
Första linjens terapier – ett nationellt projekt för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten för mentalvårdstjänster med låg tröskel

SAMULI SAARNI, JESPER EKEKUND OCH MATTI HOLI

I Finland och de flesta västländer är psykiska störningar ett centralt folkhälsoproblem som har förvärrats avsevärt de senaste åren. De viktigaste utmaningarna är de tilltagande ångest- och depressionssymtomen och den åtföljande förlusten av arbets- och funktionsförmåga. De nuvarande hälsotjänsterna har inte kunnat möta detta behov. Därför satsar man i många länder särskilt på att avsevärt förbättra tillgången till effektiva psykosociala behandlingar och på att sätta in dem vid rätt tid. I praktiken kan detta inte uppnås enbart genom ökade resurser, utan för att lyckas krävs en storskalig reform av mentalvårdssystemet.

Verksamhetsmodellen Första linjens terapier är en tjänst som har tagits fram som svar på detta reformbehov och som en del av vårdreformen, mentalvårdsstrategin och projektet Framtidens social- och hälsocentral. Dess mål har varit att stödja välfärdsområdena med att på basservice-nivå bygga upp ett mångsidigt och kostnadseffektivt vårdutbud i hela Finland, som utnyttjar digitala verktyg och som är nationellt jämlikt.

Artikeln beskriver de viktigaste bakgrundsfaktorerna, målen, principerna, verktygen, tjänsterna och fördelarna i verksamhetsmodellen Första linjens terapier. De nyckeltjänster som beskrivs är digitala egenvårdstjänster för medborgarna, stödtjänster för yrkespersoner, ett nationellt terapiutbildningssystem, en stegvis vårdmodell och olika nationella samutvecklingsstrukturer.

Verksamhetsmodellen har visat att det med nationellt samarbete och digitalt stödda behandlingsformer går att realistiskt svara på ett stort servicebehov inom ramen för de tillgängliga resurserna. Det centrala är långsiktig, nationell samutveckling. Det återstår att se om man i Finland kommer att kunna bedriva nationellt samarbete och skapa de strukturer som krävs. Eller kommer vi, trots att den kommunbaserade modellen har misslyckats, fortsätta att anta att varje välfärdsområde självständigt kan utveckla och upprätthålla högkvalitativ och jämlik mentalvårdsservice?

SKRIBENTERNA

Samuli Saarni, professor i psykiatri, Tammerfors universitet, Tammerfors; Programdirektör, Första linjens terapier, HUS psykiatri, Helsingfors

Jesper Ekelund, professor, direktör för verksamhetsområdet HUS Psykiatri, Helsingfors

Matti Holli, docent, direktör för resultatområdet Tjänster för kvinnor, barn och unga, HUS, Helsingfors

1) Inledning

Mentalvårdstjänster – läge och problem i Finland

Förändringar i prevalens

Psykiska störningar är ett viktigt folkhälsoproblem internationellt som har förvärrats de senaste åren (1). Antalet mottagare av sjukpenning baserat på psykiska störningar började öka i Finland 2016 och har ökat med mer än 60 procent på fem år. Psykiska

störningar är den vanligaste orsaken till sjukpensionering och ansökan om sjukpenning. Av sjukpensionerna för personer under 35 år orsakades 77 procent av psykiska störningar; i åldersgruppen 35–44 år var siffran 55 procent (2). Förekomsten av allvarliga psykiska störningar (exempelvis schizofreni) har inte förändrats, utan ökningen av störningarna beror särskilt på ökningen av symtom relaterade till depression och ångestsyndrom. Andelen ångestsyndrom har ökat de senaste åren och har gått om problem relaterade till depression, särskilt bland kvinnor.

Psykiska störningar kan anses vara den största förebyggbara orsaken till det ekonomiska hållbarhetsgapet. De samhällsliga kostnaderna för störningarna uppskattas i Strategin för mental hälsa till 11 miljarder euro per år (3). Av dessa kostnader var endast cirka en fjärdedel direkt relaterade till hälso- och sjukvården, och hälften härrör från förlorad arbetsförmåga.

Psykiska störningar har gått om störningar i rörelseorganen som den vanligaste orsaken till sjukpenningperioder (4). Den psykiska arbetsförmågan har ökat i alla landskap, även om tillväxttakten varierar mellan olika områden (5).

Problem med servicesystemet

Servicesystemet har inte kunnat svara på det ökade behovet och den växande efterfrågan. Tjänsterna har inte varit tillräckligt effektiva för att förhindra nedsättningen i arbetsförmåga på psykiska grunder. Eftersom bristen på arbetskraft och resurser inom social- och hälsovårdssektorn förvärras, är det sällan möjligt att utöka de tidigare arbetssätten i takt med efterfrågan.

Ökningen av andelen lindriga och måttliga störningar och ångestsyndrom understryker vikten av evidensbaserade korta psykoteraeutiska behandlingar. Behandling av dessa störningar med enbart läkemedel är enligt rekommendationen för God medicinsk praxis inte tillräckligt, utan effektiva psykoteraeutiska behandlingar bör också finnas tillgängliga. I praktiken har tillgången till psykoteraeutiska behandlingar varit mycket varierande i olika regioner. Att snabbt öka dessa behandlingar är svårt, eftersom det kräver storskaliga förändringar i arbetskraftens kompetens, arbetssätt och behandlingsprocesser.

Det finska systemet prioriterar så kallade ultralånga psykoteraeutier, vilket är unikt i ett internationellt perspektiv. Detta på grund av FPA:s system för rehabiliteringsfinansiering,

som ersätter psykoteraeut i upp till tre år och 200 besök för att stödja arbets- eller studie-förmågan oavsett diagnos – med andra ord också som behandling för okomplicerade och lindriga depressioner och ångestsyndrom. Sedan 2010 har antalet mottagare av rehabiliteringsterapi fyrdubblats, från 15 000 till fler än 60 000. FPA:s terapiersättningar ökade från 23 till 105 miljoner år 2023, och där är patientens självriskandelar inte medräknade (6). Systemet har uppkommit av historiska skäl; det finns ingen evidens för effektiviteten av så långa psykoteraeutier (7). FPA:s rehabiliteringspsykoteraeutier i sin nuvarande form är inte kostnadseffektiva, eftersom det också finns korta evidensbaserade psykoteraeutiska behandlingsalternativ som är ekonomiskt fördelaktigare (8). På grund av FPA:s rehabiliteringsparadigm sätts terapierna in med en onödig fördröjning på flera månader, eftersom de måste föregås av en tre månader lång behandlingsprövning. Det finns ingen faktisk skillnad mellan behandlande och rehabiliterande psykoteraeutier, utan det är bara fråga om den historiska lagstiftning som styr FPA. Av samma orsak riktar sig de FPA-stödda psykoteraeuterna endast till den del av befolkningen som är i arbetsför ålder och potentiellt arbetsförmögen. FPA:s nuvarande ersättningssystem har orsakat en olösbar brist på psykoteraeutier, vilket gör det svårt för dem som med rätta behöver ultralånga psykoteraeutier (till exempel de som lider av personlighetsstörningar) att hitta en terapeut.

Trots detta är de praktiska problemen med att balansera efterfrågan, utbud och effektivitet inom mentalvårdssystemen likartade i många västländer, och problemen kan inte helt förklaras av det nationella systemets särdrag.

Vad bör göras för att åtgärda mentalvårdskrisen?

Eftersom förändringsbehoven inom mentalvårdssystemen är likartade internationellt, är de internationella rekommendationerna relevanta också för Finland. Det finns effektiva behandlingsformer, men utbudet möter efterfrågan mycket dåligt. Problemet är inte att identifiera behovet av förändring, utan att det är svårt att förändra komplexa system (9). En av de viktigaste internationella rekommendationerna är att öka tillgängligheten till evidensbaserade psykoteraeutiska behandlingar med låg tröskel (10).

Centrala behov för att utveckla den finländska mentalvården är:

- Behandlingarnas fokus måste flyttas till ett omfattande utbud av psykosociala behandlingar som sätts in snabbt, som är effektiva och som ytterligare effektiviseras i och med digitalisering.
- Effektiva och snabbt insatta behandlingar måste finnas tillgängliga för alla. Tjänsterna måste nivåstruktureras mer systematiskt än i dag.
- Alla yrkespersoner inom social- och hälsovården bör få stöd, handledning och verktyg för sitt mentalvårdsarbete.
- Vårdvägar och behandlingsprocesser bör följas upp systematiskt och den samlade informationen bör användas för att utveckla tjänsterna.
- Problemen är komplexa och utvecklingen av nya lösningar och digitala tjänster är dyr, vilket gör det nödvändigt att satsa på nationella strukturer och samarbete.

2) Första linjens terapier – modellutveckling, mål och tjänster

Projektet Första linjens terapier och social- och hälsovårdsreformen

Genomförandet av social- och hälsovårdsreformen 2023 orsakade en unik diskontinuitet i vårt servicesystem. Ett centralt mål i projektarbetet med Första linjens terapier har varit att välfärdsområdena vid starten 2023 ska ha de viktigaste nödvändiga verksamhetsmodellerna, digitala stöd- och utbildningstjänster och samutvecklingsstrukturer till sitt förfogande. Målet är att välfärdsområdenas mentalvårdstjänster ska kunna utvecklas och bli mer effektiva.

Verksamhetsmodellen ligger i linje med nationella strategier och har utvecklats som en del av förberedelseprojekten för social- och hälsovårdsreformen. För att stärka mentalvårdstjänsterna på basnivå implementerar verksamhetsmodellen Strategin för mental hälsa och modellen Framtidens social- och hälsocentral, och för att utveckla digitala och regionala stödtjänster implementeras målen för social- och hälsovårdens strukturreform och EU:s återhämtnings- och resiliensplan (RRP).

Tidsplanen för genomförandet av social- och hälsoformen har varit vägledande för allt utvecklingsarbete. Det färdiga paketet innehåller i sammanfattning:

- en kostnadseffektivt stegvis *verksamhetsmodell* som är skraddarsydd för det finska social- och hälsovårdssystemet och integrerad i andra tjänster

- ett digitalt *servicepaket* som stöd för välfärdsområdenas serviceproduktion
- en nationell *samutvecklingsstruktur* för att upprätthålla utvecklingsarbete och kvalitet.

Servicepaketet byggdes inte upp från noll, utan det förverkligades genom att fortsätta det utvecklingsarbete av digitala mentalvårdstjänster och basnivåstödande verksamhetsmodeller som HUS Psykiatri hade bedrivit redan i årtal.

Målsättning

Ur de behov som beskrivs ovan har följande centrala mål för verksamhetsmodellen Första linjens terapier härletts:

1) Systematisk nivåstrukturering av psykosociala tjänster

Grundtanken är att tjänsterna är organiserade som ett kontinuum: ju högre nivå man befinner sig på desto mer komplexa situationer är behandlingen avsedd för och desto mer intensiv behandling erbjuds. I första hand erbjuds sådan evidensbaserad behandling som belastar både patienten och servicesystemet så lite som möjligt. Detta gör det möjligt att utnyttja resurserna effektivt och säkerställer att de som behöver mer intensiv behandling får det.

2) Att utveckla och utöka utbudet av effektiva behandlingar i hela landet

Storskalig utbildning i och genomförande av evidensbaserade psykosociala metoder kräver ett kontinuerligt fortbildningssystem, som kan användas för att varje år utbilda tusentals personer så att de behärskar flera olika metoder.

3) Att påskynda hänvisning till vård på rätt nivå

Målet är att ingen patient ska vänta längre än nödvändigt för att få tillgång till vård på rätt nivå. Situationen för den som använder tjänsterna ska bedömas systematiskt och behandlingen sättas in utan dröjsmål. Detta kräver uppföljning av tiden från hänvisning till behandling till insatt behandling samt effektiv organisation av hänvisning till fortsatt behandling. En högkvalitativ initial bedömning av problemet är en väsentlig del av mentalvårdens vårdvägar. Vid god bedömning identifieras nyckelproblemen, och tillsammans med patienten fastställs lämplig och korrekt behandling på rätt nivå, som sedan sätts in utan onödiga fördröjningar.

4) Digitala lösningar i all utveckling

I projektet Första linjens terapier utnyttjas centrala digitala lösningar, såsom webbtjänsten Psykporten.fi, Terapinavigatorn och en utbildningsplattform. Digitala verktyg gör tjänsterna bättre tillgängliga, stödjer yrkespersonernas arbete och möjliggör ett flexibelt och skalbart sätt att lära sig effektiva psykosociala metoder. Digitala lösningar ökar tillgängligheten för klienterna oavsett var de bor och sparar yrkespersonernas arbetstid.

5) Uppföljning av verksamhetens effektivitet

Rutinmässig användning av kliniska utfallsmått och uppföljning av verksamheten är avgörande för att säkerställa att verksamheten är verkningsfull. Genom att samla in data kan man följa upp hur behandlingar i enlighet med behandlingsrekommendationerna genomförs, ge information till den behandlande yrkespersonen, hjälpa patienter att följa upp sina framsteg och förbättra tjänsternas samlade kvalitet och kostnadseffektivitet.

6) Nationell och regional samutveckling

I utvecklingen av mentalvårdstjänsterna är det väsentligt, utöver att följa vetenskaplig evidens, att ordna samutveckling på systemnivå tillsammans med yrkespersoner och organisationer. Samutveckling gör det möjligt att hitta de bästa och lämpligaste lösningarna

och att kontinuerligt utveckla tjänsterna. Att förbättra tillgängligheten till psykosociala behandlingar handlar inte bara om nya metoder eller digitala verktyg, utan också om att förändra arbetsmetoderna så att yrkespersonernas arbete blir enklare, effektivare och mer meningsfullt.

Översikt över tjänsterna inom Första linjens terapier

Tjänsterna inom Första linjens terapier beskrivs på verksamhetsmodellens webbplats www.terapiatetulinjaan.fi

Verksamhetsmodellens centrala mål är att försöka reparera hela processen för mentalvård på basnivå på en gång. Detta övergripande synsätt är nödvändigt för att verkligen förbättra den behandling som patienterna får. Ett punktvis utvecklingsarbete för enskilda tjänster – till exempel genom att utbilda eller genomföra enskilda behandlingsformer – fungerar oftast inte, för då flyttar processens flaskhalsar och problem vanligen bara från en plats till en annan.

En approach som täcker hela servicekedjan beskrivs i figur 1.

De nyckelfunktioner och tjänster som behövs för att säkra mentalvård på basnivå är

- Digitala egenvårdstjänster för medborgare och stödtjänster för yrkespersoner tillgängliga för alla 24/7 (Psykporten 3.0)



Figur 1.

- Digital bedömning av vårdbehovet och ett vårdhänvisningssystem (så kallade *terapi- och interventionsnavigatorer*) för att säkerställa att bedömningen av vårdbehovet håller hög kvalitet
- Ett massanpassningsbart terapiutbildningssystem som kan användas för att utbilda fler än tusen terapeuter per år i evidensbaserade terapiformer som lämpar sig för basnivån (*nationell terapiutbildningsplattform*)
- En stegvis vårdmodell som kan skraddarsys efter välfärdsområde, en implementeringsprocess för att införa digitaliserade behandlingar (bland annat *assisterad egenvård, nätterapier, servicesedlar och riskhantering*).
- Stödtjänster för kunskapsbaserad styrning, (*kvalitetsregister, verktyg för att minska köerna, benchmarkingnätverk*)
- Projekt för samutveckling på nationell nivå och samarbetsområdesnivå för att stödja utvecklingen av nya tjänster och välfärdsområdenas organiseringsansvar (*nätverk, terapi- och interventionskoordinator*)

Tjänsterna täcker behoven av mentalvårdstjänster i alla åldrar. Eftersom servicesystemet efter social- och hälsovårdsreformen är starkt uppdelat i dels tjänster för barn och unga, dels tjänster för vuxna, är också tjänsterna inom Första linjens terapier rätt klart uppdelade på samma sätt.

3) Detaljerad beskrivning av tjänster och verksamhetsmodeller

Digitala egenvårdstjänster och stödtjänster för yrkespersoner (den så kallade *Psykporten 3.0*)

Tjänsten *Psykporten.fi* drivs av alla välfärdsområden i samarbete. Det ger användarna möjlighet att utnyttja egenvårdsprogram som är utformade för att stödja olika områden av psykisk hälsa. Programmen erbjuder konkreta verktyg och metoder som gör att användarna kan påverka sitt eget välbefinnande.

Egenvårdsprogrammen kan också användas med stöd av en yrkesperson som så kallad assisterad egenvård. De assisterade egenvårdsprogrammen är lättanvända förstahandsverktyg som passar alla vårdprofessionella vid möten med människor som lider av olika typer av psykiska störningar och psykosociala problem. Separat utbildning i att använda dessa har byggts upp för yrkespersoner. Det finns cirka 50 program. Principerna för programmen och hur de fungerar har beskrivits i en separat artikel (11).

Tjänsten erbjuder en omfattande sektion för yrkespersoner, som innehåller mätinstrument, utbildningar och ett brett utbud av vårdhandböcker och vårdprogram.

Tjänsten *Psykporten.fi* har utökats för att stödja mentalvårdsarbetet inom social- och hälsovårdssektorn mer heltäckande. Nya tjänster har öppnats för skolans värld, särskilt skolvärldens *Psykporten* som vänder sig till lärare, och förvärvslivets *Psykporten* som stöder mentalvårdsarbetet i arbetslivet i samarbete med pensionsanstalten för den offentliga sektorn Keva och Arbetshälsoinstitutet.

Digitaliserat system för bedömning av behandlingsbehovet och för hänvisning till behandling (så kallade *terapi- och interventionsnavigatorer*)

Bedömning av behandlingsbehovet och behandlingshänvisning orsakar ofta problem inom mentalvårdstjänsterna. Ibland görs bedömningen ytligt och viktiga problem blir oupptäckta, ibland kan orimligt mycket tid läggas på utvärderingsperioden. Många överlappande bedömningar görs inom olika tjänster och standardiserade mätinstrument används inte. I värsta fall tar det lång tid att sätta in själva behandlingen, eller så erbjuds den behandling som finns tillgänglig oavsett resultatet av bedömningen.

För att göra bedömningen av behandlingsbehovet mer effektiv och förbättra kvaliteten har digitaliserade symtomenkäter tagits fram för olika åldrar. Terapinavigatorm för vuxna beskrivs separat (12) och finns på www.terapinavigattori.fi. Interventionsnavigatorerna för barn och unga befinner sig i pilotfasen.

Navigatorerna sammanställer de förhandsuppgifter som är relevanta för bedömningen av behandlingsbehovet redan innan det första mötet. Navigatorer för barn och unga möjliggör insamling och integrering av information från flera parter (exempelvis den unga själv och föräldrarna). Att gå igenom resultaten från navigatorm, precisera situationsbilden och välja behandlingsobjekt tillsammans med patienten kallas fallformulering. För att systematisera detta har en webbutbildning och en manual för fallformulering utarbetats för yrkespersoner.

Med stöd av terapinavigatorm kan fallformuleringen göras under ett enda mottagningsbesök, och behandlingen kan inledas redan vid samma besök. Besparingen i arbetstid är flera timmar per patient. Detta är ett betydande effektiviseringsätt, eftersom störningarna är

mycket vanliga och de vanligaste terapiformerna omfattar bara 3–8 sessioner.

Terapinavigatorn kan fritt användas och testas av alla, och den samlar inte in identifierande information om patienterna.

Nationell terapiutbildningsplattform som en del av Psykporten

Att införa och förvalta ett nationellt, heltäckande system med psykosociala behandlingar kräver kontinuerlig utbildning och ett nationellt överenskommet utbud av centrala behandlingsformer. På grund av personalomsättning måste cirka tio procent av de anställda utbildas årligen. Utbildning i alla centrala metoder bör alltid finnas tillgänglig inom alla välfärdsområden. Omvänt måste konstateras att enskilda nationella eller regionala utbildningsprojekt praktiskt taget alltid misslyckas med att upprätthålla kompetensen. Därför har man inom projektet Första linjens terapier byggt upp ett nationellt terapiutbildningssystem och en permanent utbildningsstruktur, som kan användas för att upprätthålla tillräckligt omfattande och likvärdig metodexpertis i hela landet.

Utbildningsplattformen använder modern webbpedagogik och skalar sig effektivt, så alla välfärdsområden kan vara självförsörjande med att utbilda det antal experter de behöver. Webbpedagogikens utgångspunkt kan sammanfattas som att framför allt kunskapsinläringen sker mer högkvalitativt och effektivt med digitalt stödda system än med traditionella föreläsningar (13). Träning av färdigheter och utveckling av den egna professionaliteten sker däremot i metodhandledningsgrupper. Alla välfärdsområden kan själva organisera dessa.

I utbildningsplattformen har det byggts in utbildning i sådana psykosociala metoder som används på primärvårdsnivån, som behövs för den stegvisa vårdmodellen och som inte i tillräcklig omfattning förverkligas på andra sätt. De mest centrala utbildningsutbildningarna på det första steget är bedömning av behandlingsbehovet (så kallad fallformulering) och assisterad egenvård för personer i olika åldrar. De huvudsakliga korttidsterapeutiska metoderna som lärs ut hör till terapifamiljerna kognitiv beteendeterapi (KBT) (14) och interpersonell terapi (IPT). Dessa finns tillgängliga i något olika omfattning riktade till olika ålders- och yrkesgrupper. Den överlägset starkaste evidensen finns för effektiviteten av KBT för flera ångest- och depressionsstörningar

och för IPT för depression. Dessa terapier ingår i de nationella behandlingsrekommendationerna. Utbildningsplattformen har skraddarsydda versioner av KBT-utbildning för vuxna, ungdomar och barn samt för specialiserad sjukvård. I Finland ges omfattande utbildning också i en förkortad form av IPT (IPC, interpersonal counseling), även om det fortfarande inte finns mycket evidens för dess effektivitet och den inte ingår i behandlingsrekommendationerna. För att lösa relationsproblem ges utbildning i känslufokuserad parterapi.

Att upprätthålla terapiexpertis är en ständig utmaning för välfärdsområdena. Med hjälp av utbildningsplattformen kan välfärdsområdena kostnadsfritt utbilda nödvändigt antal experter inom de centrala behandlingsformerna. Mellan 2021 och 2024 utbildades så många som 7 000 personer på plattformen och i framtiden beräknas behovet vara 1 000–2 000 terapeuter per år. I ett land av Finlands storlek är det uppenbart förnuftigt att ha ett enda nationellt och högkvalitativt utbildningssystem. Flera utbildningar utarbetas vid behov, och de viktigaste utbildningarna har översatts till svenska.

En stegvis vårdmodell som passar det finska systemet samt nödvändiga stödtjänster

Den stegvisa modellen för psykosociala behandlingar innebär att de terapiformer som erbjuds är systematiskt upplagda efter intensitet. Ju högre man befinner sig på stegen, desto mer resurs- och kunskapskrävande metoder är det fråga om. En stegvis vårdmodell är nödvändig för att dels säkerställa det individuella vårdbehovet, dels säkra tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser inom servicesystemet. En stegvis vårdmodell har visat sig markant förbättra behandlingsresultaten vid depression och ångeststörningar (15). Att utveckla stegvisa vårdmodeller är en viktig del i olika länders strategiska ansträngningar för att förbättra tillgången till mentalvårdstjänster.

I verksamhetsmodellen Första linjens terapier har stegvisa vårdmodeller för primära mentalvårdstjänster för barn, ungdomar och vuxna lämpliga för Finland byggts upp tillsammans med välfärdsområdena. Väsentligt är att modellen endast beskriver de centrala behandlingsformer som hör till det ”minimijänsteutbud” som borde finnas tillgängligt på lika villkor i hela landet. Utöver dessa kan även andra behandlingsformer erbjudas.

Modellen beskriver endast innehållet i behandlingarna – alltså det som bör vara tillgängligt för patienten – och tar inte ställning till hur behandlingarna *organiseras, det vill säga de organisatoriska strukturerna*. Av stor vikt för det nationella samarbetet är att välfärdsområdena har lika många steg i sina modeller och att det för varje steg finns en evidensbaserad behandlingsform.

De främsta anledningarna till behovet av en stegvis vårdmodell är svårigheten att identifiera den optimala behandlingen på individnivå och vikten av att snabbt sätta in

behandlingar. I verkligheten är det i de flesta fall inte möjligt att i förväg förutse hur lång behandling som är tillräcklig på individnivå. Korta behandlingsformer – såsom assisterad egenvård – räcker till för upp till hälften av primärvårdspatienterna, så det brukar vara bra att börja med dem, om det inte finns särskilda skäl för något annat. Naturligtvis kan patienten direkt hänvisas till mer intensiv behandling om yrkespersonen anser det nödvändigt.

Huvudmålet med den stegvisa vårdmodellen är å ena sidan att säkra snabbt insatt

Tabell 1. Här är ett exempel på hur allmänt använda metoder passar in i den stegvisa vårdmodellen för vuxna.

Exempel på nivåstrukturering av psykosociala behandlingar utarbetade tillsammans med välfärdsområdena inom mentalvården för vuxna samt barn och unga.		
Behandlingens steg*	Exempel på tjänster för vuxna	Exempel på tjänster för barn och unga
Steg 0: det stadium där människor ännu inte är klienter i social- och hälsovårdssystemet	Egenvårdsprogram öppna för alla: Psykoporten.fi Tredje sektorns tjänster	Egenvårdsprogram såsom stöd för självkänslan social kompetens ångest Innehåll riktat till föräldrar Andra webbtjänster Övriga öppna tjänster, inklusive organisationsverksamhet
Steg 1	Assisterad egenvård (1–3 besök) Kort krisintervention (1–3 besök) IPC Nätterapi Vissa gruppbehandlingar Korta par- och familjeinterventioner	Assisterad egenvård Kraftfamiljer
Steg 2	Kognitiv korttidsterapi Interpersonell terapi Acceptans- och engagemangsbaserad terapi Nätterapi	IPC De otroliga åren ART Kort intervention för ångest
Steg 3	Korta psykoterapier Grupper lämpliga för behandling av personlighetsstörningar (exempelvis DBT-grupp) Behandling av kronisk eller återkommande depression CBASP Riktade psykologiska insatser	Interpersonell terapi Cool Kids Korttidspsykoterapi TF-KBT MDFT DBT Andra verkningsfulla individuella behandlingar
Steg 4	Psykiatrisk specialistsjukvård Rehabiliterande psykoterapi	Långa psykoterapier, specialistsjukvård Psykiatrisk specialistsjukvård Rehabiliterande psykoterapi EMDR

* Stegen i den stegvisa vårdmodellen beskriver hierarkin med avseende på *innehåll, intensitet och kompetenskrav* för de olika behandlingsformerna. Varje välfärdsområde bestämmer själv i vilka *organisationsstrukturer* vilka tjänster produceras.

behandling, å andra sidan att säkerställa tillräckliga resurser även för dem som behöver mer intensiva behandlingar.

För att vårdmodellen ska fungera måste bedömningen av behandlingsbehovet och vårdhänvisningen vara systematiska. Dessutom behövs ett tillräckligt brett utbud av olika psykosociala behandlingar. Därför byggs den stegvisa vårdmodellen alltid upp sammanhållet i verksamhetsmodellen Första linjens terapier, där det ingår digitaliserad bedömning av behandlingsbehovet, utveckling av behandlingsprocesser och uppföljning samt metodutbildning.

Även om modellen Första linjens terapier inte direkt tar ställning till organisationsättet, hör åtminstone behandlingarna på första och andra nivån vanligen till tjänsterna på primärvårdsnivå. Dessa för de flesta lämpliga och adekvata tjänster bör kunna sättas in snabbt och vara enkla att genomföra sett ur en yrkespersons synvinkel. Det är av stor vikt att patientens tillstånd följs upp efter behandlingen och att patienten hänvisas vidare om behandlingen inte har varit tillräcklig – det vill säga om tillståndet inte har förbättrats.

För barn och unga är systematisk nivåstrukturerad stöd för den psykiska hälsan och för interventioner svårare att genomföra än för vuxna, eftersom förutom hälso- och sjukvården också socialsektorn, småbarnspedagogiken, elevvården samt skolor och utbildningsinstitutioner spelar en betydande roll och har mycket att ge. Organisationsstrukturerna är ofta fragmenterade och komplexa. Därför är det viktigt med ökad systematik, transparens och tydlighet.

Nätterapier som en viktig del av bättre tillgänglighet

En viktig del av den stegvisa vårdmodellen och av möjligheterna att få resurserna att räcka till är att nätterapier används korrekt och sammanhållet. Med nätterapier avses här terapier som genomförs helt och hållet på distans och asynkront. Nätterapi innebär således inte videomedierad behandling, eftersom den knappt alls sparar yrkespersonernas arbetstid.

Följaktligen är nätterapi en behandlingsform som klienten genomför med sin egen dator eller smarta enhet och där terapeuten stödjer behandlingens framskridande. Tjänsten tillhandahålls av den offentliga hälso- och sjukvården och är kostnadsfri för patienten. För behandlingen krävs en läkarremiss som kan ges av vilken läkare som helst i hela landet.

Det finns omfattande evidens för nätterapiernas effektivitet vid de vanligaste depressions- och ångeststörningarna. Effekterna är vanligtvis lika stora som eller större än behandling ansikte mot ansikte (16).

Värdet av nätterapier understryks av att de kan erbjudas alla på lika villkor i hela landet. Behandlingarna kan sättas in inom en vecka. I den stegvisa vårdmodellen är det mycket ofta motiverat att pröva nätterapi, så länge patienten är motiverad för det. Till alla nätterapier hör effektivitetsuppföljning på individuell nivå, så de är väl lämpade som en del av den stegvisa vårdmodellen. Ofta kan en nätterapiperiod genomföras redan under den tid då patienten annars skulle köa för terapi ansikte mot ansikte.

Nätterapier producerades för fler än 20 000 patienter 2023, medan FPA-terapi producerades för cirka 60 000 patienter. Kostnaderna för nätterapi är marginella jämfört med psykoterapi ansikte mot ansikte.

De viktigaste nätterapierna som för närvarande är tillgängliga är för ADHD, alkoholmissbruk, bulimi, bipolär sjukdom, depression, tvångssyndrom, paniksyndrom, långvariga somatiska symtom, social fobi, sömnlöshet och generaliserat ångestsyndrom.

Psykoterapi med servicesedel samt kvalitetsregister som organisationsmodell på steg tre

Korttidspsykoterapi avser psykoterapi som består av ett tjugotal sessioner och ges av en psykoterapeut som har expertis i de behandlingsformer som lämpar sig för patientens specifika problem. Korttidspsykoterapi är en naturlig behandling på tredje nivån som är möjlig – och ofta motiverad – att genomföra före rehabiliterande psykoterapi eller remiss till specialistsjukvården (17).

Även om verksamhetsmodellen Första linjens terapier inte tar ställning till hur tjänster ska organiseras, är det i praktiken svårt att bygga upp ett heltäckande utbud av korttidspsykoterapi utan köpta tjänster. Detta på grund av FPA:s finansiering av rehabiliterande psykoterapi, som gör det svårt att anställa psykoterapeuter inom den offentliga sektorn. Därför har HUS Psykiatri utvecklat ett servicesedelssystem för psykoterapi.

Det är ett mödosamt och krävande arbete att utarbeta manualer för servicesedlar. År 2023 är den tredje versionen av servicesedelsmanualen för psykoterapi i bruk. Den omfattar 26 olika servicesedlar för psykoterapi, när

alla åldersgrupper och behandlingstider räknas in. Manualen är fritt tillgänglig för alla välfärdsområden (18), likaså de anknyttande processbeskrivningarna.

Psykoterapi som den offentliga sektorn tillhandahåller med servicesedlar är värdefull med tanke på jämlikheten, eftersom endast en del av medborgarna har rätt till FPA:s rehabiliterande psykoterapi. Sett ur den nationellt fungerande psykoterapimarknadens synvinkel är det önskvärt att välfärdsområdena inte gör ändringar i manualen.

Ett kvalitetsregister för psykoterapi har tagits fram för att följa upp servicesedelpsykoterapi (19). För det tekniska genomförandet av registret står BCB Medical. Samma register kan också användas för att följa upp egenproducerade psykoterapier. Överlag är användningen av kvalitetsregistret obligatorisk för producenter av servicesedelstjänster, vilket möjliggör en hundraprocentigt heltäckande, individuell kvalitets- och effektivitetsuppföljning för det välfärdsområde som organiserar tjänsten.

Kunskapsbaserad ledning, effektbaserad vård och samutveckling

Samutveckling och effektbaserad verksamhet är centrala värderingar och mål för verksamhetsmodellen Första linjens terapier eftersom hela modellen är uppbyggd för att förbättra mentalvårdens effekt och effektivitet i hela landet.

Det är komplicerat att förbättra mentalvårdstjänsternas effekt så att resultaten avspeglas i hela befolkningens välbefinnande och funktionsförmåga. Det är uppenbart att främjande av den psykiska hälsan och förebyggande av psykiska störningar är omfattande samhällsliga uppgifter som vårdsystemet inte kan ersätta. Det är ändå vårdsystemets plikt att på ett heltäckande sätt erbjuda högkvalitativa och effektiva behandlingar för hela befolkningen. Detta är dock ännu inte tillräckligt, utan det är av största vikt att optimera vårdsystemets *effekt i verklig miljö* – det vill säga att behandlingarna ger människor hälsofördelar. Det i sin tur kräver ett heltäckande perspektiv på hela vårdsystemet och uppföljning av behandlingarnas vardagseffektivitet.

För att öka effektiviteten sker utvecklingen av servicesystemen inom verksamhetsmodellen Första linjens terapier alltid utifrån varje välfärdsområdes samlade verksamhet och behov. Det centrala är att samla in effektdata för varje välfärdsområde i realtid och jämföra

dem – likaså allmänna erfarenheter av ibruktandet – mellan områdena.

Som en del av arbetet med att utveckla verksamhetsmodellen Första linjens terapier har välfärdsområdena samarbetat om att definiera central benchmarkinginformation och mått att följa upp. Dessutom har välfärdsområdena gemensamma nätverk för kunskapsbaserad ledning och kollegial utveckling, som uppmuntrar till att följa upp vardagseffekter, kunskapsbaserad ledning och kollegial utveckling mellan områdena.

Samutvecklingsstrukturer på nationell nivå och samarbetsområdesnivå är av stor betydelse för målen med Första linjens terapier. Målet är att ta fram tjänster och verksamhetsmodeller som hjälper välfärdsområdena att producera verkningsfulla tjänster för invånarna. Eftersom problemen och utmaningarna oftast är desamma i välfärdsområdena är nationella samutvecklingsstrukturer nödvändiga.

Nationella temaspecifika samutvecklingsnätverk fungerar så att välfärdsområdena kan utbyta erfarenheter och lära av varandra. I sitt samarbete betonar universitetssjukhusen styrning och planering med att utveckla nya tjänster samt främjande av samarbete på samarbetsområdesnivå. Varje välfärdsområde har med olika slag av projektfinansiering anställt så kallade terapi- och interventionskoordinatorer. Deras viktigaste uppgift är att praktiskt stödja en förändring av servicesystemet så att tonvikten ligger mer på första linjens behandlingsformer. Vikten av dessa koordinatorer har visat sig vara avgörande för att reformera servicesystemen. Det finns så stort utvecklingsbehov att allt inte kan göras vid sidan av det kliniska arbetet, utan det behövs också utvecklingsarbete på heltid.

4) Diskussion

Projekt mål och realiserade fördelar

Projektet har genomförts parallellt med social- och hälsovårdsreformen. Det är därför omöjligt att särskilja de specifika effekterna av projektet från effekterna av andra samtida förändringsprojekt. Det viktiga är dock att utbudet av grundläggande psykosociala tjänster i hela Finland har utvecklats avsevärt under projektets gång. Tillgång till vård, nivåstrukturering av vården, vårdprocesser, professionell kompetens och systemutveckling samt ledarskap har utvecklats inom alla välfärdsområden.

På det strukturella planet har projektet och de tjänster och samverkansformer det

byggt upp stött välfärdsområdesreformen. Med hjälp av verksamhetsmodellen har de framväxande välfärdsområdena uppmuntrats att parallellt se över sina tjänster, vilket skapat bättre förutsättningar för ett långsiktigt nationellt samarbete.

Genomförandet av nationellt utvecklade gemensamma digitala mentalvårdstjänster har gått framåt i hela landet, och det har skapat förutsättningar för att svara på behovet av behandling med tillgängliga resurser.

De viktigaste fördelarna för klienterna är att tillgången till behandling och behandlingarnas effekt och effektivitet har förbättrats och servicen har blivit klarare. Medborgarna har tillgång till heltäckande egenvårdstjänster 24/7. Med hjälp av den stegvisa vårdmodellen, Terapinavigatorn och de strukturerade behandlingsformerna har vårddköerna kunnat avvecklas i flera områden och behandlingen kan inledas snabbt. Användningen av evidensbaserade behandlingsformer har ökat i och med utbildningen i stor skala. Behandlingsprocesserna och nivåstruktureringen av behandlingarna har blivit tydligare, likaså kvalitetssäkringen och effektivitetsuppföljningen.

Sett ur personalens synvinkel kan tillgången till metodutbildning nu garanteras heltäckande och i stor utsträckning jämställt i hela landet. Personalen har till sitt förfogande heltäckande digitala stödtjänster, manualer och instruktioner samt ständig tillgång till den digitala utbildningsplattformen. Man har varit mycket nöjd med verktygen. Terapinavigatorn och systematiserade behandlingsformer sparar tid, förkortar köer och minskar trycket på de yrkesverksamma.

Ur välfärdsområdenas synvinkel är det centrala att vårddköerna i flera av områdena har avvecklats utan betydande extra resurser. En nationellt enhetlig stegvis vårdmodell och de centrala behandlingar som ingår i tjänsteutbudet gör det möjligt för välfärdsområdena att förtydliga och förenhetliga serviceutbudet. Ett grundläggande serviceinriktat mentalvårds- och missbrukarservicesystem i enlighet med mentalvårdsstrategin är lättare att genomföra med stöd av nationella samutvecklingsnätverk. Nationella stödtjänster, utbildningar och digitala system finansierade med statsbidrag gör det lättare att se över tjänster och sparar utvecklingskostnader.

Fördelar att sträva efter på lång sikt

Att göra vården mer tillgänglig och att ge den vid rätt tidpunkt samt att öka användningen

av verkningsfulla metoder på bred front förväntas minska de direkta (användning av tjänster) och indirekta (sociala förmåner, sjukskrivningar) kostnaderna för psykiska störningar. Ett vårdssystem med tyngdpunkt på bastjänster bör lätta på trycket på specialistvården och på så sätt förbättra möjligheterna att också behandla dem som lider av de svåraste besvären.

Enhetliga verksamhetsmodeller och nationella stödtjänster kommer förhoppningsvis att göra det möjligt att kostnadseffektivt upprätthålla vårdsystemen också i framtiden. Nationella stödtjänster kan heltäckande erbjudas alla välfärdsområden, vilket sparar stora pengar och ansträngningar.

Nationellt enhetliga förändringar i tjänsteutbudet och nivåstruktureringen av behandlingarna möjliggör att vården blir jämlik och att ett servicesystem inom ramarna för de tillgängliga resurserna byggs upp i hela landet.

Samarbete mellan välfärdsområdena med universitetssjukhus – ett nätverk av kompetenscentra – gör det möjligt att ta tillvara landets bästa kompetens inom tjänsteutveckling till nytta för alla välfärdsområden.

De viktigaste ekonomiska fördelarna som eftersträvas

De tjänster som utvecklats i projektet syftar till att ge betydande besparingar både i direkta kostnader för social- och hälsovårdstjänsterna och i indirekta kostnader för samhället.

Nationellt samarbete ger direkta kostnadsbesparingar för *överlappande utvecklingsarbete*. Till exempel sparar enbart den digitala utbildningsplattformen uppskattningsvis tre miljoner euro per år i utbildningskostnader för välfärdsområdena. Allt som allt vore det praktiskt omöjligt att genomföra all utveckling som beskrivs här (till exempel tjänsten Psykporten.fi) skilt inom varje välfärdsområde.

De nationella digitala tjänsterna effektiviserar avsevärt arbetet inom mentalvården. Enbart de arbetstidsbesparingar som kan uppnås med hjälp av Terapinavigatorn är flera gånger större än kostnaden för hela projektet.

Det finns redan nu indikationer på en *minskning av tyngre behandlingsformer* under projektets gång. Vårddköerna inom primärvården har kunnat avvecklas utan att patienter har flyttats till köer inom specialistvården.

Den överlägset största potentiella besparingen står att få genom *minskad arbets-*

oförmåga. Erfarenheterna från den privata företagshälsovården tyder på att en minskning av sjukskrivningsdagarna med 10–20 procent är realistiskt möjlig. Detta kan dock utvärderas först om några år utifrån registerdata.

Sammanfattning och vidareutvecklingsbehov

Projektet och verksamhetsmodellen Första linjens terapier har visat att det går att systematiskt och riksomfattande utveckla mentalvårdstjänsterna i Finland. Erfarenheter från projektet visar att välfärdsområdena som ett resultat av samarbetet har nått mycket längre med att utveckla tjänsterna än vad som hade varit möjligt utan samarbetet.

Projektet har tydligt visat att en förbättring av kvaliteten på mentalvården kräver en typ av kontinuerlig och systematisk utveckling och uppföljning som det inte tidigare funnits några strukturer eller verksamhetsmodeller för i Finland. För att kunna behålla resultaten och satsa på kontinuerlig utveckling behöver vi ett permanent nationellt nätverk av kompetenscentra ledda av välfärdsområdena med universitetssjukhus. För att den yrkesutbildade personalen ska må bra är det viktigt att trygga tillgången till utbildning, stöd och högkvalitativa verktyg.

Att utveckla och använda digitala lösningar är i nyckelställning för att göra tjänsterna mer tillgängliga och högkvalitativa, eftersom det endast med digitalt stödda behandlingar är möjligt att lösa den mycket tillspetsade konflikten mellan resurser och behov. Digitalt stödda lösningar är skalbara, så det enda sättet att lyckas med att ta fram sådana lösningar är riksomfattande samarbete inom den offentliga sektorn.

Projektet Första linjens terapier har visat att nationellt samordnade åtgärder kan ge betydande förbättringar av mentalvårdstjänsterna. Samarbete mellan olika aktörer, kontinuerlig utbildning och fortlöpande utvecklingsarbete samt storskaligt genomförande av evidensbaserade metoder är i nyckelställning för att åtgärda mentalvårdsproblemen och förbättra servicen i Finland. I praktiken saknar det finländska social- och hälsovårdssystemet dock nästan helt nationella samarbetsstrukturer och finansieringsmodeller. Tiden får utvisa om nationella samarbetsstrukturer, digitala tjänster och jämlika vårdinnehåll kan bibehållas i Finland, eller om vi oundvikligen kommer att

återgå till en misslyckad modell där samma saker utvecklas ovanpå varandra inom alla 22 välfärdsområden.

Samuli Saarni
samuli.saarni@gmail.com

Bindningar: VD för Public Value Ab och Nylands Läkartjänster Ab, som producerar konsult-, utbildnings-, handlednings- och läkarservice. Styrelseordförande i Jalmari och Rauha Ahokas stiftelse.

Jesper Ekelund
jesper.ekelund@hus.fi

Inga bindningar

Matti Holi
matti.holi@hus.fi

Bindningar: Styrelsemedlem i stiftelsen Biomedicum Helsinki och i Fastighetsaktiebolaget Gemensamma Sjukhuset i Dal Ab.

Referenser

1. WHO: World mental health report. Transforming mental health for all. World Health Organization 2022.
2. Pensionsskyddscentralen: Psykisk ohälsa allmänaste orsaken till sjukpensionering. <https://www.etk.fi/sv/aktuellt/psykisk-ohalsa-allmannaste-orsaken-till-sjukpensionering/>
3. Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162054>
4. Blomgren J. och Perhoniemi R. Mielenterveyden häiriöihin perustuvien sairauspäivärahopäivien määrä kasvaa taas. Kelas forskningsblogg 10.5.2022. Tillgänglig: [link](#)
5. Perhoniemi R, Blomgren J och Jäppinen S. Pitkien sairauspoissaolojen kehitys maakunnittain 2010–2019. Yhteiskuntapolitiikka 2022;87:(1)64-75. Tillgänglig: [link](#)
6. Kelan kuntoutustilasto 2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024050224943>
7. Ciharova M, Karyotaki E, Miguel C et al. Amount and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome for adult depression: A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders* 2024;359:92–9.
8. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan, P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3:415–24.
9. WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. World Health Organization 2021.
10. WHO: Psychological interventions implementation manual. Integrating evidence-based psychological interventions into existing services. World Health Organization 2024.
11. Mikkonen K, Bombino A, Villa A et al. Guided Self-Help in the treatment of common mental health disorders the development of the Finnish Guided Self-Help (F-GSH) model. *Psychiatria Fennica* 2024;55:30–47. https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp-content/uploads/2024/10/Psychiatria_Fennica-2024_Mikkonen_et_al.pdf
12. Saarni SI, Nurminen S, Mikkonen K et al. The Finnish Therapy Navigator – Digital Support System for Introducing Stepped Care in Finland. *Psychiatria Fennica* 2022;53:120–37 https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp-content/uploads/2022/11/Psychiatria_Fennica-2022-Saarni.pdf
13. Mikkonen K, Helminen EE, Saarni SI et al. E-learning in psychotherapy training: a systematic review of learning outcomes and comparison to conventional training methods: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 2024;26:e54473 doi: 10.2196/54473
14. Mikkonen K, Saarni SE, Nurminen S et al. Kognitiivinen lyhytterapia tuo apua mielenterveyskriisiin. *Finlands Läkartidning* 2024;79:626–7.

-
15. Jeitani A, Fahey PP, Gascoine M et al. Effectiveness of stepped care for mental health disorders: An umbrella review of meta-analyses. *Personalized Medicine in Psychiatry* 2024; 47–48:100140 <https://doi.org/10.1016/j.pmip.2024.100140>
 16. Andrews G, Basu A, Cuijpers P et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2018; 55: 70–8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>
 17. Wahlstedt H, Rosenström T, Stenberg H et al. Lyhyeen ostopalvelopsykoterapiaan ohjattujen potilaiden hoitoon pääsyn kesto. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2020;136:2075–82.
 18. HUS-sammanslutningens psykoterapisedlar i Palse-systemet. <https://palse.fi/?page=svc&inst=50000000&orgpalv=9>
 19. Saarni SE, Rosenström T, Stenberg J-H et al. Finnish Psychotherapy Quality Register: rationale, development, and baseline results. *Nordic Journal of Psychiatry* 2022; 77:455–66. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2150788>

Summary

The Finnish First-line Therapies Model – a national project to improve quality and access to low-threshold mental health services

Depression and anxiety disorders cause increasing suffering and disability worldwide. Health services have been unable to mitigate these socially and economically significant trends. To change this, strategic attempts on increasing evidence-based psychological interventions are underway in many countries.

The Finnish First-line therapies model is a modified stepped care model and a service package that is developed to meet this need. The model aims to empower and strengthen primary care mental health treatment possibilities, build collaboration structures and treatment pathways, and introduce national digital mental health tools and services.

The article describes the background, aims, principles, tools and services of the Finnish First-line therapies model.