

Eeva Huikko, Riikka Lämsä, Päivi Santalahti, Minna Torniainen-Holm,
Leena Kovanen, Miika Vuori ja Annamari Tuulio-Henriksson

Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä terveyskeskuslääkäreiden näkökulmasta

JOHDANTO. Kuvaamme, millaisena lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä Suomessa näyttäytyy koulu- ja neuvolalääkäreiden näkökulmasta.

MENETELMÄT. Laadullisessa poikittaistutkimuksessa 17 eri sairaanhoitopiirin 17 kunnan neuvola- ja koululääkäriä vastasi puolistrukturoidussa haastattelussa lasten mielenterveyspalvelujärjestelmää koskeviin kysymyksiin. Vastausten sisältö koodattiin sisällönanalyttisellä menetelmällä ja järjesteltiin teemoittain. **TULOKSET.** Perustasolla tehty yhteistyö ja lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon jalkautuva toiminta koettiin useimmin myönteisiksi. Perustason kykyä hoitaa tarvetta vastaavasti ja yhdenvertaisesti lasten lieviä ja keskivaikeita psyykkisiä häiriöitä ei pidetty riittävänä.

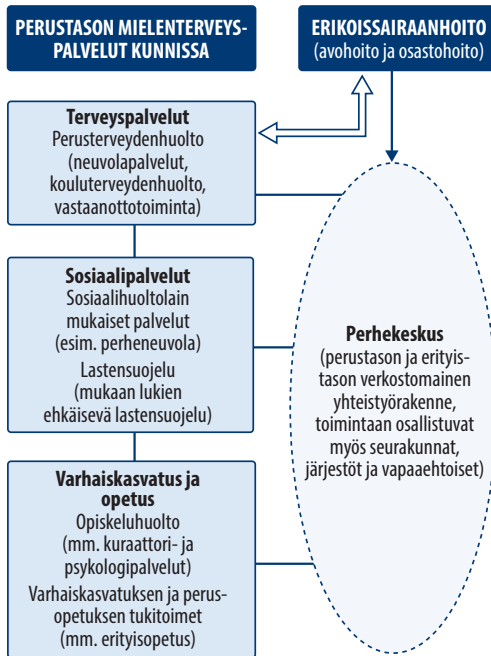
PÄÄTELMÄT. Palvelujärjestelmän valmiutta lasten psyykkisten häiriöiden tunnistamiseen on kehitetty tuloksellisesti. Kehittämistyötä tulisi jatkaa edistämällä perustason hoitomahdollisuuksia ja näyttöön perustuvien hoitomenetelmien käyttöönottoa.

Puolet aikuisiän mielenterveyden häiriöistä ilmenee jo ennen 14 vuoden ikää (1). Lapsiin ja lapsiperheisiin kohdistettavaa ehkäisevää mielenterveystyötä ja varhaisen tuen menetelmiä on siten aiheellisesti kehitetty aktiivisesti (2,3). Lasten mielenterveyshäiriöt eivät näytä yleistyneen viime vuosikymmeninä (4,5). Erikoissairaanhoidon on kuitenkin ohjautunut psyykkisistä syistä vuosittain yhä enemmän lapsia ja nuoria (6–8). Tämä voi ilmentää häiriöiden aiempaa tehokkaampaa tunnistamista mutta myös palvelujärjestelmän osien epätasapainoa tai peruspalvelujen koordinoimattomuutta (7,9,10).

Niin Suomessa kuin muuallakin on todettu ongelmaksi lasten mielenterveyspalvelujen saatavuuden alueellinen vaihtelu, toiminnan epäjohdonmukaisuus ja samojen hoitomenetelmien käyttö hoitoketjun eri osissa (6,11–13). Hoitoketjun alkupäässä jopa kolmannes palvelujen käyttäjistä voi kokea jääneensä ilman tarvitsemaansa apua (14). Kun käytettävissä on vaikuttavia hoitomenetelmiä ja erikoissairaanhoidon tuki, perustasolla annettu hoito on tehokasta oirekuvasta riippumatta (15).

Nykyisessä lasten mielenterveyspalvelujärjestelmässä perustason julkisella sektorilla eli käytännössä kuntien toiminnoista vain perusterveydenhuollolla on mielenterveyshäiriöiden hoitamisvelvoite (**KUVA 1**). Neuvola- ja koulu-terveydenhuollon, opiskeluhoollon psykologija kuraattoripalvelujen sekä sosiaalipalveluihin kuuluvan perheneuvolan tehtävänä on tukea ja edistää mielenterveyttä (16–20). Myös varhaiskasvatuksen, koulun sekä sosiaalihuollon ja lastensuojelun toiminnoilla on merkittävä mielenterveyttä edistävä rooli.

Erillään olevia palveluita pyritään sovittamaan yhteen perhekeskusten avulla. Perhekeskus verkostoi julkisen sektorin palvelujen ohella myös kolmannen sektorin kuten järjestöjen ja seurakuntien palveluita. Niitä tukee tarvittaessa erikoissairaanhoidon. Neuvola- ja koululääkärit osallistuvat hoidon tarpeen tunnistamiseen, varhaisen tuen antamiseen ja erikoissairaanhoidon ohjaukseen sekä vastaavat erikoissairaanhoidosta perustasolle palaavien potilaiden hoidosta. Järjestelmän toimivuutta arvioitaessa he ovat sekä perus- että erikoissairaanhoidon palvelujen kannalta näköalapaikalla.



KUVA 1. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän julkiset palvelut. Paksu valkoinen nuoli kuvaa hoitoketjua ja ohut tumma nuoli konsultaatiota.

Aineisto ja menetelmät

Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmää koskevassa selvityksessä 17 koulu- tai neuvolatyötä tekevää terveyskeskuslääkärää vastasi puolistrukturoidussa haastattelussa (**INTERNET-OHEISAINESTO**) lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän toimintaa koskeviin kysymyksiin (6). Haastateltavien valinta sekä tutkimuksen aineisto ja menetelmät esitetään **KUVASSA 2**. Haastatelluilla lääkäreillä, joista viisi oli erikoislääkäreitä, oli useimmiten paljon kokemusta lasten terveydenhuollosta (**TAULUKKO 1**). He edustivat kaikkia erityisvastuualueita ja erikoisia kuntia. Kaikki pienet kunnat ja kolme keskisuurta kuntaa olivat järjestäneet terveyspalvelunsa yhdessä 3–14 muun kunnan kanssa. Pois jääneet kunnat sijaitsivat eri puolilla maata. Niistä kaksi oli pieniä ja yksi suuri.

Tutkimuksemme keskittyi palveluihin, hoitomenetelmät eivät olleet sen keskeinen kohde. Aineisto-otteita valitessamme painotimme aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoitoketjua koskevia otteita, sillä se on suurin

hoitoon ohjautumisen kannalta lastenpsykiatrisen häiriöryhmä.

Tulokset

Haastatellut lääkärit, ja heistä erityisesti suurissa kunnissa työskentelevät lääkärit toivat esille enemmän kielteisiä kuin myönteisiä näkökohtia palvelujärjestelmän toiminnasta (**KUVA 3**). Perustasolla tehty yhteistyö sai eniten myönteisiä arvioita. Kielteisiä arvioita sai eniten tiedonkulku (**KUVA 4**).

Palvelujen saatavuus. Perustason palvelujen saatavuutta käsiteltiin lähes kaikissa haastatteluisissa. Saatavuudeltaan hyviksi mainittiin esimerkiksi perheneuvolan ja kouluterveydenhuollon matalan kynnyksen palvelut ja kiireelliset ajat, sujuva pääsy perhekeskukseen sekä toimintaterapeutin neuvolassa tai psykiatrisen sairaanhoitajan koulussa tarjoama matalan kynnyksen tuki. Joissakin pienissä kunnissa perusterveydenhuolto ohjasi nopeasti avun piiriin. Palvelujen heikkoa saatavuutta koskevista vastauksista useimmat kuvasivat terveydenhoitajien, lääkäreiden, psykologien ja kuraattorien liian vähäisiä mahdollisuuksia tukea tai seurata oireilevia lapsia. Useimmin mainittiin psykologit, joiden palvelut tai toimenkuva kattoivat joissakin kunnissa vain osan lapsiväestöstä tai tehtäväkentästä.

”Koulupsykologin työpanos menee vaikeimpien oppimiso ongelmien kanssa painimiseen, mielen-terveysasiat varmaan jää aika vähälle.” (keski-suuri kunta)

Joissakin suurissa kunnissa neuvolapsykologipalvelut olivat ruuhkautuneet tai joitakin palveluja, esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan ja perheterapeutin palveluja, tarjottiin vain osassa kuntaa. Eräs lääkäri ei enää ohjannut perheitä palveluun, johon hän tiesi olevan yli puolen vuoden jonon. Jotkut suurissa kunnissa työskentelevät lääkärit mainitsivat potilaita ohjautuvan erikoissairaanhoidon palvelujen riittämättömyyden vuoksi tai perheneuvolan rajoittava palvelunsa sosiaalihuoltolain mukaisiksi.

Yhteistyö. Lähes kaikki lääkärit arvioivat perustasolla tehtyä yhteistyötä, ja useimmat

Yhteydenotto (MT-H) 20 johtavaan lääkäriin, joista kukin edusti yhtä 20 sairaanhoitopiiristä, ja yhtä seuraavista

- A) Kunkin ERVA-alueen kunta, jossa eniten 5-12-vuotiaita lapsia¹, viisi kuntaa
- B) Kunkin ERVA-alueen muiden sairaanhoitopiirien kunta, jossa eniten 5-12-vuotiaita lapsia, viisi kuntaa
- C) ERVA-alueiden jäljellä olevista sairaanhoitopiireistä kunta, jonka 5-12-vuotiaiden määrä lähimpänä koko maan keskiarvoa (1 596 lasta), viisi kuntaa²
- D) Jäljellä olevista sairaanhoitopiireistä kunta, jonka 5-12-vuotiaiden määrä lähimpänä koko maan 5-12-vuotiaiden lasten määrän mediaania (558 lasta), viisi kuntaa (kahdelta ERVA-alueelta kaksi kuntaa)

Haastateltavat

Eri kunnista 17 lääkäriä: johtavan lääkärin nimeämä neuvola- tai koululääkärin työtä tekevä terveyskeskuslääkäri. Yhdessä kunnassa ei nimetty haastateltavaa. Kaksi haastateltavaa kieltäytyi kiireen vuoksi. Haastattelijat (MT-H ja EH) sopivat kahden keskiarvoa haastateltujen ajat sähköpostitse tai puhelimitse. Haastateltaville esiteltiin tutkimus puhelimitse ja lähetettiin sen jälkeen sähköpostitse tutkimuksesta laadittu kirjallinen tiedote.

Haastattelu

Puolistrukturoitu haastattelu (**INTERNETOHEISAINEISTO**), haastattelua ei pilotoitu, teemat

1. Lasten mielenterveysoireiden arviointi, saatavilla oleva tuki ja hoitomuodot
2. Hoito- tai palveluketjut
3. Konsultaatiot ja lähettäminen jatkohoitoon

Puhelimitse 13 haastattelua, kasvokkain neljä. Kesto keskimäärin 51 minuuttia (27–81 minuuttia).

Haastattelijoina MT-H (15 haastattelua), ja EH (kaksi haastattelua). Kumpikaan ei tuntenut haastateltavia ennestään. Haastattelu-teemat osoittautuivat toimiviksi. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin. Niitä ei täydennetty jälkeenpäin, eikä litteroituja haastatteluja lähetetty haastateltaville kommentoitavaksi.

Aineisto ja analyysin toteutus

Litteroitu aineisto 173 sivua. Aineiston ja tulosten tarkastelu tutkimusryhmässä. Aineisto koodattiin ja teemoiteltiin (EH) laadullisen aineiston analysointiin tarkoitetulla sisällönanalyttisellä menetelmällä. Apuna käytettiin Word- ja Atlas.ti -ohjelmia.

Analyysin eteneminen

Vaihe 1: Analysoitavien kohtien valinta

1. Avovastaukset kysymykseen ”Mitkä ovat mielestäsi alueesi perusterveydenhuollon vahvuudet ja keskeiset haasteet lasten mielenterveyspalvelujen tuottajana?”
2. Muiden haastattelukysymysten vastauksissa esille tulleet mielipiteet jonkin palvelun hyvästä toiminnasta, ongelmattomuudesta ja muilla tavoin asiayhteydessä myönteisesti mainitut toiminnan kuvaukset
3. Muiden haastattelukysymysten vastauksissa epäkohtana, puutteena tai niukkuutena tai muilla tavoin asiayhteydessä kielteisinä ilmaistut toiminnan kuvaukset

Vaihe 2: Aineistolähtöinen teemoittainen tarkastelu

1. Palveluketjua, erikoissairaanhoidon ja peruspalveluja koskevat myönteiset ja kielteiset maininnat
2. Peruspalvelut, myönteiset ja kielteiset maininnat seuraavista: palvelujen saatavuus, yhteistyö perustasolla, palvelujen sisältö, osaamisresurssit, henkilöstöresurssit, tiedonkulku, asenteet

Vaihe 3: Kuntien ryhmittely 5-12-vuotiaiden lasten määrän³ mukaan

1. Suuret kunnat (6), 9000-47 100 lasta
2. Keskiuuret kunnat (7), 1 600-6 800 lasta
3. Pienet kunnat (4), 400-600 lasta

Vaihe 4: Teemojen tarkastelu suhteessa kuntakokoon

KUVA 2. Kuntien valinta, haastateltavat, haastattelujen toteutuminen, aineisto ja sen analyysi.

¹Tilastokeskuksen StatFin –tietokanta vuoden 2015 keskipäiväkiluku vuoden 2015 aluejaolla

²Itä-Savon sairaanhoitopiirissä valittiin Savonlinna keskiarvokunnaksi

³Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet vuoden 2017 keskipäiväkiluku

MT-H = Minna Torniainen-Holm, EH = Eeva Huikko

ERVA-alue = yliopistosairaalan erityisvastuualue, peruspalvelut = kouluterveydenhuolto ja muut terveyspalvelut, perheneuvola ja muut sosiaalipalvelut sekä opiskeluhoollon psykologi- ja kuraattoripalvelut

pienissä sekä keskiuurissa kunnissa työskentelevät kuvasivat sitä myönteisesti. Jotkut heistä korostivat yhteistyön sujuvan, kun yhteistyökumppanit tuntevat toisensa, ja eräs haastatel-

tava totesi nopean, kevyen, monialaisen puuttumisen tuottaneen hyviä tuloksia. Koulujen ja opettajien kanssa tehty yhteistyö mainittiin useammin kuin yhteistyö lastensuojelun kans-

TAULUKKO 1. Haastatteluun osallistuneiden lääkäreiden taustatietoja.

	Suuret kunnat (n)	Keskisuuret kunnat (n)	Pienet kunnat (n)	Yhteensä (n)
Työnkuva				
Sekä lastenneuvola- että koululääkärin työtä	3	4	3	10
Joko lastenneuvola- tai koululääkärin työtä	2	3	1	6
Hallintoa	1	–	–	1
Yhteensä	6	7	4	17
Osuus työajasta neuvola- tai koululääkärin työhön				
5–25 %	1	3	2	6
26–50 %	1	2	1	4
51–75 %	–	1	1	2
100 %	2	–	–	2
Ei kliinistä työtä	1	–	–	1
Tieto puuttuu	1	1	–	2
Yhteensä	6	7	4	17
Kokemus lastenneuvola- tai koululääkärin työstä				
10 vuotta tai enemmän	2	4	–	6
5–9 vuotta	–	1	3	4
Alle 5 vuotta	4	1	1	6
Tieto puuttuu	–	1	–	1
Yhteensä	6	7	4	17

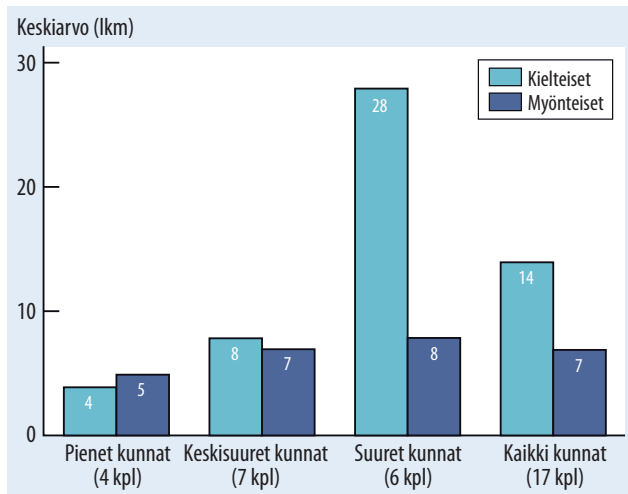
sa. Joissakin haastatteluissa vahvuutena mainittiin jokin yhteistyörakenne, esimerkiksi työryhmä tai perhekeskus.

”Lapset, joilla on tarkkaavuushäiriöitä ja/tai laaja-alaisia oppimisen vaikeuksia, heidän asioihin voidaan moniammatillisessa työryhmässä ottaa kantaa. Siinä on lastenlääkäri, psykologi ja konsultoiva erityisopettaja. Se on työryhmä, jossa matalalla kynnyksellä voidaan ottaa asioita esille.” (suuri kunta)

Eniten yhteistyöongelmia kuvattiin koulujen opiskeluhuollon toiminnassa. Monissa kunnissa lääkäri oli koululla sellaisena aikana, ettei voinut ajoittain tai koskaan tehdä käytännön yhteistyötä muiden opiskeluhuollon ammattiryhmien kanssa. Opiskeluhoitotyöryhmän kokouksiin ei joissakin kunnissa edes kutsuttu lääkäreitä. Muutamassa kunnassa opettajat eivät täyttäneet kattavasti terveystarkastuksissa tarvittavia lomakkeita. Eräs lääkäri kertoi lastensuojelun panoksen vaihtelevan suuren kunnan eri kouluissa. Toisessa suuressa kunnassa opiskeluhoitotyöryhmien työn laatu vaihteli. Jotkut

lääkärit kertoivat suunnittelu- tai muun yhteistyön kunnan muiden toimijoiden kanssa olevan liian niukkaa.

Tiedonkulku nousi aiheeksi useimmissa haastatteluissa. Hyviä käytäntöjä olivat kunnan sisäisessä verkossa näkyvät, säännöllisesti päivitettävät toimintaohjeet eri ammattikunnille ja yhteistyökumppaneiden toimintojen esittely. Hyvinä pidettiin myös muiden ammattikuntien laadukkaita palautteita tehdystä työstä. Useiden lääkäreiden kokemus oli, ettei tehtävien hoitamisen kannalta tarpeellisia esitietoja saanut muilta opiskeluhuollon ammattikunnilta, perheneuvolasta tai lastensuojelusta, samoin kuin ei tietoa näiden tahojen antamasta tai niissä saatavilla olevasta tuestakaan. Kielteiset kokemukset tiedonkulusta painoutuivat suuriin kuntiin, joissa työskentelevistä moni näki nykyisten tietosuojasäädösten johtaneen ylivoivaisuuteen, yhteistyön estymiseen ja toiminnan hidastumiseen. Eräässä suuressa kunnassa organisaatiorakenne haittasi lääkäreiden toiminnan kannalta oleellisen tiedon saamista eikä toisessa tieto kulkenut riittävästi organisaatiomuutoksen aikana.



KUVA 3. Neuvola- tai koululääkäreiden esittämien, lasten mielenterveyspalvelujärjestelmää kuvaavien kielteisten ja myönteisten mainintojen keskiarvo haastattelua kohden lääkärin työpaikan kuntakoon mukaan.

Mielenterveystyön sisältö. Useat lääkärit kommentoivat perustason mielenterveystyön sisältöjä. Hyödyllisiksi nimettiin Voimaperheet-menetelmällä annettu varhainen tuki- tai työsuojelun lasten vanhemmille sekä laajaan terveystarkastukseen sisältyvät kyselylomakkeet. Yhdessä suurissa kunnassa oli laadittu moniammatillisesti neuvonta-aineisto terveydenhoitajan työvälineeksi.

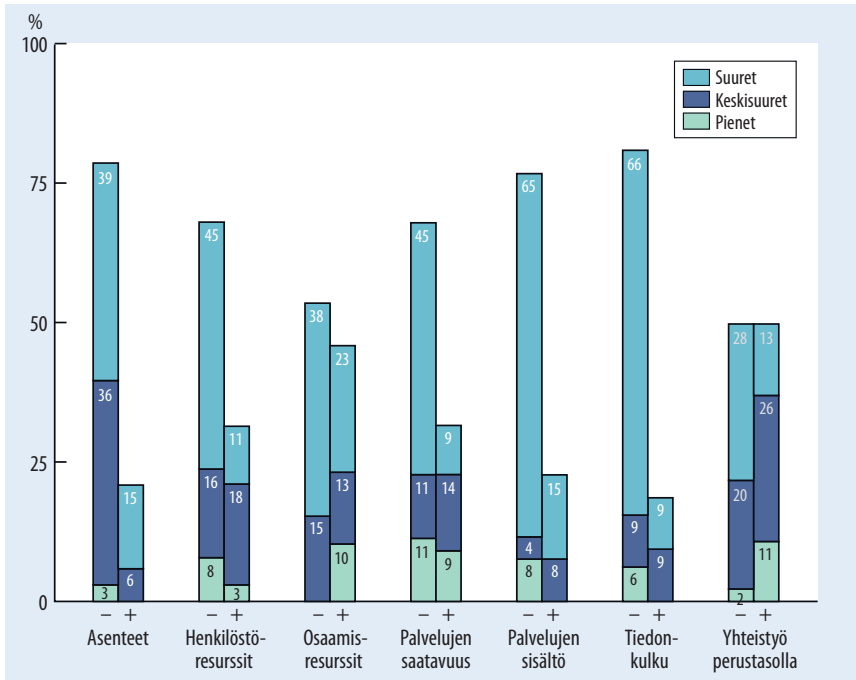
Mielenterveystyön sisältöihin liittyen lääkärit kertoivat erityisesti tuki- ja hoitomuotojen heikosta saatavuudesta. Jotkut haastateltavat toivat esille, että kouluterveydenhuollon perustehtävän määrittävä laki on ristiriidassa lasten tarpeen sekä erikoissairaanhoidon ja eri vastuualueiden esimiesten linjausten kanssa.

”Jos meillä on laki, joka sanoo, että tehdään terveystarkastuksia, tarvitaan myös laki, joka velvoittaa hoitamaan sellaisia lastenpsykiatrisia perusjuttuja, jotka on hoidettavissa [perustasolla].” (suuri kunta)

Useimmat suurissa kunnissa työskentelevät lääkärit sekä yksi keskisuuren ja yksi pienen kunnan lääkäri kuvasivat perustason tuki- tai kuntoutuspalveluita riittämättömiksi. Erityisesti puutteita oli neuropsykiatrisesti oireilevien lasten palveluissa. Tämän lisäksi lääkärit toivat esille puutteita lasten masennuksen ja käytös-

häiriöiden hoitopalveluissa. Vaikka joissakin kunnissa oli aiemmin käytetty jotakin vaikuttavaa tuki- tai hoitomenetelmää, sen käyttö oli ollut täysin yksittäisen työntekijän aktiivisuuden tai ulkopuolisen hankerahoituksen varassa. Joissakin suurissa kunnissa koettiin, että opiskeluhuollossa oli liian vähän mahdollisuuksia vanhemmuuden tukemiseen. Yksittäisiä mainintoja saivat lastensuojelun riittämättömät keinot puuttua koulupoissaoloihin ja koulujen kirjava kriisitilanteiden käsittely.

Osaamisresurssit. Lähes kaikki lääkärit käsittelivät peruspalveluissa tarvittavaa osaamista. Hyvää osaamista koskevat maininnat liittyivät henkilökunnan kokeneisuuteen, ammattitaitoon tai työntekijöiden saamaan työmenetelmäkoulutukseen. Perheiden hyvä tunteminen nopeutti pienissä kunnissa ongelmien tunnistamista. Osaamista varmistettiin keskittämällä tietyille lääkäri-hoitajatyöparille tietyjä tehtäviä, esimerkiksi ADHD-lääkityksen seurannat tai oman alueen sijoitettavien lasten terveystarkastukset. Useimmat suurissa ja monet keskisuurissa kunnissa työskentelevät lääkärit toivat esiin osaamisen puutteita esimerkiksi vastavalmistuneiden tai kokemattomien työntekijöiden osalta. Terveystarpeiltaan puuttui koulutusta perustasolle sopiviin hoitomenetelmiin. Lääkäreiden palvelujärjestelmän tuntemus sekä kyky tunnistaa ja hoitaa lasten mielenterveyshäiriöi-



KUVA 4. Neuvola- tai koululääkäriä antamien, lasten mielenterveyspalvelujärjestelmää koskevien kielteisten ja myönteisten mainintojen prosenttiosuudet teemoittain kuntakoon mukaan.

tä vaihteli, eikä neuropsykiatrisia häiriöitä tunnettu kyllin hyvin.

”Meillä on erikoislääkäreitä, jotka on perehtynyt näihin asioihin, mutta sitten meillä on koulutettavia lääkäreitä, jotka tekee kouluterveydenhuoltoa kolme kuukautta, puoli vuotta tai kuukauden, ja siellä vaihtuu [lääkäri] koko ajan. Eihän tämmöiseen paikkaan voida laittaa ADHD:n lääkehoitoa.” (suuri kunta)

”ADHD on ehkä tutumpi monelle, ja se ehkä osataan poimia ja ymmärretään, että sitä voi auttaa, mutta neuropsykiatriset ongelmat voi olla semmoisia, että ei heti ymmärretä, mistä on kysymys. Ne ehkä pitkittyy ja mutkistuu ja sitten odottaa, että pääsee lastenpsykiatrilille.” (suuri kunta)

Jotkut lääkärit kuvasivat johtamisen puutteita. Tarvittavan osaamisen hankkimiseen ei esimerkiksi saatu esimiehen tukea, kunnan kouluterveydenhuollosta puuttui kehittämisen vastuhenkilö tai eri hallinnonalat eivät teh-

neet yhteistyötä lasten mielenterveyspalvelujen suunnittelussa.

Henkilöstöresurssit. Useimmat lääkärit kommentoivat henkilöstöresurssseja. Monet suurten ja keski suurten kuntien lääkärit olivat tyytyväisiä kunnan omiin tai konsultaatioina järjestettyihin lastenlääkäriin, lastenneurologin tai lastenpsykiatrin palveluihin.

”Meidän lastenneurologi hoitaa sen [ADHD:n] niin hyvin, ettei se peruslääkäreitä kauheasti työllistä, että enemmän koulupuolta.” (keskisuuri kunta)

Eräissä suuressa kunnassa ei pidetty yhdenvertaisena sitä, että yleislääkäriin seurantaan ohjattiin ADHD-lapsipotilaita mutta lastenlääkäri seurasi lapsia, joilla oli somaattinen pitkäaikais sairaus. Muutamassa kunnassa perheiden tukemisen resurssit koettiin melko hyviksi. Kielteisiä kommentteja esiintyi eniten suurissa ja vähiten pienissä kunnissa työskentelevien lääkäreiden haastatteluissa. Kokopäiväiset koululääkärit nimettiin vahvuudeksi, kun taas

lääkäreiden osa-aikainen työskentely koettiin ongelmalliseksi. Työntekijöiden vaihtumisen ottivat esille monet haastateltavat, samoin lääkäreiden, psykologien, kuraattoreiden, psykiatristen sairaanhoitajien tai muun henkilöstön puutteen. Erikoissairaanhoidon lääkäripulan nähtiin haittaavan myös perustason toimintaa.

Asenteet. Useat lääkärit pohtivat myös asenteiden vaikutusta toimintaan. Myönteisinä asenteina kuvattiin esimerkiksi henkilökunnan auttamishalua ja positiivista työilmapiiriä. Erytisesti suurten kuntien lääkärit nimesivät toimintaa haittaavaksi kielteiseksi asenteeksi lääkäreiden puuttuvan kiinnostuksen lasten mielenterveysongelmia kohtaan. Lisäksi mainittiin joitakin kertoja, ettei johtoa kiinnostanut lasten perustason mielenterveyspalvelujen kehittäminen ja kerran sosiaalipalvelujen sekä terveyspalvelujen näkemuserot palvelujen kehittämisestä.

Erikoissairaanhoidossa tyytyväisyyden aiheita olivat hyvin toimivat konsultaatiot, jalkautuva akuutti ja kiireetön toiminta, kunnassa tapahtuva vastaanotto, potilaiden hoitaminen yhteistyönä ja hyvä erikoissairaanhoidon pääsy. Toiminnan sujuvuutta edistivät erikoissairaanhoidon selkeät läheteohjeet ja laadukkaat palautteet sekä yhteinen tietojärjestelmä.

Jotkut suurten ja keskisuurten kuntien lääkärit kritisoivat läheteiden palauttamista erikoissairaanhoidosta. Palauttamisen koettiin esimerkiksi sivuuttavan perustasolla potilaasta tehdyn tilannearvion ja tapahtuvan erikoissairaanhoidon resurssipulan vuoksi sekä vastoin hoitoketjukuvausten linjauksia. Kritiikkiä sai myös läheteiden palautuminen muotoseikkojen vuoksi sekä lastenneurologian erikoisalalle tai perheneuvolaan ohjaamista varten. Lähes kaikki suurissa kunnissa työskentelevät lääkärit kokivat erikoissairaanhoidon odottavan perustasolta liikaa perustason resursseihin nähden. Lisäksi he arvelivat, ettei erikoissairaanhoidossa tunnettu riittävän hyvin perustason toimintaperiaatteita.

”Meille tuupataan kaikkea. Palautetaan lähetteitä tai siirretään [potilaita] perusterveyshuoltoon ja tuntuu, ettei välttämättä osaaminen riitä tai resurssit riittää. Kaikki on tukkeessa, ei saa minnekään jatkohoitoon.” (suuri kunta)

Jotkut haastateltavat mainitsivat konsultaatiokäytäntöjen epäselvyyden tai jalkautuvien konsultaatioiden puuttumisen. Erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrien riittämätön tavoitettavuus mainittiin joissakin haastatteluissa, sillä esimerkiksi potilaan lääkitystä koskevaan lääkärin konsultaatiopuheluun saattoi vastata sairaanhoitaja. Muutaman lääkärin mukaan potilaan hoitojaksoon liittyvä yhteisneuvottelu saattoi jäädä toteutumatta ja palaute hoidosta saamatta.

Hoitoketjut. Osa lääkäreistä koki yhden tai useamman hoitoketjun toimivan hyvin. Hyvinä käytäntöinä mainittiin hoitoketjukuvausten aktiivinen päivittäminen, niissä linjatut selkeät ohjeet ja nopealukuiset tiivistelmät. Useat lääkärit esittivät kuitenkin hoitoketjun suunnitteluun tai toteutukseen liittyviä puutteita, kuten perustason ja erikoissairaanhoidon näkemysten eriävyyden ja hoitoketjun jalkautuksen tai ylläpidon epäonnistumisen. Joidenkin lääkäreiden mukaan hoitoketju ei käytännössä toiminut.

”Näin laajat [ADHD]selvittelyt voi olla vähän haasteellisia järjestää.” (suuri kunta)

Työnjako oli voinut jäädä epäselväksi. Joissakin suurissa kunnissa palvelut olivat ruuhkautuneet koko hoitoketjun mittaisesti. Hoitoketjukuvaukset puuttuivat kokonaan joillakin alueilla, joillakin hoitoketjukuvaus ei ollut saatavilla internetissä.

Pohdinta

Lääkärit tunnistivat usein enemmän lasten psyykkisen oireilun hoidon tarvetta kuin perustasolla saatettiin hoitaa. Parhaiten toimiviksi kuvattiin perustasolla tehtyä yhteistyötä ja erikoissairaanhoidon jalkautuvaa toimintaa. Kielteisoin kuva lasten mielenterveyspalveluista oli suurten kuntien lääkäreillä.

Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden kokemus ajan ja resurssien puutteesta oli samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa on havaittu (21). Yhteistyön katkokset näytettyivät selkeimmin opiskeluhuollossa. Se liittyyneeseen siihen, että useimmat haastateltavat toimivat koululääkäreinä. Lääkäreiden taito-

Ydinasiat

- ▶ Lasten psyykkisiä ja kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä tunnistetaan aiempaa paremmin.
- ▶ Perustasolla tapahtuva yhteistyö ja lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatiot koetaan toimivimmiksi.
- ▶ Lasten lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoito perustasolla kuuluu terveydenhuollon järjestettäväksi, mutta tarvittavaa henkilökuntaa ja osaamista ei ole nykyisin riittävästi.
- ▶ Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmää tulee kehittää kokonaisuutena ja edistämällä vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa.

jen ja asenteiden on todettu vaikuttavan lasten hoitoon pääsyyn, mutta peruskoulutus ei ole taannut riittäviä taitoja lasten mielenterveysoireiden arviointiin ja hoitamiseen (22–25). Toisin kuin ulkomaisissa tutkimuksissa, häiriöiden tunnistamisen vaikeus ei noussut merkittäväksi katkoskohdaksi hoitoketjussa (21,22,24). Häiriöiden tunnistamisen onkin todettu lisääntyneen (9). Oireiden ja hoitopaikan arviointiin liittyvien sähköisten materiaalien, sairaanhoitopiirien hoitoketjukuvausten ja lapsen psykososiaaliseen arviointiin tarkoitettujen lomakkeiden käyttö sekä perustason yhteistyön ja erikoissairaanhoidon jalkautuvan toiminnan kehittämisenkin ovat voineet edistää sitä (2,6,26–30).

Suurissa kunnissa lääkärit työskentelivät muita kuntia useammin kokopäiväisesti, kohtasivat psyykkisesti oireilevia lapsia enemmän ja olivat useammin erikoislääkäreitä. Mahdollisesti näistä syistä he havaitsivat palvelujärjestelmässä enemmän puutteita kuin muut. Heidän haastatteluissaan ilmeni useimmin tiedon kulun ja yhteistyön katkoksia. Suurten alueellisten kokonaisuuksien osatoiminnoissa kokonaistavoite voi helpommin hämärtyä, jolloin yhteistyövaikkeudet eri hallinnonalojen välillä saattavat korostua. Toisaalta useat pienemmät kunnat järjestivät terveyspalvelut kuntayhtymässä, joten katkokset ovat voineet liittyä toimintakult-

tuuriin enemmän kuin organisaation kokoon. Asian tarkempi tutkiminen olisi tärkeää, sillä yli kolmasosa maamme 5–12-vuotiaista asuu kahdeksassa suurimmassa kunnassamme.

Joissakin kunnissa potilaita ohjattiin puuttuvien hoitomahdollisuuksien vuoksi erikoissairaanhoidon. Yhdenvertaista hoitoa eivät tuota myöskään kuntien erilaiset ratkaisut samankin häiriön hoidossa, mikä on osoitettu jo aiemmin ja minkä ADHD:n hoitoa koskevat aineistotteemmekin osoittivat (6,31,32). Lapsista ja nuorista 15–25 %:lla on todettu jokin DSM-luokituksen kriteerit täyttävä psykiatrisen häiriö kuuden kuukauden aikana (33). Heistä vain osaa on tarkoituksenmukaista hoitaa erikoissairaanhoidossa.

Perheneuvolat ovat käytännössä tuottaneet keskeisen osan lasten perustason mielenterveyspalveluista. Ne ovat hoitaneet ja monissa kunnissa edelleen hoitavat lieviä ja keskivaikeita häiriöitä, mihin sosiaalihuoltolaki ei niitä velvoita. Kunnat voivatkin määritellä perheneuvolatoiminnan perustehtävän ja palveluvalikon eri tavoin. Se lisää palvelujärjestelmän hajanaisuutta (6). Hoitovelvoitteesta huolimatta perusterveydenhuollolla ei ole nykyisin hoidon porrastuksen mukaisten eli lasten lievien ja keskivaikeiden psyykkisten häiriöiden hoitoon riittävästi tarvittavaa henkilökuntaa eikä osaamista.

Perustason ehkäisevän mielenterveytyksen, varhaisen tuen ja häiriöiden hoidon tasapainoinen kokonaisuus sekä vaikuttavien menetelmien käyttöön ottaminen edellyttäisivät selkeämpää valtakunnallista linjausta siitä, mitä tukea ja hoitoa eri toimintasektoreilla on annettava. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa valmistellaan parhaillaan opasta perusterveydenhuollon käyttöön soveltuvista vaikuttavista hoitomenetelmistä peruskouluikäisten lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden hoidossa.

Palveluresurssit tulisi allokoida velvoitteiden mukaisesti, tarvittavat vaikuttavien menetelmien koulutukset tulisi organisoida valtakunnallisesti ja niiden implementaatioon sekä ylläpitoon tulisi järjestää voimavaroja (TAULUKKO 2).

Tutkimuksemme vahvuuksia ovat lähes kaikkia 20 sairaanhoitopiiriä ja erikokoisia kuntia edustavien haastateltavien valinta sekä osallistuneiden lääkäreiden asiantuntemus ja

kokemus. Haastatteluja saatiin hiukan suunniteltua vähemmän, mutta laadulliseen tutkimusaineistoon 17 haastateltavaa tuottivat riittävästi tietoa, mikä näkyi aineiston päälinjojen saturoitumisena.

Tutkimuksellamme on useita heikkouksia. Koska haastateltavia ei ollut valittu satunnaisesti, heidän näkemyksensä eivät ehkä vastaa keskivertolääkärin näkemyksiä. Osallistuneiden määrällistä edustavuutta ei voida arvioida, sillä neuvola- ja koululääkärin työtä tekevien lääkäreiden kokonaismäärää ei tilastoida. Haastattelussa kysyttiin ensisijaisesti lasten mielenterveyspalvelujen vahvuuksista ja haasteista perusterveydenhuollossa. Haastateltavien yksilöllinen spontaanisuus tuottaa tietoa on voinut vaikuttaa koko palvelujärjestelmästä kertyneeseen kuvaan. Tutkimuksemme antaa pohjaa laajemmalle, kvantitatiiviselle jatkotutkimukselle.

Lopuksi

Lasten psyykkisen oireilun hoitaminen on vahvasti pelkistettynä ihmisen tärkeimmän elimen, aivojen, hyvän kehityksen ja toiminnan tukemista ja kuntouttamista vuosikymmenien kestoisen toimintakyvyn turvaamiseksi. Koska mielenterveyshäiriöt ovat nykyisin suurin työkyvyttömyyseläkkeeseen johtava sairausryhmä, lasten mielenterveyspalvelujen tulisi kiinnostaa erityisesti palvelujärjestelmän johtoa ja lääkäri-

TAULUKKO 2. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittämiskohteita.

Lain-säädäntö	Perusterveydenhuoltoa ja perheneuvoloita koskevan lainsäädännön täsmentäminen lasten lievien ja keskivaikkeiden mielenterveyshäiriöiden hoitovastuun osalta
Palvelujen organisointi	Hoitoresurssien ja hoitovastuun synkronointi
Ohjaus	Resurssien osoittaminen erityisvastuualueille näyttöön perustuvien hoitomuotojen koulutukseen ja implementointiin sekä ylläpitoon
Osaaminen	Lääkäreiden perus- ja jatkokoulutus, valmistuva lääkäri ja perustasolla työskentelevä lääkäri <ul style="list-style-type: none"> tuntee perustasolla hoidettavien lasten psyykkisten häiriöiden diagnosoinnin peruseriaatteet tietää vaikuttavien hoitomenetelmien toimintaperiaatteet ja käytön sekä tuntee virallisten käyttöaiheiden mukaisen kouluikäisten lasten psyykenlääkehoidon.
Seuranta ja suunnittelu	Kattava, yhdenmukaisesti toteutuva lasten mielenterveyspalvelujen (sosiaali- ja terveyspalvelut, koulun yksilöllinen opiskeluhoito) käytön tilastointi

kuntaa (34). Palvelujärjestelmää tulisi kehittää kokonaisuutena ja tehostamalla vaikuttavien hoitomenetelmien käyttöönottoa. Se edellyttää riittävästä resursseista huolehtimista kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla. ■

EEVA HUIKKO, LL, erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri
THL

RIIKKA LÄMSÄ, VTT, sairaanhoitaja, yliopistonlehtori, vieraileva tutkija
Helsingin yliopisto

PÄIVI SANTALAHTI, dosentti, apulaisylilääkäri, vieraileva tutkija
HUS ja THL

MINNA TORNIAINEN-HOLM, PsT, dosentti, erikoistutkija
THL

LEENA KOVANEN, FL, suunnittelija
THL

MIIKA VUORI, VTT, sairaanhoitaja AMK, kollegiumtutkija
Turun yliopisto

ANNAMARI TUULIO-HENRIKSSON, FT, dosentti, yliopistonlehtori, tutkimusprofessori
Helsingin yliopisto ja Kela

SIDONNAISUUDET

Eeva Huikko: Hankkeet (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella meneillään oleva hanke, jossa tehdään perusterveydenhuollolle opasta peruskouluikäisille soveltuvista vaikuttavista mielenterveysinterventioista)

Riikka Lämsä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Nuorisopsykiatrian pkl, KYS, Autismi- ja aspergerliitto)

Päivi Santalahti: Hankkeet (LAPE, Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma vuoden 2018 loppuun asti)

Minna Torniainen-Holm: Apuraha (Kansaneläkelaitos)

Leena Kovanen: Muut sidonnaisuudet (Osallistuminen kliinisen lääketutkimuksen raportointiin, osakkeita (Oriola Corporation B, Orion Corporation B, Pihlajalinna Oyj, Revenio Group Corporation))

Miika Vuori: Ei sidonnaisuuksia

Annamari Tuulio-Henriksson: Ei sidonnaisuuksia

VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine

KIRJALLISUUTTA

1. Kessler R, Berglund P, Demler O, ym. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593–602.
2. Aula MK, Juurikkala V, Kalmari H, ym. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016:29.
3. Anttila N, Huurre T, Malin M, ym. Mielen-terveyden edistäminen varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen. Katsaus menetelmiin ja kirjallisuuteen Suomessa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 3/2016.
4. Sourander A, Lempinen L, Klomek AB. Changes in mental health, bullying behavior, and service use among eight-year-old children over 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55:717–25.
5. Rydell M, Lundström S, Gillberg C, ym. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59:863–71.
6. Huikko E, Kovanen L, Torniainen-Holm M, ym. Selvitys 5-12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 14/2017.
7. Gyllenberg D, Marttila M, Sund R, ym. Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders during adolescence: an analysis of two national Finnish birth cohorts. *Lancet Psychiatry* 2018;5:227–36.
8. Huikko E, Santalahti P, Torniainen-Holm M, ym. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyö kuntien mielenterveyspalvelujen ja lastensuojelun kanssa. *Duodecim* 2018;134:1827–36.
9. Ranta K, Parhiala P, Pelkonen R, ym. Nuorten masennus, mielen-terveyden hoidotekijät ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 90/2017.
10. Hobbs-Knutson K, Meyer MJ, Thakrar N, ym. Care coordination for youth with mental health disorders in primary care. *Clin Pediatr* 2018;57:5–10.
11. Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 2017:3.
12. Review of children and young people's mental health services: phase one report. October 2017. Care Quality Commission 2017.
13. Verhage V, Noordik E, Knorth EJ, ym. Cohort profile: tracing achievements, key processes and efforts in professional care for children and adolescents Research; TAKECARE. *Int J Epidemiol* 2016;45:1767–75.
14. Halme N, Hedman L, Ikonen R, ym. Lasten ja nuorten hyvinvointi 2017. Kouluterveyskyselyn tuloksia. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 15/2018.
15. Asarnow JR, Rozenman M, Wiblin J, ym. Integrated medical-behavioral care compared with usual primary care for child and adolescent behavioral health. A Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2015; 169:929–37.
16. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. www.finlex.fi.
17. Mielenterveyslaki 1116/1990. www.finlex.fi.
18. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. www.finlex.fi.
19. Laki oppilas- ja opiskelijahuollosta 1287/2013. www.finlex.fi.
20. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisvästä suun terveydenhuollosta 2011/338. www.finlex.fi.
21. O'Brien A, Harvey K, Howse J, ym. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *Br J Gen Pract* 2016;66:e693–707.
22. Tatlow-Golden M, Priholova L, Gavin D, ym. What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review. *BMC Fam Pract* 2016;17:1–15.
23. Hinrichs S, Owens M, Dunn V, ym. General practitioner experience and perception of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) care pathways: a multimethod research study. *BMJ Open* 2012;2:e001573.
24. O'Brien A, Harvey K, Young B, ym. GPs' experiences of children with anxiety disorders in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2017;67:e888–98.
25. Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila EL, ym. Child psychiatric skills in primary health care – self-evaluation of Finnish health centre doctors. *Child Care Health Dev* 2002;28:131–7.
26. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2019:21.
27. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019 [päivitetty 04.04.2019]. www.kaypahoito.fi.
28. Lasten mielenterveysohjelma. www.mielenterveystalo.fi/lapset/ammattilaisille/.
29. Opiskeluhuollon lomakkeita [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019 [päivitetty 8.11.2019]. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_koulu_ja_opiskeluterveydenhuoltoon.
30. LAPS-lomake [verkkodokumentti]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. https://thl.fi/documents/732587/741077/LAPS_lomake_06092010.pdf.
31. Lämsä R, Santalahti P, Haravuori H, ym. Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa. Helsinki: Kelan työpapereita 78/2015.
32. Lämsä R, Santalahti P, Haravuori H, ym. Valtakunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän paikallisuus. Nuorten neuropsykiatrisen hoidon alueellisista eroista. Yhteiskuntapolitiikka 2017;82:284–95.
33. Sourander A, Marttunen M. Lasten ja nuorten mielen-terveyden häiriöiden epidemiologia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym, toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017, s. 116–23.
34. Työkäyttötyömyyseläkettä saaneet. Findikaattori 3.4.2018. Tilastokeskus 2019. <https://findikaattori.fi/fi/76>.

SUMMARY

Mental health services for children in primary and specialized care in Finland. A qualitative study

BACKGROUND. In this qualitative study we describe how children's mental health service system is being seen from the primary care doctor's point of view.

METHODS. 17 doctors working in school health services and child welfare clinics in municipalities of varying sizes in different parts of Finland answered a semi-structured interview of children's mental health service system issues. We coded the contents of the answers using content analysis methods and organized them by themes.

RESULTS. Co-operation within municipality on the primary level and consultations of child psychiatric special care were most frequently perceived positive. Currently, children in primary care do not get the treatment they need for their mild or moderate mental disorders on an equal basis.

CONCLUSIONS. The readiness of the service system to identify children's mental disorders has been developed successfully in Finland. Evidence-based treatment methods should be promoted to enhance treatment in primary care.