

Kari Pylkkänen

# ***Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus***



**NALLE-projektin loppuraportti**

**Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys 2013**

Kannen kuva-aihe  
Outi Heiskanen

*Kari Pylkkänen*

# Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus

Laadun osa-alueet, mittarit, hyvän laadun  
kriteerit ja niiden toteutuminen

NALLE-projekti - Nuorisopsykiatrisen avohoidon  
laadullinen evaluointi

Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys 2013

## TIIVISTELMÄ

*Kari Pylkkänen.* Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus. Laadun osa-alueet, mittarit, hyvän laadun kriteerit ja niiden toteutuminen. NALLE-projektin loppuraportti. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys. Helsinki 2013.

Nuoruusikä käynnistyy puberteetista ja ajoitetaan yleisesti ikävuosiin 13 – 22. Joka viides nuori, 20 – 25 % kärsii tutkimusten mukaan häiriötasoisesta mielenterveyden oireilusta. Mielenterveyden häiriöt ovat nuoruusiässä noin kaksi kertaa yleisempiä kuin lapsuudessa. Kolme neljännessä aikuisuudessa tavattavista mielenterveyden häiriöistä on todettavissa ennen aikuisikää. Noin 10 % nuorista on psykiatrisen hoidon tarpeessa, josta puolet tulisi kohdata nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Kansainvälisissä tutkimuksissa vain 40 – 60 % hoitoa tarvitsevista nuorista on hoidon piirissä.

Toisin kuin muussa - vahvasti sairaalapainotteisessa - erikoissairaanhoidossa nuorisopsykiatriassa ja muilla psykiatrian aloilla erikoissairaanhoidon ylivoimainen painoalue sekä potilasmäärien että kustannusten osalta on perusterveydenhuollon tavoin avohoidossa. Avohoidon hyvä laadullinen kehittäminen edistää varhaista hoitoa ja aikuisuuden häiriöiden ennaltaehkäisyä. Nuorten avohoitopainotteinen erikoissairaanhoido on kustannustehokasta eikä se ole kalliimpaa kuin perusterveydenhuollon avohoitopalvelut. Näistä syistä avohoidon laadun edistäminen nuorisopsykiatriassa on valittu tämän projektin painoalueeksi.

Nuorisopsykiatrisen avohoidon palveluista on toteutettu kolme laajaa kartoitusta aikavälillä 1997 – 2010. Tutkimustiedon ja tehtyjen kartoitusten perusteella Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asiantuntijaryhmä on vahvistanut nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuosituksen. Suosituksessa on määritelty 13 laadun osa-alueita, joille on 25 mittaria ja hyvän laadun kriteeriä.

NALLE-projektissa 2010 kartoitettiin ylläkäreille suunnatulla kyselytutkimuksella nuorisopsykiatrisen avohoidon palvelujen laatua. Saadut vastaukset kattoivat 84 % koko maan palveluista. Laatua arvioitiin laatusuosituksen mittareilla. Palveluissa tapahtuneita muutoksia verrattiin myös vuoden 2002 NUOTTA-kartoituksen tuloksiin.

Ikärajoihin perustuva oikeus avohoidon palveluihin oli 70 %:lla 13 – 22-vuotiaista nuorista. Vastaava luku vuonna 2002 oli 78 %. Avohoidon palveluja käytti 3 % 13 – 22 v. Nuorista (1.8 % vuonna 2002). Potilasmäärä oli lisääntynyt 67 % vv. 2002 – 2010, käyntimäärä 55 %, käynnit henkilötyövuotta kohti 20 % ja voimavarat 39 %. Käyntimäärän huomattavasti voimavaroja suurempi kasvu heijastelee lisääntyntä henkilöstön kuormitusta 2000-luvulla.

Laadun osa-alueiden mittarien keskiarvo asteikolla 0 – 5 oli koko maassa 3.5, hyvän ja tyydyttävän välillä. Eniten kehittämistä todettiin matalan kynnyksen palveluissa ja psykoterapiapalvelujen järjestämisessä. Myös nuorten kuntoutus näyttäytyi kirjavana ja kehittymättömänä. Puutteita oli myös voimavarojen suhteessa kysyntään. Hoidon tarpeesta kohdattiin vain 60 %.

Yli 20 % potilaista sai psykoterapiaa omana tuotantona, mikä oli tavallisin terapian tuotantomalli. Tarjolla oli ainakin 13 psykoterapiamuotoa. Yleisintä oli psykodynaaminen psykoterapia, seuraavaksi yleisintä perheterapia ja kolmantena kognitiivinen terapia. Tarjolla oli myös musiikkiterapiaa, kuvataideterapiaa ja toimintaterapiaa. Puutetta oli eniten dynaamisen ja kognitiivisen terapian tarjonnasta.

Laadukkaimpia osa-alueita olivat moniammatilliset tiimit, erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tutkimukset, perhetapaamiset, hoitosuhteiden työnohjaus ja psykoterapiaosaaminen. Puolella henkilöstöstä oli psykoterapiakoulutus, mikä on korkea luku suomalaisessa mielenterveystyössä. Psykoterapeuttien osuus henkilöstöstä oli kuitenkin alentunut vuodesta 2002, jolloin se oli 64 %.

Nuorten masennuslääkitys aloitettiin hyvin harvoin ilman edeltävää erikoislääkärin tutkimusta. Nuorisopsykiatrian erikoislääkärien viroista oli täytetty 71 %. Lisäksi yksiköissä oli muita lääkäreitä. Muiden virkojen täyttöaste oli lähes 100 %. Nuorisopsykiatria näyttää olevan kiinnostava ala.

Kari Pylkkänen  
Professori  
Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Psykoterapeutti VET

[kari.pylkkanen@fimnet.fi](mailto:kari.pylkkanen@fimnet.fi)

## SUMMARY

*Kari Pylkkänen.* Quality of psychiatric outpatient services for adolescents in Finland. Quality indicators, measures, standards and outcomes. Report of the NALLE-project. Finnish Association of Adolescent Psychiatry. Helsinki 2013.

Adolescence is defined as a developmental period between 13 – 22 years. Research suggests that 20 – 25 % of adolescents suffer from mental disorder. About 10 % of adolescents are in need of psychiatric treatment. International studies suggest that only 20 – 40 % of the need of psychiatric treatment of adolescents is actually met.

Finland is the only European country where Adolescent psychiatry is a full medical specialty. The services are mainly community based and provided by Health Districts nationwide. Three extensive studies on use of psychiatric services for adolescents in Finland have been made in 1997 - 2010. Finnish Association of Adolescent Psychiatry has approved recommendations for quality indicators, measures and standards. The quality of the services was compared with the defined quality standards in 2010. Services in 2010 were also compared with the services in 2002.

The study in 2010 reached 84 % of community based psychiatric services for adolescents nationwide. The services were used by 3 % of all 13 – 22 year old (1,8 % in 2002). The number of patients had increased by 67 %, the number of visits by 55 % and the resources by 39 % in 2002 – 2010. The stigma had decreased and the hidden need suggested by research earlier has changed to active demand.

The best quality measures were identified in use of multiprofessional teams, examination of patients by specialist in adolescent psychiatry, working with the families, supervision of the staff and psychotherapy training of the staff. Development was needed in walk-in-clinics, provision of psychotherapy and access to adequate rehabilitation services. Due to lack of resources only 60 % of the need was met.

Kari Pylkkänen  
MD, Professor  
Specialist in psychiatry and adolescent psychiatry

[kari.pylkkanen@fimnet.fi](mailto:kari.pylkkanen@fimnet.fi)

<b>SISÄLTÖ</b>	<b>Sivu</b>
Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatu: Laadun osa-alueet, mittarit ja hyvän laadun kriteerit	8
Nuorten mielenterveyden häiriöt ja hoidon tarve	13
Nuorisopsykiatrisen avohoidon laadullinen evaluointi - NALLE-projekti	14
Nuorisopsykiatrisen avohoidon määrälliset avainluvut 2010	15
Laatusuosituksen toteutuminen - NALLE-projektin tulokset	16
1. Väestövastuun toteutuminen avohoidossa - palvelujen kohdeikäryhmät	16
2. Toiminnallinen kokonaisuus ja laadun hallinta - sovittu työnjako - laadun hallinnan suunnitelma	17
3. Palvelujen saatavuus	18
4. Henkilöstövoimavarat ja niiden tehokas käyttö - ammattihenkilöiden määrä / 10 000 nuorta - käynnit / henkilötyövuosi HTV	19
5. Erikoislääkärimitoitus	22
6. Kliinisen työn toteuttajana moniammatillinen tiimi avohoidossa	23
7. Seulonta ja hoitoon ohjaus - hoitotakuun toteutuminen - matalan kynnyksen yksiköt, nopea avohoitoon pääsy - sijoitettujen nuorten tutkimus, konsultaatio ja hoito	23
8. Tutkimusjakso - erikoislääkäriin tutkimus - perhetapaaminen tutkimusjaksolla	26
9. Vaikuttavien psyykenlääkehoitojen asianmukainen toteutus - erikoislääkäri tai erityisesti perehtynyt lääkäri aloittaa hoidon - lääkehoidon seuranta toteutuu	27
10. Asianmukaisesti toteutetut psykososiaaliset hoitomuodot - ammattihenkilöiden psykoterapiakoulutus - hoitosuhteiden työnohjaus - vähintään kertaviikkoinen psykoterapia omana palveluna - Kelan kuntoutuspsykoterapian toteutuminen - riittävä psykoterapian ostopalvelubudjetti	27
11. Asianmukaiset kuntoutuspalvelut	32

-	vajaakuntoisille nuorille kuntoutussuunnitelma	
-	monimuotoiset kuntoutuspalvelut,	
-	peruskoulun suorittaminen	
12.	Korkea asiakastyytyväisyys	33
13.	Tuloksellisuus	33
	Yhteenveto laadunarvioinnin tuloksista	33
	Muutokset 2002 – 2010	35
	Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen nuorisopsykiatrian avohoidon laatujärjestelmän asiantuntijaryhmä	37
	Nalle-projektin aineiston kokoamiseen osallistuneet	37
	Kirjallisuutta	38

## **Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatu: Laadun osa-alueet, mittarit ja hyvän laadun kriteerit**

Laadukkaan nuorisopsykiatrisen avohoidon palvelut perustuvat *biopsykososiaaliseen lähestymistapaan*, jossa nuoruusiän kehitysprosessia tukevat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset hoitomuodot sovitetaan yhteen yksilöllistä tarvetta kulloinkin parhaiten vastaavaksi hoitokokonaisuudeksi. Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asiantuntijaryhmä (ks. sivu 37) on hyväksynyt taulukossa 1. esitetyt 13 laadun osa-alueetta ja niille 25 mittaria ja hyvän laatutason kriteeriä (tiivistelmä taulukossa 1.).

### **1. Väestövastuu**

Nuorisopsykiatrisen palvelut tulee kohdentaa 10 ikäryhmälle, 13 – 22-vuotiaalle väestölle. Palveluja kuvaavat tunnusluvut tulee ilmaista aina suhteessa 13 – 22-vuotiaaseen väestöön alueella. Tällöin palvelut kattavat koko nuoruusikäisen väestön ja palveluista voidaan saada vertailukelpoisia tietoja eri alueiden välillä.

### **2. Palvelujen toiminnallinen kokonaisuus ja laadun hallinta**

#### **2.1. Sovittu työnjako yhteistyösuhteet ja hoitopolut**

Palvelurakennetta kehitettäessä on tärkeää pitää huolta toiminnallisen kokonaisuuden toteutumisesta mielenterveyslain ja terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla. Hyvästä yhteistyöstä ja työnjaosta tulee olla sovittu ja palvelujen pirstoutuminen tulee välttää. Pienille yksiköille tulee turvata riittävät erikoislääkärikonsultaatiot ja työnohjaus sekä mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen.

Nuorten päihdeongelmiin liittyy lähes aina samanaikainen mielenterveyden häiriö (ns. kaksoisdiagnoosit) tai sellaisen kehittymisen vakava uhka. Osana toiminnallista kokonaisuutta tulee olla päihdeongelmista kärsivien nuorten nuorisopsykiatrisen tutkimus ja konsultaatio sekä toimiva yhteistyö ja työnjako päihdehuollon erityisyksiköiden kanssa.

Toiminnalliseen kokonaisuuteen ja työnjaosta sopimisen piiriin liittyy myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön mielenterveyspalvelujen sekä kunnallisen opiskelijaterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen yhteensovittaminen nuorten psykiatriseen palvelukokonaisuuteen.

2.2. Yksiköillä tulee olla terveydenhuoltolain 8 §:n mukainen laadun hallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma.

### **3. Palvelujen saatavuus**

Nuorten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys on tutkimusten mukaan 20 – 25 % ja hoidon tarpeessa on vähintään 10 % nuorista. Vuositasolla nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon tulisi tavoittaa koko maassa vähintään 5 % nuorista (13 - 22 v.), jotta epidemiologinen palvelujen tarve kohdataan asianmukaisesti. Tällöin tutkimuksissa todetusta mielenterveyspalvelujen tarpeesta noin 5 % kohdattaisiin nuorisopsykiatrisen piirissä ja noin 5 % muilla terveydenhuollon tasoilla.



#### **4. Henkilöstövoimavarat ja niiden tehokas käyttö**

4.1. Tarpeen ja kysynnän asianmukaiseksi kohtaamiseksi tarvitaan nuorisopsykiatrisen avohoidon voimavaramitoitus, joka on vähintään 13 terveydenhuollon ammattihenkilöä / 10 000 nuorta (13 - 22 v.).

4.2. Vähintään puolet terveydenhuollon ammattihenkilöiden työajasta tulee kohdentaa suoraan potilastyöhön. Tästä seuraa noin 500 – 700 käyntiä vuodessa henkilötyövuotta kohti.

Käyntimäärään yksilötasolla vaikuttavat myös muut tehtävät kuin yksilöllinen potilaiden hoito. Esim. konsultaatiot, koulutus, työnohjaus, ennalta ehkäisevä työ ja yhteistyön eri muodot muiden yksiköiden kanssa edellyttävät ammattihenkilöiden merkittävää työpanosta nuorisopsykiatriassa. Myös perhetapaamisissa on usein tarpeen, että paikalla on kaksi työntekijää yhtä aikaa, vaikka tapaaminen tuottaa vain yhden käynnin. Sama koskee tehtävää verkostotyötä.

Ennalta ehkäisevää työtä arvioitaessa on tärkeää muistaa, että nuoren väestön varhainen ja hyvä psykiatrinen hoito on keskeistä aikuisuuden mielenterveydenhäiriöiden ja niistä aiheutuvan työkyvyn alenemisen ennaltaehkäisyssä.

#### **5. Nuorisopsykiatrian erikoislääkärien määrä**

Jokaisessa avohoidon työryhmässä tulee olla nuorisopsykiatrian erikoislääkäri. Asianmukaisen hoidon toteuttamiseen kohdeväestölle tarvitaan noin 2,5 erikoislääkäriä / 10 000 13 - 22 v. nuorta koko maan tasolla.

#### **6. Kliinisen työn toteuttajana moniammatillinen tiimi**

Nuorisopsykiatrisen avohoidon yksiköiden henkilöstörakenteen tulee perustua moniammatilliseen tiimiin, jossa on edustettuna nuorten psykiatrisessa hoidossa tarvittava osaaminen laaja-alaisesti. Jos kaikkea tarvittavaa osaamista ei voida tarjota omana palveluna, tarvittavaa osaamista voidaan ostaa ostopalveluna tarpeen mukaan. Moniammatillisuuden tulee toteutua kaikissa työryhmissä.

#### **7. Seulonta ja hoitoon ohjaus**

7.1. Hoitotakuun toteutus terveydenhuoltolain mukaisesti.

7.2. Matala kynnys. Perustason ja nuorisopsykiatrian välimaaston matalan kynnyksen palveluja tulee perustaa kaikille niille alueille, joilla tällainen toiminta on etäisyydet huomioon ottaen mielekäästä. Matalan kynnyksen palvelujen tavoitteena on turvata joustava hoitoon pääsy ja hoitotakuun toteutuminen.

7.3. Lastensuojelun ja lastensuojelulaitoksiin sijoitettujen nuorten asianmukainen nuorisopsykiatrinen tutkimus, konsultaatio ja hoito tulee järjestää yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa.

#### **8. Tutkimusjakso**

8.1. Nuorisopsykiatrian erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tulee tutkia jokainen hoitoon hakeutuva nuori tutkimusjakson aikana.

8.2. Jokaiseen tutkimusjaksoon kuuluu varsinkin alaikäisten kohdalla nuoren perheen / vanhempien tapaaminen perhetilanteen ja nuoren elämän tilanteen kartoittamiseksi.

## **9. Vaikuttavien lääkehoitojen asianmukainen toteutus**

Masennuslääkkeiden käyttöön nuorilla voi liittyä erityisiä riskejä ja nuoret ovat alttiita psyykenlääkitysten sivuoireille (1).

9.1. Nuorten masennuslääkityksen ja muun psykofarmakalääkityksen aloittaminen tulee tehdä harkitusti huolelliseen kliiniseen tutkimukseen perustuen. Nuorten psyykenlääkityksen aloittaminen on aina nuorisopsykiatrian tai muun psykiatrian erikoislääkärin tai nuorten psyykenlääkehoitoon erityisesti perehtyneen lääkärin tehtävä.

9.2. Nuorille aloitetun psyykenlääkityksen tuloksellisuutta ja mahdollisia haittavaikutuksia tulee aina seurata niin kauan kuin lääkehoito jatkuu.

## **10. Asianmukaisesti toteutetut psykososiaaliset hoitomuodot**

10.1. Riittävä psykoterapiaosaaminen. Psykoterapia on keskeinen nuorisopsykiatrian hoitomuoto. Nuorten psykoterapian tulee perustua nuoruusiän kehitysprosessin tuntemiseen ja ymmärtämiseen. Riittävä psykoterapiaosaaminen tulee turvata jatkuvalla koulutuksella ja hoitosuhteiden asiantuntevalla työnohjauksella. Psykoterapiakoulutus tulee olla yli puolella hoitohenkilökunnasta.

10.2. Kaikilla avohoidon työntekijöillä tulee olla mahdollisuus hoitosuhteiden työnohjaukseen. Työnohjauksessa tulee ottaa huomioon nuoruusiän kehitysvaiheeseen kuuluvien kehityspsykologisten näkökohtien riittävä hallinta.

Psykoterapian tärkeimmät toteutusmallit ovat oma palvelu, ostopalvelu ja Kelan psykoterapiakuntoutus.

10.3. Psykoterapia omana palveluna. Omana palveluna on suositeltavaa tuottaa psykoterapiaa vähintään 40 %:lle hoidossa olevista potilaista. Omana palveluna psykoterapiaksi luetaan tällöin vähintään kerran viikossa tapahtuva, oman henkilöstön antama terapia, kun terapiaa antaa joko psykoterapeutti tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka saa työnohjausta terapiatyöhön.

10.4. Kelan kuntoutuspsykoterapia. Kelan tukema kuntoutuspsykoterapia on tarpeellinen tilanteissa, joissa nuoren opiskelu- tai työkyky on uhattuna. Kuntoutuspsykoterapia täydentää alueen kunnallisia nuorisopsykiatrisia palveluja. Nuorten ohjaaminen kuntoutuspsykoterapiaan tulee järjestää yhteistyössä Kelan kanssa alueellisesti mielekkäällä tavalla. Kelan psykoterapiakuntoutusta tulee olla saatavilla vähintään 10 %:lle hoidossa olevista potilaista, jotka ikänsä puolesta ovat oikeutettuja kuntoutuspsykoterapiaan. Tällöin psykoterapiakuntoutuksen tarve voidaan todennäköisesti kohdata riittävästi. Alle 16-vuotiaat eivät Kelan ohjeistuksen mukaan voi saada Kelan korvausta kuntoutusterapiaan. Näiden potilaiden tarvitsema terapia tulee täten tuottaa joko omana palveluna tai ostopalveluna.

10.5. Psykoterapian ostopalvelut. Kaikkea alueella tarvittavaa psykoterapiaa ei välttämättä voida tuottaa omana palveluna tai Kelan kuntoutuspsykoterapiana. Yksiköissä tulee olla tämän vuoksi riittävä psykoterapian ostopalvelubudjetti, jota voidaan käyttää sellaisen alueella olevaa tarvetta vastaavan psykoterapian ostoon, jota ei voida tuottaa riittävästi omana palveluna tai Kelan psykoterapiakuntoutuksena.

## **11. Asianmukaiset kuntoutuspalvelut**

Nuorten kuntoutuksen tavoitteena on parantaa toimintakykyä.

11.1. Kaikille vajaakuntoisille nuorille tulee laatia kuntoutussuunnitelma.

11.2. Kuntoutuspalvelujen tulee olla monimuotoisia ja nuorten tarvetta vastaavia. Psykoterapiakuntoutuksen ohella keskeisiä nuorten kuntoutuspalveluja ovat mm. nuorten kuntouttavat päiväyksiköt, kuntoutuskodit ja syrjäytymistä ehkäisevät koulujärjestelyt osana nuorten psykiatrista hoitoketjua. Uusien kuntoutusmuotojen kehittäminen tulee toteuttaa alueen nuorisopsykiatrian yksiköiden koordinoimana ja näihin yksiköihin kertyvää tieto- ja osaamisvarantoa hyödyntäen.

Kuntoutustoimenpiteiden käynnistymisen lähtökohtana on hyvä tutkimus ja kuntoutustarpeen kartoitus. Tähän nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on paljon valmiuksia. Tämän lisäksi tarvittaisiin välttämättä myös keskitettyjä kuntoutustarpeen arviointipalveluja. Keskitetty yksikkö voisi myös toimia lausunnonantajana vaativissa työkyvyttömyyden arviointiasioissa. Tällaisia yksiköitä voitaisiin perustaa joko yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien tai Kelan kuntoutustoiminnan yhteyteen tai työnjaosta sopien johonkin sairaanhoitopiiriin.

11.3. Kaikkien nuorisopsykiatrisessa hoidossa olevien nuorten tulee suorittaa peruskoulun päästötodistus.

## **12. Korkea asiakastyytyväisyys**

Potilaiden ja omaisten tyytyväisyyttä palveluihin tulee mitata asiakastyytyväisyyskyselyin. Osana palvelujen tyytyväisyysmittauksia tulee suorittaa myös ammattihenkilöiden työtytyväisyysmittauksia.

## **13. Palvelujen tuloksellisuus**

Tuloksellisuusmittaukset ovat hyvin vaativia, ja niiden suorittaminen edellyttää laaja-alaista yhteistyötä tutkijoiden ja palvelutuottajien kesken. Hyvät tulokset ilmenevät parantuneena toimintakykenä, oireiden vähenemisenä tai tasaantumisenä ja sosiaalisten ja taloudellisten kokonaiskustannusten minimointina. Toimintakyvyn parantumisesta voidaan mitata mm. GAF ja GAS testien avulla.

Tuloksellisuustutkimuksia tulee kehittää ja toteuttaa.

Tiivistelmä laadun osa-alueista, mittareista ja hyvän laadun kriteereistä on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Nuorisopsykiatrisen avohoidon palvelujen laadun osa-alueet, mittarit ja hyvän laadun tason kriteerit. Palvelujen kohdeikäryhmä 13 – 22-vuotiaat nuoret.

Laadun osa-alue	Laadun mittari	Hyvän laadun tason kriteerit
1. Väestövastuu	Palvelujen kohdeikäryhmien luku	1) 10 ikäryhmää, 13 – 22 v.
2. Toiminnallinen kokonaisuus ja laadun hallinta	Yksiköiden toimiva työnjako, yhteistyö ja laadun hallinta mielenterveystyön ja terveydenhuoltolain mukaisesti	2) Sovittu työnjako, yhteistyösuhteet, konsultaatiot ja hoitopolut 3) Terveydenhuoltolain mukainen laadun hallinnan suunnitelma
3. Palvelujen saatavuus	Kuinka monta prosenttia nuorista 13 – 22 v. palvelujen piirissä vuoden aikana	4) 5 % nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuositasolla
4. Henkilöstövoimavarat ja niiden tehokas käyttö	Terveydenhuollon ammattihenkilöt / 10 000 nuorta 13 – 22 v. ja käynnit / henkilötyövuosi	5) 13 terveydenhuollon ammattihenkilöä / 10 000 6) Yli puolet työajasta kohdistuu suoraan potilastyöhön, josta seuraa 500 – 700 käyntiä / henkilötyövuosi
5. Erikoislääkärien määrä	Nuorisopsykiatrian erikoislääkärit / 10 000 13 – 22 v.	7) 2,5 / 10 000
6. Kliinisen työn toteuttajana moniammatillinen tiimi	Laaja-alainen osaaminen edustettuna työryhmissä	8) Moniammatillinen työryhmä kaikissa yksiköissä, 100 %
7. Seulonta ja hoitoon ohjaus	Toimiva yhteistyö perustason kanssa ja matala kynnyks	9) Hoitotakuu terveydenhuoltolain mukaisesti 10) Perustason ja erikoissairaanhoidon välimaaston matalan kynnyksen yksiköt ja nopea hoitoon pääsy 11) Lastensuojelun konsultaatio ja sijoitettujen nuorten tutkimus, konsultaatio ja hoito
8. Tutkimusjakso	Erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tutkimus ja yhteistyö perheiden kanssa	12) Kaikki nuoret pääsevät nuorisopsykiatrian erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tutkimukseen 13) Yhteistyö perheiden kanssa kuuluu tutkimusjaksoon.
9. Vaikuttavien psyykenlääkehoitojen asianmukainen toteutus	Nuorten lääkityksen aloittaa vain erikoislääkäri tai nuorten lääkehoitoon perehtynyt lääkäri ja lääkityksen seuranta	14) Erikoislääkäri tai perehtynyt lääkäri aloittaa 100 % 15) Lääkityksen seuranta 100 %
10. Asianmukaisesti toteutetut psykososiaaliset hoitomuodot	Riittävä psykoterapia-osaaminen ja psykoterapian voimavarat sekä riittävä hoitosuhteiden työnohjaus ja asianmukaiset psykoterapian tuotantomallit	16) Ammattihenkilöistä yli 50 %:lla psykoterapiakoulutus 17) Hoitosuhteiden työnohjaus 100 % 18) Vähintään kertaviikkoista psykoterapiaa omana palveluna yli 40 %:lle potilaista 19) Kelan kuntoutuspsykoterapiaa yli 10 %:lle potilaista 20) Riittävä psykoterapian ostopalvelubudjetti
11. Asianmukaiset kuntoutuspalvelut	Kuntoutuksen riittävä saatavuus	21) Vajaakuntoisilla nuorilla kuntoutussuunnitelma ja sen toteutumisen seuranta 22) Monimuotoiset kuntoutuspalvelut 23) Kaikki hoidossa olevat saavat peruskoulun päästötodistuksen
12. Asiakastytyttyvyys	Asiakastytyttyvyysmittaukset	24) Tulos potilailla ja omaisilla hyvä tai erinomainen
13. Tuloksellisuus	Tuloksellisuustutkimukset	25) Toimintakyvyn ja elämänlaadun paraneminen (GAF, GAS), oireiden väheneminen ja tasoittuminen sosiaalisten sekä taloudellisten kokonaiskustannusten minimointi

## Nuorten mielenterveyden häiriöt ja hoidon tarve

Nuoruusikä käynnistyy puberteetista ja ajoitetaan yleisesti ikävuosiin 13 – 22 (2). Suomalaisten ja kansainvälisten epidemiologisten tutkimusten mukaan noin joka viides nuori, 20 – 25 % kaikista nuoruusikäisistä kärsii häiriötasoisesta mielenterveyden oireilusta (2,3).

Mielenterveyden häiriöt ovat nuoruusiässä kaksi noin kertaa yleisempiä kuin lapsuudessa (4).

Kolme neljännessä aikuisuudessa tavattavista mielenterveyden häiriöistä on todettavissa ennen aikuisikää (5,6). Noin 10 % nuorista on psykiatrisen hoidon tarpeessa (taulukko 2).

Hoitoa vaille jäänyt häiriö voi heijastua hyvin pitkälle tulevaisuuteen elämänlaatua heikentävänä. Varhainen hoito parantaa häiriön pitkäaikaisennustetta.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on huolestuneina todettu, että suurin osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista ei kehittyneissäkään terveydenhuoltojärjestelmissä saa tarvitsemaansa hoitoa ja vain noin 20 - 40 % hoitoa tarvitsevista nuorista on hoidon piirissä (7,8).

Taulukko 2.

Mielenterveyden häiriöiden epidemiologia nuoruusiässä tutkimusten mukaan.

Mittari	%
Kärsii mielenterveyshäiriöstä	20 - 25
Hoidon tarpeessa	10
Hoidon tarpeessa olevista nuorista hoidon piirissä	20 - 40
Aikuisten mielenterveyden häiriö todettavissa ennen aikuisikää	75
Hoitoa tarvitsevista vailla hoitoa kansainvälisten tutkimusten mukaan	60 -80

Suomen jo 1980-luvulta kehittyneet edistykselliset nuorten avohoidon palvelut ovatkin herättäneet runsaasti kansainvälistä kiinnostusta.

## NALLE-projekti - Nuorisopsykiatrisen avohoidon laadullinen evaluointi

Suomeen on rakennettu Euroopan olosuhteissa ainutlaatuiset nuoruusikäiselle väestölle tarkoitetut nuorisopsykiatriset palvelut (2). Ne sijoittuvat pääasiassa erikoissairaanhoidon ja käsittävät nuorisopsykiatriset poliklinikat sekä sairaalaosastot. Palvelut ovat kehittyneet nopeasti ja löytäneet hyvin kohdeväestönsä. Leimautumisen pelko on vähentynyt, ja nuoret eivät enää pelkää hakeutua heille tarkoitettuihin mielenterveyspalveluihin (9). Kasvava kysyntä kuitenkin ylittää palvelujen tarjonnan (10,11).

Nuorisopsykiatria on ollut viime vuosina suosituin psykiatrisen erikoistumisala (psykiatria, lastenpsykiatria, oikeuspsykiatria ja nuorisopsykiatria) erikoistuvien lääkäreiden keskuudessa.

Avohoito on kaikissa mielenterveyspalveluissa ensisijaista, ja siihen tulisi panostaa korostaen varhaista hoitoa. Nuorisopsykiatrisen avohoidon saatavuutta ja kehitystä on kartoitettu useissa selvityksissä (10,11,12, taulukko 3.). Näissä kyselytutkimuksiin perustuneissa selvityksissä kartoitettiin nuorten psykiatrisen avohoidon palvelujen saatavuutta ja sisältöä. Kartoitusten ansiosta tietomme nuorten psykiatrisista avohoitopalveluista ovat poikkeuksellisen hyvät. Psykiatrisen avohoidon palveluista ei valitettavasti ole saatavilla kattavia valtakunnallisia tilastoja.

Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys on vahvistanut tutkimusten ja tehtyjen kartoitusten pohjalta nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuosituksen.

Taulukko 3.

Nuorisopsykiatrisen palvelujen kartoitukset Suomessa

Vuosi	Menetelmä	Kohteet
1997	Kysely sairaanhoitopiireille (10)	Palvelujen saatavuus
2001 - 2002	Auditointi, NUOTTA-projekti (11)	Hyvän hoidon mallit ja palvelujen saatavuus
2006 - 2007	NUOTTA-uusintakysely sairaanhoitopiireille (12)	NUOTTA-projektin 5-vuotisseuranta 2002 - 2007
2009 - 2010	Kysely sairaanhoitopiireille NALLE	Palvelujen saatavuus, sisältö ja laatu

Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen laatuprojekti, Nuorisopsykiatrisen avohoidon laadullinen arviointi (NALLE) toteutettiin 2009 – 2010 kyselyllä nuorisopsykiatrisen ylilääkäreille, joita pyydettiin täyttämään avohoidon palveluja koskenut kyselylomake jokaisesta sairaanhoitopiirin alueella toimivasta avohoidon yksiköstä. Kyselyn vastaukset kattoivat 13 – 22-vuotiaan väestön nuorisopsykiatrisen avohoitopalveluista yli 84 %.

Jos sairaanhoitopiirin alueella toimii useita aluevastuullisia yksiköitä, sairaanhoitopiirin palvelukuvaus on esitetty tässä raportissa osavastuualueittain. Tällaisia osavastuualueita ovat HUSin 7 sairaanhoitoaluetta sekä Oulun ja Tampereen kaupunkien nuorisopsykiatriset avohoitopalvelut. Pienemmät kuntien ylläpitämät yksiköt on liitetty kuvauksessa sairaanhoitopiirien aineistoihin. Näin aineistoon sisältyy 24 sairaanhoitopiiriä tai osavastuualuetta, joista käytetään nimitystä alueet.

NUOTTA-projekti 2001 – 2002 kartoitti kattavasti nuorisopsykiatrisen avohoidon palvelut ja esitti 19 suositusta palvelujen kehittämiseksi. NALLE-projektissa arvioitiin myös tapahtunutta muutosta 2000-luvulla.

Psykiatrian laatujärjestelmiä on selvittänyt mm. Amerikan Psykiatriyhdistys, APA (13). Nuorisopsykiatrian laatusuosituksia ei tiettävästi ole aiemmin laadittu.

### Nuorisopsykiatrisen avohoidon määrälliset avainluvut 2010

NALLE-projektin keskeiset, nuorisopsykiatrisen avohoidon palvelutuotantoa kuvaavat määrälliset luvut on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4.  
NALLE-projektin avainluvut

<i>Mittari</i>	<i>Tulos</i>
Kyselyn vastausten kattavuus 13 - 22 v. väestöstä	84,4 %
Kyselyn vastausprosentti sairaanhoitopiireistä ja osavastuualueista	81,5 %
Nuorisoväestö 13 – 22 v., koko maa	654 732
13 - 22 v. nuorisoväestö vastanneilla alueilla	552 899
Avohoidon kohdeväestö vastanneilla alueilla	373 469
Palvelujen kohdeväestö kaikista 13 – 22-vuotiaista	70,1 %
Palvelujen kohdeikäryhmien ulkopuolella 13 - 23-vuotiaista	29,9 %
Avohoidon potilaat vastanneilla alueilla	15 923
Arvio avohoidon potilasmäärästä koko maassa	20 200
Avohoidon potilaiden osuus nuorisoväestöstä 13 - 22 v.	3,0 %
Avohoidon potilaiden osuus sairaanhoitopiirien kohdeväestöistä	4,3 %
Avohoidon käynnit vastanneilla alueilla	184 166
Arvio käynneistä koko maassa	240 000
Avohoidon käynnit potilasta kohti vuodessa	11,9
Avohoidon käynnit 1 000 nuorta (13 - 23 v.) kohti	333
Avohoidon resurssit henkilötyövuosina	468,2
Potilaita yhtä työntekijää kohti vuodessa	34
Avohoidon käynnit / yksi henkilötyövuosi (HTV)	393

## Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuosituksen toteutuminen - NALLE-projektin laadulliset tulokset

Laadun arvioinnin tulokset esitetään seuraavassa ensin kuvauksena ja lopuksi laatua kuvaavina numeroarvoina asteikolla 0 - 5.

### 1. Väestövastuun toteutuminen avohoidossa – palvelujen kohdeikäryhmät.

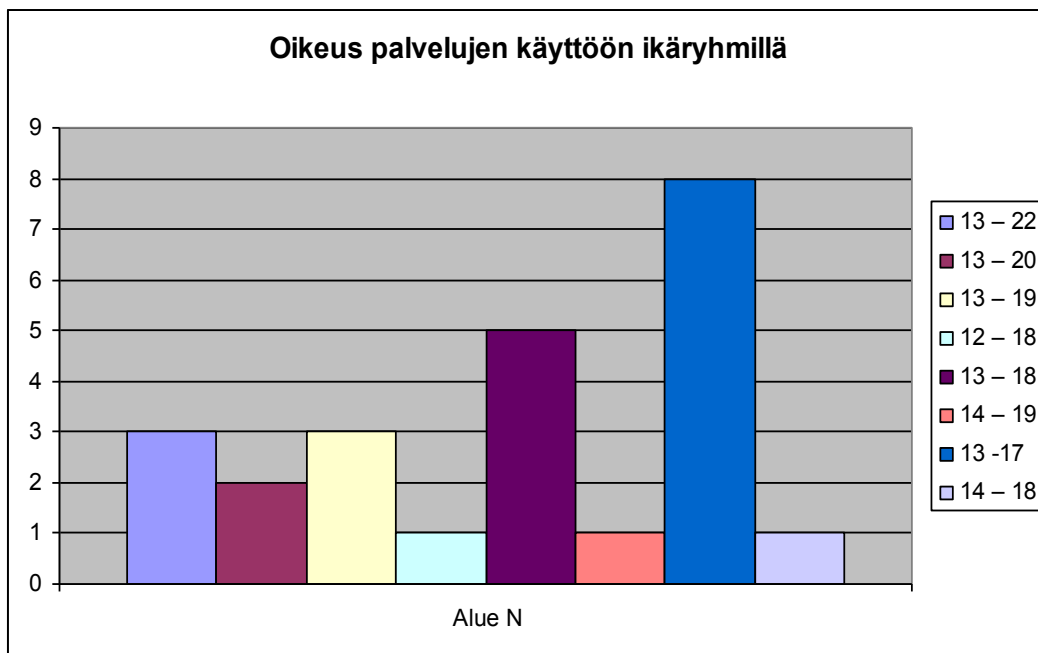
Kuntaliiton tilastojen mukaan 13 – 22-vuotiaita nuoria oli 652 732 vuonna 2009. Tähän ikäryhmään kuuluvien nuorten määrä oli kasvanut 7 911 nuorella (1,2 %) vuosina 2002 - 2009.

Palvelujen käyttöön oikeuttavat ikäraajat vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin paljon. Kyselyyn vastanneilla alueilla 70 %:lla kaikista 13 - 22-vuotiaista nuorista oli oikeus käyttää nuorisopsykiatrisia palveluja vuonna 2010 (78 %:lla vuonna 2002 ). Palvelujen käyttöoikeus oli kaventunut 2000-luvulla.

Noin kolmannes 13 – 22-vuotiaista ei ollut oikeutettu nuorten avohoitopalveluihin. Tavallista kuitenkin oli, että hoitoa ei keskeytetty, vaikka palvelujen saatavuuden ”yläikäraja” ylittyikin. Tästä syystä aivan tarkkaa lukua palveluihin oikeutettujen määristä ei voida esittää.

Taulukko 5.

Palvelujen käyttöön oikeuttavien ikäryhmien määrän vaihtelu eri alueilla.



Palvelujen käyttöoikeus oli määritelty alueittain vaihtelevasti 8 eri tavalla. Vuonna 2002 käyttöoikeus määriteltiin 10 eri tavalla.

Enimmillään 10 ikäryhmää (13 - 22 v.) oli oikeutettu käyttämään nuorisopsykiatrisia avohoitopalveluja kolmella alueella v. 2010. Vähimmillään käyttöoikeus oli 5 ikäryhmällä (13 – 17 tai 14 – 18). Viisi ikäryhmää oli oikeutettu palveluihin 9 alueella (37 % alueista). Vuonna 2002 oli 10 ikäryhmää oikeutettu palveluihin 3 alueella ja 5 ikäryhmää 8 alueella.



Ottaen huomioon kaikki alueet palveluihin oikeutettujen kohdeikäryhmien keskiarvo oli laskenut verrattuna vuoteen 2002 (6,6 vs. 8,2).

*Laatuarvio (0 – 5): 3.5.* Väestövastuun laatuavoite toteutui 70 %:ssa alueista. Nuorisopsykiatrisen hoitojärjestelmän väestövastuu ikäluokkien 13 – 22 v. hoidosta oli heikentynyt vuodesta 2002.

## **2. Toiminnallinen kokonaisuus ja laadun hallinta**

2.1. Toiminnallinen kokonaisuus, sovittu työnjako ja yhteistyösuhteet sekä hoitopolut. Sekä mielenterveyslaki että terveydenhuoltolaki edellyttävät palvelujen koordinoitua:

*Mielenterveyslaki 5 § 1 mom.*

”Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisten sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus”.

*Terveydenhuoltolaki 27 §*

Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

*Terveydenhuoltolain 17 § 1 ja 2 mom.* edellyttävät, että kunnan perusterveydenhuolto järjestää alueensa opiskelijoiden mielenterveyspalvelut:

Kunnan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillisten oppilaitosten sekä korkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla.

Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen opiskelijoille, mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen ja suun terveydenhuolto mukaan lukien.

Toiminnalliseen kokonaisuuteen ja työnjaosta sopimisen piiriin liittyvät myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön mielenterveyspalvelujen sekä kunnallisen opiskeluterveydenhuollon yhteensovittaminen nuorten palvelukokonaisuuteen.

NALLE-kartoitus tavoitti 83 nuorisopsykiatrista avohoitotiimiä. Kartoitus kattoi 84,4 % maan nuorisopsykiatrisia palveluja tarjoavista alueista. Olettaen, että tiimien määrä kartoituksen ulkopuolelle jääneillä alueilla vastasi kartoitukseen vastanneiden alueiden tiimien määrää, nuorisopsykiatrian tiimien kokonaismääräksi 2010 voidaan arvioida lähes 100.

NUOTTA-tutkimuksessa 2002 oli 54 nuorisopsykiatrista poliklinikkaa. Luku ei ole vertailukelpoinen NALLE-kartoitukseen, koska NUOTTA ei kartoittanut pienimpiä erillisiä yksiköitä. Joka tapauksessa toimipisteiden määrä on lisääntynyt merkittävästi 2000-luvulla ja toimintamallit monipuolistuneet. Uusi ilmiö on myös se, että

sairaanhoitopiirien palvelujen rinnalla yksittäiset kunnat tuottivat aiempaa enemmän nuorisopsykiatrian avohoitopalveluja.

Toimipisteiden määrän kasvun myötä palvelut ovat tulleet lähemmäksi käyttäjiä ja samalla toimintayksiköt ovat pienentyneet. Osin kasvu liittyy toiminnan monipuolistumiseen, on perustettu mm. matalan kynnyksen yksiköitä ja päivä kuntoutusyksiköitä. Myös aivan uusia toimintamalleja on otettu käyttöön kuten lastensuojelulaitosten konsultaatiopoliklinikka Porissa. Valtaosa yksiköiden määrän kasvusta selittyy kuitenkin pienten alueellisten yksiköiden perustamisella ja kunnallisten yksiköiden määrän kasvulla.

Yksittäisten kuntien ylläpitämiä, sairaanhoitopiirien ulkopuolisia tiimejä oli kymmenkunta, osa niistä hyvin pieniä. Resurssien järkevän käytön edistämiseksi on välttämätöntä, että alueella toimivat yksiköt tekevät yhteistyötä ja koordinoivat toimintojaan sopien myös työnjaosta.

*2.1. Laatuarvio: 3.5.* Toiminnallinen kokonaisuus toteutuu kohtuullisen hyvin, mutta kehittämisen tarvetta on edelleen. Yhteistyö sairaanhoitopiirien ulkopuolisten, yksittäisten kuntien ylläpitämien ja sairaanhoitopiirien yksiköiden kesken vaihteli hyvin vähäisestä hyvin laajaan.

Selkeimpiä yhteisömallia oli kehitetty terveyskeskusten hallintaan kuuluneissa matalan kynnyksen yksiköissä, joissa toteutettiin monimuotoista konsultaatiota.

Opiskeluterveydenhuollon ja nuorisopsykiatrian palvelujen yhteensovittaminen on kehittynyt kaikkein heikoiten. Samoin päihdeongelmista kärsivien nuorten nuorisopsykiatrisen konsultaatio ja hoito sekä työnjako päihdehuollon erityisyksiköiden kanssa on paljolti kehittymätöntä.

## 2.2. Laadunhallinnan suunnitelma.

*Terveydenhuoltolain 8 § 1 ja 3 mom.* edellyttävät palveluilta korkeaa laatua ja laadunhallinnan suunnitelmaa:

Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.

Nuorisopsykiatrian yksiköillä tulee olla terveydenhuoltolain edellyttämä laadunhallinnan suunnitelma.

*2.2. Laatuarvio:* Laadunhallinnan suunnitelman toteutumista ei mitattu, terveydenhuoltolaki astui voimaan 2011.

## 3. Palvelujen saatavuus - tarpeen ja kysynnän kohtaaminen

*Terveydenhuoltolain 10 §* edellyttää, että

Kunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus,

sosiaalinen turvallisuus, terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät.

V. 2010 13 - 22 v. nuorista koko maassa 3 % käytti nuorisopsykiatrisen avohoidon palveluja. Palveluja käyttäneiden osuus vaihteli välillä 1,4 % – 5,6 %. Palvelujen piirissä oli kaksi kolmasosaa enemmän nuoria kuin vuonna 2002, jolloin 13 – 22-vuotiaista nuorista vain 1,8 % käytti nuorisopsykiatrian avohoidon palveluja.

Muutos merkitsee sitä, että *aiemmin piilevänä ollut, tutkimuksissa todettu palvelujen tarve on vähitellen muuttunut lisääntyvästi aktiiviseksi kysynnäksi*. Silti palvelujen saatavuus (3 %) on edelleen kaukana todetusta tarpeesta (5 %). Hoitoa saaneista 63 % asui alueilla, joilla 2,5 – 3,4 % nuorista sai palveluja.

Taulukko 6.  
Hoidon tarpeen kohtaaminen

Palveluja käyttäneet % 13 – 22 -vuotiaista alueittain	Väestö 13 – 22 v. vastanneilla alueilla N	% väestöstä 13 – 22 v.	Potilaat N	% kaikista potilaista
1,4 - 2,4	117 637	21	2 523	16
2,5 - 3,4	358 395	65	10 054	63
3,5 - 4,4	26 202	4	1 162	7
4,5 - 5,4	45 483	8	1 847	12
Yli 5,5	5 092	1	297	2
Yhteensä	552 899	99	15 923	100

Palvelujen saatavuutta tulisi edelleen voida parantaa keskimäärin noin kahdella kolmasosalla, jotta tutkimuksissa osoitettu, olemassa oleva tarve kohdattaisiin asianmukaisesti.

*Laatuarvio:* 3. Palvelujen saatavuus. Palvelujen piirissä oli 3 % nuorista, kun tutkimuksissa todettu tavoite on 5 %. Hoidon tarpeesta kohdattiin 60 %.

#### 4. Henkilöstövoimavarat ja niiden tehokas käyttö

*Terveydenhuoltolain 4 § 1 ja 3 mom.* velvoittaa palvelujen tuottajia varaamaan riittävät voimavarat väestön tarvetta vastaavien palvelujen tuottamiseen:

Terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirinkuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveyspalvelujen tarvetta.

##### 4.1. Voimavarat

Keskimäärin nuorisopsykiatrisessa avohoidossa toimi 8,5 ammattihenkilöä / 10 000 nuorta (13 - 22 v.). Alueelliset erot olivat hyvin suuria. NUOTTA-kartoituksessa 2002 resurssimittaus oli 6,0 ammattihenkilöä / 10 000.

Avohoidon voimavaramitoitus vaihteli välillä 4,8 – 13,0 ammattihenkilöä / 10 000 nuorta (13 - 22 v.). V. 2002 voimavarat / 10 000 nuorta (13 – 22 v.) vaihtelivat välillä 2,4 – 10,4. Vaihteluväli oli kasvanut 8,0:sta 8,2:een.

Taulukko 7.  
Nuorisopsykiatrisen avohoidon voimavarat alueittain

Voimavarat / 10 000 nuorta 13 – 22 v.	Alueet N* n (%)
4,8 – 7,0	6 (37 %)
7,1 – 9,0	2 (13 %)
9,1 – 11,0	7 (44 %)
Yli 11	1 (6 %)
Yhteensä	16 (100 %)

\*Laskennassa mukana eivät ole osavastuualueet, koska niistä ei ole riittäviä väestötietoja

Vuodesta 2002 vuoteen 2010 nuorisoväestöön suhteutetut kokonaisvoimavarat olivat kasvaneet, mutta samalla vaihtelu alueiden välillä oli myös kasvanut siten, että palvelujen saatavuus oli epätasaisempaa 2010 kuin 2002.

Todettua hoidon tarvetta vastaava avohoidon henkilöstövoimavarojen tavoite, 13 ammattihenkilöä / 10 000 nuorta, toteutui 6 %:lle 13 - 22-vuotiaista nuorista.

*4.1. Laatuarvio: 3. Voimavaramitoitus.* Vallitsevan voimavaravajauksen korjaaminen edellyttää laskennallisesti nuorten avohoidon kokonaisvoimavarojen kasvua yli puolella nykyisestä, jotta olemassa oleva hoidon tarve voidaan asianmukaisesti kohdata.

Hyvän laadun tason saavuttamiseen koko maassa tarvittaisiin arviolta runsaat 250 uutta nuorisopsykiatrisen avohoidon ammattihenkilön virkaa.

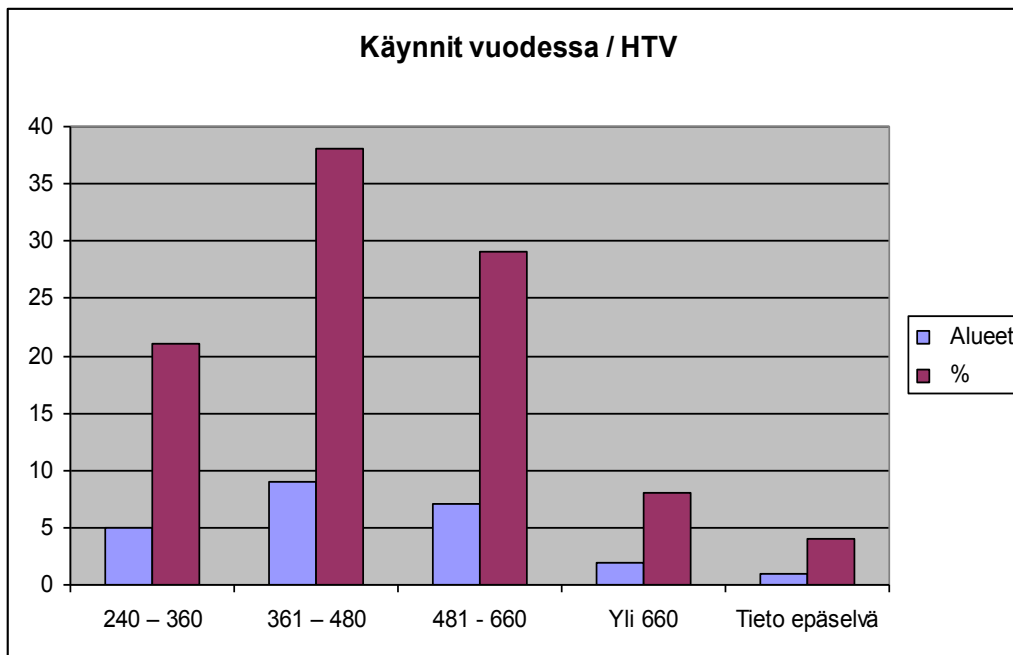
#### 4.2. Voimavarojen tehokas käyttö

Vuodesta 2002 vuoteen 2010 nuorisopsykiatrisen avohoidon käyntien määrä kasvoi suhteellisesti enemmän kuin kokonaisvoimavarat (+ 55 % vs. + 39 %, taulukko 21.). Huolimatta tapahtuneesta myönteisestä voimavarakasvuksesta henkilöstön kuormitus on kasvanut merkittävästi suuren kysynnän kasvun vuoksi.

Samalla kun nuorten mielenterveyden häiriöiden kohtaaminen muilla terveydenhuollon tasoilla, kouluterveydenhuollossa ja sosiaalihuollon ja terveydenhuollon peruspalveluissa on kasvanut, nuorisopsykiatrisen avohoidon henkilöresursseja on jouduttu sitomaan lisääntyvästi tarpeelliseen epäsuoraan työhön pois välittömästä potilastyöstä esim. välttämättömään yhteistyöhön, konsultaatioihin ja neuvotteluihin muiden toimijoiden kanssa.

Kun sairaalapaikkoja on supistettu, avohoidon kuormitus on kasvanut. Samalla avohoidossa hoidetaan yhä vaikeampiasteisia häiriöitä, joiden asianmukainen hoito avohoidossa vaatii aiempaa enemmän voimavarojen kohdentamista myös muuhun kuin suoriin potilaskäynteihin (verkostoyhteistyö, tiivis työskentely perheiden kanssa, avohoidon akuuttipalvelut).

Taulukko 8.  
Käynnit yhtä henkilötyövuotta kohti vuodessa



Käyntimäärät henkilötyövuotta kohti vaihtelivat alueittain aika paljon. Käyntimäärien keskiarvo / HTV oli 393 ja mediaani 473.

Laatutavoitteena olevan käyntimäärän henkilötyövuotta kohti (500 - 700 käyntiä) saavutti 23 % henkilöstöstä.

Vaiheluun vaikuttavat monet tekijät. Henkilökunnan korkea koulutustaso edistää itsenäistä työskentelyä, joka voi vaikuttaa käyntimääriä korottavasti. Runsaat yhteistyöveloitteet työryhmällä (esim. konsultaatiot, verkostoyhteistyö) puolestaan vaikuttavat potilaskäyntimääriä alentavasti, mutta saattavat olla koko alueen nuorten mielenterveyspalveluja edistäviä. Myös työskentelytavoilla voi olla merkitystä, esim. usean työntekijän osallistuminen perhetapaamisiin, kotikäynnit jne.

Sosiaalitoimen piirissä on suuri määrä sijaishuollossa lastensuojelun laitoksissa olevia nuoria. Nuorten huostaanotot ovat lisääntyneet 195 % vv. 1994 – 2005 (14). Tutkimusten mukaan kodin ulkopuolelle sijoitettujen nuorten psykiatrisen hoidon tarve on suuri, ja tämä nopeasti kasvanut tarve kohdataan pääosin nuorisopsykiatrisessa avohoidossa (15, 16). Myös nuorisopsykiatrian yksiköiden henkilökunnan konsultaatioapua tarvitaan usein lastensuojelulaitosten tukena (17).

Kaiken kaikkiaan voimavarojen kokonaiskasvu (+ 39 %) on ollut vv. 2002 - 2010 vähäisempää kuin käyntimäärän lisäys (+ 55 %). Kun voimavarat ovat lisääntyneet selvästi vähemmän kuin käynnit, työtahti on mitä ilmeisimmin kiristynyt. Toiminta on tehostunut ja monipuolistunut. On kuitenkin ilmeistä, että kaikkialla maassa on edelleen paljon hoidon tarvetta, joka ei vielä ilmene kysyntänä. Lisävoimavarojen tarve avohoidossa on ilmeinen.

4.2. *Laatuarvio:* 3.5. Käynnit / HTV. Käyntimäärien keskiarvo / HTV oli 393, kun tavoite on yli 500. Käynnit olivat lisääntyneet enemmän kuin voimavarat. Käyntimäärä henkilötyövuotta kohti vaihteli paljon. Potilasmäärä kasvoi 67 % samalla kun voimavarat lisääntyivät 39 % ja käynnit 55 %.

## 5. Erikoislääkärimitoitus

Nuorisopsykiatrian erikoislääkärin virkoja (ml. ylilääkärin virat) avohoidossa oli vastanneilla alueilla 87,5. Viroista oli täytetty 71 %. Muita lääkäreitä avohoidon yksiköissä toimi 22 (taulukko 9.).

Väestöön suhteutettuna erikoislääkärin virkoja oli 1,6 / 10 000 nuorta (13 – 22 v.). Nuorisopsykiatrian erikoislääkäreitä toimi avohoidossa 1,1 / 10 000 nuorta (13 – 22 v.).

Erikoislääkärin virat oli täytetty 100 %:sti yli puolessa sairaanhoitopiireistä / osavastuualueista. Jos mukaan otetaan myös muut kuin erikoislääkärit, virkojen täyttöaste oli muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta varsin hyvä. Nuorisopsykiatria koetaan haastavana ja kiinnostavana erikoisalana.

Erikoislääkärin virkojen laatutavoite 2,5 virkaa / 10 000 nuorta 13 – 22 v. toteutui täysin 9 %:ssa sairaanhoitopiireistä.

Avohoidossa toimivien lääkärin osalta mitoituksen tavoite toteutui täysin 22 % sairaanhoitopiireistä, kun kaikki nuorten avohoidossa toimivat lääkärit luetaan mukaan laskentaan.

Lääkäriliiton tilastojen mukaan nuorisopsykiatrian erikoislääkärivaje noudattaa psykiatristen alojen ylipäänsä korkeaa vajetasoa:

nuorisopsykiatria 14,9 %  
psykiatria 10,2 %  
lastenpsykiatria 10,1 % (14).

Taulukko 9.

Lääkärivirat ja lääkärit nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kyselyyn vastanneilla alueilla

Mittari	N	% henkilöstöstä	100 hoidettua potilasta kohti vuodessa	10 000 nuorta 13 – 22 v kohti
Nuorisopsykiatrian erikoislääkärin virat	87,5	18,7	0,6	1,6
Erikoislääkärit	61,7	13,2	0,4	1,1
Muut lääkärit	22	4,6	0,1	0,4

Kiinnostus erikoistua nuorisopsykiatriaan on ollut suuri, ja erikoislääkärivaje näyttäisi olevan voitettavissa. Nuorisopsykiatrian erikoislääkärimäärän prosentuaalinen kasvu on ollut selvästi suurinta kaikista psykiatrian alojen erikoislääkäreistä. Vv. 2005 – 2009 nuorisopsykiatrian erikoislääkärimäärä kasvoi 24 %, kun kaikkien muiden psykiatrian erikoisalojen (lastenpsykiatria, oikeuspsykiatria, psykiatria) erikoislääkärimäärä yhteensä kasvoi 14 % (15).

*5. Laatuarvio:* 3. Nuorisopsykiatrian erikoislääkärin määrän hyvän laadun tavoite (2,5 / 10 000 nuorta 13 – 22 v.) toteutui koko maassa 64 %:sesti. Kuitenkin vain 9 % alueista oli saavuttanut tavoitteen.



saatavuus paranee. Projekti suositti uusien matalan kynnyksen palvelujen yksiköiden perustamista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimaastoon (ns. Sihti-malli). Matalan kynnyksen toimintamalleja tarvitaan terveyskeskusten, muiden perustason toimijoiden ja sairaanhoitopiirin rajapintaan edistämään potilaan ohjautumista tarpeen mukaiseen hoitoon. Tavoitteena tulee tällöin olla mahdollisimman matala kynnys sekä perustason että erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuudessa.

Ensimmäiset lupaavat kokemukset välimaaston matalan kynnyksen palveluista saatiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä Porissa ja sittemmin mm. Kuopiossa, Lappeenrannassa ja Lahdessa. Sairaanhoitopiirin, terveyskeskuksen ja kasvatus- ja perheneuvolan yhteistyönä perustettu matalan kynnyksen yksikkö otti nuoria vastaan ilman lähetettä. Yksikön henkilöstössä oli edustettuna kaikkien perustajatahojen toimijoita. Vastaanottoyhmä keskittyi sinne ohjatutuneiden nuorten alkututkimuksiin ja ensikohtaamiseen muutamana käynnin puitteissa. Vastaanottoyhmä ei toteuttanut pitkiä hoitosuhteita lainkaan. Uuden yksikön toiminnan käynnistyminen poisti ruuhkat nuorisopsykiatrian poliklinikalta ja auttoi sen keskittymistä perustehtävänsä.

NUOTTA-projekti määritteli välimaaston palvelurakenteen ja tehtävät seuraavasti:

Välimaaston matalan kynnyksen palvelurakenne

1. Selkiyttää työnjakoa perustason ja erikoissairaanhoidon/sairaanhoitopiirin poliklinikan kesken.
2. Vastaa matalan kynnyksen toteutumisesta, uusien potilaiden alkututkimuksesta ja hoitoon ohjauksesta.
3. Ei toteuta päällekkäisiä tehtäviä sairaanhoitopiirin yksiköiden kanssa.
4. Pystyy tarjoamaan erityisosaamista ”etulinjassa”. Henkilökunnassa on edustettuna sekä perusterveydenhuollon että nuorisopsykiatrian erityisosaaminen.

Matalan kynnyksen palvelut edistävät hoitotakuun toteutumista. Matalan kynnyksen palvelut ovat lisääntyneet merkittävästi eri puolilla maata. Sihti-malli toteutui noin kolmanneksessa sairaanhoitopiirejä / osavastuualueita. Lisäksi 13 % alueista oli perustanut Sihti-mallia mukailevia uusia matalan kynnyksen toimintatapoja kuten akuuttiryhmä, kriisiryhmä, liikkuva päivystystyö.

### **Nopea hoitoon pääsy avohoidossa**

Matalaan kynnykseen liittyy nopea pääsy asianmukaiseen hoitoon. Kun osastopaikkoja on karsittu, tavoitteena on ollut samalla tehostaa avohoittoa. Kysyntä on kuitenkin ylittänyt tarjonnan, ja nopea avohoittoon pääsy on osoittautunut usein kriittiseksi tekijäksi. Jos avohoitto ei pysty toimimaan nopeasti, seurauksena on tarpeettomia sairaalajaksoja ja turhia kustannuksia. Osana toimivaa avohoidon hoitoketjua tarvitaan valmiuksia kiireisten potilaiden nopeaan vastaanottamiseen avohoidossa. Tässä on saatu lupaavia tuloksia ottamalla käyttöön mm. akuutti- ja kriisiryhmiä sekä liikkuvan päivystystyön yksiköitä.

Kaiken kaikkiaan matala kynnys ja nopea hoitoon pääsy erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välimaastossa ilman lähetettä toteutui hieman vaihtelevissa muodoissa 11 sairaanhoitopiirissä / osavastuualueella (46 %).



7.2. *Laatuarvio*: 2.5. Matala kynnyks ja nopea avohoitoon pääsy. Tarvetta matalan kynnyksen palvelujen kehittämiseen on edelleen varsin paljon.

7.3. Lastensuojelun konsultaatio ja sijoitettujen nuorten nuorisopsykiatrisen konsultaatio, tutkimus ja hoito. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on kasvanut, ja nuorten sijoitukset ovat lisääntyneet erityisen paljon (16). Sijoitetuilla nuorilla on todettu hyvin paljon nuorisopsykiatrisen hoidon tarvetta (17). Jokaiselle kodin ulkopuolelle lastensuojelulaitoksiin sijoitetulle nuorelle tulee tarjota mahdollisuus nuorisopsykiatriseen konsultaatioon ja tutkimuksen perusteella tarpeelliseksi arvioituun hoitoon. Tämän tavoitteen toteuttaminen edellyttää hyvää alueellista yhteistyötä nuorisopsykiatrisen ja sosiaalitoimen kesken. Mm. Satakunnan sairaanhoitopiiri - jonka alueella on paljon ulkopaikkakuntalaisia sijoitettuja nuoria – on kehittänyt lastensuojelulaitoksille oman konsultaatiopoliklinikan (18,19). Erityyppisiä konsultaatiojärjestelyjä on käynnistetty myös muualla.

7.3. *Laatuarvio*: Lastensuojelun konsultaatioita ja lastensuojelulaitoksiin sijoitettujen nuorten konsultaatio toimintaa ei mitattu NALLE-tutkimuksessa.

## 8. Tutkimusjakso

NUOTTA-projekti määritteli nuorisopsykiatrisen tutkimusjakson seuraavasti:

Tutkimusjakson aikana

- määritellään nuoren psyykkisen häiriön luonne
- asetetaan työdiagnoosi tai lopullinen diagnoosi
- kartoitetaan nuoruusiän kehityksen aste
- kartoitetaan nuoren voimavarat
- annetaan hoitosuositus

Tutkimusjakson sisältö

- psykiatrisen alkuhaastattelu / haastattelut
- perhetilanteen kartoitus
- tarvittaessa psykologin tutkimus
- työryhmäkäsittely, jossa kerätyt tiedot kootaan yhteen ja muotoillaan hoitosuositus
- tutkimusjaksosta annetaan palaute nuorelle ja tarvittaessa hänen vanhemmilleen
- tutkimusjaksolle annetaan ensimmäinen aika kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta
- nuoren elämäolosuhteiden ja vanhemmuuden kartoitus.

### 8.1. Erikoislääkärin tutkimus tutkimusjakson aikana

Tutkimusjakson aikana tulee suorittaa nuorisopsykiatrisen erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tutkimus. Tutkimuksessa tehdään alustava psykiatrisen diagnoosi ja hoidontarvearvio.

Kaikki nuoret tapasivat erikoislääkärin tutkimusjakson aikana alueilla, joilla hoidettiin 37 % potilaista. Osa hoitoon tulevista nuorista tapasi erikoislääkärin alueilla, joilla hoidettiin 34 % potilaista. Muun lääkäri tapasivat potilaat alueilla, joilla hoidettiin 26 % potilaista. Noin 3 % potilaista kohdattiin alueilla, joilla ei lainkaan tavattu lääkäriä.

Sairaanhoitopiireistä / osavastuualueista 29 % pystyi huolehtimaan siitä, että kaikki nuoret tapasivat erikoislääkärin ja 67 % tarjosi erikoislääkärin kohtaamisen osalle potilaista. Erikoislääkärin tapasi 100 % nuorista tutkimusjakson aikana 29 %:ssa sairaanhoitopiireistä / osavastuualueista. Puolet tai alle puolet nuorista ei tavannut

lainkaan erikoislääkärinä tutkimusjakson aikana 35 %:ssa sairaanhoitopiireistä tai osavastuualueista. Nuorista 60 - 90 % tapasi erikoislääkärin tutkimusjakson aikana 35 %:ssa sairaanhoitopiireistä / osavastuualueista.

Tavoitteen mukainen lääkärin tapaaminen toteutui kohtuullisen hyvin. Potilaista vain 3 % ei tavannut lainkaan lääkärinä tutkimusjakson aikana.

Taulukko 10.

Erikoislääkärin tapaaminen tutkimusjakson aikana nuorisopsykiatrisessa avohoidossa.

Mittari	Potilaat N	%	Alue N	%
1. Kaikki tapaavat erikoislääkärin	5 352	36,6	7	29,2
2. Osa potilaista tapaa erikoislääkärin	4 983	34,1	16	66,7
3. Tapaa muun lääkärin	3 803	26,0	14	58,3
4. Ei tapaa lääkärinä	488	3,3	1	4,2
Yhteensä riittävä tieto lääkärikäynneistä	14 626	100,0	-	-

8.1. *Laatu-arvio:* 5. Erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tutkimus toteutuu varsin hyvin laatu-tavoitteen mukaisesti.

8.2. Perhetapaaminen tutkimusjakson aikana

NUOTTA-projektin suositusten mukaisesti perhetapaaminen kuuluu aina tutkimusjaksoon perhetilanteen kartoittamiseksi (11). Poikkeuksen muodostavat ne nuoret aikuiset, jotka jo elävät itsenäisesti. Perhetapaaminen toteutui kohtuullisen hyvin (taulukko 11).

Taulukko 11.

Perhetapaaminen tutkimusjakson aikana

Perhetapaamisen toteutuminen tutkimusjakson aikana	Potilaat N	%	Alueet N	%
1. Perhe tavattiin aina (100 %)	9 299	56,5	11	45,8
2. Perhe tavattiin 80 – 95 %:ssa tapauksista	6 069	36,9	12	50,0
3. Perhe tavattiin 60 – 70 %:ssa tapauksista	172	1,0	1	4,2
4. Perhettä ei tavattu lainkaan	915	5,6	-	-
Yhteensä	16 455	100,0	24	100,0

Tutkimusjakoista 93 % toteutui siten, että perhe tavattiin yli 80 %:ssa. Perhe tavattiin sataprosenttisesti 57 %:ssa kaikista tutkimusjakoista. Tapaaminen toteutui 80 - 95 %:ssa tutkimusjakoista 37 %:lla potilaista. Vanhempia ei lainkaan tavattu 6 %:ssa tutkimusjakoista.

Perhetapaaminen toteutui kaikissa tapauksissa 46 %:ssa alueista. Alueista 80 – 95 %:ssa perhetapaaminen toteutui 50 %:sesti. Perhettä ei tavattu lainkaan 4 %:ssa alueista.

8.2. *Laatu-arvio:* 4.5. Perhetapaaminen. Tutkimusjakson rakennetta on edelleen tarpeen kehittää useissa yksiköissä.

## 9. Vaikuttavien psyykenlääkehoitojen asianmukainen toteutus

Nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, erikoistuva lääkäri tai nuorten lääkahoitoon perehtynyt lääkäri aloittaa nuorten psyykenlääkehoidon.

Masennuslääkitystä tai muuta psyykenlääkehoitoa ei aloitettu lainkaan tai aloitettiin hyvin harvoin ilman edeltävää erikoislääkärin tutkimusta 77 %:ssa sairaanhoitopiireistä tai osavastuualueista.

Muu psykofarmakalääkitys aloitettiin usein ilman erikoislääkärin tutkimusta nuorille noin puolessa sairaanhoitopiireistä tai osavastuualueista.

*9. Laatuarvio: 3.5.* Vaikuttavien psyykenlääkehoitojen asianmukainen toteutus toimii kohtuullisen hyvin, kehittämistä kuitenkin edelleen tarvitaan.

## 10. Asianmukaisesti toteutetut psykososiaaliset hoitomuodot

### 10.1. Ammattihenkilöiden psykoterapiaosaaminen

NUOTTA-projekti suositti, että nuorisopsykiatrian tunnuslukuihin tulee kuulua psykoterapiakoulutuksen saaneen henkilöstön määrän ja toteutuneen työhajauksen määrän seuranta (11).

Psykoterapeutteja tai psykoterapiakoulutuksessa olevia oli NALLE-projektin kartoituksessa 48 % avohoidon henkilöstöstä (taulukot 12. ja 13.). Luku on korkea suomalaisessa mielenterveystyössä. Psykoterapeuttien suhteellinen osuus henkilöstöstä on kuitenkin alentunut jonkin verran verrattuna NUOTTA-projektin kartoitukseen 2002 samalla kun henkilöstön kokonaismäärä on kasvanut. Vuonna 2002 psykoterapeuttien osuus henkilöstöstä oli 64 % (11).

Taulukko 12.

Henkilöstön psykoterapiakoulutus

Mittari	N*	%
Avohoidon henkilöstö vastanneilla alueilla	468	100,0
Riittävä tieto henkilöstön psykoterapiakoulutuksesta	454	97,0
Psykoterapiakoulutus	219	48,0
Psykoterapiakoulutus / 1000 nuorta 13 – 22 v.	4.4	-

- Yksi sairaanhoitopiiri ei mukana laskennassa tietojen epäselvyyden vuoksi

Psykoterapeuttisen koulutuksen saaneen henkilöstön määrä / 1000 13 - 22 v. nuorta oli 4,4. Määrä vaihteli välillä 2,4 – 9,8 / 1000 13 - 22 v. nuorta. Palveluihin oikeutettuihin kohdeväestöihin suhteutettu psykoterapeuttien määrä oli 6,5.

Taulukko 13.

Henkilöstön psykoterapiakoulutus

Psykoterapiakoulutus % henkilöstöstä	Alueet N	%
25 – 44	8	33
45 – 64	6	25
65 – 84	8	33
Yli 84	1	4
Tieto epäselvä	1	4
Yhteensä	24	99

Vuonna 2002 psykoterapeutteja oli 248 koko maan nuorisopsykiatrian avohoidon yksiköissä tuolloin työskennelleestä 390 työntekijästä (64 %). Psykoterapeuttien kokonaismäärän kehitystä nuorisopsykiatriassa voidaan arvioida olettamalla, että alueilla, joista NALLE-projektin selvityksessä ei saatu tietoja, olisi suhteessa nuorisoväestöön sama määrä psykoterapiaosaamista kuin selvitykseen osallistuneilla alueilla. Tällöin psykoterapeuttien määräksi v. 2010 koko maassa tulisi arviolta 284.

Psykoterapeuttien kokonaismäärä näyttäisi kasvaneen jonkin verran, mutta psykoterapeuttien suhteellinen osuus avohoidon henkilöstöstä on laskenut.

Yli puolella henkilöstöstä psykoterapiakoulutus oli 63 %:ssa alueista.

*10.1. Laatuarvio: 4.5.* Terveystieteiden ammattihenkilöiden psykoterapiaosaaminen oli lähes hyvän laatutason mukaista. Psykoterapeuttien suhteellinen osuus henkilöstöstä oli kuitenkin pienentynyt verrattuna vuoteen 2002.

#### 10.2. Hoitosuhteiden työnohjaus

*Työnohjausvelvoite mielenterveyslaissa (4 § 3. Mom.)*

Mielenterveyspalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestelmää.

*Mielenterveysasetus (1 §)*

Työnohjaus. Kunnan tai kuntayhtymän on toteuttaessaan mielenterveyslain 4 §:n 3 momentissa edellytettyä työnohjauksen järjestelmää huolehdittava siitä, että työnohjaus on sisällöltään sellaista, että se edistää henkilöstön valmiuksia antaa väestön tarvitsemia mielenterveyspalveluja.

Hoitosuhteiden työnohjaus oli järjestetty varsin kattavasti. Kaikki yksiköt olivat järjestäneet työnohjauksen henkilöstölleen. Työnohjauksen järjestämisvelvollisuus kuuluu myös mielenterveyslain palvelujen järjestäjille antamiin velvoitteisiin.

*10.2. Laatuarvio: 5.* Hoitosuhteiden työnohjaus toteutuu laatutavoitteen mukaisesti.

#### 10.3. Psykoterapian toteutus omana palveluna

Omana palveluna tuotettavan psykoterapian mittari määriteltiin NALLE-projektin kyselykaavakkeessa seuraavasti:

Omana palveluna psykoterapiaksi luetaan oman henkilöstön antama terapia, kun terapiaa antaa joko psykoterapeutti tai muu ammattihenkilö, joka saa työnohjausta terapiatyöhön.

Psykoterapian tuottaminen omana palveluna oli ylivoimaisesti tavallisin tuotantomalli. Oma palvelu oli tavallisin tapa tuottaa psykoterapiapalveluja 83 %:ssa alueista (taulukko 14.).

Taulukko 14.  
 Psykoterapian tuotantomallit, oman tuotannon yleisyys

Mittari	Alueet N	%
Psykoterapia useimmiten omana palveluna	20	83,0
Psykoterapia omana palveluna pienempää kuin muu tuotanto	2	8,0
Tieto epäselvä	2	8,0
Yhteensä	24	99,0

Keskimäärin psykoterapiaa omana palveluna sai ainakin yli 20 % potilaista. Aivan tarkkaa lukua on vaikea esittää, koska psykoterapian määritelmää tulkittiin eri alueilla jonkin verran eri tavoin.

Taulukko 15.  
 Psykoterapia omana palveluna, potilasmäärät

Psykoterapiaa omana palveluna saaneet potilaat % hoidetuista potilaista	Alueet N	Alueet %	Potilaat N	% terapiaa omana palveluna saaneista	% kaikista alueella hoidetuista potilaista
alle 10 %:	5	21	200	6	5,1
10 - 30 %	7	29	800	22	13,7
31 - 50 %	5	21	1 300	36	36,9
Yli 51 %	5	21	1 300	36	66,2
Tieto epäselvä	2	8	Na.	Na.	Na.
Yhteensä	24	100	3 600	100	23,0

Omana palveluna tuotettavien psykoterapiapalvelujen kirjo oli hyvin laaja. Nuorille oli tarjolla ainakin 13 erilaista psykoterapiamuotoa (taulukko 17.).

Tavallisin käytössä ollut psykoterapiamuoto oli psykodynaaminen yksilöpsykoterapia, jota tarjottiin 83 %:ssa alueista. Siitä myös koettiin olevan eniten puutetta. Toiseksi tavallisin psykoterapiamuoto oli perheterapia (54 %), jonka tarjonnasta taas ei koettu juurikaan puutetta. Sen sijaan kognitiivisesta terapiasta koettiin toiseksi eniten puutetta, ja tämän terapiamuodon tarjonta oli kolmanneksi yleisintä (50 %). Hyvin tavallista oli myös musiikkiterapian (42 %) ja kuvataideterapian (42 %) sekä toimintaterapian (21 %) tarjonta.

Taulukko 16.

Psykoterapian tarjonta ja pula tarjonnasta psykoterapiamuodoittain ja alueittain.

Psykoterapiamuoto	Tarjonta alueilla N	%	Pulaa alueella N	%
1. Psykodynaaminen yksilöpsykoterapia	20	83,3	7	29,2
2. Perheterapia	13	54,1	1	4,2
3. Kognitiivinen yksilöterapia	12	50,0	4	16,7
4. Kuvataideterapia	10	41,7	2	8,3
5. Musiikkiterapia	10	41,7	1	4,2
6. Toimintaterapia	5	20,8	1	4,2
7. Integratiivinen terapia	3	12,5		
8. Ryhmäterapia	3	12,5	1	4,2
9. Ratsastusterapia	2	8,3		
10. Psykodynaaminen lyhytterapia	2	8,3		
11. Neuropsykologinen kuntoutus	1	4,2	2	8,3
12. Traumaterapia	1	4,2		
13. Ratkaisukeskeinen terapia	1	4,2		
14. Lyhyt perheterapia	1	4,2		
15. Tieto epäselvä	4	16,7		
16. Interpersonaalinen psykoterapia	-	-	1	4,2

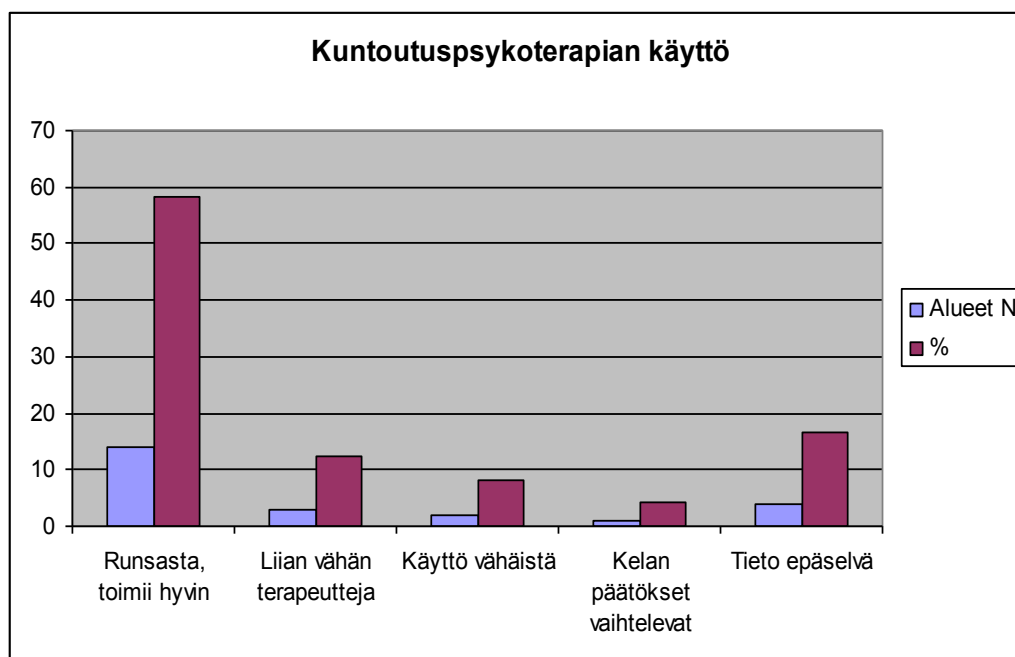
10.3. *Laatuarvio:* 2.5. Vähintään kerran viikossa tapahtuva psykoterapia omana palveluna toteutui suhteellisen heikosti. Palvelutarjonta oli kirjavaa, ja psykoterapiakoulutuksen saanutta henkilöstöä ei resurssipulan vuoksi voitu käyttää kovin tehokkaasti psykoterapian tuottamiseen.

#### 10.4. Kelan kuntoutuspsykoterapia

Kelan kuntoutuspsykoterapian saatavuus ja käyttö vaihtelivat alueittain varsin paljon (taulukko 17.). Enemmistö alueista (73 %) oli tyytyväisiä Kelan psykoterapian saatavuuteen, ja käyttö koettiin tarpeen mukaiseksi.

Joillakin alueilla käyttö oli vähäistä (21 %) joko terapeuttien saatavuuden vähäisyyden, Kelan päätöslinjausten tai sairaanhoitopiirin painotusten takia. Kelan päätökset koettiin joskus hyvin vaihteleviksi, joskus taas kielteisiä päätöksiä koettiin annettavan liikaa, joskus taas koettiin, että kuntoutuspsykoterapiaa hakenut potilas arvioitiin turhan usein joko liian terveeksi tai liian sairaaksi.

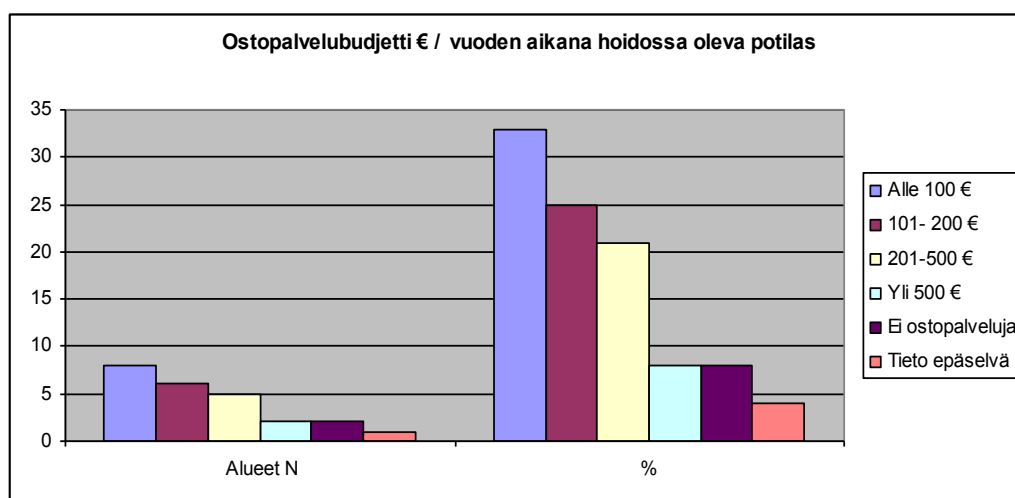
Taulukko 17.  
Kelan kuntoutuspsykoterapiassa alueittain



10.4. Laatuarvio: 2.5. Psykoterapiassa toteutuminen Kelan kuntoutuspsykoterapiassa vaihteli alueittain erittäin paljon. Terapeuttien saatavuus vaikutti merkittävimmin palvelujen käyttöön. Myös Kelan käytännössä näytti olevan alueellisia vaihteluita.

10.5. Psykoterapia ostopalveluna  
Ostopalveluna tuotetun psykoterapiassa saatavuus vaihteli erittäin paljon (taulukko 18.).

Taulukko 18.  
Psykoterapiassa ostopalvelubudjetit alueittain



Parhaimmillaan ostopalveluja voitiin tarjota 1 076 € yhtä alueella hoidossa olevaa potilasta kohti. Matalimmillaan tarjonta oli nolla euroa.

Ostopalvelujen tarjonnan keskiarvo oli 130 € yhtä alueella hoidossa olevaa potilasta kohti. Tässäkin oli suuria vaihteluja. Enimmillään yli 80 % potilaista sai ostopalveluja, vähimmillään ei kukaan.

Psykoterapian ostopalvelujen – samoin kuin omana palveluna tuotettujen psykoterapiapalvelujen - tarvetta nuorisopsykiatriassa lisää Kelan psykoterapia-kuntoutuksen ikäraja, jonka mukaan alle 16-vuotiaat eivät ole oikeutettuja kuntoutuspsykoterapian korvauksiin. Ostopalvelujen budjetoinnissa ja seurannassa 13 – 15-vuotiaiden ikäryhmien tarvetta ja käyttöä tulisikin tämän vuoksi seurata erikseen.

*10.5. Laatuarvio: 2.5.* Psykoterapia ostopalveluna toteutui hyvin vaihtelevasti. Alle 16-vuotiaiden ostopalvelujen tarvetta ei seurattu erikseen.

## **11. Asianmukaiset kuntoutuspalvelut**

NUOTTA-projekti 2002 totesi, että syrjäytymisvaarassa olevien nuorten suureen määrään nähden kuntoutustoiminta oli v. 2002 vielä varsin kehittymätöntä. Tässä tilanteessa ei ole tapahtunut paljoakaan muutosta. Kuntoutuspalveluissa oli paljon vaihtelua.

Yhtenäistä kehityslinjaa ei voitu todeta seitsemässä sairaanhoitopiirissä / osavastuualueella (29 %) oli omia kuntoutuspalveluja. Yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluja oli kirjavasti tarjolla. Päiväkuntoutusta oli tarjolla 6 alueella (25 %).

Saatavilla olevia kuntoutuspalveluja olivat mm. kuntoutusosastot, kuntoutuskodit, kuntouttavat päiväyksiköt, asumispalvelut, työpajatoiminta, toimintaterapia, ammatilliset palvelut, pienryhmäkodit, kuntouttavat yhteisöt, kuntoutuskurssit. Kaiken kaikkiaan kuntoutuspalvelujen kenttä näyttäytyi hyvin kirjavana ja kehittymättömänä.

NUOTTA-projekti suositti nuorten kuntoutuksen voimakasta kehittämistä perustamalla kuntouttavia päiväyksiköitä, kuntoutuskoteja ja syrjäytymistä ehkäiseviä koulujärjestystä osana nuorten psykiatrista hoitoketjua (11).

Uusien kuntoutusmuotojen kehittäminen tulee toteuttaa sairaanhoitopiirien nuorisopsykiatrian yksiköiden koordinoimana ja näihin yksiköihin kertyvää tieto- ja osaamisvarantoa hyödyntäen. Nämä suositukset ovat toteutuneet varsin hitaasti, ja ne ovat edelleen erittäin ajankohtaisia.

Kuntoutustoimenpiteiden käynnistymisen lähtökohtana on hyvä tutkimus ja kuntoutustarpeen kartoitus. Tähän sairaanhoitopiireillä on paljon valmiuksia. Tämän lisäksi tarvittaisiin välttämättä myös keskitettyjä kuntoutustarpeen arviointipalveluja. Keskitetty yksikkö voisi myös toimia lausunnonantajana vaativissa työkyvyttömyyden arviointiasioissa. Tällaisia yksiköitä voitaisiin perustaa joko yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien tai Kelan kuntoutustoiminnan yhteyteen.

*11.1. Laatuarvio:* Kuntoutussuunnitelman toteutumista ei mitattu.

*11.2 Laatuarvio: 3.5.* Monimuotoiset kuntoutuspalvelut. Kuntoutusta koskevat suositukset ovat toteutuneet varsin hitaasti. NUOTTA-projektin suositukset ovat edelleen erittäin ajankohtaisia.

*11.3. Laatuarvio:* Peruskoulun päästötodistuksen suorittamisen yleisyyttä ei mitattu.



## **12. Asiakastyytyväisyys**

Asiakastyytyväisyysmittauksia ei arvioitu NALLE-tutkimuksessa. Tyytyväisyyskartoitusten suorittaminen on erittäin suositeltavaa.

## **13. Tuloksellisuus**

Tutkimusten mukaan asianmukainen nuorisopsykiatrinen hoito on tuloksellista. Tuloksellisuustutkimukset ovat hyvin vaativia ja edellyttävät rahoitusta ja laajaa yhteistyötä. Tällaista tutkimusta tarvitaan enemmän.

### **Yhteenveto laadunarvioinnin tuloksista**

#### **Palvelujen laatu 2010**

Taulukkoon 19. on koottu toteutuneet laatuarviot kultakin laadun osa-alueelta käyttäen raportin alussa kuvattuja mittareita ja hyvän laadun tason tavoitteita (taulukko 1.).

Taulukko 19. Numeeriset laatuarviot asteikolla 0 – 5.

<i>Laadun osa-alue</i>	<i>Laadun mittari</i>	<i>Hyvän laadun taso</i>	<i>Tulos</i>
1. Väestövastuu	Kohdeikäryhmien luku	1. Palvelut 10 ikäryhmälle, 13 – 22-v.	3,5
2. Toiminnallinen kokonaisuus ja laadun hallinta	Alueen yksiköiden toimiva työjako ja yhteistyö Laadun hallinta	2. Sovittu työnjako, yhteistyösuhteet, konsultaatiot ja hoitopolut 3. Laadun hallinnan suunnitelma	3,5 *
3. Palvelujen saatavuus	Montako prosenttia 13-22 v. palvelujen piirissä /vuosi	4. Nuorista 5 % nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa	3,0
4. Henkilöstövoimavarat ja niiden tehokas käyttö	Terveystenhuollon ammattihenkilöt / 10 000 13 – 22 v. Käynnit vuodessa / HTV	5. 13 ammattihenkilöä / 10 000 6. Yli puolet työajasta suoraan potilastyöhön, n. 500 – 700 käyntiä / HTV.	3,0 3,5
5. Erikoislääkärien määrä	Nuorisopsykiatrian erikoislääkärit / 10 000 13 – 22 v.	7. Erikoislääkärien määrä 2.5 / 10 000 koko maassa	3,0
6. Moniammatillinen tiimi	Laaja-alainen osaaminen edustettuna työryhmissä	8. Moniammatillinen työryhmä kaikissa yksiköissä, 100 %	5,0
7. Seulonta ja hoitoon ohjaus	Toimiva yhteistyö perustason kanssa ja matala kynnyks	9. Hoitotakuun toteutuminen 10. Toimivat välimaaston matalan kynnyksen yksiköt 11. Lastensuojelun konsultaatiot, sijoitettujen nuorten tutkimus ja hoito	* 2,5 *
8. Tutkimusjakso	Erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tutkimus ja yhteistyö perheiden kanssa	12. Kaikki nuoret pääsevät nuorisopsykiatrian erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tutkimukseen 13. Yhteistyö perheiden kanssa kuuluu tutkimusjaksoon	5,0 4,5
9. Vaikuttavien psyykenlääkehoitojen asianmukainen toteutus	Nuorten psykofarmakalääkityksen aloittaa vain erikoislääkäri tai nuorten lääkahoitoon perehtynyt lääkäri. Lääkehoidon seuranta toteutuu	14. Erikoislääkäri tai perehtynyt lääkäri aloittaa 100 % 15. Lääkehoidon seuranta 100 %	3,5. *
10. Asianmukaisesti toteutetut psykososiaaliset hoitomuodot	Riittävä psykoterapiaosaaminen, riittävät psykoterapian voimavarat, riittävä hoitosuhteiden työnohjaus, psykoterapian asianmukaiset tuotantomallit	16. Ammattihenkilöistä yli 50 %:lla psykoterapiakoulutus 17. Hoitosuhteiden työnohjaus 100 % 18. Vähintään kertaviikkoista psykoterapiaa omana palveluna yli 40 % :lle 19. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa yli 10 % :lle potilaista 20. Riittävät psykoterapian ostopalvelut	3,0 5,0 2,5 2,5 2,5
11. Asianmukaiset kuntoutuspalvelut	Kuntoutuksen riittävä ja monipuolinen saatavuus ja tuloksellisuus	21. Vajaakuntoisilla nuorille kuntoutussuunnitelma ja sen toteutumisen seuranta 22. Monimuotoiset kuntoutuspalvelut 23. Kaikki hoidossa olevat saavat peruskoulun päästötodistuksen	* 3,5 *
12. Korkea asiakastyytyväisyys	Asiakastyytyväisyysmittaukset	24. Hyvä tai erinomainen	*
13. Tuloksellisuus	Tuloksellisuustutkimukset	25. Toimintakyvyn ja elämänlaadun paraneminen (GAS, GAF), oireiden väheneminen ja tasoittuminen, sosiaalisten ja taloudellisten kokonaiskustannusten minimointi	*
<b>Keskiarvo</b>			<b>3,5</b>

- Ei mitattu tässä kartoituksessa

Yhteensä NALLE-projektissa käytetyn 17 mittarin laatuarvioiden keskiarvo oli 3,5 asteikolla 0 – 5 (taulukko 20.). Nuorisopsykiatrian avohoitopalvelujen kokonaislaatu on hyvän ja tyydyttävän välimaastossa.

Parhaiten palvelujen laatu toteutui laatuarvion tasolla 4,5 – 5

- moniammatillisten tiimien
- tutkimusjaksoon kuuluvan erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin tutkimuksen
- tutkimusjaksoon kuuluvien perhetapaamisten
- hoitosuhteiden työnohjauksen ja
- terveydenhuollon ammattihenkilöiden psykoterapiakoulutuksen osalta

Eniten kehittämistä laatuarvion tasolla 2 – 2,5 oli

- välimaaston matalan kynnyksen palveluissa
- omana palveluna toteutuvan vähintään kertaviikkoisen psykoterapian määrässä
- Kelan kuntoutuspsykoterapian saatavuudessa ja
- ostopalvelopsykoterapian saatavuudessa nuorille

### **Muutokset 2002 – 2010**

Taulukossa 20 on vertailtu NALLE- ja NUOTTA-projektien tuloksia 2002 ja 2010. Nuorisopsykiatriassa on tapahtunut merkittäviä muutoksia 2000-luvulla.

Sairaanhoitopiirit ovat rajoittaneet palveluihin oikeutettuja kohdeikäryhmiä ilmeisestikin resurssipulan vuoksi, jotta hoitotakuun aikarajat voitaisiin toteuttaa.

Potilasmäärät suhteessa kaikkiin 13 – 22-vuotiaisiin nuoriin ovat kasvaneet peräti 67 %. Resurssikehitys ei seurannut kysynnän kasvua (+ 39 % vs. + 67 %). Voimavarojen kasvu oli 72 % hitaampaa kuin kysynnän kasvu. Tämä epäsuhta heijastui käyntimäärien kohdentumiseen hoitoprosesseissa.

Nuorisoväestöön (13 – 22 v.) suhteutetut käyntimäärät lisääntyivät yli puolella (+ 55 %), hieman vähemmän kuin potilasmäärät (+ 67 %). Tämä heijastelee resurssien niukkuutta verrattuna voimakkaasti kasvaneeseen kysyntään.

Käyntimäärä / HTV kasvoi 20 %, mikä heijastaa ammattihenkilöiden keskimääräisen työpanoksen kasvua viidenneksellä. Työtahti on tiukentunut. Tämä ei kuitenkaan ole heijastunut virkojen täyttöasteeseen, joka muissa kuin koulutetun henkilökunnan pulan rasittamissa erikoislääkärinviroissa oli lähes 100 %.

Taulukko 20. Muutos nuorisopsykiatrisen avohoidon kohdeväestössä, potilaiden määrässä, käyntimäärissä ja avohoidon henkilöstövoimavaroissa aikavälillä 2002 – 2010. Palvelujen kohdeväestö 13 – 22-vuotiaat nuoret.

<i>Mittari</i>	<i>2001 – 2002</i>	<i>2009 – 2010</i>	<i>Muutos %</i>
Nuorisoväestö 13 - 22 v., koko maa	646 821	652 732	+ 1,2
Nuorisopsykiatrisen kohdeväestöt 13 - 22-vuotiaista	78 %	70 %	- 13,0
Nuorisopsykiatrisen avohoitopalveluihin oikeutettujen ikäkohorttien lukumäärän mediaani	8,2	6,6	- 19,5
Nuorisopsykiatrisen avohoidon käynnit / 1 000 nuorta	215	333	+ 54,8
Nuorisopsykiatrisen avohoidon potilaat % 13 – 22-vuotiaista	1,8	3,0	+ 67,0
Avohoidon käynnit potilasta kohti vuodessa	12,1	11,9	- 1,7
Avohoidon henkilöstövoimavarat / 10 000 nuorta 13 – 22 v.	6,1	8,5	+ 39,0
Avohoidon käynnit / henkilötyövuodet	327	393	+ 20,0

Käyntien muutos / henkilötyövuosi (+ 20 %) oli selvästi vähemmän kuin muutos käynneissä / nuorisoväestö (+ 55 %). Tämä ristiriita selittynee potilasmäärän voimakkaalla kasvulla (+ 67 %) ja sen edellyttämällä resurssien korostuneella kohdentamisella uusien potilaiden lisääntyneisiin tutkimusjaksoihin.

Potilasmäärän kasvu 67 %:lla on merkinnyt uusien tutkimusjaksojen merkittävää lisääntymistä. Tutkimusjaksoihin liittyvien perhekäyntien sitomat voimavarat heijastuvat voimavarojen käyttöön. Perhetapaamisissa tarvitaan usein kahden työntekijän osallistumista, vaikka tapaaminen ”tuottaa” tilastoissa vain yhden käynnin. Kun tutkimusjaksot ovat lisääntyneet, perhetapaamisten lisääntyminen lienee vaikuttanut siihen, että käyntimäärien voimakkaasta kasvusta (+ 55 %) huolimatta käyntimäärät / henkilötyövuosi kasvoivat vain 20 %, eli myös voimavarojen kasvua (+ 39 %) hitaammin. Tämä tapahtui siitäkin huolimatta, että käynnit 1 000 nuorta kohti lisääntyivät 55 %, selvästi voimavarojen kasvua enemmän.

Potilaskohtaiset käyntimäärät vuodessa eivät juurikaan muuttuneet (12,1 vs. 11,9), vaikka potilasmäärän kasvu ylitti selvästi voimavarojen kasvun.

**Suomen Nuorisopsykiatrinen yhdistys ry.  
Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatujärjestelmän asiantuntijaryhmä**

Kari Pylkkänen, Professori, Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Eila Laukkanen, Professori, Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Mauri Marttunen, Professori, Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Veikko Aalberg, Professori, Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu, Ylilääkäri, LT, Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Antti Henttonen Ylilääkäri, Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Irja Kantanen, Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Levas Kovarskis, Psykiatrian erikoislääkäri  
Ilpo Lahti, Dosentti, Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
Seija Ollikainen, Psykologi  
Tiina Tuominen, Ylilääkäri, Psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri

**Nalle-projektin aineiston kokoamiseen osallistuneet**

Birgitta Eklund, Osastonhoitaja  
Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu, Ylilääkäri  
Birgitta Hartikainen, Psykologi  
Antti Henttonen, Ylilääkäri  
Anna-Lisa Isomaa, Ylilääkäri  
Riittakerttu Kaltiala-Heino, Ylilääkäri, vastuualuejohtaja  
Kirsi Karsikas, Ylilääkäri  
Juha T. Karvonen, Osastonylilääkäri  
Maritta Keratar, Ylihoitaja  
Kirsi Kettunen, Ylilääkäri  
Tuija Koljonen, Apulaisylilääkäri  
Katri Korpinen, Ylilääkäri  
Ritva Laine, Ylilääkäri  
Eila Laukkanen, Ylilääkäri  
Helena Lindman, Osastonhoitaja  
Kari Moilanen, Apulaisylilääkäri  
Sari Mäkelä, Psykologi  
Seppo Mäkinen, Ylilääkäri  
Janne Mäntynen, Ylilääkäri  
Lasse Niskanen, Ylilääkäri  
Pekka Närhi, Ylilääkäri  
Seppo Palomäki, Toimintayksikön johtaja  
Anne Peltö-Huikko, Osastonylilääkäri  
Markus Roivas, Apulaisylilääkäri  
Pekka Ropponen, Ylilääkäri  
Tuula Salmela, Osastonhoitaja  
Pirjo Sipiläinen, Ylilääkäri  
Terttu Tenkku, Osastonhoitaja  
Tiina Tuominen, Ylilääkäri  
Tiina L. Tuominen, Ylilääkäri  
Tuomo Vekkele, Ylilääkäri  
Kirsi Ylisaari, Ylilääkäri  
Åsa Åberg, Ylilääkäri

## Kirjallisuutta

1. Gregory S. Antidepressants and suicide. *BMJ* 2008; 336:515 -516.
2. Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Nuorisopsykiatria. Kirjassa Lönnqvist J. ym (toim) *Psykiatria*. Keuruu: Kustanus Oy Duodecim 2011.
3. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. One-month prevalence of depression and other DSM IV disorders among young adults. *Psychol Med* 2001;31:791-801.
4. Rutter M. Isle of Wight revisited. Twenty five years of Child Psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:633 –653.
5. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt T, Harrington H, Milne B, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder, developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:709 -717.
6. Kessler R, Chiu W, Demler O, Merikangas K, Walters E. Prevalence, severity and comorbidity in adults with mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen psychiatry* 2005; 62:617 -627.
7. Zachrisson HD, Rodje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescence: a population based survey. *BMC Public Helth* 2006;6:34.
8. Aalto-Setälä T. Nuorten mielenterveyden häiriöt. Kirjassa Konsensuskokous Nuorten hyvin - ja pahoinvointi 1.-3.3.2010. Vammala: Duodecim ja Suomen Akatemia.
9. Pylkkänen K, Laukkanen E. Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin. *Suom Lääkäril* 2011;66:2316 -17.
10. Laukkanen E, Pylkkänen K, Hartikainen B, Luotoniemi M, Julma K, Aalberg V. A new priority in psychiatry: Focused services for adolescents. *Nord J Psychiatry* 2003;57:37–43.
11. Pylkkänen K. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö; Selvityksiä 2003:13.
12. Pylkkänen K. NUOTTA-projektin 5-vuotisiseuranta. Esitelmä Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen 30-vuotisjuhlaseminaarissa 15.11.2007.
13. American Psychiatric Association, APA. Report of the Task Force on Quality Indicators. APA 1999.
14. Lääkärit Suomessa. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 2011.
15. Lönnqvist J, Moring J, Pylkkänen K, Vuorilehto M. Suomalainen hoitojärjestelmä. Kirjassa Lönnqvist J ym. (toim) *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim: Keuruu 2011.
16. Hallituksen esitys lastensuojelulaiksi HE 252/2006 vp.
17. Koponen N, Laukkanen E, Tolmunen T, Ovaskainen S. Joutuvatko sijaishuoltopaikkojen nuoret liian herkästi nuorisopsykiatriselle osastolle? *Suom Lääkäril* 2010;65:4073–4078.
18. Haapasalo-Pesu K-M. Sijaishuollossa oleville nuorille oma psykiatrisen poliklinikka. *Suom Lääkäril* 2010;65:4112–4113.
19. Haapasalo-Pesu K-M. Co-operation between child welfare and adolescent psychiatry in Finland. *Psychiatria Fennica* 2012;43:112-118.



Mielenterveyden häiriöt ovat nuorten työ- ja opiskelukyvyn vakavin uhka. Häiriöistä kärsii 20 – 25 % nuorista ja 10 % on hoidon tarpeessa. Kehittyneissäkin terveyspalveluissa 60 – 80 % mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista jää vaille tarvitsemaansa hoitoa kansainvälisten tutkimusten mukaan.

Suomen erikoissairaanhoidon sijoittuva valtakunnallinen nuorisopsykiatrian palveluverkosto on alan edelläkävijä koko maailmassa. Nuorisopsykiatriassa erikoissairaanhoidon ylivoimainen painoalue sekä potilasmäärien että kustannusten osalta on perusterveydenhuollon tavoin avohoidossa.

Suomen nuorisopsykiatrinen yhdistys on vahvistanut nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuosituksen. Suosituksessa on määritelty avohoidon palvelujen laadun osa-alueet, niiden mittarit ja hyvän laadun suositusarvot. Avohoidon laatua suositellaan arvioitavaksi 25 mittarilla Hoidon laatu koko maassa arvioitiin suositusten perusteella ja palveluissa tapahtuneita muutoksia verrattiin vuoden 2002 NUOTTA-projektin tuloksiin.