

Nuorisopsykiatrian palvelut lisääntyneet mutta eivät riitä kattamaan suurta tarvetta

EILA LAUKKANEN • BIRGITTA HARTIKAINEN • MARKKU LUOTONIEMI
KAUKO JULMA • VEIKKO AALBERG • KARI PYLKKÄNEN

Nuorisopsykiatrian palvelujen kysyntä ylittää selvästi tarjonnan, vaikka nuorisopsykiatrian hoitojärjestelmä onkin sekä uudistunut että volyymiltaan kasvanut. Hoidon kysynnän kasvu näkyy esimerkiksi psykiatristen sairaalahoitopäivien määrän kasvuna. Huolestuttava piirre on hoitoon ohjautumisen sattumanvaraisuus: esimerkiksi syömishäiriöisen tai itsemurhaa yrittäneen nuoren hoitopaikkaa ei valita nuoren psyykkisen, vaan somaattisen tilan perusteella. Palvelujärjestelmän pirstoutuneisuus vaikeuttaa palvelujen saatavuutta ja heikentää niiden laatua. Nuorisopsykiatrasta hoitoa on selvitetty sairaanhoitopiireille lähetetyllä kyselyllä sekä tarkemmilla haastatteluilla yhdessä sairaanhoitopiirissä.

Psykiatrian erikoisalat on sairaus- tai elinkoh-
taisen jaon asemesta jaettu ikäkausiin, koska
psyykkisten häiriöiden ilmenemismuodot ja
hoitokeinot ovat ikään sidottuja. Kehitysvaihepsy-
kiatrina nuorisopsykiatrian työ kohdistuu nuoruusikäisiin (12–22-vuotiaat), jotka elävät voimakasta fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen kautta, muutosta tytöistä naisiksi ja pojista miehiksi (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10).

Osalle nuorista nuoruusikä on haaste ja jopa uusi mahdollisuus ratkaista lapsuuden ristiriitoja, mutta osalle kehitysvuodet merkitsevät syrjäytymiskehityksen alkua, erilaisten psyykkisten oireiden ja käytöshäiriöiden alkamista tai vaikeutumista ja mahdollista psyykkistä sairastumista (5,11,12,13,14).

Nuorille tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen kysyntä on lisääntynyt viime vuosina huomasti (15,16). Laajassa katsauksessa, joka käsittää lasten ja nuorten psyykkisiä häiriöitä koskevia epidemiologisia tutkimuksia, Roberts työtovereineen päätyy käsitykseen, että psyykkisiä häiriöitä on ennen kouluikää keskimäärin 8 %:lla, esinuoruusiässä 12 %:lla ja nuoruusiässä 15 %:lla lapsista ja nuorista (17). Rutterin tutkimustulosten mukaan psyykkiset häiriöt ovat huomattavasti yleisempiä 14–15-vuotiailla kuin 10–11-vuotiailla (18). McGee työtovereineen (19) on seurantatutkimuksessaan todennut, että 16-vuotiaana tapahtuu merkittävää kasvua psyykkisten häiriöiden ja komorbidien häiriöiden määrässä ja muutoksia häiriöiden sukupuolijakaumassa. Myös aiemmat tutkimustulokset tukevat käsitystä, että useat psyykkiset häiriöt puhkeavat 16 ikävuoden tienoilla (20,21,22). Valitettavasti Suomesta ei ole käytettävissä epidemiologista tutkimustietoa psyykkisten häiriöiden esiintyvyydestä nuorilla.

Nuorilla esiintyvien psyykkisten häiriöiden havaitseminen ja häiriöistä kärsivien nuorten hoitoon ohjaaminen on puutteellista ja koetaan vaikeaksi (23,24,25). Tämä on huolestuttavaa, koska hoitamattomat mielenterveysongelmat johtavat usein

LÄÄKETIEDE

syrrjätymiseen, epäsuotuisiin elintapoihin, kuten päihteiden käyttöön, sekä väkivaltaisuuden ja itsemurhariskin kasvuun (26,27,28).

Keskeinen syy nuorilla esiintyvien psyykkisten häiriöiden hoitamatta jäämiseen on hoitojärjestelmän riittämättömyys. Toisaalta ei tunneta riittävästi nuoruusiän kehityksen kulkua ja merkitystä eikä toisaalta kehitysvaiheen suurta häiriöpotentiaalia.

Mielenterveysongelmien kliininen kuva ja mahdollisesti myös etiologia ovat nuorilla erilaiset kuin aikuisilla tai lapsilla (29,30,31). Nuoren ikä ja nuoruusiän kehityksen vaihe vaikuttavat siihen, mikälainen oireilu tai toimintatason muutos on normaalia poikkeavaa tai miten nuoreen tulee suhtautua psykiatrisessa tutkimuksessa. Kehitysvaiheeseen kuuluva ruumiillinen kypsyminen tulee myös ottaa huomioon. Biologisten hoitomuotojen, esimerkiksi psykofarmakojen, vaikutusta kypsyvään ruumiiseen ei tunneta tarkasti (32,33).

Koska nuoruusiän kehityksen kulku vaikuttaa ihmisen koko jäljellä olevaan elämänkaareen, voi nuorelle annettulla psykiatrisella hoidolla olla suurempi vaikuttavuus kuin hoidolla aikuisiässä.

Nuorten hoitotarpeet ovat spesifiset. Hoitojärjestelmän tulisi tarjota nuorille palveluja, jotka nuori kokee mielekkäiksi ja jotka auttavat häntä sekä kehitystehtävissään että psyykkisten ongelmien ratkaisuisissa.

NUORTEN MIELENTERVEYSPALVELUT

Kunnallinen nuorisopsykiatrisen hoitojärjestelmä

Suomeen on luotu 20 viime vuoden aikana nuorisopsykiatrisen hoitojärjestelmä, joka on eurooppalaisittainkin arvioituna edistyksellinen (34,35,36,37,38). Nuorisopsykiatria on ollut oma suppea erikoisalansa vuodesta 1979 alkaen ja itsenäinen erikoisala vuoden 1999 alusta alkaen.

Lääkintöhallituksen asiantuntijatryöryhmä antoi sairaanhoitopiireille suositukset nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestämisestä (39). Mietinnössä asetettiin tavoitteeksi aluevastuuperiaatteella toimiva, porrasteinen hoitojärjestelmä, joka tarjoaisi nuorisopsykiatrisia palveluja matalan kynnyksen periaatteella. Määrällisiksi tavoitteiksi asetettiin nuorisopsykiatriset yksiköt jokaiseen yliopistosairaalaan (osasto ja poliklinikka), aluevastuuperiaatteella toimivat nuorisopsykiatriset työryhmät jokaista 100 000:tta asukasta kohti ja 200 nuorisopsykiatrista sairaansijaa. Mietinnössä todetaan psykoterapian olevan nuorten ensisijainen hoitomuoto.

Hoitojärjestelmän kehitystä on vauhdittanut mielenterveyslain muutos vuonna 1991. Se velvoit-

taa kunnat järjestämään alle 18-vuotiaiden vastentahtoisen hoidon nuorille tarkoitettussa hoitoyksikössä, ellei nuoren etu toisin vaadi (40).

Resurssit nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon luomiseen saatiin supistamalla aikuispsykiatria. Tämä oli aikuispsykiatrian piirissä syntynyt tietoinen valinta, jossa voimavaroja suunnattiin säilyttävästä psykiatriasta psyykkisten häiriöiden puhkeamisvaiheeseen, nuorisopsykiatriaan.

Selvityksen mukaan Suomessa oli vuonna 1995 kaikkiaan 209 nuorisopsykiatrisen sairaansijaa ja nuorisopsykiatrisen poliklinikoihin tehtiin noin 100 000 avohoitokäyntiä. Kyseisenä vuonna oli todettavissa puutteita hoidon järjestelyissä ja useat yksiköt ilmoittivat kehitystyön olevan vasta käynnissä (36).

Puolustusvoimat, YTHS ja yksityissektori

Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö (YTHS) on varsin suuri nuorten mielenterveyspalvelujen tuottaja julkisen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen alaisen laitosten ohella. Vuosittain noin 5 % opiskelijaväestöstä käyttää mielenterveyspalveluja. Vuonna 1998 YTHS:öön tehtiin 39 146 käyntiä (15).

Nuoria miehiä varten on erittäin tehokas mielenterveysongelmien seula kutsuntatarkastuksen yhteydessä. Kutsuntatarkastuksissa ilmi tullutta hoidon tarvetta ei kuitenkaan ole selvitetty tarkemmin.

Puolustusvoimat tekee mielenterveystyötä varusmiespalveluksessa olevien nuorten kanssa. Työ on valtaosaltaan ennaltaehkäisevää, arvioivaa ja vain vähäisessä määrin hoitavaa. Vuosittain 4 % varusmiehistä keskeyttää palvelunsa psyykkisistä syistä (41). Psyykkisten syiden osuus on 60 % kaikista keskeytyksen syistä.

Vuonna 1998 kansaneläkelaitos rahoitti lääkinnällisenä kuntoutuksena psykoterapiaa 1 002:lle iältään 15—24-vuotiaalle nuorelle tai nuorelle aikuiselle. Rahallisesti tämä osuus oli 18 % KELA:n kustantamasta psykoterapiasta. Vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena KELA kustansi psykoterapiaa 195:lle alle 15-vuotiaalle ja 181:lle 15—24-vuotiaalle (42).

Perusterveydenhoidon ja sosiaalitoimen psykososiaalinen työ

Ongelmaisten nuorten hoitoa ja kasvatusta toteutetaan sosiaalitoimen alaisissa koulukodeissa, perheyryhmäkodeissa ja nuorisokodeissa. Vuonna 1996 nuorisokoteihin oli sijoitettuna 285 nuorta, koulukoteihin 219 nuorta (43). Nämä yhteisöt tekevät merkittävää kasvatustyötä, mutta niissä hoidettavien nuorten psyykkisten ongelmien ja hoitotavoitteiden määrittely on usein epämääräistä, ellei

puutteellistakin. Yhteydet terveydenhuoltoon ovat usein vähäisiä ja sattumanvaraisia siitä huolimatta, että yhteisöt voivat jopa toimia häiriintyneiden nuorten jatkohoitopaikkoina esimerkiksi nuorisopsykiatrisen osastohoidon jälkeen. Sekä Suomessa että ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa on osoitettu, että varsin suurella osalla suojelukasvatuslaitoksiin sijoitetuista nuorista on sekä käytös- että mielenterveysongelmia (44,45,46).

Sosiaali- ja terveydenhuollon alaiset kasvatus- ja perheneuvolat tekevät nuorten mielenterveystyötä jossain määrin, ja näissä yksiköissä on myös tähän työhön pitkälle koulutettua henkilökuntaa.

TAULUKKO 1. Nuorisopsykiatrisen sairaansijat ja päiväsaalapaikat 1999.

	Osastopaikat	Päiväsaalapaikat
Uusimaa	55	0
Porvoo	0	0
Peijas	8	0
Jorvi	8	0
Länsi-Uusimaa	8	0
Lohja	0	0
Hyvinkää	31	0
Helsinki	38	0
HYKS LNS	23	0
Hesperia	15	4
Varsinais-Suomi	13	0
Satakunta	11	0
Kanta-Häme	8	0
Pirkanmaa	24	0
Päijät-Häme	8	6
Kymenlaakso	8	0
Etelä-Karjala	8	4
Etelä-Savo	10	0
Itä-Savo	0	0
Pohjois-Karjala	8	1
Pohjois-Savo	15	0
Keski-Suomi	12	10
Etelä-Pohjanmaa	12	10
Vaasa	8	0
Keski-Pohjanmaa	0	0
Pohjois-Pohjanmaa	19	0
Kainuu	0	0
Länsi-Pohja	0	0
Lappi	8	0
Ahvenanmaa	0	0
Yhteensä	265	35

Tarkkoja tilastotietoja ei kuitenkaan ole siitä, kuinka paljon nuorille on tarjolla ns. erikoistumattomia mielenterveyspalveluja eri perusterveydenhuollon yksiköissä. Yleisvaikutelmaksi jää, että palvelujärjestelmä on hajanainen ja osittain vaikeasti hahmotettavissa.

SELVITYKSEN TAVOITE

Halusimme selvittää suomalaisen nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon alueellista kattavuutta, nuorille tarkoitettujen sairaansijojen ja nuorisopsykiatrisessa työssä olevien henkilöiden määrää sekä jossain määrin palvelujen monipuolisuutta. Ensimmäinen osa selvityksestä tehtiin lähettämällä sairaanhoitopiireille kysely vuonna 1997 ja täydentämällä sitä puhelinhaastattelulla 1999.

Halusimme myös selvittää palvelujen sisältöä. Valitsimme selvityskohteeksi yhden sairaanhoitopiirin, jossa on edustettuna kaikki terveydenhuollon portaat, myös yliopistosairaala. Selvitys tehtiin syksyllä 1997 henkilökohtaisin haastatteluin ja kyselylomakkeella. Selvityksen kohteena olivat kaikki sairaanhoitopiirin alueella olevat psykiatrisen, nuorisopsykiatrisen ja lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut, perusterveydenhuollon mielenterveystyö sekä sosiaalitoimen alaisten kasvatus- ja perheneuvoloiden työ. Haastattelussa keskityttiin selvittämään kolmen potilastyypin saamaa hoitoa hoitojärjestelmän eri tasoilla. Potilastyypit olivat anorektisesti oireileva, itsemurhayrityksen tehnyt ja psykoottisesti oireileva nuori. Haastattelussa keskityttiin ikäryhmään 12–22-vuotiaat. Kaikki haastattelut teki nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa pitkään työskennellyt psykologi.

TULOKSET

Nuorisopsykiatriset sairaansijat

Nuorelle tarkoitettuja sairaansijoja oli kaikkiaan 265 vuonna 1999 (taulukko 1). Verrattuna vuoteen 1995 lisäys oli 57 sairaansijaa (36). Viidessä sairaanhoitopiirissä ei ollut omia sairaansijoja. Nuorille oli tyypillisesti tarjolla vain yksi osasto, jota käytettiin joko suljettuna, avo-osastona tai tarpeen mukaan jompana kumpana.

Sairaanhoitopiirit poikkesivat toisistaan sairaansijojen määrässä sataatuhatta asukasta kohden (vaihtelu 0–1,1/100 000). Hoitohenkilökunnan määrä sairaansijaa kohden vaihteli välillä 1,1–2,1 siitä riippuen, oliko kyseessä kuntoutumisyksikkö vai akuuttihoito-osasto. Tarkkoja lukuja henkilökunnan määrästä sairaansijaa kohden oli vaikea saada, koska monissa yksiköissä osa henkilökun-

LÄÄKETIEDE

nasta työskenteli useissa toimipisteissä. Vuonna 1997 nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli 615 hoitohenkilökunnan virkaa, joista kaksi kolmasosaa oli sairaaloissa ja yksi kolmasosa avohoidossa.

Nuorille tarkoitettuja päiväsaaralapaikkoja oli vain kuudessa sairaanhoitopiirissä, yhteensä 35 (taulukko 1).

12—17-vuotiaiden nuorten hoitopäivät lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian yksiköissä lisääntyivät 25 % vuosina 1996—1997 (taulukko 2). Lisäys on kohdistunut nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian yksiköihin.

Nuorisopsykiatrinen avohoito

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä oli jotain nuorisopsykiatrista avohoitoa. Kyselyn mukaan avohoidossa oli yhteensä 201 virkaa. Lähes kaikissa nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon avohoitoyksiköissä oli moniammatillinen työryhmä lukuun ottamatta muutamaa sairaanhoitopiiriä, jossa nuorisopsykiatrinen avohoito oli yksittäisen työntekijän hartioilla. Avohoitoyksiköt oli tarkoitettu 12—22-vuotiaille potilaille alueella sovitusta lastenpsykiatrian ja aikuispsykiatrian työnjaosta riippuen. Kaikki työryhmät ilmoittivat palvelujen kysynnän olevan suurempaa kuin mihin pystyttiin vastaamaan. Sekä tutkimus- että hoitopaikoille oli ajoittain jonoa.

Nuorisopsykiatrinen kuntoutus

Viidessä sairaanhoitopiirissä oli budjetoituna rahaa nuorten psykoterapian ostopalveluihin. Kolmessa sairaanhoitopiirissä oli nuorelle tarkoitettu kuntoutumisyksikkö. Tarvittava kuntoutus järjestettiin useimmiten yhteistyössä aikuispsykiatrisen kuntouttavan yksikön kanssa. Useat sairaanhoitopiirit toivat esille kuntoutuspaikkojen vähyyden.

TAULUKKO 2. 12—17-vuotiaiden nuorten hoitopäivät lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian yksiköissä vuosina 1996 ja 1997.

Hoitopaikka	1996	1997	Muutos, %
Lastenpsykiatria	25 349	25 406	0
Nuorisopsykiatria	39 200	57 910	48
Aikuispsykiatria	25 067	28 639	14
Yhteensä	89 616	111 955	25

NUORISOPSYKIATRIAN PALVELUJEN SISÄLTÖ

Palvelujen käyttö

Selvityksen kohteena olleen sairaanhoitopiirin 12—20-vuotiaista nuorista yksi prosentti oli käyttänyt jotakin palvelujärjestelmän avohoitopistettä. Eniten (37 %) palveluja käyttivät 15—17-vuotiaat nuoret. 18—20-vuotiaiden osuus palvelujen käyttäjistä oli 33 % ja vastaavasti 13—14-vuotiaiden osuus 29 %. Jos käyttöluvut suhteutetaan alueen nuoruusikäiseen väestöön, tilanne näyttää toiselta. 13—14-vuotiaista 1,7 % oli palvelujen piirissä, 15—17-vuotiaista 1,1 % ja 18—20-vuotiaista 1 %. Jos tarkastellaan palvelujen kokonaiskäyttöä, tytöt ja pojat käyttivät palveluja yhtä paljon. Lastenpsykiatrian palveluja käyttivät kuitenkin enemmän pojat kuin tytöt, ja nuorisopsykiatrian palveluja vastaavasti enemmän tytöt kuin pojat. Aikuispsykiatrian, kasvatus- ja perheneuvolan tai terveyskeskuksen palvelujen käytössä ei ollut sukupuolieroja. Sairaalahoidossa poikia oli enemmän lastenpsykiatrian osastohoidossa kuin tyttöjä, nuorisopsykiatrian osastohoidossa tilanne oli päinvastainen.

Palveluihin hakeutuminen

Kaikkien avohoitopalvelujen potilaista 40 % oli hakeutunut palvelujen piiriin omasta tai perheen aloitteesta. Koulun lähettämänä oli tullut 19 % nuorista ja terveyskeskuksen lähettämänä 11 %. Sairaalahoitoon potilaat oli lähetetty terveyskeskuksista, toiselta erikoisalalta tai oman erikoisan poliklinikasta. Sosiaalitoimi oli lähettäjänä 6 %:ssa tapauksia.

Avohoito

Avohoidossa olevista potilaista 50 % oli erikoissairaanhoidon piirissä, 34 % käytti terveyskeskuksen yhteydessä olevia palveluja ja 15 % oli kasvatus- ja perheneuvolassa. Kaikista käynneistä erikoissairaanhoidon tuotti 56 %, terveyskeskus 27 % ja kasvatus- ja perheneuvola 15 %. Peruskuntien palveluisa tuli esille palvelujen organisoituminen uudelleen: suuntana näytti olevan pienten palveluyksiköiden rakentaminen oman kunnan sisään yhdistämällä eri toimipisteitä. Yhdistäminen ei kuitenkaan tarkoittanut, että nuorta olisi hoidettu työryhmänä, vaan kukin toimipiste oli erikoistunut omalle alalleen.

Nuoret käyttivät palveluja yleisesti ottaen sitä enemmän, mitä lähempänä ne olivat heitä. Niistä kunnista, joissa oli omia, nuorille tarkoitettuja palveluja, ohjattiin enemmän nuoria sairaalahoitoon, kuin niistä kunnista, jossa avohoitopalveluja ei ollut lainkaan.

Palvelujen käytön syyt

Toimipisteiltä kysyttiin potilaiden diagnooseja. Potilasaineiston vertailu eri palvelupisteiden välillä ei kuitenkaan ollut mahdollista diagnoosin suhteen, koska diagnoosia käytettiin vain erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskuksissa potilaan ongelma määritettiin lähinnä oirekuvailemalla ja kasvatus- ja perheneuvoloissa oli käytössä oma tulostyöluettelo (taulukko 3). Avohoidossa ei ollut todettavissa hoidon porrasteisuutta, vaan kaikki toimipisteet näyttivät hoitavan kaikenlaisia potilaita. Sen sijaan sairaalahoitoon oli ohjautunut eniten psykoosidiagnoosin sekä mieliala-, käytös- ja tunne-elämähäiriödiagnoosin saaneita 12–20-vuotiaita nuoria.

TAULUKKO 3. Eri avohoitopisteissä ja sairaalassa hoidossa olleiden nuorten diagnoosi tai tulosyys (%).

	Avohoito	Sairaalahoito
Erikoissairaanhoido		
<i>Skitsofrenia, skitsoypaallinen häiriö, harhaisuushäiriö</i>	8	36
<i>Mielialahäiriöt</i>	20	22
<i>Ahdistuneisuushäiriöt</i>	23	6
<i>Persoonallisuus- ja käytöshäiriöt</i>	7	8
<i>Lapsuuden tunne- ja käytöshäiriöt</i>	12	20
<i>Elämäntilanteen hallintaongelmat</i>	13	2
<i>Syömishäiriöt</i>	3	0
<i>Muu diagnoosi</i>	14	6
Perusterveydenhuolto		
<i>Depressio</i>	19	
<i>Sopeutumisongelma</i>	15	
<i>Nuoruusiän kriisi</i>	9	
<i>Puheongelmat</i>	9	
<i>Syömishäiriöt</i>	9	
<i>Jännittäminen</i>	6	
<i>Ahdistuneisuus</i>	6	
<i>Muita yksittäisiä syitä</i>	17	
<i>Ei tietoa</i>	10	
Kasvatus- ja perheneuvola		
<i>Sopeutumisongelmat</i>	24	
<i>Perhe- ja parisuhdeongelmat</i>	22	
<i>Hermostolliset herkkyysoireet</i>	17	
<i>Oppimisvaikeudet</i>	13	
<i>Kasvatusasiat</i>	11	
<i>Seksuaalinen hyväksikäyttö</i>	7	
<i>Syömishäiriö</i>	5	
<i>Muita syitä</i>	1	

Syömishäiriöinen nuori

Syömishäiriöpotilaita hoidettiin kaikissa toimipisteissä. Yksiköt korostivat hoidossa moniammatillisuutta ja yhteistyön tärkeyttä. Hoitoonohjaajana oli usein ollut kouluterveydenhoitaja. Hoitoonohjausta säätelivät enemmän tarjolla olevat hoitomahdollisuudet kuin arvio potilaan tarvitsemasta hoidosta. Potilas saattoi olla hoidossa yhtä hyvin terveyskeskuspsykologilla, kasvatus- tai perheneuvolassa kuin erikoissairaanhoidon poliklinikassa. Ratkaisu potilaan lähettämiseen perusterveydenhuollon yksiköstä erikoissairaanhoidon tutkimuksiin tehtiin ennen kaikkea potilaan somaattisen tilan perusteella, ei niinkään hänen psyykkisen kuntonsa nojalla. Mitä laihempi potilas oli tai mitä nopeammin hän oli laihtunut, sitä varmemmin hänet lähetettiin erikoissairaanhoidon hoitoon. Potilaan iästä riippuen hänet yleensä hoidettiin joko pediatrialla tai sisätautiosastolla. Sairaalahoitoa aikana järjestettiin lastenpsykiatrin tai nuorisopsykiatrin konsultatio. Pitkään sairaalahoidossa olevat potilaat hoidettiin useimmiten nuorisopsykiatrian osastolla. Jatkohoidossa oli ongelmana psykoterapeuttisten palvelujen alueellinen epätasaisuus. Tästä syystä sairaalahoidon jälkeisen jatkohoidon suunnittelu oli aina tehtävä räätälityönä. Tutkimusajankohtana avohoidossa olevista anoreksiapotilaita 63 % oli terveyskeskuksen tai kasvatus- ja perheneuvolan hoidossa ja vain 37 % erikoissairaanhoidon poliklinikoissa.

Itsemurhaa yrittänyt nuori

Itsemurhaa yrittäneiden nuorten ryhmässä korostui itsemurhayritys-käsitteen epämääräisyys ja vakavan masennustilan diagnosoinnin ongelmat. Itsemurhaa yrittäneellä potilaalla tarkoitettiin yleensä potilasta, jonka itsemurhayritys oli johtanut vakaviin somaattisiin seuraamuksiin tai joka oli ottanut lääkkeitä tai yrittänyt jollakin väkivaltaisella teolla riistää hengen itseltään. Sen sijaan potilaan itsemurhaintention aste ei ollut määrittelyssä merkittävä tekijä.

Itsemurhaa yrittäneeksi määriteltyjen potilaiden kohdalla arvioitiin aina psykiatrin konsultaation tarve. Konsultaatio järjestettiin joko kotipaikkakunnalla tai lähettämällä potilas erikoissairaanhoidon. Jatkohoidon järjestämisessä oli samanlaisia ongelmia kuin syömishäiriöisten jatkohoidossa. Monessa kunnassa oli kuitenkin paremmat valmiudet rakentaa sairaalahoidon jälkeinen tukijärjestelmä näille potilaille kuin anoreksiapotilaille. Ongelmana tuotiin esille tiedonkulun vaikeudet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

LÄÄKETIEDE

Psykoottisesti oireileva nuori

Psykoottisen nuoren hoidossa erikoissairaanhoidolla oli huomattavasti selvempi osuus kuin anorektisesti oireilevan tai itsemurhaa yrittäneen nuoren hoidossa. Terveyskeskuspsykologit ja kasvat- ja perheneuvolat ilmoittivat lähettävänsä psykoottisen nuoren aina lastenpsykiatrin, nuorisopsykiatrin tai aikuispsykiatrin arvioitavaksi. Useilla paikkakunnilla oli kriisi- tai akuuttityöryhmä, johon potilas tai hänen perheensä saattoi ottaa yhteyttä. Sairaalahoido pyrittiin järjestämään nuorisopsykiatrian osastolle, jos potilas oli alle 18-vuotias. Yli 18-vuotiaat nuoret hoidettiin aikuispsykiatrian yksikössä. Jatkohoidon suunnittelussa otettiin huomioon psykoottisten oireiden taustalla oleva psyykkinen häiriö, eli oliko kyseessä tilapäinen romahdus vai pitempi sairausprosessi. Psykoottisesti oireilevan nuoren jatkohoidon järjestelyt olivat usein kaatuneet palvelujen riittämättömyyteen potilaan kotipaikkakunnalla ja tiedon kulun ongelmiin. Jos potilas oli jälkinuoruuksikäinen, hänelle järjestyi kuntoutuspaikka aikuispsykiatrisesta hoitojärjestelmästä, mutta nuoremmille ei ollut omia kuntoutumispaikkoja.

Psykenlääkkeiden käyttö

Psykenlääkkeitä käytti 14 % kaikista avohoidossa olleista nuorista. Kasvatus- ja perheneuvolassa ei ollut hoidossa nuoria, joille olisi määrätty lääkehoito kyseisestä toimipisteestä. Terveyskeskuksessa hoidetuista nuorista 10 % käytti lääkitystä. Yleisin heille määrätty lääkitys oli masennuslääke. Erikoissairaanhoidon potilaista 20 %:lla oli lääkehoito. Eniten lääkehoitoa oli 18–20-vuotiailla aikuispsykiatrian palveluja käyttävillä nuorilla. Erikoissairaanhoidossa käytetystä lääkityksestä 41 % oli neuroleptilääkkeitä ja 30 % masennuslääkkeitä.

Ketä palvelut eivät tavoittaneet?

Palvelupisteillä oli yhtenäinen käsitys siitä, että palvelut eivät tavoita kahta ryhmää nuorista. Toinen ryhmä oli huumeita käyttävät nuoret ja/tai asosiaalisesti oireilevat nuoret. Toinen ryhmä oli nuoret, jotka olivat päättäneet koulunsa ja olivat syrjäytymisvaarassa, koska eivät olleet hakeutuneet minnekään.

KASVAVAAN KYSYNTÄÄN EI PYSTYTÄ VASTAAMAAN

Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoido on tätä nykyä alueellisesti melko kattava ja uudistuu koko ajan. Resurssit ovat lisääntyneet joka vuosi jonkin verran. Kasvavaan kysyntään ei tästä huolimatta ole pystytty riittävästi vastaamaan.

Vaikka sairaansijat ovat lisääntyneet, ei viidessä sairaanhoitopiirissä edelleenkään ole omia nuorisopsykiatrian sairaansijoja. Suhteutettuna nuorten ikäryhmän kokoon sairaansijoja on tätä nykyä yhtä paljon kuin lastenpsykiatrisia sairaansijoja. Suhteutettuna tutkimustietoihin nuorten psyykkisten häiriöiden esiintyvyydestä, sairaansijoja ei silti vielä ole riittävästi (17).

Lääkintöhallituksen työryhmämuistiossa vuonna 1987 palvelujen kehittämisen tavoitteeksi asetettiin palvelujen saatavuus ja niiden tuominen lähelle nuoria. Näissä tavoitteissa on onnistuttu. Nuoret ovat ottaneet palvelut käyttöönsä jopa siten, että tarjolla olevat palvelut ovat ylikuormitetusti käytössä. Näyttää siltä, että määrälliset tavoitteet asetettiin liian pieniksi vuonna 1987.

Selvityksessämme tuli esille nuorisopsykiatristen palvelujen kokonaisvaltaisen suunnittelun ja porrasteisuuden puute. Tähän on vaikuttanut sekä terveydenhuollon rahoitus- ja suunnittelukäytännön muutos vuoden 1993 alusta että palvelujen järjestämistä ja palveluorganisaation hallintoa koskevien normien poistaminen samaan aikaan. Kunnat ja kuntayhtymät ovat saaneet järjestää nuorisopsykiatrian palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla. Tämän takia perustason nuorten mielenterveyspalvelut ovat jakautuneet eri organisaatioiden alaisiin yksiköihin, jotka noudattavat paikkakuntaakohtaista työnjakoa, usein paikkakuntaakohtaista työtappaa ja eri yksiköt erilaista kirjaamistappaa. Palveluorganisaatio on epäselvä myös palvelujen käyttäjän kannalta: nuoren tai hänen vanhempansa on vaikea tietää, minne ottaa yhteyttä missäkin ongelmassa. Lisäksi syntyy väliinputoajaryhmiä, esimerkiksi suojelukasvatuksen piiriin ohjattavista nuorista. Tarpeestaan huolimatta he eivät saa nuorisopsykiatrian palvelua säännönmukaisesti.

Nuorten sairaalahoitopäivät ovat dramaattisesti lisääntyneet sekä nuorisopsykiatrian että aikuispsykiatrian osastoilla. Nousu ei selity pelkästään nuorisopsykiatrian sairaansijojen lisäyksestä, vaan kuvaa palvelujen kysynnän kasvua. Sairaalahoidon lisäystä voi selittää hoitojärjestelmän määrällinen ja laadullinen riittämättömyys. On mahdollista, että nuorten ongelmiin ei puututa riittävän ajoissa eikä nuori saa riittävän intensiivistä avohoittoa, vaan hän ohjautuu psykiatriseen sairaalaan. On mahdollista, että nuorten psyykkiset häiriöt ovat tulleet aiempaa vakavammiksi ja niihin liittyy useammin kuin aiemmin päihdekäyttöä ja huumeikäyttöä. Nuoren on silloin vaikea kiinnittyä avohoittoon. Psykoosit eivät ole yleistyneet, mutta nuorten vakavat masennustilat sen sijaan ilmeisesti ovat. Suuntaus on kansainvälinen (47), mutta siinä voivat myös heijastua taloudellisen laman jälki-

vaikutukset. Tähän viittaavat myös vakavaa masennustilaa koskevat tilastotiedot aikuisväestön sairastavuudesta (48).

HOITON OHJAUTUMINEN SATTUMANVARAISTA

Hoitoon ohjautuminen näyttää sattumanvaraiselta, koska hoitopaikan valintaa ei määrittele hoidon tarve. Tämä ilmeni sekä syömishäiriöisten että itsemurhayrityksen tehneiden nuorten hoidossa. Syömishäiriöpotilaiden hoitopaikat valittiin somaattisen tilan perusteella sen sijaan, että valinta olisi tehty psyykkisen häiriön luonteen mukaan. Itsemurhaa yrittäneen nuoren hoitoratkaisussa somaattinen tila ja teon luonne oli määräävämpi kuin intension aste, eli nuoren kokema toivottomuus. Todetut puutteet ovat vakavia, kun otetaan huomioon sairauden pitkäkestoisuus ja uusiutumisriski sekä vakavan masennustilan diagnostiikkaan liittyvät ongelmat nuorilla (49,50).

Psyykkisten ongelmien selvittämisessä ja hoidossa korostetaan nuoren kehitysvaiheen ja kokonaistilanteen arvioinnin merkitystä (5,8,29,51). Ulkoapäin lievältäkin näyttävän oireen takana voi olla vakava kehityksen estyminen ja psyykkisen sairastamisen riski (6,52). Nuoren ongelmien määrittely epämääräisyys tuli esille myös lääkehoitokysymyksen yhteydessä. Osalle perusterveydenhuollossa hoidetuille nuorista oli aloitettu psyykenlääkitys ilman nuorisopsykiatrista selvittelyä. Menetelytapa on kyseenalainen varsinkin nuorta potilasta hoidettaessa, koska psyykenlääkkeiden vaikutusta nuoren kasvavaan ruumiiseen ei tunneta tarkasti. Lisäksi lääkähoidosta ei välttämättä ole yhtä paljon hyötyä kuin esimerkiksi aikuispotilailta (32,33).

Selvityksessämme ilmeni, että perustasolla nuoren hoito on varsin usein yksittäisen sairaanhoitajan tai psykologin vastuulla ilman taustalla olevaa työryhmää. Tämä ei ole tarkoituksenmukaista, koska psyykkisesti oireilevan ja mahdollisesti psyykkisestä häiriöstä kärsivän nuoren hoidossa tulisi olla käytettävissä tarkka diagnostiikka, tieto viimeisimmistä nuorisopsykiatrista hoitomenetelmistä, tietoa nuoren kuntoutus- ja koulutusmahdollisuuksista sekä tiivis yhteistyö ja tuki suhteessa nuoren perheeseen. Tutkimuksen ja hoidon järjestäminen nuorelle edellyttää toimivia hoi-

tokeja erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä. Hoitoketjun jäseninä yksittäiset työntekijät voivat saada riittävästi koulutusta, kliinistä ohjausta ja ammatillista tukea.

HOITAJÄRJESTELMÄN PIRSTOUTUNEISUUS HEIKENTÄÄ PALVELUJA

Suomen nuorisopsykiatrinen hoitojärjestelmä on kasvanut ja uudistunut viime vuosikymmenien aikana. Kehitys on ollut myönteistä, mutta nyt on nähtävissä sekä määrällisiä että sisällöllisiä ongelmia — ehkä jossain määrin taaksepäinmenoakin. Erityisesti hoitojärjestelmän pirstoutuneisuus liian pieniin yksiköihin vaikuttaa nuorisopsykiatristen palvelujen saatavuuteen, laatuun ja kehittämismahdollisuuksiin. Järjestelmästä puuttuvat toimitavat palveluketjut.

Saattaisi olla mielekästä keskittää nuorten mielenterveysongelmien hoito sairaanhoitopiiriä suurempiin osaamiskeskuksiin. Yliopistotasoa tarvitaan koulutuksen integrointiin sekä tutkimus- ja hoitomenetelmien kehittämiseen.

Artikkelin kirjallisuusluettelo on saatavissa toimituksesta.

Kirjoittajat

Eila Laukkanen
LT apulaisylilääkäri
KYS, psykiatrian klinikka

Birgitta Hartikainen
KM, psykologi
Keski-Suomen keskussairaala

Markku Luotoniemi
LL, ylilääkäri
Keski-Suomen keskussairaala

Kauko Julma
LL, apulaisylilääkäri
Keski-Suomen keskussairaala

Veikko Aalberg
LKT, osastonylilääkäri
HYKS-LNS

Kari Pylkkänen
LL, johtajapsykiatri
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö