

Lääketieteellinen tiedekunta, Väestön terveyden tutkimusohjelma (DocPop)

Helsingin yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta (FT),

Helsingin yliopisto, Helsinki, Finland

**Mielenterveyspalveluiden rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät
Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella**

Taina Ala-Nikkola

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään tarkastettavaksi Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisessa tilaisuudessa, HYKS Psykiatriakeskuksessa, Auditorium Christian Sibeliuksessa,

14.10.2017 klo 12.00.

Helsinki 2017

Tutkimuksen ohjaajat:

Professori Sami Pirkola, LT, dosentti
Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
ja Professori Minna Kaila, LT, dosentti
Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta

Esitarkastajat:

Professori, Jyrki Korkeila, LT, dosentti, Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta
Professori, Jari Stenvall, HTT, dosentti, Tampereen yliopisto, Johtamiskorkeakoulu

Vastaväittäjä:

Professori Juha Kinnunen, Sairaanhoidopiirin johtaja, Keski-Suomen sairaanhoidopiiri ja Itä-Suomen yliopisto

ISBN 978-951-51-3619-0 (nid.)
ISBN 978-951-51-3620-6 (PDF)

Unigrafia
Helsinki
2017

Kunpa osaisin vain katsella setripuita.

Sanomatta: setripuita.

Ajattelematta: kunpa osaisin.

Vain

Lassi Nummi (9.10.1928–13.3.2012)

Kokoelmasta ”Kuudes askel kohti Naraa” Käynti Hiei-vuorella

osa 4

Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa selvitettiin nykyisten suomalaisten mielenterveyspalveluiden rakennetta ja organisoitumista tilanteessa, jossa rakenteet ovat olleet ja ovat edelleen merkittävien muutos- ja uudistuspaineiden alla. Tutkimus liittyi kansainväliseen REFINEMENT – projektiin, jossa palveluiden kustannus- ja muuta vaikuttavuutta selvitellään osana Euroopan tason monikeskustutkimusta.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitopiirin erityisvastuualueen (HUS, Eksote ja Carea) sekä Varsinais-Suomen -sairaanhoitopiirien mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmät kartoitettiin poikkileikkausotoksilla 2012-2014. Kartoituksessa käytettiin eurooppalaista mielenterveyspalveluiden kartoittamistyökalua (European Service Mapping Schedule-Revised – ESMS-R), joka sisältää 89 eri päätoimintotyyppiä jakautuen neuvonta-, saavutettavuus-, oma- ja vapaaehtoisavun-, avohoidon-, järjestetyn päivätoiminnan- ja ympärivuorokautisen hoidon luokittelupuun haaroihin. Alueiden olemassa olevaa palvelurakennetta tarkasteltiin pääosin keskinäisessä vertailuasetelmassa laadullisten ja määrällisten osoittimien kautta. Monimuotoisuuden tarkastelua ja väestön koon vaikutusta syvennettiin arvioimalla onko joku tuottajataho tai luokittelupuun haara herkempi väestön koon vaikutuksille. Laitoshoidon täydentävän ja korvaavan palvelurakenteen yhteyttä tarkasteltiin käytettyjen akuuttien sairaansijojen avulla. Olemassa olevien palveluiden arvioitiin suhteessa väestön sosioekonomisiin tekijöihin sekä tarveindikaattoreihin.

Päälöydös oli, että hoito- ja kuntoutustoimintojen monimuotoisuuden lisääntyminen ja vastuu väestön suurempi koko olivat tilastollisesti merkittävästi yhteydessä. Väestön koon kasvu näyttäytyi otoksessa lineaarisena yhteytenä mielenterveys- ja päihdepalvelujen monimuotoisuuden kasvuun 500 000 aikuiseen asukkaaseen saakka. Mitä enemmän alueen kohdennetusta henkilöstöstä oli sijoitettu avohoitotoimintoihin, sitä pienempi oli kokonaisresurssien määrä. Alueilla joilla psykiatrinen hoito oli järjestetty kunnan omana toimintana, eikä kokonaisuudessaan kuntayhtymän tai sote-alueen toimintana, oli kohdennettuja henkilöstöresursseja enemmän. Herkimmin väestöpohjan koon muutoksille reagoi kolmannen sektorin tuottajataho, jonka tuottamien palveluiden monimuotoisuutta suurempi väestömäärä lisäsi eniten. Hoito- ja palvelutoiminnoista puolestaan ympärivuorokautisen laitoshoidon monimuotoisuus lisääntyi eniten väestömäärän kasvaessa. Alueiden käytön mukaan jyvitettyjen sairaansijojen määrään eivät, oletusten vastaisesti, vaikuttaneet alueiden avohoidon monimuotoisuus tai henkilöstöresurssit, mutta sosioekonomisilla tekijöillä

todettiin yhteys sairaansijojen käyttöön. Sairaansijojen käyttöön olivat yhteydessä alueella myydyin alkoholin määrä, yksinasuvien osuus asuntokunnista sekä alueen mielenterveysindeksi. Vakavien mielenterveysongelmien synnyttämiä palvelutarpeita kuvaavan mielenterveysindeksin yhteyttä sairaansijojen käyttöön rakennetekijöiden ja muiden sosioekonomisten tarveindikaattoreiden sijaan voidaan pitää merkinä sairaalahoidon kohdentumisesta oikeasuuntaisesti.

Kynnyksettömät, ilman lähetettä tai muuten suoraan käytettävissä olevat, lähipalvelut yhdistyivät pienempään alueelle kohdennettuun kokonaishenkilöstön määrään. Tutkimuksen perusteella ei voida suoraan päätellä onko erikoissairaanhoidon vähäisyys vaikuttanut kompensoivien kynnyksettömien, pääasiassa kolmannen sektorin tuottamien palveluiden syntyyn. Tulosten perusteella ei ole myöskään mahdollista tehdä pidemmälle meneviä kokonaiskustannusanalysejä vaan tämä edellyttää tuekseen myös vaikuttavuustutkimusta.

Raskaampi palvelurakenne näyttää liittyvän alueen korkeampaan mielenterveysindeksiin, joka on vakavien mielenterveysongelmien seuraamusten osoitin. Suurempi väestöpohja mahdollistaa monimuotoisemman palveluvalikon tarjoamisen, mikä todennäköisesti lisää mahdollisuuksia ottaa huomioon potilaan yksilöllinen tilanne hoidon- ja kuntoutuksen suunnittelussa. On mahdollista, että efekti on olemassa myös otoskokoamme suuremmissa aineistoissa ja yli 500 000 asukkaan väestöpohjilla.

Sammandrag

I denna studie utreddes de nuvarande finländska mentalvårdstjänsternas struktur och organisering i en situation som följde de föregående decenniernas betydande förändrings- och reformtryck. Studien anknöt till det internationella projektet REFINEMENT, där tjänsternas kostnadseffektivitet och övrig effektivitet utreds som en del av multicenterstudier på Europeanivå.

Specialupptagningsområdet för Helsingfors universitetssjukvårdsdistrikt (HNS, Eksote och Carea) samt systemen för mental- och missbrukarvårdstjänster i Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt kartlades genom ett tvärsnittsurval 2012–2014. Vid kartläggningen användes ett europeiskt kartläggningsverktyg för mentalvårdstjänster (European Service Mapping Schedule-Revised – ESMS-R). Verktøget innehåller 89 olika huvudfunktionstyper som fördelas mellan grenarna i ett klassificeringsträd för rådgivning, tillgänglighet, egen- och frivillighjälp, öppenvård, ordnad dagverksamhet och vård dygnet runt. Den befintliga servicestrukturen i regionerna granskades i huvudsak i en inbördes jämförelse genom kvalitativa och kvantitativa indikatorer. Granskning av mångsidigheten och effekten av befolkningens storlek fördjupades genom att utvärdera om någon producent eller gren i klassificeringsträdet är känsligare för effekter av befolkningsmängden. Sambandet mellan institutionsvård och en kompletterande och ersättande servicestruktur granskades med hjälp av antalet använda akuta vårdplatser. De befintliga tjänsterna utvärderades i förhållande till socioekonomiska faktorer hos befolkningen samt behovsindikatorer.

Huvudfyndet var att ökad mångsidighet inom vård- och rehabiliteringsfunktionerna och en större befolkning hade ett statistiskt signifikant samband då befolkningsmängden i det granskade området ökade. Ökningen av befolkningsmängden syns i urvalet som ett linjärt samband med ökningen av mångsidigheten inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna ända upp till 500 000 vuxna invånare. Vid granskning av personalresurserna konstaterades att ju fler av den planerade personalen i området hade placerats i funktioner inom öppenvården, desto mindre var de totala resurserna. Vidare fann man att om psykiatrien var organiserad som egen verksamhet i kommunen, och inte samkommunalt eller som social- och hälsovårdsområdets verksamhet, var personalresursen som allokerats till området större. Allra känsligast på förändringar av befolkningsunderlaget reagerade producenter inom tredje sektorn; en större befolkningsmängd ökade mångsidigheten mest inom de tjänster som dessa producerade. Inom vård- och tjänstefunktionerna ökade å sin sida mångsidigheten inom institutionsvård dygnet runt mest då befolkningen ökade. Antalet vårdplatser inom området som

graderats enligt användning påverkades inte, i strid mot antagandena, av öppenvårdens mångsidighet eller personalresurserna i området, men de socioekonomiska faktorerna konstaterades ha samband med användningen av vårdplatser. Användningen av vårdplatser hade samband med mängden såld alkohol inom området samt områdets index för mental hälsa. Sambandet mellan det index för mental hälsa som beskriver de servicebehov som allvarliga problem med den mentala hälsan skapar och användningen av vårdplatser i stället för strukturella faktorer och övriga socioekonomiska behovsindikatorer kan ses som ett tecken på att sjukhusvården är rätt riktad. Resultatet återspeglar troligen att man i huvudsak har nått en tillräcklig nivå för öppenvården inom området, och en otillräcklig nivå ökar inte användningen av vårdplatser.

Närtjänster utan tröskel, utan remiss eller som i övrigt är direkt tillgängliga var förenade med ett mindre totalt personalantal. Utifrån studien kan man inte direkt sluta sig till om den ringa specialiserade sjukvården har påverkat uppkomsten av kompenserande tjänster utan tröskel som i huvudsak produceras av tredje sektorn. På basis av resultaten är det inte heller möjligt att göra mer långtgående totalkostnadsanalyser utan detta förutsätter också forskning om effektiviteten till sitt stöd.

Problem med den mentala hälsan kan hänga samman med områdets högre index för mental hälsa som är en indikator för följderna av svåra psykisk ohälsa. Ett mångsidigt tjänsteutbud ökar sannolikt möjligheterna att beakta en patients individuella situation vid planeringen av vården och rehabiliteringen. Ett större befolkningsunderlag gör det möjligt att erbjuda ett mångsidigare tjänsteutbud. Det är möjligt att effekten även finns i större material än vår urvalsstorlek och med befolkningsunderlag som överstiger 500 000 invånare.

Abstract

This study investigates the structure and organisation of Finnish mental health services in their current state, following decades of substantial pressure for change and reform. The study is related to REFINEMENT, a European multicentre study to investigate service costs and other effects.

A cross-sectional sampling was conducted in 2012-2014 to map the substance abuse and mental health systems of the Hospital District of Southwest Finland as well as those under the special remit of Helsinki University Hospital region (HUS – the Hospital District of Helsinki and Uusimaa; Eksote – South Karelia Social and Health Care District; and Carea – Kymenlaakso Social and Health Services). The mapping utilised the European Service Mapping Schedule – Revised (ESMS-R), which contains 89 ‘Main Types of Care’ (MTC) divided into a classification tree that includes such branches as information for care, accessibility to care, self-help and voluntary help, outpatient care, day care and 24-hour residential care. The existing service structures of the various catchment areas were reviewed for the most part comparatively in terms of qualitative and quantitative indicators. Diversity of care and the effect of population size were reviewed in depth, assessing whether any care-providers or branches of the classification tree was particularly sensitive to population size. The new service structure, designed to complement as well as substitute for institutional care, was examined by means of a review of acute bed occupancy rates. Existing services were evaluated in relation to socioeconomic factors and needs indicators of the population.

The main finding was that population increases in the areas under examination showed a statistically significant connection with increased diversity of care and rehabilitation activities. In the sample, population growth was linearly related to increased diversity of mental health and substance abuse services up to the level of 500,000 adult inhabitants. A quantitative review of personnel resources found that the more an area invested its planned personnel resources in outpatient activities, the smaller the amount of total planned resources. In areas where psychiatry at the basic specialty care level was organised as an activity of the municipality itself, rather than of the municipal joint authority or of social and health services, the planned personnel resources were greater. Third-sector providers were the most responsive to changes in the size of the population base: greater population sizes correlated with the greatest increases in the diversity of the services produced. Treatment and service

activities, for their part, showed the greatest sensitivity to population growth in terms of 24-hour residential care. Contrary to expectations, diversity in outpatient care and personnel resources showed no effect on the areas' bed occupancy allocations, which correlated with socioeconomic factors instead. Bed occupancy also correlated with the amount of alcohol sold in the area and with the area's mental health index. Rather than using structural factors and socioeconomic needs indicators to connect bed occupancy to the mental health index, which describes the service needs caused by severe mental health problems, one may instead consider the connection in terms of well-targeted allocation of care. The result might be to describe areas as having achieved generally adequate levels of outpatient care, without insufficient levels causing an increase in bed occupancy.

Local services that are low-threshold, available without referral or otherwise directly available are linked to smaller total personnel numbers. Based on the study, one cannot directly conclude whether deficiencies in specialised health care have the effect of increasing compensatory, low-threshold services produced mainly by the third sector. The results also fail to provide a basis for longer term analyses of total cost, as that would require an impact study.

Mental health problems may relate to an area having a higher mental health index, higher scores being an indicator of consequences of severe mental health problems. Diversity of services would presumably increase the opportunities to take patients' individual situations into account in care and rehabilitation planning. A larger population base enables a more diversified offering of services. The effect may obtain also in population samples greater than those used in our study and in population bases of over 500,000 inhabitants.

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	4
Sammandrag.....	6
Abstract	8
Alkuperäisjulkaisut	12
Käytetyt lyhenteet	13
1. Johdanto	15
2. Kirjallisuuskatsaus	18
2.1 Terveysthuollon ja sosiaalipalveluiden järjestäminen.....	18
2.2 Katsaus kansalliseen ja kansainväliseen mielenterveyspalvelujärjestelmään	20
2.2.1 Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen 2009–2015 (Mieli-suunnitelma)	25
2.3 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tuottajatahot.....	26
2.4 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteensovittaminen ja koordinointi.....	28
2.5 Alueellinen palvelutarpeen arviointi	29
2.6 Yhteenveto kirjallisuudesta	31
3. Tutkimuksen tavoitteet.....	34
4. Käytetyt menetelmät	35
4.1 REFINEMENT- hanke.....	35
4.2 REMAST ja ESMS-R työkalut	35
4.3 Tiedonkeruu.....	36
4.4 Tutkimusalue	39
4.5 Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää kuvaavat muuttujat	40
4.5.1 Monimuotoisuus – pääasialliset hoito- ja palvelutoiminnot (MTC).....	40
4.5.2 Sosioekonomiset taustatekijät ja tarveindikaattorit	42
4.5.3 Lähipalvelumuuttujan muodostaminen	44
4.6 Tilastolliset analyysimenetelmät	47
4.7 Tutkimuksen eettisyys.....	47
5. Tulokset.....	48
5.1 Palveluiden monimuotoisuuteen vaikuttavat tekijät (Osatyö I)	48
5.1.1 Sosioekonomisten tekijöiden yhteys monimuotoisuuteen ja henkilöstöresursseihin	48
5.1.2 Tuottajatahon sekä ESMS-R luokittelupuun haarojen yhteydet monimuotoisuuteen (Osatyö II).....	52
5.2 Akuuttien ja semi-akuuttien sairaansijojen käyttöön vaikuttavat tekijät (Osatyö III).....	54

5.3 Lähipalvelumuuttujan muodostaminen ja lähipalveluiden yhteys suunniteltuihin henkilöstöresursseihin (Osatyö IV).....	55
6. Pohdinta	57
6.1 Keskeiset tulokset.....	57
6.2 Tulosten pohdinta.....	58
6.2.1 Avohoidon ja laitoshoidon henkilöstöressurssien suhde.....	58
6.2.2 Sosioekonomisten tekijöiden yhteys monimuotoisuuteen ja palvelurakenteeseen	59
6.2.3 Palveluiden tuottajatahot	60
6.2.4 Lähipalveluiden merkitys palvelurakenteeseen ja henkilöstöresursseihin	61
6.3 Tutkimustulosten arviointi	62
6.3.1 Tulosten yleistettävyyys	62
6.3.2 Mielenterveyspalvelujärjestelmän ja väestön tarpeiden kohtaaminen	64
6.3.3 Tutkimuksessa käytettyjen menetelmien arviointi	65
7. Yhteenveto ja johtopäätökset	68
7.1 Yhteenveto tuloksista	68
7.2 Jatkotutkimusehdotukset	69
7.3 Tulosten hyödyntäminen	69
Kiitokset	71
Lähteet.....	73
Alkuperäisjulkaisut I-IV	97

Alkuperäisjulkaisut

Tämä väitöskirja perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä käyttäen niiden roomalaisia numeroita:

I Size Matters – Determinants of Modern. Community-Oriented Mental Health Services.

Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kontio, R., Joffe, G., Pankakoski, M., Malin M., Sadeniemi, M., Kaila, M. & Wahlbeck, K. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Aug 19; 11(8):8456-74. DOI 10.3390/ijerph110808456. (Free PubMed Central article)

II How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. Ala-Nikkola, T., Sadeniemi, M., Kaila M., Kontio R., Saarni S., Joffe G., Pirkola S., Oranta O. & Wahlbeck, K. *BMC Psychiatry*. 2016 Aug. 16:289. DOI 10.1186/s12888-016-0992-5. (Free PubMed Central article)

III Regional correlates of psychiatric inpatient treatment. Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kaila M., Saarni S., Joffe, G., Kontio, R., Oranta, O., Sadeniemi, M. & Wahlbeck, K. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Dec. 13, 1204. DOI:10.3390/ijerph13121204. <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/12/1204/html>. (Free PubMed Central article)

IV Identifying local and centralized mental health services - the development of a new categorizing variable. *International Journal of Integrated Care*. Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kaila, M. Wahlbeck, K., Joffe, G., Kontio, R., Oranta, O., Sadeniemi, M. & Saarni, S. (Submitted).

Kirjoittajalla on kustantajilta varmistettu uudelleenkäyttöoikeus alkuperäisjulkaisuihin.

Käytetyt lyhenteet

ACT (assertive community treatment), tehostettu kotiin vietävä hoito

BSIC (Basic Stable Input of Care), Vakiintunut palveluyksikkö, jolle on kohdennettu oma henkilöstö, tilat ja esimiehet

DESDE-LTC (Description and Evaluation of Services and Directories for Long Term Care in Europe), ESMS- kartoittamistyökalu, jota käytetään ikääntyneiden ja toimintarajoitteisten palvelukartoituksessa (katso seuraava kohta)

ESMS-R (European Service Mapping Schedule, Revised), eurooppalainen mielenterveyspalvelujen kartoittamistyökalu

FTE (Full time equivalent), henkilötyövuosi, tarkoittaa tässä toimintaa varten suunniteltua henkilöstöresurssia vakansseina

HUS, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

HTV, Henkilötyövuosi, tässä tutkimuksessa tarkoittaa suunniteltuja henkilötyövuosia eli vakansseja

HY, Helsingin yliopisto

Kela, Kansaneläkelaitos

MENDit (Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure), Mielenterveyspalveluiden laitoshoidon purkamista kuvaava mittari

Mt-palvelut (Mental Health Services), Mielenterveys- ja päihdepalvelut

MTC (Main type of care), Pääasiallinen hoito- tai palvelutoiminto, esimerkiksi akuutti ympärivuorokautinen vuodeosastoahoito, kuntouttava päivätoiminta tai neuvontapuhelin

NGO (Non-governmental organizations), ei-julkishallinnollinen organisaatio ns. kolmannen sektorin toimijat ja vapaaehtoisjärjestöt

NPO (Non-profit organization), voittoa tavoittelematon organisaatio

REFINEMENT (REsearch on FINancing systems' Effect on the quality of MENTAL health care), Refinement- niminen Eurooppalainen kehittämis- ja tutkimushanke

REMAST (The REfinement MAPPING Services Toolkit), Refinement-tutkimus ja kehittämishanketta varten kehitetty työkalu- ja mittaristokokonaisuus

SOTE-uudistus, Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistaminen

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin Laitos

TOPI, Toimipaikkarekisteri

VSSHP, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

WHO, Maailman terveysjärjestö

WHO-AIMS (World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems)
Maailman terveysjärjestön mielenterveysjärjestelmien arviointimittari

1. Johdanto

Mielenterveysjärjestelmät ovat eri syistä rakenteellisten, taloudellisten ja sisällöllisten haasteiden edessä. Avohoidon ensisijaisuus ja sairaalahoidon vähentäminen on asetettu kansainvälisten ja kansallisten politiikkaohjelmien tavoitteeksi (Mieli 2009 -työryhmä, Partanen et al. 2010). Mielenterveysjärjestelmiin liittyvä kiinnostus ja tutkimus ovat lisääntyneet viimeisen kahden vuosikymmenen aikana osana maailmanlaajuisista laitoshoidon purkua (Ceric, Loga et al. 2001, Lora, Barbato et al. 2012, Knapp, Chisholm et al. 1997, Shen, Snowden 2014, WHO 2003, Fleury, Grenier et al. 2012a). Kiinnostuksen kohteita ovat muiden muassa palvelujärjestelmän rakenteiden aluekohtaiset erot sekä järjestelmätekkijöiden vaikutukset hoitotuloksiin sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa käytettävien vaikuttavien hoitojen kustannusvaikuttavuus verrattuna somaattisiin hoitoihin.

Kansallisen tason mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009) painottaa asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä, ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden horisontaalista ja vertikaalista integraatiota sekä palvelukokonaisuuden ohjauksen kehittämistä (Partanen, Moring et al. 2010, Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2016). Perustason ja erikoissairaanhoidon rakenteiden yhteensovittaminen ja potilaan näkökulmasta hoitopolun tarkoituksenmukainen ohjaus ei nykyjärjestelmässä toteudu optimaalisesti (Patana 2014), vaikka Mieli-suunnitelman toimeenpanoa on edistetty voimakkaasti, muiden muassa kansallisella Kaste-hankkeella (Moring, Martins et al. 2011, Moring, Bergman, Nordling et al. 2013, Sosiaali ja terveysministeriö 2008). Pitkäaikaispotilaiden siirtyminen asumispalveluihin ei tuota terveys- tai toimintakykyhyötyjä, ellei siirtymistä itsenäiseen asumiseen tueta (Tuori 2011a). Sairaanhoidopiirien sairaalahoidon käytössä on tilastollisesti merkitseviä eroja, joita sairastavuus ei selitä (Moring, Martins et al. 2011). Suomessa valmistelussa olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamisessa (Sote), tavoitteeksi on asetettu yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja riittämättömien peruspalveluiden vahvistaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Kiinnostava ja vaikea kysymys on, mikä on riittävä väestöpohja mahdollistamaan perustason- ja erikoistuneempien hoitojen kannalta oikein mitoitettun tuotantovolyymin.

On arvioitu, että 14 % maailmanlaajuisesta sairastavuudesta johtuu neuropsykiatrisista sairauksista: mielialahäiriöistä, päihteiden käytöstä ja psykooseista (Lopez, Mathers et al. 2006). Näillä

sairauksilla on suoria yhteyksiä eläköitymiseen, eliniän odotteeseen, tuottavuuteen ja yleiseen hyvinvointiin kansainvälisesti ja kansallisesti. Kansainvälisessä tarkastelussa neuropsykiatristen häiriöiden on todettu aiheuttavan länsimaissa 26,5 % toimintakykytaakasta. (Wittchen, Jacobi et al. 2011). Kansallisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat keskeisiä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen aiheuttajia (Lehto, Lindström et al. 2005) ja ne lyhentävät merkittävästi odotettavissa olevaa elinikää (Wahlbeck et al. 2011, Laursen et al. 2014).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt heikentävät yksilön elämänlaatua useimpia fyysisiä sairauksia enemmän ja erityisesti psykoosisairauksien osalta myös toimintakykyä usein pysyvästi ja vakavasti (Saarni, Suvisaari et al. 2007). Yksilön kokemaan elämänlaatuun vaikuttaminen on hoidossa keskeistä, koska mielenterveyden häiriöt ovat tavallisesti pitkäaikaisia, oireiltaan moninaisia ja laajasti potilaiden toimintakykyyn ja subjektiiviseen elämysmaailmaan vaikuttavia (Pirkola, Saarni et al. 2009, Saarni, Pirkola 2010). Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien yksilöiden toipumiseen liitetään toivon, toipumisen, voimaantumisen ja yhteiskuntaan liittymisen kokemuksia (Vandekinderen, Roets et al. 2012, Schrank, Brownell et al. 2014). Palvelujärjestelmän näkökulmasta tämä tarkoittaa, että tavoitellaan ihmisarvoa kunnioittavaa sekä yksilön voimavaroihin- ja toipumistavoitteisiin perustuvaa toimintaa.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisen tulee perustua tietoon käytettävissä olevista resursseista sekä tapahtua tiiviissä yhteydessä kohdeväestön mielenterveyden ja hyvinvoinnin tarpeisiin. (Thornicroft, Tansella 2013a). Maailman terveysjärjestön World Health Organization Assessment Instrument for Mental health Systems (WHO-AIMS) on maailmanlaajuisesti käytetty laaja arviointimittaristo, joka sopii muun muassa maiden välisten strategiatasojen, resurssierojen ja palvelurakenteiden tarkasteluun. WHO-AIM: sin eri versioita on käytetty erityisesti alhaisten- ja keskitason tuloluokkien maiden järjestelmien arviointiin ja kehittämisen tukemiseen (Saxena, Lora et al. 2007, Patel, Collins et al. 2011). Tässä tutkimuksessa on käytetty European Service Mapping Schedule (ESMS) palvelukartoitustyökalua (Johnson, Kuhlmann et al. 2000, Adamowski, Trypka 2002, Bocker, Jeschke et al. 2001), sekä hallinnollista ja sosioekonomista tietoa kokoavaa Refinement tutkimus- ja kehittämishankkeeseen kehitettyä REMAST-mittaristoa (REFINEMENT 2013, Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015), jonka sosioekonomiset ja järjestelmäosiot perustuvat WHO-AIM:siin (Saxena, Lora et al. 2007). REMAST-mittaristo ja ESMS-R mahdollistavat hoito- ja palvelutoimintojen tarjonnan, käytön ja alueiden välisen vertailun.

Väestön moninaisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeiden näkökulmasta on tärkeää arvioida millainen palvelurakenne olisi yksilölliset tarpeet, että yhteiskunnan; alueiden ja kuntien, voimavarat huomioiden optimaalinen. Tässä tutkimuksessa kuntatasoa laajempaan alueelliseen tarkasteluun on päädytty, koska kuntien väkiluvun vaihtelun myötä niiden kyky järjestää palveluita on erilainen. Analyyseissä väestön mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeiden kuvaajina käytetään sosioekonomisia mittareita (koulutustaso, Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen mielenterveysindeksi (MTI), työttömyys, yksinasuminen ja alkoholinkäyttö), joita hyödynnetään arvioitaessa, yhdistyvätkö väestön mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeet alueille syntyneeseen palvelurakenteeseen. Mt-palveluita tarkastellaan kokonaisuutena, vaikka on todennäköistä, että niiden määrällinen ja laadullinen kattavuus ja toisaalta tarpeet eroavat toisistaan. Tutkimustietoa tarvitaan siitä, miten muodostuneet järjestelmät hyödyntävät käytettävissä olevat resurssit optimaalisesti vaikuttavan hoidon tuottamiseksi.

2. Kirjallisuuskatsaus

2.1 Terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden järjestäminen

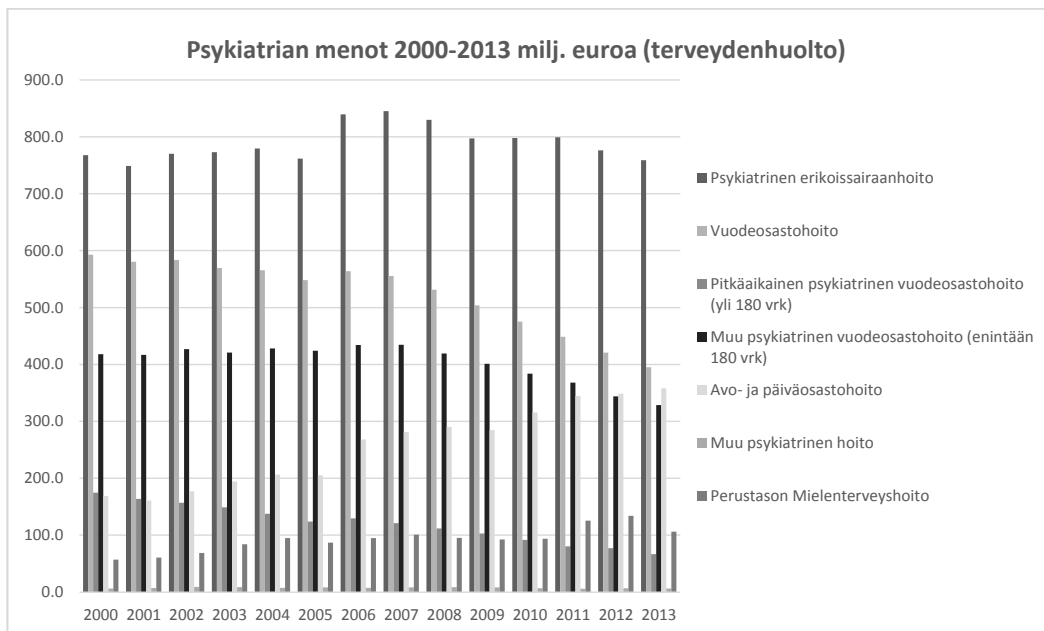
Suomen nykyjärjestelmässä kunnat (N=317, keskväkiluku 6600) ovat laillisesti vastuussa perus- ja peruserikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalveluiden järjestämisestä. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19891062>). Valtionohjaus on Suomessa kansainvälisesti katsoen suhteellisesti heikkoa ja kunnilla on suuri autonomia päättää minkä tasoiset terveydenhuoltopalvelut se järjestää asukkailleen (Patana 2014). Muihin OECD-maihin verrattuna Suomessa on vahva portinvartijajärjestelmä, eli hoidontarpeen arviointi ja lähetekäytäntö, mikä ohjaa resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä ja toisaalta voi johtaa hoidon viivästymiseen ja eriarvoisuuteen erikoissairaanhoidon pääsyssä (Patana 2014).

Suomi on ainut pohjoismaa, jossa kunnille on delegoitu terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuu (OECD 2015). Päätöksenteko terveyden- ja sosiaalihuollon osalta voi olla hajautettu poliittisille asiantuntijalautakunnille ja virkamiehille. Väljällä resurssiohjauksella on toisaalta edesautettu paikallisiin tarpeisiin sovitettujen ja integroituneiden ratkaisujen aikaansaamista. Kuitenkin viime vuosina hallintorakenteita on uudistettu ja muodostettu yhdistettyjä sosiaali- ja terveyslautakuntia. Näiden lautakuntien esittelijöinä toimii, joko sosiaali- ja terveysjohtaja tai omista sektoreistaan vastaavat sektorijohtajat siten, että päättäjillä on mahdollisuus hahmottaa kokonaisuus. Tätä voidaan pitää positiivisena kehityskulkuna viitaten OECD-maiden vertailuun, jossa suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on arvioitu OECD-maista (29) kolmanneksi hajautuneimmaksi Espanjan ja Kanadan jälkeen. Hajautuneen, desentralisoituneen terveydenhuoltojärjestelmän on arvioitu aiheuttavan eriarvoisuutta hoitoon pääsyn ja asukkaiden valinnanvapauden osalta. Osalla pienemmistä kunnista on vaikeuksia tuottaa asukkaidensa tarvitsemat palvelut (Patana 2014). Historiallisista syistä hajaantuneeseen alueelliseen palveluiden järjestämiskokonaisuuteen on oletettavasti kehittynyt paikallisia eroavuuksia, joiden ymmärtäminen olisi vertailuasetelmaan perustuvissa tutkimuksissa hyödyllistä.

Vuonna 2013 terveydenhuoltomenot olivat Suomessa yhteensä 18 467 miljoonaa euroa. Ne jakautuivat julkisen rahoituksen osalta valtion (24,3 %), kuntien (37,7 %) ja Kelan (13,6 %) kesken. Yksityisen rahoituksen osuudesta (24,4 %) suurin osa muodostuu kotitalouksien (18,2 %) maksuosuuksista ja muiden maksajien osuus yhteensä on 6,1 %. Erikoissairaanhoidon osuus vuoden 2013 terveydenhuollon kokonaiskustannuksista oli 36,8 % (6 801,5 milj. euroa), josta psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannuksia 759,1 milj. euroa (4,1 %). Perusterveydenhuollon osuus oli 17,3 %, josta mielenterveyshoidon osuus oli vain 0,6 % (106,3 milj. euroa). (Matveinen, Knappe 2015).

Kansainvälisessä 34 OECD-maan vertailussa (1990–2013) Suomi sijoittuu terveydenhuoltomenoihin käytetyn bruttokansantuotteen vertailussa sijalle 21 (8,6 %) (OECD mediaani 8,9 %) (OECD 2015). Julkisen rahoituksen osuus käyttömeneistä on laskenut 80 %:sta (1990) 75 %:iin (2013). Vuonna 2013 julkisen rahoituksen osuus oli Ruotsissa 84,1 %, Norjassa 85 %, ja Tanskassa 84,3 %. Muiden rahoittajien osuus (kotitaloudet, työnantajat, vakuutusyhtiöt) oli Suomessa (2013) suurempi kuin muissa pohjoismaissa (OECD 2015).

Terveydenhuollon rahoituksesta päätettäessä eri lähteistä tulevia resursseja pyritään kohdentamaan siten, että niillä saadaan aikaan mahdollisimman paljon terveyttä. Nykyjärjestelmässä kyse on pitkälle kunnissa tapahtuvasta jakovaran priorisoinnista, eli siitä, mikä osuus kokonaisresursseista ts. verorahoituksesta kohdennetaan terveydenhoitoon ja edelleen mielenterveyspalveluihin. Psykiatrisen hoidon kustannuksista suurin osa kohdistuu erikoissairaanhoidon (759,1 milj. euroa vuonna 2013), kun perusterveydenhuollon osuus on vain 106,3 milj. euroa (14 % 2013). Erikoissairaanhoidon sisällä avohoidon ja sairaala- ja muun laitoshoidon tasapaino on keskeistä. Avohoidon suhteellinen osuus on seuranta-aikana lisääntynyt (Matveinen, Knappe 2015). (Kuvio 1)



Kuvio 1. Psykiatriseen hoitoon kohdistuvien terveydenhuoltomenojen kehitys vv. 2000–2013. Lähde tilastoraportti 6/2015 (Matveinen, Knape 2015)

2.2 Katsaus kansalliseen ja kansainväliseen mielenterveyspalvelujärjestelmään

Historiallisesti vastuu mielenterveyspotilaiden hoidosta järjestelmätasolla oli pitkään kirkolla, kunnes ensimmäiset valtion mielisairaalat 1840 keisarillisella asetuksella perustettiin. (Achte, K et al. 1983, Kärkkäinen 2004). Niin sanottuun paternalistiseen¹ ajattelutapaan on liittynyt näkemys, että (Launis 2010) kirkon ja sittemmin lääketieteen ja lääkäreiden tulee suojella yksilön henkeä ja terveyttä ja estää häntä vahingoittamasta itseään, niin että samalla on sivuutettu yksilön autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta (Dworkin 1988, Launis 2010). Aikakauteen liittyvää paternalismia osaltaan

¹ **Paternalismi eli holhoaminen** on toimintamalli, joka pyrkii ehkäisemään muita tekemästä vahinkoa itselleen. Paternalismi tarkoittaa myös tällaisten toimintamallien kannattamista. Hyvinvoinnin lisäämiseen tähtäävässä toiminnassa puhutaan hyvinvointipaternalismista ja ajateltaessa kolmannen osapuolen etua (esimerkiksi yhteiskunnan etu, yleinen etu tai huostaanotossa lapsen etu) käytetään kurinpidollista paternalismia. <https://fi.wikipedia.org/wiki/Paternalismi>

ilmensi aikakaudelle tyypillinen eristämiskäytäntö mieleltään sairastuneiden, parantumattomiksi ajateltujen, mielisairaiden eristämiseen ja piilottamiseen, muiden muassa Seilin saarelle ja muihin hospitaaleihin, valtiosairaaloihin ja kunnalliskotien mielisairasosastoille (Achte, K et al. 1983, Kärkkäinen 2004). Tähän historialliseen taustaan perustuen laitoshoidolla on ollut potilaiden hoitamisen lisäksi edellä kuvattuun ajatteluun liittyvä rooli, jonka purkaminen on tapahtunut hitaasti.

Merkittävimmät lähihistorian muutokset käynnistyivät Suomessa samanaikaisesti muiden länsimaiden kanssa 1970-luvulla, jolloin alkoi yleissairaalapysykiatrian ja mielenterveystoimistojen kehittyminen. Psykiatrisen hoitojärjestelmän pitkäjänteinen kehittäminen (mm. skitsofreniaprojekti 1981–1987), hallinnon rakenteiden ja lainsäädännön muutokset (mm. Mielenterveyslain uudistus 1977, Kansanterveyslaki 1972, Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062, Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, Potilaslaki 1993), tukivat mielisairaanhoidopiireihin perustuneen laitostavan mielisairaalarakenteen purkamista ja avohoidon vahvistumista. (Kärkkäinen 2004). Taloudellinen lama vaikutti siihen, että avohoidon palvelut eivät 1990-luvulla kuitenkaan kasvaneet samassa suhteessa laitoshoidon paikkojen vähentämisen kanssa. (Korkeila 1996, Taipale 1996). Avohoidon lisääntyminen ajoittui 1980-luvulle, jolloin Suomessa tapahtui ajanjaksolla 1970–1995 kansainvälisestikin arvioituna jyrkkä laitoshoidon alasajo (4.2 -> 1 ss/1000) eli ns. deinstitutionalisaatio, joka on jatkunut loivempana kehityksenä tähän päivään saakka (Tuori 2011b).

Vuonna 1991 voimaantulleen erikoissairaanhoidolain (Erikoissairaanhoidolaki 1.1.1991; ks. L 1063/1989) muutoksen myötä aiemmat mielisairaanhoidopiirit lakkautettiin, psykiatrisen hoitojärjestelmä siirtyi hallinnollisesti sairaanhoidopiireihin ja valtiosuusudistuksella järjestämisvastuu siirrettiin kunnille (ns. desentralisaatio) (*Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989)*). Kunnista tuli palveluiden tuottajien lisäksi myös palvelujen tilaajia ja näin kunnille asettui vastuu määrittää millaisia palveluita kuntalaiset tarvitsevat ja mistä ja millä hinnalla nämä palvelut ostetaan. Tämän muutoksen yhteydessä sairaanhoidopiirien osuus palveluiden tuottajana väheni ja kuntien, yksityisten ja järjestöjen tuottamien palvelujen määrä kasvoi (STM 1992).

Kuntien lisääntyneestä autonomista johtuen psykiatristen palveluiden osalta palvelurakennetyöryhmän kuvaamat ongelmat: sairaansijojen epätasainen jakautuminen sekä avohoidon palveluiden kehittymättömyys (STM 1992) jatkui koko 1990-luvun. Muutosta seurasi hallinnon hajautumisesta ja keskitetyn ohjauksen puuttumisesta johtunut kuntien itsemääräämisoikeuden lisääntyminen ja sen negatiivisena vaikutuksena osin palveluiden liiallinen saatavuuden vaihtelu. Palveluiden hajaantuessa myös tilastointi hajaantui ja psykiatrian asiantuntijuus palvelutuotannon johtamisessa väheni.

(Tuori 2011b, Taipale 1996, Kärkkäinen 2004). Tilastoinnin epäyhtenäisyydet vaikeuttavat alueiden vertaamista mm. (Pekurinen, Räikkönen et al. 2008). Lainsäädännöllisiin (mielenterveys-, erikoissairaanhoido- ja kansanterveyslait 1991) ja hallinnollisiin uudistuksiin liittyvänä positiivisena muutoksena psykiatrian asema on yhdenvertaistunut suhteessa muuhun terveydenhuoltoon ja lääketieteeseen (Kärkkäinen 2004).

Nykyisin psykiatriset sairaansijat pyritään siirtämään yleissairaaloiden yhteyteen ja erillisiä psykiatrisia sairaaloita on vähennetty. Sairaalahoidon hoitoajat ovat lyhentyneet ja pidempikestoista kuntoutusta tarvitsevat potilaat ovat siirtyneet pääasiassa asumispalveluihin. Sairaansijojen määrä on noin 4 sairaansijaa per 100 000 asukasta (4 promillea) (Tuori 2011b). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoitopäivät ovat jatkaneet laskua (Rainio, Rätty 2015). Vuodesta 2006 vuoteen 2013 vähenemä oli 29 % hoitopäivinä ja noin 20 % hoitokausien määränä mitattuna. Samana ajanjaksona erikoissairaanhoidon avohoidon käynnit ovat lisääntyneet noin 31 %. Suurimmat erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoidetut potilasryhmät ko. ajanjaksolla olivat erilaiset ja erityisesti vaikeammat mielialahäiriöt sekä niin sanotut psykoottiset häiriöt, kuten skitsofrenia (Rainio, Rätty 2015). Avohoitoa tukevat päivätoiminnot ja asumispalvelut ovat lisääntyneet osin kunnallisena toimintana mutta merkittävässä määrin ostopalveluina yrityksiltä ja kolmannen sektorin toimijoilta (järjestöt ja säätiöt) hankittuina. Avopalveluiden lisääntymisestä huolimatta niiden yksikkömääristä tai henkilöresursseista ei ole ollut puutteellisen tilastoinnin takia tarkkoja tietoja (Tuori 2011).

Maailmanlaajuisesti (Mental Health Action Plan 2013–2020) tavoitteeksi on asetettu yhteiskunnan ylätasolta lähtevien (lainsäädäntö, rakenteet) kattavien mielenterveysuunnitelmien tekeminen sekä kokonaisvaltaisten integroitujen ja helposti lähestyttävien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen avohoitopainotteisesti (community-based). Tavoitteissa korostetaan yksin-, muualla kuin laitoksissa – asuvien, potilaiden oikeuksia saada ennaltaehkäiseviä sekä sairauksien hoitoon liittyviä palveluita mahdollisimman läheltä omaa elinympäristöään. Palveluiden rakenteissa ensisijaisena pidetään: 1) mielenterveyspalveluiden integroitumista muihin perustason palveluihin, 2) pitkään mielisairaaloissa olleiden potilaiden kuntouttamista lähellä muuta yhteisöä, 3) toteuttamaan yhteisöissä stigmatisoitumista ehkäiseviä ohjelmia, 4) ottamaan käyttöön väestötason ennaltaehkäiseviä ohjelmia sekä 5) varmistamaan mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden täysivaltaisuus ja osallisuus yhteisöissä. (WHO 2007). Palveluiden tulee vastata väestön tarpeita ja ne tulisi saada mahdollisimman läheltä kotia, osassa palveluita mieluummin liikkuvina kuin paikkaan sidottuina. (Thornicroft, Tansella 2013a, Thornicroft, Tansella 2004).

Mielenterveyspalveluissa tapahtunut, ja edelleen jatkuva rakenteiden ja ajattelutapojen uudistaminen liittyy lisääntyneeseen tietoon hoidon kustannustehokkuudesta sekä erillään toimiviin psykiatriisiin sairaaloihin liittyviin hoidon laadun puutteisiin. Euroopan tasolla läpileikkaava tavoite on avohoitopainotteiseen järjestelmään siirtyminen sulkemalla vanhoja psykiatrisia sairaaloita, integroimalla mielenterveyspalvelut muihin terveyspalveluihin sekä yhdistämällä perustason mielenterveys- ja sosiaalipalvelut. Alueelliset erot ovat suuria ja ne on vertailuissa huomioitava. (Becker ja Vasquez-Barquero 2001). Euroopan tasolla deinstitutionalisaatiokehitys on vielä kesken useissa Keski-Euroopan entisissä kommunistisissa- ja Itä-Euroopan maissa, joissa Mt-palveluiden rakenne on edelleen sairaalapainotteinen (Semrau et al. 2011). Sairaaloiden koot ovat erityisen suuria esimerkiksi Tsekeissä, missä kuitenkin sairaansijojen määrässä on tapahtunut pienemistä sairaalahoitoa korvaavan avohoidon kehittyessä vv. 1990- 2010 (12.4 → 8.8 per 10 000 asukasta) (Winkler et al. 2016).

Joissakin tutkimuksissa deinstitutionalisaatiokehitykseen on liitetty asunnottomuuden ja rikollisuuden kasvu (Lamb, Bachrach 2001, Lamb 2015). Näyttää kuitenkin siltä, että näiden ilmiöiden taustalla on muita tekijöitä, kuten nopeat muuttoliikkeet, yksilökeskeisyys, lisääntynyt työttömyys, laittomien päihteiden käyttö sekä muutokset ja leikkaukset Mt-palveluiden rahoituksessa (Winkler et al. 2016). Kansallisesti laitoshoidon purun ja avohoidon suuremman monimuotoisuuden on todettu olevan yhteydessä vähentyneeseen itsemurhakuolleisuuteen (Rantanen, Koivisto et al. 2009, Pirkola, Sund et al. 2009, Pirkola, Sohlman et al. 2005).

Avohoitopainotteisen palvelurakenteen on todettu olevan vähemmän stigmatisoiva, itsemääräämisoikeutta ja toimintakykyisyyttä tukevampi (Wahlbeck 2015, Thornicroft, Tansella 2013a, Patel, Collins et al. 2011), helpommin saavutettava (Lora, Barbato et al. 2012, WHO 2003, Saxena, Skeen 2012) ja hoitotulosten osalta vaikuttavampi kuin perinteinen laitoshoitoon tukeutuva järjestelmä (Jacob, Sharan et al. 2007, Pirkola, Sund et al. 2009, Westman, Gissler et al. 2012). Avohoitoon perustuva hoito on pitkäaikaispotilaiden elämän laadun kannalta parempaa (Jacob, Sharan et al. 2007).

Avohoidon on todettu olevan kustannustehokasta (Jacob, Sharan et al. 2007), vaikka moderni avohoito olisi pitkäkestoiseen tavanomaiseen laitoshoitoon verrattuna kalliimpaa, johtuen muiden sektoreiden, kuten peruspalveluiden kustannuksista (Mieli 2009 -työryhmä, Partanen et al. 2010). Akuutti sairaalahoito on avohoitoa kalliimpaa ja vaihtoehtoisista sairaalahoitoa korvaavista vaihtoehtoista, kuten avohoidossa toteutettava kriisihoidosta tarvitaan edelleen lisää tutkimusta

(Lloyd-Evans, Slade et al. 2009). Sairaalahoidon lyhentämisen taustalla vaikuttavat inhimillisten seikkojen lisäksi taloudelliset perusteet. Sairaalahoidon lyhentäminen on kuitenkin mahdollista vain jos avohoitopalvelut ovat riittävät ja kotiutuminen on suunniteltu hyvin (Capdevielle, Boulenger et al. 2009).

Vaikeimmissa mielenterveysongelmissa (Chai, Wheeler et al. 2013) ja sosiaalisen tuen puuttuessa tarvitaan ajoittain sairaalahoitoa (Fleury, Grenier et al. 2014, Guzzetta, Miglio et al. 2010), jota voidaan kuitenkin korvata tai lyhentää avohoidossa esimerkiksi aktiivisella palveluohjauksella (case manager) (Burns, Catty et al. 2007) tai akuutilla päiväsairaalalla (Marshall, Crowther et al. 2011). Hoidontarpeen vaihtelun takia tarvitaan avohoittoa ja sairaalahoitoa sopivassa suhteessa tarjoava hoitojärjestelmä (Thornicroft, Tansella et al. 2008, Thornicroft, Tansella 2013a), joka yhdistää peruspalveluiden monimuotoisia sosiaalista tukea tarjoavia avohoidon palveluita (Fleury, Grenier et al. 2014) sekä erikoistuneita mt-palveluita (Fleury, Grenier et al. 2012b).

Monimuotoiseen avohoitopainotteiseen Mt-palveluvalikkoon tulee sisältyä liikkuvia palveluita, eritasoisia asumispalveluita lähellä muuta asutusta ja yhteisöä, kuntoutusta, palveluohjausta, informaatiopalveluita, kotona selviytymistä tukevia palveluita, tuettua työllistymistä, vapaaehtoisten ja vertaisten järjestämiä ryhmiä sekä palveluyksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittäviä palveluita, joita voidaan räätälöidä palvelutarpeen mukaisesti (Shen, Snowden 2014, Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015).

Eurooppalaisessa laitoshoidon purkua arvioivassa MENDit mittarissa listataan nykyaikaisille mt-palveluille keskeisiä piirteitä.

Taulukko 1. Laitoshoidon purkua tukevan avohoitopainotteisen järjestelmän elementit (Salisbury, Killaspy et al. 2016)

Sairaalasta uloskirjoitetuille potilaille on tarjolla asianmukainen jatkohoito
Avohoidon palvelut vastaavat laajasti erilaisiin tarpeisiin
Mielenterveyspalveluiden yhteys somaattiseen terveydenhuoltoon on suunniteltu
Akuutti hoito pystytään järjestämään yleissairaaloista tai avohoidon keinoin
Mielenterveyspalvelut ovat saatavissa perusterveydenhuollosta
Yleissairaaloiden ja perusterveydenhuollon henkilöstö on saanut koulutusta mielenterveysongelmiin
Moniammatillisia työryhmiä on käytettävissä
Mielenterveyspalvelut ovat saatavissa lähipalveluina
Mielenterveyslakeja ja suunnitelmia noudatetaan
Mielenterveyslait ja suunnitelmat ovat osa muuta keskeistä lainsäädäntöä
Mielenterveyspalveluorganisaatiot tekevät yhteistyötä muiden olennaisten hallinnonalojen kanssa
Avohoittoa varten on osoitettu riittävät ja selkeästi määritellyt taloudelliset resurssit
Hoidon jatkuvuus perustasolta peruserikoissairaanhoidon ja tertiääritasolle on varmistettu
Kokonaisuuden koordinoimista varten on olemassa elin, joka varmistaa/tekee tärkeitä päätökset
Käyttäjien osallistuminen palveluiden kehittämiseen on mahdollistettu
Laadunarvioiminen ja kehittäminen on organisoitu
Mielenterveyspalvelut on järjestetty aluetasoisesti

2.2.1 Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen Suomessa 2009–2015 (Mieli-suunnitelma)

Vuonna 2007 STM asetti työryhmän valmistelemaan 2009 valmistunutta Mieli-suunnitelmaa, jolla linjattiin kansallisesti mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä vuosille 2009–2015 (Mieli 2009 - työryhmä, Partanen et al. 2010). Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009) (Sosiaali ja terveysministeriö 2009) esitettiin, että palvelut järjestetään ensisijaisesti avohoidossa peruspalvelupainotteisesti ja pääsy niihin on mahdollista matalalla kynnyksellä.

Mieli-suunnitelmaan perustuen Mt-työtä on säädöksiin, rahoituksen ja tiedon avulla ohjattu osaluokkien mukaisesti: 1) asiakkaan aseman vahvistaminen, 2) ennaltaehkäisyyn panostaminen, 3) ohjauskeinojen kehittäminen ja 4) palvelu- ja hoitoketjujen parantaminen (Sosiaali ja terveysministeriö 2009). Asiakkaan aseman vahvistamiseksi Mt-palveluihin pääsyä ja palveluiden saatavuutta piti vahvistaa, ja palveluihin päästä helposti yhden oven- periaatteella. Palveluiden toimivan kokonaisuuden koordinointi tuli kuntien vastuulle. Perustason palveluja ja avopalveluja tuli tehostaa lisäämällä pätevyyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja, ja psykiatrisen sairaalahoidon tulisi siirtää yleissairaaloitten yhteyteen. (Sosiaali ja terveysministeriö 2009). Mt-palveluihin liittyvää alueellista kehittämistä on tehty runsaasti muun muassa asiakkaiden aseman vahvistamisen sekä palveluiden saatavuuden-, kokonaisvaltaisuuden- ja kattavuuden parantamiseksi. Myös hallintorakenteita on uudistettu ja varhaisen tuen malleja kehitetty (Moring, Bergman et al. 2013, Moring, Martins et al. 2011). Mieli-suunnitelman loppuraportin ja siihen sisältyvän ulkoisen arvioinnin mukaan kaikkia tavoitteita ei kuitenkaan saavutettu johtuen resurssien ja koordinaation puutteesta. (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2016). Myönteistä kehitystä on tapahtunut erityisesti asiakkaan aseman vahvistamisessa (kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaanotto, tahdosta riippumattoman hoidon vähentyminen) sekä ohjauskeinojen kehittämisessä (mielenterveys- ja päihdestrategiat kuntastrategioihin). Myönteistä on tietoisuuden lisääntymiseen asiakkaan aseman vahvistamisen, edistävän ja ehkäisevän työn sekä palvelujärjestelmän kehittämisen tarpeista. (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2016, Sosiaali ja terveysministeriö 2009, Partanen, Moring et al. 2010).

2.3 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tuottajat

Terveydenhuolto jakautuu perusterveydenhuoltoon, perinteisesti kansanterveystyöhön (Kansanterveyslaki 1.4.1972; ks. L 67/1972) sekä erikoissairaanhoidon (1.1.1991; ks. L 1063/1989). Erikoissairaanhoidon järjestämisen osalta kuntien tulee kuulua kuntayhtymiin, joilla on oma hallinto- ja poliittinen päätöksentekojärjestelmä. Kuntien sisällä palveluiden järjestäminen ja budjetointi on jakautunut yleensä kolmeen osaan; terveyskeskusten kautta järjestettävään perusterveydenhuoltoon, sairaalahoitoon ja sosiaalipalveluihin (Matveinen, Knape 2015). Nämä tahot järjestävät muiden muassa terveyttä edistäviä ja sairauksia ennaltaehkäiseviä, hoitavia ja kuntoutumista tukevia palveluita. Osassa kunnista on lisäksi omaa erikoissairaanhoidon tuotantoa, jolloin niin sanottu

peruserikoissairaanhoidotasoinen psykiatria järjestetään itse ja vaativampi erityistason erikoissairaanhoido ostetaan kuntayhtymiltä.

Yksityisen sektorin rooli mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarjonnassa on vahvistunut viimeisten vuosikymmenten aikana. Vuodesta 1993 kuntien on ollut mahdollista ostaa Mt-palveluita yksityiseltä sektorilta. Sairaalapainotteisen organisaatorakenteen purkamiseen liittyvän deinstitutionalisaatiokehitykseen liittyen yksityisten yritysten tuotannollinen rooli on vahva erilaisten asumispalveluiden tarjoajina. Vuonna 2010 kansallisella tasolla eritasoisesti tuetuissa asumispalveluissa oli yhteensä 7212, näistä 6544 yksityisten palveluntarjoajien tuottamissa palveluissa. (Patana 2014). Asumispalveluiden tarjoaminen on keskeinen osa avohoito-painotteisen Mt-järjestelmän kehittämistä. palveluiden laadussa on kuitenkin vaihtelua eivätkä taloudelliset kannusteet tue asukkaiden itsenäiseen asumiseen kuntouttamista. (Patana 2014). Yksityiset palveluntuottajat tarjoavat lisäksi psykoterapiaa, jonka rahoituksesta osa tulee julkisista varoista mm. Kelan rahoittama kuntoutuspsykoterapia, sekä osa yksiköiden itse maksamana.

Kolmannen sektorin toimijat ovat pääosin voittoa tavoittelemattomia ja julkishallinnon määräysvallasta riippumattomia järjestäytyneitä organisaatioita: säätiöitä ja rekisteröityjä yhdistyksiä, jotka tarjoavat julkista palveluntuotantoa korvaavia ja täydentäviä ammattilaisten ja vapaaehtoisten tuottamia palveluita. Niiden on todettu heijastavan muuttuvan yhteiskunnan tarpeita ja kysyntää julkisia toimijoita nopeammin, ja innovatiivisuuden sekä joustavuuden ansiosta tavoittavan asiakasryhmiä, joita julkiset palvelut eivät tavoita. (Shen, Snowden 2014, Knapp, Chisholm et al. 1998).

Kolmannen sektorin toimijoiden tavoitteet ja roolit ovat viimevuosikymmeninä valtavirtaistuneet ja toiminta on muuttunut ammattimaisemmaksi ja organisoituneemmaksi. Karlsson ja Markströmin (2012) laajaan kirjallisuuskatsaukseen (N=127 relevanttia kokotekstiä) perustuen kolmannen sektorin toimijoiden tavoitteet liittyvät valtaosalla toimijoista palveluntuottajina toimimiseen konsensuksessa julkisten organisaation rinnalla. Vallitsevaa järjestelmää haastavien ja kritisoiden toimijoiden määrä on marginaalinen (4 %) (Karlsson, Markström 2012). Kolmannen sektorin toimintojen etuihin on 1990-luvulla liitetty; palveluntuottajina (laatu, edullisuus, erikoistuminen), uudistajina (joustavuus, ongelmanratkaisukyky, vapaa pääsy), edunvalvojina (muutokset politiikassa ja sosioekonomisissa olosuhteissa, palvelunkäyttäjien mukaanotto), kehittäjinä (yhteistyön edistäminen, vapaaehtoistyön arvostus, erityisryhmien edut, markkinoiden monimuotoisuus) sekä yhtenäisyyden ja demokratian edistäjinä (moniäänisyys, keskinäinen luottamus) toimiminen (Salamon, Sokolowski et al. 2000).

Suomessa kolmannen sektorin toimijoita tuetaan välillisesti julkisin varoin valtion monopoliyhtiön Raha-automaattiyhdistyksen varoin. On arvioitu, että jopa 17 % aikuisista osallistuu Suomessa johonkin sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin kolmannen sektorin toimintaan. (Jalava, Borodulin et al. 2014).

2.4 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteensovittaminen ja koordinointi

Terveys- ja hyvinvointipalveluiden tutkimuksessa ja käytännön kentällä integraation määritelmä vaihtelee eri konteksteissa (Lyngsø, Godtfredsen et al. 2014). Määritelmien painotukset vaihtelevat taloudellista tehokkuutta, päällekkäisyyksien poistamista, ja hallinnon ja koordinoinnin helpottamista korostavista puolista hoidon jatkuvuutta, potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kohtaamista, ja palveluiden saatavuutta korostaviin määritelmiin (Kodner, Spreeuwenberg 2002). Kansallisena tavoitteena on kehittää potilaslähtöistä avohoitoa ja minimoida ja kohdentaa paremmin sairaalahoitoa. Sote-muutoksessa yhtenä tavoitteena on ollut vähentää organisaatioiden määrää ja määrittellä uudelleen niiden työnjako, vastuut ja päätöksentekojärjestelmä. (<http://alueuudistus.fi/hallituksen-esitysluonnos-31.8.2016>).

Organisaatorakenteiden integroiminen, voi olla sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden, terveys- ja sosiaalipalveluiden, sekä psykiatrian ja somaattisen hoidon horisontaalista, että perustason ja erikoissairaanhoidon vertikaalista yhteensovittamista. Vertikaalinen yhteensovittaminen voi lisätä näyttöön perustuvaa mielenterveysongelmien tunnistamista, hoitoa ja seuranta perustasolla. Esimerkkinä voi toimia (Valo-hanke) erikoissairaanhoidossa tehty arviointikatsaus ennaltaehkäisevistä mielenterveys- ja päihdeohjelmista (Laajasalo ja Pirkola. 2013). Erikoisala- ja sektorirajat ylittävässä toiminnallisesti koordinoitussa kokonaisvaltaisessa hoidossa myös somaattiset sairaudet sekä sosiaalinen tuen tarve (tuki työllistymiseen, asumiseen ja koulutukseen) tulee huomioiduksi (WHO 2013, Jenkins, Strathdee 2000). Vaikka organisaatioiden välistä hallinnollista integraatiota ei tehdä voidaan tiedonkulku, saumattomat hoitoketjut ja hoidon jatkuvuus varmistaa toiminnallisella integraatiolla, joita tukevat yhdessä laaditut mielenterveys- ja päihdesuunnitelmat (Jenkins, Strathdee 2000).

Palvelutason integraatiossa asiakas saa yhtäaikaista hoitoa sekä mielenterveys- että päihdeongelmaansa yhden oven periaatteella, riippumatta siitä minkä hallintorakenteen yhteyteen palvelu kuuluu. Mielenterveys- ja päihdepalvelut on perinteisesti järjestetty erillisinä: päihdehuolto on järjestetty osana sosiaalihuoltoa, kun taas mielenterveyspalvelut kuuluvat pääosin terveydenhuollon alaisuuteen (Stenius, Kekki et al. 2012). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämisen tavoitteena on parempi hoidon toteutuksen ja kustannusten kokonaisuuden hallinta (Rush, Fogg et al. 2008) ja palveluiden tarjonnan ja asiakkaiden tarpeen kohtaaminen (Stenius 2009). Etenkin vaikeasta mielenterveyden häiriöstä ja yhtäaikaista päihderiippuvuudesta kärsivien potilaiden hoidossa tiiviimpi integraatio nähdään oleelliseksi (Aalto 2010). Yhdistettyjä M-talviteita on ESMS-R työkalulla tehtyyn kartoitukseen perustuen kansallisesti edelleen vähän ja niiden resurssit sijoittuvat pääasiassa perustason palveluihin. Erikoistasolla yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita on vain muutamilla alueilla. Henkilöstöresurssit ovat integroiduissa palveluissa yksipuolisempia, kuin erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa (Suontausta 2016).

Mielenterveyspalveluiden rakenneuudistusta, missä mielenterveystoimistot siirtyivät 1990-luvulla osassa maata sairaanhoitopiireiltä kuntien vastuulle ja osaksi terveyskeskuksia, voidaan pitää yhtenä askeleena mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiokehitykselle. Mielenterveys- ja päihdepalveluita on osassa kunnissa yhdistetty psykososiaalisiin yksiköihin, joista on voinut saada moniammatillisia palveluita (Kokko, Heinämäki et al. 2009). HUS:n alueen ESMS-R palvelukartoituksessa 2012 yhdistettyjen päihde- ja mielenterveyspalveluiden osuus oli vain 10 % kaikista palveluista (Kontio, Malin et al. 2013). Kuntien ja sektoreiden yhteistoimintaa hidastavat muuttuvat poliittiset tahtotilat sekä kuntien ja alueiden halu pitää kiinni omista tavoitteistaan (Stenvall, Syväjärvi et al. 2015).

2.5 Alueellinen palvelutarpeen arviointi

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisen mallit ja rakenteet ovat riippuvaisia yksityiskohtaisemmista alueellisista olosuhteista ja rakenteista, kuten yleisestä terveydenhuollon toimivuudesta, tulotasosta, väestötiheydestä sekä mielenterveyspalveluiden kehittyneisyydestä ja priorisoinnista muiden sektoreiden rinnalla (Shen, Snowden 2014, Jacob, Sharan et al. 2007, Perala, Saarni et al. 2008, Saxena, Skeen 2012). Yksittäisten maiden sisäisen, maiden välisen sekä

maailmanlaajuinen vertailun kautta on osoitettu, että mielenterveyspalveluiden resursoinnissa, toimintatavoissa ja kehittämisessä on suurta vaihtelua huolimatta käytettävissä olevista resursseista (Rezvy, Oiesvold et al. 2007, Becker, Hulsmann et al. 2002, Salvador-Carulla, Saldivia et al. 2008, Tibaldi, Munizza et al. 2005, Jacob, Sharan et al. 2007, Wang, Saldana et al. 2010).

Euroopassa psykiatristen sairaansijojen määrä 100 000 asukasta kohden (yleissairaaloiden yhteydessä ja erillisissä psykiatriassa sairaaloissa) vaihtelee Maltan 185:stä Italian 8: aan (ka. 72). Myös avohoitokäyntimäärien (per 100 000) osalta erot ovat suuria vaihdelle Slovakian (28 000) ja Suomen (26 077) korkeista luvuista Albanian ja Skotlannin (1066) käyntimääriin (ka. 6596). Psykiatrien määrät 100 000 asukasta kohti ovat korkeimpia Sveitsissä (30) ja Suomessa (26) ja alhaisimpia Albaniassa (3) ja Turkissa (1). Vastaavia resurssieroja on sairaanhoitajien määrässä. Suomessa Mt-palveluissa työskentelee 163, Bosnia-Herzegovinassa 4 ja Kreikassa 3 sairaanhoitajaa 100 000 asukasta kohti (ka. 21.7). (WHO 2017) Resurssieroja selittävät sekä taloudelliset tekijät mutta myös mielenterveyshäiriöihin suhtautuminen (stigma) sekä kulttuuriset tekijät.

Palvelutarpeiden analysoinnissa voidaan hyödyntää Tansellan ja Thornicroftin (Tansella, Thornicroft 1998) mielenterveyspalveluiden porrasteista mallia, jossa osaamisen taso lisääntyy ja erikoistuu vertikaalisesti edettäessä käytettävissä olevien resurssien mukaisesti. Lähtökohta on, että palveluiden rakentumista tulee ohjata systemaattisesti tietoon perustuen, jotta käytettävissä olevat resurssit voidaan kohdentaa optimaalisesti maantieteellisten ja alueellisten sekä potilaiden tarpeita vastaaviksi.

Taulukko 2. Nykyaikaisten mielenterveyspalveluiden resurssien porrasteinen malli (Thornicroft, Tansella 2004)

Porras	Esimerkkejä	Vähäiset resurssit	Keskitason resurssit	Hyvä resurssit
Porras A: Peruspalvelut erikoislääkärin palveluilla tuettuna	Seulontaa, neuvontaa, farmakologista hoitoa, tukea, konsultaatioita	*	*	*
Porras B: Tavanomaiset mielenterveyspalvelut	Avohoitoklinikat, mielenterveystiimit, akuutti sairaalahoido, asumispalveluita		*	*
Porras C: Erikoistuneet / eriytyneet mielenterveyspalvelut	Erytisklinikat (kaksoidiagnoosit, syömishäiriöt, nuorisopsykiatria), varhaisvaiheen tiimit, aktiivinen yhteisöhoito (ACT), sairaalahoidon vaihtoehdot			*

Tansellan ja Thornicroftin ns. matriisimallin (Taulukko 3) mukaisesti terveydenhuollon prosesseja voidaan tarkastella yksilön palvelutarpeiden tyydyttämisen ja sen lopputuleman, sekä siitä

aggregoituvien alueellisten ja valtakunnallisten prosessien matriisina. Tässä matriisissa yksilöllisten palveluprosessien ja palvelujärjestelmän panostusten suhde tulee ymmärrettäväksi ja palvelujärjestelmätutkimuksen merkitys myös yksilötasolla hahmottuu. (Tansella, Thornicroft 1998).

Taulukko 3. Matriisimalli (Tansella, Thornicroft 1998)

Ulottuvuudet:		Ajallinen	
Maantieteellinen	Panos (input)	Prosessit	Tulos (outcome)
Maan / alueen taso	Palveluiden rahoittaminen, Tiedonvälitys, Mielenterveyslaki, Asetukset ja Direktiivit	Toiminnan / aktiivisuuden mittarit (sairaalaan otot, osaston kuormitus, tahdonvastainen hoito)	Itsemurhien esiintyvyys, Kuolleisuus Kodittomuus, Erityiskysymykset
Väestötaso	Väestön palvelutarpeiden arviointi Väestön piirteet, Budjetti, Henkilökunta Sovitut kustannukset, Asiakaslähtöisyys	Toimintakäytännöt, Hoitopolut Hoito- /palvelumallit, Potilasmäärät Vastaanottokäynnit, Erityisryhmien huomioiminen	Ryhmätason tuloksellisuustutkimukset, Sekundaari- ja tertiääripreventio, Paikallinen stigmatisaation väheneminen, Parempi pääsy palveluihin
Yksilötaso	Yksilön palvelutarpeiden arviointi Potilaan vaatimukset/toiveet Perheiden vaatimukset/toiveet	Hoidon laatu, Hoidon tiheys ja kesto Hoidon jatkuvuus, Taloudellinen tuki Ammatilliset palvelut	Oireiden väheneminen, Tyytyväisyys Elämän- / asumisenlaatu, Ammatillinen- ja toiminnallinen kuntoutuminen, Työntekijöiden jaksaminen

2.6 Yhteenvedo kirjallisuudesta

Kansallinen mieli-2009 ohjelma (Partanen, Moring et al. 2010, Sosiaali ja terveysministeriö 2009) sekä Maailman terveysjärjestö (WHO 2013) ovat tavoiteohjelmissaan asettaneet tavoitteiksi kattavien strategia(politiikka) ja toimenpidetason mielenterveysstrategioiden laatimisen. Edellä mainittujen strategisten ohjelmien tavoitteissa yhdistyvät yksilölliset tarpeet yhdenvertaisesta näyttöön perustuvasta hoidosta sekä yleiset tavoitteet näyttöön perustuvaan tietoon perustuvan, eri toimijoiden yhteistyölle rakentuvan, kokonaisvaltaisen, integroituneen mielen- ja päihdepalvelujärjestelmän rakentamisesta. Kansallisesti tavoitellaan toimivaa rakennetta lähipalveluiden ja keskitettyjen palveluiden järjestämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b).

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän heikkous on, että ennaltaehkäisevä matalan kynnyksen toiminta ei ole riittävästi priorisoitua (Patana 2014, Kansallisen mielen- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015 2016). Resursoinnin painopiste on 85 %: sti erikoissairaanhoidossa sekä noin 60 %:sti laitospainoisessa toiminnassa (Matveinen, Knape 2015,

Kontio, Malin et al. 2013). Mielenterveys- ja päihdepotilaiden lyhempään eliniänodotteeseen viitaten ongelmallista on myös somaattisen terveydenhuollon erillisuus. Edelleen osin erilliset mielenterveys- ja päihdehoitojärjestelmät vaikeuttavat kokonaistilanteen hoitoa ja aiheuttavat päällekkäisiä kustannuksia (Patana 2014).

Mielenterveyspalveluiden kehitykseen liittyvä merkittävä muutos on ollut siirtyminen pääasiassa suurissa sairaalalaitoksissa tapahtuneesta hoidosta kohti kunnissa ja potilaiden lähiympäristössä tapahtuvaan avohoitopainotteista monimuotoista hoitoa, jonka eduista on kansallista ja kansainvälisesti näyttöä (Burns, Catty et al. 2007, Lora, Cosentino et al. 2007, Tibaldi, Munizza et al. 2005, Pirkola, Sund et al. 2009, Rezvyy, Oiesvold et al. 2007, Vazquez-Bourgon, Salvador-Carulla et al. 2012a, Thornicroft, Tansella 2013a, Rantanen, Koivisto et al. 2009)

Nykyaikaisille mielenterveyspalvelujärjestelmille asetettuja tavoitteita ovat muiden muassa: 1) Tarkoituksenmukainen yhdenvertainen näyttöön perustuva yksilön voimavaroja vahvistava hoito tulee olla matalalla kynnyksellä saavutettavissa (WHO 2013); 2) Käytettävissä olevien resurssien painopiste tulee olla avohoidossa ja akuutti sairaalahoido toteuttaa ensisijaisesti yleissairaaloiden yhteydessä; ja lisäksi 3) Liikkuvien ja ajallisesti joustavasti käytettävissä olevien palveluiden saatavuutta tulee vahvistaa. Yleisesti tavoiteltavana voidaan pitää systemaattisesti kerättyyn tietoon perustuvaa rakennetta, joka ottaa huomioon yksilöiden tarpeet, alueen ja maan resurssit ja niistä johdetut toimintamallit ja järjestelmän uudistumiskyvyn. (Thornicroft, Tansella 2013a, Tansella, Thornicroft 1998, Thornicroft, Tansella et al. 2008, Saxena, Skeen 2012, Jacob, Sharan et al. 2007, Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015).

Hoitokokonaisuudet muodostuvat kohdeväestön ja yksilöiden tarpeista, joihin paikalliset olosuhteet ja resurssit, sekä palveluja tuottavien yksiköiden kyvyt ja asenteet vaikuttavat. Yksilöiden toipumisessa tarvitaan hoitojärjestelmän tarjoamia edellytyksiä, ammattilaisten ja muiden palveluntuottajien tunnistaa yksilön vahvuuksia ja avuntarpeita ja mukauttaa antamaansa tukea siten, että itsemääräämisoikeus ja siten täysivaltaisuus kansalaisena voi asteittain vahvistua (vrt. WHO 2013).

Nykytilanteessa kansallisesti ei ole olemassa kokonaisvaltaista käsitystä eri tuottajatahojen tarjoamista palveluista ja niihin suunnitelluista henkilötyövuosista. Lisäksi puuttuu tietoa siitä, miten suunnitellut resurssit jakautuvat helposti saavutettaviin lähipalveluihin ja keskittyneisiin palveluihin, ja vastaavatko ne alueen palvelutarpeeseen. Tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden keskinäisiä suhteita on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän rakenteiden (laatu- ja määrä) sekä tarvetekijöiden välisiä yhteyksiä.

3. Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimus kartoittaa aikuisväestölle (18+) tarkoitettujen mielenterveys- ja päihdepalveluiden rakennetta ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Tarkoituksena on kuvata tutkimusalueen mielenterveys- ja päihdepalvelurakennetta: sen laatu (monimuotoisuus ja avohoitopainotteisuus) - ja määrätekiäjiä (toimintaan kohdennettujen henkilöstöresurssien kokonaismäärä).

Yksityiskohtaisina tavoitteina ovat

- I Mitata mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmien: 1) *laatua* käyttäen indikaattoreina käytettävissä olevien palveluiden monimuotoisuutta ja avohoitopainotteisuutta, 2) *määrää* toimintaan kohdennettujen henkilötövuosien avulla sekä 3) kuvata yhteyksiä sosioekonomisten tekijöiden ja laadullisten ja määrällisten palveluiden välillä.
- II Selvittää, mitkä hoito- ja palvelutoiminnot, ESMS-R luokittelupuun haarojen mukaan tarkasteltuna, ja mitkä tuottajatahot (kunnalliset, yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut) ovat herkkiä väestön koon vaihteluille.
- III Selvittää ovatko mahdolliset erot palvelualueiden akuutin sairaalahoidon tarjonnassa selitettävissä: 1) Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmällä, käytettävissä olevilla avohoit- ja päivätoiminnoilla tai muulla laitoshoidolla, 2) Alueiden sosioekonomisilla tekijöillä (väestön koko, mielenterveysindeksi, peruskoulun jälkeinen koulutus, työttömyys, yksinasuvien määrä, alkoholin kulutus) liittyneenä yksilöllisiin tarpeisiin tai 3) Henkilöstöön liittyvillä resurssitekijöillä (Henkilötövuodet)
- IV Kuvata alueiden lähi- ja keskitettyjä Mt-palveluita, ja niiden välisten suhteiden alueellista vaihtelua. Luoda tarkastelua varten ESMS-R luokittelupuuhun lähipalvelumuuttuja.

4. Käytetyt menetelmät

4.1 REFINEMENT- hanke

Tämä väitöskirjatutkimus on tehty osana kolmivuotista (2011–2013) EU:n rahoittamaa eurooppalaista tutkimushanketta: European Refinement- (REsearch on FINancing systems' Effect on the quality of MENTAl health care) (REFINEMENT 2013), joka on Euroopan ensimmäinen palvelujärjestelmien vertailututkimus. Yleisenä tavoitteena kansainvälisessä tutkimuksessa on ollut tarkastella yhteyksiä eri rahoitusmallien välillä ja tarkastella, mitkä ja millaiset palvelujärjestelmät pystyvät parhaiten saavuttamaan tavoitteet korkealaatuisen, yhdenvertaisen, tehokkaan ja pitkällä tähtäimellä vaikuttavan hoidon osalta (Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015). Kansallisesti REFINEMENT-hanke on Suomalainen tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa toimijoina ovat Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) sekä alun perin kolme ja vuoden 2013 alusta neljä sairaanhoitopiiriä: HUS, Eksote, Carea ja Varsinais-Suomi. Suomalainen osahanke on keskittynyt ensimmäisessä vaiheessa kuvaamaan suomalaista mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistapaa ja järjestelmää (Kontio, Malin et al. 2013).

4.2 REMAST ja ESMS-R työkalut

Yleistason tiedot alueiden mielenterveys- ja päihdepalveluista kerättiin REFINEMENT-hanketta varten kehitetyn REMAST (The REfinement MAPPING Services Toolkit) tietojenkeruulomakkeen avulla ja tallennettiin Exceliin. REMAST-lomakkeelle kerätyt tiedot jakautuivat kolmeen osaan: 1. yleinen osio: esiselvitys kartoitettavasta alueesta ja kohdeväestöstä, 2. väestön elinolosuhteet: sosiaalisen- ja fyysisen ympäristö, jolla voi olla vaikutuksia palveluiden tarpeeseen (sosio-ekonomiset tekijät) ja 3. hoito- ja palvelutoimintojen kartoitus: tunnistetaan ja määritetään käytettävissä olevat palvelut.

Hoito- ja palvelutoiminnot luokiteltiin nimenomaisesti REFINEMENT-hanketta varten mielenterveyspalveluiden kartoittamiseen muokatulla European Service Mapping Schedule- Revised (ESMS-R) luokittelu- ja määrittelytyökalulla (Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015, Salvador-

Carulla, Ruiz et al. 2012). ESMS-R perustuu kansainväliseen koodausjärjestelmään, joka mahdollistaa yhdenmukaisen eri hoito- ja palvelutoimintojen tarjonnan, saatavuuden ja käytön mittaamisen ja vertailemisen tutkimusalueiden välillä sekä toistettaessa palvelujärjestelmän muutosten tarkastelun (Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015). Alkuperäisen ESMS-luokittelu- ja kartoitustyökalun ovat kehittäneet EPCAT-ryhmä (European Psychiatric Assessment Team) ja espanjalainen, moniammatilliseen mielenterveyspalveluiden arviointitutkimukseen erikoistunut PSICOST-yhdistys (Johnson, Kuhlmann et al. 2000, Salvador-Carulla, Poole et al. 2006, Salvador-Carulla, Alvarez-Galvez et al. 2013). Luokittelupuu perustuu Tansellan ja Thornicroftin matriisimalliin (Tansella, Thornicroft 1998).

Aikaisempaa versiota ESMS työkalusta on käytetty Suomessa (Pirkola, Sund et al. 2009, Pirkola, Sohlman et al. 2007) ja sen validiteettia ja reliabiliteettia on kehitetty (Salvador-Carulla, Alvarez-Galvez et al. 2013) testattu ja mittaria hyödynnetty laajasti lähinnä eurooppalaisissa kansallisissa ja kansainvälisissä vertailututkimuksissa (Salvador-Carulla, Saldivia et al. 2008, Salvador-Carulla, Poole et al. 2009, Tibaldi, Munizza et al. 2005, Rezvyy, Oiesvold et al. 2007) sekä eurooppalaisen ja Chileläisen järjestelmän vertailussa (Salvador-Carulla, Saldivia et al. 2008).

4.3 Tiedonkeruu

Tutkimuksen I-III vaiheiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen tiedonkeruu toteutettiin 2012–2013. Tutkimuksen IV-vaiheessa käytettiin toimintokuvauksissa HUS:n osalta vuoden 2014 päivitettyjä tietoja. VSSHP:n tiedot olivat vuodelta 2013 ja Kymenlaakson ja Eksoten osalta vuodelta 2012.

Tiedonkeruun kansainvälisen ja kansallisen vertailtavuuden varmistamiseksi järjestettiin REFINEMENT- hankkeeseen osallistuville tiedonkerääjille ja tutkijoille, ml. tämän tutkimuksen tekijän koulutus. Kouluttajana toimi espanjalainen ESMS-R mittarin asiantuntija PhD Menzia Ruiz. Koulutus sisälsi teoreettisen osan, ESMS-R luokittelupuun rakenteesta, sekä rinnakkaisluokittelu-harjoituksia luokittelujen yhtäpitävyyden varmistamiseksi. Tietojen keräämisen suoritti kolme kyseisen koulutuksen saanutta tiedonkerääjää (HUS, Kymenlaakso ja Eksote). Varsinais-Suomen tiedonkerääjä sai vastaavanlaisen luokitteluharjoituksen sisältäneen koulutuksen ja tuen aikaisemmin koulutetuilta tiedonkerääjiltä. Tiedonkerääjien ja tutkijoiden tukena oli kansallista hanketta varten luotu suomenkielinen standardisoitu ESMS-R European Service Mapping Schedule – Revised,

Eurooppalainen mielenterveyspalvelujen kartoittamistyökalu käsikirja. (Salvador-Carulla et al.2012 THL Raportteja 55/2012, Salvador-Carulla et al. 2015).

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kartoituksen piiriin kuuluivat kaikki havaintoalueiden kuntien alueelta löydetty aikuisille (18+) kohdennetut mielenterveys- ja päihdepalvelut sisältäen kuntien ja kuntayhtymien itse asukkailleen järjestämät perustason-, peruserikoissairaanhoidon- ja keskitetyt erikoissairaanhoidon palvelut, joissa vähintään 20 % asiakkaita hoidetaan ja kohdataan mielenterveys- tai päihdeongelman vuoksi. Kuntien ja kuntayhtymien tuottamien palveluiden lisäksi kartoitus kattoi kolmannen sektorin toimijoiden (rekisteröidyt yhdistykset, säätiöt, järjestöt) ja yksityisten palveluntuottajien palvelut. Kartoitukseen sisältyivät perusterveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa työskentelevät mielenterveys- ja päihdetyöhön erikoistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten psykiatrit, psykologit, psykiatriset sairaanhoitajat ja päihdetyöntekijät. Kartoitukseen eivät kuuluneet yleiset terveyspalvelut, kuten terveyskeskuslääkärin vastaanotto. Yksityisten palveluntuottajien vastaanottopalvelut, työterveyshuollon palvelut, tarkasti kohdennetut ikäihmisten- tai kehitysvammaisten palvelut eivät sisälly kartoitukseen. Yleisistä, laajemmalle väestöryhmälle tarkoitetuista palveluista (esimerkiksi maahanmuuttajien palvelut tai alueellinen sosiaalihuolto) kartoitukseen sisältyvät palvelut, joiden asiakaskunnasta yli 50 % käyttää edellä mainittujen kriteerien mukaisia mielenterveys- tai päihdepalveluita.

Tiedot hoito- ja kuntoutus yksiköistä ja toiminnoista koottiin julkisista tietolähteistä, Internetistä, sairaanhoitopiirien- ja kuntien, kolmannen sektorin toimijoiden sekä yksityisten palveluntuottajien internetsivuilta. Kokoamisessa on lisäksi hyödynnetty THL:n aineistoa, kuten toimipaikkarekisteriä (TOPI). Kuntien sosiaali- ja terveysjohtoa sekä palveluyksiköitä lähestyttiin saman sisältöisellä sähköpostilla, joka sisälsi keskeiset kysymykset aineistokeruun tarpeisiin. Epäselviksi jääneet kysymysohjeet tarkennettiin sähköpostitse tai puhelimitse. Tarvittaessa tarkentavia keskusteluja palveluntarjoajia tavattiin. Tiedot koottiin ESMS-R mittarinkehittäjiltä saatua Excel-taulukon modifioituun muuttajaluetteloon, jonka pohjalta tehtiin aineiston sisällön kuvaus ja analyysi, käyttäen SPSS:n versioita 19 ja 22.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmästä ESMS-R luokittelupuun avulla kerätyt pääasialliset hoito- ja kuntoutustoiminnot olivat HUS:n, Kymenlaakson ja Eksoten sairaanhoitopiirien osalta vuodelta 2012 ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin osalta vuodelta 2013. HUS:n alueelta on ollut käytössä myös vuonna 2014 päivitetty tiedot.

Tutkimuksen vaiheet ja käytetyt menetelmät on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät

Vaihe (aineisto vuosi)	Tavoite	Tutkimusalue ja aineisto	Tutkimusinstrumentit ja tiedonkeruu	Analyysimenetelmät
I 2012–2013 (2012)	Mitata mielenterveys- ja päihdepalveluiden monimuotoisuutta ja avohoitopainotteisuutta (laatuindikaattorit) sekä henkilöstö-resursointisuhteita (määräindikaattorit). Kuvata sosioekonomisten tarvitsejien yhteyttä palvelurakenteeseen ja resursointiin.	HUS:n, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan shpiirit (1,4 milj. 18+), jaettuna 9 tutkimusalueeseen, peruspalveluiden, esh:n, kolmannen sektorin ja yksityisten Mt-palvelut (N=729).	REMAST-tietojenkeruulomake (resurssi- ja järjestelmätiedot), ESMS-R luokittelu- ja määrittelytyökalu (Mt-palveluiden luokittelu), SOTKANet (sosioekonomiset indikaattorit (2011), Terveytemme.fi (MTI 2011).	Deskriptiivinen kuvailu (taulukot, hajontakuviot), keskiarvo- ja hajontaluvut, korrelaatiot, monimuuttuja-mallit, ryhmien välisten erojen testaus.
II 2012 -2013 (2012/VSS HP 2013)	Selvittää ESMS-R luokittelupuun haarojen ja tuottajatahojen (julkinen, yksityinen, kolmas sektori) herkkyyttä väestön koon muutoksille.	HUS:n, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan ja Varsinais-Suomen shpiirit (1,8 milj. 18+), jaettuna 13:sta tutkimusalueeseen, peruspalveluiden, esh:n, 3.sektorin ja yksityisten Mt-palvelut (N=986).	REMAST-tietojenkeruulomake (tuottajatahot, resurssi- ja järjestelmätiedot), ESMS-R luokittelutyökalu (Mt-palveluiden luokittelu), SOTKANet (sosioekonomiset indikaattorit (2012), Terveytemme.fi (MTI 2012).	Deskriptiivinen kuvailu (taulukot, hajontakuviot), keskiarvo- ja hajontaluvut, korrelaatiot, monimuuttuja-mallit.
III 2012–2014 (2012/ VSSHP 2013)	Selvittää Mt-palvelujärjestelmä- (monimuotoisuus, avolaitoshoidon suhteellinen resursointi) ja – sosioekonomisten tarvitsejien yhteyttä akuuttien- ja semi -akuuttien sairaansijojen käyttöön.	HUS:n, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan ja Varsinais-Suomen shpiirit (1,8 milj. 18+), jaettuna 13:sta tutkimusalueeseen, peruspalveluiden, esh:n, 3.sektorin ja yksityisten Mt-palvelut (N=986).	REMAST-tietojenkeruulomake (resurssi- ja järjestelmätiedot), ESMS-R luokittelutyökalu (mt-palveluiden luokittelu/laitoshoidon haara (Y)), SOTKANet (sosioekonomiset indikaattorit (2012), Terveytemme.fi (MTI 2012).	Deskriptiivinen kuvailu (taulukot, hajontakuviot), keskiarvo- ja hajontaluvut, korrelaatiot, univariate ja monimuuttuja-mallit.
IV 2014–2015 (Kymenlaakso ja Eksote 2012 /VSSHP 2013, HUS 2014)	Kuvata alueiden lähipalvelu- keskitetty-palvelu jakaamaa. Luoda uusi lähipalvelumuuttuja ESMS-R luokittelupuuhun palvelutoimintojen luokittelemiseksi ja vertailemiseksi.	HUS:n, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan ja Varsinais-Suomen shpiirit (1,8 milj. 18+), jaettuna 13:sta tutkimusalueeseen, peruspalveluiden, esh:n, 3.sektorin ja yksityisten Mt-palvelut (N=986).	REMAST-tietojenkeruulomake (resurssi- ja järjestelmätiedot), ESMS-R luokittelutyökalu (Mt-palveluiden luokittelu), (Terveytemme.fi (MTI 2012), STM:n lakiluonnos lähipalveluista (8/2014).	Delfi-menetelmä; itsenäinen ja konsensusyöskentely. Lähipalvelumuuttujalla luokitellun aineiston deskriptiivinen kuvailu (taulukot, hajontakuviot), keskiarvo- ja hajontaluvut, korrelaatiot, univariate- ja monimuuttujamallit.

Taulukon 4. lyhenteet: HUS (Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri), VSSHP (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri), ESMS-R (European Service Mapping Schedule- Revised), MTC (Main type of care), REMAST (The REfinement MAPPING Services Toolkit), REFINEMENT-tutkimus ja kehittämishanketta varten kehitetty työkalu- ja mittaristokokonaisuus, MTI (mielenterveysindeksi), Mt- mielenterveys- ja päihde, ESH (erikoissairaanhoido).

4.4 Tutkimusalue

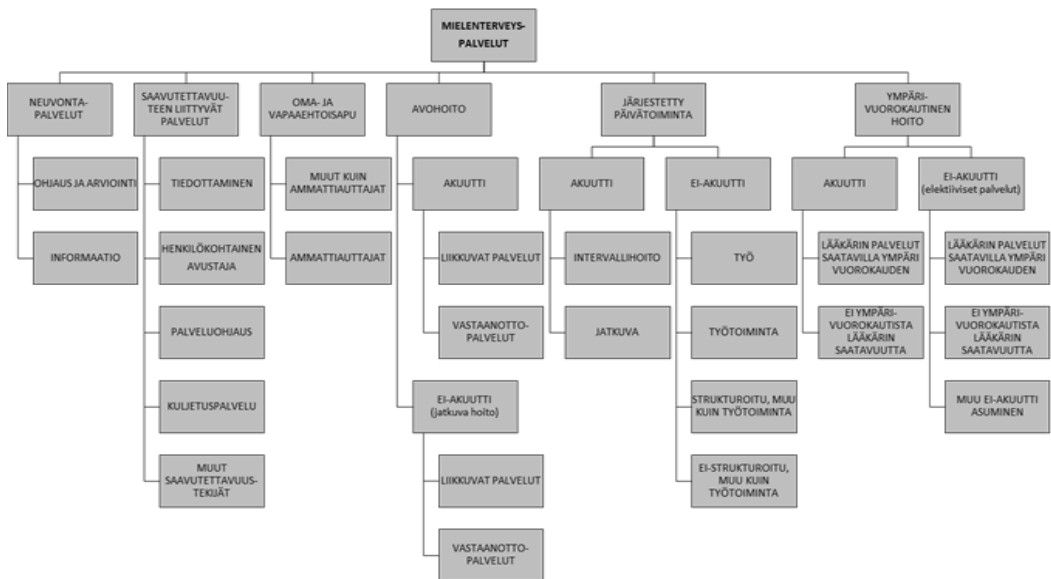
Tutkimusalue koostui ensimmäisessä vaiheessa (I osajulkaisu) kolme sairaanhoitopiiriä kattavista alueista (Helsinki ja Uusimaa, Kymenlaakso ja Etelä-Karjala), joiden omistajina ja rahoittajina toimii yhteensä 56 eteläisimmän Suomen kuntaa. Kuntien väkiluku oli yhteensä 1.8 miljoonaa, joista aikuisia (18+) oli 1.4 miljoonaa. Tutkimusalue jaettiin tarkastelua varten yhdeksään ei-päällekkäiseen maantieteellisesti, hallinnollisesti ja luonnollisen asioinnin kannalta mielekkääseen havaintoalueeseen: Länsi-Uusimaa, Lohja, Hyvinkää, Porvoo, Helsinki, Jorvi, Peijas, Kymenlaakso ja Etelä-Karjala. Alueiden järjestys ei perustu kokoon, sijaintiin tai mihinkään arvoasetelmaan. Kaikilla alueilla oli yleissairaala. Psykiatrinen sairaanhoito oli järjestetty osin integroituna yleissairaalan yhteyteen mutta monilla alueilla oli edelleen erillinen psykiatrinen sairaala. Psykiatrissa sairaalahoidon käyttöä arvioitaessa tätä eroa ei analysoitu. Aikuisväestön määrä vaihteli alueiden välillä noin 45 000:sta (Länsi-Uusimaa) 500 000 asukkaaseen (Helsinki). Huomionarvoista on, että tutkimusalueen väestötiheys on 174 asukasta neliökilometrillä, kun se koko maassa on 16 asukasta.

Seuraaviin vaiheisiin (alkuperäisjulkaisut II-IV ja yhteenveto) tutkimusalueeseen lisättiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri tukemaan löydösten yleistettävyyttä ja syventämään analyysijä. Laajennuksen jälkeen tutkimusalue koostui 67 kunnasta jaettuna kolmestatoista havaintoalueeseen. Lisätyt alueet olivat Turku, Salo, Vakka-Suomi ja Turunmaa. Aikuisväestön (18+) koko vaihteli II-IV vaiheissa 18 200:sta (Turunmaa) 500 000 asukkaaseen (Helsinki) (mediaani 143 796, keskihajonta 122 759). Laajentuneella tutkimusalueella asui 1.8 miljoonaa aikuista (2.3 milj.) kattaen noin 43 % Suomen aikuisväestöstä.

4.5 Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää kuvaavat muuttujat

4.5.1 Monimuotoisuus – pääasialliset hoito- ja palvelutoiminnot (MTC)

ESMS-R luokittelupuun haaroihin on REFINEMENT hankkeessa luokiteltu 89 eri pääasiallista hoito- ja palvelutoimintaa (MTC). Tutkimuksessa käytetään kansalliseen käyttöön vakiintuneita englanninkielisiä lyhenteitä; pääasiallinen hoito- ja palvelutoiminta (MTC = Main type of care) ja vakiintunut palveluyksikkö (BSIC = Basic Stable Input of Care). Viimeisimmissä ESMS-R julkaisuissa on tunnistettu 91 eri MTC:tä (Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015). (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Eurooppalainen mielenterveyspalvelujen luokittelupuu (European Service Mapping Schedule) (Salvador-Carulla, Ruiz et al. 2012, REFINEMENT 2013)

Pääasialliset hoito- ja palvelutoiminnot sijoittuvat luokittelupuun haaroihin taulukossa 5. kuvattujen määritysten mukaisesti.

Taulukko 5. Pääasiallisten hoito- ja palvelutoimintojen luokittelu ESMS-R luokittelupuun haaran (a.) ja palvelumäärittysten (b.) mukaisesti

a. ESMS-R haara	Neuvontapalvelut (Information for care)	Saavutettavuuspalvelut (Accessibility to care)	Oma- ja vapaaehtoisapu (Self-Help and voluntary care)	Avohoito (Outpatient service)	Järjestetty-päivätoiminta (Day care service)	Ympärivuorokautinen laitoshoido (Residential service)
b. Luokittelun määritykset	Pääasiallinen toiminta - ala (vrt. luokittelupuun haarat)	Akuutti palvelu tai ei-akuutti palvelu	Palvelun yleinen luonne: liikkuvat palvelut tai vastaanotto-palvelut, lääkärin palveluiden saatavuus	Palvelun intensiteetti: hoitointensiteetti, joka voi vaihdella matalan, keskitason ja korkean hoidon intensiteetin välillä	Mahdolliset erityis- ja lisämääreet, joilla voidaan yksityiskohtaisesti kuvata palvelua tai erottaa samankaltaisia hoitoympäristöjä toisistaan.	Esim. ympäri-vuorokautinen hoito: arvioidaan onko kyse sairaalasta vai muusta laitoshoidosta, onko hoidon kesto rajoitettu ja onko palvelu suunnattu erityiselle ryhmälle (iäkkäät, päihteidenkäyttäjät, syömis-häiriöpotilaat)

Pääasialliset hoito- ja palvelutoiminnot (MTC) järjestetään vakiintuneissa hallinnollisissa palveluyksiköissä (BSIC), joille on nimetty osastonhoitaja, osastonlääkäri, palvelupäällikkö tai muu vastaava yksikköä käytännön tasolla johtava esimies. Sille on myös määrätty toimintaa varten tehtävä, omat potilaat, tietojärjestelmä, rahoitus, tilat, henkilöstöresurssit ja yleensä myös kohdennettu väestöpohja, jolle se tuottaa palvelut.

Yksikkö voi sisältää yhden tai useampia hoito- ja palvelutoimintoja. Toimintoja ovat esimerkiksi ympärivuorokautinen osastohoito, akuutti liikkuva avohoito ja kuntouttava päivätoiminta. Täydentäviä koodeja käytetään, mikäli yksikkö sisältää myös muuta merkittävästi pääasiallisesta toiminto-koodista eroavaa toimintaa, ja jos tälle lisätoiminnolle on osoitettu erillinen henkilökunta, asiakaskunta ja tilat. Käytännössä yksikkö on esimerkiksi yleissairaalassa x sijaitseva vuodeosasto P1, jonka esimies on osastonhoitaja x ja joka tuottaa pääasiallisena hoitotoimintana akuuttia vuodeosastohoitoa mutta yksikkö voi lisätoimintona ilman erillistä henkilöstöä, potilaita ja tiloja tuottaa konsultaatiopalveluita, jälkipoliklinista hoitoa tai sillä voi olla päivystävä kriisipuhelin. Jokaiselle hoito- ja palvelutoiminnolle on annettu kansainvälistä koodausjärjestelmää käyttäen numerokoodi ja lisäkirjain kuvaamaan mahdollista erikoistehtävää (Salvador-Carulla, Ruiz et al.

2012). Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu pääasiallisia ja ensisijaisia hoito- ja palvelutoimintoja, ilman lisämääritteitä.

4.5.2 Sosioekonomiset taustatekijät ja tarveindikaattorit

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden vastaavuutta yksilö-, alue- ja väestötason tarpeisiin tutkittiin yleisesti käytettyjen sosioekonomisten muuttujien avulla. I – vaiheessa käytetyt sosioekonomiset tiedot ovat vuodelta 2011 ja II-IV vaiheiden osalta vuodelta 2012. Tiedot kerättiin kunnittain ja aikuisväestön määrällä painotettuna koottiin tutkimusalueita kuvaaviksi indikaattoreiksi. Väestön kokona käytetään aikuisväestön (18+) määrää, koska yli 18 vuotiaille suunnatut palvelut ovat tutkimuksen kohteena. Sosioekonomiset taustatiedot kerättiin kansallisesta tilasto- ja indikaattorilähteestä Sotkanetistä vuosilta 2012–2013.

Keskeisimpänä tarveindikaattorina on käytetty Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mielenterveysindeksiä (MTI, Mental health index), joka kokoaa kolmelta vuodelta aikuisväestön kolme keskeistä mielenterveyspalveluiden tarvetta kuvaavaa muuttujaa väestöön suhteutettuna: itsemurhien ja itsemurhayritysten määrä, KELA- korvaukseen oikeutettujen psykoosilääkkeiden käyttö sekä mielenterveydellisistä syistä eläkkeelle jääneiden (18–64 vuotiaat) määrä. MTI:n kansallinen indeksiluku on 100. Muina sosioekonomisina muuttujina olivat koulutustasomittain; peruskoulun jälkeisen koulutuksen määrää (vuosina), keskimääräinen vanhuuseläkkeelle jäämisikä (vuotta), yksiasuvien määrää (prosenttia väestöstä), alueella myydyn alkoholin määrää (litraa/asukas, 100 %:ksi alkoholiiksi muutettuna) sekä työttömien osuutta väestöstä (%). Käytettyjen indikaattoreiden tietosisältöjen yksityiskohtainen kuvaus on liitteenä. (Liitetaulukko 1.)

Palveluntuottajan lailliseen järjestämisvastuuseen perustuva juridinen asema on REMAST-työkalun mukaisesti koodattu kuuteen eri luokkaan: 1) Hyväntekeväisyysjärjestö (Registered Charity), 2) Säätiö (Foundation), 3) Osuuskunta (Cooperative), 4) Sosiaalinen yritys (Social Firm), 5) Julkisoikeudellinen yhteisö (kunta tai kuntayhtymä) (Public Corporation) ja 6) Yksityinen yritys (Private Company) (REFINEMENT 2013). Koska Suomessa ei ole laajamittaisesti hyväntekeväisyysjärjestöjä, osuuskuntia tai sosiaalisia yrityksiä, vaan julkista sektoria ja yrityksiä palveluntuottajina täydentävät ja korvaavat lähinnä säätiöt ja yhdistykset, tehtiin tätä tutkimusta varten uusi juridisen aseman luokka kolmas sektori, johon yhdistettiin edellä mainitut toimijat. Muuttujaa käytettiin osastyössä II.

Avohoitopainotteisuutta, sekä monimuotoisuutta, sisältäen myöhemmin metodeissa kuvatulla tavalla myös ympärivuorokautisen laitoshoidon monimuotoisuuden, pidetään osoittimina palvelujärjestelmän kyvystä tarjota väestön tarpeisiin mahdollisimman hyvin sopiva hoito/palvelu mahdollisimman matalalla kynnyksellä, ja siten lähtökohtaisesti avohoidossa.

Alueiden välistä mielenterveys- ja päihdepalveluiden resursointia tarkasteltiin toimintayksiköihin kohdennettuina (suunniteltuina) henkilötyövuosina. Tiedot koottiin REMAST-työkaluun yksiköiden toimittamista tiedoista. Tutkimuksessa käytettiin toteutuneen henkilötyövuoden (HTV) sijasta toimintaa varten kohdennettua vakanssimäärää. Näin henkilöstön saatavuustilanne tai vakanssien täyttöaste ei vaikuta henkilöresursoinnin arviointiin. Henkilöstön määrä jyvitetiin alueille yksikön käytön mukaisessa suhteessa. Alkuperäisartikkeleissa on käytetty termiä (allocated personnel full time equivalents (FTE)).

Toimintaan kohdennetut HTV:t suhteutettiin alueen aikuisväestön määrään sekä käytettyihin sairaansijoihin (osatyö II). Suunniteltuja HTV:tä on käytetty kuvaamaan: *a) avohoitoon kohdennettua osuutta henkilöstöresursseista* kahdella muuttujalla: 1) Avohoitotoimintoihin (community based services), eli luokittelupuun haaroihin **A**vohoito ja **J**ärjestetty **P**äivätoiminta, kohdennetut henkilötyövuodet suhteutettuna väestön kokoon (HTV:t per 1000), ja 2) Avohoitotoimintoihin kohdennetut HTV:t jaettuna ympärivuorokautiseen laitoshoittoon (Y) kohdennetuilla henkilötyövuosilla (A+P/Y). Suhdeluku 1. tarkoittaa tasajakoa näiden toimintojen välillä, *b) Mielenterveys- ja päihdepalveluihin kohdennettujen resurssien jakautumista* kunnan oman ja/tai kuntayhtymän toimesta järjestettäviin palveluihin, *c) eri palvelupuunhaaran toimintoihin kohdennettujen HTV:n yhteyttä akuutin sairaalahoidon käyttöön* ja, *d) kohdennettujen HTV:n jakautumista kynnyksettömiin- ja kynnyksellisiin avohoito ja laitoshoitopalveluihin*. Lisäksi on tarkasteltu henkilötyövuosien ammattiryhmien välistä jakautumista sairaalahoidon kestoon vaikuttavana tekijänä (osatyö III).

Tutkimusalueet toimittivat tietojen kerääjille alueidensa sairaansijojen nettoasiakasvuorokausien määrän, mihin eivät sisälly lomapäivät, perustuen organisaatioiden omiin rekistereihin. Alueille käytön mukaan jyvitetty asiakasvuorokausien määrä jaettiin sisään kirjausten määrällä, josta saatiin alueen käyttämä sairaansijojen määrä. Potilaskohtaista episoditietoa ei käytetty.

Sairaalahoidon käyttöä tarkasteltiin akuutti (korkean hoidon intensiteetti (Y1) -, keskitasoisen hoidon intensiteetti (Y2) ja semi-akuuttien rajatun hoitajakson sairaalaosastojen (Y4) käyttönä. Näiden

sairaansijojen korostuneen käytön voidaan ajatella indikoivat muun hoitojärjestelmän riittämättömyyttä.

Korkean hoidon intensiteetin osastot (Y1) on tarkoitettu erityisen haastaville potilaille, joiden fyysisen tai psyykkisen kunnon huonontumisesta johtuva tila vaatii jatkuvaa, ympärivuorokautista valvontaa ja/tai eristystoimenpiteitä, esimerkiksi jatkuvaa valvontaa tarjoavat turvayksiköt. Keskitason hoidon intensiteetin osastoilla (Y2) hoidetaan potilaita fyysisen tai psyykkisen kunnon, käytöksen tai sosiaalisen toimintakyvyn huononemisen takia, esimerkkinä akuuttiosastot. Molemmilla edellä mainituista osastotyypeillä lääkärin palvelut ovat saatavilla ympärivuorokauden. Rajatun hoitajakson osastoilla (Y4) vähintään 80 % hoitoon tulevien potilaiden hoitajaksojen enimmäispituudet ovat ennalta määrättyjä.

Muut sairaalaosastot luokittelupuussa ovat Y3 (ei ympärivuorokautista lääkärin saatavuutta) ja Y6 (määrittämätön hoidon kesto, hoitajakson kesto ei ole rajattu, jolloin potilaat saattavat olla osastolla myös siksi, että muuta laitoshoidoa tai asumista ei ole järjestettävissä). Muu ei-sairaaloihin sijoittuva laitoshoido, käsittäen muiden muassa katkaisuhoidon ja eritasoisesti tuetun asumisten on nähtävissä luokittelupuukuviossa. (Kuvio 4.)

4.5.3 Lähipalvelumuuttujan muodostaminen

IV-vaiheessa käytettiin mukautettua Delfi- menetelmää lähipalvelumuuttujan luomiseksi ESMS-R luokittelupuuhun ja muuttujan testaamiseksi olemassa olevassa aineistossa. Hoito- ja palvelutoiminnot luokiteltiin sen perusteella ovatko ne lähipalveluita vai keskitettyjä palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Työskentelyvaiheet on kuvattu taulukossa 6.

Taulukko 6. Lähipalvelumuuttujan muodostaminen ESMS-R luokittelupuuhun

Syksy 2014	Kevät 2015		Syksy 2015	Kevät 2016
1. Ennakkomateriaalin valmistelu	2. Asiantuntijaryhmän kokoukset (2 kpl)	3. Itsenäinen hoito- ja palvelutoimintotyyppien (MTC) luokittelu	4. Luokittelun testaaminen olemassa olevassa aineistossa	5. Luokittelun viimeistely ja aineiston analysointi
Teoreettinen lähtökohta (Balanced care model) (Thornicroft, Tansella 2008)	Yhteisen ymmärryksen luominen	Konsensuskokous MTC toimintotyyppien luokitteluksi	Epätasaisen jakautumisen perusteella yhden luokan poistaminen	Lähipalveluiden alueellisen jakautumisen kuvailu
STM:n lakiluonnos lähipalveluista (STM 2014), Kansallinen palvelurakennetyöryhmän (STM 2012) raportti	Luokittelukriteereistä päättäminen (nelikentän valinta)	Uuden muuttujan luominen ESMS-R aineistoon	Itsenäisen luokittelun perusteella 4:n päätoimintotyyppiin (MTC)(n=13 hoitoyksikön) uudelleen luokittelu	Artikkelin kirjoittaminen
Päätoimintotyyppien, Main type of Care (MTC) luokittelun esivalinnat (lähipalvelut-keskitetyt palvelut)		Olemassa olevan aineiston (n=987) luokittelu nelikenttään	Olemassa olevan aineiston luokittelu kolmeen luokkaan (n=987)	

STM:n lähipalvelumäärittelyluonnokseen 2014 (Liite 2). perustuen tarkastelun kohteeksi otettiin, lähipalveluiden saatavuus. Ennakkovalmistelussa ESMS-R luokittelupuuhun neuvonta- (N) ja saavutettavuuspalvelut (S) sekä oma- ja vapaaehtoisavun (O) pääasialliset hoito- ja palvelutoiminnot määritettiin lähipalveluiksi. Ympäri vuorokautisen laitoshoidon toiminnot (Y) määriteltiin keskitetyiksi palveluiksi, vaikka osa esimerkiksi tuetun asumisen palveluista sijaitsee hajautettuna. Konsensustyöskentelyssä määriteltäväksi tuli avohoidon (A) ja päivätoimintojen (P) haarat. Konsensuskokouksissa vahvistettiin kaikkien ESMS-R luokittelupuuhun MTC:en luokittelu.

Konsensuskokouksissa olennaisena pidettiin lähipalveluiden tuottajaorganisaatiosta riippumatonta yhdenvertaista toteutumista potilaan ja asiakkaan arjessa. Matalan kynnyksen lähipalveluja voivat olla erilaiset vapaasti käytettävät toiminta- ja vertaistukipisteet, sekä terveysaseman yhteydessä sijaitsevat, tai sen kautta tuotettavat palvelut, joihin voi mennä suoraan tai varata itse ajan. Kynnyksellisiä, rajoitetusti saatavia, lähipalveluita puolestaan voivat olla kotiin tuotavat liikkuvat palvelut, kuten tehostettu kotihoito (ACT) sekä nettiterapiat ja videokonsultaatiot, joihin tarvitaan lähete. Alueellisesti keskitetyt palvelut ja seudullisesti keskitetyt ovat mielenterveys- ja päihdepalveluissa tyypillisimmillään harvemmin käytettäviä psykiatristen poliklinikoiden, niiden moniammatillisten tiimien ja erikoisosaamisen vaatimia palveluita. Päivystyspalvelut; kuten virka-ajan ulkopuolinen päivystys, laaja-alainen yhteispäivystys ja erikoislääkərijohtoinen toiminta ovat keskitettyjä palveluita johtuen laadun ja turvallisuuden vaatimuksiin.

Ympäri vuorokautista laitoshoidoa pidettiin kokonaisuudessaan keskitettynä palvelua huolimatta siitä, että osa ESMS-R Y- haaraan luokiteltavista palveluista on asiakkaiden luonnolliseen ympäristöön kuuluvia asumispalveluita. Hoidon intensiteettierojen määrittelyn haastavuuden ja tarvittavan infrastruktuurin vuoksi ne päätettiin luokitella keskitetyiksi palveluiksi.

Konsensuskeskusteluihin valmistauduttiin luokittelemalla itsenäisesti O- ja P- haarojen hoito- ja palvelutoiminnot nelikenttään; kynnyksettömät (1) ja kynnykselliset (2) lähipalvelut, sekä keskitetyt kynnyksettömät (3.) ja keskitetyt kynnykselliset (4.) palvelutoiminnot, normatiivisesti ajatellen miten palvelut kannattaisi järjestää. (Kuvio 4.)

Itsenäisessä luokittelussa epäselviksi jääneistä kohdista keskusteltiin, kunnes konsensus saavutettiin. Tämän jälkeen ESMS-R luokittelupuun MTC-tyyppien mukaan koodatut yksiköt luokiteltiin muodostetulla lähipalvelumuuttujalla. Aineistotestauksessa ilmeni, että kynnyksettömät keskitetyt toiminnot luokkaan tuli vain 3.5 % (N=4) 89:stä MTC:stä ja 4.5 % (N=12) yksiköistä (N=987). Luokkaa pidettiin toimimattomana, joten kyseiset MTC:t (N=4) sijoitettiin uusintakerroksella kynnyksettömiin tai kynnyksellisiin lähipalveluihin tai keskitettyihin palveluihin. Tulokset on kuvattu osatyössä IV, sekä tulokset kappaleessa 5.3.

	<i>Lähipalvelu</i>	<i>Alueellisesti keskitetty</i>
<i>Ei vaadita lähetettä/ asiakkaan suora palvelunkäyttö mahdollista</i>	Terveyskeskusvastaanotto	Selviämisasema
	Mielenterveystalo	Intensiivinen työtoiminta
<i>Tarvitaan lähete/ palvelunkäyttö edellyttää ammattilaisen arvion</i>	Neuvontapalvelut	
	Oma- ja vertaisaputoiminta	
	Luokka 1	Luokka 3
	Avohoidon poliklinikat	Sairaalaosastot
	erikoissairaanhoidossa	
	ACT-työryhmä	Asumispalvelut
	Nettiterapiat	
	Luokka 2	Luokka 4

Kuvio 4. ESMS-R hoito- ja palvelutoimintojen (N=89) luokittelua varten luotu nelikenttä

4.6 Tilastolliset analyysimenetelmät

Hankkeen koko aineistoa on käsitelty Exelissä ja analysoitu tilastollisesti käyttäen SPSS:n versioita 19 ja 22. Analysoinnissa on käytetty tavallisimpia kuvailevia tilastomenetelmiä, kuten hajontakuvioiden visuaalista tarkastelua. Aineistoa on kuvattu kooste- ja vertailutaukoissa. Aineiston kuvailussa on käytetty keskilukuja; mediaania, keskiarvoja sekä keskihajontaa.

Tilastollisesti selitettävän ja selittävän muuttujan välisiä yhteyksiä on visuaalisen tarkastelun tueksi analysoitu korrelaatiomenetelmillä. Pienen ja ei-parametrisesti jakautuneen aineiston vuoksi käytettiin lähinnä Spearmanin järjestyskorrelaatiota, tulosten pitävyyttä varmistettiin Pearsonin ja Kendallin tau- korrelaatiomenetelmillä.

Muuttujien välistä riippuvuutta, kahden muuttujan välisiä yhteyksiä ja selitysosuuksia on tarkasteltu käyttäen lineaarista regressioanalyysiä (R^2). Lineaarista regressiomallintamista on käytetty kahden ja useamman selittävän muuttujan selitysosuuksien tarkastelussa. I-vaiheessa on käytetty tutkimusalueiden välisten erojen testauksessa Mann-Whitney U-testiä, joka ei edellytä normaalijakautuneisuutta. Aineiston pienuus vaikuttaa tilastolliseen voimaan. Tilastollisissa analyyseissä on konsultoitu tilastotieteilijöitä.

4.7 Tutkimuksen eettisyys

THL:n tutkimuseettinen työryhmä on antanut tutkimuksesta puoltavat lausunnot. Yksittäisten potilaiden tai potilasryhmien tietoja ei ole käsitelty. Hoitotapahtumien määrää on tarkasteltu summätietoina, hoitopäivien ja sisään kirjausten kokonaismäärinä. Sosioekonomisia tietoja on tarkasteltu aluekohtaisina julkisista tietorekistereistä saatavina kokonaisuuksina. THL on myöntänyt luvan hoitoilmoitusrekisterin tietojen käyttämiseen, lupa on voimassa 31.12.2020. Tilastokeskus on antanut luvan kuolin tietojen, sosioekonomisen aseman, ammatin ja koulutustietojen käyttöön. Lupa on voimassa 31.12.2020 saakka. Väestörekisterikeskus on antanut luvan väestötietojärjestelmään ja tietojen käsittelyyn (dno 200/ 410/27.1.2016). Tutkimuksella on eri vaiheissa myönnetty HUS:n tutkimuslupa, josta viimeisin on voimassa 31.12.2020 saakka.

5. Tulokset

Päätulos oli, että eri hoito- ja palvelutoiminnot (MTC) ja väestön koko ovat yhteydessä toisiinsa. Luokittelupuun haaroista ympärivuorokautinen hoito sekä oma- ja vapaaehtoisapu ja tuottajatahoista kolmas sektori ovat herkempiä väestön koon muutoksille. Akuuttien ja semi-akuuttien sairaansijojen käyttöön yhdistyi alueen mielenterveysindeksi sekä alkoholin myynti. Kynnyksettömät lähipalvelut yhdistyivät pienempään henkilötyövuosien määrään kynnyksellisissä lähipalveluissa ja kokonaisresursseissa.

5.1 Palveluiden monimuotoisuuden vaikuttavat tekijät (Osatyö I)

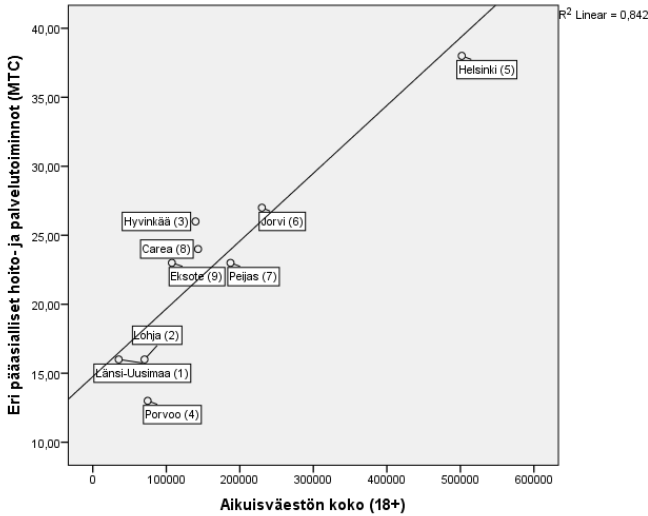
5.1.1 Sosioekonomisten tekijöiden yhteys monimuotoisuuden ja henkilöstöresursseihin

Alueen aikuisväestön koko oli ESMS-R tutkimusinstrumentilla arvioitun monimuotoisuuden keskeisin selittäjä. Henkilöstöresursoinnilla ei näyttänyt olevan suoraa yhteyttä monimuotoisuusosoittimiin. Mielenterveyspalveluiden tarvetta kuvaavaksi mittariksi ajateltu väestön mielenterveysindeksi ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä alueellisiin palveluiden määrätai laatutekijöihin.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden monimuotoisuutta tarkasteltiin eri pääasiallisten hoito- ja palvelutoimintojen (MTC) lukumääränä. Vaiheessa I tutkimusalueeseen kuului 56 kuntaa (1.4 milj. 18+) jaettuna yhdeksään itsenäiseen tutkimusalueeseen. Alueilla oli 726 mielenterveys- ja päihdepalvelua ja 56 eri MTC:tä kattaen 63 % luokittelupuusta (N=89). Kartoituksessa kokonaan puuttumaan jääneet toiminnot olivat saavutettavuus-haaran palveluita, joiden piiriin kuuluvat ensisijassa vammais- ja vanhuspalveluiden asiakkaat.

Tilastollisesti merkitsevä yhteys todettiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen monimuotoisuuden ja tutkimusalueiden aikuisväestön (18+) koon välillä ($r=0.857$, $p=0.003$). Linearisella regressiosuoralla tarkasteltuna väestön koko selitti 84 % MTC:n määrän vaihtelusta alueiden välillä. MTC:n määrä vaihteli alle 100 000 (18+) asukkaan alueiden välillä 13:sta 16:aan (kuvio 5).

Keskisuurilla alueilla (100 000- 150 000) 23:sta 26:een ja suurimmilla yli 150 000 (18+) asukkaan alueilla 23:sta 38:aan MTC:iin.

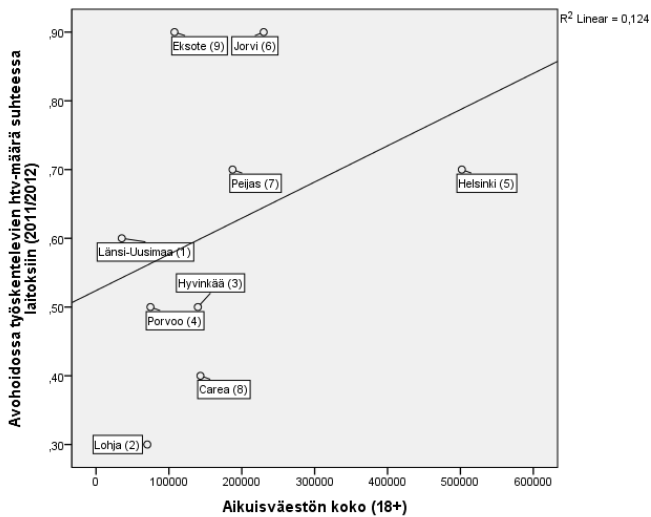


Kuvio 5. Eri pääasiallisten hoito- ja palvelutoimintojen (MTC) ja aikuisväestön (18+) koon välinen yhteys. Alueet on numeroitu tiedonkeruujärjestyksessä.

Keskimääräinen henkilötyövuosien määrä 1000:tta (18+) asukasta kohden oli väestön määrällä painotettuna keskiarvona 3.4 (keskihajonta 0.9). Suurempi henkilöstöressurssien määrä ei yhdistynyt monimuotoisuuden kasvuun, väestömäärään kokoon tai tarvetta indikoivaan MTI: in. Vain kaksi prosenttia monimuotoisuuden vaihtelusta selittyi kokonaisresurssien määrällä. Alueiden kokonaishenkilöressurssien vaihteluväli oli 2.1–5.0 (keskiarvo 3.4, keskihajonta 0.7). Muita alueita enemmän HTV:a 1000:tta aikuista kohden oli Länsi-Uudenmaan, Hyvinkään ja Helsingin alueilta (Mann Whitney U= 1.0, p=0.027). Näitä alueita yhdistävä piirre oli sekä perustason että erikoissairaanhoidon samanaikainen erityistason mielenterveyspalveluiden tarjonta.

Tarveindikaattoreista tunnistettuja vakavampia mielenterveyden ongelmia kokoava mielenterveysindeksi (MTI) yhdistyi suurimpaan osaan muista tarvetekijöistä (työttömyys, yksinasuvien määrä ja myydyin alkoholin määrä). MTI ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä monimuotoisuuteen (MTC lukumäärään), avohoito- ja päivätoimintaresurssien suhteelliseen osuuteen tai suunniteltujen kokonaishenkilötyövuosien määrään 1000:tta aikuista asukasta kohden.

Avohoitoon (A) ja järjestettyihin päivätoimintoihin (P), kohdennettuja HTV:a oli keskimäärin 1.1 per 1000 (18+) asukasta kohden (keskihajonta 0.3, vaihteluväli 0.3-1.8). Yhteensä avohoito ja päivätoimintojen HTV: en osuus 1000:tta (18+) asukasta kohden, suhteessa ympärivuorokautisen laitoshoidon HTV:in (1=tasajako), vaihteli 0.3: sta 0.9: ään (keskiarvo 0.58, keskihajonta 0.22). Tutkimuksessa tunnistettiin kolme aluetta, joilla lähipalveluiden osuus oli muita suurempi (Jorvi, Etelä-Karjala ja Peijas). (Mann Whitney U=0, p=0.019). Yhteenvertoa varten tehdyssä tarkistuksessa myös Helsinki kuuluu tähän joukkoon avohoito ja päivätoimintojen suhteellisessa osuudella 0.70. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Avohoitotoimintojen (Avohoito+Järjestetty päivätoiminta) ja laitoshoidon HTV-suhte. Korjattu Helsingin suhdeluku 0.43 –> 0.70 (Osatyö I).

Kokonais- ja suhteelliset henkilötyövuodet ovat näkyvissä taulukossa 7. Taulukkoon on lisätty VSSHP:n sairaanhoitoalueen tiedot, joita on käytetty seuraavissa osatöissä.

Taulukko 7. Alueiden käytön mukaan jyvitetty aikuisväestölle (18+) kohdennetut henkilötyövuodet (HTV) ESMS-R luokittelupuun haarojen avo- ja laitoshoidon toiminnossa

Alueet (N=13) ja HTV:t	Länsi-Uusimaa	Lohja	Hyvinkää	Porvoo	Helsinki	Jorvi	Peijas	Kymenlaakso	Etelä-Karjala	Turku	Salo	Vakka-Suomi	Turunmaa	Väestö ja HTV:t		Painotettu keskiarvo (HTV/1000)
														Yhteensä	1869 352	
Aikuisväestön määrä	35 296	70 379	139 734	74 611	501 928	230 005	187 332	143 210	107 612	151 616	128 039	81 391	18 199	1 869 352		
Kaikkien toimintojen HTV:t	178.3	242.5	577.7	196.7	1701.4	479.1	477.5	557.7	331.7	699.3	423.2	298.9	53.4	6217.3		
Kokonais-HTV:t /1000	5.0	3.5	4.2	2.7	3.4	2.1	2.6	4.0	3.1	4.6	3.3	3.7	2.9		3.3	
Ympärivuorokautisen (Y)-haaran HTV:t	113.0	179.2	396.7	130.2	983.0	252.9	283.5	397.4	176.5	417.5	217.2	198.2	39.4	3784.5		2.0
Avohoidon (A)-haaran HTV:t	44.6	49.3	131.9	48.2	563.9	198.7	173.0	128.3	90.1	220.1	153.0	78.7	14.0	1893.7		1.0
Järjestetyn päivätönnän (P)-haaran HTV:t	20.7	13.0	49.2	18.4	134.5	24.5	14.0	30.0	65.2	51.8	49.0	22.0	0.0	492.1		1.0
Avohoitotoimintojen (A+P) HTV:t	65.3	62.3	181.1	66.6	698.3	223.2	187.0	158.3	155.3	271.8	202.0	100.7	14.0	2385.8		
Avohoitotoimintojen (A+P)HTV:t /1000	1.8	0.9	1.3	0.9	1.4	1.0	1.0	1.1	1.4	1.8	1.6	1.2	0.8		1.3	
Avohoidon/laitoshoidon (A+P/Y) HTV suhde	0.6	0.3	0.5	0.5	0.7	0.9	0.7	0.4	0.9	0.7	0.9	0.5	0.4		0.6	

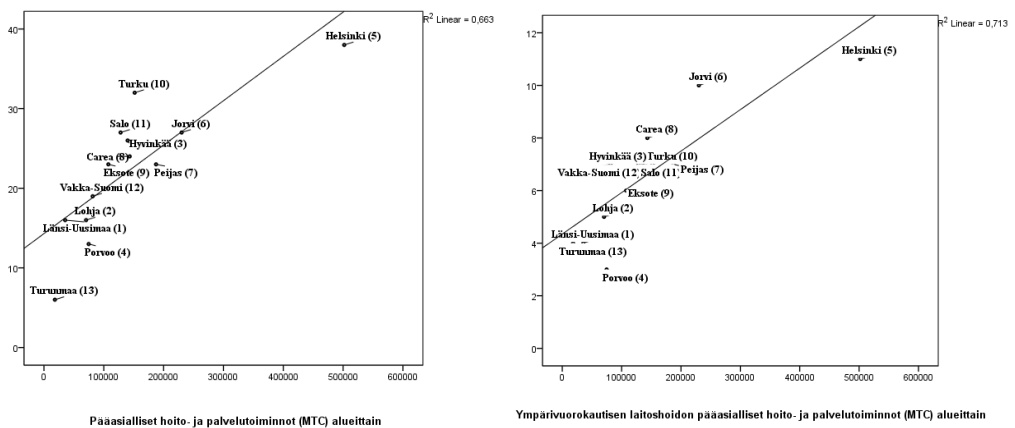
Väestöluvut Sotkanet: 2012. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin toimintotiedot vuodelta 2013, muut alueet 2012.

5.1.2 Tuottajatahon sekä ESMS-R luokittelupuun haarojen yhteydet monimuotoisuuteen (Osatyö II)

Vaiheessa-I todettua mielenterveys- ja päihdepalveluisen monimuotoisuuden ja aikuisväestön määrän yhteyttä syvennettiin tarkastelemalla, onko joku ESMS-R luokittelupuun haaroista tai tuottajatahoista herkempi väestön määrän vaihteluille/muutokselle.

Vaiheen-I (Helsinki ja Uusimaa, Kymenlaakso ja Etelä-Karja) tutkimusalueeseen lisättiin Varsinais-Suomen (VSSHP) sairaanhoitopiirin alue, joka jaettiin neljään palvelualueeseen. Yhteensä 13 palvelualueetta, ja 67 kuntaa, kattavalta 1.8 miljoonan aikuisen tutkimusalueelta tunnistettiin 986 mielenterveys- ja päihdeyksikköä jakautuneena viiteen (N=6) luokittelupuun haaraan. Ympäri vuorokautisen laitoshoidon yksiköitä oli eniten (N=335), 34 %:a kaikista yksiköistä. Avohoidon yksiköiden osuus oli 30 % (N=291). Oma- ja vapaaehtoisavun yksiköitä oli 190 (19 %) ja järjestetyn päivätoiminnan yksiköitä 149 (15 %). Informaatiopalveluyksiköitä tunnistettiin 12 (2 %). Palveluyksiköiden määrä per 1000 aikuista vaihteli välillä 0.30–0.80 (keskiarvo 0.53, keskihajonta 0.16).

Vaiheessa II, isommalla väestöpohjalla, toistui osatyössä-I raportoitu tilastollisesti merkitsevä yhteys väestön koon ja eri toimintotyyppien välillä. Aikuisväestön koko selitti 66,3 % monimuotoisuuden kasvusta (kuvio 7 a-b).



Kuvio 7 a-b. Pääasiallisten hoito- ja palvelutoimintojen yhteys väestön kokoon; a. Kaikki puunhaarat, b. Ympäri vuorokautisen laitoshoidon (Y) toiminnot (MTC).

ESMS-R luokittelupuun haaroista ympärivuorokautisen laitoshoidon monimuotoisuus yhdistyi lineaarisessa regressioanalyysissä voimakkaimmin suurempaan väestömäärään (R^2 0.713). Oma- ja vapaaehtoistoimintojen osalla selitysosuus oli seuraavaksi suurin (R^2 0.524). Väestömäärän kasvu ei yhdistynyt yhtä suuressa määrin avohoitotoimintojen (R^2 0.360) tai järjestetyn päivätoiminnan (R^2 0.275) monimuotoisuuden lisääntymiseen. Monimuotoisuuden ja väestön koon korrelaatiokerrointen (ρ) vaihteluväli oli 0.77–0.89 ($p < 0.001$). Järjestetyn päivätoiminnan osalta tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei havaittu (0.547, $p=0.53$). Tulos vahvistettiin käytetyn ρ korrelaatiokertoimen lisäksi toisella ei-parametristen ja pienten aineistojen analysointiin tarkoitetulla Kendallin tau- järjestyskorrelaatiokertoimella.

Tuottajatahoista julkisten ($N=436$) ja kolmannen sektorin ($N=430$) yksiköiden määrä oli lähes yhtä suuri, molemmilla 44 % yksiköistä. Yksityisiä palveluyksiköitä oli 120 (22 %). Kolmannen sektorin toimijat tuottivat kaikki oma- ja vapaaehtoishaaran palvelut ja merkittävän osan (58.4 %) päivätoiminnoista ja ympärivuorokautisen laitoshoidon palveluista (28.1 %). Julkisten palveluyksiköiden määrä oli suurin avohoitotoimintojen haarassa (81.8 %). Yksityisten tuottajien osuus oli suurin ympärivuorokautisen laitoshoidon haarassa (31.3 %), missä palveluyksiköt jakautuivat tasaisesti (julkiset yksiköt 40.6 %, kolmannen sektorin yksiköt 28.1 %) kolmen tuottajatahon kesken. Luvut kuvaavat yksiköiden lukumäärää eivätkä henkilötövuosia, missä tarkastelussa julkisilla toimijoilla on suurin osuus (n. 70 %). Tuottajatahojen osuudet vaihtelivat alueittain tilastollisesti merkitsevästi.

Tutkimusalueelta tunnistettiin yhteensä 65 eri pääasiallista toimintotyyppiä (MTC). Tuottajatahoista eniten eri toimintotyyppiä tunnistettiin kolmannen sektorin toimijoiden tuottamista palveluista (52), julkisten tuottajien toimintotyyppien määrän ollessa 41 ja yksityisten 14. Kolmannen sektorin tuottamien palveluiden monimuotoisuus oli voimakkaimmin lineaarisessa yhteydessä väestön määrän kasvuun (R^2 0.684). Julkisen sektorin kohdalla yhteys ei ollut yhtä vahva (R^2 0.361). Yhteyttä ei löydetty väestömäärän ja yksityisten tuottamien palveluiden monimuotoisuuden välillä. Vastaavat tulokset saatiin käyttämällä ρ järjestyskorrelaatiota, missä yhteys palveluiden monimuotoisuuden ja väestömäärän välillä oli tilastollisesti merkitsevä kolmannen sektorin (0.848, $p < 0.001$) ja julkisten palveluiden (0.715, $p=0.006$) osalta mutta ei enää yksityisten palveluiden kohdalla (0.413, $p=0.161$).

5.2 Akuuttien ja semi-akuuttien sairaansijojen käyttöön vaikuttavat tekijät (Osatyö III)

Alueiden palvelujärjestelmän rakenteilla, ts. henkilöstöresursoinnilla, avo- ja laitoshoidon resurssien suhteilla tai palveluiden monimuotoisuudella ei poikkileikkaustutkimuksessa todettu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä akuuttien (Y2) ja semi-akuuttien (Y4) sairaansijojen käyttöön. (Osatyö III) Tilastollisesti merkitsevä yhteys todettiin sairaansijojen käytön ja alueella myydyin alkoholin sekä MTI:n välillä.

Akuuttien ja semi-akuuttien sairaansijojen jyvitetty käyttö vaihteli 0.27–1.00 sairaansijan välillä per 1000 18+ asukasta. Korkein akuutti- ja semi-akuuttien sairaansijojen käyttö (1.00 per 1000 18+) todettiin pienimmällä Turunmaan alueella, jonka akuuttiosasto vastaa alueen ainoana sairaalaosastona myös pidempikestoisesta sairaalahoidosta. Visuaalisessa tarkastelussa havaittiin 25 %:n selitysosuus monimuotoisemman päivätoiminnan ja alhaisemman sairaansijojen käytön välillä. Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä palveluiden monimuotoisuuden ja sairaansijojen käytön välillä ei kuitenkaan todettu sen jälkeen, kun Turunmaa oli vuodeosaston poikkeavan luonteen takia poistettu lineaarisista regressioanalyysistä. Ympäri vuorokautisen laitoshoidon muiden toimintojen (muut sairaalaosastot tai erimuotoiset asumispalvelut) sairaansijojen ja akuuttien ja semi-akuuttien sairaansijojen käytön yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Alueiden palveluihin kohdennetun kokonaishenkilöstömäärän vaihteluväli oli 2.15–5.1 HTV:ttä per 1000 18+ asukasta. Kokonaisresursoinnilla tai resurssien painottumisella avohoitoon, vaihteluvälillä 0.3–0.9, ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sairaansijojen käyttöön. Tarkasteltujen vuodeosastojen kokonaisresursoinnin vaihteluväli oli 1.02–2.40 suunniteltua HTV:ttä. Tilastollista merkitsevää yhteyttä sairaansijojen käyttöön ei todettu.

Sosioekonomisista tarveindikaattoreista ainoastaan alueella myyty alkoholi korreloi tilastollisesti merkitsevästi ($\rho = 0.606$, $p = 0.028$) akuuttien ja semi-akuuttien sairaansijojen käyttöön (ρ). Sairaansijojen käytön yhteyttä mielenterveys- ja päihdejärjestelmän rakennetekijöihin ja tarveindikaattoreihin analysoitiin lineaarisella regressiomallilla. Kun mallissa käytettiin yhtä selittävää tekijää kerrallaan (univariate analysis) ja Turunmaa oli jätetty pois, mielenterveysindeksin ja sairaansijojen käytön välinen yhteys oli tilastollisesti merkitsevä ($t = 2.79$, $p = 0.021$).

5.3 Lähipalvelumuuttujan muodostaminen ja lähipalveluiden yhteys henkilöstöresursseihin (Osatyö IV)

ESMS-R luokittelupuuhun luodulla lähipalvelumuuttujalla MTC:t (N=89) luokiteltiin kolmeen luokkaan; kynnyksettömät- (n=24), ja kynnykselliset -lähipalvelut (n=30) sekä keskitetyt (n=34) palvelut. Muodostettua luokitusta testattiin olemassa olevassa palvelurakennearneistossa (N= 986).

Aineistotestauksessa BSIC:t jakautuivat kynnyksettömiin lähipalveluihin (n=367, 37.2 %), kynnyksellisiin lähipalveluihin (n=213, 21.6 %) ja keskitettyihin palveluihin (n=406, 41.2 %). Kynnyksettömien- (vaihteluväli 0.10–0.49, keskiarvo 0.25) ja kynnyksellisten- (vaihteluväli 0-0.26, keskiarvo 0.10) lähipalveluyksiköiden sekä keskitettyjen yksiköiden määrä (vaihteluväli 0.12–0.35, keskiarvo 0.23) vaihteli alueittain.

Suurin osa toimintaa varten kohdennetuista henkilötyövuosista oli keskitetyissä palveluissa (67%), kynnyksellisissä lähipalveluissa oli 22% ja kynnyksettömissä lähipalveluissa 11% HTV:sta. Suunnittujen HTV:en määrä vaihteli alueittain 2.80: sta (Jorvi) – 4.17: sta (Kymenlaakso) (keskiarvo 3.63, keskihajonta 0.61) per 1000 18+. Kynnyksettömiin lähipalveluihin oli kohdennettu eniten resursseja Salon (1.01) ja vähiten Kymenlaakson alueilla (0.06) (keskiarvo 0.5). Kynnyksellisiin lähipalveluihin oli kohdennettu eniten resursseja Helsingin (0.07) ja Kymenlaakson (1.06) alueilla ja vähiten Turunmaan (0) ja Vakka-Suomen alueilla (0.29) (keskiarvo 0.66, keskihajonta 0.32). Eniten keskitettyihin palveluihin kohdennettuja resursseja oli Turun (3.12) ja Kymenlaakson (3.06) alueilla ja vähiten Hyvinkään (1.76) ja Jorvin alueilla (1.83) (keskiarvo 2.4, keskihajonta 0.48).

Avohoitopainotteisimmat alueet, yhteenlasketut kynnyksettömien ja kynnyksellisten lähipalveluiden HTV:t per 1000 (18+), olivat Turku (1.70) ja Salo (1.41). Vähiten yhteenlaskettuja lähipalveluita oli Porvoo (0.64) ja Turunmaan (0.77) alueilla. Tutkimuksessa huomattiin, että mitä suurempi suhteellinen osuus resursseista oli kohdennettu keskitettyihin palveluihin, sitä enemmän suunniteltuja kokonaisresursseja alueella oli (0.911, < 0.001).

Mt-palveluiden tuottajaryhmien tarkastelussa kolmannen sektorin organisaatiot tuottivat 45 % yksiköistä ja 20.1 % suunnitelluista HTV:stä. Julkisten organisaatioiden yksiköitä oli 42 % ja niiden osuus suunnitelluista HTV:stä oli 64.7 %. Yksityinen sektori tuotti 12 % yksiköistä (15.2 % HTV:stä). Vertikaalista Mt-palveluiden jakautumaa tarkasteltiin palveluiden sijoittumisena perustasolle, erikoissairaanhoidon ja yhdistettyyn terveyden- ja sosiaalihuoltoon (ns. sote-alue).

Perustasolle yksiköistä sijoittui 19 % (50.4 % HTV:stä). Erikoissairaanhoidon tasolle yksiköistä sijoittui 78 % (46.6 % HTV:stä). Sote-alueella oli 0.025 % yksiköistä (2.8 % HTV:stä). Taulukossa 8. on nähtävissä alueellinen eri hoito- ja palvelutoimintojen jakautuminen kynnyksetömiin- ja kynnyksellisiin lähipalveluihin sekä keskitettyihin palveluihin.

Taulukko 8. Eri pääasialliset hoito- ja palvelutoiminnot (MTC) ESMS-R luokittelupuuhun luodun lähipalvelumuuttujan jaottelun mukaisesti

Tutkimusalue (N=13)	Länsi- Uusimaa	Lohja	Hyvinkää	Porvoo	Helsinki	Jorvi	Peijas	Kymen- laakso	Etelä- Karjala	Turku	Salo	Vakka- Suomi	Turun- maa	Eri MTC:t yhteensä
Kynnyksetömiät lähipalvelut	4	5	8	6	12	6	10	5	4	11	7	4	2	20
Kynnykselliset lähipalvelut	3	5	6	2	12	8	7	7	8	9	9	4	0	18
Keskitetyt palvelut	4	7	11	7	17	12	13	12	8	12	11	11	4	23
Eri MTC:t yhteensä	11	17	25	15	41	26	30	24	20	32	27	19	6	61

Hoito- ja palvelutoimintoaineisto vuodelta 2013, Kymenlaakso ja Etelä-Karjala 2012.

6. Pohdinta

6.1 Keskeiset tulokset

Tässä Etelä-Suomen neljä sairaanhoitopiiriä ja noin 43 % Suomen aikuisväestöstä kattaneessa, alueellisessa mielenterveys- ja päihdejärjestelmien vertailevassa tarkastelussa pyrittiin luomaan mahdollisimman kattava ja moniulotteinen kuva käytettävissä olevien palveluiden laadusta ja määrästä. Vastaavan laatuista näin kattavaa ja perusteellista mielenterveys- ja päihdepalveluiden kuvausta ei ole aikaisemmin tehty.

Ensimmäinen ja keskeisin löydös oli, että aluevertailussa hoito- ja kuntoutustoimintojen monimuotoisuus lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi väestön koon kasvaessa. Tämä näyttäytyi otoksessa lineaarisena yhteytenä väestömäärän kasvun ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen monimuotoisuuden kasvuna 500 000 (18+) asukkaaseen saakka, ja mahdollisesti siitä eteenpäinkin. Toiseksi henkilöstöressurssien määrän tarkastelussa todettiin, että mitä enemmän alueen kokonaisresursseista oli sijoitettu avohoitotoimintoihin, sitä pienempi oli kokonaisresurssien määrä. Kolmanneksi huomattiin, että mikäli psykiatrinen hoito oli järjestetty sekä kunnan omana, että kuntayhtymän toimesta, eikä psykiatrasta hoitoa oltu keskitetty kuntayhtymän tai sote-alueen toiminnaksi, oli alueella henkilöstöresursseja enemmän. Neljänneksi, tarkennettaessa väestöpohjan koon vaikutuksia todettiin, että herkemmin väestöpohjan koon muutoksille reagoi kolmas sektori, jonka tuottamien palveluiden monimuotoisuutta suurempi väestömäärä lisäsi eniten. ESMS-R luokittelupuun haaroista puolestaan ympärivuorokautisen laitoshoidon monimuotoisuus lisääntyi eniten väestömäärän kasvaessa.

Oletusten vastaisesti alueiden käyttämien sairaansijojen määrään eivät avohoidon monimuotoisuus tai henkilöstöressurit vaikuttaneet. Mutta alueella myydyn alkoholin määrä ja mielenterveysindeksi olivat yhteydessä sairaansijojen käyttöön. Vakavien mielenterveysongelmien taakan osoittimena toimivan MTI:n yhteyttä sairaansijojen käyttöön voidaan pitää merkinä sairaanhoidon kohdentumisesta akuuttivaiheen sairaalahoitoa tarvitseville. Tulos kuvastanee myös, että alueilla on saavutettu pääasiallisesti riittävä avohoidon taso, eikä sen riittämättömyys lisää sairaansijojen käyttöä. Kynnyksettömät lähipalvelut yhdistyivät pienempään kokonaishenkilöstön määrään.

Keskeisiin tuloksiin perustuen näyttää siltä, että monimuotoisempi hoito- ja palvelutoimintojen valikko on tyypillisempää alueilla, joilla aikuisväestöpohja on suurempi, (vähintään 150 000) ja

- 1) henkilöstöresurssit ovat painottuneet avohoitoon (avohoitoon kohdennettujen henkilötyövuosien suhde laitoshoidon resursseihin on > 0.7 (tasajako on 1), ja
- 2) kolmannen sektorin toimintaa on enemmän tarjolla

Avohoitopainotteista, keskiarvoa pienemmällä henkilöstöresurssimäärällä toimivaa rakennetta tukee, että

- 3) kynnyksettömiä lähipalveluita on enemmän tarjolla (per 1000 18+)

Mielenterveyspalveluiden tarpeeseen vaikuttavat alueen sosioekonomiset tekijät, kuten alkoholin myynti, MTI ja mahdollisesti yksinasuvien määrä.

6.2 Tulosten pohdinta

6.2.1 Avohoidon ja laitoshoidon henkilöstöresurssien suhde

Tulosten perusteella oli nähtävissä, että keskiarvoa suuremmasta kokonaisresurssimäärästä suhteellisesti suurempi osa kohdistui ympärivuorokautisiin palveluihin. Näin ollen tutkimuksen yhtenä mielenkiinnon kohteena ollut monimuotoisuus ei kytkeytynyt aikuisväestön määrään suhteutettuun kokonaisresurssien lisääntymiseen, vaan sen kasvaminen edellytti suurempaa väestöpohjaa.

Tuloksiin perustuva varovainen arvio on, että 10 %:a suurempi avohoitopalveluiden määrä esimerkiksi Eksoten alueella 0.4 henkilötyövuotta, voi ilmetä jopa yhtä henkilötyövuotta pienempänä kokonaisresurssitarpeena 1000 (18+) asukasta kohden. Laitoshoidon käyttöä tulee tarkastella kokonaisuutena, koska iso osa siitä on muuta, kuin sairaaloihin sijoitettava akuuttihoitoa. Eritasoiisiin asumispalveluihin sijoittui noin 80 % ympärivuorokautisen laitoshoidon paikoista. Kansallisesti olisi tärkeää arvioida yhtenäisillä kriteereillä asumispalveluiden laatua, kuten aktiivista kuntouttamista ja seuraaville kuntoutumisen portaille siirtymistä, sekä tätä tukevia taloudellisia kannusteita. Yhtenäisten arviointikriteerien käyttöönoton jälkeen voisi olla mahdollista arvioida tarvittavan

laitoshoidon kokonaismäärää. Mitään väestön tarpeisiin yhdistynyttä selitystä avohoidon (ml. avohoito- ja päivätoiminnot) ja keskitettyjen palveluiden resurssien jakosuhteista, ei käytetyillä indikaattoreilla pystytty osoittamaan. Todennäköisesti eroja selittävät ainakin alueilla eri aikoina tehdyt poliittiset päätökset, vahva organisaatiokulttuuri ja siihen arvojen yhdenmukaisuus sekä johtamisosaaminen. Organisaatiokulttuurin lisäksi toimintaympäristön ulkoisilla tekijöillä (sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset) voi olla vaikutusta alueiden palvelurakenteiden eroihin (vrt. Kinnunen ja Vuori 2005).

6.2.2 Sosioekonomisten tekijöiden yhteys monimuotoisuuteen ja palvelurakenteeseen

ESMS-R luokittelupuun haaroista väestön koon lisääntyminen vaikutti voimakkaimmin ympärivuorokautisen laitoshoidon toimintojen monimuotoisuuden lisääntymiseen. Väestörikkaimmille alueille ovat keskittyneet erikoistuneemmat psykiatriset vuodeosastot ja lisäksi eritasoinen tuettu asuminen. Sairaalahoidolle vaihtoehtoiset laitoshoidon muodot voivat osaltaan lyhentää sairaalahoidon kestoa, mitä ei kuitenkaan tutkimuksen tuloksissa pystytty todentamaan.

Yhteys monimuotoisen tai toisaalta avohoitopainotteisen rakenteen ja käytettyjen sairaansijojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Jossain määrin yllättävää oli, etteivät Mt-järjestelmän laatutekijöinä käytetyt muuttujat: avohoitoon kohdennetut henkilötyövuodet tai avohoidon (lähipalveluiden) suhteellinen osuus henkilötyövuosista, yhdistyneet tilastollisesti merkitsevästi sairaansijojen käyttöön. Tätä saattaa selittää se, että pienen aineiston (N= 9-13) alueellisessa tarkastelussa tilastollinen voima ei riitä erojen esiin tuomiseen. Avohoitotoimintoihin kohdistettavat lisäresurssit eivät siten suoraan automaattisesti vähennä sairaalahoidon käyttöä. Järjestelmätasolla kyse ei ole toisiaan poissulkevista tai korvaavista järjestelmän osista vaan kokonaisuudesta, joka muodostuu näiden tarveindikaattoreiden (MTI) ohjaamasta käytöstä.

Palveluiden tarvetta kuvaavista indikaattoreista alueella myydyn alkoholin määrä yhdistyi korrelaatioanalyysissä voimakkaimmin alueen käyttämien sairaansijojen määrään. Tarkasteltaessa eri muuttujia vakioituna alueen vakavampien mielenterveyden häiriöiden kuvaajalla MTI:llä, osoittautui MTI voimakkaimmin vaikuttavaksi tekijäksi. Tämä tukee mielenterveysindeksin merkitystä vakavampien mielenterveysongelmien osoittimensa ja viittaa siihen, että sairaalahoido kohdistuu sille potilasryhmälle, joka ei ole yhtä hyvin avohoidon keinoin hoidettavissa.

Tutkimuksessa ei tarkasteltu potilaita diagnoosiryhmittäin tai potilasepisodeittain, joten päätelmä perustuu vain MTI:n ja sairaansijojen määrän väliseen yhteyteen.

Tutkimuksessa havaittiin väestömäärältään suuremmilta alueilta, jätettäessä pois pienin tutkimusalue, yhteys yksin asuvien määrän ja suuremman sairaansijojen käytön välillä. Avohoitotoimintojen kehittäminen sairaalahoidon vähentämiseksi tulee tehdä spesifisesti yksilöllisiin tarpeisiin ja paikallisiin olosuhteisiin räätälöidysti. Esimerkiksi yksinasuville tarvitaan mahdollisesti lisää liikkuvia, kotiin vietäviä palveluita. Päihdehoidon yhdistäminen mielenterveysongelmien hoitoon sekä vastavuoroisesti mielenterveyspalvelutarpeen tunnistaminen päihdeongelmien hoidossa tuntuvat järkevältä tilanteessa, jossa alkoholin käyttöön liittyy lisääntyvää palvelutarvetta. MTI:n kautta esiin tulevat vaativimmat ja runsaammin palveluja käyttävät potilaat ovat keskeinen ryhmä erilaisen tehostetun avohoidon (esim. ACT) ja aktiivisesti kuntouttavien asumispalveluiden tarvitsijoina.

6.2.3 Palveluiden tuottajatahot

Syvennettäessä väestön koon lisääntymisen yhteyksiä monimuotoisuuden lisääntymiseen todettiin, että väestön kokoon muutos yhdistyy eniten kolmannen sektorin tuottamisen palveluiden monimuotoisuuteen. Suuremmalla väestöpohjalla pystyttiin kolmannen sektorin toimesta tuottamaan runsaampi määrä erilaisia oma- ja vapaaehtoistoiminnan palveluita sekä monimuotoista päivätoimintaa. Julkiset organisaatiot eli kunnat ja kuntayhtymät vastasivat suurimmasta osasta avohoito- ja laitoshoidon toiminnoista. Yksityiset toimijat tarjoavat pääasiassa ympärivuorokautisen laitoshoidon palveluita eli eri tavoin tuettuja asumispalveluita. Väestörikkaimmille alueille voi suurempaan väestöpohjaan ja urbanisoitumiseen liittyen tapahtua koulutetun henkilöstön keskittymistä. Tämä voi näyttäytyä aktiivisuutena organisoida ja tuottaa julkista palvelutuotantoa täydentävää kolmannen sektorin toimintaa. Järjestöpohjainen toiminta on innovatiivista ja nopeasti ympäröivän yhteiskunnan tarpeisiin reagoivaa eikä vaadi samanlaista päätöksentekoa, kuin julkisten toimijoiden organisoima toiminta. Kolmannen sektorin toimintojen keskittyminen väestörikkaimmille alueille voi lisätä myös alueiden eriarvoisuutta. Pelkkien kunnallisten toimijoiden on vaikea täyttää omalla toiminnalla vapaaehtoissektorin tuottamia palveluita, jotka ovat herkempiä ja nopeampia vastaamaan muuttuviin tarpeisiin (Karlsson, Markström 2012).

6.2.4 Lähipalveluiden merkitys palvelurakenteeseen ja henkilöstöresursseihin

Mielenterveys- ja päihdepalveluita järjestettäessä tulee pohtia, kuinka matalan kynnyksen palveluita voidaan järjestää myös pienemmille väestöpohjille ja haja-asustusalueille, joilla kolmannen sektorin toiminta ei ole yhtä aktiivista. Sähköiset mielenterveyspalvelut voivat osaltaan täydentää ja korvata alueilta puuttuvia matalan kynnyksenpalveluita.

Muodostetun lähipalvelumuuttujan metodinen kuvaus, ja siihen liittyvä asiantuntijoiden teoreettinen keskustelu, kuuluu tutkimuksentuloksiin. Se, kuinka asiantuntijat määrittävät, madaltavat hoitoon pääsyn kynnystä tai asettavat hoidon saatavuudelle rajoituksia, vaikuttaa siihen, kuinka toimiva palvelurakenne voi kokonaisuudessaan olla. Luokittelussa keskeistä oli sopia luokitellaanko palvelut potilasnäkökulmasta (yksilöllinen tarve suhteessa toipumiseen) vai asiantuntijoiden, tutkijoiden ja johtajien ts. tuottajan näkökulmasta. Ero on merkitsevä koska potilaan kannalta on kyse kysynnästä (tarpeesta) ja tarjonnasta (alueen resursseista). Tuottajan näkökulmaan tulee mukaan rajallisista resursseista päättäminen ja tuotannollinen logiikka, se millaisia palveluita pystytään tuottamaan millekin väestöpohjalle.

Väestöpohja on suhteellisen konkreettinen palvelutarpeen lähtökohta edellyttäen väestöpohjan koon määrittelyä, mikä ollut vaikeaa muun muassa Sote-uudistuksessa. Väestöpohjan koon lisäksi vaikutusta on väestötiheydellä, ajalla jossa palvelut saavutetaan sekä sairaalan sijainnilla. Nämä vaatimukset rajattiin kuitenkin pois luokittelukriteereistä, koska tavoitteena oli tarkastella ideaalitulannetta. Tavoitteena oli luoda potilasnäkökulman huomioiva deskriptiivinen analyysi ja normatiivinen arvaus, joka pohjautui asiantuntijoiden palvelujärjestelmän sekä palvelutarpeen yleiseen tuntemukseen.

Testatessamme uutta lähipalvelumuuttujaa olemassa olevassa aineistossa huomiota kiinnittivät alueelliset erot palveluiden järjestämistavoissa. Pääasiallinen huomio oli, että kunnan oma erikoissairaanhoido lisäsi kokonaisuutena suunniteltuja henkilötyövuosia. Tämän mukaan kunnan oman- ja kuntayhtymän tuottaman erikoissairanhoidon käytössä on mahdollisesti päällekkäisyyttä. Hajautuneemmassa järjestelmässä pienemmälle väestöpohjalle tuotetut erikokoistuneet palvelut (vrt. kynnykselliset lähipalvelut) eivät ole yhtä kustannustehokkaita, kuin mallit, joissa kuntayhtymä vastaa koko erikoissairanhoidosta. Kynnyksettömien lähipalveluiden suurempi määrä näytti vähentävän kokonaisresurssien tarvetta.

6.3 Tutkimustulosten arviointi

6.3.1 Tulosten yleistettävyys

Kansallisen ja alueellisen Mt-järjestelmän arvioiminen suhteessa kansainvälisiin tutkimustuloksiin on järjestelmien eroavuuksien ja kompleksisuuden vuoksi haastavaa. Palvelujärjestelmien rakenteiden lisäksi kulttuuriset erot sekä käytetyt tutkimusmenetelmät vaikeuttavat vertailua. Arviointia voidaan kuitenkin varovaisesti tehdä strategia- ja politiikkatason ohjelmiin sekä tutkimuksessa käytetyllä mittarilla (ESMS) tehtyihin tutkimuksiin. Tutkimusalueen koon (43 % koko maan aikuisväestöstä) perusteella tutkimus on kohtuullisesti yleistettävissä koko Suomeen.

Kansainvälisesti on olemassa tilasto- ja vertailutietoja maiden välisten mielenterveystyöhön käytettävien resurssien ja strategioiden vertailemiseen, muiden muassa WHO:n mittareilla (Saxena, Skeen 2012, WHO 2001, WHO 2003, Saxena, Lora et al. 2007, Jacob, Sharan et al. 2007, WHO 2014) ja OECD:n tilastoilla (OECD 2015). Suhteellisesti vähemmän on olemassa systemaattisesti kerättyä tietoa Mt-järjestelmistä (Rezvy, Oiesvold et al. 2007), jota kuitenkin tarvitaan, jotta järjestelmien toimivuutta voidaan arvioida ja vertailla (Salvador-Carulla, Tibaldi et al. 2005).

Italian Mt-järjestelmässä suuri osa skitsofreniapotilaistakin hoidetaan avohoidossa. Resurssien vahva painottaminen avohoitoon voi kuitenkin johtaa vakavien mielenterveysongelmien hoidon aliresursoimiseen. Huomiota tulee kiinnittää varhaiseen puuttumiseen, sekä hoidon jatkuvuuteen vahvistamalla avohoidon työryhmiä (Lora, Barbato et al. 2012). ESMS-työkalulla tehdyssä Italian kansallisessa (Tibaldi, Munizza et al. 2005) sekä Italian ja Espanjan vertailututkimuksessa (Salvador-Carulla, Tibaldi et al. 2005) löydettiin isoja alueellisia eroja palveluiden käytössä. Palveluiden käyttöä lisäsi yksinasuvien määrä. Kulttuuriset tekijät tasannevat järjestelmän eroja, koska esimerkiksi Espanjassa, jossa avohoito oli kehittymättömämpää, todettiin myös alhaisempi sairaalakäyttö. Italiassa puolestaan todettiin, että alueilla, joilla avohoito oli kehittyneempää, tarvittiin vähemmän sairaansijoja ja vastavuoroisesti enemmän päivätoimintoja ja yhteydenottoja perustasolle (Tibaldi, Munizza et al. 2005, Salvador-Carulla, Tibaldi et al. 2005). Yksinasuvien todettiin tarvitsevan enemmän erityisesti ei-akuuttia sairaalahoitoa sekä pidempikestoista avohoitoa (Tibaldi, Munizza et al. 2005). Samansuuntaisesti tämän tutkimuksen kanssa todettiin, että paikalliset olosuhteet ja tutkimuksessa piiloon jäävät palvelut, jotka sijoittuvat suomalaisessa kansallisessa tutkimuksessa mahdollisesti sosiaalipalveluiden puolelle, voivat vaikuttaa Mt-palveluiden käyttöön. Mt-potilaiden

tarvitsemien tukipalveluiden, kuten kuntoutus ja asumispalveluiden sijoittuminen sosiaalisektorille on vaikeuttanut kokonaisuuden hahmottamista myös Ruotsissa (Markstrom 2014).

ESMS-luokittelutyökälulla tehdyssä vertailussa pohjoisen Norjan ja Venäjän alueilla todettiin yhteys Venäjän kehittymättömän avohoidon, yleislääkäreiden puuttumisen ja suuremman sairaalakäytön välillä. Norjan hajautetun hallinnon (desentralisaation) perustason yleislääkäripalveluiden portinvartijaroolin sekä erikoistuneempien Mt-palveluiden todettiin vähentävän sairaalahoitoa sekä keskusta- että haja-asutusalueilla (Rezvy, Oiesvold et al. 2007). Verrattaessa tuloksia tämän tutkimuksen tuloksiin löysimme monimuotoisemman, erikoistuneemman palvelurakenteen väestörikkaammilta alueilta, mutta emme todenneet tilastollisesti merkitsevää yhteyttä monimuotoisuuden tai avohoitopainotteisuuden ja sairaalakäytön välillä. Tätä saattaa selittää se, että kaikilla aluilla oli olemassa terveyskeskustasoiset palvelut sekä Mt-avohoidon palveluita. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu hoitointerventioiden sisältöjä tai osaamisen vaikutusta palvelurakenteeseen tai resursointiin. Myös Italian ja Espanjan vertailussa nähtiin jatkossa tärkeäksi arvioida hoitointerventioiden sisältöjen vaikutusta palvelukäyttöön (Salvador-Carulla, Tibaldi et al. 2005).

WHO:n (WHO 2013) tavoitteet edellyttävät mielenterveyspalveluiden integroimista muihin terveyspalveluihin ja tuottamaan ne lähellä asukkaita. Lisäksi esitetään ottamaan käyttöön mielenterveyttä tukevia ja ongelmia ennaltaehkäiseviä strategisia ohjelmia, vahvistamaan tiedonkulkua sekä näytön ja tutkimuksen käyttöä mielenterveyspalveluiden kehittämisessä. Monimuotoisen järjestelmän eduista on olemassa sekä kansainvälistä että kansallista näyttöä (Marshall, Crowther et al. 2001, Shen, Snowden 2014, Thornicroft, Tansella 2013b, Pirkola, Sund et al. 2009).

Maaailman terveysjärjestön (WHO 2007) avohoidon verkosto (Network of community mental health services) on asettanut tavoitteita horisontaalisen integraation edistämiseksi osana laadukkaan palvelurakenteen luomista. Näiden tavoitteiden täytäntöönpano ja edistäminen edellyttävät eri toimijoiden panosten hyödyntämistä.

Laitoshoidon purun arviointia varten luotu *Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit)* on yksi tiedossa oleva väline, jolla Euroopan maiden denintistutionalisaatiokehitystä ja samalla mt-järjestelmien laatua voidaan arvioida. Viisiosaisella mittarilla tehdyssä arvioinnissa Suomi sijoittuu Englannin jälkeen toiseksi 30 maan vertailussa perustuen täysiin pisteisiin (1/1) asumispalveluista, taloudellisista resursseista ja henkilöstön määrästä (Salisbury, Killaspy et al.

2016). Sen sijaan pisteet psykiatristen sairaaloiden sulkemisesta (0.33/1) ja perustason mielenterveyspalveluista (0.67/1) jäävät alhaisemmiksi. Tulos on soveltaen yhtäpitävä tämän tutkimuksen tulosten kanssa ja osoittaa deinstitutionalisaatiokehityksen edenneen Suomessa joiltain osin melko hyvin. Poikkileikkausotoksessa tehdyssä tutkimuksessa yli puolet resursseista kohdistui ympärivuorokautiseen laitoshoitoon. Sairaalahoittoa korvaavia ja sitä tukevia ympärivuorokautisen hoidon sairaansijoja on alueella runsaasti tarjolla, 80 % kaikista sairaansijoista. Myöskään henkilöstöresurssien riittämättömyydestä ei tutkimuksessa saatu merkkejä. Henkilöstöresursseista suurempi osa oli kohdennettu keskitettyihin ja kynnysellisiin lähipalveluihin, kuin kynnysettämiin lähipalveluihin (12,7 %) (osatyö IV). Resurssit ovat siis olemassa, mutta sisäistä jakosuhdetta matalamman kynnyksen palveluiden suuntaan on aiheellista edistää.

6.3.2 Mielenterveyspalvelujärjestelmän ja väestön tarpeiden kohtaaminen

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat usein pitkäaikaisia sairauksia, joissa kliinisen parantumisen sijaan tai sen lisäksi tavoitellaan tilannetta, jossa opitaan elämään mahdollisimman täysipainoista elämää sairaudesta huolimatta. Tutkimuksen tulosten mukaan käytetyt sosioekonomiset muuttujat olivat yhteydessä toisiinsa. Ongelmien kasautuminen lisää palveluiden koordinoinnin tarvetta. Yksilöllinen toipuminen eroaa oireiden vähentymistä ja toimintakyvyn lisääntymistä mittaavasta kliinisestä toipumisesta (Schrank, Brownell et al. 2014). Yksilöllistä toipumista tukee ihmisarvon kunnioittaminen, yksilön vahvuuksien ja aktiivisen osallistumisen korostaminen (positiivisen psykologia) (Williams, Leamy et al. 2012, Drake, Whitley 2014, Leese, Smithies et al. 2014, Anthony 1993) sekä oireiden kanssa elämisen tukeminen (Morrison, Law et al. 2016). Monimuotoinen palveluvalikko antaa mahdollisuuden huomioida yksilön tilanteeseen liittyvät tarpeet (Vazquez-Bourgon, Salvador-Carulla et al. 2012b). Jotta yksilön kuntoutuminen voi edetä esimerkiksi tuetusta ryhmämuotoisesta asumisesta itsenäiseen asumiseen, on tärkeää asettaa tavoitteet yksilön kiinnostuksen kohteiden, oman identiteetin ja yksilön vahvuuksien mukaisesti. (Davidson, Campbell 2007) (Thornicroft, Tansella 2013a) Thornicroft et al.2012). Henkilökohtaisen toipumisen mittaaminen ei ole kuitenkaan yksiselitteisesti mahdollista (Shanks, Williams et al. 2013).

6.3.3 Tutkimuksessa käytettyjen menetelmien arviointi

Tämän tutkimuksen vahvuus on, että käytettävissä oli laaja perustason, sosiaalipalveluiden ja erikoissairaanhoidon kattava systemaattisesti strukturoidulla kansainvälisesti validoidulla ESMS-luokittelutyökalulla kerätty Mt-järjestelmäaineisto (Salvador-Carulla, Tibaldi et al. 2005, Salvador-Carulla, Alvarez-Galvez et al. 2013, Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015). ESMS- työkalua on käytetty aiempaan versiona Suomessa ja sen on todettu sopivan kansalliseen ja alueiden väliseen tarkasteluun (Pirkola, Sund et al. 2009, Harjajärvi, Pirkola et al. 2006). Aineiston kerääjät ja tutkijat saivat yhtenäisen koulutuksen mittarin kehittäjätiimiin kuuluneelta tutkijalta, sekä tutkimusryhmän kansallisen ja kansainvälisen tuen (REFINEMENT 2013, Salvador-Carulla, Ruiz et al. 2012). Tiedonkerääjät ovat kartoittaneet alueiden palveluita hyödyntäen julkisista tietolähteitä, Internetiä, kuntien ja sairaanhoitopiirin osoitteistoja, kustannuspaikkaluetteloita ja asiantuntijoita. Julkisten organisaatioiden tietojen täydentämisessä on hyödynnetty HILMO-rekisteriä. Kartoitukseen eivät kuuluneet yleiset terveyspalvelut, kuten terveyskeskuslääkärin vastaanotot johtuen mittarin määrittämisestä (20% palvelunkäyttäjistä on Mt-asiakkaita). Osasta yksityisiä palveluyksiköitä ei ole haluttu tai pystytty toimittamaan palvelun hinta tai henkilöstön vakanssimäärätietoja. Vuonna 2012 tieto jäi uupumaan 10 (12 %) mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnatun asumispalveluyksikön osalta, ja vuonna 2014 tieto jäi puuttumaan viiden yksikön (6 %) osalta. Osalla yksityisiä palveluita, esimerkiksi tuetussa asumisessa, on käytössä kuntakohtaisesti neuvoteltuja sopimuksia, joiden sisältöä ei ole haluttu avata tutkijoiden käyttöön. Yksikkökohtaisia eroja on siinä, kuinka tarkkoja henkilöstön vakanssimäärät on ilmoitettu. Puutteena on todettava, että henkilöstön tietoja ei julkisten palveluidenkaan osalta saada luotettavasti ja yhdenvertaisesti suoraan järjestelmistä, vaan niiden tarkistaminen ja kokoaminen vaativat esimiesten kanssa käytävää keskustelua. Henkilöstön käyttö on jyvitetty kunnille niiden käytön mukaisessa suhteessa. Jyvityksissä on käytetty prosenttiosuutta, jonka kukin kunta on käyttänyt kunkin yksikön resursseista poikkileikkaus-ajankohtana 2012. Tutkimuksen kannalta tämä rajoite on otettava huomioon, koska hoidossa olevien potilaiden määrässä on satunnaisvaihtelua. Voidaan kuitenkin olettaa tietopuutteiden osuus ja merkitys varsinaisille tuloksille suhteellisen pieneksi.

Lähipalvelumuuttujan muodostamisessa käytettiin Delfi-menetelmää (Okoli, Pawlowski 2004, Campbell, Braspenning et al. 2002, Tuomisto, Erhola et al. 2004), jossa asiantuntijaraadin työskentelyn pohjaksi otettiin kirjallisuudesta löytyvä laitoshoidon ja avohoidon yhdistävä hoitomalli (Balanced care model) (Tansella, Thornicroft 1998, Thornicroft, Tansella 2013b) sekä aiempi kansallinen rakennetyöryhmän ehdotus sosiaali- ja terveystieteiden vertikaalisesta integraatiosta

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Huolimatta perusteellisesta ennako-oletusten käsittelystä erosivat yksilöllisesti tehdyt luokittelut osin huomattavasti toisistaan. Johtuen luokitteluharjoitukseen osallistuneiden pienestä määrästä (n=6) ja tehtävän valmisteleavasta luonteesta, ei luokittelun yhtenevyyttä mitattu tilastollisesti. Lähipalvelumuuttujan muodostamisessa mukana olleet asiantuntijat olivat kokeneita palvelujärjestelmän tuntijoita, joille sekä mielenterveysorganisaatiot että luokittelutyökalu olivat tuttuja. Luokittelun lähtökohdaksi otettiin potilaan näkökulma, normatiivinen ajatus siitä, mitkä palvelut tulisi saada lähipalveluina nykyorganisaatioiden rajoista huolimatta. Heikkoutena voidaan pitää sitä, että konsensusyöskentelyssä ei ollut sosiaalisen sektorin tai käyttäjien edustajia.

THL:n MTI:ä on tässä tutkimuksessa käytetty keskeisenä sairaanhoitoalueiden palvelutarpeen osoittajana sairastavuuden näkökulmasta. MTI:n rajoite on, että on vaikea arvioida, miten palvelujärjestelmän pettäminen tai toimimattomuus, on vaikuttanut indeksin tunnuslukuihin. MTI ei myöskään kuvaa varhaisvaiheen tuen tarvetta.

Poikkileikkausasetelmalla ei pystytä mittaamaan palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia. Tutkimus antaa kuvan siitä, millainen tilanne on ollut aineiston keruun aikana. Myöskään tarkastellut korrelaatiot eivät kerro syy-seuraussuhteesta, vaan joidenkin asioiden mahdollisesta yhteydestä tai yhteyden puuttumisesta. Tutkimusyksiköiden lukumäärän vähäisyys (n= 9-13) on rajoittanut myös usean muuttujan tilastollisia analyysejä. Lineaarisia regressioanalyysejä, lähinnä yksi muuttuja kerrallaan vakioiden (one by one), on tehty visuaalisen tarkastelun tuottaman tiedon tueksi.

Palveluiden resursseissa ja palveluiden järjestämisessä näyttää olevan suuria alueellisia eroja, joten näiden erojen pohjalta olisi hedelmällistä tutkia pitkittäisellä asetelmalla eroja erilaisten järjestämistapojen vaikuttavuudessa ja kustannustehokkuudessa. REFINEMENT-hankkeessa toteutettu ja tämän tutkimuksen aineistona toiminut neljän sairaanhoitopiirin alueen ESMS-R - palvelujärjestelmäkartoitus vaati yhteensä yli yhden henkilötyövuoden työpanoksen aineiston keräämiseen, sekä vähäisen työpanoksen jokaiselta vastanneelta palveluyksiköltä. Aineiston keruun toistaminen ja laajemman alueen kattaminen vaativat resursseja. Alueellisten erojen pidemmän ajanjakson seurantaan ei ole osoitettu pysyviä resursseja missään sairaanhoitopiirissä. REFINEMENT-hankkeen tutkimusta on jatkettu EU-tasoisena Suomen koordinoima CEPHOS-LINK (Comparative Effectiveness Research on Psychiatric Hospitalisation by record LINKage administrative data set)-hankkeena, jossa toteutetaan palvelujärjestelmää kuvaavan seurantatiedon kerääminen (<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/comparative-effectiveness-research-on-psychiatric-hospitalisation>).

Mielenterveyspalveluiden kehittäminen tapahtuu usein hankerahoituksella, kuten organisaatioiden välisiä liittymäpintoja madaltamaan pyrkivissä Kaste-ohjelman mukaisissa hankkeissa (Laajasalo, Pirkola 2012, Lepistö 2012) sekä kansallisina laajamittaisina projekteina (Lepistö 2012, Moring, Juha, Bergman, Viveca, Nordling et al. 2013, Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015 2016). Organisaatioiden välinen tutkimus edellyttää lisäksi yhdenmukaista systemaattista pitkäjänteistä aineistoa, jonka analysointi on luotettavasti ja organisaatioista riippumattomasti järjestetty.

Huolimatta suhteellisen lyhyestä ajanjaksosta (2012-2014) on tutkimusalueella tapahtunut paljon muutoksia: kuntia on yhdistynyt, kuntien ja kuntayhtymien työnjakoa on tarkistettu, resursseja on siirretty sairaalahoidosta avohoitoon. Siten tässä tutkimuksessa tuodut erot alueiden välillä eivät välttämättä ole enää tutkimuksessa esille tuodun kaltaisia. Havaitut erot palvelutuotannossa voivat johtua toimijoiden suuresta määrästä, toisilta piiloon jäävistä resursseista ja yhteisen strategian puuttumisesta.

7. Yhteenveto ja johtopäätökset

7.1 Yhteenveto tuloksista

Keskeinen johtopäätös käytettyyn aineistoon perustuen on, että aikuisväestön kasvaessa mahdollistuu monimuotoisempi ja siten erikoistuneempi palveluvalikko. Henkilöstöresurssien näkökulmasta avohoitopainotteinen järjestelmä on edullisempi kuin sairaalapainotteisempi. Lisäksi päällekkäiset järjestelmät ovat kalliimpia kuin kokonaiskoordinoidut. Kolmannen sektorin palvelut ovat sekä määrällisesti että laadullisesti, monimuotoisuudella arvioituna, kunnallista järjestelmää täydentävä ja korvaava osa ja olennainen osa kokonaisjärjestelmää. Akuuttisairaalahoido ei ole helposti tai kokonaan korvattavissa muilla palvelumuodoilla, koska sairaalahoitoon näyttää yhdistyvän mielenterveysindeksin osoittamien tekijöiden ohella sosioekonomisia tekijöitä. Kynnyksettömien lähipalveluiden yhdistyessä vähentävästi kynnyksellisten lähipalveluiden ja kokonaisresurssien määrään, tulee alueen resurssien käyttöä tarkastella kokonaisuutena yli organisaatorajojen. Jotta olemassa olevat resurssit voidaan käyttää oikeudenmukaisesti, mahdollistaen palveluiden saatavuuden kaikilla alueilla, tulee organisaatioiden välistä porrastusta ja eri toimijatahojen palveluita koordinoita hoidon saatavuuden, kattavuuden ja etupainotteisuuden tukemiseksi.

Tutkimus on tehty ajankohtana jolloin Mt-järjestelmät ovat olleet aktiivisen kehittämisen ja lainsäädännöllisten uudistusten kohteena. Koska tutkimus on ollut myös osa kehittämishanketta, on osa tutkimuksen tuloksista jo otettu käyttöön: alueita on yhdistetty, avohoitopainotteisuus ja kynnyksettömien lähipalveluiden määrä on lisääntynyt. Sekä horisontaalinen että vertikaalinen integraatio on edennyt. Lainsäädännölliset muutokset ovat edelleen valmistelussa. Tutkimuksen tulosten valossa volyyymi ja koordinoitiedut ovat olemassa. Niiden perusteella tulokset tukevat horisontaalista integratiivista kehittämistä, kokonaisvaltaisten mielenterveysstrategioiden ja -suunnitelmien luomista, sekä vertikaalista hallinnollisen päätöksenteon ja resurssien yhdistämistä.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Tämä tutkimus on analysoinut Mt-järjestelmien rakennetta strukturoidulla työkalulla monimuotoisuuden, palveluyksiköiden lukumäärän ja henkilöstöressurssien kautta suhteessa alueelliseen tarpeeseen. Kyse on ollut palvelujärjestelmän, koneiston ja infrastruktuurin, tutkimuksesta. Jatkotutkimusta tarvitaan siitä, millaisia hoitoja monimuotoinen palveluvalikoima pitää sisällään, ja onko joidenkin terapeuttisten interventioiden käytöllä/valinnoilla yhteyttä esimerkiksi käytettävien sairaansijojen määrään. Henkilöstöressurssien tarkastelussa analysoitiin eri henkilöstöryhmien määrän vaikutusta käytettyihin sairaansijoihin. Tutkimuksessa ei ole analysoitu yksiköillä olevan perustutkinnon jälkeen hankitun osaamisen, kuten menetelmäkoulutusten, vaikutuksia eri hoito- ja kuntoutustoimintojen sisältöön. Oletettavasti esimerkiksi avohoidossa toimivan henkilöstön käyttämät hoitomenetelmät ja toimintamallit vaikuttavat resurssitarpeeseen, hoidon tuloksiin ja avohoidon keinojen riittävyyteen sekä sairaalahoidon tarpeeseen. Koulutuksen merkitys ja vaikuttavuus olisikin mahdollinen jatkotutkimisen aihe. Asiakas- ja potilastarpeiden näkökulmasta kliinisten diagnoosien yhteyttä resurssitarpeisiin tai käytettävien sairaansijojen määrään ei ole tässä tutkimuksessa tutkittu, vaan se edellyttäisi omaa tutkimustaan. Tutkimus on antanut kuvan Mt-järjestelmästä yhdessä poikkileikkauskohdassa, mikä on vielä vertailun kohteena olevien alueiden kohdalla vaihdellut. Kehityksen arviointi edellyttäisi tutkimuksen toistamista ja seurantatietoa.

7.3 Tulosten hyödyntäminen

Tässä tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdepalveluita (Mt-palvelut) on tarkasteltu kokonaisuutena viitaten muiden muassa Mielisuunnitelman (STM 2009) tavoitteisiin integroida näiden potilasryhmien palvelut hoitokokonaisuuksiksi (horisontaalinen integraatio). Erityisesti psykiatrian, (mutta horisontaalisen integraation toteutuessa myös päihdepalvelujärjestelmän), osalta perustason ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen (vertikaalinen integraatio) voisi tarkoittaa olemassa olevan psykiatrisen näyttöön perustuvan osaamisen systemaattista hyödyntämistä. Käytännössä esimerkiksi primaarivaiheen preventiossa eli mahdollisimman varhaisen vaiheen häiriöiden ehkäisemisessä, alkaen lastenneuvoloista ja kouluista. Edellä mainitun preventio-osaamisen tuominen koko

hoitoketjun käyttöön saattaisi hyötyä hallinnon rakenteiden uudistamista siten, että samat päätöksentekijät vastaavat sekä ennaltaehkäisystä että sairauksien hoidosta ja kuntoutuksesta.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hallinnollisissa uudistuksissa suunniteltaessa alueellisesti Mt-palveluihin varattujen resurssien tarkoituksenmukaista kohdentamista. Olemassa olevia resursseja kannattaa kohdentaa mahdollisimman varhaiseen vaiheeseen ja lähelle kuntalaisia kuitenkin siten, että alueellisesti voidaan hyödyntää monimuotoisia ja erikoistuneempia palveluita. Tämän tutkimuksen tulokset rohkaisevat kokoamaan palvelut suuremmille palvelualueille ja yhteen sovittamaan palvelurakennetta edelleen.

Kiitokset

Tämä väitöskirja on tehty tiiviissä yhteydessä kansainväliseen ja kansalliseen tutkimus- ja kehittämishankkeeseen (REFINEMENT). REFINEMENT-hankkeen kautta olen pystynyt yhdistämään HYKS Psykiatrian tulosityksikössä meneillään olevan voimakkaan palvelujärjestelmän kehittämisen ja tutkimuksen, sekä verkostoitumaan kansainväliseen tutkijayhteisöön.

Ensimmäisenä haluan kiittää väitöskirjani ohjaajia Tampereen yliopiston professori Sami Pirkolaa, ja Helsingin yliopiston Väestön tutkimuksen vastuuprofessori Minna Kailaa asiantuntevasta ohjauksesta, struktuurien luomisesta ja konkreettisista neuvoista kaiken uuden keskellä, sekä ennen kaikkea kärsivällisyydestä kärsimättömyyteni äärellä. Erityisen kunnioittavasti haluan kiittää tutkimusprofessori Kristian Wahlbeckia erinomaisesta ohjauksesta SPSS:n perusteissa, avusta aineiston analysoinnissa ja kaikesta ajasta kiireen keskellä Hän on aina jaksanut vastata yksityiskohtaisimpiinkin kysymyksiini. Erittäin lämpimästi haluan kiittää muuta kanssakirjoittajaryhmää. Professori Grigori Joffe jaksoi lukea ja kommentoida jokaisen artikkelin paneutuen ja uusia näkökulmia tuoden. Dosentti Samuli Saarni oli erityisen tärkeä kokonaisuuksien hallinnassa ja muun muassa artikkelien struktuurien loogisessa kulussa. Dosentti Raija Kontio auttoi sisarellisesti kaikessa missä tarvitsin apua. Tutkijakollegani LtK Minna Sadeniemi, tohtori Olli Oranta, dosentti Maili Malin, tohtori Maiju Pankakoski, kiitos teille kaikille, autoitte monin tavoin artikkelien synnyssä. Haluan kiittää lämpimästi aineiston kerääjiä: Sh. (YAMK) Marjut Vastamäkeä, sh. TtM-opiskelija Susanna Gilbertiä, TtM Vuokko Majoista sekä TtT Olli Orantaa, ilman teitä ei olisi ollut mitään tutkittavaa.

Suuret kiitokset kuuluvat myös THL:lle, jonne olen voinut affilioitua ja uppoutua varsinkin alkuvaiheessa tutkijan maailmaan. Olen saanut tukea ja apua monilta. Erityisesti haluan kiittää emeritus professori Jouko Lönnqvistiä, joka on monin tavoin kannustanut ja tukenut minua. Mielenterveysryhmän johtajia professori Mauri Marttusta ja Dosentti Jaana Suvisaarta kiitän, että otitte minut virallisesti joukkoonne ja mahdollistitte THL:n infrastruktuurin käyttämisen.

En olisi nykyisessä johtavan ylihoitajan tehtävässä ilman upeita esimiehiä, jotka ovat ammatillisen kasvuni ja työurani eri vaiheissa tukeneet, auttaneet eteenpäin ja luottaneet (ihan liikaakin). Hoitotyön esimiehistäni kiitän erityisesti TtM Tuula Harjulaa ja HTM Anja Seppälää, en tiedä missä olisin ilman teitä. Kiitos myös dosentti Riitta Meretojalle mentoroinnista tutkijan polulla. Tunnen etuoikeutta siitä, että olen voinut työskennellä upeiden tulosityksikön johtajien alaisena. Tämä tutkimus ei olisi syntynyt, ellen olisi työskennellyt ympäristössä, joka innovatiivisuudellaan ja moniammatillisella

tutkimusmyönteisyydellään on tukenut minua kaikin tavoin. Kiitän psykiatrian dosenttia (professori h.c.) johtava ylilääkäri Grigori Joffea, joka aiemmin esimiehenäni muisti aina kehityskeskustelussa kysyä, milloin aloitat (ei aloitako) jatko-opinnot. Edelleen kiitän nykyistä esimiestäni dosentti Matti Holia ammattitastaan jumittumattomasta mahdollisuuksien antamisesta, tarttuvasta innostuksesta kehittämistyöhön ja varauksettomasta tuesta tutkimustyölleni. Erityisen etuoikeutettu ja huojentunut olen ollut siitä, että olen saanut työskennellä upeiden, osaavien, vastuullisten ja ammatillisten ylihoitajien esimiehenä – minua ei ole hetkeäkään epäilyttänyt, ettenkö voisi olla tutkimusvapaalla. Kiitos TtM Camilla Ekegren, TtM Tuula Rajala, TtT Päivi Soininen, TtM Teija Rintamäki, TtM Marjo Kollanen ja TtM Johanna Onnismaa. Kiitän myös HUS:n hallintoylihoitaja TtT Kaarina Torppaa ryhmineen sekä kollegoitani tutkimusmyönteisyydestä ja ymmärryksestä poissaoloilleni. Haluan kiittää HYKS Psykiatrian tulostyksikön osastonhoitajia, asiantuntijoita ja kaikkia upeita hoitajia siitä, että olette vastuullisesti toteuttaneet hyvää potilashoitoa. Olen ylpeä teistä kaikista! Tutkimuksen viimeistelystä kiitän ystävääni Saila Kalliokoskea, joka matematiikan ja fysiikan lehtorin tarkkuudella, vaivojaan ja aikaansa säästämättä selvitti kaiken yhteenvedon viimeistelyssä tarvittavan.

Kaikkein syvimmin haluan kiittää perhettäni. Isääni Tapania ja sisaruksiani Tuukkaa, Teemua, Tatua ja Tarua perheineen, olette aina uskoneet minuun ja toivoneet vain hyvää. Olette niin monin tavoin minua viisaampia. Lämmin kiitos edesmenneelle mummulleni Elsalle, joka jo hyvin kauan sitten uskoi, että jonain päivänä minusta tulee tohtori. Uskon, että hän viimevaiheina jo dementoituneena ymmärsi, kun kerroin, että kyllä tulee! Kiitos Johanna, Heikki, Frans, Arja, Santtu, Sofia, Mika, Taina ja Matti sekä kaikki, jotka olette tätä matkaa seuranneet.

Ja ihan lopuksi haluan kiittää aviomiestäni Jaria ja tytärtäni Nea-Amaliaa. Olette molemmat omalta osaltanne mahdollistaneet opiskeluni ja tukeneet minua kaikin mahdollisin tavoin. Ilman teitä en olisi löytänyt mitään tärkeää.

Lähteet

Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989).

AALTO, M., 2010. Psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi tarjota päihdehoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, **126**(15), pp. 1760-1761.

ACHTE, K, SUOMINEN, J. and TAMMINEN, T. (Toim.), 1983. Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys ry.

ADAMOWSKI, T. and TRYPKA, E., 2002. "European Service Mapping Schedule" (ESMS)--instrument used to describe the structure of mental health care. Psychiatria polska, **36**(6 Suppl), pp. 369-376.

ANTHONY, W.A., 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial rehabilitation journal, **16**(4), pp. 11.

BECKER, I., VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. 2001. The European perspective of psychiatric reform. Acta Psychiatr Scand Suppl., (**410**):8-14.

BECKER, T., HULSMANN, S., KNUDSEN, H.C., MARTINY, K., AMADDEO, F., HERRAN, A., KNAPP, M., SCHENE, A.H., TANSELLA, M., THORNICROFT, G., VAZQUEZ-BARQUERO, J.L. and EPSILON STUDY GROUP. EUROPEAN PSYCHIATRIC SERVICES: INPUTS LINKED TO OUTCOME DOMAINS AND NEEDS, 2002. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, **37**(10), pp. 465-474.

BOCKER, F.M., JESCHKE, F. and BRIEGER, P., 2001. Psychiatric care in Sachsen-Anhalt: a survey of institutions and services with the "European Services Mapping Schedule" ESMS. Psychiatrische Praxis, **28**(8), pp. 393-401.

BURNS, T., CATTY, J., DASH, M., ROBERTS, C., LOCKWOOD, A. and MARSHALL, M., 2007. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ (Clinical research ed.), **335**(7615), pp. 336.

CAMPBELL, S.M., BRASPENNING, J., HUTCHINSON, A. and MARSHALL, M., 2002. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Quality & safety in health care, **11**(4), pp. 358-364.

CAPDEVIELLE, D., BOULENGER, J.P., VILLEBRUN, D. and RITCHIE, K., 2009. Schizophrenic patients' length of stay: mental health care implication and medicoeconomic consequences. L'Encephale, **35**(4), pp. 394-399.

CERIC, I., LOGA, S., SINANOVIC, O., CARDAKLIJA, Z., CERKEZ, G., JACOBSON, L., JENSEN, S., REALI, M., TORESINI, L., ORUC, L., DANES, V., MIKOVIC, M., MEHIC-BASARA, N., HASANBEGOVIC, M., LAGERQUIST, B., FLAKER, V., MOLLIKA, R., PAVKOVIC, I., SKOBIC, H., LAVELLE, J., HORVAT, D., NAKAS, B., KAPETANOVIC, A.,

- BRADVICA, L., WEINE, S., MASIC, I., PURATIC, V. and DANCEVIC, M., 2001. Reconstruction of mental health services in Bosnia and Herzegovina. *Medicinski arhiv*, **55**(1 Suppl 1), pp. 5-23.
- CHAI, Y.K., WHEELER, Z., HERBISON, P., GALE, C. and GLUE, P., 2013. Factors associated with hospitalization of adult psychiatric patients: cluster analysis. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, **21**(2), pp. 141-146.
- DAVIDSON, G. and CAMPBELL, J., 2007. Assertive Outreach Strategies for Narrowing the Adolescent Substance Abuse Treatment Gap: Implications for Research, Practice, and Policy. *Br J Soc Work*, **37**(3), pp. 537-555.
- DRAKE, R.E. and WHITLEY, R., 2014. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, **59**(5), pp. 236-242.
- DWORKIN, G., 1988. *The theory and practice of autonomy*. Cambridge University Press.
- ERIKOISSAIRAANHOITOLAKI. 1062/1982. <http://finlex.fi>.
- FLEURY, M., GRENIER, G., BAMVITA, J., PERREAULT, M. and CARON, J., 2012a. Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services. *Psychiatric Quarterly*, **83**(1), pp. 41-51.
- FLEURY, M.J., GRENIER, G., BAMVITA, J.M. and CARON, J., 2014. Determinants and patterns of service utilization and recourse to professionals for mental health reasons. *BMC health services research*, **14**, pp. 161-6963-14-161.
- FLEURY, M.J., GRENIER, G., BAMVITA, J.M., PERREAULT, M. and CARON, J., 2012b. Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services. *The Psychiatric quarterly*, **83**(1), pp. 41-51.
- GUZZETTA, F., MIGLIO, R., SANTONE, G., PICARDI, A., NORCIO, B., BRACCO, R., DE GIROLAMO, G. and PROGRES-ACUTE GROUP, 2010. First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: clinical characteristics and reasons contributing to admission: findings from a national survey. *Psychiatry research*, **176**(1), pp. 62-68.
- HARJAJÄRVI, M., PIKOLA, S. and WAHLBECK, K., 2006. *Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa*. 187. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- JACOB, K.S., SHARAN, P., MIRZA, I., GARRIDO-CUMBRERA, M., SEEDAT, S., MARI, J.J., SREENIVAS, V. and SAXENA, S., 2007. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*, **370**(9592), pp. 1061-1077.
- JALAVA, J., BORODULIN, K., HUSU, P., HÄRKÖNEN, J., KARVONEN, S., KASKELA, T., KOISO-KANTTILA, S., KOSKELA, T., KOSKINEN, S., MANDERBACKA, K., MURTO, J., MÄKI-OPAS, T., NURMI-KOIKKALAINEN, P., PENTALA, O., PITKÄNEN, T., RINNE, H., SAARES, A., SHEMEIKKA, R., SIEVÄNEN, H., SUNI, J., SUVISAARI, J., TEITTINEN, A., TOIKKA, S., TOKOLA, K., TOURUNEN, J., WAHLBECK, K., VALKONEN, J., VARTIAINEN, E., VASANKARI, T., VESALA, H. and KAIKKONEN, R., 2014. *ATH-tutkimuksen tuloksia-Järjestökentän tutkimusohjelma*. 37. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos.

JENKINS, R. and STRATHDEE, G., 2000. The integration of mental health care with primary care. *International journal of law and psychiatry*, **23**(3-4), pp. 277-291.

JOHNSON, S., KUHLMANN, R. and EPCAT GROUP. EUROPEAN PSYCHIATRIC ASSESSMENT TEAM, 2000. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, **405**, pp. 14-23.

KANSALLISEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMAN TOIMEENPANON OHJAUSRYHMÄ 2009–2015, 2016. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMA 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset 3. Helsinki, Suomi: Sosiaali- ja terveysministeriö.

KANSANTERVEYSLAKI 66/1972. <http://finlex.fi>.

KÄRKKÄINEN, J., 2004. Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoidon kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. (Can psychiatry be successfully integrated with the somatic system? The development of psychiatric care system in Finland and an evaluation of the hospital district reform from the perspective of psychiatry. National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes).

KARLSSON, M. and MARKSTRÖM, U., 2012. Non-profit organizations in mental health: Their roles as seen in research. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, **23**(2), pp. 287-301.

KINNUNEN, J. and VUORI, J., 2005. Terveysthuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. 192-217. Teoksessa Jari Vuori (toim). *Terveys ja johtaminen*. WSOY. Helsinki.

KNAPP, M., CHISHOLM, D., ASTIN, J., LELLIOTT, P. and AUDINI, B., 1998. Public, private and voluntary residential mental health care: is there a cost difference? *Journal of health services research & policy*, **3**(3), pp. 141-148.

KNAPP, M., CHISHOLM, D., ASTIN, J., LELLIOTT, P. and AUDINI, B., 1997. The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological medicine*, **27**(3), pp. 681-692.

KODNER, D.L. and SPREEUWENBERG, C., 2002. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*, **2**(4).

KOKKO, S., HEINÄMÄKI, L., TYNKKYNYNEN, L-K., HAVERINEN, R., KASKISAARI, M., MUURI, A., PEKURINEN, M. and TAMMELIN M.. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. 36. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinninlaitos.

KONTIO, R., MALIN, M., JOFFE, G., VASTAMÄKI, M. and WAHLBECK, K., 2013. HUS-alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut liian laitospeskeisiä. *Suomen lääkirlehti - Finlands läkartidning*, **68**(7), pp. 496-501.

KORKEILA, J., 1996. Julkiset mielenterveystalvelut - Luottamiskriisissä? 17. Helsinki. Stakes.

LAAJASALO, T. and PIRKOLA, S., 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille 47. Tampere: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.

LAMB, HR., Does deinstitutionalization cause criminalization? The Penrose hypothesis. *JAMA Psychiatry* 2015; **72**: 105–6.

LAMB, HR. and BACHRACH, LL., 2011. *Psychiatr Serv.* Aug; **52**(8):1039-45. Some perspectives on deinstitutionalization.

LAUNIS, V., 2010. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, **47**, pp. 136-139.

LEESE, D., SMITHIES, L. and GREEN, J., 2014. Recovery-focused practice in mental health. *Nursing times*, **110**(12), pp. 20-22.

LEHTO, M., LINDSTRÖM, K., LÖNNQVIST, J., PARVIKKO, O., RIIHINEN, O., SUKSI, I. and UUSITALO, H., 2005. Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä – ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

LEPISTÖ, P., KUOSMANEN, L., PARTANEN, A. and MORING J, 2012. Paremmat palvelun avaimet. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. 64. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.

LLOYD-EVANS, B., SLADE, M., JAGIELSKA, D. and JOHNSON, S., 2009. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, **195**(2), pp. 109-117.

LOPEZ, A.D., MATHERS, C.D., EZZATI, M., JAMISON, D.T., MURRAY, C.J. L. 2006. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington, DC: World Bank and Oxford University Press. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7039>.

LORA, A., BARBATO, A., CERATI, G., ERLICHER, A. and PERCUDANI, M., 2012. The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **47**(3), pp. 447-454.

LORA, A., COSENTINO, U., GANDINI, A. and ZOCCHETTI, C., 2007. Which community care for patients with schizophrenic disorders? Packages of care provided by Departments of Mental Health in Lombardy (Italy). *Epidemiologia e psichiatria sociale*, **16**(4), pp. 330-338.

LYNGSØ, A.M., GODTFREDSSEN, N., HØST, D. and FRØLICH, A., 2014. Instruments to assess integrated care: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, **14**(3),

MARKSTROM, U., 2014. Staying the course? Challenges in implementing evidence-based programs in community mental health services. *International journal of environmental research and public health*, **11**(10), pp. 10752-10769.

MARSHALL, M., CROWTHER, R., SLEDGE, W.H., RATHBONE, J. and SOARES-WEISER, K., 2011. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *The Cochrane Library*.

MARSHALL, M., CROWTHER, R., ALMARAZ-SERRANO, A., CREED, F., SLEDGE, W., KLUITER, H., ROBERTS, C., HILL, E., WIERSMA, D., BOND, G.R., HUXLEY, P. and TYRER, P., 2001. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health technology assessment (Winchester, England)*, **5**(21), pp. 1-75.

MATVEINEN, P. and KNAPE, N., 2015. *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013*. 6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

MIELI 2009 -TYÖRYHMÄ, PARTANEN, M., BERGMAN, V., MORING, J., NORDLING, E. and PARTANEN, A., 2010. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. *Selvityksiä 2009:3*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

MIELENTERVEYSLAKI. 1116/1990. Muokattu 954/1992. Muokattu 1423/2001. <http://finlex.fi>.

MORING, J., MARTINS, A., PARTANEN, A., BERGMAN, V., NORDLING, E. and NEVALAINEN V (TOIM.), 2011. *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti*. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

MORING, JUHA, BERGMAN, VIVECA, NORDLING, E., MARKKULA, JAANA, PARTANEN, AIRI and SOIKKELI, M.(.), 2013. *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012*. 15. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL).

MORRISON, A.P., LAW, H., BARROWCLOUGH, C., BENTALL, R.P., HADDOCK, G., JONES, S.H., KILBRIDE, M., PITT, E., SHRYANE, N., TARRIER, N., WELFORD, M. and DUNN, G., 2016.

OECD, 2015-last update, *OECD Health Statistics 2015 - Country Notes (FINLAND)*. Available: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2015-country-notes.htm> [January 8 th, 2017].

OKOLI, C. and PAWLOWSKI, S., D, 2004. The Delphi Method as a Research Tool: An Example, Design Considerations and Applications. *Information & Management*, **42**(1), pp. 15-29.

PARTANEN, A., MORING, J., NORDLING, E. and BERGMAN VIVECA (TOIM.), 2010. *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009*. 16. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL).

PATANA, P., 2014. *Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland*, OECD Health Working Papers, No.72, OECD Publishing. 72. France: OECD.

PATEL, V., COLLINS, P.Y., COPELAND, J., KAKUMA, R., KATONTOKA, S., LAMICHHANE, J., NAIK, S. and SKEEN, S., 2011. The movement for global mental health. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, **198**(2), pp. 88-90.

PEKURINEN, M., RÄIKKÖNEN, O. and LEINONEN TUIJA, 2008. *Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008*. 38. Helsinki: Stakes.

PERALA, J., SAARNI, S.I., OSTAMO, A., PIRKOLA, S., HAUKKA, J., HARKANEN, T., KOSKINEN, S., LONNQVIST, J. and SUVISAARI, J., 2008. Geographic variation and sociodemographic characteristics of psychotic disorders in Finland. *Schizophrenia research*, **106**(2-3), pp. 337-347.

PIRKOLA, S., SAARNI, S., SUVISAARI, J., ELOVAINIO, M., PARTONEN, T., AALTO, A.M., HONKONEN, T., PERALA, J. and LONNQVIST, J., 2009. General health and quality-of-life measures in active, recent, and comorbid mental disorders: a population-based health 2000 study. *Comprehensive psychiatry*, **50**(2), pp. 108-114.

PIRKOLA, S., SOHLMAN, B., HEILA, H. and WAHLBECK, K., 2007. Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, **58**(2), pp. 221-226.

PIRKOLA, S., SOHLMAN, B. and WAHLBECK, K., 2005. The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation - a nationwide register study. *BMC psychiatry*, **5**, pp. 32.

PIRKOLA, S., SUND, R., SAILAS, E. and WAHLBECK, K., 2009. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, **373**(9658), pp. 147-153.

PIRKOLA, S., VASTAMÄKI, M., LAAJASALO, T. and RISSANEN, A., 2013. VALO-hanke uudisti mielenterveyspalveluja yli organisaatorajojen. *Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning*, **68**(49), pp. 3254-3255.

POTILASLAKI. 785/1992. <http://finlex.fi>.

RAINIO, J. and RÄTY, T., 2015. *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. 2.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

RANTANEN, H., KOIVISTO, A.M., SALOKANGAS, R.K., HELMINEN, M., OJA, H., PIRKOLA, S., WAHLBECK, K. and JOUKAMAA, M., 2009. Five-year mortality of Finnish schizophrenia patients in the era of deinstitutionalization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **44**(2), pp. 135-142.

REFINEMENT, C., 2013 (last update), *Research on Financing Systems' effect on the Quality of Mental Health Care* (Project Ref No. 261459). Available: <http://www.refinementproject.eu> [Feb 15, 2016].

REZVYY, G., OIESVOLD, T., PARNIAKOV, A., PONOMAREV, O., LAZURKO, O. and OLSTAD, R., 2007. The Barents project in psychiatry: a systematic comparative mental health services study between Northern Norway and Archangelsk County. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **42**(2), pp. 131-139.

RUSH, B., FOGG, B., NADEAU, L. and FURLONG, A., 2008. *On the integration of mental health and substance use services and systems.* Ottawa: Canadian Executive Council on Addictions.

SAARNI, SI. and PIRKOLA, S., 2010. Quality of life of psychiatric patients. *Duodecim*. **126**(19), pp. 2265-2273.

SAARNI, S.I., SUVISAARI, J., SINTONEN, H., PIRKOLA, S., KOSKINEN, S., AROMAA, A. and LONNQVIST, J., 2007. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, **190**, pp. 326-332.

SALAMON, L., SOKOLOWSKI, S. and ANHEIER, H., 2000. Social origins of civil society: An Overview. Johns Hopkins Center for Civil Society Studies Baltimore, MD.

SALISBURY, T., KILLASPY, H. and KING, M., 2016. An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). *BMC Psychiatry*, **16**:54.

SALVADOR-CARULLA, L., ALVAREZ-GALVEZ, J., ROMERO, C., GUTIERREZ-COLOSIA, M.R., WEBER, G., MCDAID, D., DIMITROV, H., SPRAH, L., KALSETH, B., TIBALDI, G., SALINAS-PEREZ, J.A., LAGARES-FRANCO, C., ROMA-FERRI, M.T. and JOHNSON, S., 2013. Evaluation of an integrated system for classification, assessment and comparison of services for long-term care in Europe: the eDESDE-LTC study. *BMC health services research*, **13**, pp. 218-6963-13-218.

SALVADOR-CARULLA, L., AMADDEO, F., GUTIERREZ-COLOSIA, M.R., SALAZZARI, D., GONZALEZ-CABALLERO, J.L., MONTAGNI, I., TEDESCHI, F., CETRANO, G., CHEVREUL, K., KALSETH, J., HAGMAIR, G., STRASSMAYR, C., PARK, A.L., SFETCU, R., WAHLBECK, K. and GARCIA-ALONSO, C., 2015. Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care. *International journal of integrated care*, **15**, pp. e042-Dec.

SALVADOR-CARULLA, L., POOLE, M., BENDECT, M., ROMERO, C. and SALINAS, J.A., 2009. Coding long-term care services: eDESDE-LTC. *International journal of integrated care*, **9**(22),

SALVADOR-CARULLA, L., POOLE, M., GONZALEZ-CABALLERO, J.L., ROMERO, C., SALINAS, J.A., LAGARES-FRANCO, C.M., RIRAG/PSICOST GROUP and DESDE CONSENSUS PANEL, 2006. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, **(432)**(432), pp. 19-28.

SALVADOR-CARULLA, L., RUIZ, M., ROMERO, C., POOLE, M. and DESDE- LT 2.0 GROUP, 2012. ESMS- R European Service Mapping Schedule - Revised. *Eurooppalainen mielenterveyspalveluiden kartoittamistyökalu*. 55. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

SALVADOR-CARULLA, L., SALDIVIA, S., MARTINEZ-LEAL, R., VICENTE, B., GARCIA-ALONSO, C., GRANDON, P. and HARO, J.M., 2008. Meso-level comparison of mental health service availability and use in Chile and Spain. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, **59**(4), pp. 421-428.

SALVADOR-CARULLA, L., TIBALDI, G., JOHNSON, S., SCALA, E., ROMERO, C., MUNIZZA, C., CSRP GROUP and RIRAG GROUP, 2005. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain--an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **40**(2), pp. 149-159.

SAXENA, S., LORA, A., VAN OMMEREN, M., BARRETT, T., MORRIS, J. and SARACENO, B., 2007. WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, **58**(6), pp. 816-821.

SAXENA, S. and SKEEN, S., 2012. No health without mental health: challenges and opportunities in global mental health. *African journal of psychiatry*, **15**(6), pp. 397-400.

SCHRANK, B., BROWNELL, T., TYLEE, A. and SLADE, M., 2014. Positive psychology: an approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, **24**(3), pp. 95-103.

SEMRAU, M., BARLEY, EA., LAW, A and THORNICROFT, G. 2011. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*; **10**: 217–25.

SHANKS, V., WILLIAMS, J., LEAMY, M., BIRD, V.J., LE BOUTILLIER, C. and SLADE, M., 2013. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, **64**(10), pp. 974-980.

SHEN, G.C. and SNOWDEN, L.R., 2014. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International journal of mental health systems*, **8**(1), pp. 47-4458-8-47. eCollection 2014.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ, 2012a. Palvelurakennetyöryhmän Loppuraportti. 30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ, 2012b. Palvelurakennetyöryhmän VÄLIRAPORTTI. 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

SOSIAALI JA TERVEYSMINISTERIÖ, 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki, Suomi: Sosiaali- ja terveysministeriö.

SOSIAALI JA TERVEYSMINISTERIÖ, 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

SOSIAALI JA TERVEYSMINISTERIÖ. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus eli sote-uudistus. Available: www.stm.fi/sote-uudistus [21 October, 2016].

STENIUS, K., 2009. Fat words and thin concepts (Editorial.). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, **26**(4), pp. 337-338.

STENIUS, K., KEKKI, T., KUUSSAARI, K. and PARTANEN, A., 2012. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio - kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, **77**(2), pp. 167-175.

STENVALL, J., SYVÄJÄRVI, A., VAKKALA, H., VIRTANEN, P., KUOPPALA and KARI, 2015. Kunnat ajopuina - koskesta sumaan. Vuosina 2011–2014 kuntiin kohdistuneiden uudistusprosessien arviointi Acta 258. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

SOSIAALI JA TERVESMINISTERIÖ (STM), 1992. Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio. Työryhmämuistio 10. Helsinki.

SUONTAUSTA, P., 2016. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Pro Gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

TAIPALE, V., 1996. Mielenterveyspalveluselvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2. Helsinki.

TANSELLA, M. and THORNICROFT, G., 1998. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological medicine*, **28**(3), pp. 503-508.

THORNICROFT, G. and TANSELLA, M., 2013a. The balanced care model for global mental health. *Psychological medicine*, **43**(4), pp. 849-863.

THORNICROFT, G. and TANSELLA, M., 2013b. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, **202**(4), pp. 246-248.

THORNICROFT, G. and TANSELLA, M., 2004. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, **185**, pp. 283-290.

THORNICROFT, G., TANSELLA, M. and LAW, A., 2008. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, **7**(2), pp. 87-92.

TIBALDI, G., MUNIZZA, C., PASIAN, S., JOHNSON, S., SALVADOR-CARULLA, L., ZUCCHI, S., CESANO, S., TESTA, C., SCALA, E. and PINCIAROLI, L., 2005. Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. *The journal of mental health policy and economics*, **8**(2), pp. 95-106.

TIIHONEN, J., LONNQVIST, J., WAHLBECK, K., KLAUKKA, T., NISKANEN, L., TANSKANEN, A. and HAUKKA, J., 2011. No mental health without physical health. *Lancet*, **377**(9766), pp. 611-6736(11)60211-0.

TOMES, N., 2006. The patient as a policy factor: a historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health affairs (Project Hope)*, **25**(3), pp. 720-729.

TUOMISTO, L., ERHOLA, M., KAILA, M., BRANDER, P.E., PUOLIJOKI, H., KAUPPINEN, R. and KOSKELA, K., 2004. Asthma Programme in Finland: high consensus between general practitioners and pulmonologists on the contents of an asthma referral letter. *Primary care respiratory journal : journal of the General Practice Airways Group*, **13**(4), pp. 205-210.

TUORI, T. 2011a. Psykiatrinen sairaalahoido Suomessa vuosina 2004-2009. Teoksessa Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. MORING, J., MARTINS, A., PARTANEN, A., BERGMAN, V., NORDLING, E. and NEVALAINEN V (TOIM.), 2011. Raportti. Tampere: Terveystyön ja hyvinvoinninlaitos.

TUORI, T., 2011b. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. *Suuntaaja*, **1**, pp. 1-4.

VANDEKINDEREN, C., ROETS, G., ROOSE, R. and VAN HOVE, G., 2012. Rediscovering recovery: reconceptualizing underlying assumptions of citizenship and interrelated notions of care and support. *TheScientificWorldJournal*, **2012**, pp. 496579.

VAZQUEZ-BOURGON, J., SALVADOR-CARULLA, L. and VAZQUEZ-BARQUERO, J.L., 2012a. Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, **40**(6), pp. 323-332.

VAZQUEZ-BOURGON, J., SALVADOR-CARULLA, L. and VAZQUEZ-BARQUERO, J.L., 2012b. Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, **40**(6), pp. 323-332.

WAHLBECK, K., 2015. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, **14**(1), pp. 36-42.

WANG, W., SALDANA, L., BROWN, C.H. and CHAMBERLAIN, P., 2010. Factors that influenced county system leaders to implement an evidence-based program: a baseline survey within a randomized controlled trial. *Implementation Science*, **5**, pp. 72.

WESTMAN, J., GISSLER, M. and WAHLBECK, K., 2012. Successful deinstitutionalization of mental health care; increase life expectancy among people with mental disorders in Finland. *The European Journal of Public Health*, **22**(4), pp. 604-606.

WHO, 2017. Mental Health. Data and statistics <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics> [April 8 th 2017].

WHO, 2014. *Mental Health Atlas 2014*. , pp. 1-69.

WHO, 2013. *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneve: World Health Organization.

WHO, 2007 (last update). Strengthening mental health policies, plans and services in mental health facilities [March 17 th, 2016].

WHO, 2003 (last update). Mental health policy and service guidance package. [Homepage of World Health Organization], [Online]. Available: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/ [Feb 14th, 2017].

WHO, 2001 (last update). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Available: <http://www.who.int/whr/2001/en/> [Feb 5 th, 2017].

WINKLER, P., BARRETT B., MCCRONE, P., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., HÖSCHL, C. 2016. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry*. May; **208**(5):421-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161943. [April 8 th 2017].

WILLIAMS, J., LEAMY, M., BIRD, V., HARDING, C., LARSEN, J., LE BOUTILLIER, C., OADES, L. and SLADE, M., 2012. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **47**(11), pp. 1827-1835.

WITTCHEN, H.U., JACOBI, F., REHM, J., GUSTAVSSON, A., SVENSSON, M., JONSSON, B., OLESEN, J., ALLGULANDER, C., ALONSO, J., FARAVELLI, C., FRATIGLIONI, L., JENNUM, P., LIEB, R., MAERCKER, A., VAN OS, J., PREISIG, M., SALVADOR-CARULLA, L., SIMON, R. and STEINHAUSEN, H.C., 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, **21**(9), pp. 655-679.

Liitteet

Liite 1.

Tutkimuksessa käytettyjen sosioekonomisten indikaattoreiden tietosisällöt			
1. Mielenterveysindeksi, ikävakioimaton (ind. 254)			
Tietolähde	Ajalta	Päivitystiheys	Päivitetty
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)	2001–2013	Kerran vuodessa	14.11.2016
Tietosisältö			
Indikaattori on jaettu kolmeen osioon ja se pohjautuu neljään eri tietolähteeseen ja aineistoon:			
1. Itsemurhat ja sairaalahoitoon johtaneet itsemurhayritykset Indikaattori kuvaa itsemurhien (X60 - X84, Y870) tai sairaalahoitoon johtaneiden itsemurhayritysten määrän ikäryhmässä 16 - 79 suhteutettuna samanikäiseen väestöön.			
2. Psykoosiin liittyvät lääkkeiden erityiskorvausoikeudet Indikaattori kuvaa psykoosin (vaikeat psykoosit ja muut vaikeat mielenterveyden häiriöt, vaikeahoitoinen psykoosi) hoitoon myönnettyjen lääkekorvausoikeuksien määrän suhteutettuna väkilukuun.			
3. Mielenterveyssyistä johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet Indikaattori ilmaisee mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden (F00 - F99) vuoksi työ- ja/tai kansaneläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saaneiden 16 - 64-vuotiaiden määrän suhteutettuna samanikäiseen väestöön. Työkyvyttömyyseläkkeet käsittävät toistaiseksi myönnetty eläkkeet ja määräaikaaiset kuntoutustuet.			
Indeksin arvo on aikasarjan viimeisenä vuotena koko maassa 100. Aikasarjoja tarkasteltaessa on huomioitava, että myös aiempien tarkasteluvuosien indeksin arvot muuttuvat uuden päivityksen myötä.			
Tulkinta			
Indikaattori kuvaa kolmen ulottuvuuden avulla mielenterveyden ongelmia suhteutettuna vastaavan ikäiseen väestöön. Kukin kolmesta osiosta muodostaa kolmanneksen sairausryhmän kokonaispainosta sairastavuusindeksissä. Itsemurhat ja niiden yritykset vaikuttavat yhtä suurella painolla osiossa 1.			
Alueen ikärakenne vaikuttaa indeksiin, sillä mielenterveysongelmien yleisyys on erilainen eri ikäryhmissä. Ikävakioimaton indeksi heijastelee alueelle kohdentuvaa mielenterveysongelmista			

<p>aiheutuvaa sairastavuustaakkaa ja esimerkiksi sen aiheuttamaa palvelujen tarvetta verrattuna koko maan tasoon.</p> <p>Sen sijaan alueiden mielenterveyden ongelmien vertailuun soveltuu paremmin indeksin ikävakioidu versio (id: 253), johon alueiden ikärakenteiden erot eivät vaikuta.</p>
<p>Luokitukset</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kunta, maakunta, sairaanhoitopiiri, aluehallintoviraston alue, erityisvastuualue, koko maa
<p>Asiasanat</p>
<ul style="list-style-type: none"> • sairastavuus
<ul style="list-style-type: none"> • sairastavuusindeksi
<ul style="list-style-type: none"> • terveydentila
<ul style="list-style-type: none"> • mielenterveys
<ul style="list-style-type: none"> • THL:n sairastavuusindeksi
<p>Tietolähteet</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tilasto lääkkeiden korvausoikeuksista (Kela)
<ul style="list-style-type: none"> • Kuolemansyyt (Tilastokeskus) Tilastokeskus tekee tilastoa kuolemansyistä ja kuolleisuuden kehityksestä. Kuolemansyytilasto perustuu kuolintodistuksen tietoihin, joita täydennetään väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmän tiedoilla. Kuolemansyytilastossa ovat mukana kalenterivuoden aikana Suomessa tai ulkomailla kuolleet, joilla kuolinhetkellä oli kotipaikka Suomessa.
<ul style="list-style-type: none"> • Terveystieteiden tutkimuskeskus (HILMO) (THL) Tietosisältö: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laitoshoidon ja päiväkirurgian. Kerättäviä tietoja ovat mm. asiakkaan tunnistetiedot, ikä, sukupuoli, kotikunta, hoitoon liittyvä hoitoaika, diagnoosi- ja toimenpidetiedot sekä tiedot hoitoon lähettävästä tahosta sekä jatkohoitopaikasta. Tiedot kerätään asiakas/potilaskohtaisesti hoitojakson päättyessä sekä vuoden lopussa laitoksissa sisällä olevista potilaista. Tiedot ilmoittaa palvelun tuottaja. Hoitoilmoituksista kootaan valtakunnallinen terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rekisteri valmistuu toukokuun lopussa. <p>Terveystieteiden tutkimuskeskukselta on kerätty vuodesta 1994 ja päiväkirurgian tietoja vuodesta 1995 lähtien. Hoitoilmoitusrekisterin tiedoilla voidaan kuvata laitoshoidon käyttöä eri potilas- ja asiakasryhmissä, laitoshoidon palvelurakennetta, potilasvirtoja ja -varantoja sekä hoidosta aiheutuvia kustannuksia.</p>

<p>Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) tuotetaan hoitoilmoitusrekisterin pohjalta tilastojulkaisuja. THL:n kautta saadaan myös luvat tietojen käyttöön tutkimustarkoituksiin. Hoitoilmoitusrekisterin tietoja on maksutta saatavissa verkosta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen tilastoista sekä tietokantaraporteista.</p>
<p>Rajoitukset</p>
<p>Riittävän tapausmäärän varmistamiseksi pienimmillekin aluetasolle indeksin laskemisessa on käytetty kolmen peräkkäisen vuoden tietoja. Esimerkiksi vuoden 2009 indeksin laskennassa on käytetty vuosien 2008 - 2010 tietoja. Tästä huolimatta pienimmissä kunnissa satunnaisvaihtelu vaikuttaa tuloksiin huomattavasti ja sen vuoksi sairausryhmittäiset indeksit esitetään vain yli 2000 asukkaan kunnille. Indeksien arvoille on laskettu myös virhemarginaalit (luottamusvälit), joiden avulla on mahdollista arvioida satunnaisvaihtelun vaikutusta indeksin arvoihin. Virhemarginaalien huomiointi on välttämätöntä pienten kuntien tulosten tulkinnassa. Kaikkien kuntien sairausryhmittäiset indeksit ovat saatavissa luottamusväleineen Terveytemme - verkkopalvelusta.</p>
<p>Huomautukset</p>
<p>Kaikki kuntien sairastavuusindeksit on saatavissa luottamusväleineen Terveytemme-verkkopalvelusta.</p>
<p>Lisätiedot</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Terveytemme-verkkopalvelun sairastavuusindeksit
<ul style="list-style-type: none"> • Terveytemme-verkkopalvelusta sairastavuusindeksit luottamusväleineen.
<ul style="list-style-type: none"> • Seppo Koskinen (etunimi.sukunimi@thl.fi)
<p>Kuuluu ryhmiin</p>
<ul style="list-style-type: none"> • THL:n sairastavuusindeksit

2. Koulutustasomittain (ind. 180)			
Tietolähde	Ajalta	Päivystiheys	Päivitetty
Tilastokeskus	1990–2015	Kerran vuodessa	11.11.2016
Tietosisältö			
<p>Indikaattori ilmaisee väestön koulutustason, joka on mitattu laskemalla perusasteen jälkeen suoritettujen korkeimman koulutuksen keskimääräinen pituus henkeä kohti. Väestön koulutustasoa osoittava mittain kuvaa väestöryhmän koulutustasoa koulutuspiduudella. Esimerkiksi koulutustasoluku 246 osoittaa, että teoreettinen koulutusaika henkeä kohti on 2,5 vuotta peruskoulun suorittamisen jälkeen. Väestön koulutustasoa mitattaessa perusjoukkona käytetään tavallisesti 20 vuotta täyttänyttä väestöä. Näin siksi, että alle 20 -vuotiaat ovat pääsääntöisesti vielä koulussa eivätkä näin ollen ole ehtineet suorittaa tutkintoa. Tutkinnon suorittaneella väestöllä tarkoitetaan lukioissa, ammatillisissa oppilaitoksissa, ammattikorkeakouluissa, yliopistoissa ja korkeakouluissa tutkinnon suorittaneita sekä näyttötutkintona ammatillisen perustutkinnon, ammattitutkinnon tai erikoisammattitutkinnon suorittaneita. Pelkästään peruskoulun, keskikoulun ja kansakoulun käyneet eivät kuulu tutkinnon suorittaneeseen väestöön. Tutkinnot on luokiteltu henkilön korkeimman, viimeksi suoritettujen ammatillisen tutkinnon mukaan.</p>			
Tulkinta			
Mittaimen avulla voidaan helposti vertailla eri alueiden välisiä koulutustasoeroja sekä seurata ajassa tapahtuvia muutoksia.			
Luokitukset			
<ul style="list-style-type: none"> Kunta, seutukunta, maakunta, aluehallintoviraston alue, suuralue, Manner-Suomi/Ahvenanmaa, sairaanhoitopiiri, erityisvastuualue, koko maa 			
Asiasanat			
<ul style="list-style-type: none"> koulutus 			
Tietolähteet			
<ul style="list-style-type: none"> Väestön koulutus rakenne (Tilastokeskus) 			
Rajoitukset			
Koulutustiedot kerätään tutkintorekisteriin suoraan oppilaitoksilta. Tästä syystä tutkintotiedot ovat Suomessa suoritettujen tutkintojen osalta luotettavia. Sen sijaan ulkomailla suoritetuista tutkinnoista ei ole kattavaa tietoa.			

Lisätiedot
<ul style="list-style-type: none"> • Tilastokeskus: Oppilaitostilastot-julkaisu
<ul style="list-style-type: none"> • Kaija Ruotsalainen (etunimi.sukunimi@tilastokeskus.fi)
Kuuluu ryhmiin
<ul style="list-style-type: none"> • Sosioekonominen rakenne (Hyvinvointikompassi)
<ul style="list-style-type: none"> • Koulutusrakenne
<ul style="list-style-type: none"> • Yleiset

3. Työttömät, % työvoimasta (ind. 181)			
Tietolähde	Ajalta	Päivitystiheys	Päivitetty
Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM)	1991–2015	Kerran vuodessa	29.9.2016
Tietosisältö			
Indikaattori ilmaisee työttömien osuuden prosentteina työvoimasta.			
Työttömänä pidetään työnhakijaa, joka ei ole työsuhteessa eikä työttömyysturvalain 2 luvussa tarkoitettulla tavalla työllisty päätoimisesti yritystoiminnassa tai omassa työssään ja joka ei ole työttömyysturvalain 2 luvussa tarkoitettu päätoiminen opiskelija.			
Työttömänä pidetään myös työsuhteessa olevaa, joka on kokonaan lomautettu (03) tai jonka säännöllinen viikoittainen työskentelyaika on alle 4 tuntia. Vuoden 2013 alussa tapahtuneen lakimuutoksen myötä työttömillä työnhakijoilla ei enää ole ikärajoja, joten minkä ikäinen henkilö vain on voinut olla työtön työnhakija vuoden 2013 alusta lähtien. Päätoimisia koululaisia ja opiskelijoita ei lueta työttömiksi myöskään lomien aikana.			
Yhteensä työttömät keskimäärin vuoden aikana ilmoitetaan jokaisen kuukauden viimeisen päivän työttömien työnhakijoiden (työttömät ja kokoaikaisesti lomautetut, joiden työhakemus on laskentapäivänä voimassa) määristä laskettuna keskiarvona. Tiedot ilmoitetaan joka kuukausi elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksittain, sukupuolen mukaan.			

<p>Työllinen on henkilö, joka tutkimusajankohtana teki vähintään yhtenä päivänä työtä palkkaa tai voittoa saadakseen tai työskenteli avustavana perheenjäsenenä vähintään kolmanneksen alan normaalista työajasta tai oli työpaikastaan tilapäisesti poissa. Työvoimaan luetaan kaikki henkilöt, jotka tutkimusajankohtana olivat työllisiä tai työttömiä.</p>
<p>Työvoiman määrä saadaan vasta noin kaksi vuotta tilastovuoden päättymisen jälkeen Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastosta. Sitä käytetään työttömyystietojen suhteuttajana.</p>
<p>Työttömyyttä seurataan Suomessa kuukausittain kahdella eri tilastolla. Tilastokeskuksen työvoimatutkimus perustuu otantaan. Sotkanetin Suomen eri aluetasoilla saatavien indikaattorien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Työttömät, % työvoimasta (id 181) - Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä (id 326) - Nuorisotyöttömät, % 18-24 -vuotiaasta työvoimasta (id 189) <p>Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta (id 3562) perustana käytettävä työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilasto perustuu työ- ja elinkeinotoimistojen asiakasrekisterien tietoihin.</p>
<p>Työvoimatutkimuksen ja työnvälitystilaston työttömyysluvut poikkeavat toisistaan, mikä johtuu tilastointiperusteiden eroista työnhaun aktiivisuuden ja työmarkkinoiden käytettävissä olon osalta. Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilasto perustuu lainsäädäntöön ja hallinnollisiin määräyksiin. Tilastokeskuksen työvoimatutkimus noudattaa sen sijaan Kansainvälisen työjärjestön ILO:n tilastointisuosituksia ja EU:n tilastoviraston Eurostat'in käytäntöjä.</p>
<p>Tulkinta</p>
<p>Tulkinta Kunnan avainpäihdeindikaattoreihin liittyen: Työ toimii usein elämän rytmittäjänä ja työttömyyden kohdatessa riski syrjäytymiselle ja lisääntyneelle päihdeiden käytölle kasvaa. Runsas päihdeiden käyttö voi myös johtaa työttömyyteen. Toisaalta työssä kiinni pysyminen voi edesauttaa päihdeidenkäytön hallintaa. Työttömyyden yleisyys päihdeongelmallisilla tulee esille päihdetapauslaskennoissa ja huumehoidon tietojärjestelmässä.</p> <p>Päihdetapauslaskennassa (2003) todettiin, että päihde-ehtoista tapauksista lähes puolet alle 50-vuotiaista oli työttömiä ja myös eläkkeellä olevien osuus oli suurempi kuin työssäkäyvien. Huumehoidon tietojärjestelmän mukaan huumehoidon asiakaskunnasta työttömien osuus oli 62% (2004).</p> <p>Matti Kortteisen & Hannu Tuomikosken (1998) mukaan aikuiselämän kriisejä kestävä huonoimmin alhaisen ammattitaidon ja alhaisen tulotason omaavat ihmiset. Mitä enemmän työttömyys, sairaus ja köyhyys keskittyvät samoille ihmisille, sitä selvemmin huono-osaisuus kasaantuu. Työttömien selviytymisessä keskeinen tekijä on luottamus muihin ihmisiin: Mitä selvemmin työtön kokee elävänsä yksin, sitä todennäköisemmin hän sairastuu ja tätä kautta syrjäytyy vakavammin. Myös Suomalaisten hyvinvointi 2006 -teoksessa työttömyyden todettiin olevan olevan muun huono-osaisuuden takana vaikuttava tekijä. Työ antaa elämälle jäsenyyden, työssä joutuu kontakteihin ja kokemusten jakoon muiden ihmisten kanssa, työ luo yhteisöllisiä tavoitteita ja arvoja, antaa sosiaalisen identiteetin ja statuksen sekä pakottaa aktiiviseksi (Silvonen 1998).</p>

Luokitukset
<ul style="list-style-type: none"> • miehet, naiset, yhteensä
<ul style="list-style-type: none"> • Kunta, seutukunta, maakunta, aluehallintoviraston alue, suuralue, Manner-Suomi/Ahvenanmaa, sairaanhoitopiiri, erityisvastuualue, koko maa
Asiasanat
<ul style="list-style-type: none"> • päihdeavainindikaattorit
<ul style="list-style-type: none"> • työttömyys
<ul style="list-style-type: none"> • työttömät
<ul style="list-style-type: none"> • syrjäytyminen
<ul style="list-style-type: none"> • huono-osaisuus
Tietolähteet
<ul style="list-style-type: none"> • Työssäkäyntitilasto (Tilastokeskus)
<ul style="list-style-type: none"> • Työnvälitystilasto (TEM)
Rajoitukset
<p>Työttömyyttä seurataan Suomessa kuukausittain kahdella eri tilastolla. Tilastokeskuksen työvoimatutkimus perustuu otantaan. Sotkanetin Suomen eri aluetasoilla saatavat indikaattorit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Työttömät, % työvoimasta (id. 181) - Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä (id. 326) - Nuorisotyöttömät, % 18-24-vuotiaasta työvoimasta (id. 189) käytettävä työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilasto perustuu työ- ja elinkeinotoimistojen asiakasrekisterin tietoihin.

Työvoimatutkimuksen ja työnvälitystilaston työttömyysluvut poikkeavat toisistaan, mikä johtuu tilastointiperusteiden eroista työnhaun aktiivisuuden ja työmarkkinoiden käytettävissä olon osalta. Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilasto perustuu lainsäädäntöön ja hallinnollisiin määräyksiin. Tilastokeskuksen työvoimatutkimus noudattaa sen sijaan Kansainvälisen työjärjestön ILO:n tilastointisuosituksia ja EU:n tilastoviraston Eurostat'in käytäntöjä.

Yksilökohtaiset tiedot ovat salassa pidettäviä. Alle 5 tapauksen tietoja ei tietosuojan vuoksi julkaista.

Lisätiedot

- Petri Syvänen (etunimi.sukunimi@tem.fi)

Kuuluu ryhmiin

- Yleiset
- Työttömyys
- Päihdehaittoja ennakoivat tekijät
- Palvelujen tarpeeseen vaikuttavia taustatekijöitä

4. Alkoholijuomien kokonaiskulutus asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa (ind. 3629)			
Tietolähde	Ajalta	Päivystiheys	Päivitetty
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)	1990–2015	Kerran vuodessa	18.4.2016
Tietosisältö			
Indikaattori ilmaisee alkoholijuomien kokonaiskulutuksen 100 %:n alkoholina asukasta kohti laskettuna. Alkoholijuomien kokonaiskulutus muodostuu alkoholijuomien tilastoidusta ja tilastoimattomasta kulutuksesta.			
Tilastoitu alkoholijuomien kulutus käsittää myynnin Alkon myymälöistä sekä alkoholijuomien tukkumyyjien toimitukset elintarvikeliikkeille, kioskeille ja huoltoasemille sekä anniskeluravintoloille 100 %:n alkoholina. Tilastoimaton alkoholijuomien kulutus sisältää alkoholijuomien laillisen ja laittoman kotivalmistuksen, matkustajien alkoholin tuonnin, salakuljetuksen ja korvikkeet sekä suomalaisten Suomen rajojen ulkopuolella kuluttaman alkoholin vähennettynä ulkomaalaisten Suomesta ostamalla ja kuluttamalla alkoholilla. Tilastoimaton alkoholijuomien kulutus arvioidaan vuosittain koko maan tasolla. Tilastoimattoman kulutuksen osuus alkoholijuomien kokonaiskulutuksesta on noin viidennes.			
Tulkinta			
Alkoholijuomien kokonaiskulutus antaa tarkan kuvan alkoholijuomien kulutuksen määrästä ja kehityksestä Suomessa. Alkoholijuomien kokonaiskulutus on ollut nousussa 2000-luvun alusta lähtien ja on nykyisin historiallisen korkealla tasolla. Alkoholijuomien kokonaiskulutuksen kasvuun ovat 2000-luvulla vaikuttaneet muun muassa alkoholijuomien tuontikiintiöiden poistaminen Suomeen toisista EU-maista saapuvilta matkustajilta vuonna 2004, Viron liittyminen EU:n jäseneksi samana vuonna sekä alkoholijuomien valmisteverojen alentaminen keskimäärin kolmanneksella. Vuonna 2004 alkoholijuomien kokonaiskulutus kasvoikin lähes 10 prosenttia, kun sekä tilastoitu alkoholijuomien kulutus että tilastoimaton kulutus kasvoivat.			
Alkoholijuomien tilastoidun kulutuksen ja alkoholin kulutukseen yhteydessä olevien haittojen hillitsemiseksi Suomessa korotettiin alkoholijuomien valmisteveroja ensimmäisen kerran vuoden 2008 alussa ja sen jälkeen vielä kahdesti vuoden 2009 aikana. Vuonna 2008 alkoholijuomien kokonaiskulutus laskikin hieman tilastoidun kulutuksen vähennyttyä.			
Luokitukset			
<ul style="list-style-type: none"> • Koko maa 			

Asiasanat
<ul style="list-style-type: none"> • alkoholi
<ul style="list-style-type: none"> • elintavat
<ul style="list-style-type: none"> • alkoholinkulutus
<ul style="list-style-type: none"> • päihteet
Tietolähteet
<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholijuomien kulutus -tilasto (THL) Tilasto sisältää tietoja alkoholin tilastoidusta ja tilastoimattomasta kulutuksesta koko maan tasolla. Alkoholijuomien myyntitieto saadaan Valviran ylläpitämästä alkoholielinkeinorekisteristä. Tiedot alkoholijuomien myynnistä kerätään kuntatasolla ja valtakunnallisesti summatasolla. Tilastoimattoman kulutuksen tiedot perustuvat TNS Gallupin toteuttamaan alkoholijuomien matkustajatuonnin viikottaiseen seurantaan.
Lisätiedot
<ul style="list-style-type: none"> • THL: Alkoholijuomien myynti- ja kulustilastot
<ul style="list-style-type: none"> • THL: Alkoholijuomien hintakehitys
<ul style="list-style-type: none"> • THL: Alkoholijuomien kulutus
<ul style="list-style-type: none"> • Sirpa Virtanen (etunimi.sukunimi@thl.fi)
Kuuluu ryhmiin
<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholi- ja huume-tietojen indikaattorit

5. Keskimääräinen eläkkeelle siirtymisikä (ind. 307)			
Tietolähde	Ajalta	Päivitystiheys	Päivitetty
Eläketurvakeskus (ETK)	2002–2014	Kerran vuodessa	11.5.2016
Tietosisältö			
Indikaattori ilmaisee eläkkeelle (vanhuus-, työkyvyttömyys-, työttömyys- tai maatalouden erityiseläkkeelle) siirtyneiden aritmeettisen keskiarvoian. Osa-aikaeläkkeelle siirtyneet eivät ole mukana keskiarvossa.			
Luokitukset			
<ul style="list-style-type: none"> • miehet, naiset, yhteensä 			
<ul style="list-style-type: none"> • Kunta, seutukunta, maakunta, aluehallintoviraston alue, suuralue, Manner-Suomi/Ahvenanmaa, sairaanhoitopiiri, erityisvastuualue, koko maa 			
Asiasanat			
<ul style="list-style-type: none"> • eläkkeet 			
Tietolähteet			
<ul style="list-style-type: none"> • Kela / ETK yhteistilasto 			
Lisätiedot			
<ul style="list-style-type: none"> • http://www.etk.fi 			
<ul style="list-style-type: none"> • tilastot@etk.fi 			
Kuuluu ryhmiin			
<ul style="list-style-type: none"> • Eläkkeet 			
<ul style="list-style-type: none"> • Työkäiset 			

6. Yhden hengen asuntokunnat, % asuntokunnista (ind. 324)			
Tietolähde	Ajalta	Päivitystiheys	Päivitetty
Tilastokeskus	1990–2015	Kerran vuodessa	22.9.2016
Tietosisältö			
<p>Indikaattori ilmaisee yhden hengen asuntokuntien osuuden prosentteina kaikista asuntokunnista. Asuntokunnan muodostavat kaikki samassa asunnossa vakinaisesti asuvat henkilöt. Asuntokunnat ja asuinolot -tilaston perusjoukon muodostavat vakinaisesti varsinaisissa asunnoissa asuvat henkilöt eli ns. asuntoväestö. Henkilöitä, jotka ovat Väestötietokeskuksen väestötietojärjestelmän mukaan kirjoilla laitoksissa, asunnottomia, ulkomailla ja tietymättömissä olevia, ei lueta asuntoväestöön. Asuntolarakennuksiksi luokitelluissa rakennuksissa asuvat henkilöt, joiden asunto ei täytä asuinhuoneiston määritelmää, eivät myöskään muodosta asuntokuntaa.</p>			
Väestösuhteutus on tehty THL:ssä käyttäen Tilastokeskuksen Väestötilaston tietoja.			
Luokitukset			
<ul style="list-style-type: none"> Kunta, seutukunta, maakunta, aluehallintoviraston alue, suuralue, Manner-Suomi/Ahvenanmaa, sairaanhoitopiiri, erityisvastuualue, koko maa 			
Asiasanat			
<ul style="list-style-type: none"> asuntokunnat 			
<ul style="list-style-type: none"> asuminen 			
<ul style="list-style-type: none"> yksinasuvat 			
Tietolähteet			
<ul style="list-style-type: none"> Asuntokunnat ja asuinolot (Tilastokeskus) 			
Lisätiedot			
<ul style="list-style-type: none"> asuminen.tilasto@tilastokeskus.fi 			
Kuuluu ryhmiiin			
<ul style="list-style-type: none"> Perherakenne (Hyvinvointikompassi) 			
<ul style="list-style-type: none"> Eri ikäryhmien asuntokunnat 			
<ul style="list-style-type: none"> Yleiset 			

Liite 2. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveyden-huollon järjestämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi (luonnos 8.8.2014; yksityiskohtaiset perusteet) 5 §: Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.

Järjestämisvastuussa olevien sosiaali- ja terveysalueiden ja tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien tulee tämän mukaisesti huolehtia lähipalvelujen asianmukaisesta toteuttamisesta. Lähipalvelut ovat merkityksellisiä erityisesti paljon ja usein palveluja tarvitseville henkilöille, joiden on lisäksi vaikea hakeutua etäällä oleviin palveluihin.

Lähipalvelut ovat palveluja, joita väestö käyttää usein ja ainakin osa väestöstä käyttää niitä toistuvasti, jopa päivittäin. Myös harvoin tarvittavat ja keskitetysti tuotetut palvelut voivat olla asiakkaan luokse tai lähelle tuotavia lähipalveluja. Asiakkaan näkökulmasta lähipalvelut ovat saavutettavissa esimerkiksi kotiin tarjottavina palveluina, sähköisinä palveluina, lähellä jokapäiväistä elinympäristöä tarjottavina palveluina ja liikkuvina palveluina. Lähellä tarjottavat palvelut voivat sisältää myös erityisosaamista edellyttäviä palveluita, jotka jalkautetaan vaikka niiden fyysinen toimipiste saattaa olla keskitetty. Olennaista ei ole fyysisen toimipisteen sijaitseminen.

Kaikkia palveluja ei ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaista hajauttaa ja järjestää lähipalveluina. Tällaisia ovat esimerkiksi harvoin tarvittavat palvelut, jotka edellyttävät erityisosaamista tai kalliita laitteita. Nämä palvelut on perusteltua järjestää keskitetysti. Keskittämisellä voidaan varmistaa palvelujen hyvä laatu ja turvallisuus sekä myös taloudellisesti järkevä ja kustannustehokas toteuttaminen. Tarkoituksenmukainen keskittäminen voi myös mahdollistaa sen, että palveluja on saatavissa yhdenvertaisesti eri puolilla maata. Säännöksen mukaan palveluja saa keskittää vain, jos siihen on lainkohdassa nimenomaisesti todetut perusteet. Ensimmäinen peruste liittyy palvelujen saatavuuden ja laadun turvaamiseen. Keskittäminen on mahdollista, jos saatavuus ja laatu edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja. Toisessa keskittämisperusteessa edellytetään täyttyvän sekä palvelujen tarkoituksenmukaisen toteutuksen että kustannustehokkuuden vaatimukset.

Alkuperäisjulkaisut I-IV

