



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS



HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI



HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut vuonna 2012

www.thl.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 20 610 6000

Raportissa käytetyt lyhenteet

HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alue ja alueen kunnat
LoSHA	HUS:n Lohjan sairaanhoitoalue ja alueen kunnat
LuSHA	HUS:n Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue ja alueen kunnat
PoSHA	HUS:n Porvoon sairaanhoitoalue ja alueen kunnat
HySHA	HUS:n Hyvinkään sairaanhoitoalue ja alueen kunnat
Muu HYKS	HUS:n Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitoalue ja alueen kunnat ilman Helsinkiä
Helsinki	Helsingin kaupunki

Lyhenteet tarkoittavat tässä raportissa maantieteellisiä alueita. Lyhenteillä ei siis viitata pelkästään HUS:n tuottamiin palveluihin, vaan kaikkiin alueella sijaitseviin palvelutuottajiin.

REFINEMENT tutkijaryhmä:

- tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck (hankejohtaja Suomi), THL
- tutkija Maili Malin, THL
- toimialajohtaja Grigori Joffe (hankejohtaja HUS), HUS
- psykiatrian projektijohtaja Raija Kontio, HUS
- sairaanhoitaja ja hankekoordinaattori Marjut Vastamäki, HUS
- klinikkaryhmän johtaja Sami Pirkola, HUS
- apulaisylilääkäri Minna Sadeniemi, HUS
- johtava ylihoitaja Taina Ala-Nikkola, HUS
- taluspäällikkö Niklas Grönlund, HUS
- kehittämisspäällikkö Petri Näätänen, HUS
- vastualuejohtaja Eila Sailas, HUS
- tulosityksikön johtaja Risto Vataja, HUS
- tutkija Jutta Järvelin, THL
- johtava päihde- ja mielenterveystyöntekijä Irja Hemmilä, Mustijoen perusturva

www.thl.fi

Terveystieteiden tutkimuskeskus • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 20 610 6000

Tiivistelmä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) käsittää HYKS:n, Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. Tässä raportissa kuvataan Hyvinkään alueen (HySHA) aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää vuoden vaihteessa 2011–2012. HUS tuottaa alueen kunnille erikoissairaanhoidon palvelut Kellokosken sairaalassa sekä alueellisesti järjestetyssä avohoidossa. Lisäksi Hyvinkään kaupunki tuottaa väestölleen erikoissairaanhoidotasaisen avohoidon. Oikeuspsykiatrisia palveluita sekä psykoosipotilaiden, varsinkin ns. vaikeahoitoisten potilaiden laitostuntoutusta tuotetaan myös muille HUS-alueen kunnille Kellokosken sairaalassa.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarvetta kuvastavat sosio-ekonomiset mittarit osoittavat, että palvelutarve vaihtelee kunnittain. Näyttää siltä, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarve on Hyvinkäällä ja Järvenpäässä suurempaa kuin HUS-alueella keskimäärin, ja Nurmijärvellä, Tuusulassa ja Mäntsälässä vähäisempää kuin muualla HUS-alueella. Skitsofreniapotilaiden hoito on keskeinen haaste kaikissa alueen kunnissa. Mäntsälässä ja Järvenpäässä on eniten skitsofrenian takia hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa/1000 asukasta kohden. Kaikki Hyvinkään alueen kunnat ylittävät HUS:n keskiarvon skitsofrenian hoitopäivissä. Tämä kertoo tarpeesta kehittää kuntouttavaa avohoitoa koko alueella, mutta erityisesti Järvenpäässä ja Mäntsälässä.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulisi olla ihmisten arkeen integroituja ja helposti saatavilla. Koko alueelle tulee kehittää informaatiota, neuvontaa ja ohjausta tarjoavia matalan kynnyksen palveluja sekä päivätoimintapalveluja. Psykiatrisen hoidon laitospainotteisuutta tulee edelleen purkaa (vaikka alue on tavoiteluvussa 0,6). Etenkin tämä koskee nuoria skitsofreniapotilaita, joiden pitkät sairaalahoidot pitää saada lyhenemään sekä järvenpääläisiä ja tuusulalaisia ikäihmisiä, joiden laitoshoidon käyttö oli suurta. Laitospainotteisuutta tulee purkaa sekä vähentämällä sairaalapaikkoja että tukemalla kuntoutujia itsenäiseen asumiseen pois palveluasumisen piiristä.

Psykiatrisen avohoidon kriiseihin reagointinopeutta tulee lisätä tarkistamalla lähetekäytäntöjen toimivuutta ja parantamalla erikoissairaanhoidon perustasolle antamia konsultaatioita. Psykiatrisen palveluasumisen laatua ja tarvetta tulee tarkastella kriittisesti. Kuntoutujille tulee tarjota tukea itsenäiseen asumiseen siirtymiseen esimerkiksi siirtämällä palveluasumisen ostamiseen suunnattuja resursseja kotikuntouttajien palkkaamiseen.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilöstöresurssit ovat alueella tehokkaasti käytössä. Henkilöresursseja voidaan siirtää toimintoja yhdistämällä mielenterveyspalveluista päihdepalveluihin sekä purkamalla päällekkäistä toimintaa. Väestön kasvaessa mielenterveys- ja päihdetyöhön avohoidon peruspalveluihin tullaan tarvitsemaan lisää voimavaroja. Uusien liikkuvien työryhmien toiminta tulee integroida saman hallinnollisen sateenvarjon alle ja siirtää jatkossa myös hallinnollisesti avohoitoon. Palveluja tulee saada myös iltaisin ja viikonloppuisin.

Paheneva työvoimapula kaikissa ammattiryhmissä edellyttää työnjaon tarkentamista edelleen. Perustasolle tulee kehittää kolmannen sektorin tarjoamia päivätoimintapalveluja, kuten kerhotoimintaa ja vertaistukitoimintaa. Suojatyötoiminnan resursseja pitää siirtää tuetun työllistymisen mallin rakentamiseen koko alueelle. Kokemusasiantuntijat tulee saada mukaan aktiivisesti vaikuttamaan järjestelmän kehittämiseen ja toiminnan arvioimiseen.

Taustaa

Kansallinen, vuoteen 2015 ulottuva mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli 2009¹ suosittaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen samanaikaista ja koordinoitua suunnittelua sekä niiden yhdistämistä. Vaikka mielenterveyshäiriöiden yleisyys Suomessa ei ole muuttunut, on niihin liittyvä työkyvyttömyys lisääntynyt voimakkaasti. Sairauspäivärahopäivistä joka neljäs ja uusista työkyvyttömyyseläkkeistä joka kolmas myönnetään psyykkisin perustein. Alkoholiperäiset kuolemansyyt ovat Suomessa työikäisten yleisin kuolinsyy.

Avohoidon kehittäminen on jäänyt toissijaiseksi, kun suhteettoman suuri osa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon voimavaroista kohdistuu laitoshoitoon.

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa painotetaan

- asiakkaan aseman vahvistamista,
- mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä,
- ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa ja
- perus- ja avohoitopalveluja.

REFINEMENT-hanke

Suomessa mielenterveys- ja päihdepalvelut on järjestetty sattumanvaraisesti ja kirjavasti. Alueelliset tiedot väestön sairastavuudesta, palvelujen resursseista, rakenteista, kustannuksista, tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta ovat hajautuneet eri organisaatioiden tietokantoihin ja niiden kattava ja järjestelmällinen keruu olemassa olevin rutiinijärjestelyin on ollut haasteellista. Näitä tietoja ovat kuitenkin kunnat ja organisaatiot toivoneet saavansa voidakseen vertailla omaa järjestelmäänsä muihin kuntiin ja alueisiin omien palvelujen kehittämiseksi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on päättänyt uuden strategiansa mukaisesti kerätä yhdessä omistajakuntiansa kanssa systemaattiset vertailukelpoiset tiedot parhaiden järjestely- ja toimintamallien löytämiseksi. HUS-piirin ja kuntien luontaiseksi yhteistyöpartneriksi tuli Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) joka samanaikaisesti käynnisti kansainvälistä, osin samoja tietoja käsittelevää REFINEMENT-tutkimusta.

¹ www.thl.fi/mielijapaihde

Eurooppalainen vertaileva REFINEMENT (Research on Financing systems' effects on the quality of mental health care in Europe, 2011-2014) -tutkimus² selvittää mielenterveyspalveluiden rahoitus- ja järjestämistapoja ja niiden yhteyttä mielenterveyspalveluiden laatuun eri maissa. Tutkimushanke on antanut HUS:n kehittämishankkeelle merkittäviä etuja, mukaan lukien THL:n asiantuntija-, menetelmä- ja taloudellisia resursseja, mutta samalla se asetti joitakin reunaehtoja. Esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut on kansainvälisen vertailuasetelman takia jouduttu rajaamaan palvelukartoituksen ulkopuolelle.

Suomen REFINEMENT-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin HYKS:n Erva-alueen aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut. HUS-alueen lisäksi myös Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen (Carea) ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) palvelut on kartoitettu. Näiden alueiden tuloksista raportoidaan erikseen. Seuraavassa vaiheessa palvelukartoitusta täydennetään asiakaspolkujen analyyseilla ja kustannus-vaikuttavuus-analyyseilla.

Palvelukartoituksen menetelmät

REFINEMENT-hanke käsittää kaikki kuntien järjestämisvastuulla olevat aikuisväestön mielenterveyspalvelut. Nämä sisältävät sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelut peruspalveluissa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sekä päihdehuollon erityispalvelut. Järjestöjen ja yksityisten kunnille tuottamista palveluista on kartoitettu mielenterveys- ja päihdepalvelut. Työterveyshuolto ja muut kuin kuntien hankkimat yksityiset terveydenhuollon palvelut jäivät tarkastelun ulkopuolelle.

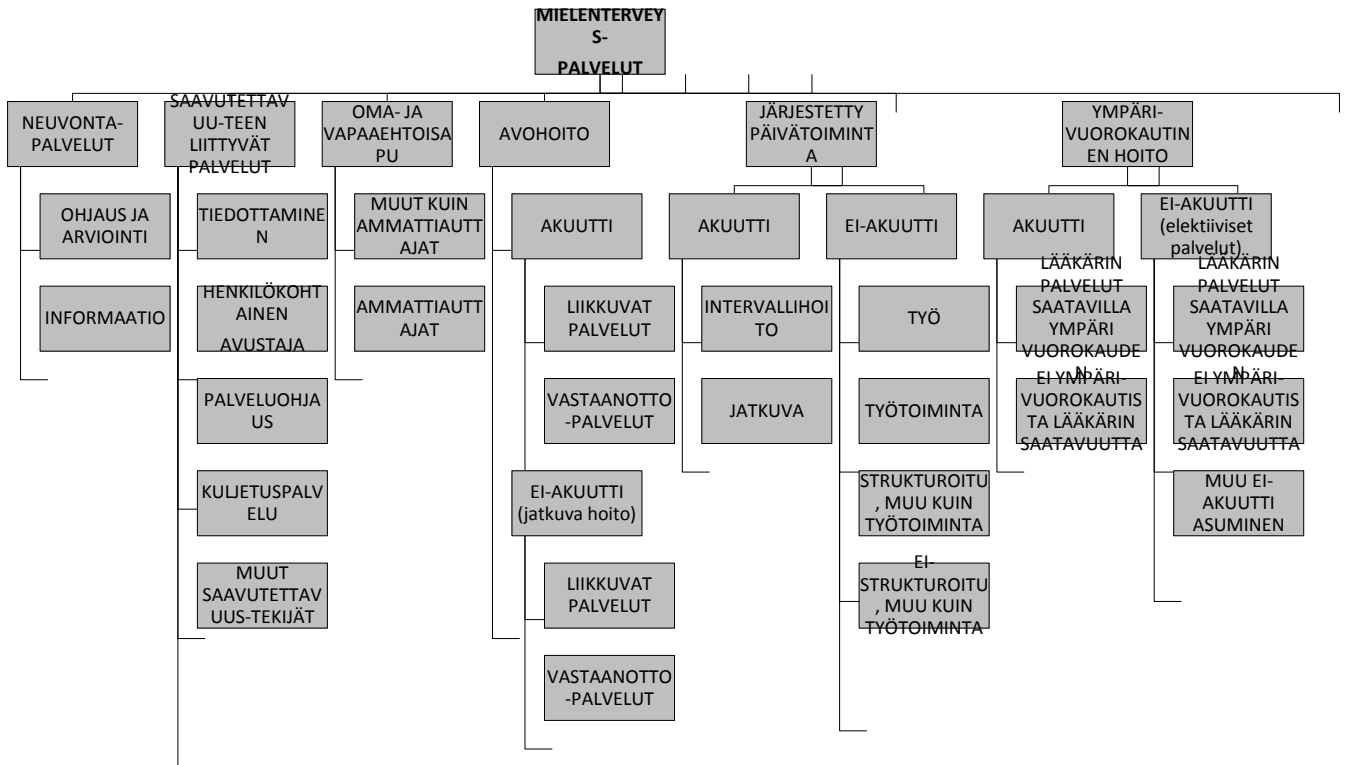
Aikuispalveluja antavat mielenterveys- ja päihdepalveluyksiköt on tunnistettu alueyhteistyöllä. Palveluyksiköiltä on kerätty tietoa mm. palvelun luonteesta, rakenteista, henkilöstömääristä ammattinimikkeittäin, hallinnosta, kustannuksista, suoritteista ja asiakasmääristä. Tässä raportissa keskitytään palvelurakenteen kuvaamiseen. Myöhemmissä raporteissa analysoidaan muun muassa henkilöstörakennetta, tuottavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta. Tämän raportin henkilöstölaskelmissa on huomioitu ainoastaan asiakastyöhön osallistuva henkilökunta.

Palvelut on luokiteltu ESMS-R (European Service Mapping Schedule Revised)³ -luokittelun mukaisesti (kuva 1).

² www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/refinement

³ <http://tinyurl.com/ESMS-Finland>

Kuva 1: Mielenterveyspalveluiden luokitus ESMS-R.



Palvelukartoitus on tehty kunnittain. Koska kuntien asukkaat käyttävät palveluja myös muualla kuin omalla sairaanhoitoalueella, jyvitetiin kullekin kunnalle oma osuutensa henkilöstöstä ja suoritteista vuonna 2011 Kellokosken sairaalan ja sen toiminnallisen kuntoutuksen, Järvenpään sosiaalisairaalan, HYKS:n Psykiatriakeskuksen sekä valtion mielisairaaloiden Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan käyttöluvuista. Myös suurimpien yksityisten asumispalveluiden käyttö jyvitetiin käyttäjäkuntien mukaisesti. Raportissa Helsingin kaupungit tiedot on esitetty erikseen sen suuren väestön ja oman palvelutuotannon vuoksi. Yhteenveto palvelukartoituksessa luokitelluista toiminnoista on esitetty liitetaulukossa 1. Toiminnoksi määritellään yksikkö jolla on oma henkilökunta ja asiakaskunta sekä omat tilat.

Mielenterveyspalvelujen tarve

Koska tietoa palveluiden mielenterveysvaikutuksista tai yksiselitteisiä tietoja väestön hoidon ja palvelun tarpeesta ei ole vielä käytettävissä, tulosten tulkinnoissa on oltava maltillinen. Eräänlaisena osviittana voidaan kuitenkin pitää THL:n mielenterveysindeksiä⁴ (Taulukko 1), joka perustuu tietoihin kunnassa tapahtuneista itsemurhista, psykoosilääkkeiden erityiskorvauksen oikeutettujen määrästä ja mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrästä. Mitä pienempi on mielenterveysindeksi, sen terveempi on kunnan väestö.

Alueet ja organisaatiot voivat verrata omia lukuja muiden kartoitettujen alueiden lukuihin, mutta tarkkaan ei vielä tiedetä, minkälainen resursointi tai rakenne on optimaalinen kliinisten tulosten, kuntien taloudellisen panoksen ja potilaiden sekä henkilöstön tyytyväisyyden kannalta. Nämä eivät riipu vain resursseista, vaan myös johtamisesta, hoitokulttuurista, koulutuksesta, tietotekniikan hyödyntämisestä ja alueellisten palveluketjujen hallinnasta ja toimivuudesta. Yleensä mielenterveys- ja päihdepalvelut on organisoitu potilasryhmäkohtaisesti hoitoketjuina kun tässä taas tarkastellaan palvelujärjestelmää toimintoina.

⁴ www.terveytemme.fi

Taulukko 1. HUS-alueen kuntien mielenterveysindeksi (THL Sotkanet)

ALUE	KUNTA	MIELENTERVEYSINDEKSI 2008-2010	
		Ikävakioitu	Ikävakiomaton
SUOMI	Suomi	100	100
HYKS	Espoo	69,3	66,7
	Kauniainen	42,1	41,6
	Kirkkonummi	68,1	66,5
	Kerava	91	90,6
	Vantaa	77,8	75,8
	Helsinki	86	83,9
	HySHA	Hyvinkää	85,7
Järvenpää		81,1	80,3
Mäntsälä		67,7	66,5
Nurmijärvi		60,9	59,1
Tuusula		62,7	61,6
LoSHA	Karjalohja	59,9	64,8
	Karkkila	108,3	110
	Lohja	93,4	93,8
	Nummi-Pusula	81,6	82,4
	Siuntio	56,1	56,2
	Vihti	78,5	78
LUSHA	Hanko	81,2	85,9
	Inkoo	71,1	72,1
	Raasepori	81,1	82,6
PoSHA	Askola	69,4	69,5
	Lapinjärvi	63,4	68,2
	Loviisa	74,6	79,1
	Pornainen	49,5	47
	Porvoo	81,7	82
	Sipoo	54,4	53,8

Hyvinkään alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut kunnittain

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisen peruseriaatteena on lievempien ja keskivaikeiden häiriöiden hoito perusterveydenhuollossa tarvittaessa erikoissairaanhoidon tai päihdehuollon konsultaation turvin ja pitkittyneiden ja komplisoituneiden häiriöiden ohjaaminen erikoissairaanhoidon tai päihdehuollon erityispalveluiden piiriin. Päihdehuollon erityispalveluita ovat esimerkiksi yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut (Järvenpää, Mäntsälä), A-klinikat sekä katkaisuhuito- ja selviämisasemat.

HUS:n Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen (HySHA) kuuluu viisi kuntaa Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula. Alueen väestömäärä on 180 143, ja viimeisin vuotuinen väestönkasvu oli 2032 henkilöä.

Kartoituksen (liitetaulukko 1) mukaan Hyvinkään alueella on tarjolla akuuttia ja liikkuvaa avohoidtoa. Alueella ei ole päivystävää avohoitoyksikköä, joka palvelisi ympäri vuorokauden. Alueella on järjestettyä päivätoimintaa, kuten akuutteja päiväosastoja, työtoimintaa, päivätoimintakeskuksia ja tapaamispaikkoja. Palveluasuminen painottuu tehostettuun palveluasumiseen, eikä tuettua asumista ole juurikaan tarjolla. Oma- ja vertaistukitoimintoja on paljon, mutta ei lainkaan saavutettavuus- (sisältää mm. palveluohjaajat) ja neuvontapalveluja (esimerkiksi huumeikäyttäjien terveysneuvontapisteitä).

Psykiatrian erikoissairaanhoidossa HUS:n Kellokosken sairaala palvelee koko HUS aluetta oikeuspsykiatristen, vaikeahoitoisten ja vaativaa sairaalakuntoutusta edellyttävien potilaiden hoidossa. Psykiatrian poliklinikat ja liikkuvat työryhmät palvelevat ensisijaisesti oman alueen väestöä, mutta esim. oikeuspsykiatrian osalta liikkuvaa työtä tehdään tarvittaessa koko HUS alueella.

Hyvinkäällä avohoidon mielenterveyspalveluista vastaa kokonaisuudessaan Hyvinkään kaupunki. Terveyskeskuksessa on kolme psykologia, jotka hoitavat akuutteja kriisejä lyhyillä hoitointerventioilla. Hyvinkää on järjestänyt itsenäisesti myös erikoissairaanhoitotasoiset aikuisväestön avohoidon mielenterveyspalvelut. Vuoden 2009 alusta mielenterveys- ja päihdepalvelut on yhdistetty psykososiaaliset palvelut –yksiköksi, jotka sijaitsevat kuitenkin eri rakennuksissa ja eri lähijohdon alaisina.

HUS vastaa mielenterveyspalveluissa päiväosastotoiminnasta ja psykiatrisesta sairaalahoidosta Kellokosken sairaalassa. Hyvinkäällä on aktiivista järjestötoimintaa: järjestölähtöinen kriisikeskus ja myös seurakunnan diakoniatyö tukee mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoa. Yksityiset palveluntuottajat tarjoavat palveluasumista. Ridasjärvellä toimii päihdehoitoihin erikoistunut laitos. Hyvinkäällä on perheasiainneuvottelukeskus, joka tukee ja hoitaa parisuhde- ja perhekriiseissä olevia perheitä.

Järvenpään mielenterveys- ja päihdepalvelut on perusterveydenhuollossa keskitetty Mielenterveys- ja päihdetyön yksikköön (MPY), jossa kohdataan niin mielenterveys- kuin päihdepotilaat. MPY hoitaa elämäntilannekriisit ja muut kuin erikoissairaanhoidon vaativat potilaat. Järvenpäässä on asumispalvelua mielenterveys- ja päihdepotilaille ja samassa yhteydessä myös päivätoimintaa. Erikoissairaanhoidon järjestää myös asumispalvelua. Lisäksi Järvenpäässä on klubitalo. Järjestöt ovat aktiivisessa roolissa omaisten ja vertaistukitoiminnassa. Kirkon perheasiainneuvottelukeskus (vastaa Järvenpään, Tuusulan ja Keravan tarpeisiin) sijaitsee Järvenpäässä tukien ja hoitaen parisuhde- ja perhekriseissä olevia perheitä. Psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta vastaa Kellokosken sairaala avohoitoyksiköineen. Järvenpäässä sijaitsee Sosiaalisairaala, joka tuottaa erikoistunutta tutkimus- ja hoitopalvelua koko Suomen päihdepotilaille, ja Invalidiliiton koulutuskeskus, joka tarjoaa mielenterveyskuntoutujille tarkoitettua koulutusta.

Mäntsälän mielenterveys- ja päihdepalvelut on yhdistetty. Päihde- ja mielenterveystyötä tekevä yksikkö Mustijoen perusturva tarjoaa palveluja Mäntsälän ja Pornaisten kuntalaisille. Yksikkö tarjoaa perusterveydenhuollon avohoidon ja tukea niin mielenterveys- kuin päihdepotilaille. Yksikössä työskentelee kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa, kaksi päihdetyöntekijää, päihdelääkäri, sairaanhoitaja ja kotikuntoutusta tekevä ohjaaja. Yksiköllä on myös tukiasuntoja. Erikoissairaanhoidosta vastaa Kellokosken sairaala avohoitopalveluineen silloin, kun kyseessä on vakavampi häiriö. Mäntsälä ostaa asumispalveluita ja kunnassa sijaitsee kaksi yksityistä hoitokotia. Seurakunnalla (mm. diakoniatyö) ja järjestöillä on tärkeä rooli mielenterveys- ja päihdepotilaiden tukemisessa. Porvoon perheasiainneuvottelukeskus vastaa Mäntsälän parisuhde- ja perhekriseihin.

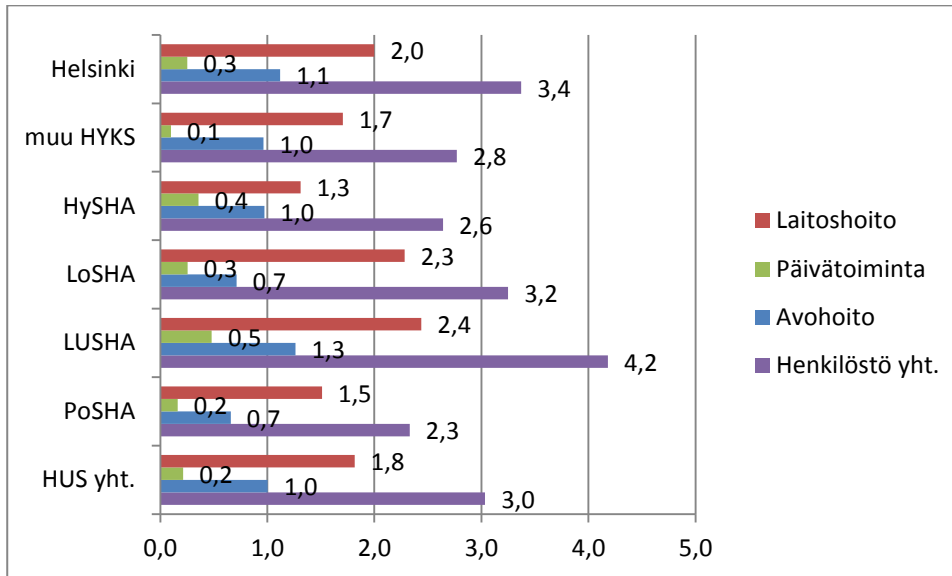
Nurmijärvi on järjestänyt mielenterveys- ja päihdepalvelut perusterveydenhuollossa terveyskeskuksissa, joissa 4 psykiatrista sairaanhoitajaa ja 4 päihdehoitajaa sekä yksi sosiaalityöntekijä vastaavat perusterveydenhuoltotason avun tarpeeseen. Kellokosken sairaala avohoitotoimineen vastaa erikoissairaanhoidon edellyttävien potilaista hoidosta. Nurmijärvellä on asumispalvelua yksityisesti ja pienimuotoisesti erikoissairaanhoidon järjestämänä (joka lopetetaan 1.1.2013 alkaen). Nurmijärven sosiaalitoimessa, aikuissosiaalityön yksikössä työskentelee mielenterveyskuntoutujien kanssa palveluohjaaja ja kaksi kotikuntouttajaa. Kotikuntouttajat tarjoavat mielenterveyskuntoutujille tukea omaan asuntoon tilanteissa, joissa kuntoutuja joutuisi muutoin asumaan tuetun asumispalvelun piirissä. Nurmijärvellä on Kalliolan klinikka joka on päihdehoitoon erikoistunut laitoshoitoyksikkö. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoa ja tukea edesauttaa myös järjestötoiminta. Nurmijärvellä on perheasiain neuvottelukeskus tukien ja hoitaen parisuhde- ja perhekriseissä olevia perheitä.

Tuusulan mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivat perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen alaisuudessa. Mielenterveyspotilaiden tuesta ja avusta vastaa kaksi depressiohoitajaa ja päihdepotilaille on nimetyt hoitavat henkilöt. Päihdepalvelut on jaettu kahteen osaan asiakkaan iän mukaan: nuorisoasemaan ja aikuispäihdetyöhön. Psykiatrasta erikoissairaanhoidon tarjoaa Kellokosken sairaala avohoitotoimineen. Järjestötoiminta tukee edellä mainittuja palveluja. Asumispalvelua on niin mielenterveys- kuin päihdepotilaille. Tuusulassa sijaitsee neljä yksityistä asumispalveluyksikköä. Avohoidon päivätoimintaa on tarjolla vain päihdekuntoutujille Mutterimajan yhteydessä.

Palvelukartoituksen tuloksia

I. Resurssien jakaantuminen

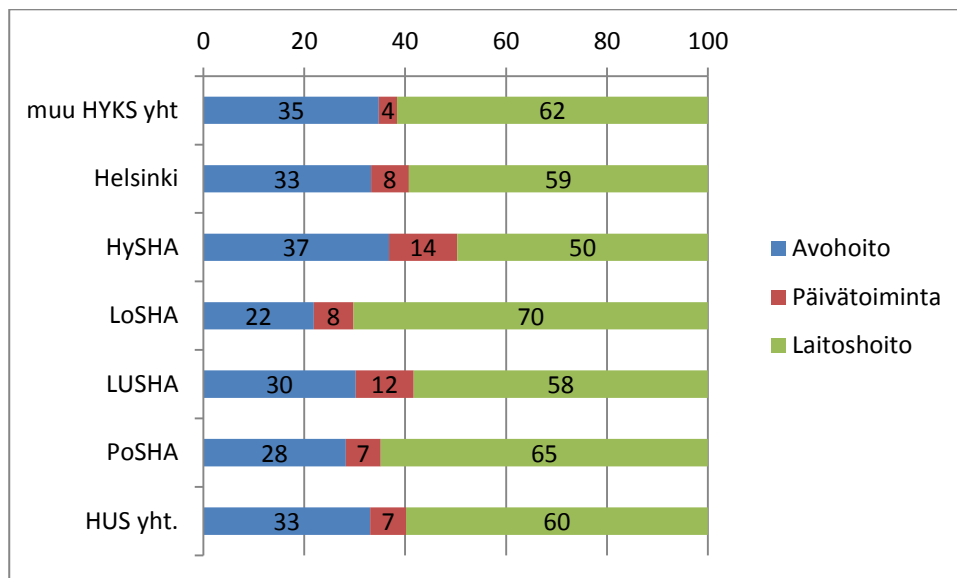
Kuvio 1. Mielenterveys- ja päihdehuollon jyvitetyn henkilöstön määrä 1000:tta asukasta kohden avo- ja laitoshoidossa sekä päivätoiminnassa loppuvuonna 2011 (Refinement)



Länsi-Uudellamaalla ja Helsingissä on eniten mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstöä 1000:tta 18 vuotta täyttäneestä asukasta kohden. Laitoksissa on eniten henkilöstöä Helsingissä, Lohjan alueella ja Länsi-Uudellamaalla. Helsingissä on pääkaupunkiasemaan liittyviä sosio-ekonomisia piirteitä (esimerkiksi yhden hengen talouksien suuri määrä), jotka nostavat laitoshoidon tarvetta. Vähiten avohoidon henkilöstöä oli Lohjan ja Porvoon alueilla. Pienin laitoshenkilöstömäärä oli Hyvinkään alueella, jossa myös kokonaishenkilöstömäärä on HUS:n pienimpiä.

Aluevertailun perusteella Hyvinkään alueen henkilöstöresurssit ovat tehokkaassa käytössä. Resursseja on siirretty laitoshoidosta avohoitoon määrätietoisesti pitkällä aikajänteellä. Kuntakohtaiset erot tulevat esille palvelutarvetta kuvaavassa mielenterveysindeksissä. Korkein suhteellinen mielenterveysindeksi on Hyvinkäällä (n.86) ja Järvenpäässä (n. 81) vaikka niissäkin se on maan keskiarvon alhaisempi. Erityisesti Hyvinkäällä ja Järvenpäässä on haasteena resursoida matalan kynnyksen perustason mielenterveys- ja päihdepalveluita. Edelleen tulee kehittää palveluita, joita resursoidaan perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä.

Kuvio 2. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden jyvitetty henkilöstö avohoidossa, päivätoiminnassa ja ympärivuorokautisissa laitospalveluissa loppuvuonna 2011 % (Refinement)

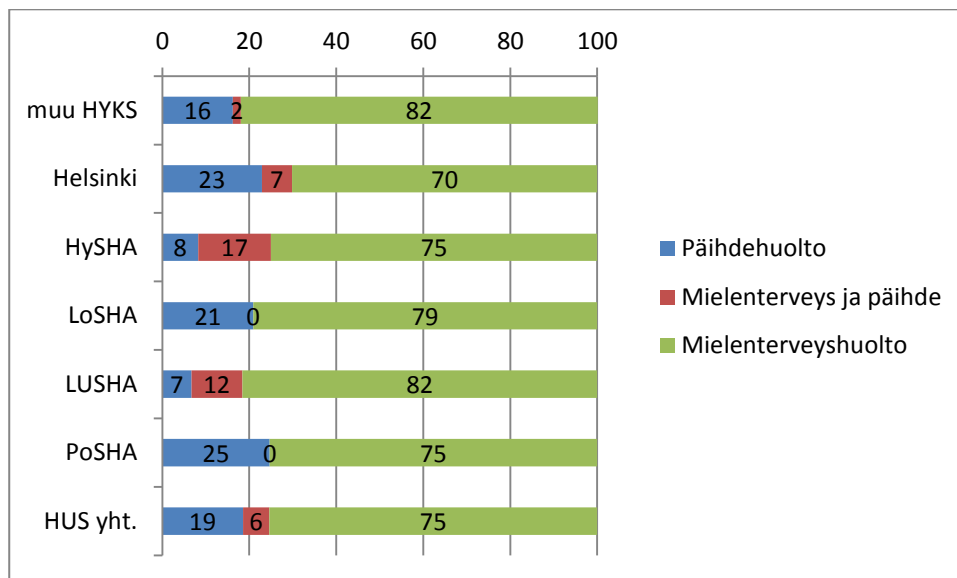


HUS-alueella hoitohenkilöstö sijoittuu ennen kaikkea ympärivuorokautisiin sairaala- ja asumispalveluihin. Luvuissa on huomioitu valtion mielisairaaloiden käyttö, joka vastaa noin 3 % HUS-alueen henkilöstöresursseista.

Avohoidon hoitohenkilöstön määrä suhteutettuna ympärivuorokautisten palvelujen hoitohenkilöstön määrään on avohoitopainotteisuuden osoitin. Näin laskettuna, Hyvinkään alue (suhdeluku 0,72) on avohoitopainotteisin. Suhdeluvultaan laitoshoitopainotteisimmat ovat Lohjan alue (suhdeluku 0,31) ja Porvoon alue (suhdeluku 0,43). Koko HUS-alueen suhdeluku (0,55) kuvastaa Helsingin (0,56) ja muun HYKS-alueen (0,55) tilannetta.

Hyvinkään sairaanhoitoalue on avohoitopainotteisin, eli henkilöstöä on suhteessa eniten avohoidossa ja järjestetyissä päivätoiminnoissa verrattuna muihin HUS:n sairaanhoitoalueisiin. Järjestettyyn päivätoimintaan kuuluu Kellokosken sairaalan toiminnallinen kuntoutus (sisältää mm. työ- ja toimintaterapian kuten puutarhan ja työkeskukset, liikunta, musiikki, kuvataide), Hyvinkään ja Järvenpään päiväosastot, kuntien päivätoimintakeskukset ja Järvenpään klubitalo.

Kuvio 3. Avohoidon jyvitetyn henkilöstön jakautuminen mielenterveys- ja päihdehuoltoon loppuvuonna 2011, % (Refinement)

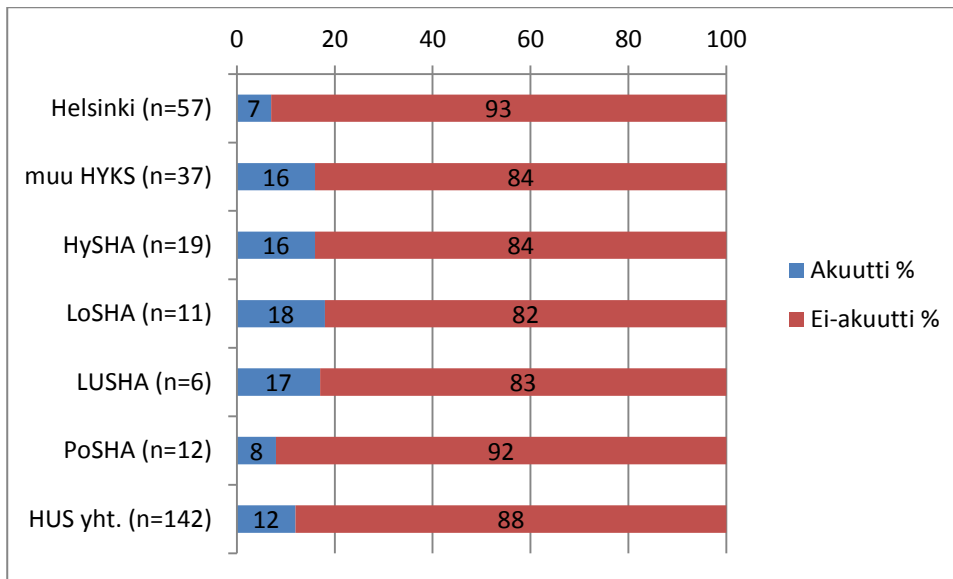


Mielenterveyden ja päihdehuollon avopalvelujen henkilöstö sijoittuu voittopuolisesti mielenterveystyöhön. Päihdehuollossa on noin viidennes HUS-alueen avohoidon henkilöstöstä. Kansallinen Mieli-suunnitelma suosittaa psykiatristen avoyksiköiden ja päihdehuollon erityispalvelujen avoyksikköjen yhdistämistä. HUS-alueella yhdistetyissä avotoiminnoissa työskentelee vain pieni määrä työntekijöitä. Niitä löytyy kuitenkin Hyvinkään ja Länsi-Uudenmaan alueilta, jonkin verran Helsingistä ja muualta HYKS-alueella, mutta ei Lohjan tai Porvoon sairaanhoitoalueilta.

Kuviossa näkyvä yhdistetty mielenterveys- ja päihdetyön avopalvelu muodostuu Järvenpään ja Mäntsälän mielenterveys- ja päihdeyksiköiden henkilöstöstä. Päihdepalveluissa on päiväkeskustoimintaa, kuten Tuusulan Kissankello ja Järvenpään Wärttinä. Aluevertailussa Hyvinkään alueen päihdetyön avopalvelujen henkilöstön osuus on pieni. Tämä voi olla epätarkoituksenmukaista ainakin Järvenpään osalta, koska kaupungissa alkoholin myynti on huomattavasti suurempaa kuin muulla HUS-alueella. Voimavarojen siirtoa mielenterveyslaitoksista päihdehuollon avopalveluihin tai yhdistettyihin mielenterveys-päihdepalveluihin tulisi harkita kaikissa alueen kunnissa, mutta erityisesti Järvenpäässä.

II. Palveluiden järjestämistapa

Kuvio 4. Akuutit ja ei-akuutit avohoitotoiminnot ¹⁾ loppuvuonna 2011 % (Refinement)

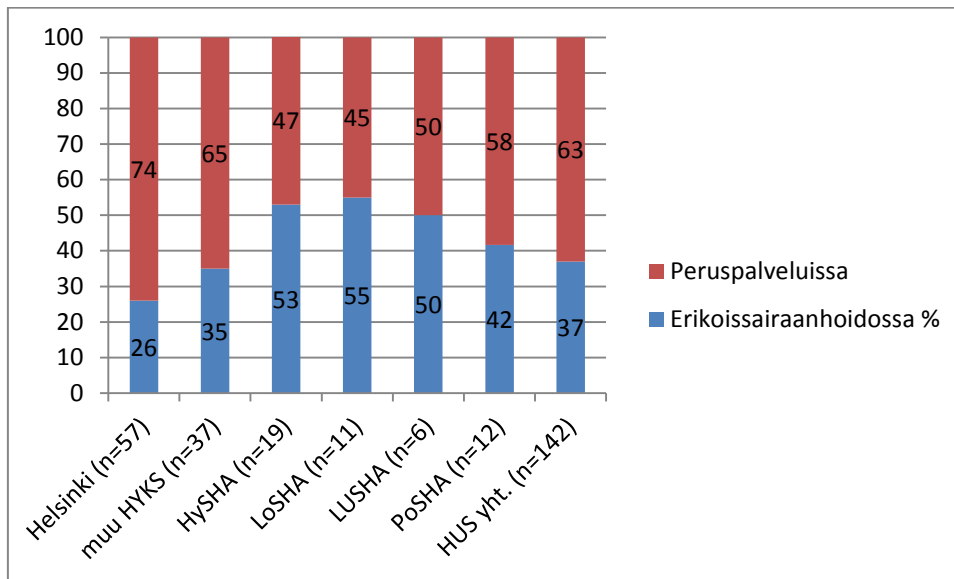


¹⁾Toiminnolla oma henkilökunta ja asiakaskunta sekä omat tilat

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa mahdollisuus välittömään hoitoon pääsyyn on laadukkaan palvelujärjestelmän osoitin. ESMS-R:ssä luokitellaan akuuttia hoitoa antavaksi avohoitoyksiköksi hoitopaikka, joka yleensä pystyy tarjoamaan apua ja tukea normaalina työaikana samana päivänä kun potilaan tilanne sitä vaatii. Lisäksi akuutiksi toiminnoksi määrittäminen edellyttää että vähintään 20 % asiakkaista on akuutteja kriisiasiakkaita. Ei-akuutiksi yksiköksi luokitellaan puolestaan avohoitoyksiköt, joissa vähemmän kuin 20 % käynneistä on akuutteja kriisiasiakkaita. HUS-alueella akuuttien avohoitotoimintojen osuus kaikista toiminnoista on alhainen, vain noin 10 %. Tämä voi näyttäytyä ongelmina akuutin hoidon saatavuudessa. Akuutin avohoidon lisääminen ja kehittäminen on haaste koko HUS-alueella, joka vaatinee myös perinteisiä maantieteellisiä alerajoja ylittäviä ratkaisuja.

Ympäri vuorokautinen avohoidon päivystyspoliklinikka ja intensiivisen avohoidon yksiköt puuttuivat Hyvinkään alueeltakin kokonaan. Pääasiassa virka-aikana toimivat liikkuvat työryhmät toimivat Kellokosken sairaalasta käsin. Vain varhaisvaiheen psykoosipotilaita varten perustettu liikkuva työryhmä palvelee myös iltaisin ja viikonloppuisin.

Kuvio 5. Peruspalveluissa ja erikoissairaanhoidossa toimivat avohoitotoiminnot ¹⁾ loppuvuonna 2011, %
(liitetaulukko 4, Refinement)

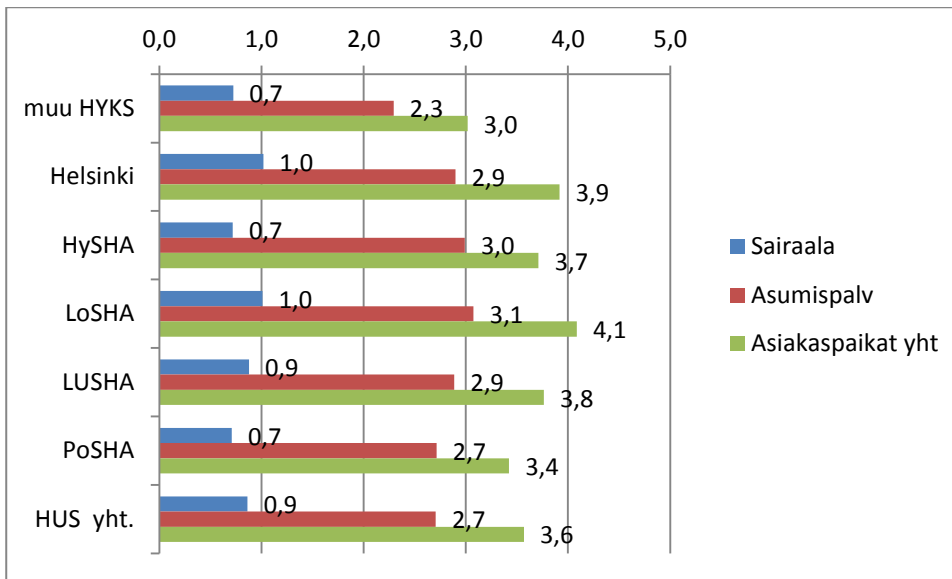


¹⁾ Toiminnolla oma henkilökunta ja asiakaskunta sekä omat tilat

Jokaisella HUS-piirin alueella on saatavilla mielenterveys- ja päihdepalveluja peruspalveluissa. Erityisesti Helsingissä avohoitoa saadaan peruspalveluissa, koska terveysasemilla toimivat erityiset mielenterveys- ja päihdetyöntekijät.

Hyvinkään alueelta löytyy 19 avohoitotoimintoa. HUS ylläpitää mieliala-, kuntoutus-, oikeus- ja vanhuspsykiatrian poliklinikoita ja liikkuvia työryhmiä (kotityöryhmä, ensipsykoosipotilaat). Nämä on organisoitu diagnoosiin pohjautuvan hoitoprosessin mukaan. HUS:in poliklinikat on keskitetty useammalle kunnalle palveluja antaviksi suuremmiksi yksiköiksi, jolloin asiantuntemus ei henkilöidy 1-2 asiantuntijaan. Kunnat tuottavat peruspalveluissa mielenterveys- ja päihdepalveluja Hyvinkään, Järvenpään, Tuusulan, Nurmijärven ja Mäntsälän terveyskeskuksissa sekä A-klinikassa. Hyvinkää on järjestänyt itsenäisesti erikoissairaanhoidotason avohoidon mielenterveyspalvelut. Peruspalvelutoimintojen alhainen osuus Hyvinkään alueella on seuraus kuntien pyrkimyksestä keskittää psykiatrinen hoito HUS-kuntayhtymän tuottamaksi. Psykiatrinen hoito on perinteisesti annettu suoraan erikoissairaanhoidon eikä ole nähty perustason palvelujen tarpeellisuutta.

Kuvio 6. Ympäri vuorokautisen laitoshoidon jyvitettyt asiakaspaikat 1000:tta aikuista kohden sairaaloissa ja asumispalveluissa loppuvuonna 2011 (Refinement)

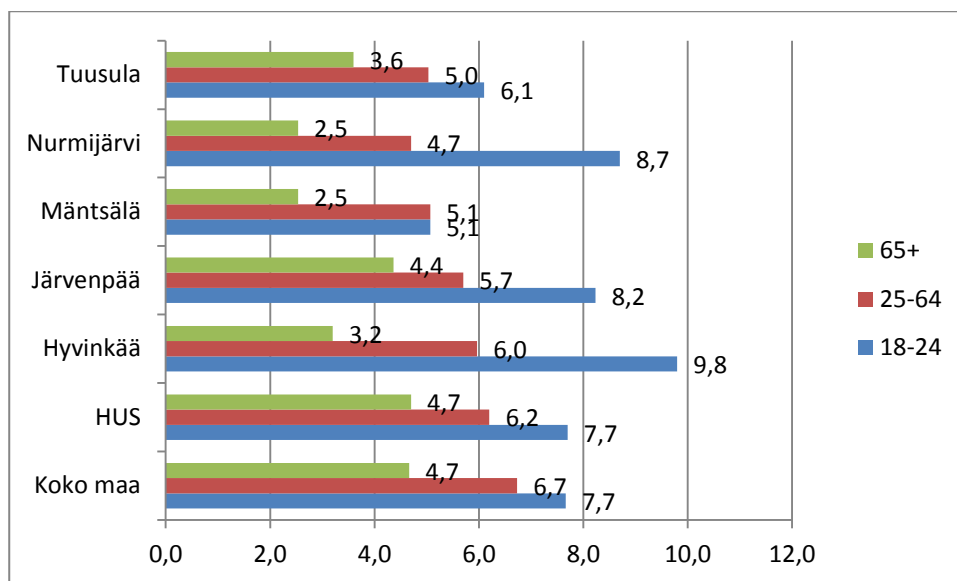


Eniten laitoshoidon asiakaspaikkoja asukasmäärään nähden on Lohjan sairaanhoitoalueella ja Helsingissä sekä vähiten Helsingin ympäristökunnissa ja Porvoon alueella. Sairaala paikkoja on vähiten Hyvinkään alueella. Noin neljäsosa asiakaspaikoista sijoittuu sairaaloihin, muut asumispalveluihin. Kuviossa on huomioitu Kellokosken, HYKS Psykiatrikeskuksen, Järvenpään sosiaalisairaalan sekä valtion mielisairaaloiden ja suurimpien asumispalveluyksikköjen käyttö kunnittain. Muut asiakaspaikat on jyvitetty kunnille yksikön sijainnin mukaan. Tammiharjun osalta on huomioitu nykytilanne, jolloin käytössä on enää 30 sairaansijaa.

Hyvinkään alue on lähes valtakunnallisessa tavoiteluvussa 0.6 psykiatrista sairaansijaa 10 000 asukasta kohden. Tavoitteena on vielä edelleen vähentää sairaansijoja nuorten aikuisten hoidossa, jossa laitoshoidoja oli HUS-keskiarvoa enemmän ja hoidot olivat huomattavan pitkiä.

Hyvinkään alue käyttää runsaasti asumispalveluita (3,3/1000 asukas), varsinkin tehostettua asumispalvelua. Tuettua asumista on tarjolla hyvin vähän, mikä on selvä kehittämishaaste.

Kuvio 7. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleet ikäluokittain 1000:tta vastaavan ikäistä kohden Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnissa, HUS-alueella ja koko Suomessa 2008-2010 (THL Sotkanet)



Psykiatrisen sairaalahoidon määrä kuvastaa sekä palvelurakennetta että palvelun tarvetta.

Alhaiset psykiatrian sairaalahoitotulot Mäntsälässä ja Tuusulassa voivat kuvastaa kehittyntä avohoitoa tai aikuisväestön alhaista sairaalahoitotarvetta muusta syystä.

Korkeimmat psykiatrian laitoshoidon 18–24-vuotiaiden potilaiden/1000 vastaavanikäistä luvut ovat Hyvinkäällä (9,8), mikä ylittää selvästi Suomen ja HUS:in keskiarvon. Luku kertonee hyvinkääläisten nuorten aikuisten psykososiaalisesta tilanteesta, ja herättää kysymyksen, ovatko hyvinkääläisten nuorten ja nuorten aikuisten avomielenterveyspalvelut riittävän kehittyneitä. Myös Nurmijärvi (8,0) ja Järvenpää (7,7) ylittävät Suomen ja HUS:in keskiarvon.

Tulosten pohdinta ja suositukset

Tämä raportti keskittyy palvelurakenteen arviointiin ja siitä johdettaviin suosituksiin. Hanketyön tässä vaiheessa ei arvioida palveluiden sisältöä, palveluketjuja, tuottavuutta tai vaikuttavuutta. Alueella HUS:n psykiatria on kehittänyt potilasryhmäkohtaisia palveluketjuja yhdessä kuntien kanssa. Palveluketjunäkökulma tullaan tarkemmin analysoimaan REFINEMENT-hankeen toisessa vaiheessa, jossa tehdään potilasryhmäkohtaisia analyyseja yksilöidyn datan perusteella. Toisen vaiheen tiedonkeruu alueen kunnista on alkamassa alkuvuonna 2013.

I. Palvelutarve

Mielenterveyspalveluiden tarve vaihtelee kunnittain. Sairastavuuden lisäksi sosio-ekonomiset tekijät vaikuttavat palvelutarpeeseen. Työttömyys heikentää mielenterveyttä ja erityisesti pitkittyessään se on vakava mielenterveysongelmien riski, varsinkin miehille. Hyvinkäällä on työttömiä hieman enemmän kuin HUS:issa keskimäärin. Järvenpäässä työttömistä useampi kuin joka viides on pitkäaikaistyötön, mikä on myös koko Suomen lukua korkeampi määrä. Nurmijärvellä ja Tuusulassa on taas vähän työttömiä. Pienituloisuus ja köyhyys ovat aina uhka terveydelle. Toimeentulotuella HySHA:n alueen kuntien väestöstä elää pienempi osuus kuin HUS-alueella yleisesti (liitetaulukko 1). Toimeentulotukea saavien henkilöiden määrä on erityisen alhainen Mäntsälässä, Tuusulassa ja Nurmijärvellä.

Yhden hengen asuntokuntien osuus lisää laitospalveluiden tarvetta. Yhden hengen asuntokuntia on HySHA alueen kunnissa suhteellisen vähän verrattuna koko maahan ja HUS-alueeseen (liitetaulukko 2).

Nurmijärvellä, Tuusulassa ja Mäntsälässä on merkittävästi vähemmän yksin asuvia verrattuna muihin HySHA alueen kuntiin (Hyvinkää, Järvenpää), HUS-alueeseen ja koko Suomeen (liitetaulukko 2).

Päihteiden käyttö liittyy usein mielenterveyden häiriöihin. Vain Järvenpäässä myytiin alkoholijuomia (9,2 l/v) asukasta kohti enemmän kuin maan ja HUS:in keskiarvon (8,1 l/v) (liitetaulukko 2).

Sosioekonomisten mittareiden perusteella näyttää siltä, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarve on Hyvinkäällä ja Järvenpäässä suurempaa, ja Nurmijärvellä, Tuusulassa ja Mäntsälässä vähäisempää kuin muualla HUS-alueella.

Sairastavuus (Taulukko 1): THL:n sairastavuutta mittaavan mielenterveysindeksin mukaan alueen väestön mielenterveys on keskimäärin parempi kuin suomalaisissa kunnissa ja samaa tasoa kuin HUS piirissä yleensä. Hyvinkäällä (86) ja Järvenpäässä (81) on korkeimmat mielenterveysindeksit eli suurin tarve.

Hyvinkääläisten nuorten aikuisten alueen ja koko Suomen keskiarvoa selvästi suurempi laitoshoidon tarve on huolestuttavaa ja herättää kysymyksiä hoidon tarpeen laajemmista syistä. Luku kertonee hyvinkääläisten nuorten aikuisten psykososiaalisesta tilanteesta ja nuorten ja nuorten aikuisten avomielenterveyspalvelujen riittämättömyydestä. Myös Nurmijärven ja Järvenpään nuorten aikuisten psykiatrisen laitoshoidon käyttö ylittää Suomen ja HUS:in keskiarvon.

Alhaiset psykiatrisen sairaalahoidon luvut Mäntsälässä ja Tuusulassa voivat kuvastaa kehittyntä avohoitoa, vähäistä skitsofreniapotilaiden määrää tai aikuisväestön alhaista sairaalahoitotarvetta muusta syystä (mm. aikaisemmin maininta sosioekonomisten mittareiden ja mielenterveysindeksin perusteella).

Sosio-ekonomiset tekijät (Liitetaulukko 2): Väestön mielenterveyden hoidon tarve vaihtelee kunnittain sosio-ekonomisten mittarien mukaan. Sosioekonomisesti määräytyvä palvelutarve on Hyvinkäällä ja Järvenpäässä suurempaa kuin HUS-alueella keskimäärin ja Nurmijärvellä, Tuusulassa ja Mäntsälässä vähäisempää kuin muualla HUS-alueella. Sosio-ekonomisista tekijöistä varsinkin työttömyys on yhteydessä mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeeseen. Työttömyys rasittaa mielenterveyttä ja erityisesti pitkittyessään se on vakava mielenterveysriski varsinkin miehille. Hyvinkäällä ja Järvenpäässä oli enemmän työttömiä kuin HUS:ssa keskimäärin. Tuusulassa ja Nurmijärvellä on sen sijaan vähän työttömyyttä, mikä omalta osaltaan vähentää myös mielenterveyspalveluiden tarvetta.

Yhden hengen asuntokuntien osuus lisää laitospalveluiden tarvetta. Yhden hengen asuntokuntia on HySHA alueen kunnissa suhteellisen vähän verrattuna koko maahan ja HUS-alueeseen.

II. Palvelurakenne

Hyvinkään alueella mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaishenkilöstömäärä on HUS:n pienimpiä ja laitoksissa henkilökuntamäärä on pieni. Järjestelmän avohoitopainotteisuuden osoitin on avohoidon hoitohenkilöstön määrä suhteutettuna ympärivuorokautisten palvelujen hoitohenkilöstön määrään. Näin laskettuna Hyvinkään alue (suhdeluku 0,75) on HUS-alueen avohoitopainotteisin. Henkilöstöressurit ovat tehokkaassa käytössä, mahdollisesti jo siten, että henkilökuntaa on paikoitellen riittämättömästi. Tärkeää on säilyttää vähintään nykyiset henkilöstöressurit, koska alueen perustason palvelut ovat hyvin niukat. Resursseja tulee vahvistaa nimenomaan perustason matalan kynnyksen, ennaltaehkäisevissä palveluissa.

Hyvinkään sairaanhoitoalue on saavuttanut valtakunnallisen tavoiteluvun psykiatrisissa sairaansijoissa suhteessa väestöön (Mieli-2009, tavoite 0,6). Tavoitteena on silti edelleen vähentää psykiatrisia sairaansijoja, mm. nuorten aikuisten hoidossa ja korvata sairaalahoitoja intensiivisellä kotiin tehtävällä työllä.

Psykiatristen sairaaloiden henkilöstöresurssia on hyödyllistä arvioida vertailemalla yksittäisten laitosten miehitystä muiden alueiden vastaaviin yksiköihin (henkilöstömäärä/sairaansija). Kellokosken sairaalan osastojen henkilöstövahvuudet ovat samaa suurusluokkaa tai jopa vähemmän kuin HUS-alueen muissa samansuuruisissa osastoissa. Siten resurssien siirto avohoitoon ei enää ole mahdollista ohentamalla henkilökuntamiehitystä osastoilla, vaan avohoidon päihde- ja mielenterveyspalvelujen vahvistaminen edellyttää osastorakenteen tarkastelua ja kokonaisten toimintakokonaisuuksien siirtoa avopalveluihin.

Kellokosken sairaalaan on keskitetty HUS Psykiatrian oikeuspsykiatrinen osaaminen, mistä syystä sairaala tarjoaa palveluita koko HUS alueelle oikeuspsykiatriassa. Myös ns. vaikeahoitoisten potilaiden laitostuntoutus on keskitetty Kellokoskelle. Näistä syistä Kellokosken sairaalassa on monipuolinen valikoima erilaisia osastoja sekä monipuolinen ja laaja toiminnallinen kuntoutus. Laaja osastovalikko monipuolistaa oman alueen potilaille tarjottavia palveluja, mutta toisaalta resurssien siirto avohoitoon on tavanomaista haasteellisempaa. Kokonaisuudessaan HySHA:een potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet ja niitä tulee myös jatkossa edelleen pyrkiä lyhentämään. Sairaalassa toimivasta toiminnallisesta kuntoutuksesta HySHA:een potilaiden hoidossa resursseja tulee suunnata avohoitoon. Kuitenkin siten, että HUS-alueen sairaalalle osoittamat erityistehtävät kyetään laadukkaasti hoitamaan.

Kun Kellokosken sairaala palvelee koko HUS aluetta, on haasteena yhteistyö 26 kunnan kanssa. Kun kaikki kunnat ovat järjestäneet palvelunsa omalla tavallaan, vaatii tämä jatkuvaa yhteistyön kehittämistä kuntien kanssa. Haittapuolena voi olla se, että alueellisen avohoidon kehittäminen voi jäädä sairaalahoidon kehittämisen jalkoihin. Lisäksi yhteistyö edellyttää toimivien videokonferenssimahdollisuuksien, etäkonsultaatioiden ym. joustavien tietoteknisten toimintamallien kehittämistä. Tämä on erityisen kiireellistä oikeuspsykiatrisen osaamisen jalkauttamisessa.

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa mahdollisuus välittömään hoitoon pääsyyn on laadukkaan palvelujärjestelmän osoitin, toisaalta akuuttien kriisihoitojen tarve voi olla merkki riittämättömistä avohoidon peruspalveluista. Alueelta puuttui kokonaan avohoidon ympärivuorokautisesti väestöä palveleva päivystyspoliklinikka. Vain osalla kunnista on sopimus Hyvinkään kriisikeskuksen kanssa, joka tarjoaa apua elämänsä kriiseissä ja traumaattisissa kriiseissä. Lisäksi intensiivisen avohoidon yksiköitä ei ole.

Kansallinen Mieli-suunnitelma suosittaa avohoidon mielenterveys- ja päihdepalveluyksiköiden yhdistämistä. Tällaisia mielenterveyden ja päihdehuollon yhdistettyjä avohoitotoimintoja Hyvinkään alueella on Järvenpäässä ja Mäntsälässä. Avopalveluissa päihdehuoltoon sijoittuvan henkilöstön osuus on pienempi kuin HUS-alueen keskimäärin. On hyvin mahdollista, että avohoidon päihdepalveluja ei alueella

ole tarpeeksi. Siksi jatkossa on syytä arvioida kriittisesti, vastaako avohuollon resurssijako mielenterveys- ja päihdeavopalvelujen välillä väestön tarpeita. Lisäksi edelleen on syytä tarkastella avopuolen mielenterveys- ja päihdeavopalvelujen yhdistämistä tai vähintään tiiviimmän yhteistyön järjestämistä myös erityispalvelujen osalta Mieli-2009 suositusten mukaisesti.

Hyvinkää on alueen muista kunnista poiketen järjestänyt erikoistason avohoidon palvelut omana tuotantona. Hyvinkäällä on runsaasti palvelutarvetta ja Hyvinkää käyttää myös runsaasti psykiatrisia laitospalveluja. Refinement-hankkeen II vaihe, jossa selvitetään potilaskohtaisia hoitopolkuja, tulee mahdollistamaan myös vertailun siitä, onko erityistason avohoitopalvelujen järjestäminen tuloksellisinta kunnan omana tuotantona vai keskitetysti.

Psykiatrian tuloksikkoo on organisoitu diagnoosipohjaisten prosessien mukaan. Avohoidon yksikköjä on koottu yhteen keskitetyksi poliklinikaksi, hallinnollisesti yhdeksi yksiköksi. Potilashoidon monipuolisuuden ja henkilöstön osaamisen näkökulmasta toimintamalliin liittyy monia synergiahyötyjä. Yksikön sisään on kuitenkin syntynyt pieniä yksikköjä, joiden välissä potilas mahdollisesti joutuu odottamaan varsinaisen hoidon alkamista. Tähän liittyen odotetaan REFINEMENT II vaiheen hoitopolkuanalyysituloksia, jolloin saadaan tietoa, joutuvatko potilaat odottamaan liian kauan hoitojärjestelmän sisällä.

Toimiva avohoito edellyttää laajempia perusterveydenhuollon konsultaatiomahdollisuuksia ja nopeita hoitointerventioita. HySHA:lla on runsaasti yksityisten toimijoiden järjestämiä asumispalveluja. Alueella on 13 tehostetun asumispalvelun yksikköä, joissa on ympärivuorokautinen miehitys, ja 7 muuta asumispalveluyksikköä. Alueen asumispalveluissa on yhteensä yli 320 asukasta, eli noin 2,4 paikkaa 1000 aikuista kohti. Tämän tuetun asumispalvelun laatu on vaihtelevaa ja kuntoutujien siirtymisestä itsenäisempään asumiseen ei ole tietoa. Jatkossa tavoitteena onkin tarkastella kriittisesti asumispalveluiden nykytilaa, niiden laatua ja sisällön monipuolisuutta. Nurmijärvellä esimerkiksi kuntoutujia siirretään asumaan itsenäisesti ja tätä tuetaan kotikuntoutuksella ja järjestetyllä päivätoiminnalla.

Moderniin psykiatriaan kuuluu mielenterveyskuntoutujan tuettu työllistäminen. Skitsofreniakuntoutujat tarvitsevat mielekäästä tekemistä ja reittejä työelämään ja opiskelumahdollisuuksia. Nämä palvelut on selvästi puutteellisesti järjestetty koko alueella, vaikka Invalidiliiton Järvenpään koulutuskeskus tarjoaa kuntoutusreittejä eteenpäin.

Hyvinkään alueelta ei löytynyt palveluiden saavutettavuutta edistäviä palveluja, kuten mielenterveysbusseja tai henkilökohtaisia saattajia. Tätä työtä kuitenkin tehdään työn ohessa jonkin verran.

III. Kehittämistyö

HySHAn alueella on tehty aktiivista ja innovatiivista kehittämistyötä palvelujärjestelmän kehittämiseksi avohoitovetoiseksi. Tehostetun kotihoidon työryhmät eli ACT-työryhmät (Assertive Community Treatment) toimivat Järvenpäässä, Tuusulassa ja Mäntsälässä. Nämä ovat moniammatillisia ja hallintorajat ylittäviä työryhmiä, jonne eri hallinnonalojen työntekijät voivat ohjata palveluverkoista jo tipahtaneita tai tipahtamassa olevia asiakkaita. ACT-työryhmä tarjoaa nopeita arviointi-, tuki- ja seurantapalveluja vaikeasti muihin hoitoihin sitoutuville selvästi hoidon tarpeessa oleville asiakkaille. Seuranta on osoittanut, että ACT-toiminta tavoittaa etenkin nuoria aikuisia, jotka ovat syrjäytyneet työ- ja opiskeluelämästä ja joilla on monia erilaisia psykososiaalisia ongelmia.

Erikoissairaanhoidossa on kehitetty parin vuoden ajan aktiivisesti tunne-elämältään epävakaiden potilaiden hoitoa. Vaikeimmin oireilevien potilaiden hoitoon on aloitettu Dialektisen käyttäytymisterapien (DKT)-hoito-ohjelma keväällä 2012. Tälle potilasryhmälle ja masennuspotilaille suunnattuja taito- ja valmennusryhmiä on perustettu aikuispotilaille Järvenpään poliklinikalle, Hyvinkään päiväosastolle ja yhdelle Kellokosken sairaalan osastolle. Tällä osastolla kehitetään ensimmäisenä Suomessa DKT-pohjaista osastohoitoa.

Skitsofreniapotilaiden hoito on keskeinen haaste kaikissa alueen kunnissa. Mäntsälässä ja Järvenpäässä on eniten skitsofrenian takia hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa. Kaikki Hyvinkään alueen kunnat ylittävät HUS:in keskiarvon. Luvut kertovat tarpeesta kehittää kuntouttavaa avohoittoa koko alueella, mutta erityisesti Järvenpäässä ja Mäntsälässä. Nuorten psykoosipotilaiden hoitoon on kehitetty liikkuva työryhmä, joka tukeutuu osastoyksikköön. Lisäksi kuntoutusosaston ohessa toimii toistuvasti sairaalaan palaavien potilaiden tueksi rakennettu liikkuva työryhmä. Avohoitopainotteisessa hoitojärjestelmässä liikkuvat toiminnot sidotaan avohoittoon mieluummin kuin sairaalatoimintoihin. Nykytilanteessa on nähty tarkoituksenmukaisena järjestää liikkuvat palvelut sairaalasta käsin, jotta resursseja voidaan käyttää tehokkaasti ja liikkuva toiminta on taloudellisesti ylipäättään mahdollista. Jatkossa on tarpeellista laajentaa liikkuvien työryhmien työaikaa myös iltoihin ja viikonloppuihin ja lopulta sitoa liikkuvat toiminnot avohoittoon. Samalla voidaan harkita avohoidon palvelujen tarjoamista nykyistä virka-aikaa pidempään.

Alueen psykiatrisen sairaalan sairaansijojen suhde väestömäärään on 0,6 promillea eli alue on jo Mieli-2009 tavoiteluvussa. Tavoitteena on vielä edelleen vähentää sairaansijoja nuorten aikuisten hoidossa, jossa laitoshoidoja oli HUS-keskiarvoa enemmän ja hoidot olivat huomattavan pitkiä. Vuoden 2013 alussa Ohkolan kiinteistössä aloittaa kahdesta osastosta muodostettu kriisiyksikkö, joka toimii avohoidon seurannassa. Yksikössä on 12 potilaspaikkaa varhaisvaiheen ei-mielialahäiriöihin liittyvää psykoosisairautta sairastaville potilaille ja 12 paikkaa relapsoivaa skitsofreniaa sairastaville potilaille. Yksikkö ottaa potilaita

vastaan joustavasti ja vastaa muualla sairaalassa näihin ryhmiin kuuluvien potilaiden hoitoketjujen jatkuvuudesta. Yksikön yhteydessä toimii sairaalahoitoa korvaavaa tiivistä kotiin tehtävää avohoitoa tarjoava liikkuva työryhmä. Tavoitteena on siirtää nykyisin sairaalahoidossa hoidettavia kokonaan avohoitoon.

Skitsofrenia-/psykoosipotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa on alueella jo sovittu psykoosivastuualueen toimintojen uudelleenjärjestelyistä yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja kuntien eri toimijoiden kanssa (perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi, järjestösektori). Tavoitteena on kehittää psykoosipotilaan hoitoketjun toimivuutta, tehokkuutta ja hoidon laatua. Hoidon prosessia tarkastellaan toiminnan näkökulmasta ja työnjakokysymyksinä yli organisaatorajojen (liikkuvat työryhmät, sairaalan eri osastot, psykiatrian poliklinikat, kuntien toimijat). Elokuussa 2012 on perustettu työryhmät liikkuvien työryhmien, varhaispsykoosin ja relapsien hoitamista varten sekä osaston toimintojen, käytäntöjen ja hoitotyön ytimen pohtimista varten.

Peruskuntien kanssa tehtävän kuntoutustyön organisoimiksi ja kehittämiseksi alueelle on kehitetty johtavan ohjaajan toimenkuva syksystä 2012 lähtien.

Hyvinkään alue käyttää runsaasti asumispalveluita (3,3 asiakaspaikkaa/1000 asukas), varsinkin tehostettua asumispalvelua. Tuettua asumista on tarjolla hyvin vähän, mikä on selvä kehittämishaaste. Asumispalveluista puuttuu monipuolisuus ja ne tarjoavat hyvin samanlaista palvelua kaikille potilaille. Potilaiden yksilöllisiä tarpeita ei oteta huomioon ja toisaalta esimerkiksi neuropsykiatrisista ongelmista kärsiville tai ympärivuorokautista tukea vaativille kuntoutujille ei löydy sopivia asumispalveluja. Asumispalveluiden kehittämisen haasteena on monipuolistaa palveluita ja räätälöidä palveluita potilaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan. Asumispalvelujen henkilöstörakenne on koko HUS-alueella hyvin hoitohenkilöstöön painottuva. Tämä herättää huolta kuntoutuksen sisällöistä. Koko HUS alueen asumispalvelujen laadun kehittäminen on tulevaisuudessa keskeistä.

Asumispalvelujen tarkempi kartoitus on alueella ja jo alkanut MATTI-projektin (Mielenterveyskuntoutujien asumisen tukiohjelma, tavoitteena itsenäisyys) myötä. Tutkimus- ja kehittämishankkeessa tullaan arvioimaan asumispalvelujen piirissä olevat kuntoutujat ja tarkentamaan, miksi itsenäinen asuminen ei ole mahdollista ja minkälaista tukea kuntoutuja tarvitsisi itsenäiseen asumiseen siirtyäkseen. Samalla MATTI-projektissa tuetaan itsenäistä asumista kognitiivisen adaptaation menetelmällä.

Usein työtoiminta on sidoksissa asumispalveluihin. Joissakin kunnissa (Hyvinkää, Järvenpää) on tarjolla myös suojatyötyyppistä päivätoimintaa pitkäaikaisista psykiatrisista sairauksista kärsiville potilaille.

Nykyisten kehityssuositusten mukaan potilaita ei tulisi eristää suojatyötyyppiseen toimintaan, vaan heille tulisi tarjota tuettua työllistymistä tai tämän epäonnistuessa työtoimintaa integroitujen palvelujen piirissä yhdessä esimerkiksi päihdeongelmista kärsivien ja työttömien yksiköissä. Tuettua työllistymistä Hyvinkään alueella ei ole kuin Järvenpään klubitalolla. Asianmukaisen työelämäkuntoutuksen järjestäminen on kiireellinen haaste.

Mielialahäiriöiden takia hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa on eniten Järvenpäässä ja Nurmijärvellä, jotka ylittävät HUS-alueen ja Suomen keskiarvon. Perusterveydenhuollon psykiatrisia konsultaatiomahdollisuuksia on parannettu ja toimintaan on lisätty resursseja. Erikoissairaanhoidosta on nimetty kuntiin konsultoivat erikoislääkärit, jotka tekevät konsultaatiokäyntejä perusterveydenhuoltoon Järvenpäässä, Mäntsälässä ja Nurmijärvellä. Toiminta on toistaiseksi pienimuotoista. Erikoissairaanhoidon näkökulmasta perusterveydenhuollosta tehtäviä puhelinkonsultaatioita tulisi tehdä selvästi nykyistä enemmän. Lisäksi Hyvinkään sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon avohoidossa on otettu vastaan keväästä 2012 asti hyvinkääläisiä alle 23- vuotiaita nuoria aikuisia, mutta Hyvinkään kaupunki huolehtii edelleen tätä vanhempien potilaiden psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta.

IV Suositukset

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti alueella tulee painottaa voimaperäisesti:

1. asiakkaan aseman vahvistamista
2. mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä
3. ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa
4. perus- ja avohoitopalveluja

Nämä tarkoittavat seuraavia asioita.

- a) Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulisi olla ihmisten arkeen integroituja ja helposti saatavilla. Koko alueelle tulee kehittää informaatiota, neuvontaa ja ohjausta tarjoavia matalan kynnyksen palveluja. Päivätoimintojen puute nousi selkeästi esiin kriittisenä kehittämisaikana. Tuusulan, Nurmijärven ja Hyvinkään perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluja tulee lisätä. Perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut tulee aidosti yhdistää, toimiminen samoissa tiloissa saman johdon alaisuudessa parantaa palvelujen laatua ja saatavuutta.
- b) Psykiatrisen hoidon laitospainotteisuutta tulee edelleen purkaa. Etenkin tämä koskee nuoria skitsofreniapotilaita, joiden pitkät sairaalahoidot pitää saada lyhenemään. Laitospainotteisuutta

tulee purkaa sekä vähentämällä sairaalapaikkoja että tukemalla kuntoutujia itsenäiseen asumiseen pois palveluasumisen piiristä.

- c) Psykiatrisen avohoidon kriiseihin reagoit nopeutta tulee lisätä tarkistamalla lähetekäytäntöjen toimivuutta ja parantamalla erikoissairaanhoidon perustasolle antamia konsultaatioita. Konsultaatiotoimintaa tulee kehittää moniammatilliseksi ja harkita myös lyhyitä interventioita tarvitsevien potilaiden erikoissairaanhoidon tasoisten tapaamisten järjestämistä perusterveydenhuollon toimipisteissä. Psykiatrisen kuntoutuksen, esim. psykoterapian saatavuutta tulee seurata ja yhteistyötä muiden toimijoiden, esim. Kansaneläkelaitoksen ja työterveyshuollon kanssa, nopeasti lisätä. Psykiatrisen avohoidon saatavuutta ilta-aikoihin ja ympärivuorokautista puhelin neuvontaa on lisättävä sekä tulee tarjota.
- d) Psykiatrisen palveluasumisen laatua ja tarvetta tulee tarkastella kriittisesti. Kuntoutujille tulee tarjota tukea itsenäiseen asumiseen siirtymiseen esimerkiksi siirtämällä palveluasumisen ostamiseen suunnattuja resursseja kotikuntouttajien palkkaamiseen. Samalla perustasolla kunnan kotipalvelujen, kotisairaanhoidon ja psykiatristen palvelujen välistä yhteistyötä tulee lisätä. Nurmijärvi on toteuttanut tämän onnistuneesti ja sitä voidaan pitää esimerkkinä koko alueelle. Palveluasumisen valikko tulee saada monipuolisemmaksi esim. tarkentamalla yksiköiden kilpailuttamista ja pyrkimällä yhteiseen yksiköiden kilpailuttamiseen. Erikoissairaanhoidon ja HUS:n asiantuntijaroolin tulisi näkyä voimakkaammin hoitoketjujen loppupäätä (mm. tuettua palveluasumista) kehitettäessä. MATTI-projektin pilotin jälkeen voidaan arvioida tämän mallin toimivuutta itsenäiseen asumiseen tukemisessa.
- e) Mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilöstöresurssit ovat alueella tehokkaasti käytössä. Henkilöresursseja voidaan siirtää toimintoja yhdistämällä mielenterveyspalveluista päihdepalveluihin sekä purkamalla päällekkäistä toimintaa. Väestön kasvaessa mielenterveys- ja päihdetyöhön avohoidon peruspalveluihin tullaan tarvitsemaan lisää voimavaroja. Uusien liikkuvien työryhmien toiminta tulee integroida saman hallinnollisen sateenvarjon alle ja siirtää jatkossa myös hallinnollisesti avohoitoon. Palveluja tulee saada myös iltaisin ja viikonloppuisin. Toiminnan laajentaminen yöaikaan edellyttää isoa väestöpohjaa pienellä maantieteellisellä alueella. Siksi liikkuvien toimintojen yöpäivystys järjestetään jatkossakin sairaalaosastoilta käsin.
- f) Paheneva työvoimapula kaikissa ammattiryhmissä edellyttää työnjaon tarkentamista edelleen. Sairaanhoidtajien koulutus ja kokemus mahdollistaa heille nykyistä selvästi itsenäisemmän työnkuvan. Erityisesti erityistyöntekijöiden työnkuvia tulee arvioida ja miettiä myös, minkä

ammattiryhmän palveluja eniten uusissa toiminnoissa tarvitaan. Kaikki päällekkäinen työ perus- ja erityissairaanhoidon välillä pitää poistaa ja sopia moniongelmaisten potilaiden hoidossa yhteisistä organisaatorajat ylittävistä hoito- ja kuntoutussuunnitelmista. Kunnan oma sosiaalityö tulee sitoa aiempaa tiukemmin psykiatrisen kuntoutuksen tueksi.

- g) Perustasolle tulee kehittää kolmannen sektorin tarjoamia päivätoimintapalveluja, kuten kerhotoimintaa ja vertaistukitoimintaa.
- h) Suojatyötoiminnan resurssia pitää siirtää tuetun työllistymisen mallin rakentamiseen koko alueelle.
- i) Kokemusasiantuntijat tulee saada aktiivisesti vaikuttamaan järjestelmän kehittämiseen ja toiminnan arvioimiseen. Esimerkiksi HySHA psykiatrian johtoryhmään on nimetty kaksi kokemusasiantuntijaa elokuusta 2012 alkaen. On tärkeää, että palvelujärjestelmän ja toiminnan kehittämistä koskevissa työ- ja ohjausryhmissä on nimetty kokemusasiantuntijat.

Liitetaulukko 1. HYKS-ERVA alueen mielenterveys- ja päihdepalvelutoiminnot loppuvuonna 2011

Puuttuvat toiminnot on alueittain merkitty **punaisella**

Palvelutoiminto	Alue								HYKS ERVA yhteensä
	Etelä-Karjala	Kymenlaakso	Helsinki	muu HYKS-alue	Hyvin-kään alue	Lohjan alue	Länsi-Uusimaa	Porvoon alue	
Avohoito									
Liikkuva akuutti palvelu	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Päivystysvastaanotto		0	1	0	0	0	0	1	2
Akuutti avohoito	2	10	2	4	3	2	1	0	24
Liikkuva avohoito	1	8	3	1	3	0	1	0	17
Intensiivinen avohoito ¹⁾	2	0	1	4	0	0	0	0	7
Keskitason intensiteetin avoh. ²⁾	2	9	22	11	7	6	1	5	63
Matalan intensiteetin avohoito	10	3	29	18	6	3	3	6	78
Järjestetty päivätoiminta									
Akuutti päiväosasto	0	0	5	1	2	1	0	0	9
Työtoiminta	3	6	6	5	2	2	3	1	28
Päivätoimintakeskus	5	13	9	7	5	1	2	2	44
Tapaamispaikka	0	0	6	6	3	0	2	4	21
Ympäri vuorokautin hoito									
Teho/turvaosasto	0	0	1	0	2	0	0	0	3
Akuuttiosasto	3	6	14	5	1	1	1	1	32
Ei-akuutti osasto, rajattu aika	0	0	6	2	7	0	0	0	15
Pitkäaikaisosasto	0	1	10	3	8	3	1	1	27
Hoitolaitos päivystävällä lääkärillä	0	0	2	3	2	0	0	0	7
Tehostettu palveluasuminen	6	22	16	16	13	8	4	7	92
Palveluasuminen	10	14	17	23	7	4	1	6	81
Tuettu asuminen	1	3	6	4	0	1	0	0	15
Oma- ja vertaistukitoiminto	23	23	29	25	24	9	4	9	146
Saavutettavuuspalv	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Neuvontapalvelu	0	2	6	5	0	1	0	0	15*
Yhteensä	71	118	192	146	95	41	24	43	731*

*Lukuun sisältyy yksi verkkopalvelu, 1) Intensiivisen avohoidon toiminnoissa asiakasta tavataan tarvittaessa kasvokkain jopa kolme kertaa viikossa. 2) Keskitason intensiteetin toiminnoissa asiakasta voidaan tarvittaessa tavata vähintään kerran kahdessa viikossa.

Liitetaulukko 2. Väestön ikä- ja elinolotietoja Hyvinkään sairaanhoitoalueella 2010 ¹⁾

	Suomi	HUS	Hyvinkää	Järvenpää	Mäntsälä	Nurmijärvi	Tuusula
Koulutustasomittain ²⁾	335	384	328	359	301	352	357
Työttömät, % työvoimasta	10,2	7,5	8,2	7,6	6,4	5,2	5,4
Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä	20,4	20	14,1	22,3	16,1	18	19,1
Toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista	7,0	7,5	6,8	6,3	2,8	3,6	3,4
Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25-64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	8,7	6,1	7,7	7,1	7,0	5,8	6,2
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16-64-vuotiaista	3,4	2,6	2,9	2,8	2,5	1,9	2,4
Alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa ³⁾	8,1	8,1	7,2	9,6	6,5	6,8	6,1
Asunnottomat yksinäiset / 1000 asukasta	1,5	3,2	1,6	1,6	0,3	1,4	0,8
Yhden hengen asuntokunnat, % asuntokunnista	41,0	41,3	40,8	31,1	16,2	21,0	29,2

¹⁾ THL: Sotkanet ²⁾ Koulutustasomittain on mitattu laskemalla perusasteen jälkeen suoritetun korkeimman koulutuksen keskimääräinen pituus henkeä kohti. Väestön koulutustasoa osoittava mittain kuvaa väestöryhmän koulutustasoa koulutuspuutella. 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. 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 suoritetun ammatillisen tutkinnon mukaan.

³⁾ Indikaattori ilmaisee vuoden aikana kunnan alueella Alkon myymälöistä myydyin ja kunnan alueella sijaitseviin elintarvikeliikkeisiin, kioskeihin, huoltoasemille ja anniskeluravintoloille toimitettujen alkoholijuomien määrän 100 %:n alkoholina laskettuna litroina jokaista vastaavalla alueella asuvaa kohden. Indikaattori kuvaa alkoholijuomien tilastoidun myynnin määrää asukasta kohden.

Liitetaulukko 3. Väestön terveystietoja Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnissa ja HUS:n alueella

	Suomi	HUS	Hyvinkää	Järvenpää	Mäntsälä	Nurmijärvi	Tuusula
Sairastavuusindeksi, ikävakioitu 2011 1-2)	100	87,9	95,8	93,7	95,0	91,4	88,5
Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25-64-vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä 2010 1)	19,2	31,0	32,9	32,6	29,7	32,2	31,8
Sairauspäivärahaa saaneet 25-64-vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä 2010 1)	105,2	90,6	111,8	102,3	112,3	106,8	107,1
2009 3)							
Skitsofrenian takia hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa/1000 asukasta kohden	104	106	97	110	133	78	92
Mielialahäiriöiden takia hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa/1000 asukasta kohden	69	66	64	84	45	71	60
2010 1)							
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät / 1000 asukasta	275	297	310	343	261	247	226
Psykiatrian laitoshoidon 18-24-vuotiaat potilaat / 1000 vastaavanikäistä	7,1	7,3	11,9	7,7	4,0	8,0	3,5
Psykiatrian laitoshoidon 25-64-vuotiaat potilaat / 1000 vastaavanikäistä	6,4	6,0	6,1	6,5	5,7	4,9	4,3
Psykiatrian laitoshoidon 65 vuotta täyttäneet potilaat / 1000 vastaavanikäistä	4,4	4,7	5,0	6,8	4,1	3,6	6,3
Harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneet 25-64 -vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä	4,3	5,3	3,2	4,1	1,7	4,3	4,7
Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 18- 64-vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä	94,4	96,6	103,5	92,3	92,3	89	89,3
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä	1,8	1,5	1,6	1,5	1,2	1,1	1,2

1) THL Tilasto- ja indikaattoripankki www.sotkanet.fi

2) sairastavuusindeksi: ilmaisee jokaiselle Suomen kunnalle lasketun indeksin avulla miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan väestön keskiarvoon (= 100). Luku on laskettu ikävakiotuna. Indeksillä perustuu kolmeen rekisterimuuttajaan: kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työkäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. Kukin muuttajista on suhteutettu erikseen maan väestön keskiarvoon, jota merkitään luvulla 100. Lopullinen indeksi on kolmen osaindeksin keskiarvo.

3) THL Hoitoilmoitusrekisteri www.thl.fi

Liitetaulukko 4. Päihde- ja mielenterveyspalvelut Careassa, Eksotessa ja HUS:n alueella toiminnon alueellisen sijainnin mukaan 2011

	Carea	Eksote	HUS yht	Helsinki	muu HYKS	HySHA	LoSHA	LUSHA	PoSHA
Avohoidon toiminnot (lukumäärä)	30	18	145	58	39	19	11	6	12
Akuutti %	33	17	12	7	16	16	18	17	8
Ei-akuutti %	67	88	88	93	84	84	82	83	92
Peruspalveluissa %	97	17	64	74	65	47	45	50	58
Erikoissairaanhoidossa %	3	83	36	26	35	53	55	50	42
Järjestetty päivätoiminta (lukumäärä)	17	10	75	26	19	12	4	7	7
Peruspalveluissa %	94	90	76	74	95	58	50	71	86
Erikoissairaanhoidossa %	6	10	24	26	5	42	50	29	14
Ympärivuorokautiset toiminnot (lukumäärä) 1)	46	20	207	72	56	40	17	7	15
Akuutti %	13	15	12	4	9	7	7	14	6
Ei-akuutti %	87	85	88	96	91	93	93	86	94
Peruspalveluissa %	89	70	70	55	85	59	71	71	81
Erikoissairaanhoidossa %	11	30	30	45	15	41	29	29	19
Oma-apu- ja vertaistuen toiminnot	23	23	100	29	25	24	9	4	9
Saavutettavuustoiminnot	0	0	2	1	1	0	0	0	0
Neuvontatoiminnot	2	0	12	6	5	0	1	0	0
Toiminnot yhteensä	118	71	541	192	145	95	42	24	43
Väkiluku (yli 18-vuotiaat)	143207	109226	1206448	489189	403243	136104	69253	35337	73323
Toimintoja/1000 aikuisasukas	0,8	0,7	0,4	0,4	0,4	0,7	0,6	0,7	0,6

1)HUS-alueen kunnat käyttävät lisäksi valtion mielisairaaloiden laitosisyksiköitä (n=21)

