

# **PIRKANMAAN AIKUISTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT**

Tampereen yliopisto  
Terveystieteiden yksikkö  
Pro gradu -tutkielma  
Satu Niskanen  
Joulukuu 2015

## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

SATU NISKANEN: Pirkanmaan aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut

Pro gradu -tutkielma, 44 sivua, 2 liitettä

Ohjaajat: TtT, professori Marja Kaunonen, TtT, dosentti Anna Liisa Aho, LT, professori Sami Pirkola

Hoitotiede

Joulukuu 2015

---

Suomessa toteutetaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakenteellista sekä sisällöllistä uudistusta ja muutosten tueksi tarvitaan mielenterveyspalvelujärjestelmästä tehtyä tutkimusta. Tämä pro gradu -tutkielma liittyi mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää tarkastelemaan Refinement – hankkeeseen, jota koordinoi Suomessa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tässä tutkimuksessa kuvattiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuuluvien Pitkäniemen, Kaivannon ja Vammalan psykiatristen sairaaloiden alueiden aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluja sekä palvelujen eroja. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin palvelujen toteutuksen yhteyttä alueiden mielenterveysindeksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluista palvelujen kehittämisen tueksi. Tutkimuksen aineisto koottiin puhelin- sekä sähköpostihaastatteluina ja aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Tulosten mukaan mielenterveys- ja päihdepalveluja tuotettiin Pitkäniemen alueelle 29 henkilötyövuotta, Vammalan alueelle 28 henkilötyövuotta ja Kaivannon alueelle 21 henkilötyövuotta 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. Kaivannon alueelle tuotettiin niukasti mielenterveys- ja päihdepalveluja erityisesti sosiaalihuollossa. Pitkäniemen ja Kaivannon alueilla oli monipuolisemmin erilaisia mielenterveys- ja päihdepalvelutyyppisiä kuin Vammalan alueella. Lisäksi havaittiin, että mitä korkeampi oli alueen mielenterveysindeksi, sitä enemmän alueella oli henkilötyövuosia ympärivuorokautisissa palveluissa ja sitä vähemmän alueilla oli avopalveluiden erilaisia palvelumuotoja.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että Pitkäniemen, Kaivannon ja Vammalan psykiatristen sairaaloiden alueiden aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut erosivat toisistaan monin tavoin. Kaivannon alueelle tuotettujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosien määrä oli niukka muihin alueisiin verrattuna sekä alueelliset kuormitustekijät huomioiden. Vammalan alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuodet painottuivat voimakkaimmin ympärivuorokautisiin palveluihin. Lisäksi voidaan todeta, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroituminen on vasta alussa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kaikkien psykiatristen sairaaloiden alueilla. Jatkossa tulisi pohtia Kaivannon alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosien lisäämistä sekä Vammalan alueen integroimista Pitkäniemen tai Kaivannon alueeseen.

Avainsanat: mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, palvelujärjestelmä

## **ABSTRACT**

University of Tampere

School of Health Sciences

SATU NISKANEN: Mental health and substance abuse services for adults in Pirkanmaa

Master's thesis, 44 pages, 2 appendices

Supervisors: PhD, professor Marja Kaunonen, PhD, adjunct professor Anna Liisa Aho, MD, PhD, professor Sami Pirkola

Nursing Science

December 2015

---

Mental health and substance abuse services are undergoing structural and content reform in Finland. There is a need for mental health service system research to support those changes. This master's thesis is associated with the Refinement project, which explores the mental health service system. The Refinement project is coordinated by the National Institute for Health and Welfare in Finland. This study describes mental health and substance abuse services for adults in Psychiatric Hospitals of Pitkänieniemi, Vammala and Kaivanto areas located in the Pirkanmaa Hospital District and evaluated the differences between those area services. In addition, the study explores the potential connection between services system and area mental health index. The goal of this study was to provide information about the adult mental health and substance abuse services to support the development of services in Pirkanmaa Hospital District. The research data was collected by telephone and e-mail interviews and the data was analyzed with statistical methods.

The study results show that mental health and substance abuse services were provided by 29 full-time equivalent employees in the Pitkänieniemi area, 28 full-time equivalent employees in the Vammala area and 21 full-time equivalent employees in the Kaivanto area, for a total of 10000 adult inhabitants. Mental health and substance abuse services were offered only marginally in Kaivanto area, especially in social care services. There was more versatile mental health and substance abuse services in Pitkänieniemi and Kaivanto area than in Vammala area. It was also discovered that when the mental health index of an area was high, there were more full-time equivalent employees in residential services and, also, there was less versatile outpatient services.

It can be concluded that there are many differences in mental health and substance abuse services for adults in Psychiatric hospitals of Pitkänieniemi, Kaivanto and Vammala area. In Kaivanto area the full-time equivalent employee amount in mental health and substance abuse services was inferior, compared to the other two areas and taken into account the overall situation in the Kaivanto area. In Vammala area many of the full-time equivalent employees in mental health and substance abuse services were in residential services. Overall, it can be stated that the integration of mental health and substance abuse services has progressed only little in all Psychiatric Hospitals in Pirkanmaa Hospital District. In the future, it should be considered if full-time equivalent employee amount could be increased in mental health and substance abuse services in Kaivanto area. Moreover, the integration of the Vammala area to Pitkänieniemi or Kaivanto area should be evaluated.

Keywords: mental health services, substance abuse services, service system

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....</b>	<b>8</b>
2.1 SUOMEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT SEKÄ NIIDEN KEHITTÄMINEN .....	8
2.2 PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPUIRIN PSYKIATRISTEN SAIRAALOIDEN ALUEET SEKÄ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN TARVE .....	11
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....</b>	<b>16</b>
<b>4 AINEISTO JA MENETELMÄT .....</b>	<b>17</b>
4.1 AINEISTON RAJAUS JA HANKINTA .....	17
4.2 LUOKITTELUVÄLINE JA MUUTTUJAT .....	18
4.3 AINEISTON KUVAUS.....	21
4.4 AINEISTON ANALYYSI .....	22
<b>5 TULOKSET .....</b>	<b>24</b>
5.1 AIKUISTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT PITKÄNIEMEN, VAMMALAN JA KAIVANNON PSYKIATRISTEN SAIRAALOIDEN ALUEILLA .....	24
5.2 AIKUISTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN EROJA PITKÄNIEMEN, VAMMALAN JA KAIVANNON PSYKIATRISTEN SAIRAALOIDEN ALUEILLA .....	27
5.3 AIKUISTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN TOTEUTUS PITKÄNIEMEN, VAMMALAN JA KAIVANNON PSYKIATRISTEN SAIRAALOIDEN ALUEILLA SUHTEESSA ALUEIDEN MIELENTERVEYSINDEKSIIN .....	27
<b>6 POHDINTA.....</b>	<b>31</b>
6.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS .....	31
6.2 TUTKIMUKSEN EETTISYYS.....	34
6.3 TULOSTEN POHDINTA .....	35
6.4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET .....	39
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>41</b>

## LIITTEET

LIITE 1. HANKEEN ESITTELYKIRJE .....	45
LIITE 2. ESMS-R MIELENTERVEYSPALVELUJEN KARTOITUSPUU.....	46

# 1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat merkittävä haaste Suomessa sekä muissa Euroopan maissa (WHO 2015, Kähärä 2015, 11). Mielenterveysongelmilla on laajoja kansantaloudellisia sekä kansanterveydellisiä seuraamuksia ja ongelmien negatiiviset vaikutukset ovat laajentuneet yhteiskunnan muutosten myötä (WHO 2015). Yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt sekä alkoholiongelmien (Pirkola ym. 2005, 1–10). Mielenterveysongelmista kärsivä henkilö ja hänen perheensä sekä koko lähiyhteisö tarvitsevat erityistä tukea sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä (Kähärä 2015, 11). Suomessa kunnat ovat vastuussa mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä ja kunnat saavat itse määrittellä kuinka palvelut toteutetaan (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8458). Kuntien autonomian palvelujen toteuttamisessa on havaittu lisäävän alueellisia eroja palvelujen rakenteissa sekä painotuksissa (Rocha ym. 2013, 355–363, Ala-Nikkola ym. 2014, 8457). Suomessa ollaankin toteuttamassa useiden muiden maiden tavoin mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakenteellista sekä sisällöllistä uudistusta ja muutosten tueksi tarvitaan mielenterveyspalvelujärjestelmästä tehtyä tutkimusta (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8458).

Tässä tutkimuksessa mielenterveysongelmilla viitataan mielialahäiriöihin, neuroottisiin häiriöihin, skitsofreniaan ja muihin psykoottisiin häiriöihin, käyttäytymisoireyhtymiin, persoonallisuus- ja käytöshäiriöihin sekä lääkkeiden ja päihteiden käyttöön liittyviin häiriöihin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 234–278). Koska päihdeongelmista kärsiville henkilöille suunnatut palvelut on usein järjestetty erikseen muista mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden palveluista, puhutaan tässäkin tutkimuksessa selvyuden vuoksi sekä mielenterveys- että päihdepalveluista (Partanen ym. 2009, 19). Tässä tutkimuksessa päihdeongelmalla viitataan haitalliseen päihteiden käyttöön, päihderippuvuuteen sekä päihteiden aiheuttamiin mielenterveysongelmiin. Päihteillä tarkoitetaan alkoholia, huumeaineita sekä päihtymistarkoituksessa käytettyjä lääkkeitä tai liuottimia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluja arvioitaessa tulee huomioida alueelliset erot mielenterveysongelmien suhteen (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8474). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan mielenterveys- ja päihdepalveluja Pirkanmaan alueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella 18–64 –vuotiaiden mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden lukumäärä (34,4

henkilöä 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden) oli selvästi Suomen keskiarvoa (31,3 henkilöä vastaavan ikäistä asukasta kohden) korkeampi vuonna 2014. Muiden sairaanhoitopiirien mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saavien 18–64 -vuotiaiden määrät 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vaihtelivat luvusta 25,9 (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri) lukuun 37,4 (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri) vuonna 2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivien Pitkänien, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla mielenterveysperusteisesti sairaspäivärahaa saaneiden 25–64 -vuotiaiden lukumäärissä 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden ilmeni myös eroja. Kaivannon alueen sairaspäivärahamäärät olivat korkeimmat (19,8 henkilöä 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vuonna 2013), mutta määrä laski vuodesta 2012 vuoteen 2013. Vammalan alueen sairaspäivärahamäärät olivat matalimmat (17,9 henkilöä 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vuonna 2013), mutta määrät kasvoivat vuosina 2011–2013. Pitkänien sairaspäivärahamäärät pysyivät lähes samana (18,4 henkilöä 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vuonna 2013) vuosien 2011–2013 aikana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen mielenterveyspalvelujen tarvetta kuvaava mielenterveysindeksi (98,6, vuonna 2010) oli Suomen keskiarvoa (100) matalampi, mutta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella oli huomattavaa vaihtelua eri kuntien välillä. Pirkanmaan alueen matalin mielenterveysindeksi oli 62,3 (Vesilahti) ja korkein 132,1 (Kuhmoinen) vuonna 2010. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2015.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmistä on tehty varsin niukasti tutkimuksia. Tämä pro gradu -tutkielma liittyy Refinement – hankkeeseen, jota koordinoi Suomessa terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Refinement – hanke on EU:n tutkimuksen osarahoittama monitieteinen tutkimushanke ja sitä johtaa Veronan yliopiston psykiatrian laitos. Hanke on saanut EU:n komission rahoitusta vuosille 2011–2013, jolloin mukana oli yhdeksän Euroopan maata. Hankkeessa tutkitaan mielenterveyspalvelujen rahoitus- ja järjestämistapoja sekä niiden yhteyttä mielenterveyspalvelujen laatuun. Suomessa on kerätty kattavaa tietoa aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluista Helsingin ja Uudenmaan, Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson alueilta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.) Lisäksi kartoitus on toteutettu Varsinaissuomen alueella ja nyt myös Pirkanmaan alueella.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kolmen psykiatrisen sairaalan: Pitkänien, Kaivannon ja Vammalan alueiden aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluja sekä palvelujen eroja. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää palvelujen toteutuksen yhteyttä alueiden mielenterveysindeksiin. Tutkimusaineistona on Refinement – hankkeessa koottu aineisto. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin

alueen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä palveluiden eroista palvelujen tarkoituksenmukaisen ja tehokkaan kehittämisen tueksi. Lisäksi tutkimuksen myötä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen palveluja voidaan vertailla useiden muiden Suomen sairaanhoitoalueiden mielenterveys- ja päihdepalveluihin.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä niiden kehittäminen

Mielenterveislain mukaan kunnat vastaavat mielenterveyspalvelujen järjestämisestä (Finlex 1995). Palveluja tuottavat kuntien lisäksi järjestöt sekä yksityiset palveluntuottajat (Partanen ym. 2009, 13). Mielenterveystyö voidaan jakaa mielenterveyttä edistävään, mielenterveysongelmia ehkäisevään ja mielenterveysongelmia korjaavaan toimintaan. Palvelujen tavoitteena on kehittää yhteiskunnallisia olosuhteita, jotta kansalaisten mielenterveyttä voidaan suojata ja vahvistaa sekä väestön mielenterveyttä uhkaavia riskitekijöitä voidaan vähentää. (Kähärä 2015, 13–14.) Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän rakennetta ja rakenteen vaikutuksia on tutkittu vielä varsin niukasti. Useimmat mielenterveyspalveluita tai muita terveydenhuollon palvelujärjestelmiä tarkastelevat tutkimukset ovat keskittyneet työntekijöiden tai palvelun käyttäjien kokemusten tutkimiseen. Seuraavassa esitellään niiden tutkimusten ja hankkeiden tuloksia, jotka ovat tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä.

Vasta ilmestyneessä suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluiden toteutuksessa on palvelujen laatuun vaikuttavia eroja (Kähärä 2015, 42). Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmät ovat Suomessa toisistaan erillään, sillä mielenterveyspalvelut sijoittuvat pääosin terveystoimeen ja päihdehuollon palvelut sosiaalitoimeen (Partanen ym. 2009, 13). Kuitenkin on osoitettu, että alkoholin ja muiden huumeiden käyttäjistä kolme neljäsosa kärsii mielenterveyden ongelmista. Näin ollen päihteiden käytön ja mielenterveyspalveluiden integrointi olisi tarpeen mahdollisimman tehokkaan hoidon saavuttamiseksi. (Adamson ym. 2006, 164–171.) Suomen palvelujärjestelmän hajanaisuuden on huomattu vaikeuttavan palveluja tarvitsevien pääsyä palvelujen piiriin sekä edesauttavan putoamista pois palvelujärjestelmästä. Palvelujen kehittämisessä on pyritty mielenterveys- ja päihdepalvelujen laajempaan integroimiseen sekä palvelujen hajanaisuuden vähentämiseen (Partanen ym. 2009, 13, Kontio ym. 2013, 496).

Mielenterveys- ja päihdepalveluja tuotetaan perusterveydenhuollossa sekä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (Kontio ym. 2013). Ennaltaehkäisevät palvelut tuotetaan yleensä perusterveydenhuollon palveluina (Partanen ym. 2009, 14). Ennaltaehkäisevien palveluiden



tehostaminen on todettu lisäävän asiakkaiden tyytyväisyyttä mielenterveyspalveluihin (Lester ym. 2007, 196–203, Aspvik ym. 2007, 794–795). Lisäksi useiden tutkimusten mukaan ennaltaehkäisevien mielenterveyspalvelujen on havaittu olevan kustannustehokkaita pitkälläkin aikavälillä (Asarnow ym. 2009, 1002–1010, Van't Veer-Tazelaar ym. 2010, 319–325, Cocchi ym. 2011, 203–2011, Druss ym. 2011, 1171–1178). Myös ennaltaehkäisevä päihdetyö on osoitettu vaikuttavaksi (Drummond ym. 2009, 448–456). Osa tutkimuksista kuitenkin osoittaa, että ennaltaehkäisevän mielenterveyspalvelun tehostaminen vaikuttaa muutaman vuoden seurantajaksolla, mutta yli viiden vuoden seurantajaksolla vaikutuksia ei ollut enää havaittavissa (Bertelsen ym. 2008, 762–771). Toisaalta on myös osoitettu, että ehkäisevä päihdetyö saattaa nostaa terveydenhuollon kustannuksia ja käyttöä lyhyellä aikavälillä, mutta vähentää terveyden vaarantavaa riskikäyttäytymistä, kuten runsasta juomista sekä johtaa alhaisempiin terveydenhuollon kustannuksiin ja käyttöön pitkällä aikavälillä (Deitz ym. 2005, 306–319). Lisäksi tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa on havaittu, että jos mielenterveys- ja päihdepalveluja järjestetään päällekkäin sekä kunnan, että sairaanhoitopiirin tasolla, niin kustannukset olivat kokonaisuudessaan korkeammat. Tällöin perusterveydenhuoltoon lisätyt resurssit eivät vähentäneet erikoissairaanhoidon käyttömääriä. (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8474, Sadeniemi ym. 2014, 1–12.) Toisin sanoen kustannusvaikuttavien palvelujen tuottaminen vaatii perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon aktiivista yhteistyötä, jotta päällekkäistä palvelun tuottamista ei pääsisi muodostumaan. Suomessa mielenterveyspalvelujen kehittämisen tavoitteena on ollut ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen, matalan kynnyksen avopalvelujen lisääminen sekä eri organisaatioiden yhteistyön lisääntyminen (Partanen ym. 2009, 13, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7–18, Kontio ym. 2013, 496, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a).

Suomessa psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet merkittävästi viime vuosikymmeninä, mutta tästä huolimatta avohoidon kehittäminen on jäänyt toissijaiseksi ja suhteettoman suuri osa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon kustannuksista kohdistuu edelleen laitoshoitoon (Partanen ym. 2009, 13, Kähärä 2015). Avopalveluiden kehittäminen on tärkeää, sillä monimuotoisten avopalvelujen on todettu olevan yhteydessä alhaiseen itsemurhakuolleisuuteen (Pirkola ym. 2009, 147–153, Kontio ym. 2013, 496). Lisäksi päiväsairaala toiminta on todettu kustannustehokkaammaksi kuin perinteinen psykiatrinen sairaalahoito puolen vuoden tarkastelujaksolla (Larivière ym. 2011, 228–240, Dabelko-Schoeny ym. 2013, 207–214). Muissa Pohjoismaissa mielenterveyspalveluissa on jo siirrytty laitoshoitopainotteisuudesta avohoitopainotteisuuteen (Kontio ym. 2013, 496). Toisaalta on myös havaittu, että mielenterveyspalvelujen voimakas muutos laitospainotteisuudesta avohoitopainotteisuudeksi

aiheuttaa riskin, että suomalaisten kuntien asukkaat ovat hyvin eriarvoisessa asemassa palvelujen suhteen (Forma ym. 2009, 79–86). Refinement – hankkeeseen liittyvässä suomalaisessa tutkimuksessa on havaittu väestön määrän korreloivan mielenterveyspalvelujen monimuotoisuuden kanssa ja tutkimuksen mukaan monipuolisten mielenterveyspalvelujen saavuttaminen vaatii vähintään 150 000 aikuisen väestöpohjaa. Henkilöstöressurssien ei sen sijaan havaittu olevan yhteydessä palvelujen monimuotoisuuteen. Lisäksi mielenterveysindeksillä ei havaittu olevan yhteyttä palvelujen määrään tai monipuolisuuteen. (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8474.) Tämä siis osoittaa, että eri kuntien asukkaat ovat eriarvoisessa asemassa mielenterveyspalvelujen suhteen. Nykykäsityksen mukaan tehokkaat mielenterveyspalvelut muodostuvatkin integroituneista ja toisiaan tukevista avo- ja laitospalveluista sekä päivätoiminnoista ja asumispalveluista (Kontio ym. 2013, 496, Thornicroft & Tansella 2013, 849–863).

Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmien optimaalisista henkilötyövuosien määristä ei löytynyt aikaisempia tutkimuksia, mutta Refinement – hankkeen puitteissa on koottu mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosien määriä muilla Suomen sairaanhoitoalueilla (HUS, Kymenlaakso, Etelä-Karjala ja Varsinais-Suomi). Vuonna 2012–2013 mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosia oli eniten Kymenlaakson alueella (40 htv/10000 täysi-ikäinen asukas) ja vähiten Etelä-Karjalan alueella (30 htv/10000 täysi-ikäinen asukas). Mielenterveys- ja päihdepalvelujen ympärivuorokautisten palvelujen henkilötyövuosia oli eniten Kymenlaakson alueella (28 htv/10000 täysi-ikäinen asukas) ja vähiten Etelä-Karjalan alueella (16 htv/10000 täysi-ikäinen asukas). Päivätoiminnan palvelujen henkilötyövuosia oli eniten Etelä-Karjalan alueella (6 htv/10000 täysi-ikäinen asukas) ja vähiten HUS:in ja Kymenlaakson alueilla (2 htv/10000 täysi-ikäinen asukas). Avopalvelujen henkilötyövuosia oli eniten Varsinais-Suomen alueella (12 htv/10000 täysi-ikäinen asukas) ja vähiten Etelä-Karjalan alueella (8 htv/10000 täysi-ikäinen asukas). (Joffe ym. 2015, 5.)

## 2.2 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatristen sairaaloiden alueet sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarve

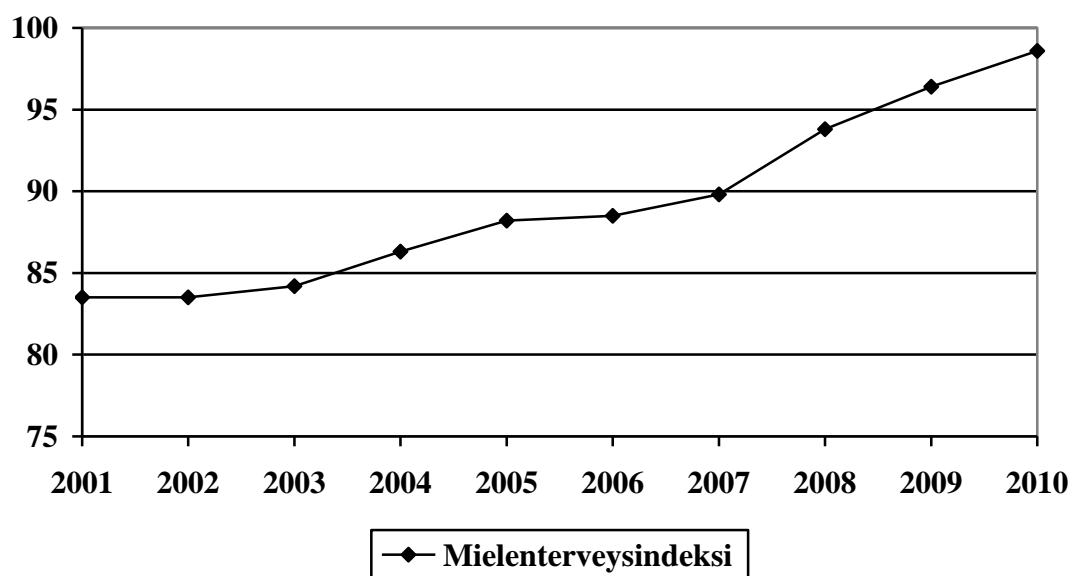
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toimi vuonna 2013 kolme psykiatrista sairaalaa: Pitkäniemen, Vammalan sekä Kaivannon sairaala. Kunnat käyttivät ensisijaisesti jotakin kolmesta psykiatrisesta sairaalasta. Pitkäniemen psykiatrisen sairaalan alueeseen kuuluivat Tampere, Pirkkala, Nokia sekä Ylöjärvi, Vammalan psykiatrisen sairaalan alueeseen kuuluivat Hämeenkyrö, Ikaalinen, Kihniö, Parkano sekä Sastamala ja Kaivannon psykiatrisen sairaalan alueeseen kuuluivat Akaa, Juupajoki, Jämsä, Kangasala, Kuhmoinen, Lempäälä, Mänttä-Vilppula, Orivesi, Pälkäne, Ruovesi, Urjala, Valkeakoski, Vesilahti ja Virrat (Kuvio 1). (Lehtinen 2014.) Pirkanmaan alueen kuntien täysi-ikäisten keskilukumäärä oli 418 216,5 vuonna 2013. Pitkäniemen alueen kuntien täysi-ikäisten keskilukumäärä oli 244 972,5 (59 % Pirkanmaan täysi-ikäisten lukumäärästä), Vammalan alueen kuntien täysi-ikäisten keskilukumäärä oli 42 364,5 (10 % Pirkanmaan täysi-ikäisten lukumäärästä) ja Kaivannon alueen kuntien täysi-ikäisten keskilukumäärä oli 130 879,5 (31 % Pirkanmaan täysi-ikäisten lukumäärästä) vuonna 2013 (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2005–2015).



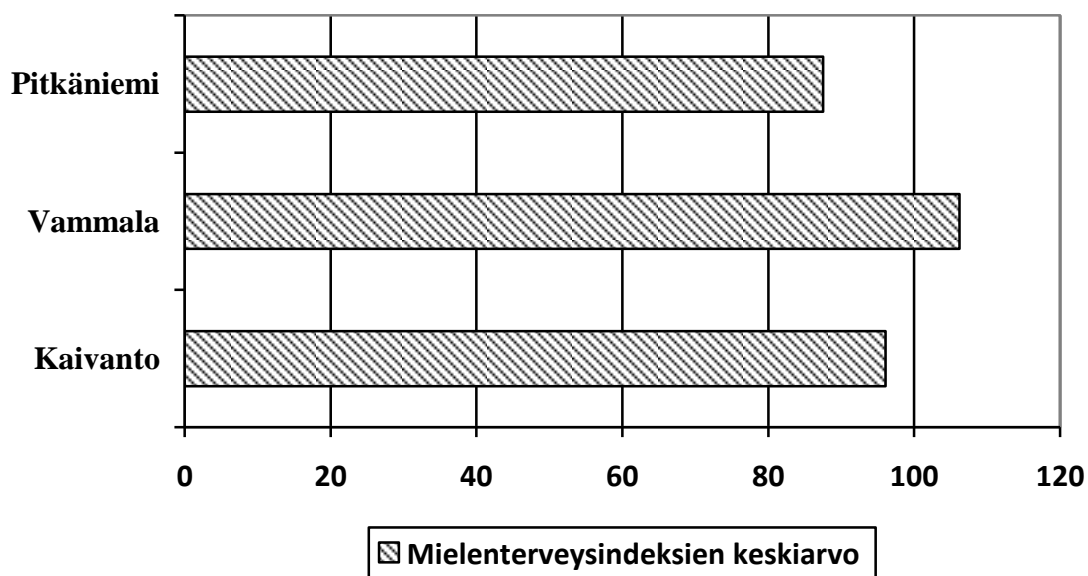
Kuvio 1. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatristen sairaaloiden alueet vuonna 2013 (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015).

Alueiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarvetta voidaan kuvata mielenterveysindeksin avulla. Mielenterveysindeksi koostuu kolmesta tekijästä, jotka on suhteutettu alueen vastaavan ikäiseen väestöön. Nämä kolme tekijää ovat itsemurhat ja sairaalahoitoon johtaneet itsemurhayritykset, psykoosiin liittyvät lääkkeiden erityiskorvausoikeudet sekä mielenterveyssyistä johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet. Mielenterveysongelmien yleisyys on erilainen eri ikäryhmissä, joten alueen ikärakenne vaikuttaa mielenterveysindeksiin. Ikävakioitu mielenterveysindeksi soveltuu alueiden mielenterveysongelmien vertailuun, sillä siinä on huomioitu alueiden ikärakenteiden erot. Koko Suomen mielenterveysindeksi oli 100 ja edellisten vuosien luvut vaihtuvat suhteessa uusimpaan indeksiin tietojen päivittyessä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c.)

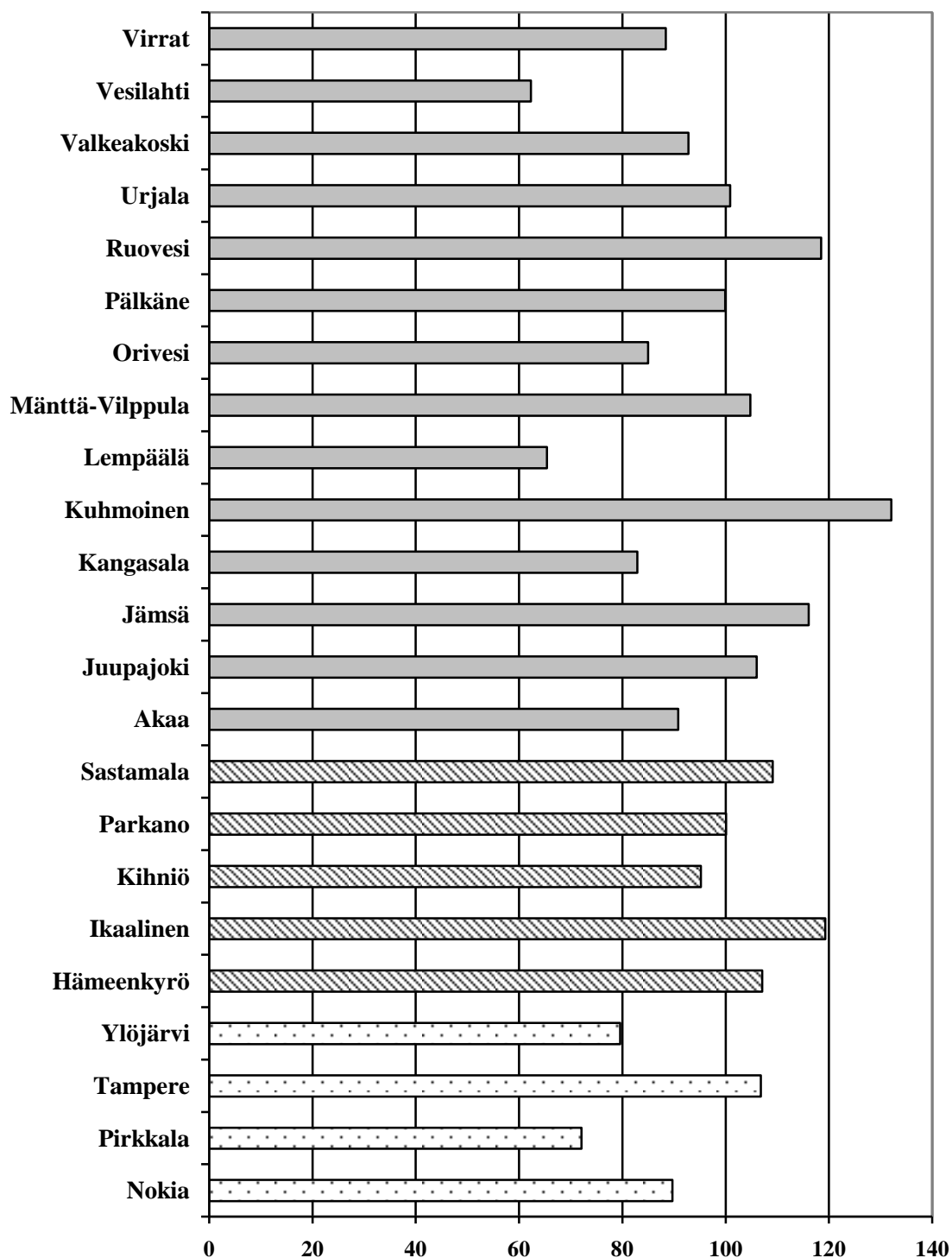
Uusin mielenterveysindeksi on vuodelta 2010, jolloin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ikävakioitu mielenterveysindeksi oli 98,6. Näin ollen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella mielenterveyspalvelujen tarve on hieman alle maan keskiarvon. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen indeksi on ollut kasvussa vuodesta 2003 asti (Kuvio 2). Muiden sairaanhoitopiirien ikävakioidut mielenterveysindeksit vaihtelevat luvusta 44,1 (Ahvenanmaan sairaanhoitopiiri) lukuun 139,2 (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri) ja Pirkanmaan indeksi on kuudenneksi matalin. Pirkanmaan psykiatristen sairaaloiden alueissa ilmeni myös vaihtelua. Pitkäniemen alueen kuntien ikävakioitujen mielenterveysindeksien keskiarvo oli 87,5, Vammalan alueen 106,2 ja Kaivannon alueen 96,1 vuonna 2010 (Kuvio 3). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntien ikävakioitu mielenterveysindeksi vaihteli arvojen 62,3 (Vesilahti) ja 132,1 (Kuhmoinen) välillä vuonna 2010 (Kuvio 4). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2015.)



Kuvio 2. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ikävakioitu mielenterveysindeksi vuosina 2001–2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2015).



Kuvio 3. Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon alueiden kuntien ikävakiotujen mielenterveysindeksien keskiarvot vuonna 2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2015).



Kuvio 4. Ikävakioidut mielenterveysindeksit Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa vuonna 2010 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2015). Kaivannon alueeseen kuuluvat 14 ylintä kuntaa, Vammalan alueeseen 5 keskellä olevaa kuntaa ja Pitkäniemen alueeseen neljä alinta kuntaa.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien Pitkäniemen, Kaivannon ja Vammalan psykiatristen sairaaloiden alueiden aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluja sekä palveluiden alueellisia eroja. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää palvelujen toteutuksen yhteyttä alueiden mielenterveysindeksiin.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset ovat aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla?
2. Millaisia eroja on aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla?
3. Millainen yhteys aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden toteutuksella on Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueiden mielenterveysindeksiin?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä niiden eroista palvelujen kehittämisen tueksi. Tutkimuksen avulla pystytään vertailemaan Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteutusta sairaala-alueilla ja palveluja voidaan kehittää tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti. Lisäksi tutkimuksen myötä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen palveluja voidaan vertailla useiden muiden Suomen sairaanhoitoalueiden mielenterveys- ja päihdepalveluihin.



## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Aineiston rajaus ja hankinta

Tutkimus perustuu Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Refinement – hankkeessa tuotettuun aineistoon. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toteutetussa Refinement – hankkeessa analysoitiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toteuttamat yli 18 – vuotiaille henkilöille suunnatut mielenterveys- ja päihdepalvelut. Kaikki terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluina toteutettavat mielenterveyspalvelut kuuluivat tutkimuksen piiriin. Hankkeesta rajattiin pois kehitysvammaisten palvelut, iäkkäiden erityispalvelut sekä työterveyshuolto. Lisäksi kunnan järjestämisvastuun ulkopuolella olevat yksityisen terveydenhuollon vastaanottopalvelut, kuten yksityiset psykoterapeutit jätettiin pois kartoituksesta. (Joffe ym. 2015, 1.) Tiedot analysoitiin vuodelta 2013 ja henkilötövuosien määrät analysoitiin lisäksi vuodelta 2014. Hankkeeseen otettiin mukaan vuonna 2013–2014 Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat 23 kuntaa: Akaa, Hämeenkyrö, Ikaalinen, Juupajoki, Jämsä, Kangasala, Kihniö, Kuhmoinen, Lempäälä, Mänttä-Vilppula, Nokia, Orivesi, Parkano, Pirkkala, Pälkäne, Ruovesi, Sastamala, Tampere, Urjala, Valkeakoski, Vesilahti, Virrat ja Ylöjärvi.

Aineiston hankinta aloitettiin kokoamalla Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluista vastaavien henkilöiden yhteystietoja kuntien internet sivuilta. Yksityisen ja kolmannen sektorin palveluja koottiin Mielenterveystalon, Fonectan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin internet sivujen perusteella. Palvelujen kokoamisessa hyödynnettiin myös lumipallotekniikkaa kysymällä jo saaduilta yhteyshenkilöiltä muita alueen mielenterveys- ja päihdepalveluja, jotta aineisto olisi mahdollisimman kattava (Kylmä & Juvakka 2007, 63). Aineiston hankinta toteutettiin puhelin sekä sähköpostihaastatteluina (Heikkilä 2014, 64–66). Yhteydentoto haastateltaviin aloitettiin maaliskuussa 2015 lähettämällä hankkeen esittelykirje tiedossa olleille Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella mielenterveys- ja päihdepalveluja tuottaville tahoille (n=60). Kirjeessä pyydettiin toimittamaan sähköpostitse organisaatiosta yhteyshenkilön yhteystiedot, joka voisi toimia tietojen antajana tai koordinoida tietojen hankintaa kyseisestä organisaatiosta (Liite 1). Saadun yhteyshenkilön kanssa sovittiin sähköpostitse tai puhelimitse toimittaako hän tarvittavat tiedot palvelusta vai antaako hän edelleen uudet yhteyshenkilöt eri

yksiköistä. Tämän jälkeen otettiin puhelimitse ja sähköpostitse yhteyttä sovittuun yhteyshenkilöön ja sovittiin toteutetaanko tietojen hankinta sähköpostitse vai puhelimitse.

Osalta vastaajista saatiin tiedot palveluyksiköistä ja esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin palveluiden osalta kuntakohtaiset asiakasvuorokaudet (ympäri vuorokautisen palvelut) ja käyntimäärät (avopalvelut ja päivätoiminnan palvelut) sekä asiakaspaikkojen määrät hankittiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilastotietokannasta, eri asiakkaiden lukumäärät saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tietopalvelusta ja henkilötyövuosien määrät laskettiin taloushallinnosta saatujen maksettujen työtuntien mukaan. Niihin tahoihin otettiin uudelleen yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse, jotka eivät ilmoittaneet yhteyshenkilöä. Jos ylimmän johdon henkilöä ei tavoitettu, otettiin yhteyttä alempaan johtoon. Niistä palvelumuodoista, joista ei saatu lainkaan vastauksia, palvelujen tiedot koottiin palvelujen toiminnasta kertovien internetsivujen perusteella. Aineiston hankinta päättyi elokuussa 2015 ja aineiston alustava tarkastaminen aloitettiin jo aineiston hankinnan loppuvaiheessa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Tampereen kaupungin palvelujen osalta heidän asiantuntijoidensa kanssa. Aineiston koodausten yhtenevyys tarkistettiin myös Refinement – hanketta koordinoivan tahon toimesta syksyllä 2015.

#### 4.2 Luokitteluväline ja muuttajat

Palvelut määriteltiin ja luokiteltiin eurooppalaisen ”European Service Mapping Schedule, Revised” (ESMS-R) luokitteluvälineen avulla. Luokitteluvälineen tarkoituksena on koota tietoa palveluiden resursseista ja prosesseista sekä meso- (sosiaali- ja terveydenhuollon vastuualue) että mikrotasolla (yksittäiset palvelut) (Taulukko 1). Luokitteluväline löytyy kokonaisuudessaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivuilta. Palvelut luokitellaan ESMS-R pääluokittelussa ympärivuorokautisiin palveluihin, päivätoiminnan palveluihin, avopalveluihin, saavutettavuuspalveluihin, neuvontapalveluihin sekä oma- ja vapaaehtoisavun palveluihin (Liite 2). Pääluokat luokitellaan alaluokkiin, joista muodostuu yhteensä 93 erilaista palvelutyyppiä. ESMS-R luokittelussa on 21 ympärivuorokautista palvelutyyppiä, 22 päivätoiminnan palvelutyyppiä, 26 avopalveluiden palvelutyyppiä, 5 saavutettavuuspalvelujen palvelutyyppiä, 9 neuvontapalveluiden palvelutyyppiä ja 10 oma- sekä vapaaehtoisapalvelujen palvelutyyppiä. (Salvador-Carulla ym. 2012, 1–57.) Luokitteluväline on muodostettu Thornicroftin ja Tansellan matriisimallista, joka kehitettiin mielenterveyspalveluiden arviointiin (Tansella & Thornicroft 1998, 503–508, Salvador-Carulla ym. 2012, 7–8). Luokitteluvälineen mukaisesti toteutettujen toistettujen palvelukartoitusten

avulla voidaan tarkastella tutkimusalueen mielenterveyspalvelujärjestelmän muutoksia. Lisäksi luokitteluvälineen avulla voidaan vertailla järjestelmiä eri tutkimusalueiden kesken. (Salvador-Carulla ym. 2012, 7–8.) Palvelujen luokittelu ja määrittely toteutettiin Refinement – hankkeen määrittelyn mukaisesti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b).

Taulukko 1. Muuttujaluettelo ja muuttujien selitteet

<b>Muuttuja</b>	<b>Selite</b>
BSIC -koodi*	vakiintunut palveluyksikkö
MTC-koodi*	pääasiallinen hoito- ja palvelutoiminto
palveluala*	sosiaali-, terveysterveyspalvelu ja yhdistetty sosiaali- ja terveysterveyspalvelu
palvelutaso*	erikoissairaanhoido, peruspalvelu
sijaintikunta*	kunnan tai kuntien nimet, jossa toiminto sijaitsee
kuntakoodi	kunnan tai kuntien kuntakoodit, joissa toiminnot sijaitsevat
postinumero	päyöksikön sijainnin postinumero
sairaanhoitoalue	Hysa, Losa, Lusa, Posa, Helsinki, HYKS, Eksote, Carea, VSSHP, PSHP
sairaala-alue*	Pitkäniemen alue, Vammalan alue, Kaivannon alue
sairaanhoitopiiri	HUS, Kymenlaakso, Etelä-Karjala, Valtion sairaalat, Varsinais-Suomi, Pirkanmaa
palvelualue*	kunnat joille toiminto tuottaa palveluja
potentiaalisten asiakkaiden määrä	palvelualueen täysi-ikäisten lukumäärä tilastokeskuksen mukaan
palvelun alkamisvuosi	toiminnon perustamisvuosi tai tämänhetkisen toiminnan alkamisvuosi
palvelutyypin sanallisesti	sanallinen kuvaus palvelutyypistä esim. kuntoutuspalvelut
sektori	mielenterveys-, kansanterveys-, päihdehuolto-, koulutus- tai työtoiminta
aukiolopäiviä viikossa	1-7 päivää
aukiolotunteja viikossa	0-168 tuntia
henkilötyövuosien määrä ammattiryhmittäin	psykiatrien, psykiatriaan erikoistuvien lääkärien, yleislääkärien, muiden lääkärien, sairaanhoitajien, psykologien, sosiaalityöntekijöiden, toimintaterapeuttien, koulutason hoitajien ja muun suoraan asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön määrät henkilötyövuosina vuonna 2013 ja 2014
henkilötyövuosien määrä yhteensä*	asiakastyötä tekevien työntekijöiden henkilötyövuosien määrä yhteensä
yksikön omistaja	
toiminnan tuottaja	
organisaatio	julkinen, yksityinen
rahoitusmalli	hoitovuorokausimaksu, suoriteperusteinen maksu, kokonaisbudjetti, muu rahoitus

juridinen status*	julkinen, säätiö, yhdistys, yritys, muu
hinta	eniten myytyjen palvelujen keskimääräinen kuntahinta euroina (R, O ja D palvelut erikseen)
väestöpohja	Refinement – hankealue, koko Suomi, yksilöity pieni alue
toiminnon ESMS-ryhmä	palvelu mielenterveysongelmista kärsiville, yleinen terveystalvi
ESMS-R pääluokittelu*	R=ympäri vuorokautiset palvelut, O=avohoito, D=päivätoiminta, S=itsehoito ja vapaaehtoistyö, A=saavutettavuuspalvelu, I=neuvonta ja ohjaus
ESMS-R alaluokittelu*	(ks. liite 2.),
palvelun lisäominaisuudet	akuutti, suljettuhoito, kotihoito, etäterveyspalvelut, sairaalaympäristössä tuotettu, laitoshoido, oikeuspsykiatria, kouluterveydenhuolto, konsultaatio, palveluohjaus, päivystävä lääkäri, perusterveydenhuollon yksikössä tarjottava palvelu, lastensuojelun palvelu, väestövastuu, erikoistunut hoito, päihdehoito, sekä päihde- että mielenterveyshoito
asiakkaiden alaikäraja	
asiakkaiden yläikäraja	jätetään tyhjäksi, jos yläikärajaa ei määritellyt
asiakaskunnan sukupuoli	mies, nainen, molemmat
asiakastyypit*	koko väestö, mielenterveysasiakkaat, päihdeasiakkaat, omaiset, yhdistetyt mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, yhdistetyt päihdeasiakkaiden ja omaiset
eri asiakkaiden määrä	määrä vuodessa
asiakaskäyntien määrä	määrä vuodessa O, D ja S palveluissa
sisään kirjausten määrä	määrä vuodessa R palveluissa
asiakasvuorokausien määrä	määrä vuodessa D ja R palveluissa
asiakaspaikkojen määrä	määrä vuodessa D ja R palveluissa
kommentit*	sanalliset kommentit toiminnosta kerätyistä tiedoista, esim. mistä tiedot on saatu
kunnittaiset jyvitykset*	kullekin kunnalle jyvitettyjen työntekijöiden henkilötyövuosien määrä käytön mukaan
toimintotyyppi	tehostettu asumispalvelu, asumispalvelu, muu ei akuutti asuminen, vaikeahoitoisten sairaalaosasto, akuutti sairaalaosasto, ei-akuutti sairaalaosasto, sairaalan pitkäaikaisosasto, lyhytaikainen hoito muu kuin sairaala, akuutti päivätoiminta, työllistymis palvelu, työtoiminta, strukturoitu päivätoiminta ei strukturoitu päivätoiminta, akuutti avohoito, avohoito, jossa akuutti lisätoiminta
keskimääräiset hoitovuorokaudet asiakasta kohden	asiakasvuorokaudet jaettuna asiakasmäärällä vuodessa
hoitajaksojen keskimääräinen kesto	asiakasvuorokausien määrä jaettuna käyntien sisään kirjauksilla

\*Tässä tutkimuksessa hyödynnetyt muuttujat.

### 4.3 Aineiston kuvaus

Tutkimuksen aineistoon muodostui yhteensä 77 vakiintunutta palveluyksikköä (BSIC -koodi) ja 210 pääasiallista hoito- ja palvelutoimintoa (MTC-koodi). Joissakin palveluissa oli useita pääasiallisia hoito- ja palvelutoimintoja, mutta kaikki oman MTC-koodin saamisen ehdot eivät täyttyneet, jolloin tiedot jaettiin kahdelle riville ja rivit saivat saman BSIC- ja MTC-koodin. Yhteensä näitä eri palvelumuotoja (ts. aineiston rivejä) oli 236 kappaletta. Tässä tutkimuksessa hyödynnetään aineiston kuvaamisessa palvelumuotojen lukumääriä. Palveluista 134 palvelumuotoa sijaitsi Pitkäniemen alueella, 33 palvelumuotoa Vammalan alueella ja 70 palvelumuotoa Kaivannon alueella. Palveluista 116 palvelumuotoa tuotti palveluja Pitkäniemen alueelle, 42 palvelumuotoa Vammalan alueelle ja 96 palvelumuotoa Kaivannon alueelle. Kaikki kriteerit täyttävät palvelut otettiin mukaan aineistoon, vaikka vastauksia palveluista ei saatu. Tällöin analysoitiin palvelusta ne tiedot, jotka olivat saatavilla palvelun internetsivujen perusteella. Näitä palvelumuotoja oli yhteensä 15 eli yhteensä 6 % kaikista palvelumuotojen määristä. Näistä 11 sijaitsi Pitkäniemen alueella (8 % Pitkäniemen alueen palvelumuodoista), 1 Vammalan alueella (3 % Vammalan alueen palvelumuodoista) ja 3 Kaivannon alueella (4 % Kaivannon alueen palvelumuodoista). Palvelut joista ei saatu vastauksia, olivat pääsoin yksityisiä palvelukoteja.

Palvelumuotoja, joiden henkilötyövuosien määriä ei saatu, oli yhteensä 38 eli yhteensä 16 % kaikkien palvelumuotojen määrästä. Näistä Pitkäniemen alueella sijaitsi 25 palvelumuotoa (19 % Pitkäniemen alueen palvelumuodoista), Vammalan alueella 7 palvelumuotoa (21 % alueen palvelumuodoista) ja Kaivannon alueella sijaitsi 6 palvelumuotoa (9 % Kaivannon alueen palvelumuodoista). Kyseisistä palvelumuodoista 23 oli ympärivuorokautisia palveluja, 10 päivätoiminnan palveluja ja 5 avopalveluja. Lisäksi kyseisistä palveluista oli 84 % yksityisen sektorin palvelumuotoja (n=32), 13 % julkisen, säätiön ja yhdistysten palvelumuotoja (n=5) ja yhden palvelumuodon juridista statusta ei saatu selville. Yksityisen sektorin palvelumuodoista 60 % ei saatu henkilötyövuosien määriä ja suurin osa näistä oli ympärivuorokautista hoitoa tarjoavia palvelukoteja.

Internetsivujen perusteella kootuista palvelumuodoista 6 oli niitä, joiden henkilökuntamääriä ei saatu. Toisin sanoen 9 palvelumuodossa on henkilökuntamäärät koottu internetin tietojen perusteella ja tällöin ei ole varmuutta, että tieto on ollut sama vuonna 2013. Lisäksi kahdessa palvelumuodossa tiedot saatiin vain vuodelta 2014 ja yksi palvelumuoto ei tuottanut poikkeuksellisesti palveluja vuonna 2013. Näihin yksiköihin merkittiin, että henkilökuntaa ei ollut

kyseisenä vuonna. Tampereen kaupungin mielenterveyspalveluissa toteutettiin organisaatiomuutos elokuussa 2013. Muutoksessa yhdistyi useita eri yksiköitä, muodostui uusia yksiköitä ja lopetettiin joitakin yksiköitä. Henkilöstömäärät laskettiin Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikoiden osalta (yhteensä 3 palvelumuotoa) jakamalla koko vuoden henkilötyövuosien määrä poliklinikoille tasan. Palveluja, joiden tiedettiin tarjoavan palveluja yli sairaala-alue rajojen ja joiden kuntakohtaisia asiakasmääriä ei saatu, oli yhteensä 17 palvelumuotoa. Niistä 8 palvelumuotoa oli Kaivannon alueella, 2 Vammalan alueella ja 8 Pitkäniemen alueella. Näiden palvelujen jyvitys lukuja, eli kuntakohtaisia kertoimia kuinka paljon kunkin kunnan asukkaat olivat käyttäneet palvelua, ei pystytty laskemaan ja henkilötyövuosien määrät sijoitettiin palvelujen sijainnin mukaan kyseisen sairaala-alueen henkilötyövuosien määrään. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan muuttujia, joissa ei ole puuttuvia tietoja (Taulukko 2). Koska muuttujia tarkastellaan henkilötyövuosien avulla, tähän tutkimukseen on otettu mukaan ne palvelumuodot, joista on saatu henkilötyövuosien määrät (N=198). Näistä 20 palvelumuotoa on oma- ja vapaaehtoisapupalveluja, joissa ei ole henkilökuntaa.

#### 4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi aloitettiin laskemalla Excel – ohjelman avulla kuinka paljon jokaisen palvelumuodon henkilötyövuosista tuotettiin Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon alueiden kuntien asukkaille (yksikön henkilötyövuosien määrä kerrottuna kunnan jyvityskertoimella). Tämän jälkeen aineisto analysoitiin Windowsin SPSS 20.0 – ohjelmistolla laskemalla summia henkilötyövuosien määristä sekä ESMS-R luokittelun palvelutyypin lukumääristä. Aineiston tyypistä ja sairaala-alueiden pienestä lukumäärästä johtuen aineistoa ei voitu ottaa jakaumia eikä aineistoa voitu tarkastella tilastollisten testien avulla.

Aineistosta analysoitiin viisi muuttujaa Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon alueiden mukaan jaoteltuna (Taulukko 2). Muuttujista analysoitiin henkilötyövuosien määriä, alueiden 10000 täysi-ikäisten lukumääriin suhteutettuja henkilötyövuosien määriä sekä eri palvelutyypin lukumääriä ESMS-R alaluokitteluun perustuen. Lisäksi tarkasteltiin ESMS-R pääluokittelun mukaisia avopalvelujen (O) ja päivätoiminnan palvelujen (D) henkilötyövuosien määriä suhteessa ympärivuorokautisten palvelujen (R) henkilötyövuosien määriin laskennallisen suhdeluvun avulla. Suhdeluku laskettiin summaamalla avo- ja päivätoiminnan palvelujen henkilötyövuosien määrät yhteen ja jakamalla se ympärivuorokautisten palvelujen henkilötyövuosien määrällä  $[(O+D)/R=\text{suhdeluku}]$ . ESMS-R alaluokittelun eri palvelutyypin lukumääriä sekä ESMS-R

päälukittelu mukaisia henkilöstömääriä verrattiin Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon alueiden kuntien mielenterveysindeksien keskiarvoon. Vastaavia menetelmiä on hyödynnetty myös aikaisemmassa tutkimuksessa (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8474).

Taulukko 2. Tutkimuksessa analysoitavien muuttujien tarkastelu

<b>Muuttuja</b>	<b>Henkilötyövuodet</b>	<b>ESMS-R palvelutyyppeiden lukumäärät</b>	<b>Verrattu mielenterveysindeksiin</b>
henkilötyövuosien lukumäärä	x		
palveluala	x		
palvelutaso	x		
asiakastyypit	x		
ESMS-R päälukittelu	x		x
ESMS-R alalukittelu		x	x

## 5 TULOKSET

Tämän tutkimuksen tuloksiin on otettu mukaan ne palvelumuodot, joista on saatu henkilötyövuosien määrät (N=198). Tämän tutkimuksen aineiston palvelumuodoista 53 % oli julkisia palveluja (n=105), joissa oli 69 % Pirkanmaan kaikista mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosista. Palvelumuodoista 7 % oli säätiöitä (n=13), joissa oli 8 % Pirkanmaan kaikista mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosista. Palvelumuodoista 30 % oli yhdistyksiä (n=59), joissa oli 11 % Pirkanmaan kaikista mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosista. Palvelumuodoista 11 % oli yrityksiä (n=21), joissa oli 12 % Pirkanmaan kaikista mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosista. Edellä mainituista henkilötyövuosista 39,1 henkilötyövuotta tuotti palveluja muille kuin Pitkäniemen, Kaivannon ja Vammalan alueille.

### 5.1 Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla

Koko Pirkanmaan alueelle tuotettiin yhteensä 1106 henkilötyövuotta *mielenterveys- ja päihdepalveluja* eli keskimäärin 26 henkilötyövuotta 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. Pitkäniemen psykiatrisen sairaalan alueelle tuotettiin yhteensä 714,5 henkilötyövuotta mielenterveys- ja päihdepalveluja eli keskimäärin 29 henkilötyövuotta 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. Vammalan psykiatrisen sairaalan alueelle tuotettiin yhteensä 118,4 henkilötyövuotta mielenterveys- ja päihdepalveluja eli keskimäärin 28 henkilötyövuotta 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. Kaivannon psykiatrisen sairaalan alueelle tuotettiin yhteensä 273,3 henkilötyövuotta mielenterveys- ja päihdepalveluja eli keskimäärin 21 henkilötyövuotta 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden (Taulukko 3).

Koko Pirkanmaan alueelle tuotettiin yhteensä 711,1 henkilötyövuotta mielenterveys- ja päihdepalveluja *terveydenhuollossa*, 385,9 henkilötyövuotta *sosiaalihuollossa* ja 9,1 henkilötyövuotta *yhdistetyissä sosiaali- ja terveydenhuollon* palveluissa. Terveystenhuollossa tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja Pitkäniemen alueelle 7, Vammalan alueelle 5 ja Kaivannon alueelle 10 henkilötyövuotta enemmän kuin sosiaalihuollossa 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. Koko Pirkanmaan alueelle tuotettiin yhteensä 595,5 henkilötyövuotta mielenterveys- ja päihdepalveluja *erikoissairaanhoidossa* ja 510,6 henkilötyövuotta



*peruspalveluissa*. Erikoissairaanhoidossa ja peruspalveluissa tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosia Pitkäniemen alueelle lähes yhtä paljon 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. Erikoissairaanhoidossa tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja Vammalan ja Kaivannon alueille 3 henkilötyövuotta enemmän kuin peruspalveluissa 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden (Taulukko 3).

Koko Pirkanmaan alueelle tuotettiin yhteensä 31,1 henkilötyövuotta mielenterveys- ja päihdepalveluja *koko väestölle*, 708,8 henkilötyövuotta *mielenterveysasiakkaille*, 230,4 henkilötyövuotta *päihdeasiakkaille*, 9 henkilötyövuotta *omaisille* ja 126,9 henkilötyövuotta *yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdeasiakkaille* suunnatuissa palveluissa. *Yhdistettyjä päihdeasiakkaille ja omaisille* suunnattuja palveluja ei ollut Pirkanmaalla ollenkaan. Mielenterveysasiakkaille suunnatuissa palveluissa tuotettiin Pitkäniemen alueelle 10, Vammalan alueelle 22 ja Kaivannon alueelle 12 henkilötyövuotta enemmän kuin päihdeasiakkaille suunnatuissa palveluissa 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden (Taulukko 3).

Koko Pirkanmaan alueelle tuotettiin yhteensä 618,9 henkilötyövuotta mielenterveys- ja päihdepalveluja *ympäri vuorokautisissa* palveluissa, 119,8 henkilötyövuotta *päivätoiminnan* palveluissa, 363,4 henkilötyövuotta *avopalveluissa* ja 4,1 henkilötyövuotta *neuvontapalveluissa*. *Oma- ja vapaaehtoisapupalveluissa* ei ollut palkattua henkilökuntaa. Ympäri vuorokautisissa palveluissa tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja Pitkäniemen alueelle 5, Vammalan alueelle 11 ja Kaivannon alueelle 5 henkilötyövuotta enemmän kuin avopalveluissa 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. Avopalveluissa taas tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja Pitkäniemen alueelle 6, Vammalan alueelle 7 ja Kaivannon alueelle 5 henkilötyövuotta enemmän kuin päivätoiminnan palveluissa 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. Koko Pirkanmaan alueelle tuotettiin erilaisia mielenterveys- ja päihdepalvelujen *ympäri vuorokautisia palvelutyyppejä* oli yhteensä 9 kappaletta, *päivätoiminnan palvelutyyppejä* yhteensä 9 kappaletta, *avopalveluiden palvelutyyppejä* yhteensä 10 kappaletta, *neuvontapalveluiden palvelutyyppejä* 1 kappale ja *omasekä vapaaehtoisapupalvelujen palvelutyyppejä* 2 kappaletta. Avo- ja päivätoiminnan erilaisia mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelutyyppejä tuotettiin Pitkäniemen alueelle 7, Vammalan alueelle 2 ja Kaivannon alueelle 8 enemmän kuin ympäri vuorokautisia palvelutyyppejä (Taulukko 3).

Taulukko 3. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivien Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden vertailu henkilötöyvuosien ja eri palvelutyyppeiden mukaan vuonna 2013.

<b>Muuttuja</b>	<b>Selite</b> (n=palvelumuotojen lukumäärä)	<b>Pirkanmaa</b>	<b>Pitkäniemi</b>	<b>Vammala</b>	<b>Kaivanto</b>
<b>Henkilötöy- vuodet*</b>	Henkilötöyvuodet (n=198)	26	29	28	21
<b>Palveluala*</b>	Terveydenhuolto (n=90)	17	18	16	15
	Sosiaalihuolto (n=107)	9	11	11	5
	Yhdistetty terveyden- ja sosiaalihuolto (n=1)	0,2	0,3	0	0,1
<b>Palvelutaso*</b>	Erikoissairaanhoito (n=52)	14	15	15	12
	Peruspalvelut (n=156)	12	14	12	9
<b>Asiakastyypit*</b>	Koko väestö (n=18)	0,7	0,7	0,5	1
	Mielenterveys (n=86)	17	18	24	14
	Päihde (n=70)	6	8	2	2
	Omaiset (n=4)	0,2	0,3	0,1	0,2
	Yhdistetty mielenterveys ja päihde (n=20)	3	2	2	5
<b>ESMS-R</b>	Ympäri vuorokautinen (n=65)	15	15	19	12
<b>päälukittelu*</b>	Päivätoiminta (n=43)	3	4	1	2
	Avopalvelut (n=69)	9	10	8	7
	Neuvonta (n=1)	0,1	0,2	0	0,01
	Oma- ja vapaaehtoisapu (n=20)	0	0	0	0
<b>ESMS-R</b>	Ympäri vuorokautinen (n=65)	9	9	7	9
<b>alaluokittelun</b>	Päivätoiminta (n=43)	9	7	3	9
<b>eri</b>	Avopalvelut (n=69)	10	9	6	8
<b>palvelutyyppeiden</b>	Neuvonta (n=1)	1	1	0	1
<b>lukumäärät</b>	Oma- ja vapaaehtoisapu (n=20)	2	2	1	1

\*henkilötöyvuotta 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden

## 5.2 Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen eroja Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla

*Mielenterveys- ja päihdepalveluja* tuotettiin Pitkäniemen alueelle 8 henkilötyövuotta enemmän kuin Kaivannon alueelle 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. *Sosiaalihuollossa* tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja Pitkäniemen ja Vammalan alueille 6 henkilötyövuotta enemmän kuin Kaivannon alueelle 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. *Peruspalveluissa* tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja Pitkäniemen alueelle 5 henkilötyövuotta enemmän kuin Kaivannon alueelle 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. *Mielenterveysasiakkaille* suunnatuissa palveluissa tuotettiin Vammalan alueelle 10 henkilötyövuotta enemmän kuin Kaivannon alueelle. *Päihdeasiakkaille* suunnatuissa palveluissa tuotettiin Pitkäniemen alueelle 6 henkilötyövuotta enemmän kuin Vammalan ja Kaivannon alueille 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden (Taulukko 3).

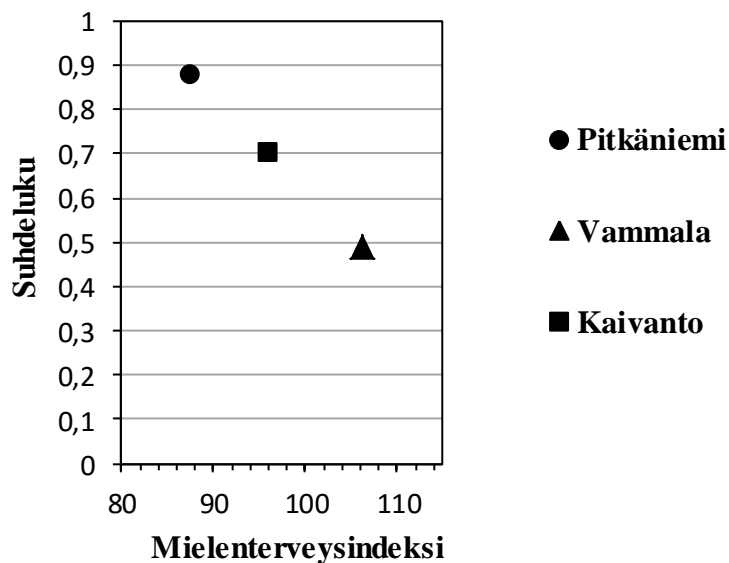
*Ympäri vuorokautisissa* palveluissa tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja Vammalan alueelle 7 henkilötyövuotta enemmän kuin Kaivannon alueelle 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. *Avopalveluissa ja päivätoiminnan* palveluissa tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja Pitkäniemen alueelle yhteensä 5 henkilötyövuotta enemmän kuin Vammalan ja Kaivannon alueille 10000 täysi-ikäistä asukasta kohden. *Mielenterveys- ja päihdepalvelujen erilaisia palvelutyyppejä* oli Pitkäniemen ja Kaivannon alueilla 11 kappaletta enemmän kuin Vammalan alueella (Taulukko 3).

## 5.3 Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteutus Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla suhteessa alueiden mielenterveysindeksiin

Pitkäniemen alueelle tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja *ympäri vuorokautisissa* palveluissa 378,6 henkilötyövuotta ja *avopalveluissa sekä päivätoiminnan* palveluissa yhteensä 331,9 henkilötyövuotta. Pitkäniemen alueen avopalvelujen ja päivätoiminnan palvelujen henkilötyövuosien suhde ympärivuorokautisten palveluiden henkilötyövuosien määrään oli 0,88. Vammalan alueelle tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja *ympäri vuorokautisissa* palveluissa 79,6 henkilötyövuotta ja *avopalveluissa sekä päivätoiminnan* palveluissa yhteensä 38,8 henkilötyövuotta. Vammalan alueen avopalvelujen ja päivätoiminnan palvelujen suhde ympärivuorokautisten henkilötyövuosien määrään oli 0,49. Kaivannon alueelle tuotettiin mielenterveys- ja päihdepalveluja *ympäri vuorokautisissa* palveluissa 160,7 henkilötyövuotta ja

avopalveluissa sekä päivätoiminnan palveluissa yhteensä 112,4 henkilötyövuotta. Kaivannon alueen avopalvelujen ja päivätoiminnan palvelujen suhde ympärivuorokautisten henkilötyövuosien määrään oli 0,70.

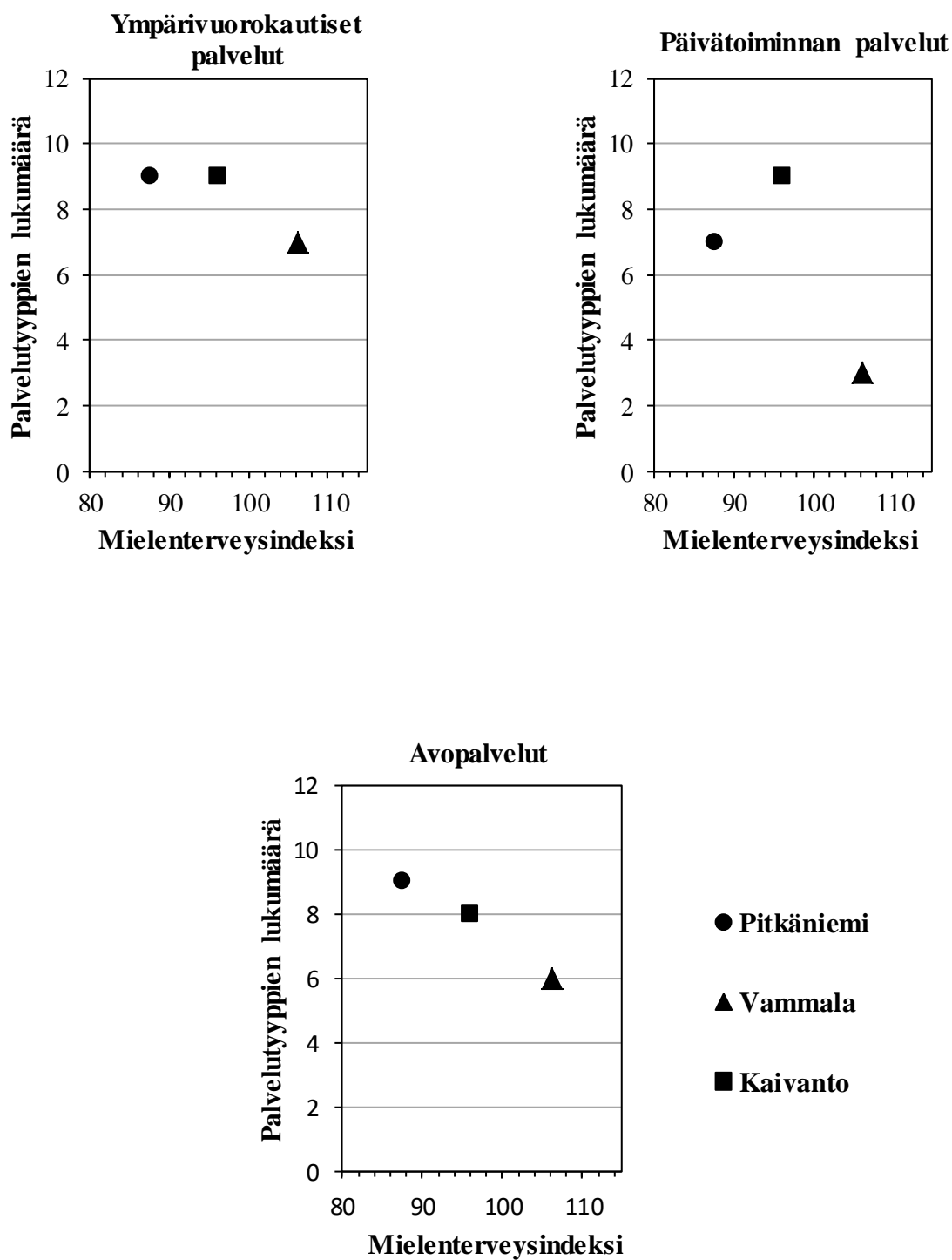
Kuviossa 5 on esitetty Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon alueiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden avopalvelujen ja päivätoiminnan palvelujen sekä ympärivuorokautisten palvelujen henkilötyövuosien suhdeluvut vuonna 2013 suhteessa alueiden kuntien vuoden 2010 mielenterveysindeksien keskiarvoon. Kuvioista on havaittavissa, että mitä korkeampi on kuntien mielenterveysindeksien keskiarvo, sitä matalampi on suhdeluku. Toisin sanoen mitä korkeampi on kuntien mielenterveysindeksien keskiarvo, sitä enemmän siellä on henkilötyövuosia ympärivuorokautisissa palveluissa.



Kuvio 5. Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen avopalvelujen ja päivätoiminnan palvelujen sekä ympärivuorokautisten palvelujen henkilötyövuosien suhdeluvut vuonna 2013 suhteessa alueiden kuntien vuoden 2010 mielenterveysindeksien keskiarvoon.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen erilaisia *ympärivuorokautisia palvelutyyppejä* oli Pitkäniemen alueella 9 kappaletta, Vammalan alueella 7 kappaletta ja Kaivannon alueella 9 kappaletta. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen erilaisia *päivätoiminnan palvelutyyppejä* oli Pitkäniemen

alueella 7 kappaletta, Vammalan alueella 3 kappaletta ja Kaivannon alueella 9 kappaletta. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen erilaisia *avopalveluiden palvelutyyppejä* oli Pitkäniemen alueella 9 kappaletta, Vammalan alueella 6 kappaletta ja Kaivannon alueella 8 kappaletta. Kuviossa 6 on esitelty Pirkanmaan psykiatristen sairaaloiden alueiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen ympärivuorokautisten palvelujen, päivätoiminnan palvelujen sekä avopalvelujen eri palvelutyyppeiden lukumäärät vuonna 2013 suhteessa alueiden kuntien vuoden 2010 mielenterveysindeksien keskiarvoon. Kuviosta on havaittavissa, että Vammalan alueella on kaikkien palvelujen eri palvelutyyppejä vähiten ja Vammalan alueen kuntien mielenterveysindeksien keskiarvo on myös korkein. Lisäksi kuviosta on havaittavissa, että mitä korkeampi kuntien mielenterveysindeksien keskiarvo on, sitä vähemmän alueella on erilaisia avopalveluiden palvelutyyppejä. Ympärivuorokautisissa palveluissa ja päivätoiminnan palveluissa ei ilmene yhtä yhtenevää linjaa.



Kuvio 6. Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden ympärivuorokautisten palvelujen, päivätoiminnan palvelujen ja avopalvelujen eri palvelutyyppejä lukumäärät vuonna 2013 suhteessa alueiden kuntien vuoden 2010 mielenterveysindeksien keskiarvoon.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulisi tarkastella, että tieto on tuotettu yleisesti hyväksytyillä ja pätevällä tavalla, tutkimus on pätevää tutkimuksen kohteena olevan ilmiön kuvaajana ja että tutkijan käsitteet, tulkinnat ja havainnot vastaavat yhteisön jäsenten käsitteitä, tulkintoja ja havaintoja (Flick 1998, 225, Ronkainen ym. 2013, 130–131). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan myös kuvata mittaustulosten toistettavuuden avulla sekä tarkastelemalla mittarin tai tutkimusmenetelmän kysyä mitata juuri sitä mitä sen on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Seuraavaksi tarkastelen tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmien, aineiston, aineiston analyysin sekä tulosten ja johtopäätösten luotettavuutta.

Tämän tutkimuksen menetelmällistä luotettavuutta lisää, että ESMS-R luokittelumenetelmä on kehitetty tieteellisesti pätevillä menetelmillä (Tansella & Thornicroft 1998, 503–508, Salvador-Carulla ym. 2012, 7–8). Luokittelumenetelmä on laajasti tunnettu ja sitä on käytetty aikaisemmin sekä muissa Euroopan maissa että muualla Suomessa. Luokittelun avulla koottua aineistoa on analysoitu useassa tutkimuksessa jo aikaisemmin ja näin ollen mittarin on todettu arvioivan riittävän pätevästi tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus 2015b.) Puhelinhaastatteluna toteutetun aineiston hankinnan vahvuutena oli, että jos tiedon antaja ymmärsi kysymyksen väärin tai jos hän antoi tiedon sellaisessa muodossa, mitä aineistossa ei pystytty hyödyntämään, niin kysymystä pystyttiin heti tarkentamaan. Tällöin säästyi myös tiedon antajan aikaa, kun haastateltava ei selvittänyt tarpeettomia tietoja esimerkiksi tilastoista. Erityisesti palvelujen luokittelun toteuttaminen puhelinhaastatteluna oli hyvä ratkaisu, sillä luokittelussa tiedon antajan vastaus vaikutti seuraavaksi esitettäviin kysymyksiin. Puhelinhaastattelun haasteena oli, että annetut tiedot eivät jääneet kirjallisena tutkijalle. Aineiston tarkistusvaiheessa vastausten tarkastelu sähköpostitse lähetetyistä vastauksista oli luotettavampaa kuin puhelinhaastattelujen muistiinpanojen tarkastelu. Tämän tutkimuksen aineiston luotettavuutta lisää, että tässä tutkimuksessa hyödynnettiin muuttujia, jotka ovat varsin pysyviä ja luokittelijan tai haastateltavan tulkinnasta riippumattomia. Näitä ovat palvelutyyppi, palvelun taso, palvelun sijaintikunta, palvelun alue psykiatristen sairaaloiden mukaan jaoteltuna, palvelun juridinen status ja ESMS-R

pääluokittelu. Näin ollen, jos mittaus toistettaisi lyhyen ajan sisällä, niin tulokset olisivat todennäköisesti samat useiden muuttujien kohdalla.

Tämän tutkimuksen aineiston luotettavuutta heikentää, että osaan tutkimuksessa hyödynnetyistä muuttujista on vaikuttanut enemmän luokittelijan ja haastateltavan tulkinta. Tällaisia muuttujia olivat ESMS-R alaluokittelu, asiakastyypit, BSIC-yksikköjen lukumäärä, kunnat joille palvelua tuotetaan (jos ei ollut käytettävissä tilastoja) sekä henkilötyövuosien määrä. Havaintoja kerätessä tutkijan tulee luokitella muuttujat systemaattisesti samanlaisella logiikalla ja jos aineiston kokoajia on monta, niin luokittelijoiden välillä ei saa olla systemaattista eroa (Ronkainen ym. 2013, 132). Tässä tutkimuksessa aineiston kokoajia oli kaksi ja systemaattisen virheen mahdollisuuden minimoimiseksi toteutettiin yhteinen koulutus aineiston hankintaan liittyen. Lisäksi aineiston kokoajat keskustelivat keskenään aineiston hankinnan aikana ja kysyivät tarkennuksia aineiston hankintaan liittyen Helsingin Refinement – hanketta koordinoivilta henkilöiltä. Keskustelujen avulla huomattiin, että palvelujen ESMS-R alaluokittelussa oli joitakin erilaisia käytäntöjä ja niitä yhdenmukaistettiin. Aineiston hankinnan loppuvaiheessa aineiston kokoajat tarkastelivat myös ristiin toisen hankkimaa aineistoa.

Tämän tutkimuksen aineiston luotettavuutta heikentää myös, että kaikilla haastateltavilla ei välttämättä ollut tarkkaa tilastotietoa kuntakohtaisista käyttäjämääristä ja tällöin luotettiin haastateltavan arvioon asiakkaiden jakautumisesta kunnittain. Henkilötyövuosien luotettavuuteen vaikuttaa, että aineistoon otettiin mukaan asiakastyötä tekevän henkilöstön henkilötyövuosien määrät ja tämä lisäsi aineiston kokoajan ja haastateltavan tulkinnan vaikutusta tulokseen. Aineistoon otettiin mukaan esimerkiksi ylilääkärit ja apulaisyllilääkärit, jos heidän kerrottiin tekevänsä suoraa asiakastyötä yli 50 % työajasta. Suoran asiakastyön määrässä oli luotettava tiedon antajan arvioon. Jos ylilääkäri tai apulaisyllilääkäri otettiin mukaan henkilötyövuosien määrään, niin heidän työajastaan arvioitiin kuluvan 60–70 % suoraan asiakastyöhön ja henkilötyövuosien määrä laskettiin sen mukaan. Mahdollisten arviointivirheiden vaikutukset olisivat kuitenkin varsin pieniä ja ilmenisivät lähinnä henkilötyövuosien kymmenes- tai sadasosissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin henkilötyövuodet laskettiin manuaalisesti ostettujen henkilötyövuosien mukaan, jakamalla ostetut tunnit vuosittaisella tuntimäärällä ja manuaalisesti laskettuna inhimillisten laskuvirheiden mahdollisuus kasvaa. Laskelmat pyrittiin toteuttamaan huolellisesti ja poikkeavat tulokset tarkistettiin. Henkilöstömäärien luotettavuuteen vaikuttaa myös, että vaikka vastauksia pyydettiin henkilötyövuosien mukaan (esimerkiksi 0,75 psykologia), haastateltava ei välttämättä huomionnut työskenteleekö työntekijä osa-aikaisessa vai kokoaikaisessa työsuhteessa. Lisäksi työntekijöiden



työaika saattoi muuttua vuoden 2013 aikana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella on tapahtunut joitakin organisaatiomuutoksia viimeisten vuosien aikana. Esimerkiksi Tampereen kaupungin mielenterveyspalveluiden organisaatiomuutos toteutettiin elokuussa 2013. Kyseinen organisaatiomuutos ei juurikaan vaikuta tämän tutkimuksen tulosten luotettavuuteen, sillä kaikki kyseisten palvelumuotojen henkilötyövuodet tuotettiin Pitkäniemen alueelle. Tosin Tampereen psykiatrian poliklinikoiden palvelumuotojen henkilötyövuosien määrissä voi olla pientä epätarkkuutta.

Aineiston luotettavuutta lisää, että aineisto tarkastettiin yhdessä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Tampereen kaupungin edustajan kanssa, jolloin kiinnitettiin erityistä huomiota henkilötyövuosien määriin ja ESMS-R luokitteluun. Lopuksi aineiston yhdenmukaisuus tarkastettiin Refinement – hanketta koordinoivan tahon toimesta. Aineiston kattavuutta on varmistettu toteuttamalla aineistonkeruu erilaisia menetelmiä hyödyntämällä. Aineiston keruu toteutettiin systemaattisesti organisaatioiden johdon kautta, hyödyntämällä monipuolisesti internetin tiedonhakumenetelmiä sekä tiedustelemalla jo saadulta yhteyshenkilöiltä alueen mielenterveys- ja päihdepalveluja.

Aineiston luotettavuutta heikentää, että kaikista palveluista ei saatu vastauksia ja näiden palvelujen tiedot koottiin internetsivujen perusteella. Yksityisen sektorin palveluntuottajista suuri osa jätti vastaamatta tutkimukseen useista yhteydenottopyynnöistä huolimatta ja suurin osa näistä palveluista oli yksityisiä palvelukoteja. Näin ollen tästä tutkimuksesta puuttuu erityisesti ympärivuorokautisten palvelujen henkilötyövuosien määriä ja todellisuudessa alueiden palvelujen laitospainotteisuus on tutkimuksessa saatuja tuloksia voimakkaampaa. Muiden sairaanhoitoalueiden kartoituksissa ilmeni myös haasteita yksityisten palvelujen tietojen saamisessa. Joistakin palveluista ei saatu jyvitystietoja kuinka paljon eri kunnat käyttävät palveluja. Puuttuvat tiedot on raportoitu yksityiskohtaisesti Aineiston kuvaus – kappaleessa. Kokonaisuutena aineistoa tuloksia voidaan pitää suuntaa-antavana palvelujen kehittämisessä.

Aineiston analyysin luotettavuutta lisää, että aineiston analyysissä on hyödynnetty tilastotieteen asiantuntijaa ja lisäksi on oltu yhteydessä Helsingin Refinement – hankkeen koordinaattoriin sekä Helsingin alueen aineistoa tutkineeseen tutkijaan. Analyysi on myös esitelty Pro gradu seminaarissa, jossa aineiston analyysistä on tarkasteltu kriittisesti. Analyysin luotettavuutta lisää myös, että aineiston analyysin toteuttaja on osallistunut aineiston kokoamiseen, jolloin aineiston heikkoudet pystytään huomioimaan analyysiä tehtäessä. Aineiston heikkouksilla viitataan haastateltavan ja haastattelijan tulkinnan vaikutuksia aineistoon sekä tietojen täsmällisyyteen.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää, että tutkimusraportissa on kuvailtu yksityiskohtaisesti aineiston kokoamisen sekä analyysin toteutus (Ronkainen ym. 2013, 140–141). Tulosten ja johtopäätösten luotettavuutta lisää, että tutkimuksen ohjaajat olivat asiantuntevia ja tunsivat mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän, palveluihin liittyvät ilmiöt sekä laajasti aikaisempaa tutkimusta aiheesta. Johtopäätöksiä tehtäessä huomioitiin, että Kaivannon psykiatrisen sairaalan toiminta päättyi vuonna 2015.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimusaihe on perusteltu ja tutkimuksessa on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta. Tutkimuksessa on myös noudatettava avoimuutta tutkimuksen raportoinnissa sekä julkaisemisessa ja tutkimuksessa on otettava muiden tutkijoiden työ sekä saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon. Lisäksi tutkimustulosten omistajuutta ja säilyttämistä koskevat kysymykset tulee määritellä ja kirjata kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.) Tämän tutkimuksen aihe on eettisesti perusteltu, koska mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen on ajankohtainen ja merkittävä teema kansanterveyden sekä kansantalouden näkökulmista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7–18, WHO 2015). Palvelujen järjestelmällinen kehittäminen edellyttää palvelujen arviointia sekä tutkimista ja tämän tutkimuksen avulla Pirkanmaan alueen mielenterveys- ja päihdepalveluista on saatu monelta osin kattava kuva. Tutkimuksen tekemisessä ja raportoinnissa on pyritty huolellisuuteen ja täsmällisyyteen koko tutkimusentekoprosessin ajan. Aikaisempiin tutkimuksiin ja julkaisuihin viittaaminen on tehty asianmukaisesti kunnioittamalla aikaisempien tutkijoiden ja asiantuntijoiden tekemää työtä. Tutkimuksen aineisto kuuluu Refinement – hankkeelle ja se säilytetään Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen tietokannassa jatkotutkimuksia varten. Tutkimuksessa ei ole käsitelty potilas- tai henkilötietoja, joten siltä osin aineiston säilytyksessä ei ilmene eettisiä riskejä.

Sähköpostiosoitteiden hankkimiseen tulee pyytää luvat niiltä organisaatioilta ja yhdistyksiltä, joiden jäsenille tutkimuspyyntö suunnataan. Organisaatioiden ja yritysten vapaasti luettavissa olevien organisoitujen sivustojen käyttöön pätevät samat eettiset periaatteet kuin julkisten asiakirjojen käyttöön tutkimuksessa. (Kuula 2011, 171–175.) Tässä tutkimuksessa otettiin yhteyttä jo aineiston hankinnan suunnitteluvaiheessa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian palvelujen johtoon ja keskusteltiin tiedonhankinnan toteutuksesta. Aineiston hankinta aloitettiin kussakin organisaatiossa

ottamalla yhteyttä organisaation johtoon sähköpostilla ja pyytämällä yhteyshenkilöä aineiston hankintaa varten. Jos yhteydenottoihin ei saatu vastausta, niin seuraavaksi otettiin yhteyttä keskijohtoon. Jos vastauksia ei saatu lainkaan, niin tiedot koottiin palvelujen internetsivujen perusteella niiltä osin mitä oli saatavissa.

Tutkimusryhmän jäsenten asema ja sidonnaisuudet, tutkimuksen tavoite, osallistumisen vapaaehtoisuus, aineiston hankinta tapa, tietojen käyttötarkoitus sekä muut tutkimukseen liittyvät tiedonlähteet tulee kertoa huolellisesti tutkimukseen osallistuville tahoille (Kuula 2011, 102). Refinement – hanke ja sen taustatiedot esiteltiin alueellisilla aikuisten psykiatrian kehittämispäivillä. Lisäksi organisaatioihin lähetettiin sähköpostitse hankkeen esittelykirje, jossa esiteltiin hankkeen ja sen tavoitteiden lisäksi taustaorganisaatiot, tutkimusryhmän jäsenten asema ja sidonnaisuudet sekä mistä hankkeesta saa lisää tietoa. Hankkeen esittelyn yhteydessä selvisi, että Pirkanmaan alueella oli kartoitettu mielenterveys- ja päihdepalveluja toisen organisaation toimesta hieman ennen Refinement – hankkeen aineiston kokoamista. Näin ollen arveltiin että tutkimukseen vastaavat tahot saattavat kokea kuormittavana kahteen peräkkäiseen kyselyyn vastaamisen. Tämä huomioitiin hankkeen esittelykirjeessä mainitsemalla, että tiedonkeruussa hyödynnetään myös alueella aikaisemmin toteutetun kyselyn tietoja ja kokemuksia. Ennen aineiston hankinnan aloittamista selvitettiin, pystyisikö toisen organisaation toimesta koottuja tietoja hyödyntämään Refinement – hankkeessa. Tietoja ei kuitenkaan pystytty hyödyntämään, sillä muuttujat oli jaoteltu eri tavoin kuin Refinement – hankkeen aineistossa (Liite 1).

### 6.3 Tulosten pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kolmen psykiatrisen sairaalan: Pitkäniemen, Kaivannon ja Vammalan alueiden aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluja sekä niiden eroja. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää palvelujen toteutuksen yhteyttä alueiden mielenterveysindeksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä palvelujen eroista palvelujen tarkoituksenmukaisen ja tehokkaan kehittämisen tueksi.

*Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla*

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että terveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosien määrä oli korkeampi kuin sosiaalihuollon henkilötyövuosien määrä kaikilla psykiatristen sairaaloiden alueilla. Lisäksi havaittiin, että erikoissairaanhoidon mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosien määrä oli korkeampi kuin peruspalvelutason henkilötyövuosien määrä kaikilla kolmella psykiatristen sairaaloiden alueilla. Vastaavia tuloksia on saatu myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan ja Varsinais-Suomen alueella toteutetuissa Refinement – hankkeen kartoituksissa (Joffe ym. 2015, 1–8). Tässä tutkimuksessa havaittiin myös, että omaisten palveluja sekä päihdeasiakkaille ja omaisille suunnattuja palveluja oli kaikilla Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueilla hyvin vähän tai ei lainkaan. Kuitenkin tiedetään, että mielenterveysongelma koskee koko perhettä ja lähiyhteisöä, ja että perhe sekä lähiyhteisö tarvitsevat erityistä tukea (Kähärä 2015, 11).

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen ympärivuorokautisten palvelujen täysi-ikäisten lukumäärään suhteutettuja henkilötyövuosia oli Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon alueilla vähemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Kymenlaakson ja Varsinais-Suomen alueilla keskimäärin (Joffe ym. 2015, 1–8). Tulosta tarkasteltaessa on huomioitava, että tämän tutkimuksen aineistosta puuttuu jonkin verran ympärivuorokautisten palvelujen henkilötyövuosia. Lisäksi on kuitenkin huomattava, että myös muiden sairaanhoitopiirien alueiden aineistoissa ilmeni puutteita yksityisten palveluntuottajien tietojen osalta. Näin ollen voidaan olettaa, että tulos on ainakin suuntaa-antava. Johtopäätöksiä tehtäessä tulee kuitenkin huomioida, että Kaivannon psykiatrisen sairaalan toiminta päättyi lokakuussa 2015 (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015). Näin ollen tämän tutkimuksen valmistuttua ympärivuorokautisten palvelujen henkilötyövuosia on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella todennäköisesti vähemmän kuin mitä tässä tutkimuksessa esitetään. Tässä tutkimuksessa havaittiin myös, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen päivätoiminnan palvelujen sekä avopalvelujen täysi-ikäisten lukumäärään suhteutettuja henkilötyövuosia oli kaikilla kolmella sairaala-alueella suurin piirtein saman verran muihin Refinement – hankkeen piiriin kuuluviin sairaanhoitoalueisiin verrattuna (Joffe ym. 2015, 1–8).

*Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen eroja Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla*

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen täysi-ikäisten lukumääriin suhteutettujen henkilötyövuosien määrissä oli eroja Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon alueilla.

Kaivannon alueen täysi-ikäisten lukumäärään suhteutettu mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötöyvuosien määrä oli huomattavan matala Pitkänimen ja Vammalan alueisiin sekä muihin Refinement – hankkeen piiriin kuuluviin sairaanhoitoalueisiin verrattuna (Joffe ym. 2015, 1–8). Vaikka puuttuvat henkilötöyvuosien määrät vaikuttavat tämän tutkimuksen tuloksiin, niin ne eivät selitä näin voimakasta henkilötöyvuosien eroa. Lisäksi Kaivannon alueelta puuttui vähiten tietoja palvelumuotojen henkilötöyvuosta. Huomionarvoista on myös, että Kaivannon alueelle tuotettiin 5 henkilötöyvuotta Pitkänimen aluetta vähemmän mielenterveys- ja päihdepalveluja peruspalveluissa 10000 täysi-ikäistä asukasta kohti. Partasen ym. (2009, 14) mukaan ennaltaehkäisevät palvelut toteutetaan peruspalveluissa ja useat tutkimukset osoittavat ennaltaehkäisevien palvelujen olevan kustannusvaikuttavia (Asarnow ym. 2009, 1002–1010, Van't Veer-Tazelaar ym. 2010, 319–325, Cocchi ym. 2011, 203–2011, Druss ym. 2011, 1171–1178).

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että Pitkänimen alueelle tuotettiin enemmän päihdeasiakkaille suunnattujen palvelujen henkilötöyvuosia verrattuna Vammalan ja Kaivannon alueisiin ja Vammalan alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötöyvuodet painottuivat mielenterveysasiakkaille suunnattuihin palveluihin vertailualueita voimakkaammin. Kaivannon alueelle tuotettiin eniten yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluja Pitkänimen ja Vammalan alueisiin verrattuna, mutta kaiken kaikkiaan integroitua mielenterveys- ja päihdepalveluja oli Pirkanmaan alueella varsin niukasti. Aikaisemman tutkimuksen perusteella on havaittu yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalvelujen tehostavan mielenterveyskuntoutusta (Adamson ym. 2006, 164–171). Lisäksi Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä on ollut jo useita vuosia tavoitteena palvelujen yhdistäminen (Partanen ym. 2009, 13, Kontio ym. 2013, 496).

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että Pitkänimen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilöstöresurssit jakaantuvat Vammalan ja Kaivannon alueisiin verrattuna jonkin verran tasaisemmin ympärivuorokautisiin palveluihin, päivätoiminnan palveluihin ja avopalveluihin. Vammalan alueelle tuotettujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötöyvuodet painottuivat vertailualueita voimakkaammin ympärivuorokautisiin palveluihin ja lisäksi Vammalan alueelle tuotettiin vähemmän päivätoiminnan palvelujen henkilötöyvuosia verrattuna Pitkänimen ja Kaivannon alueisiin. Lisäksi huomattavaa on, että Pitkänimen alueelle tuotettiin avopalveluissa ja päivätoiminnan palveluissa yhteensä 5 henkilötöyvuotta enemmän kuin Vammalan ja Kaivannon alueille 10000 täysi-ikäistä asukasta kohti. Aikaisempi tutkimus kuitenkin osoittaa monipuolisten avopalvelujen tukevan mielenterveyskuntoutuksen vaikuttavuutta (Pirkola ym. 2009, 147–153, Larivière ym. 2011, 228–240, Kontio ym. 2013, 496, Dabelko-Schoeny ym. 2013, 207–214,

Thornicroft & Tansella 2013, 849–863). Tosin on myös huomattava, että Vammalan alueen väestömäärä on huomattavasti pienempi kuin Pitkäniemen ja Kaivannon alueen väestön määrä. Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu väestön määrän korreloivan mielenterveyspalvelujen monimuotoisuuden kanssa ja monipuolisten mielenterveyspalvelujen on arvioitu edellyttävän vähintään 150 000 aikuisen väestöpohjaa (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8474). Johtopäätöksiä tehtäessä tulee jälleen huomioida, että Kaivannon psykiatrisen sairaalan toiminta on päättynyt loppuvuodesta 2015 (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015). Voidaan kuitenkin olettaa, että muutos ei ole vaikuttanut radikaalisti Vammalan alueen palvelujen monimuotoisuuteen. Tämän tutkimuksen ja aikaisemman tutkimustiedon pohjalta vaikuttaisi siltä, että Vammalan psykiatrisen sairaalan alueen väestömäärä on liian pieni, jotta alueen asukkaille saataisiin monipuoliset mielenterveys- ja päihdepalvelut.

*Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteutus Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueilla suhteessa alueiden mielenterveysindeksiin*

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että sairaala-alueiden kuntien mielenterveysindeksien keskiarvot eivät olleet samansuuntaisia mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosimäärien kanssa. Kaivannon alueen kuntien mielenterveysindeksien keskiarvo oli korkeampi kuin Pitkäniemen alueen keskiarvo, mutta Kaivannon alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosien määrä oli huomattavasti matalampi kuin Pitkäniemen alueen täysi-ikäisten lukumäärään suhteutettu henkilötyövuosien määrä. Lisäksi Vammalan alueen kuntien mielenterveysindeksi oli korkein Pitkäniemen ja Kaivannon alueisiin verrattuna, mutta mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötyövuosien määrä oli toiseksi korkein. Aikaisemman tutkimuksen perusteella on myös havaittu, että mielenterveysindeksillä ei ole yhteyttä alueiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstöresurssien kanssa (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8474). Jos tarkastellaan Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon alueita muiden indikaattoreiden avulla, niin voidaan havaita, että mielenterveysperusteisesti sairaspäivärahaa saaneiden 25–64 -vuotiaiden lukumäärät 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden olivat korkeimmat Kaivannon alueella ja matalimmat Vammalan alueella. Myös depressiolääkkeistä korvausta saaneiden 18 – 64 -vuotiaiden lukumäärät 1000 vastaavan ikäistä kohden olivat korkeimmat Kaivannon alueella ja matalimmat Vammalan alueella. Lisäksi alkoholijuomia myytiin eniten Kaivannon alueella ja vähiten Vammalan alueella asukasta kohden 100 %:n alkoholina laskettuna. Työttömien suhteellinen osuus työvoimasta sekä toimeentulotukea vuoden aikana saaneiden henkilöiden suhteellinen osuus oli Tampereen alueella korkein ja Vammalan alueella matalin. Kaikki edellä mainitut indeksit on vuodelta 2013.

(Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2015.) Näiden indikaattoreiden avulla tarkasteltuna Vammalan alue näyttöytyy varsin positiivisessa valossa. Kaivannon alue taas näyttää mielenterveysperusteisesti sairaspäivärahaa saaneiden, depressiolääkkeistä korvausta saaneiden sekä alkoholimyynnin indikaattoreilla tarkasteltuna sijoittuvan heikoimmin muihin Pirkanmaan psykiatrisiin sairaala-alueisiin verrattuna. Näin ollen Kaivannon alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötövuosien määrät vaikuttavat huolestuttavan niukoilta.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että mitä korkeampi oli alueen mielenterveysindeksien keskiarvo, sitä korkeampi oli avo- ja laitospainotteisuutta kuvaava suhdeluku, toisin sanoen sitä enemmän alueella oli henkilötövuosia ympärivuorokautisissa palveluissa. Tässä tutkimuksessa havaittiin myö, että mitä matalampi oli alueen mielenterveysindeksien keskiarvo, sitä enemmän alueella oli avopalvelutyyppejä, toisin sanoen, sitä monipuolisemmat avopalvelut alueella oli. Aikaisemmassa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole havaittu korrelaatiota mielenterveysindeksin ja avo- ja laitospainotteisuutta kuvaavan suhdeluvun välillä eikä mielenterveysindeksin ja eri avopalvelutyyppeiden lukumäärän välillä (Ala-Nikkola ym. 2014, 8456–8474). Monipuolisten avopalvelujen tiedetään kuitenkin tukevan mielenterveyskuntoutuksen vaikuttavuutta (Pirkola ym. 2009, 147–153, Larivière ym. 2011, 228–240, Kontio ym. 2013, 496, Dabelko-Schoeny ym. 2013, 207–214, Thornicroft & Tansella 2013, 849–863).

#### 6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueiden aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut erosivat toisistaan monin tavoin.
- Kaivannon psykiatrisen sairaalan alueelle tuotettujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilötövuosien määrä oli niukka Pitkäniemen ja Vammalan alueisiin sekä muihin Refinement – hankkeeseen osallistuneisiin alueisiin verrattuna ja alueelliset kuormitustekijät huomioiden.
- Vammalan alueen henkilöstöresurssit ovat painottuneet Pitkäniemen ja Kaivannon aluetta voimakkaammin ympärivuorokautisiin palveluihin.
- Pitkäniemen Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueiden aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroituminen on vasta alussa.

Tutkimuksen tulosten pohjalta tulisi pohtia:

- Kaivannon psykiatrisen sairaalan alueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilökuntaresurssien lisäämistä.
- Vammalan psykiatrisen sairaalan alueen integroimista Kaivannon tai Pitkäniemen alueeseen monipuolisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen mahdollistamiseksi.
- Pitkäniemen, Vammalan ja Kaivannon psykiatristen sairaaloiden alueiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroitumisen kehittämistä.

Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää Pirkanmaan alueen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisen kohdentamisessa, jotta Pirkanmaan alueen asukkaat olisivat tasavertoisemmassa asemassa palvelujen suhteen. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että omaisille suunnattuja palveluja oli varsin niukasti Pirkanmaan alueella. Mahdollisena jatkotutkimuskysymyksenä voisi selvittää tarkemmin omaisille suunnattujen palvelujen asemaa sekä vaikutuksia mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakenteen kustannusvaikuttavuudesta on vielä varsin niukasti tutkimustietoa. Toisena ehdotuksena jatkotutkimuskysymykseksi olisi selvittää millaisilla henkilötyövuosien määrillä ympärivuorokautiset palvelut, päivätoiminnan palvelut ja avopalvelut olisivat kustannustehokkaimmat alueiden erilainen mielenterveyspalvelujen tarve huomioiden.



## LÄHTEET

- Adamson SJ, Todd FC, Sellman JD, Huriwai T & Porter J.** 2006. Coexisting psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (2), 164-170.
- Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kontio R, Joffe G, Pankakoski M, Malin M, Sadeniemi M, Kaila 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.
- Asarnow JR, Jaycox LH, Tang L, Duan N, LaBorde AP, Zeledon LR, Anderson M, Murray PJ, Landon C, Rea MM & Wells KB.** 2009. Long-term benefits of short-term quality improvement interventions for depressed youths in primary care. *The American Journal of Psychiatry* 166 (9), 1002-1010.
- Aspvik U, Kiikkala I & Lassila A.** 2007. Mielenterveyspalvelujen kehittäminen kansalaisten ehdotusten perusteella. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* 62 (8), 794–795.
- Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, le Quach P, Christensen TØ, Krarup G, Jørgensen P & Nordentoft M.** 2008. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of General Psychiatry* 65 (7), 762-771.
- Cocchi A, Mapelli V, Meneghelli A & Preti A.** 2011. Cost-effectiveness of treating first-episode psychosis: five-year follow-up results from an Italian early intervention programme. *Early Intervention in Psychiatry* 5 (3), 203-211.
- Dabelko-Schoeny H, Anderson K, A. & Guada J.** 2013. Adult day services: A service platform for delivering mental health care. *Aging & Mental Health* 17 (2), 207-214.
- Deitz D, Cook R & Hersch R.** 2005. Workplace health promotion and utilization of health services: follow-up data findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 32 (3), 306-319.
- Drummond C, Coulton S, James D, Godfrey C, Parrott S, Baxter J, Ford D, Lervy B, Rollnick S, Russell I & Peters T.** 2009. Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 195 (5), 448-456.

- Druss BG, von Esenwein S,A., Compton MT, Zhao L & Leslie DL.** 2011. Budget impact and sustainability of medical care management for persons with serious mental illnesses. *The American Journal of Psychiatry* 168 (11), 1171-1178.
- Finlex.** 1995. Kuntalaki. 365.
- Flick U.** 1998. An introduction to qualitative research. Sage. London.
- Forma L, Jarvala T, Ahonen J, Vitikainen K & Rissanen P.** 2009. Variation in use and costs of primary health and social services in mental health or drinking problems. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 12 (2), 79-86.
- Heikkilä T.** 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uud. p. Edition. Edita. Helsinki.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.** 2015. Mielenterveystalo. Tietoa diagnooseista, F10-19 Päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F10-19/Pages/default.aspx>. 01.10.2015.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.** 2010. Päihdeohjelma. Mahdollisuus hyvään huomiseen. Määritelmä ja periaatteita. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/Toimintaohjelmat%20ja%20ohjeet/Paihdeohjelma.pdf>. 01.10.2015.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P.** 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Edition. Tammi. Helsinki.
- Joffe G, Järvelin J, Kontio R, Pirkola S, Ala-Nikkola T, Grönlund N, Näätänen P, Sadeniemi M, Sailas E, Vastamäki M, Vataja R, Terevnikov V, Riala K, Haaramo P, Majoinen V, Gilbert S, Oranta O, Saarni S & Wahlbeck K.** 2015. Varsinais-Suomen aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut vertailun valossa: REFINEMENT-hankkeen tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Refinement. Raportti 28.4.2015. <https://www.thl.fi/documents/10531/127523/29.4+VSSH+REFINEMENT.pdf/87817ef2-b20d-44d1-8d24-b335a3934403>. 1.12.2015.
- Kähärä K.** 2015. Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa : tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisöissä. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* (1571).
- Kontio R, Malin M, Joffe G, Vastamäki M & Wahlbeck K.** 2013. HUS-alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut liian laitoskeskeisiä. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* 68 (7), 496–501.
- Kuula A.** 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uud. p. Edition. Vastapaino. Tampere.
- Kylmä J & Juvakka T.** 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.

- Larivière N, Desrosiers J, Tousignant M & Boyer R.** 2011. Multifaceted impact evaluation of a day hospital compared to hospitalization on symptoms, social participation, service satisfaction and costs associated to service use. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 15 (3), 228–240.
- Lehtinen K.** 2014. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilaajarenkaat ja -kunnat 2012. Powerpoint esitys 28.1.2014.
- Lester H, Freemantle N, Wilson S, Sorohan H, England E, Griffin C & Shankar A.** 2007. Cluster randomised controlled trial of the effectiveness of primary care mental health workers. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 57 (536), 196-203.
- Partanen M, Paaso K, Haavisto K, Wahlbeck K, Lönnqvist J, Korhonen J, Voipio-Pulkki L, Ylikoski M, Vuorilehto M, Lassila A, Posio J, Murto L, Ruohonen M, Tuori T & Partanen A.** (toim.) 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.** 2015. Kaivannon sairaala. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Kaivannon\\_sairaala](http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Kaivannon_sairaala). 10.11.2015.
- Pirkola S, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A & Lönnqvist J,K.** 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 (1), 1-10.
- Pirkola S, Sund R, Sailas E & Wahlbeck K.** 2009. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *The Lancet* 373 (9658), 147-153.
- Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Obiols JE & Borrell C.** 2013. Inequalities in the utilization of psychiatric and psychological services in Catalonia: a multilevel approach. *Administration and Policy in Mental Health* 40 (5), 355-363.
- Ronkainen S, Pehkonen L, Lindblom-Ylänne S & Paavilainen E.** 2013. Tutkimuksen voimasanat. 1.-2. p. Edition. Sanoma Pro. Helsinki.
- Sadeniemi M, Pirkola S, Pankakoski M, Joffe G, Kontio R, Malin M, Ala-Nikkola T & Wahlbeck K.** 2014. Does primary care mental health resourcing affect the use and costs of secondary psychiatric services? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11 (9), 8743-8754.
- Salvador-Carulla L, Ruiz M, Romero C & Poole M.** 2012. ESMS-R. European Service Mapping Schedule – Revised. Eurooppalainen mielenterveyspalvelujen kartoittamistyökalu.

<https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/ESMS-R.pdf/b6b532f4-aafb-4ca9-9dcd-c94f39a3ffd5>. 15.9.2015.

**Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.** (toim.) 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 24. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

**Tansella M & Thornicroft G.** 1998. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 28, 503-508.

**Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.** 2015c. Sairastavuusindeksi. Mielenterveysindeksi. <http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/atlas/notes/notes.htm>. 15.09.2015.

**Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.** 2015b. Refinement. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/refinement>. 15.09.2015.

**Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.** 2015a. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Tutkimus ja asiantuntijatyö. Hankkeet ja ohjelmat. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma>. 30.09.2015.

**Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.** 2011. Tautiluokitus ICD-10, Luokitukset termistöt ja tilasto-ohjeet. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt F00-F99. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>. 01.10.2015.

**Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.** 2005–2015. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Sotkanetin tilastotiedot. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. 18.12.2015.

**Thornicroft G & Tansella M.** 2013. The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine* 43, 849–863.

**Van't Veer-Tazelaar P, Smit F, van Hout H, van Oppen P, van dH, Beekman A & van Marwijk H.** 2010. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 196 (4), 319-325.

**WHO.** 2015. Mental disorders. Media centre. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>. 30.09.2015.

Liite 1. Hankeen esittelykirje



Elämän  
tähden



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS



## **Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toimiville aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen järjestäjille**

Eurooppalainen REFINEMENT – tutkimus (Research on Financing systems’ effects on the quality of mental health care in Europe, 2011–2015) selvittää mielenterveyspalveluiden rahoitus- ja järjestämistapoja sekä niiden yhteyttä mielenterveyspalveluiden laatuun eri maissa. Suomen REFINEMENT-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa on kartoitettu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen (HYKS -erva) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdepalveluita vuosina 2012–2014. Lisätietoja hankkeesta: <http://www.thl.fi/refinement>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on nyt liittymässä hankkeeseen tukemalla vastaavan tiedon keruuta Pirkanmaan alueen aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalveluista. Tämän myötä Pirkanmaa pääsee osallistumaan tärkeään palvelujärjestelmän rahoitusmalleja, organisoitumista ja vaikuttavuutta selvittävään tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Pirkanmaan kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluita kartoittava tiedonkeruu ajoittuu keväälle 2015. Tiedosta koostetaan kuntapalauteraportti, joka julkistetaan yhteisessä seminaaritilaisuudessa syksyllä 2015. Hankkeen kaksi projektityöntekijää, Satu Niskanen ja Petra Suontausta, ottavat yhteyttä kuntiin sähköpostitse ja puhelimitse lähiviikkoina. Tavoitteena on kerätä mahdollisimman yksityiskohtaista tietoa kunkin alueen kaikista palveluyksilöistä kansainvälisen ESMS-R palveluluokituksen mukaisesti. Tiedonkeruussa hyödynnetään myös PSHP:n alueella aikaisemmin toteutetun PMT -kyselyn tietoja ja kokemuksia. Pyydämme ilmoittamaan organisaatioistanne yhdyshenkilön, joka voi kuvata yksikön toimintaa, henkilöstörakennetta sekä käyttötietoja tai suoritteita vuodelta 2013 (-2014). Yhdyshenkilön yhteystiedot pyydetään ilmoittamaan 20.3. mennessä sähköpostitse osoitteisiin [niskanen.satu.j@student.uta.fi](mailto:niskanen.satu.j@student.uta.fi) ja [suontausta.petra.k@student.uta.fi](mailto:suontausta.petra.k@student.uta.fi).

Toivomme, että suhtaudutte myönteisesti hankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on tuottaa kehittämistyötä suoraan hyödyttävää uutta tietoa.

*Sami Pirkola, professori, Tampereen yliopisto, ylilääkäri PSHP, THL*

*Klaus Lehtinen, psykiatrian toimialuejohtaja PSHP*

*Kristian Wahlbeck, tutkimusprofessori, THL, kehitysjohtaja, Mielenterveysseura*

*Raija Kontio, projektijohtaja, HYKS psykiatria, Refinement*

*Grigori Joffe, johtava ylilääkäri, HUS*

*Marjut Vastamäki, projektisuunnittelija, Refinement, HUS*

*Satu Niskanen, projektityöntekijä/harjoittelija, Tampereen yliopisto*

*Petra Suontausta, projektityöntekijä/harjoittelija, Tampereen yliopisto*

## Liite 2. ESMS-R mielenterveyspalvelujen kartoituspuu

