



**TURUN
YLIOPISTO**
Kauppakorkeakoulu

**Psyykiatristen avohoitopalveluiden
kustannusvaikuttavuus Varsinais-Suomen
hyvinvointialueella**

Laskentatoimen ja rahoituksen kandidaatintutkielma

Laatija:

Toni Niiranen

Ohjaaja:

KTT Mikko Kepsu

29.8.2025

Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Kandidutkielma

Oppiaine: Laskentatoimi ja rahoitus

Tekijä: Toni Niiranen

Otsikko: Psykiatristen avohoitopalveluiden kustannusvaikuttavuus Varsinais-Suomen hyvinvointialueella

Ohjaaja: KTT Mikko Kepsu

Sivumäärä: 31 sivua

Päivämäärä: 29.8.2025

Avainsanat: Psykiatria, kustannusvaikuttavuus, avohoitto, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

TIIVISTELMÄ

Psykiatria on lääketieteen osa-alue, joka keskittyy hoitamaan erilaisia mielenterveyden häiriöitä. Psykiatrisen hoidon tarve on viime vuosina ja vuosikymmeninä ollut kasvussa sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa. Psykiatrisessa hoidossa keskeistä on toimiva yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä samoin kuin psykiatrian erikoisalan sisäisesti, etenkin avohoidon ja sairaalahoidon välillä. Yhteistyön toimivuuteen täytyy panostaa organisaatiotasolla sekä poliittisella päätöksenteolla, sillä saumaton yhteistyö edistää paitsi potilaiden laadukasta hoitoa, niin myös kustannusten optimointia.

Kustannusvaikuttavuudella tarkoitetaan lääketieteellisen hoidon näkökulmasta hoidon tuottaman hyödyn suhdetta sen aiheuttamiin kustannuksiin. Kustannustehokkuus vastaavasti kuvaa sitä, kuinka paljon terveystaloustieteen avulla saadaan hyötyä tiettyä rahamäärää kohden. Kustannusvaikuttavuus ja kustannustehokkuus ovat keskeisiä huomioita otettavia asioita terveystaloustieteessä laskettaessa ja pohdittaessa mm. psykiatrisia hoitostrategioita kansantaloudellisesta näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on tutkia ja analysoida avohoidon kustannusvaikuttavuutta Varsinais-Suomen hyvinvointialueella aiempaan aiheesta tuotettuun informaatioon ja tutkimukseen perustuen. Tutkielmassa käsitellään myös psykiatrisen avohoidon ja sairaalahoidon välistä yhteistyötä sekä siinä havaittuja ongelmakohtia, kuten esimerkiksi hoidon pirstaleisuutta. Tietoa ja tutkimusta hoitojen kustannuksista ja kustannusvaikuttavuudesta sekä yhteistyön kustannustehokkuutta heikentävistä ongelmakohtista tarvitaan, jotta tulevaisuudessa voitaisiin vastata psykiatrisen hoidon lisääntyvään tarpeeseen mahdollisimman tehokkaasti ja kustannusvaikuttavasti.

Tässä tutkielmassa havaittiin, että alustavien tutkimustulosten perusteella avohoito Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on kustannusvaikuttavaa. Lisää tutkimusta aiheesta kuitenkin tarvitaan. Myös vertailevaa analyysiä eri hyvinvointialueilta tarvitaan, jotta saadaan kokonaisvaltaista tietoa myös koko Suomen tasolta. Etenkin monimutkaiset hoitoketjut ja niistä osaltaan aiheutuva pirstaleisuus psykiatrisessa hoidossa ovat kehityskohteita, joihin tulisi panostaa tulevaisuudessa etenkin sosiaali- ja terveystaloudellisessa päätöksenteossa. Hoitoketjujen sujuvoittaminen ja psykiatrisen hoidon pirstaleisuuden vähentäminen tuottaisivat toimenpiteinä merkittäviä kansantaloudellisia säästöjä sekä kehittäisivät psykiatrista hoitoa kustannusvaikuttavampaan ja tehokkaampaan suuntaan.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
1.1	Johdatus aiheeseen	6
1.2	Tutkimuksen tavoite ja rajaukset	7
2	PSYKIATRISEN HOIDON SEKTORIT JA YHTEISTYÖ	10
2.1	Psykiatrinen avohoito ja osastohoito Suomessa – aiheen taustoitus	10
2.2	Psykiatrisen palvelujärjestelmän yhteistyö Suomessa	11
2.2.1	Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä	11
2.2.2	Yhteistyö osastohoidon ja avohoidon välillä	12
3	PSYKIATRISEN HOIDON KUSTANNUKSET JA KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS	14
3.1	Psykiatrisen hoidon kustannukset	14
3.1.1	Keskeisten termien määrittely	14
3.1.2	Psykiatrisen hoidon kustannukset yhteiskunnalle ja potilaalle	16
3.2	Kustannusvaikuttavuuden merkitys psykiatrisessa hoidossa	18
4	KUSTANNUSVAIKUTTAVAA HOITOA VARSINAIS-SUOMEN HYVINVOINTIALUEELLA	20
4.1	Psykiatrisen avohoidon kustannusvaikuttavuus Varsinais-Suomen hyvinvointialueella	20
4.2	Kohti kustannusvaikuttavinta hoitoa Varsinais-Suomen hyvinvointialueella – avohoitoa, osastohoitoa vai molempia?	21
5	TULOKSET JA KESKUSTELU TULOKSISTA	23
6	YHTEENVETO	26
	Lähteet	28

1 JOHDANTO

1.1 Johdatus aiheeseen

Psykiatria on yksi lukuisista lääketieteen erikoisaloista. Psykiatria jakautuu Suomen erikoislääkärijärjestelmässä psykiatriaan (käsittäen aikuispsykiatrian), oikeuspsykiatriaan, nuorisopsykiatriaan ja lastenpsykiatriaan. Psykiatria keskittyy tutkimaan ja hoitamaan erilaisia mielenterveyden häiriöitä, esimerkiksi masennusta, persoonallisuushäiriöitä ja psykoosiryhmän sairauksia, kuten skitsofreniaa. Vaativa psykiatrinen hoito keskittyy erikoissairaanhoidon, jossa siihen perehtyneet lääkärit eli psykiatrit yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa pyrkivät hoitamaan ja kuntouttamaan psykiatrisesti sairaita ihmisiä. Suurin osa hoidosta toteutetaan kuitenkin perusterveydenhuollossa, jonne lievät ja keskivaikeat mielenterveyden häiriöt ja niiden hoito painottuvat. Tämän vuoksi saumaton yhteistyö perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä on keskeistä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon onnistumiseksi.

Psykiatrinen oireilu etenkin nuoremmassa väestöryhmissä on lisääntynyt viimeisten vuosien ja vuosikymmenten aikana ja näin ollen myös psykiatrisen hoidon tarve on jatkuvassa kasvussa. Kyseinen trendi on havaittu etenkin nuorten opiskelijoiden keskuudessa, joilla on aiempaa enemmän sairauspoissaoloja opinnoista mielenterveyssyistä (Ora 2025, 1773). Mielialahäiriöt (masennus ja ahdistus) ovat yleisin sairauspoissaolojen syy opiskelijoilla sukupuolesta riippumatta. Naisilla mielialahäiriöistä johtuvat sairauspoissaolot ovat vuosina 2010–2023 lisääntyneet 2 %:sta lähes 3 %:iin. Miehillä sairauspoissaolot ovat vastaavasti lisääntyneet 1,4 %:sta lähes 2 %:iin. Psykiatrinen sairastavuus liittyy osaltaan myös sosioekonomiseen asemaan. Mielenterveyssyiden aiheuttamia pitkittyneitä sairauspoissaoloja on tutkittu alempien ja ylempien toimihenkilöiden välillä. Naisten osalta alempien toimihenkilöiden riski joutua pitkälle sairauslomalle mielenterveyssyistä on 13–25 % suurempi ylempiin toimihenkilöihin verrattuna. Miesten osalta riski on vastaavasti 20–30 % suurempi. (Perhoniemi – Blomgren 2025, 5–6). Myös psykiatriseen sairastavuuteen liittyvä stigma on vähentynyt, joka osaltaan madaltaa kynnystä hakeutua psykiatrisen hoidon pariin (Bergström 2020, 69–71). Etenkin erikoissairaanhoidossa toteutettava psykiatrinen sairaalahoito on kansantaloudellisesti varsin kallista ja sitoo jatkuvasti paljon resursseja. Tämän vuoksi psykiatrista hoitoa on pyritty ohjaamaan myös avohoitosektorin puolelle, sillä siellä kustannukset ovat merkittävästi ympärivuorokautista sairaalahoitoa matalammat. Toisaalta vakavien mielenterveyden häiriöiden hoito edellyttää usein laitostenmuotoista sairaalahoitoa, jotta voidaan taata potilaan terveys ja turvallisuus.

Erikoissairaanhoidon kustannukset Varsinais-Suomen hyvinvointialueella eroavat sairaalahoidon ja avohoidon välillä. Sairaalahoito on kustannuksiltaan kalliimpaa avohoitoon verrattuna niin aikuisten kuin nuorten osalta. Vastaava trendi on havaittavissa myös muualla Suomessa, esimerkiksi Pirkanmaan (Pirkanmaan hyvinvointialueen tuotehinnasto 2023), Pohjanmaan (Pohjanmaan hyvinvointialue, Hinnasto 2024), Etelä-Pohjanmaan (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen palveluhinnasto 2024) ja Kymenlaakson (Kymenlaakson hyvinvointialue, palveluhinnasto 2024) hyvinvointialueilla. Eroavaisuuksia on esimerkiksi henkilöstökustannuksissa. Sairalahoidossa työskentelee ympärivuorokautisesti hoitohenkilökuntaa ja vartiointihenkilökuntaa, jonka lisäksi päivystävä psykiatri työskentelee osastoilla ympärivuorokautisesti. Myös arkisin virka-aikaan psykiatrisen sairaalan osastolla työskentelee jatkuvasti useita eri alojen työntekijöitä, kuten lääkäreitä, hoitajia, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä. Avohoidon puolella henkilöstökustannukset ovat huomattavasti maltillisemmat, koska hoito tapahtuu pääsääntöisesti arkisin virka-ajan puitteissa eikä ympärivuorokautista hoitoa useinkaan ole tarjolla. Myös asiakkaalle itselleen avohoito tulee edullisemmaksi. Psykiatrinen avohoito ja polikliininen päihdehuolto ovat asiakkaalle Varsinais-Suomen hyvinvointialueella maksuttomia, kun taas hoitopäivämaksu psykiatrian toimintayksikössä eli osastolla maksaa 30,70 euroa vuorokaudessa (Varha.fi).

Psykiatrisen hoidon kasvava tarve tuo yhteiskunnallisia ja sosiaalipoliittisia haasteita etenkin kustannusnäkökulmasta. Tietoa psykiatristen hoitojen kustannuksista ja kustannusvaikuttavuudesta tarvitaan, jotta voidaan tulevaisuudessa vastata kasvavaan hoidontarpeeseen optimaalisella tavalla. Vaikka esimerkiksi psykiatrisen sairaalahoitopäivän yleiset kustannukset voidaan arvioida melko hyvin etenkin henkilöstö-, ja tilakustannusten osalta, niin laskelmat ovat aina subjektiivisia ja jossain määrin arvioihin perustuvia. Esimerkiksi välilliset, potilaskohtaisesti määräytyvät kustannukset, vaihtelevat merkittävästi esimerkiksi potilaiden eriävän työtilanteen vuoksi. Lisäksi tarkkoja arvioita mielenterveyden häiriöistä ja niiden määristä tulevaisuudessa on mahdoton ennustaa. Tämän vuoksi on keskeistä tutkia psykiatrisen hoidon kustannusvaikuttavuutta ja saada tietoa eri hoitomuotojen hyödyistä ja haasteista myös kansantaloudellisesta näkökulmasta.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja rajaukset

Tutkielman tavoitteena on tutkia ja analysoida avohoidon kustannusvaikuttavuutta psykiatristen potilaiden hoidossa Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Tämän tutkimiseksi valotetaan sopivilta osin myös psykiatrisen osastohoidon kustannusrakennetta, jonka lisäksi edellä mainittuja suhteutetaan toisiinsa. Lisäksi tutkielmassa pohditaan tämän pohjalta kustannusvaikuttavuudeltaan tehokkaimpia hoitostrategioita kansantaloudellisesta näkökulmasta. Vaikka tutkielman varsinainen

tarkoitus on kustannusvaikuttavuuden tutkiminen, niin tutkielmassa pohditaan myös avohoitosektorin ja osastosektorin välisen yhteistyön haasteita ja sitä, olisiko kustannusvaikuttavuudeltaan optimaalista pyrkiä ohjaamaan psykiatrasta hoitoa enemmän avohoidon vai osastohoidon suuntaan, vai olisiko yhteistyön kehittäminen kansantaloudellisesti järkevin ratkaisu. Tätä sivutaan sen vuoksi, että kustannusvaikuttavuuden optimointi avohoidossa ei ole itseisarvo vaan keskeistä on pyrkiä kehittämään kokonaisvaltaista psykiatrasta hoitoa siten, että se tarjoaa potilaille mahdollisimman hyvän hoidon käytettävissä olevat resurssit huomioiden.

Tutkimus keskittyy ensisijaisesti Varsinais-Suomen hyvinvointialueeseen ja muiden hyvinvointialueiden tarkempi taloudellinen tarkastelu jätetään tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Psykiatrinen hoito ja sen kansantaloudelliset haasteet ovat kuitenkin verraten samanlaisia eri hyvinvointialueilla, joten tämän tutkielman tulokset ja pääkohdat yleistyvät myös muiden hyvinvointialueiden tasolle. Lisäksi erilaiset sairaalahoidon ja avohoidon välimaastoon sijoittuvat hoitomuodot, kuten kuntoutusyksiköt, päiväsairaalat ja psykiatrinen asuntolatoiminta, rajataan tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Lisäksi erinäiset erikoispoliklinikat, joita myös Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle on perustettu hyvin spesifisten psykiatristen ongelmien hoitoon, rajataan tutkimuksen ulkopuolelle. Näin ollen tutkimuksessa painotetaan kokonaisvaltaista vertailua avohoidon ja osastohoidon välillä. Tehostettu avohoito on kiinteä osa psykiatrasta avohoitokokonaisuutta, joten tehostetun avohoidon kustannuksia tarkastellaan sopivalla tarkkuudella osana psykiatrasta avohoitokokonaisuutta.

Tutkielma toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jossa aiemman tiedon pohjalta muodostettiin kokonaiskäsitys avohoidon kustannusvaikuttavuudesta Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Tutkielmassa käytettiin monipuolisesti erilaisia kirjallisia lähteitä, joista saatiin tietoa mm. hoitojen arvioituista päiväkohtaisista kustannuksista sekä kustannusvaikuttavan hoidon periaatteista. Aineiston analysoinnissa sovellettiin laadullista sisältöanalyysiä, jonka avulla pureuduttiin ydinteemoihin ja muodostettiin tutkimuskysymykseen mahdollisimman objektiivinen ja kattava vastaus. Lisäksi tutkielma sisältää aiempiin tutkimuksiin pohjautuvaa analysointia avohoidon ja sairaalahoidon välisen yhteistyön ongelmista ja sen mahdollisista ratkaisuvaihtoehdoista.

Tutkielman luvussa 2 perehdytään yleisellä tasolla psykiatriseen avohoitoon ja osastohoitoon sekä niiden keskinäiseen työnjakoon. Luvussa 3 perehdytään kustannusvaikuttavuuteen käsitteenä ja käydään läpi psykiatrisen hoidon kustannusrakennetta ja sen osatekijöitä. Luvussa 4 perehdytään tutkielman ydinteemaan eli psykiatrisen avohoidon kustannusvaikuttavuuteen Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Luku 4 sisältää myös vertailuanalyysiä osastohoitomuotoiseen hoitoon

verrattuna nimenomaisesti kustannusvaikuttavuuden kontekstissa. Lisäksi luvussa 4 esitetään pohdintaa siitä, olisiko optimaalisen kustannusvaikuttavuuden saavuttamiseksi keskeisempää pyrkiä avohoidon ja osastohoidon välisen yhteistyön tehostamiseen vai enemmän painottaa jompaakumpaa hoitostrategiaa toisen kustannuksella. Tämä tutkielma lähtee siis liikkeelle perusteiden ymmärtämisestä ja yleisestä kustannusrakenteesta eri sektoreilla, jonka jälkeen siirrytään syvemmin tarkastelemaan aihetta nimenomaan kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Luvussa 5 tarkastellaan tutkielman tuloksia ja käydään keskustelua optimaalisen kustannusvaikuttavan psykiatrisen hoidon näkökulmasta. Luku 6 on tutkielman yhteenveto, jossa ytimekkäästi käydään läpi tutkielman avainlöydökset ja niiden merkitys.

2 PSYKIATRISEN HOIDON SEKTORIT JA YHTEISTYÖ

2.1 Psykiatrinen avohoito ja osastohoito Suomessa – aiheen taustoitus

Psykiatriset sairaudet aiheuttavat merkittävää henkistä kärsimystä potilaille sekä potilaan omaisille, mutta myös taloudellista taakkaa yhteiskunnallisesti ja kansantaloudellisesti. Psykiatrinen osastohoito alkoi Suomessa 1800-luvulla. Keskeisenä psykiatrisen osastohoidon alkuvaiheena pidetään vuotta 1841, jolloin Helsingin Lapinlahden sairaalaan avattiin ns. ”houruinhuone” psykiatrisia potilaita varten. Tätä ennen psykiatriset potilaat olivat vaihtelevasti perheenjäsenten ja sukulaisten tai seurakunnan vastuulla. Psykiatrian opetus alkoi Suomessa, ensimmäisenä Helsingin yliopistossa, kuitenkin vasta 1900-luvun alkuvaiheessa. 1800–1900-lukujen taitteessa perustettiin myös muita psykiatrisia sairaalaosastoja, kuten Kivelän mielisairaala vuonna 1894 ja Turun ”houruinosasto” vuonna 1892. Osastohoitojen määrä lähti merkittävään kasvuun 1950–1960-luvuilla, jolloin Suomessa rakennettiin alueellisia, ns. ”B-mielisairaaloita”, joihin keskitettiin pitkäaikaishoitoa tarvitsevat potilaat. Tämän jälkeen Suomessa on ollut varsin kattava psykiatristen sairaaloiden verkosto, joka ulottuu yliopistosairaaloiden lisäksi myös pienemmille alueille. (Lönnqvist – Henriksson – Marttunen – Partonen 2024, 57–60.)

Psykiatrinen avohoito alkoi tulla osastohoidon rinnalle merkittävässä määrin vasta 1970-luvulla. Etenkin vanhuspsykiatrisia potilaita pyrittiin ohjaamaan osastohoidosta avohoitosektorin puolelle. Psykiatrisen hoidon painopisteen siirtäminen sairaalaosastomuotoisesta hoidosta avohoitoon alkoi Britanniassa ja Yhdysvalloissa jo hieman aiemmin, 1950-luvulla. 1990-luvulla tapahtuneet mielenterveyslain lakiuudistukset olivat osaltaan vaikuttamassa siihen, että Suomeen kehittyi varsin monimutkainen psykiatrinen hoitoverkosto kattaen psykiatrisen sairaalahoidon, avohoidon ja kuntoutushoitomuodot. Tämän jälkeen on pyritty selkeyttämään työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, sekä psykiatrisen osastohoidon ja avohoidon välillä. Psykiatrinen avohoito on osoittautunut kustannusnäkökulmasta kannattavaksi osaksi kokonaisvaltaista hoitoa, mutta sillä on ollut myös haasteensa. Haasteina ovat esimerkiksi psykiatrisen avohoidon saatavuuden epätasainen jakautuminen Suomessa sekä avohoidossa työskentelevän henkilökunnan korkea kuormittuneisuus osastohoitohoidossa työskentelevään henkilökuntaan verrattuna. (Korkeila 2009, 2340). Lisäksi akateemisesti laadukkaita tieteellisiä tutkimuksia, joissa verrataan psykiatrisen avohoidon ja sairaalahoidon vaikutuksia ja vaikuttavuutta, on kansainvälisestikin varsin rajallisesti. Jotain tutkimuksia kyseisellä asetelmalla on kuitenkin tehty. Esimerkiksi eräässä Yhdysvaltalaisessa suhteellisen pieniotoksisessa tutkimuksessa havaittiin, että avohoidon ja sairaalahoidon välillä ei

oirehoidon näkökulmasta ollut tilastollisesti merkittävää eroa, mutta avohoidon kustannukset olivat n. 44 % pienemmät osastohoitoon verrattuna. (Fenton – Hoch – Herrell – Mosher – Dixon 2002, 357–364). Myös toinen, hieman vanhempi tutkimus, osoitti että kokonaiskustannukset avohoitosektorilla ovat osastohoitoa matalammat. Kyseisessä tutkimuksessa avohoidon vaikuttavuus kuitenkin todettiin hieman osastohoitoa heikommaksi, sillä potilaat toipuivat keskimäärin hitaammin avohoitosektorilla osastohoitoon verrattuna. (Creed – Mbaya – Lancashire – Tomenson – Williams – Holme 1997, 1381–1385). Lisää tietoa vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta Suomen osalta tarvitaan, sillä tulokset eivät suoraan ole vertailukelpoisia johtuen mm. osin erilaisista hoitostrategioista sekä erilaisesta sosiaalipolitiikasta.

2.2 Psykiatrisen palvelujärjestelmän yhteistyö Suomessa

2.2.1 Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä

Saumaton yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä psykiatristen (ja muidenkin) potilaiden hoidossa on ensiarvoisen tärkeää, jotta voidaan taata potilaan tarvitsema hoito ja tarpeen mukaan pystytään ohjaamaan potilas tarvittaessa nopeallakin aikataululla vaativan erikoissairaanhoidon piiriin. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on hieman erilaista riippuen psykiatrisen häiriön luonteesta. Esimerkiksi masennukseen sairastuneista potilaista valtaosa hakeutuu ensisijaisesti perusterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon, ja toisaalta tasoltaan lievät ja keskivaikeat masennukset pyritään lähtökohtaisesti myös hoitamaan perusterveydenhuollon puolella, tarvittaessa erikoissairaanhoidoa konsultoiden. Toisaalta vakavat masennustilat ovat myös potentiaalisesti itsetuhoiseen käytökseen johtavia sairauksia, jotka lähtökohtaisesti vaativat nopeaa yhteistyötä psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. Tässä tapauksessa lähettävän lääkärin täytyy olla tietoinen erilaisista erikoissairaanhoidon hoitovaihtoehdoista ja lähetekäytännöistä, ja toisaalta erikoissairaanhoidossa tulee olla valmiudet aloittaa potilaan hoito tarvittaessa nopeallakin aikataululla.

Psykoosiryhmän sairaudet, kuten skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö, muodostavat vastaavasti hyvin erityyppisen potilaskohortin. Psykoosisairauksissa perusterveydenhuollon haasteelliseksi tehtäväksi tulee psykoosisairauden tunnistaminen ja nopea jatkohoitoon ohjaaminen. Etenkin ensipsykoosipotilaat hoidetaan lähtökohtaisesti aina erikoissairaanhoidossa, joten yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on keskeistä. Myös yhteistyö muiden

erikoisalojen kanssa on usein tarpeellista, sillä psykoosin taustalla voi joskus olla myös elimellisiä tekijöitä, kuten keskushermoston sairauksia tai tuoreita lääkitysmuutoksia, jotka vaikuttavat häiriön puhkeamiseen. Nopea psykoosipotilaan erikoissairaanhoidon ohjaaminen on myös kustannusvaikuttavaa, sillä etenkin ensipsykoosipotilailla viive jatkohoitoon pääsemisessä heikentää merkittävästi sairauden ennustetta ja ennustaa useampia ja pidempiä sairaalahoitajaksoja tulevaisuudessa (Skitsofrenia, käypä hoito – suositus 2024). Potilaan nopea hoitoon pääseminen edistää myös nopeampaa töihin palaamista ja lyhyempää sairausloman tarvetta, jotka myös osaltaan säästävät yhteiskunnan kustannuksia.

Yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on kehitettävää. Ongelmia yhteistyössä on ollut etenkin potilaan hoidon jatkuvuuden varmistamisessa sekä tiedonvaihdossa. Myös hoitokäytännöt ovat olleet epäyhtenäisiä, joka myös osaltaan on vaikeuttanut sujuvaa yhteistyötä. Myös erilaisissa elektronisissa järjestelmissä, kuten potilastietojärjestelmissä, on ollut epäyhtenäisyyttä. Tiedonkulussa järjestelmien välillä on myös esiintynyt puutteita, jotka ovat hidastaneet potilaan siirtymistä hoitotahojen välillä. (Lehtonen 2019, 7–9). Elellä mainitut seikat heikentävät potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja viivästyttävät potilaan hoitoon pääsyä. Tämä johtaa hoidon kustannustehokkuuden heikentymiseen ja ylimääräisten kustannusten syntyymiseen.

2.2.2 Yhteistyö osastohoidon ja avohoidon välillä

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön lisäksi potilaan optimaalisen hoitotuloksen kannalta keskeistä on myös yhteistyö psykiatrisen erikoissairaanhoidon sisäisesti. Yhteistyössä korostuu etenkin työnjako ja yhteistyö sairaalahoidon ja avohoidon välillä. Myös avohoidon ja osastohoidon välimaastoon sijoittuvilla palveluilla on keskeinen paikkansa hoitoketjussa, mutta niiden tarkempi taloudellinen tarkastelu jätetään tämän tutkielman ulkopuolelle. Avohoidon ja osastohoidon yhteistyön onnistumisen kannalta on havaittu ristiriitaa yhteistyön taustalla olevien intressien näkökulmasta: yhteistyössä joudutaan yhteiskunnan näkökulmasta tasapainoilemaan terveyshyötyjen ja kustannusten välillä. Terveiden näkökulmasta parhaat ratkaisut eivät välttämättä ole kustannusten näkökulmasta optimaalisia eivätkä toisaalta kustannuksiltaan halvimmat ratkaisut useinkaan ole terveyshyödyn näkökulmasta optimaalisia. Näin ollen onkin keskeistä pyrkiä löytämään mahdollisimman kustannusvaikuttava ratkaisu, joka kuitenkin tarjoaa potilaalle mahdollisimman hyvän hoitotuloksen.

Avohoidon ja osastohoidon välinen yhteistyö on kahdensuuntaista. Avohoidossa tulee tunnistaa tilanteet, jolloin potilaan on välttämätöntä jatkaa hoitoaan osasto-olosuhteissa esimerkiksi oman

terveytensä tai oman/muiden turvallisuuden vuoksi. Toisaalta myöskään tarpeettoman pitkät osastohoitojaksot eivät ole perusteltuja ja niissä on havaittu merkittäviä haittoja: Osastohoito on usein potilasta passivoivaa ja pitkittyessään heikentää potilaan mahdollisuuksia palata yhteiskuntaan hoidon jälkeen. Lisäksi useiden kuukausien osastohoitojaksojen on osoitettu aiheuttavan laitostumista ja lisäävän todennäköisyyttä toistuville myöhemmille osastohoidoille. (Isohanni – Moring 1993, 1887). Etenkin toistuvat pitkittyneet osastohoitojaksot tulevat yhteiskunnallisesti erittäin kalliiksi. Potilaan hoitoketjussa usein osastohoitoa seuraa avohoito, jossa seurataan ja koordinoidaan potilaan jatkohoitoa potilaan kotiutumisen jälkeen. Potilaan tarvitseman tuen tarpeen perusteella arvioidaan, riittääkö perusmuotoinen avohoito vai tarvitaanko esimerkiksi tehostettua avohoitoa, joka on tavanomaista avohoitoa intensiivisempää.

Yhteistyön avohoidon ja osastohoidon välillä tulisi olla myös kustannustehokasta ja kustannusvaikuttavaa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan niissä tapauksissa, joissa skitsofreniapotilaan akuuttihoitossa tarvittiin avohoidon sijaan sairaalahoitoa, olivat osastohoitojaksojen kustannukset jopa seitsemän kertaa korkeammat kuin niiden potilaiden osalta, jotka pystyttiin hoitamaan pelkästään avohoidon turvin. (McIntyre – Higa yms 2023). Tämä tutkimus puoltaa potilaiden hoidon keskittämistä avohoitoon silloin kun se on mahdollista huomioiden potilaan ja muiden turvallisuus ja potilaan kokonaistilanne. Tätä tutkimustulosta ei kuitenkaan suoraan voida yleistää koskemaan myös Suomea, sillä hoitojärjestelmät eroavat monilta osin eri maiden välillä. Kustannusajattelu ei myöskään koskaan saisi ohjata hoitoa siten, että potilas jäisi vaille tarvitsemaansa hoitoa. Trendi avohoidon ja osastohoidon välillä on viime aikoina ollut se, että sekä vuodeosastohoitojen määrä, että niiden kesto on vähentymään päin koko Suomessa ja vastaavasti avohoidon osuus potilaiden hoidosta on ollut kasvamaan päin. (THL tilastoraportti, 42/2022, 1). Liikaa ei kuitenkaan pidä turvautua ajatukseen siitä, että avohoito korvaisi osastohoidon. Keskeistä on löytää optimaalinen tapa yhdistää avohoito ja sairaalahoito toisiaan tukevaksi kokonaisuudeksi, jossa hoitoketjut toteutuvat potilaan kannalta optimaalisesti ja jonka avulla potilaat eivät jää ilman tarvitsemaansa hoitoa.

3 PSYKIATRISEN HOIDON KUSTANNUKSET JA KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS

3.1 Psykiatrisen hoidon kustannukset

3.1.1 Keskeisten termien määrittely

Psykiatrisen hoidon aiheuttamilla kustannuksilla tarkoitetaan hoidon aiheuttamia yhteiskunnallisia kustannuksia. Kustannuksia voidaan ryhmitellä monin tavoin, esimerkiksi ns. suoriin ja epäsuoriin kustannuksiin. Suoria kustannuksia ovat esimerkiksi henkilöstökustannukset ja lääkekustannukset. Kyseiset kustannukset aiheutuvat varsinaisen hoidon järjestämisestä ja ovat yksittäisistä potilaista riippumattomia. Epäsuoria kustannuksia ovat vastaavasti erilaiset yleiskustannukset, joita ei kohdisteta yksittäisten potilaiden perusteella. Esimerkkinä epäsuorista kustannuksista ovat erilaiset hallinnolliset kustannukset. Kustannukset voidaan myös ryhmitellä kiinteisiin ja muuttuviin kustannuksiin. Esimerkiksi hiljattain rakennetun Kompassisairaalan rakennuskustannukset ovat kiinteitä kustannuksia: Ne eivät muutu potilasmäärän mukaan vaan pysyvät lyhyellä aikavälillä tarkasteltuna vakiona. Muuttuvat kustannukset vastaavasti muuttuvat hoidon määrän mukaisesti. Esimerkiksi lääkekustannukset ovat muuttuvia kustannuksia. Lääkkeiden tarve assosioituu potilasmäärään: jos useampi potilas käyttää tiettyä lääkettä, sitä tarvitaan enemmän kuin yhden potilaan hoitamiseen. Kolmas yleinen jaottelu tehdään välittömiin ja välillisiin kustannuksiin. Välittömät kustannukset aiheutuvat hoidosta itsestään. Esimerkiksi lääkityskustannukset ovat välittömiä ja muuttuvia kustannuksia, sillä ne liittyvät varsinaiseen hoitoon ja muuttuvat potilasmäärän mukaan. Välilliset kustannukset vastaavasti aiheutuvat nimensä mukaan välillisesti, ns. seurannaisvaikutuksina hoidosta. Esimerkiksi potilaiden tarvitsemat sairauspäivärahat hoidon ajalta ovat välillisiä kustannuksia. (Järvenpää – Länsiluoto – Partanen – Pellinen 2013, 54–61).

Kustannuksia voidaan tarkastella myös asiakkaan eli potilaan näkökulmasta, jolloin kustannukset tarkoittavat sitä kuluerää, joka potilaan maksettavaksi koituu vastineeksi saamastaan hoidosta. Käytännössä kyseessä on tällöin osastohoitojakson osalta päivähoitomaksu ja avohoidon osalta jonkinlainen poliklinikkakäyntimaksu. Kustannukset eroavat usein eri hoitomuotojen välillä. Esimerkiksi avohoidosta tai osastohoidosta potilaalle koituvissa kustannuksissa on eroavaisuuksia sekä psykiatrisessa että muussakin lääketieteellisessä erikoissairaanhoidossa. Tässä luvussa keskitytään ensisijaisesti psykiatrisen hoidon yhteiskunnallisiin kustannuksiin, mutta käydään myös lyhyesti läpi kustannuksia potilaan näkökulmasta.

Kustannusvaikuttavuus on käsite, jolla tarkoitetaan sote-sektorilla hoidon tuottaman hyödyn suhdetta sen aiheuttamiin kustannuksiin. Näin ollen absoluuttisesti matalimmat kustannukset eivät tarkoita, että hoito olisi kustannusvaikuttavaa. Kustannuksiltaan kallis hoito voi olla kustannusvaikuttavaa, jos sen tarjoamat hyödyt suhteessa kustannuksiin ovat korkeat. Toisaalta matalan kustannuksen hoito voi olla kustannusvaikuttavuudeltaan heikkoa, jos se tuottama hyöty jää hyvin vaatimattomaksi. Tämän takia kustannusvaikuttavaan hoitoon pyrkimisessä keskeistä on hakea optimaalista tasapainoa varsinaisten kustannusten sekä hoidon tarjoaman hyödyn välille. Koska resurssit ovat aina rajallisia, linkittyy kustannusvaikuttavuus suurelta osin myös poliittisen päätöksenteon kenttään tehtäessä päätöksiä siitä, millaista hoitoa kyseisillä resursseilla pystytään tarjoamaan. Lääketieteellisen etiikan mukaan potilaalle tulisi toki tarjota aina parasta mahdollista saatavilla olevaa hoitoa.

Kustannusajatteluun liittyy läheisesti myös termi kustannustehokkuus, joka eroaa kustannusvaikuttavuuden käsitteestä. Kustannustehokkuus tarkoittaa sitä, kuinka paljon terveyspalvelusta saadaan hyötyä tiettyä rahamäärää kohden. Jos esimerkiksi interventiot A ja B kustantavat saman verran, mutta interventio A osoittautuu terveyden näkökulmasta hyödyllisemmäksi, on interventio A tällöin interventiota B kustannustehokkaampi. Kustannustehokkuutta arvioitaessa otetaan huomioon sekä taloudelliset resurssit että hoidon tuottama hyöty potilaan terveydelle.

Kustannusvaikuttavuudella ja kustannustehokkuudella on yhtäläisyyksiä, mutta myös merkittäviä eroavaisuuksia. Kustannusvaikuttavuus tarkoittaa hoidon tuottaman hyödyn suhdetta sen aiheuttamiin kustannuksiin. Kaavamuodossa kustannusvaikuttavuus voidaan ajatella jakamalla hoidon kustannukset saavutetulla terveyshyödyllä. Kustannusvaikuttavuus antaa tietoa yhteiskunnallisella ja hyvinvointialueen tasolla siitä, millaisia hoitoja rajallisilla resursseilla kannattaa tuottaa, jotta saadaan terveyshyöty optimoitua. Kustannustehokkuus tarkastelee asiaa enemmän hoidon itsensä näkökulmasta ja siinä voidaan ajatella edellä kuvattua kaavaa toisin päin: Kustannustehokkuus tarkastelee hoidon tarjoamaa terveyshyötyä suhteutettuna kyseisen hoidon kustannuksiin. Hieman karrikoiden voidaan sanoa, että kustannustehokkuusanalyysillä voidaan vertailla hoitoja keskenään, kun taas kustannusvaikuttavuudella tutkitaan hoidon yhteiskunnallista vaikuttavuutta.

Terveystaloustieteessä kustannusvaikuttavuusanalyyseissä on käytetty mittarina esimerkiksi laaturapainotettua lisäelinvuotta eli QALY:a (quality-adjusted life year). Siinä huomioidaan paitsi

hoidon vaikutus eliniän kasvuun, niin myös elämänlaadun yhteys sairauden eri vaiheisiin. QALY lasketaan kaavalla elinvuodet * elämänlaatuindeksi. Elämänlaatuindeksi saa arvon välillä 0–1, jossa 0 viittaa potilaan menehtymiseen ja 1 täydelliseen toipumiseen sairautta edeltävään kuntoon. Esimerkiksi viisi täydelliseen toipumiseen johtavaa lisäelinvuotta antaa QALY:n arvoksi 5, kun taas 15 heikosti (0,3) toipumiseen johtavaa elinvuotta antaa arvoksi 4,5. Kaava korostaa siis elämänlaatua keskeisenä tekijänä sen sijaan, että tavoiteltaisiin mahdollisimman paljon absoluuttisia lisäelinvuosia.

Terveystaloustieteessä käytetään myös ns. inkrementaalista kustannusvaikuttavuussuhdetta eli $\Delta\epsilon/\Delta\text{QALY}$. Siinä verrataan keskenään eri hoitomuotoja. Siinä suhteutetaan kahden hoitomuodon kustannuseroa niiden tuottamiin QALY-yksiköiden eroihin. Kyseistä laskentamallia hyödynnetään osana kustannusvaikuttavuusanalyysinä terveystaloustieteessä. Kustannusvaikuttavuusanalyysin on havaittu olevan varsin käyttökelpoinen analysoitaessa eri hoitomenetelmien hyödynnettävyyttä, mutta se on yksinään osoitettu riittämättömäksi päätöksenteossa ja sen ohella onkin välttämätöntä hyödyntää myös laajamittaista keskustelua arvovalinnoista sekä kyseisen analyysin rajoitteista. (Laine 2014, 2094–8). Sitä voidaan hyödyntää myös vertailevassa analyysissä vertailtaessa esimerkiksi kahta erilaista hoitointerventiota, jolloin saadaan arvokasta lisätietoa eri hoitovaihtoehtojen vaihtoehtokustannuksista. Vaihtoehtokustannuksilla tarkoitetaan käytännössä sitä, kuinka suuri rahamääräinen säästö saadaan, kun valitaan paras saatavilla oleva vaihtoehto toiseksi parhaan vaihtoehdon sijaan (Järvenpää – Lämsiluoto – Partanen – Pellinen 2013, 63).

3.1.2 Psykiatrisen hoidon kustannukset yhteiskunnalle ja potilaalle

Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on viime vuosina ollut keskimäärin n. 20000 psykiatrista hoitokertaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuosittain. (THL:n raportti, psykiatrisen erikoissairaanhoidon alueittain). Tämä tarkoittaa keskimäärin lähes 55 psykiatrista hoitokertaa päivittäin. Varsinais-Suomen alueella hoitopäivä psykiatrisella vuodeosastolla on osastosta riippuen kustantanut 214-419e, joskin toisiksi edullisimman osaston kustannus on ollut 312e.

Avohoitokäynnit lasten ja nuorten osalta ovat olleet 311e. Vastaavasti aikuisten avohoito on jakautunut kustannuksiltaan seuraavasti: psykiatrisen poliklinikkakäynti 202e, intensiivisen avohoidon käynti 136e ja mielialahäiriöryhmäkäynti 216e. Keskimääräinen vuodeosastopäivä (kaikki erikoisalajat huomioiden) Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on kustantanut yhteiskunnalle keskimäärin 470e, joten psykiatrisen hoitopäivän kustannus on kalleimmillaankin ollut keskiarvoa selkeästi matalampi. Lasten ja nuorten avohoidon kustannukset koko sairaanhoitopiirin osalta ovat vaihdelleet välillä 114-375e, joten psykiatrisen avohoidon käynnit

ovat psykiatrisella sektorilla sijoittuneet haarukan yläpäähän. Sama trendi näkyy aikuisten avohoidon kustannuksissa, jotka sairaanhoitopiirin tasolla ovat sijoittuneet välille 87-261e. (Turun kaupungin raportti: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin ja Turun psykiatrian toimintojen yhdistäminen 2016).

Yllä havaitut psykiatrisen hoidon kustannukset voidaan jaotella kustannuslajeittain 3.1.1. jaottelun mukaisesti. Suorista kustannuksista etenkin henkilöstökustannukset ovat ympärivuorokautisessa osastohoidossa huomattavasti avohoitoa korkeammat. Tämä johtuu mm. siitä, että osasto-olosuhteissa tarvitaan henkilökuntaa ympärivuorokautisesti. Muita suoria kustannuksia ovat esimerkiksi lääkekustannukset, jotka ovat niin ikään korkeammat ympärivuorokautisessa sairaalahoidossa. Vastaavasti epäsuorien kustannusten, kuten hallinnollisten kustannusten, osuutta ei voida tarkkaan sisällyttää yllä kuvattuihin lukuihin. Hyvinvointialueiden hallinto on moniportainen ja kompleksinen sekä osin eri erikoisalaja integroiva. Tämän vuoksi kyseisten kustannusten kohdistaminen yksittäiselle erikoisalalle tai varsinkin erikoisalan sisäisesti jaoteltuna, on käytännössä mahdotonta. Toinen vaikeasti laskelmiin sisällytettävä kustannuslaji ovat välilliset kustannukset, sillä ne voivat potilaskohtaisesti vaihdella hyvinkin merkittävästi. Välilliset kustannukset pyritään huomioimaan laskelmissa aiheuttamisperiaatteen mukaisesti, mutta kyseinen menetelmä ei ole aina helppo toteuttaa käytännössä (Järvenpää – Länsiluoto – Partanen – Pellinen 2013, 59). Jotkut potilaan maksavat hoitonsa itse, mutta joillain potilailla hoito kustannetaan esimerkiksi sosiaalitoimen kautta ja lisäksi potilas saattaa tarvita erilaisia sosiaalietuuksia hoidon ajalta ja hoidon jälkeen. Näiden seikkojen vuoksi edellä kuvattuihin avohoidon ja osastohoidon kustannuksiin tulee suhtautua varauksellisesti. Lisäksi varsinkin pitkät osastohoidot passivoivat potilaita ja aiheuttavat yleensä pidempiä sairauslomien tarpeita, jotka voivat johtaa merkittäviin ansionmenetyksiin sekä luoda haastetta työelämään palaamiselle. Pitkittyneiden sairaalahoitajaksojen on todettu aiheuttavan myös sosiaalista haittaa, mm. tukiverkoston heikentymistä ja ihmissuhteiden katkeamista. (Kosonen – Smahl 2020, 23–24). Psykiatriseen hoitoon päätymiseen liittyy myös edelleen sosiaalista ja yhteiskunnallista stigmatisaatiota, joskin se on aiempiin vuosikymmeniin verrattuna huomattavasti vähentynyt.

Yllä kuvattuja lukuja voidaan myös verrata muiden hyvinvointialueiden kustannuksiin. Esimerkiksi Pirkanmaan hyvinvointialueella aikuispsykiatrisen hoitopäivän kustannus on keskimäärin 420e vuorokaudessa (Pirkanmaan hyvinvointialueen tuotehinnasto 2023), kun taas Varsinais-Suomessa kustannukset asettuvat pääasiassa välille 312-419e. Avohoidon kustannukset vastaavasti vaihtelevat Varsinais-Suomen hyvinvointialueella välillä 136-216e, kun taas vastaava vaihteluväli Pirkanmaan

hyvinvointialueella on 145-313e. Näin ollen absoluuttisten kustannusten valossa Varsinais-Suomen hyvinvointialue tuottaa säästöjä Pirkanmaahan verrattuna. Raporteista eivät kuitenkaan ilmene tarkat laskukaavat lukujen taustalta ja tämän vuoksi kyseiset luvut eivät välttämättä ole suoraan vertailukelpoisia. Lisäksi joidenkin hyvinvointialueiden osalta laskentatavat ovat tyystin erilaiset. Esimerkiksi Pohjanmaan hyvinvointialueella kustannukset arvioidaan tutkimusjaksoittain, ei päivähoitomaksuittain (Pohjanmaan hyvinvointialue, Hinnasto 2024). Tämän takia kustannusarviot Pohjanmaan hyvinvointialueelta tulevat luonnollisesti hyvin paljon Varsinais-Suomen hyvinvointialuetta korkeammiksi, kun tarkastellaan osastokustannuksia yleisesti.

Potilaan näkökulmasta avohoito tulee huomattavasti osastohoitoa edullisemmaksi. Psykiatrinen avohoito ja polikliininen päihdehuolto ovat potilaalle Varsinais-Suomen hyvinvointialueella maksuttomia. Vastaavasti psykiatrinen hoito osastolla maksaa osastohoitovuorokautta kohden 30,70e/vrk ja maksukaton ylittymisen jälkeen 25,10e/vrk. Pitkäaikaishoito psykiatrisella vuodeosastolla on tulosidonnaista. Ns. tarkkailujakso, jolloin potilas on tahdonvastaisesti psykiatrisessa osastohoidossa kuitenkin siten, että tarkkailujakson päätteeksi potilasta ei määrätä mielenterveyslain mukaiseen tahdosta riippumattomaan jatkohoitoon, on potilaalle kuitenkin maksutonta. (Varha.fi).

3.2 Kustannusvaikuttavuuden merkitys psykiatrisessa hoidossa

Kustannusvaikuttava hoito mahdollistaa rajallisten resurssien kohdistamisen potilaan hoitoon siten, että potilaan saama hyöty maksimoituu suhteessa hoidosta koituviin yhteiskunnallisiin kustannuksiin. Kustannusvaikuttavan hoidon määrittely on kuitenkin käytännön tasolla varsin vaativaa. Terveystaloustieteessä hyödynnetään erilaisia kustannusvaikuttavuuden mittareita, kuten aiemmin mainittu laatupainotettua lisäelinvuotta. Hoidon negatiiviset puolet ja sivuvaikutukset ovat vastaavasti tekijöitä, jotka heikentävät hoidon kustannushyötysuhdetta ja sitä kautta kustannusvaikuttavuutta. On osoitettu, että asiantuntijat kiinnittävät hoidon tarpeen arvioinnissa ensisijaisesti huomiota hoidon vaikuttavuuteen eli positiiviseen odotusarvoon ja mahdollisten haittavaikutusten arviointi on kliinisessä päätöksenteossa jäänyt suhteessa vähemmälle huomiolle. (Lönnqvist – Henriksson – Marttunen – Partonen 2024, 51.) Nykyaikana kuitenkin potilaan asema on vahvistunut merkittävästi myös psykiatrisessa hoidossa, ja sen myötä on lähdetty kiinnittämään enemmän huomiota myös hoitojen aiheuttamiin sivuvaikutuksiin ja muihin mahdollisiin haittavaikutuksiin. Tämä edistää osaltaan myös hoidon kustannusvaikuttavuuden optimointia, sillä hoidon eri puolista (niin hyödyistä kuin haittavaikutuksista) ollaan aiempaa tietoisempia. Näin ollen

myös kustannusvaikuttavuusanalyysissä otetaan huomioon sekä hoitojen hyödyt että haitat. QALY huomioi myös osaltaan sekä eliniän pidentymisen, että sen tuottaman lisäelinajan laadun.

Kustannusvaikuttavuus on suoraan vaikuttanut myös nykyisiin hoitolinjauksiin. Etenkin ennaltaehkäisevän mielenterveystyön rooli on kasvanut merkittävästi. Mielenterveyden edistämistyön eli promootion sekä muun ennaltaehkäisevän mielenterveystyön merkittävästä kustannusvaikuttavuudesta on tieteellisten tutkimusten perusteella erittäin vahva näyttö. Erityisen vahva näyttö on interventioilla, jotka kohdistuvat vanhemmuuteen ja lapsuuteen. (Wahlbeck – Hannukkala – Parkkonen – Valkonen – Solantaus 2017, 985–92). Psykiatrisista sairauksista etenkin masennuksessa ennaltaehkäisevä hoito tuottaa huomattavasti suurempia kustannussäästöjä kuin jo puhjenneen, etenkin vaikea-asteisen, masennuksen hoito. Vanhemmille suuntautuva neuvolatoiminta ja lapsen hyvä ja turvallinen päivähoitotoiminta suojaavat lasta tulevalta masennukselta. Jo puhjenneessakin masennuksessa varhainen, aktiivinen hoito on vaikuttavampaa kuin myöhemmin aloitettu hoito. Perusterveydenhuoltoon on kehitetty ns. depression hoidon yhteistoimintamalli, jonka on alustavien tutkimusten perusteella havaittu lisäävän masennuksen hoidon kustannusvaikuttavuutta (Depressio, käypä hoito – suositus 2025).

Hoidon alueellisen saatavuuden erot ja epätasa-arvoisuus hoidon saamisessa ovat vastaavasti kustannustehokkuutta heikentäviä tekijöitä. Esimerkiksi psykoterapia on osoitettu vaikuttavaksi hoidoksi masennuksessa, mutta alueelliset erot psykoterapiaan pääsyssä ja pitkäksi venyneet hoitojonot viivästyttävät hoitoon pääsyä. Viive hoitoon pääsyssä vaikuttaa negatiivisesti sairauden ennusteeseen ja heikentää näin hoidon kustannusvaikuttavuutta. Sosioekonomiset tekijät vaikuttavat siihen, millaisella aikataululla hoitoon voi päästä. Korkean sosioekonomisen aseman omaavat potilaat voivat hakeutua yksityisen sektorin hoitoon, jonne pääsee parhaimmillaan jo samana päivänä. Vastaavasti matalamman sosioekonomisen aseman omaavat potilaat voivat joutua odottamaan useita kuukausia hoitoon pääsyä. Tämä koskee psykoterapian lisäksi myös muille spesialisteille, kuten psykiatrian erikoislääkäreille ja psykologeille pääsyä.

4 KUSTANNUSVAIKUTTAVAA HOITOA VARSINAIS-SUOMEN HYVINVOINTIALUEELLA

4.1 Psykiatrisen avohoidon kustannusvaikuttavuus Varsinais-Suomen hyvinvointialueella

Avohoitomuotoinen psykiatrinen hoito on tullut kiinteäksi osaksi psykiatriasta hoitokenttää myös Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Avohoidossa korostuvat hoidon jatkuvuus sekä ennaltaehkäisevä mielenterveystyö, jossa nimensä mukaisesti pyritään hoitamaan sairauksia ennaltaehkäisevällä otteella. Ennaltaehkäisevä psykiatrinen avohoitotyö on ollut Varsinais-Suomen hyvinvointialueella kustannusvaikuttavaa ja siksi siitä on tullut tärkeä osa potilaiden hoitoa (Mieli ry 2023, kirjaukset hallitusohjelmaan). Hyvin toteutettu avohoito vähentää myös sairaalahoitojen määrää ja kestoja, mikä on myös kustannusvaikuttavaa yhteiskunnallisesti. Pitkät laitospitoiset hoidot ovat usein kustannustehottomia ja myös potilaan kannalta hoidollisesti runsaasti haittaa aiheuttavia hoitointerventioita, joten niiden käyttöä tulee rajata tarkkaan harkittuihin tapauksiin. Niillä on silti tärkeä paikkansa psykiatrisessa hoitojärjestelmässä, esimerkiksi vakavien psykoottisten sairauksien sekä psykoottisen masennuksen hoidossa. Näin ollen osastohoidon täydellinen korvaaminen avohoidolla on epärealistista.

Alustava tutkimusnäyttö psykiatrian hoitokentältä on antanut viitteitä siitä, että avohoito Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on kustannusvaikuttavaa. Lisää tietoa aiheesta kuitenkin tarvitaan. Lisäksi on useita tekijöitä, jotka heikentävät osaltaan kustannusvaikuttavuutta. Yhtenä kustannusvaikuttavuutta heikentävänä tekijänä ovat pitkät hoitojonot, joihin on pyritty hakemaan ratkaisua myös yksityisen sektorin palveluista. Tämä kuitenkin väistämättä johtaa sosioekonomisiin ristiriitoihin, sillä yksityissektorin tarjoama nopeampi hoitoon pääsy vaatii yleensä potilaalta merkittävää taloudellista panostusta, johon kaikilla ei ole varallisuutta. Eriarvoisuus voi johtaa merkittäviin hoitoviiveisiin matalamman sosioekonomisen aseman omaavilla potilailla. Tämä lisää pitkän aikavälin yhteiskunnallisia kustannuksia, sillä aiemmin toteutettu hoito tulee aina edullisemmaksi.

Avohoidon kustannusvaikuttavuutta Varsinais-Suomen hyvinvointialueella heikentää myös se, että erilaisia hoitavia tahoja etenkin avohoidossa Varsinais-Suomen alueella on niin paljon, että vaarana on ns. hoidon pirstaleisuus, millä tarkoitetaan sitä, että potilasta hoitaa usea eri taho, joilla ei välttämättä ole täyttä pääsyä toistensa potilasasiakirjoihin. Tämä johtaa useisiin ongelmiin ja

heikentää merkittävästi kokonaishoidon kustannusvaikuttavuutta. (Vierula 2019). Potilas ei esimerkiksi välttämättä tiedä, kuka on potilaan hoidosta viime kädessä vastuussa oleva taho. Lisäksi järjestelmän sisälläkin voi olla vaikeuksia tunnistaa, mitkä vastuut kullekin hoitotaholle kuuluvat. Usein esimerkiksi potilaan taloudellisen tilanteen arviointi ja mm. etuusasioiden selvittäminen saattaa jäädä puutteelliseksi, mikä heikentää potilaan kokemusta hoidon kokonaisvaltaisuudesta ja sitä kautta vaikuttaa negatiivisesti myös kustannusvaikuttavuuteen ja hoidon kustannustehokkuuteen. Vastaavasti voi tulla eteen myös tilanteita, joissa useampi hoitotaho hoitaa samoja potilaan ongelmia, jolloin puhutaan hoidon päällekkäisyydestä. Myös tällainen tilanne on ymmärrettävästi hyvin kustannustehotonta, sillä resurssien tehokas taloudellinen hyödyntäminen ei tällaisessa tilanteessa toteudu. Ongelma hoidon pirstaleisuuden taustalla on se, että psykiatrinen sairaala- ja avohoito kuuluvat Varsinais-Suomen alueella (ja monella muullakin alueella) hallinnollisesti eri organisaatioihin. Palveluita tuottavia tahoja ovat Varsinais-Suomen hyvinvointialueen lisäksi sosiaalitoimi ja terveystieteiden keskus. Organisaatioiden välisessä yhteistyössä voi tulla ongelmia, jotka altistavat hoidon pirstaleisuudelle. (Lönnqvist – Henriksson – Marttunen – Partonen 2024, 253.)

Osaltaan haastetta luo myös psykiatrisessa avohoidossa työskentelevän henkilökunnan kuormittuneisuus osastohoidossa työskentelevään henkilökuntaan verrattuna. Etenkin työuupumusta on osoitettu olevan enemmän avohoidossa työskentelevällä henkilökunnalla osastohenkilökuntaan verrattuna. (Korkeila 2009, 2340). Syynä on esimerkiksi resurssipula, jolloin yksittäinen työntekijä joutuu työpäivän aikana tapaamaan potilaita standardoitua määrää enemmän. Tämä yhdistettynä runsaaseen paperitöiden määrään avohoitosektorilla aiheuttaa henkilökunnalle kuormitusta. Tämä tekijä on tärkeää huomioida myös kustannustehokkuusanalyysissä, sillä kuormittunut työntekijä ei pysty tekemään työtään samalla tehokkuudella ja motivaatiolla hyvinvoivaan työntekijään verrattuna, joka väistämättä vaikuttaa myös hoidon laatuun ja onnistumiseen.

4.2 Kohti kustannusvaikuttavinta hoitoa Varsinais-Suomen hyvinvointialueella – avohoitoa, osastohoitoa vai molempia?

Edellä on tarkasteltu Varsinais-Suomen hyvinvointialueen psykiatrisen hoidon kustannuksia ja kustannusrakennetta avohoidon sekä osastohoidon näkökulmasta. Lisäksi on havainnollistettu sektoreiden välistä yhteistyötä ja sen merkitystä psykiatrisessa hoidossa niin potilaan hoidon ja hyvinvoinnin, kuin myös yhteiskunnallisten kustannusten näkökulmasta. Olisiko psykiatrista hoitoa syytä keskittää enemmän avohoitoon tai osastohoitoon, vai onko nykyisenkaltainen hybridimalli

kuitenkin kustannusvaikuttavin ja myös potilaan edun kannalta optimaalisin hoitostrategia? Ja jos on, niin olisiko nykyistä hybridimallia mahdollista kehittää siten, että sen kustannushyötysuhdetta saataisiin entisestään parannettua?

Kustannusten minimoimisen näkökulmasta vaikuttaisi siltä, että hoitoa olisi syytä ohjata voimakkaasti avohoidon suuntaan ja pyrkiä minimoimaan osastohoidon tarve.

Kustannusvaikuttavuus ei kuitenkaan tarkoita kustannusten minimoimista, vaan kustannusten ja hoidosta saatavan hyödyn suhteen välistä analysointia. Avohoidon painopistettä psykiatristen potilaiden hoidossa on viime vuosikymmeninä selvästi lisätty, mutta osastohoitopaikkojen lisääntymisessä ei vastaavaa trendiä ole nähty. Tämä näkyy ajankohtaisesti Varsinais-Suomen hyvinvointialueella psykiatristen osastojen jatkuvana ylipaikkatilanteena, jossa lähes kaikilla osastoilla on enemmän potilaita kuin resurssien puitteissa olisi mahdollista hoitaa. Tilanne kertoo siitä, että vaikka avohoidossa pystytään hoitamaan etenkin lieviä ja keskivaikeita mielenterveyden häiriöitä varsin menestyksekkäästi, niin etenkin vakavien mielenterveyden häiriöiden hoidossa osastohoito on edelleen välttämätön osa hoitoa. Osastohoito on korkeammista kustannuksistaan huolimatta kustannusvaikuttavaa hoitoa silloin kun sen avulla pystytään edistämään potilaan toipumista vaikeista mielenterveyden häiriöistä ja edistämään potilaan paluuta yhteiskuntaan ja työelämään. Kyse on toki myös arvovalinnoista ja lääketieteen eettisistä periaatteista. Silloinkin kun hoito ei tuota toivottua lääketieteellistä tai yhteiskunnallista lopputulosta, on potilaan oikeus saada tarvitsemaansa lääketieteellistä hoitoa riittävä peruste pitää yllä riittävää resursointia niin osastohoidon kuin avohoidon sektorilla.

Psykiatrisen avohoidon ja osastohoidon vastakkainasettelun sijaan olisi mielekästä enemmän tarkastella avohoidon ja osastohoidon välisen yhteistyön sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön toimivuutta ja sen vaikutusta kustannuksiin.

Masennustiloissa korostuu yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, kun taas vaikeissa psykoosisairauksissa sekä persoonallisuushäiriöissä korostuu yhteistyö psykiatrisen avohoidon ja sairaalahoidon välillä. Jos tarpeettomia kustannuseriä, kuten hoidon pirstaleisuutta ja hoitoketjujen tarpeetonta kompleksisuutta saataisiin purettua, päästäisiin tällöin astetta lähemmäksi optimaalista kustannustehokasta psykiatrista hoitostrategiaa.

5 TULOKSET JA KESKUSTELU TULOKSISTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella psykiatrisen avohoidon kustannusvaikuttavuutta Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Lisäksi sivuttiin osastohoitomuotoisen sairaalahoidon kustannusrakennetta ja kustannusvaikuttavuutta ja tehtiin vertailevaa analyysiä avohoidon ja osastohoidon välillä. Edellä kuvatun pohjalta pyrittiin selvittämään, olisiko kustannusvaikuttavuudeltaan ensisijaista pyrkiä ohjaamaan psykiatrisen hoidon painopistettä avohoidon tai osastohoidon suuntaan vai pyrkiä ennemmin kehittämään avohoidon ja osastohoidon välistä yhteistyötä. Tässä hyödynnettiin myös kustannustehokkuusajattelua käymällä läpi nykyisen yhteistyön kehityskohteita.

3.1.2. luvun absoluuttisia kustannuksia tarkasteltaessa havaittiin, että psykiatrisen osastohoidon suorat ja epäsuorat kustannukset tulevat psykiatrista avohoitoa korkeammiksi. Vastaava trendi nähdään myös tarkasteltaessa muiden erikoisalojen osastohoidon ja avohoidon kustannuksia. Toisaalta psykiatrisen osastohoitopäivän kustannukset (214-419e) ovat varsin maltilliset verrattuna keskimääräiseen osastohoitopäivään Varsinais-Suomen alueella (470e). Tämä johtunee osaltaan esimerkiksi siitä, että muiden erikoisalojen vuodeosastohoidossa tehdään enemmän erilaisia somaattisten eli fyysisten sairauksien hoitointerventioita, kuten laboratoriotutkimuksia ja kuvantamistutkimuksia. Vastaavasti psykiatrisen avohoito niin lasten ja nuorten (311e), kuin myös aikuisten osalta (136-216e), on kustannuksiltaan Varsinais-Suomen keskiarvoon nähden varsin kallista (lapset ja nuoret 114-375e, aikuiset 87-261e). Näiden lukujen analysoinnissa tulee kuitenkin ottaa huomioon aiemmin mainitut haasteet, kuten hallinnollisten kustannusten kohdistamisen ongelmat erikoisalakohteisesti sekä välillisten kustannusten merkittävä variaatio potilaskohteisesti. Lisäksi vertailtaessa keskenään eri hyvinvointialueiden kustannuksia, tulevat ongelmaksi luvussa 3.1.2. kuvatut eriävät tai mahdollisesti eriävät laskukaavat kustannusten arvioinnissa. Laskelmat tehdään hyvinvointialuekohtaisesti eivätkä ne tämän vuoksi ole täysin yhteneväisiä eivätkä sitä kautta täysin vertailukelpoisia. Lisäksi joillain hyvinvointialueilla osastokustannukset arvioidaan hoitopäivittäin, kun taas joillain hyvinvointialueilla kustannukset arvioidaan osastohoitojaksoittain.

Alustava tutkimusnäyttö viittaa siihen, että psykiatrisen avohoito Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on kustannusvaikuttavaa. Lisää tutkimusta aiheesta kuitenkin tarvitaan niin Varsinais-Suomen kuin myös koko Suomen psykiatrisen hoidon osalta. Psykiatrisen avohoito on suhteessa Varsinais-Suomen alueen yleisiin avohoidon kustannuksiin vaihteluvälin yläpäässä, mutta avohoidolla pystytään vähentämään sekä osastohoidon lukumäärää, että kestoja. Psykiatrisen

osastohoito on suhteessa Varsinais-Suomen alueen yleisiin osastohoitokustannuksiin keskimääräistä edullisempaa, mutta silti suorien ja epäsuorien kustannusten osalta selkeästi avohoitoa kalliimpaa. Psykiatrisella avohoidolla tavoitellaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueella paitsi osastohoitokasojen määrän ja keston vähentymistä, myös ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä, joka on kustannusvaikuttavuudeltaan ja potilaslähtöisyydeltään kaikkein tehokkainta ja vaikuttavinta hoitoa. Tämä tavoite yleistyy myös koko Suomen tasolle, jossa avohoito onkin integroitu kiinteäksi osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa hyvällä menestyksellä.

Tutkimuksessa havaittiin, että yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä avohoidon ja osastohoidon välillä, on keskeistä nykyisessä hoitostrategiassa. Erikoissairaanhoidossa ei ole resursseja hoitaa kaikkia mielenterveyden ongelmia, jolloin perusterveydenhuollon rooli etenkin lievien ja keskivaikeiden sairauksien hoidossa korostuu. Yhteistyötä tarvitaan esimerkiksi silloin kun perusterveydenhuollosta halutaan konsultoida erikoissairaanhoidon tai kun erikoissairaanhoidosta halutaan lähettää hyvässä hoitotasapainossa oleva potilas jatkamaan hoitoaan perusterveydenhuollon puolelle. Myös psykiatrian erikoisalalla tarvitaan saumatonta yhteistyötä avohoidon ja osastohoidon välillä, jotta potilaan hoitoketjut eivät katkea ja toisaalta potilas voidaan lähettää tarvittaessa avohoidosta osastohoitoon tai osastohoidosta avohoitoon.

Pohdittaessa, pitäisikö hoitoa keskittää enemmän avohoitoon vai osastohoitoon todettiin, että molemmat sektorit ovat välttämättömiä, jotta eriasteisia mielenterveyden häiriöitä voidaan hoitaa vaikuttavasti ja potilasturvallisesti. Osastohoitopaikoista ei voida leikata, sillä jo nykyisellään Varsinais-Suomen hyvinvointialueen psykiatriset osastot ovat jatkuvasti ylipaikoilla. Toisaalta avohoidostakaan ei voida leikata, sillä niiden rooli etenkin lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidossa on tärkeä ja suurin osa mielenterveyden häiriöistä painottuu näihin luokkiin. Lisäksi myös avohoitopalveluiden saatavuudessa on jo nykyisellään ongelmia. Alueellisten erojen lisäksi myös pitkät hoitojonot viivästyttävät potilaiden nopeaa hoitoon pääsyä, joka on keskeistä hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi. Tässä kohdissa sosioekonomiset erot korostuvat varakkaiden potilaiden hakeutuessa yksityissektorille, jonne hoitojonot ovat huomattavasti lyhyemmät kuin julkiselle sektorille. Myös avohoidon ennaltaehkäisevä rooli on keskiössä myös vältettäessä potilaiden joutumista pitkiin osastohoitoihin. Näin ollen painopistettä olisi syytä siirtää sektoreiden välisen yhteistyön kehittämiseen ja yhteistyön ongelmakohtien ratkaisemiseen.

Tutkimuksessa käytiin läpi edellä kuvattuja ongelmakohtia. Avohoidon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön näkökulmasta etenkin hoidon pirstaleisuus on ongelma. Potilaalla voi esimerkiksi

olla useita samoja asioita hoitavia avohoidon tahoja, jolloin päällekkäinen työskentely on paitsi potilaalle kuormittavaa, myös kustannustehotonta. Hoitavia tahoja voi olla lisäksi ns. kolmannen sektorin palveluissa. Hoidon pirstaleisuus ongelmana yleistyy myös muihin erikoisaloihin sekä koko Suomen tasolle. Suomen pirstaleinen hoitojärjestelmä tekee terveydenhuoltojärjestelmän kustannukset vaikeasti hallittaviksi ja järjestelmän hankalasti johdettavaksi (Vierula 2019). Myös hoidon jatkuvuutta yhteistyön saralla tulisi kehittää. Potilaan hoidon siirtymisen avohoidosta osastohoitoon tai toisinpäin tulisi tapahtua saumattomasti ilman tarpeettoman pitkiä viiveitä. Tarpeettomat viiveet heikentävät hoidon tehoa ja sitä kautta hoidon kustannustehokkuutta.

6 YHTEENVETO

Alustava tutkimusnäyttö antaa viitteitä siitä, että psykiatrinen avohoito on kustannusvaikuttavaa Varsinais-Suomen hyvinvointialueella ja laajemminkin koko Suomessa. Lisää tutkimustietoa eri hyvinvointialueilta sekä laajemmin koko Suomen alueelta kuitenkin tarvitaan. Lisäksi tarvitaan vertailevaa tutkimustietoa eri erikoisalojen väliltä sekä eri hyvinvointialueiden väliltä, jotta voidaan havaita mahdollisia erikoisalakohtaisia haasteita ja sitä kautta kehittää entisestään psykiatrisen hoidon kustannusvaikuttavuutta entistä parempaan suuntaan. Avohoito vähentää sitä kalliimman osastohoidon tarvetta sekä osastohoitojen määrässä että kestossa mitattuna. Lisäksi avohoito pyrkii psykiatristen sairauksien ennaltaehkäisevään hoitotyöhön sekä varhaiseen hoitoon, joka on myöhäisvaiheen hoitoa huomattavasti kustannusvaikuttavampaa ja kustannustehokkaampaa. Myös psykiatrinen osastohoito on oikein kohdistettuna kustannusvaikuttavaa. Tällöin keskeistä on oikea potilasvalinta ja oikein mitoitettu osastohoidon kesto.

Kustannusvaikuttavimman hoitostrategian löytämisessä on keskeistä ennemmin keskittyä eri sektoreiden välisen yhteistyön kehittämiseen kuin niiden välisten erojen ja tarpeen määrittelyyn. Avohoidon sekä osastohoidon rooli potilaiden hoidossa on kiistaton, eikä kummastakaan voida luopua. Sektoreiden välisessä yhteistyössä on ajankohtaisina haasteina hoitoketjujen monimutkaisuus ja siihen liittyvä hoidon pirstaleisuus, hoitoon pääsyn pitkät jonot ja vaihteleva saatavuus etenkin avohoitosektorin puolella, sekä etenkin avohoitosektorilla havaittu henkilökunnan kuormittuneisuus ja siihen liittyvät ongelmat.

Kustannusvaikuttavuutta psykiatrisessa hoidossa saadaan lisättyä edellä kuvatut ongelmat tiedostamalla ja niihin puuttamalla. Hoitoketjujen sujuvoittaminen ja yksinkertaistaminen vähentäisi hoidon pirstaleisuutta. Hoitonoja voidaan osittain purkaa yksityisen sektorin avulla, joskin siitä pääsevät hyötymään eniten korkean sosioekonomisen aseman omaavat potilaat. Henkilökunnan hyvinvointiin tulee panostaa etenkin avohoitosektorilla. Keskeistä on myös jatkaa sujuvaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, jotta voidaan taata erikoissairaanhoidon resurssien riittävyys potilaille, jotka erikoissairaanhoidon palveluita eniten tarvitsevat.

Lähteet

Bergström, Tomi (2020). Näkökulma laajenee, mielenterveysstigma vähenee.

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. 57: 69–71.

Creed, F – Mbaya, P yms. (1997). Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *BMJ* 10;314(7091): 1391-5.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen palveluhinnasto 2024. <chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://www.hyvaep.fi/uploads/2024/10/hyvaep_palveluhinnasto_2024.pdf>

Fenton, Wayne – Hoch Jeffrey yms. (2002). Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 59(4): 357-64.

Isohanni, Matti – Moring, Juha (1993). Muuttuva psykiatrinen sairaalahoito. *Lääketieteellinen Aikauslehti Duodecim*. 109(21): 1887-

Järvenpää, Marko – Länsiluoto, Aapo – Partanen, Vesa – Pellinen, Jukka (2013). Talousohjaus ja kustannuslaskenta. 7. uus. p. Sanoma Pro.

Korkeila, Jyrki (2009). Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 125(21): 2333–40.

Kosonen, Nelli – Smahl, Kia (2020). Psykiatrisen potilaan toipumista edistävät tekijät sairaalahoidossa. Kirjallisuuskatsaus. Savonia ammattikorkeakoulu, Kuopio.

Kymenlaakson hyvinvointialue: Palveluhinnasto 2024. <chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://kymenhva.fi/wp-content/uploads/2024/02/Hinnasto-2024-26-02-2024.pdf>

Käypä hoito – suositus (2024). Skitsofrenia, Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Käypä hoito – suositus (2025). Depressio, Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>

Laine, Juha (2014). Kustannusvaikuttavuus ei yksin riitä priorisoinnin perustaksi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 130(20):2094–8.

Lehtonen, Saija (2019). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia. Pro gradu – tutkielma.

Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus yms. (2024). Psykiatria. 15.–16. uus. p. Kustannus Oy Duodecim.

McIntyre, Roger – Higa, Sara yms. (2023). Place of care and costs associated with acute episodes and remission of schizophrenia. *J Manag Care Spec Pharm.* 29(5): 499–508.

Mieli ry, Mieli ry:n kirjaukset hallitusohjelmaan 2023–2027.

<https://mieli.fi/yhteiskunta/vaalit/mielenterveys-eduskuntavaaleissa-2023/mieli-ryn-hallitusohjelmakirjaukset-2023-2027/?utm_source=chatgpt.com>

Ora, Ulla (2025). Opiskelijoiden sairauspoissaolot mielenterveyssyistä lisääntyneet. *Suomalainen Lääkärilehti.* 80:e44597.

Perhovaara, Riku – Blomgren, Jenni (2025). Long-Term Sickness Absences Based on Mental Disorders by Socioeconomic Group – Trends of Prevalence in Finland 2010 – 2023. *BMC public health,* 25(1).

Pirkanmaan hyvinvointialueen tuotehinnasto 2023.

<<file:///C:/Users/35846/Downloads/Pirha%20hinnasto%202023%20FINAL%2009122022.pdf>>

Pohjanmaan hyvinvointialue: Prislissa hinnasto 2024. <<chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/wp-content/uploads/2024/07/Prislissa-Hinnasto-2024.pdf>>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) raportti (2016). Psykiatrinen erikoissairaanhoido alueittain. < https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria3j/fact_thil_psykiatria3j?row=area-153282&column=time-6656>, haettu 18.6.2025.>

Turun kaupungin raportti: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun psykiatrian toimintojen yhdistäminen 2016. < <https://ah.turku.fi/kh/2017/0123003x/3494933.htm>>, haettu 19.6.2025.

Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Asiakasmaksut ja asiakaslaskutus. <

<https://www.varha.fi/fi/tietoa-meista/asiakkaana-hyvinvointialueella/asiakasmaksut-ja-asiakaslaskutus/asiakasmaksut>>

Vierula, Hertta (2019). Pirstaleisuus heikentää terveydenhuollon laatua. Potilaanlääkärilehti.
<<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/pirstaleisuus-heikentaa-terveydenhuollon-laatua/>>

Wahlbeck, Kristian – Hannukkala, Marjo yms. (2017). Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 133(10):985–92.

