



Eila Laukkanen, Teija Kemppi, Jari Kylmä,
Arja Airaksinen, Antti Henttonen,
Kaisa Haatainan

SIHTI-interventio

Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen
kokonaisvaltainen arviointi perustason ja
erikoissairaanhoidon yhteistyönä

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Christine Strid

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2009

Valopaino Oy
Helsinki 2009

Esipuhe

SIHTI-interventio on nuorten tarpeisiin kehitetty organisaatorajat ylittävä työtapa, joka auttaa arvioimaan, auttamaan sekä tarvittaessa ohjamaan tarpeenmukaiseen hoitoon niitä nuoria, joilla on vaikeuksia aikuistumiskehityksessään tai jo syntyneitä psyykkisiä ongelmia.

SIHTI-intervention perusidea, suunnittelu ja toteutus ovat hyvä esimerkki palvelujärjestelmästä (nuorisopsykiatria) kerätyn tiedon (NUOTTA-auditointiprojekti), tutkimustiedon ja eri organisaatioissa toimivien osaajien hedelmällisen yhteistyön kokonaisuudesta. SIHTI-interventiossa ylitettiin eri organisaatioiden raja-aitoja sitkeällä ja ammattitaitoisella yhteistyöllä panostaen käytännön toteutuksen lisäksi suunnitteluun, toiminnan seurantaan ja tutkimukseen.

Eriytyisen kiitoksen ansaitsevat motivoituneet ja kokeneet työntekijät. Ilman työntekijöiden tietoa ja taitoa nuoren fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kasvun ja kehityksen kulusta ja häiriintymisestä, toiminta ei olisi ollut mahdollista.

Toisiaan yhteistyöstä kiittävät Kuopion yliopistosairaalan nuorisopsykiatrian yksikkö, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian yksikkö, Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus, Lappeenrannan kaupungin perusterveydenhoito, Imatran kaupungin perusterveydenhoito ja Kuopion yliopisto. Kiitokset myös kaikilla yhteistyökumppaneille ja niille nuorille, jotka käyttivät palvelua.

SIHTI-intervention kautta tuli esiin toisaalta nuorten ongelmien runsaus ja vakavuus ja toisaalta mahdollisuus lyhyen, fokusoidun intervention kautta vaikuttaa nuoren ongelmiin ja edistää aikuistumista ja psyykkistä hyvinvointia.

Projektin mahdollisti Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämä hankeraha ja Itä-Suomen ja Etelä-Suomen Lääninhallitusten rahoitus projektille.

Raportin avulla halutaan jakaa kertynyt kokemus muiden nuorten kanssa työtätekevien kanssa.

Eila Laukkanen

SIHTI-intervention hankeprojektin vastaava

SIHTI-interventiotyöryhmät

Lappeenranta

Sari Purhonen, terveydenhoitaja
Jaana Stigman, terveydenhoitaja
Sanna Simola, psykologi
Miia Yli-Torkko, sairaanhoitaja
Maarit Ruokonen, sairaanhoitaja

Nanna Taipale, terveyskeskuslääkäri
Marita Räsänen, terveyskeskuslääkäri
Anna-Liisa Tuomi, konsultoiva nuorisopsykiatrian erikoislääkäri

Teija Kemppi, ylihoitaja

Imatra

Marjut Röyskö, sairaanhoitaja
Riitta Karvonen, mielenterveyshoitaja
Sanna Simola, psykologi

Kuopio

Arja Airaksinen, psykologi
Tarja Kokkonen, terveydenhoitaja
Anu Kopponen, osastonsihteeri
Riitta Marjoranta, tk-lääkäri
Minna Miettinen, sosiaalityöntekijä
Anneli Reinikainen, sairaanhoitaja
Tarja Räsänen, osastonsihteeri

Eija Urtti, konsultoiva nuorisopsykiatrian erikoislääkäri
Eila Laukkanen, konsultoiva nuorisopsykiatrian osastonylilääkäri

Eeva Kaarina Tuunanen, osastonhoitaja
Seija Miettinen, ylihoitaja

SIHTI-interventiotyöryhmät

Lappeenranta

Sari Purhonen, terveydenhoitaja
Jaana Stigman, terveydenhoitaja
Sanna Simola, psykologi
Miia Yli-Torkko, sairaanhoitaja
Maarit Ruokonen, sairaanhoitaja

Nanna Taipale, terveyskeskuslääkäri
Marita Räsänen, terveyskeskuslääkäri
Anna-Liisa Tuomi, konsultoiva nuorisopsykiatrian erikoislääkäri

Teija Kemppi, ylihoitaja

Imatra

Marjut Röyskö, sairaanhoitaja
Riitta Karvonen, mielenterveyshoitaja
Sanna Simola, psykologi

Kuopio

Arja Airaksinen, psykologi
Anu Kopponen, osastonsihteeri
Riitta Marjoranta, tk-lääkäri
Minna Miettinen, sosiaalityöntekijä
Anneli Reinikainen, sairaanhoitaja
Tarja Räsänen, osastonsihteeri

Eija Urtti, konsultoiva nuorisopsykiatrian erikoislääkäri
Eila Laukkanen, konsultoiva nuorisopsykiatrian osastonylilääkäri

Eeva Kaarina Tuunanen, osastonhoitaja
Seija Miettinen, ylihoitaja

Tiivistelmä

Eila Laukkanen, Teija Kemppi, Jari Kylmä, Arja Airaksinen, Antti Henttonen, Kaisa Haatainen. SIHTI-interventio. Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 11/2009. 55 sivua. Helsinki 2009

SIHTI-interventio on matalan kynnyksen arviointi ja lyhytinterventiomalli niille 13–22-vuotiaille nuorille, joilla on kasvun ja kehityksen ongelmia tai psyykkisiä oireita. Se käynnistettiin kolmevuotisena perusterveydenhuollon ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon hankkeena. (Kuvio 1, s. 12.)

SIHTI-intervention lähtökohdat olivat:

- luoda nuorille matala kynnyksen hakea apua erilaisiin ongelmiin
- rakentaa työryhmä, jossa yhdistyy perustason ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon osaaminen nuorten monipuolisessa arvioinnissa ja
- tarjota nuorelle ja hänen vanhemmilleen lyhyt, ongelmaan fokusoitu interventio ja tarvittaessa ohjaus tarkoituksenmukaiseen jatkohoitoon.

Toteutuksessa oli olennaista:

- toiminnan etukäteissuunnittelu
- kattava tiedonkeruu
- toiminnan jatkuva arviointi ja tavoitteen toteutumisen seuranta
- työnohjaus ja yhdessä sopiminen
- selkeä johtajuus ja tuki molempien organisaatioiden taholta.

SIHTI-intervention kautta arvioitiin 3 % kuopiolaisista tämän ikäisistä nuorista ja 2,5 % lappeenrantalaisista nuorista. Heistä runsaalla kahdella kolmasosalla ei ollut aiempaa psykiatrista hoitokontaktia eli he hakivat ensimmäistä kertaa elämässään apua ongelmiinsa. Kolmasosalle interventio oli riittävä, kaksi kolmasosaa ohjattiin jatkohoitoon/palveluun.

Hankekauden loputtua SIHTI-interventio arvioitiin nuorten, yhteistyökumppaneiden, seurantar ryhmän ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon taholta niin tärkeäksi, että se jäi pysyväksi osaksi nuorten hoitoketjua.

Avainsanat: nuoret, fokusoitu interventio, perustason nuorisopsykiatrisen työ

Sisällys

Esipuhe

Tiivistelmä

1	JOHDANTO.....	11
2	SIHTI-INTERVENTIOHANKKEEN OSATAVOITTEET	13
3	HALLINNOLLISET JÄRJESTELYT JA RAHOITUS.....	13
4	TUTKIMUSHANKE	14
5	TOIMINTAYMPÄRISTÖ ERI ALUEILLA	15
	Väestö.....	15
	Kuopion palvelujärjestelmä	15
	Lappeenrannan ja Imatran palvelujärjestelmä.....	16
6	TYÖRYHMIEN KOKOAMINEN KUOPIOSSA, LAPPEENRANNASSA JA IMATRALLA.....	18
7	SIHTI-INTERVENTIO.....	20
	Intervention sisältö	20
8	TOTEUTUNUT TOIMINTA	26
	SIHTI-interventioon hakeutuneet nuoret	26
	SIHTI-interventioon hakeutumisen syy ja psykososiaalinen toimintataso	27
	Miten interventio toteutui?	28
	Jatkohoidon tarve.....	28
	Vähänikä erikoissairaanhoidon käyttö?	29
9	PALAUTE NUORILTA	31
10	SIHTI-INTERVENTION TYÖRYHMIEN NÄKEMYKSET SIHTI-INTERVENTIO- HANKKEEN KULUSTA.....	32
11	PALAUTE YHTEISTYÖKUMPPANEILTA.....	35
12	POHDINTA.....	36
	Lähteet.....	38
	Liite 1. SIHTI-interventioon hakeutuneiden nuorten kuvaamisessa käytetyt muuttujat.....	39
	Liite 1A. Erikoissairaanhoidon hoitoindikaatiot nuorisopsykiatriassa.....	43
	Liite 2. SIHTI-perustiedot.....	44
	Liite 3. Aikuispotilaan, yli 18-vuotiaan psyykkisen tilan arviointi GAF-asteikolla	46
	Liite 4. BDI	47
	Liite 5. PROD-seula	49
	Liite 6. EDI	50
	Liite 7. Sosiaalinen verkosto verkostokarttana.....	54

1 JOHDANTO

Nuoruusikä on voimakasta kasvun ja kehityksen aikaa. Suurin osa suomalaisista nuorista voi hyvin, mutta 15–20 %:lla nuorista on jonkinasteisia psyykkisiä ongelmia ja 5 %:lla ongelmat ovat vakavia ja haittaavat aikuistumista. Usein oireilu nuoruusiässä ennakoivat diagnostiset kriteerit täyttävän psyykkisen häiriön olemassa oloa nuorena aikuisena (Roberts ym. 1998; Aalto-Setälä 2002; Kim-Cohen ym. 2003). Siten nuoren ongelmien havaitseminen ja niihin puuttuminen jo oireilun varhaisvaiheessa saattaa ehkäistä aikuisiän mielenterveyden häiriöitä ja edesauttaa terveellisten elämäntapojen omaksumista, kouluttautumista ja sosiaalisten taitojen kehitystä.

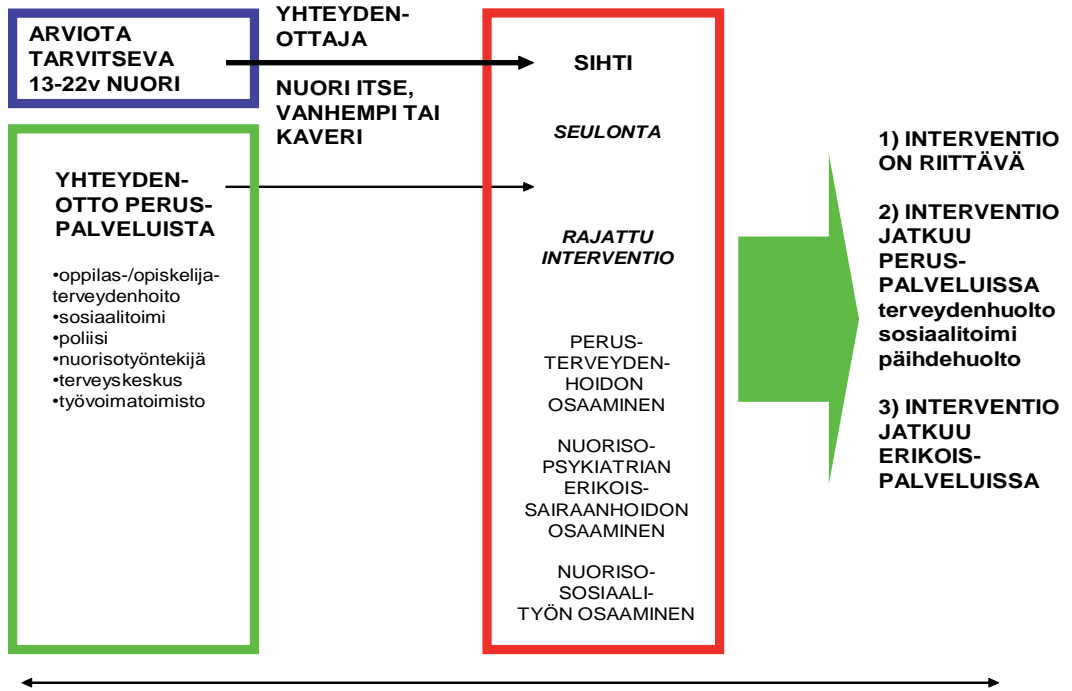
Peruspalveluissa terveydenhoidolla, erityisesti koulu- ja opiskelijaterveydenhoidolla on merkittävä rooli nuorten ongelmien varhaistunnistamisessa ja varhaisessa interventiossa ja /tai hoitoon ohjaamisessa. Työntekijän kyky arvioida nuoren tilannetta kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon sekä fyysiset että psyykkiset seikat ja elämäntilanne ohjaavat päätöksentekoa miten puuttua tilanteeseen. Nuorten ongelmat on tarkoituksenmukaisinta hoitaa lähellä nuoren tavallista kasvuympäristöä ja organisaatiossa mahdollisimman alhaisella tasolla ja toisaalta ohjata vakavista ongelmista kärsivät nuoret nopeasti vaikuttavaksi todettuun hoitoon.

Suomessa on kehitetty kattava ja nuorten hyvin haltuun ottama nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon hoitojärjestelmä (Laukkanen ym. 2003), mutta palvelujen lisääntymisestä huolimatta kysyntä on koko ajan ylittänyt tarjonnan. Nuorille hoitotakuussa asetetut kriteerit tutkimukseen (3 viikkoa) ja hoitoon pääsulle (3 kk) eivät aina toteudu. Nuorisopsykiatrian hoitojärjestelmän hyvien käytäntöjen arvioimiseksi on tehty valtakunnallinen auditointiprojekti (Pylkkänen 2003). Auditoinnin yhteydessä tuli selkeästi esille perustason työntekijöiden viestinä (kouluterveydenhoito, oppilashuolto), että nuoret hakevat enemmän kuin aikaisemmin apua mielenterveysongelmiin, mutta keinot, sekä tiedolliset että taidolliset, arvioida ja puuttua ongelmiin ovat puutteelliset. Tutkimustieto vahvistaa tämän havainnon (Joukamaa ym. 1995; Garralda 2001; Macdonald ym. 2004).

Alkujaan kehittämishankkeena syntyneessä interventiossa luotiin uudenlainen, perustason ja erikoissairaanhoidon välimaastoon sijoittuva työmuoto, jossa yhdistyivät molempien tahojen tiedot ja taidot, koulutuksellinen yhteistyö ja nuoren mahdollisuus viiveettä, ilman lähetettä päästä selvittämään ongelmiaan hänelle tarkoituksenmukaisessa paikassa. Nimeksi valittiin SIHTI, joka on yhdistelmä sanoista sihti (ts. seula) ja sihtailla (viitaten katsomiseen ja arviointiin).

SIHTI-intervention tavoitteena oli:

Tuoda nuoren kokonaistilanteen moniammatillinen arviointi lähelle nuoria ja puuttua nuoren ongelmiin ajallisesti ja tavoitteiltaan rajatulla interventiolla ja ohjata erityistason palveluja tarvitsevat nuoret saattaen tutkimukseen ja hoitoon.



KUVIO 1. SIHTI-toiminta-ajatus

2 SIHTI-INTERVENTIOHANKKEEN OSATAVOITTEET

1. Saada näyttöön perustuva toimintamalli nuorten mielenterveys- ja psykososiaalisten ongelmien arviointiin ja hoitoon perustasolla.
2. Taata nuorelle viiveetön, ilman lähetettä käynnistyvä selvittelyyn pääsy silloin, kun hän itse tai muut tahot ovat todenneet tällaisen selvittelyavun tarpeen.
3. Hoitaa nuoren ongelma tarkoituksenmukaisimmalla ja matalimmalla mahdollisella organisaation tasolla.
4. Parantaa yhteistyötä hoidon eri portaiden välillä.
5. Kouluttaa perustason työntekijöitä nuorten psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien hoitoon, etsiä uusia työtapoja yhteistyöhön ja nuorten hoitamiseen.

3 HALLINNOLLISET JÄRJESTELYT JA RAHOITUS

SIHTI-interventio käynnistettiin yhtä aikaisesti kolmella eri paikkakunnalla, Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla, koska haluttiin kokeilla toimintaa väestöpohjaltaan ja palvelujärjestelmältään erilaisilla paikkakunnilla. Päävastuu projektin sisällöstä oli Kuopion yliopistosairaalan (KYS) nuorisopsykiatrian yksiköllä yhteistyössä Etelä-Karjalan keskussairaalan nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon, Kuopion kaupungin perusterveydenhoidon, Lappeenrannan ja Imatran perusterveydenhoidon kanssa.

Esityö ennen kehittämishankkeen käynnistämistä

Kehittämishanke suunniteltiin (*suunnitteluryhmä*) jo vuosi ennen rahoituksen hakemista. Rahoituspäätöksen jälkeen *sovittiin yhdessä eri alueiden välillä* toimintatavasta mm. henkilöstöstä, intervention pituudesta ja sisällöstä, tiedottamisesta (yhteiset tiedotteet) ja rahaliikenteestä. Yksityiskohtaiset sopimukset molempien alueiden käytännön asioiden järjestämisestä tehtiin paikallisena yhteistyönä. Sopimukset kirjattiin. Kaikilla alueilla järjestettiin yhdenmukainen tiedotus sanomalehtien ja internetin kautta ja tapaamisissa yhteistyökumppaneiden kanssa.

Rahoitus ja toiminnan organisointi

Hankkeeseen saatiin Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämiserä (50 % osuus) kaksi vuotta (2005–2006). Tämä määritteli hallinnollista yhteistyötä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri oli kehittämismäärärahan hakija ja saadun määrärahan hallinnoija kaikilla toiminta-alueilla; Kuopio, Lappeenranta ja Imatra. Omavastuuosuus ts. kuntarahoitus oli 50 % ja rahoituksen hakuvaiheessa kunnat sitoutuivat jatkamaan toimintaa, jos se osoittautuisi tarkoituksenmukaiseksi selvityksen perusteella. Kolmannelle toimintavuodelle (2007) 50 % rahoituksesta saatiin molempien alueiden Lääninhallituksilta.

Hankkeelle perustettiin yhteinen *seurantaryhmä*. Sen lisäksi Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä oli oma seurantaryhmä. Seurantaryhmätyöskentelyllä oli tärkeä rooli toiminnan sisällön ja struktuurin ylläpitäjänä, arvioijana sekä hankeajan lopulla toimintamallin siirtämisessä pysyväksi osaksi nuorten palveluvalikkoa. Eri alueiden työryhmillä oli tämän lisäksi omat johtoryhmänsä, joissa oli edustajat kaikista osapuolista. Kahden organisaation toimintojen yhteensovittaminen osoittautui ajoon monimutkaiseksi mm. tilahallinnon, hankintojen ja erilaisten sairauskertomusjärjestelmien vuoksi. Osoittautui, että perustasolla ei ollut yhtä tarkkaa tiedonkeruuta esim. palvelujen käyttäjistä ja työpanoksista. Tästä syystä yksikön toiminta liitettiin yliopistollisen sairaalan tietokantaan ja Lappeenrannan ja Imatran osalta terveystieteiden tietokantaan. Lisäksi SIHTI-interventioon hakeutuneista nuorista kerättiin tietoja erillisellä tutkimuslomakkeella (Liite 1 ja 1a). Tämä mahdollisti yksityiskohtaisen potilastietojen keruun.

4 TUTKIMUSHANKE

Kehittämishankkeeseen liitettiin tutkimus. Tätä varten koottiin **tutkimusryhmä**, johon kuuluivat edustajat KYSin nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhoidosta, Kuopion yliopistosta ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiristä. Tietoa kerättiin tutkimuslomakkeella ja sairaalan tietokannoista mm. käyntilukujen/hoitopäivien osalta. Tässä raportissa vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaiset nuoret hakeutuvat SIHTI-interventioon?
2. Minkälaisiksi palveluja käyttävät nuoret, palveluja tuottavat työntekijät ja yhteistyötahot arvioivat hankkeen toimivuuden?

5 TOIMINTAYMPÄRISTÖ ERI ALUEILLA

Väestö

TAULUKKO 1. Toiminta-alueiden väestötiedot v. 2006; asukasmäärä, 13–22-vuotiaiden määrä ja ikäkohortit

	Kuopio	Lappeenranta	Imatra
Asukkaita	90 960	59 118	29 385
Nuoria yht.	12 725	8 357	3 687
%-osuus	14,0 %	14,1 %	12,5 %
Ikäkohortit			
13-vuotiaita	992	630	347
14-vuotiaita	1 096	733	359
15-vuotiaita	1 114	691	320
16-vuotiaita	1 128	699	380
17-vuotiaita	1 152	719	345
18-vuotiaita	1 241	744	353
19-vuotiaita	1 300	745	347
20-vuotiaita	1 454	836	279
21-vuotiaita	1 584	884	273
22-vuotiaita	1 664	988	327

Kuopion palvelujärjestelmä

Kuopion kouluterveydenhoidon/opiskelijaterveydenhoidon palvelut

Vuonna 2006 oppilasmäärä kouluterveydenhoitajaa kohden oli noin 850 oppilasta (alakoulu, yläkoulu ja lukio) ja opiskelijaterveydenhoidossa (toisen asteen ja ammattikorkeakoulu) noin 1380 opiskelijaa. Viisi koulukuraattoria toimi peruskoulun 7.–10.-luokkalaisten kanssa ja kuraattoria kohden oli keskimäärin 620 oppilasta. Koulupsykologit keskittivät työpanoksensa alakouluun.

Tämän lisäksi Kuopion kaupungilla oli lasten- ja nuorten palveluiden yksikkö, joissa oli myös 13–16-vuotiaille nuorille tarkoitettu erityistason yksikkö. Sen henkilöstöresurssi oli v. 2006 2,5 henkilöä ja sen kohderyhmä olivat alle 16-vuotiaat nuoret, joilla oli kasvun ja kehityksen ongelmia.

Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoido KYSissä

KYSissä toimii nuorisopsykiatrian yksikkö, johon kuuluvat avohoitoyksikkö, jolla on toimipisteet Alavassa ja Siilinjärvellä ja kolme nuorisopsykiatrian osastoa Julkulan sairaalassa. Henkilöstö-

resursseista (vakansseja yhteensä 79,8), joista 2/3 on osastoilla. Näillä osastoilla on yhteensä 22 sairaansijaa, jotka on tarkoitettu alle 18-vuotiaiden nuorten vakavien mielenterveyshäiriöiden ja mielisairauksien hoitoon.

Avohoito palvelee 14–19-vuotiaita nuoria. Poliklinikalle tullaan läheteellä. Yliopistosairaalan yksikkö on tarkoitettu koko sairaanhoitopiirin alueen nuorille. Avohoitoon on keskitetty mm. nuorten seksuaalisen hyväksikäytön tutkimukset, joita käyttää myös miljoonapiirin muut sairaanhoitopiirit ja osastopaikkoja käyttää Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri. KYS-piirin alueella nuorille on tarjolla nuorisopsykiatrian avohoitopalveluita Kuopion lisäksi Iisalmessa Suomenjoella ja Varkaudessa, mutta kaikki alle 18-vuotiaiden nuorten osastohoitoaikat ovat Kuopiossa.

Vuonna 2006 nuorisopsykiatrian yksikössä toteutui 10 374 avohoitokäyntiä, joista kuopio-laisten osuus oli 6 777 käyntiä (65 %). Nuorisopsykiatrian osastoilla hoitopäiviä kertyi yhteensä 5 196, joista 1 482 (28 %) hoitopäivää toteutui kuopiolaisille, 2 355 muiden jäsenkuntien nuorille ja 1 359 hoitopäivää Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ulkopuolisille nuorille. Kun jatkossa esitetään lukuja kuopiolaisten nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon käytöstä, kuopiolaisten osuus on erikseen eritelty sekä osastohoitopäivistä että avohoitokäynneistä.

Lappeenrannan ja Imatran palvelujärjestelmä

Lappeenrannan ja Imatran perusterveydenhoidon opiskelijaterveydenhuolto

Lappeenrannassa kouluterveydenhoitajaa kohden oli keskimäärin 553 oppilasta (vaihdellen välillä 400–735), perusopetuksen kouluissa oppilaita oli keskimäärin 600 ja lukioissa hieman enemmän. Lisäksi kouluissa työskenteli kolme koulukuraattoria. Koulupsykologien työ kohdentui kokonaan alakoulujen puolelle. Ammattiopistoissa ja ammattikorkeakouluissa terveydenhoitajaa kohden oli reilusti 1100 opiskelijaa. Lisäksi näissä kouluissa työskenteli psykologi ja sosiaalityöntekijä. Imatralla kouluterveydenhoitajaa kohden oli keskimäärin 540 oppilasta.

Hankekauteen sijoittui nuorten palvelujen kannalta tärkeä opiskeluterveydenhuollon palvelujen uudelleen organisoituminen. Organisoituminen alkoi myös projektina, jolloin hankkeessa oli mukana Lappeenrannan ja Imatran kaupunkien opiskelijaterveydenhuollon yksiköt. Toiminnan kohteena olivat toisen asteen, ammattikorkeakoulun ja aikuiskoulutuskeskuksen oppilaitokset. Lukion oppilaat eivät kuuluneet opiskelijaterveydenhuollon piiriin hankkeen aikana. Opiskelijaterveydenhuollossa huomioitiin mielenterveysongelmien palvelujen kysynnän kasvu ja resursseja ko. asioihin lisättiin, joten palvelu voidaan katsoa SIHTI-interventiolle rinnakkaisena toimintamuotona. Opiskelijaterveydenhuollon hankeajan päätyttyä 2006 Imatra irtisanoutui toimintamallista ja jatkoi palvelujen antamista perinteisellä terveydenhoitajamallilla. Lappeenranta vakinaisti uuden mallin ja toiminnan piiriin liitettiin myös Lappeenrannan alueen lukiot. Opiskelijaterveydenhuollon organisoitumisen vaiheet on nähtävissä SIHTI-interventioon tulleiden nuorten ikäjakaumissa, koulutustaustassa ja määrissä.

SIHTI-interventiossa työskentelevien ja opiskelijaterveydenhuollon yhteistyö on ollut tiivistä ja työnjako on määritelty selkeästi. Yhteistyö pysyi tiiviinä siitäkin syystä, että osa opiskelijaterveydenhuollossa työskentelevistä lääkäreistä työskenteli myös SIHTI-interventio työryhmässä.

Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoido

Etelä-Karjalan keskussairaalan yhteydessä Lappeenrannassa toimii nuorisopsykiatrian poliklinikka. Poliklinikka vastaa sairaanhoitopiirin 13–22-vuotiaiden nuorten psykiatrisesta tutkimuksesta ja osasta hoidosta. Alle 16-vuotiaille ostetaan terapia- ja kuntoutuspalveluja myös yksityissektorilta. Poliklinikalle voi tulla ilman lähetettä. Läheteteettömyyttä on perusteltu palvelurakenteen portaattomuudella sekä helpolla saatavuudella.

Etelä-Karjalan keskussairaalaossa on 10-paikkainen nuorisopsykiatrian osasto sairaanhoitopiirin alle 18-vuotiaille sairaalahoidon tarpeessa oleville nuorille sekä nuorten (13–22-v.) kuntouttava päiväyksikkö. Päiväyksikköön tulevat nuoret ohjautuvat poliklinikan tai osaston kautta.

Imatran kaupungin mielenterveyspalveluissa toimii nuorten työryhmä. Työryhmä tarjoaa avopalveluja alle 18-vuotiaille imatralaisille nuorille osittaisena vaihtoehtona Etelä-Karjalan keskussairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikalle.

Vuonna 2006 Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian yksikössä toteutui 6 806 avohoitokäyntiä, joista lappeenrantalaisten osuus oli 4 354 (64 %) käyntiä. Nuorisopsykiatrian osastolla hoitopäiviä kertyi 3 281, joista 1 529 (47 %) toteutui lappeenrantalaisille ja 287 (9 %) sairaanhoitopiirin ulkopuolisille nuorille ja loput 1 465 (44 %) hoitopäivää sairaanhoitopiirin muiden kuntien nuorille.

Koko Etelä-Karjalan alueella on runsaasti nuorille ja lapsille tarkoitettuja sekä julkisia että yksityisiä hoito- ja kuntoutuskoteja, joihin on sijoitettu myös alueen ulkopuolelta tulevia nuoria/lapsia ja joista merkittävä osa tarvitsee ja käyttää myös nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita.

6 TYÖRYHMIEN KOKOAMINEN KUOPIOSSA, LAPPEENRANNASSA JA IMATRALLA

- Työryhmä luotiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon välimaastoon kahden erilaisen organisaation väliin.
- Kattava tiedonkeruu mahdollisti seurannan.
- Seurantaryhmä arvioi toiminnan sisältöä ja merkitystä.
- Hallinnon yhteensovittaminen edellytti sovittua, säännöllistä yhteistyötä.
- Kokeneet työntekijät rakensivat yhteistyöverkostot omiin organisaatioihinsa.

Työryhmän kokoamisessa nähtiin tärkeänä nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhoidon ja perustason lastensuojelun osaamisen yhdistäminen.

Kuopiossa terveyskeskuksesta tulleet terveydenhoitaja ja terveyskeskuslääkäri (50 %) kuuluivat oman henkilöstöhallintonsa piiriin ja erikoissairaanhoidosta tulleet psykologi (80 %) ja psykiatrisen sairaanhoitaja oman hallintonsa piiriin. Lastensuojelun edustajaa ei saatu työryhmään vaan siihen palkattiin sosiaalityöntekijä avoimella haulla. Nuorisopsykiatrian erikoislääkärin työpanos (20 %) tuli erikoissairaanhoidosta nuorisopsykiatrian poliklinikalta.

Lappeenrannassa työntekijöinä toimivat terveydenhoitaja, psykiatrisen sairaanhoitaja, psykologi (60 %) ja kaksi terveyskeskuslääkärää, joiden työpanos oli yhteensä (30 %). Nuorisopsykiatrian erikoislääkärin työpanos (30 %) tuli erikoissairaanhoidosta.

Imatralla laskennallinen kokoaikainen psykiatrisen sairaanhoitajan työpanos koostui 50 % sairaanhoitajan ja 50 % mielenterveyshoitajan työpanoksesta. Lisäksi Imatran työryhmässä työskenteli Lappeenrannan kanssa yhteinen psykologi (40 %). Terveyskeskuslääkärin työpanos ei projektin aikana toteutunut. Nuorisopsykiatrian erikoislääkärin työpanos (5 %) tuli erikoissairaanhoidosta.

Lisäksi työryhmän osalle laskettiin erikoissairaanhoidon osastonhoitajan työpanosta (Kuopiossa 5 %, ei Lappeenrannassa), ylihoitajan työpanosta (2 %) ja ylilääkärin työpanosta (2 %). Jokaisessa työryhmässä tarvittiin myös toimistohenkilöstön työpanosta. (Kuvio 2.)

Yhtenäiset linjat varmistettiin kirjallisilla sopimuksilla. Työryhmille järjestettiin omat hallinnolliset kokoukset, jossa eri osapuolet olivat edustettuina. Kahden organisaation toimintojen yhteensovittaminen osoittautui ajoin monimutkaiseksi mm. tilahallinnon, hankintojen ja erilaisten sairauskertomusjärjestelmien vuoksi.

Työryhmien tilat haluttiin erilleen terveyskeskuksesta ja erikoissairaanhoidosta. Toimitilat järjestyivät keskustasta asuin-/liiketiloihin käsittävistä kerrostaloista. Sijainniltaan tilat olivat nuorten kannalta erinomaisessa paikassa lähellä kouluja ja hyviä liikenneyhteyksiä. Sisäänkäynti saattoi tapahtua huomaamattomasti kiinteistöön muutenkin tapahtuvan liikkumisen joukossa.

SIHTI-TYÖRYHMÄT

KUOPIO

Jäsenet

Psykologi (80 %)
 Psykiatrinen sairaanhoitaja
 Terveyskeskuslääkäri (50 %)
 Sosiaalityöntekijä
 Terveydenhoitaja
 Konsultoiva nuorisopsykiatri (20 %)
 Osastosihteeri

LAPPEENRANTA

Jäsenet

Psykologi (60 %)
 Psykiatrinen sairaanhoitaja
 Terveyskeskuslääkäri (30 %)
 Terveydenhoitaja
 Konsultoiva nuorisopsykiatri (30 %)

IMATRA

Jäsenet

Psykologi (40 %)
 Psykiatrinen sairaanhoitaja
 Konsultoiva nuorisopsykiatri (20 %)

KUVIO 2. SIHTI-työryhmät Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla

7 SIHTI-INTERVENTIO

Intervention periaatteet

- matala kynnys
- viiveettömyys
- rajattu interventio
- työparitoiminta
- moniammatillinen työryhmätyöskentely
- verkostoituminen
- psykoedukatiivinen työote

Intervention sisältö

Kuviossa 3 on esitetty SIHTI-intervention kulku sekä kaavakuvana että potilasesimerkin kautta.

SIHTI-interventioon *hakeutuminen* oli suunniteltu niin nuorelle kuin perheelle *mahdollisimman helpoksi*. Lähetettä ei tarvittu. Ajanvaraus tapahtui päivystysaikana. Puhelinpäivystys toimi Kuopiossa jokaisena arkipäivänä klo 11.00–13.00 ja Lappeenrannassa työryhmän aukioloaikana. Kukin työntekijä toimi vuorollaan päivystäjänä. Työryhmällä oli *viikoittain 10–12 ensiaikaa*. Ajan saattoi varata nuori, vanhempi tai kuka tahansa nuoren asioissa toimiva työntekijä. Aika sovittiin yleensä 1–14 vuorokauden sisälle, joskus samalle päivällekin.

Eri alueilla noudatettiin työskentelyssä samoja periaatteita, vaikka alueiden välillä oli myös pieniä eroja. SIHTI-interventio koostui puhelinhaastattelusta ja *1–5 käyntikerrasta*. Tuona aikana vastaanotettiin nuoren, perheen ja/tai eri toimijoiden huoli nuoren tilanteesta, arvioitiin nuoren psyykkinen tilanne, intervention riittävyys ja jatkotoimien tarve. Käsitys nuoren ongelmista ja elämäntilanteesta saatiin haastattelemalla nuorta ja hänen huoltajiaan. Puolistrukturoitu haastattelu (liite 2) aloitettiin jo puhelinkeskustelussa ja sitä täydennettiin tapaamisten aikana.

Keskeisenä periaatteena oli *työparityöskentely*. Työparityöskentelyyn päädyttiin, koska silloin ensi tapaamisella toinen saattoi keskittyä rauhassa haastattelemaan, toinen kuuntelemaan, arvioimaan ja suunnittelemaan. Toimintatavasta saatettiin poiketa myös siten, että alkuinformaation jälkeen toinen työntekijä haastatteli nuorta ja toinen työntekijä vanhempia. Jatkossa toinen saattoi tavata nuorta ja toinen vanhempia. Työparityöskentelyn etuna oli, että kaksi työntekijää oli perillä nuoren asioista, mikä vähensi toiminnan haavoittuvuutta.

Moniammatillinen työryhmä, johon osallistui erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatri, koontui kaksi kertaa viikossa (2 x 1,5 h) arvioimaan ja pohtimaan potilastapauksia nuoruusiän kehityksen, kasvuympäristön tuen ja oireiden näkökulmasta. Työryhmässä tehtiin psyykkisen tilan, tarvittavan tuen ja jatkohoidon tarpeen arvio. Jokaisen nuoren asiat olivat yhteisessä arviossa ainakin kerran.

Nuoren psyykkistä, sosiaalista ja toiminnallista tilannetta arvioitiin strukturoidulla GAF-asteikolla (liite 3). Lähes kaikilla työryhmän jäsenillä oli pitkä ammatillinen kokemus joko terveystieteistä tai nuorisopsykiatriasta. Yleislääkärin mukana olo mahdollisti nuoren somaattisen terveydentilan arvioinnin (esim. kilpirauhasen toimintahäiriöt, anemia, päänsärky, erilaiset kiputilat).

Yhteydenotto SIHTI-työryhmään:

- puhelinsoitto (puhelinhaastatteluteemat, liite 2.)
- käynti
- lähete

Ohjaus toiseen toimipisteeseen tarvittaessa (esim. terveyskeskus, päihdesäätiö)

SIHTI-INTERVENTIO**1. KÄYNTI**

- 1 ½ tuntia
- kaksi työntekijää
- kutsuttuna nuori, vanhemmat / elämäkumppani
- tulosity
- puolistrukturoitu haastattelu (liite 2) elämäntilanteen kokonaisuuden ja tarvittavien toimenpiteiden kartoittamiseksi ja palaute
- päätös minkä ongelman suhteen työskennellään
- käyntimäärästä sopiminen

2.–5. KÄYNTI (tarvittaessa vanhemmille erikseen)

- ongelman käsittelyn syventäminen
- lisäarviointi tarvittaessa (esimerkiksi erilaiset strukturoidut mittarit)
- jatkohoidon tarpeen arviointi
- intervention päättäminen
- tilannearvio ja palaute

Lähete jatkohoitoon

Ei jatkohoitoa

Tapausesimerkki syrjäytymiskehityksen uhka:

21-vuotias nainen varaa ajan SIHTI-työryhmästä

1. käynti:

- läsnä nuori ja työpari
- tulosityt: alakulo, ahdistuneisuus, yksinäisyys, uni-vaikkeudet, pakonomainen käsienspesu
- anamnestiset tiedot: 1/2 vanhempiansa lapsi, avioero yläasteikässä, asialliset suhteet molempiin vanhempiin, isä tapaa harvoin, koulukiusattu, koulumenestys keskitasoa, yo-tutkinto, haaveena yliopisto-opinnot, kavereita aina ollut, ei juuri harrastuksia, arkirutiinit/elämäntavat ok, fyysinen terveys ok
- laboratoriolähete

2. käynti:

- haastattelussa tunnistaa masennusta, väsymystä, nukahtamisvaikeutta, painonnousua, bakteerikamoa, pakonomaista siivoamista, vaikeutta pitää puoliaan, identiteetin ongelmia, eristäytymisen uhka
- tullut 13-vuotiaana seksuaalisesti hyväksikäytetyksi
- laboratorioarvot normaalit, arvio mielialasta: keski-vaikkea masennus (BDI pisteet 20)

Työryhmän arvio: suositellaan mielialalääkitystä ja psykiatrasta jatkohoitoa, kutsutaan seuraavalle käynnille mukaan äiti ja sosiaalitoimen sosiaalityöntekijä

3. käynti:

- mukana nuori, äiti ja sosiaalitoimen sosiaalityöntekijä
- esillä masennus, masennuslääkityksen aloittaminen, psykiatriseen jatkohoitoon ohjaaminen, toimeentuloasiat, kehoitetaan hakeutumaan ammatinvalinnan ohjaukseen ja työvoimatoimistoon. Tehdään lähete. Interventio päättyy.

KUVIO 3. SIHTI-interventio kuvaus ja tapausesimerkki

Puhelinpäivystys

Puhelinpäivystyksessä tehtiin alkuhaastattelu ja arvioitiin, mistä toimipisteestä nuori saa parhaiten apua. Jos päädyttiin jatkamaan hoitoa SIHTI-interventioin, nuorelle varattiin aika ensikäynnille tai nuori ohjattiin toisiin asianmukaisempiin palveluihin joko perustasolle tai erikoissairaanhoidon kuten päihdepalveluihin, omalääkärille ja/tai sosiaalitoimen palveluihin.

Ensimmäinen käynti

Ensimmäiselle tapaamiselle kutsuttiin nuoren mukaan vanhemmat tai vanhempi. Nuoren mukana saattoi myös olla esim. elämäkumppani tai ohjaaja nuorisokodista. Osa alaikäisistä ja suuri osa yli 18-vuotiaista tuli yksinään. Aluksi keskusteltiin SIHTI-interventioon hakeutumisen syistä, paikan luonteesta, työtavoista, luottamuksellisuudesta, maksuttomuudesta ja siitä, että tämä interventio on pisimmillään viisi käyntiä. Tavoitteena oli saada käsitys nuoren ihmissuhteista, elämäntavoista, terveystottumuksista, taloudellisesta tilanteesta ja etenkin psyykkisestä voinnista. Haastattelussa annettiin tilaa ensin nuoren omille ajatuksille, sen jälkeen asioista keskusteltiin myös vanhemman näkökulmasta. Keskustelussa esiin tulleita asioita ja huolenaiheita jäsennettiin, ”sanoitettiin ” ja

suunniteltiin jatkoa. Toistuvia teemoja olivat mm.: minkäläinen rajoittaminen voisi lisätä nuoren turvallisuutta, miten hankalista asioista voisi keskustella. Lisäksi annettiin tietoa nuoren erilaisista psyykkisistä ongelmista esim. masennus- ja ahdistusoireista.

2.–5. käynnit

Jatkokäynneillä työstiin syvemmin nuoren elämäntilannetta, mielialaa, voimavaroja ja suunniteltiin keinoja tilanteen helpottamiseksi. Arvioinnin tukena käytettiin erilaisia strukturoituja kyselylomakkeita (liitteet 4–9); masennusta mittaavaa BDI:tä (Beckin Depression Inventory), psykoosin ennako-oireiden tunnistamiseen kehitettyä PROD-seulaa, syömishäiriökyselyä EDI (Eating Disorder Inventory), verkostokarttaa, vapaamuotoisia uni- ja ruokapäiväkirjoja. Nuorelle ja mahdollisesti myös vanhemmille annettiin palaute sen jälkeen, kun ongelmia/tilannetta ja jatkotoimien tarvetta oli arvioitu moniammatillisessa työryhmässä.

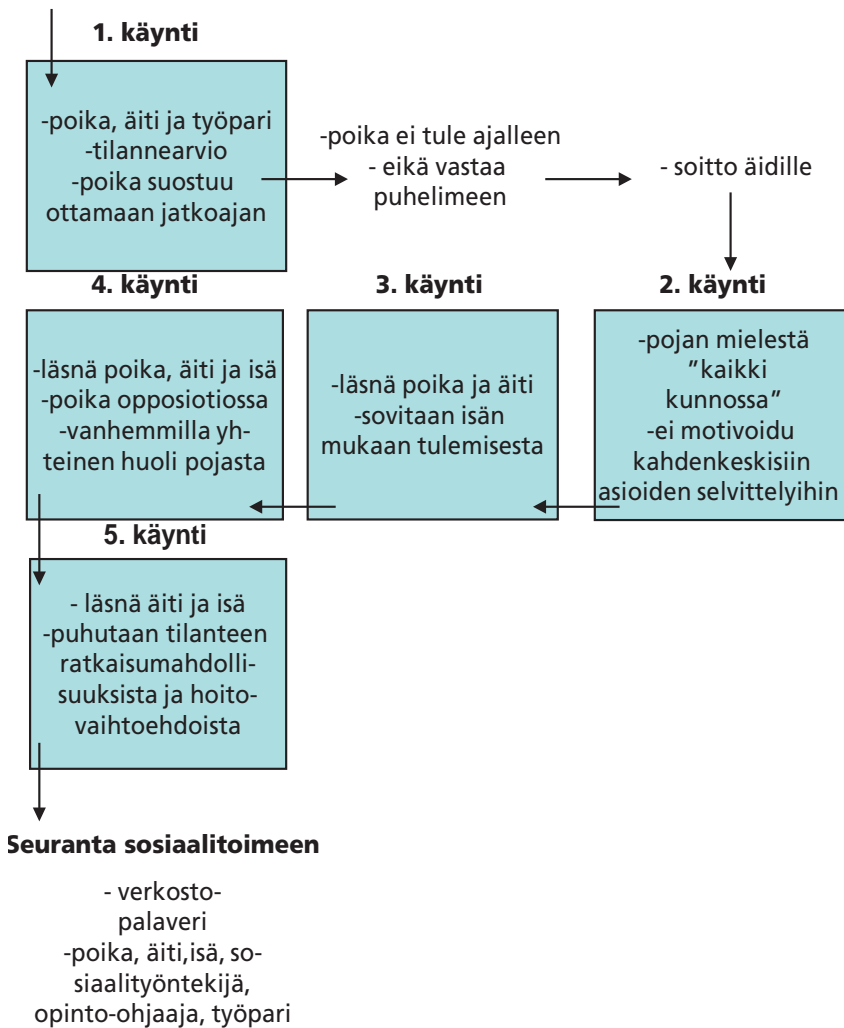
SIHTI-interventio lopetettiin sovituksi. Mahdolliset jatkohoitajärjestelyt sovittiin nuoren ja vanhempien kanssa. Useimmiten jatkohoitolähteenä toimivat sähköisen sairauskertomuksen käyntimuistiinpanot. Joidenkin nuorten kanssa sovittiin ”saattaen vaihdosta” eli ensi tapaamiselle jatkohoitopaikkaan mentiin yhdessä.

Kuvioissa 4–6 on havainnollistettu SIHTI-intervention erilaisia funktioita. Kuvio 4 esittää 14-vuotiaan pojan ongelman ratkaisun nuoren, vanhempien ja eri viranomaisten työskentelyn kautta. Kuvio 5 esitetään työprosessi, jossa nuoren kanssa työskentely johtaa hoitomotivaation herättämiseen nuorena. Kuviossa 6 esitetään 14-vuotiaan käytöshäiriöisen pojan tarina, jossa poika saadaan motivoitumaan ottamaan vastaan tukea ongelmiinsa, äiti motivoitua hakemaan apua itselleen ja isä kutsutaan tukemaan poikansa kasvua.

Yhteistyö muiden viranomaisten kanssa

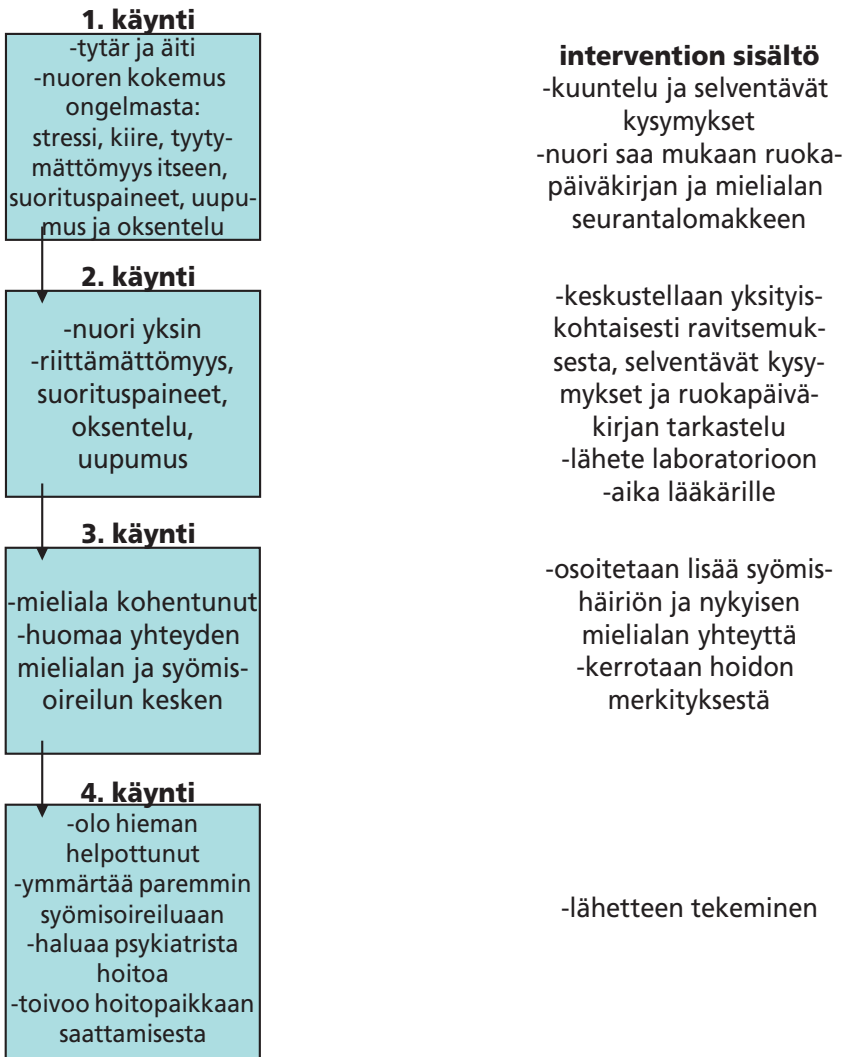
Nuoren ja perheen kanssa sovittiin tarvittavasta yhteistyöstä ja verkostotyöstä eri viranomaisten kanssa. Useimmiten yhteistyökumppaneina olivat terveydenhoitajat, omalääkärit, kuraattorit, opettajat sekä työntekijät lastensuojelusta, päihdesäätiöltä, työvoimatoimistosta ja KELA:n kuntoutusprojekteista.

Alkutilanne: äiti ottaa yhteyttä, 14-v. pojalla kouluun lähtemisen vaikeutta, väsymystä



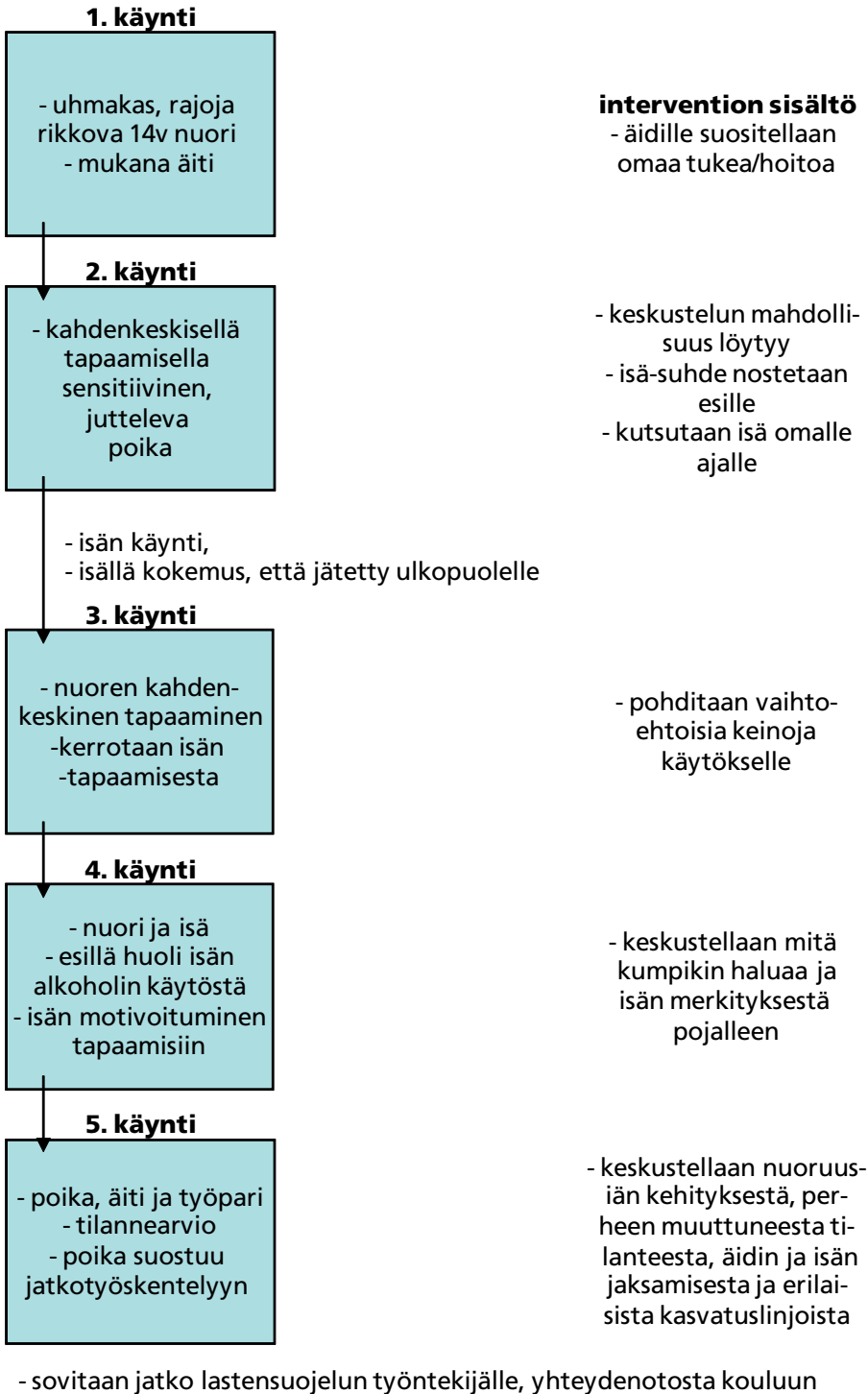
KUVIO 4. Esimerkki asiakaslähtöisestä ja tarpeenmukaisesta SIHTI-interventiosta

Alkutilanne: äidin soitto, 16-v. tytär ruokahaluton ja väsynyt



KUVIO 5. Hoitomotivaation herättäminen

Alkutilanne: tutkimus- ja selvittelypyyntö lastensuojelusta toimenpiteiden tueksi



8 TOTEUTUNUT TOIMINTA

SIHTI-interventioon hakeutuneet nuoret

SIHTI-interventiota käytettiin kaikilla paikkakunnilla runsaasti. Eniten nuoria hakeutui Kuopiossa, joka oli myös suurin paikkakunta. Tytöt käyttivät palvelua selkeästi enemmän kuin pojat. Paikkakuntien välillä oli selkeä ero palvelua hakeneiden iässä ja koulutaustassa. Lappeenrannassa ja Imatralla eniten palvelu käytti alle 16-vuotiaat nuoret, kun taas Kuopiossa 19–22-vuotiaat käyttivät eniten palvelua. Kuopiossa yhteydenottajana oli useammin nuori itse, Lappeenrannassa ja Imatralla yhteydenottaja oli useammin koulu tai vanhemmat. Erot johtuvat todennäköisesti paikkakuntien nuorille kohdennettujen muiden palveluiden erilaisuudesta. Kun tarkasteltiin tietoja vuosittain, palveluun yhteyttä ottaneiden nuorten profiili pysyi samansuuntaisena vuodesta toiseen. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. SIHTI-interventioon hakeutuneet nuoret kolmena toimintavuotena (2005–2007) Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla

Sukupuolijakauma %	Kuopio n = 1 176	Lappeenranta n = 644	Imatra n = 250
Tyttejä	72	64	66
Poikia	28	36	34
Yhteydenottaja %			
Nuori	40	23	12
Vanhemmat	29	36	31
Kouluviranomainen	16	24	35
Psykiatrinen hoitopaikka	3	2	5
Muu	12	16	16
Nuoren koulutausta %			
Peruskoulu	35	70	74
Lukio	24	12	8
Ammatillinen koulu	28	13	16
Yliopisto / korkeakoulu	12	2	-
Muu	2	1	-
Koulu keskeytynyt	-	2	2
Asuminen %			
Vanhempien/huoltajan kanssa	54	81	82
Omassa asunnossa	35	10	11
Muu	11	9	7

SIHTI-interventioon hakeutumisen syy ja psykososiaalinen toimintataso

Nuorten itsensä haastattelussa esiin tuomat syyt hakea apua SIHTI-interventiosta olivat jokaisella paikkakunnalla samantyyppiset (taulukko 3). Yleisimmät syyt hakea apua olivat mielialaongelmat, ahdistuneisuus, ihmissuhdevaikeudet ja opiskeluun/kouluun liittyvät ongelmat. Nuoret olivat ottaneet yhteyttä ennen SIHTI-interventiota eri paikkoihin esim. terveyskeskukseen, koulutoimeen tai sosiaalitoimeen.

TAULUKKO 3. SIHTI-interventioon hakeutumiseen liittyviä tekijöitä vuonna 2006 (toisena toimintavuotena) Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla

Ensisijainen tulosy %	Kuopio n = 415	Lappeenranta n = 192	Imatra n = 98
Univaikeudet	3	3	7
Koulu/opiskelu/työongelmat	13	17	17
Mielialaan liittyvät ongelmat	37	26	36
Ahdistusoireet	17	12	7
Ihmissuhdeongelmat	10	16	15
Itsetuhoinen käyttäytyminen	1	2	1
Muita vahingoittava käyttäytyminen	1	2	2
Syömisongelmat	4	2	1
Riippuvuus esim. peli, päihteet	2	4	2
Traumat	3	5	6
Psykoottiset oireet	1	1	-
Asiaalliset oireet	6	5	3
Aiempi psykiatrinen hoito %			
Ei	57	76	67
Kyllä	43	24	33
Onko ollut yhteydessä johonkin muuhun paikkaan tämän syyn vuoksi			
Mielenterveyspalvelut	10	25	28
Päihdehuolto	2	2	2
Terveyskeskus	43	10	6
Sosiaalitoimi	9	18	18
Opiskelijaterveydenhuolto	-	4	17
Koulutoimi	21	38	26
Itsetuhoiset ajatukset %			
Tällä hetkellä	25	7	6
Aiemmin	9	11	-
Itsemurhayritys joskus elämän aikana %			
Kyllä	4	4	1

Nuorille tehty GAF-arvio kertoo nuoren sen hetkisestä psyykkisestä, sosiaalisesta ja ammatillisesta toimintakyvystä. Nuorten toimintataso moniammatillisen tiimin arvioimana vaihteli runsaasti. Vakavimmillaan toimipisteeseen hakeutunut nuori ei selvinnyt päivittäisistä toiminnoista yksinään ja hänen psyykkinen tilansa vaati välitöntä sairaalahoitoa (GAF-pistearvo 20) ja osalla nuorista psykososiaalinen toimintataso kuvaa hyvää päivittäistä selviytymistä (GAF-pistearvo 75). (Taulukko 4.) Pistearvoa voidaan pitää suuntaa antavana, koska kaikille kolmelle työryhmälle ei ollut yhdenmukaista koulutusta kyseisen mittarin käytöstä.

Nuorten ongelmat olivat hyvin eriasteisia. Osalla ongelmat olivat vakavia ja pitkäkestoisia, jota kuvaa mm. se, että runsas kolmannes nuorista (keskimäärin 30 – 40 %) oli ollut aiemmin psykiatrisessa hoidossa, taustalla oli itsemurhayrityksiä ja esimerkiksi Kuopiossa joka neljännellä oli tulovaiheessa itsetuhoisia ajatuksia.

TAULUKKO 4. Nuoren psykososiaalinen toimintataso tulovaiheessa arvioituna GAF asteikoilla Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla

	Kuopio	Lappeenranta	Imatra
Mediaani	55	65	56
Alin pistearvo	20	30	30
Korkein pistearvo	75	80	81

Miten interventio toteutui?

SIHTI-interventioon ajan varanneista nuorille suunniteltu SIHTI-interventio toteutui Kuopiossa noin 70 %:sti (ensimmäisenä toimintavuonna 68 %:sti viimeisenä seurantavuonna 71 %:sti). Lappeenrannassa interventio toteutui hieman paremmin 68–73 %:sti ja Imatralla viimeisenä toimintavuonna 78 %:sti. Interventio keskeytyi vuonna 2007 Kuopiossa 17 %:ssa, Lappeenrannassa 10 %:ssa ja Imatralla 11 %:ssa. (Taulukko 5.) Osa keskeyttäneistä nuorista, kuitenkin vain suhteellisen pieni osa, hakeutui uudelleen SIHTI- työryhmään. Tarkkoja lukumääriä ei ole käytettävissä, koska tätä tietoa ei etukäteen huomattu suunnitella kirjattavaksi helposti poimittavaksi tiedoksi.

Jatkohoidon tarve

Nuorista noin kolmasosa ei tarvinnut jatkohoitoa SIHTI-intervention jälkeen (luvut vaihtelivat; Kuopiossa 28 %, Lappeenrannassa 39 %, Imatralla 20 %) eli heille interventio oli riittävä. Yleensä nuoret ohjattiin erikoistason mielenterveyspalveluihin; perusterveydenhoitoon tai päihdepalveluihin ohjaamisen oli vähäistä. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. SIHTI-interventio toteutuminen ja nuoren jatkohoidon tarve intervention jälkeen Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla (2005–2007)

SIHTI-interventio toteutuminen %	Kuopio n = 1 176	Lappeenranta n = 644	Imatra n = 250
Toteutui suunnitelmallisesti	68	72	78
Keskeytyi	18	10	11
Ei käynnistynyt	13	18	10
Jatkohoitopaikka %			
Ei tarvetta	28	39	20
Aikuispsykiatrian erikoissairaanhoido	15	1	39*
Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoido	21	26	9
Lasten ja nuorten yksikkö tk	7	-	1
Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoido	1	1	1
Sosiaalitoimi	1	8	8
Päihdehuolto	2	2	2
Perusterveydenhoito/peruspalvelut	3	9	5

*Jatkohoito Imatralla ei ollut aikuisten palveluihin, vaan nuorten työryhmään mikä on kaupungin järjestämä mielenterveysyksikkö (nuorisopsykiatri käy ko. ryhmässä konsultoimassa).

Vähenikö erikoissairaanhoidon käyttö?

Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttö avohoidossa tai osastohoidossa ei merkittävästi vähentynyt SIHTI- interventio toiminta-aikana (taulukko 6). Tästä voidaan päätellä, että SIHTI-interventio tavoitti toisaalta uuden joukon nuoria ja osalle nuorista interventio toimi hoitoon ohjaamisen kanavana.

Taulukko 6. SIHTI-interventiota hakeneet ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon läheteellä tulleet kuopiolaiset (14–19-vuotiaat) nuoret. Lisäksi 14–17-vuotiaiden kuopiolaisten osastohoitopäivät nuorisopsykiatrisella osastolla kolmena SIHTI-interventio toimintavuotena ja edeltävänä vuonna.

	2004	2005	2006	2007
SIHTI 13–22-vuotiaat		327	341	332
Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoido 14–19-vuotiaat	174	151	148	208
Avohoitokäynnit erikoissairaanhoidossa 14–19-vuotiaat	5 875	5 319	5 294	5 338
Osastohoitopäivät 14–17-vuotiaat	1 747	2 126	1 482	2 336

TAULUKKO 7. SIHTI-selvittelyä hakeneet ja nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon tulleet lappeenrantalaiset (14–19-vuotiaat) nuoret. Lisäksi 14–17-vuotiaiden lappeenrantalaisten osastohoitopäivät nuorisopsykiatrisella osastolla kolmena toimintavuonna ja SIHTI-interventiota edeltävänä vuonna.

	2004	2005	2006	2007
SIHTI 13–22-vuotiaat		143	173	203
Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoido 13–22-vuotiaat	166	144	129	179
Avohoitokäynnit erikoissairaanhoidossa (si- sältää kuntouttavan päiväyksikön käynnit) 13–22-vuotiaat	5 086	5 191	4 354	3 980
Osastohoitopäivät 13–18-vuotiaat	1 380	1 822	1 529	1 448

9 PALAUTE NUORILTA

Nuorten kuvauksia, arviointeja ja kehittämisenäkökuksia kerättiin SIHTI-interventio palveluita Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla käyttäneiltä nuorilta laadullisella tutkimuksella (Kallio 2007). Tutkimukseen osallistui 12 nuorta, jotka olivat iältään 17–22-vuotiaita. Osallistujista nuoria naisia oli yhdeksän ja nuoria miehiä kolme. Avoimet haastattelut fokusoiitiin palveluihin hakeutumiseen, palveluiden laatuun ja toiminnan kehittämiseen. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysilla.

Tulosten mukaan palveluihin hakeutumisen tarpeet voitiin nuorten näkökulmasta jakaa nuoren jaksamiseen, elämäntilanteisiin ja sosiaalisiin suhteisiin liittyviin tekijöihin sekä psykosomaattisiin ongelmiin. Nuoret saivat tietoa SIHTI-interventiosta terveydenhoitajalta, nuorten pajan ohjaajalta, opinto-ohjaajalta ja nuorisopsykiatriselta poliklinikalta. Osa nuorista varasi ajan itse – osalle ajan varasi esimerkiksi terveydenhoitaja. Nuoret halusivat päästä puhumaan ulkopuoliselle ammattihenkilölle asioistaan.

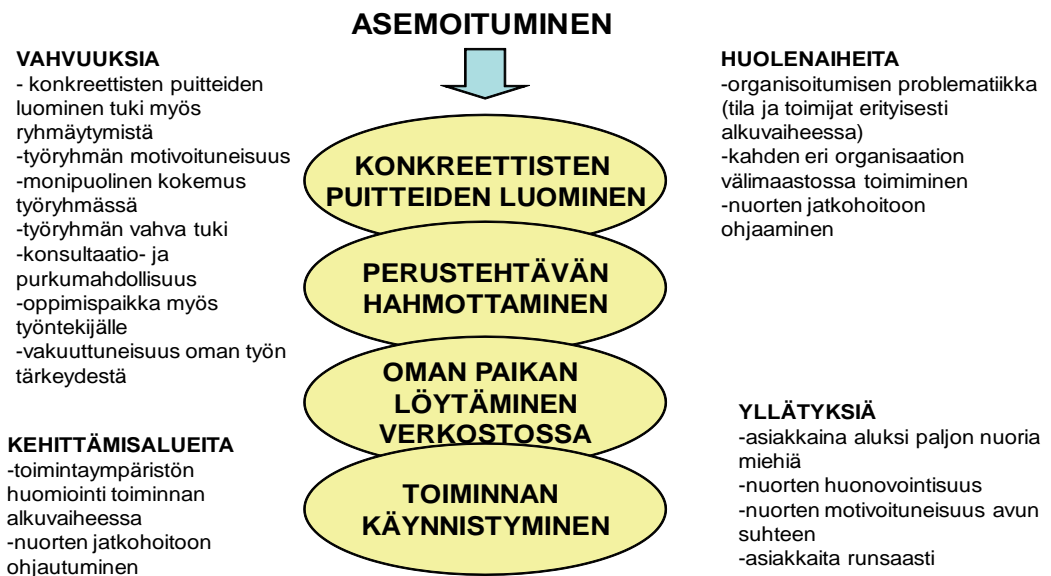
Nuoret pitivät SIHTI-interventiota ”hyvänä juttuna”. Palveluihin hakeutuminen oli nuorille helppoa (matala kynnys). Kynnys oli matalampi kuin terveyskeskukseen tai nuorisopsykiatriselle poliklinikalle meno. Toimipisteiden sijainnit saivat kiitosta: niihin oli helppo tulla huomiotta herättämättä. Palvelujen maksuttomuus ja ajan saaminen ilman lähetettä koettiin tärkeäksi. Nuorten kokemusten mukaan toimipisteen työntekijöille oli pääsääntöisesti helppo puhua. SIHTI-interventioon pääseminen helpotti nuoria: keskustelut avasivat uusia näkökulmia, ongelmat jäsenyivät ja asiat selkeytyivät. Tapaamisia ja keskusteluja nuoret kuvasivat positiivisiksi kokemuksiksi. Nuorille oli tärkeää, että heitä kuunneltiin ja heidät otettiin tosissaan. Palvelujen luottamuksellisuus oli nuorille tärkeä. Tutkimukseen osallistuneet nuoret olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin.

Nuorten kehittämisideat kohdentuivat SIHTI-interventiosta tiedottamiseen ja palveluiden jatkamiseen. Nuoret toivoivat enemmän tietoa palveluiden saatavuudesta (esimerkiksi esitteitä kouluille). Vertaisten antamaa informaatiota palveluista pidettiin tärkeänä. Palvelut arvioitiin merkittäviksi ja niiden toivottiin jatkuvan.

10 SIHTI-INTERVENTION TYÖRYHMIEN NÄKEMYKSET SIHTI-INTERVENTIOHANKKEEN KULUSTA

Työryhmiä haastateltiin sekä Kuopiossa, Lappeenrannassa että Imatralla hankkeen eri vaiheissa. Haastattelut fokusoitiin hankkeen alkuun, hankkeen jatkumiseen ja hankkeen päättymiseen. Haastattelut toteutettiin avoimina ryhmähaastatteluinä. Ryhmähaastattelut analysoitiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä.

Hankkeen ensimmäistä vaihetta työryhmät kuvasivat asemoitumisena (kuvio 7). Tämä asemoituminen sisälsi konkreettisten puitteiden luomista, perustehtävän hahmottamista, oman paikan löytämistä verkostossa sekä toiminnan käynnistymistä. Nämä tämän vaiheen elementit eivät olleet kronologisesti toisiaan seuraavia vaan osittain päällekkäisiä.

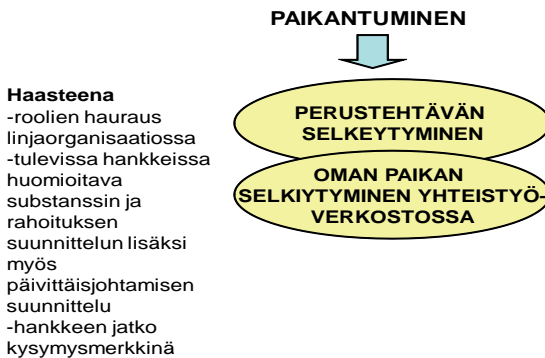


SIHTI-TOIMINNAN KÄYNNISTYMINEN TYÖRYHMIEN KUVAAMANA

KUVIO 7. SIHTI-intervention käynnistyminen työryhmien kuvaamana

Hankkeen käynnistymiseen liittyi yllätyksiä, huolenaiheita, vahvuuksia ja kehittämisalueita. Yllättävänä koettiin se, että asiakkaina oli aluksi paljon nuoria miehiä. Samoin nuorten huonovointisuus yllätti työryhmän jäsenet. Tästä huolimatta nuoret olivat hyvin motivoituneita saamaan apua. Asiakkaita oli myös runsaasti heti alussa. Huolenaiheina toiminnan alkuvaiheessa olivat organisoitumisen problematiikka (tila ja toimijat erityisesti alkuvaiheessa), kahden eri organisaation välimaastossa toimiminen ja nuorten jatkohoitoon ohjaaminen. Hankkeen vahvuuksiksi arvioitiin alkuvaiheessa se, että konkreettisten puitteiden luominen tuki myös ryhmäytymistä. Lisäksi työryhmä oli erittäin motivoitunut toimintaa varten ja työryhmässä oli monipuolinen kokemus. Hankkeen käynnistymisvaiheeseen liittyvinä kehittämisalueina todettiin se, miten toimintaympäristö parhaalla mahdollisella tavalla huomioidaan toiminnan alkuvaiheessa ja miten nuorten jatkohoitoon ohjautuminen toteutuu jatkossa.

Hankkeen jatkuessa työryhmät kuvasivat, että oma paikka oli löytynyt eli oli tapahtunut paikantuminen (kuvio 8). Paikantumiseen sisältyi oman perustehtävän selkeytyminen sekä oman paikan löytäminen yhteistyöverkostossa. Tähän vaiheeseen liittyi työryhmien mukaan haasteena roolien hauraus linjaorganisaatiossa. Kokemuksen perusteella arvioitiin, että tulevaisuudessa hankkeissa on huomioitava substanssin ja rahoituksen suunnittelun lisäksi myös päivittäisjohtamisen suunnittelu. Epävarmuutta työryhmien elämään toi hankkeen jatkoon epävarmuus.



SIHTI-TOIMINNAN PAIKANTUMINEN TYÖRYHMÄN KUVAAMANA

KUVIO 8. SIHTI-interventioita paikantuminen työryhmien kuvaamana

Hankkeen kolmas vaihe liittyi hankkeen päättämiseen (kuvio 9). Tässä vaiheessa haastatellut työryhmät toivat yksilön ja ryhmädynamiikan näkökulmasta esille sen, että sitoutuminen SIHTI-interventiohankkeeseen on ollut vahvaa. Tämä ilmeni muun muassa siten, että hankkeen aikana henkilöstöllä oli vähän sairaspäiviä ja töihin oli ollut mukava tulla. Hanke tarjosi kokemuksen prosessista, jolla oli selkeä alku ja loppu. Hankkeen päättäminen herätti myös surun tunteita. Hankkeen päättämiseen liittyi epävarmuutta yksilöiden jatkotyöpaikoista sekä epävarmuutta hankkeen toiminnan säilymisen jatkomuodosta ja paikasta. Haastattelussa tuotiin esille myös se, että sekä nuorten että yhteistyötahojen suhteen informointi palvelujen jatkosta on erittäin tärkeää.

Työryhmät refleктоivat hanketta myös voimavarojen näkökulmasta hankkeen päättämisvaiheessa. Nämä voivat toimia eväinä samanlaista hanketta suunnitteleville. Työryhmän jäsenillä on oltava vankka koulutus ja kokemus SIHTI-interventioita toteuttavaan työryhmään tullessaan omasta aikaisemmasta työstään joko peruspalveluissa tai erikoispalveluissa. Työryhmän kokoaminen eri sektoreilta on voimavara SIHTI-interventioita toteuttavien työryhmien kannalta, koska näin jäsenillä on jo olemassa erilaisia yhteistyöverkostoja eikä kaikkea tarvitse rakentaa alusta saakka. Työntekijöiden aikuisuus on tärkeä, jotta voi toimia nuorten kanssa – se mahdollistaa myös työntekijän monet roolit (äitinä, koululääkärinä jne). Sekä yksilö- että ryhmätyönohjaus ovat työryhmän tärkeitä voimavaroja. Työryhmän henkilökohtaiset voimavarat kuten huumori on tärkeää. On myös tärkeää varata aikaa työryhmän muulle yhteistoiminnalle kuin perustehtävälle (työ-toiminta). Työryhmä ei saa olla liian suuri, jotta ryhmä ei polarisoidu.

Yksilön ja ryhmädynamiikan näkökulma

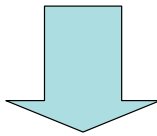
- sitoutuminen SIHTI-hankeeseen ollut vahvaa
- hankkeen aikana vähän sairaspäiviä
- töihin on ollut mukava tulla
- hanke tarjonnut kokemuksen prosessista, jolla selkeä alku ja loppu
- hankkeen päättäminen herättää surun tunteita
- epävarmuutta yksilöiden jatkotyöpaikoista
- epävarmuutta hankkeen toiminnan säilymisen jatkumuodosta ja paikasta

Yhteistyötahot

- informointi palvelujen jatkosta tärkeää

ASEMOITUMINEN

PAIKANTUMINEN



Hallinnon näkökulma

- hankkeen päättämisessä tärkeää:
- hallinnollinen selkeys
- päättämisen ennakointi ajoissa
- päättäminen yhteistyössä työryhmien kanssa

Asiakkaana olevat nuoret

- informointi palvelujen jatkosta tärkeää

Hankkeen reflektointia voimavarojen näkökulmasta hankkeen päättämisvaiheessa – eväitä muille vastaavaa hanketta suunnitteleville:

- työryhmän jäsenillä on oltava vankka koulutus ja kokemus SIHTI-työryhmään tullessaan omasta aikaisemmasta työstään
- työryhmän kokoaminen eri sektoreilta on voimavara SIHTI-työryhmän kannalta, koska näin jäsenillä olemassa erilaisia yhteistyöverkostoja
- työntekijöiden aikuisuus on tärkeä, jotta voi toimia nuorten kanssa – mahdollistaa myös työntekijän monet roolit (äitinä, koululääkärinä jne)
- sekä yksilö- että ryhmätyönohjaus tärkeitä voimavaroja
- työryhmän henkilökohtaiset voimavarat kuten huumori on tärkeää
- ajan varaaminen myös työryhmän muulle yhteistoiminnalle kuin perustehtävälle on tärkeää (tyky-toiminta)
- työryhmä ei saa olla liian suuri, jotta ryhmä ei polarisoidu

SIHTI-HANKKEEN PÄÄTTÄMINEN TYÖRYHMIEN KUVAAMANA

KUVIO 9. SIHTI-interventiohankkeen päättäminen työryhmien kuvaamana

11 PALAUTE YHTEISTYÖKUMPPANEILTA

Palaute-kysely toteutettiin Webropol-ohjelmalla lähettämällä yhteistyötaholle sähköpostiviesti, joka sisälsi linkin palautekyselyyn. Vastauksia saatiin 31.1.–29.2.2008 yhteensä 63. Vastauksista 71 % tuli Lappeenrannan ja 29 % Kuopion alueelta. Vaikka palaute Kuopion osalta on alhaisen vastausprosentin vuoksi vain suuntaa antava, palaute on käsitelty yhdessä.

Eniten vastauksia tuli kouluterveydenhuollosta (25 %), psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta (18 %), opiskelijaterveydenhuollosta (16 %), oppilashuollosta (14 %) ja sosiaalitoimesta (13 %). Vastanneissa oli lääkäreitä, terveydenhoitajia/sairaanhoitajia, koulukuraattoreita, psykologeja, lastenhuollon ohjaajia ja sosiaalityöntekijöitä. Päivystyksestä, päihdepalveluista ja koulutoimesta ei saatu yhtään vastausta.

Kaikki vastanneet tiesivät SIHTI-interventiosta ja 79 % vastanneista oli lähettänyt nuoria SIHTI-interventioon. Arvioitu lähetettyjen nuorten määrä vaihteli muutamasta nuoresta kahteenkymmeneen puolen vuoden ajanjaksolla. Lähes kaikki (98 %) lähettäjästä ilmoittivat nuoren päässeen nopeasti SIHTI-interventioon arviointiin. Vastanneista 86 % koki SIHTI-interventioon täydentävän hyvin aiemmin puuttuvaa osaa nuorten palveluketjusta ja kaikki olivat sitä mieltä, että SIHTI-interventio pitää sijoittaa pysyväksi osaksi nuorten palveluketjua.

Avoimissa kysymyksissä kysyttiin yhteistyötahojen kokemuksia SIHTI-interventiosta työskentelevien työntekijöiden kanssa tehdystä yhteistyöstä sekä parannusehdotuksia SIHTI-interventioon jatkossa. Yhteistyö koettiin paria yksittäistä kokemusta lukuun ottamatta hyväksi, helpoksi ja joustavaksi. Parasta oli nopea saatavuus ja konsultoinnin helppous. Muutamat vastanneet toivat esille nuorelta saamansa positiivisen palautteen, koska omaa henkilökohtaista yhteistyökokemusta ei ollut. Muutamat negatiiviset kokemukset liittyivät tiedonkulkuun. SIHTI-interventioon ohjannut työntekijä ei saanut palautetta muutamassa tapauksessa nuoren tilanteesta, koska nuori tai hänen vanhempansa oli tämän kieltänyt. Pääsääntöisesti palautteeseen liittyvät kommentit olivat positiivisia.

Kehittämisehdotukset liittyivät toiveeseen toiminnan vakinaistamista, riittävän palautteen saamiseen kaikista nuorista - myös jatko-ohjannasta, ajoittaisiin tapaamisiin yhteistyökumppaneiden kanssa, ikärajan laskemiseen 12 vuoteen ja nostamista 22 vuoteen (Kuopio). Joissakin palautteissa toivottiin, että työryhmällä olisi hoitavampi ote. Myös rajausta viiteen käyntikertaan pidettiin liian tiukkana.

12 POHDINTA

Tärkein palautteen antaja SIHTI-interventiosta ovat nuoret itse. Haastatellut nuoret kokivat hakeutumisen helpoksi ja olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun sekä toivoivat palvelun jatkuvan. Tästä huolimatta tiedämme, että edelleen on palvelujen tarpeessa olevia, mutta niihin motivoitumattomia tai hakeutumattomia nuoria, erityisesti poikia. SIHTI-interventio osoitti, että erityisesti poikien osalta tarvitaan tutkimusta siitä miten pojat kokevat ongelmat kasvussaan ja kehityksessään ja mitä he toivovat palvelujärjestelmältä. Nykyisellään ongelmissa olevan pojan tavoittaminen on vaikeaa.

Työntekijöiden palautteessa korostui erilaisten, ammattitaitoisten ja kokeneiden työntekijöiden yhteen hiotun ryhmätyön tuloksellisuus ja työssä jaksaminen. Kokeneisuudesta huolimatta nuorten ongelmien runsaus ja vakavuus tuli heille yllätyksenä.

Yhteistyötahojen palautteessa tärkein viesti oli SIHTI-interventio vakinaistaminen ja tyytyväinen palaute yhteistyön toimivuudesta.

SIHTI-interventio tavoitti kolmena hankevuotena Kuopiossa 1176 ja Lappeenranta–Imatralueella 894 13–22-vuotiasta nuorta. Vuosittain SIHTI-interventiosta arvioitiin kuopiolaisista tämän ikäisistä nuorista keskimäärin 3 % ja lappeenrantalaisista 2,5 %. Heistä runsaalla kahdella kolmasosalla ei ollut aiempaa psykiatrista hoitokontaktia eli he hakivat ensimmäistä kertaa elämässään apua ongelmiinsa.

Nuorten ongelmien vaikeusaste vaihteli lievistä erittäin vaikeaan. SIHTI-interventio arviointivaiheen jälkeen nuorista noin kolmasosa ohjattiin nuorisopsykiatrian palveluihin. SIHTI-interventio ennen erikoissairaanhoidon ohjaamista toimi erikoissairaanhoidon työtä helpottavana perustilanteen kartoituksena. Lisäksi SIHTI-interventio selvittelykäynnit toimivat usein tarpeellisena motivointivaiheena psykiatriseen hoitoon hakeutumiselle.

Nuorten lisäksi SIHTI-interventio tavoitti ison joukon nuorten vanhempia. Vanhempien tapaaminen oli erityisen tärkeää alaikäisten kohdalla. Osoittautui, että vanhemmilla oli tiedon vajetta nuoren normaalista kehityksestä. Arviointijakson aikana käyty yhteiskeskustelut ja selkeä tiedon ja tuen saaminen lisäsi heidän ymmärrystään nuorta kohtaan ja tuki heidän vanhemmuuttaan. Nuoren oireilussa ei aina ollut kyse nuoren omasta ongelmasta, vaan riittämätön vanhemmuus saattoi näyttäytyä nuoren kautta.

SIHTI-interventio hankesuunnittelu toteutettiin yhteistyössä kahden sairaanhoitopiirin (PSSHP, EKSH), kolmen perusterveydenhuollon (Kuopio, Lappeenranta, Imatra) ja Kuopion yliopiston kanssa. Yhteiset ja alueelliset seurantarajat sekä työtä tekevät työryhmät kokoon tuivat säännöllisesti koko toiminnan ajan. Säännöllinen toiminnan arviointi ja seuranta ja selkeä johtaminen loivat hyvät lähtökohdat ja tukirakenteet toiminnalle.

Ennen hankeajan alkua nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntä kasvoi vuosittain. SIHTI-interventiolla tavoiteltiin tämän kasvun hillitsemistä osan potilaista ohjautuessa palvelujärjestelmän matalammalle, tarkoituksenmukaiselle tasolle. Hankkeen toisena vuotena erikoissairaanhoidon tulevien läheteiden määrä näyttikin kääntyvän laskuun, mutta kolmantena vuonna läheteiden määrä kasvoi jälleen. Avohoitokäyntien lukumäärässä oli nähtävissä pienenemistä sekä Kuopion että Lappeenrannan osalta lähtötilanteeseen verrattuna. Lappeenrantaisten osalta nuorisopsykiatrian osastohoitopäivät myös vähenivät. Varhainen väliintulo voi mahdollisesti vähentää psyykkisen oireilun kehittymistä psyykkiseksi häiriöksi. Toisaalta nopea auttaminen voi edesauttaa nuorta normaalin aikuistumiskehityksen polulle. Näiden oletusten vahvistamiseksi tarvitaan usean vuoden seuranta tutkimuksia.

Poliklinikoiden läheteikäytäntöjä ei muutettu hankkeen aikana. Läheteitä ohjattiin jonkin verran myös erikoissairaanhoidon poliklinikoilta SIHTI-interventioon arviointiin, jos läheteestä

syntyi vaikutelma lievästä ongelmasta. Erikoissairaanhoidon poliklinikan työntekijöiden mukaan sinne ohjautuvat nuoret olivat aiempaa vakavammin oireilevia. Tämä tukee käsitystä porrastuksen tavoitteenmukaista onnistumista. Jatkossa SIHTI-intervention mahdollisesti laajentuessa myös lähetekäytännöt on tarkoituksenmukaista harkita uudelleen.

SIHTI-interventiohankkeen keskeisin tavoite, viiveettömän ja matalan kynnyksen psykososiaalisen arvioinnin kehittäminen perustason ja erikoissairaanhoidon välimaastoon, toteutui suunnitellusti. Kehitetty interventio oli riittävä noin kolmasosalle tätä palvelua hakeneista nuorista.

Arviointi ja nuoren lyhyt, tarpeenmukainen interventio olivat tietoinen valinta. Arviointijakson saatavuus eli läpivirtauksen ylläpitäminen edellytti tiukkaa, sovituisia intervention aikarajoissa pysymistä. Tähän tarvittiin sekä työryhmän ammattitaitoa, työnohjausta ja työryhmän sisäistä arviointityötä että toiminnan tilastollista seuraamista ja aktiivista johtamista. Nuoren tilanteesta tehtiin kokonaisvaltainen arvio kattaen nuoren sekä psyykkisen, fyysisen että sosiaalisen kehityksen. Kiinteät konsultaatioyhteydet sekä perusterveydenhoitoon että nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon mahdollistivat tämän.

Kaikkia SIHTI-interventiohankkeelle asetettuja tutkimustavoitteita ei saavutettu. Nuorten palvelujen käyttöön liittyvää taloudellista arviointia ei voitu tehdä, koska palvelujen käytön kartoitukseen ei saatu riittävästi vastauksia eri palvelupisteissä liikkuneista nuorista. Kiireisten työntekijöiden motivoiminen tutkimukseen ei ollut helppoa. Tutkimuksen näkökulmasta olisi tarvittu osa-aikainen tutkija toteuttamaan tiedonkeruu.

Perustason työntekijöiden kouluttaminen nuorten psykososiaalisten ongelmien hoitoon toteutui osittain. Suunniteltu projektin aikainen työntekijöiden vaihto oppimismielessä ei ollut realistinen. Kokemus osoitti, että uusi toiminta on ensin vakiinnutettava ja vasta sen jälkeen sitä voidaan käyttää oppimisympäristönä. Työryhmän tekemässä yhteistyössä perustason kanssa voidaan katsoa olleen mukana myös koulutuksellisia elementtejä. Jatkossa SIHTI-interventio voisi hyvin olla esim. koulu- ja opiskelijaterveydenhoitajien työssä oppimisen paikka.

Hankkeen aikana SIHTI-interventio oli keskitetty kaupungeissa sijaitseviin palvelupisteisiin, lähelle nuorten arkielämää. Hankkeen ulkopuolisille kunnille palvelua ei aktiivisesti tarjottu, mutta yksittäisiltä ulkokuntalaisilta sitä ei myöskään evätty. Sekä ohjausryhmä että yhteistyökumppanit olivat yksimielisiä siitä, että hankeajan päättymisen jälkeen SIHTI-intervention tulisi olla osa integroitua hoitoketjua. SIHTI-interventio jatkuikin hankeajan jälkeen keskeytyksettä Kuopion osalta kaupungin järjestämänä ja Etelä-Karjalan osalta sairaanhoitopiirin järjestämänä. Jatkossa SIHTI-interventiofunktion ulottaminen kaikille palvelua tarvitseville nuorille on tärkeä kehittämiskohde. Toiminnan perusta on kokenut, moniammatillinen työryhmä. Ilman säännöllistä konsultaatiomahdollisuutta, työnohjausta, koulutusta ja esimiestukea kokeneenkin työryhmän toimintakyky on uhattuna. SIHTI-interventio ei voi olla yksittäisen työntekijän vastuulla. Toiminnan järjestämiseksi tarvitaan riittävä nuorten väestöpohja ja joustavuutta toimintaan.

Kaiken kaikkiaan, SIHTI-interventio hankkeena oli yksi niistä harvoista projekteista, joka on jäänyt elämään hankerahoituksen jälkeenkin.

Lähteet

- Aalto-Setälä T. Depressive disorders among young adults. Publications of the National Public Health Institute. University of Helsinki .NPHI A 22/2002.
- Garralda E. Child and adolescent psychiatry in general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:308–34.
- Garner D. Eating Disorder Inventory -2, Odessa; Psychological Assessment Resources, 1991.
- Pylkkänen K. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti 2003. STM. Helsinki 2003.
- Laukkanen E, Pylkkänen K, Hartikainen B, Luotoniemi M, Julma K, Aalberg V. A new priority in psychiatry: Focused services for adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003; 57: 37–44.
- Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:715–25.
- Kallio M. Nuorten arviointia mielenterveyspalvelujen SIHTI-kehittämishankkeesta Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Imatralla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Polton R. Prior juvenile diagnosis in adults with mental disorders: developmental follow-up of a prospective longitudinal cohort. *Arch Gen psychiatry* 2003; 60: 709–17.
- Joukamaa M, Lehtinen V, Karsson H. The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychaitr Scand* 1995; 91: 52–6.
- Macdonald W, Bradley S, Bower P, Kramer T, Sibbad B, Garrada E et. al. Primary mental health workers in child and adolescent mental health services. *J Adv Nurs* 2004; 46: 78–87.
- Toivakka, H. Perheterapia ja verkostot. Kirjassa Laukkanen, E, Marttunen, M, Miettinen, S, Pietikäinen, M (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen, Duodecim 2006, 232–299.
- Salokangas R, Heinimaa M, Suomela T ym Psykoosialtiuden arvioinnin opas. Kustannus Oy Duodecim 2002:29–30.
- Beck AT; Steer RA, GARBIN MG, Psychometric properties of the Beck Depression Inventory twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8; 77–100, 1988.

Liite 1.**SIHTI-interventioon hakeutuneiden nuorten kuvaamisessa käytetyt muuttujat**

1. Tunnistenumero
2. Paikkakunta Kuopio
Lappeenranta
Imatra
3. Tulopäivä 1. käynti/ 1. tarjottu aika
4. Syntymäaika pv.kk.vv
5. Odotusaika ensimmäiselle ajalle vuorokausina (arkipäivät)
6. Koulutausta Peruskoulu
Lukio
Muu toiseen asteen koulutus
Korkeakoulu
Yliopisto
Koulu keskeytynyt
7. Tämän hetken tilanne

Koulussa/opiskelemassa
Työssä
Työharjoittelu/työkokeilu
Sairaslomalla
Työtön
Ei missään
Muu
8. Sukupuoli Tyttö
Poika
9. Yhteydenottaja Itse
Vanhemmat
Ystävä
Kouluterveydenhoitaja
Terveyskeskus
Koulutoimi
Opiskelijaterveydenhuolto
Kriisikeskus
Aikuisten mielenterveyspalvelut
Nuorten mielenterveyspalvelut
Lasten mielenterveyspalvelut
Lastensuojelu/sosiaalitoimi
Päihdehuolto
Muu

10. Intervention toteutuminen

Toteutui
Keskeytyi
Ei käynnistynyt
Ohjaus toiseen paikkaan

11. Käyntimäärä

Kaikki käynnit
Työpari/hoitoneuvottelut
Yksilökäynnit
Verkostokäynnit
"Kannattelukäynnit" jatkohoitopaikkaa odotellessa

12. Vanhemman mukana olo

Ei
Kyllä

13. Biologisten vanhempien siviilisääty tällä hetkellä

Avoliitossa
Avoliitossa
Yksinhuoltaja
Leski
Ei tiedossa
Muu

14. Asuminen tällä hetkellä

Asuu vanhempien taloudessa
Asuu omassa taloudessa yksin
Asuu omassa taloudessa avo- tai aviopuolison kanssa
Sijoitettuna perheessä
Tuettu asuminen
Muu

15. Yhteistyö lastensuojelun kanssa tällä jaksolla

Ei
Kyllä

16. Yhteistyö lastensuojelun kanssa aiemmin

Ei
Kyllä
Ei tietoa

!7. Jatkohoito tai seuranta

Ei tarvetta
Aikuispsykiatrian pkl/esh
Aikuisten mielenterveyspalvelut (AMP)
Yleissairaalapsykiatrian pkl/esh
Kriisityöryhmä/esh
Nuorisopsykiatrian pkl/esh
Lasten- ja nuorten yksikkö/tk
Lastenpsykiatrian pkl
Sosiaalitoimi

Psykiatrinen sairaala
 Päihdehuolto
 Terveystenhoitaja
 Koulupsykologi/koulukuraattori
 Oppilaanohjaaja, luokanvalvoja, erityisopettaja
 Terveyskeskus/oma lääkäri
 Kriisikeskus
 Yksityissektori
 Lastensuojelu
 Opiskelijaterveydenhuolto
 Muu
 Kontakti keskeytyi

18. Jatkohoidon järjestäminen

Ei tarvetta
 Viiveettä
 Kannattelun jälkeen
 Ei järjestynyt
 Nuori kieltäytyi

19. Aiemmat yhteydenotot tämän ongelman vuoksi

Aikuisten mielenterveyspalvelut
 Nuorten mielenterveyspalvelut
 Lasten mielenterveyspalvelut
 Päihdehuoltopalvelut
 Terveyskeskus
 Sosiaalitoimi
 Opiskelijaterveydenhuolto
 Koulutoimi
 Yksityissektori
 Muu

20. Aiempi psykiatrinen hoito:

Ei
 Avohoito
 Sairaalahoito
 Sekä avo- että sairaalahoito

21. Nuoren ilmoittama ongelma/tulosyys (kolme tulosyötä mahdollista)

Univaikeudet
 Vaikeudet koulussa/opiskelussa/työssä
 Mielialaongelmat
 Ahdistusoireet
 Ihmissuhdeongelmat
 Itsetuhoinen käyttäytyminen
 Muita vahingoittava käyttäytyminen
 Syömisongelmat
 Riippuvuusongelmat esim. peli, päihteet
 Traumaattiset kokemukset (esim. läheisen menetys, onnettomuudet)
 Todellisuudentajun häiriöt (todellisuuden pettäminen, harha-
 aistimukset)
 Assosiaaliset oireet (rajattomuus, valehtelu)

Identiteettiongelmat
Somaattiset sairaudet
Somaattiset oireet
Muu

Vapaata tekstiä hakeutumisen syystä

22. Itsetuhoajatukset: Ei
Kyllä tällä hetkellä
Kyllä aikaisemmin
23. Itsemurhayritykset: Ei
Kyllä
24. GAS pistearvo Tulovaiheessa
Lähtövaiheessa
25. Erikoissairaanhoidon hoitoindikaatiot –lomake pistearvo tulovaiheessa (lomake liite 1A)
26. Intervention päättymispäivä

Päädiagnoosi:	Lisädiagnoosit:				Pisteytys
	Vakavuus / voimakkuus				
Kriteeri	ei lainkaan	vähäinen	kohtalainen	vakava	
I Oireet ja riskit					25 pistettä
Vaara itselle					Ainakin yksi oire tai riski on vakava tai kohtalainen
Vaara muille					
Psykoottiset oireet					
Kehitys ikätasoon nähden: viivästyminen tai sen uhka					
Sisäänpäin suuntautuneet oireet (esim. masennus, ahdistuneisuus)					
Ulospäin suuntautunut / tuhoava käyttäytyminen (esim. julmuus eläimiä kohtaan, tulien sytyttely, aggressiivinen/ vastarintainen käyttäytyminen)					
II Toimintakyvyn aleneminen					25 pistettä
Ongelmia koulutyössä					Ainakin yhdellä toimintakyvyn alueella alenema tai ongelmat ovat kohtalaisia tai vakavia (CGASissa luokat 41-50 ja <40)
Toimintakyky sosiaalisissa / ystävyysuhteissa alentunut					
Ongelmia esiintyy kotiympäristössä					
CGAS-arvio (C-GAS liitteenä)	>60	51-60	41-50	<40	
III Muut keskeiset riskitekijät					10 pistettä
Ongelmia perheen kyvyssä tukea nuorta					Ainakin yksi muu keskeinen riskitekijä on vakavan tasoinen
Samanaikaiset ruumiilliset sairaudet					
Psykiatrinen samanaikaissairastavuus					
Päihteiden käyttö					
IV Ennuste ilman erikoistason psykiatrista hoitoa	hyvä	kohtalainen	huolestuttava	huono	40 pistettä: Huono 25 pistettä: Huolestuttava

Liite 2

_____/2008

Yht.ottopv:

GAS

Tulo_____

Lähtö_____

SIHTI-perustiedot

Nuoren nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Puhelinnumero:
Annettu aika:	Työntekijät:
Yhteydenoton syy:	
Yhteydenottajan yhteystiedot:	Viranomaisen työpaikka/sukulaisuussuhde:
Nimi:	
Puhelinnumero:	Osoite:

Vanhempien yht.tiedot:

Pulman kesto, ajankohtaisuus:

Aiemmat yhteydenotot pulman tiimoilta:

Aiemmat hoidot:

Koulu, työ:

Lähiverkosto:

Ihmissuhdeongelmat:

Opiskelu/työvaikeudet:

Nukkuminen:

Syöminen:

Taloudellinen tilanne:

Fyysinen terveys/lääkitys:

Tupakka, alkoholi, muut päihteet:

Jännittäminen, ahdistus, paniikki-, käytös-, mielialaongelmat, viiltely, itsetuhoajatukset/-yritykset:

Muuta:

Liite 3

AIKUISPOTILAAN, YLI 18-VUOTIAAN PSYYKKISEN TILAN ARVIOINTI GAF -
ASTEIKOLLA

Arviointi kohdistuu psykologiseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen toimintaan mielenterveyden häiriön oletetun keston aikana. Älä sisällytä arvioon fyysisten tai ympäristön asettamien rajoitusten aiheuttamaa vajavaisuutta. Kaikkia lukuja 0 -100 voidaan käyttää.

- 100 -91** Erinomainen toimintakyky monilla elämänalueilla, elämä on aina hallinnassa, yksilö on suosittu monien myönteisten ominaisuuksiensa vuoksi. Ei oireita.
- 90 -81** Ei oireita tai aivan vähäisiä oireita (esim. koejäännitys), hyvä toimintakyky kaikilla elämän alueilla, harrastaa useita asioita, toimii sosiaalisesti, on yleensä tyytyväinen elämään, ei muita kuin tavallisia ongelmia ja huolia (esim. satunnaisia riitoja perheen kanssa).
- 80 -71** Mikäli oireita esiintyy, ne ovat lyhytaikaisia ja odotettavissa olevia reaktioita psykososiaalisiin stressitekijöihin (esim. keskittymisvaikeudet perheriidan jälkeen); vain vähäistä huononemista sosiaalisessa toiminnassa, työelämässä tai opiskelussa (esim. väliaikainen jälkeen jääminen koulutyössä).
- 70 -61** Joitakin lieviä oireita (esim. masentuneisuus tai lievä unettomuus) tai jonkin verran vaikeuksia sosiaalisessa toiminnassa, työelämässä tai opiskelussa (esim. satunnainen pinnaaminen tai näpistys kotona), mutta yleensä yksilö toimii melko hyvin ja hänellä on joitain tärkeitä ihmissuhteita.
- 60 -51** Keskivaikeita oireita (esim. laimeat tunnereaktiot tai puheen seikkaperäisyys, satunnaiset paniikki kohtaukset) tai keskitasoisia vaikeuksia sosiaalisessa toiminnassa, työelämässä tai opiskelussa (esim. vähän ystäviä, ristiriitoja työtovereiden kanssa).
- 50 -41** Vakavia oireita (esim. itsemurha-ajatukset, vakavat pakonomaiset rituaalit, toistuva näpistely) tai jonkinlainen vakava huononeminen sosiaalisessa toiminnassa, työelämässä tai opiskelussa (esim. ei ystäviä, kykenemätön pitämään työpaikkaa).
- 40 -31** Huonontunut todellisuudentaju tai kommunikointi (esim. puhe ajoittain epäloogista, outoa tai tilanteeseen sopimatonta) tai vakavaa huononemista useilla elämänalueilla, kuten koulussa tai työssä, perhesuhteissa, arvostelukyvyyssä, ajattelussa tai mielialassa (esim. masentunut mies välttelee ystäviä, laiminlyö perhettään eikä kykene työhön; lapsi lyö usein nuorempiaan, on uhmakas kotona ja epäonnistuu koulussa).
- 30 -21** Aistiharhat tai harhaluulot vaikuttavat selvästi käyttäytymiseen tai kommunikaatio tai arviointikyky on vakavasti huonontunut (esim. joskus sekava, käyttäytyy tilanteisiin hyvin huonosti sopivalla tavalla, itsemurhahakuinen) tai on toimintakyvytön lähes kaikilla elämänalueilla (esim. koko päivän vuoteessa, ei työtä, kotia tai ystäviä).
- 20 -11** Aiheuttaa jonkin verran vaaraa itselleen tai muille (esim. ei kovin määrätietoisia itsemurhayrityksiä; usein väkivaltainen; maanisesti jännittynyt) tai ei ajoittain huolehdi vähimmäishygieniastaan (esim. töhrii ulosteilla) tai hyvin vakavasti huonontunut kommunikointi (esim. hyvin sekava tai puhumaton).
- 10 -1** Jatkuvasti vaarallinen itselleen tai muille (esim. toistuva väkivalta) tai jatkuva kyvyttömyys huolehtia vähimmäishygieniasta tai hyvin määrätietoinen itsemurhayritys.
- 0** Tiedot riittämättömät

Liite 4

NIMI:	PÄIVÄYS:	BDI
-------	----------	------------

OHJE: Alla on joukko väittämiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia piirteitä.

Lue ensin kaikki yhden lauseryhmän väittämät. Valitse jokaisesta ryhmästä (1-21) se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaiseksi tunnet itsesi tällä hetkellä. Rengasta valitsemasi vaihtoehdon edessä oleva numero. Valitse vain yksi väittämä joka ryhmästä. Varmista, että olet vastannut jokaiseen kohtaan.

1. 0 En ole surullinen.
1 Olen surullinen.
2 Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon.
3 Olen niin onneton, että en enää kestä.

2. 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
1 Tulevaisuus pelottaa minua.
2 Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana.
3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton, enkä usko asioiden tästä paranevan.

3. 0 En tunne epäonnistuneeni.
1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset.
2 Menneisytydessä näen vain sarjan epäonnistumisia.
3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.

4. 0 Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.
1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.
2 En saa todellista tyydytystä enää mistään.
3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.

5. 0 Minulle ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita.
1 Minulla on usein syyllinen olo.
2 Tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.

6. En koe, että minua
0 rangaistaan.
1 Uskon, että minua saatetaan rangaista.
Odotan, että minua
2 rangaistaan.
Tunnen, että minua
3 rangaistaan.

7. 0 En ole pettynyt itseäni.
1 Olen pettynyt itseäni.
2 Inhoan itseäni.
3 Vihaan itseäni.

8. 0 Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.
1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
2 Moitin itseäni virheistä.
3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen.

9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin.
2 Haluaisin tappaa itseni.
3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.

10. 0 En itke tavallista enempää.
1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
2 Itken nykyisin aina.
3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin.

11. 0 En ole sen ärtyneempi kuin yleensäkaan.
1 Ärsyynyn nykyään helpommin kuin ennen.
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
3 Asiat, jotka ennen raivostuttivat minua, eivät liikuta minua enää lainkaan.
12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita ihmisiä kohtaan ovat miltei kadonneet.
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten aina ennenkin.
1 Lykkään päätösten tekoa useammin kuin ennen.
2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
1 Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
2 Ulkonäössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
3 Uskon olevani ruma.
15. 0 Työkykyni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
2 Voidakseni tehdä jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen.
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.
16. 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
2 Herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin, ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen.
3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen, enkä pääse uudelleen uneen.
17. 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.
2 Väsyn lähes tyhjästä.
3 Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään.
18. 0 Ruokahaluni on ennallaan.
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
19. 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
2 Olen laihtunut yli 5 kiloa
3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.
- Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani syömällä vähemmän.
Kyllä Ei
20. 0 En ole huolissani terveydestäni sen enempää kuin tavallisestikaan.
1 Olen huolissani ruumiini vaivoista: säryistä, kivuista, vatsavaivoista tai ummetuksesta.
2 Olen huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita.
3 Olen niin huolissani ruumiini vaivoista, etten pysty ajattelemaan mitään muuta.
21. 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti väheisempää kuin ennen.
3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.

Lähde: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4: 561–571.

Liite 5

PROD-seula

Taulukko 1. PROD-seulan oirekysymykset. Onko sinulla viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana esiintynyt seuraavia oireita?

	Ei	Kyllä
1. Huolestuneisuutta, hermostuneisuutta tai ahdistuneisuutta		
2. Yöunien häiriöitä vähintään viikon ajan		
3. Ruumiillista levottomuutta, esim. niin, että kulkisit edestakaisin pystymättä olemaan paikallasi		
4. Erityistä stressiä tavanomaisista arkipäivän tapahtumista vähintään viikon ajan		
5. Vaikeutta ajatella selkeästi, keskittyä ajattelemaasi, häiritseviä ajatuksia tai ajatusten katkeilua		
6. Vaikeutta eri vaihtoehtojen harkinnassa ja pientenkin päätösten teossa		
7. Kokemuksia, että ajatuksia tulisi mieleesi erityisen vilkkaasti tai että sinun olisi vaikea hillitä ajatuksiasi		
8. Vaikeutta ymmärtää lukemaasi tekstiä tai kuulemaasi puhetta		
9. Masentuneisuutta, apaattisuutta, energian puutetta tai erityistä väsyneisyyttä		
10. Vaikeutta kontrolloida puhettasi, käyttäytymistäsi tai ilmeitäsi		
11. Vaikeutta tai epävarmuutta lähestyä toisia ihmisiä vähintään viikon ajan.		
12. Aloitekyvyttömyyttä tai vaikeutta tekemisen saattamisessa loppuun vähintään viikon ajan		
13. Ihmissuhteissa vetäytymistä, toisten seuran välttämistä, viihtymistä parhaiten yksin		
14. Tuntemuksia siitä, että ympäristön tapahtumat tai toisen ihmisten käyttäytyminen erityisellä tavalla liittyisivät sinuun		
15. Tuntenut olosi poikkeuksellisen hyväksi tai itsesi erityisen päteväksi ja tärkeäksi		
16. Näkemiseen liittyviä häiriöitä, esimerkiksi epätarkka näköaistimus, korostunutta näönherkkyyttä tai näköhavaintojen muuttumista		
17. Kuulemiseen liittyviä häiriöitä, esimerkiksi yliherkkyyttä äänille, outoja ääniä tai äänen kuulemista ilman selvää lähdettä		
18. Vaikeutta suorittaa tavallisia rutiinotoimintoja, kuten peseytyminen, pukeutuminen, kotityöt, kaupassa käynti, pyöräily, autoilu, tms. vähintään viikon ajan		
19. Tunnetta siitä, että jotain outoa tai selittämätöntä tapahtuu sinussa itsessäsi tai ympäristössäsi		
20. Ajatuksenkulkuja, ideoita tai käyttäytymismuotoja, jotka ovat outoja tai erikoisia		
21. Tunnetta siitä, että sinua seurattaisiin tai että sinuun jollain erityisellä tavalla vaikutettaisiin		

Mikäli potilas rastittaa vähintään 3 kyllä-kohtaa seulan spesifisistä oireista (5, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) on aiheutta tutkia psykoosiriskin mahdollisuus tarkemmin.

Lähde: Kirjassa Salokangas R, Heinimaa M, Suomela T ym. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Kustannus Oy Duodecim 2002:29–30

EEDI

Eating Disorder Inventory by David M. Garner, 1990. Suomennos Pia Charpentier, 1994.

Päivämäärä: _____

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Sukupuoli: Nainen Mies

Tämänhetkinen paino: _____ kg

Pituus: _____ cm

Suurin aikaisempi paino
(lukuunottamatta raskauden aikaista): _____ kg

Kuinka kauan sitten? _____ kuukautta

Kauanko painoit tämän verran? _____ kuukautta

Alhaisin aikuisiän paino: _____ kg

Kuinka kauan sitten? _____ kuukautta

Kauanko painoit tämän verran? _____ kuukautta

Mitä pidät ihannepainonasi? _____ kg

Missä iässä paino-ongelmasi alkoi? _____

Ohjeet:

Tämän kyselyn tarkoituksena on mitata asenteitasi, tunteitasi ja syömiskäyttäytymistäsi, sekä muita persoonallisuutesi osa-alueita. Kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia. Saat käyttää vastaamiseen niin paljon aikaa kuin tarvitset.

Lue kysymys ja ympyröi sopiva kirjain. Jos väittämä pitää kohdallasi paikkaansa aina, ympyröi A; jos melkein aina toimit tai ajattelet väittämän mukaisella tavalla, ympyröi B jne.

Esimerkkitehtävä:

Väittämä pitää kohdallani paikkaansa	aina	melkein aina	usein	jos- kus	har- voin	ei kos- kaan
Kuuntelen mielelläni radiota.	A	B	C	D	E	F

Vastaa *jokaiseen* kysymykseen huolellisesti ja mahdollisimman rehellisesti.

Kiitos!

A = AINA
B = TAVALLISESTI

C = USEIN
D = JOSKUS

E = HARVOIN
F = EI KOSKAAN

	Väittämä pitää kohdallani paikkaansa	aina	tavalli- sesti	usein	jos- kus	har- voin	ei kos- kaan
1.	Syön makeisia ja hiilihydraatteja tuntematta oloani hermostuneeksi.	A	B	C	D	E	F
2.	Vatsani on mielestäni liian iso.	A	B	C	D	E	F
3.	Toivoisin, että voisin palata takaisin turvalliseen lapsuuteen.	A	B	C	D	E	F
4.	Syön silloin, kun olen poissa tofaltani.	A	B	C	D	E	F
5.	Ahdan itseni täyteen ruokaa.	A	B	C	D	E	F
6.	Toivon, että voisin olla nuorempi.	A	B	C	D	E	F
7.	Ajattelen laihduttamista.	A	B	C	D	E	F
8.	Pelästyin, jos jokin asia herättää minussa voimakkaita tunteita.	A	B	C	D	E	F
9.	Reiteni ovat mielestäni liian paksut.	A	B	C	D	E	F
10.	Tunnen itseni hyödyttömäksi ihmisenä.	A	B	C	D	E	F
11.	Tunnen voimakasta syyllisyyttä ylensyötyäni.	A	B	C	D	E	F
12.	Vatsani on mielestäni juuri sopivan kokoinen.	A	B	C	D	E	F
13.	Vain loistavia suorituksia pidetään perheessäni kyllin hyvinä.	A	B	C	D	E	F
14.	Lapsuus on elämän onnellisinta aikaa.	A	B	C	D	E	F
15.	Ilmaisen tunteeni avoimesti.	A	B	C	D	E	F
16.	Painoni nouseminen kauhistuttaa minua.	A	B	C	D	E	F
17.	Luotan ihmisiin.	A	B	C	D	E	F
18.	Tunnen olevani yksin maailmassa.	A	B	C	D	E	F
19.	Olen tyytyväinen vartalooni.	A	B	C	D	E	F

ED12 - Eating Disorder Inventory 2. David M. Garner, 1990. Suomennos Pia Charpentier, 1994

A = AJNA
B = TAVALLISESTI

C = USEIN
D = JOSKUS

E = HARVOIN
F = EI KOSKAAN

	Väitelmä pitää kohdallaan paikkaansa	aina	tavallisesti	usein	joskus	harvoan	ei koskaan
20.	Tavallisesti pystyn hallitsemaan asiat, joita elämässäni kohtaan.	A	B	C	D	E	F
21.	En aina ymmärrä tunteitani.	A	B	C	D	E	F
22.	Olisin mieluummin aikuinen kuin lapsi.	A	B	C	D	E	F
23.	Pystyn keskustelemaan toisten kanssa helposti.	A	B	C	D	E	F
24.	Toivoisin olevani joku toinen ihminen.	A	B	C	D	E	F
25.	Liioittelen tai suurentelen painon merkitystä.	A	B	C	D	E	F
26.	Ymmärrän hyvin tunteitani.	A	B	C	D	E	F
27.	Tunnen itseni riittämättömäksi.	A	B	C	D	E	F
28.	Minulla on ollut hetkiä, jolloin olen syönyt niin, etten ole pystynyt lopettamaan.	A	B	C	D	E	F
29.	Lapsena varoin tarkoin, etten tuottaisi pettymyksiä vanhemmilleni tai opettajilleni.	A	B	C	D	E	F
30.	Minulla on läheisiä ihmissuhteita.	A	B	C	D	E	F
31.	Olen tyytyväinen takamukseni muotoon.	A	B	C	D	E	F
32.	Mielessäni pyörii jatkuvasti halu olla hoikempi.	A	B	C	D	E	F
33.	En ymmärrä mitä minussa tapahtuu.	A	B	C	D	E	F
34.	Minun on vaikea ilmaista tunteitani muille.	A	B	C	D	E	F
35.	Aikuisuuden vaatimukset ovat liian suuret.	A	B	C	D	E	F
36.	Haluan olla aina paras siinä mitä teen.	A	B	C	D	E	F
37.	Luotan itseeni.	A	B	C	D	E	F
38.	Ajattelen ylensyömistä.	A	B	C	D	E	F
39.	Olen onnellinen siitä, etten enää ole lapsi.	A	B	C	D	E	F

A = AINA
B = TAVALLISESTI

C = USEIN
D = JOSKUS

E = HARVOIN
F = EI KOSKAAN

	Väittämä pitää kohdallani paikkaansa	aina	tavallisesti	usein	joskus	harvoin	ei koskaan
40.	En aina tiedä olenko nälkäinen vai en.	A	B	C	D	E	F
41.	En arvosta itseäni.	A	B	C	D	E	F
42.	Uskon, että saavutan tavoitteet, joihin pyrin.	A	B	C	D	E	F
43.	Vanhempani ovat odottaneet minulta aina parasta mahdollista suoritusta.	A	B	C	D	E	F
44.	Pelkään, etten pysty hallitsemaan tunteitani.	A	B	C	D	E	F
45.	Lantioni on mielestäni liian leveä.	A	B	C	D	E	F
46.	Toisten läsnäollessa syön vain hiukan ja heidän lähdettyään ahmin itseni täyteen ruokaa.	A	B	C	D	E	F
47.	Minulle tulee turvonnut olo syötyäni normaalin aterian.	A	B	C	D	E	F
48.	Minusta tuntuu, että ihmiset ovat onnellisimpia lapsena.	A	B	C	D	E	F
49.	Jos lihon kilon, minua huolettaa, että lihomiseni jatkuu edelleen.	A	B	C	D	E	F
50.	Tunnen olevani tarpeellinen ihminen.	A	B	C	D	E	F
51.	Kun olen poissa tolaltani, en tiedä olenko surullinen, peloissani vai vihainen.	A	B	C	D	E	F
52.	Tunnen, että minun on tehtävä asiat täydellisesti tai sitten jätettävä ne kokonaan tekemättä.	A	B	C	D	E	F
53.	Olen ajatellut oksentaa, jotta saisin painoni putoamaan.	A	B	C	D	E	F
54.	Haluan pitää ihmisiin etäisyyttä (minulle tulee epämieluisa olo, jos joku yrittää päästä liian lähelle minua).	A	B	C	D	E	F

EDI2 - Eating Disorder Inventory 2, David M. Garner, 1990. Suomeksi Pia Charpentier, 1994.



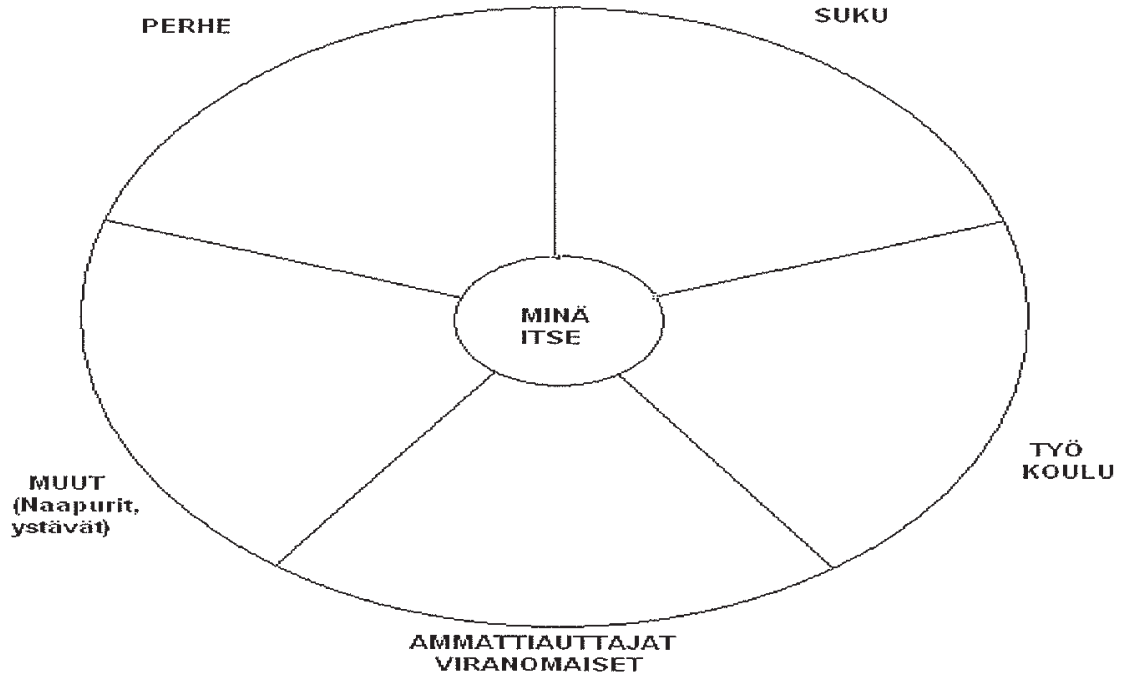
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA
Psykiatrian tulosalue

SOSIAALINEN VERKOSTO
VERKOSTOKARTTANA

Liite 7

Potilaan nimi -
henkilötunnus

Hoitava
henkilö: _____



Ohje:

- Merkitse kuhunkin lohkoon ne ihmiset, joiden kanssa olet tekemisissä.
- Piirrä kutakin ihmistä vastaava merkki (kolmio tai ympyrä) sitä lähemmäksi itseä, mitä tärkeämpi hän on sinulle. Voit lisätä kolmion/ympyrän sisään kirjaimen ä=äiti, i=isä, s=sisar, v=veli, sp/vp sisar/velipuoli jne.
- Yhdistä viivalla ne, jotka ovat toistensa kanssa tekemisissä.

Symbolit:

- | | | | | |
|------------|------------------------------|----------------------------|---|-----------------------------------|
| ○ | nainen | lisää risti, jos kuollut ⊕ | ↔ | suhde on poikki |
| △ | mies | " | ○ | liittyvät ryhmään |
| # | säröjä | suhteessa, konflikti | ☀ | symbolihenkilö (Elvis, Teräsmies) |
| ### | voimakas konflikti | | | |
| -○ tai △ | kokee henkilön negatiivisena | | | |
| +/-○ tai △ | suhde on ristiriitainen | | | |

Aika: __ / __ 200 __

Paikka: _____

Allekirjoitus: _____



AVAUKSIA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2009

Maija Ritamo (toim.). Terve kunta -päivät
Avauksia 1/2009

Sinikka Sihvo (toim.). Sukupolvien yli ulottuva vastuu ja tutkimuksen etiikka
Avauksia 2/2009

Anna Forsman, Kjell Herbets, Esa Aromaa, Jyrki Tuulari, Kristian Wahlbeck. Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008
Avauksia 3/2009

Jan Klavus (toim.). Terveystaloustiede 2009
Avauksia 4/2009

Mieli 2009
Avauksia 5/2009

Marjaana Seppänen, Reija Heinola, Sirpa Andersson. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä
Avauksia 6/2009

Päivi Nurmi-Koikkalainen. Vättilämätön apu elämisen mahdollistajana
Avauksia 7/2009

Kerttu Perttilä, Pia Hakamäki, Timo Hujanen, Timo Ståhl (toim.). Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa
Avauksia 8/2009

Pasi Moisio. Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa
Avauksia 9/2009

Hennamari Mikkola, Satu Kapiainen, Timo Seppälä, Mikko Peltola, Ulla Tuominen, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen. Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä
Avauksia 10/2009