tarjoaa myös ammattimaista kliinistä opastusta. Opastus kattaa masennuksen eri osa-alueita ja tyyppejä, esimerkiksi kroonisen masennuksen, vuodenajoittain vaihtelevan mielialahäiriön sekä masennuksen ja riippuvuuksien välisen suhteen.³¹ Saatavilla on erilaisia hoitovaihtoehtoja, mukaan lukien psykoterapiaa ja psykososiaalista kuntoutusta.^{28 29} Suomen sosiaaliturvasta vastaava vakuutuslaitos Kela korvaa psykoterapiakustannukset vain sellaisille 16–67-vuotiaille, joiden mielenterveyden häiriö vaikuttaa heidän työ- tai opiskelukykyynsä.^{28 29} Jopa korvausta saavilla tai niillä, jotka pystyvät maksamaan kulut itse, voi olla vaikeuksia, sillä psykiatreja, psykoterapeutteja ja muita mielenterveyden ammattilaisia on liian vähän kysyntään nähden.^{20 29} Odotusajat aiheuttavat huomattavia ongelmia Suomen terveydenhuollossa ja ovat merkittävä syy siihen, miksi hoitotarpeet eivät täyty.^{17 20} Avun hakemisesta voi kestää 7–12 kuukautta ennen kuin hakija pääsee Kelan kautta kuntouttavaan psykoterapiaan.²¹ Koronaviruspandemia on pahentanut näitä haasteita. Vaikka etähoidon avulla pystyttiinkin jossain määrin takaamaan hoidon jatkuvuus, vaikuttaa kuitenkin siltä, että palveluiden laatu heikkeni yleisesti ja odotusajat pitenevät.³²

Merkittävä määrä masennuksesta kärsiviä ihmisiä saattaa jäädä ilman minkäänlaista hoitoa

Useissa 2000-luvun alussa tehdyissä tutkimuksissa arvioitiin, että alle puolet suomalaisista masennuksesta kärsivistä hakeutuu aktiivisesti terveydenhuoltojärjestelmän palveluihin hoitamaan sairauttaan.³³⁻³⁵ Vuodesta 2020 alkaen tämä voi olla jopa 76 prosenttia nuorista aikuisista.¹⁶ Hoitoon hakeutumisen esteinä voivat olla leimautumisen pelko ja käsitys, että vain tarpeeksi vakaviin sairauksiin saa apua. Näistä syistä tuhannet masentuneet eivät välttämättä hakeudu hoitoon. Tämä pätee varsinkin ihmisiin, jotka kärsivät masennuksen lievemmistä muodoista.²⁰ Yksityiset terveys-, koti-, laina-, tai matkavakuutusyhtiöt voivat evätä vakuutuksen mielenterveysongelmasta kärsivälle (tai ihmiselle, joka on kärsinyt mielenterveysongelmasta aiemmin). Tämä voi viivästyttää avun hakemista vielä enemmän.³⁶ Tämä on huolestuttavaa, koska hoidon viivästyminen kasvattaa masennuksen pahentumisen riskiä.³ Oikea-aikaisen seurannan puute on haaste silloinkin, kun ihmiset saavat laadukasta hoitoa.^{20 37} Eräs tätä mittaristoraporttia varten haastateltu asiantuntija uskoo, että haasteena on sekä tapaamisten tiheys (tapaamisia pitäisi olla joka toinen viikko) että niiden kesto (ne ovat usein hätäisiä).²⁰ Puutteellinen seuranta voi pahentaa masennuspotilaiden tiedossa olevia haasteita, kuten lääkinnällisten ja psykologisten hoito-ohjeiden noudattamista.^{20 37}

Perusterveydenhuoltojärjestelmän jakautumisen vuoksi saattaa olla, että kaikkein suurimmassa masentumisvaarassa olevien ihmisten on kaikista vaikeinta päästä oikea-aikaiseen hoitoon

Vaikka työssä käyvällä väestöllä onkin paremmat mahdollisuudet saada mielenterveyden hoitopalveluita helpommin ja oikea-aikaisemmin kuin opiskelijoiden ja julkisen terveydenhuoltojärjestelmän käyttäjien, silti noin 4 000 joutuu vuosittain varhaiseläkkeelle masennuksen takia – tämä vastaa kymmentä ihmistä päivässä.³⁸ Sen lisäksi, että tämä aiheuttaa huomattavia taloudellisia kustannuksia¹⁶, se vaarantaa myös hoidon jatkuvuuden, koska potilaiden on siirryttävä työterveys- huollosta julkiseen terveydenhoitoon. Mitä pidempään ihminen joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, sitä epätodennäköisempää on, että oireet lievenevät ja että hän voi palata työhön. Hallitus on käynnistämässä ohjelmia, joilla pyritään helpottamaan mielenterveysongelmista kärsivien työllistymistä ja pitämään ihmiset riittävän hyväkuntoisina pysymään työelämässä.³⁹ Nämä haasteet tulevat kuitenkin todennäköisesti jatkumaan niin kauan kuin työterveydenhuollon ja muun terveydenhuollon välisiä hoitoeroja on (**Tapaustutkimus 1**).

Tapaustutkimus 1. Hoitotakuu, mielenterveyslain uudistusehdotus

Kansalaisaloitteessa on ehdotettu mielenterveyslakiin muutosta, jolla apua hakeville taattaisiin ”välitön” pääsy hoidon piiriin.²¹ Uudistuksella turvattaisiin mielenterveyshoitoon pääsy myös vähävaraisille ja niille, jotka eivät nykyisellään ole oikeutettuja Kelan korvaamaan hoitoon.²¹ Uuden lain mukaan henkilö olisi arvioitava viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä päivästä, jona hän on ensimmäisen kerran hakenut apua terveyskeskuksesta, ja hoito olisi aloitettava neljän viikon kuluessa.²¹ Lakiesitys on saanut vahvaa kannatusta kansalaisjärjestöiltä, kuten mielenterveysomaisten keskusliitolta FinFamiltä.⁴⁰

Masennuksen hoitoa edistävä tieto

THL kerää kattavasti mielenterveyteen ja masennukseen liittyvää tietoa, jota käytetään hoitopäätösten ohjeistukseen

Suomessa on kerätty tietoa jo pitkään, ja se onkin Ruotsin ohella maailman johtava jatkuvien tietosarjojen ylläpitäjä. Näissä maissa on kirjattu itsemurhia koskevia tietoja vuodesta 1751 lähtien.⁴¹ Potilastiedon arkisto on nykyään järjestetty muiden digitaalisten tietojen ohella THL:n ja muiden valtiollisten elinten ylläpitämään potilaistiedon tietojärjestelmään Kantaan.¹⁷ THL hallinnoi myös tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetiä, joka sisältää kattavan joukon mielenterveysindikaattoreita. Näitä ovat palvelujen käyttö, oireet ja tulokset sekä masennuskohtaisia indikaattoreita, kuten masennuslääkkeiden korvaukset ja masennuksen itse raportoitu esiintyvyys.⁴²

Kerättyjä tietoja hyödynnetään lääketieteelliseen näyttöön perustuvaan sähköiseen päätöksentekotukeen. (EBMEDS).⁴³ EBMEDS ehdottaa hoitomuotoja ja tarjoaa lääkäreille linkkejä hoitosuosituksiin. Lisäksi se antaa potilaskohtaisia varoituksia ja muistutuksia.⁴³ Tietoa keräävät myös kunnalliset hoitoalueet ja kansalaisjärjestöt. Tällainen on esimerkiksi Mielenterveyden keskusliitto MTKL, joka kerää tietoja palveluiden käyttäjien asenteista mielenterveyden hoitoa kohtaan ja heidän kokemuksistaan siitä.²⁹

Masennuksen hoitosuosituksissa määritellään kriteerit, joiden perusteella arvioidaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa annettavan hoidon laatua

Duodecimin asettama työryhmä on laatinut uusimmat masennuksen hoitosuositukset. Niihin sisältyy yksityiskohtainen luettelo tiedoista, joita on kerättävä ja analysoitava, jotta voidaan arvioida, onko tarjottu hoito laadukasta. Tähän sisältyy sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon tarvitsemat tiedot masennuksen epidemiologiasta, hoidon suunnittelusta ja etenemisestä sekä potilaiden raportoimista tuloksista.¹² Vaikka nämä tiedot voivat helpottaa hoitopäätösten tekemistä ja palveluiden suunnittelua huomattavasti, ei ole selvää, kerätäänkö tai käytetäänkö niitä järjestelmällisesti.

Vaikka tietojen keräämistä ja käyttöä tuetaan, enemmänkin voitaisiin tehdä löydöksiä integroimiseksi osaksi palveluiden suunnittelua

Kansallisessa mielenterveysstrategiassa todettiin, että päätöksentekijöiden olisi käytettävä terveydenhuollon hallinnan ja suunnittelun ohjaamiseen ”parhaiten sopivia indikaattoreita” (**Tapaus-tutkimus 2**).¹⁹ Strategiassa ei kuitenkaan mainita tarkkaan, millaisia tietoja käytettiin kymmenen vuoden ohjelman laatimisessa, ja tuntuu, että THL:n ja muiden tahojen jo keräämiä tietoja voitaisiin hyödyntää tehokkaammin.²⁰

Tapaustutkimus 2. Mielensterveyttä edistävien ja näyttöön pohjautuvien lähestymistapojen digitaalinen tietokanta

Yhtenä *Kansallinen mielensterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030* -ohjelman tavoitteena on laatia digitaalinen tietokanta, johon kootaan kaikki mielen hyvinvoinnin edistämiseen ja mielensterveyden sairauksien ehkäisyyn liittyvät lähestymistavat.¹⁹ Tämä tietokanta luo tietovaraston näyttöön perustuvista interventioista, ja sitä voidaan käyttää yksilö- ja väestötason päätöksenteossa. Mielensterveyden ennaltaehkäiseviä näkökohtia koskevien tietojen keskittämisen tulisi helpottaa lääkäreiden ja mielensterveysohjelmien suunnittelijoiden pyrkimyksiä parantaa mielensterveyttä, ohjata rahoitusta tehokkaammin mielensterveysohjelmien suunnitteluun ja lievittää mielensterveysongelmien aiheuttamaa taakkaa.



Masennuksesta kärsivien ihmisten osallistaminen ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen

Masennuksesta kärsivän henkilön ja hänen hoitoryhmänsä välinen yhteinen päätöksenteko tunnustetaan Suomessa ensisijaiseksi tavoitteeksi, mutta läheisten rooli nähdään vähemmän merkityksellisenä

Masennuksen hoitosuosituksissa tehdään selväksi, että hoitoon hakeutuvan henkilön on oltava aktiivinen päätöksentekijä. Hänen on myös oltava täysin tietoinen masennuksensa hoitovaihtoehdoista.¹² Eräs asiantuntija, jota haastateltiin tätä raporttia varten, sanoi, että vaikka tilanne on paranemaan päin, vielä on paljon tehtävää, jotta masennuksesta ja muista mielenterveys sairauksista kärsivät ihmiset saavat täydet valtuudet tehdä terveydenhuoltoaan koskevia päätöksiä.³² Eräässä suomalaisille mielenterveyspotilaille tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että potilaat halusivat osallistua aktiivisesti hoitoa ja kohtelua koskevaan päätöksentekoon ja kokivat, että hoidon parempi suunnittelu ja koordinointi auttaisi heitä saavuttamaan tämän tavoitteen.⁴⁴ Kansallisessa mielenterveysstrategiassa puolestaan korostetaan, että perheet ja läheiset on tärkeää ottaa mukaan itsemurhien ehkäisemistä koskeviin suunnitelmiin.^{19 41} Strategiassa mainitaan myös se, että palveluissa olisi otettava huomioon masennuspotilaan omaiset sekä voimavarana että tukea tarvitsevinä yksilöinä.¹⁹ Läheisten kanssa käydyt keskustelut tarjoavat tärkeän mahdollisuuden ymmärtää paremmin koko perheen tarpeita ja hyvinvointia.⁴⁵

Vertaistukea ja kokemusasiantuntijoita hyödynnetään osana masennuksen hoitoa. Näiden palveluiden tarjonta on kuitenkin epävirallista, ja niitä koordinoivat pääasiassa kansalaisjärjestöt

Vertaistuki tarkoittaa sitä, että ihmiset, joilla on kokemusta masennuksen kanssa elämisestä, tarjoavat esimerkiksi ryhmäterapiaa tai yksilöllistä neuvontaa ihmisille, jotka kärsivät parhaillaan vastaavasta sairaudesta. Duodecimin mielestä on "itsestään selvää", että vertaistukea olisi hyödynnettävä osana masennuksen hoitoa.¹² Kansallisessa mielenterveysstrategiassa suositellaan myös masennuksesta selvinneiden eli kokemusasiantuntijoiden aiempaa laajempaa käyttöä terveydenhuollossa.^{19 41} Tällä hetkellä lähes kaikki vertaistuki on MTKL:n ja FinFamin kaltaisten kansalaisjärjestöjen vastuulla.^{29 40} On pelättävissä, että vertaistukihenkilöiden ja kokemusasiantuntijoiden tunnustamista koskevien virallisten kriteerien puuttuminen voi rajoittaa ammattitaitoisen tuen saamista, kun tehtäviin olisi tarjolla virallista tukea.²⁹

Masennuspotilaita ja heidän hoitajiaan edustavat organisaatiot ovat mukana valtiotason lainsäädännöllisissä päätöksissä. Lisäksi ne osallistuvat sekä mielenterveyttä koskeviin uudistuksiin että ruohonjuuritason ohjelmiin ja tukitoimiin

MTKL on suurin mielenterveyskuntoutujien etujärjestö, ja sitä kuullaan usein valmisteltaessa mielenterveyteen liittyvää lainsäädäntöä.²⁹ Se tarjoaa muun muassa koulutusta, oikeudellista neuvontaa, taloudellista tukea ja tutkimuksia, kuten Mielenterveysbarometri.^{29 46} FinFami-järjestö ja sen paikallisyhdistykset tarjoavat mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten omaishoitajille ja perheille ennen kaikkea tietoa ja käytännön tukea, kuten vertaistukea, neuvontaa, välineitä omaishoitajien tuen arvioimiseksi ja tarjoamiseksi sekä ohjausta omaishoitajille ja lääkäreille.^{29 40 45-50} Näitä järjestöjä kuullaan myös asiaan liittyvien palvelujen kehittämisessä, pääasiassa lainsäädäntötasolla.

Mielenterveyspotilaiden omaishoitajien ei katsota tarvitsevan tukea samassa määrin kuin fyysisesti sairaiden omaishoitajien

Vaikka MTKL:n ja FinFamin kaltaiset organisaatiot tarjoavat neuvontaa ja tukea, julkinen sektori ei ole reagoinut yhtä herkästi mielenterveysongelmista kärsivien tarpeisiin.²⁹ Mielenterveyshäiriön vuoksi työkyvyttömät voivat hakea sairauspäivärahaa tai työkyvyttömyyseläkettä⁵¹. Huomattavissa taloudellisissa vaikeuksissa olevat perheet voivat hakea sosiaalitukea.⁵² Mielenterveyspotilaiden omaishoitajien ei katsota saavan tukea samassa määrin kuin fyysisesti sairaiden ihmisten omaishoitajien.^{29 40} Masennuksesta kärsivien omaishoitajat saattavat kuitenkin yhtä todennäköisesti joutua vähentämään työaikaansa ja tekemään muita myönnytyksiä voidakseen auttaa läheistään. Tuen laajentaminen ja joustavat työjärjestelyt kaikille tällaisessa asemassa oleville omaishoitajille (eikä vain niille, joilla on jo nyt vakavia taloudellisia ongelmia) auttaisivat lievittämään hoitamisesta aiheutuvaa kuormitusta ja vähentäisivät omaishoitajan riskiä sairastua roolistaan johtuvan stressin vuoksi itsekkin masennukseen.

Teknologian valjastaminen hoitoon pääsyt parantamiseksi

Suomesta on tullut maailmanlaajuinen edelläkävijä digitalisaatiossa ja sähköisessä terveydenhuollossa, minkä ansiosta terveydenhuoltojärjestelmällä on hyvät valmiudet selvittää COVID-19:n aiheuttamista häiriöistä

Valtio on investoinut paljon sähköisiin terveyspalveluihin ja palvelujensa digitalisaatioon.¹⁷ Suomi on Euroopan toiseksi paras ja maailman kolmanneksi paras vuoden 2021 digitaalisessa elämänlaatuindeksissä, jossa mitataan muun muassa internetin kohtuuhintaisuutta, internetin laatua, sähköistä turvallisuutta ja sähköistä hallintoa.⁵³ Kun koronaviruspandemia vaikutti terveydenhuoltojärjestelmiin ja pakotti siirtämään hoitotoimet verkkoon, hoidon jatkuvuuden turvaamisessa voitiin hyödyntää maan kokemukset innovoinnista ja digitalisaatiosta.⁹ Sähköiset reseptit ovat olleet pakollisia vuodesta 2017 lähtien, ja Kannasta löytyvät kaikki ihmisen saamat reseptit.⁵⁴ Tämä selkeyttää terveydenhuollon harjoittajien, farmaseuttien ja potilaiden välistä viestintää. Lisäksi tämä pienentää päällekkäisten tai yhteensopimattomien lääkitysten riskiä.⁵⁴

Lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa lisätään telelääketieteen ja digitaalisten välineiden käyttöä, ja tutkimuksessa selvitetään uusia tapoja hyödyntää digitaalitekniikkaa hoidossa

Telelääketiede on ollut käytössä jo useita vuosia, ja sen käyttö yleistyi huomattavasti koronaviruspandemian aikana.²⁹ Duodecim suosittelee verkkoavusteisten hoitomuotojen käyttöä lievän ja keskivaikean masennuksen hoitoon. Samalla se korostaa, että vakavaa tai psykoottista masennusta on hoidettava kasvokkain.¹² Tutkimuksissa etsitään nyt mahdollisuuksia soveltaa digitaalisia työkaluja masennuksen hoitoon laajamittaisesti. Innovaatiot ovat peräisin useista eri lähteistä; esimerkiksi Aalto-yliopiston tutkimustiimi on kehittämässä tietokonepeliä, jota voitaisiin käyttää lievän ja keskivaikean masennuksen hoitoon.⁵⁵ Nämä teknologiat ovat kiinnostavia, koska ne voivat olla kustannustehokkaita ja ne saattavat vähentää tarvetta kasvokkain tapahtuvalle ja erikoislääkärin hoidolle. Näin järjestelmä, jonka kapasiteetti on rajallinen, voisi keskittää resurssinsa kaikkein haastavimpiin ja pisimmälle edenneisiin masennustapauksiin.

Tietoturva on Suomessa arkaluontoinen aihe, ja sitä on painotettava kaikilla digitaalisen terveyden osa-alueilla

Vuonna 2020 yli 13 500:n suomalaisen yksityisen psykoterapiakeskuksen potilaan luottamukselliset tiedot vuodettiin pimeään verkkoon.^{56 57} Asiakkaat, jotka olivat käyttäneet 25 terapiakeskusta eri puolilla maata ylläpitävän Vastaamo-yhtiön palveluja, alkoivat saada kiristysuhkauksia, minkä vuoksi tuli ilmi, että potilaiden käyntien tietoja ei ollut suojattu asianmukaisesti.^{58 59} Kun hakkerointi tuli viranomaisten tietoon, siitä tuli yksi Suomen historian suurimmista rikostapauksista.⁵⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö puuttui tilanteeseen ja tarjosi kohdennettua tukea ihmisille, joihin tietoturvaongelma vaikutti.^{60 61} Onneksi luottamus masennuksen digitaalisiin hoitomuotoihin näyttää kasvaneen alun järkytyksen, pelon ja huolen jälkeen.²⁰ Tämä tapaus korostaa sitä, kuinka tärkeää on turvata kaikki digitaalisten ja sähköisten terveyspalveluiden sisältämät henkilötiedot.



Loppupäätelmät ja suositukset

"Suomessa on maailman parhaita masennuksen hoitostandardeja, mutta tavoitamme vain alle puolet apua tarvitsevista ihmisistä. Meidän on ennen kaikkea suunnattava enemmän resursseja mielenterveyteen, erityisesti terveyskeskuksessa annettavaan ja masennuksen alkuvaiheen hoitoon. Näin entistä useammat masennuksesta kärsivät ihmiset voivat saada tätä hyvää ja oikea-aikaista hoitoa ja opastusta, kunnes heidän tilansa on parantunut."

Jukka Kärkkäinen,
Suomen Psykiatriyhdistys ja Terveiden
ja hyvinvoinnin laitos

Masennuksen hoito on Suomessa huippuluokkaa, mutta hoitoon pääsee arvioiden mukaan alle puolet avun tarpeessa olevista

Maan tietojenkeräyshistoria ja pitkä kokemus siitä, kuinka masennuksen aiheuttaman taakan vähentämistä priorisoidaan, ovat auttaneet laatimaan luotettavat masennuksen hoito-ohjeet ja vahvan, digitalisoidun mielenterveyden tietovarannon. Kolme erillistä perusterveydenhuollon haaraa ja kuukausien pituisiksi venyvät odotusajat tarkoittavat kuitenkin sitä, että heikkouksia on vielä jäljellä. Suomen hallituksen on varmistettava, että jokainen masennukseen apua hakeva saa oikea-aikaista ja asianmukaista hoitoa. Hoito ei saa riippua siitä, minkä terveydenhuoltojärjestelmän asiakas hän on. Jokaisen masennuksesta kärsivän henkilön tulisi olla säännöllisesti yhteydessä hoitavaan lääkäriin siihen asti, kunnes oireet ovat parantuneet, jotta voidaan nopeuttaa toipumista ja parantaa hoitojen noudattamista.

Innovaatiohenki on jatkossakin avainasemassa hoidon puutteiden korjaamisessa

Mielenterveystyön voimavarojen lisääminen tulee olemaan keskeistä masennuksen aiheuttaman kuormituksen lievittämisen kannalta. Digitaalisten hoitomuotojen mukaan ottaminen voi auttaa hillitsemään kustannuksia, lisäämään tehokkuutta ja tarjoamaan useammalle ihmiselle suuntaviivojen suositteleman hoitostandardin mukaista hoitoa. Nopea hoitoon pääsy vähentää todennäköisesti myös masennuksen haastavampien muotojen esiintyvyyttä, mikä puolestaan voi vähentää psykiatristen erityispalvelujen kuormitusta.

Ensisijaiset suositukset

Kattavat ja yhtenäistetyt masennuksenhoitopalvelut

- Varmistetaan, että nykyiset terveydenhuollon rakenteeseen tehtävät muutokset edistävät alueiden välistä yhdenmukaisuutta, jotta kaikki saavat oikea-aikaista hoitoa ja koordinointi perusterveyden ja erikoissairaanhoidon välillä pelaa paremmin.
- Parannetaan sosiaali- ja opiskelijaterveydenhuollon käyttäjien pääsyä erikoissairaanhoidon lyhentämällä odotusaikoja ja alentamalla lähetekynnystä.
- Nimitetään hallituksen vastuhenkilö, joka varmistaa, että mielenterveys otetaan huomioon kaikessa politiikassa ja että se sisällytetään julkisen sektorin päätöksentekoon.
- Harkitaan psykiatrin kahden viikon välein tapahtuvan konsultaation asettamista standardiksi erikoissairaanhoidon tarvitseville masennuksesta kärsiville henkilöille.

Masennuksen hoitoa edistävä tieto

- Toteutetaan ehdotettu digitaalinen tietokanta masennuksen hoitoon liittyvistä näyttöön perustuvista lähestymistavoista ja varmistetaan, että nämä tiedot ovat saatavilla ja vertailukelpoisia koko maassa.
- Vakioidaan masennuksen hoitosuosituksissa esitettyjen hoitoa koskevien laatuindikaattoreiden kerääminen ja käyttö, jotta voidaan arvioida masennuksen hoitoa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

Masennuksesta kärsivien ihmisten osallistaminen ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen

- Kehitetään mielenterveyspalvelujen vertaistukihenkilöille ja kokemusasiantuntijoille virallisia tehtäviä.
- Tarjotaan taloudellista ja käytännön tukea kaikille masennuksesta kärsivien omaishoitajille, jotta hoidosta aiheutuvia paineita voidaan lievittää.
- Otetaan potilaiden etujärjestöt ja perheitä ja läheisiä edustavat yhdistykset mukaan työryhmiin, jotka kehittävät masennuksen hoitopolitiikkaa ja -ohjelmia terveydenhuoltojärjestelmän tasolla, jotta varmistetaan, että niiden arvokas asiantuntemus otetaan huomioon suunnitteluvaiheessa.

Teknologian valjastaminen masennushoitojen saatavuuden parantamiseksi

- Jatketaan terveydenhuollon digitalisoinnin tukemista, mukaan lukien etäneuvonta lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastaville, ja varmistetaan samalla henkilökohtaisen hoidon saatavuus vakavaa masennusta sairastaville.

1. Centre for Suicide Prevention. 2015. *Depression and suicide prevention: resource toolkit*. Calgary: CSP
2. World Health Organization. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva: WHO
3. Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, et al. 2019. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Transl Psychiatry* 9(1): 127
4. Tavormina MG, Tavormina R, Nemoianni E, et al. 2015. A questionnaire to assess social stigma. *Psychiatr Danub* 27 (Suppl 1): S328-31
5. Linder A, Gerdtham U-G, Trygg N, et al. 2019. Inequalities in the economic consequences of depression and anxiety in Europe: a systematic scoping review. *Eur J Public Health* 30(4): 767-77
6. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, et al. 2014. Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. *Am J Psychiatry* 171(4): 453-62
7. World Health Organization Europe. Depression. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression> [Accessed 11/06/20]
8. Ng CWM, How CH, Ng YP. 2017. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J* 58(2): 72-77
9. OECD/European Union. 2020. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing
10. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. 2021. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 10.1016/s0140-6736(21)02143-7
11. Global Health Data Exchange. 2021. Prevalence of depression 1990–2019. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/341b859ab54f6e55e3ecb852c0dec59d> [Accessed 22/11/21]
12. Duodecim. 2021. Depression: current care recommendation. Available from: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023?tab=suositus> [Accessed 22/09/21]
13. World Health Organization. 2017. *Mental Health Atlas Member State Profile: Finland*. Geneva: WHO
14. OECD/European Union. 2018. *Health at a Glance: Europe 2018*. Paris: OECD Publishing
15. Saarni SI, Härkänen T, Sintonen H, et al. 2006. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Qual Life Res* 15(8): 1403-14
16. Pirkola S. 2020. Editorial: The broad, collaborative New Mental Health Strategy in Finland. *Psychiatria Fennica* 51: 8-9
17. OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. 2019. *State of Health in the EU: Finland Country Health Profile*. Paris: OECD
18. Ministry of Finance, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of the Interior. 2021. *Government proposal for health and social services reform and related legislation adopted by Parliament*. Helsinki: Government of Finland
19. Ministry of Social Affairs and Health. 2020. *National Mental health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health
20. Kärkkäinen J. 2021. Interview with Catherine Whicher at The Health Policy Partnership [Teleconference]. 28/09/21
21. Mielenterveyspooli. 2021. Immediate access to therapy. Available from: <https://mielenterveyspooli.fi/terapiatakuu/immediate-access-to-therapy/> [Accessed 15/11/21]
22. Beezhold J, Destrebecq F, grosse Holftorth M, et al. 2018. *A sustainable approach to depression: moving from words to actions*. London: The Health Policy Partnership
23. European Patients Forum. 2015. *EPF Background Brief: Patient Empowerment*. Brussels: EPF
24. Repper J, Carter T. 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 20(4): 392-411
25. European Commission. 2018. Tackling depression with digital tools. [Updated 04/06/18]. Available from: <https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/projects/success-stories/all/tackling-depression-digital-tools> [Accessed 06/11/20]
26. Hallgren KA, Bauer AM, Atkins DC. 2017. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: Current findings and future opportunities. *Depress Anxiety* 34(6): 494-501
27. Prescott J, Hanley T, Ujhelyi K. 2017. Peer Communication in Online Mental Health Forums for Young People: Directional and Nondirectional Support. *JMIR Ment Health* 4(3): e29-e29

-
28. Ministry of Social Affairs and Health. 2021. Mental health services. Available from: <https://stm.fi/en/mental-health-services> [Accessed 22/11/21]
 29. Jalava J, Korhonen O, Mettälä R. 2021. Interview with Catherine Whicher at The Health Policy Partnership [Written]. 12/11/21
 30. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). 2021. Health in all policies. Available from: <https://thl.fi/en/web/management-of-health-and-wellbeing-promotion/management-of-wellbeing/practices/health-in-all-policies> [Accessed 29/11/21]
 31. Duodecim. 2021. Evidence-based medicine guidelines. Available from: <https://www.terveysportti.fi/dtk/ebmg/home> [Accessed 07/10/21]
 32. Kärkkäinen J. 2022. Personal communication by email: 06/04/22
 33. Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, et al. 2009. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depress Anxiety* 26(11): 1049-59
 34. Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, et al. 2008. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety* 25(1): 27-37
 35. Hämäläinen J, Isometsä E, Laukkala T, et al. 2004. Use of health services for major depressive episode in Finland. *J Affect Disord* 79(1-3): 105-12
 36. Korhonen O. 2021. Personal communication by email: 13/12/21
 37. Vuorilehto MS, Melartin TK, Riihimäki K, et al. 2016. Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: Low intensity and poor adherence and continuity. *J Affect Disord* 202: 145-52
 38. Finnish Centre for Pensions (Eläketurvakeskus). 2021. Number of new disability pension recipients decreased in 2020. Available from: <https://www.etk.fi/en/topical-issues/number-of-new-disability-pension-recipients-decreased-in-2020/> [Accessed 12/04/22]
 39. Ministry of Social Affairs and Health. 2020. Mental health is valuable capital at workplaces. Available from: <https://stm.fi/en/-/mielenterveys-on-tyopaikkojen-arvokkainta-paamaa> [Accessed 21/09/21]
 40. Ollonen V. 2021. Interview with Catherine Whicher at The Health Policy Partnership [Teleconference]. 05/11/21
 41. Partonen T. 2020. A new national suicide prevention programme in Finland. *Psychiatra Fennica* 51: 10-15
 42. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). 2021. Sotkanet: mental health data. Available from: <https://sotkanet.fi/sotkanet/en/haku?g=199> [Accessed 22/11/21]
 43. Duodecim. 2021. The Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support (EBMEDS). Available from: <https://www.duodecim.fi/english/products/ebmeds/> [Accessed 22/11/21]
 44. Laitila M, Nummelin J, Kortteisto T, et al. 2018. Service users' views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study. *Arch Psychiatr Nurs* 32(5): 695-701
 45. Ollonen V. 2021. Personal communication by email: 09/12/21
 46. Finnish Central Association for Mental Health. 2021. Home page. Available from: <https://www.mtkl.fi/> [Accessed 23/11/21]
 47. FinFami. 2021. Home page. Available from: <https://finfami.fi> [Accessed 23/11/21]
 48. FinFami Varsinais-Suomen. 2021. Ask a young person. Available from: <https://www.vsfinfami.fi/kysy-nuorelta/tietoa-ja-tyokaluja/> [Accessed 16/11/21]
 49. FinFami Pirkanmaa. 2021. Pay attention to relatives model. Available from: <https://www.finfamipirkanmaa.fi/huomioi-omaiset-malli/> [Accessed 16/11/21]
 50. FinFami Pirkanmaa. 2021. Risk mapping tool for professionals. Available from: <https://www.finfamipirkanmaa.fi/oppaat-ja-materiaalit/riskikartoitustyokalu-ammattilaisille/> [Accessed 16/11/21]
 51. Kela. 2021. Disability pension and rehabilitation subsidy. Available from: <https://www.kela.fi/web/en/disability-pension-and-rehabilitation-subsidy> [Accessed 23/11/21]
 52. Kela. 2021. Social assistance. Available from: <https://www.kela.fi/web/en/social-assistance> [Accessed 23/11/21]
 53. Surfshark. 2021. 2021 Digital Quality of Life Index. Available from: <https://surfshark.com/dql2021?country=FI> [Accessed 22/09/21]
 54. Peltoniemi T, Suomi R, Peura S, et al. 2021. Electronic prescription as a driver for digitalization in Finnish pharmacies. *BMC Health Serv Res* 21(1): 1017
 55. DF Report. 2021. Computer game to treat depression being made [online]. *Daily Finland*. Available from: <https://www.dailyfinland.fi/health/19732/Computer-game-to-treat-depression-being-made> [Accessed 22/09/21]
 56. Helsinki Times. 2020. HS: Vastaamo hacking could turn into largest criminal case in Finnish history [online]. *Helsinki Times*. Available from: <https://www.helsinkitimes.fi/finland/finland-news/domestic/18243-hs-vastaamo-hacking-could-turn-into-largest-criminal-case-in-finnish-history.html> [Accessed 22/09/21]

-
57. AFP in Helsinki. 2020. 'Shocking' hack of psychotherapy records in Finland affects thousands. *The Guardian*. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2020/oct/26/tens-of-thousands-psychotherapy-records-hacked-in-finland>
 58. WIRED Magazine. 2020. A dying man, a therapist and the ransomraid that shook the world. Available from: <https://www.wired.co.uk/article/finland-mental-health-data-breach-vastaamo> [Accessed 22/09/21]
 59. WIRED Magazine. 2021. They told their therapists everything. Hackers leaked it all. Available from: <https://www.wired.com/story/vastaamo-psychotherapy-patients-hack-data-breach/> [Accessed 22/09/21]
 60. Ministry of Social Affairs and Health. 2020. People need help quickly in times of crisis. Available from: <https://stm.fi/en/-/people-need-help-quickly-in-times-of-crisis> [Accessed 22/09/21]
 61. Ministry of Social Affairs and Health. 2020. Where to get help for victims of recent data breach at Psychotherapy Centre Vastaamo — a list of key organisations providing help. Available from: https://stm.fi/-/mista-apua-vastaamo-tietomurron-uhreille-lista-tarkeimmista-avuntarjoajista?languageld=en_US [Accessed 22/09/21]

Saat lisätietoa mittaristosta ottamalla yhteyttä
Jody Tate, The Health Policy Partnershipin tutkimusjohtaja
jody.tate@hpolicy.com

The Health Policy Partnership
68-69 St Martin's Lane
Lontoo WC2N 4JS
Yhdistynyt kuningaskunta



The
Health Policy
Partnership