



Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut

REFINEMENT -hankkeen tuloksia

Petra Suontausta, Satu Niskanen & Sami Pirkola

11/2015

Alkusanat

Tässä raportissa tarkasteltu Refinement –palvelujärjestelmätieto on kerätty Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin tuella 1.3.-31.8.2015, Tampereen yliopiston Terveystieteen yksikön toimesta, osana kansainvälistä tutkimushanketta. Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialue ja mielenterveystyön kehittämissyksikkö (PMT) osallistuivat selvityksen alkuvaiheen pohjustamiseen.

Tuloksia voidaan hyödyntää alueellisissa mielenterveyspalveluiden kehittämishankkeissa, jollaisia useissa sairaanhoitopiireissä on joko jo toteutettu tai ollaan toteuttamassa. Tieto voi toimia Benchmarking –välineenä ja osoittimena suunnista, joihin ollaan menossa muun muassa Mieli 2009 –suunnitelman viitoittamana ja toisaalta kansainvälisten trendien mukaisesti. Tietoa hyödynnetään myös kansainvälisessä tieteellisessä palvelujärjestelmätutkimuksessa. Kerättyyn palvelujärjestelmätietoon on tutkijoilla vapaa pääsy Refinement –hankkeen kautta.

Sami Pirkola, MD, PhD, Sosiaalipsykiatrian professori

Petra Suontausta, YTM, TtM-opiskelija

Satu Niskanen, toimintaterapeutti, TtM-opiskelija

Sisällysluettelo

REFINEMENT-hanke	3
Henkilötyövuodet palvelutyypeittäin	4
Terveydenhuollon henkilötyövuodet erikoissairaanhoidon ja perustason palveluissa	8
Henkilötyövuodet ammattiryhmittäin	9
Henkilötyövuodet eri asiakasryhmien palveluissa	12
Psykiatrisen sairaalahoidon käyttömäärät kunnittain	14
Mielenterveyspalveluiden tarve alueittain	15
LIITE 1: ESMS-R kartoituspuu.	18

Keskeiset tulokset:

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilöstöresurssit painottuvat ympärivuorokautisiin toimintoihin.
- Terveydenhuollon henkilöstöresurssit painottuvat erikoissairaanhoidon.
- Sairaanhoidajat ja koulutason hoitajat ovat suurimmat ammattiryhmät mielenterveys- ja päihdepalveluissa.
- Henkilöstöresurssit ovat suurimmat mielenterveyspalveluissa. Vain pieni osa resursseista sijoittuu integroituihin mielenterveys- ja päihdepalveluihin.
- Psykiatrisen laitoshoidon käyttö vaihtelee kunnittain.
- Mielenterveyspalveluiden tarve vaihtelee kunnittain.

REFINEMENT-hanke

REFINEMENT–tutkimushankkeen¹ tarkoituksena on selvittää ja vertailla mielenterveyspalveluiden rahoitus- ja järjestämistapoja ja niiden yhteyttä mielenterveyspalveluiden laatuun eri maissa Euroopassa. Hanke on saanut EU:n komission rahoitusta vuosille 2011-2013, jolloin mukana oli yhdeksän Euroopan maata.² Suomessa hankkeesta vastaa edelleen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.³ Hankkeeseen liittyvä palvelujärjestelmäkartoitus strukturoidulla ESMS-R–työkalulla aloitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) alueella maaliskuussa 2015 yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Tampereen yliopiston kanssa. Hankkeen puitteissa on aiemmin julkaistu erilliset raportit Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen (Carea), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) alueista. Raportit löytyvät hankkeen verkkosivujen kautta.⁴ Tämä tiivistetty raportti kuvaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen palvelujärjestelmän kokonaisuutta kartoituksessa saatujen tietojen mukaisesti. Raportti painottuu palvelujärjestelmän poikkileikkauskuvaan vuonna 2013 ja vertailuun muiden kartoitettujen sairaanhoitopiirien alueiden kanssa.

PSHP:n alueella on hankkeen puitteissa kartoitettu kaikki yli 18-vuotiaille henkilöille suunnatut mielenterveys- ja päihdepalvelut. Hanke käsittää sekä terveydenhuollon että sosiaalipalveluina toteuttavat mielenterveyspalvelut, mukaan lukien päihdepalvelut sekä kolmannen sektorin palvelut. Kaikki julkiset mielenterveyspalveluja tarjoavat tahot, mukaan lukien perusterveydenhuollon palvelut, kuuluvat tutkimuksen piiriin. Valtion mielisairaalat on myös otettu kartoitukseen mukaan, mutta tässä raportissa esitetyissä luvuissa niiden resursseja ei ole huomioitu.

Tutkimuksesta on rajattu pois kehitysvammaisten palvelut, iäkkäiden erityispalvelut sekä työterveyshuolto.⁵ Lisäksi kunnan järjestämisvastuun ulkopuolella olevat yksityisen terveydenhuollon vastaanottopalvelut on jätetty pois kartoituksesta.

Mielenterveys- ja päihdepalveluyksiköiden kartoitus on toteutettu yhteistyössä kuntien ja palveluntuottajien kanssa. Palveluyksiköiltä on kerätty tietoa mm. palvelun luonteesta, henkilöstöresursseista, rakenteista, kustannuksista ja asiakasmääristä. Henkilöstöresursseissa on huomioitava, että kartoitukseen on otettu mukaan vain asiakastyöhön osallistuva henkilökunta. ESMS-R –työkalun mukainen palveluiden kartoituspuu löytyy raportin lopusta (LIITE 1). ESMS-R -oppaaseen voi tutustua myös sähköisesti.⁶

¹ REFINEMENT - REsearch on FINancing systems' Effects on the quality of MENTAl health care in Europe, 2011-2013

² http://ec.europa.eu/research/health/public-health/health-systems/projects/refinement_en.html

³ http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/refinement

⁴ www.thl.fi/refinement

⁵ Työterveyshuollossa ei juuri ole tarjolla mielenterveys- tai päihdepalveluja. Esimerkiksi vuonna 2013 kuntien palveluissa kirjattiin 2,4 miljoonaa mielenterveyskäyntiä, kun taas työterveyden puolella käyntejä psykologin tai psykiatrin luona oli vain 50 000.

⁶ ESMS-R on lyhenne sanoista ”The European Service Mapping Schedule – Revised”. Kartoitustyökalun suomennettu käyttöopas löytyy osoitteesta: <https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/ESMS-R.pdf/b6b532f4-aafb-4ca9-9dcd-c94f39a3ffd5>.

Henkilötyövuodet palvelutyypeittäin

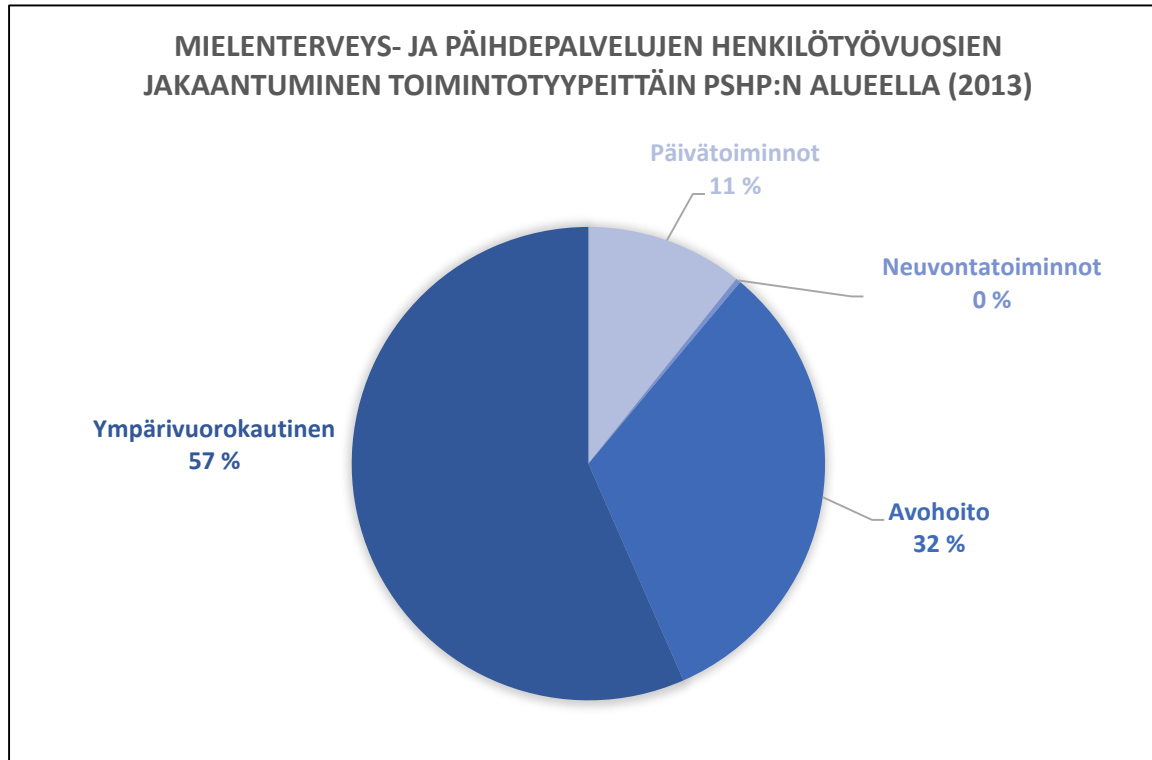
PSHP:n alueen ESMS-R -kartoituksessa vuodelta 2013 saatujen tietojen perusteella mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstöresurssit painottuvat ympärivuorokautisen hoidon palveluihin (Kuvio 1). Yli puolet mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilötyövuosista sijoittuu ympärivuorokautisiin toimintoihin. Ympärivuorokautiset palvelut sisältävät sellaiset palvelut, joissa asiakas yöpyy terveydentilansa tai siihen liittyvän sosiaalisen tilanteen vuoksi (sisältää mm. laitoshoidon ja erilaiset asumispalvelut).

Vajaa kolmasosa henkilötyövuosista sijoittuu avohoidon palveluihin. Avohoito sisältää sekä vastaanotolla toteutettavan asiakastyön että liikkuvat avohoidon palvelut (mm. psykiatrinen kotikuntoutus ja tuettu asuminen). Päivätoiminnoiksi taas on luokiteltu sellaiset palvelut, jotka ovat yhtäaikaisesti tarjolla joukolle asiakkaita ja joissa asiakkaat viettävät oletettavasti enemmän aikaa kuin henkilökohtaisten tapaamisten vaatiman ajan. Päivätoiminnot tarjoavat yleensä jonkinasteista yhdistelmähoitoa esimerkiksi järjestetyn toiminnan ja sosiaalisen tuen muodossa. Päivätoimintoihin sijoittuu noin kymmenesosa henkilötyövuosista.

Neuvontatoiminnot ovat palveluita, joiden tavoitteena on tarjota mielenterveys- ja päihdeasiakkaille tietoa tai arvioida heidän tarpeitaan, mutta näissä toiminnoissa ei toteuteta itse hoitoa tai hoidon seuranta. PSHP:n alueelta kartoitettiin yksi neuvontatoiminto. Lisäksi PSHP:n alueella toimii oma- ja vapaaehtoisavun toimintoja noin 20 (itsehoito- ja vertaistukiryhmiä), joissa ei ole henkilöstöresursseja. Neuvontatoiminnot ja oma- ja vapaaehtoisapu eivät näin käytännössä näy tässä raportissa, sillä raportti keskittyy kuvaamaan palveluita lähinnä henkilöstöresursoinnin kautta. Nämä toiminnot ovat kuitenkin osa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluiden kokonaisuutta.

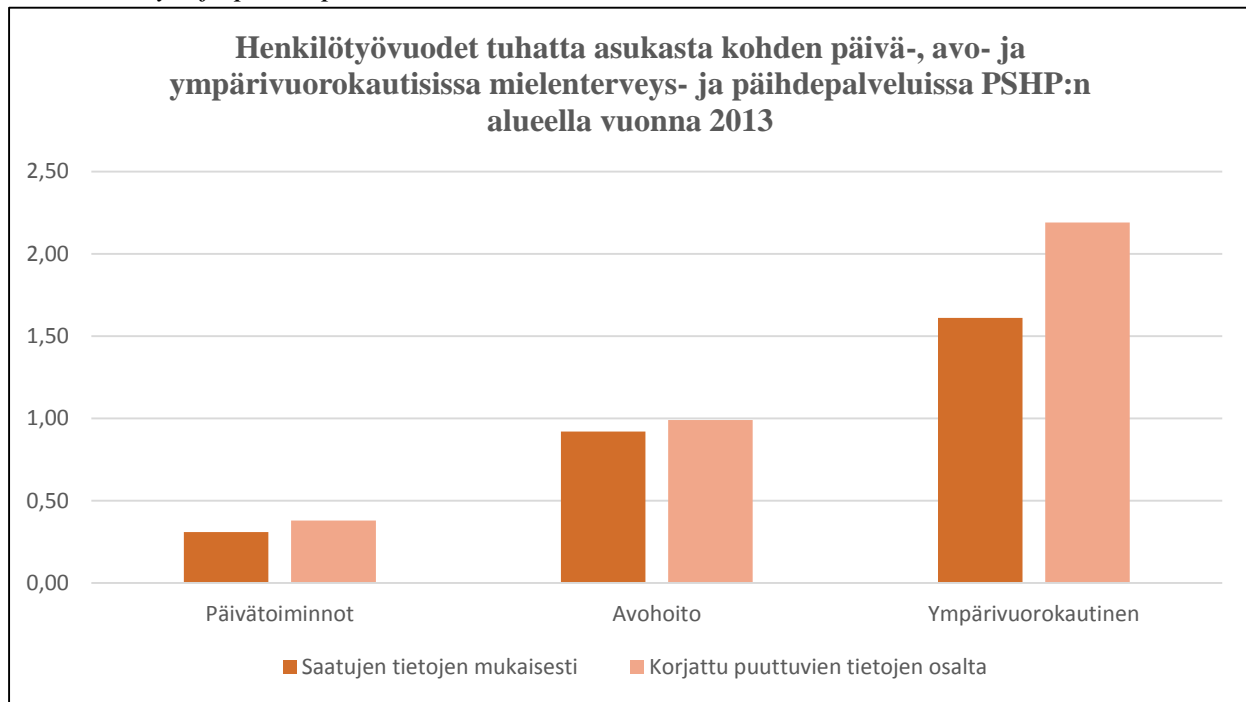
ESMS-R -kartoitustyökalussa on myös saavutettavuuspalveluiden luokka (mm. kuljetuspalvelut ja palveluohjaus). PSHP:n alueelta ei löydetty kartoituksessa tähän luokkaan kuuluvia mielenterveys- ja päihdeongelmaisille tarkoitettuja palveluyksiköitä. Suomalaisessa kontekstissa tällaisia palveluita toteutetaan kuitenkin osana muita yleisiä palveluita, jotka eivät näy tässä kartoituksessa.

Kuvio 1. Henkilötyövuodet toimintotyypeittäin PSHP:n alueella (2013).



Kuvio 1 havainnollistaa henkilöstöressurssien jakautumista eri toimintotyypeihin. Seuraavaksi esitettävissä kuviossa 2 ja taulukossa 1 on tarkemmat tiedot henkilötyövuosien määristä eri toimintotyypeissä niissä palveluyksiköissä, joiden henkilöstöressursoinnista saatiin tieto (Taulukko 1). Raportin tulokset on esitetty saatujen tietojen mukaisesti, mutta puuttuvien tietojen aiheuttama vinouma raportissa esitettäviin tuloksiin tulee huomioida. Suurin osa puuttuvista tiedoista on yksityisten palveluntuottajien ympärivuorokautisista palveluista, joten ympärivuorokautisten toimintojen henkilöstöressurssien määrä ja osuus on todennäköisesti suurempi kuin tulokset antavat olettaa. Kuviossa 2 on esitetty tummemmalla sävyllä henkilöstöressurssit saatujen tietojen mukaisesti. Vaaleammalla sävyllä esitetään keinotekoiset arvot, joissa puuttuvat tiedot on korvattu toimintotyyppin henkilöstöressurssin ryhmäkeskiarvolla. Tämä ”korjattu” henkilöstöressurssin arvo ei siis vastaa todellisuutta, mutta ilmentää puuttuvien tietojen vaikutusta saatuihin tuloksiin. Tosin aineistoa verrattaessa muiden hankkeeseen osallistuneiden sairaanhoitopiirien alueisiin on huomattava, että myös muilla alueilla ilmeni vastaavia puutteita yksityisten palveluntuottajien tietojen saamisessa.

Kuvio 2. Henkilötyövuodet tuhatta asukasta kohden päivä-, avo- ja ympärivuorokautisissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa PSHP:n alueella vuonna 2013.



Taulukko 1. Palvelutoimintojen lukumäärä, asiakastyön henkilöstöresurssit ja puuttuvat tiedot PSHP:n alueella 2013.

Toimintotyyppi	Palvelutoimintoyksiköiden lukumäärä	Lkm*, joista puuttuu tieto henkilötyöv.	Henkilötyöv. /1000 as.	Ryhmäkeskiarvolla korjattu** henkilötyöv./1000 as.
Päivätoiminnot	53	10	0,31	0,38
Avohoito	73	5	0,92	0,99
Ympäri vuorokaut.	87	23	1,61	2,19
Neuvontapalvelut	1	0	0,01	0,01
Oma- ja vap.eht.apu	20	0	0	0

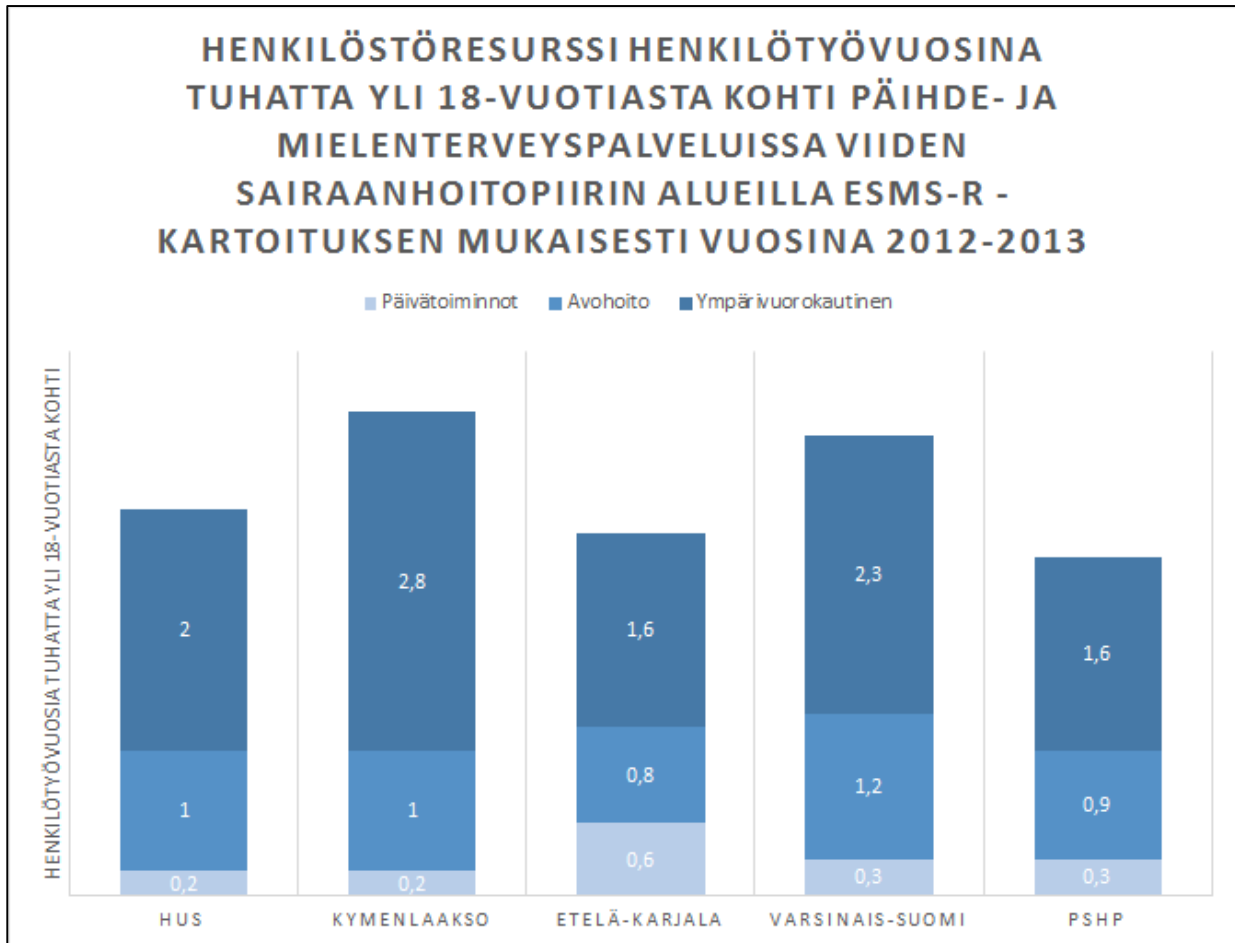
* Niiden palvelutoimintojen lukumäärä, joista ei saatu tietoja henkilöstöresursseista.

**Puuttuvien tietojen vaikutuksen havainnollistamiseksi henkilöstöresurssit ilmoitettu myös ryhmäkeskiarvolla korjattuna.

PSHP:n alueen henkilöstöresurssien lukumääriä ja osuuksia voidaan vertailla väestöpohjaan suhteutettuna aiemmin kartoitettujen Helsingin ja Uudenmaan, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueiden kanssa. Kuviosta 3 huomataan, että PSHP:n, HUS:n ja Etelä-Karjalan alueilla henkilöstöresursoinnit ovat Kymenlaakson ja Varsinais-Suomen alueita kevyemmät. Kymenlaakson ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla ympärivuorokautisten toimintojen henkilöstöresurssit näyttäisivät olevan korkeammat. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella taas päivä- ja avotoimintojen henkilöstöresurssit vaikuttaisivat olevan PSHP:n aluetta suuremmat.

PSHP:n alueen tulokset pohjautuvat maaliskuussa 2015 aloitettuun ESMS-R –kartoitukseen, ja muiden sairaanhoitopiirien lukujen osalta lähteenä on käytetty aiemmin ilmestyneen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen REFINEMENT-raporttia.⁷ Tämän raportin yhteydessä ei ole analysoitu puuttuvien tietojen osuuksia ja jakautumista eri palvelutyyppeihin ja alueiden välillä. Sairaanhoitopiirejä ja alueita vertailtaessa tulee tiedostaa, että puuttuvia tietoja ei ole huomioitu esitettävissä luvuissa.

Kuvio 3. Henkilöstöresurssit mielenterveys- ja päihdepalveluissa eri sairaanhoitopiirien alueilla.



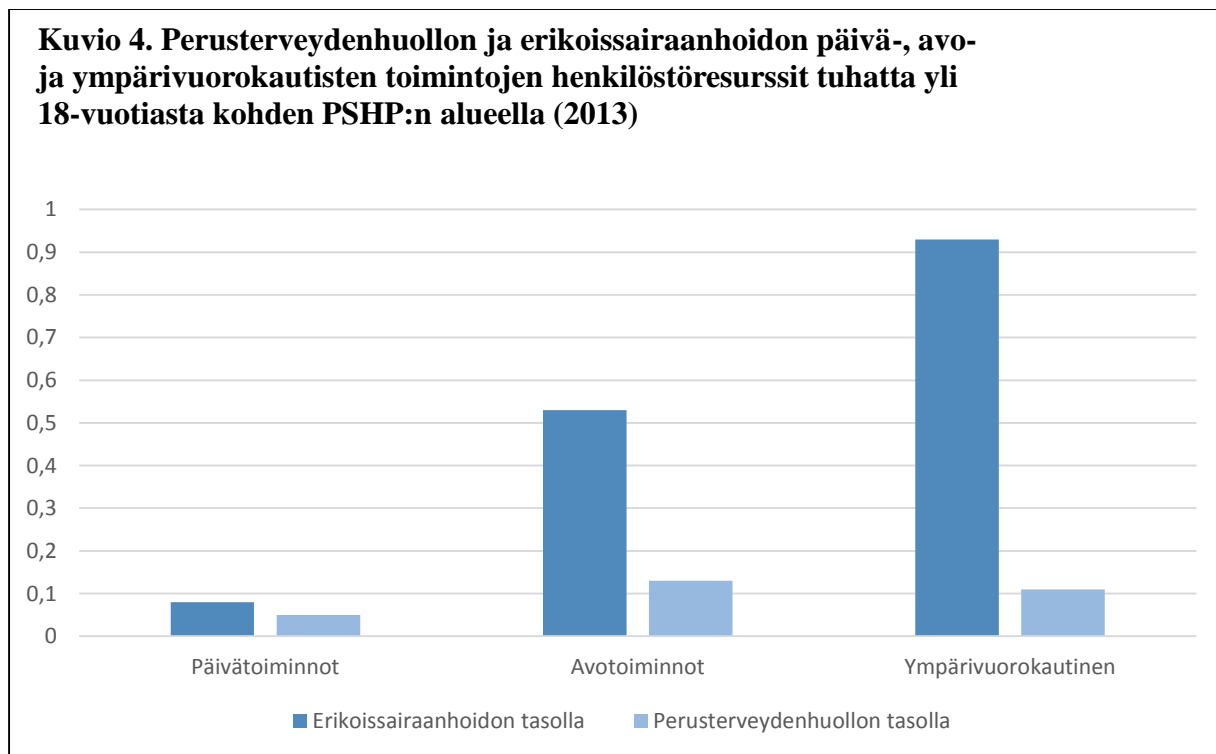
⁷ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Varsinais-Suomen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut vertailun valossa: REFINEMENT-hankkeen tuloksia. Viitattu 29.9.2015.

<https://www.thl.fi/documents/10531/127523/29.4+VSSH+REFINEMENT.pdf/87817ef2-b20d-44d1-8d24-b335a3934403>.

Terveydenhuollon henkilötyövuodet erikoissairaanhoidon ja perustason palveluissa

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kartoituksessa jaoteltiin palveluyksiköt terveydenhuollon, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiksi. Tässä osiossa tarkastellaan terveydenhuollon palveluiden henkilöstöressurssien jakautumista erikoissairaanhoidon ja perustason palveluiden välillä. Erikoissairaanhoidon on luokiteltu myös joidenkin kuntien itse järjestämän erikoistason mielenterveys- ja päihdepalvelut, vaikka kyseessä onkin perustason ja erikoissairaanhoidon väliin asettuva palvelu.

PSHP:n alueella terveydenhuollon resurssit painottuvat erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisissa palveluissa, ja toiseksi suurimmat erikoissairaanhoidon avotoiminnoissa. Kuvio 4 ja taulukko 2 havainnollistavat resurssien määriä eri toimintotyypeissä erikoissairaanhoidon ja perustason palvelujen välillä.

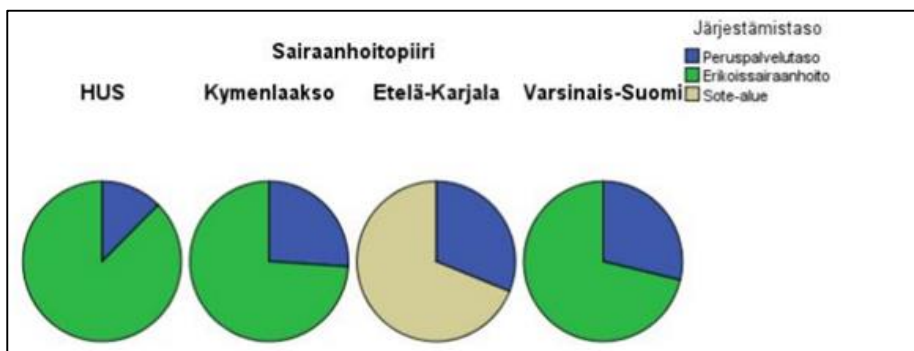
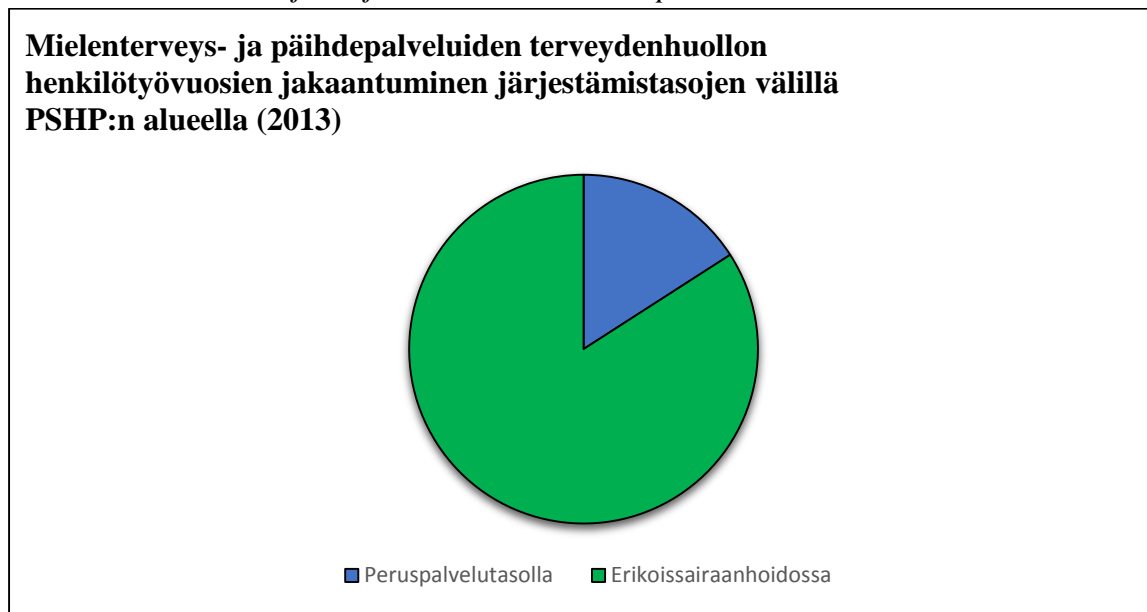


Taulukko 2. Henkilötyövuodet tuhatta yli 18-vuotiasta kohden PSHP:n alueella terveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Toiminto	Erikoissairaanhoido	Perustason palvelut
Päivätoiminnot	0,08	0,05
Avotoiminnot	0,53	0,13
Ympärivuorokautinen	0,93	0,11
Yhteensä	1,54	0,29

Kuviossa 5 on havainnollistettu PSHP:n alueen lisäksi myös neljän muun REFINEMENT-hankkeeseen osallistuneen sairaanhoitopiirin alueen terveydenhuollon henkilöstöressurssien jakautumista erikoistason ja perustason hoidon välillä. PSHP:n alueella erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon painotukset ovat hyvin vastaavia kuin HUS:n alueella. Muiden sairaanhoitopiirien alueilla suurempi osuus resursseista sijoittuu perustason palveluihin. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella perustason terveydenhuollon henkilöstöressurssien osuus on suurin.

Kuvio 5. Henkilötyövuosien jakaantuminen peruspalveluihin ja erikoissairaanhoidon PSHP:n alueella vuonna 2013 ja neljän muun sairaanhoitopiirin alueilla vuosina 2012–2013.



Henkilötyövuodet ammattiryhmittäin

PSHP:n alueella kaikkien mielenterveys- ja päihdepalvelujen suurimman ammattiryhmän asiakastyössä muodostavat sairaanhoitajat, joista noin kaksi kolmasosaa toimii erikoistason palveluissa ja yksi kolmasosa perustason palveluissa. Erikoistason palvelut ovat lähinnä erikoissairaanhoidoa, ja perustason palvelut sisältävät sekä perusterveydenhuollon että

sosiaalihuollon palveluita. Seuraavaksi suurin ammattiryhmä on koulutason hoitajat (mm. lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat), joista noin kolmasosa työskentelee erikoistason palveluissa ja kaksi kolmasosaa perustason palveluissa. Kolmanneksi suurin ammattiryhmä on lääkärit, joista suurin osa sijoittuu erikoistason palveluihin. Sosiaalityöntekijä- ja psykologiresursseja on noin kolmasosa vähemmän kuin lääkäriresursseja. Sosiaalityöntekijät ja psykologit jakautuvat tasaisemmin sekä perustason että erikoistason palveluihin, mutta yli puolet sijoittuu kuitenkin erikoistason palveluihin. Toimintaterapeuttien resurssit sijoittuvat pääosin erikoissairaanhoidon. ”Muut” –luokka sisältää kaikki muut ammattiryhmät, mm. fysioterapeutit ja sosionomit (AMK). Nämä resurssit painottuvat perustasosiin palveluihin.

Kuvio 6 havainnollistaa ammattiryhmittäisiä henkilöstöresurssien absoluuttisia määriä PSHP:n alueella. Luvut eivät ole vertailtavissa muihin alueisiin, sillä niitä ei ole suhteutettu väestöpohjaan. Absoluuttiset luvut havainnollistavat kuitenkin eri ammattiryhmien määriä ja jakautumista erikoistason ja perustason palveluiden välillä. PSHP:n alueella perustason palveluissa työntekijöiden koulutustaso on alempi kuin erikoistason palveluissa.

Kuvio 6. Henkilötyövuosien absoluuttiset lukumäärät PSHP:n alueella päihde- ja mielenterveyspalveluissa vuonna 2013 saatujen tietojen mukaisesti ammattiryhmittäin.

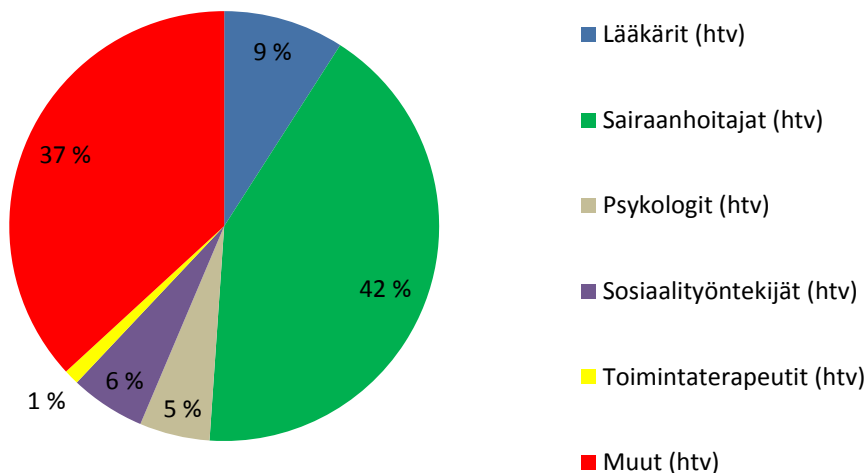


Kuvio 7 havainnollistaa eri ammattiryhmien osuuksia PSHP:n alueen mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Sairaanhoitajien osuus on noin 42 % ja koulutason hoitajien 26 %. Nämä kaksi ammattiryhmää toteuttavat kaksi kolmasosaa PSHP:n alueen mielenterveys- ja päihdepalveluista. Lääkärit, sosiaalityöntekijät ja psykologit toteuttavat palveluista yhteensä viidesosan, ja muut ammattiryhmät noin kymmenesosan.

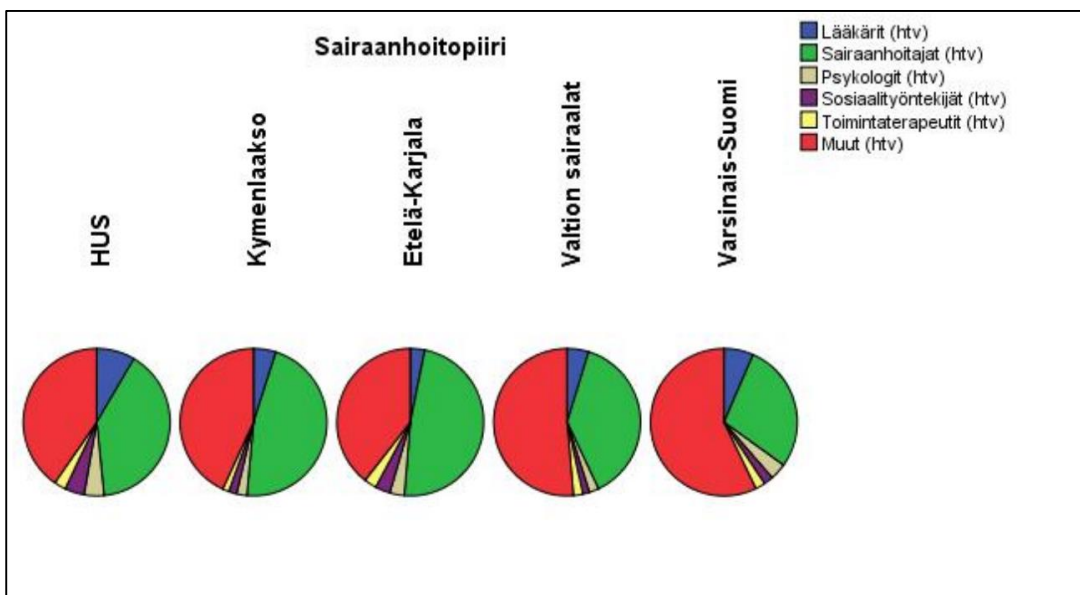
Kuviossa 7 koulutason hoitajat on sijoitettu ryhmään ”muut”, jotta tiedot olisivat vertailtavissa kuvion 8 kanssa. Kuvio 8 kuvaa Helsingin ja Uudenmaan, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan ja Varsinais-

Suomen sairaanhoitopiirien alueilla ammattiryhmien osuuksia henkilöstöresursseista. PSHP:n alueen henkilöstön koulutustaso on näyttää vastaavalta kuin HUS:n alueella. Muilla alueilla henkilöstön koulutustaso vaikuttaisi olevan hieman alempi, joka voi johtua alueiden erilaisesta palvelurakenteesta (esim. kuvio 3).

Kuvio 7. Ammattiryhmien osuudet mielenterveys- ja päihdepalveluissa PSHP:n alueella (2013)



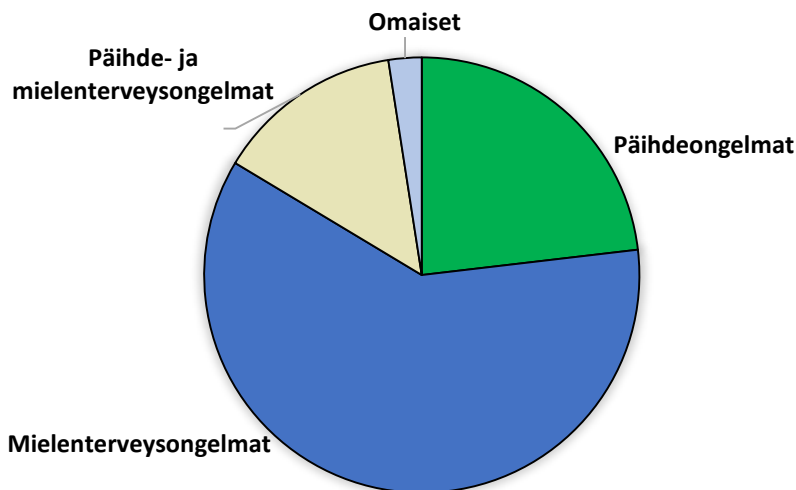
Kuvio 8. Eri ammattiryhmien osuudet mielenterveys- ja päihdepalveluissa Helsingin ja Uudenmaan, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla ja valtion sairaaloissa (2012–2013).



Henkilötyövuodet eri asiakasryhmien palveluissa

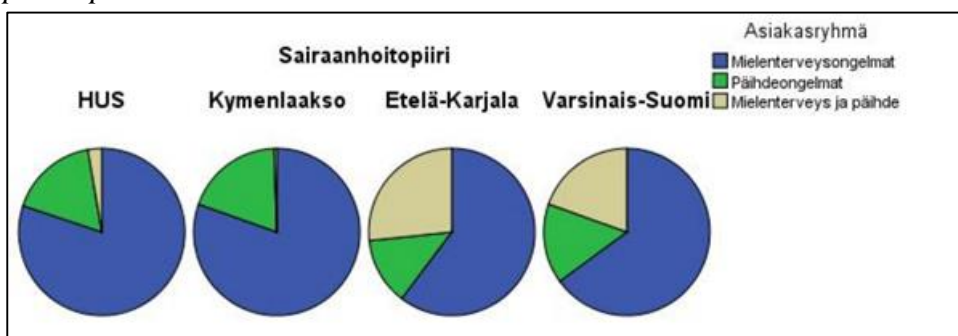
Tässä osiossa tarkastellaan palveluiden henkilöstöresurssien jakautumista eri asiakasryhmien (mielenterveysongelmat, päihdeongelmat, sekä mielenterveys- ja päihdeongelmat) palveluihin. PSHP:n alueen kunnissa päihde- ja mielenterveyspalveluiden avohoidon henkilötyövuosia on asiakaskohderyhmän mukaan seuraavasti: mielenterveyspalvelut 0,6, päihdepalvelut 0,2, ja päihde- ja mielenterveyspalvelut 0,1 henkilötyövuotta tuhatta yli 18-vuotiasta kohden. Omaisten palveluissa on PSHP:n alueella yhteensä yhdeksän henkilötyövuotta, joka tuhatta täysi-ikäistä kohden on alle 0,0 henkilötyövuotta. Avohoidon mielenterveyspalveluihin sijoittuu 67 %, päihdepalveluihin 21 %, ja päihde- ja mielenterveyspalveluihin 12 % avohoidon kokonaishenkilöstöresursseista (kuvio 9).

**KUVIO 9. AVOHOIDON HENKILÖTYÖVUOSIEN OSUUDET
ASIAKASKOHDERYHMÄN MUKAAN PSHP:N ALUEELLA
MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISSA (2013)**



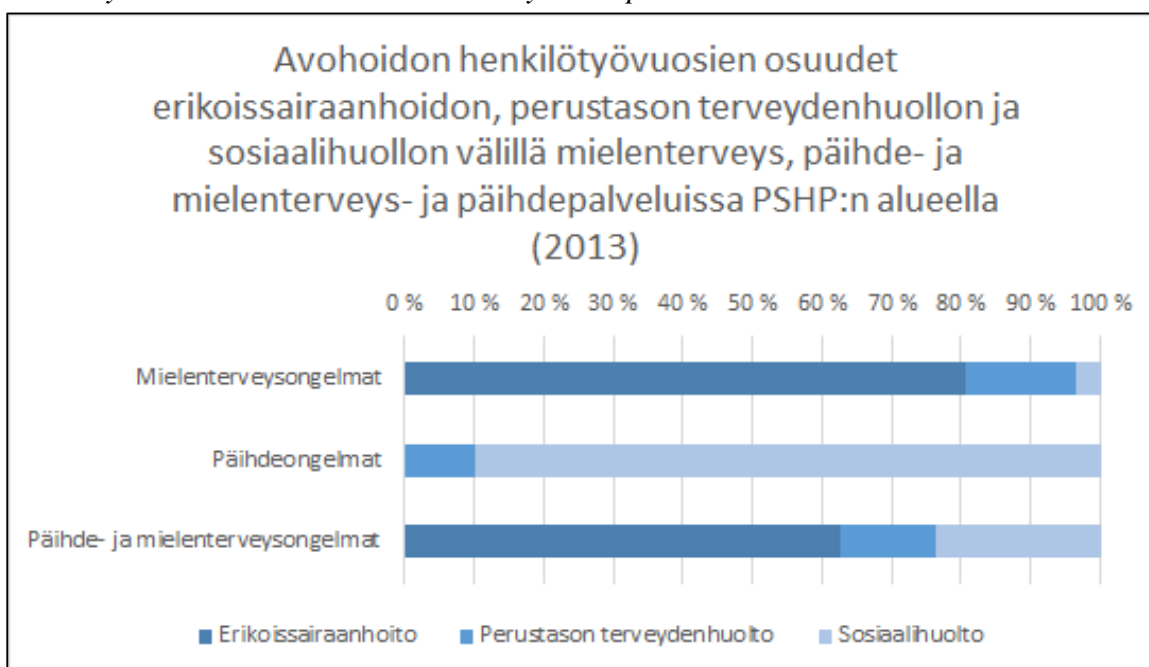
Henkilötyövuodet jakautuvat samoin eri asiakasryhmien palveluihin, kun huomioidaan avohoidon palveluiden lisäksi myös päivä- ja ympärivuorokautisten toimintojen henkilöstöresurssit. Kuvio 10 esittää neljän muun sairaanhoitopiirien alueilla henkilöstöresurssien jakautumista mielenterveys-, päihde-, ja mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon. PSHP:n alue on hyvin vastaava kuin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alue, mutta PSHP:n alueella päihdepalveluiden osuus on hieman suurempi, ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden osuus vastaavasti pienempi. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota näyttäisi olevan eniten Etelä-Karjalan alueella.

Kuvio 10. Henkilöstöresurssien osuudet mielenterveys-, päihde- ja mielenterveys- ja päihdepalveluissa.



Kuviossa 11 on esitetty palvelutyypin (erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto) osuudet eri asiakasryhmien avohoidon palveluiden tuottamisessa PSHP:n alueella vuonna 2013. Henkilöstöresursseina mitattuna miltei kaikki päihdeongelmaisten avohoidon toiminnot ja noin viidesosa sekä päihde- että mielenterveysongelmaisten avotoiminnoista lukeutuu sosiaalipalveluiden kategoriaan. Päihdeongelmien hoitoa toteutetaan myös pieneltä osin perusterveydenhuollossa. Mielenterveysongelmaisten ja mielenterveys- ja päihdeongelmaisten avohoidon toiminnot taas sijoittuvat pääosin erikoissairaanhoitoon ja noin kymmenesosa perustason terveydenhuoltoon.

Kuvio 11. Palvelutyypin (erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto) osuudet henkilötövuosina mitattuna eri asiakasryhmien palveluista PSHP:n alueella 2013.

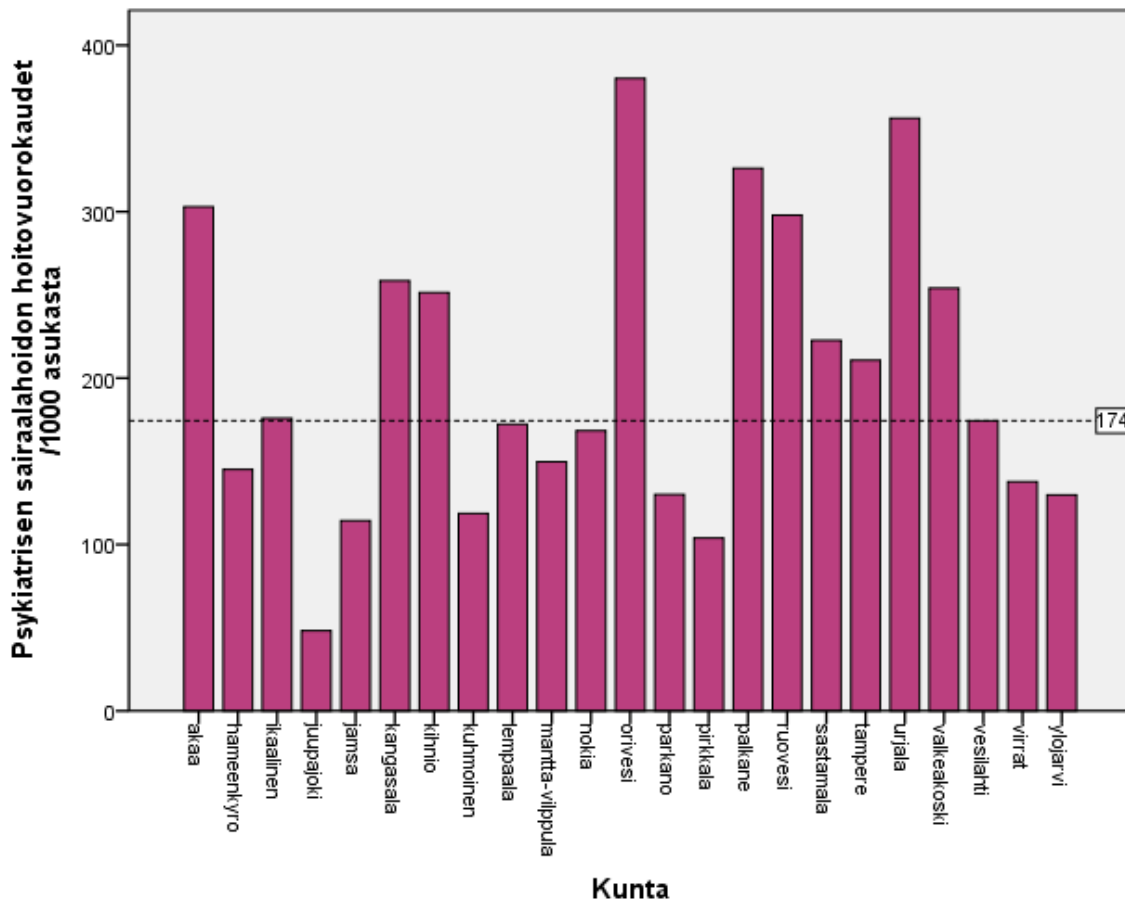


Psykiatrisen sairaalahoidon käyttömäärät kunnittain

Useiden toimintoyksiköiden osalta ei saatu tarkkoja kuntakohtaisia käyttötietoja, joten toimintojen henkilöstöresursseja ei ole voitu ”jakaa” palveluita käyttävien kuntien välille. Tämän vuoksi tässä raportissa ei esitellä tarkemmin kuntakohtaisia tietoja. Kuntakohtaisista henkilöstöresursseista ja palveluista mielenterveys- ja päihdeongelmallisille voidaan kuitenkin todeta, että kunnat eroavat toisistaan. Esimerkiksi kunnittaiset perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyön henkilöstöresurssit vaihtelevat kartoituksessa saatujen tietojen mukaan välillä 0–2,8 henkilötyövuotta tuhatta asukasta kohden.

Psykiatrisen sairaalahoidon käyttömääristä saatiin tiedot kaikkien alueen kuntien osalta, sillä nämä tiedot ovat saatavilla PSHP:n tilastoista. Saatujen tietojen perusteella kunnat eroavat toisistaan laitoshoidon käyttömääriensä. Keskiarvo hoitovuorokausissa tuhatta asukasta kohden on 201 ja mediaani 174. Hoitovuorokausien määrä tuhatta asukasta kohden vaihtelee noin viidestäkymmenestä jopa neljänsataan. Sairaalahoitopäiviä on muutamassa kunnassa miltei kaksinkertaisesti mediaaniin verrattuna. Kuvio 12 havainnollistaa kuntien eroavaisuuksia psykiatrisen sairaalahoidon käytössä.

Kuvio 12. PSHP:n alueen psykiatrisen sairaalahoidon kunnittaiset hoitovuorokaudet tuhatta asukasta kohden vuonna 2013.



Mielenterveyspalveluiden tarve alueittain

Tässä raportissa on käsitelty mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää PSHP:n alueella, muiden sairaanhoitopiirien alueisiin vertaillen. Raportin puitteissa ei tarkastella paikallisia muuttujia ja laajempaa yhteiskunnallista kontekstia, joiden kanssa palvelujärjestelmä toimii vuorovaikutuksessa. Alueellisten erojen havainnollistamiseksi esitetään kuitenkin joitain tilastotietoja niistä paikallisista ympäristöistä, joissa palveluita tuotetaan. Taulukko 3 kuvaa eri sairaanhoitopiirien alueiden ja koko maan keskimääräistä koulutustasoa, työttömyyttä, alkoholijuomien kulutusta ja mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden määrää. Näiden valittujen taustamuuttujien oletetaan kuvaavan suuntaa antavasti mielenterveyttä, mutta suoria syy-seuraussuhteita tai palvelutarveanalyysyjä ei lukujen perusteella kuitenkaan voi tehdä.

Taulukko 3. Mielenterveyspalveluiden tarpeeseen liittyviä taustamuuttujia sairaanhoitopiireittäin. Tiedot koskevat vuotta 2013.⁸

Sairaanhoitopiiri / alue	Koulutustasomittain*	Työttömät, %työvoimasta **	Alkoholi-juomien myynti, litraa***	Mt-perusteinen sairausvraha****
Koko maa	3,5	11,3	7,6	17,7
Etelä-Karjala	3,1	12,8	9	18,1
HUS	4	8,7	7,4	16,1
Kymenlaakso	3,1	14	8	16,7
Pirkanmaa	3,6	13,2	7,4	20
Varsinais-Suomi	3,5	11,5	7,6	17,6

* Perustason jälkeen suoritetun korkeimman koulutuksen keskimääräinen pituus henkeä kohti.

** Työttömien 15-64 -vuotiaiden osuus työvoimasta.

*** Asukasta kohti myydyin 100 %:n alkoholin määrän litroina vuoden aikana.

**** Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden 25 - 64-vuotiaiden osuus tuhannesta vastaavan ikäisestä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa myös erilaisia sairastavuusindeksejä, joista mielenterveysindeksi oletetaan kuvaavan väestön mielenterveyspalveluiden tarvetta. Mielenterveysindeksi kuvaa arvioitua mielenterveyspalveluiden tarvetta kolmen eri tilaston kautta: itsemurhat ja itsemurhayritykset, psykoosiin liittyvät lääkkeiden erityiskorvausoikeudet, ja mielenterveysyistä johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet (tarkemmin mielenterveysindeksistä osoitteessa sotkanet.fi). Ikävakiointuna indeksi mahdollistaa eri alueiden välisen vertailun, ja ikävakiomattomana kuvaa eri alueiden palvelutarvetta suhteessa koko maahan. Koko maata kuvaa viimeisimpänä mittauksen ajanjaksona luku 100, joten edellisten vuosien luvut vaihtuvat tiedon päivittyessä suhteessa uusimpaan indeksiin.⁹

⁸ Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015.

⁹ Mielenterveysindeksi, ikävakiointu ja ikävakiomaton (ID: 253 ja 254). Saatavilla osoitteessa: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/metaddata?type=I&indicator=254> ja <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/metaddata?type=I&indicator=253>.

Kuviossa 13 on esitetty vertailussa mukana olevien sairaanhoitopiirien mielenterveysindeksit. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Kymenlaakso ja Etelä-Karjala ovat lähellä koko maan keskitasoa. HUS-alueen indeksi on selvästi koko maata alempi, ja Varsinais-Suomessa indeksi on muita alueita korkeampi. Kuvioista 13 huomataan myös, että ikävakioitu ja ikävakioimaton mielenterveysindeksi ovat mittausajankohtana hyvin samankaltaiset sairaanhoitopiirin tasolla mitattaessa.

Kuvio 13. Mielenterveysindeksi sairaanhoitopiireittäin, ikävakioimaton ja ikävakioitu. Koko maan indeksi on 100.¹⁰

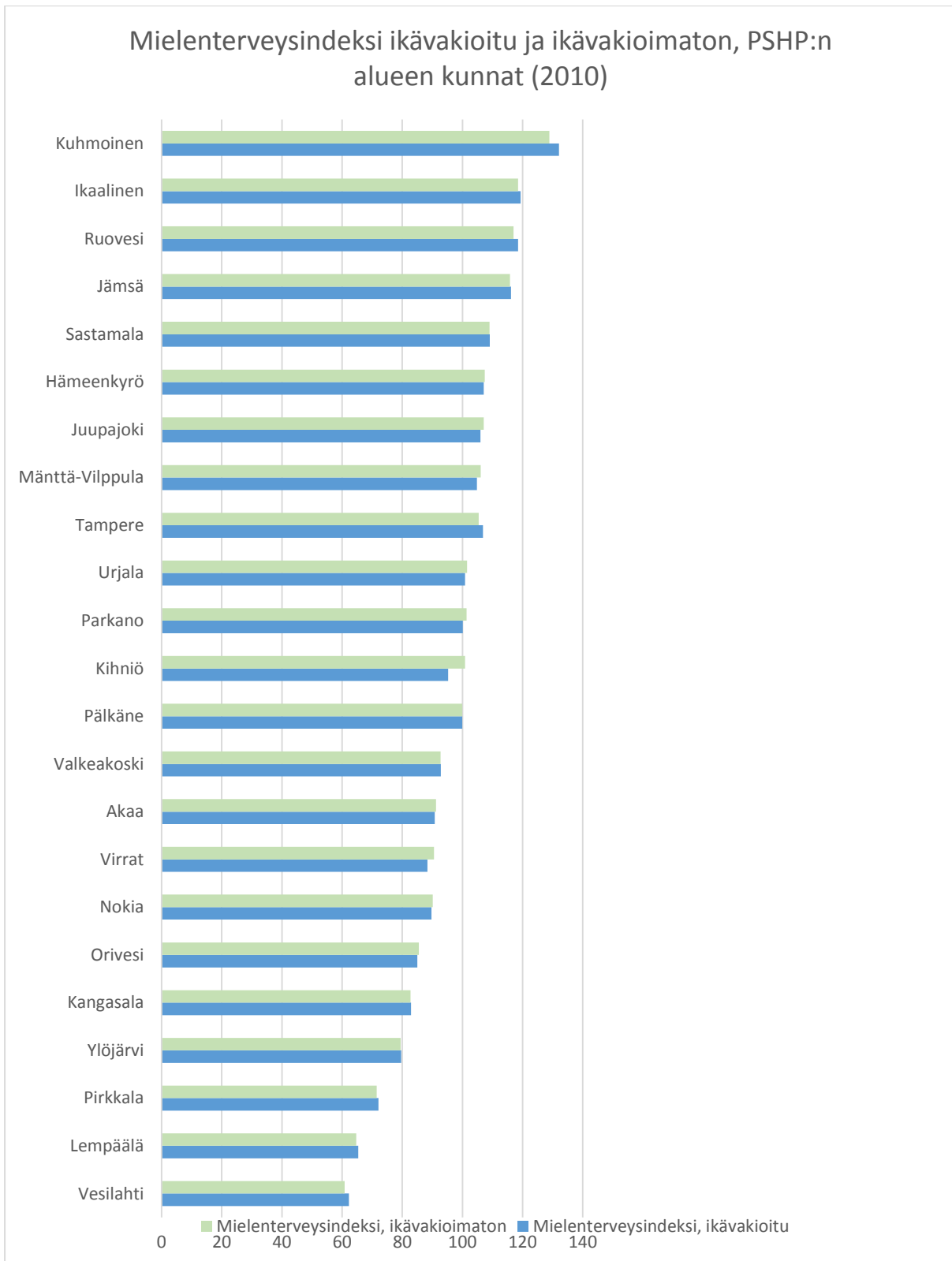


Kuvio 14 havainnollistaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen kuntien välisiä eroavaisuuksia mielenterveysindeksillä mitattuna. Ikävakioitu ja ikävakioimaton indeksi ovat hyvin lähellä toisiaan kunnissa. Kuntien välillä on kuitenkin suurta hajontaa. Mielenterveysindeksin perusteella kuntien palvelutarpeissa voi siis olla eroja. Aiemmassa REFINEMENT-hankkeeseen liittyvässä tutkimuksessa ei löydetty merkitseviä korrelaatioita tarveindikaattoreiden ja palveluiden määrän ja henkilöstöresurssien kanssa.¹¹ Alueelliset erot tarveindikaattoreissa eivät siis välttämättä selitä alueellisia eroja palveluiden järjestämisessä. Tämän raportin yhteydessä ei ole tarkasteltu, onko mielenterveysindeksillä yhteyttä palveluiden tarjontaan PSHP:n alueella.

¹⁰ Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015.

¹¹ Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kontio, R., Joffe, G., Pankakoski, M., Malin, M., ... Wahlbeck, K. (2014). Size Matters — Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(8), 8456–8474. doi:10.3390/ijerph110808456. Saatavilla osoitteessa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143871/>. Tutkimuksessa tarkasteltiin mm. henkilöstöresurssien, yksiköiden ja perusterveydenhuollon tasolla tarjottavien palveluiden määrän yhteyttä mielenterveysindeksiin, työttömyyteen, yhden hengen talouksien määrään ja myydyin alkoholin määrään.

Kuvio 14. Mielensterveysindeksi kunnittain PSHP:n alueella, ikävakioimaton ja ikävakioitu. Koko maan indeksi on 100, ja PSHP:n alueen ikävakioitu indeksi 98,6.¹²



¹² Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015.

LIITE 1: ESMS-R kartoituspuu.

