

Laura Korhonen ja Pekka Tani

Täältä tullaan aikuisuus!

Parikymmenvuotisen psykiatrisen hoitopolun pienet pätkät ja pitkät paussit

Psykiatrian hoitopolut voivat etenkin neuropsykiatrisilla potilailla ulottua vauvaiästä vanhuuteen. Diagnostiikassa ja hoidossa on tärkeää huomioida oireiden ja kuntoutuksen painopisteiden vaihtelut eri ikäkausina. Hyvä hoito ja sen järjestäminen edellyttävät elämänkaaren läpi ulottuvaa näkökulmaa ja jatkuvuuden varmistamista.

Kehityksellisillä neuropsykiatrisilla häiriöillä tarkoitetaan lapsuudessa alkavia aivojen kehityksen ja toiminnan poikkeavuuksista johtuvia häiriöitä, joista esimerkkejä ovat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) ja autismi (1). Kehityksellisten häiriöiden lisäksi suurin osa muista mielenterveyshäiriöistä alkaa nuoreen aikuisikään mennessä (2). Kuvaamme tavallisia pitkiin hoitoketjuihin liittyviä ongelmia esittelemällä erään neuropsykiatrisen potilaan hoitopolun.

Oma potilas

VARHAISLAPSUUS. Nykyisin 23-vuotias nuori mies adoptoitiin Suomeen vajaan kahden vuoden iässä. Kun lapsi oli kolmevuotias, päiväkotia ohjasi adoptiovanhemmat perheneuvolaan, jotta vilkkaalle ja vielä kömpelösti suomea puhuvalle lapselle saataisiin erityispäivähoitopaikka. Puolen vuoden harvajakoisen perheneuvolatyöskentelyn päätteeksi potilaasta tehtiin lähete keskussairaalaan lastenneurologisiin tutkimuksiin.

Lyhyeen osastojaksoon sisältyivät neuropsykologin ja toimintaterapeutin tutkimukset. Oireina todettiin tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeutta, levottomuutta, impulsiivisuutta, jumittumista sekä hyvin rönsyilevää puhetta. Jännittäessään ja kiihtyessään lapsi räpytteli käsiään. Lasta kiinnostivat erityisesti lentokoneet, joista hän osasi kertoa hyvin seikkaperäisesti. Oman kehon ja tilan hahmottaminen oli vaikeaa. Lapsi leikki pääsääntöisesti yksin tai nuorempien lasten kans-

sa, ja leikkien sisältö oli pitkälti juoksemista tai riehumista. Raja toden ja mielikuvituksen välillä vaikutti epäselvältä, ja lapsi mietti hedelmien kuvista, voisiko niitä syödä.

Diagnoosiksi asetettiin monimuotoinen kehityshäiriö. Kuntoutukseksi haettiin puhe- ja toimintaterapiaa, joiden liki vuoden kestänyttä käynnistymistä odoteltaessa adoptiovanhemmat kustansivat yksityisesti musiikkiterapian. Lapselle järjestettiin paikka päiväkodin erityisryhmästä ja myöhemmin koulun erityisluokalta.

Kun vuoden mittaiset terapiat loppuivat, hoitokontakti lastenneurologian klinikkaan päättyi ja lapsi siirtyi lastenpsykiatrian poliklinikkaan tunne-elämän vaikeuksien arvioon. Tutkimus koostui MIM-vuorovaikutusarviosta (Marschak interaction method), jossa todettiin äidin hyvä kyky ohjata lasta ja lapsen huomattava levottomuus. Hoidoksi suositeltiin kasvatuksellisia tukikäyntejä perheneuvolassa, mutta perhe ei kokenut niitä ajankohtaisiksi.

KOULUIKÄ. Peruskouluikäisenä potilaamme terveydenhuoltokontaktit rajoittuivat kouluterveydenhuollon ikäkausitarkastuksiin, joissa potilas kävi pääsääntöisesti yksin. Kahdeksannen luokan terveystarkastuksen jälkeen adoptiovanhempi otti kouluterveydenhoitajaan yhteyttä kysyäksään mahdollisuutta oppimisvaikeuksien arvioon ja hoitoon. Potilas ohjattiin puolen vuoden odottelun jälkeen ostopalvelopsykologin tutkimukseen, jossa todettiin hyvin epätasainen kognitiivinen profiili. Sekä kielellinen että näönvarainen hahmottaminen vaihtelivat, ja suoriutuminen ylsi erittäin heikosta iänmukaiseen keskitasoon. Potilaalla todettiin kapea työmuisti ja vaikeutta hahmottaa osista kokonaisuutta. Sosiaalinen havaitseminen, tunteiden tunnistaminen

ja mielen teoriатеhtävissä suoriutumisen olivat erittäin heikkoja. Esiin tuli aistiherkkyyksiä, prosopagnosiaa (kasvosokeutta), häiriöherkkyyttä sekä tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksia. Koulupsykologi epäili neuropsykiatrista oirekuvaaja ja suositteli jatkotutkimuksia. Perhe päätyi olettamansa julkisen puolen jonot välttämään hakemaan apua yksityissektorilta.

NUORUUS. Neuropsykiatriaan erikoistunut yksityislääkäri diagnosoi kliinisen haastattelun ja koululla tehdyn psykologin tutkimuksen perusteella potilaalla 15 vuoden iässä Aspergerin oireyhtymän, ADHD:n ja määrittelemättömän oppimisvaikeuden. Hoidoksi käynnistettiin stimulanttilääkitys ja puolenkymmentä omakustanteista neuropsykiatrista valmennuskäyntiä, joiden jälkeen hoitokontakti päättyi yksityisen hoidon suurten kustannusten vuoksi. Lääkityksen potilas lopetti vuoden käytön jälkeen.

Mukautetussa opetuksessa suoritettua peruskoulun jälkeen potilas aloitti merkonomiopinnot, mutta joutui kuitenkin pian vaihtamaan mukautettuun ammattikouluun. Opintojen aikana potilaalla alkoi esiintyä yhä enemmän pakko-oireita ja sosiaalista ahdistusta, minkä vuoksi hänet ohjattiin täysi-ikäiseksi tultuaan aikuispsykiatrisen poliklinikkaan.

AIKUISUUS. Psykiatrisessa arvioissa todettiin neuropsykiatrisia oireita ja sosiaalista jännittyneisyyttä. Hoidoksi aloitettiin serotoniinin takaisinoton estäjä (SSRI)-lääkitys, jonka potilas lopetti haittavaikutusten takia viikon käytön jälkeen. Potilaasta tehtiin lähete yliopistosairaalan neuropsykiatrisen poliklinikkaan, minkä jälkeen hoitokontakti päätettiin.

Yliopistosairaalassa potilaan arvioivat lääkäri, neuropsykologi ja toimintaterapeutti. Potilaalle tehtiin pään magneettikuvaus, jossa ei todettu poikkeavuuksia. Laboratoriotutkimuksissa havaittiin suurentunut kolesterolipitoisuus ja B₁₂-vitamiinin puutos. Huumeseuula oli negatiivinen. Potilas todettiin huomattavan lihavaksi.

Psykiatristen oireiden kartoitus strukturoidun menetelmän oli vaikeaa, koska potilas takertui yksityiskohtiin ja ymmärsi kysymykset osin väärin. Vapaamuotoisemmat tapaamiset potilas käytti lähes tyystin omista mielenkiinnon kohteistaan puhumiseen. Adoptiovanhempien haastattelussa tuli esiin Asperger- ja ADHD-oireiden lisäksi sosiaalisten tilanteiden pelkoa, paniikki-kohtauksia, pakko-oireisuutta, nykimisoireita (tic), aistiliherkkyyttä, peliriippuvuutta ja unioongelmia.

Suurin osa potilaan ajasta kului tietokoneella pelaten. Ystäviä hänellä ei ollut, ja aiemmat liikuntaharrastukset olivat jääneet. Kotona vanhempensa luona asuva potilas tyhjensi silloin tällöin astianpesukoneen, pesi pyykkinsä ja ulkoilutti koiran. Ruokavalio koostui lähinnä pitsasta ja hampurilaisista. Potilas tarvitsi runsaasti rohkaisua ja muistuttelua kotiaskareiden aloittamiseen ja niistä suoriutumiseen. Itsenäisen hygienian hoito oli vaihtelevaa, ja rahat hupenivat nopeasti. Potilas lähti omatoimisesti kotoa kouluun ja sovittuihin tapaamisiin

mutta saapui toisinaan huomattavasti etuajassa ja toisinaan myöhästyä, koska ei kyennyt lukemaan karttoja tai aikatauluja. Sosiaalisissa tilanteissa pärjääminen oli vaikeaa ja aiheutti helposti ahdistusta. Potilas tunnisti toimintakykynsä liittyviä haasteita, mutta tulevaisuudensuunnitelmat olivat huomattavan epärealistisia. Potilas pohtikin taukoamatta, tulisiko hänestä julkis vai presidentti.

Hoitosuunnitelma laadittiin yhdessä potilaan ja adoptiovanhempien kanssa. Sen tavoitteita olivat oireiden lievittäminen ja toimintakyvyn parantaminen, ammattikoulutuksen loppuunsaattamisen tukeminen, itsenäistymisen tuki ja arjentaiteiden harjaantuminen sekä talousasioiden ja edunvalvonnan järjestäminen. Potilaalle aloitettiin neuropsykiatrisen valmennus ja Kelan kuntoutusrahan turvin neuropsykologinen kuntoutus. Lisäksi käynnistettiin verkostoyhteistyö ammattikoulun ja sosiaalitoimen kanssa. Potilaan kanssa keskusteltiin lääkityksestä sekä B₁₂-vitamiinivalmisteesta, mutta näitä hän ei katsonut tarvitsevänsä. Painonhallintaan ja liikuntaan liittyvät seikat nostettiin osaksi neuropsykiatrisen valmennuksen tavoitteita.

Kuntoutuksen seurannan ja jatkohoidon järjestämiseksi yliopistosairaalaan otettiin toistuvasti yhteyttä potilaan kotikunnan psykiatrisen poliklinikkaan ja vammaispalveluihin ilman, että selvyttä kuntoutuksen vastuutahosta saatiin.

Pohdinta

Psykiatrisen potilaan hoitopolun yksi tavallinen ongelma on järjestelmällisyyden sekä kokonaisvaltaisen ja kehityksellisen näkökulman puutteellisuus diagnostiikassa (3). Diagnoosien päivitys jää helposti tekemättä, kun lapsi kasvaa, kuntoutusjaksojen jälkeen tai oireiden muuttuessa. Lisäksi somaattiset oireet saattavat jäädä tunnistamatta ja hoitamatta, vaikka mielenterveyshäiriöiden ja psyykenlääkkeiden tiedetään lisäävän somaattisten sairauksien riskiä (4,5,6). Toisaalta tavallista on myös se, että samoja tutkimuksia käynnistetään yhä uudestaan.

Monilla paikkakunnilla kuntoutukseksi tarjotaan hoidon oikea-aikaisuuden ja näyttöön perustuvien hoitomuotojen todetusta tärkeydestä riippumatta sitä, mitä on saatavilla ja voidaan kustantaa, silloin kun kuntouttaja on saatavilla (7,8). Pääkaupunkiseudulla on parhaiten saatavilla julkisen puolen neuropsykiatrisen palveluita aikuisväestölle ja yksityissektorin palveluita kaikenikäisille. Muualla maassa tilanne vaihtelee paikkakunnittain muun muassa perheneuvolojen työskentelyn luonteen ja lasten-

TAULUKKO. Kehityksellisen häiriön hyvän hoidon kulmakiviä.

Häiriön varhainen tunnistaminen
Suunnitelmalliset, kokonaisvaltaiset seurannat
Pitkäjänteinen kehityksellisten vaikeuksien kuntoutus, mahdollisimman ikätasoisien kasvun, kehityksen ja toimintakyvyn tukeminen sekä mielenterveysongelmien ja somaattisten sairauksien ehkäisy
Katkeamaton hoito- ja kuntoutusetketju yhteistyössä eri toimijoiden kesken
Vastuu hoitoketjun jatkuvuudesta ei yksin potilaan ja hänen vanhempiansa vastuulla
Kuntoutukselle ja muille tukimuodoille riittävät resurssit kaikissa elämänvaiheissa
Yksilökuntoutuksen lisäksi vanhemmille riittävä tuki

ja nuorisopsykiatrian yhteisten käytänteiden mukaan. Yleistä on kuitenkin se, että kuntoutus ontuu jossain elämänkaaren vaiheessa. Näin esimerkiksi lapsuuden aikana tehty järjestelmällinen kuntoutus voi tyssähtää aikuisiän palveluiden puutteeseen.

Tapauksemme kuvaa neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivän potilaan varsin tyypillisen hoitopolun tutkimuksineen, kuntoutuksineen ja erilaisine ongelmineen (**INTERNETTAULUKKO**). Yleisiä ongelmia ovat kokonaisvaltaisen arvion puute, eri toimijoiden välisen yhteistyön ongelmat sekä hoitosuhteiden katkeaminen. Erityisiä vaaranpaikkoja hoitopolun keskeytymiselle ovat siirtymät hoitoyksiköstä toiseen, henkilökunnan vaihdokset ja kuntoutusjaksojen taitekohdat. Rajapintaongelmia esiintyy psykiatrian eri erikoisaloilta toisille siirryttäessä (8,9,10). Helpoimmin hoidon piiristä putoavat potilaat, joilla on paljon poisjääntejä sovitusta tapaamisista, joille elämänhallinta on muutoin vaikeaa ja joilla ei ole aktiivista lähipiiriä tukena.

Keskeistä kehityshäiriöiden hoidossa on pit-

käjänteisen kuntoutuksen lisäksi tukea potilaan mahdollisimman normaalia kasvua ja kehitystä sekä toimintakykyä ja pärjäävyyttä arjessa. Tärkeää on niin ikään kiinnittää huomiota mielen-terveysongelmien ja somaattisten sairauksien ehkäisyyn sekä itsetunnon ja -luottamuksen vahvistamiseen. **TAULUKKOON** on kerätty kehityksellisten häiriöiden hyvän hoidon periaatteita, joiden mukaisesti hoidon jatkuvuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tarvittaessa potilas voidaan saattaen vaihtaa esimerkiksi verkostoneuvottelussa. Mitä vaikeammasta häiriöstä on kyse, sitä epätodennäköisempää on potilaan onnistuminen oman hoitonsa vastuushenkilönä.

Lopuksi

Mielenterveysongelmien ehkäisy, varhainen tunnistaminen ja hoito on tehokasta ja kustannusvaikuttavaa toimintaa (11,12). Toimiva mielenterveystyö edellyttää kuitenkin riittävää, pätevää ja pysyvää henkilökuntaa sekä halua ponnistella potilaslähtöisten mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi. Hoitoketjujen ja Käypä hoito -suositusten laatimisella voidaan edistää yhdenvertaisen, oikea-aikaisen ja riittävän hoidon toteutumista sekä turvata hoidon jatkuvuutta. ■

LAURA KORHONEN, dosentti, lastenpsykiatrian erikoislääkäri ja kliininen opettaja

HUS/HYKS, psykiatria, neuropsykiatrian poliklinikka, lasten ja nuorten sairaala, lastenpsykiatrian alkuarvointi- ja akuuttiyksikkö
Helsingin yliopisto, Clinicum – lasten sairauksien yksikkö ja Pediatric Research Center
Lääketieteellinen Tutkimuslaitos Minerva, Biomedicum Helsinki

PEKKA TANI, dosentti, apulaisylilääkäri

HUS/HYKS, psykiatria, neuropsykiatrian poliklinikka

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

SUMMARY

Twenty years' psychiatric treatment path

Treatment paths in psychiatry may extend from infancy to old age, particularly in neuropsychiatric patients. In the diagnostics and treatment it is important to consider the variations in the symptoms and focuses of rehabilitation during the different periods of the life cycle. Good care and its provision require a perspective extending through the lifespan and assurance of continuity. In our case report we describe a treatment path of 20 years' duration of our neuropsychiatric patient.

KIRJALLISUUTTA

1. Moreno-De-Luca A, Myers SM, Challman TD, Moreno-De-Luca D, Evans DW, Ledbetter DH. Developmental brain dysfunction: revival and expansion of old concepts based on new genetic evidence. *Lancet Neurol* 2013;12:406–14.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593–602.
3. Owen MJ. New approaches to psychiatric diagnostic classification. *Neuron* 2014; 84:564–71.
4. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2004;55:1250–7.
5. Hill AP, Zuckerman KE, Fombonne E. Obesity and autism. *Pediatrics* 2015; 136:1051–61.
6. Arango C, Giráldez M, Merchán-Naranjo J, ym. Second-generation antipsychotic use in children and adolescents: a six-month prospective cohort study in drug-naïve patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:1179–90.
7. Paananen R, Santalahti P, Merikukka M, Rämö A, Wahlbeck K, Gissler M. Socioeconomic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care – a Finnish nationwide follow-up study. *Eur J Public Health* 2013;23:372–7.
8. Lämsä R, Santalahti P, Haravuori H, ym. Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa. Kelan työpapereita 78/2015.
9. Singh SP, Paul M, Ford T, ym. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry* 2010;197:305–12.
10. Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry Suppl* 2013;54:s36–40.
11. Campion J, Bhui K, Bhugra D; European Psychiatric Association. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *Eur Psychiatry* 2012;27:68–80.
12. Borg AM. Lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Näyttöön perustuvien menetelmien kartoitus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:42.