

PÄIVYSTYSLUONTOISET OSASTOHOIDOT KUOPION YLIOPISTOLLISEN
SAIRAALAN LASTENPSYKIATRIAN KLINIKASSA 2006–2008

Inkeri Partanen
Opinnäytetyö
Lääketieteen koulutusohjelma
Itä-Suomen yliopisto
Kliininen laitos, lastenpsykiatria
Toukokuu 2012

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen koulutusohjelma

PARTANEN, INKERI: Päivystysluontoiset osastohoidot Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisessa klinikassa 2006–2008 (Acute Ward Admissions in the Child Psychiatric Clinic of Kuopio University Hospital 2006–2008)

Opinnäytetyö, 32 sivua ja 3 liitettä (13 sivua)

Tutkielman ohjaajat: professori Kirsti Kumpulainen

Toukokuu 2012

Avainsanat: lastenpsykiatria, päivystys, osastohoito

Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisihoito-osasto aloitti toimintansa syksyllä 2005. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vuosina 2006–2008 päivystykselliseen osastohoitoon tulleiden läheteiden laatijatahot, tahdosta riippumattoman lähettämisen osuus läheteistä sekä lasten osalta kotikunnat, ikä- ja sukupuolijakauma, lähettämisen syyt, osastojaksojen pituudet sekä onko lapsi saanut aiempaa lastenpsykiatrista hoitoa.

Potilastietojen ohella tietolähteinä käytettiin Stakesin ylläpitämää SOTKANet-verkkotietokantaa ja Tiehallinnon verkkopalvelua kuntien välimatkoista. Tutkimus suoritettiin retrospektiivisesti tutkimusta varten laaditulle strukturoidulle lomakkeelle. Kerättyä aineistoa analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmistoa käyttäen.

Vuosina 2006–2008 keskimäärin 70 lasta vuodessa ohjautui Kuopion yliopistolliseen sairaalaan lastenpsykiatriseen akuuttiosastohoitoon (yhteensä 209 osastojaksoa 191 potilaalla). Heistä runsas puolet (55 %) tuli lastenpsykiatrian poliklinikan ohjaamina ja 68 % oli edeltävästi saanut jonkinasteista lastenpsykiatrista hoitoa. Potilaista 17 % ei ollut koskaan elämänsä aikana ollut psykiatrisen hoidon piirissä. Lähettävien kuntien etäisyys Kuopiosta ei vaikuttanut läheteiden suhteelliseen määrään. Kauimmaisen lähettäneen kunnan keskustasta on matkaa Kuopioon 207 km.

Keski-ikä oli 11 vuotta ja poikia oli kaksi kolmasosaa (67 %). Yleisin tulosyö oli käyttäytymishäiriö (57 %), muita olivat itsetuhoisuus (34 %), masentuneisuus (31 %), muut syyt (mm. koulu- ja univaikeudet) (26 %), ahdistuneisuus ja pelot (22 %), keskittymishäiriöt (14 %) sekä ihmissuhdevaikeudet (7 %). Tapauksista 55 % oli kriisiytynyt viimeisen kahden viikon kuluessa. Yhdelle lapselle merkittiin keskimäärin kaksi tulosyötä. Potilaista 13 % tuli tahdosta riippumattomalla läheteellä. Lähettämisen tapa oli yhteydessä ikään, sillä alle 12-vuotiaista 4 % ja 12-vuotiaista ja sitä vanhemmista 28 % lähetettiin tahdosta riippumattomasti. Osastojakso kesti keskimäärin kolme viikkoa, ollen tahdosta riippumattomasti hoitoon tulleilla keskimäärin 3 vrk lyhyempi.

Tutkimus vastasi sille asetettuihin kysymyksiin ja täydensi osaltaan kuvaa maamme lasten akuuttia osastohoitoa vaativasta psyykkisestä oireilusta.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	4
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	5
2.1 Mielenterveyspalveluiden käyttö on kasvanut	5
2.2 Lastenpsykiatrinen hoito maantieteellisesti epätasaisesti jakautunut	6
2.3 Lääkärit ja kunnat lähettäjinä	7
2.4 Tahdosta riippumaton lähete.....	8
2.5 Päivystyksellisesti psykiatriseen hoitoon ohjattujen lasten ikä ja sukupuoli	10
2.6 Oireilu lähetettäessä.....	10
2.7 Osastojakson kesto.....	12
3 AINEISTO JA MENETELMÄT	14
3.1 Lähtökohta.....	14
3.2 Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto	14
3.3 Aineisto	15
3.4 Tutkimus- ja arviointimenetelmät.....	16
3.5 Eettiset kysymykset	16
3.6 Tutkimuksen kulku	17
4 TULOKSET	18
4.1 Lähettäminen	18
4.2 Kotikunnat	18
4.3 Potilaiden ikä ja sukupuoli	19
4.4 Oireilun kesto, lähettämisen syy ja diagnoosit tullessa	19
4.5 Osastohoidon kesto ja osaston potilasmäärät	20
5 POHDINTA.....	22
5.1 Metodologista arviointia	22
5.2 Lähetteet.....	22
5.3 Aiempi hoito ja oireilu lähetettäessä.....	24
5.4 Osastohoidon kesto ja osaston potilasmäärät	25
5.5 Loppuyhteenveto	25
LÄHTEET.....	27
LIITE 1: Taulukot ja kuvat	33
LIITE 2: Tutkimuslomake	38
LIITE 3: Kuntakohtaiset tiedot	44

1 JOHDANTO

Viime vuosina koulusurmien kohahdutettua Suomea media on nostanut esiin kasvavaa tarvetta lasten- ja nuortenpsykiatrisille palveluille. Yksittäisten nuorten pahoinvointi on saanut sellaisia ilmenemismuotoja, jotka ovat ravistelleet valtakunnallisesti myös päättäjiä. Tapahtumien taustalla on nähty pidempiaikaista psykiatrisen avun tarvetta.

Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto on aloittanut toimintansa syyskuussa 2005 tarjoten nopean hoitoon pääsyn kriisitilanteessa olevalle lapselle ja varhaisnuorelle Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Kriisiosasto nimenä viittaa lapsen psyykkisen tilan kriisiin, kuten itsetuhoisuuteen ja vakavaan masennukseen, psykoottisuuteen tai vaikeaan ahdistukseen. (Nissinen 2005)

Kriisiosastolle tulevien lasten hoitaminen muunlaisella psykiatrisella hoidolla on arvioitu riittämättömäksi. Kriisiosastohoito vaikuttaa merkittävästi lapsen elämään. Lapsi irrotetaan arkiympäristöstä usein alle vuorokauden ennakkosuunnittelulla ja siirretään ympäristöön, jossa hänen selviämistään tukevat useat eri ammattilaiset. Kriisiosastohoidon suuntaamiseksi yhä paremmin lapsen hyödyksi on tarpeen tehdä tutkimusta nykyisistä hoitoon ohjautumisen käytänteistä ja potilasmateriaalista.

Tämä tutkimus käsittelee Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrista kriisiosastoa, joka sijaitsee Alavan sairaalassa. Tietoa kerättiin retrospektiivisesti käyttäen strukturoitua lomaketta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vuosina 2006–2008 päivystykselliseen osastohoitoon tulleiden läheteiden laatijatahot, tahdosta riippumattoman lähettämisen osuus läheteistä sekä lasten osalta kotikunnat, ikä- ja sukupuolijakauma, lähettämisen syyt, osastojaksojen pituudet sekä se, onko lapsi saanut aiempaa lastenpsykiatrista hoitoa.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

Suomessa on julkaistu 1990-luvun lopulta alkaen deskriptiivisiä tutkimuksia lastenpsykiatrisesta akuuttihoidosta eri yliopistosairaaloissa (Rutanen ym. 1996, Kumpulainen ym. 1999, Manelius & Piha 2006, Piilinen ym. 2009, Parviainen ym. 2010). Hoitokäytänteet vaihtelevat akuuttiryhmistä akuuttiosastoihin, mutta kuitenkin nähtävissä on selkeä yhteneväisyys maamme sisällä, sillä toisin kuin joissakin muissa maissa, Suomessa lastenpsykiatrisia potilaita ei hoideta lastentautien osastoilla (Edelsohn ym. 2003, Starling ym. 2006).

2.1 Mielenterveyspalveluiden käyttö on kasvanut

Useat tutkimukset ovat osoittaneet lasten mielenterveyshäiriöiden olevan paljon yleisempiä kuin mielenterveyspalveluita käyttävien lasten määrä (Roberts ym. 1998, Sourander ym. 2001). Viime vuosina todettu lastenpsykiatristen palveluiden käytön lisääntyminen nähdään vasteena tarjonnan lisääntymiseen (Piha 2004, Reigstad ym. 2004, Sourander ym. 2004). Tarjonnan lisääntyminen puolestaan on ollut seurausta määrärahojen kasvusta. Vuodesta 2000 lähtien kunnille on myönnetty valtionapua erilaisiin lasten- ja nuorisopsykiatrisiin hoito- ja kuntoutushankkeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksessa Wahlbeck (2005) arvioi tuen olevan yksi syy siihen, että 0–19-vuotiaiden psykiatrista sairaalahoitoa saaneiden määrä on noussut 36 % vuosina 1998–2002.

Mielenterveyspalveluiden käytön lisääntyessä mielenterveyden häiriöiden lisääntymistä ei ole yksiselitteisesti havaittu. Esimerkiksi Turun miljoonapiirissä vuosina 1989–1999 mielenterveyspalveluiden käyttö on lisääntynyt ilman, että tutkimuksessa haastateltujen vanhempien ja opettajien arvioimat 8–9-vuotiaiden mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet (Sourander ym. 2004). Samanlaiseen tulokseen on päätenyt hollantilainen Verhulst työryhmineen (1997a) kartoitettuaan vuosina 1983 ja 1993 vanhempien ja opettajien näkemystä saman alueen samanikäisten lasten psyykkisiä ongelmia: ongelmien kokonaismäärä ei ole lisääntynyt kymmenen vuoden kuluessa.

Toisaalta on todettu, etteivät aikuiset havaitse kaikkia lasten, etenkin tyttöjen, internalisoivia eli sisäänpäinsuuntautuneita tunne-elämän oireita, kuten masennusta (Faraone ym. 1995, Puura ym. 1998, Sourander ym. 2007). Näin ollen tutkimukset, joissa aikuiset raportoivat lasten mielenterveysongelmista, voivat olla harhaanjohtavia. Souranderin työryhmän (2004) tutkimuksessa ilmeni lasten itsensä ilmoittamana masennuksen yleistyneen. Lasten vastauksissa on kuitenkin havaittu vaihtelua esimerkiksi haastattelutavasta riippuen, eikä lasten itsensä ilmoittama oirekuva ole tutkimustiedon valossa osoittautunut yhtä luotettavaksi kuin vanhempien ja erityisesti opettajien (Verhulst ym. 1997b, Kresanov ym. 1998).

Viisitoista vuotta sitten Rutanen työtovereineen (1996) arvioi lasten erilaisen kaltoinkohtelun tulevan näkyviin aiempaa enemmän ja laadultaan aiempaa vaikeampana. Samanaikaisesti lastenpsykiatristen akuuttipotilaiden määrä on lisääntynyt eri maissa, myös Suomessa. Lastenpsykiatrian palvelujärjestelmiä on muutettu vastaamaan paremmin tähän kasvaneeseen tarpeeseen. Aiemmin kiireettömän hoidon osastoilla oli vuodepaikka akuuttipotilaille, 1990-luvulta lähtien on perustettu akuuttihoito-osastoja ja -työryhmiä. Tämä on mahdollistanut akuuttipotilaisiin perehtyneen henkilökunnan keskittämisen näihin potilaisiin (Edelsohn 2004, Parviainen ym. 2010).

Hillard (1994) on katsonut psykiatrisen akuuttihoiton olevan viimeinen apu muiden palveluiden ulkopuolelle jääneille. Hän on esittänyt, että akuuttihoiton lisääntyminen merkitsee sitä, ettei mielenterveyspalveluiden tarjonta perus- ja erikoissairaanhoidossa ole ollut riittävää tai oikein kohdennettua.

2.2 Lastenpsykiatrinen hoito on maantieteellisesti epätasaisesti jakautunut

Yhdysvaltaistutkimuksessa on todettu mielenterveyspalveluiden tarpeen jakautuneen maantieteellisesti tasaisesti. Kyseisen tutkimuksen mukaan 6–17-vuotiaiden mielenterveyspalveluiden käyttö on kuitenkin eronnut yli kaksinkertaisesti eri osavaltioissa, perustuen palveluiden tarjonnan epätasaisuuteen. Lisäksi tutkimuksessa on havaittu, ettei eri osavaltioissa tarve ja tarjonta ole kohdanneet (Sturn ym. 2003). Muidenkin yhdysvaltaistutkimusten mukaan palveluiden käytössä maan sisällä eri

alueilla on ilmennyt suuria eroja (Leaf ym. 1996). Toisenlaisiakin tutkimustuloksia on saatu. Näissä on osoitettu, että mm. eri sosiaaliluokkaan kuuluvien ja eri asuinympäristöissä olevien lasten psykiatrinen sairastavuus poikkeavat toisistaan. Esimerkiksi suurkaupunkien lapsilla on ollut pienten paikkakuntien lapsia enemmän psyykkisiä häiriöitä ja suurkaupungeissa väestö kerääntyy valikoituen tietyille asuinalueille (Almqvist 2004).

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä on osoitettu kunnan lapsilukuun suhteutettuna lähes kymmenkertainen vaihtelu kuntien lastenpsykiatriseen erikoissairaanhoidon tekemien läheteiden välillä. Syy vaihtelulle ei selvinnyt; tilastollisesti tarkasteltuna kunnan lastenpsykiatrisen läheteprosenttiin eivät vaikuttaneet kunnan väkiluku tai kuntalaisten taloudellinen asema eikä sen etäisyys erikoissairaanhoidon tarjoavaan Kuopion yliopistolliseen sairaalaan (Jussila 2008).

Vanhemmat vaikuttavat asenteidensa ja näkemystensä pohjalta lastensa psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttöön. Sen sijaan vanhempien sosioekonominen tausta ja koulutustaso eivät Souranderin kumppaneineen (2001) toteuttamassa suomalaistutkimuksessa vaikuttaneet erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöön. Yhdysvaltaistutkimuksen mukaan perheen köyhyys, yksinhuoltajuus sekä vakuutus määrittivät 3–20-vuotiaiden lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja hoitoa (Carson ym. 2010).

2.3 Lääkärit ja kunnat lähettäjinä

Kuopiossa päivystykselliseen lastenpsykiatriseen osastohoitoon tullaan läheteellä. Lähettävä lääkäri tekee arvion päivystysläheteestä, kun hän tutkimuksen jälkeen arvioi, että lasta ei arkiympäristössään perusterveydenhuollon keinoin voida auttaa eikä vähemmän kiireellinen lähete erikoissairaanhoidon sovi ongelman luonteeseen (Zwaanswijk ym. 2003). Psykiatriseen akuuttihoitoon kuuluu näin ollen potilaan ongelmien lisäksi myös ympäristön resurssien arviointi (Hillard 1994).

Tutkimuksissa on havaittu, että lasta arvioivan lääkärin kouluttautuneisuus, vastaanottoon käytetty aika sekä haastattelutekniikat vaikuttivat siihen, miten lääkäri havaitsi ongelmat (Zwaanswijk ym. 2003). Lapsi voi vastaanottotilanteessa peitellä oireitaan tai häneen voi olla vaikea saada kontaktia. Iän mukaisen kehitystason, mielialan, arjesta selviytymisen ja riskikäyttäytymisen arvioiminen vastaanotolla on ymmärrettävästi haastavaa varsinkin silloin, kun lääkäri kohtaa psyykkisesti oireilevia nuoria harvoin. Sourander kumppaneineen (2001) havaitsi, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista, mielenterveysyistä terveyspalveluita käyttäneistä lapsista ei ollut tavannut psykiatriaan erikoistunutta ammattilaista, vaan hoito oli toteutettu kouluterveydenhuollossa tai neuvolassa. Tällöin on mahdollista, että lapsi jää vaille sitä hyötyä, jonka lastenpsykiatria erikoistunut terveystalon työntekijä olisi voinut tarjota.

Lapsi voi saada päivystyslähetteen lastenpsykiatrian osastolle montaa eri kautta. Ennen kriisiosaston perustamista, vuosina 1997–1998, Kuopion lastenpsykiatrian osastoilla on ollut keskimäärin 30,5 päivystyksellistä osastojaksoa vuodessa. Läheteistä 30 % on tullut lastenpsykiatrisen poliklinikalta, 21 % terveyskeskuslääkäreiltä ja 18 % lastenpsykiatrian poliklinikan ulkopuolelta lastenpsykiatreilta. Ilman lähetettä osastojakso on alkanut 13 % tapauksista (Kumpulainen ym. 1999).

Eri sairaanhoitopiirien tahdosta riippumattomalla tarkkailulähetteellä (M1) vuosina 1996–2000 alkaneiden alle 12-vuotiaiden osastojaksojen määrät ovat vaihdelleet suuresti. Sairaanhoitopiiristä 13/21 (62 %) on käyttänyt M1-menettelyä. Näissä sairaanhoitopiireissä M1-lähetteen osuus on vaihdellut välillä 0,3–20,1 %. Osuus on ollut suurin niissä sairaanhoitopiireissä, joissa alaikäisten osastohoitoa on toteutettu paljon. Sairaanhoitopiirien tietoja on käsitelty nimettöminä. (Kaltiala-Heino 2003) Vaihtelu kertoo suurista käytäntöeroista lastenpsykiatrilta lähettämässä.

2.4 Tahdosta riippumaton lähete

Vuoden 1991 alussa tuli voimaan mielenterveyslaki (1116/1990), jossa määritellään nykyinen alle 18-vuotiaiden tahdonvastaisen hoidon käytäntö. Alle 18-vuotiaiden tahdosta riippumaton osastohoito tulee toteuttaa erillään aikuisista, ellei ole olemassa jotakin erityistä syytä, jolloin olisi lapsen edun mukaista hoitaa häntä aikuisten joukossa.

Alaikäisen tahdosta riippumaton hoito on perusteltua ja aiheellista silloin, kun lapsella tai nuorella on vakava mielenterveyden häiriö ja laissa määritetyt lisäkriteerit täyttyvät. Lisäkriteerit ovat akuutti hoidon tarve, vahingollisuus itselle tai muille sekä muiden mielenterveyspalveluiden riittämättömyys tai soveltumattomuus. (Mielenterveyslaki 1116/1990)

Vakavalla mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan psykoosia, itsetuhoisuutta, henkeä uhkaavaa syömishäiriötä, normaalia kehitystä estävää masennusta tai vakavaa käytöshäiriötä. Vakava käytöshäiriö täyttää jonkin seuraavista kriteereistä: siihen liittyy itsemurhavaara, potilaan tai muiden hengen vaarantuminen potilaan impulssikontrollin häiriön ja väkivaltaisuuden vuoksi, potilaan kehitys on häiriintynyt vakavasti tai potilaalla on lisäksi jokin muu mielenterveyden häiriö. (Kaltiala-Heino 2003)

Sosiaali- ja terveysministeriö on tarkentanut ohjeistusta, jotta lasta ei otettaisi tahdosta riippumattomaan hoitoon muiden kuin lapsen parhaaksi olevien syiden vuoksi. Selvityksessä tähdennetään, ettei esimerkiksi pyrkimys terveydenhuollon toimintojen sujuvuuteen tai sosiaaliseen kontrolliin saa olla syy tahdosta riippumattomaan hoitoon. Kuten vakavan mielenterveyshäiriön käsitteen auki purkaminen osoittaa, tahdosta riippumatonta hoitoa käytetään potilaan tai toisten ihmisten suojelemiseksi (Kaltiala-Heino 2003). Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito on eräällä tapaa aikuispsykiatria monimutkaisempaa, sillä potilaan ja yhteisön lisäksi lapsen kohdalla tulee arvioida myös vanhempien tilanne sekä lapsen kehityksellinen taso (Kaltiala-Heino 2010).

Alaikäisten tahdosta riippumattomasta hoidosta on tehty melko vähän tutkimuksia (Kaltiala-Heino 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän selvityksen mukaan Suomessa vuosina 1996–2000 kaikista alle 12-vuotiaiden lastenpsykiatrisista hoitajaksoista 4,8 % oli alkanut M1-menettelyllä. M1-lähetteen osuus on kasvanut seurantajaksoilla hieman. Sukupuolten välistä eroa ei ole mainittavasti ollut. M1-menettelyllä alkaneissa hoitajaksoissa potilaiden käytöshäiriöiden osuus on ollut pienempi kuin vapaaehtoisesti alkaneissa hoitajaksoissa. Mielialahäiriöiden ryhmä on ollut lähes samansuuruinen molemmissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, Kaltiala-Heino 2003). Yhdysvaltalais tutkimuksessa tahdonvastaisesti hoitoon tulevilla puolestaan on ollut enemmän väkivaltaista oireilua (Edelsohn ym. 2003).

Kuopion lastenpsykiatrian klinikan päivystyksellisistä potilaista 23 % on vuosina 1997–1998 tullut M1-lähetteellä, näistä enemmistö tyttöjä (11 vs. 3 poikaa) (Kumpulainen ym. 1999). Kuopiolaistutkimuksessa kahdelle (3 %) on tehty tarkkailuajan jälkeen sulkeva hoitopäätös ja M1-lähetteellä tulleiden keski-ikä on ollut korkeampi kuin muiden keski-ikä (13,9 v vs. 11,3 v). Vuonna 2008 Turussa 16 % akuuttihoitojaksoista on käynnistynyt M1-lähetteellä (Parviainen ym. 2010).

2.5 Päivystyksellisesti psykiatriseen hoitoon ohjattujen lasten ikä ja sukupuoli

Ongelmallisia käytöshäiriöitä voidaan tunnistaa jo kolmen vuoden ikäiseltä (Moreland & Dumas 2008). Lapsuudessa ja varhaisnuoruuden alussa useimmin apua haetaan pojille, kun taas varhaisnuoruuden lopulla tytöille (Zwaanswijk 2003). Pojille tyypillisemmät ulospäinsuuntautuvat eli eksternalisoivat oireet vähenevät iän myötä, kun taas sisäänpäinsuuntautuvat eli internalisoivat lisääntyvät ja ovat tyypillisempiä tytöille (Londino 2003, Sourander ja Aronen 2007, Fite 2008).

Vuosina 1997–1998 Kuopion lastenpsykiatrian osastoille päivystyksellisesti tulleet lapset (N=56) olivat hieman useammin poikia (56 %), iältään 5–15-vuotiaita, mutta hyvin harvoin (N=3) alle kouluikäisiä (Kumpulainen ym. 1999). Lasten keski-ikä oli 11,9 v ja heistä 40 % oli alle 12-vuotiaita ja suurin osa (60 %) varhaisnuoria (12–15 v). Yleisesti arvioidaan lastenpsykiatrisilla osastoilla olevan poikia kolme neljäsosaa (Piha 2004). Yhdysvaltaistutkimuksessa psykiatrisista syistä päivystykseen tulijoista 58 % oli poikia (Edelsohn ym. 2003).

2.6 Oireilu lähetettäessä

Vuonna 2000 tehty, kaikki Suomen lasten- ja nuortenpsykiatriset osastot kattava tutkimus raportoi, että yleisin diagnoosi oli käyttäytymishäiriö (38 %), toisena masennushäiriö (20 %) ja kolmantena psykoottisuus (13 %). Lisäksi oli kiintymyssuhdehäiriöitä, ahdistuneisuushäiriöitä ja kehityksellisiä häiriöitä. Oireet liittyivät sukupuoleen siten, että käyttäytymishäiriöt ja autistiset häiriöt olivat yleisempiä pojilla. Ainoastaan pojilla oli

ADHD-diagnoosia, kun taas syömishäiriötä oli vain tytöillä. (Eililä 2007)

Kun tarkastellaan päivystyksellisesti psykiatriseen osastohoitoon hakeutuneita, yhtä kattavia nimenomaan alle 12-vuotiaita koskevia tutkimuksia on vaikea löytää. Kirjallisuudessa ohjeistetaan, että päivystyksellisen hoitoonohjauksen aiheita ovat mm. hallitsematon psykoottisuus, itsetuhoisuus ja itsemurhavaara, vaikea masennus ja vaikeudet perhesuhteissa (Rajala 2008). Kuopioon vuosina 1997–98 kriisihoitoon lähetettyjen oireet jakautuivat seuraavasti: itsetuhoisuus 38 %, vaikea-asteinen käytöshäiriö (ihmisiin ja ympäristöön kohdistunut aggressiivisuus) 20 % sekä epäily psykoottisesta oireilusta 13 %. Lisäksi huomattavalla osalla ilmeni masennusta. (Kumpulainen ym. 1999)

Yhdysvalloissa ja Australiassa erikoissairaanhoidon päivystykseen tullaan ilman lähetettä, minkä vuoksi aineisto poikkeaa suomalaisesta (Edelsohn ym. 2003, Starling ym. 2006). Lastenpsykiatrista päivystystä ei tutkimussairaaloissa ollut, vaan aineisto käsitti lastentautien päivystykseen tulleet, joiden tulosyö oli luokiteltu psykiatriseksi. Tarvittaessa osastohoito toteutui lastentautien osastolla. Akuutin erikoissairaanhoidon tarpeessa arvioitiin olevan runsas puolet tulijoista ja akuutin osastohoidon tarpeessa noin joka neljäs. Sydneyssä yli puolella lapsista päivystys oli ensimmäinen yhteydenotto psykiatriseen hoitoon.

Yksi yleisin tulosyö akuuttiin lastenpsykiatriseen hoitoon on aggressiivisuus ja käytöshäiriöt (Edelsohn ym. 2003). Käytöshäiriö on vakava ongelma, jonka ennuste on yksi huonoimpia alaikäisten mielenterveyden ongelmista, sillä siihen liittyy aikuisiän päihde- ja persoonallisuushäiriöitä sekä rikollisuutta, väkivaltaa ja syrjäytymistä (Kaltiala-Heino 2003). Sydneyläisessä tutkimuksessa 18 %:lla 3–17-vuotiaista psykiatrisista päivystyspotilaista oireena oli käyttäytymishäiriö (Starling ym. 2006). Alle 18-vuotiaiden aineistoa käsitelleessä yhdysvaltalaisstudiossa väkivaltaisuuden arvioitiin lisäävän lapsen todennäköisyyttä tulla arvioiduksi akuuttia hoitoa vaativaksi 1,7-kertaisesti (Edelsohn ym. 2003).

Samanaikaisesti psyykkisen oireilun kanssa ilmenee usein ongelmia koulunkäyntikyvyssä. Kouluun liittyvät ongelmat avunhakuprosessissa ovat merkittäviä ja vaikuttavat sekä vanhempien avun hakemiseen että terveyskeskuslääkärin

havainnoimiin ongelmiin (Zwaanswijk ym. 2003). Kuopion tutkimuksessa vain 35 % oli käynyt koulua säännöllisesti ennen osastojaksoa (Kumpulainen ym. 1999).

Monilla psykiatriseen osastohoitoon tulevista lapsista on traumaattisia elämänkokemuksia. Näitä ovat mm. varhainen toisen vanhemman menetys, sairaalahoitojaksot, useat paikkakunnan vaihdokset, laiminlyönti sekä väkivalta tai sen uhka (Londino ym. 2003). Turussa akuuttityöryhmän vuosien 2003–2004 potilaista yli puolella oli asetettavissa perheeseen tai elämäntilanteeseen liittyvä diagnoosi (Manelius & Piha 2006). Kuopiossa perheensisäisiä psykososiaalisia ongelmia (esim. vanhempien ristiriitoja, avioeroon liittyviä ongelmia, vanhemman psyykkistä sairautta tai alkoholismia) ilmeni 74 %:lla tutkituista (Kumpulainen ym. 1999). Yhdysvaltalais tutkimuksessa tavallisten nuorten aineistossa lapsuuden kaltoinkohtelukokemuksia olivat yleisimmin valvonnan puute (esim. tullut jätetyksi yksin kotiin) 42 %, fyysinen väkivalta 28 % ja puhtauden, vaatetuksen tai ruuan laiminlyönti 12 %. Seksuaalista hyväksikäyttöä vastaajista oli kokenut 4,5 % (Hussey ym. 2006).

2.7 Osastojakson kesto

Akuutti lastenpsykiatrinen osastohoito on Suomessa aiemmin toteutettu tavallisilla lastenpsykiatrian osastoilla (Kumpulainen ym. 1999, Piha 2004). Muiden maiden käytännöistä on vähän tietoa, mutta ainakin Australiassa alaikäisten psykiatrinen akuuttiosastohoito on toteutettu lastentautien osastolla (Starling ym. 2006).

Turun yliopistollisen keskussairaalan akuuttityöryhmällä oli vuosina 2003–2004 käytössään yksi hoitopaikka lastenpsykiatrian osastolla. Osastojakson pituus oli rajattu kahteen viikkoon. Vuosina 2003–2004 osastojaksolla on hoidettu 75 lasta kaikista 156 akuuttityöryhmän hoidossa olleesta lapsesta. Lyhimmät hoitojaksot kestivät vain vuorokauden, mutta useimmiten jakson pituus oli kaksi viikkoa (Manelius & Piha 2006). Vuonna 2008 tyypillisin akuuttihoitojakson pituus Turussa oli edelleen kaksi viikkoa, vaihteluväli 3–187 päivää (Parviainen ym. 2010). Kuopion akuuttihoitojaksot olivat kestoltaan samansuuntaisia. Suurimmalla osalla osastojakso kesti enintään kaksi viikkoa, eikä tyttöjen ja poikien välillä ollut merkittävää eroa (Kumpulainen ym. 1999).

Tahdonvastaisen lähettämisen yhteydestä osastohoidon pituuteen on kahtalaisia tuloksia. Kuopioon vuosina 1997–98 M1-lähetteellä tulleiden keskimääräinen osastojakso (21 vrk) oli hieman pidempi kuin muiden (15 vrk) (Kumpulainen ym. 1999). Tahdosta riippumaton lähettäminen ei vaikuttanut vuosina 2004–2006 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa hoidettujen nuorisopsykiatristen osastojaksojen keston. Kuitenkin tahdonvastaisesti hoitoon jääneiden hoito kesti kauemmin kuin muiden (82,0 vrk vs. 37,8 vrk) ($P < 0,001$) (Kaltiala-Heino 2010).

Osastopäivien lukumäärää tarkasteltaessa herää kysymys hoidon riittävydestä. Yhdysvaltalaisutkija Carson työryhmineen (2010) käytti hoidon riittävyyden mittarina hoitajaksojen uusiutumista. Tutkimus käsitteli etnisten ryhmien välisiä eroja lasten psyykkiseen oireiluun liittyen. Aineisto käsitti Yhdysvaltojen valkoihoisia, afrikkalaisia sekä haitilaisia. Etninen ryhmä ei vaikuttanut riittävän hoidon saamiseen, mutta ryhmän sisällä yksityinen sairausvakuutus, joka oli suuremmalla osalla valkoihoisilla kuin muilla ryhmillä, loi suuremman todennäköisyyden saada riittävää hoitoa. Ilmeni myös, että haitilaiset ja afrikkalaiset lapset asuivat useammin köyhällä tai paljon yksinhuoltajia käsittävällä asuinalueella, jossa asuvien oli vaikeampaa saada riittävää psykiatrista hoitoa. Tutkimus käsitti myös avohoidon, eikä siinä julkaistu hoitajaksojen pituuksia (Carson ym. 2010).

Manelius ja Piha linjaavat akuuttihoitoon tehtäväksi lapsen hyvinvointia uhkaavan ja perheen voimavarat ylittävän tilanteen pysäyttämisen ja siihen johtaneiden seikkojen jäsentämisen. Lapselle pyritään antamaan kokemus mm. siitä, että hän on tullut kuulluksi. Akuutin tilanteen pysäyttämisen ja jäsentämisen jälkeen jatkohoito pyritään järjestämään lastenpsykiatrisilla aluepoliklinikoilla tai perustasolla. Akuuttijakson pohjalta pyritään antamaan yhteistyötahoille lisää välineitä ja uusia näkökulmia työskentelyyn lapsen ja tämän perheen kanssa (Manelius & Piha 2006).

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

3.1 Lähtökohta

Tavoitteena oli analysoida kriisiosaston potilasaineistoa kolmen vuoden ajalta. Tarkastelun kohteena olivat kotikunta, lähettävä taho, lähettämisen tapa, lasten ikä- ja sukupuolijakauma, oireet ja oireilun kesto sekä osastojakson kesto. Aineisto oli retrospektiivinen ja sitä käsiteltiin deskriptiivisesti.

3.2 Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto

Alavan sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto perustettiin syksyllä 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö rahoitti perustamista. Kuusipaikkainen osasto resursoitiin hoitamaan 70–80 lasta vuodessa. Kriisihoito-osasto vastaa Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen viidestä sairaanhoitopiiristä neljän sairaanhoitopiirin potilaista. Alueeseen kuuluvat Pohjois-, Itä- ja Etelä-Savon sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirit. Kaikissa keskussairaaloissa toimii lastenpsykiatrian poliklinikka, Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä lisäksi lastenpsykiatrian päiväosasto sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä lastenpsykiatrian akuuttityöryhmä ja hoito-osasto (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2003, Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2007, Sierla 2007).

Tavallisesti lastenpsykiatriset hoito-osastot täytetään ajanvarauksella. Niiden toimintaa säätelevän lain (Valtioneuvoston asetus 1282/2000) mukaan lähetteen saaneen lapsen tai nuoren psyykinen tila on arvioitava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Arviossa tarpeelliseksi todetun hoidon tulee alkaa kolmen kuukauden kuluessa (Piha 2004). Alavan lastenpsykiatriselle kriisiosastolle päivystyksellisellä läheteellä saapuvan lapsen tila arvioidaan yleensä välittömästi. Ensisijaisia lähettäjiä ovat lastenpsykiatrit, pediatriit sekä päivystysaikaan terveyskeskuslääkärit. (Kirsti Kumpulainen, suullinen tiedonanto 23.8.2011)

Lapsen tullessa arviohaastatteluun kuullaan häntä saattavia huoltajia lapsen keskeisimmästä ongelmasta ja psyykkisestä tilasta. Tämän pohjalta suunnitellaan hoito

avopuolella tai osastolla. Vanhemmilla on mahdollisuus vieraila osastolla tai lapsen voinnin salliessa käydä hänen kanssaan osaston ulkopuolella siihen varattuna aikana. Harkinnan mukaan toteutetaan myös viikonloppujen kotilomia. Osastohoidon kestoksi arvioidaan 1–4 viikkoa (Rantamäki 2005).

Osastojakson aikana toteutetaan tarpeelliset lastenpsykiatriset tutkimukset. Myös verkostotapaaminen pyritään järjestämään osastohoidon aikana vähintään kerran. Mukana ovat lapsi, hänen vanhempansa tai sijaisvanhempansa, kriisiosaston työryhmä sekä vaihtelevasti muita lapsen kanssa toimivien tahojen, kuten koulun, päivähoidon tai sosiaalitoimen edustajia. Tavoitteena on avoin ja läpinäkyvä kommunikointi eri verkoston jäsenten kesken. (Rantamäki 2005)

Osastohoidon päättyessä pidetään hoitoneuvottelu, jossa käydään läpi osastojakson aikana esiin tulleet asiat, tehdyt tutkimukset ja selkiytyneet diagnoosit sekä laaditaan suositus lapsen jatkohoidosta. Jatkohoitosuositusten lisäksi sairauskertomuksen loppulausuntoon kirjataan lapsen diagnoosi tai diagnoosit, jotka ovat usein tarkentuneet osastohoidon aikana. Potilaan tullessa osastolle ja kotiutuessa hänen psyykinen tilansa arvioidaan kansainvälisesti käytetyllä CGAS- eli Children's Global Assessment Scale – pisteytyksellä sekä yksityiskohtaisella HoNOSCA-lomakkeella (Shaffer ym. 1983, Gowers ym. 1999). HoNOSCA-lomakkeella (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) arvioidaan moniulotteisesti lapsen elämän eri osatekijöitä sekä vanhempien ymmärtämystä lapsen tilanteesta kansainvälisesti vertailukelpoisesti (Adamis ym 2011).

3.3 Aineisto

Aineistona olivat ne päivystykselliset lastenpsykiatrian potilaat, joiden osastojakso Alavan sairaalassa on päättynyt 1.1.2006–31.12.2008. Tiedonlähteenä olivat potilaspaperit, joihin kuuluivat lähete, potilastietolomake, lastenpsykiatrian hoitokertomukset, lääkekortti sekä vuoden 2006 osalta silloin vielä käytössä olleet käsin kirjoitetut osastohoitosisivut. Vuoden 2008 lopussa alkaneet ja vuoden 2009 puolelle jatkuneet osastojaksot eivät olleet aineistossa, minkä vuoksi potilasmääriä laskiessa keskiarvo laskettiin vuosilta 2006–2007.

Kaikilta lapsilta oli tiedossa kotikunta, joka ei kuitenkaan sijoituksista johtuen ollut aina sama kuin lapsen oleskelukunta. Tarkastelun ulkopuolelle jätettiin kolmen Ruotsissa kirjoilla olleen lapsen kotikunnat sekä neljä Suomen kuntaa, jotka eivät kuuluneet akuuttiosaston vastuualueeseen. Lapsista 42 oli osastohoidon alkaessa sijoitettuna, ja lähettäviä kuntia tarkasteltaessa laskettiin ne lapset, joiden sijoituskunta oli selvillä, lähetetyiksi sijoituskunnastaan ja sijoituskunnan suhteen epäselvät lapset jätettiin laskuista. Näissä yhteyksissä kunnista käytetään termiä oleskelukunta.

Kuntien etäisyydet Kuopiosta on laskettu Tiehallinnon verkkosivuston laskurilla Paikkakuntien välimatkoja Suomessa. Välimatkoissa huomioitavaa on, että perheen asuessa kuntakeskustaa kauempana välimatkaa kertyi tutkimuksessa käytettyjä etäisyyksiä enemmän (Taulukko 1, ks. LIITE 1). Kuntien väkiluku on saatu Stakesin tuottamasta SOTKANet-tietopalvelusta. Johtuen vuoden 2009 kuntaliitoksesta, tilasto-ohjelmissa Enon ja Pyhäselän tiedot oli liitetty osaksi Joensuun tietoja ja tätä jakoa noudatettiin tässä tutkimuksessa. Väkiluvut olivat vuoden 2007 tilastolukuja.

3.4 Tutkimus- ja arviointimenetelmät

Tutkimus toteutettiin retrospektiivisenä tutkimuksena ja tieto kerättiin strukturoidulle lomakkeelle (LIITE 2). Kerättyä tietoa analysoitiin tilastollisesti SPSS-ohjelmalla (versio 15.0), riippuvuutta testattiin ChiSquare-testillä ja korrelaatiota Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella.

3.5 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen teossa ei otettu yhteyttä lapsiin, heidän vanhempaisa eikä yksittäisiin hoitohenkilökunnan jäseniin. Tiedot kerättiin potilaspapereista anonyymeinä. Aihetta tutkimusluvan anomiseen eettiseltä toimikunnalta ei näin ollen vaadittu. Lupa sairauskertomusten käyttöön saatiin sairaalan johtajaylilääkäriltä.

3.6 Tutkimuksen kulku

Tietojenkeruulomakkeet täyttivät pääosin kaksi henkilöä, joilla ei ollut psykiatrista koulutusta. Lomaketta testattiin vuoden 2005 potilasaineistolla ja muokattiin tämän perusteella. Tietojen keräysvaihe kesti noin yhdeksän kuukautta. Mikäli kysyttyä tietoa ei löytynyt, kohta jätettiin tyhjäksi. Tulossyyt kerättiin läheteistä ja tulohaastatteluteksteistä. Mikäli lapsella oli aikaisempia hoitokontakteja mielenterveyssyistä, laskettiin oireilu alkaneeksi ennen ensimmäistä hoitokontaktia. Mikäli ilmeni oireilun olleen välillä täysin poissa, kokonaisuoreilun kestoksi merkittiin ilmenevien ajanjaksojen yhteenlaskettu summa.

Osastolle tulon aiheuttaneen oireilun kesto ilmaistiin sairauskertomuksissa monesti epätarkasti, esimerkiksi "useamman viikon ajan", mikä voi tarkoittaa sanojasta riippuen kahta viikkoa tai kahta kuukautta. Yleensä tekstistä löytyi käytöksen muuttumisen ajankohdasta muita viitteitä, joiden avulla oireiden kestoa arvioitiin. Oireiden keston tulkinnallisuuden vuoksi tietoa käsitellään lähinnä viitteellisenä aikana kriisiosastohoitoon johtaneen oireilun kestosta.

Osastojaksoa edeltäviä traumaattisia kokemuksia kävi ilmi mm. läheteessä ja tulotekstissä. Näitä olivat mm. vanhempien avioero tai läheisen (esim. vanhemman, sisaruksen tai isovanhemman) kuolema.

4 TULOKSET

4.1 Lähettäminen

Vuosina 2006–2008 kriisiosastolla toteutui yhteensä 209 hoitojaksoa. Useimmat olivat lapsen ensimmäisiä kriisiosastojaksoja (189), 19 tapauksessa lapsi tuli toiselle osastojaksolle ja kerran kolmannelle (Taulukko 2). Hoitojaksot jakoutuivat seurantakaudella siten, että vuonna 2006 päättyneitä osastojaksoja oli 66, seuraavana vuonna 70 ja kolmantena 73.

Lastenpsykiatrian poliklinikka oli yleisin akuuttihoitoon lähettäjä (N=113, 55 %), toisena terveyskeskukset (N=66, 32 %). Nämä kaksi tahoja vastasivat 87 prosentista läheteistä (N=179). Perheneuvolasta lähetettiin 12 lasta (6 %) ja lastentautien poliklinikalta 10 lasta (5 %). Kaksi lasta (1 %) tuli yksityiseltä puolelta ja viisi lasta (2 %) niin, että lähettävä taho ei ilmennyt potilaspapereista tai se oli jokin muu kuin edellä luetellut. Heistä 2 tuli ilman lähetettä. Terveyskeskusläheteellä tulleiden lähettämistä edelsi tilastollisestikin merkittävästi harvemmin psykiatrinen hoitokontakti (N=37, 56 %) kuin poliklinikan lähettämällä (N=87, 76 %, $p<0,05$).

Lapsi lähetettiin kriisiosastojaksolle 179 tapauksessa (86 %) tavallisella läheteellä ja 28 tapauksessa (13 %) M1-läheteellä (Taulukko 2). Tutkimuksessa ei kerätty tietoa siitä, aloitettiin tahdosta riippumaton hoito vai jäikö lapsi omasta tahdostaan osastolle. Kaikki seitsemän M1-läheteellä tullutta tyttöä oli ollut jo aiemmin oireilun vuoksi psykiatrisen hoidon piirissä, kun taas vastaavasti lähetetyistä 21 pojasta vain puolet. Tilastollisesti tämä ei ollut merkitsevää. Terveyskeskuslääkärit lähettivät suhteessa enemmän lapsia M1-läheteellä, laatien kaikkiaan puolet M1-läheteistä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää.

4.2 Kotikunnat

Pohjois-, Etelä- ja Itä-Savon sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireihin lukeutuu yhteensä 55 kuntaa. Näistä 44 kuntaa oli akuuttiosaston potilaiden kotikuntia. Eniten lapsia tuli kotikunnittain tarkasteltuna Kuopiosta 43 (21 %), Joensuusta 22 (11 %) sekä

Siilinjärveltä ja Mikkelistä kummastakin 15 (7 %) (Kuvio 1).

Akuuttihoitoon lähetettiin erityisvastuualueen alle 15-vuotiaiden 91 895 –henkisestä väestöstä 0,23 %. Kotikunnittain tarkasteltuna kriisihoidossa olleiden potilaiden määrä suhteutettuna kunnan lapsiväestöön vaihteli välillä 0,073–0,654 %, suuruusero oli yhdeksänkertainen (LIITE 3). Yhdellätoista yleisimmällä kotikunnalla lasten prosenttiosuus vaihteli välillä 0,20–0,53 % ja yli 15 000 asukkaan kunnissa vaihteluväli oli 0,20–0,34 %. Kotikunnan väkiluvun (alle 10 000 tai yli) vaikutus lähetettyjen lasten prosenttiosuuteen ei ollut tilastollisesti merkittävä.

Lasten oleskelupaikkakunnan, joka sijoitetulla lapsella oli sijoituspaikkakunta, etäisyys Kuopiosta ei vaikuttanut kunnasta tehtyjen läheteiden määrään suhteutettuna kunnan lapsiväestöön.

4.3 Potilaiden ikä ja sukupuoli

Kriisiosastojaksolla olleiden keski-ikä oli 11 vuotta, vaihteluväli 3 v 5 kk – 14 v 6 kk (Taulukko 3, Kuvio 2). Valtaosa oli poikia (N=140, 67 %) ja loput tyttöjä (N=69, 33 %). Tytöt olivat keskimäärin 6 kk vanhempia kriisiosastojakson alkaessa, mutta tilastollisesti tarkasteltuina keski-iat eivät kuitenkaan eronneet merkittävästi toisistaan (p=0,061). Poikien ikäjakauma oli välillä 3 v 5 kk – 14 v 3 kk ja tyttöjen vastaavasti 4 v 4 kk – 14 v 6 kk. Alle kouluikäisiä oli yhdeksän, joista viisi poikaa ja neljä tyttöä.

Valtaosa potilaista (N=119, 60 %) oli alle 12-vuotiaita, loput vanhempia (N=83, 40 %). Alle 12-vuotiaista vain 4 % (N=5) lähetettiin tahdosta riippumattomasti. 12-vuotiaista ja sitä vanhemmista 28 % (N=23) tuli tahdosta riippumattomalla läheteellä, jolloin M1-lähteissä 12-vuotiaiden ja sitä vanhempien osuus oli 82 %, vaikka heidän osuutensa potilasaineistosta oli 40 %.

4.4 Oireilun kesto, lähettämisen syy ja diagnoosit tullessa

Suurin osa lapsista (N=114 lasta, 55 %) sai lähetteen kriisiosastolle korkeintaan kahden viikon merkittävän oireilun jälkeen. Noin kolmasosalla (N=73 lasta, 35 %) oireilu kesti yli kahdesta viikosta alle kahteen kuukauteen ja 17 lapsen (8 %) oireilu oli kestänyt yli

kaksi kuukautta.

Lähettämisen syitä oli yhteensä 443 eli keskimäärin lasta kohden vähän yli 2 (0–5). Yleisin syy oli käytöshäiriöt tai aggressiivisuus, joita oli mainittu 120:ssä eli 57 %:ssa tapauksista (Taulukko 3). M1-lähetteisä itsetuhoisuus oli lähes merkitsevästi yleisempi lähettämisen syy verrattuna tavallisiin B1-lähetteisiin (50 % vs. 31 %, $p=0,052$). Lisäksi M1-lähetteellä tulevilla oli muita useammin mainittu keskittymishäiriöitä 18 % (tavalliset lähetteet 9 %), somaattinen sairaus 11 % (5 %), syömishäiriö 14 % (3 %) tai päihdeongelma 7 % (2 %), vaikkakaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Vapaaehtoisen ja M1-lähetteen välillä ei ollut ristiintaulukoinnissa ja ChiSquare-testissä merkittävää eroa eksternalisoivien ja internalisoivien oireiden suhteellisessa määrässä ($p=0,186$). Muina syinä luokitelluista yleisimpiä olivat kouluvaikeudet 16 (8 %) sekä univaikeudet 8 (4 %).

Sukupuolten välisinä merkitsevinä eroina ($p<0,005$) käyttäytymishäiriöt (35 % vs. 69 %) ja keskittymishäiriöt (4 % vs. 19 %) olivat tytöillä harvinaisempia. Tyttöillä esiintyi useammin internalisoivia oireita, kuten masennusta (36 % vs. 28 %) ja ahdistuneisuutta (29 % vs. 18 %), mutta näiden suhteellinen esiintyvyys ei poikennut tilastollisesti merkitsevästi pojista.

Lasten elämässä tapahtuneesta traumatisoivasta kokemuksesta oli maininta yli puolella ($N=132$, 63 %). Yleisimmin mainittu oli vanhempien avioero ($N=56$, 27 %), lapsen näkemä perheväkivalta ($N=50$, 24 %) ja lapseen kohdistunut väkivalta tai seksuaalinen häirintä ($N=34$, 16 %). Yhteensä 84 lasta (40 %) oli siis kohdannut väkivaltaa, tästä suurin osa oli lapsen näkemää perheväkivaltaa. Muita, yksittäisiä kokemuksia olivat seksuaalisen riiston epäily, koulukiusaaminen sekä isän asemassa olevan henkilön rikollisuus.

4.5 Osastohoidon kesto ja osaston potilasmäärät

Keskimääräinen osastojakson pituus oli 3 viikkoa (vaihteluväli 0–10 viikkoa) ja noin puolet lapsista (52 %) oli osastolla noin 3–4 viikkoa. 5 viikkoa akuuttijaksolla oli vain 7 % ja tätä pidempiä jaksoja oli erittäin harvoin. Tilastollisesti tarkasteltuna tyttöjen ja

poikien osastojaksojen kesto tai niiden toistuminen eivät eronneet merkitsevästi toisistaan. Ensimmäisten kriisiosastojaksojen keskimääräinen kesto oli 22 vuorokautta (1–74 vrk) ja toisen 21 vuorokautta (7–71 vrk) ja kolmannen 30 vuorokautta. Tahdosta riippumattomasti hoitoon tulleita hoidettiin keskimäärin 3 vrk (19 vrk vs. 22 vrk) vähemmän aikaa kuin muita, joskaan tilastollista merkitsevyyttä ei ollut. Alle 12-vuotiaita hoidettiin keskimäärin samanpituisen jakso kuin vanhempia.

Osastolla oli kerrallaan keskimäärin 4,2 lasta vuorokaudessa (vaihteluväli 1–8). Ruuhkahuiput ajoittuivat vuosittain eri kuukausiin välillä helmi–toukokuu sekä marras–joulukuu. Vuonna 2008 osastolla oli ruuhkaa myös heinäkuussa, jolloin siellä oli kaiken aikaa 5–7 lasta. Pienimmät potilasluvut olivat samoin vuosittain eri kuukausina, kuitenkin aina välillä maaliskuu–toukokuu tai elo–syyskuu. Yhden potilaan täyttöasteita oli vuodessa 6–10 vuorokautta, resursoitu 6 potilaan täyttöaste ylittyi 4–15 vuorokautena vuodessa. Elo–syyskuun kolmen vuoden keskiarvo oli 3,3 potilasta, marraskuun 5,1 potilasta ja muina kuukausina 4–4,6 potilasta vuorokaudessa. Enimmillään osastolle tuli 3 lasta samana päivänä ja osaston potilasaineisto saattoi vaihtua kokonaan muutaman päivän kuluessa.

5 POHDINTA

5.1 Metodologista arviointia

Tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat pätevyys ja pysyvyys (Erätuuli ym. 1994). Tässä tutkimuksessa tieto kerättiin sairauskertomuksista, joissa ilmeni lähetettäessä ja osastolla esille tulleet asiat. Jokaiselta potilaalta ei löytynyt systemaattisesti samoja tietoja. Pätevyydeltään tutkimus ei edusta epidemiologista ja yleistettävää tietoa vaan se välittää tietoa kliinisestä toiminnasta.

Tutkimuksen heikkouksia ovat retrospektiivisyys sekä mahdolliset havaitsematta jääneet keräys- tai tallennusvaiheen virheet. Oireilun kestossa oli mahdollista syntyä vääriä tulkintoja tekstistä, kun sanalliset ilmaukset on muutettu numeraalisiksi.

5.2 Lähetteet

Yleisen akuuttipsykiatrisen suuntauksen mukaisesti (Hillard 1994, Wahlbeck 2005) läheteiden määrä (ka. 70/v) oli kaksinkertaistunut vuosilta 1997–1998 (ka. 30,5/v) (Kumpulainen ym. 1999). Merkittävä syy tähän on osaston perustamisesta seurannut akuuttihoidon keskittäminen keskussairaaloista yliopistosairaalaan (Kirsti Kumpulainen, henkilökohtainen tiedonanto 1.2.2011). Akuuttihoidon resurssien lisääminen ja sitä kautta palvelujen tarjonnan kasvu lienee myös osaltaan vaikuttanut. Mahdollisia muita syitä päivystyksellisten läheteiden kasvuun ovat oireilun tunnistamisen parantuminen, ongelmien vaikeutuminen ja avohoidon keinojen riittämättömyys (Tuori ym 2006).

Lasten kotikunnittain tarkasteltuna suppea potilasaineisto aiheutti pienissä kunnissa aiemman kaltaista, kymmenkertaista vaihtelua potilasmäärissä ja tämä puolestaan aiheutti koko aineiston suuren vaihtelun (0,07–0,65 %) (Jussila 2008). Suuremmissa, yli 15 000 asukkaan kunnissa vaihtelu tasaantui (0,20–0,34 %) ja osui lähelle erityisvastuualueen keskiarvoa (0,23 %). Tutkimus ei pyrkinyt epidemiologiseen oireilun maantieteellisen jakautumisen kartoittamiseen, eikä tuloksen pohjalta voi myöskään arvioida lastenpsykiatrisen hoidon tarvetta.

Lasten oleskelukunnan mukaan tarkasteltuna etäisyys Kuopiosta ei vaikuttanut merkitsevästi läheteiden määrään. Tämä puoltaa näkemystä yhtenevistä lähettämiskäytännöistä eri kunnissa. Epidemiologisissa tutkimuksissa ilmennyt psykiatrisen sairastavuuden lisääntyminen suurkaupungeissa ja väestön keskittyminen ongelma-alueille ei tämän kokoisessa aineistossa näkynyt (Almqvist 2004). Aiemmin on todettu sairaalapalveluiden käytön vaihtelevan Suomen eri sairaanhoitopiireissä, suurimpien erojen ilmetessä tahdosta riippumattomissa läheteissä, hoidoissa ja pakkotoimissa (Tuori ym 2006). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kuntien välimatkoja akuuttiosastosta, mutta jatkossa olisi hyvä tarkastella läheteitä sairaanhoitopiireittäin näiden välisen eroavaisuuksien kartoittamiseksi.

Lastenpsykiatrian poliklinikat olivat yleisin tie lastenpsykiatriselle akuuttiosastolle. Terveyskeskuslääkäreiden merkitys ensimmäisenä lapsen hoitoon kantaaottavana terveydenhuollon tahona on silti tärkeä akuuteissa lastenpsykiatrisissa kriiseissä. Terveyskeskuslääkärit lähettivät suhteessa enemmän lapsia M1-lahetteella kuin poliklinikat, vaikkakaan tämä ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Saman ilmiön nuorten keskuudessa havainneen suomalaistutkimuksen valossa tämä ei johdu terveyskeskuslääkäreiden kyvyttömyydestä synnyttää nuorena hoitomyöntyvyyttä vaan nuoren voinnista (Kaltiala-Heino 2010). Tässä tutkimuksessa ei voida ottaa tähän kantaa, sillä potilaiden tahdosta riippumattomia hoitopäätöksiä ei seurattu.

Kuopion yliopistollisen sairaalan kriisiosaston läheteissä M1-laheteiden osuus laski verrattaessa vuosien 1997–1998 ja vuosien 2006–2008 keskiarvoja (23 % vs. 13 %) (Kumpulainen ym. 1999). Syynä on todennäköisesti aineistojen erilainen ikäjakauma. Vuosina 1997–1998 potilaista 60 % oli varhaisnuoria (12–15 v), kun taas vuosina 2006–2008 yli 12-vuotiaita oli vain 40 %. Alle 12-vuotiaiden lasten kohdalla vanhempien tahto hoidosta riittää sen toteuttamiseen vapaaehtoisena, mikäli lasta ei ikänsä huomioiden katsota kykeneväksi ottamaan siihen vakaasti kantaa (Kaivosoja 2004). Tämä lainsäädännöllinen ikäraja voi aiheuttaa tilastollisen harhan alle 12-vuotiaiden suuremmasta hoitomyöntyvyydestä.

5.3 Aiempi hoito ja oireilu lähetettäessä

M1-lähetteellä tulevien tyttöjen oireilu oli kehittynyt vähitellen ja he olivat psykiatrisen hoidon piirissä. Pojille tyypillisempi aggressiivisuus, joka usein kärjistyi alle kahdessa viikossa, johti M1-lähetteeseen akuuttiosastolle, mikä oli puolelle M1-lähetetyistä pojista ensimmäinen psykiatrinen kontakti. Lapsista 68 % oli psykiatristen palveluiden piirissä osastolle tuloa edeltävästi. M1-lähetteellä tulleiden ja vapaaehtoisesti lähetettyjen välillä ei ole merkitsevää eroa (64 % vs. 69 %). Akuuttiosastojaksolle tulleista lapsista 17 % ei ollut koskaan elämänsä aikana saanut psykiatrisia palveluja. Hillardin (1994) huoli siitä, että psykiatrinen akuuttihoito on viimeinen apu muiden palveluiden ulkopuolelle jääneille, lienee todellinen, sillä varmasti nämäkin lapset olisivat olleet psykiatrisen avun tarpeessa jo kauemmin kuin mitä akuutti oireilu oli kestänyt.

Sukupuolten välisinä merkitsevinä eroina käyttäytymishäiriöt ja keskittymishäiriöt olivat harvinaisempia tytöillä. Tyttöillä puolestaan internalisoivat oireet, kuten masennus ja ahdistuneisuus, olivat yleisempiä, joskaan eivät tilastollisesti merkitseviä. Vastaavanlainen oireiden jakautuminen pojilla ekternalisoiviin ja tytöillä internalisoiviin näkyi myös aiemmissa tutkimuksissa koskien lasten psyykkistä oireilua (Londino 2003, Sourander ja Aronen 2007, Fite 2008). Verrattuna yleisesti lasten psyykkiseen oireiluun, päivystyksellisesti lähetettyjen lasten oirekuvassa korostuivat aggressiivisuus ja itsetuhoisuus (Ellilä 2007). M1-lähetteisissä itsetuhoisuuden osuus oli vielä korkeampi.

Verrattuna muihin tutkimuksiin päivystyksellisesti lähetettyjen lasten oireilusta tutkimuksessa ilmennyt oirekuva oli samankaltainen, joskin muissa tutkimuksissa kolmantena lähettämisen syynä ollutta psykoottisuutta tai epäilyä siitä ilmeni nyt vähemmän, sitä yleisempiä oireita olivat ahdistuneisuus sekä keskittymishäiriöt (Kumpulainen ym. 1999, Piilinen ym. 2009, Parviainen ym. 2010). Syynä tuskin on psykoottisen oireilun vähäisempi tai vähentynyt esiintyminen Itä-Suomessa, vaan selityksenä voi esimerkiksi olla lähettävien lääkäreiden arkuus viitata psykoottisuuteen silloin, kun se ei ole ilmiselvää.

Lasten elämässä olleista traumatisoivista kokemuksista oli maininta yli puolen papereissa. Yleisimmin mainittu oli vanhempien avioero, perheväkivalta niin, että lapsi oli voinut sitä nähdä, ja lapsen kohdistunut väkivalta tai seksuaalinen häirintä. Lasten kaltoinkohtelun esiintyvyys osoittautuu tutkimuksissa usein oletettua laajemmaksi, eikä se ole siihen kiinnitetystä huomiosta huolimatta vähentymässä (Rutanen ym. 1996, Hussey ym. 2006, Pereda ym. 2009).

5.4 Osastohoidon kesto ja osaston potilasmäärät

Kuopion akuuttiosaston hoitajakset olivat vuosina 2006–2008 pidempiä kuin päivystykselliset osastojaksot ennen kriisiosaston perustamista, jolloin hoitajakset rajattiin 2 viikkoon (Kumpulainen ym. 1999). Hoitajakso uusiutui 19 potilaalla toisen kerran, yhdellä kolmannen kerran vuosien 2006–2007 välisenä aikana. Joissakin tutkimuksissa hoitajakson uusiutumista pidetään osoituksena primäärihoitajakson riittämättömyydestä. Tämä 19 potilaan aineisto olisi jatkotutkimuksissa tarkasteltavissa siitä näkökulmasta, millaiset potilaat hyötyisivät pidemmistä hoitajaksista (Carson ym. 2010).

Akuuttihoito-osaston on varauduttava ottamaan vastaan uusia potilaita sen hetkisestä täyttöasteesta riippumatta. Osasto ei kolmen vuoden aikana ollut päivääkään tyhjänä, mutta resursoitu kuusi potilaspaikkaa ylittyi keskimäärin yli viikon ajan vuodessa. Niin ruuhkahuiput kuin hiljaiset jaksotkin sijoittuivat osittain samoihin kuukausiin maaliskuulle, mikä hankaloittaa potilasmäärien ennakoimista.

5.5 Loppuyhteenveto

Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella vuosina 2006–2008 keskimäärin 70 lasta vuodessa ohjautui lastenpsykiatriseen akuuttiosastohoitoon. Heistä runsas puolet (55 %) tuli lastenpsykiatrisen poliklinikan kautta ja 68 % oli edeltävästi saanut jonkinlaista lastenpsykiatrista hoitoa. Lasten oleskelukunnittain tarkasteltuna kunnan etäisyys Kuopiosta ei vaikuttanut läheteiden suhteelliseen määrään.

Keski-ikä oli 11 vuotta ja poikia oli kaksi kolmasosaa (67 %). Aineistossa tyttöjen ja

poikien keski-ikä ja sukupuolijakauma olivat samanlaisia kuin muissakin suomalaistutkimuksissa (Piha 2004, Manelius ja Piha 2006). Yleisin tulosyö oli käytöshäiriö ja siihen liittyvä aggressiivisuus, ja oireilu oli kriisiytynyt noin kahdessa viikossa. Osastojakso kesti keskimäärin kolme viikkoa. Tutkimus tuotti uutta deskriptiivistä tietoa kriisiosaston potilasaineistosta vuosina 2006–2008, mikä puolestaan edistää hoidon arviointia.

LÄHTEET

Adamis D, Giannakopoulou DF, Konstantopoulou A, Michailides M. Translation and standardization of the HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) scale in a Greek sample. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2011;16;567–573.

Almqvist F. Yhteisölliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Kirjassa Moilanen M, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria, 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2004, s 77–85.

Carson N, Lê Cook B, Alegria M. Social determinants of mental health treatment among Haitian, African American, and White youth in community health centers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2010;21(2 Suppl):32–48.

Edelsohn G, Braitman L, Rabinovich H, Sheves P, Melendez A. Predictors of Urgency in a Pediatric Psychiatric Emergency Service. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003;42:1197–202

Edelsohn G. Urgency counts: The why behind pediatric psychiatric emergency visits. *Clinical pediatric emergency medicine* 2004;5:146–53.

Elliilä H. Child and adolescent psychiatric inpatient care in Finland. Turun yliopiston julkaisuja 2007.

Erätuuli M, Leino J, Yli-Luoma P. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjayhtymä 1994.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. Lastenpsykiatrian poliklinikka. Lastenpsykiatrian päiväosasto (luettu 5.1.2011) http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=396
http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=852

Faraone SV, Biederman J, Milberger S How reliable are maternal reports of their

children's psychopathology? One year recall of psychiatric diagnoses of ADHD children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34:1001–1008

Fite P, Stoppelbein L, Greening L. Parenting Stress as a Predictor of Age Upon Admission to a Child Psychiatric Inpatient Facility. *Child psychiatry and human development* 2008;39:171 -83

Gowers S.G, Harrington R.C, Whitton A., Lelliot T, Beevor A, Wing J, Jezzard R Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children, *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. *British Journal of Psychiatry* 1999;174:413-416

Hillard J. The Past and Future of Psychiatric Emergency Services in the U.S. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:541–3.

Hussey J.M., Chang J.J., Kotch J.B. Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics* 2006;118:933–942

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Lastenpsykiatrian poliklinikka (luettu 5.1.2011) <http://www.isshp.fi/index.asp>

Kaivosoja M. Lait ja sopimukset. Kirjassa Moilanen M, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria, 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2004, s. 445–60.

Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito: Mitä mielenterveystieteen käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa? *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2003:7.

Kaltiala-Heino R. Involuntary commitment and detainment in adolescent psychiatric inpatient care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2010;45:785–93.

Kresanov K, Tuominen J, Piha J, Almqvist F. Validity of child psychiatric screening methods. *European Child & Adolescent Psychiatry* 1998;7:85–95

Kumpulainen K, Pietikäinen E, Räsänen E. Lastenpsykiatrian osastolle päivystysluonteisesti ohjatut lapset ja varhaisnuoret. *Lääkärilehti* 1999;54:3815–21.

Leaf P, Alegria M, Cohen P, co. Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1996;35:889–97.

Londino D, Mabe P A, Josephson A. Child and adolescent psychiatric emergencies: family psychodynamic issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003;12:629–47.

Manelius P, Piha J. Lasten akuuttien psykiatristen häiriöiden tutkimus ja hoito Tyksin akuuttihoitomalli. *Suomen lääkärilehden verkkolehti* 2006;61:215–217. Viitattu 4.1.2010 http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=2&session_id=28132.2568062621

Moreland A, Dumas J. Categorical and dimensional approaches to the measurement of disruptive behavior in the preschool years: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008;28:1059–70

Nissinen M. 2005. Lasten psykiatrinen hoito tehostuu Itä-Suomessa. *Suomen Lääkärilehden verkkolehti* 16.09.2005 (Kirsti Kumpulaisen haastattelu) http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=2973/news_db=web_lehti2006/type=1

Parviainen H, Juvén T, Koivu P, Piha J. 2010. Kiireellisen lastenpsykiatrian nykyiset työkäytännöt. *Suomen Lääkärilehti* 2010;65:2949–53

Piha J. Erikoissairaanhoito. Kirjassa Moilanen M, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F,

Piha J, Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria, 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2004, s 386–90.

Piilinen J, Kataja E-L, Juvén T. Lastenpsykiatrian akuuttipotilaat. Perhetaustan kuvaus ja traumatisoivat tekijät. Perheterapia 2009;25:6–13

Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994) Child Abuse & Neglect 2009;33:331–342

Puura K, Almqvist F, Tammine T, Piha J, Räsänen E, Kumpulainen K, Moilanen I, Koivisto AM Psychiatric disturbances among prepubertal children in Southern Finland. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998;33:310–318

Rajala J, Aapro S, Arola L, ym. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju. Sairaanhoidopiirien hoito-ohjelmat 18.9.2008. Kymenlaakson sairaanhoidopiiri. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.uku.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=kriisiosastol%E4hete.

Rantamäki M. Lastenpsykiatrinen kriisihoito. Tulosyksikön toimintakäsikirja 9.6.2005. Versio 2.0. Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri, lastenpsykiatrian klinikka. <http://tietotekniikka.kys.fi/laatu/1t275/hyvaksytyt/502501t275q906.htm>

Rutanen M, Tamminen T, Leisti S. Kyynelistä helmiä. Kriisihoito TAYS:n lastenpsykiatrian klinikassa. Suomen Lääkärilehti 1996;51:165–70.

Shaffer D, Gould MS, Brasic J. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Archives of General Psychiatry 1983;40:1228-1231

Sierla E. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Hoidonpöytäkirja 24.1.2007. http://www.pkssk.fi/alltypes.asp?d_type=1&menu_id=186&menupath=40,180,186#186

Sosiaali- ja terveysministeriö. Alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon

Järjestämistä selvittäneen työryhmän muistio. Työryhmämuistioita 2000:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sourander A, Helstelä L, Ristkari T, Ikäheimo K, Helenius H, Piha J. Child and adolescent mental health service use in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001;36:294–8.

Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikäheimo K, Helenius H. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43:1134-45

Sourander A, Aronen E. Lastenpsykiatria. Kirjassa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*, 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2007, s 556–90.

Starling J, Bridgland K, Rose J. Psychiatric emergencies in children and adolescents: an Emergency Department audit. *Australasian psychiatry* 2006;14:403–7.

Tuori T, Sohlman B, Ekqvist M, Solantaus T. Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoito Suomessa 1995–2004. STAKES, Raportteja 13/2006. Helsinki: STAKES.

Verhulst FC, van der Ende J, Rietbergen A. Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997a;96:7–13.

Verhulst FC, Dekker MC, van der Ende J. Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: whose information carries the most weight? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997b;96:75–81.

Wahlbeck K. Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. s 60–75. Viitattu 4.5.2011 http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/E3E327AE-4BE5-4EE1-9D76-CEE7EB7A17CF/0/Stakes_Palvelukatsaus_Mielenterveyspalvelut.pdf

Zwaanswijk M, Verhaak P, Bensing J, van der Ende J, Verhulst F. Help seeking for emotional and behavioral problems in children and adolescents. A review of recent literature. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2003;12:153–61.

Julkaisemattomat lähteet

Jussila E. Vaihtelevat lähetteet ja palvelut. Kuntakohtaisten tekijöiden yhteys lastenpsykiatristen lähetteiden määrään. Syventävien opintojen kirjallinen työ. 12/2008.

LIITTEET

LIITE 1: Taulukot ja kuviot

Taulukko 1 Kuntatietoja 2007

Määre	Arvo
Pisin etäisyys Kuopiosta	207 km
Pisin etäisyys keskussairaalaan	143 km
Suurin kunta, väkiluku	91 320
- 0–14-vuotiaita	14 363
Pienin kunta, väkiluku	817
- 0–14-vuotiaita	109

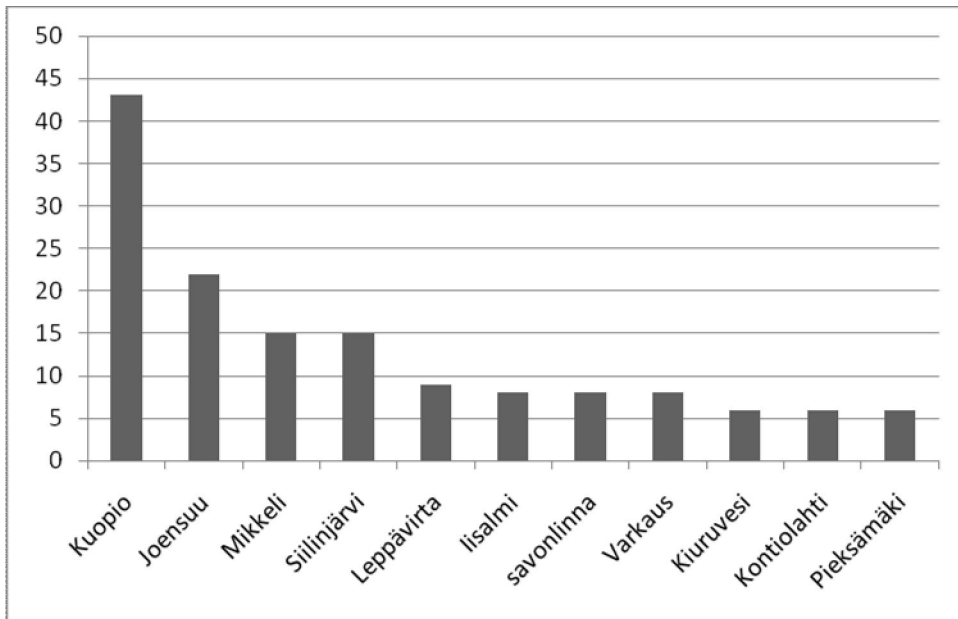
Lähde: Tiehallinnon Internetsivusto, SOTKANet

Taulukko 2 Lähetetyypit, lähettäjätahot, aiempi psykiatrinen hoito ja hoidon kesto

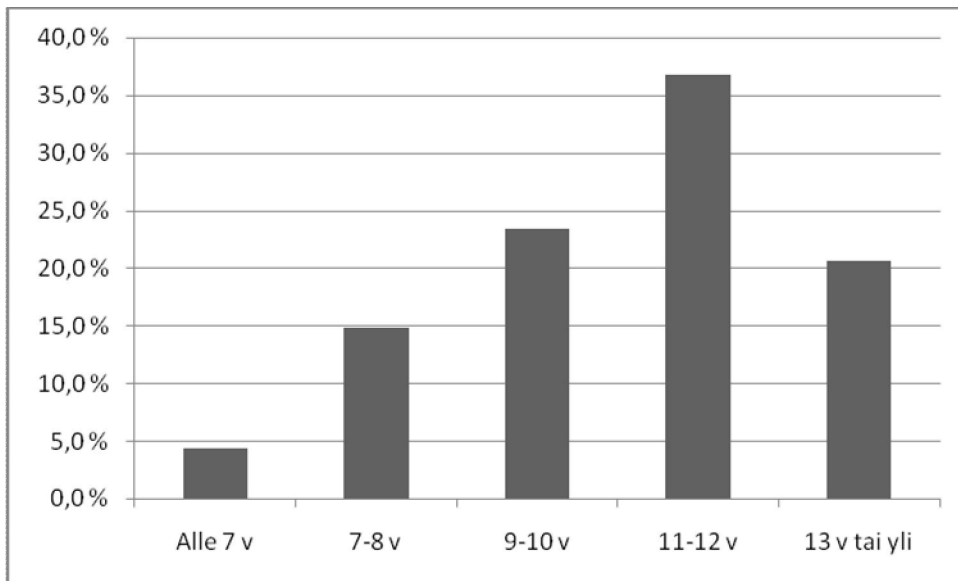
	Kaikki (%)	B1 (%)	M1 (%)	P-arvo
Läheteitä	209	179 (86)	28 (13)	
• alle 12-vuotiaat	126 (60)	119 (94)	5 (4)	
• 12-v. ja sen yli	83 (40)	60 (72)	23 (28)	
• tyttöjä	69 (33)	62 (90)	7 (10)	ns
• poikia	140 (67)	117 (84)	21 (15)	
Lähettävä taho				ns
• LPSY pkl	113 (55)	102 (90)	11 (10)	
• Terveyskeskus	66 (32)	52 (79)	14 (21)	
Toinen osastojakso	19 (9)	14 (74)	5 (26)	** (<0,05)
Psyk. hoidon piirissä tuloa edeltäen	141 (68)	123	18	ns
• LPSY pkl:n lähete	86 (76)	77 (90)	9 (10)	** (<0,05)
• Tk:n lähete	37 (56)	30 (80)	7 (19)	
• tytöt	49 (71)	42 (86)	7 (14)	ns
• pojat	92 (67)	81 (88)	11 (12)	
Hoidon kesto	22 vrk	22 vrk	19 vrk	ns
• tytöt	21 vrk	22 vrk	21 vrk	
• pojat	22 vrk	22 vrk	18 vrk	

Taulukko 3 Ikä, oireilun kesto ja oireilu

	N (%)	B1 (%)	M1 (%)	P-arvo
Keski-ikä	11 v	10 v 10 kk	12 v 4 kk	
• tytöt	11 v 4 kk	11 v 2 kk	12 v 8 kk	ns
• pojat	10 v 10 kk	10 v 7 kk	12 v 3 kk	
Oireilun kesto				ns
• ≤ 2 vkoa	114 (56)	94 (54)	20 (71)	
• > 2vkoa – 2 kk	72 (36)	65 (37)	7 (25)	
• >2kk	17 (8)	16 (9)	1 (4)	
Oireet	443			
Aggressiivisuus käytöshäiriöt	ja 120 (57)	103 (58)	16 (57)	ns
• tytöt	24 (35)			*** (<0,001)
• pojat	96 (69)			
Itsetuhoisuus	70 (34)	56 (31)	14 (50)	ns (0,052)
• tytöt	27 (39)			ns
• pojat	43 (31)			
Masentuneisuus	64 (31)	59 (33)	5 (18)	ns
• tytöt	25 (36)			ns
• pojat	39 (28)			
Ahdistuneisuus ja pelot	45 (22)	40 (22)	5 (18)	ns
• tytöt	20 (29)			ns
• pojat	25 (18)			
Keskittymishäiriöt	29 (14)	23 (13)	6 (21)	ns
• tytöt	3 (4)			** (<0,05)
• pojat	26 (19)			
Ihmissuhdevaikeudet	14 (7)	12 (7)	2 (7)	ns
Psykoottisuus / sen uhka	12 (6)	10 (6)	2 (7)	ns
Somaattinen sairaus	12 (6)	9 (5)	3 (11)	ns
Syömishäiriö	10 (5)	6 (3)	4 (14)	ns
Traumaattiset kokemukset	6 (3)	6 (3)	0	ns
Pakko-oireet	5 (2)	5 (3)	0	ns
Päihdeongelma	6 (3)	4 (2)	2 (7)	ns
Seksuaalisen riiston epäily	3 (1)	2 (1)	0	ns
Deprivaatio	2 (1)	2 (1)	0	ns
Muut syyt	54 (26)	46 (26)	8 (29)	ns



Kuvio 1 Kriisiosaston potilasmäärät kotikunnittain v 2006–2008, 11 potilasmäärältään suurinta.



Kuvio 2 Osastohoidossa olleiden lasten ikäjakauma (n=209).

LIITE 2: Tutkimuslomake

1. Lapsen syntymäaika ___ / ___ / _____ N:o _____
2. Sukupuoli 1 Poika 2 Tyttö
3. Kotikunta (koodi) _____Koodilista löytyy Sarilta.

4. Osastolle tulopäivä ___ / ___ / _____
5. Osastolta lähtöpäivä ___ / ___ / _____
6. Lähettävä organisaatio
 - 1 Terveyskeskus
 - 2 Lastentautien poliklinikka
 - 3 Lastenpsykiatrian poliklinikka
 - 4 Perheneuvola
 - 5 Yksityinen lääkäri
 - 6 Muu
7. Lähettävä lääkäri
 - 1 Terveyskeskuslääkäri
 - 2 Pediatri
 - 3 Foniatri
 - 4 Lastenpsykiatri/ erik.lääkäri
 - 5 Lasten neurologi
 - 6 Muu
8. Lähettämisen tapa 1 Tavallinen lähete
 2 M1-lähete, tulee tahdonvastaiseen hoitoon.
9. Lähettämisen syy
 - 1 Levottomuus, keskittymättömyys
 - 2 Ahdistuneisuus, pelot
 - 3 Pakko-oireet
 - 4 Masentuneisuus
 - 5 Aggressiivisuus, käytöshäiriö
 - 6 Traumaattiset kokemukset
 - 7 Syömishäiriö
 - 8 Somatopsykiatriset oireet
 - 9 Psykoottinen kehitys tai uhka
 - 10 Somaattinen sairaus / kriisi / tuki
 - 11 Itsetuhoisuus

 - 12 Ihmissuhdevaikeudet
 - 13 Päihdeongelma
 - 14 Seksuaalisen riiston epäily
 - 15 Vanhemman somaattinen / psyykinen sairaus
 - 16 Alle 3-vuotiaan psyykkiset kehityshäiriöt
 - 17 Deprivaatio
 - 18 Muu, mikä

10. Diagnoosit lähettäessä Tähän vastataan jos lähetteessä / tulotekstissä ICD-10 diagnoosi.

11. Onko lapsella ollut traumaattinen kokemus elämässään tai kriisi

- 1 Läheisen kuolema
- 2 Hylkääminen
- 3 Vanhempien avioero
- 4 Väkivalta perheessä
- 5 Itseen kohdistunut pahoinpitely
- 6 Muutto erilaiseen ympäristöön/maahan
- 7 Pakolaisuus

12. Oireilun kesto ennen osastolle tuloa

A Kokonaisoireilu elämän aikana _____ kirjoita aika vuosina _____

B Oireen kesto, joka aiheutti osastolle tulon __kirjoita aika viikkoina _____

13. Perherakenne Vastaa kohtiin 19-22 tähän merkittyjen vanhempien mukaan.

- 1 Biologiset vanhemmat
- 2 Äiti y-huoltaja/ lapsi asuu ä:n luona
- 3 Isä yh/lapsi asuu i:n luona
- 4 Biologinen äiti ja isäpuoli
- 5 Biologinen isä ja äitipuoli
- 6 Muut

14. Perheen lasten lukumäärä Lähetteessä oleva lapsiluku X/Y tai jos puuttuu, biologisten vanhempien lapset =sisarukset ja sisaruspuolet. Ei uusioperheiden lapsia.

15. Lapsen sijoittaminen

- 1 Sijoitettuna ennen osastolle tuloa
- 2 Prosessi käynnissä osastolle tullessa
- 3 Sijoitusprosessi käynnistynyt osastojakson aikana
- 4 Lasta ei ole sijoitettu

16. Jos sijoitettuna, sijoituspaikka

- 1 Sukulaissijoitus
- 2 Muu perhesijoitus
- 3 Perhekotisijoitus
- 4 Lastenkotisijoitus
- 5 Muu

17. Miten usein tapaa äitiään sijoitettuna 1 Säännöllisesti 3 Ei lainkaan

2 Epäsäännöllisesti 4 Ei tietoa

18. Miten usein tapaa isäänsä sijoitettuna 1 Säännöllisesti 3 Ei lainkaan

2 Epäsäännöllisesti 4 Ei tietoa

7. Äidin koulutus

19. Äidin/äitipuolen ammatti

- 1 Johtaja / vapaa ammatin harjoittaja
- 2 Pienyrittäjä, työnjohtaja / ylempi toimistohenkilö
- 3 Ammattityöntekijä / alempi toimistohenkilö
- 4 Ammattitaidoton apu- ja sekatyöntekijä
- 5 Eläkeläinen / opiskelija
- 6 Kotiäiti / emäntä

20. Isän/isäpuolen ammatti

- 1 Johtaja / vapaa ammatin harjoittaja
- 2 Pienyrittäjä, työnjohtaja / ylempi toimistohenkilö
- 3 Ammattityöntekijä / alempi toimistohenkilö
- 4 Ammattitaidoton apu- ja sekatyöntekijä
- 5 Eläkeläinen / opiskelija
- 6 Koti-isä

21. Äidin/äitipuolen työllisyys

- 1 Päivätyö
- 2 Vuorotyö/matkatyö
- 3 Työllistettynä/osa-aikatyö
- 4 Työnhakijana
- 5 Opiskelija
- 6 Eläkkeellä
- 7 Yrittäjä
- 8 Ei työssä

22. Isän/isäpuolen työllisyys

- 1 Päivätyö
- 2 Vuorotyö/matkatyö
- 3 Työllistettynä/osa-aikatyö
- 4 Työnhakijana
- 5 Opiskelija
- 6 Eläkkeellä
- 7 Yrittäjä
- 8 Ei työssä

Biologisten vanhempien tiedot – jos ei tietoa, jätetään tyhjäksi

23. Äidillä somaattinen sairaus 1 Kyllä 2 Ei
25. Äidillä psyykinen sairaus 1 Kyllä 2 Ei
24. Isällä somaattinen sairaus 1 Kyllä 2 Ei
26. Isällä psyykinen sairaus 1 Kyllä 2 Ei

27. Äidillä päihdeongelma 1 Kyllä 2 Ei 28. Isällä päihdeongelma 1 Kyllä 2 Ei

29. Perheellä ajankohtaisia psykososiaalisia ongelmia 1 Kyllä 2 Ei

30. Perhe tarvitsee tukea vanhemmuuteen 1 Kyllä 2 Ei

31. Onko lapsella muita läheisiä aikuisia vanhempiansa lisäksi

- 1 Isovanhemmat
- 2 Kummit
- 3 Täti/setä
- 4 Muu sukulainen
- 5 Ei sukulainen

32. Koululuokka-aste _____

33. Oppimisvaikeudet 1 Kyllä 2 Ei

34. Opetusryhmä 1 Tavallinen

2 Mukautettu

3 Erityisluokka

35. Koulunkäyntikyky ennen osastojaksoa

1 Normaali

2 Poissaoloja joitakin tunteja, eivät johdu somaattisesta sairaudesta (flunssasta yms.)

3 Päivien poissaoloja, jotka eivät johdu somaattisesta sairaudesta

4 Koulunkäyntikyvytön. Koulunkäynti on ollut keskeytyneenä _____ viikkoa.

5 Erotettu koulusta / koulunkäynti keskeytynyt opettajan aloitteesta

36. A. Onko koulussa 1 Kiusattu 2 Kiusaaja 3 Molemmat 4 Ei mainittu 5 Ei kiusattu

B. Kiusaavatko muut 1 Jatkuvasti 2 Satunnaisesti 3 Ei käy ilmi

C. Kiusaako itse muita 1 Jatkuvasti 2 Satunnaisesti 3 Ei käy ilmi

37. Harrastukset

1 Tietokoneella (pelailu/ mesettäminen)

2 TV-ohjelmat

3 Väkivaltaviihde

4 Urheilu/ Moottoriurheilu

5 Perheen yhteiset harrastukset

6 Musiikki / Taide /Lukeminen

7 Ystävien kanssa leikkiminen

8 Muut

38. Onko kavereita 1 Kyllä 2 Ei 3 Ei mainita

39. Aiempi psykiatrinen hoito 1 Kyllä 2 Ei Kohdat 40-41 täytetään jos vastaus kyllä

40 A. Onko elämän aikana, missä

1 Perustason erikoistuneet palvelut

2 Perheneuvola

3 Lastenpsykiatrinen poliklinikka

4 Yksityiset palvelut

40 B. Miten kauan

1 Alle kuukausi

2 Kuukausi - vuosi

3 2-3 vuotta

4 3-5 vuotta

5 Yli 5 vuotta

40 C. Hoidon laatu

- 1 Yksilötapaamisia
- 2 Perhetapaamisia
- 3 Yksilöterapia
- 4 Muu

41 A. Osastojaksoa edeltänyt, missä

- 1 Perustason erikoistuneet palvelut
- 2 Perheneuvola
- 3 Lastenpsykiatrisen poliklinikka
- 4 Yksityiset palvelut

41 B. Miten kauan

Aika viikkoina _____

41 C. Hoidon laatu

- 1 Yksilötapaamisia
- 2 Perhetapaamisia
- 3 Yksilöterapia
- 4 Muu

Lääkitys

42. Ennen osastohoitoa Ei merkitä lääkkeitä, joiden käyttö on lopetettu ennen osastolle tuloa.

A. Antipsykootit, nimi ja annos:

B. Masennuslääke, nimi ja annos:

C. Muu, nimi ja annos:

D. Tarvittaessa annettava psykelääke, nimi ja annos:

43. Osastohoidon aikana

A. Antipsykootit, nimi ja annos:

B. Masennuslääke, nimi ja annos:

C. Muu, nimi ja annos:

D. Tarvittaessa annettava psykelääke, nimi ja annos:

44. Psykiatriset kotiutusdiagnoosit

45. Muut kotiutusdiagnoosit

46. CGAS tullessa _____

47. CGAS lähtiessä _____

48. Vanhempien tapaamisten lukumäärä osastojakson aikana _____

49. Verkostotapaamisten (mukana muitakin kuin vanhemmat) lukumäärä _____

50. Yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa ennen jaksoa 1 Kyllä 2 Ei

51. Yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa jakson aikana 1 Kyllä 2 Ei

52. Lapsen oma mielipide osastohoidosta valitse max 1 kohta

1 Ajattelee, tarvitsevana apua

2 Ajattelee, osastohoidon auttavan häntä

3 Ajattelee, että hänellä on ongelmia

4 Ajattelee, ettei osastojaksosta ole hänelle hyötyä

5 Ajattelee, ettei hänellä ole ongelmia

53. Jatkohoitosuositus valitse max 2 kohtaa

1 Ei suositusta

2 Avohoito poliklinikalla / muussa lasten mielenterveysyksikössä

3 Osastohoito

4 Sijoitusjakso

5 Perheneuvola

6 Muu

54. Toteutuiko jatkohoitosuositus

1 Kyllä

2 Osittain

3 Ei

4 Ei ole tiedossa

55. HoNOSCA liitteenä 1 Kyllä 2 Ei -Kopioi vaaleanpunainen sivu lapsen nimi ja hlötunnus peitettyinä. Kirjoita tapausnumero ja niittaa tutkimuslomakkeen taakse.

56. Kuinka mones kriisiosastojakso _____

LIITE 3: Kuntakohtaiset tiedot

Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen kuntatiedot (kotikunnat)

	Etäisyys (km)	Potilaita	Potilaat : lapsiväestö (%)
Pohjois-Karjala, Joensuu			
Heinävesi	78	0	0
Ilomantsi	72	2	0,276
Joensuu	0	22	0,195
(Eno ja Pyhäselkä sis Joensuuhun)			
Juuka	86	2	0,245
Kesälahti	92	0	0
Kitee	69	1	0,073
Kontiolahti	18	6	0,198
Lieksa	93	3	0,188
Liperi	26	2	0,087
Nurmes	126	4	0,335
Outokumpu	47	3	0,286
Polvijärvi	41	0	0
Rääkkylä	61	0	0
Tohmajärvi	56	1	0,13
Valtimo	143	1	0,333
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Mikkeli			
Hirvensalmi	34	1	0,284
Joroinen 1.1.2008 alk	74	2	0,232
Juva	45	2	0,19
Kangasniemi	52	1	0,12
Mikkeli	0	15	0,196
Mäntyharju	42	3	0,338
Pertunmaa	54	0	0
Pieksämäki	77	6	0,212
Puumala	77	0	0
Ristiina	32	2	0,252
Suomenniemi	56	0	0
Itä-Savon sairaanhoitopiiri, Savonlinna			
Enonkoski	32	0	0
Kerimäki	23	0	0
Punkaharju	35	1	0,188
Rantasalmi	42	1	0,168
Savonlinna	0	8	0,206
Sulkava	38	1	0,246

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kuopio

lisalmi	80	8	0,229
Juankoski	61	5	0,654
Kaavi	57	2	0,359
Karttula	44	2	0,281
Keitele	97	0	0
Kiuruvesi	120	6	0,379
Kuopio	0	43	0,299
Lapinlahti	59	2	0,156
Leppävirta	54	9	0,528
Maaninka	43	0	0
Nilsjä	55	2	0,208
Pielavesi	75	1	0,124
Rautalampi	69	0	0
Rautavaara	102	0	0
Siilinjärvi	22	15	0,34
Sonkajärvi	105	0	0
Suonenjoki	51	0	0
Tervo	58	1	0,442
Tuusniemi	59	1	0,279
Varkaus	76	8	0,226
Varpaisjärvi	59	2	0,437
Vesanto	81	2	0,637
Vieremä	109	2	0,304