

TIETEESSÄ | alkuperäistutkimus

PAULIINA REINSALO

LL
Tampereen yliopisto, lääketieteen
ja terveysteknologian tiedekunta

RIITTAKERTU KALTIALA

LT, YK, nuorisopsykiatrian
professori
Tampereen yliopisto, lääketieteen
ja terveysteknologian tiedekunta
ja TAYS, nuorisopsykiatrian
vastuualue

Onko nuorisopsykiatrian poliklinikan potilaskunta muuttunut lähetemäärien kasvaessa?

LÄHTÖKOHDAT Nuorisopsykiatristen palvelujen kysyntä on kasvanut koko 2000-luvun ajan. Selvitimme, onko poliklinikkapotilaiden oirekuva samalla muuttunut.

MENETELMÄT Tampereen yliopistollisen sairaalan rekistereistä poimittiin tietoja 100 peräkkäisestä nuorisopsykiatriseen avohoitoon lähetteellä ensikäynnille tulleesta potilaasta vuosilta 2004, 2014 ja 2017.

TULOKSET Potilasaines ei muuttunut paljontaan. Vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen ja huolestuttava alkoholin käyttö olivat 2014 ja 2017 harvinaisempia kuin 2004. Viiltelyä tai vastaavaa itsetuhoista käyttäytymistä, psykoosioireita, masennusta, impulssikontrollin ongelmia, ahdistuneisuutta ja keskittymisvaikeuksia oli kirjattu vuonna 2017 useammalle kuin aiempina vuosina.

PÄÄTELMÄT Vaikka palvelutarjonta on lisääntynyt ja hoidon piiriin tulleiden nuorten määrä on kasvanut, potilasaines erikoissairaanhoidossa ei ole keventynyt. Sen sijaan monet vakavat oireet ovat yleistyneet.

Nuoruusikäisistä 20–25 %:lla on mielenterveyden häiriöitä (1–3). Erikoissairaanhoidon tasoisesta psykiatrisesta avohoidon tarvetta on arvioitu olevan noin 5 %:lla (4).

Kolme neljästä aikuisuuden mielenterveys-häiriöstä on todettavissa jo nuoruudessa.

Nuoruusiän häiriöiden hoito on avainasemassa aikuisuuden häiriöiden ehkäisyssä. Kolme neljästä aikuisuuden mielenterveyshäiriöstä on todettavissa jo nuoruudessa (5,6). Varhainen hoito parantaa pitkäaikaisennustetta (7). Kansainvälisten tutkimusten mukaan kuitenkin vain 20–40 % psykiatrista hoitoa tarvitsevista nuorista on hoidon piirissä (8).

Nuorisopsykiatrisen hoidon kysyntä kasvoi Suomessa voimakkaasti 2000-luvun alusta vuoteen 2010 (7). Avohoidon potilasmäärät suhteutettuna nuoruusikäiseen väestöön kasvoivat jopa 67 %. TAYS:n nuorisopsykiatrisessa avohoidossa asioi 478 eri potilasta vuonna 2004, Vuonna 2014 määrä oli 834 ja vuonna 2017 jo 1 136. Kuntalaskutettavia poliklinikkakäyntejä näinä vuosina toteutui 6 710, 13 945 ja 19 067. Erityisesti suuri kasvu kysynnässä tapahtui

2015–17, sillä lähetemäärä kasvoi 37 %.

Nuorisopsykiatrisen hoito painottuu erikoissairaanhoidon. Perustason mielenterveystyötä tehdään terveydenhuollon lisäksi myös sosiaalitoimessa (perhepalvelut ja lastensuojelu) sekä kouluissa. Pirkanmaalla nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmän avohoitokeskeisyys on 2000-luvulla lisääntynyt ja hoitokokonaisuuksia on strukturoitu. Jokainen alueen kunta on järjestänyt omana toimintanaan jonkin nuorten mielenterveyspalvelun, joista osa on erikoislääkärijohtoisia. TAYS:n nuorisopsykiatrisen avohoidon resurssit kolminkertaistuivat vuodesta 2004 vuoteen 2014, noin kymmenestä noin kolmeen kymmeneen työntekijään, ja kysynnän kasvettua voimakkaasti vuodesta 2015 vuoteen 2017 resurssija on edelleen lisätty.

Perustason palvelujen laajennuttua voisi olettaa, että erikoissairaanhoidon tasolle seuloutuisi yhä vaikeammin sairaita potilaita. Toisaalta palvelujen laajeneminen voi tarjota hoitomahdollisuuksia matalammalla kynnyksellä. Lastensuojelulain muutoksilla on 2000-luvulla haluttu madaltaa kynnystä avohoidon tukitoimiin (9). Tämä voisi vaikuttaa myös nuorisopsykiatrisen hoidon kysyntään.

Tässä tutkimuksessa analysoidaan, miten TAYS:n nuorisopsykiatrisen poliklinikan potilai-

KIRJALLISUUSLUETTELO
JA LIITEAINESTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 36/2019





TAULUKKO 1.

Tarkastelujaksolla esiintyvyydeltään merkitsevästi muuttuneet oireet

Oireet, joiden ikä- ja sukupuolivakioidut kerroinsuhteet (OR) olivat tarkastelujaksolla muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,05$) vuoteen 2004 verrattuna. Logistisessa regressiomallissa käytettiin selitettävänä muuttujana vuorolleen kutakin aineistossa tutkittua oiretta ja selittävänä muuttujana hoitoontulovuotta, josta viiteluokkana vuosi 2004.

	2004 (viitetaso)	2014 OR (95 %:n LV)	2017 OR (95 %:n LV)
Itsetuhoisia puheita, ajatuksia, suunnitelmia	1,0	1,0 (0,7–1,9)	2,1 (1,1–3,7)
Viiltelyä tai vastaavaa itsetuhoista käytöstä ilman varsinaista yritystä	1,0	1,5 (0,8–2,8)	2,7 (1,7–5,0)
Psykoottisia oireita	1,0	1,1 (0,5–2,5)	3,1 (1,5–6,5)
Masennusta	1,0	0,9 (0,5–1,2)	2,2 (1,2–4,2)
Ei-fyysistä aggressiivisuutta muita kohtaan	1,0	1,1 (0,6–2,0)	0,3 (0,1–0,6)
Raivokohtauksia	1,0	1,6 (0,7–3,4)	3,2 (1,6–6,6)
Huolestuttavaa seksuaalikäyttäytymistä	1,0	0,18 (0,06–0,6)	0,13 (0,04–0,6)
Huolestuttavaa alkoholin käyttöä	1,0	0,3 (0,2–0,7)	0,2 (0,3–0,7)
Syömishäiriöoireita	1,0	2,0 (1,0–4,2)	1,6 (0,7–3,3)
Ahdistuneisuutta	1,0	1,1 (0,6–2,2)	2,8 (1,4–5,6)
Keskittymisvaikeuksia	1,0	1,2 (0,6–2,2)	2,6 (1,4–4,6)

TÄMÄ TIEDETTIIN

- 2000-luvulla nuorisopsykiatrisen hoidon painopistettä on siirretty entistä enemmän avohoitoon, jonka resursseja on myös lisätty.
- Nuorten mielenterveyspalvelujen kysyntä on lisääntynyt koko 2000-luvun ajan.
- Palvelujen kysynnän kasvu voisi liittyä siihen, että yhä useammat ongelmat tulkitaan psykiatrisiksi.

TUTKIMUS OPETTI

- Vaikka nuorisopsykiatristen potilaiden määrä kasvoi 2004–2014, potilasaines ei juurikaan muuttunut.
- Vuosina 2014–2017 nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon tuli kuitenkin entistä vakavammin oireilevia potilaita.
- Kysynnän kasvu ei johdu medikalisaatiosta.

den häiriöiden kirjo ja oireiden ja psykososiaalisten ongelmien laajuus ovat muuttuneet.

Aineisto ja menetelmät

TAYS:n rekistereistä poimittiin 100 peräkkäistä nuorisopsykiatrisen avohoitoon ensikäynnille läheteellä tullutta potilasta vuosilta 2004, 2014 ja 2017. Strukturoidulle lomakkeelle kerättiin sairauskertomuksista tiedot oirekuvasta, diagnooseista ja perheriskitekijöistä hoitajakson ajalta sairaalan Tiedekeskuksen johtajan luvalla. Potilaisiin, joista valtaosa oli jo päättänyt hoitonsa nuorisopsykiatrisen vastualueella, ei otettu yhteyttä.

Sosiodemografisista tekijöistä kirjattiin ikä, sukupuoli ja perhetilanne. 21 yleistä nuorisopsykiatrista oiretta dokumentoitiin (kyllä/ei) strukturoituun tarkistuslistaan. Hoidon aikana ilmenneet huolestuttavat perheeseen liittyvät riskitekijät dokumentoitiin 11-kohtaisen tarkistuslistan avulla (kyllä/ei). (10) Yhteistyötahoista kartoitettiin lastensuojelun ja sosiaalihuoltolain mukaiset interventiot (kyllä/ei), yhteistyö nuoren koulun kanssa (kyllä/ei) ja vanhempien osallistuminen hoitoon (äiti/isä/molemmat vanhemmat/ei). Tuoreimmat psykiatriset diagnoosit (ICD-10) kirjattiin.

Tilastolliset analyysit

Taustatekijöitä, oirekuva ja perheeseen liittyviä riskitekijöitä vertailtiin ristiintaulukoimalla ja χ^2 -testillä sekä jatkuvien muuttujien osalta t-testillä tai ANOVALLA. Ikä- ja sukupuolivakioiduissa monimuuttujamalleissa käytettiin logistista regressioanalyysiä.

Tulokset

Enemmistö potilaista kaikkina kolmena tarkasteluvuonna oli tyttöjä (64 % vs. 70 % vs. 53 %; $p = 0,29$). Vuoden 2004 otoksen nuoret olivat vähän vanhempia kuin myöhempien: iän keskiarvot (SD) olivat 16,1 v (1,9) vs. 15,4 v (1,4) vs. 15,3 v (1,3) ($p = 0,001$). Tytöt ja pojat eivät eronneet iän suhteen. Valtaosa asui ainakin toisen vanhempansa kanssa (83 % vs. 80 % vs. 80 %; $p = 0,36$).

Oireet ja perheriskitekijät

Strukturoidun tarkistuslistan 21 oireen summan keskiarvoissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta ajassa (Liitetäulukko 1 artikkelin sähköisessä versiossa). Joissakin oireissa sen sijaan oli tilastollisesti merkitseviä eroja (taulukko 1).

Viiltelyä tai vastaavaa itsetuhoista käyttäytymistä, psykoosioireita, masennusta, impulssikontrollin ongelmia, ahdistuneisuutta ja keskittymisvaikeuksia oli kirjattu vuonna 2017 suuremmalle osalle kuin aiempina mittaussajan kohtina, samoin ”muuta oireita” (pääosin neuropsykiatrisia). Huolestuttava seksuaalikäyttäytyminen ja huolestuttava alkoholin käyttö olivat harvinaistuneet 2004–2014 ja pysyneet sen jälkeen ennallaan, ja muuta kuin fyysistä aggressiivisuutta muita ihmisiä kohtaan oli kuvattu harvemmin vuoden 2017 otoksessa.

Perheeseen liittyvien riskitekijöiden määrän keskiarvo pysyi samanlaisena, mutta yksittäistä riskitekijöistä vanhempien vakava mielenterveyden ongelma yleistyi tutkimusjakson aikana (taulukko 2).

Yhteistyö

Vanhempia tavattiin hoidon aikana yhtä usein kaikkina vuosina: vähän yli kolmasosalta potilaista vain äitiä, noin puolelta molempia. Lastensuojelun mukanaolo vaihteli vähän (38 % vs. 53 % vs. 41 %; $p = ns$). Koulun kanssa tehtävä yhteistyö oli vuoden 2017 aineistossa harvinaisempaa (39 % vs. 44 % vs. 20 %; $p = 0,001$).

Perheriskitekiäjien esiintyvyys

Riskitekiäjien esiintyvyyttä verrattiin vuosien välillä ristiintaulukoimalla ja erojen tilastollista merkittävyyttä testattiin χ^2 -testillä tai Fisherin tarkalla testillä.

	2004 n = 97 %	2014 n = 96 %	2017 n = 100 %	p-arvo 2004 vs. 2014	p-arvo 2014 vs. 2017	p-arvo 2004 vs. 2017
A Perheväkivaltaa	22,7	20,8	22,0	0,45	0,49	0,52
B Vanhempien päihdeongelmia	25,8	28,1	20,0	0,42	0,12	0,21
C Eroprosessi tai erokriisi perheessä	41,2	46,3	40,0	0,29	0,23	0,49
D Kuolemantapaus perheessä	18,6	11,5	23,0	0,12	0,03	0,28
E Vanhempien vakavaa sairautta, somaattista	16,5	16,7	17,0	0,56	0,55	0,54
F Vanhempien vakavaa sairautta, mielenterveys	20,6	32,3	40,0	0,05	0,17	0,002
G Vaikeita taloudellisia ongelmia, työttömyyttä ym.	13,4	9,4	18,0	0,26	0,06	0,25
H Sisaruksiin liittyviä vakavia ongelmia	14,4	6,3	16,0	0,05	0,03	0,46
I Seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjä perheessä	1,0	4,2	3,0	0,18	0,48	0,32
J Muuta ¹	1,0	11,5	29,0	0,59	0,002	0,001
Perheriskitekiäjiä yhteensä, ka (SD)	1,8 (1,9)	1,8 (1,5)	2,0 (1,5)	0,72	0,27	0,52

¹ Muuta käsittää useamman adoptiotaustan, varhaisista traumatisoitumista lähtömaassa, sekalaisia erikoisia tilanteita ja muutaman tarkemmin määrittelemättömän "vaikean kotitilanteen".

Diagnoosit

Vuoden 2004 otoksessa F-luokan päädiagnoosia ei ollut 11 nuorella, vuosina 2014 ja 2017 kumpanakin 5:llä. Päädiagnoosijakauma erosi tilastollisesti merkittävästi tutkimusvuosien välillä. Ero johtuu ennen kaikkea psyykkisen kehityksen häiriöiden luokan (F80–89) ja erityisesti autismin kasvaneesta osuudesta 2004–2014. Mielialahäiriöiden (F30–39) osuus päädiagnoosina kasvoi 2004–2017 (taulukko 3).

Kaikkia diagnooseja tarkasteltaessa mielialahäiriöt lisääntyivät 2014–2017, samoin ahdistuneisuushäiriödiagnoosit. Laaja-alaisten kehityshäiriöiden diagnoosit puolestaan lisääntyivät 2004–2014. Käytöshäiriöryhmän diagnoosien osuus oli suurin 2004 (Liite 2).

Pohdinta

Huolimatta palvelujen laajenemisesta ja lähetemäärien kasvusta potilasaines TAYS:n nuori-

sopsykiatrisessa avohoidossa muuttui vain vähän 2004–2014. Tämän jälkeen vastuualueen lähetemäärä kasvoi 37 % vuoteen 2017, eikä liisäystä tämän tutkimuksen mukaan selitä kevyemmin oireilevien nuorten tuleminen erikoissairaanhoidon piiriin. Päinvastoin, vuoden 2017 otoksessa useiden vakavien oireiden esiintyvyys oli suurempi kuin aikaisemmin. Tulos ei viittaa arjen ongelmien medikalisoitumiseen.

Perustason mielenterveyspalveluja nuorille on Pirkanmaalla lisätty tarkasteluajankohtien välillä. Voisi siis olettaa, että perustason palvelut kykenisivät paremmin huolehtimaan lievista mielenterveysongelmista, kun taas entistä vaikeammat potilaat keskittyisivät erikoissairaanhoidon piiriin. Tämä ei kuitenkaan selitä sitä, miksi entistä vakavaoireisempia potilaita on löytynyt ja lähetetty aiempaa enemmän. Nuorten mielenterveyden häiriöt eivät ole lisääntyneet väestötasolla tutkimusjakson aikana (11,12) vaan jopa vähentyneet (13). Herääkin kysymys, jäivätkö nuorten mielenterveyden häiriöt hoitamatta 2000-luvun alussa vielä useammin kuin 2010-luvulla. Nuorisopsykiatriset häiriöt ovat alihoidettuja (1,8,14).

Nuorisopsykiatrisen avun hakemiseen voivat vaikuttaa mielenterveysongelmiin liittyvä stigma, suhtautuminen ammattihenkilöstöön sekä mielenterveysongelmiin ja niiden hoitoon liittyvät uskomukset (15–17). Perheiden ongelmien lisääntymistä hoidon piiriin tulleiden joukossa ei todettu. Erikoissairaanhoidon ottamisen tulleekin määräytyä häiriön vakavuuden eikä sosiaalisen tilanteen mukaan.

Vuoden 2008 alusta voimaan tulleen lastensuojelulain tavoitteena oli turvata, että lapsen ja hänen perheensä ongelmat havaitaan ja niihin puututaan entistä varhaisemmin (18). Kontakti sosiaalipalveluihin olikin suuremmalla osalla nuorisopsykiatrisista potilaista vuonna 2014 kuin 2004, mutta 2017 otoksessa osuus oli jälleen pienentynyt. Todennäköinen syy sosiaalihuollon asiakkuuksien lisääntymiseen 2004–2014 on perheen ja sosiaalipalvelujen yhteistyön aloittamiskynnyksen madaltuminen. Avomeksi jää, miksi kehitys välillä 2014–2017 kulki päinvastaiseen suuntaan.

Mielenterveyspalvelujen kysynnän kasvu on havaittu myös työelämässä olevien aikuisten joukossa, ja sitä on selitetty työelämän muutoksilla (19). Työelämä vaatii aiempaa enemmän jatkuvia huippuuorituksia, markkinahenki-



TAULUKKO 3.

Päädiagnoosien jakauma

Jakaumia verrattiin ristiintaulukoimalla ja jakaumien erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin χ^2 -testillä.

	2004 n = 85 %	2014 n = 91 %	2017 n = 95 %
F10–19 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt	1,2	-	-
F20–29 Skitsofrenia, skitsotyypinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	1,2	4,4	2,1
F30–39 Mielialahäiriöt	29,4	23,1	40,0
F40–49 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	25,9	20,9	15,8
F50–59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	15,2	18,7	8,4
F60–69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt	3,5	-	1,1
F70–79 Älyllinen kehitysvammaisuus	0	1,1	1,1
F80–89 Psykkisen kehityksen häiriö	2,4	15,4	13,7
F90–00 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt	21,2	16,5	17,9

p-arvo 2004 vs. 2014: 0,03

p-arvo 2014 vs. 2017: 0,17

p-arvo 2004 vs. 2017: 0,04

SIDONNAISUDET

Pauliina Reinsalo: Ei sidonnaisuuksia.
Riittakerttu Kaltiala: Luontopalkkiot (Psykiatripäivät, alueelliset lääkäripäivät), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

ENGLISH SUMMARY

www.laakarilehti.fi
in english
Have adolescent psychiatric patients changed with the increasing number of referrals?

syyttä ja innostuneisuutta. Rutiinimaiset työt ovat kadonneet ja tulostavoitteet kiristyneet, ja työ edellyttää yhä useammalta huomattavia ihmissuhde- ja tunnetaitoja. Samantapaiset ilmiöt voivat vaikuttaa myös nuorten selviytymiseen koulumaailmassa ja johtaa siihen, että vähäisistäkin mielenterveyden ongelmista kärsivät tarvitsevat entistä enemmän apua. Toisaalta opettajiin kohdistuvat vaatimukset aiheuttavat kuormitusta, joka voi johtaa heidät toivomaan, että suurempi osa oppilaista saisi apua nuorisopsykiatrisesta hoidosta.

Nuorten häiriö- ja oireprofiilissa todettiin muutamia muutoksia. Sekä syömishäiriöoireet että -diagnoosit lisääntyivät hieman 2004–2014, joskin diagnoosien osuus pieneni taas vuoteen 2017 mennessä. Syömishäiriöiden ei kuitenkaan ole voitu osoittaa yleistyneen nuoruusiässä väestössä 2000-luvun alusta 2010-luvulle (20). Oireilun lisääntymisen erikoissairaanhoidon potilailla voi selittää teeman runsas esilläolo palveluissa ja mediassa.

Autismikirjon häiriön diagnoosit lisääntyivät samoin 2004–2014 ja pysyivät sen jälkeen uudella tasollaan. Tämä johtunee siitä, ettei näitä häiriöitä aiemmin tunnistettu. Diagnoositoijien

autismitapausten määrän on raportoitu kasvaneen kaikissa Pohjoismaissa, vaikka väestötasolla autismikirjon häiriöt eivät näytä lisääntyneen (21,22). 2000-luvun alussa autismi ei noussut nuorisopsykiatriassa keskusteluun esimerkiksi pohdittaessa tahdosta riippumattoman hoidon kriteereitä (23).

Mielialahäiriödiagnoosit olivat nuorisopsykiatrisen avohoidon potilailla vuonna 2017 yleisempiä kuin aikaisemmin. Nuorten masennusperustainen asiointi on lisääntynyt myös perusterveydenhuollossa noin kaksinkertaiseksi vuodesta 2014 vuoteen 2017 (24). Väestötasolla ei ole voitu osoittaa nuorten masennuksen lisääntyneen (11,25).

Huolestuttava alkoholinkäyttö on vähentynyt potilailla vuodesta 2004 vuoteen 2014. Tulos noudattaa väestössä havaittua trendiä: nuorten alkoholinkäyttö on vähentynyt koko 2000-luvun ajan (13,25).

Aineisto kerättiin retrospektiivisesti ja strukturoidusti. Oireet ja perheeseen liittyvät riskitekijät merkittiin positiivisiksi, jos ne selvästi mainittiin sairauskertomustekstissä. Joitain työntekijöiden vähämerkityksisiksi arvioimia oireita ja perhetekijöitä saattaa siis jäädä pimentoon. Diagnoosit tallennettiin ICD-10-luokituksen mukaan, siten kuin hoitava psykiatri oli ne merkinnyt. Aiemmin on osoitettu, että erikoissairaanhoidon psykiatriset diagnoosit ovat riittävän luotettavia myös tutkimuskäytössä (26,27).

Aineistot painottuivat alkuvuoteen, etenkin viimeisin. Lähettestä palautettiin 2010-luvulla perustasolle noin 7 %, vuonna 2017 osuus kasvoi 12 %:iin. Nämä seikat saattavat hiukan vaikuttaa aineiston profiiliin, mutta tuskin selittävät vakavista häiriöistä kärsivien kasvanutta määrää.

Päätelmät

Vaikka nuorisopsykiatristen palvelujen tarjonta on lisääntynyt ja hoidon piiriin tulleiden nuorten määrä on kasvanut, potilasaines erikoissairaanhoidossa ei ole keventynyt vaan viime vuosina jopa vaikeutunut. Nuorten mielenterveyden häiriöt ovat todennäköisesti edelleen alihoidettuja. Nuorisopsykiatrista palvelujärjestelmää on kehitettävä niin, että palvelujen määrä, saatavuus ja interventioiden valinta vastaavat nuorten tarpeita ja ovat myös kustannustehokkaita. Erityisesti perustason palveluja on lisättävä. ●