

**KRISTIAN WAHLBECK**  
psykiatrian dosentti,  
tutkimusprofessori  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos,  
mielenterveysyksikkö

**EILA SAILAS**  
LL, tulosyksikön johtaja  
Hyvinkään sairaanhoitoalue,  
psykiatrian tulosyksikkö

**PEIJA HAARAMO**  
FT, erikoistutkija  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos,  
mielenterveysyksikkö

**MARJUT VASTAMÄKI**  
sairaanhoitaja (YAMK),  
apulaissosastonhoitaja,  
projektisuunnittelija  
Helsingin yliopistollinen sairaala,  
psykiatria

**GRIGORI JOFFE**  
psykiatrian dosentti, johtava  
yliääkäri  
Helsingin ja Uudenmaan  
sairaanhoitopiiri

## Muutokset aikuisten ympäri- vuorokautisissa mielenterveys- palveluissa HUS-alueella 2012–2014

### Lähtökohdat

Psykiatrian sairaansijojen vähetessä mielenterveyskuntoutujille suunnatut asumispalvelut ovat lisääntyneet.

### Aineisto ja menetelmät

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kunnissa tehtiin v. 2012 ja 2014 selvitys aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalveluista ESMS-R-työkalulla (European Service Mapping Schedule, revised).

### Tulokset

Psykiatrian sairaansijat vähenivät kahdessa vuodessa 15 % ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut lisääntyivät 4 %. Päihdekuntoutujien asumispalvelut lisääntyivät 67 %. Julkisten tuottajien osuus mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluista kasvoi. Ympärivuorokautisten paikkojen yhteismäärä vaihteli suuresti sairaanhoitoalueittain. Psykiatrian sairaansijojen määrän ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen paikkamäärän väliltä ei löytynyt yhteyttä. Asumispalveluissa oli lievää siirtymistä vähemmän tuettuihin asumismuotoihin ja kohti kotiin tuotua tukea.

### Päätelmät

Palvelujen järjestäminen on kehittynyt valtakunnallisten linjausten mukaisesti laitospainotteisista olosuhteista tuettuun asumiseen. Ympärivuorokautisten paikkojen alueellinen vaihtelu sekä psykiatrian sairaansijojen ja asumispalvelujen paikkamäärän väliltä puuttuva yhteys kuitenkin viittaavat siihen, ettei palvelukokonaisuus ole kehittynyt ohjatusti. Ryhmämuotoisia asumispalveluja painotettaessa on vaara, ettei aito itsenäinen asuminen lisäänty, vaan hoiva siirtyy osastoilta asumispalveluihin.

Suomen ratifioima YK:n yleissopimus vammaisten ihmisten oikeuksista velvoittaa huolehtimaan tarvittavista tukitoimista, jotta mielenterveyskuntoutujien yhtäläinen oikeus omaan asuntoon toteutuu. Lähtökohdaksi on Suomesakin esitetty, että mielenterveyskuntoutuja

vuilla yleisesti vallalla laitospainotteinen ajattelutapa, ja tässä ilmapiirissä avohoidon kehitys viivästyi verrattuna muuhun Eurooppaan tai Yhdysvaltoihin (3).

Psykiatrisia sairaalapaikkoja alettiin vähentää 1980-luvun alussa, ensin tasaisesti ja 1990-luvun alussa nopeasti (4). Mielenterveysystyön valtakunnallista kehittämistä linjanneen Mieli 2009 -suunnitelman mukaan v. 2015 tuli olla käytössä enää noin 3 000 psykiatrista sairaansijaa eikä sairaalahoidon tullut pitkittyä asunnon puutteen vuoksi (5).

Tilastojen valossa suunnitelma on toteutunut hyvin: v. 2014 käytössä oli noin 3 300 psykiatrian sairaansijaa, joista noin 425 valtion mielisairaaloissa. Sairaalahoitopäivät ovat vähentyneet, mutta mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen käyttäjien määrä on samalla lisääntynyt huomattavasti (kuvio 1).

*On väitetty, että uusi laitosvaltaisuuden kausi on jo huomaamatta alkanut.*

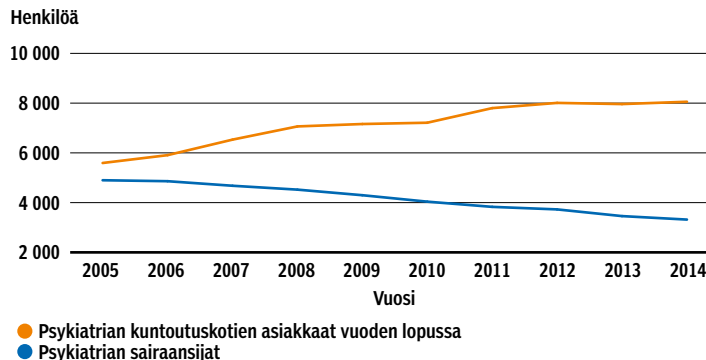
asuu ensisijaisesti tavallisessa asunnossa ja hänellä on valittavinaan erilaisia tarvelähtöisiä ja vaikuttavia tukitoimia (1).

Viime vuosikymmeninä psykiatrisen hoitojärjestelmän avohoitopainotteisuutta on lisätty ja psykiatrian sairaansijojen vähennetty (2). Suomessa sosiaali- ja terveyspolitiikassa oli 1950–60-lu-



KUVIO 1.

### Sairaalahoitopäivät ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen käyttö Suomessa vuosina 2005–14.



#### KIRJALLISUUTTA

- Törmä S, Huotari K, Nieminen J, Tuokkola K. Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen. Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisut ja niiden kehittäminen. Ympäristöministeriön raportteja 24/2014. Helsinki: Ympäristöministeriö, 2014.
- Karlsson N, Wahlbeck K. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. Rapport 24/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki, 2010. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085037>
- Hyyönen J. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 440. 2008.
- Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early 1990s. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:218–23.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetuon kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Munk Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987–2006. Br J Psychiatry 2011;199:453–8.

Psykiatrisen hoidon laitospainotteisuuden vähenemistä on Suomessa pidetty pitkälti onnistuneena, ja esimerkiksi psykiatrisessa sairaalahoitossa olleiden kuolleisuus on vähentynyt, samoin koko väestön kuolleisuus (6,7). Itsemurhat psykiatristen sairaalahoitajaksojen jälkeen ovat vähentyneet samalla, kun hoitajakso ovat lyhentyneet (8).

Kansainvälisessä arvioissa on toisaalta väitetty, että uusi laitosvaltaisuuden kausi on jo alkanut huomaamatta ja vailla tutkimusta tai suunnitelmia (9). Ilmiö näyttätyy monessa maassa Euroopassa mm. oikeuspsykiatristen potilaiden ja vankien määrän sekä erilaisten asumispalvelujen tarjonnan kasvuna (9–12).

Psykiatrisesti oireileville potilaille, jotka eivät asu itsenäisesti tai perheensä kanssa, on sairaalapaikkojen vähentyessä tarjolla erilaisia asumismalleja. Suurin osa niistä on erilaisia ryhmäkoteja, joissa tuen määrä vaihtelee. Tausta-ajatukseen on ollut skitsofrenian porrastettu hoitomalli, jossa potilas siirtyy tuetummasta asumismallista kohti vähemmän tuettua asumista (13,14).

Tällaisen porrastetun siirtymän onnistumisesta ei ole näyttöä. Pikemminkin vaikuttaa siltä, että asetuttuaan yhteen asumistyyppiin, kuntoutujat pysyvät siinä pitkään (15). Potilaiden todetut tarpeet ja asumistyyppiin tarjoama tuki eivät näytä täysin kohtaavan (16,17), eikä potilaan siirtymistä asumismallista toiseen voi ennustaa hänen ominaisuuksiensa perusteella (18). Lisäksi

eri alueilla tarjotut asumispalvelut eroavat toisistaan huomattavasti, vaikka taustalla oleva psykiatrinen hoitojärjestelmä on sama (19).

Mieli-ohjelman päätyttyä halusimme tutkia, onko mielenterveyskuntoutujille kohdennettujen laitosten ja asumispalvelujen tarjonnassa tapahtunut muutoksia, ovatko muutokset alueittain samansuuntaisia ja ovatko ne yhteydessä asumispalvelujen tuottajamalliin. Selvityksemme kattaa ajanjakson 2012–14.

#### Aineisto ja menetelmät

Tarkastelemme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueen mielenterveyspalvelujärjestelmää v. 2012 ja 2014 ja tänä aikana tapahtunutta muutosta. Tiedot kerättiin molempina tutkimusvuosina HUS:n seitsemältä alueelta, jotka ovat Helsingin, Jorvin ja Peijaksen alueet, Lohjan sairaanhoitoalue (sha), Länsi-Uudenmaan sha, Hyvinkään sha ja Porvoon sha.

Palvelujärjestelmäaineisto kerättiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja HUS:n yhteisessä kehittämis- ja tutkimushankkeessa REsearch on FINancial systems' Effects on the quality of MENTAL health care (REFINEMENT) ([www.thl.fi/refinement](http://www.thl.fi/refinement)). Alueen aikuisväestön perus- ja erityistason mielenterveys- ja päihdepalvelut selvitettiin käyttäen ESMS-R-työkalua (European Service Mapping Schedule, Revised) (20). ESMS-luokitus on todettu käyttökelpoiseksi sekä Suomessa (21) että Euroopassa (22–24). Kansainvälisen ESMS-R-koulutuksen saaneet hankekoordinaattorit selvittivät kuntien palvelut v. 2012 ja 2014. Tutkimussuunnitelmasta saatiin THL:n Tutkimuseettisen työryhmän puolta-va lausunto.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan aikuisille mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnattuja palveluja. Lapsille tai pääasiallisesti alaikäisille nuorille sekä kehitysvammaisille suunnatut palvelut on suljettu pois aineistosta. Erityisesti ikääntyneille mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnatut palvelut on sisällytetty aineistoon. Pelkästään päihdekuntoutujille suunnatut asumispalvelut on ryhmitelty erikseen.

Kaikkien asumispalveluyksiköiden henkilöstömäärästä ei saatu tietoa useista yhteydenotoista huolimatta. V. 2012 tieto jäi puuttumaan kymmenestä (12 %) mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnatusta asumispalveluyksiköstä ja v. 2014 viidestä yksiköstä (6 %). Ajallisen vertailun mahdollistamiseksi näiden yksiköiden puuttuvia

- 7 Westman J, Gissler M, Wahlbeck K. Successful deinstitutionalization of mental health care: increased life expectancy among people with mental disorders in Finland. *Eur J Public Health* 2012;22:604-6.
- 8 Pirkola S, Sohlman B, Heilä H, Wahlbeck K. Reductions in post-discharge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study. *Psychiatr Serv* 2007;58:221-6.
- 9 Priebe S, Turner T. Reinstitutionalisation in mental health care. *BMJ* 2003;326:175-6.
- 10 Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A ym. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330:123-6.
- 11 Priebe S, Frottier P, Gaddini R ym. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv* 2008;59:570-3.
- 12 Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open* 2016;6(4):e010188.
- 13 Lääkintöhallitus. Skitsofrenia-projekti 1981-1987. Lääkintöhallituksen opassarja nro 4. Helsinki: Lääkintöhallitus 1987.
- 14 Sosiaali- ja terveysministeriö. Psykiatristen potilaiden asumisen järjestämistä selvittäneen työryhmän muistio. Työryhmämuistio 1988:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1988.
- 15 Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman CA. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2009;60:473-82.
- 16 de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P; PROGRES Group. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry* 2002;181:220-5.
- 17 Priebe S, Saidi M, Want A, Mangalore R, Knapp M. Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:805-14.
- 18 Santone G, de Girolamo G, Falloon I ym.; PROGRES Group. The process of care in residential facilities - a national survey in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:540-50.
- 19 Valdes-Stauber J, Kilian R. Is the level of institutionalisation found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? A patient record analysis. *BMC Psychiatry* 2015;15:215.

tietoja paikattiin korvikearvoilla käyttäen koko aineistosta saatua keskimääräistä henkilöstökerrointa, joka oli 0,45 tehostetussa ja 0,29 ei-tehostetussa asumispalvelussa.

Asumispalvelut jaettiin tuottajatahon mukaan kunnallisiin, yksityisiin ja kolmannen sektorin tuottamiin palveluihin. Säätiöt luettiin kolmannen sektorin toimijoihin, vaikka ne joissakin tapauksissa ovat osa kunnan konsernia.

### Tulokset

Vuonna 2012 HUS-alueen aikuisväestön käytössä oli 1 031 aikuispsykiatrian sairaansijaa, joista 62 sijaitsi alueen ulkopuolella valtion mielisairaaloissa (taulukko 1). Vaikka alueen väestö kasvoi, siellä sijaitsevat aikuispsykiatrian sairaansijat vähenivät 15 % (vähennys 160 paikkaa) kahden vuoden tarkastelujakson aikana. Valtion mielisairaaloiden käytössä ei tapahtunut muutosta. Vähennys oli seurausta osastojen sulkemisesta. Tarkastelujakson suljettiin yhdeksän osastoa. Edelleen toiminnassa olevien aikuispsykiatrian osastojen henkilöstöresurssointi sairaansijaa kohden ja osastojen käyttöaste kasvoivat hieman. Osastojen lopettamisesta huolimatta lääkärin määrä aikuispsykiatriassa osastohoidossa ei juuri vähentynyt.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa oli 86 eri yksikössä käytössä 2 096 paikkaa v. 2012 (taulukko 2). Niistä kaksi kolmasosaa oli tehostetuissa asumispalveluissa, joissa on henkilökuntaa ympäri vuorokauden.

Mielenterveyskuntoutujien käytössä olevat paikat asumispalveluissa lisääntyivät tarkastelujakson aikana, mutta lisäys oli pienempi kuin aikuispsykiatrian sairaansijojen vähennys. Tehostettujen asumispalvelujen osuus pieni hieman ja oli 62 % vuonna 2014.

Henkilöstöresurssit asumispalvelun asukasta kohden eivät muuttuneet. Lisäksi oli käytössä pelkästään päihdekuntoutujille suunnattuja asumispalveluja (885 paikkaa v. 2012 ja 1 479 paikkaa v. 2014). Päihdekuntoutujien asumispalvelujen tuntuva kasvu on seuraus pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmien (PAAVO-ohjelmat) toimeenpanosta.

Asumispalvelua kevyempi palvelu on tuettu asuminen kuntoutujan omassa kodissa. V. 2012 tuetun asumisen paikkoja oli 1 109. Vuonna 2014 määrä oli kasvanut 1 270:een, mikä kuvaa pyrkimyksiä siirtä kohti kuntoutujan omassa asunnossa tarjottavia palveluja.

### TAULUKKO 1.

#### Aikuispsykiatrisen osastohoito HUS-alueella v. 2012 ja 2014.

	2012	2014
Käytössä olevat sairaansijat <sup>1</sup>	1 031	871
Sairausajat / 1 000 aikuista <sup>1</sup>	0,83	0,68
Osastojen lukumäärä	61	52
Osastojen sairaansijat (keskiarvo)	15,4 ± 3,8	15,2 ± 3,4
Henkilöstö (henkilötyövuodet)	1 227	1 105
Lääkärit (henkilötyövuodet)	97	96
Sairaanhoitajat (henkilötyövuodet)	621	557
Henkilöstö/sairausaja	1,31	1,40
Käyttöaste, ka., %	83	84

<sup>1</sup> Luku sisältää valtion mielisairaaloiden käytön

### TAULUKKO 2.

#### Aikuisten mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut HUS-alueella v. 2012 ja 2014.

	2012	2014
Käytössä olevat paikat	2 096	2 173
Yksikköjen lukumäärä	86	87
Henkilöstö (henkilötyövuodet)	799	830
Henkilöstö/sairausaja	0,38	0,38

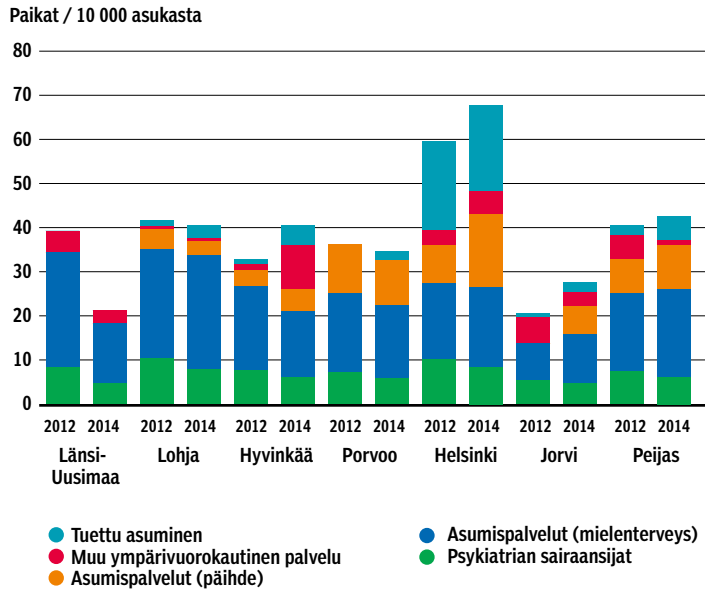
Testasimme aikuispsykiatristen sairaansijojen määrän muutoksen ja asumispalvelun tai tuetun asumisen paikkamäärän muutoksen välistä korrelaatiota. Luvut oli suhteutettu asukasmäärään. Korrelaatioanalyysissä ei kuitenkaan havaittu tilastollista yhteyttä (data saatavissa kirjoittajilta).

HUS-piirin sairaanhoitoalueilla oli selviä keskinäisiä eroja verrattaessa erilaisten ympärivuorokautisten palvelujen käyttöä (kuvio 2). Käytössä olevien paikkojen aikuisväestöön suhteutettu yhteenlaskettu määrä kasvoi pääkaupunkiseudulla, kun taas sairaanhoitopiirin reuna-alueilla paikat vähenivät.

Helsingissä ja Lohjan alueella oli v. 2012 käytössä huomattavasti enemmän psykiatrian sairaansijoja kuin muilla alueilla HUS-piirissä. Aikuisväestöön suhteutettu aikuispsykiatrian sairaansijojen määrä väheni tarkastelujakson aika-

KUVIO 2.

**Aikuisille mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnatut ympärivuorokautiset laitospalvelut ja asumisen palvelut HUS-alueen sairaanhoitoalueilla vuosina 2012 ja 2014.**



kasteluvuonna noin puolet paikoista oli yleis-  
hyödyllisten yhdistysten ja säätiöiden tuottamia.

Monilla yksittäisillä alueilla valtaosa tai enemmistö mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumis-  
palveluista oli kuitenkin yksityisten, voittoa tavoittelevien yritysten tuottamia. Tarkastelujakson aikana yksityisten yritysten tuottamat asumis-  
palvelut vähenivät kaikilla alueilla lukuun ottamatta Jorvin ja Peijaksen alueita, joille syntyi uusia yritysten tuottamia asumis-  
palveluja. Jorvin alueella lisäys oli noin 54 paikkaa ja Peijaksen alueella 22 paikkaa. Yksityisten tuottajien tuotanto väheni koko HUS-alueella vajaalla sadalla paikalla: v. 2012 yritykset tuottivat mielen-  
terveys- ja päihdekuntoutujille 9,1 paikkaa / 10 000 aikuista asukasta, ja v. 2014 vastaava luku oli vastaavasti 8,2.

**Pohdinta**

Muutokset mielenterveyskuntoutujien ympäri-  
vuorokautisessa hoidossa HUS-piirissä kuvastavat koko maassa tapahtunutta muutosta. Psykiatrisessa osastohoidossa sairaansijojen on vähennetty entisestään ja asumis-  
palveluja on kehitetty varsinkin päihdekuntoutujille pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämiseksi.

Mielenterveyskuntoutujien tehostettujen asumis-  
palvelujen käytön vähentyminen kuvastaa siirtymistä kohti vähemmän intensiivisiä asumis-  
palveluja. Valtakunnallisessa asumis-  
palvelukyselyssä v. 2010 tehostetun palveluasumisen yksiköt arvioivat, että oikeanlaisella riittävällä tuella 11 % heidän asukkaistaan selviytyisi vähemmän tuetussa asumismuodossa (25). Tuetun asumisen lisääntyminen osoittaa myös vähäistä siirtymistä kohti kotiin tuotua tukea.

Tutkimuksemme yksi vahvuus on palvelukartoituksen laajuus. Olemme selvittäneet sekä terveys- ja sosiaalisen sektorin että eri tuottajatahojen ympärivuorokautiset palvelut. Asumis-  
palvelujen käyttöön voi vaikuttaa myös moni tekijä, jota tässä tutkimuksessa ei selvitetty, kuten palvelujen markkinointitoimet, kunnan ohjausvalmiudet tai avohoidon kehittyneisyys ja sen tarjoama arjen tuki.

Vertailu sairaanhoitoalueittain voi piilottaa kuntien eroja, koska palveluasuminen on kuntien sosiaalitoimen järjestämää ja kuntien toimintamallit voivat siten erota toisistaan merkittävästi samalla sairaanhoitoalueella.

Käytössä olevien mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnattujen ympärivuorokau-

na kaikilla alueilla, mutta oli Helsingissä ja Lohjalla edelleen suurempi kuin muualla.

Osastohoidon suuri kapasiteetti ei heijastunut asumis-  
palvelujen paikkojen määrään: sekä Helsingissä että Lohjan alueella asumis-  
palveluja käytettiin useammin kuin koko alueella. Tuettua asumista oli lisätty eniten Helsingissä, missä palvelua kehitti kaupungin omistama Niemikotisäätiö. Kokonaisuuden hahmottamiseksi palvelukartoituksessa otettiin huomioon myös muita mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnattuja ympärivuorokautisia palveluja, kuten asuntoloita ja avokuntoutusyksiköitä. Niitä oli eniten Helsingissä.

Vuonna 2012 vain 15 % mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumis-  
palveluista oli kuntien itse tuottamia (kuva 3). Tarkastelujaksolla kunnat perustivat uusia asumisyksiköitä PAAVO-ohjelman toteuttamiseksi, ja vuonna 2014 julkisten palvelujen osuus oli 21 %.

Helsingissä valtaosan asumis-  
palveluista tuottivat kolmannen sektorin toimijat. Tämä heijastui koko alueen lukuihin siten, että kumpanakin tar-

20 Salvador-Carulla L, Ruiz, M, Romero, Poole, M, DESDE-LTC 2.0 Group. ESMS-R European Service Mapping Schedule – Revised. Eurooppalainen mielenterveys-  
palvelujen kartoittamistyökalu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportteja 55/2012.

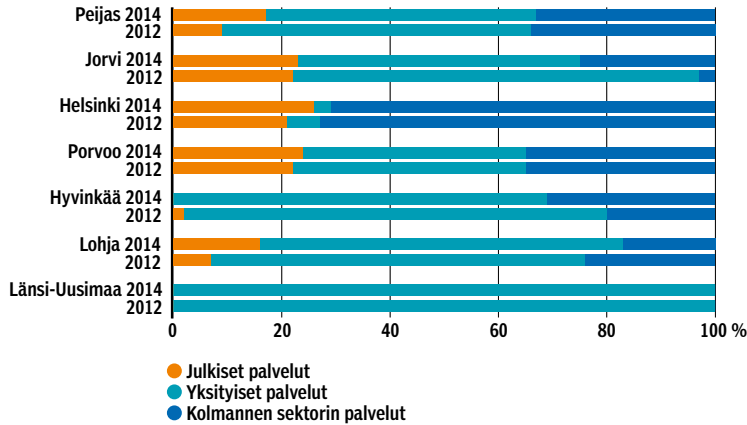
21 Kontio R, Malin M, Joffe G, Vastamäki M, Wahlbeck K. HUS-alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut liian laitosten keskeisiä. Suom Lääkäril 2013;68:496–501.

22 Salvador-Carulla L, Poole M, Gonzalez-Caballero J, Romero C, Salinas J, Lagares-Franco C. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities. Acta Psychiatr Scand 2006;114(Suppl):19–28.

23 Salvador-Carulla L, Poole M, Bendect M, Romero C, Salinas JA. The eDESDE-LTC Group. Coding long-term care services: eDESDE-LTC. Int J Integr Care 2009;9:e63:1–e63:1.

KUVIO 3.

**Mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnattujen asumispalvelujen jakaantuminen tuottajatyypin mukaan HUS-alueen sairaanhoitoalueilla vuosina 2012 ja 2014.**



- 24 Salvador-Carulla L, Amaddeo F, Gutiérrez-Colosía M ym. Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care. *Int J Integr Care* 2015;15:e042.
- 25 Kettunen R. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. ASPA-selvityksiä 2/2011. Helsinki: Asumispalvelusäätiö ASPA, 2011.
- 26 Sadeniemi M, Pirkola S, Pankakoski M ym. Does primary care mental health resourcing affect the use and costs of secondary psychiatric services? *Int J Environ Res Public Health* 2014;11:8743–54.
- 27 Ostamo A, Huurre T, Talala K, Aro H, Lönnqvist J. Mielenterveys. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym. toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.
- 28 Lehto J, Tynkkynen LK. Älykkäästi suunnitellut sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat? *Yhteiskuntapolitiikka* 2013;6:605–17.
- 29 Salo M, Kallinen M. Yhteis- asumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 2007.

tisten palvelujen paikkamäärä vaihteli vuonna 2014 Länsi-Uudenmaan 21 paikasta / 10 000 aikuista Helsingin 68 paikkaan / 10 000 aikuista.

On osoitettu, että alueen kuntien panos mielenterveystyöhön on yhteydessä väestön psyykkiseen sairastavuuteen mielenterveysindeksillä mitattuna. Mielenterveysindeksi muodostuu itsemurhien ja itsemurhayritysten, erityiskorvattaviin psykoosilääkkeisiin oikeutettujen ja mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrästä kunnassa (26). Ero alueiden välillä kuvastanee myös sosioekonomisia eroja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydessä eri koulutusryhmissä, tuloluokissa, sosioekonomisissa ryhmissä sekä työttömillä ja työllisillä (27).

Markkinoiden kasvava asema mielenterveys- ja päihdepalveluissa näkyy HUS-alueella yksityisten palveluntuottajien paikoin suurena roolina. Tilanne vaihtelee huomattavasti alueittain. Osalla alueista joko kunnalliset tai yksityiset tuottajat ovat selvästi hallitsevia.

Asumispalvelujen markkinat ovat vahvasti ohjatut, ja asumispalvelujen käyttäjien vaikutusvalta ja vaikuttamismahdollisuudet uhkaavat monituottajamallista huolimatta jäädä vähäisiksi (28). Myös valtakunnallisesta mielenterveyskuntoutujien asumisselvityksestä syntyi vaikutelma, ettei kuntoutujiilla ollut vii-

me kädessä paljonkaan valinnan- tai vaikutusmahdollisuutta (25).

Jotta monituottajamalli lisäisi mielenterveyskuntoutujien vapautta valita asumispalvelunsa sote-uudistuksessa kaavailun henkilökohtaisen budjetin avulla, asumispalveluissa tarvitaan yhteistä ja avointa asiakaslähtöistä laadun mittausta ja raportointia. Yksityistä ja julkista palvelutuotantoa vertailevan aiemman tutkimuksen mukaan yksityiset asumispalvelut saattavat olla laadultaan heikompia kuin kunnalliset (29).

Erilaisten asumismallien kustannusvaikutuksista tai hyödyistä kuntoutujille ei ole selvää näyttöä (30). Jo 1990-luvulla havaittiin, että tuetun asumispalvelun asukkaat saattoivat kokea ryhmämuotoisen asumisen laitosmaisiksi eivätkä aina viihtyneet (31). Itsenäinen asuminen näyttäisi olevan yhteydessä kokemukseen kuulumisesta yhteisöön ja kykyyn käyttää sen palveluja (32).

Institutionalisaatio, laitostaminen, ei merkitse vain potilaiden säilyttämistä suurissa mielisairaaloissa. Se voi tarkoittaa myös asumispalvelujen holhoavia toimintamalleja, paternalistista suhtautumista potilaisiin ja potilaiden laitostumista (33). On mahdollista, että kuntoutujat ovat Suomessakin siirtyneet sairaalalaitoksesta uudentyypisiin laitoksiin.

Ryhmäasumista tarjoavat palveluasumisen yksiköt ovat muualla maailmassa enemmän poikkeus kuin sääntö. Suomessa nämä yksiköt ovat vallitseva malli sairaalasta uloskirjoitettujen asumisen järjestämiseksi. Muissa pohjoismaissa korostuu oikeus asua samalla tavoin kuin muutkin, ja yleisin palvelumuoto on tavalliseen asuntoon saatu asumisen tuki (34,35).

Osallisuuden vahvistaminen ja liittyminen yhteisöön on monissa maissa keskeinen teema. Suomalainen malli ryhmämuotoisine asumisyksikköineen taas lähinnä jatkaa erillisyyden ja sosiaalisen ulkopuolisuuden mallia. Suomessa sairaalapaikkojen vähenemisen voidaan katsoa johtaneen ilmiöön (transinstitutionalisaatio), jossa hoiva on siirtynyt psykiatrian osastoilta asumispalvelun piiriin, mutta varsinainen aito itsenäinen asuminen ei lisääntynyt.

Myös kustannusselvitykset tukevat siirtymistä kohti osallisuutta ja tuen tarjoamista omassa asunnossa. Kotiin viedyissä palveluissa tukea voidaan tarjota sisällöltään ja intensiteetiltään joustavasti vastaamaan asukkaan ajankohtaista tarvetta. Ryhmämuotoisessa asumispalvelussa tuki sen sijaan on vakiomuotoinen ja asukkaan



- 30 Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;4:CD000453.
- 31 Trainor J, Pomeroy E, Pape B. A new framework for support for people with serious mental illness. Toronto: Canadian Mental Health Association/National Office, 1993.
- 32 De Heer-Wunderink C, Visser E, Sytema S, Wiersma D. Social inclusion of people with severe mental illness living in community housing programs. *Psychiatr Serv* 2012;63:1102-7.
- 33 Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry* 2013;13:169.
- 34 Karlsson N, Wahlbeck K. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty? Pohjoismaiden puoliteihen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 2012;5:548-58.
- 35 Törmä S, Huotari K, Tuokkola K, Nieminen J. Asumista ja arjen tukea. Esimerkkejä mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisusta muutamassa maassa. Ympäristöministeriön raportteja 17/2013. Helsinki: Ympäristöministeriö, 2013.
- 36 Kettunen A, Laine J, Pehkonen-Elmi T, Törmä S, Tuokkola K, Huotari K. Kustannussäästöjä asumisratkaisuja keventämällä? Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisujen kustannus selvitys. Ympäristöministeriön raportteja 20/2015. Helsinki: Ympäristöministeriö, 2015.
- 37 Sosiaali- ja terveysministeriö. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumista ja kuntouttavia palveluja koskeva kehittämissuositus. STM:n julkaisuja 2007:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.

#### SIDONNAISUUDET

Kristian Wahlbeck: apuraha (EU:n tutkimusohjelma: REFINEMENT-hanke); julkaistavan artikkelin ulkopuolinen, aiheen kannalta olennainen taloudellinen toiminta: osa-aikainen työsuhte (THL).  
Eila Sailas: luentopalkkiot (Eli Lilly, Janssen-Gilag, Lundbeck, Otsuka), muut yhteydet: Kelan asiantuntijalääkäri n. 6 h/viikko.  
Peija Haaramo, Marjut Vastamäki, Grigori Joffe: ei sidonnaisuuksia.

yksilöllisistä tarpeista riippumaton. Suomalaisen kustannus selvityksen perusteella mielenterveyskuntoutujien asuminen tavallisissa asunnoissa ja asuntoryhmissä tarjoaa kuntoutujille itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä samalla, kun se voi olla järkevä ratkaisu myös kustannusten kannalta (36).

Säästöjä ei kuitenkaan voi tarkastella vain vertailemalla eri asumispalvelujen järjestämismallien kustannuksia, vaan kokonaiskuvaan vaikuttaa myös esimerkiksi laitospotilaiden kokonaismäärä. Laitos- ja asumispalvelujen kokonaisohjauksen tarve on ilmeinen, jotta voidaan kehittää laadukkaita palveluja, tukea kuntoutujien osallisuutta ja hallita kustannuksia.

Kattavaa tietoa asumispalveluista ei ole tarjolla keskitetysti, vaan tiedot ovat hajallaan eri tietokannoissa tai vain palveluntuottajalla. Kunnillakaan ei ole kokonaiskäsitystä kuntoutujien asumisen nykytilasta. Tiedon tarvetta osoittaa REFINEMENT-tiedonkeruun laajentuminen Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirien alueille vuodesta 2013. Tulevaisuudessa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluja ei voi kehittää nojautumalla yksittäisistä hankkeista saatuihin tietoihin, vaan tiedot on kerättävä osana valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon ajantasaista tiedonkeruuta.

Tulostemme valossa palvelujen järjestäminen alueella on kehittynyt valtakunnallisten mielenterveystyön ja asuntopolitiikan linjausten mukaisesti, laitospaikoista olosuhteista tuettuun asumiseen. Asumispalveluja tulisi kehittää myös laadullisesti, mutta mielenterveyspalvelujen asumispalvelujen kehittämissuositus on 10 vuoden takaa (37). Sote-uudistuksen ja markkinavoimien myllerryksessä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumiseen tarvitaan uusi linjaus, joka perustuu YK:n vammaissopimuksen antamaan yhtäläiseen oikeuteen

#### TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Psykiatrian sairaansijojen vähentyessä mielenterveyskuntoutujille suunnatut asumispalvelut ovat lisääntyneet.
- Yhtäläinen oikeus omaan asuntoon, kuntoutaja-keskeisyys, kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen ja sosiaalisen osallisuuden vahvistaminen ovat laadukkaan asumispalvelujärjestelmän kriteerejä.

#### TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- HUS-alueilla on asumispalvelujen määrässä ja järjestämistavassa suuria keskinäisiä eroja, jotka eivät näytä liittyvän psykiatrian sairaansijojen käyttöön.
- Asumispalveluissa tapahtui lievää siirtymistä kohti vähemmän intensiivisen tuen muotoja.
- Palvelujärjestelmän kokonaisohjaus on tarpeen asumispalvelujen kehittämiseksi kotiin vietyjen palvelujen suuntaan.

omaan asuntoon, kuntoutujaan keskushenkilönä, kokemusasiantuntijuuden hyödyntämiseen ja sosiaalisen osallisuuden vahvistamiseen. Näitä asumispalvelujen keskeisiä laatukriteerejä kuntien nykyiset ostopalvelusopimukset harvoin kattavat. ●

#### Kiitokset

*Kirjoittajat kiittävät projektikoordinaattori Johanna Creswell-Smithia käsikirjoituksen viimeistelystä ja artikkelin englanninkielisestä tiivistelmästä.*

#### Rahoitus

*REFINEMENT-hanke on saanut rahoitusta EU:n seitsemännestä tutkimuksen puiteohjelmasta (sopimus n:o 261459), HUS:n strategisista hankerahoista, HYKS psykiatrian toimialan EVO-rahoituksesta ja HUS:n VTR-rahoituksesta.*

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english  
Changes to residential mental health services for adults in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa in 2012–2014

**KRISTIAN WAHLBECK**  
Adjunct Professor of Psychiatry,  
Research Professor, Mental Health  
Unit, National Institute for Health  
and Welfare (THL)  
kristian.wahlbeck@thl.fi

**EILA SAILAS**  
**PEIJA HAARAMO**  
**MARJUT VASTAMÄKI**  
**GRIGORI JOFFE**

# Changes to residential mental health services for adults in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa in 2012–2014

## Background

While there has been a decrease in inpatient psychiatric care, supported housing services for people with mental health problems have increased.

## Methods

Adult mental health and substance abuse services in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) were systematically mapped and classified using the revised European Service Mapping Schedule (ESMS-R) tool in 2012 and again in 2014.

## Results

As a result of the closure of psychiatric hospital wards and despite population growth, psychiatric inpatient beds decreased by 15% and mental health supported housing services increased by 4% over the two-year period. Also, beds in supported housing relating to substance abuse increased significantly (67%) as a result of a national programme aimed at reducing long term homelessness. These factors led to an increase in publicly provided supported housing services for people with mental health and substance abuse problems during this time period. Variation between hospital districts in the total number of beds used, i.e. hospital beds and beds in housing services, was high, ranging from a total of 21 beds per 10 000 adults to 68 beds per 10 000 adults. No association between the number of psychiatric hospital beds and the number of beds in mental health housing services was found. Our results show a transition towards less intensively supported housing in the HUS district during the period studied. Also, a slight trend towards providing more home based support can be seen.

## Conclusions

Services in the HUS area have been developed in accordance with national mental health and housing policies, i.e. moving away from traditional institution-based services towards home-based services. The total use of beds varies considerably between different geographical areas in the district and, taken together with the absence of an association between the number of psychiatric hospital beds and beds in supported housing services, it appears that the mental health service system as a whole has not been developed in a planned and strategic manner. Emphasis on supported housing services in the form of group homes contrasts with the Western European model which has a stronger focus on home-based services. This focus on group-based housing services increases the risk of transinstitutionalisation, where the reduction in hospital beds leads to service users being transferred from psychiatric inpatient wards to supported housing services without this resulting in a genuine increase in autonomy. Strategic governance of psychiatric services as well as supported housing is necessary in order to further develop home-based services, improve quality of services, and increase social inclusion and participation, as well as to facilitate cost control.