

Markku Kaartinen, LK

Helsinki 15.11. 2011

Tutkielma

markku.kaartinen@helsinki.fi

Ohjaajat: Erkki Isometsä, psykiatrian prof.(HY)

& tutkimusprof. (THL)

Martti Heikkinen, psykiatrian ja sosiaalipsykiatrian

dosentti, johtava ylilääkäri ,

Helsingin terveystieteiden keskus

HELSINGIN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Psykiatrian klinikka

HELSINGIN YLIOPISTO – HELSINGFORS UNIVERSITET

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty		Laitos – Institution - Department	
Lääketieteellinen tiedekunta		Psykiatrian klinikka	
Tekijä – Författare – Author			
Markku Kaartinen			
Työn nimi – Arbetets titel – Title			
<p>Vakavien mielenterveyshäiriöiden hoidon toteutuminen Helsingissä vuosina 2008-2009.</p> <p>Kliinis-epidemiologinen tutkimus masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian hoidosta Helsingin kaupungin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.</p>			
Oppiaine – Läroämne – Subject			
Lääketiede			
Työn laji – Arbetets art – Level	Aika – Datum – Month and year	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages	
Tutkielma	15.11.2011	49	

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka vakavien mielenterveyshäiriöiden hoito toteutui Helsingin kaupungin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuosina 2008-2009. Satunnaisesti valitun 168:n helsinkiläisen masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja skitsofreniaa sairastavan potilaan sairauskertomusmerkinnät käytiin läpi. Potilaiden sosiodemografiset tekijät (siviilisääty, koulutus, yksin asuminen ja työssäkäynti) selvitettiin. Hoidon sisältöä verrattiin voimassa olleisiin "Käypä-hoito"-suosituksiin (KH). Potilaat jakaantuivat kutakuinkin tasan eri diagnoosiryhmien kesken.

Tutkimuksessa pyrittiin myös selvittämään oliko hoitokäytännöillä eroja kaupungin viidellä psykiatrisella poliklinikalla ja vaikuttiko potilaan asuinalue ja sosioekonominen asema mahdollisesti hänen saamaansa hoitoon.

Spesifien ei-lääkkeellisten hoitomenetelmien (psykoedukaatio, psykoterapia, ECT=electric convulsive treatment, aivojen sähköhoito) ja erilaisten kyselykaavakkeiden ja oiremittareiden käyttö oli alueilla kirjavaa ja kaiken kaikkiaan sangen vähäistä. Noin kolmella potilaalla neljästä (73.2%) oli voimassa oleva kirjallinen hoitosuunnitelma. Lääkehoito toteutui KH-suositusten mukaisesti noin kahdella potilaalla kolmesta (66.1%). Potilaille määrättiin kaikissa diagnoosiryhmissä useimmiten (78 kpl, 46.4%) 3-5 eri psykykenlääkettä. Neljällä masennuspotilaalla (7.3%:lla masennuspotilaista) ei ollut mitään lääkitystä. Lääkärikäyntien lukumäärä oli keskimärin 4.8 käyntiä tutkimusjakson aikana. Kuusi potilasta (3.6%) ei tavannut lääkäriä kertaakaan.

Depressiodiagnoosilla psykiatrian poliklinikoilla hoidossa olleista tarvitsi seuranta-aikana ainakin kerran sairaalahoitoa 7.2%, kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista 22.2.% ja skitsofreniapotilaista 62.7%. Koko aineistossa vähiten sairaalahoitoa tarvitsivat korkeasti koulutetut (akateemiset) potilaat (13.7%). Vain peruskoulun käyneistä lähes joka toinen (48.6%) päätyi ainakin kerran sairaalahoitoon, noin joka viides (22.1%) keskiasteen koulutuksen saaneista ja opiskelijoista (21.5%).

Voimassa olevan hoitosuunnitelman puuttuminen noin joka neljänneltä potilaalta, psykiatristen arviointiasteikoiden vähäinen ja alueiden sisälläkin epäyhtenäinen käyttö sekä lääkehoidon epäasianmukaisuus merkittäväällä osalla potilaita olivat suurimmat puutteet. Asuinalue ei

pääsääntöisesti vaikuttanut potilaiden saamaan hoitoon. Kuitenkin alueiden välillä oli joidenkin muuttujien kohdalla tilastollisesti merkitseviä eroja (puuttuva hoitosuunnitelma, oireenhallintakurssien käyttö, lääkäreiden puhelinvastaanotto toiminta, korkeasti koulutettujen osuus poliklinikan potilaista). Korkeammin koulutetut joutuivat harvemmin sairaalahoitoon kuin vähemmän koulutetut. Yksin asuvat joutuivat useammin (yksi neljästä) sairaalahoitoon kuin ei-yksin asuvat (yksi kolmesta).

Kansalliset hoitosuositukset (KH) suosittavat psykiatristen arviointiasteikkojen käyttöä ja näiden osuutta hoidossa tulisi lisätä ja yhdenmukaistaa eri alueilla ja työntekijöillä. Hoitosuunnitelma tulisi olla kirjattuna potilaskertomukseen. Lääkehoidossa olisi pyrittävä hoitosuosituksen mukaisiin vaikuttaviksi osoitettuihin annoksiin.

Avainsanat – Nyckelord – Keywords

Mood Disorders; Schizophrenia; Depressive Disorder

Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited

Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information

Sisällysluettelo

1 Johdanto.....	1
2 Aineisto ja menetelmät.....	2
3 Tulokset.....	2
3.1 Potilaiden kliiniset piirteet.....	3
3.1.1 Siviilisääty.....	3
3.1.2 Ensikertalaiset potilaat.....	4
3.1.3 Maahanmuuttajat ja ulkomaalaistaustaiset potilaat.....	4
3.1.4 Eläkeläiset.....	5
3.1.5 Kuntoutustuella olleet potilaat.....	6
3.2 Yksin asuminen.....	7
3.2.1 Yksin asuvat.....	7
3.2.2 Ei-yksin asuvat.....	8
4 Koulutustaso.....	9
6 Itsemurhayritykset ja itsemurhat.....	11
7 Tulokset.....	11
7.1 Mistä potilaat lähetettiin avohoitoon?.....	11
7.1.1 Hoitajaksojen pituudet psykiatrian poliklinikoilla.....	12
7.2 Jatkohoito.....	12
8 Hoidon sisältö.....	13
8.1 Päiväosastojen käyttö.....	13
8.2 Sairaalahoido.....	15
8.2.1 Tahdosta riippumaton sairaalahoido.....	16
8.3 Avohoito.....	16

8.3.1 Avohoidon lääkärin vastaanottokäynnit.....	16
8.3.2 Käynnit sairaanhoitajan vastaanotolla avohoidossa.....	18
8.3.3 Käynnit psykologilla avohoidossa.....	19
8.3.4 Käynnit sosiaalityöntekijällä avohoidossa.....	20
8.3.5 Käynnit eri työntekijöillä psykiatrian poliklinikoilla 2008-2010.....	20
8.4 Psykologiset tutkimukset.....	21
8.4.1 Psykologiset tutkimukset avohoidossa.....	21
8.4.2 Psykologiset tutkimukset sairaalassa.....	22
8.9 Puhelinvastaanotto toiminta.....	22
8.9.1 Puhelinvastaanottokäynnit lääkärillä.....	22
8.9.2 Puhelinvastaanottokäynnit sairaanhoitajalla.....	23
8.10 Avohoidon vuorovaikutukselliset ryhmähoidot.....	24
8.11 Avohoidon toiminnalliset ryhmät.....	25
8.12 Yksilöllinen toimintaterapia avohoidossa.....	25
8.13 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakurssit.....	25
8.14 Oireenhallintakurssit.....	26
9 Psykiatristen arviointiasteikkojen käyttö.....	27
10 Lääkehoito psykiatrian poliklinikoilla.....	30
10.1 Masennuspotilaiden lääkehoito.....	34
10.1.2 Aivojen sähköhoito.....	36
10.1.3 Yksilöpsykoterapia.....	36
10.2 Bipolaaripotilaiden lääkehoito.....	36
10.3 Skitsofreniapotilaiden lääkehoito.....	39
11 Muuttuiko potilaan diagnoosi hoitajakson aikana?.....	40
11.1 Muuttuneet diagnoosit Malmin psykiatrian poliklinikalla.....	40
11.2 Muuttuneet diagnoosit Kivelän psykiatrian poliklinikalla.....	41

11.3 Muuttuneet diagnoosit Laakson psykiatrian poliklinikalla.....	41
11.4 Muuttuneet diagnoosit Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikalla.....	41
11.5 Muuttuneet diagnoosit Sturenkadun psykiatrian poliklinikalla.....	41
12 Kirjallinen hoitosuunnitelma (HS).....	42
12.1 Voimassa oleva hoitosuunnitelma.....	42
12.2 Millä potilailla ei ollut voimassa olevaa hoitosuunnitelmaa?.....	42
12.3 Ensikertalaisuuden vaikutus hoitosuunnitelman voimassaoloon.....	43
13 Psykoedukaatio (koulutuksellinen terapia).....	44
14 Perhetapaamiset.....	45
15 Yhteenveto.....	46
16 Lähdeluettelo.....	50

1 Johdanto

Hoidon toteutumista Helsingin kaupungin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ei aikaisemmin ole tutkittu. Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää helsinkiläisen aikuisväestön vakavien mielenterveyshäiriöiden kansallisten hoitosuositusten mukaisen hoidon toteutumista vuosien 2008-2009 aikana. Vakavilla mielenterveyshäiriöillä tarkoitettiin tässä 1) skitsofreniaa, 2) kaksisuuntaista mielialahäiriötä (=bipolaarihäiriö) ja 3) masennusta.

Masennuksen osalta on selvitetty hoidon toteutumista terveysasemilla (1,2). Valtakunnan tasolla on tehty hoitoon ja epidemiologiaan liittyviä tutkimuksia (3). Pääkaupunkiseudulla keskeiset tutkimukset mielialahäiriöiden osalta ovat Peijaksen sairaalan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tehty selvitys vakavan masennustilan esiintyvyydestä, saadun hoidon jatkuvuudesta, itsetuhoisuudesta ja potilaiden toimintakyvystä (4) sekä Jorvi Bipolar Study, missä tutkittiin Espoon ja Kirkkonummen alueella asuvien bipolaarihäiriötä sairastavien ennustetta, toimintakykyä ja itsetuhoisuutta (5). Psykiatrisen järjestelmän kyky tunnistaa kaksisuuntaisia mielialahäiriöitä on todettu puutteelliseksi (5). Masennuslääkityksen jatkuvuus on todettu haasteelliseksi ja lääkeyksen enneaikainen lopettaminen on yhdistetty vaikeampien masennusjaksojen ilmaantumiseen (6). Helsinkiläisten psykoosiin sairastuneitten äitien lasten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä aikuisiällä on myös tutkittu (7) ja Helsingissä vuosina 1951-1960 syntyneitten skitsofreniapotilaitten kohorttia on seurattu (8). Helsingin psykiatrisen avohoidon toiminnasta on myös teetetty vuonna 2009 ulkopuolinen auditointi (9).

Käsillä olevassa tutkimuksessa potilaan saamaa hoitoa verrattiin (tuolloin) voimassa oleviin Käypä hoito-suosituksiin; esimerkiksi minkälaisia lääkkeitä käytettiin, olivatko annokset adekvaatilla tasolla, kuinka paljon käytettiin erilaisia oiremittareita ja/tai kyselylomakkeita, mitä spesifejä hoitomuotoja (lääkehoito, psykoterapia, psykoedukaatio, sähköstimulaatiohoito jne.) käytettiin ja oliko potilaalla voimassa olevaa hoitosuunnitelmaa ja oliko perhe/verkostotapaamisia pidetty. Lisäksi pyrittiin selvittämään, miten potilaan asuinalue ja sosioekonominen asema mahdollisesti vaikuttivat hänen psykiatrisen hoitonsa toteutumiseen.

2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa käytiin läpi 168:n satunnaistetusti valitun potilaan sähköisten sairauskertomusten merkinnät. Potilaat valittiin Helsingin kaupungin viiden suurpiirin aluepsykiatrilta poliklinikalta (Malmi, Kivelä, Laakso, Itäkeskus, Sturenkatu) ja potilaita pyrittiin saamaan kaikkiin kolmeen diagnoosiryhmään yhtä monta. Satunnaisotanta tehtiin siten, että vuoden 2008 aikana kullekin psykiatriselle poliklinikalle hoitoon tulleista potilaista otettiin tutkimukseen kustakin diagnoosiryhmästä yksi jokaiselta kalenterikuukaudelta. Potilaita olisi pitänyt näin kertyä yhteensä 180 kappaletta ($5 \times 12 \times 3 = 180$), mutta tämä ei täysin onnistunut; Sturenkadun poliklinikalta saatiin vain 25 potilasta ja Laakson poliklinikalta 35. Aluepsykiatrisen mallin mukaisesti potilaat ohjautuvat psykiatrisille poliklinikoille asuinalueensa mukaisesti, siten että Malmin psykiatrisen poliklinikka vastaa pohjoisten kaupunginosien (m.m. Malmi, Puistola, Pukinmäki, Jakomäki), Kivelä eteläisten (Vironniemi, Ullanlinna, Kampinmalmi, Lauttasaari, Taka- Töölö), Laakso läntisten (Munkkiniemi, Haaga, Pitäjänmäki), Itäkeskus itäisten (m.m. Vuosaari, Kontula, Mellunmäki, Laajasalo, Herttoniemi) ja Sturenkadun psykiatrisen poliklinikka keski-Helsingin kaupunginosien (esim. Kallio, Alppiharju, Vanhakaupunki, Pasila) potilaitten hoidosta.

Aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences) ja alueellisia eroja testattiin mahdollisen tilastollisen merkitsevyyden toteamiseksi (Khin neliö, laatueroasteikolliset muuttujat) ja Kruskal-Wallis testin, jos kyseessä oli jatkuva muuttuja).

3 Tulokset

Tulokset voidaan jakaa kolmeen ryhmään; 1) mistä potilaat ohjautuivat psykiatriseen hoitojärjestelmään (avohoito), 2) mitkä olivat heidän kliiniset piirteensä ja 3) mikä oli hoidon sisältö (käynnit eri työntekijöillä, kirjallisen hoitosuunnitelman voimassaolo, erilaisten psykiatristen arviointimittareiden käyttö) ja spesifit hoitomuodot.

3.1 Potilaiden kliiniset piirteet

Tutkimuspotilaiden iän vaihteluväli oli 18-67 vuotta (keskiarvo 39.4 vuotta) ja keskihajonta 13.4 vuotta.

Puolet potilaista (50%) oli naisia ja puolet miehiä.

3.1.1 Siviilisääty

Tutkimuspotilaitten siviilisääty on esitetty alla olevassa taulukossa (Taulukko 1).

	lkm	Osuus-%		
naimaton	87	51.8 %		
naimisissa	29	17.3 %		
avoliitto	34	20.2 %		
eronnut	15	8.9 %		
leski	3	1.8 %		
Yhteensä	168	100 %		

Taulukko 1. Siviilisääty. (Koko aineisto)

Siviilisäädyltään tutkimuspotilaat olivat useimmiten naimattomia (87 kpl, 51.8%). Avoliitossa oli 34 potilasta (20.2%), naimisissa 29 (17.2%). Eronneita oli 15 (8.9%) ja leskiä 3 (1.7%).

Alla olevassa taulukossa on esitetty potilaiden siviilisäätö diagnosoiryhmän mukaan (Taulukko 2).

	Diagnoosi			Yhteensä
	Depressio	Bipolaarihäiriö	Skitsofrenia	
siviilisäätö naimaton	27 (49.2%)	17 (31.6%)	43 (72.9%)	87
naimisissa	9 (16.3%)	12 (22.2%)	8 (13.6%)	29
avoliitossa	13 (23.6%)	16 (29.6%)	5 (8.5%)	34
eronnut	6 (10.9%)	9 (16.6%)	0 (0%)	15
leski	0 (0%)	0 (0%)	3 (5%)	3
Yhteensä	55	54	59	168

Taulukko 2. Siviilisäätö diagnosoiryhmän mukaan. Otoksen skitsofreniapotilaista lähes kolme neljästä (72.9%) oli naimattomia. Depressiopotilaista joka toinen (49%) oli naimaton. Bipolaariyhmän potilaat olivat suurin piirtein yhtä usein naimattomia kuin avoliitossa. Erot diagnosoiryhmien välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < 0.001$).

3.1.2 Ensikertalaiset

Ensikertalaisia psykiatrian poliklinikoille lähetetyistä potilaista oli tässä otoksessa vähän yli puolet; 89 kpl (52.9%).

3.1.3 Maahanmuuttajat ja ulkomaalaistaustaiset

Maahanmuuttajia ja ulkomaalaistaustaisia tutkittavista oli 15 (8.9%). Heistä yli puolella (9 potilasta) (60%) oli diagnosoina skitsofrenia, bipolaarihäiriö 4:llä (26.6%) ja masennus kahdella (13.3%). He jakautuivat tasaisesti kaikille alueille, mutta Sturenkadulta ei tässä otoksessa ollut yhtään ulkomaalaistaustaista potilasta.

3.1.4 Eläkeläiset

Työkyvyttömyyseläkkeellä aineiston potilaista oli hoitojaksolle tullessa 42 ja lisäksi yksi potilas oli osaeläkkeellä (25%). Noin kaksi kolmasosaa (62%) eläkkeellä olevista oli skitsofreniapotilaita (taulukko 3). Hoitojakson aikana eläkkeelle siirtyi koko aineistosta 9 potilasta (5.35%). Viisi potilaista oli skitsofrenian takia hoidossa, depressio- ja bipolaariryhmistä kummastakin kaksi (taulukko 3).

	tullessa eläkkeellä		Yhteensä
	ei eläkkeellä	eläkkeellä	
diagnoosi Depressio	49	6(14.2%)	55
Bipolaarihäiriö	43	10(23.8%)	53
Skitsofrenia	33	26 (62%)	59
Yhteensä	125	42	167

Taulukko 3. Eläkkeellä ja ei-eläkkeellä olleiden potilaiden lukumäärät diagnoosiryhmittäin hoitojakson alkaessa. Eläkkeellä olleiden prosenttiosuudet eri diagnoosiryhmissä on myös ilmoitettu. Erot diagnoosiryhmien välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät($p<0.001$).

Tutkimusjakson aikana työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi yhdeksän (5.4%) aineiston potilasta, joista viisi oli hoidossa skitsofrenian takia (Taulukko 4).

		diagnoosi			Yhteensä
		D	B	S	
eläkkeelle	ei eläkkeelle	53	52	54	159
	eläkkeelle	2	2	5	9
Yhteensä		55	54	59	168

Taulukko 4. Tutkimusjakson aikana työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden potilaiden lukumäärät diagnoosiryhmittäin. D=depressio, B=kaksisuuntainen mielialahäiriö(=bipolaarihäiriö), S=skitsofrenia.

3.1.5 Kuntoutustuella olevat potilaat

Kuntoutustuella oli (joko hoitajaksole tullessa tai hoitajakson aikana kuntoutustuelle siirtyi) 55 potilasta (32.7%). Töihin palasi seuranta-aikana vuoden 2009 loppuun mennessä 37.5% koko aineiston potilaista. Kuntoutustuella olleiden potilaiden lukumäärät ja prosenttiosuudet diagnoosiryhmittäin on esitetty taulukossa 5.

		diagnoosi			Yhteensä
		D	B	S	
kuntoutustuella	ei kuntoutustuella	37	42	34	113
	kuntoutustuella	18 (32.7%)	12 (22.2%)	25 (42.4%)	55
Yhteensä		55	54	59	168

Taulukko 5. Kuntoutustuella olleiden lukumäärät ja prosenttiosuudet eri diagnoosiryhmissä. Erot diagnoosiryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Tutkimusjakson aikana työhön palanneiden potilaiden lukumäärät on esitetty taulukossa 6.

		diagnoosi			Yhteensä
		D	B	S	
paluu työelämään	ei palannut työhön	28	24	53	105
	palasi työhön	27 (49.1%)	30 (55.5%)	6 (10.1%)	63
Yhteensä		55	54	59	168

Taulukko 6. Työhön palanneiden lukumäärät ja prosenttiosuudet diagnoosiryhmittäin.

Yli puolet bipolaariryhmän potilaista palasi töihin hoitajakson aikana (keskimäärin 440 vrk), masennuspotilaista noin puolet, skitsofreniapotilaista joka kymmenes. Erot diagnoosiryhmittäin olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < 0.001$).

3.2 Asuminen

Tutkimuspotilaiden asumismuodot diagnoosiryhmittäin on esitetty taulukossa 7.

	yksin asuminen						Yht.
	ei-yksin asuva	yksin asuva	vanhempien kanssa	asuntolassa	kuntoutuskodissa	VVA	
diagnoosi Depressio	21	31	3	0	0	0	55
Bipolaarihäiriö	26	26	2	0	0	0	54
Skitsofrenia	14	37	4	1	2	1	59
Yhteensä	61	94	9	1	2	1	168

Taulukko 7. Tutkimuspotilaiden asumismuodot diagnoosiryhmittäin.

Depressioryhmän potilaista 56.3 % asui yksin, bipolaariyhmän potilaista noin puolet (48.1 %) ja skitsofreniaryhmän potilaista lähes kaksi kolmesta (62.7 %). Erot diagnoosiryhmien välillä olivat merkitsevät ($p < 0.01$).

3.2.1 Yksin asuvat

Yksin asuvia otoksen potilaista oli 94 kpl (56 %). Heidän sukupuolijakaumansa eri diagnoosiryhmissä on esitetty taulukossa 8.

D=depressio, B=bipolaarihäiriö, S=skitsofrenia

	yksin asuminen		
	miehet	naiset	yhteensä
D	12(21.8%)	19(34.5%)	31(56.3%)
B	17(31.5%)	9(16.7%)	26(48.2%)
S	22(37.3%)	15(25.4%)	37(62.7%)

Taulukko 8. Yksin asuvien aineistonpotilaiden sukupuolijakaumat, lukumäärät ja prosenttiosuudet koko aineistosta diagnoosiryhmittäin.

D=depressio, B=bipolaarihäiriö, S=skitsofrenia

3.2.2 Ei-yksin asuvat

Ei-yksin asuvien osuus oli 36.3% (61 kpl).

Taulukossa 9 on esitetty ei-yksin asuvien potilaiden sukupuolijakaumat diagnoosiryhmittäin (D=depressio, B=bipolaarihäiriö, S=skitsofrenia)

Ei-yksin asuminen

	miehet	naiset	yhteensä
D	7(12.7%)	14(25.5%)	21(38.2%)
B	10(18.5%)	16(29.6%)	26(48.1%)
S	7(16.3%)	7(16.3%)	14(32.6%)

Taulukko 9. Ei-yksin asuvien sukupuolijakaumat,, lukumäärät ja prosenttiosuudet tutkimusaineistosta diagnoosiryhmittäin.

Koko aineistossa miehet asuivat hieman useammin yksin kuin naiset (m=30.4%, n=25.5%), ei-yksin asuvissa naisten osuus oli suurempi m=14.3%, n=22%). Bipolaariyhmässä yksin asuvien miesten osuus oli lähes kaksi kertaa niin suuri kuin naisten (m=31.5%, n=16.7%) ($p<0.01$).

Depressioryhmässä naisten osuus oli noin kaksinkertainen miehiin verrattuna ei-yksin asuvien ryhmässä (n=25.5%, m=12.7%) ja yli puolitoistakertainen yksinasuvien ryhmässä (n=34.5%, m=21.8%). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0.01$).

Bipolaarihäiriöryhmässä yksin elävien miesten osuus oli yli puolitoistakertainen naisten osuuteen verrattuna (m=31.5%, n=16.7%), ei-yksin elävien ryhmässä miesten osuus oli selvästi pienempi (m=18.5%, n=29.6%) ($p<0.01$).

Miespuolisia yksin asuvia skitsofreniapotilaita oli naisiin verrattuna noin puolitoista kertaa enemmän (m=37.3%, n=25.4%) ($p<0.01$), ei-yksin asuvilla skitsofreniapotilailla sukupuolien välillä ei tässä suhteessa eroa ollut (m=16.7%, n=16.7%).

4 Koulutustaso

Koko aineistossa peruskoulun suorittaneita oli 68 kpl (40.4%), keskiasteen koulutuksen saaneita 59 potilasta (35.1%), korkeakoulutauksia (ei välttämättä loppututkinnon suorittaneita) oli 13.1%, opiskelijoita 14 (8.3%) ja koululaisia 2 (1.2%).

Korkeakoulutauksia yhteensä koko aineistossa 22 kpl, joista 10 kpl (45.5%) Kivelässä ja 2 (9%) Sturenkadulla. Ero on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < 0.05$).

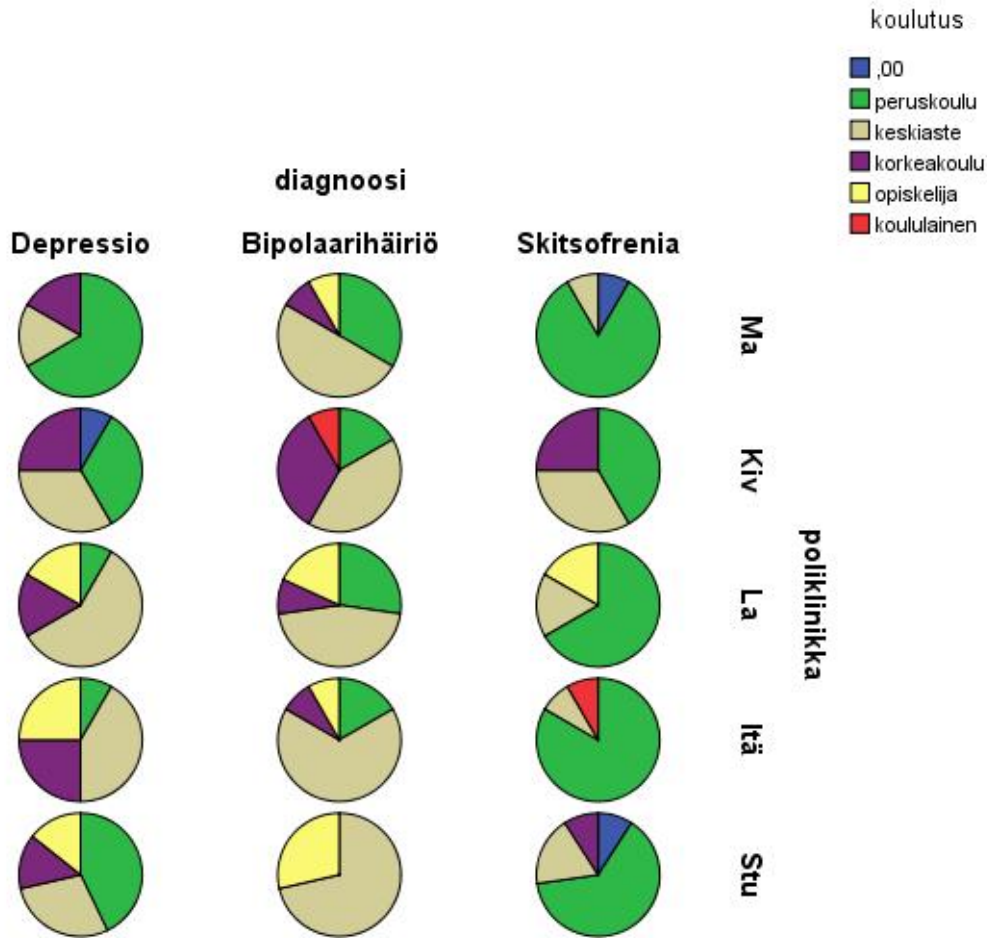
Koulutustasossa oli eroja eri alueilla; koko aineiston korkeakoulussa opiskelleista yhteensä 22 kpl (13%) $10/22 = 45.4\%$ oli Kivelän psykiatrian poliklinikalla, vastaava osuus Sturenkadulla oli $2/22 = 9\%$. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä. ($p < 0.05$, $df = 4$)
Opiskelijoita oli 14 kpl (8.3%) ja koululaisia 2 kappaletta (1.2%) (Taulukko 10).

		poliklinikka					Yhteensä
		Malmi	Kivelä	Laakso	Itäkeskus	Sturenkatu	
koulutustaso	ei tietoa	1 (2.7%)	1 (2.7%)	0	0	1 (4%)	3 (1.8%)
	peruskoulu	22(61.1%)	11(30.6%)	12(34.3%)	13(36.1%)	10 (40%)	68(40.5%)
	keskiaste	9 (25%)	13(36.1%)	14 (40%)	14(38.9%)	9 (36%)	59(35.1%)
	korkeakoulu	3 (8.3%)	10(27.7%)	3 (8.6%)	4 (11.1%)	2 (8%)	22(13.1%)
	opiskelija	1 (2.7%)	0	6 (17.1%)	4 (11.1%)	3 (12%)	14(8.3%)
	koululainen	0	1 (2,7%)	0	1 (2.7%)	0	2 (1.2%)
Yhteensä		36	36	35	36	25	168

Taulukko 10. Koulutustaso alueittain; potilaiden lukumäärät ja (suluissa) prosenttiosuudet.

Koululaisista molemmat olivat myös yksityisterapiassa psykiatrisen erikoissairaanhoidon aikana. Yksi opiskelija sai yksityisterapiaa.

Korkeasti koulutettujen potilaitten osuus oli suurin Kivelän psykiatrian poliklinikalla (kuva 1, seuraavalla sivulla).



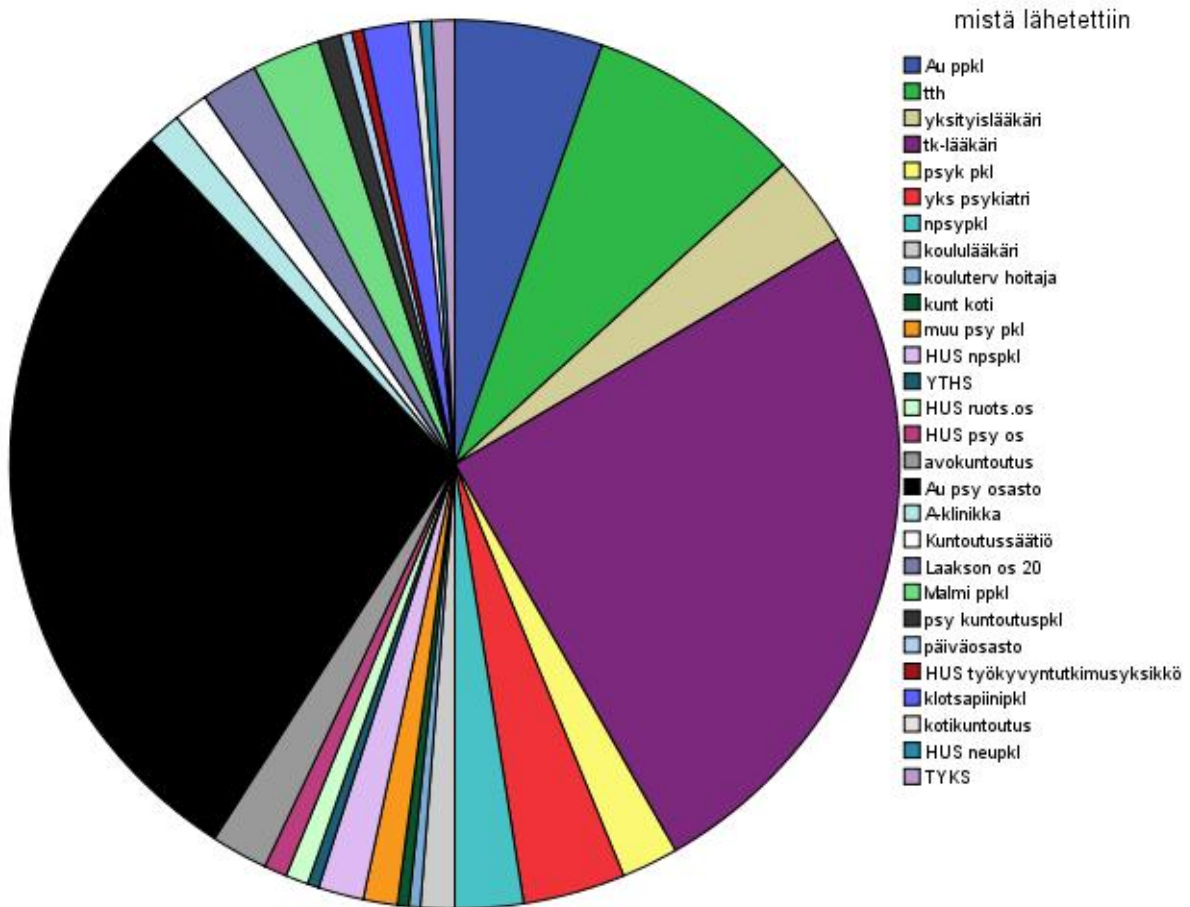
Kuva 1. Korkeasti koulutettujen osuus oli suurin Kivelässä (toinen vaakarivi ylhäältä) kaikissa diagnoosiryhmissä (Ma=Malmi, Kiv=Kivela, La=Laakso, Itä=Itäkeskus, Stu=Sturenkatu). Alueiden väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevät ($p < 0.05$, $df=4$).

6 Itsemurhayritykset ja itsemurhat

Koko aineiston potilaista 12 potilasta yritti tehdä itsemurhan seuranta-aikana. Heistä naisia oli kahdeksan ja miehiä neljä. Kaiken kaikkiaan itsemurhayrityksiä oli yhteensä 16 kappaletta. Itsemurhaa yrittäneet olivat useimmiten hoidossa masennuksen takia (7 potilasta), kaksisuuntaisen mielialahäiriöryhmän potilaita oli 4 kappaletta ja yksi skitsofreniaa sairastava, joka yritti itsemurhaa kolme kertaa. Yhtään itsemurhaa ei tässä otoksessa tehty.

7 Tulokset

7.1 Mistä potilaat lähetettiin avohoitoon? (Kuva 2)



Kuva 2 (edellisellä sivulla). Eri hoitopaikoista psykiatriseen avohoitoon tulleiden lähetteen osuudet tutkimusaineistossa.

Lähetteet psykiatriseen avohoitoon: Terveyskeskuslääkäriltä 25.2%

Auroran sairaalan osastolta 28.9%

Auroran päivystyspoliklinikalta 7.1%

Työterveyslääkäriltä 6.7%

Yksityispsykiatrilta 3.7%

A-klinikalta 1.8%

Muut (25 paikkaa) yhteensä: 33.3%

Noin kolmasosa (31.9%) avohoitoon lähetetyistä tuli perusterveydenhuollosta (terveysasemat ja työterveyshuolto), noin kolmasosa Aurooran sairaalan osastoilta ja päivystyspoliklinikalta ja noin kolmasosa muualta (Kuva 2, edellisellä sivulla).

	Au ppkl	Au psy os	tth-lääk	tk-lääk
D	5	3	9	20
B	5	9	2	15
S	2	34	0	9
yht.	2	46	11	44

Taulukko 11. Lähes kolme neljästä (73.9%) Aurooran osastolta avohoitoon lähetetyistä potilaista sairasti skitsofreniaa. Perusterveydenhuollosta (terveysasemat ja työterveyshuolto) lähetetyistä neljä viidestä (81.8%) sairasti joko masennusta tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä (tk=terveysasema, tth=työterveyshuolto). Erot diagnoosiryhmien välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < 0.001$).

7.1.1 Hoitajaksojen pituudet psykiatrian poliklinikoilla

Tutkimusaineiston potilaiden keskimääräinen hoitajakson pituus psykiatrian poliklinikoilla vuosina 2008-2009 oli 440 vuorokautta. Seuranta-aika päättyi vuoden 2009 lopussa. 115:n potilaan hoito jatkui vielä vuoden 2010 puolella.

7.2 Jatkohoito

Suurin osa (68.5%) jatkoi hoitoa psykiatrian poliklinikalla vuoden 2010 aikana. Perusterveydenhuoltoon (terveysasemat ja työterveyshuolto) palasi yhteensä 11.3 % koko aineiston potilaista.

Toiselle paikkakunnalle tai toiselle Helsingin psykiatrisella poliklinikalla jatkohoitoon siirtyi 7.7% potilaista. (Taulukko 12, seuraavalla sivulla).

	lkm	osuus %		
hoito jatkui 2010	132	78,1		
työterveyshuolto	5	3,0		
terveysasema	14	8,3		
psy pkl (muu)	9	5,3		
toinen psy pkl (HKI)	4	2,4		
HUS os.4	1	,6		
yksityinen psykiatri	1	,6		
yksityisterapia	1	,6		
hoitokoti	1	,6		
Yhteensä	168	100,0		

Taulukko 12. Potilaiden jatkohoito. Noin joka kymmenennellä potilaalla hoito jatkui perusterveydenhuollossa.

8 Hoidon sisältö

8.1 Päivöastojen käyttö

Jokaisella viidellä alueella oli oma päiväosasto. Taulukossa 13 (seuraavalla sivulla) on esitetty päiväsaairaalahoitoa saaneiden potilaiden hoitoajat diagnoosiryhmittäin.

Päiväsaairaalahoitajaksolla oli yhteensä 16 potilasta. Näistä yhdeksällä oli depressiodiagnoosi (52.6%) ja bipolaarihäiriödiagnoosi seitsemällä (43.7%). Yhteensä päiväosastojaksoja oli 24 kappaletta; kahdelle potilaalle päiväosastohoitoja kertyi 4 kappaletta (1 depressio, 1 bipolaarihäiriö) ja kahdelle depressiopotilaalle kaksi hoitokertaa päiväsaairaalassa. Alueellisia erojakin ilmeni: eniten päiväosastojaksoja oli Malmilla (8) ja Laaksossa (7), vähiten Itäkeskuksessa ja Sturenkadulla (1kpl kummassakin). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

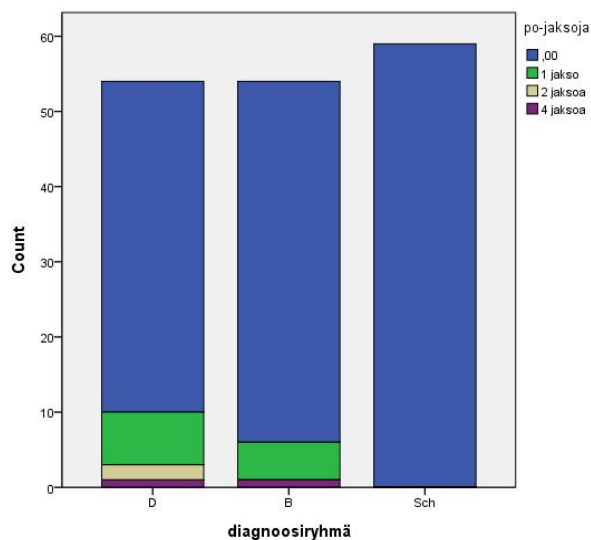
Otoksen potilaista 16:lla (9%) oli vähintään yksi hoitajakso päiväosastolla (vaihteluväli 1-4 jaksoa). Hoitopäivien määrät vaihtelivat 10-147 vuorokauden välillä, keskimääräinen hoitotajakson pituus oli 45.3 vuorokautta (Taulukko 13, seuraavalla sivulla).

		diagnoosiryhmä			Yhteensä
		D	B	S	
päiväosasto vrk	ei vrk	45	48	59	152
	<2 vk	2	0	0	2
	2-4 vk	1	1	0	2
	1-2 kk	4	0	0	4
	2-4 kk	2	3	0	5
	>4 kk	1	2	0	3
Yhteensä		55	54	59	168

Taulukko 13. Päiväosastojaksojen pituudet diagnoosiryhmittäin. D=depressio, B=bipolaarihäiriö, S=skitsofrenia. Yli puolet hoitjaksoista (56,2%) kesti 1-4 kuukautta).

Kuvassa 3 on esitetty päiväosastojaksojen lukumäärät koko aineistossa diagnoosiryhmittäin. Skitsofreniapotilaita ei tässä otoksessa ollut päiväosastohoitoa saaneiden joukossa.

Päiväosastohoitojen käyttö oli tässä aineistossa vähäisintä Itäkeskuksen ja Sturenkadun psykiatrian poliklinikoilla, suurinta Laaksossa, Malmilla ja Kivelässä. Erot alueiden välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.



Kuva 3. Päiväosastojaksojen lukumäärät koko aineistossa diagnoosiryhmittäin. Skitsofreniapotilaita ei tässä otoksessa ollut päiväosastohoitoa saaneiden joukossa.

8.2 Sairaalahoido

Koko aineiston potilaista joka kolmas (33.3%) joutui seuranta-aikana vähintään kerran sairaalahoidoon. Sairaalaosastohoitujen keskimääräinen pituus otoksen bipolaarihäiriö- ja skitsofreniaryhmässä oli 21-100 vuorokautta (vaihteluväli alle 10 vrk-ylä 300 vrk). Masennuspotilaitten sairaalahoidot (6 potilasta) olivat kaikki alle 20 vrk:n mittaisia. Kahden skitsofreniapotilaan hoito kesti yli 300 vrk. Vuonna 2008 psykiatrisen erikoissairaanhoidon päätyneiden hoitajaksojen keskimääräinen hoitoaika vuodeosastoilla Helsingissä oli 28.2 vuorokautta (15). Hoitolomapäiviä ei ole laskettu mukaan.

Kolmekymmentäseitsemän otoksen skitsofreniapotilasta joutui vähintään kerran mielisairaalahoidoon seuranta-aikana (62.7%), bipolaarihäiriöpotilaista noin joka viides (22.2%). Sen sijaan depressiopotilaista vain 7.2% oli sairaalahoidossa. Lukuihin eivät sisälly päiväsairaalaosastohoidot (kts. Päiväsairaalan käyttö).

Yksin asuvista potilaista noin joka kolmas (31.9%) oli vähintään kerran sairaalahoidossa, vastaavasti niistä, jotka eivät asuneet yksin, noin joka neljäs (24.5%).

Koko aineistossa vähiten sairaalahoidoa tarvitsivat korkeasti koulutetut potilaat (13.7%). Vain peruskoulun käyneistä lähes joka toinen (48.6%) päätyi sairaalahoidoon, noin joka viides keskiasteen koulutuksen saaneista (22.1%) ja opiskelijoista (21.5%) oli vähintään kerran sairaalahoidossa seuranta-aikana.

8.2.1 Tahdosta riippumaton sairaalahoito

Tutkimuspotilaista (20.2%) oli tahdosta riippumattomassa sairaalahoidossa (Taulukko 14). Skitsofreniaryhmän potilaista 44% oli seuranta-aikana vähintään kerran tahdosta riippumattomassa sairaalahoidossa (vaihteluväli 0-5 kertaa). Bipolaariryhmän potilaista tahdosta riippumattomassa sairaalahoidossa oli vähintään kerran 12.9% (vaihteluväli 0-2).

		tahdosta riippumattomassa hoidossa x					Yht.
		ei vastentahtoisessa hoidossa	kerran	kahdesti	neljästi	x5	
diagnoosi	D	55	0	0	0	0	55
	B	47	6	1	0	0	54
	S	32	20	5	1	1	59
Yhteensä		134	26	6	1	1	168

Taulukko 14. Tahdosta riippumattomassa sairaalahoidossa olleitten potilaiden hoitokertojen lukumäärät diagnosiryhmittäin (koko aineisto). D=depressio, B=bipolaarihäiriö, S=skitsofrenia

8.3 Avohoito

8.3.1 Avohoidon lääkärin vastaanottokäynnit.

Lääkärissäkäyntien lukumäärä potilasta kohden oli keskimäärin 4.8 käyntiä (keskihajonta 3.50) tutkimusjakson (keskimääräinen avohoitojakson kesto oli 440 vrk) aikana (vaihteluväli 0-17 käyntiä). Keskimäärin potilas tapasi lääkärin kerran 91.6 vrk:ssa eli noin kerran kolmessa kuukaudessa. Kuusi potilasta (3.8%) ei tavannut seuranta-aikana lääkäriä kertaakaan. Vastaanottokäyntien määrä jakautui tasaisesti eri ikäryhmien kesken Malmin, Kivelän ja Laakson psykiatristen poliklinikoiden välillä. Itäkeskuksessa eniten lääkärin vastaanotolla kävivät 45-54-vuotiaat, Sturenkadulla vastaavasti 25-34-vuotiaat. Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Taulukko 15, seuraavalla sivulla).

poliklinikka	lääkärikäynnit						Total		
	ei kertaakaan	kerran	kahdesti	3-5 kertaa	6-9 kertaa	yli 10 kertaa			
Malmi	diagnoosi	Depressio	0	1	4	3	2	2	12
		Bipolaarihäiriö	0	0	0	6	5	1	12
		Skitsofrenia	2	1	4	2	2	1	12
		Yhteensä	2	2	8	11	9	4	36
Kivelä	diagnoosi	Depressio	1	2	1	4	3	1	12
		Bipolaarihäiriö	1	1	1	5	2	2	12
		Skitsofrenia	0	0	3	7	1	1	12
		Yhteensä	2	3	5	16	6	4	36
Laakso	diagnoosi	Depressio		1	1	1	7	2	12
		Bipolaarihäiriö		1	0	3	4	3	11
		Skitsofrenia		2	2	4	0	4	12
		Yhteensä		4	3	8	11	9	35
Itäkeskus	diagnoosi	Depressio	1	3	2	4	2	0	12
		Bipolaarihäiriö	0	3	1	3	5	0	12
		Skitsofrenia	1	2	4	4	0	1	12
		Yhteensä	2	8	7	11	7	1	36
Sturenkatu	diagnoosi	Depressio		1	0	5	1	0	7
		Bipolaarihäiriö		0	2	2	1	2	7
		Skitsofrenia		1	2	4	4	0	11
		Yhteensä		2	4	11	6	2	25

Taulukko 15. Käynnit avohoidon lääkäreiden vastaanotoilla alueittain ja diagnoosiryhmittäin.

8.3.2 Käynnit sairaanhoitajan vastaanotolla avohoidossa

Yhteensä aineiston potilailla oli käyntejä tutkimusjakson(=keskimäärin 440 vuorokautta) sairaanhoitajan vastaanotoilla 1132 (keskiarvo 6.7 käyntiä/potilas). Vaihteluväli 0-51 käyntiä. Vähiten sairaanhoitajan vastaanotoilla kävivät masennuspotilaat, bipolaarihäiriö- ja skitsofreniapotilaat suurin piirtein yhtä usein (Taulukko 16, seuraavalla sivulla).

diagnosiryhmä	sh käynnit						Yhteensä	
	ei käyntejä	1-5 krt	6-9 krt	10-20 krt	21-40	yli 40 krt		
Depressio poliklinikka	Malmi	9	0	2	1	0	12	
	Kivelä	7	0	2	3	0	12	
	Laakso	7	0	3	2	0	12	
	Itäkeskus	6	2	1	2	1	12	
	Sturenkatu	4	3	0	0	0	7	
	Yhteensä	33	5	8	8	1	55	
Bipolaarihäiriö poliklinikka	Malmi	3	2	0	6	1	12	
	Kivelä	4	3	0	4	1	12	
	Laakso	5	2	0	4	0	11	
	Itäkeskus	4	4	2	2	0	12	
	Sturenkatu	4	3	0	0	0	7	
	Yhteensä	20	14	2	16	2	54	
Skitsofrenia poliklinikka	Malmi	2	8	0	2	0	0	12
	Kivelä	5	2	0	3	2	0	12
	Laakso	0	3	0	4	4	1	12
	Itäkeskus	4	3	1	2	1	1	12
	Sturenkatu	7	1	1	1	1	0	11
	Yhteensä	18	17	2	12	8	2	59

Taulukko 16. Käynnit sairaanhoitajien vastaanotoilla avohoidossa alueittain ja diagnosiryhmittäin.

8.3.3 Käynnit psykologilla avohoidossa

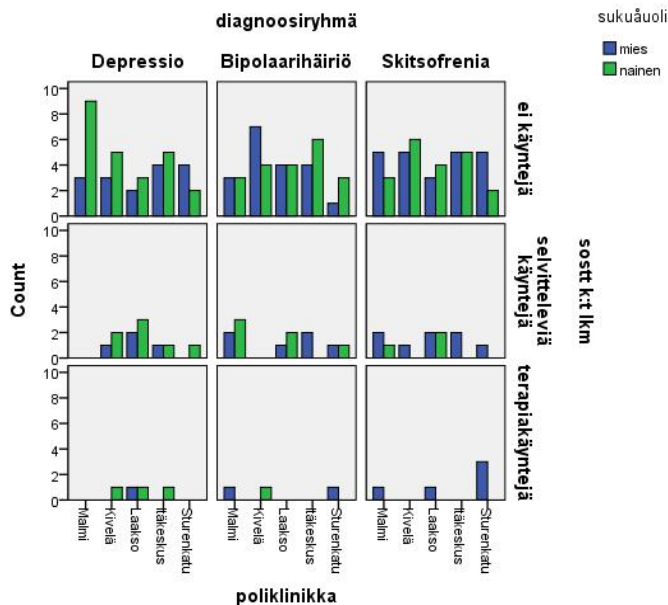
Vähintään kerran (vaihteluväli 0-30 käyntikertaa) kävi psykologin vastaanotolla masennuspotilaista 26 kappaletta (47.3%), bipolaaripotilaista 12 (22.2%) ja skitsofreniapotilaista 9 (15.2%) (Taulukko 17).

diagnoosiryhmä			psykologin käynnit					Yhteensä
			ei käyntejä	1-5 krt	6-9 krt	10-20 krt	21-30 krt	
Depressio	poliklinikka	Malmi	8	0	0	3	1	12
		Kivelä	4	3	2	2	1	12
		Laakso	7	1	0	4	0	12
		Itäkeskus	6	3	1	2	0	12
		Sturenkatu	4	0	0	3	0	7
	Yhteensä		29	7	3	14	2	55
Bipolaarihäiriö	poliklinikka	Malmi	11	0	0	1	0	12
		Kivelä	11	0	0	0	1	12
		Laakso	8	0	2	1	0	11
		Itäkeskus	9	1	1	1	0	12
		Sturenkatu	3	0	0	2	2	7
	Yhteensä		42	1	3	5	3	54
Skitsofrenia	poliklinikka	Malmi	11	0	1	0		12
		Kivelä	9	2	1	0		12
		Laakso	9	1	1	1		12
		Itäkeskus	10	0	0	2		12
		Sturenkatu	11	0	0	0		11
	Yhteensä		50	3	3	3		59

Taulukko 17. Käynnit psykologin vastaanotoilla diagnoosiryhmittäin ja alueittain. Lähes puolet (47.3%) psykologin vastaanotolla käyneistä olivat masennuspotilaita, viidesosa (22.2%) kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia. Skitsofreniapotilaita oli vähiten (15.2%).

8.3.4 Käynnit sosiaalityöntekijällä avohoidossa

Käynnit sosiaalityöntekijällä olivat luonteeltaan joko selvitteleviä tai terapiakäyntejä. Vuoden 2010 alussa otettiin psykiatrian poliklinikoilla käyttöön niin sanotut häiriökohtaiset työryhmät ja tämän jälkeen sosiaalityöntekijöiden hoidolliset vastaanottokäynnit alkoivat vähentyä. Kuvassa 4 (seuraavalla sivulla) on esitetty käynnit sosiaalityöntekijällä alueittain diagnoosiryhmän ja sukupuolen mukaan..

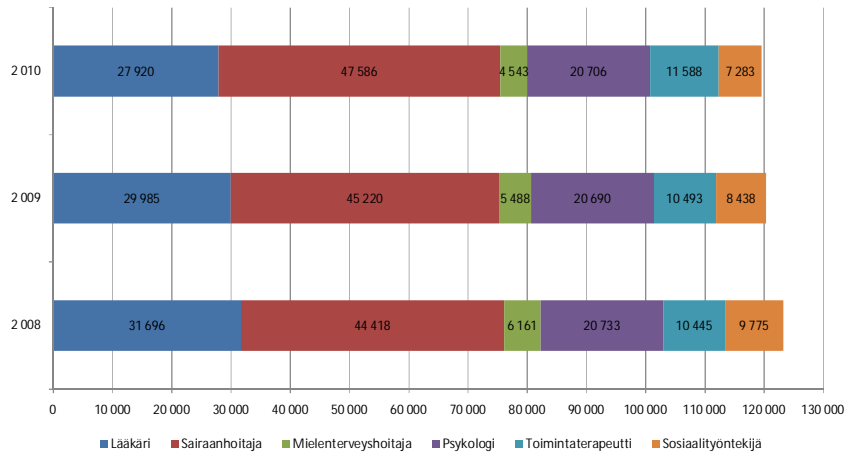


Kuva 4. Käynnit sosiaalityöntekijällä (selvittelevät ja terapiakäynnit) alueittain sukupuolen ja diagnoosiryhmän mukaan.

8.3.5 Käynnit eri työntekijöillä psykiatrian poliklinikoilla 2008-2010

Käynteihin (loppusuoritteisiin) eivät sisälly ns. tukipalvelutuotteet kuten puhelinvastaanotot, tapaamiset sairaalahoidon aikana eivätkä peruuttamattomat poisjäännit (suunnittelija Mirja Asikainen, luvalla) (Kuva 5, seuraavalla sivulla).

Alueellisten psykiatrian poliklinikoiden käynnit 2008 – 2010 käynnille tilastoidun pääsuorittajan mukaan (lähde: TerkeEcomed)



Kuva 5 . Käynnit sosiaalityöntekijällä olivat luonteeltaan joko selvitteleviä tai terapiakäyntejä. HUOM! Vuoden 2010 alussa otettiin psykiatrian poliklinikoilla käyttöön niin sanotut häiriökohtaiset työryhmät. Lääkärikäyntien määrä on vähentynyt, samoin käyntien määrä sosiaalityöntekijöillä. Käynnit sairaanhoitajilla ovat lisääntyneet.

8.4 Psykologiset tutkimukset

8.4.1 Psykologiset tutkimukset avohoidossa

Psykologinen tutkimus tehtiin avohoidossa yhdeksälle potilaalle; useammin masennus- ja bipolaarihäiriöpotilaalle kuin skitsofreniapotilaalle (Taulukko 18).

	diagnoosiryhmä			Yhteensä
	Depressio	Bipolaarihäiriö	Skitsofrenia	
psy tutk avoh ei ps tutkimusta	50	51	57	158
ps tutkimus tehtiin	4	3	2	9
Yhteensä	54	54	59	167

Taulukko 18. Psykologiset tutkimukset avohoidossa diagnoosiryhmittäin.

8.4.2 Psykologiset tutkimukset sairaalassa

Sairaalassa psykologinen tutkimus tehtiin kymmenelle potilaalle; useammin skitsofreniapotilaalle kuin bipolaarihäiriöpotilaalle (Taulukko 19).

		diagnoosiryhmä			Yhteensä
		Depressio	Bipolaarihäiriö	Skitsofrenia	
psy tutk sairaalassa	ei ps tutkimusta	54	52	51	157
	ps tutkimus tehtiin	0	2	8	10
Yhteensä		54	54	59	167

Taulukko 19. Psykologiset tutkimukset sairaalassa diagnoosiryhmittäin.

8.9 Puhelinvastaanotto toiminta

Puhelinvastaanottokäynnit ovat tärkeä osa avohoitotoimintaa; työntekijöillä on yleensä päivisin tunnin puhelinaika, lisäksi soittopyyntöihin vastataan mahdollisuuksien mukaan. Viikoittaisesta työajasta voi psykiatrian poliklinikan työntekijältä kuluu jopa viidennes (=yksi työpäivä) potilaitten kanssa käytäviin puhelinkeskusteluihin tai heidän hoitoon liittyvien asioidensa muunlaiseen selvittelyyn. Tutkimuksessa laskettiin niin sanotut käyntiä korvaavat puhelinkontaktit, joista oli tehty merkintä sairauskertomukseen.

8.9.1 Puhelinvastaanottokäynnit lääkärillä:

Lääkärin puhelinvastaanottokäyntejä oli koko aineistossa 248 kappaletta (Taulukko 20, seuraavalla sivulla).

diagnoosiryhmä			lääkärin puhelinvastaanotot					Yhteensä
			ei puh vo	kerran	2-5 krt	6-9	yli 10 krt	
Depressio	poliklinikka	Malmi	5	2	4	1	0	12
		Kivelä	11	1	0	0	0	12
		Laakso	4	1	4	2	1	12
		Itäkeskus	10	0	2	0	0	12
		Sturenkatu	4	1	2	0	0	7
		Yhteensä	34	5	12	3	1	55
Bipolaarihäiriö	poliklinikka	Malmi	4	0	6	2	0	12
		Kivelä	11	0	1	0	0	12
		Laakso	1	1	7	2	0	11
		Itäkeskus	6	3	3	0	0	12
		Sturenkatu	1	2	1	2	1	7
		Yhteensä	23	6	18	6	1	54
Skitsofrenia	poliklinikka	Malmi	5	2	5	0	0	12
		Kivelä	10	0	2	0	0	12
		Laakso	6	1	3	1	1	12
		Itäkeskus	9	0	3	0	0	12
		Sturenkatu	6	5	0	0	0	11
		Yhteensä	36	8	13	1	1	59

Taulukko 20. Lääkärin puhelinvastaanotokerrat alueittain ja diagnoosiryhmittäin..Eniten lääkärin puhelinvastaanottoja oli Malmilla ja Laaksossa, vähiten Kivelässä ja Itäkeskuksessa ($p<0.001$)

8.9.2 Puhelinvastaanottokäynnit sairaanhoitajalla

Puhelinvastaanottokäyntejä sairaanhoitajilla oli yhteensä 213 kappaletta. Eniten tätä palvelua käyttivät keski-ikäiset (45-54-vuotiaat) bipolaarihäiriö- ja skitsofreniapotilaat, vähiten nuoret aikuiset (25-34-vuotiaat) ja yli 55-vuotiaat kaikissa diagnoosiryhmissä.

8.10 Avohoidon vuorovaikutukselliset ryhmähoidot

Avohoidon ryhmähoidot diagnoosiryhmittäin ja käyntikerrat on esitetty taulukossa 21.

kesk-R-k:t			diagnoosiryhmä			Yhteensä
			Depressio	Bipolaarihäiriö	Skitsofrenia	
ei kesk-R	poliklinikka	Malmi	11	12	11	34
		Kivelä	11	11	10	32
		Laakso	9	10	8	27
		Itäkeskus	12	12	10	34
		Sturenkatu	7	6	8	21
Yhteensä			50	51	47	148
kerran	poliklinikka	Malmi	1		0	1
		Kivelä	0		1	1
		Laakso	1		0	1
Yhteensä			2		1	3
2-10x	poliklinikka	Kivelä	0	0	1	1
		Laakso	2	1	4	7
		Itäkeskus	0	0	2	2
		Sturenkatu	0	1	0	1
Yhteensä			2	2	7	11
11-20x	poliklinikka	Malmi	0	0	1	1
		Kivelä	1	1	0	2
		Sturenkatu	0	0	1	1
Yhteensä			1	1	2	4
>20x	poliklinikka	Sturenkatu			2	2
		Yhteensä				2

Taulukko 21. Avohoidon ryhmähoidot alueiden, käyntikertojen lukumäärän ja diagnoosiryhmien mukaan järjestettynä. Avohoidon ryhmähoidoissa kävi vähintään kerran 20 potilasta (11.9%). Puolet heistä oli skitsofreniapotilaita..

8.11 Avohoidon toiminnalliset ryhmät

Kahdellakymmenellä kahdella (13.1%) potilaalla oli yhteensä 275 käyntiä (vaihteluväli 1-52). Lähes puolet (10 potilasta) kuului skitsofreniaryhmään, viisi masennusryhmään. Kaksi bipolaariryhmän potilasta osallistui toiminnalliseen ryhmään Itäkeskuksessa ja yksi Kivelässä. Tässä otoksessa ei ollut yhtään potilasta toiminnallisissa ryhmissä Laaksossa.

8.12 Yksilöllinen toimintaterapia avohoidossa

Yksilölliseen toimintaterapiaan osallistui kymmenen otoksen potilasta (5.9%). Kivelässä tätä hoitomuotoa sai neljä masennuspotilasta, Malmilla kaksi masennuspotilasta, kaksi skitsofreniapotilasta ja yksi skitsofreniapotilas ja Sturenkadulla yksi skitsofreniapotilas. Käyntimäärien vaihteluväli oli 1-10 käyntiä; keskiarvo 5.1 käyntiä.

8.13 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakurssit

Helsingin psykiatrian erikoissairaanhoidossa on ryhmäterapiakeskus, joka järjestää erilaisia ryhmämuotoisia kursseja; esimerkiksi oireenhallintakursseja ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakursseja.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakurssit on tarkoitettu nimenomaan bipolaaripotilaille; oireenhallintakursseille potilaita voi osallistua muistakin diagnoosiryhmistä (esimerkiksi erilaiset ahdistushäiriöt). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakursseille osallistui yhdeksän (16,6%) bipolaariryhmän potilasta (Taulukko 22, seuraavalla sivulla).

diagnoosi	hallintakurssi							Yht
	ei kurssia	käyty jakson aikana	lähete tehty	tarjottu kurssia	käyty aikaisemmin	info	keskeytti kurssin	
Bipolaarihäiriö poliklinikka Malmi	7	1	0	2	1	0	1	12
Kivelä	9	3	0	0	0	0	0	12
Laakso	9	1	1	0	0	0	0	11
Itäkeskus	10	0	0	0	1	1	0	12
Sturenkatu	3	4	0	0	0	0	0	7
Yhteensä	38	9	1	2	2	1	1	54

Taulukko 22. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakurssin käyneet, sille lähetetyt ja sille tarjotut potilaat tutkimusjakson aikana. Kaksi kolmesta kurssin käyneestä oli miehiä ja eniten kurssin käyneitä oli Sturenkadulla ja Kivelässä, vähiten Itäkeskuksessa. Erot alueiden välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

8.14 Oireenhallintakurssit

Oireenhallintakursseille (oh) osallistui otoksesta eniten potilaita bipolaariryhmästä, vähiten depressioryhmästä. Sturenkadun bipolaariryhmän potilaista 71.4 % kävi jakson aikana oireenhallintakurssin, Malmilla ei yksikään (Taulukko 23).

diagnoosi	oh-kurssit						Yht.	
	ei oh-kurssia	oh-kurssi käyty	lähete tehty	tarjottu kurssia	käyty aikaisemmin	infomoitu		
Depressio poliklinikka	Malmi	11	1		0		0	12
	Kivelä	10	0		2		0	12
	Laakso	12	0		0		0	12
	Itäkeskus	12	0		0		0	12
	Sturenkatu	5	1		0		1	7
Yhteensä	50	2		2		1	55	
Bipolaarihäiriö poliklinikka	Malmi	12	0	0	0	0	0	12
	Kivelä	7	1	0	4	0	0	12
	Laakso	6	1	3	1	0	0	11
	Itäkeskus	7	1	0	0	3	1	12
	Sturenkatu	2	5	0	0	0	0	7
Yhteensä	34	8	3	5	3	1	54	
Skitsofrenia poliklinikka	Malmi	9	2	0		0	1	12
	Kivelä	12	0	0		0	0	12
	Laakso	9	2	0		1	0	12
	Itäkeskus	11	0	1		0	0	12
	Sturenkatu	10	1	0		0	0	11
Yhteensä	51	5	1		1	1	59	

Taulukko 23 (edellisellä sivulla). Oireenhallintakursseilla oli potilaita kaikista diagnoosiryhmistä, eniten kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ryhmästä. Sturenkadun psykiatrian poliklinikan bipolaaripotilaista 71.4% kävi kurssin, Malmilla ei yksikään. Erot alueiden välillä olivat tilastollisesti merkitsevät; $p < 0.046$, $df = 4$.

9 Psykiatristen arviointiasteikkojen käyttö

Erilaisten kyselylomakkeiden ja oiremittareiden sekä seulontatestien käyttö oli eri alueilla ja alueen sisälläkin kirjavaa ja kaiken kaikkiaan sangen vähäistä.

Muiden mittareiden kuin BDI:n (Beck Depression Inventory) käyttö oli vähäistä; esimerkiksi aineiston potilaista kuudelle tehtiin avohoidossa SCID-II (Structured Clinical Inventory for DSM-IV, Axis II, personality disorders) päiväosastohoidossa olleille kahdelle. SCID-I:tä (I-akselin vakavaa mielenterveyshäiriötä määrittävä) ei tehty kenellekään aineiston potilaalle.

HUOM!: Helsingin kaupungin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ei ole edellytetty SCID-haastatteluiden tekemistä rutiininomaisesti, vaan ne ovat vapaaehtoisia.

MMSE (Mini Mental State Examination) tehtiin kolmelle aineiston potilaalle. MADRS-testi (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) tehtiin kahdelle masennuspotilaalle.

	BDI (kerrat)						Total
	ei kertaakaan	kerran	kahdesti	kolmesti	neljästi	viidesti	
diagnoosiryhmä D	24	15	11	3	1	1	55
B	33	15	2	4	0	0	54
SCH	52	4	3	0	0	0	59
Yhteensä	109	34	16	7	1	1	168

Taulukko 24. Aineiston potilaille tehdyt BDI-kyselyt diagnoosiryhmittäin.

BDI tehtiin psykiatrian poliklinikoilla vähintään kerran 31:lle (56.4%) masennuspotilaalle ja 21:lle (38.9%) kaksisuuntaisen mielialahäiriöryhmän potilaalle BDI tehtiin avohoidossa koko aineistossa 16:lla masennuspotilaalle (29%) kaksi kertaa tai useammin tutkimusjakson aikana

(taulukko 24). Jotkin työntekijät tekivät kyselyitä toistetusti, jopa viisi kertaa seurantajakson aikana, useimmat eivät kertaakaan. Bipolaariryhmässä vastaava luku oli 11% . BDI:n käytössä eri alueilla ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Sen sijaan perusterveydenhuollossa eri alueilla (Taulukko 25) tehtyjen BDI-kyselyiden välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p<0.001$). Eniten BDI-kyselyä tehtiin Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikan vaikutusalueen perusterveydenhuollossa (8 potilasta), vähiten (ei yhtään kertaa) Malmilla ja Kivelässä, niillä potilailla, jotka sieltä psykiatriseen avohoitoon lähetettiin. Psykiatrian poliklinikoille perusterveydenhuollosta lähetetyille potilaille noin joka neljännelle (24.3%) oli tehty siellä BDI.

BDI (Beck`s Depression Inventory) tehtiin yhdeksälle (56%) päiväsairaalassa olleelle 16:lle potilaalle vähintään yhden kerran.

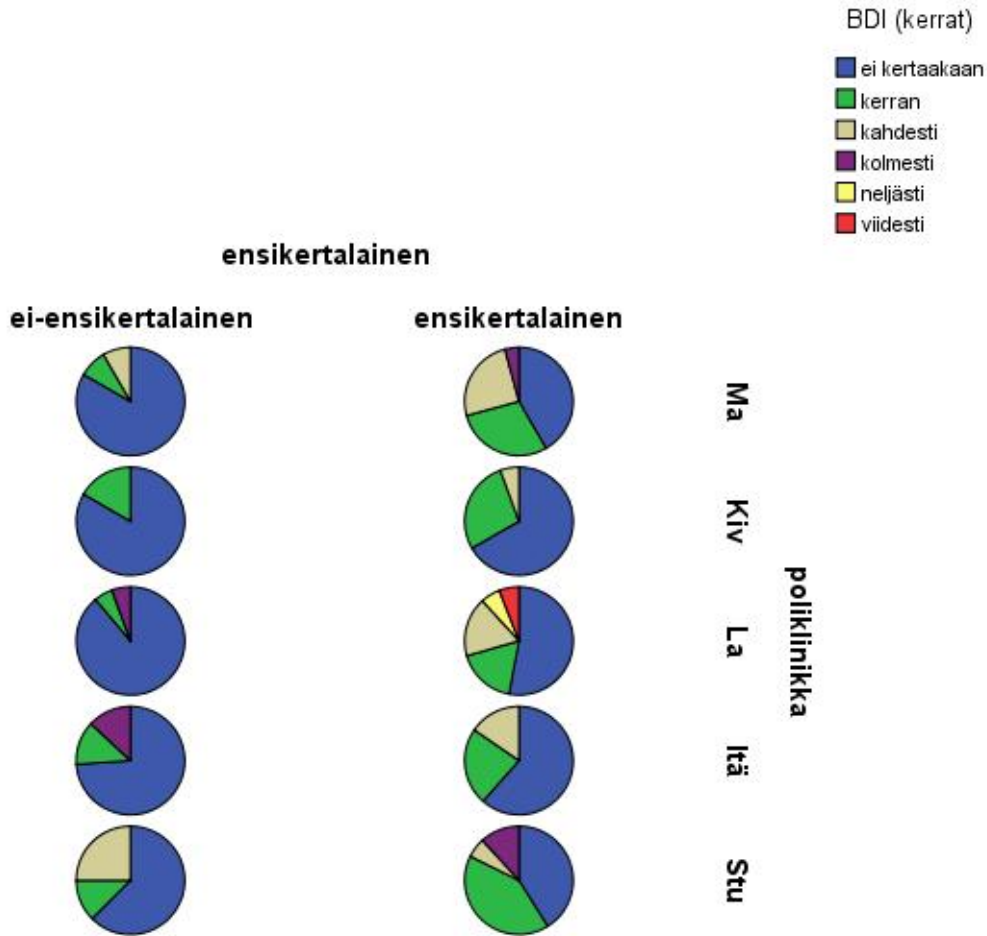
MADRS-testi (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) tehtiin kahdelle masennuspotilaalle.

Taulukossa 25 on esitetty perusterveydenhuollossa tehtyjen BDI-kyselyiden lukumäärät.

		BDI perusterveydenhuollossa			Yhteensä
		ei tehty	kerran	kahdesti	
poliklinikka	Ma	36	0	0	36
	Kiv	36	0	0	36
	La	33	2	0	35
	Itä	28	7	1	36
	Stu	23	2	0	25
Yhteensä		156	11	1	168

Taulukko 25. Perusterveydenhuollossa tehtyjen BDI-kyselyiden lukumäärät alueittain niillä potilailla, jotka sieltä lähetettiin psykiatrian poliklinikoille Erot alueiden välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p<0.001$).

Kuvassa 6 on esitetty ensikertalaisuuden (=potilaalla ensimmäinen hoitajakso psykiatrian poliklinikalla) vaikutus avohoidossa tehtyjen BDI-testien määrään.



Kuva 6.

Kuva 6. (Edellisellä sivulla). Ensikertalaisuuden (=potilaalla ensimmäinen avohoitajakso) vaikutus psykiatrian poliklinikoilla tehtyjen BDI-kyselyiden lukumäärään.

Kivelässä käytettiin vähiten BDI-lomaketta, Sturenkadulla eniten. Erot alueiden välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Jos potilas oli ensikertalainen, hänelle tehtiin useammin BDI kuin potilaalle, joka oli jo aikaisemmin ollut avohoidossa. Diagnostisista seulontatesteistä MDQ:n (Mood Disorder Questionnaire) käytössä avohoidossa oli alueellisia eroja; Sturenkadulla käytettiin eniten: kuudella bipolaaripotilaalla ja kolmella masennuspotilaalla. Kivelässä ei tehty MDQ-kyselyä yhdellekään otoksen potilaalle. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) tehtiin avohoidossa 16:lle potilaalle (9%) ja sairaalahoidon aikana kahdelle.

10 Lääkehoito psykiatrian poliklinikoilla

Tutkimuksessa selvitettiin oliko potilaan lääkitys asianmukainen (adekvaatti) hoitojakson lopussa? Koko aineistossa adekvaatti lääkitys oli 111:llä potilaalla (66.1%). Adekvaatiksi

katsottiin käypä hoito-suosituksen mukaiset lääkevalmisteet ja niiden diagnoosikohtaiset annokset. Mikäli potilaalla oli vakava päihdeongelma, A-klinikkakontakti tai hänet lähetettiin sinne jakson aikana, lääkitystä ei katsottu adekvaatiksi, koska hoito ei tuolloin todennäköisesti toimi. Kuitenkin, jos skitsofreniapotilaalla oli alkoholiriippuvuus, mutta hän oli siitä tutkimusajankohtana vieroittunut, hänen lääkityksensä katsottiin adekvaatiksi. Lääkehoitoa ei myöskään pidetty adekvaattina, jos hoito päättyi peruttamattomiin poisjäänteihin. Päihdeongelma oli 32:lla aineiston potilaalla (19%) ja tämä muodosti yli puolet (56,1%) epäadekvaateiksi katsotuista lääkityksistä. Päihdeongelmaa oli eniten (29.6 %:lla) kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla, depressio- ja skitsofreniapotilailla noin puolet vähemmän (Taulukko 26).

		päihdeongelma		Yht.
		ei päihdeongelma a	päihdeongelma	
diagnoosi	Depressio	47	9	56
	Bipolaari	38	16	54
	Skitsofrenia	51	7	58
Yhteensä		136	32	168

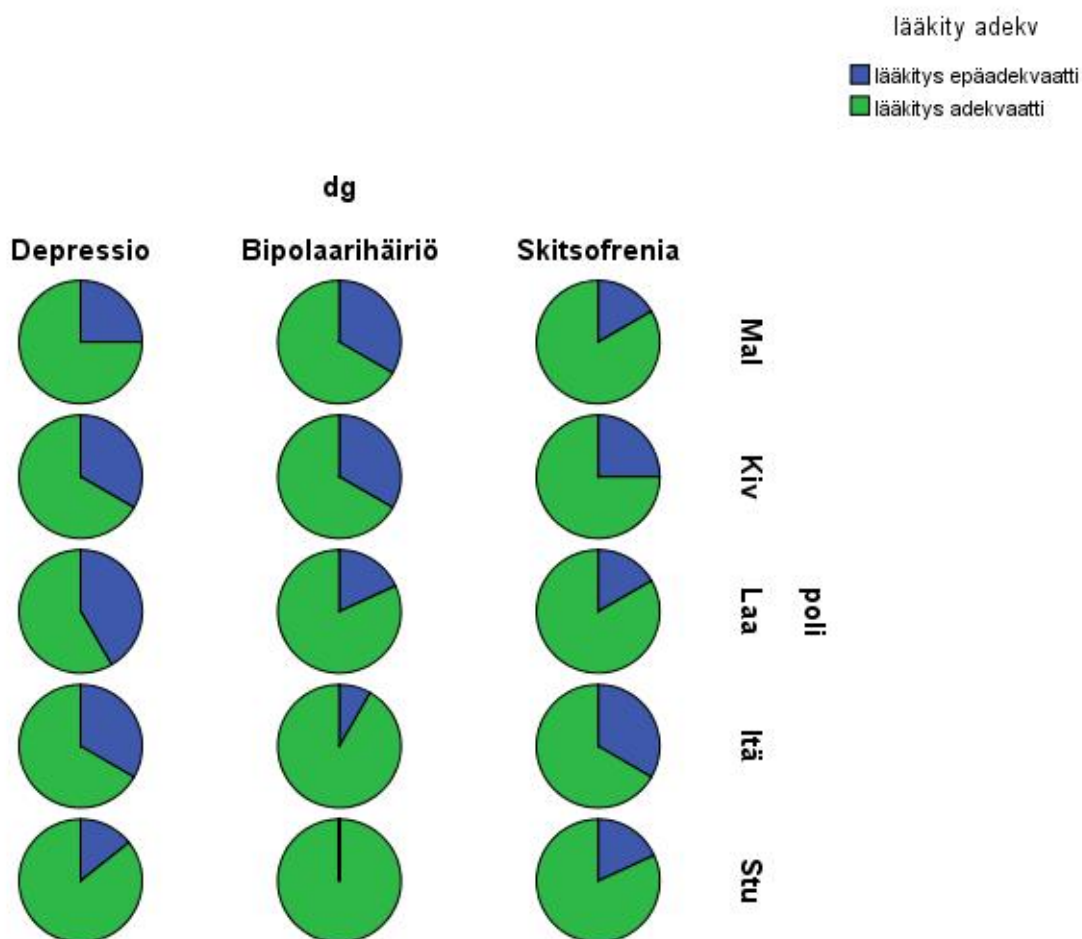
Taulukko 26. Päihdeongelmaisten potilaiden lukumäärät diagnoosiryhmittäin koko aineistossa.

Päihdeongelma oli 32:lla aineiston potilaalla ja tämä muodosti yli puolet (56,1%) epäadekvaateiksi katsotuista lääkityksistä. Päihdeongelmaa oli eniten (29.6 %:lla) kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla, depressio- ja skitsofreniapotilailla noin puolet vähemmän.

Lääkityksen katsottiin olevan adekvaattia, jos potilas oli siirretty jatkohoitoon terveysasemalle, missä hän kävi saamassa pitkävaikutteiset lihaksensisäisesti annosteltavat psykoosilääkeinjektiot säännöllisesti. Lääkehoitoa ei myöskään olisi pidetty asianmukaisena, jos esimerkiksi bipolaarihäiriöryhmän potilaalla olisi ollut käytössä masennuslääkitys ilman tasaajaa (tässä aineistossa ei yhdelläkään potilaalla näin ollut). Lisäksi skitsofreniapotilaiden kohdalla sinänsä adekvaatti psykoosilääkitys saattoi jäädä toteutumatta potilaan puutteellisen psyykkisen sairaudentunnon tai omaehtoisen hoidosta pois jättäytymisen takia. Pitkävaikutteisen neuroleptin erityiskorvattavuuden käsittelyn viipyminen Kelassa johti

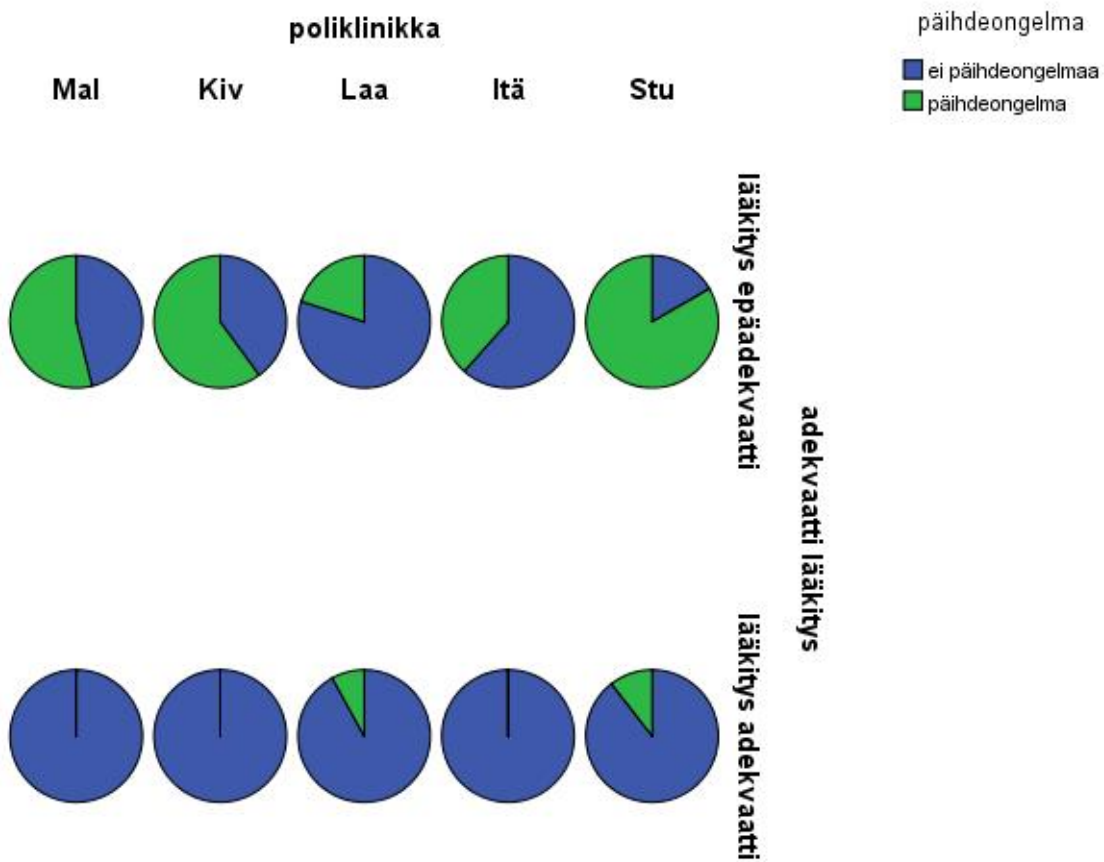
kahden otoksen skitsofreniaryhmän potilaan kohdalla sairaalahoitoon. Jos potilaalla ei ollut lainkaan lääkitystä seuranta-aikana (neljä masennuspotilasta), katsottiin, ettei lääkahoito heidän kohdallaan toteutunut asianmukaisella tavalla. Lisäksi skitsofreniapotilaiden kohdalla sinänsä adekvaatti psykoosilääkitys saattoi jäädä toteutumatta potilaan puutteellisen sairautentunnon tai omaehtoisen hoidosta pois jättäytymisen takia. Kaikissa diagnoosiryhmissä potilaille useimmiten määrättiin (78kpl, 46.4%) seuranta-aikana 3-5:eri lääkevalmistetta. Vaihteluväli oli 0-9 lääkettä. Vain yhtä lääkettä sai yhteensä 33 potilasta (19.6%), useimmiten skitsofreniapotilaat (18 kpl) ja bipolaarihäiriöpotilaat (10kpl). Yleisimmät lääkkeet olivat pitkävaikutteinen risperidoni (lihaksensisäinen antotapa), sitalopraami, olantsapiini, ketiapiini ja sertraliini.

Epäadekvaattien lääkitysten osuudet alueittain on esitetty alla (Kuva 7, seuraavalla sivulla).



Kuva 7. Epäadekvaattien lääkitysten osuudet (sininen) diagnoosiryhmittäin eri alueilla. Vihreä kuvaa adekvaattien lääkitysten osuutta. Erot alueiden välillä eivät olleet tilastollisesti merkitsevät.

Päihdeongelman osuus koko aineiston epäadekvaateissa lääkityksissä vaihteli alueittain (kuva 8, seuraavalla sivulla).



Kuva 8. Päihdeongelman osuus epäadekvaateiksi katsotuissa lääkityksissä alueittain. Erot ovat tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < 0.001$). HUOM! Päihdeongelma on myös mukana joissakin adekvaateiksi katsotuissa lääkityksissä (Laakso ja Sturenkatu); tällöin arvioitiin, ettei päihdeongelma ollut lääkehoidon toimivuutta olennaisesti haittaava; esimerkiksi skitsofreniapotilaan alkoholiriippuvuus; tällä hetkellä vieroittunut (F10.20)

10.1 Masennuspotilaiden lääkehoito

Masennuspotilaita otoksessa oli 55 kappaletta. Neljä potilasta (7.3%) ei saanut jakson aikana mitään lääkitystä. Lähes kolmella potilaalla neljästä oli käytössä vain yksi masennuslääke, kahdeksalla (14.5%) kaksi masennuslääkettä yhtä aikaa ja yhdellä kolme masennuslääkettä samanaikaisesti (Taulukko 27).

		montako masennuslääkettä yhtä aikaa				Yhteensä
		ei lääk	1 mas.lääke	2 mas.lääkettä	3 mas.lääkettä	
pkl	Mal	2	5	4	1	12
	Kiv	2	9	1	0	12
	Laa	2	8	2	0	12
	Itä	0	11	1	0	12
	Stu	0	7	0	0	7
Yhteensä		6	40	8	1	55

Taulukko 27.. Yhtä aikaa käytettyjen masennuslääkkeitten määrät alueittain.

.Masennusryhmässä lääkitys oli adekvaatti 63%:lla potilaista.

Yleisimmin käytetyt masennuslääkkeet (koko aineisto) olivat sitalopraami (16.4%), essitalopraami (14.5%), duloksetiini ja sertraliini (12.7% kumpikin) ja venlafaksiini (10.9%). Psykoosilääke oli mukana masennuspotilaan lääkityksessä 18:lla potilaalla (32.7 %). Eniten käytettiin ketiapiinia.(13 potilasta, 23.6% masennuspotilaista).

Masennuspotilaille määrättyjen eri masennuslääkkeiden lukumäärät seuranta-aikana on esitetty alla (Taulukko 28).

		N	Prosenttiosuudet
määrätyt masennuslääkkeet	ei lääkitystä	4	7,3%
	1 lääke	10	18,2%
	2 lääkettä	12	21,8%
	3 lääkettä	11	20,0%
	4 lääkettä	9	16,4%
	5 lääkettä	4	7,3%
	7 lääkettä	5	9,1%
Yhteensä		55	100,0%

Taulukko 28 (edellisellä sivulla). Masennuspotilaille määrätty masennuslääkkeiden lukumäärät seuranta-aikana. Lähes joka viidennelle masennuspotilaalle määrättiin yhtä masennuslääkettä seuranta-aikana, mutta melkein joka kymmenennelle (9.1%) määrättiin seitsemää eri masennuslääkettä

10.1.2 Aivojen sähköhoito (ECT=Electric Convulsive Treatment)

Auroran sairaalassa toimii ECT-yksikkö, joka antaa hoitoja sairaalassa sisäänkirjoitettuna oleville potilaille, mutta myös niin sanottuja polikliinisiä hoitoja, jolloin potilaat tulevat läheteellä avohoidon toimipisreistä.

Tämän aineiston potilaista ei kukaan saanut tutkimusajankohtana sähköstimulaatiohoitoa.

10.1.3 Yksilöpsykoterapia

Koko aineiston potilaista yhdeksän (5.4%) sai lääkinnällisenä kuntoutuksena joko Kelan korvaamana tai ostopalveluna yksilöpsykoterapiaa. Kuusi heistä oli hoidossa depression vuoksi (10.9% depressiopotilaista) kaksi bipolaarihäiriön (3.7 % tästä ryhmästä) ja yksi (1.7%) skitsofrenian takia. Kaikki yksilöpsykoterapiassa olleet olivat hoidon aikana töissä. Kahdelle kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalle tarjottiin yksityisterapiaa, samoin yhdelle masennuspotilaalle; hekin olivat kaikki töissä. Yksi bipolaarihäiriöpotilas oli ollut aikaisemmin yksityisterapiassa ja hänkin oli nyt hoidon aikana töissä.

Mainittakoon, että Laakson psykiatrian poliklinikalla ei yksityisterapiaa ollut kenelläkään tässä otannassa (ero muihin poliklinikoihin ei ollut tilastollisesti merkitsevää) ja kaikki, jotka yksityisterapiaa saivat olivat siis hoitojaksolle tullessa töissä.

10.2 Bipolaaripotilaiden lääkehoito

Tutkimuksessa oli mukana yhteensä 54 kaksisuuntaista mielialahäiriöpotilasta.

Heistä ns. tyyppi-I:n kaksisuuntaisella mielialahäiriödiagnosilla (F31.x) hoidossa oli 39 potilasta (72.2%) ja tyyppi-II:n diagnosilla (F31.8) 15 potilasta (27.8%) Siis noin yhdellä kolmesta bipolaariryhmän potilaista diagnosina oli tyyppi-II:n kaksisuuntaisen mielialahäiriö. Yhtään sellaista tapausta tässä aineistossa ei löytynyt, jossa bipolaaripotilasta olisi hoidettu masennuslääkkeellä ilman mielialaa tasaavaa lääkettä.

Taulukossa 29 on esitetty kaksisuuntaisen mielialahäiriöryhmän lääkitysten asianmukaisuus (tyyppi I ja II).

	adekvaatti lääkitys		Yhteensä
	lääkitys epäadekvaatti	lääkitys adekvaatti	
Bipo I/II dg muu kuin bipo	35	79	114
Bipo I	16	23	39
Bipo II	6	9	15
Yhteensä	57	111	168

Taulukko 29. I-tyypin bipolaaripotilailla lääkitys oli adekvaatti 58.1 %:lla, II-tyypin potilailla 60 %:lla. Muissa diagnoosiryhmissä lääkitys oli adekvaatti 69.3 %:lla potilaista.

Päihdeongelma vaikutti suuresti siihen, oliko kaksisuuntaisen mielialahäiriöpotilaan lääkitys adekvaatti vai ei. Bipolaari I-ryhmässä päihdeongelma oli mukana 68.8 %:lla potilaista, joiden lääkitys oli epäadekvaatti, kakkostyypissä 83.3 %:lla.

Päihdeongelmaa esiintyi selvästi enemmän kaksisuuntaisessa mielialahäiriöryhmässä kuin muissa diagnoosiryhmissä.(Taulukko 26, sivulla 30).

	päihdeongelma		Yht.
	ei päihdeongelma	päihdeongelma	
Bipo I/II dg muu kuin bipo	98	16(14 %)	114
Bipo I	28	11 (28.2%)	39
Bipo II	10	5(33.3%)	15
Yhteensä	136	32	168

Taulukko 30. Päihdeongelma oli mukana lähes joka kolmannella kaksisuuntaisen mielialahäiriöryhmän potilaalla. Muissa diagnoosiryhmissä päihdeongelmaa esiintyi selvästi vähemmän.

Koko aineistossa noin joka neljännellä (25.%) bipolaariryhmän potilaalla oli käytössä jonkin mielialaa tasaavan lääkkeen ja jonkin masennuslääkkeen (useimmiten SSRI=selektiivinen serotoniinin takaisinoton estäjä) yhdistelmä. Ketiapiini oli ainoana lääkkeenä useimmiten käytetty tasaaja (16.4%).

Taulukossa 31 on esitetty tutkimusaineiston bipolaaripotilaiden lääkeyhdistelmät ja niiden prosenttiosuudet.

lääkeaine	potilaita	osuus
ketiapiini	9	16.4%
ketiapii ja ad masennuslääke	5	9.1%
ketiapiini ja lamotrigiini	2	3.6%
ketiapiini, lamotrigiini ja masennuslääke	2	3.6%
lamotrigiini ja olantsapiini	1	1.8%
lamotrigiini ja masennuslääke	5	9.1%
litium	2	3.6%
litium ja masennuslääke	2	3.6%
valproaatti	4	7.3%
valproaatti ja ketiapiini	6	10.9%
valproaatti, lamotrigiini ja mas.lääke	2	3.6%
valproaatti ja lamotrigiini	1	1.8%
valproaatti ja masennuslääke	1	1.8%
valproaatti ja olantsapiini	2	3.6%
valproaatti, ketiapiini ja mas.lääke	6	10.9%
risperidoni	2	3.6%
karbamatsepiini, lamotrigiini ja mas.lääke	1	1.8%
pregabaliini ja masennuslääke	1	1.8%
Yhteensä	54	100 %

Taulukko 31. Mielialaa tasaavien lääkeaineiden (=tasaajien) ja niiden yhdistelmien lukumäärät ja prosenttiosuudet kaksisuuntaisen mielialahäiriöryhmän potilailla (koko aineisto).

Atyyppisten mielialaa tasaavien lääkeaineiden käyttö otoksen bipolaariryhmän potilailla on esitetty taulukossa 32.

	lkm	%		
ei atyyppistä tasaajaa	18	33.3		
yksi atyyppinen	36	66.7		
Yhteensä	54	100.0		

Taulukko 32. Atyyppisten mielialaa tasaavien lääkkeitten käyttö bipolaarihäiriöpotilailla (koko aineisto). Kahdella kolmesta aineiston bipolaariryhmän potilaalla oli käytössä yksi ns. atyyppinen mielialaa tasaava lääke.

10.3 Skitsofreniapotilaiden lääkehoito

Otoksessa oli 59 skitsofreniapotilasta.

Klotsapiinilääkitys oli 7 potilaalla. Pitkävaikutteinen neurolepti-injektio oli 15 potilaalla. Eniten käytetty lääkeaine tässä ryhmässä oli risperidoni 11 potilaalla.

Otoksessa kaksi muuta lääkeainetta olivat haloperidolidekanoaatti (1 potilaalla) ja perfenatsiinidekanoaatti (3 potilaalla).

Useimmilla potilailla (42 kpl, 71.1%) oli lääkitykseksi määrätty toisen polven neuroleptiä (klotsapiini, olantsapiini, ketiapiini, risperidoni, sertindoli, tsiprasidoni). Perinteisten ja kolmannen polven neuroleptin (aripipratsoli) määrääminen oli keskenään suurin piirtein yhtä yleistä.

Noin joka neljännellä skitsofreniapotilaalla (15 kpl; 28.8 %) loppulääkitykseksi muotoutui psykoosilääkkeen ja masennuslääkkeen (antidepressantin)yhdistelmä (nl+ad). Useimmiten kyseessä oli ns. toisen polven psykoosilääkkeen ja selektiivisen serotoniinin takaisinoton estäjän (sitalopraami tai essitalopraami) yhdistelmä.

Valtaosassa (69.4%) potilas altistui korkeintaan kolmelle eri psykeenlääkkeelle (Vaihteluväli 1-8). Luvuissa on otettu huomioon psykoosilääkkeiden lisäksi myös masennuslääkkeet ja rauhoittavat lääkeaineet, ei kuitenkaan nukahtamis- ja unilääkkeitä (Taulukko 33).

	pkl					Yhteensä
	Mal	Kiv	Laa	Itä	Stu	
yritysten lkm 1 lääke	4	6	2	3	3	18
2 lääkettä	1	4	2	2	2	11
3 lääkettä	2	0	6	1	3	12
4 lääkettä	1	0	1	1	2	5
5 lääkettä	2	1	0	3	1	7
6 lääkettä	1	0	0	1	0	2
7 lääkettä	1	0	1	1	0	3
8 lääkettä	0	1	0	0	0	1
Yhteensä	12	12	12	12	11	59

Taulukko 33. Koko aineiston skitsofreniapotilaiden käyttämien lääkeaineiden (=lääkehoitoyritysten) lukumäärä alueittain seurantajakson aikana. Suurin osa käytti korkeintaan kolmea lääkettä.

11. Muuttuiko potilaan diagnoosi hoitajakson aikana?

Tutkimuksessa selvitettiin myös, montako diagnoosia muuttui unipolaarisesta bipolaariseksi? Seuraavassa esitetään mitkä olivat mielenkiintoisia diagnoosimuutoksia (tarkennetut muutokset alueittain).

11.1 Muuttuneet diagnoosit Malmin psykiatrian poliklinikalla

Kaksi unipolaarisesta depressiosta muuttui bipolaariseksi seurantajakson aikana (yksi toistuva/pitkäaikainen ja yksi vakava-asteinen depressio (F33.1>>F31.2 (psykoottinen maaninen jakso, toinen muutos oli F32.2>>F31.7 (elpymävaihe). Yksi toistuva masennus F33.1 muuttui muuksi masennustilaksi F32.8.

Skitsofreniaryhmässä kolme tarkemmin määrittämätöntä ei-elimellistä psykoottista häiriötä (F29) tarkentui skitsofreniaksi (yksi paranoidiseksi muodoksi (F20.0), yksi erilaistumattomaksi (F20.3) ja yksi määrittämättömäksi (F20.9).

11.2 Muuttuneet diagnoosit Kivelän psykiatrian poliklinikalla

Yksi vakava-asteinen masennustila ilman psykoottisia oireita muuttui toistuvaksi masennukseksi (F32.2>>F33.2), yksi bipolaaridiagnoosi muuttui vakavaksi masennukseksi (F31.8>>-F32.11), yksi määrittämätön mielialahäiriö tarkentui toistuvaksi masennukseksi (F3>>-F33.11) ja kaksi ahdistuneisuus/sopeutumishäiriödiagnoosia muuttuivat bipolaarihäiriöksi (F 41.2/F43.2>>F31.8)

11.3 Muuttuneet diagnoosit Laakson psykiatrian poliklinikalla

Yksi vakava masennustila(F32.2) muuttui toistuvaksi masennukseksi (33.9), yksi toistuva masennus muuttui harhaluuloisuushäiriöksi (F33.2>>F22). Skitsofreniaryhmässä diagnoosi muuttui viiden potilaan kohdalla; yhdellä potilaalla persoonallisuushäiriöksi (F20.30>>F60.31, yhdellä potilaalla muu ei-elimellinen psykoottinen häiriö muuttui tarkemmin määrittämättömäksi ei-elimelliseksi psykoottiseksi häiriöksi hoidon aikana (F20.>>F29). Yhden potilaan tulodiagnoosi F29 muuttui jakson aikana bipolaarihäiriöksi (F31.2). Myös yksi skitsofreenisforminen diagnoosi muuttui erilaistumattomaksi skitsofreniaksi (F23.2>>F20.30)

11.4 Muuttuneet diagnoosit Itäkeskuksen psykiatrian poliklinikalla

Kaksi masennustilaa muuttui bipolaarisiksi (yksi oli pitkäaikainen masennus (F34.1>>F31.8), toinen vakava masennus (F32>>F31.6).

Neljä tarkemmin määrittämätöntä ei-elimellistä psykoottista häiriötä (F29) tarkentui skitsofreniaksi; kaksi näistä paranoidistyyppiseksi (F20.00) ja kaksi erilaistumattomaksi (F20.3). Lisäksi yksi tarkemmin määrittämätön skitso-affektiivinen häiriö muuttui paranoidistyyppiseksi skitsofreniaksi (F25.9>>F20.00).

11.5 Muuttuneet diagnoosit Sturenkadun psykiatrian poliklinikalla

Ei diagnoosimuutoksia.

12 Kirjallinen hoitosuunnitelma (HS)

12.1 Voimassa oleva hoitosuunnitelma

Voimassa oleva hoitosuunnitelma oli 73.2%:lla koko aineiston potilaista. Töihin palanneilla oli harvemmin voimassa oleva HS kuin niillä, jotka eivät palanneet töihin hoitajakson aikana tai sen jälkeen vuoden 2009 loppuun mennessä.

Siinä, oliko potilaalla voimassa oleva hoitosuunnitelma, oli alueellisia eroja, jotka olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0.01$); yhteensä 45 (26.3%) potilasta oli ilman hoitosuunnitelmaa ja heistä 18 (39.1%) Kivelässä, Malmilla 12 (26.0%).(Taulukko 34).

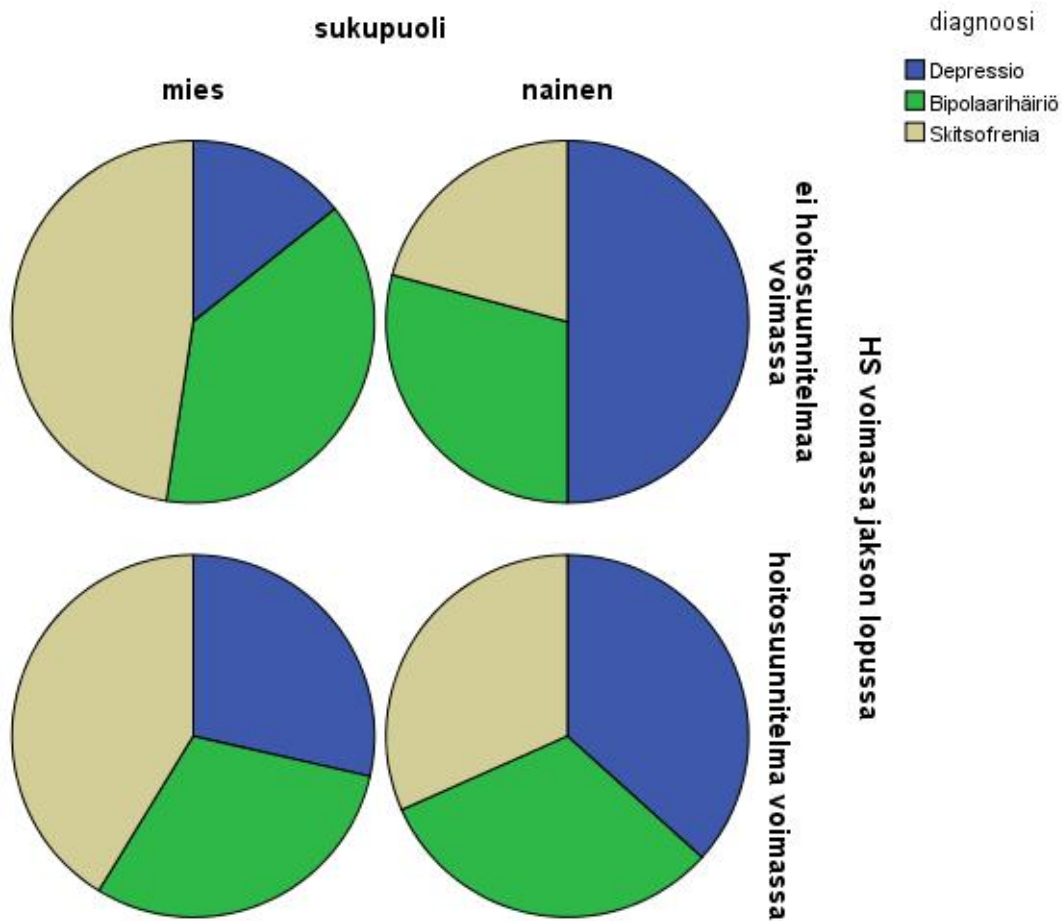
		HS voimassa jakson lopussa		Yhteensä
		HS ei voimassa	HS voimassa	
poliklinikka	Malmi	12	24	36
	Kivelä	18	18	36
	Laakso	5	30	35
	Itäkeskus	7	29	36
	Sturenkatu	3	22	25
Yhteensä		45	123	168

Taulukko 34.. Hoitosuunnitelman (HS) voimassaolo alueittain. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä: ($p < 0.01$).

12.2 Millä potilailla ei ollut voimassa olevaa hoitosuunnitelmaa?

Potilaan ikä ei vaikuttanut siihen, oliko hänelle tehty hoitosuunnitelmaa. Sukupuolella ja diagnosoiryhmällä sen sijaan oli merkitystä; niistä miespotilaista, joilla voimassa olevaa hoitosuunnitelmaa ei ollut, lähes puolet kuului skitsofreniaryhmään.

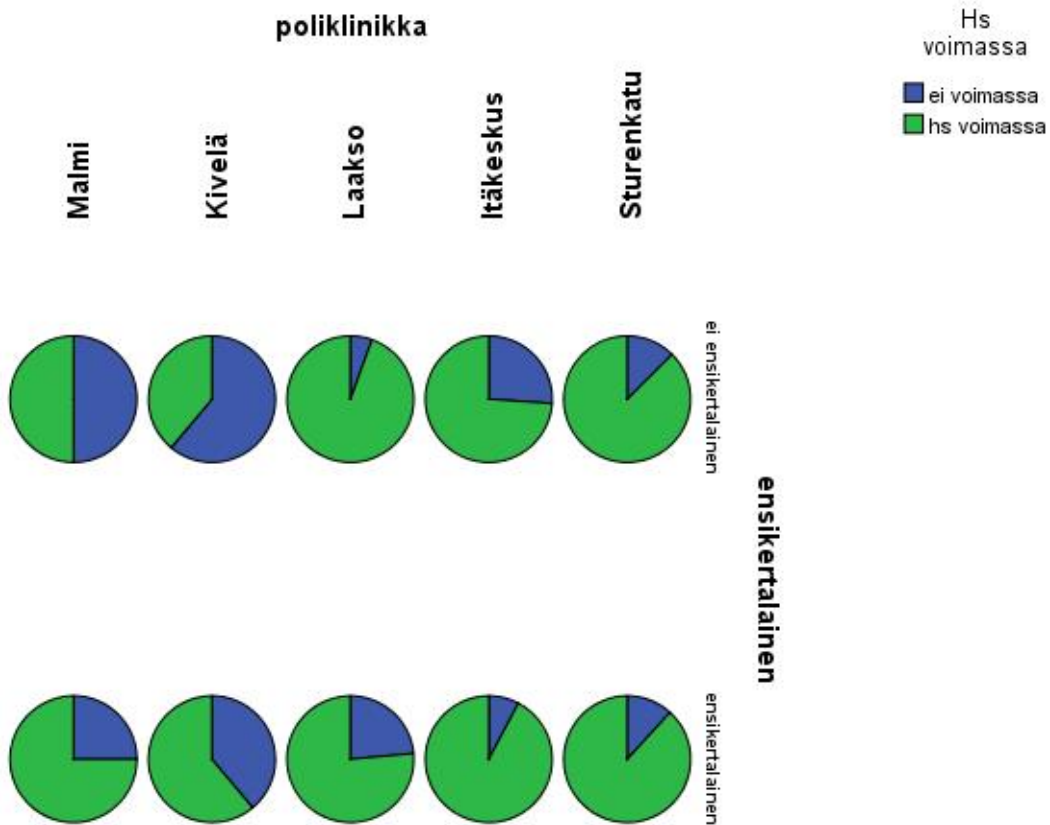
Vastaavasti noin puolet niistä naispotilaista, joilta kirjallinen hoitosuunnitelma puuttui, oli hoidossa masennusdiagnoosilla (Kuva 8).



Kuva 8. Hoitosuunnitelman (HS) voimassaolo potilaan sukupuolen ja diagnoosiryhmän mukaan. Joka toisella naispuolisista masennuspotilaista ja lähes joka toisella miespuolisella skitsofreniapotilaalla ei ollut voimassa olevaa hoitosuunnitelmaa (koko aineisto).

12.3 Ensikertalaisuuden vaikutus hoitosuunnitelman voimassaoloon

Kivelän psykiatrian poliklinikalla hoitosuunnitelma puuttui yli puolelta ei-ensikertalaisista ja yli kolmasosalta ensikertalaisilta potilailta. Kummassakin ryhmässä hoitosuunnitelma oli useimmin voimassa Sturenkadun poliklinikalla. Hoitosuunnitelman voimassaoloon vaikutti se, oliko potilas ensikertalainen psykiatrian poliklinikalla vai ei. Alueiden välillä oli tilastollisesti melkein merkitseviä eroja. ($p=0.051$) (Kuva 9).



Kuva 9. Ensikertalaisuuden vaikutus hoitosuunnitelman voimassaoloon alueittain.

Erot alueiden välillä olivat tilastollisesti melkein merkitsevät ($p=0.051$).

13 Psykoedukaatio (koulutuksellinen terapia)

Psykoedukaatiota saaneiden potilaiden lukumäärät alueittain ja diagnosoeryhmittäin on esitetty taulukossa 35. Vähiten psykoedukaatiota annettiin depressioryhmän potilaille (2 kpl, 1.2%), suunnilleen yhtä paljon bipolaari- ja skitsofreniaryhmille (7.7-8.3%). Alueiden väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

dg-ryhmä			psykoedukaatio		Yhteensä
			ei psykoedukaatiota	sai psykoedukaatiota	
depressio	poliklinikka	Malmi	12	0	12
		Kivelä	12	0	12
		Laakso	11	1	12
		Itäkeskus	11	1	12
		Sturenkatu	7	0	7
		Yhteensä	53	2	55
bipolaarihäiriö	poliklinikka	Malmi	9	3	12
		Kivelä	11	1	12
		Laakso	10	1	11
		Itäkeskus	8	4	12
		Sturenkatu	3	4	7
		Yhteensä	41	13	54
skitsofrenia	poliklinikka	Malmi	10	2	12
		Kivelä	10	2	12
		Laakso	9	3	12
		Itäkeskus	9	3	12
		Sturenkatu	7	4	11
		Yhteensä	45	14	59

Taulukko 35. Koulutuksellista terapiaa (psykoedukaatiota) saaneiden potilaiden määrät diagnoosiryhmittäin ja alueittain.

14 Perhetapaamiset

Perhetapaamisia järjestettiin masennuspotilaiden ryhmässä ainoastaan Laaksossa (yhdeksi potilaalle kerran ja yhdelle viidesti tai useammin). Bipolaariyhmän potilaista noin joka kymmenennelle potilaalle (11.1%) järjestettiin perhetapaaminen vähintään kerran. Skitsofreniapotilaiden ryhmässä perhetapaamisia järjestettiin selvästi eniten (18 potilasta; 31%). (Taulukko 36, seuraavalla sivulla).

diagnoosi	perhetapaamiset					Yht		
	ei perhetapaamisia	kerran	kahdesti	4 kertaa	viidesti tai useammin			
Depressio	poliklinikka	Malmi	12	0		0	12	
		Kivelä	12	0		0	12	
		Laakso	10	1		1	12	
		Itäkeskus	12	0		0	12	
		Sturenkatu	8	0		0	8	
		Yhteensä	54	1		1	56	
Bipolaari	poliklinikka	Malmi	11	1	0		12	
		Kivelä	11	1	0		12	
		Laakso	11	0	0		11	
		Itäkeskus	10	0	2		12	
		Sturenkatu	5	2	0		7	
		Yhteensä	48	4	2		54	
Skitsofrenia	poliklinikka	Malmi	10	1	0	1	0	12
		Kivelä	8	4	0	0	0	12
		Laakso	6	3	1	0	2	12
		Itäkeskus	8	1	1	1	1	12
		Sturenkatu	8	1	0	1	0	10
		Yhteensä	40	10	2	3	3	58

Taulukko 36. Perhetapaamisten lukumäärä alueittain ja diagnoosiryhmittäin.

15 Yhteenveto

Vakavien mielenterveyshäiriöiden hoito toteutui Helsingissä monien potilaiden kohdalla hyvin. Monia kehittämistä vaativia ongelmia kuitenkin löytyi. Nämä puutteellisuudet (esimerkiksi lääkehoidon asianmukaisuuden osalta) ovat samankaltaisia kuin aiempiin tehtyissä tutkimuksissa (6,10,11), eivätkä ne ole erityisesti Helsingin psykiatriselle hoitojärjestelmälle tyypillisiä. Alueellisia tilastollisesti merkitseviä eroja joidenkin muuttujien osalta tutkimuksessa löytyi. Näitä olivat esimerkiksi kirjallisen hoitosuunnitelman voimassaolo (tai sen puuttuminen) tutkimusjakson lopussa ja BDI-lomakkeen täyttö perusterveydenhuollossa. Potilaiden koulutustaso psykiatrian poliklinikoilla oli väestön keskimääräistä tasoa alempi, paitsi Kivelässä, jossa se oli korkeampi. Korkeampi koulutustaso vähensi riskiä joutua sairaalahoitoon tutkimusjakson aikana. Lääkäreiden puhelinvastaanottoiminnan määrissä oli alueellisia eroja, samoin kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakurssien ja muiden oireenhallintakurssien käytössä. Lisäksi alueellisia

tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja löytyi päihdeongelman osuudessa epäasianmukaisiksi katsotuissa lääkityksissä.

Kirjallinen voimassa oleva hoitosuunnitelma puuttui noin joka neljänneltä potilaalta (25.6%). Lähes joka toisella naispuolisella masennuspotilla ei ollut voimassaolevaa hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelma puuttui myös lähes joka toiselta miespuoliselta skitsofreniapotilaalta. Alueellisia erojakin havaittiin; noin kaksi kolmasosaa niistä potilaista, joilla hoitosuunnitelmaa ei ollut, kuuluivat Kivelän ja Malmin psykiatrian poliklinikoiden asiakaskuntaan.

Lääkehoito toteutui asianmukaisesti (=Käypä hoito-suositusten mukaisesti) noin kahdella kolmasosalla koko aineiston potilaista (66.1%). Päihdeongelma muodosti yli puolet(56.1%) epäadekvaateista lääkityksistä. Pääkaupunkiseudulla tehdyssä tutkimuksessa(10) on havaittu monihäiriöisyyden osalta assosiaatio ahdistuneisuushäiriöiden ja vakavan masennustilan ja toisaalta kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja ryhmä B persoonallisuushäiriöiden välillä. Käsillä oleva tutkimus ei käsitellyt mahdollisia samanaikaisesti esiintyviä ahdistuneisuushäiriöitä eikä persoonallisuushäiriöitä, mutta toi esille vahvan yhteyden kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihdeongelman välillä; bipolaariryhmän potilaista noin joka kolmannella oli päihdeongelma ja tämä oli mukana 68.8 %:lla I-tyypin potilaista, joilla lääkitys ei ollut adekvaatti, II-tyypissä 83.3 %:lla. Adekvaatti lääkitys tässä ryhmässä oli noin kahdella potilaalla kolmesta. Ongelmia kaksisuuntaisen mielialahäiriön asianmukaisen lääkityksen toteutumisessa on havaittu aikaisemminkin tehdyssä tutkimuksissa (10,11) ja masennuksen osalta lääkehoidon jatkuvuus on todettu haasteelliseksi ja lääkityksen enenaikainen lopettaminen on yhdistetty vaikeampien masennusjaksojen ilmaantumiseen (6). Päihdeongelma oli bipolaariryhmässä kaksi kertaa yleisempää kuin masennus- ja skitsofreniaryhmässä. Joillekin potilaille määrättiin hoidon aikana jopa kahdeksaa eri psykykenlääkkeelle. Tämä saattoi johtua sairauden luonteesta (esimerkiksi lääkeresistentti masennus), potilaan saamista sivuvaikutuksista tai muuten epäonnistuneista hoitoyrityksistä.

Lähes kolme neljästä (72.7%) masennusryhmän potilaasta sai vain yhtä masennuslääkettä ja ainoastaan 16.1% kahta tai useampaa masennuslääkettä yhtä aikaa. Ehkä yhdellä lääkkeellä on pyritty minimoimaan haittavaikutukset mahdollisesti tehon kustannuksella. Masennus- ja kaksisuuntaisessa mielialahäiriö ryhmässä 34.5% tapasi lääkäriä yli kuusi kertaa keskimääräisen 440 vuorokauden avohoitojakson aikana. Lääkärikäyntien määrä (keskimäärin 4.8 käyntiä koko aineistossa) näissä ryhmissä tuntuu vähäiseltä

lääkehoitovasteen ja lääkityksen tarkistamisen kannalta. Käypä hoitosuosituksen lääkehoitokriteerit täyttyvät helposti esimerkiksi masennuslääkityksen osalta, jos potilaalle on määrätty vaikkapa 20mg sitalopraamia päivässä. Lääkeresistenttejä masennuspotilaita pitäisi psykiatrian poliklinikoiden potilasmateriaalissa olla oletuksellisesti enemmän. Masennuspotilaista palasi seuranta-aikana työhön noin puolet (49.1%). Luultavasti intensiivisempi farmakologinen ja psykoterapeuttinen hoito olisi voinut lisätä työhön palanneiden potilaiden lukumäärää. On myös todettu, että noin puolet vakavan masennustilan sairastaneista keskeyttää masennuslääkityksensä enneaikaisesti (usein omaehtoisesti), mikä lisää riskiä uusien masennusjaksojen ilmaantumiselle (6). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulisi riittävästi informoida jatkohoitoa masennuslääkityksen pitkäaikaisuudesta akuutin tilanteen mentyä ohitse ja korostaa masennustilojen suurta taipumusta uusiutua.

Skitsofreniapotilaiden ryhmässä klotsapiinia saaneiden osuuden vähäisyys johtui siitä, että nämä potilaat jäivät pois otannasta todennäköisesti siitä syystä, että heidän hoitajaksonsa ja klotsapiinilääkityksensä olivat alkaneet jo kauan sitten. Otoksen kahdella skitsofreniapotilaalla pitkävaikutteisen injektioilääkityksen erityiskorvauksen käsittelyn viivästyminen Kelassa johti heidän kohdallaan sairaalahoitoon.

Perusterveydenhuollosta psykiatriseen avohoitoon lähetettyjen määrä oli yhteensä 31.9% ja sairaalasta lähetettyjen määrä lähestulkoon sama. Toisin sanoen; avohoitoon tullaan ikään kuin ”väärässä järjestyksessä”. Tarkoitushan olisi, että kansalainen kääntyisi oireidensa takia aina ensisijaisesti perusterveydenhuollon puoleen. Vakavien mielenterveysongelmien luonteeseen kuuluu ainakin skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön osalta (etenkin maniassa) puutteellinen psyykkisen sairaudentunto ja usein tämä johtaa ensin suljetulle osastolle (usein myös vastentahtoiseen hoitoon.) ja vasta sen jälkeen avohoidon mahdolliseen käynnistymiseen. Skitsofrenialle on lisäksi tyypillistä huono kiinnittyminen hoitoon, lääkehoidon keskeytyminen ja psykoosivaiheiden uusiutuminen (15).

Tämän otannan potilaista joutui seuranta-aikana sairaalahoitoon masennusryhmästä 7.2%, bipolaariryhmästä 22.2% ja skitsofreniapotilaiden ryhmästä peräti 62.7% HUOM!: Suomessa on arvioitu olevan noin 50 000 skitsofreniapotilasta ja heistä noin 15% tarvitsee sairaalahoitoa vuoden aikana (17). Psykiatrisen avohoito ei näköjään pysty kovinkaan tehokkaasti torjumaan psykoottistasoisesti häiriintyneiden potilaiden sairaalahoitoon joutumista.

Tutkimus paljasti selkeitä puutteita potilaiden oire- ja hoitovasteseurannassa. Erilaisten kyselylomakkeiden ja oiremittarien käyttö oli psykiatrisessa avohoidossa sangen vähäistä ja vaikutelmaksi jäi, ettei yhtenäistä käytäntöä ollut. Kahdelle masennuspotilaalle BDI-kysely tehtiin tutkimusjakson aikana neljä kertaa, yli puolelle (52.2%) masennus- ja kaksisuuntaisen mielialahäiriöryhmän potilaista tätä ei tehty kertaakaan. Lisäksi AUDIT tehtiin otoksen avohoitopotilaille harvoin (16 potilasta, 9.5%), kun otetaan huomioon alkoholin suurkulutuksen ja/tai haitallisen käytön yleisyys psykiatristen potilaiden monihäiriöisyydessä. Muiden mittareiden (SCID-I, SCID-II, MADRS; MDQ; AUDIT) oli lähes olematonta. Psykiatristen arviointiasteikoiden käytön vähäisyys voi johtua avohoidon työntekijöiden suuresta työmäärästä, jolloin kaikki ylimääräinen paperityö saatetaan kokea rasitteeksi. Myös ennakkoluulot ja käyttökokemuksen puute voivat vaikuttaa tähän. On myös huomioitava, että tutkimusajankohtana psykiatrian poliklinikoilla toimivat ns. yleispsykiatriset työryhmät. Tällöin psykiatristen arviointiasteikkojen käyttö saattoi jäädä vähäiseksi, mikäli käyttö perustui pelkkiin suosituksiin. Vuoden 2010 alusta Helsingin psykiatrian poliklinikoilla aloittivat toimintansa ns. häiriökohtaiset työryhmät, joissa diagnostisten haastatteluiden ja oireasteikoiden käyttö on luonnollinen osa tutkimus- ja hoitoprosessia sekä mittaa häiriön vakavuusastetta ja hoidon tehoa.

Mittareiden käytössä huomio kiinnittyi perusterveydenhuollossa tehtyjen BDI-kyselyiden suhteellisesti suurempaan määrään (noin joka neljännelle sieltä psykiatrian poliklinikoille lähetetyistä potilaista oli tehty BDI) verrattuna erikoissairaanhoidossa tehtyihin testeihin (29%:lle masennuspotilaista, 11% bipolaariryhmän potilaista). Perusterveydenhuollon pitäisi kuitenkin entistä paremmin osata seuloa sellaiset potilaat, joilla on korkea riski sairastua masennukseen tai kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Lähetteessä olevat BDI-pisteet, antavat käsityksen masennuksen vaikeusasteesta erikoissairaanhoidon käynnistyessä. Toistetut hoidon aikana tehdyt mittaukset antavat palautetta käytettyjen hoitomuotojen tehosta tai tehottomuudesta. Potilaan itsensä saaman palautteen merkitystä ei voi väheksyä. Nykyinen informaatioteknologia antaisi näiden kohtalaisen osuvien testien avulla potilaalle mahdollisuuden raportoida voinnistaan hoitavalle henkilölle niin sanotusti ”on-line”. Tämä ei tietenkään voi korvata perinteisiä vastaanottokäyntejä, mutta voi antaa hoitavalle henkilölle tietoa potilaan voinnin joskus nopeastakin huonontumisesta. Psykiatristen arviointiasteikkojen käyttöä soisi nykyisestä lisättävän senkin vuoksi, että pääkaupunkiseudulla tehdyn selvityksen mukaan kaksisuuntaiset mielialahäiriöt saattavat

jäää tunnistamatta jopa psykiatrisen hoitojärjestelmän sisällä tai ne tunnistetaan pitkällä viiveellä (5).

Sairauskertomuksia tutkittaessa huomio kiintyi myös sinne taltioituihin (ei muuttujaluetteloon kuuluviin) merkintöihin. Niistä välittyi usein potilaiden tyytymättömyys useasti vaihtuviin hoitaviin henkilöihin; potilaalla saattoi olla tutkimusajankohtana viisikin eri lääkäriä. Erikoislääkärien vähäinen määrä ja pysyvyys on havaittu puutteeksi myös ulkopuolisen tekemässä selvityksessä Helsingin psykiatrisesta avohoidosta (9). Tämä johtunee suuresta työmäärästä ja osaksi myös kunnalliseen terveydenhuoltoon suunnatuista taloudellisista resursseista; Helsingin kaupunki ei kovin hyvin pysty kilpailemaan palkkauksessa HUS-piirin ja yksityissektorin kanssa.

16 Lähdeluettelo

- (1) Karppinen T., Lehtinen V., Kalliokoski R., Katajamäki J., Kokko M., Kiuttu J., Suomela T. Miten depression hoito toteutuu terveyskeskuksessa? Helsingin lääkärilehti 1995;8:7-13
- (2) Salokangas RKR., Poutanen O., Kaartinen-Pascalis M., Stengård E., Depression hoidon toteutuminen terveyskeskuksessa. Duodecim 1996; 112(4):265-
- (3) Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002.
- (4) Vantaa Depression Study, Kansanterveyslaitos, 2007.
- (5) Mantere O., Suominen K., Leppämäki S., Valtonen H., Arvilommi P., Isometsä E. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). Bipolar disord 2004; 6:395-405.

- (6) Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *J Clin Psychiatry*. 2005 Feb;66(2):220-7.
- (7) Helsinki High Risk –tutkimus, Kansanterveyslaitos, 2007
- (8) Helsingissä vuosina 1951-1960 syntyneiden skitsofreniaan sairastuneiden kohorttitutkimus, Kansanterveyslaitos 2007.
- (9) Helsingin psykiatrian avohoidon ulkopuolinen arviointi. groups.stakes.fi/...YLIL_Saarela_avohoidonarviointi09.pdf.
- (10) Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Kiviruusu O, Pirkola S, Lönnqvist J. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depress Anxiety*, 2009;26(11): 1049-59.
- (11) Arvilommi P., Suominen K., Mantere O., Valtonen H., Leppämäki S., Isometsä E. Adequacy of treatment received by patients with bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry* 2007 Jan;68: 102-110.
- (12) Mantere O., Melartin T., Suominen K., Rytälä H., Valtonen H., Arvilommi P., Leppämäki S., Isometsä E. Differences in axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:584-93.
- (13) Depressio, Käypä hoito. Duodecim 4.7.2009.
- (14) Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito. Duodecim 21.10.2008.
- (15) Skitsofrenia, Käypä hoito. Duodecim 1.1.2008.
- (16) Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2009. Jyväskylä: Gummerus Oy Kirjapaino 2009 .
- (17) Mäkinen J, Miettunen J, Isohanni M ja Koponen H (Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2007; 123(8): 911-6.