

Klaus Ranta, Riittakerttu Kaltiala, Juha T. Karvonen, Tarja Koskinen ja Kim Kronström

Nuorten varhaisia psykososiaalisia hoitoja tulee ottaa laajemmin käyttöön

Nuoruusikä, karkeasti ikävuodet 13–22, on mielenterveyden häiriöiden suurimman ilmaantuvuuden aikaa (1). Erityisesti ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen esiintyvyys nousee. Noin 12–15 % nuorista kärsii näistä häiriöistä – kaikkiaan mielenterveyden häiriöstä kärsii noin 20 % nuorista (1,2).

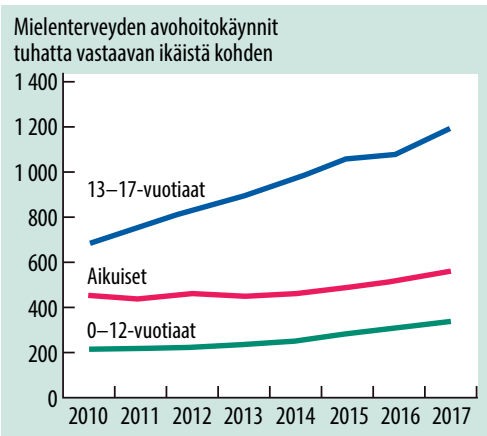
Nuorten pääsystä mielenterveyspalveluihin käydään vilkasta, ajoittain kärjekästäkin julkista keskustelua. Suomeen on 1980-luvulta alkaen luotu erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmä nuorille (3). Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kysynnän lisääntyminen on ollut pitkäkestoista ja jatkuvaa. THL:n mukaan väestöön suhteutettu erikoissairaanhoidon käyntimäärä suureni nuorten osalta kahdeksankertaiseksi vuosina 1994–2017 (4). Jyrkintä psykiatrisen erikoissairaanhoidon lisääntyminen on ollut juuri nuorten ikäryhmässä (KUVA) (5).

Paikoin jopa 9 % nuoruusikäisestä väestöstä on nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaana, ja hoidossa olevien osuus väestöstä on suurentunut (6). Syyt ovat monitekijäiset. Muun muassa kouluterveystutkimuksessa on havaittu nuorten kokeman ahdistuksen lisääntyneen 2010-luvulla. Suuret lähetemäärät pidentävät kaikkialla Suomessa nuorten hoitoon pääsyn odotusaikoja.

On myös nähtävissä, että nuorten mielenterveyden palvelujärjestelmä ei ole kehittynyt aidosti portaittaiseksi. Perustason palvelut ovat hajanaisia ja kokonaisuutena pirstaleisia. Taus-talla vaikuttavat muun muassa palvelujen oh-

jaus eri hallintosektoreilta sekä ideologioiden ja menetelmien monimuotoisuus. Nämä tekijät vaikeuttavat yhtenäisten hoitoketjujen luomista ja näyttöön perustuvien hoitojen jalkauttamista nuorille potilaille. Lääkärien saatavuus palveluissa on puutteellista. Terveysasemat eivät ole kehittyneet nuoria palveleviksi, ja perheneu-volat ovat usein profiloituneet nuoremmille ikäryhmille. Pirstaleisuuden takia perustason palveluille ei ole löydettävissä helposti yhtä hoidon vastuutahoa (7–9). Vaikuttavien mielenterveyspalvelujen yhdenmukainen järjestäminen nuorille koko maassa on tärkeä tavoite.

Nuorten palveluissa esimerkiksi yläkouluikäisten opiskeluholloille ei ole asetettu lakisääteistä tehtävää hoidon toimittamiseksi – juu-



KUVA. Nuorisopsykiatrisen avohoidon lisääntyminen 2010-luvulla (Kansallinen mielenterveysstrategia 2020–2030, sosiaali- ja terveysministeriö 2020).

ri vaiheessa, jossa mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuus lisääntyy (10). Tämä on ongelmallista, sillä palveluiden tulisi juuri tuolloin olla vahvimmillaan. Varhainen hoito on vaikuttavampaa kuin viiveellä aloitettu: perustasolla tulisikin kyetä hoitamaan lievät ja keskivaikeat mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt (11). Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon päätyneillä nuorilla monet psykiatrisesti vakavat oireet ovat yleistyneet viime vuosikymmenien aikana (12). Vuosina 2006–2018 erikoissairaanhoidon käyntimäärä yli kaksinkertaistui, mutta samanaikaisesti hoitajaksojen keskimääräinen kesto piteni (13). Erikoissairaanhoidossa kaksi kolmesta nuoresta kärsii masennuksesta tai ahdistuneisuushäiriöstä (7). Myös Kelan kuntoutusterapioihin ohjatuilla nuorilla ahdistuneisuushäiriö ja masennus ovat hoidon syy valtaosassa hoidoista (14).

Psykososiaaliset hoidot ja psykoterapiat ovat vaikuttavia mielenterveyden hoitomenetelmiä. Nuorten psykoterapia on kehityssensitiivistä, mikä tarkoittaa, että siinä hyödynnetään nuorille kehitettyjä ja heille soveltuvia hoitomalleja (15). Psykoterapiatutkimuksesta saadun näytön tuleekin olla hankittu ikäryhmästä, johon hoitoa aiotaan soveltaa (16).

Monissa maissa on käynnistetty uudistuksia vaikuttavien psykoterapioiden saatavuuden parantamiseksi. Yhtenäisin, menetelmällisesti vahvin näistä on Isossa-Britanniassa vuonna 2008 käynnistynyt IAPT-ohjelma (Improving Access to Psychological Therapies) (17). Se toimii kansallisella rahoituksella. Vuoden 2019 lopussa sen 193:ssa matalan kynnyksen palvelupisteessä oli aloitettu lyhytterapiainterventio 1,6 miljoonalle aikuiselle masennukseen tai ahdistuneisuushäiriöön (18). Ohjelma hyödyntää kansallisesti arvioitua tutkimusnäyttöä hoidoista, minkä pohjalta valitaan käytettävät psykoterapiainterventiot. Palveluissa toimivien ammattilaisten kompetenssipohjainen koulutus tapahtuu yliopistossa.

Lasten ja nuorten IAPT-ohjelma (CYP IAPT) käynnistyi Isossa-Britanniassa vuonna 2011, ensin erikoissairaanhoidon painottuen. Hoitojen saavutettavuus parani hitaas-

Nuorten psykoterapiassa hyödynnetään nuorille kehitettyjä ja soveltuvia hoitomalleja

ti. Viime vuosina CYP IAPT:ssä onkin suunnattu mielenterveyden varhaisinterventioita jalkauttaviksi kouluihin kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän ja kasvatusministeriön yhteistyönä (Link Programme), ja tässä toiminnassa on hyödynnetty nuorten luonnollista elinpiiriä (19). Koska nuoruusikäisten joukossa mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuus ja hoidon tarve lisääntyvät jyrkimmin, juuri nuorille kehitetyt mielenterveyspalvelut on kehitetty viime vuosina monissa maissa (7,20).

Suomessa käynnistetään Tulevaisuuden sotekeskus 2020–2022 -kehittämishjelmaa. Maakunnat ja yliopistosairaalat kehittävät yhteistä sisältöä otsikolla ”Psykososiaalisten menetelmien saatavuuden parantaminen nuorten perustason palveluissa”. Tavoite on tutkimusnäyttöön pohjautuvien lyhytpsykoterapeuttisten menetelmien saatavuuden lisääminen nuorten perustason palveluissa Suomessa. Laadukkaan, yhtenäisin perustein tapahtuvan kouluttamisen ja juurruttamisen koordinoinnin tarve on valtakunnallista – tästä näkökulmasta kokonaisuutta on kuvattu nimikkeellä Varhaisinterventioiden valtakunnallinen hanke (Viva). Hankkeessa pyritään parantamaan masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden varhaisen lyhytpsykoterapeuttisten hoitojen saatavuutta suomalaisnuorille. Työssä jalkautetaan ja juurrutetaan nuorilla tutkittuja lyhytpsykoterapioita perustason yksiköihin ja oppilaitoksiin tavoilla, jotka sovitaan paikallisesti (21,22).

Hankkeessa pyritään tuottamaan tehokasta apua nuorten yleisimpiin mielenterveyden häiriöihin, hyödyntämään tutkimustietoa koordinoidusti ja suuntaamaan hoitoja varhaisvaiheeseen. Menetelmäkoulutuksesta pyritään tekemään tasalaatuista. Perustason ja erikoissairaanhoidon työntekijät työskentelevät yhdessä. Perustason henkilöstöresurssit hoitojen antamiseen on arvioitava, ja aidot resurssivajeet tulee korjata. Nuorten kannalta lyhytinterventiot painottavat luonnostaan heidän normaali-kehitykseensä liittyviä teemoja, masennuksen hoidossa lähisuhteiden parantamista ja ahdistuksen hoidossa nuoren kyvykkyyden ja pystyvyyden kokemuksen lisäämistä (7,15).

Nuorten mielenterveyden varhaisten psykososiaalisten hoitojen maanlaajuiselle jalkauttamiselle luodaan nyt pohjaa. Jatkossa keskeistä

on hoitojen vaikuttavuuden ja juurtumisen systemaattinen seuranta ja arviointi. ■



KLAUS RANTA, LT, PsM, dosentti, linjajohtaja, ylilääkäri
HUS, nuorisopsykiatria

RIITTAKERTU KALTIALA, nuorisopsykiatrian professori, vastualuejohtaja, ylilääkäri
Tampereen yliopisto
Tays, nuorisopsykiatrian vastualue

JUHA T. KARVONEN, LT, osastonylilääkäri
OYS, nuoriso- ja yleissairaalapsykiatrian vastualue

TARJA KOSKINEN, LL, va. osastonylilääkäri, palvelulinjajohtaja
KYS, nuorisopsykiatria

KIM KRONSTRÖM, LT, ylilääkäri, vastualuejohtaja
Tyks, nuorisopsykiatria

SIDONNAISUUDET

Klaus Ranta: Ei sidonnaisuuksia

Riittakerthu Kaltiala: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Shire), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Shire), luottamustoimet (EFCAP Finland, EFCAP EU), hankkeet (Pirkanmaan sote- ja maakuntauudistus, LAPE kärkihanke, Pirkanmaan LAPE-kärkihanke Pippuri)

Juha T. Karvonen: Ei sidonnaisuuksia

Tarja Koskinen: Ei sidonnaisuuksia

Kim Kronström: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, ym. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psych Sci* 2012;21:47–57.
2. Sourander A, Marttunen M. Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017, s. 116–23.
3. Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, ym. Nuorisopsykiatria – moderni lääketieteen erikoisala. *Suom Lääkäril* 2008;63:4408–9.
4. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2020. <https://sotkanet.fi/sotkanet.fi/index>.
5. Vormaa H, Rotko T, Larivaara M, ym. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsesurveillance-ohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: STM 2020.
6. Kähkönen L, Hämäläinen J, Hännikäinen S, ym. Lasten ja nuorten pääsy mielenterveyspalvelujen piiriin. Pääkaupunkiseudun tarkastuslautakunnat, Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, HUS 2018. https://arviointikertomus.fi/sites/default/files/pdf/article-memo/2019/lasten_ja_nuorten_paasy_mielenterveyspalvelujen_piiriin.pdf.
7. Ranta K, Parhiala P, Pelkonen R, ym. Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolla. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 90/2017. <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/90-2017-Nuorten+masennus%2C+mielenterveyden+hoitoketjut.pdf/5c5a5bf5-0156-4d53-945e-74d451671dcd?version=1.0>.
8. Gyllenberg D. Psykkiset häiriöt nuoruudessa. *Duodecim* 2019;135:1321–3.
9. Hedman J, Vastamäki M, Joffe G. Nuorten mielenterveyspalvelut – määrä, tarjonta ja kohdentuminen Uudenmaan alueella. *Sosiaalilääk Aikak* 2018;55:5–21.
10. STM. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009;20. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72129/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226745.pdf?sequence=1>.
11. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2019;2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>
12. Reinsalo P, Kaltiala R. Onko nuorisopsykiatrian poliklinikan potilaskunta muutunut lähetemäärien kasvaessa? *Suom Lääkäril* 2019;74:1956–62.
13. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 42/2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019112243879>.
14. Tuulio-Henriksson A. Yhä useampi saa kuntoutuspsykiatriasta ahdistuneisuushäiriön vuoksi. Kelan tutkimusblogi 20.4.2017. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3842>.
15. Fredriksson J, Ranta K, Koskinen M, ym. Kehitystekijät, terapiasuhteet ja terapiaan sitoutuminen. Kirjassa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, Tuomisto M, toim. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käytäytymisterapiat: työvälineitä kouluun ja klinikoihin. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2018, s. 121–44.
16. Richardson W, Wilson M, Nishikawa J, ym. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club* 1995;123:A12–3.
17. Clark D. Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. *Ann Rev Clin Psychol* 2018;14:159–83.
18. Davis A, Smith T, Talbot J, ym. Predicting patient engagement in IAPT services: a statistical analysis of electronic health records. *Evid Based Ment Health* 2020;23:8–14.
19. Department of Health and Social Care and Department for Education. Transforming children and young people's mental health provision: a green paper. London: Crown Copyright 2017.
20. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry* 2013;202:30–5.
21. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma- ja hankeopas. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2020;3. <https://soteuudistus.fi/documents/16650278/20529791/Tulevaisuudensote-hakuopas.pdf/3ef1557c-feab-845b-799f-092e123fd67f?Tulevaisuudensote-hakuopas.pdf>
22. Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017. www.finlex.fi.