

Satu Viertiö, Airi Partanen, Risto Kaikkonen, Tommi Härkänen, Mauri Marttunen ja Jaana Suvisaari

Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012–2015

JOHDANTO: Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoa on kehitetty viime vuosina, ja perustason palveluja ja osaamista on pyritty vahvistamaan. Ajantasaista tietoa palvelujen käytöstä ei kuitenkaan ole. **MENETELMÄT:** Vuosina 2012–2015 toteutetussa Alueellinen terveys- ja hyvinvointi -tutkimuksessa kartoitettiin palvelujen käyttöä mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi, mielenterveysoireita ja alkoholin liikakäyttöä.

TULOKSET: Naisista 11–12 % käytti tutkittavana ajanjaksona jotakin terveysterveyspalvelua mielenterveys-ongelmien vuoksi ja 0,8 % päihteiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi. Vastaavat luvut olivat miehillä 7–8 % ja 1,9–2,3 %. Merkittäviä muutoksia palvelujen käytön luonteessa ei tapahtunut. Vakavista oireista kuten itsemurha-ajatuksista kärsineistä vain osa oli hakenut apua ja vanhimmassa ikäryhmässä apua hakeneiden osuus oli seuranta-aikana pienentynyt.

PÄÄTELMÄT: Perustason mielenterveys- ja päihdepalveluja on edelleen vahvistettava. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän stigman vähentämiseen tulisi kiinnittää huomiota terveydenhuollossa ja laajemmin yhteiskunnassa.

Vuonna 2009 julkaistu kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjasi mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015 asti (1). Niitä olivat asiakkaan aseman vahvistaminen, palvelujen integroiminen toimiviksi kokonaisuuksiksi sekä mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääseminen joustavasti matalakynnyksisen yhden oven periaatteella (1). Suunnitelman mukaan suurin osa mielenterveys- ja päihdeongelmista on kyettävä hoitamaan perustasolla (1). Suunnitelman loppuarviossa arvioitiin palvelujärjestelmän kehittyneen myönteisesti (2).

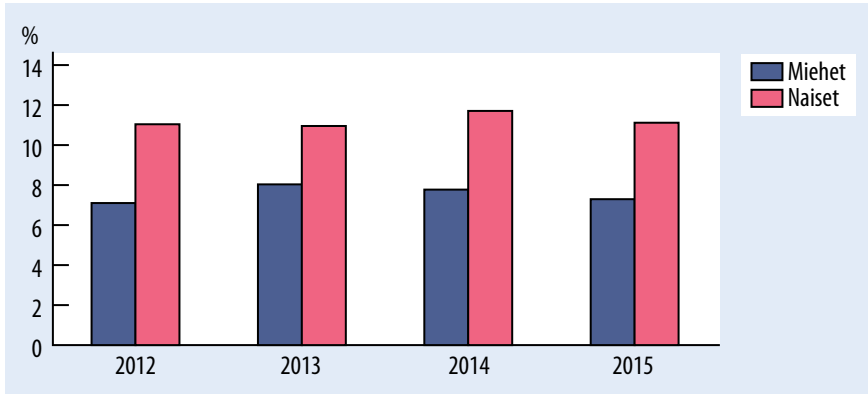
Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) TEAviisari (kuntien terveydenedistämistä toimivaksi eli toimintaa asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi kuvaava verkko-palvelu) osoittaa, että peruspalvelujen mielenterveystyön osaamista on viime vuosina vahvistettu (3). TEAviisarin mukaan sekä masennusta päihdehoitajien määrä on Suomen terveyskeskuksissa lisääntynyt vuodesta 2012 vuoteen 2015. Terveyskeskuksissa saa yhä enemmän

matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja, ja perusterveydenhuollon henkilöstön kyky hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmia on kohentunut. Ei kuitenkaan ole ajantasaista tietoa siitä, kuinka usein suomalaiset hakevat apua mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi, mistä apua haetaan ja kuinka usein perustason palvelut riittävät.

Tässä tutkimuksessa selvitimme vuosien 2012–2015 Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) koko Suomen otosten perusteella suomalaisten avun hakemista ja eri palvelujen käyttöä mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi.

Menetelmät

Aineisto. THL:n koordinoima ATH-tutkimus perustuu kansalliseen ja alueellisiin otoksiin (4). Tutkimme kansallisen tason tietoja 20–74-vuotiaiden terveysterveyspalvelujen käytöstä, mielenterveydestä ja päihteiden käytöstä. Tutkimusaineisto valittiin systemaattisella otannalla Manner-Suomen alueelta. Tiedot



KUVA. Minkä tahansa terveyspalvelun käyttö mielenterveysongelmien vuoksi vuosina 2012–2015 (%).

on kerätty posti- tai internetkyselynä, ja lomakkeesta on suomen-, ruotsin-, venäjän- ja englanninkieliset versiot. Yhteensä kansallisiin otoksiin vuosien 2012 ja 2015 välillä kuului 178 670 suomalaista. Kyselyn vastausprosentti on koko Suomen otoksessa vaihdellut eri vuosina 51 %:n ja 54 %:n välillä. 20–54-vuotiaiden vastausprosentti on ollut 37–42 % ja 55–74-vuotiaiden 67–69 %. Palvelujen käyttöä ja oireilua koskevia kysymyksiä verrattiin ikäryhmien ja sukupuolten välillä, koska niissä on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu ikä- ja sukupuolieroja. Jaoinme aineiston kolmeen ikäryhmään, 20–34-vuotiaisiin, 35–54-vuotiaisiin ja 55–74-vuotiaisiin.

Palvelujen käyttöä koskevat muuttujat.

Terveyspalvelujen käyttö jaettiin neljään ryhmään: perusterveydenhuollon palveluihin kuuluivat terveyskeskus, työterveyshuolto ja opiskelijaterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon palveluihin psykiatrian poliklinikka ja psykiatrinen sairaala, päihdehuollon erityispalveluihin A-klinikka ja katkaisuhuolto sekä muihin palveluihin yksityinen vastaanotto, muu sairaala ja muu hoitopaikka. Lisäksi muodostettiin muutuja ”mikä tahansa hoitopaikka”, johon kuuluivat mitä tahansa edellä mainittuja palveluja käyttäneet.

Mielenterveyttä ja päihteiden käyttöä koskevat muuttujat. Masennusoireiden esiintyminen vastaajilla 12 viime kuukautena määriteltiin myönteisellä vastauksella sekä kysymykseen

alakuloisesta ja masentuneesta mielialasta että kiinnostuksen menettämisestä asioihin, joista on aiemmin kokenut mielihyvää. Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus saatiin MHI-5-mittarilla (Mental Health Inventory), jossa viidellä kysymyksellä kartoitetaan ahdistusta, masennusta ja positiivista mielialaa neljän viime viikon aikana (5). Psykkinen kuormittuneisuus määriteltiin siten, että enintään 52 pistettä saavilla on hoidon tarpeeseen viittaavaa psyykkistä kuormittuneisuusoireilua. Tämä pistetaja on tarkka (spesifinen), toisin sanoen valtaosalla näin pienen pistemäärän saaneista on mielenterveyden häiriö (6). Tutkittavilta kysyttiin myös, onko heillä ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana. Alkoholinkäytöstä kysyttiin alkoholin ongelmakäytön seulontaan tarkoitetun AUDIT-C-mittarin kolmella kysymyksellä, joissa kysytään alkoholin käytön useutta ja määrää. Alkoholin ongelmakäytöllä tarkoitetaan juomista, johon liittyy jokin haitta tai huomattava haittariski. Alkoholin ongelmakäytön rajana käytettiin miehillä vähintään kuutta ja naisilla viittä pistettä (7,8).

Tilastomenetelmät. Osallistujakadon vaikutus otettiin huomioon käyttämällä painokertoimia, jotka muodostettiin käyttämällä logistiseen regressiomalliin perustuvaa käänteistodennäköisyyspainotusta (inverse probability weighting) (9). Sen tavoitteena on saada painotetun aineiston ja alkuperäisen otoksen jakamat mahdollisimman lähelle toisiaan.

TAULUKKO 1. Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi vuosina 2012–2015 sukupuolen mukaan (% , 95 %:n luottamusväli).

Sukupuoli	2012 (n = 2 260)	2013 (n = 28 480)	2014 (n = 11 154)	2015 (n = 11 269)
Perusterveydenhuollon palvelut				
Miehet	3,9 (2,6–5,8)	5,0 (4,5–5,5)	4,8 (4,1–5,6)	4,5 (3,8–5,2)
Naiset	7,6 (6,1–9,4)	6,8 (6,4–7,2)	7,0 (6,4–7,8)	6,6 (6,0–7,2)
Yhteensä	5,8 (4,8–7,1)	6,0 (5,7–6,3)	6,1 (5,6–6,6)	5,6 (5,2–6,1)
Erikoissairaanhoidon palvelut				
Miehet	3,6 (2,4–5,3)	4,0 (3,6–4,5)	3,5 (2,9–4,2)	3,6 (3,0–4,3)
Naiset	3,9 (2,9–5,2)	4,6 (4,3–5,0)	4,9 (4,3–5,5)	4,4 (3,8–4,9)
Yhteensä	3,7 (2,9–4,7)	4,4 (4,1–4,7)	4,2 (3,8–4,7)	4,0 (3,6–4,4)
Päihdehuollon erityispalvelut				
Miehet	0,6 (0,2–1,9)	0,7 (0,6–0,9)	0,7 (0,5–1,1)	0,6 (0,4–0,9)
Naiset	0,8 (0,4–1,5)	0,3 (0,3–0,5)	0,4 (0,2–0,6)	0,5 (0,3–0,6)
Yhteensä	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,4–0,6)	0,5 (0,4–0,7)	0,5 (0,4–0,6)
Muu hoitopaikka				
Miehet	2,2 (1,4–3,6)	2,7 (2,4–3,1)	2,6 (2,1–3,3)	1,9 (1,5–2,4)
Naiset	3,9 (2,9–5,2)	4,0 (3,7–4,4)	4,1 (3,6–4,6)	4,1 (3,7–4,7)
Yhteensä	3,1 (2,4–4,0)	3,4 (3,2–3,7)	3,4 (3,0–3,8)	3,1 (2,8–3,5)
Mikä tahansa hoitopaikka				
Miehet	7,2 (5,5–9,6)	8,1 (7,5–8,7)	7,8 (6,9–8,8)	7,3 (6,4–8,2)
Naiset	11,1 (9,4–13,2)	11,0 (10,5–11,6)	11,7 (10,8–12,5)	11,1 (10,3–11,9)
Yhteensä	9,2 (7,9–10,7)	9,7 (9,3–10,1)	9,9 (9,2–10,5)	9,4 (8,8–10,0)
Vain perusterveydenhuollon palvelut				
Miehet	1,8 (1,1–3,2)	2,4 (2,1–2,8)	2,5 (2,0–3,1)	2,6 (2,1–3,2)
Naiset	4,1 (3,0–5,5)	3,6 (3,3–3,9)	4,0 (3,6–4,6)	3,6 (3,1–4,1)
Yhteensä	3,0 (2,2–3,8)	3,0 (2,8–3,3)	3,3 (3,0–3,7)	3,2 (2,8–3,5)

Perusterveydenhuollon palvelut = terveyskeskus, työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto

Erikoissairaanhoidon palvelut = psykiatrian poliklinikka, psykiatrinen sairaala

Päihdehuollon palvelut = A-klinikka ja katkaisuhuolto

Muu hoitopaikka = yksityinen, muu sairaala, muu hoitopaikka

Tilastoanalyysit tehtiin SAS- ja SUDAAN-tilasto-ohjelmilla ja painokertoimia käyttämällä. Tulokset on ilmoitettu ikä- ja sukupuolivakioituina esiintyvyyksinä. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltaessa on käytetty luokitelluille muuttujille 95 %:n luottamusvälejä. Vuosien 2012 ja 2015 välillä palvelujen käytössä tapahtuneen trendin tutkimiseksi käytettiin logistista regressioanalyysiä. Siinä eri vuosien aineistot yhdistettiin ja käytettiin osallistumisvuotta palvelujen käyttöä ennustavana luokiteltuna muuttujana.

Tulokset

Terveyspalvelujen käyttö. Mielenterveys- ja päihdeongelmien takia Suomessa ei ole ATH-tutkimuksen mukaan muuttunut merkittävästi

vuodesta 2012 vuoteen 2015 (KUVA). Naisista 11–12 % ja miehistä 7–8 % käytti tutkittuna ajanjaksona jotakin terveyspalvelua mielenterveysongelmien vuoksi (TAULUKKO 1). Perusterveydenhuollon palveluja käytti 5,6–6,1 % ja erikoissairaanhoidon palveluja 3,7–4,2 % vuosittain. Pelkästään perusterveydenhuollon palveluja oli vuosittain käyttänyt 3,0–3,3 %, toisin sanoen lähes puolet perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjistä oli käyttänyt myös erikoissairaanhoidon tai muita palveluita.

Päihdeiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi palveluja käytti 1,9–2,3 % miehistä ja 0,8 % naisista (TAULUKKO 2). Kiinnostava yksityiskohta oli, että suhteellisen moni ilmoitti käyttäneensä päihdehuollon erityispalveluita mielenterveysongelman vuoksi (TAULUKOT 1 ja 2).

TAULUKKO 2. Terveyspalvelujen käyttö päihdeongelmien vuoksi vuosina 2012–2015 sukupuolen mukaan (%; 95 %:n luottamusväli).

Sukupuoli	2012 (n = 2 260)	2013 (n = 28 630)	2014 (n = 11 223)	2015 (n = 11 346)
Perusterveydenhuollon palvelut				
Miehet	1,3 (0,6–2,6)	1,2 (1,0–1,5)	1,1 (0,8–1,5)	1,1 (0,8–1,5)
Naiset	0,2 (0–0,7)	0,5 (0,4–0,6)	0,4 (0,3–0,7)	0,4 (0,2–0,6)
Yhteensä	0,6 (0,2–1,1)	0,8 (0,7–0,9)	0,7 (0,5–0,9)	0,7 (0,5–0,9)
Erikoissairaanhoidon palvelut				
Miehet	0,5 (0,1–1,5)	0,5 (0,3–0,7)	0,4 (0,2–0,7)	0,4 (0,3–0,7)
Naiset	0,1 (0–0,9)	0,3 (0,2–0,4)	0,2 (0,1–0,9)	0,2 (0,1–0,4)
Yhteensä	0,3 (0–0,6)	0,4 (0,3–0,5)	0,3 (0,2–0,4)	0,3 (0,2–0,4)
Päihdehuollon erityispalvelut				
Miehet	1,4 (0,6–3,0)	1,3 (1,1–1,6)	1,2 (0,8–1,6)	1,1 (0,8–1,5)
Naiset	0,5 (0,2–1,3)	0,4 (0,3–0,6)	0,5 (0,3–2,4)	0,5 (0,3–0,7)
Yhteensä	0,9 (0,3–1,4)	0,8 (0,7–0,9)	0,8 (0,6–1,0)	0,7 (0,5–0,9)
Muu hoitopaikka				
Miehet	0,4 (0,1–1,6)	0,6 (0,4–0,8)	0,5 (0,3–0,8)	0,5 (0,3–0,8)
Naiset	0,3 (0,1–0,8)	0,3 (0,2–0,4)	0,3 (0,2–0,5)	0,3 (0,2–0,4)
Yhteensä	0,4 (0–0,7)	0,4 (0,3–0,5)	0,4 (0,3–0,6)	0,4 (0,2–0,5)
Mikä tahansa hoitopaikka				
Miehet	2,1 (1,2–3,8)	2,3 (2,0–2,7)	1,9 (1,5–2,5)	2,0 (1,5–2,5)
Naiset	0,8 (0,4–1,6)	0,8 (0,7–1,0)	0,8 (0,6–1,2)	0,8 (0,6–1,0)
Yhteensä	1,4 (0,7–2,1)	1,5 (1,3–1,7)	1,3 (1,1–1,6)	1,3 (1,1–1,6)
Vain perusterveydenhuollon palvelut				
Miehet	0,6 (0,2–1,7)	0,5 (0,3–0,7)	0,5 (0,3–0,8)	0,5 (0,3–0,8)
Naiset	0,1 (0–0,6)	0,2 (0,1–0,3)	0,1 (0,1–0,3)	0,1 (0,1–0,2)
Yhteensä	0,3 (0–0,7)	0,3 (0,2–0,4)	0,3 (0,2–0,4)	0,3 (0,2–0,4)

Perusterveydenhuollon palvelut = terveyskeskus, työterveys, opiskelijaterveydenhuolto

Erikoissairaanhoidon palvelut = psykiatrian poliklinikka, psykiatrinen sairaala

Päihdehuollon palvelut = A-klinikka, katkaisuhuolto

Muu hoitopaikka = yksityinen, muu sairaala, muu hoitopaikka

Ikäryhmittäin tarkasteltuna terveysterveyspalvelujen käytössä havaittiin suuria eroja. Ero nuorimman (20–34-vuotiaat) ja vanhimman (55–74-vuotiaat) ikäryhmän välillä oli noin nelinkertainen (**INTERNETTAULUKKO 1**). Palvelujen käytössä ei ole selvästi lisääntyvää tai vähenevää trendiä sukupuolen tai ikäryhmän mukaan tarkasteltaessa.

Mielenterveysoireiden ja alkoholin ongelmakäytön yleisyys. Masennusoireita raportoi miehistä vuosittain 23–25 % ja naisista 26–27 % (**TAULUKKO 3**). Kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta raportoi miehistä vuosittain 11–13 % ja naisista 13–14 %. Molemmissa oireissa trendi oli miehillä vuodesta 2012 vuoteen 2015 merkitsevästi vähenevä, naisilla merkitseviä muutoksia ei havaittu. Nuorin

ikäryhmä raportoi merkitsevästi enemmän oireita kuin 35–54-vuotiaat ja 55–74-vuotiaat.

Itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana raportoi sekä miehistä että naisista vuosittain 5–6 %. Eniten itsemurha-ajatuksia oli nuorimmalla ikäryhmällä.

Miehistä 33–38 % ja naisista 20 % ilmoitti käyttävänsä alkoholia niin paljon, että se ylitti AUDIT-C-mittarin mukaan alkoholin ongelmakäytön rajan. Vuodesta 2012 vuoteen 2015 miehillä oli alkoholin ongelmakäytössä merkitsevästi vähenevä trendi. Alkoholin ongelmakäyttöä oli vanhimalla ikäryhmällä vähemmän kuin nuoremmilla.

Palvelujen käyttö suhteessa mielenterveysoireisiin. Naiset, joilla oli masennusoireita, käyttivät perusterveydenhuollon ja muun

Ydinasiat

- ▶ Läheskään kaikki apua tarvitsevat eivät hakeudu mielenterveys- ja päihdepalveluihin, ja varsinkin iäkkäimpien hoitoon hakeutuminen on vähäistä.
- ▶ Miesten masennusoireilu, psyykinen kuormittuneisuus ja alkoholin ongelmakäyttö ovat vähentyneet.
- ▶ Vuosien 2012–2015 aikana ei ole tapahtunut muutosta palvelujen käyttömäärissä eikä palvelujen siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

hoitopaikan palveluja sekä ylipäätään palveluja mielenterveysongelmien vuoksi tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin miehet, mutta erikoissairaanhoidon palvelujen käytössä ei ollut eroa (INTERNETTAULUKKO 2). Nuorin ikäryhmä kävi masennusoireiden vuoksi tilastollisesti merkitsevästi useammin hoidossa (39–42 %) kuin muut ikäryhmät (27–32 % ja 14–15 %).

Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden palvelujen käytössä oli vähemmän sukupuolieroja. Joitakin tilastollisesti merkitseviä eroja oli kuitenkin nähtävissä. Kun otettiin huomioon kaikki hoitopaikat, naiset käyttivät vuotta 2015 lukuun ottamatta enemmän palveluja. Psyykkisesti kuormittuneiden miesten hakeutuminen perusterveydenhuollon palveluihin lisääntyi tutkittuna ajanjaksona. Myös psyykkisesti kuormittuneista hoidossa kävivät useammin nuorimmat (45–51 %) kuin muut (20–38 % ja 16–18 %).

Itsemurha-ajatuksia raportoineet naiset käyttivät vuosina 2013–2015 tilastollisesti merkitsevästi enemmän palveluja kuin miehet, kun otettiin huomioon kaikki hoitopaikat. Itsemurha-ajatuksia raportoineistakin hoidossa oli käynyt useammin nuorin ikäryhmä (52–65 %). Luvut 35–54-vuotiailla olivat 31–53 % ja 55–74-vuotiailla 24–44 %.

Palvelujen käyttö suhteessa alkoholin ongelmakäyttöön. Harva alkoholin ongelmakäytön kriteerin täyttäneistä oli hakenut apua päihteiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi:

naisista noin 2 % ja miehistä 4–5 % (INTERNETTAULUKKO 3). Miehet hakivat apua suunnilleen yhtä paljon perusterveydenhuollosta kuin päihdehuollon erityispalveluista ja vähemmän muista palveluista. Naiset hakivat apua eri vuosina vaihtelevasti, joko enemmän perusterveydenhuollosta tai päihdehuollon palveluista. Alkoholia liikaa käyttäneiden hoitoon hakeutumisen määrä vaihteli eri ikäryhmissä vuosittain, eivätkä erot olleet tilastollisesti merkitseviä vuosina 2014 ja 2015. Jotakin päihdepalvelua käytti 20–34-vuotiaista 3,9–7,9 %, 35–54-vuotiaista 2,7–4,9 % ja 55–74-vuotiaista 0–2,4 %.

Pohdinta

Palvelujen käytössä mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi ei ole tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia vuosien 2012 ja 2015 välillä. Avun hakeminen ei ole lisääntynyt lukuun ottamatta psyykkisesti kuormittuneita miehiä. Tässä ryhmässä niiden osuus, joka haki apua vain perusterveydenhuollosta, suureni vuodesta 2012 vuoteen 2015. Muita muutoksia ei ole tapahtunut perusterveydenhuollon palvelujen käytössä ainoana hoitopaikkana. Miesten mielenterveydessä havaittiin myönteinen muutos: miesten masennusoireet, kliinisesti merkitsevä psyykinen kuormittuneisuus ja alkoholin ongelmakäyttö ovat vähentyneet. Naisilla vastavaa suotuisaa kehitystä ei havaittu.

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin hakeutumiseen liittyy erilaisia esteitä verrattuna somaattisiin terveyspalveluihin hakeutumiseen, muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän stigman takia (10). Palveluihin hakeudutaan usein vasta myöhään, ja paljon häiriöitä jää myös kokonaan hoitamatta. Itsemurha-ajatuksia voi pitää ilmeisenä avun tarpeen indikaattorina. Tutkimuksemme mukaan viimeksi kuluneen vuoden aikana itsemurha-ajatuksista kärsineistä naisista hieman yli puolet ja miehistä alle puolet oli hakenut apua mielenterveydellisiin ongelmiinsa. Osuus on suurempi kuin monissa kansainvälisissä tutkimuksissa mutta osoittaa silti, ettei vakaviinkaan ongelmiin haeta Suomessa nykyisin välttämättä apua (11,12). Työtä stigman vähentämiseksi siis tarvitaan (13).

TAULUKKO 3. Vastaajien demografiset tiedot, psyykinen vointi ja alkoholin käyttö (% , 95 %-n luottamusväli).

	2012	2013	2014	2015
Ikä (keskiarvo)	47,1 (46,5–47,7)	47,0 (46,8–47,1)	47,0 (46,7–47,2)	46,8 (46,6–47,1)
Naisia	50,0 (48,1–52,0)	50,9 (50,4–51,4)	50,8 (49,9–51,7)	50,4 (49,6–51,3)
Siviilisääty				
Avoliitto ¹	68,8 (66,9–70,7)	68,7 (68,2–69,2)	68,3 (67,4–69,0)	67,5 (66,7–68,3)
Eronnut	8,3 (7,3–9,3)	9,3 (9,0–9,6)	9,2 (8,7–9,7)	9,8 (9,3–10,3)
Leski	3,2 (2,6–3,8)	3,0 (2,8–3,1)	3,0 (2,8–3,3)	2,9 (2,7–3,2)
Naimaton	19,7 (17,9–21,5)	19,0 (18,6–19,6)	19,5 (18,8–20,3)	19,8 (19,1–20,5)
Pääasiallinen toiminta				
Työssä	54,8 (52,9–56,8)	55,5 (55,0–56,0)	55,5 (54,6–56,3)	53,9 (53,0–54,7)
Eläkkeellä	30,9 (29,2–32,6)	30,1 (29,6–30,5)	30,0 (29,2–30,7)	30,5 (29,7–31,2)
Muu	14,3 (12,7–15,8)	14,4 (14,0–14,8)	14,5 (13,9–15,2)	15,6 (15,0–16,3)
Psyykinen kuormitus				
Miehet	12,8 (10,7–15,2)	12,2 (11,7–12,8)	10,9 (10,0–11,8)	11,1 (10,3–12,0)
Naiset	14,4 (12,6–16,3)	13,4 (12,9–13,9)	13,6 (12,8–14,4)	13,4 (12,6–14,2)
Yhteensä	13,6 (12,2–15,1)	12,8 (12,4–13,2)	12,2 (11,6–12,8)	12,3 (11,7–12,9)
Masennusoireet				
Miehet	25,1 (22,4–28,0)	24,3 (23,5–25,0)	23,6 (22,4–24,8)	23,1 (21,9–24,2)
Naiset	26,9 (24,7–29,3)	26,8 (26,2–27,4)	26,2 (25,2–27,2)	26,7 (25,7–27,7)
Yhteensä	26,0 (24,2–27,9)	25,5 (25,1–26,0)	24,9 (24,1–25,7)	24,9 (24,1–25,6)
Itsemurha-ajatukset				
Miehet	5,1 (3,8–6,8)	6,2 (5,8–6,6)	6,2 (5,5–6,9)	5,4 (4,8–6,1)
Naiset	5,3 (4,2–6,7)	5,7 (5,4–6,1)	5,7 (5,2–6,3)	5,3 (4,8–5,9)
Yhteensä	5,2 (4,3–6,3)	5,9 (5,7–6,2)	5,9 (5,5–6,4)	5,4 (5,0–5,8)
Alkoholin liikkäyttö				
Miehet	38,5 (35,6–41,5)	35,3 (34,5–36,1)	36,0 (34,7–37,3)	32,8 (31,6–34,0)
Naiset	19,7 (17,8–21,8)	20,3 (19,7–20,9)	20,3 (19,4–20,7)	20,1 (19,2–21,0)
Yhteensä	29,1 (27,3–31,0)	27,7 (27,2–28,2)	28,0 (27,2–28,8)	26,4 (25,7–27,2)

¹Tai rekisteröity parisuhde tai avoliitto

Vaikka terveystieteistä saadaan yhä enemmän matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja, tutkimuksemme mukaan hoidon toteutumisessa pelkästään perusterveydenhuollossa ei kuitenkaan ole tapahtunut muutoksia. Toisaalta hoidon kehittämisen kannalta on tärkeää kehittää perusterveydenhoitoa, psykiatrista avohoitoa ja päihdehuollon erityispalveluja yhdessä, mikä varmistaa kansalaisten yhtäläisen pääsyn niin matalan kynnyksen palveluihin kuin tarvittaessa psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai päihdehuollon erityispalveluihinkin (14). Toimivat hoitoketjut ovat hoidon lopputuloksen kannalta olennainen asia, eikä hoidon toteutuminen yksinomaan perusterveydenhuollossa ole itseisarvo.

Naiset ja nuoret aikuiset käyttävät mielenterveyspalveluja eniten. ATH-aineiston mukaan naiset käyttävät varsinkin perusterveydenhuollon palveluja mielenterveysongelman vuoksi enemmän kuin miehet. Ilmiö on havaittu myös muualla maailmassa. Kymmenen eurooppalaisen maan vertailussa naiset käyttivät elinaikanaan enemmän mielenterveyspalveluja kuin miehet (15). Suurin ero sukupuolten välillä on nimenomaan perusterveydenhuollon palvelujen käytössä (16). Tähän voi vaikuttaa sekä potilaaseen että hoitavaan henkilöön liittyviä tekijöitä. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että perusterveydenhuollon lääkärit hoitavat mieliala-oireista kärsiviä naisia mieluummin perusterveydenhuollossa mutta lähettävät miehet erikoissairaanhoidon (17,18). ATH-

tutkimuksessa tietoja hoitopaikan valikoitumisen syistä ei kerätty.

Nuorin ikäryhmä käytti keskimmäistä ja vanhinta ikäryhmää enemmän mielenterveys- ja päihdepalveluja. Tämä havaittiin sekä palvelujen käytössä ylipäänsä että tutkittaessa avun hakemista mielenterveysoireista kärsineiden joukossa. Havainto vastaa aikaisempien suomalaistutkimusten löydöksiä: kun Terveys 2000 -väestötutkimuksen 30 vuotta täyttäneiden aineistossa vain 31 % vakavaa masennusta sairastavista oli hoidon piirissä, 18–29-vuotiaiden aineistossa 76 %:lla masennusjakson sairastaneista oli ollut jokin hoitokontakti (19,20). Tulos heijastanee mielenterveyshäiriöihin liitetyn stigman vähenemistä nuoremmassa ikäryhmissä, mutta voi liittyä myös palvelujen saatavuuteen liittyviin eroihin. Hienoisena ristiriitana voidaan pitää vanhimman ikäryhmän vähäisintä palvelujen käyttöä mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi ja sitä, että lääketilastojen mukaan 65 vuotta täyttäneet käyttävät enemmän masennuslääkkeitä kuin nuoremmat ikäryhmät. Hälyttävänä tuloksena vanhimmassa ikäryhmässä voidaan pitää sitä, että itsemurha-ajatuksia kokeneiden palvelujen käyttö mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi oli vähentynyt huomattavasti seuranta-aikana (44,6 %:sta 24,2 %:iin). Tulokset osoittavat ilmeisen tarpeen kehittää ikääntyneiden psyykkisten ongelmien ehkäisyä ja mielenterveyshäiriöiden hoitoa.

Alkoholin riskikäyttö on yleistä. AUDIT-C-mittarin riskitason ylittävää alkoholin ongelmakäyttöä totesimme tutkimuksessamme noin kolmanneksella 20–54-vuotiaista ja noin viidenneksellä 55–74-vuotiaista, mutta harva heistä oli käyttänyt terveyspalveluja. On kuitenkin huomattava, että käytetty riskitason katkaisukohta ei erottele vastaajia, joiden juominen vasta alkaa aiheuttaa pulmia niistä, joilla on vakavampia alkoholin aiheuttamia ongelmia tai alkoholiriippuvuus (21).

Alkoholin ongelmakäytön arvioimme tässä tutkimuksessa jonkin verran yleisemmäksi kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa, jonka mukaan yli

Tulokset osoittavat tarpeen kehittää ikääntyneiden psyykkisten ongelmien ehkäisyä ja mielenterveyshäiriöiden hoitoa.

30-vuotiaista miehistä lähes neljäsosa täytti alkoholin AUDIT-C-mittarin mukaan riskitason kriteerit ja yli 30-vuotiaista naisista joka kymmenes (22). Kuitenkin heistä vain harva täytti alkoholihäiriön kriteerit: yli 30-vuotiaista miehistä 3 %:lla oli viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut alkoholihäiriö, naisista 0,9 %:lla. Varsinaisesta alkoholiriippuvuudesta kärsivät ja hoidon ja kuntoutuksen tarpeessa olevat muodostavat siis pienen osan kaikista alkoholiongelmaisista, ja tutkimuksessamme todettu hyvin vähäinen palveluiden käyttö kuvastanee erityisesti tämän ryhmän palveluiden käyttöä. On myös huomioitava se, että päihdeongelmien vuoksi palveluita käyttäneistä osa on käyttänyt huumeita. To-

teamamme hyvin vähäinen päihdeongelmien vuoksi palveluita käyttäneiden osuus suhteessa pelkästään alkoholin ongelmakäyttöön ilmentää palveluiden selvää liian vähäistä käyttöä päihdeongelmaisten palveluiden tarpeeseen nähden.

Tutkimuksen rajoituksia. Neljän vuoden seuranta-aika on verrattain lyhyt, jotta merkittäviä muutoksia palvelujen käytössä voitaisiin nähdä. Terveyspalvelujen uudelleen järjestämisen aiheuttamat mahdolliset muutokset saattavat näkyä vasta useiden vuosien jälkeen. Mielenterveys- ja päihdepalveluja on kehitetty Suomen eri alueilla eri tahdissa, joten alueelliset erot palvelujen järjestämistavassa voivat olla suuria. Koko väestön otoksella saadaan keskiarvo palvelujen käytöstä koko maassa, mutta alueellinen vertailu toisi lisätietoa.

ATH-tutkimuksessa on kysytty palveluista ainoastaan niiden käytöstä 12 viime kuukauden aikana. Tietoa hoidon sisällöstä, laadusta tai siitä, miten vastaajat ovat mihinkin hoitopaikkaan päätyneet, ei ole käytettävissä.

ATH-tutkimus toteutetaan itseraportointina, mihin liittyy myös rajoituksia. Vastaajat voivat ymmärtää kysymykset eri tavalla ja siten vastata eri perustein. On myös mahdollista, että kaikki eivät halua kertoa hoitokontaktejaan.

Vuoden 2012 tuloksiin täytyy suhtautua varauksella, sillä otos on huomattavasti pienempi kuin muiden vuosien. Pienemmän otoksen

vuoksi nämä tulokset myös ovat harvemmin tilastollisesti merkitseviä kuin myöhempien vuosien tulokset.

Eri ikäryhmien vastausaktiivisuus vaihteli. Tämä on saattanut vaikuttaa tuloksiin, vaikka osallistujakadon vaikutus otettiin huomioon käyttämällä painokertoimia.

Lopuksi

Läheskään kaikki apua tarvitsevat eivät ha- keudu mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Palveluihin pääsyn tulisi olla helppoa ja palve- lujen laadukkaita ja potilaiden näkökulmasta hyväksyttäviä, jotta kynnyks avun hakemiseksi madaltuisi. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän stigman vähentämiseen tulisi kiinnit- tää huomiota terveydenhuollossa ja laajemmin yhteiskunnassa.

Iäkkäät hakevat apua mielenterveysongel- miin nuorempia harvemmin. Varsinkin itse- murha-ajatuksia ilmoittaneiden hakeutuminen hoitoon oli vähentynyt huomattavasti. Iäkkäi-

den mielenterveysongelmien ehkäisyyn ja po- sitiivisen mielenterveyden edistämiseen tulisi kiinnittää huomiota terveydenhuollossa.

Avun hakeminen päihteiden käyttöön liit- tyvän ongelman vuoksi oli vähäistä suhteessa päihdeongelmien yleisyyteen. Tulevaisuudessa on tärkeää selvittää, johtuuko tämä ensisijai- sesti siitä, että hoitoon ei hakeuduta vai siitä, ettei palveluja ole saatavissa. Myös päihdeon- gelman tunnistamiseen terveydenhuollossa on kiinnitettävä huomiota.

Jos halutaan, että suurempi osa mielenter- veys- ja päihdeongelmista kärsivistä hoidetaan perusterveydenhuollossa, täytyy palveluja ke- hittää helpommin saavutettaviksi. Peruster- veydenhuollon resursseja mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitamiseen tulee paran- taa lisäämällä näihin ongelmiin perehtynyttä henkilökuntaa. Apua sekä mielenterveys- että päihdeongelmiin tulisi myös saada samasta paikasta, koska nämä ongelmat esiintyvät usein samanaikaisesti. ■

SATU VIERTIÖ, FT, erikoistutkija

Mielenterveysyksikkö,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

AIRI PARTANEN, THM, kehittämisspäällikkö

Tupakka, rahapelit ja riippuvuus -yksikkö, THL

RISTO KAIKKONEN, VTM, kehittämisspäällikkö

Tietovarantopalvelut-yksikkö, THL

TOMMI HÄRKÄNEN, FT, tutkusspäällikkö

Terveyden seuranta -yksikkö, THL

MAURI MARTTUNEN, LT, tutkimusprofessori

Mielenterveysyksikkö, THL
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

JAANA SUVISAARI, LT, tutkimusprofessori

Mielenterveysyksikkö, THL

SIDONNAISUUDET

Satu Viertö, Airi Partanen ja Tommi Härkänen: Ei sidonnaisuuksia
Mauri Marttunen: Asiantuntijapalkkio (Lounais-Suomen aluehallin- tovirasto, Pohjois-Suomen aluehallintovirasto, Valvira), luentopalkkio (HUS, Helsingin kaupunki, Keski-Suomen shp, Pirkanmaan shp, Pohjois-Savon shp, Suomen Nuorisoyhteistyö - Allianssi ry, Turun AMK, Wanha Satama Koulutus), lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Kustannus Oy Duodecim), muu palkkio (HUS)
Jaana Suvisaari: Ei sidonnaisuuksia

SUMMARY

The use of services due to problems related to mental health and substance abuse problems in Finland from 2012 to 2015

INTRODUCTION: Improving primary care services for mental health and substance abuse problems was one of the major goals of the Finnish national plan for mental health and substance abuse work.

METHODS: The study data are drawn from the Regional Health and Well-being Study samples. Participants reported their health service use.

RESULTS: Women and young adults used more mental health services than did men and older citizens. However, a significant proportion of those with mental health problems had not used any health services.

CONCLUSIONS: More attention should be paid on reducing the stigma associated to mental health and substance abuse problems both within the health care system and the society.

KIRJALLISUUTTA

1. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
2. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3.
3. TEAvisari [verkkotietokanta]. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.teavisari.fi/teavisari/fi/index>.
4. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH [verkkotietokanta]. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos [päivitetty 12.5.2016]. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille>.
5. Cuijpers P, Smits N, Donker T, ym. Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Res* 2009;168:250–5.
6. Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Res* 2001;105:243–53.
7. Aalto M, Tuunanen M, Sillanaukee P, Seppä K. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30:1884–8.
8. Tuunanen M, Aalto M, Seppä K. Binge drinking and its detection among middle-aged men using AUDIT, AUDIT-C and AUDIT-3. *Drug Alcohol Rev* 2007;26:295–9.
9. Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E, Koskinen S. Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey. *BMC Public Health* 2014;14:1150.
10. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1:16–20.
11. Hom MA, Stanley IH, Joiner TE Jr. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2015;40:28–39.
12. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO 2014.
13. Quinn N, Knifton L, Goldie I, ym. Nature and impact of European anti-stigma depression programmes. *Health Promot Int* 2014;29:403–13.
14. 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.
15. Kovess-Masfety V, Boyd A, van de Velde S, ym. Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *J Epidemiol Community Health* 2014;68:649–56.
16. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, ym. Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services. *Psychiatr Q* 2012;83:41–51.
17. Wang PS, Lane M, Olfson M, ym. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:629–40.
18. Gagné S, Vasiliadis HM, Prévile M. Gender differences in general and specialty outpatient mental health service use for depression. *BMC Psychiatry* 2014;14:135.
19. Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, ym. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety* 2008;25:27–37.
20. Kasteenpohja T, Marttunen M, Aalto-Setälä T, ym. Treatment received and treatment adequacy of depressive disorders among young adults in Finland. *BMC Psychiatry* 2015;15:47.
21. Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015 [päivitetty 4.11.2015]. www.kaypahoito.fi.
22. Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 68/2012.