

SAMI PIRKOLA, BRITTA SOHLMAN (TOIM.)

Mielenterveysatlas

TUNNUSLUKUJA SUOMESTA

Stakes

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

TOIMITUSNEUVOSTO

Juha Teperi, chairman

Jouko Karjalainen

Heli Mustonen

Olli Nylander

Kerttu Perttilä

Marja-Leena Perälä

Riitta Seppänen-Järvelä

Päivi Voutilainen

Päivi Väyrynen

ASiantuntijaryhmä

Maarit Alasuutari

Ritva Hein

Maijaliisa Junnila

Sari Kauppinen

Marja Niemi

Soili Orre

Simo Pelanteri

Kaija Waalgamaa

Kristian Wahlbeck

ISBN 951-33-1805-2 verkkojulkaisu
Stakes, Helsinki 2005

Mielenterveys on nouseva teema

Mielenterveys on uusiutuvan luonnonvaran kaltainen ilmiö. Arkielämässä mielen-terveys on alati liikkeessä, se kuluu ja uusiutuu. Mielenterveys tarttuu ja hyvä mieli leviää. Kriisit ja vaikeudet ovat osa arkea, ja ne kuluttavat mielen-terveyden voimavaroja. Lapsuus ja lapsuuden perhe antaa mielen-terveydelle oman värinsä. Nuoruutta nimitetään toiseksi mahdollisuudeksi, koska nuoruusiän kehitys tekee mahdolliseksi aiempien ongelmien ylittämisen. Työelämässä mielen-terveys käy yhä tärkeämmäksi voimavaraksi. Parisuhde vahvistaa ja joskus myös koettelee mielen-terveyttä. Mielenterveys luo pohjaa hyvälle vanhuudelle.

Mielen-terveydellä on yhteisöllinen ja yksilöllinen ulottuvuutensa, samaten kuin biologiset, sosiaaliset ja psykologiset ominaisuutensa. Determinismiin ei ole syytä: huonot geenit, onnettomuudet, sairaudet tai menetykset eivät yksiselitteisesti heti vaaranna ihmisten mielen-terveyttä. Mielen-terveyden ilmiöiden moninainen kompleksisuus tekee positiivisen mielen-terveyden vaikeasti kuvattavaksi. Mielen-terveyden edistäminen yhteisöllisenä toimintana on vasta alullaan. Mielen-terveyden ongelmat ja häiriöt ovat sen sijaan tarkkarajaisempia ja helpommin tavoitettavia ja niiden hoidolla on pitkät perinteet.

Mielen-terveyskysymysten merkitys korostuu tulevaisuudessa maailmanlaajuisesti. Tietoyhteiskuntakehitys on mentaalinen prosessi. Mielen-terveyden ongelmat ovat esteenä yksittäisten ihmisten kehitykselle sekä yhteisöjen taloudelliselle ja sosiaaliselle kukoistukselle. Siksi mielen-terveyden ongelmien kaikkien eri ulottuvuuksien kuvaaminen on tärkeää.

Tämä mielen-terveysatlas tarjoaa koosteen kaikesta tällä hetkellä saatavilla olevasta tilastollisesta mielen-terveystiedosta. Tieto painottuu toistaiseksi häiriöihin ja hoitoon. Toivomme mielen-terveysatlaksen olevan käyttökelpoinen ja eri tarkoituksia palveleva.

Vappu Taipale

Sisälllys

1 Johdanto	1
1.1 Mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin liittyvät tilastot	1
1.2 Mielenterveyspalveluiden järjestämiseen liittyvä lainsäädäntö	1
2 Mielenterveyden ongelmiin liittyviä tunnuslukuja	4
2.1 Mielenterveyshäiriöt	4
2.2 Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys	5
2.3 Itsemurhakuolleisuus	6
2.4 Päihteiden käyttö	7
3 Mielenterveyspalveluiden ja psykiatrisen hoidon tunnuslukuja	9
3.1 Palveluita ja niiden käyttöä kuvaavia tunnuslukuja	9
3.1.1 Mielenterveyshäiriöihin liittyvät käynnit ja psykiatrisen avohoito	9
3.1.2 Psykiatrisen sairaalahoidon	11
3.1.3 Välimuotoiset palvelut	18
3.1.4 Lasten- ja nuorisopsykiatriset palvelut	21
3.2 Mielenterveystyötä tekeviä ammattiryhmiä	22
3.3 Psykiatrisen hoito	26
3.3.1 Lääkehoito	26
3.3.2 Psykoterapia	29
3.4 Työkyvyttömyys ja eläkkeet	32
3.5 Rahoitusjärjestelmä ja kustannukset	34
Kirjallisuutta	36

1 Johdanto

1.1 Mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin liittyvät tilastot

Mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin liittyvää tietoa on saatavilla muun muassa monista mielenterveysalan julkaisuista, Internetistä ja tilastokoosteista, jollaisina voi mainita vaikka Stakesin ja Tilastokeskuksen kausittain tai tarpeen mukaan julkaisemat tilastoyhteenvedot sekä edempänä mainitut verkko-osoitteet. Mielenterveyskysymyksiin liittyvä tilastotieto on ollut tähän asti tavallisten käyttäjien näkökulmasta hajallaan erillisissä aihekohtaisissa julkaisuissa tai tilastojen ylläpitäjien omassa käytössä. Toisaalta tietoa on tilastoitu suuriksi tietokannoiksi ja rekistereiksi, joista yksittäisten ja riittävän havainnollisten lukujen valikoiminen ja poimiminen on vaatinut erityisosaamista.

Nyt käsillä oleva mielenterveysatlas on tarkoitettu helposti lähestyttäväksi mielenterveyttä ja mielenterveyspalveluita koskevan tiedon tilastokoosteeksi. Siitä toivotaan olevan apua mielenterveystyötä tekeville, siitä päättävälle ja tiedottaville tahoille. Mielenterveyttä koskevassa sosiaali- ja terveyspoliittisessa päätöksenteossa on tärkeää, että käytössä on luotettavaa ja punnittua tietoa käyttökelpoisessa muodossa. Myös käsitysten ja mielipiteiden muodostamiseksi sekä yleisen keskustelun taustaksi tarvitaan päivitettävää, ajanmukaista tietoa.

Tämä mielenterveysatlas on sarjassaan ensimmäinen, ja se on tarkoitus päivittää määrävälein sekä paperisena että verkkojulkaisuna. Internetissä on myös muita hyviä terveys- ja mielenterveysalan tietolähteitä. Esimerkiksi väestöä, taloutta, terveyttä, ym. kuvaavia tunnuslukuja on runsaasti Tilastokeskuksen verkko-osoitteessa <http://www.tilastokeskus.fi/tk/aiheet.html> tai sen tilastollisesta vuosikirjasta löytyvissä taulukoissa (Tilastokeskus 2002). Kansaneläkelaitos julkaisee myös tilastotietoa sekä verkossa (<http://193.209.217.5/in/internet/suomi.nsf/NET/240402121842TL?openDocument>) että vuosittain ilmestyvässä tilastollisessa vuosikirjassa (Kela 2002). Vastaavasti Stakesin kokoaamaa tilastotietoa on runsaasti verkko-osoitteessa: <http://www.stakes.info/> ja vuosittain ilmestyvissä tilastollisissa vuosikirjoissa. Muita tietolähteitä pyritään mainitsemaan erikseen kulloisenkin aihealueen kohdalla.

1.2 Mielenterveyspalveluiden järjestämiseen liittyvä lainsäädäntö

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on lainsäädännössä määritelty kuntien vastuulle. Kunnat voivat tuottaa mielenterveyspalvelut omana perusterveydenhuollon tai järjestämänsä psykiatrisen hoidon toimintana tai ostaa mielenterveyspalvelut alueensa sairaanhoitopiiriltä tai muilta tuottajilta. Tavallisimpia palveluita ovat mielenterveyden avohoitokäynnit terveysasemilla tai mielenterveystoimistoissa, psykiatriset osastohoidot sekä moninainen kirjo asumisen, arkielämän ja kuntoutumisen tukitoimia esimerkiksi kotipalvelun, kotisairaanhoidon, päiväkeskusten, järjestöpalveluiden tai yksityisten tahojen tuottamana. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveyspalveluiden järjestä-

misessä on sairaanhoitopiirin kuntainliiton ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntainliittojen kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielenterveyspalvelut tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan tarvetta vastaavaksi. Lisäksi mielenterveyslaissa määritellään myös ne edellytykset, joiden täytyessä yksilö voidaan ja hänet tulee ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon, sekä se, millaisia tahdonvastaisia toimenpiteitä hoidossa voidaan käyttää.

Keskeisiä mielenterveyspalveluiden järjestämistä sääteleviä lakeja ovat Kansanterveyslaki (66/1972), Mielenterveyslaki (1116/1990) ja Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989):

Kansanterveyslain (66/1972)

mukaan kunnan tehtävänä on pitää huolta kansanterveystyöstä. Tällä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Kansanterveystyöhön sisällytetään myös mielenterveyspalvelut. "Ottaen huomioon, mitä mielenterveyslaissa on säädetty, kansanterveystyössä järjestetään kunnan asukkaiden tarvitsemat sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa (2 a §)". Myös kansanterveysasetuksessa (802/1992) on säädöksiä liittyen mielenterveyspalveluihin.

Mielenterveyslaki (1116/1990)

on ns. puitelaki, joka määrittelee mielenterveystyön käsitteet, sisällön, valvonnan, järjestämisvastuun ja järjestämisperiaatteet. Lisäksi se sisältää erityissäädökset valtion mielisairaaloista, potilaan tahdosta riippumatta annettavasta mielisairaanhoitosta ja mielentilatutkimuksista. Mielenterveyslakiin tehtiin muutos vuonna 2001 (1423/2001), jolloin lakiin lisättiin kaksi uutta kohtaa: sairaalasta poistaminen sairaanhoitopiiriin toimintayksikön valvonnassa (18 a §) ja tarkennuksia potilaan perusoikeuksien rajoittamiseen tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana (4 a luku). Mielenterveysasetuksessa (1247/1990) annetaan säännöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä. Mielenterveysasetukseen tehtiin muutos (1282/2000), joka koski lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita (2 a). Se määrittelee hoitolahetteen arvioinnin ja hoidon järjestämisen enimmäisajat, hoitoyksiköiden yhteistyön, avohoidon tukitoimet sekä alueellisen yhteistyön.

Erikoissairaanhoitolaila (1062/1989)

säädellään erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämistä. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirien tulee huolehtia erikoissairaanhoitopalveluiden yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Yhteistyötä tulee tehdä myös kuntien sosiaalilautakuntien kanssa. Sairaanhoitopiiriin tulee edelleen huolehtia alueellaan tehtävälänsä kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta.

Muita merkittäviä lakeja ja asetuksia:

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992)
- Päihdehuoltolaki (41/1986) ja päihdehuoltoasetus (653/1986)
- Lastensuojelulaki (683/1983)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Henkilötietolaki (523/1999)
- Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991)
- Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (759/1987)
- Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä (604/1991)
- Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001)
- Sosiaalihuoltolaki (710/1982)
- Kuntalaki (365/1995)

Lainsäädäntöön voi tutustua Internet-osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi>

2 Mielenterveyden ongelmiin liittyviä tunnuslukuja

2.1 Mielenterveyshäiriöt

Mielenterveyshäiriöt seuraamuksineen ovat suhteessa kaikkiin sairauksiin tavattoman yleisiä. Ne aiheuttavat runsaasti kärsimystä, sekä palveluiden tarvetta ja kustannuksia myös yli terveyssektorin. Niiden kansanterveydellinen merkitys on suuri, ja niiden aiheuttama sairaustaakka näyttää ajan myötä kasvavan entisestään. Tavallisimpia ja kansanterveydellisesti keskeisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset häiriöt (Lönngqvist ym. 2001).

Mielialahäiriöt

Yleisimpiä mielialahäiriöitä ovat erilaiset masentuneisuutena ilmenevät tilat (masennushäiriöt) ja toisaalta kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, joissa esiintyy myös kohonnutta mielialaa tai kiihtyneisyyttä. Viimeksi kuluneen vuoden aikana todennäköisesti noin 4–9 prosenttia ja elämänsä aikana noin 10–20 prosenttia ihmisistä kärsii masennustiloista, kun taas kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyy väestöstä noin 1–2 prosentilla. Masennustilojen tiedetään olevan länsimaissa naisilla noin kaksi kertaa niin yleisiä kuin miehillä.

Mielialahäiriöihin vaikuttavia hoitomuotoja ovat nykyään erilaiset lääkehoidot, tietyt psykoterapiat eli vuorovaikutushoidot sekä erityistapauksissa jotkin biologiset hoitomenetelmät, kuten sähkö- tai valohoito.

Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöille ominaisia piirteitä ovat olosuhteisiin nähden suhteettomat huolet, pelot ja sisäisen jännityksen kokemukset, jotka toistuessaan haittaavat psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tunnetuimpia ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuus ja erilaisten yksittäisten asioiden pelot, kuten ahtaiden tai avariiden paikkojen kammo.

Arviot ahdistuneisuushäiriöiden yleisyydestä vaihtelevat, mutta yhdestä muutamaan prosenttiin ihmisistä ajatellaan kärsivän ajankohtaisesti kustakin erillisestä ahdistuneisuushäiriöstä, vaikka lievemmät ahdistuneisuuden kokemukset lienevät tästä monin veroin yleisempiä. Näitä häiriöitä esiintyy tyypillisesti jo nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä. Ahdistuneisuushäiriöitä voidaan hoitaa sekä lääkkeiden että erilaisten psykoterapioiden eli vuorovaikutushoitojen avulla.

Päihdehäiriöt

Alkoholin ja muiden päihteiden käyttöön liittyvissä häiriöissä on kysymys käytön muuttumisesta haitalliseksi, pakonomaiseksi ja yleensä runsaaksi, sekä käytön hallinnan katoamisesta. Alkoholiriippuvuuden tiedetään olevan miehillä vähintään kaksi kertaa niin yleistä kuin naisilla. Sitä esiintyy eri arvioiden mukaan väestössä 4–8 prosentilla ajankohtaisesti ja 8–15 prosentilla elämän aikana. Alkoholiriippuvuuden kulku vaihtelee toimin-

takykyä lievästi haittaavasta vaikeasti rappeuttavaan. Muiden päihderiippuvuuksien esiintyvyydestä on vähän arvioita. Ne vaihtelevat alle prosentista muutamaan prosenttiin.

Alkoholi- ja muiden päihderiippuvuuksien hoito on sekä vaativaa että pitkäaikaista, ja hoitotulokset vaihtelevat. Hoitomenetelminä on perinteisesti käytetty erilaisia psykososiaalisia yhteisöhoito-, vertaisryhmä- tai motivaation lisäysmenetelmiä. Nytemmin on otettu käyttöön myös joitakin erityistapauksissa vaikuttaviksi osoitettuja lääkehoitoja.

Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöistä puhutaan silloin, kun yksilön toimintatavat ovat pysyvästi ja kaavamaisesti tavanomaisesta poikkeavia ja haittaavat hänen sosiaalista elämäänsä sekä hyvinvointiaan. Oireina voi esiintyä esimerkiksi pitkäaikaista ja haitallista impulsiivisuutta, epävakautta, estyneisyyttä, vaativuutta tai epäsosiaalisuutta. Erilaisia persoonallisuushäiriöitä on arvioitu esiintyvän väestössä 5–15 prosentilla. Näiden häiriöiden diagnosointi ja hoito on melko vaativaa. Hoidolla pyritään usein oireiden lievittämiseen tai haittojen rajoittamiseen. Pitkäaikaisella ja intensiivisellä psykoterapialla voitaneen auttaa joitakin persoonallisuushäiriöistä kärsiviä. Joillakin lääkehoidoilla taas voidaan lievittää näiden häiriöiden oireita, kuten mielialan vaihteluita tai impulsiivisuutta.

Psykoottiset häiriöt

Psykoottisista häiriöistä kärsivien todellisuudentaju on tavalla tai toisella hämärtynyt. Heillä voi esiintyä esimerkiksi harhaluuloja tai varsinaisia aistiharhoja. Psykoottisten häiriöiden taustalta on tunnistettu erilaisia aivojen rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia. Ne voivat vaikeuttaa henkilön kykyä käsitellä monensuuntaista informaatiota. Yleisimpiä psykoottisia häiriöitä on kroonisena sairautena pidetty skitsofrenia, mutta myös monenlaisia muita ja lyhytaikaisia psykoottisia häiriöitä esiintyy. Päihteiden käyttö lisää psykoottisten oireiden riskiä. Skitsofreniaa arvelaan esiintyvän eri väestöissä 0,5–1,5 prosentilla, mutta kaikkien psykoottisten häiriöiden määrä on yhteensä moninkertainen. Psykoottisten häiriöiden hoidossa tarvitaan useimmiten lääkkeitä, ja sairaalahoito voi olla tarpeen oireiden ollessa haittaavimmillaan.

2.2 Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys

Tuoreessa Terveys 2000 -tutkimuksessa on kansainvälisissä tutkimuksissa paljon käytetyn CIDI-mielenterveyshaastattelun avulla arvioitu tavallisimpien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyksiä yli 29-vuotiailla suomalaisilla. Haastattelut toteutettiin syyskuun 2000 ja heinäkuun 2001 välisenä aikana. Niissä kysyttiin tutkittavilta haastattelua edeltäneen vuoden aikaisia mielenterveyshäiriöiden oireita ja asetettiin niille diagnoosit, silloin kun se vakiintuneiden diagnostisten kriteereiden mukaan oli mahdollista.

Nyt tehdyn ja aikaisempien tutkimusten perusteella noin neljäsosa suomalaisista kärsii ajankohtaisesti haittaavista psyykkisistä oireista (Pirkola ym. 2002). Arviolta 15–20 prosentilla on viimeisen vuoden aikana todettavissa jokin diagnosoitava mielenterveyden häiriö (Lehtinen ym. 1990, Pirkola ym. 2002, 2005). Näistä tavallisimpia ovat erilaiset masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt ja alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt (taulukko 1). Tutkimusten perusteella mielenterveyshäiriöiden määrä ei ole vuosikymmenien seuran-

TAULUKKO 1. Tavallisimpien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys yli 29-vuotiailla suomalaisilla Terveys 2000-tutkimuksessa talvikaudella 2000–2001 (Pirkola, ym. 2005)

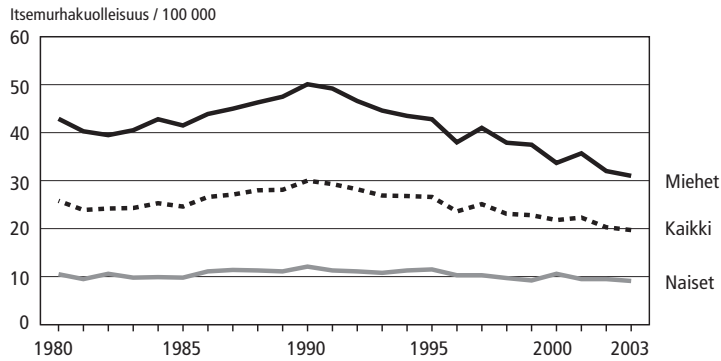
	Miehet (n = 2 748) %	Naiset (n = 3 257) %	Kaikki (n = 6 005) %
Masennustilat			
Vakava masennustila	3,4	6,3	4,9
Pitkäaikainen masennus	1,6	2,2	1,9
Jokin masennustila	4,5	8,2	6,5
Ahdistuneisuushäiriöt			
Paniikkihäiriö	1,4	2,4	1,9
Sosiaalisten tilanteiden pelko	1,1	0,9	1,0
Julkisten paikkojen pelko	1,2	1,4	1,3
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	1,3	1,3	1,3
Jokin ahdistuneisuushäiriö	3,7	4,8	4,2
Alkoholiin liittyvät häiriöt			
Alkoholiriippuvuus	6,5	1,4	3,9
Alkoholin väärinkäyttö	0,7	0,0	0,3
Jokin alkoholihäiriö	7,3	1,4	4,3

nassa lisääntynyt, toisin kuin julkisuudessa toisinaan annetaan ymmärtää (Lehtinen ym. 1990, Pirkola ym. 2005). Toisaalta niiden määrä ei ole myöskään vähentynyt, toisin kun on laita monien fyysisten sairauksien kohdalla. Suomalaisväestöllä näyttää esiintyvän tavallisimpia häiriöitä suunnilleen saman verran kuin vastaavien tutkimusten perusteella muiden länsimaiden väestöllä (WHO 2000). Mainittakoon lisäksi, että psyykkisten oireiden ja hyvinvoinnin mittareilla suomalaisten arvioitiin tuoreessa Eurobarometritutkimuksessa voivan melko hyvin (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf)

2.3 Itsemurhakuolleisuus

Itsemurhaan päätyminen on monitekijäinen prosessi. Siinä vaikuttavat sekä pitkä- että lyhytaikaiset altistavat ja suojaavat tekijät. Itsemurhariskiä lisäävät monet mielenterveyshäiriöt. Yli 90 prosentin itsemurhan tehneistä tiedetään kärsineen niistä. Lisäksi riskiä lisäävät elämäntilanteeseen vaikuttaneet epäsuotuisat tekijät, kuten vaikeat ihmissuhde- tai työelämän vastoinkäymiset. Kansallisten itsemurhatilastojen vuosittaisten vaihteluiden tiedetään liittyvän muun muassa alkoholin kulutuksen tai työttömyyden huomattaviin muutoksiin, vaikka tämän ilmiön mekanismeista ei olekaan selvyyttä. (Lönnqvist ym. 1993.)

Tilastoja itsemurhasta on Suomessa 1800-luvulta asti. Tilastoja on pidetty melko luotettavina. Itsemurhien väkilukuun suhteutetussa määrässä on tapahtunut tasaista kasvua 1800-luvulta aina 1990-luvun taitteeseen asti, minkä jälkeen itsemurhakuolleisuus näyttäisi vähentyneen kymmenessä vuodessa noin kolmanneksen (kuvio 1). Merkittävin lasku on tapahtunut miesten itsemurhaluvuissa.



KUVIO 1. Miesten ja naisten itsemurhakuolleisuus 1980–2003 (Lähde: Tilastokeskus)

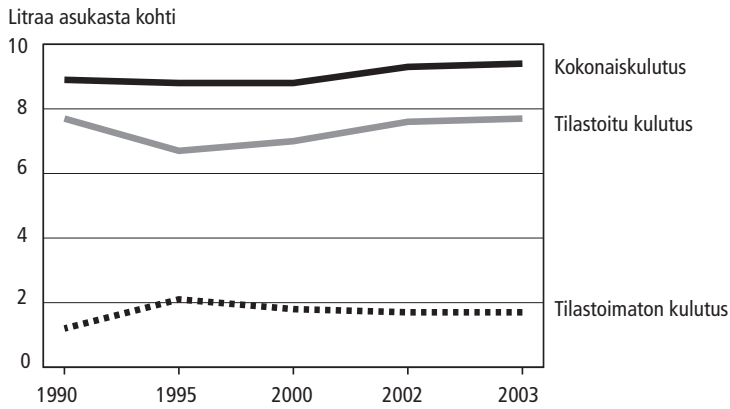
Itsemurhakuolleisuus lasketaan sataatuhatta asukasta kohti vuodessa, ja länsimaissa se vaihtelee tyypillisesti 10–30:een (0,0–0,03 %). Suomi on perinteisesti kuulunut korkean itsemurhakuolleisuuden maihin, mutta tilanne on kymmenen viime vuoden aikana tapahtuneen selvän alenemisen myötä hieman korjaantunut. Suomessa toteutettiin 1980-luvun loppupuolelta eteenpäin kansainvälisestikin katsottuna mittava itsemurhien tutkimusprojekti *Itsemurhat Suomessa 1987* (Lönnqvist ym. 1993) sekä tämän kanssa samanaikainen *Itsemurhien ehkäisyprojekti* (Upanne ym. 1999).

2.4 Päihteiden käyttö

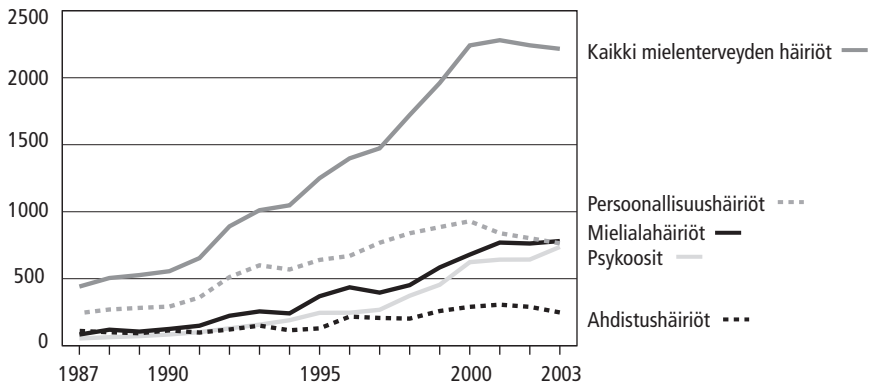
Alkoholin ja muiden päihteiden käytöllä on laajat kansantaloudelliset ja -terveydelliset ulottuvuudet. Mielenterveyden näkökulmasta on merkille pantavaa, että päihdekäyttöä, päihdeongelmia ja päihderiippuvuutta esiintyy mielenterveyshäiriöiden yhteydessä runsaasti. On myös hyvä muistaa, että alkoholin ja muiden päihteiden käytön myötä syntynyttä riippuvuutta seuraamuksineen pidetään osaltaan lääketieteellisenä sairautena ja mielenterveyshäiriönä. Päihteiden käyttöön tavallisimmin liittyviä mielenterveyshäiriöitä ovat päihderiippuvuuden lisäksi mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoottiset häiriöt ja persoonallisuushäiriöt. Psykiatrisilla potilailla päihdekäyttö aiheuttaa ja pahentaa monia psyykkisiä oireita ja haittaa usein oikean hoitopaikan löytymistä ja hoitoon kiinnittymistä.

Tietoja alkoholin ja huumausaineiden kulutuksesta, käytöstä ja ongelmakäytöstä sekä käytön aiheuttamista haitoista saadaan eri viranomaisten ylläpitämistä tilastoista ja rekistereistä sekä erillistutkimuksista. Stakes toimittaa ja julkaisee vuosittain *Päihdetilastollista vuosikirjaa*, jossa esitetään keskeisiä tilasto- ja tutkimustietoja aikasarjoina alkoholistia ja huumeista (kuvio 2).

Sairaalahoidossa tai erikoissairaanhoidon avohoidossa diagnosoiduista päihdesairauksista, kuten esimerkiksi alkoholipsykoosista, saadaan tietoja suoraan Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä. Hoitoilmoitusrekisterin avulla voidaan tarkastella esimerkiksi huumausaineisiin liittyvien diagnoosien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden perusteella toteutuneiden sairaalahoitokasojen määrien kehitystä aikasarjana (kuvio 3).



KUVIO 2. Alkoholijuomien kokonaiskulutus 100 %:n alkoholina vuosina 1990–2003 (Lähde: Stakes)



KUVIO 3. Huumausaineisiin liittyvillä ja samanaikaisilla muun mielenterveyden häiriöiden diagnooseilla toteutuneiden sairaalahoitajaksojen lukumäärän kehitys vuosina 1987–2003 (Lähde: Hilmo, Stakes)

3 Mielenterveyspalveluiden ja psykiatrisen hoidon tunnuslukuja

Mielenterveyspalveluita järjestävät Suomessa kunnat eri tavoin asukkaalleen. Keskeisiä palveluita ovat mielenterveysongelmien tai häiriöiden takia toteutuvat avohoitokäynnit perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, erityyppinen psykiatrinen laitoshoido sekä pitkäaikaisesti ja moninaisesti psykiatrisen avun tarpeessa olevien asumisen ja arjen tukeminen. Lisäksi niin sanottu kolmas sektori eli julkisen palvelujärjestelmän ohessa toimiva eri tavoin järjestäytyneiden osajien verkosto tarjoaa monenlaista arkielämään, kriiseihin tai erityistilanteisiin liittyvää tukea ja palvelua. Niille on ominaista muun muassa matala kynnys palveluihin ja erityisryhmien, kuten esimerkiksi maahanmuuttajien, päihdeongelmaisten ja mielenterveyspotilaiden omaisten, tarpeiden hyvä tuntemus. Tietoa näistä palveluista saa vaihtelevasti monista kolmannen sektorin toimipisteistä, mutta systemaattisesti niitä ei ole toistaiseksi koottu mihinkään. Hyviä kootun tiedon lähteitä ovat kuitenkin ainakin verkko-osoitteet: <http://www.stakes.fi/tietovep/linkit.htm>, ja <http://www.mtkl.fi/tietopankki/linkit/>

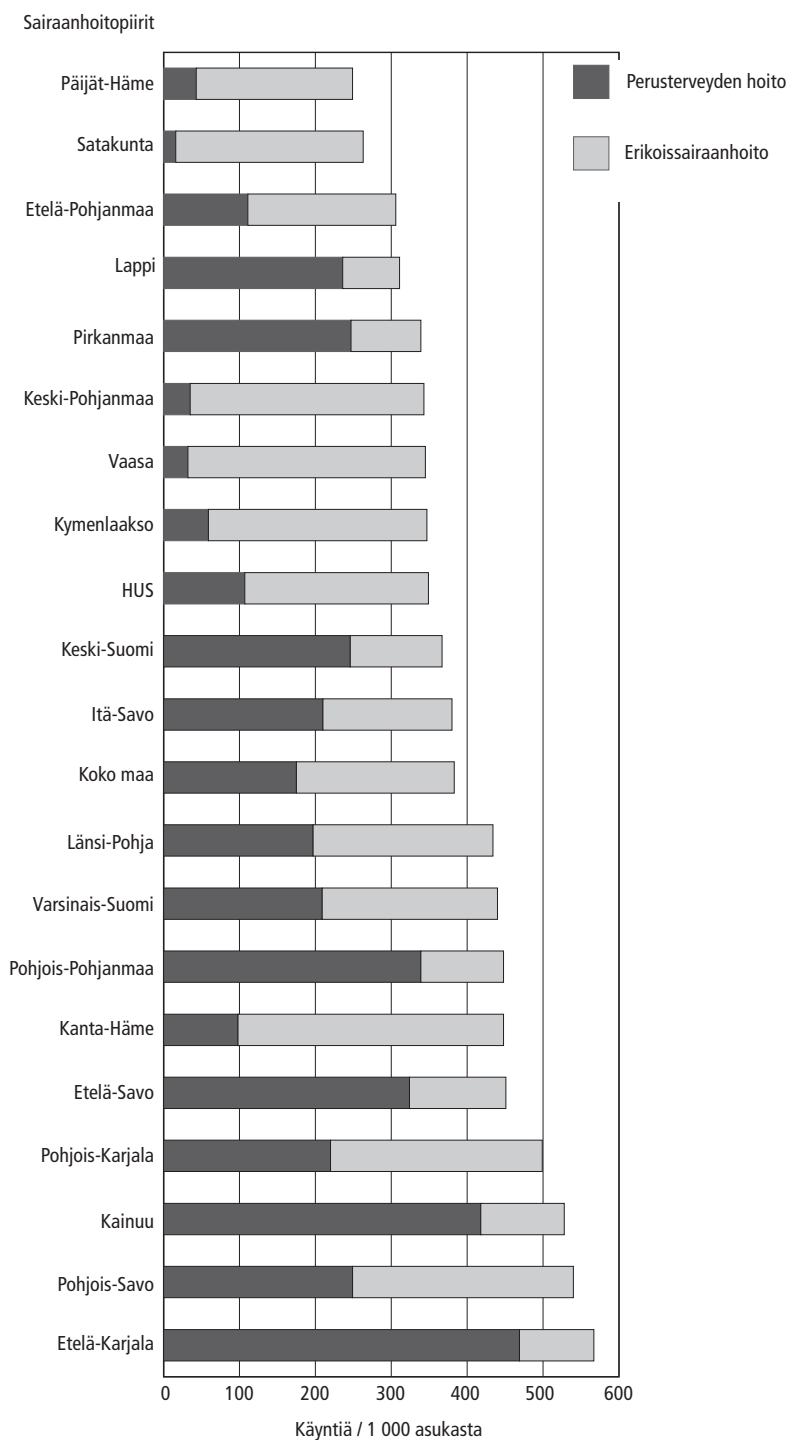
On tärkeää muistaa, että mielenterveyspalveluita on olemassa hyvin laaja kirjo. Niitä on eri elämäntilanteisiin liittyvistä tuki- ja neuvontapalveluista vaikeasti sairastuneiden tiiviisiin ja vaativiin hoitoihin. Palveluiden tarjonta ja tarve vaikuttavat toisiinsa hyvin monimutkaisin tavoin. Palveluiden tarjonnan muutosten perusteella ei juuri voida tehdä johtopäätöksiä tarpeiden tai erityisesti niiden taustalla mahdollisesti olevien ongelmien tai häiriöiden esiintyvyydestä. Palveluiden tarpeet määräytyvät monien tekijöiden summana, eikä esimerkiksi suoraan häiriöiden esiintyvyyden mukaan. On arveltu, että Suomen kaltaisen maantieteellisesti laajan ja asumistiheydeltään vaihtelevan maan eri osissa palveluiden saatavuudessa on suuria eroja. Näiden erojen vaikutuksista ihmisten hyvinvointiin ei ole toistaiseksi saatu luotettavaa tietoa.

Kansainvälisiä mielenterveyspalveluiden tunnuslukuja on koottu WHO:n ylläpitämään mielenterveysatlaskeeseen, jonka tilastoja on ollut nähtävillä myös verkko-osoitteessa: <http://www.cvdinfobase.ca/mh-atlas/>

3.1 Palveluita ja niiden käyttöä kuvaavia tunnuslukuja

3.1.1 Mielenterveyshäiriöihin liittyvät käynnit ja psykiatrinen avohoido

Mielenterveyshäiriöihin liittyviä käyntejä ja psykiatrinen avohoido koskeva tilastointi vaatii vielä runsaasti kehittämistä. Nykyisen tilastotiedon ongelma on, ettei terveyskeskusten tai muiden palveluiden mielenterveyskäyntejä kirjata järjestelmällisesti. Tämä johtuu kirjavista käytännöistä ja ATK-järjestelmistä sekä vaihtelevista asenteista tilastoimiseen ja tietosuojaan liittyviin ratkaisemattomiin kysymyksiin. Tätä nykyä avohoidon tilastovertailua haittaa erityisesti se, että psykiatrisen avohoidon organisoituminen vaihtelee kunnittain.



KUVIO 4. Mielenterveyteen liittyvät avohoitokäynnit sairaanhoitopiireittäin v. 2002 jaettuna kunnan terveydenhuollon ja sairaanhoitopiirin palveluihin (Osa terveyskeskuksista on ilmoittanut tiedonkeruussa tietonsa erikoissairaanhoidon puolelle. Tässä kuviossa nämä on siirretty perusterveydenhuollon/kansanterveytyön suoritteiksi. Lähde: Stakes)

Osassa kuntia mielenterveyshäiriöiden hoitoon erikoistunut eli psykiatrinen toiminta on järjestetty kunnan omana toimintana, kun taas osassa se on edelleen sairaanhoitopiirin järjestämää erikoissairaanhoitoa. Stakesin Benchmarking-tietokanta sisältää tietoja sairaanhoitopiirien tuottamista psykiatrisista avohoitokäynneistä vuodesta 1996 alkaen. Kuntien itse tuottamat mielenterveyskäynnit tai muut avohoitopalvelut eivät näissä luvuissa näy. Vuonna 2002 suoritettiin kokonaiskuvan saamiseksi kuntakohtaisin kyselyin täydennetty laskenta, jossa myös kuntien terveydenhuollon tuottamien, mielenterveyteen liittyvien vastaanottokäyntien määrä pyrittiin arvioimaan ja saamaan siten kokonaiskuva psykiatrisesta avohoidosta (kuvio 4).

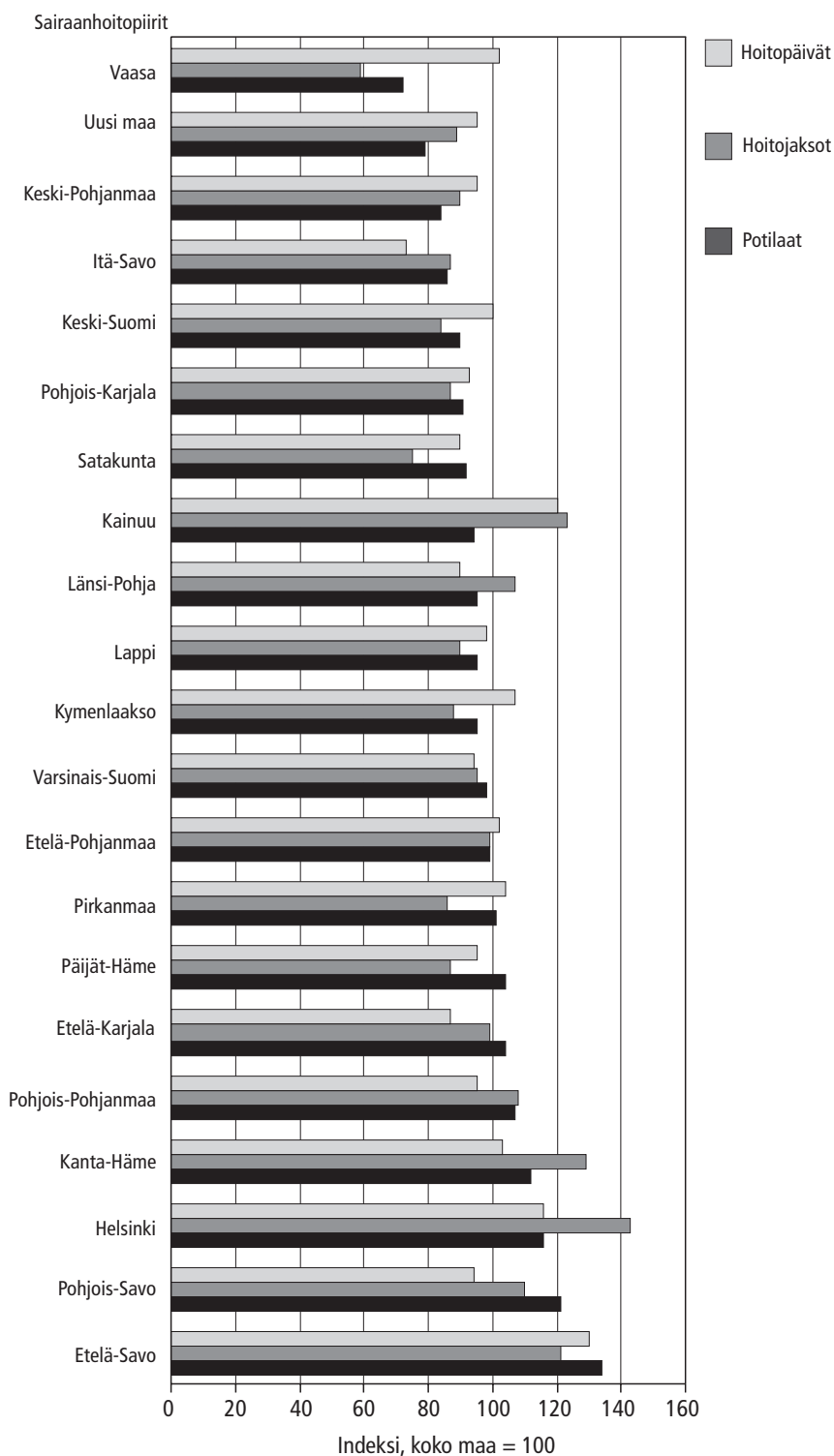
Avohoidon järjestämistavassa ja voimavaroissa on mitä ilmeisimmin alueellisia eroja. Tilastoinnin ja tutkimuksen haasteena on vastaisuudessa kartoittaa myös alueellisia tarpeita ja pyrkiä arvioimaan avohoitopalveluiden määrän ja palveluvalikoiman tarkoituksenmukaisuutta.

3.1.2 Psykiatrinen sairaalahoito

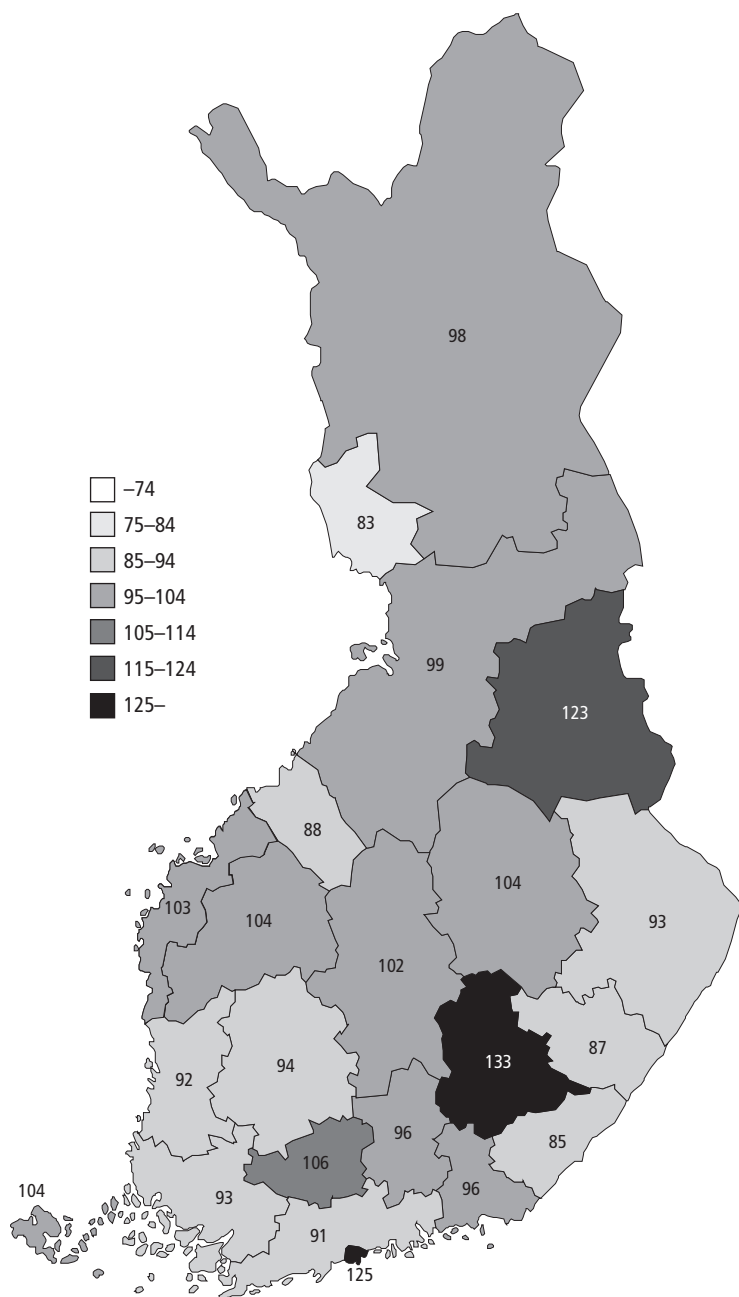
Psykiatrissa sairaala- tai laitoshoidoa tarvitaan usein tilanteissa, joissa avohoidon toimet eivät riitä mielenterveyden häiriön aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi. Psykiatrissa sairaalahoitoa on olemassa potilasryhmän ja hoidettavan häiriön mukaan hyvin momenttityypistä lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitojaksoihin. Länsimaissa suuntauksena on 1950-luvulta alkaen ollut sairaalahoidon määrän vähentäminen. Suomessa tämän kehityksen arvioidaan alkaneen 1970-luvulla. Erillisistä psykiatrisista sairaalayksiköistä pyritään siirtymään kohti muun sairaalatoiminnan yhteydessä toimivia psykiatrisia osastoja. Psykiatrissa sairaalahoitoa annetaan muun muassa yliopistollisissa keskussairaaloissa, keskussairaaloissa, aluesairaaloissa ja erilaisissa pienemmissä erikoistuneissa psykiatrisissa yksiköissä. Erityisryhminä voidaan todeta muun muassa lasten- ja nuorisopsykiatriset potilaat, vaikeahoitoiset akuuttipsykiatriset potilaat ja pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevat potilaat.

Vanhusten mielenterveyspalvelut on järjestetty yleensä joko osana vanhustenhuollon muuta palvelujärjestelmää tai osana muita mielenterveyspalveluita. Vanhemmilla ikäryhmillä esiintyy mielenterveysongelmia vähemmän kuin nuorilla. Ikääntyneillä häiriöiden erityispiirteitä ovat kuitenkin fyysisten sairauksien ja oireiden tärkeä osuus mielenterveyshäiriöiden synnyssä ja diagnosoimisessa sekä yksinäisyyden merkitys psyykkiselle hyvinvoinnille. Väestön ikääntyessä tulee myös mielenterveyden häiriöistä kärsivien yleinen hoivan ja käytännön tuen tarve todennäköisesti lisääntymään. Vanhusten mielenterveyspalveluiden kehittäminen onkin jatkuva haasteellinen tehtävä.

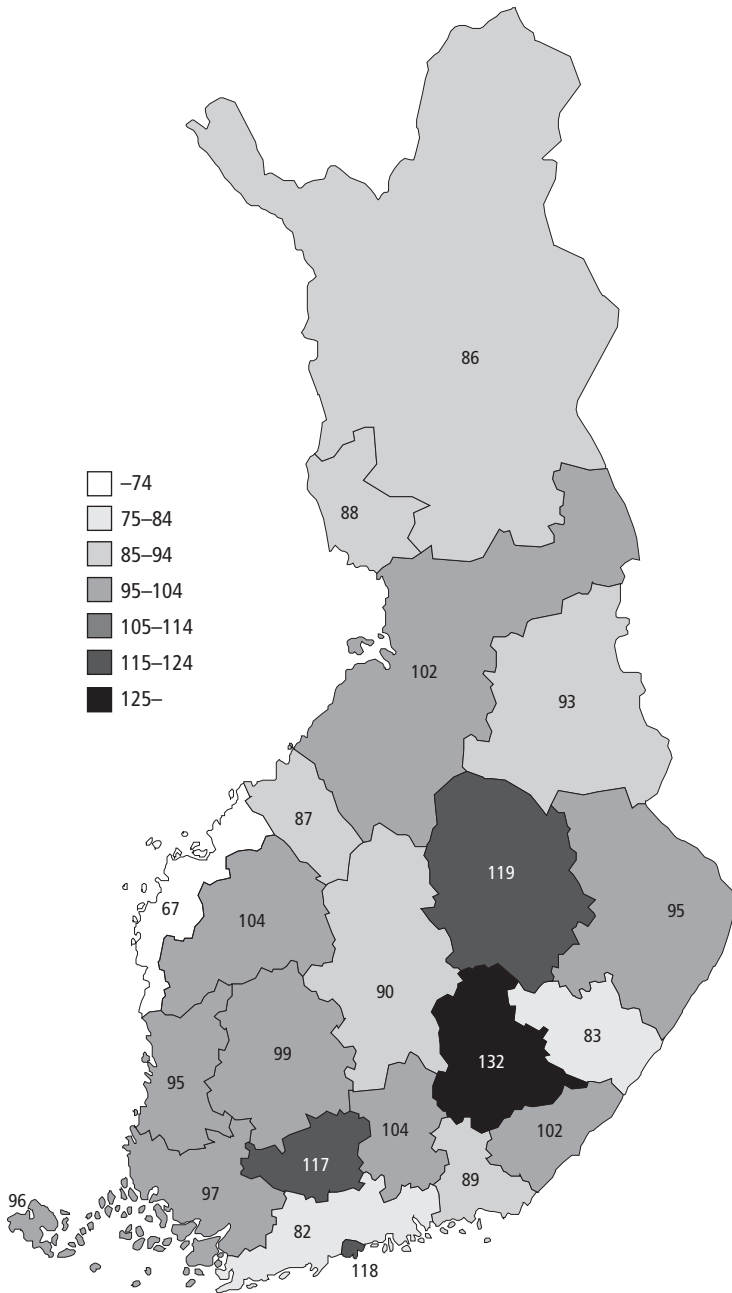
Sairaaloiden poistoilmoitusrekisteri (1969–1993) ja hoitoilmoitusrekisteri Hilmo (1994–) sisältävät tietoja suomalaisissa sairaaloissa toteutuneista hoitojaksoista vuodesta 1969 alkaen. Niistä voidaan poimia erikseen tietoja psykiatrisista sairaalahoidoista erikoisalalan tai diagnoosin mukaan. Keskeisimpiä ja käytetyimpiä näistä tiedoista ovat potilaiden ja hoitojaksojen lukumäärät, niiden pituudet, potilaiden diagnoosit, sekä tiedot hoitoontulotavoista ja tahdonvastaisista hoitopäätöksistä ja -toimenpiteistä. Tietoja on saatavissa sairaala-, kunta- tai sairaanhoitopiiritasoisesti ja luvuista voidaan tehdä aikasarjoja ja alueittaisia vertailuja. Tärkeänä tiedon välityskanavana tilastojulkaisujen ohella on SOTKA-tilastotietokanta (maksullinen), josta pc-ohjelman avulla voi hakea tilastoaineistoa omalle mikrolleen. Hilmon sisältämä tieto muodostaa yhden Sotkan tietoryhmistä.



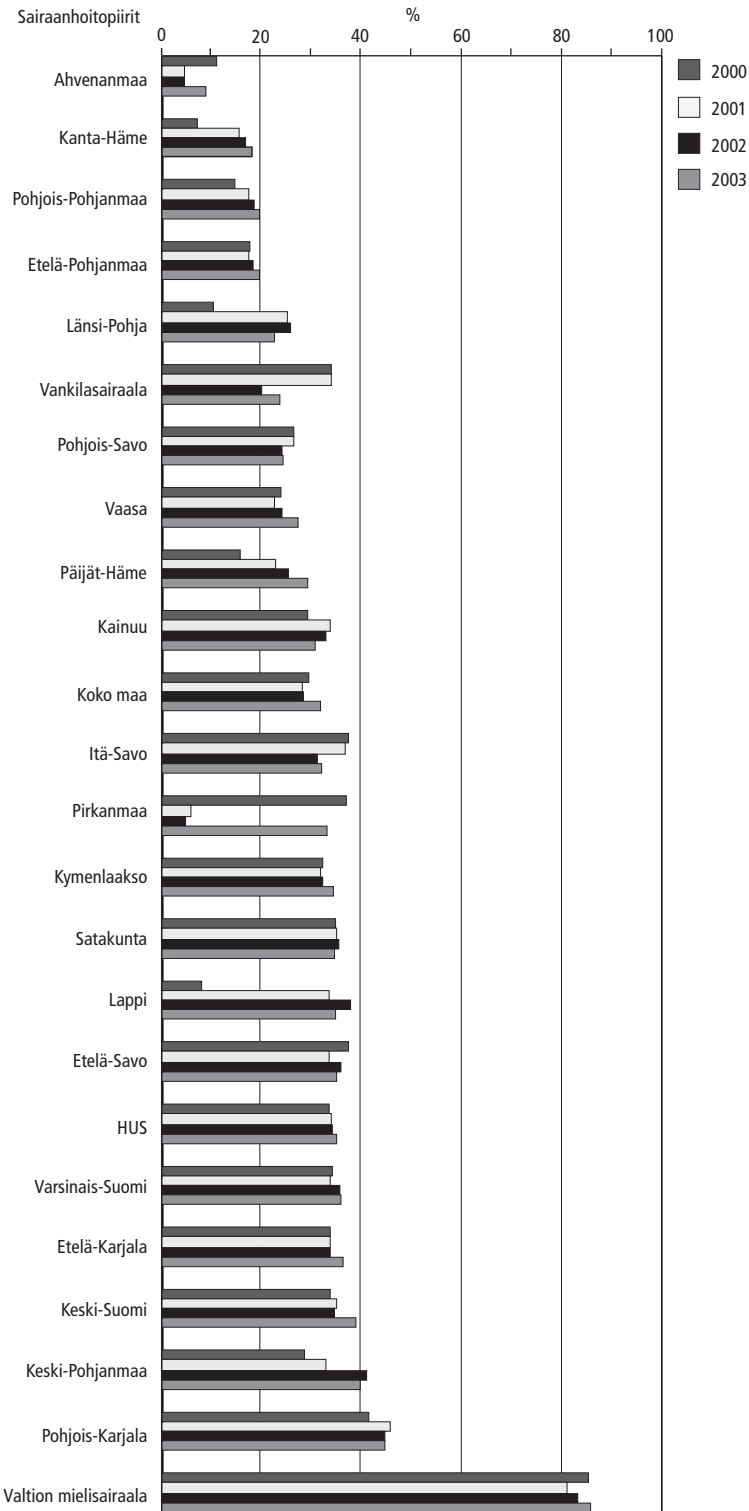
KUVIO 5. Kuntien ja kuntayhtymien psykiatrinen sairaalahoido: väkilukuun suhteutetut ja indeksoidut, ikä- ja sukupuolivakioidut hoitopäivät, hoitojaksot ja potilaat v. 2003 (Lähde: Sotka, Stakes)



KARTTA 1. Psykiatrian erikoisalojen toteutuneet hoitopäivät v. 2003 sairaanhoitopiireittäin, epäsuora ikä- ja sukupuolivakiointi, koko maa = 100 (Lähde: Hilmo, Stakes)



KARTTA 2. Psykiatrian erikoisalalla hoidetut potilaat v 2003 sairaanhoitopiireittäin, epäsuora ikä- ja sukupuoli-vakiointi, koko maa = 100 (Lähde: Hilmo, Stakes)

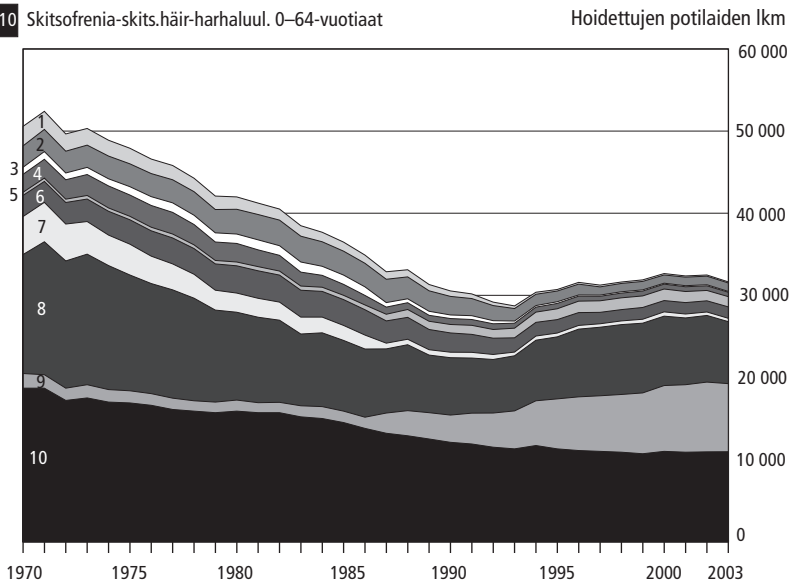


KUVIO 6. Tahdosta riippumattomassa hoidossa olleiden osuus psykiatrisessa sairaalahoidossa olleista potilaista (%) sairaanhoitopiireittäin 1999–2003 (Lähde: Hilmo, Stakes)

Psykiatristen sairaalahoidojen tiedoista on selvästi nähtävissä kansainvälisen suuntauksen mukainen, mutta Suomessa poikkeuksellisen jyrkkä psykiatrisen laitoshoidon vähentäminen 1970-luvulta alkaen. Tämän vähenemiseen ovat vaikuttaneet pitkäaikaisten laitospotilaiden (esimerkiksi vanhusten ja kehitysvammaisten) siirtyminen muualle (kuvio 7 ja 8), hoitajaksojen lyheneminen sekä siirtyminen laitosasumisesta avohoitopalveluihin tuettuun palveluasumiseen.

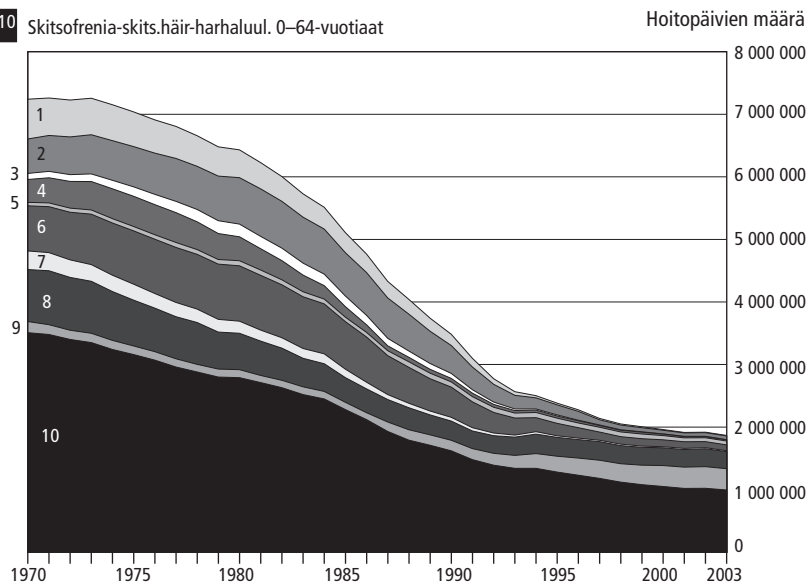
Poisto- ja hoitoilmoitusjärjestelmien olemassaoloaikana diagnostinen tautiluokitusjärjestelmä on muuttunut kahteen otteeseen: vuosina 1987 (ICD-9) ja 1996 (ICD-10). Tämä on saattanut vaikuttaa joidenkin tapahtumien tai tietojen kirjaamiseen. Lisäksi sairaaloiden käyttämä ja täyttämä tiedonkeruulomake on muuttunut muutenkin useita kertoja, mikä vaikeuttaa joidenkin aikasarjojen muodostamista. Sairaalahoitajaksojen lukumääriä tarkasteltaessa tulee muistaa, että käytännöt osasto- ja sairaalasiirtojen kirjautumisessa uusiksi hoitajaksiksi vaihtelevat.

- 1 KEVA, kaikki ikäryhmät
- 2 Dementia, kaikki ikäryhmät
- 3 Somaattiset päädiagnoosit, 65+-vuotiaat
- 4 Muu psykiatrinen, 65+-vuotiaat (pl. dementia, keva)
- 5 Mielialahäiriöt, 65+-vuotiaat
- 6 Skitsofrenia-skits.häir.harhaluul., 65+-vuotiaat
- 7 Somaattiset päädiagnoosit, 0–64-vuotiaat
- 8 Muu psykiatrinen, 0–64-vuotiaat (pl. dementia, keva)
- 9 Mielialahäiriöt, 0–64-vuotiaat
- 10 Skitsofrenia-skits.häir.harhaluul. 0–64-vuotiaat



KUVIO 7. Psykiatrisessa sairaalahoidossa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia hoidettujen potilaiden määrä perustuen poisto- ja hoitoilmoituksiin vuosina 1971–2003 (Lähde: Stakes)

- 1 KEVA, kaikki ikäryhmät
- 2 Dementia, kaikki ikäryhmät
- 3 Somaattiset päädiagnoosit, 65+-vuotiaat
- 4 Muu psykiatrinen, 65+-vuotiaat (pl. dementia, keva)
- 5 Mielialahäiriöt, 65+-vuotiaat
- 6 Skitsofrenia-skits.häir.harhaluul., 65+-vuotiaat
- 7 Somaattiset päädiagnoosit, 0-64-vuotiaat
- 8 Muu psykiatrinen, 0-64-vuotiaat (pl. dementia, keva)
- 9 Mielialahäiriöt, 0-64-vuotiaat
- 10 Skitsofrenia-skits.häir.harhaluul. 0-64-vuotiaat



KUVIO 8. Sairaalahoitopäivien määrä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden takia vuosina 1970–2003 (Lähde: Stakes)

3.1.3 Välimuotoiset palvelut

Mielenterveysasiakkaille on laitoshoidon ja avohoidon välimaastoon kehitetty välimuotoisia palveluja, joiden tarkoituksena on tukea avohoitoa ja kuntoutumista. Niitä ovat muun muassa asumispalvelut, työtoiminta ja päiväsairaanhoito. Välimuotoisia palveluja järjestävät sairaanhoitopiirit, kunnat ja yksityiset palveluntuottajat. Julkinen toiminta voi tapahtua erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon tai sosiaalihuollon organisaatioissa.

Yksityiset asumispalvelut ovat tätä nykyä keskeinen osa vaikeasti mielenterveyshäiriöisten kuntoutus- ja palveluketjua. Niiden lisääntymisen on arveltu osittain kompensoineen sairaalahoitojen määrien supistuksia. Ne ovat tarjonneet valvottuja tai tuettuja asumispalveluita ja mahdollistaneet potilaille asumisen varsinaisten psykiatristen laitosten ulkopuolella. Näiden palveluiden laadunvalvonnan välineeksi on pyritty luomaan sekä alueellisia (Helsinki) että valtakunnallisia laatukriteereitä (STM, Stakes).

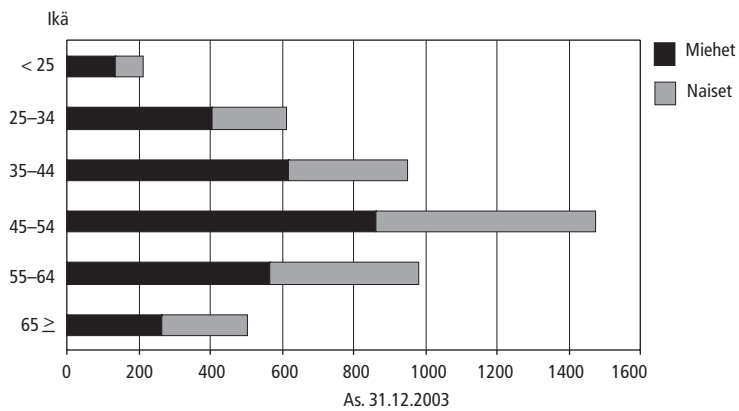
Psykiatrian asumispalvelujen asiakkaista on tehty asiakaslaskenta aina vuoden lopusta vuodesta 1995 lähtien. Tiedot on kerätty osana sosiaalihuollon hoitoilmoitusta ja sosiaalihuollon lomakkeella, mutta mukana ovat myös terveydenhuollon organisaatioiden tuottamat palvelut. Laskenta kattaa myös yritysten ja järjestöjen asumispalvelut. Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteriin tiedot on kerätty yhtenäisesti kaikilta palveluntuottajilta. Rekisterin tiedot vaikuttavat varsin kattavilta erityisesti vuodesta 1998 eteenpäin.

Asiakasmäärät psykiatrian asumispalveluissa ovat yli kaksi ja puolikertaistuneet 1995–2003 (taulukko 2). Tänä aikana yksityisten palveluntuottajien asiakasmäärät ovat yli nelinkertaistuneet, kun taas kuntien ja sairaanhoitopiirien tuottamat palvelut ovat hieman vähentyneet. Yritykset ja järjestöt tuottavat nykyään 86 prosenttia psykiatrian asumispalveluista.

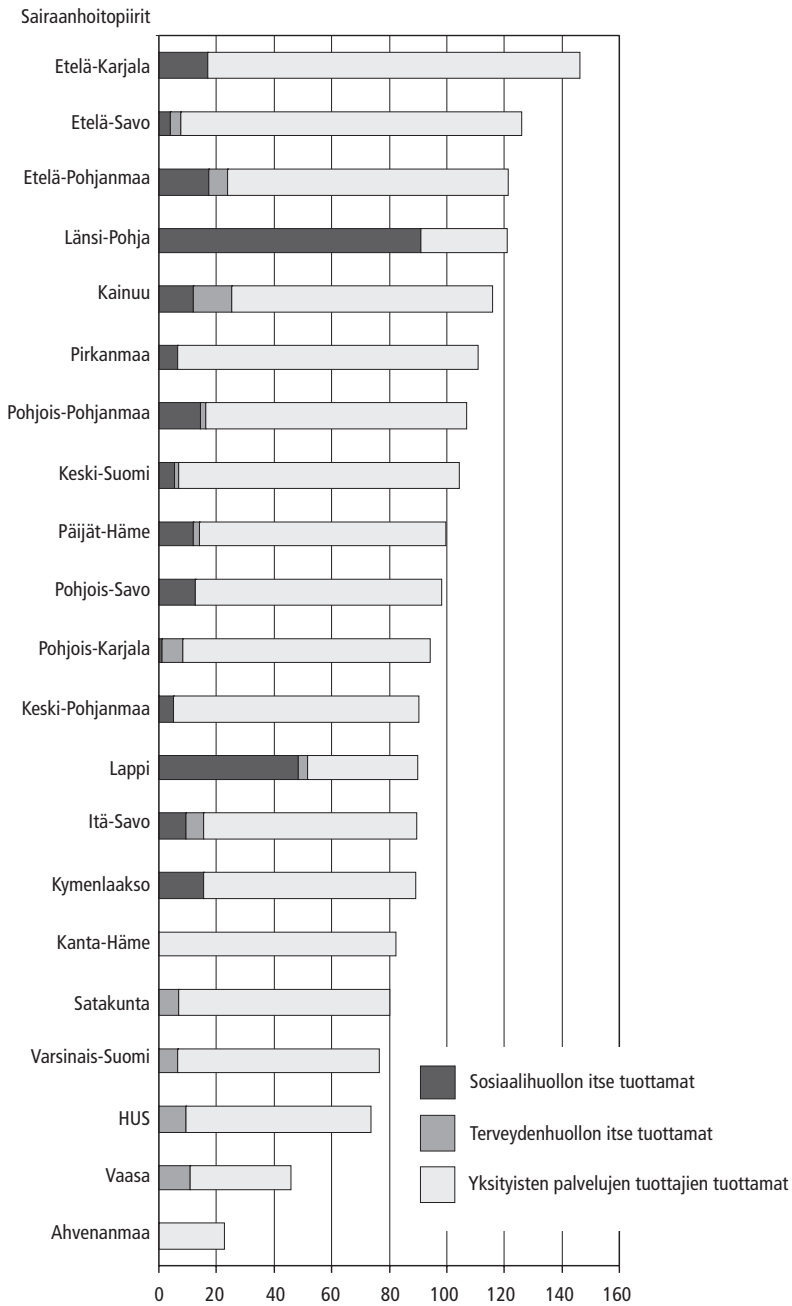
TAULUKKO 2. Asiakkaita psykiatrian asumispalveluissa vuoden lopussa 1994–2003

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Sosiaalitoimen itse tuottamat palvelut	569	523	577	631	188	231	354	356	449	384
Terveydenhuollon itse tuottamat palvelut	404	468	522	530	202	214	169	152	163	261
Yksityisten palveluntuottajien tuottamat	863	889	1 075	1 172	1 701	2 512	2 567	3 131	3 567	4 090
Yhteensä	1 836	1 880	2 174	2 333	2 091	2 957	3 090	3 639	4 179	4 735

Lähteet: v. 1994–1997 Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilasto ja Suomen Kuntaliiton terveydenhuollon toimintatilasto, vuodesta 1998 lähtien Stakesin sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri.



KUVIO 9. Ikä- ja sukupuolirakenne psykiatrian asumispalveluissa 31.12.2003 (Lähde: Stakes)



KUVIO 10. Psykiatrian asumispalvelut 2003 sairaanhoitopiireittäin (Lähde: Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, Stakes)

3.1.4 Lasten- ja nuorisopsykiatriset palvelut

Nykyinen palvelujärjestelmämme käsittää lukuisia eri palveluita, jotka pyrkivät tukemaan lasten ja nuorten kehitystä ja psyykkistä hyvinvointia. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut sijoittuvat hallinnollisesti pääasiassa sosiaali- ja terveys- sekä opetustoimeen, mutta niitä on myös nuorisotoimen ja työvoimahallinnon alaisuudessa. Palveluja tuottavat kuntien lisäksi useat muut tahot. Lapsille, nuorille ja lapsiperheille tarkoitettujen psykososiaaliset palvelut muodostavatkin moniulotteisen ja toisinaan hajanaisen kokonaisuuden. Esimerkiksi lastensuojelu ja toisaalta koulutoimen oppilashuolto ovat tärkeitä osia lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut muodostavassa asiantuntijaorganisaatioverkostossa.

Erikoissairaanhoidoksi määritellyt lasten- ja nuorisopsykiatriset palvelut ovat pääasiassa sairaanhoitopiirin tarjoamia palveluja. Tosin joillain kunnilla on omia lastenpsykiatrisia tai nuorille tarkoitettuja psykiatrisia avohoitoyksiköjä. On huomattava, että niiden palveluiden käyttö ei näy taulukossa 3.

Lasten- ja nuorisopsykiatristen avo- ja laitoshoidon käyttöä kuvaavat tunnusluvut tuovat esiin vuosittuuhannen vaihteessa tapahtuneen palveluiden käytön kasvun. Tällöin kiinnitettiin maanlaajuisesti huomiota lasten ja nuorten mielenterveyden palveluihin, ja valtio myönsi ylimääräisen avustuksen (lähes 12 milj. euroa) kunnille lasten ja nuorten palveluihin. Näiden määrärahojen turvin perustettiin sairaanhoitopiireissä yli 380 virkaa (STM 2001), mikä tulee muistaa arvioitaessa palveluiden käyttöä aikasarjoina.

Muita lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden tunnuslukuja löytyy kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan tilastoista, joihin voi tutustua Internet-osoitteessa http://www.stakes.info/files/pdf/tilastotiedotteet/Tt15_03.pdf.

TAULUKKO 3. Erikoissairaanhoidon: 0–19-vuotiaiden mielenterveyden avohoitokäynnit 1995–2003

	1995	1997	1998	2000	2002	2003
Lastenpsykiatria	56 314	76 326	81 104	79 241	91 869	102 827
Nuorisopsykiatria	58 615	66 655	67 324	91 982	81 993	104 215
Yhteensä	114 929	142 981	148 428	171 223	173 862	207 042

Lähde: Terveydenhuollon toimintatilasto, SOTKA

TAULUKKO 4. 0–19-vuotiaiden mielenterveyden laitoshoidon vuosina 1999–2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Hoitojaksot	9 917	10 890	10 316	10 739	10 337
Keskimääräinen hoitoaika	25,6	26,5	25,1	26,2	27,5
Hoitopäivät	218 942	243 584	225 731	249 637	249 772
Potilaat	4 529	5 016	4 989	4 944	4 774

Lähde: Stakes

3.2 Mielensterveystyötä tekeviä ammattiryhmiä

Mielensterveyspalveluiden piirissä toimii eri ammattiryhmien edustajia. Keskeisiä ammattiryhmiä ovat yleislääkärit, psykiatrian erikoislääkärit, psykiatriset sairaanhoitajat, psykologit, sosiaalityöntekijät, terveydenhoitajat, työsterveysshoitajat ja myös esimerkiksi toimintaterapeutit ja muut erityistytöntekijät. Lisäksi monilla asiakaspalvelu- tai opetustyötä tekeville ammattiryhmillä, kuten opettajilla tai työvoimaviranomaisilla, on tärkeä rooli mielensterveysongelmien tunnistamisessa tai potilaiden hoitoon ohjaamisessa. Psykoterapian tarjoaminen on ollut Suomessa perinteisesti yksityisten ammatinharjoittajien tuottamaa ja heidän asiakkaansa tai potilaansa ovat saaneet korvausta hoidostaan Kansaneläkelaitokselta perusteltua anomusta vastaan tai joissakin tapauksissa yksityisiltä vakuutuslaitoksilta.

Mielensterveyden parissa työskentelevien ammattihenkilöiden väestöön suhteutettu määrä on Suomessa hyvää länsimaista tasoa (WHO 2001), mutta heidän jakautumiseensa työmarkkinoille on ollut selviä ongelmia, mikä on heijastunut julkisena huolena ammattiavun riittävydestä. On mahdollista, että mielensterveyspalvelujärjestelmän rakennemuutos on osaltaan ylläpitänyt levottomuutta työmarkkinoilla. Ilmeisesti ainakin alueittain huoli avohoidon resurssien riittävydestä on heikentänyt mielensterveystyöhön koulutetun henkilökunnan halukkuutta rekrytoitua.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimiluvat ovat Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) myöntämiä, ja se myös ylläpitää rekisteriä ammattihenkilöistä. Stakes julkaisee näitä tietoja. Tämä rekisteri siis sisältää tietoja terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeuden saaneiden henkilöiden lukumääristä, muttei tietoa siitä, missä nämä henkilöt ovat töissä, jos ovat. Psykiatrian erikoislääkäreiden töissä oloa ja työpaikkaa koskevaa tilastotietoa löytyy myös Suomen Lääkäriliiton säännöllisesti toteuttaman lääkäriskyselyn tuloksista, joita löytyy verkko-osoitteesta: <http://www.laakariliitto.fi/>

TAULUKKO 5. Työikäisten mielenterveysalan ammattihenkilöiden määrät Suomessa vuosina 1990, 1995, 2000 ja 2003

	1990		1995		2000		2003	
	lkm	ammattihlö /10 000 as	lkm	ammattihlö /10 000 as	lkm	ammattihlö /10 000 as	lkm	ammattihlö /10 000 as
laill. lääkäri	12 091	24,2	14 282	27,9	15 905	30,7	16 443	31,5
- psykiatria	535	1,1	728	1,4	882	1,7	976	1,9
- nuorisopsykiatria	32	0,1	59	0,1	93	0,2	120	0,2
- psykiatria: geriatria	14	0,0	16	0,0	14	0,0	18	0,0
- oikeuspsykiatria	17	0,0	18	0,0	26	0,1	35	0,1
- lastenpsykiatria	131	0,3	161	0,3	188	0,4	205	0,4
laill. psykologi*	..	..	3 249	6,3	4 111	7,9	4 635	8,9
sairaanhoitaja psykiatrinen hoito**	..	..	7 352	14,4	9 031	17,4	8 622	16,5
psykoterapeutti*	..	..	1 485	2,9	2 441	4,7	3 112	6,0

* L. terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) edellytti psykologien laillistamista ja psykoterapeuttien rekisteröimistä.

**vuodesta 1999 alkaen näkyy sairaanhoitajien koulutusjärjestelmän muutos asteittain AMK-tutkinnoksi, jossa erikoistumisalaa ei enää voi erotella

Lähde: TEO, Stakes

TAULUKKO 6. Vuosittain valmistuneet uudet mielenterveysalan ammattihenkilöt ja erikoislääkärit 1990–2003

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Lääkärit	463	470	524	591	707	712	621	642	631	508	414	495	467	448
- psykiatria	50	44	66	69	45	43	48	34	45	48	58	46	64	36
- nuorisopsykiatria	2	6	5	5	7	7	8	6	3	6	12	8	12	8
- psykiatria: geriatria	2	-	3	-	-	1	-	2	1	-	-	2	-	2
- oikeuspsykiatria	1	-	-	1	4	-	1	2	3	1	2	5	4	3
- lastenpsykiatria	11	11	2	8	8	12	8	7	6	10	8	12	12	8
Psykologi	..	..	..	..	..	..	202	177	194	193	196	181	237	208
Puheterapeutti*	..	..	..	..	..	..	47	28	37	44	46	35	43	97
Psykoterapeutti*	..	..	..	..	..	..	458	174	201	180	146	279	223	296

* L. terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) edellytti psykologien laillistamista ja psykoterapeuttien rekisteröimistä.

Lähde: TEO, Stakes

TAULUKKO 7. Suomen Lääkäriiliton Lääkärikyselyn mukainen työikäisten psykiatrien sijoittuminen toimipisteisiin vuodesta 1989 vuoteen 2002 (Korkeila ym. 2003)

	Sairaala	Terveys keskus	Opetus/ tutkimus	Avohoito tstot, ym	Työterveys	Yksityis- praktiikka	Muu työ	Yhteensä
1989	193	2	27	113	1	79	29	444
1990	213	3	30	121	14	84	30	482
1991	216	5	37	133	1	98	25	515
1992	220	5	38	147	3	101	24	538
1993	245	8	40	164	2	108	29	596
1994	278	9	37	177	2	113	28	644
1995	274	9	40	201	2	119	21	666
1996	315	12	43	209	2	119	20	720
1997	356	17	43	227	3	118	27	791
1998	330	20	40	214	3	128	26	761
1999	349	23	38	215	0	133	33	791
2000	387	34	42	197	3	138	35	836
2001	422	33	48	171	4	146	44	868
2002	390	28	50	191	4	153	48	864

TAULUKKO 8. Psykiatrikyselyyn vastanneet (n = 997 / 1075) sairaanhoitopiirin mukaan (Korkeila ym. 2003)

Sairaanhoitopiiri	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Ahvenanmaan	2	0,5	1	0,2	3	0,3
Etelä-Karjala	4	0,9	13	2,3	17	1,7
Etelä-Pohjanmaa	13	3,1	11	1,9	24	2,4
Etelä-Savo	5	1,2	5	0,9	10	1,0
Helsinki ja Uusimaa	166	39,2	221	38,6	387	38,8
Itä-Savo	5	1,2	5	0,9	10	1,0
Kainuu	5	1,2	3	0,5	8	0,8
Kanta-Häme	10	2,4	18	3,1	28	2,8
Keski-Pohjanmaa	2	0,5	3	0,5	5	0,5
Keski-Suomi	13	3,1	22	3,8	35	3,5
Kymenlaakso	7	1,7	15	2,6	22	2,2
Lappi	5	1,2	2	0,3	7	0,7
Länsi-Pohja	1	0,2	3	0,5	4	0,4
Pirkanmaa	38	9,0	57	9,9	95	9,5
Pohjois-Pohjanmaa	11	2,6	9	1,6	20	2,0
Pohjois-Karjala	37	8,7	46	8,0	83	8,3
Pohjois-Savo	27	6,4	45	7,9	72	7,2
Päijät-Häme	10	2,4	17	3,0	27	2,7
Satakunta	13	3,1	13	2,3	26	2,6
Vaasa	7	1,7	10	1,7	17	1,7
Varsinais-Suomi	43	10,1	54	9,4	97	9,7
Koko maa	424	100	573	100	997	100

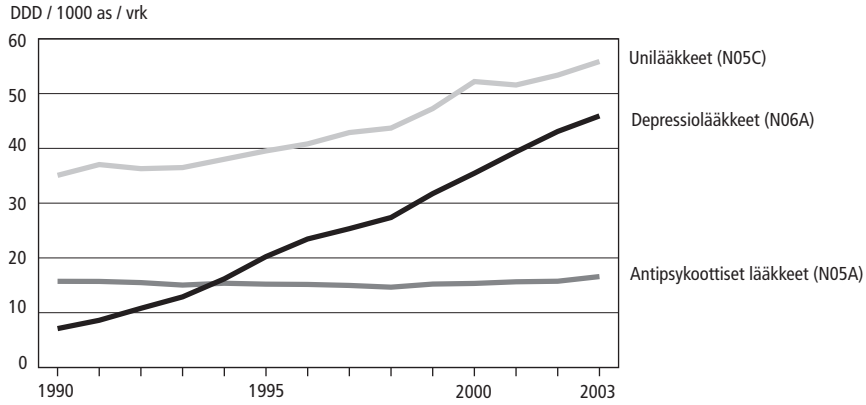
3.3 Psykiatrinen hoito

3.3.1 Lääkehoito

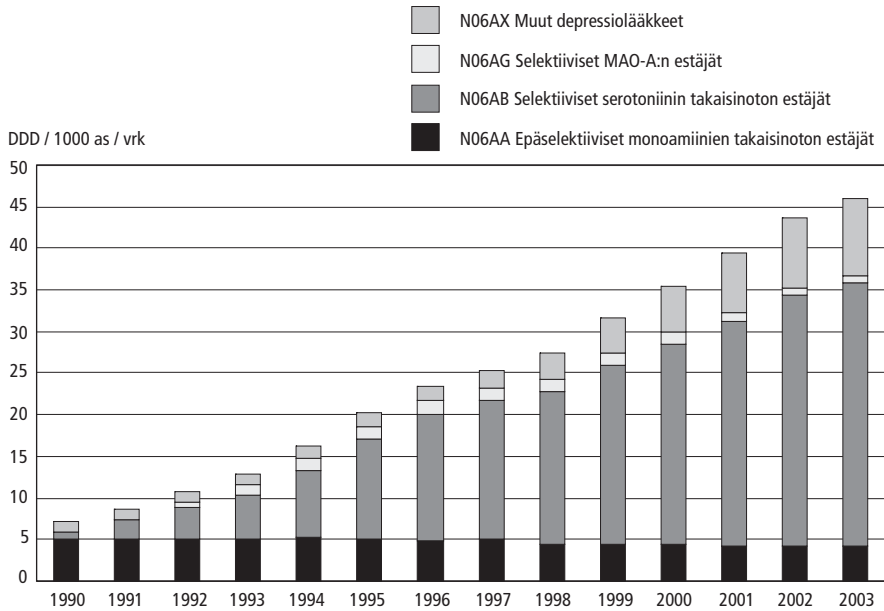
Psykiatristen sairauksien yksi hoitomuoto on lääkehoito, jonka käytännöt muuttuvat tutkimus- ja kehittämistyön myötä. Useiden psykiatristen sairauksien hoitoon on viime vuosikymmenien aikana tullut jatkuvasti uusia lääkeaineita, jotka ainakin masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa ovat kasvattaneet rooliaan. Lääketutkimuksen ja -kehittelyn yhtenä tavoitteena on tuottaa vaikutusmekanismeiltaan tunnettuja, tehokkaita ja entistä vähemmän haittavaikutuksia omaavia lääkeaineita. Ongelmaksi ovat ajan myötä nousseet kehittelyn korkeat kustannukset, joiden myötä uusien lääkkeiden hinta pyrkii nousemaan sekä lääkkeiden käyttäjien että yhteiskunnan näkökulmasta kohtuuttomaksi.

Tietoja psyykenlääkkeiden käytöstä voidaan saada eri teitä: Kelan myöntämien lääkkeiden erityiskorvausten päätöksistä, apteekkien keräämien reseptitietojen kautta sekä lääkkeiden tukkumyynnistä kerättävien tietojen kautta. Kelan lääkekorvauksia on tällä hetkellä psykiatristen lääkehoitojen osalta peruskorvaus ja ylempi erityiskorvaus. Peruskorvauksen saa kaikista lääkkeistä, joille on vahvistettu kohtuullinen hinta lääkkeiden hintalautakunnassa. Oikeus erityiskorvaukseen myönnetään diagnoosin ja sairaudenkuvan perusteella erikseen sovittujen kriteerien mukaisesti. Lääkelaitoksen tuottamat lääkkeiden kulutustiedot perustuvat lääketukkukauppojen myyntiin apteekkeille ja sairaaloille. Kelan tuottamat reseptitiedosto ja sairausvakuutuksen tilastointitiedosto perustuvat tietoihin, joita apteekit toimittavat Kelalle. Kelan tai Lääketietokeskuksen tiedot liittyvät siis lääkkeiden myyntiin.

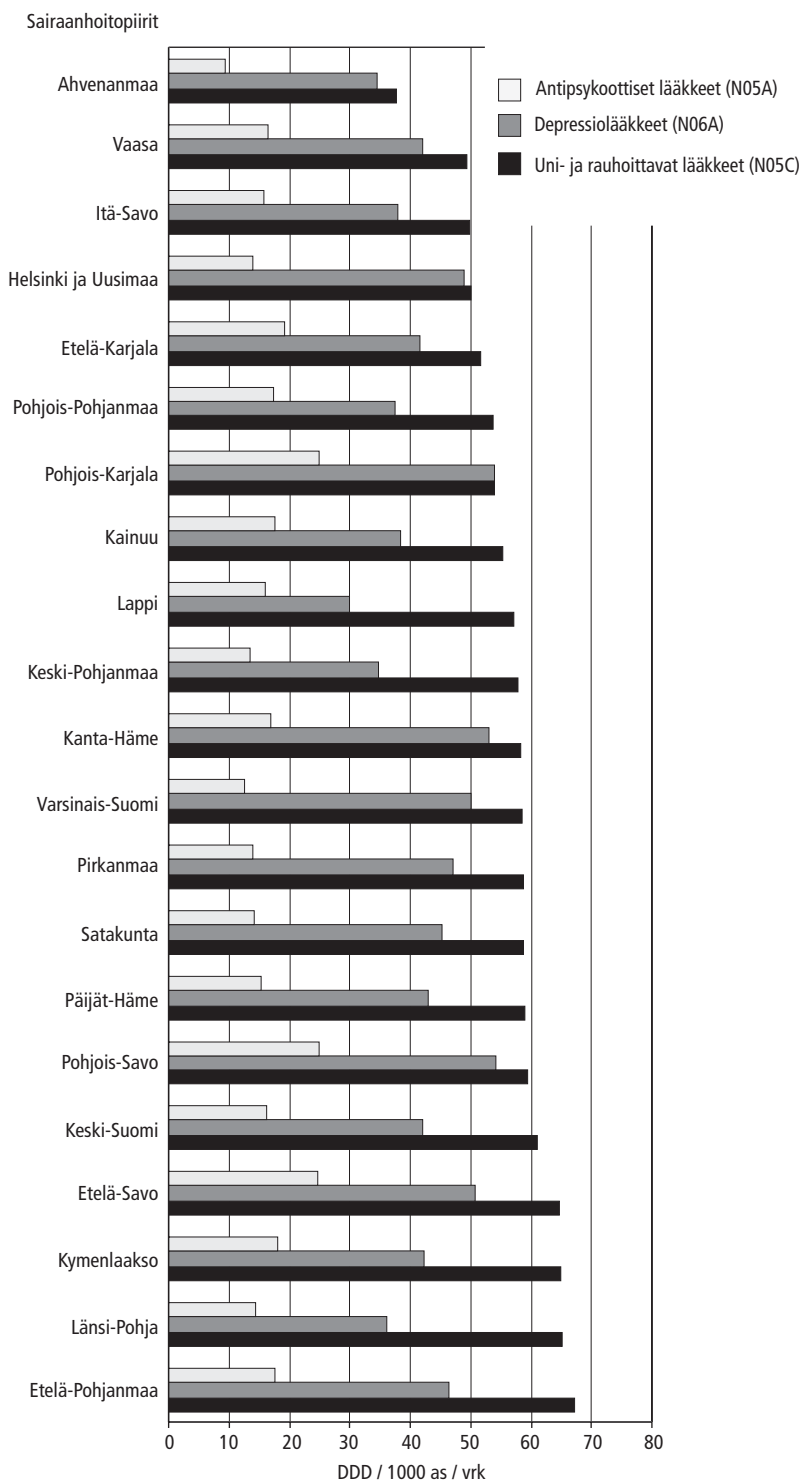
Lääkehoidon kehityssuuntauksina voidaan todeta masennuslääkkeiden määritelyinä vuorokausiannoksina (DDD = Defined daily dose) mitatun kulutuksen kasvu moninkertaiseksi viimeisen reilun kymmenen vuoden aikana. Keskeisiä tekijöitä tässä ovat olleet uusien, aikaisempaa helppo- ja monikäyttöisempien masennuslääkkeiden tulo markkinoille (erityisesti ns. selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, ks. kuvio 12), niiden käyttöaiheiden laajentuminen muihinkin häiriöihin kuin masennustiloihin, sekä läkehoidon pituuksien selvä kasvu. Vanhusten psyykenlääkkeiden kulutuksen kasvun yhteydessä on oltu huolissaan myös siitä, onko tämä kasvu pelkästään olemassa olevan hoidon tarpeen tyydyttämistä vai seurausta muiden hoitopalveluiden puuttumisesta.



KUVIO 11. Psykenlääkeryhmien kulutus apteekkimyyntin perusteella 1990–2003 (Lähde: Lääkelaitos 2002, Lääkelaitos 2004)



KUVIO 12. Depressiolääkkeiden kulutus myyntin perusteella 1990–2003 (Lähde: Lääkelaitos)



KUVIO 13. Lääkkeiden kulutus lääkeaineryhmittäin sairaanhoitopiireissä v. 2003 (Lähde: Lääkelaitos)

3.3.2 Psykoterapia

Psykoterapia on ammatillista ja suunnitelmallista, teoriaan perustuvaa vuorovaikutushoitoa, jota toteuttavat pääosin yksityiset, tähän tehtävään erikseen kouluttautuneet terapeutit (lkm, ks. aik.). Psykoterapialle on hoitomuotona tyypillistä, että se vaatii erityisvalmiuksia sekä hoitavalta henkilöltä että potilaalta, eikä se sovi kaikenlaisille potilaille tai kaikenlaisten häiriöiden hoitoon. Tutkimuksen ja kliinisen käytännön perusteella sen keskeisiä käyttöaiheita ovat erilaiset masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt, jotkin persoonallisuushäiriöt ja mahdollisesti valikoidut kehitykselliset ja muut kriisit. Psykoterapiamuotoja on tätä nykyä runsaasti, ja erityyppiset terapiat poikkeavat toisistaan muun muassa käyntitiheyksien, kokonaispituuksien ja käytettävien tekniikoiden osalta koko lailla. Ajankohtaisena ongelmana voidaan pitää psykoterapiamuotojen ja eri tavoin koulutettujen terapeuttien huonoa saatavuutta, minkä vuoksi selvityksiä terapeuttien kouluttamisen systemaattiseksi lisäämiseksi on tehty. Toisaalta psykoterapioiden rahoitusjärjestelmä ja terapioihin ohjautumiskäytännöt ovat myös olleet muutospaineen alaisena. Psykoterapiaa tarjotaan käytännössä nykyään julkisissa palveluissa vähän ja lähinnä erityisryhmille, kuten nuorille ja opiskelijoille.

Kansaneläkelaitos (Kela) on tukenut harkinnanvaraisena kuntoutustoimintana psykoterapioita, jos niillä on katsottu voitavan ylläpitää henkilön työkykyä tai edistää valmistumista ammattiin. Koska Kela on ollut yksityisen psykoterapian merkittävin rahoittaja, saadaan kattavin tieto toteutuvien psykoterapioiden kokonaismäärästä Kelan kuntoutuksena myöntämien psykoterapiapäätösten tiedoista. Kelan kuntoutusrahaa on tähän asti myönnetty lähinnä perinteisten, pitkäkestoisten ja 1-2 kertaa viikossa tapahtuvien psykoterapioiden tukemiseen. On mahdollista, että kuntoutuspäätöstiedoista kerättävä tieto ei ajankohtaisesti ja erityisesti jatkossa anna täysin totuudenmukaista kuvaa koko terapiakentästä. Voi olla, että lyhytkestoisempien ja harvajaksoisempien terapioiden osuus lisääntyy, koska monissa hoitosuosituksissa korostetaan tällaisten terapiamuotojen tehokkuutta ja niiden saatavuus toisaalta on paranemassa.

TAULUKKO 9. Kelan järjestämän harkinnanvaraisen psykoterapian saajat ja kustannukset vuosina 1992–2003
(Lähde: Kela)

	Psykoterapiaa saaneet		Kustannukset (Milj. euroa)		
	Yhteensä	Lapset ja nuoret	Kuntoutus	Psykoterapia	%-osuus
1992	4 264	–	49,7	8,4	16,8
1993	4 860	–	52,2	8,8	16,8
1994	5 490	–	56,6	9,5	16,8
1995	5 407	–	60,0	10,1	16,8
1996	5 437	–	58,2	7,3	12,6
1997	5 046	–	60,1	7,2	12,0
1998	5 607	–	67,8	8,1	12,0
1999	6 206	–	78,1	9,0	11,5
2000	7 030	265	80,6	10,7	13,2
2001	8 265	1 390	81,6	12,3	15,1
2002	10 625	3 658	90,6	17,2	19,0
2003	10 309	4 669	94,1	20,5	21,8

Huom. Terapiaa järjestettiin vuosina 1996–1999 16–64-vuotiaille ja vuodesta 2000 alkaen 5–64-vuotiaille.

TAULUKKO 10. Kelan järjestämää harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneiden osuus 0–64-vuotiaasta väestöstä sairaanhoitopiireittäin vuosina 1992, 1996 ja 2003 (Lähde: Kela)

	1992		1996		2003	
	Psykoterapiaa saaneet	Promillea 0–64-vuotiaista	Psykoterapiaa saaneet	Promillea 0–64-vuotiaista	Psykoterapiaa saaneet	Promillea 0–64-vuotiaista
Helsinki ja Uusimaa	1 951	1,7	2 600	2,2	4 121	3,3
Varsinais-Suomi	536	1,5	686	1,8	1 097	2,9
Satakunta	77	0,4	96	0,5	226	1,2
Kanta-Häme	93	0,7	148	1,1	209	1,5
Pirkanmaa	333	0,9	351	0,9	985	2,6
Päijät-Häme	107	0,6	116	0,7	301	1,7
Kymenlaakso	38	0,2	58	0,4	156	1,1
Etelä-Karjala	55	0,5	66	0,6	256	2,4
Etelä-Savo	43	0,5	28	0,3	160	1,9
Itä-Savo	17	0,3	25	0,4	65	1,3
Pohjois-Karjala	132	0,9	112	0,7	170	1,2
Pohjois-Savo	290	1,3	392	1,8	585	2,8
Keski-Suomi	136	0,6	189	0,8	372	1,7
Etelä-Pohjanmaa	31	0,2	49	0,3	252	1,6
Vaasa	63	0,5	79	0,6	193	1,4
Keski-Pohjanmaa	26	0,4	30	0,4	77	1,2
Pohjois-Pohjanmaa	264	0,8	300	0,9	730	2,2
Kainuu Kajanaland	12	0,1	30	0,4	119	1,8
Länsi-Pohja	20	0,3	28	0,5	55	1,0
Lappi	36	0,3	23	0,2	137	1,4
YHTEENSÄ	4 264	1,0	5 437	1,2	10 309	2,3

3.4 Työkyvyttömyys ja eläkkeet

Psykiatriset eli mielenterveyden häiriöt ovat nykyään yleisin diagnoosiryhmä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena. Voimakkain muutos tähän suuntaan on tapahtunut vasta 1990-luvun kuluessa, mikä on herättänyt julkisuudessa ajoittain vilkasta keskustelua kehityksen syistä. Kun mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ei ole tänä aikana lisääntynyt, voidaan päätellä niiden merkityksen toimintakyvylle muuttuneen jollain tavalla. Tämä saattaa liittyä toisaalta hoito- ja palvelujärjestelmän roolin ja toisaalta työelämän luonteen muuttumiseen. Jää siis selvitettäväksi, pitäisikö mielenterveyshäiriöiden varhaisempaa tunnistamista ja hoitamista kehittää ja onko nykyisessä työelämässä vaatimuksineen sellaisia piirteitä, että mielenterveysongelmista tai -häiriöistä kärsivän on siellä vaikea pärjätä.

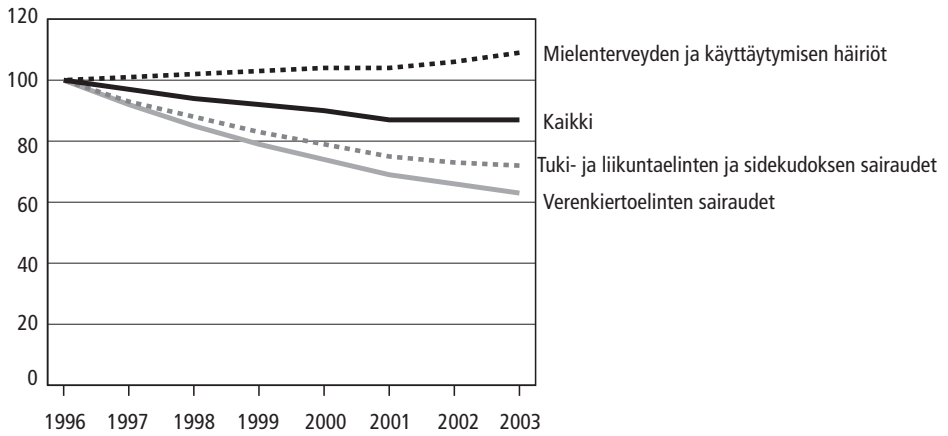
Työkyvyttömyyseläkkeitä ja niitä usein edeltäviä kuntoutustukijaksoja myöntävät Kela ja yksityiset työeläkelaitokset, joiden keräämiä tietoja kokoaa Eläketurvakeskus. Nykyään Kela ja työeläkelaitokset tekevät molemmat eläkehakemusten perusteella ensin omat erilliset päätöksensä, jotka pyritään neuvottelumenetelmän avulla yhdenmukaistamaan. Jos eläkkeensaajalle ei ole kertynyt työsuhdevuosia, maksaa Kela hänen eläkkeensä kokonaan. Toisaalta vuodesta 1996 eteenpäin Kela on jättänyt oman osuutensa pois, mikäli työeläkelaitoksen maksaman eläkkeen suuruus ylittää tietyn kynnyksen.

TAULUKKO 11. Suurimmat työeläkkeensaajaryhmät sairauden ja eläkejärjestelmän mukaan 31.12.2003
Lähde: Kelan tilastollinen vuosikirja 2003

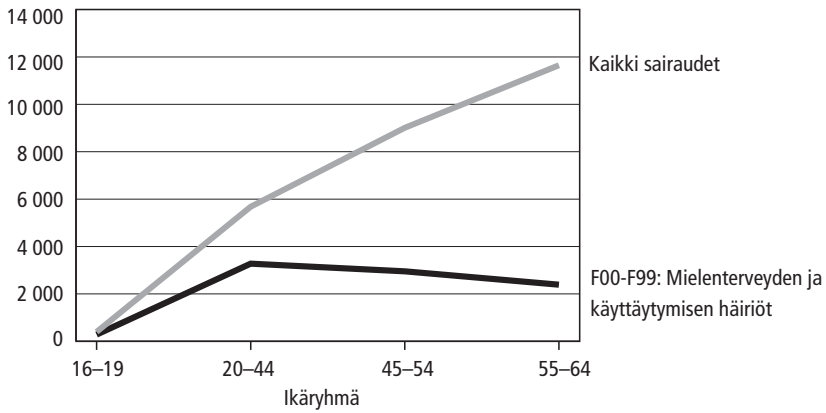
Sairausryhmä	Työeläke		Vain kansaneläke		Yhteensä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
F00-F99: Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	75 302	35,9	31 833	72,4	107 135	42,2
M00-M99: Tuki- ja liikuntaelinten, sidekudosten sairaudet	61 661	29,4	1 096	2,5	62 757	24,7
I00-I99: Verenkiertoelinten sairaudet	20 449	9,7	365	0,8	20 814	8,2

TAULUKKO 12. Kaikki työkyvyttömyyseläkkeelle 2003 siirtyneet sairauden mukaan
Lähde: Kelan tilastollinen vuosikirja 2003

Sairausryhmä	Työeläke		Vain kansaneläke		Yhteensä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
F00-F99: Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	7 686	30,5	5 967	42,3	8 905	33,3
M00-M99: Tuki- ja liikuntaelinten, sidekudosten sairaudet	7 835	31,1	3 454	24,5	7 933	29,7
I00-I99: Verenkiertoelinten sairaudet	2 331	9,3	959	6,8	2 328	8,7



KUVIO 14. Kaikki eläkejärjestelmät: työkyvyttömyyseläkkeiden määrän muutos eräissä sairausryhmissä 1996–2003 (Lähde: Kela)



KUVIO 15. Uudet työkyvyttömyyseläkkeet ikäryhmittäin 2003 (Lähde: Kela)

3.5 Rahoitusjärjestelmä ja kustannukset

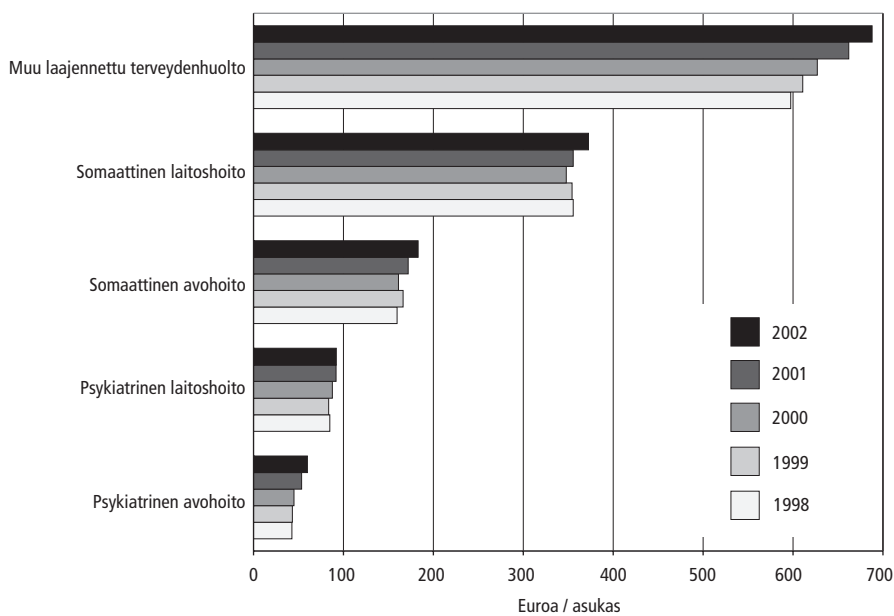
Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on ollut merkittävien muutosten kohteena 1990-luvulta alkaen. Keskenäisiä ja muutosten kohteena olevia kysymyksiä ovat olleet muun muassa kuntien palveluiden järjestämisvastuun toteutuminen, ostopalveluiden käyttö ja niiden ohjaaminen, kustannusvastuujaon kysymykset kuntien ja valtion sekä sosiaali- ja terveystoimen eri sektorien välillä. Esillä on myös ollut valtion rahoitusmuotojen muutokset ja psykiatristen palveluiden suhde muihin lääketieteen erikoisaloihin.

Mielenterveyspalveluja rahoittavat muun muassa kunnat, Kansaneläkelaitos, työeläkelaitokset ja asiakas itse. Valtio rahoittaa toimintaa nykyisin valtionosuuksien kautta, korvamerkityllä projektirahalla ja ylläpitämällä valtion mielisairaaloihin. Raha-automaattiyhdistys rahoittaa mielenterveyspalveluja tukemalla harkinnanvaraisesti yksityisten yritysten ja säätiöiden investointeja ja kehittämisprojekteja.

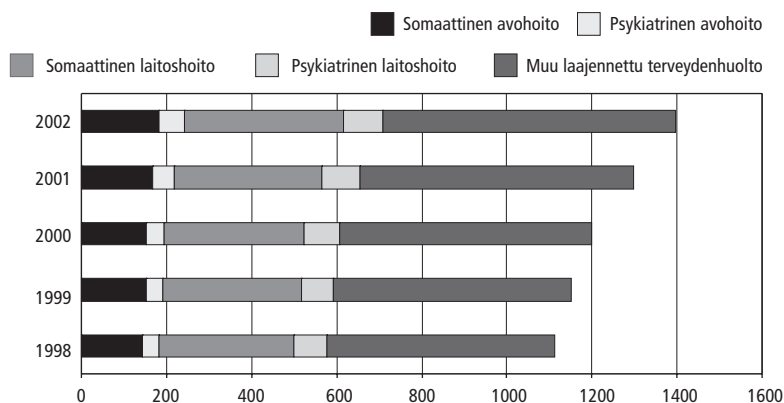
Aikasarjojen tuottaminen mielenterveyspalveluiden rahoituksesta ja kustannuksista on ongelmallista. Kustannustietoja ei ole saatavilla koko maan tasolla, koska mielenterveyspalvelut on järjestetty kunnittain hyvin erilaisesti ja kustannustiedot ovat puutteellisia. Kirjava palvelujärjestelmä hankaloittaa kustannustietojen keruuta ja vertaamista myös paikallisella tasolla. Palveluiden kustannukset tulisi tuntea, koska mielenterveysongelmaisten hoidon osuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja käytetyistä voimavaroista on merkittävä. Erilaisten järjestämistapojen kustannusten vertaaminen olisi tärkeää palveluiden suuntaamisessa, koska voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö mielenterveyspalveluissa lisää järjestelmän tehokkuutta ja parantaa palveluiden kohdentamista tarpeen ja hyödyllisyyden mukaan.

Suuret (11 kpl) ja keski-suuret kaupungit (18 kpl) ovat yhdessä selvitelleet terveydenhuollon kustannuksia viime vuosien aikana. Mallin perustana on Helsingin terveysviraston kehitystyö. Kaupunkien yhteistyönä keräämä aineisto käsitellään ja raportoidaan vuosittain Kuntaliiton toimesta (Lahtinen & Palomäki 2003). Yhteistyön tavoitteena on saavuttaa yhtenäinen ja luotettava tietosisältö, vertailla kustannuksia kaupunkien välillä ja seurata kunkin kaupungin kustannusten kehittymistä. Terveydenhuolto käsitellään aineistossa lisättynä terveydenhuoltona, joka kattaa psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon avo- ja laitoshoidon sekä sosiaalitoimen yli 65-vuotiaiden kotipalvelun sekä vanhusten ympärivuorokautisen hoidon.

Suurten kaupunkien vertailussa psykiatrisen laitospalvelun ja avohoidon osuus oli 11 prosenttia ja keski-suurten kaupunkien 10 prosenttia lisätyn terveydenhuollon kustannuksista vuonna 2002. Molempien kaupunkiryhmien psykiatristen palveluiden kustannukset ovat nousseet vuosittain kuten terveydenhuollon kustannukset muutenkin. Kuviossa 17 esitetään suurten kaupunkien psykiatrisen laitoshoidon ja avohoidon sekä muun terveydenhuollon kustannusten kehitys asukasta kohti euroina vuoden 2002 hintatasossa. Psykiatrisen avohoidon reaalkustannukset olivat vuonna 2002 asukasta kohti 17 euroa (28 %) korkeammat kuin vuonna 1998. Vastaavasti psykiatrisen laitoshoidon kustannukset olivat 7 euroa (8 %) korkeammat kuin vuonna 1998. Samana aikana somaattisen avohoidon kustannukset ovat kasvaneet asukasta kohti 23 euroa (13 %), laitoshoidon kustannukset 17 euroa (5 %) ja muu laajennettu terveydenhuolto 90 euroa (13 %).



KUVIO 16. Suurten kaupunkien psykiatrisen laitoshoidon ja avohoidon kustannusten kehitys 1998–2002, vuoden 2002 hintataso (Lähde: Lahtinen, Palomäki 2003)



KUVIO 17. Suurten kaupunkien psykiatrisen laitoshoidon ja avohoidon ikävakiotujen kustannusten kehitys 1998–2002 (Lähde: Lahtinen, Palomäki 2003)

- Immonen, T., Ahonen, J. (toim.). Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Selvityksiä 2002:14. Helsinki, 2002.
- Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2002. Kansaneläkelaitos, Julkaisuja T1:38. Helsinki, 2003.
- Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2003. Kansaneläkelaitos, Julkaisuja T1:39. Helsinki, 2004.
- Korkeila J., Ostamo A., Joukamaa M., Salokangas R.K. Missä psykiatrit ovat? *Psychiatria Fennica* 2003; 34, suppl. 1.
- Lahtinen Y., Palomäki T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2002: Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 2003.
- Lasten- ja nuorisopsykiatrian valtionavustusten käyttö vuonna 2000. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Selvityksiä 2001:11. Helsinki.
- Lehtinen V., Joukamaa M., Lahtela K., Raitasalo R., Jyrkinen E., Maatela J., Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81:418–425.
- Lönnqvist J., Aro H., Marttunen M. (toim.). Itsemurhat Suomessa 1987 -projekti. Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Stakes, Tutkimuksia 25. Jyväskylä, 1993.
- Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. (toim.). *Psykiatria*, 2. uud. p. Duodecim. Hämeenlinna, 2001.
- Lääkekulutus vuosina 2000–2003. Lääkelaitos: <http://raportit.nam.fi/raportit/kulutus/laakekulutus.pdf>.
- Niemi M., Pelanteri S., Pirkola S. Psykiatrian erikoisalalan laitoshoido 2002. http://www.stakes.info/files/pdf/tilastotiedotteet/Tt31_03.pdf
- Pirkola S., Isometsä E., Suvisaari J, Aro H., Joukamaa M., Koskinen S., Aromaa A., Lönnqvist J. 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*, 2005, 40:1–10.
- Pirkola S., Lönnqvist J. ja mielenterveysryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa: Aromaa A., Koskinen S. (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000- tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitos, julkaisuja B3/2002. Helsinki.
- Pylkkänen K. Psykiatrian palvelujärjestelmät Suomessa. Teoksessa: Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. (toim.). *Psykiatria*. Hämeenlinna, Duodecim, 705–745, 2001.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2003. Alkoholi ja huumeet. Stakes, Sosiaaliturva 2003:3.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2002. Stakes, Sosiaaliturva 2002:4.
- Suomen lääketilasto 2002. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Helsinki, 2003.
- Taipale, I. Mielen sairaut ja palveluasunnot. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Monisteita 1998: 32. Helsinki.
- Taipale, V. Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Työryhmämuistio 1996:20. Helsinki.
- Terveydenhuollon ammattihenkilöt 31.12.2002. <http://www.stakes.info//2/13/2,13,1.asp>
- Kuolleisuustilastot 2003. Tilastokeskus. <http://statfin.stat.fi/StatWeb>
- Upanne M., Hakanen J., Rautava M. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Stakes. Raportteja 227/1999. Helsinki.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78: 413–426.
- World Health Organization. Atlas. Mental health resources in the world 2001. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva, 2001.