

KATSAUS PIKKULAPSIPSYKIATRIAN TYÖRYHMÄN POTILAISTA

Vuosina 2013-2014 uudella läheteellä hoitoon tulleet potilaat sekä näiden vertailu vuosina 2004-2005 työryhmässä hoidettuihin potilaisiin

Anni Jokipii
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Lokakuu 2017

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö

JOKIPII ANNI: KATSAUS PIKKULAPSIPSYKIATRIAN TYÖRYHMÄN POTILAISTA
Vuosina 2013-2014 uudella läheteellä hoitoon tulleet potilaat sekä näiden vertailu vuosina 2004-2005 työryhmässä hoidettuihin potilaisiin

Kirjallinen työ, 27 sivua, 10 liitesivua
Ohjaaja: LT Reija Latva ja FT Raili Salmelin

Lokakuu 2017

Avainsanat: pikkulapsipsykiatria, Tays, potilastietorekisteritutkimus

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla vuosina 2013-2014 Taysin pikkulapsipsykiatrian työryhmään uudella läheteellä tutkimuksiin ja hoitoon tulleita 0-3-vuotiaita lapsia ja heidän perheisiinsä liittyviä tekijöitä sekä selvittää, oliko niissä tapahtunut muutoksia verrattuna vuosiin 2004-2005. Tavoite jaettiin kolmeen osa-alueeseen: 1) lasten ja perheiden sosiodemografiset ominaisuudet, 2) läheteiden määrä, lähettävät tahot ja lähettämisen syyt sekä 3) lasten psyykkisten häiriöiden arviointiin käytetyt tutkimukset ja lapsille asetetut diagnoosit.

Tutkimus toteutettiin retrospektiivisena potilastietorekisteritutkimuksena, jonka aineisto koostui vuosina 2004-2005 Taysin pikkulapsipsykiatrian poliklinikalla sekä 2013-2014 Taysin pikkulapsipsykiatrisessa työryhmässä tutkimuksissa ja hoidossa olleista 0-3-vuotiaista lapsista. Tutkimuksessa tarkasteltiin seurantajaksojen aikana tulleita uusia läheteitä ja niistä alkaneita tutkimus- ja hoitajaksoja. Vuosina 2004-2005 kerätyn aineiston koko oli 107 potilasta ja vuosina 2013-2014 kerätyn aineiston 139 lasta.

Lasten ja perheiden sosiodemografisissa ominaisuuksissa oli nähtävillä joitakin tilastollisesti merkitseviä tai suuntaa-antavia muutoksia. Poikien ja raskaana olevien äitien määrät olivat kasvaneet, äidit olivat uudemmassa aineistossa hieman vanhempia ja Tampereen ulkopuolella asuvien lapsien osuus oli kasvanut. Läheteiden määrä oli kasvanut, mutta lähettävä taho oli molempina ajankohtina yleisimmin perusterveydenhuolto. Vanhemmassa aineistossa lapsia lähetettiin eniten vanhempien mielenterveyden ongelmien vuoksi, kun taas uudemmassa aineistossa yleisin syy oli lapsen oireilu. Lapsen nimellä tulleista läheteistä perheeseen liittyvät ongelmat oli yleisin diagnoosiryhmä molemmissa aineistoissa.

Tutkimuksen avulla saatiin tietoa Taysin pikkulapsipsykiatrian työryhmän potilaista. Saatuja tietoja voidaan hyödyntää pikkulapsipsykiatrian työryhmän tulevaisuuden suunnitelmien tukena ja toiminnan kehittämisessä.

SISÄLLYSLUETTELO

1	Johdanto	1
2	Kirjallisuuskatsaus	2
2.1	Pienen lapsen psyykinen kehitys.....	2
2.2	Pienten lasten psyykkiset häiriöt.....	3
2.3	Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt	5
2.4	Pienten lasten psyykkisten häiriöiden arviointi	6
2.5	Pienten lasten psyykkisten ja vuorovaikutushäiriöiden hoito	7
3	Tutkimuksen tavoitteet.....	9
4	Tutkimusmetodi	10
4.1	Aineisto	10
4.2	Menetelmät.....	10
5	Tulokset.....	12
5.1	Lasten ja perheiden sosiodemografiset ominaisuudet.....	12
5.2	Lähetteen määrä, lähettävät tahot ja lähettämisen syyt.....	12
5.3	Psyykkisten häiriöiden arviointiin käytetyt tutkimukset ja lapsille asetetut diagnoosit	16
6	Pohdinta	19
	Lähteet.....	26
	Liite 1: Tiedonkeruulomake.....	28
	Liite 2: Diagnoosien luokittelu	35

1 JOHDANTO

Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) Perhe- ja pikkulapsipsykiatrian yksikössä toimii pikkulapsipsykiatrian työryhmä, joka tutkii ja hoitaa 0-3-vuotiaita lapsia ja heidän perheitään. Työryhmän osaamisalueisiin kuuluvat vauvojen ja pienten lasten psyykkisen kasvun ja kehityksen tukeminen sekä psyykkisten häiriöiden tutkiminen ja hoito. Lisäksi työryhmässä keskitytään varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden hoitamiseen sekä vanhemmuuden tukemiseen. Pikkulapsipsykiatrian työryhmän hoidettavaksi ohjautuu lapsia ja heidän perheitään pääasiassa lastenneuvoloista, aikuispsykiatrian yksiköistä ja lastentautien yksiköistä. Aikaisemmin pikkulapsipsykiatrian työryhmää kutsuttiin nimellä pikkulapsipsykiatrian poliklinikka. Tässä työssä pikkulapsipsykiatrian työryhmä -nimellä tarkoitetaan myös entistä pikkulapsipsykiatrian poliklinikkaa.

Vuonna 2006 LT Mirjami Mäntymaa teki kartoituksen Taysin pikkulapsipsykiatrian poliklinikalla vuosina 2004-2005 hoidetuista potilaista. Hän selvitti hoitoon tulleiden lasten lähetysten määrää, lähettämisen syitä ja lähettäviä tahoja. Lisäksi hän kartoitti, minkälaisia tutkimuksia ja hoitoja pikkulapsipsykiatrian työryhmässä tehtiin, minkälaisia psyykkisiä oireita tutkimuksissa ja hoidossa olleilla lapsilla esiintyi sekä mitä diagnooseja lapsille asetettiin. Tässä syventävien opintojen työssä tutkitaan Taysin pikkulapsipsykiatrian työryhmässä vuosina 2013-2014 hoidettuja potilaita ja verrataan tuloksia aiempaan kartoitukseen. Tutkimuksen avulla saadaan merkittävää tietoa siitä, mitä muutoksia pikkulapsipsykiatrian työssä, hoitotekijöissä sekä porrastuksessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on tapahtunut kymmenessä vuodessa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää pikkulapsipsykiatrian työn resurssien ja toiminnan tulevaisuuden suunnitelmien tukena.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Pienen lapsen psyykkinen kehitys

Lapsen psyykkinen kehitys alkaa raskauden ensimmäisistä viikoista ja etenee yhdessä aivojen kehityksen ja fyysisen kehityksen kanssa. Sikiön kehittymiseen vaikuttavat äidin hyvinvointi, ravitsemus ja altistuminen esimerkiksi stressihormoneille, äidin sairauksille, lääkkeille tai muille ympäristötekijöille. Nämä tekijät yhdessä geneettisten tekijöiden kanssa vaikuttavat syntyvän lapsen ominaisuuksiin kuten ärtyvyyteen, säätelykykyyn ja temperamenttiin. Raskauden viimeisellä kolmanneksella sikiö pystyy jo tekemään aistihavaintoja, kuten kuulemaan, näkemään, haistamaan ja maistamaan. Lisäksi on osoitettu, että sikiöllä on alkeellista muistia. Vauva voi muutaman tunnin ikäisenä tunnistaa kuvasta oman äitinsä, mikäli äiti on ensimmäisinä tunteina puhunut vauvalleen ja katsonut häntä yhtä aikaa. [1, s. 23-24]

Vastasyntyneellä on kyky ja halu vuorovaikutussuhteisiin. Vauva kykenee aloittamaan, ylläpitämään ja lopettamaan vuorovaikutushetkiä. Kommunikaatio on tunnekommunikaatiota, jolla välitetään jaettua kokemusta, tunteita ja ymmärtämistä. Varhaiseen kommunikaatioon vauvan ja vanhemman välillä kuuluvat katsekontakti, ääntelyt sekä käsien ja pään liikkeet. Vauva voi matkia kielen ulostyöntämistä tai sormien osoittamista. Varhaisen vuorovaikutuksen kautta vauvan ja vanhemman aivot, erityisesti limbinen järjestelmä ovat yhteydessä, ja tämä ohjaa vauvan aivojen kehitystä. [1, s. 26-27]

Aivojen rakenteellinen kehittyminen on geneettisesti ohjattua, mutta toiminnallista kehittymistä ohjaavat lapsen kokemukset, jotka liittyvät varhaiseen emotionaaliseen vuorovaikutukseen vanhemman tai muun hoivaajan kanssa. Aivojen toiminnallisessa kehityksessä turhat hermosoluyhteydet karsiutuvat ja ne yhteydet, joita käytetään, jäävät toimiviksi. Vauvalla ja pikkulapsella toiminnallista kehitystä ohjaavat ympäristöstä saadut kokemukset, kuten hoivaaminen ja muu vuorovaikutus vanhemman kanssa. Puutteellinen vuorovaikutus, kaltointo kohtelu tai muu pitkäkestoista stressiä aiheuttava tekijä ensimmäisinä elinvuosina on erityisen vahingollista aivojen kehityksen kannalta ja vaikutukset voivat ulottua pitkälle. [1, s. 24-25]

Turvallisuudentunteen kehittyminen perustuu hoivaajan käytöksen ennakoitavuuteen. Lapsen luottaessa hoivaajan saatavilla oloon hänen ei tarvitse itse kantaa huolta omasta turvallisuudesta. Voimavaroja jää ympäristöön tutustumiseen ja uusien asioiden oppimiseen. Ensimmäisen ikävuoden lopulla lapsi osaa suosia käytöstä, joka tuo hoivaajan lähelle ja välttää käytöstä, jonka on todennut vievän vanhemman loitommaksiksi [1, s. 75-76].

Vanhemman ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutusta voidaan tarkastella kiintymyssuhdeteorian avulla. Lapsen kiintymyssuhdemallit voidaan jaotella kolmeen ryhmään: turvalliseen, turvattomaan ja organisoitumattomaan. Turvallinen kiintymyssuhde syntyy, kun lapsi pystyy ennakoimaan hoitajansa käyttäytymistä sekä ilmaisemaan vuorovaikutussuhteessa kaikkia tunteitaan ilman pelkoa hylätyksi tulemisesta. Turvattomat kiintymyssuhteet voidaan edelleen jakaa turvattomaan välttelevään ja turvattomaan ristiriitaiseen. Välttelevässä kiintymyssuhteessa lapsi on todennut, että hoivaaja odottaa häneltä kykyä selviytyä voimakkaista tunnekuohuista itsenäisesti ja että hoivaaja sietää häneltä heikosti kielteisiä tunteita. Ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa hoivaaja on ollut tunnereaktioissaan intensiivinen, mutta ailahteleva ja epäjohdonmukainen. Lapsi ei pysty käsittämään, miksi hoivaaja ei ole välillä tavoitettavissa. Organisoitumaton kiintymyssuhdemalli luotiin kun havaittiin, että pitkäkestoista kaltoinkohtelua tai hoidon laiminlyöntejä kokeneiden lasten käytös ei soveltunut turvattomiin kiintymyssuhdemalleihin. Organisoitumattomassa kiintymyssuhteessa hoivaaja voi olla pelottava tai pelokas, tai nämä tunnetilat vaihtelevat mielivaltaisesti ja niin, että ailahtelulla ei ole yhteyttä lapsen käytökseen. Lapsella ei ole keinoja vaikuttaa aikuisen käytökseen muuttamalla omaa käytöstään. Kiintymyssuhdemallit syntyvät, kun pienet vuorovaikutustapahtumat fuusioituvat vähitellen laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Kun hoivaaja vastaa lapsen tarpeisiin, niin samankaltaisina toistuvat hoitotapahtumat jättävät lapsen mieleen muistijälkiä. Esimerkiksi hoivaaja antaa minulle ruokaa, kun olen nälkäinen. Kiintymyssuhdemalleilla on jatkuvuutta lapsuudesta aikuisuuteen sekä sukupolvelta toiselle. [1, s. 75-80; 2; 3]

2.2 Pienten lasten psyykkiset häiriöt

Vauvaiän kehityshaasteisiin kuuluvat perusturvallisuuden syntyminen ja kiintymyssuhteen luominen. Lasten psyykkisten häiriöiden kehittymisen taustalta löytyy pulmia ympäristön kyvyssä vastata vauvan tarpeisiin sekä tarjota riittävästi hoivaa ja huolenpitoa. Lisäksi pienen lapsen kyky säädellä omia toimintojaan ja tunnetilojaan on rajallista, hän tarvitsee hoitavan

aikuisen kokonaisvaltaista apua ja tukea lähes kaikissa toiminnoissa. Pienillä lapsilla yhteys varhaisen vuorovaikutussuhteen ja psyykkisen oireilun välillä on voimakasta. [1, s. 31-32, 194]

Vauvan psyykkisestä tilasta tulee huolestua, mikäli somaattisesti terveellä vauvalla ilmenee haluttomuutta tai kyvyttömyyttä hakea tai ylläpitää katsekontaktia, ilmeettömyyttä, vähäistä ääntelyä tai liikehdintää, hidasta reagointia ärsykeille, yleistä ärtyneisyyttä tai tyytymättömyyttä [1, s.194-195]. Pikkulasten (0-3-vuotiaiden) psyykkiset häiriöt näkyvät usein psykosomaattisina oireina kuten syömis- ja unihäiriöinä, kasvun ja kehityksen viiveinä tai sosiaalisen vuorovaikutuksen, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöinä [4]. Syynä on se, että pienillä lapsilla ei ole muita keinoja osoittaa huonoa oloaan ja stressitilanteet vaikuttavat hormonien kautta sekä elimistön toimintaan että lapsen kokonaisvaltaiseen kehitykseen ja käyttäytymiseen [5].

Vauvan depression oireita ovat ilmeikkyyden väheneminen, kiinnostuksen tai mielihyvän vähentyminen, vuorovaikutustaitojen ja aloitekyvyn heikentyminen, valittelu sekä unen ja syömisen häiriöt [2]. Vastasyntyneiltä on löydetty suhteellisesti voimakkaampaa frontaalista oikean puoleista EEG-aktiivisuutta, jota esiintyy myös depressiivisillä aikuisilla [6]. Mäkelän ym. [7] mukaan depressiivisillä vauvoilla on myös mitattu kohonneita kortisoli- ja noradrenaliinitasoja kuten raskauden aikana depressiivisillä äideilläkin.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että pienten lasten psyykkiset oireet ovat huomattavan jatkuvia eivätkä suinkaan itsestään ohimeneviä niin kuin ennen saatettiin ajatella ja psyykkisten häiriöiden esiintyvyys on pikkulapsilla samaa luokkaa kuin isommilla lapsilla [8]. Tanskalaisessa syntymäkohorttitutkimuksessa 18 kuukauden ikäisistä lapsista 16-18 % sai lastenpsykiatrisen diagnoosin [9], ja 2-vuotiaista yhdysvaltalaislapsista 12-16 %:lla oli todettu olevan käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöiden oireita [10]. Vanhempien täyttämän käyttäytymis- ja tunne-elämän oireita kartoittavan kyselylomakkeen mukaan 8-10 %:lla 3-vuotiaista suomalaislapsista oli yksi tai useampi poikkeava oirealue [11]. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Hoidon porrastus lastenpsykiatrissa –julkaisun [12] mukaan noin 20 %:lla neuvolaikäisistä on arvioitu olevan psyykkisiä oireita, ja heistä 8–12 %:lla tarve lastenpsykiatriseen tutkimukseen ja hoitoon. Lisäksi neuvolaikäisten lasten perheistä 10–30 %:lla on arvioitu olevan tarvetta erityiseen tukeen [12].

2.3 Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt

Vanhempien kiintymys lapseen alkaa muodostua jo äidin odotusaikana ja se vahvistuu koko raskauden ajan. Kiintymyksellä sikiöön tarkoitetaan vanhemman tunteissa tapahtuvaa sitoutumista, joka näkyy hänen käyttäytymisessään ja vauvaan liittyvien mielikuvien sisällöissä ja määrässä. Äidin mielikuvat hoivatuksi tulosta ja omien vanhempien vanhemmuudesta aktivoituvat raskausaikana. Raskausaikaisten mielikuvien luonne, määrä, sisällöt ja ajoitus ennustavat kehittyvän äiti-lapsisuhteen laatua ja prenataalisella kiintymyssuhteella on havaittu olevan vaikutusta varhaisen vuorovaikutuksen kehittymiseen. [2]

Prenataalisen kiintymyssuhteen muodostumisen riskitekijöihin kuuluvat äidin päihteiden käyttö, masennus ja ahdistuneisuus, hyvin nuori tai vanha ikä, heikko sosiaalinen tuki, äidin omat negatiiviset kokemukset lapsuuden ihmissuhteista ja synnytyspelko [2, 13]. Äidin odotusaikainen psyykkinen oireilu välittyy lapseen mm. raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden, hermovälittäjäainepitoisuuksien ja geneettisen alttiuden periytymisen kautta. Epäsuorat vaikutukset välittyvät äidin heikomman itsestä huolehtimisen ja terveydentilan kautta. Merkittävien vaikutusreitit on kuitenkin psyykkisen oireilun negatiivinen vaikutus äidin ja vauvan väliseen suhteeseen jo odotusajalta lähtien [7]. Field ym. [14] tutkivat, miten vanhemman masennus vaikutti vauvan viesteihin ja vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen. Tutkimuksessa havaittiin, että masentuneet äidit olivat sekä fyysisesti että emotionaalisesti poissaolevia viidenneksen seuranta-ajasta, kun verrokkiäideillä osuus oli vain 2 %. Lisäksi havaittiin, että verrokkivauvat leikkivät tutkimusajasta lähes puolet, mutta masentuneiden äitien vauvat vain alle 10 %.

Pienten lasten psyykkisten oireiden taustalla on usein varhaisen vuorovaikutuksen häiriö. Tunnettuja riskitekijöitä varhaisen vuorovaikutuksen häiriölle ovat vanhempien psyykkiset sairaudet, päihdeongelmat, perheen psykososiaaliset moniongelmat tai vanhempien odotukset poikkeavista lapsen ominaisuuksista ja käyttäytymisestä. Lapsen motorisen kehityksen vaikeudet, vähäinen aktiivisuus, lisääntynyt ärtyisyys, synnynnäinen vamma tai sairaus sekä pitkäaikainen sairaus voivat vaikuttaa puutteellisen vuorovaikutussuhteen kehittymiseen [15].

Varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien lisäksi vanhemman psyykkinen häiriö vaikuttaa lapsen perintötekijöiden, raskaudenaikaisen tilanteen, sairauden suoran (esim. poikkeava käyt-

täytyminen kotona) ja epäsuoran vaikutuksen (esim. lapsen sijoitus pois kotoa) sekä seurannaisvaikutusten (esim. avioliitto-ongelmat) kautta. Riski lapsen psyykkiselle sairastamiselle lisääntyy, kun lapsen kasvuolosuhteissa olevat riskitekijät kasaantuvat. [16]

2.4 Pienten lasten psyykkisten häiriöiden arviointi

Vauvojen ja pienten lasten psykiatriseen arviointiin tuo erityishaasteita heidän puutteellinen kykynsä sanallistaa kokemuksiaan ja tunteitaan. Tutkimuksissa lasta arvioidaan laajasti biopsykososiaalisesta näkökulmasta. Tietoa kerätään lapsen vanhemmilta ja muilta hänen elämässä vaikuttavilta aikuisilta esimerkiksi päivähoidosta. Pienen lapsen käyttäytymistä havainnoidaan eri ihmisten kanssa ja erilaisissa tilanteissa kotiympäristössä ja vastaanotolla. Kliinisen havainnoinnin tukena voidaan käyttää apuvälineinä vanhempien haastattelu- tai kyselylomakkeita. Kerättyjen ja havainnoimalla saatujen tietojen pohjalta muodostetaan kokonaisvaltainen ymmärrys lapsesta ja hänen pulmistaan. [1, s. 198-201]

Vanhempien haastatteluiden ja kyselylomakkeiden avulla saadaan kuva vanhemman omasta kokemuksesta ja käsityksestä hänen suhteestaan lapseen ja siitä, miltä vuorovaikutus hänestä tuntuu. Vanhempilapsivuorovaikutushavainnointi kertoo tutkijalle siitä, miten vanhempi ja lapsi eri tilanteissa käyttäytyvät toistensa kanssa. Havainnointia voidaan tehdä joko vapaassa leikkitalanteessa tai strukturoidussa tilanteessa suorittamassa yhdessä jotain lapsen ikätasolle soveltuvaa tehtävää. Vanhemman osalta arvioidaan vanhemman herkkyyttä eli tunnetilaa, kykyä havaita ja vastata vauvan tai pienen lapsen aloitteisiin tai tarpeisiin, vuorovaikutuksen oikea-aikaisuutta eli vastavuoroisuutta ja synkroniaa, kykyä tukea ja opettaa lasta sekä mahdollista tunkeutuvaa (intrusiivista) tai vihamielistä käyttäytymistä. Lapsen osalta arvioidaan myös tunnetila sekä käyttäytymisen vastavuoroisuutta ja aloitteellisuutta. Vanhempilapsiparin vuorovaikutuksesta arvioidaan sujuvuutta, yhteensopivuutta sekä kykyä yhdessä ratkaista hetkelliset ristiriitatilanteet. [1, s. 163-165]

Suomessa diagnoosien luokitteluun käytetään virallisesti ICD10-järjestelmää, jonka tueksi 0-3-vuotiaiden lasten häiriöt arvioidaan Zero to three –diagnoosiluokittelun (DC0-3) avulla. Tämä luokittelujärjestelmä koostuu viidestä akselista: lapsen psyykinen häiriö, varhaisen vuorovaikutuksen häiriö, somaattinen sairaus, perheen tilanne ja lapsen kokonaiskehitys. Lasten psyykkiset häiriöt on järjestelmässä edelleen jaoteltu traumaperäinen stressihäiriöön, mie-

lialahäiriöön, sopeutumishäiriöön, aistitoimintojen säätelyhäiriöön, nukkumiskäyttäytymisen häiriöön, syömiskäyttäytymisen häiriöön, vuorovaikutuksen ja kommunikaation häiriöihin sekä muihin häiriöihin. DC0-3-luokittelusta on julkaistu joulukuussa 2016 päivitys DC0-5, joka kattaa alle 5-vuotiaat lapset, sisältää kaikki pienillä lapsilla esiintyvät häiriöt ja niiden diagnostiset algoritmit sekä kulturealiset näkökulmat. [1, s. 195-198; 17]

2.5 Pienten lasten psyykkisten ja vuorovaikutushäiriöiden hoito

Pienten lasten psykiatrisen hoidon tavoitteena on potilaiden kehitysympäristön muokkaaminen siten, että lapsen mahdollisimman terve psyykkinen kehitys on turvattu. Hoidolla pyritään tukemaan lapsen myönteistä psyykkistä kasvua ja kehitystä vaikuttamalla kasvuympäristössä oleviin riskitekijöihin ja lieventämällä lapsen kasvuolosuhteissa kokemaan kärsimystä ja ehkäisemällä tulevia ongelmia. Raskausaikana hoitoon kuuluu vanhempien fyysisen ja psyykkisen terveyden edistäminen sekä vallitsevien sairauksien tai häiriöiden asianmukainen hoito. Konkreettisella tasolla tähän kuuluu mm. riittävän ravinnon, asumisen, hygienian ja turvallisuuden takaaminen. Näitä asioista tarvitaan vanhempien prenataalisen kiintymyssuhteen kehittymisen turvaamiseen. Raskausaikana hoidossa on keskeistä myös tulevaan synnytykseen ja vanhemmuuteen valmistautumisen tukeminen. [18]

Varhaislapsuusvaiheessa pienen lapsen psyykkisen kehityksen tukemisessa tärkeä hoitomuoto on varhaisen vuorovaikutuksen hoito, jonka tavoitteen on herkistää vanhempaa ymmärtämään paremmin lapsen tarpeita ja vastaamaan näihin oikein sekä oikea-aikaisesti. Tämä lisää lapsen elämän mielekkyyttä ja kykyä olla vuorovaikutussuhteessa vanhempansa kanssa. Perusterveydenhuollon tasolla tavallinen hoitomuoto on vanhempien huolien ja kokemusten empaattinen kuunteleminen, neuvonnan ja tiedon antaminen. Tätä hoitomuotoa voivat vanhempien läheisten lisäksi tarjota perustason sosiaali- ja terveystyöpalvelut sekä kolmannen sektorin toimijat. Erikoissairaanhoidon varhaisen vuorovaikutuksen hoitoa tarjotaan perheille, joissa tuen tarve on suurempi. Esimerkiksi on tarve hoitaa joko vanhempaa, lasta tai vuorovaikutusta selvien ongelmien tai oireiden vuoksi. Vanhemman ja vauvan välistä vuorovaikutusta voidaan hoitaa mm. varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapialla tai muihin terapeuttisiin viitekehyksiin pohjautuvilla menetelmillä. Hoito voi korostaa esimerkiksi vauvan aktiivista osuutta vuorovaikutuksessa tai se voi kohdistua vanhemman mentalisaatiokyvyn parantamiseen. [18]

Pikkulapsivaiheessa hoito voi toteutua myös ryhmäpsykoterapiana (esim. äiti-vauva - psykoterapiaryhmät) tai perheterapiana, vaikka näiden saatavuus voi vaihdella eri erikoissairaanhoidon yksiköissä. Perheterapiassa hoidetaan perheitä, joissa lapsella on merkittävä kehitykseen tai käyttäytymiseen vaikuttava sairaus, sekä perheitä, jotka ovat muutosvaiheessa. Ryhmäpsykoterapeuttisia hoito-ohjelmia hyödynnetään perheille, joissa vanhemmat kärsivät psyykkisistä häiriöistä, päihderiippuvuuksista tai ovat traumatisoituneita. Tukea antavia toiminnallisia vanhempi-lapsi -ryhmiä voi olla myös perusterveydenhuollon tai sosiaalipalvelujen puolella. Perheitä, joissa ongelmat ovat kasautuneet, hoidetaan monimuotoisesti. Mielen-terveys- ja päihdeongelmat, sosiaalinen eristyneisyys, työttömyys ja köyhyys tai traumaattiset kokemukset vaativat usein perustason sosiaali- ja terveystalvelujen kanssa tehtävää verkostotyötä sekä yhteistyötä aikuisten mielen-terveys- ja päihde- palvelujen kanssa. [18]

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena on kuvailla vuosina 2013-2014 Taysin pikkulapsipsykiatrian työryhmään uudella läheteellä tutkimuksiin ja hoitoon tulleisiin 0-3-vuotiaisiin lapsiin ja heidän perheisiinsä liittyviä tekijöitä sekä selvittää, onko niissä tapahtunut muutoksia verrattuna vuosiin 2004-2005:

1. lasten ja perheiden sosiodemografiset ominaisuudet
2. läheteiden määrä, lähettävät tahot ja lähettämisen syyt
3. lasten psyykkisten häiriöiden arviointiin käytetyt tutkimukset ja lapsille asetetut diagnoosit.

4 TUTKIMUSMETODI

4.1 Aineisto

Tutkimuksen aineisto koostui vuosina 2004-2005 Taysin pikkulapsipsykiatrian poliklinikalla sekä 2013-2014 Taysin pikkulapsipsykiatrian työryhmässä tutkimuksissa ja hoidossa olleista 0-3-vuotiaista lapsista. Tutkimuksessa tarkasteltiin seurantajaksojen aikana tulleita uusia lähetteitä ja niistä alkaneita tutkimus- ja hoitajaksoja. Alkuperäinen listaus keräysaikana tulleista läheteistä tehtiin Taysin tietohallinnossa. Listausta verrattiin työryhmän käytössä olevaan kirjanpitoon uusista tutkimuksiin tulleista potilasta ja tietohallinnosta tulleesta listauksesta puuttuneet potilaat lisättiin tutkimuksen lopulliseen aineistoon. Vuosina 2004-2005 kerätyn aineiston koko oli 107 potilasta ja vuosina 2013-2014 kerätyn aineiston 139 lasta.

4.2 Menetelmät

Tutkimus toteutettiin retrospektiivisena potilastietorekisteritutkimuksena. Potilaskertomuksista kerättiin tarvittavat tiedot tutkimusta varten suunnitellun lomakkeen avulla (liite 1; LT Mirjami Mäntymaan suunnittelema tietojenkeräyslomake). Jos hoitokontakti oli alkanut jo äidin raskausaikana, niin potilaskertomusmerkinnät oli tehty ennen lapsen syntymää äidin potilaskertomukseen ja lapsen syntymän jälkeen lapsen potilaskertomukseen. Tietoa kerättiin lähettävästä tahosta, lähettämisen syistä, perheen taustatiedoista ja hoitokontaktin luonteesta sekä tutkimus- ja hoitajakson aikana tehdyistä toimenpiteistä ja asetetuista diagnooseista. Samaa tietojenkeräyslomaketta käytettiin sekä vuosien 2004-2005 että vuosien 2013-2014 aineiston keräämisessä. Vuosien 2013-2014 aineiston keräämistä varten lomakkeeseen tehtiin muutamia lisäyksiä tukemaan kliinistä kokemusta omaamattoman tietojen kerääjän tarpeita.

Vuosien 2013-2014 aineiston potilaille, joille ei ollut asetettu diagnoosia potilastietojärjestelmään, LT Reija Latva asetti diagnoosit jälkepäin potilaskertomuksien perusteella. Vuosien 2003-2004 aineiston potilaiden kohdalla LT Mirjami Mäntymaa oli toiminut samoin. Diagnoosien suuren hajonnan ja siitä johtuvan yksittäisten diagnoosien vähäisen esiintyvyyden vuoksi lapseen liittyvät diagnoosit luokiteltiin kymmeneen ryhmään ja äitiin liittyvät

diagnoosit neljään ryhmään (liite 2). Tutkimuksessa esiintyneiden diagnoosien luokittelun suoritti LT Reija Latva.

Kerätty materiaali analysoitiin SPSS-ohjelmalla (v 23). Luokiteltujen muuttujien frekvenssejä kuvattiin prosenttiosuuksina. Vuosien 2004-2005 ja 2013-2014 aineistoja vertailtiin ristiintaulukoinnin avulla, ja khiin neliön testiä tai Fisherin eksaktia testiä käytettiin erojen merkitsevyydestinä. P-arvoa < 0.05 pidettiin tilastollisesti merkitsevänä ja arvoja välillä 0.05-0.10 suuntaa-antavina.

5 TULOKSET

5.1 Lasten ja perheiden sosiodemografiset ominaisuudet

Lasten ja perheiden taustatietoja vuosien 2013-2014 aineistossa on esitetty taulukossa 1. Lapsista 61 % oli poikia. Noin puolet lapsista ohjautui hoitoon alle vuoden ikäisinä ja 40 % alle 6 kk ikäisinä. Yksi viidesosa lapsista lähetettiin äidin raskaana ollessa. Äideistä puolet oli vähintään 30 vuotiaita. Hieman yli puolella kotikunta oli Tampere.

Taustatiedoissa oli nähtävissä tilastollisesti merkitseviä tai suuntaa-antavia eroja vuosina 2013-2014 kerätyn ja vuosina 2004-2005 kerätyn aineiston välillä (taulukko 1). Uudemmassa aineistossa oli poikia enemmän verrattuna aiemmin kerättyyn aineistoon. Myöhemmin kerätyssä aineistossa raskaana olevien osuus oli lähes kaksinkertaistunut, mutta raskaana olevien ja alle puolen vuoden ikäisten lasten yhteenlaskettu osuus oli molemmissa aineistoissa samaa luokkaa. Iältään 2-3-vuotiaiden lasten osuus oli niin ikään lähes kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa.

Äidit olivat uudessa aineistossa jonkin verran vanhempia. Vuoden 2013-2014 aineistossa äidin ikä oli lähes puolessa tapauksista 30 vuotta tai yli, kun aikaisemmassa aineistossa osuus oli noin kolmannes. Perheen rakenteessa oli myös nähtävissä se selkeä kehityssuunta, että hoitoon ohjautui vähemmän perheitä ainoan lapsen vuoksi. Lisäksi voidaan havaita, että muualla kuin biologisten vanhempien tai yksinhuoltajaäidin kanssa asuvien lasten osuus oli lähes kaksinkertaistunut. Useampilapsisissa perheissä sisarusten lukumäärät olivat kasvaneet. Yli puolet hoidetuista lapsista asui edelleen Tampereella, vaikka osuus oli vuosien varrella huomattavasti pienentynyt.

5.2 Läheteiden määrä, lähettävät tahot ja lähettämisen syyt

Vuosien 2013-2014 aikana pikkulapsipsykiatrian työryhmään tuli 139 lähetettä, kun niitä 2004-2005 tuli 107. Lapsen nimellä tulleiden läheteiden osuus oli kasvanut 56 %:sta 74 %:iin. Äidin nimellä tulleiden läheteiden osuus oli vastaavasti pienentynyt (taulukko 2).

Taulukko 1. Pikkulapsipsykiatrian työryhmän potilasaineiston ominaisuuksia.

	Tarkasteluajankohta		p
	2004-2005 %	2013-2014 %	
Lapsen sukupuoli	(n = 103)	(n = 132)	0.003
Poika	43	61	
Lapsen ikä (kk)	(n = 104)	(n = 139)	0.066
Äiti raskaana	11	19	
Alle 6	37	21	
6 – 12	14	13	
12 – 24	15	17	
24 – 36	9	16	
Yli 36	15	15	
Äidin ikä (v)	(n = 47)	(n = 86)	0.071
Alle 25	43	24	
25-29	26	27	
30 tai yli	32	49	
Kotikunta	(n = 106)	(n = 139)	0.005
Tampere	72	55	
Muu ¹	28	45	
Perherakenne ²	(n = 100)	(n = 134)	0.217
Molemmat biol. vanhemmat	69	64	
Yksinhuoltajaäiti	23	21	
Muu ³	8	15	
Sisarusten määrä ²	(n = 93)	(n = 135)	0.016
Ei sisaruksia	60	40	
1	26	35	
2	9	17	
3 tai enemmän	5	9	

¹ Akaa, Hämeenkyrö, Jämsä, Kangasala, Lempäälä, Nokia, Pirkkala, Valkeakoski, Vesilahti ja Ylöjärvi

² Tilanne hoitosuhteen alkaessa.

³ Esim. sijaisvanhemmat, biologinen äiti ja puoliso, yksinhuoltajaisä tai isovanhemmat.

Potilaita lähetti molempina ajankohtina yleisimmin perusterveydenhuolto (äitiys- ja lastenneuvolat sekä terveyskeskukset). Lastentautien yksiköiden ja sosiaalitoimen, perheneuvolan, muun lastenpsykiatrian yksikön yms. lähettäjien osuudessa oli hieman lisäystä aiempaan, mutta aikuispsykiatrian yksiköistä lähetteitä oli tullut selvästi vähemmän (taulukko 2).

Vuosina 2004-2005 lapsia lähetettiin eniten – noin puolessa lähetteistä – vanhempien mielen-terveyden ongelmien vuoksi, kun taas vuosina 2013-2014 lähettämisen syynä oli lähes puolessa lähetteistä lapsen oireilu ja neljäsosassa vanhemman mielenterveysongelmat (taulukko 2).

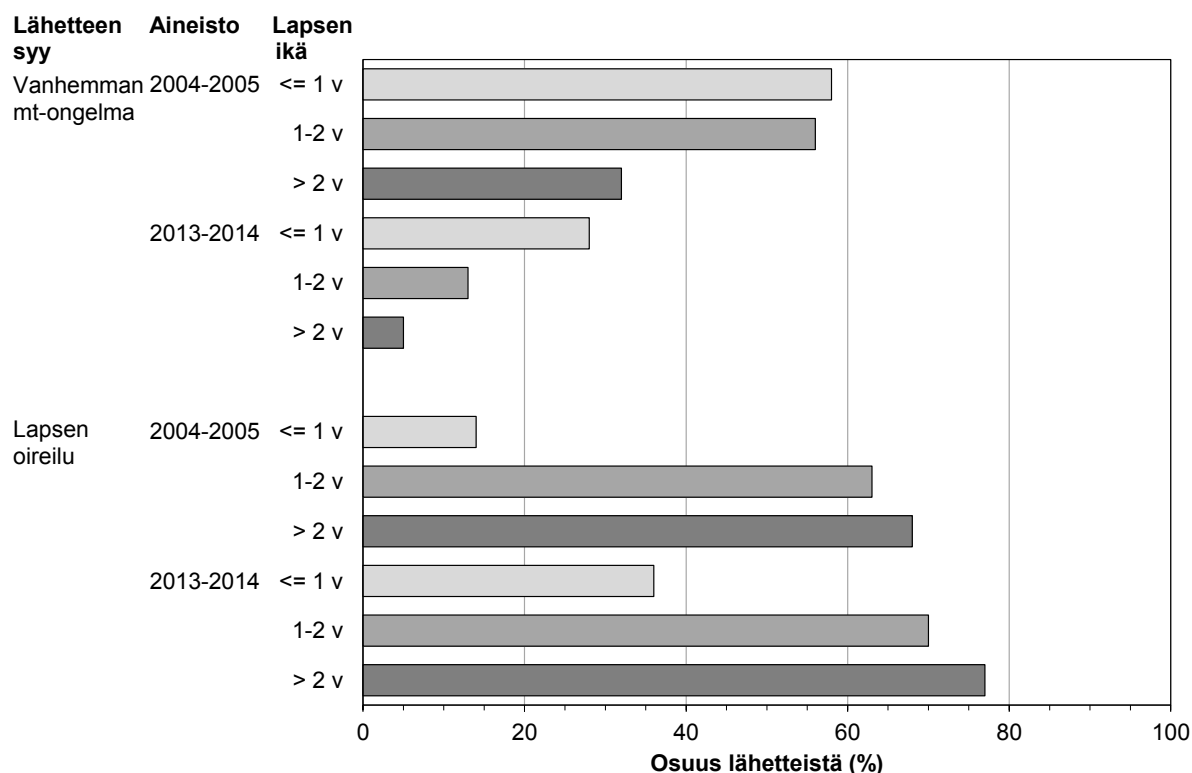
Taulukko 2. Pikkulapsipsykiatrian työryhmään tulleiden uusien läheteiden lähetetiedot.

	Tarkasteluajankohta		p
	2004-2005 (n = 107) %	2013-2014 (n = 139) %	
Lähete			0.002
Lapsen nimellä	56	74	
Lähettävä taho			0.041
Perusterveydenhuolto	37	35	
Aikuispsykiatrian yksiköt	29	16	
Lastentautien yksiköt	20	29	
Muu ¹	14	20	
Lähettämisen syy ²			
Vanhemman mielenterv. ongelma	53	28	< 0.001
Lapsen oireilu	33	48	0.010
Vuorovaikutusvaikeudet	26	24	0.386
Vaikea perhetilanne tai vanhemmuuden tukeminen	13	7	0.093
Traumaattinen kokemus	7	4	0.221
Vanhemman uupumus	7	5	0.406
Muu ³	6	10	0.150

¹ Sosiaalitoimi, perheneuvola, muu lastenpsyk. yksikkö, yksityislääkäri

² Läheteessä voi olla useita syitä.

³ Esim. lapsen sijoitus, vakava somaattinen sairaus, lapsen psykiatrinen tutkimus.



Kuva 1. Kahden merkittävimmän lähettämisen syyn esiintyvyys kussakin lasten ikäryhmässä vuosina 2004-2005 ja 2013-2014 Tampereen yliopistollisen sairaalan pikkulapsipsykiatrian työryhmässä tutkimuksissa tai hoidossa olleilla lapsilla.

Kuvasta 1 nähdään, että 2-vuotiaiden tai sitä nuorempien lasten joukossa vanhemman mielen-terveysongelma oli paljon yleisempi hoitoon ohjautumisen syy kuin yli 2-vuotiailla molempi-na tarkasteluajankohtina. Lapsen oireilu lähettämisen syynä puolestaan oli yleisempi yli 1-vuotiailla ja erityisesti yli 2-vuotiailla kuin nuoremmilla lapsilla.

Kontaktin pituuksissa pikkulapsipsykiatrian työryhmään ei tapahtunut merkittäviä muutoksia tarkasteluajankohtien välillä. Suurimmalla osalla kontakti kesti alle puoli vuotta, vuosina 2004-2005 50 %:lla ja vuosina 2013-2014 vastaavasti 48 %:lla. Molempina tarkasteluajan-kohtina kontakti kesti yli puolitoista vuotta 17 %:lla (taulukko 3).

Taulukko 3. Pikkulapsipsykiatrian työryhmään tulleiden uusien läheteiden kontaktien sisältö ja pituus.

	Tarkasteluajankohta		p
	2004-2005	2013-2014	
	%	%	
Työskentelyn sisältö	(n = 107)	(n = 139)	< 0.001
Tutkimusjakso	25	4	
Tutkimus- ja hoitajakso	24	57	
Muu ¹	21	22	
Konsultaatio	15	1	
Hoitajakso/kriisihoito	9	8	
Ei kontaktia ²	6	9	
Tutkimus- ja hoitotutkimuksen sisältö	(n = 53)	(n = 115)	
Perhetutkimus	98	74	< 0.001
Lapsen yksilötutkimus	85	27	< 0.001
Äiti-lapsi vuorovaikutustutkimus	77	25	< 0.001
Isä-lapsi vuorovaikutustutkimus	42	18	0.002
Lapsen psykologiset tutkimukset	9	5	0.239
Muu-lapsi vuorovaikutustutkimus ³	4	8	0.266
Kontaktin pituus (kk)	(n = 98)	(n = 138)	< 0.001
Muutama käynti	38	15	
1-6	12	33	
6-12	21	19	
12-18	11	16	
> 18	17	17	

¹ Esim. muutama käynti, verkostoneuvottelu tai seurantakäynti.

² Ei kontaktia, esim. perhe perui ennen tapaamista.

³ Esim. sijaisvanhemmat-lapsi, isä-äiti-lapsi, äiti-sisar-lapsi, isäpuoli-lapsi tai isovanhemmat-lapsi.

5.3 Psyykkisten häiriöiden arviointiin käytetyt tutkimukset ja lapsille asetetut diagnoosit

Vuosina 2013-2014 tutkimusjakso tai tutkimus- ja hoitajakso aloitettiin 61 %:lla, ja se sisälsi yleensä perhetutkimukset. Lapsen yksilötutkimus tehtiin noin neljännekselle, samoin äiti-lapsi vuorovaikutustutkimus (taulukko 3). Vuosina 2004 -2005 tutkimusjakso tai tutkimus- ja hoitajakso aloitettiin 49 %:lla.

Tutkimus- ja hoitajakson sisällöissä suurin muutos oli tapahtunut lapsen yksilötutkimusten tekemisessä. Vanhemmassa aineistossa yksilötutkimuksia tehtiin 85 %:lle potilaista mutta uudessa vain 27 %:lle. Myös niiden osuus, jolle oli tehty äiti-lapsi vuorovaikutustutkimus, oli laskenut kymmenessä vuodessa melkein kaksi kolmasosaa. Lisäksi isä-lapsi vuorovaikutustutkimuksia tehtiin yli puolet harvemmilte vuosina 2013-2014 verrattuna vuosiin 2004-2005 (taulukko 3).

Vuosina 2013-2014 perheeseen liittyvät ongelmat oli yleisin diagnoosiryhmä – 48 % – niiden tutkimus- ja/tai hoitajaksojen kohdalla, jotka alkoivat joko lapsen nimellä tai äidin nimellä tulleiden läheteiden perusteella. Vuosien 2004-2005 aineiston potilaista vain runsaalla viidesosalla tämä oli tutkimus- ja/tai hoitajakson jälkeen asetettu diagnoosi (taulukko 4). Lapsen diagnooseissa suurin muutos oli tapahtunut somaattisen sairastavuuden ryhmässä. Vuosina 2013-2014 sen osuus oli kuusinkertaistunut verrattaessa vanhemman aineiston 3 % osuuteen. Psyykkisten kehityshäiriöiden diagnoosiryhmän prosentuaalinen osuus oli noussut 3 %:sta 9 %:iin. Syömisongelmien osuus oli noussut kaksinkertaiseksi, 6 %:sta 12 %:iin kymmenessä vuodessa. Psyykkisten kehityshäiriöiden ja syömisongelmien osalta tulokset eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Muut diagnoosit, lapsen vaikea kokemus, sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt, tunne- ja käytöshäiriöt sekä muut erikoissairaanhoidon tutkimuksiin johtanut syy -ryhmien osalta ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä muutoksia niiden potilaiden joukossa, jotka olivat tulleet tutkimuksiin ja hoitoon lapsen nimellä olleella läheteellä (taulukko 4).

Taulukko 4. Pikkulapsipsykiatrian työryhmässä tutkimuksissa ja hoidossa olleille potilaille asetetut ICD10-diagnoosit (dg).

Yksittäiset diagnoosit on ryhmitelty isommiksi kokonaisuuksiksi (ks. liite 2).

	Tarkasteluajankohta		p
	2004-2005 (n = 107) %	2013-2014 (n = 139) %	
Lapsen dg			
Lapsen perheeseen liittyvä ongelma	22	48	< 0.001
Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt	8	7	0.451
Lapsen kasvuympäristöön liittyvä vaikea kokemus	8	8	0.549
Lapsen syömisongelmat	6	12	0.059
Muu erikoissairaanhoidon tutkimuksiin johtanut syy	5	4	0.456
Käytös- ja tunnehäiriöt	4	5	0.435
Psyykkisen kehityksen häiriöt	3	9	0.032
Lapsen somaattinen sairaus	3	19	<0.001
Äidin dg (lähete tullut äidin nimellä)			
Perheeseen liittyvä ongelma	31	25	0.166
Raskauteen liittyvä ongelma	0	2	0.179
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	0	2	0.179
Lapselle asetettujen dg:ien lukumäärä			< 0.001
Ei yhtään	26	2	
1	54	60	
2	20	25	
3 tai enemmän	0	13	

Vuosina 2013-2014 äidin nimellä tulleiden läheteiden perusteella alkaneissa tutkimusjaksoissa esiintyivät diagnoosiryhminä perheeseen liittyvien ongelmien lisäksi mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöt sekä raskauteen liittyvät ongelmat (taulukko 4). Vuosina 2004-2005 äidistä tulleen läheteen perusteella toteutuneissa tutkimus- ja hoitjaksoissa 31 %:lla ja vuosina 2013-2014 vastaavasti 25 %:lla oli asetettu perheeseen liittyvät ongelmat diagnoosi. Vanhemmassa aineistossa äidin nimellä alkaneissa tutkimus- ja hoitjaksoissa ei esiintynyt raskauteen liittyvien ongelmien tai äidin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnooseja. Havaitut erot diagnooseissa eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Diagnoosien asettamisessa lapsille oli tapahtunut merkittävä muutos. Vanhemmassa aineistossa lapsia, joille ei ollut asetettu diagnoosia, oli 26 % ja uudemmassa vain 2 %. Lapsia, joilla oli yksi tai kaksi diagnoosia oli lähes yhtä paljon molempina tarkasteluajankohtina (taulukko 4).

Molemmissa aineistoissa eniten esiintynyt yksittäinen lapsen diagnoosi oli Z63.7, Perheeseen ja kotitalouteen vaikuttava muu rasittava elämäntapahtuma. Lapsista runsaalla puolella sekä vuosien 2004-2005 että 2013-2014 aineistossa oli jokin kasvuolosuhteiden haasteisiin viittaava Z-diagnoosi, useimmiten Z63.7, ilman varsinaista lapsen oman psyykkisen kehityksen häiriöön viittaavaa F-diagnoosia. Molempina tarkasteluajankohtina hieman alle puolella lapsista oli diagnosoitu sekä kasvuolosuhteisiin liittyvä tekijä että lapsen psyykkisen kehityksen häiriöön, käytös- ja tunnehäiriöön tai lapsuudessa alkavaan sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöön liittyvä F-diagnoosi (taulukko 5).

Taulukko 5. Lapsen kasvuolosuhteisiin liittyvien Z-diagnoosien, erityisesti Z63.7 sekä lapsen psyykkiseen kehityshäiriöön viittavien F-diagnoosien yhtäaikainen esiintyminen. Erot ajankohtien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Lapsen diagnoosit	Tarkasteluajankohta	
	2004-2005 (n = 104) %	2013-2014 (n = 139) %
Z63.7 ja muita Z- diagnooseja ¹ , ei F-diagnooseja	50	60
Ei Z 63.7, mutta muita Z-diagnooseja ² , ei F-diagnooseja	6	2
Sekä F- että Z-diagnooseja	45	37

¹ Z00.4, Z03.89, Z03.9, Z33.8, Z35.8, Z61.0, Z61.6, Z61.7, Z61.8, Z62.8, Z63.7, Z63.8

² Z03.89, Z03.9, Z35.8, Z38.3, Z62.8, Z63.6

6 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla vuosina 2013-2014 Taysin pikkulapsipsykiatrian työryhmässä uudella läheteellä tutkimuksissa olleita 0-3-vuotiaita lapsia ja heidän perheisiinsä liittyneitä tekijöitä sekä selvittää, oliko niissä tapahtunut muutoksia verrattuna vuosiin 2004-2005. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää pikkulapsipsykiatrian työn resurssien ja toimien tulevaisuuden suunnitelmien tukena. Vastaavanlaista tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty Tampereella eikä vastaavia tutkimuksia ole tietääkseni julkaistu aiemmin muualla.

Lasten ja perheiden sosiodemografisissa tiedoissa merkittävin muutos verrattuna viime vuosina uusilla läheteillä tutkimuksiin pikkulapsipsykiatrian työryhmään tulleita läheteitä vuosina 2004-2005 tulleisiin läheteisiin on se, että raskaana olevia äitejä on lähetetty tutkimuksiin enemmän. Tämä on myönteinen kehityssuunta ja liittyy siihen, että neuvolassa on opittu paremmin tunnistamaan äidin raskauden aikaisia mielenterveyden ongelmia ja prenataalikiintymyksen kehittymiseen liittyviä vaikeuksia. Neuvoloiden ennaltaehkäisevä työ on ollut tehokasta ja raskaana olevia on ohjattu hoitoon herkemmin jo raskausaikana. Vaikeuksien varhainen tunnistaminen neuvolassa antaa mahdollisuuden äidin varhaiseen hoitoon ohjaamisen, minkä avulla on mahdollista pikkulapsipsykiatrilla lähteä hoidollisesti vahvistamaan äidin prenataalikiintymystä ja sitä kautta aloittaa varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, jo ennen lapsen syntymää.

Alle 6 kk ikäistä vauvoista tehtyjen läheteiden osuus oli laskenut noin puoleen vuosien 2004-2005 tasosta. Raskaana olevista äideistä ja alle 6 kk ikäisistä lapista tehtyjen läheteiden yhteenlasketussa osuudessa ei kuitenkaan ollut tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta kahden tarkasteluajankohdan välillä. Molemmassa aineistoissa suurin osa potilaista ohjautui hoitoon alle puolen vuoden ikäisenä, jolloin myös neuvolassa käydään tiheästi, mikä mahdollistaa varhaisen vuorovaikutuksen vaikeuksien ja äidin psyykkisen voinnin muutosten varhaisen tunnistamisen. Muutokset 6-24 kk ja yli 36 kk ikäisten lasten osuuksissa olivat vähäisiä, mutta 24-36 kk ikäisten lasten osuus oli lähes kaksinkertaistunut vuosien 2004-2005 tasoon verrattuna. Tässä ikävaiheessa tulee esille lapsen uhmaikä, tunteiden säätelyn ongelmat ja aggressiivisuus. Lisäksi kasvuun on saattanut osittain vaikuttaa lisääntynyt virikkeiden määrä ja se, että yhteiskunta on muuttunut niin että osa vanhemmista ei pysty kiireisen arjen keskel-

lä vastaamaan tämän ikäisten lasten tarpeisiin. On myös mahdollista, että yli 2-vuotiaiden lasten ongelmiin on lähdetty puuttumaan perusterveyden huollossa paremmin ja lapsia on siksi ohjautunut enemmän hoitoon tässä ikäryhmässä. Toisaalta on havaittu, että lasten vuorovaikutustaitojen seuranta jää neuvoloissa vauvavaiheen jälkeen vähäisemmäksi. Vuorovaikutustaitojen kehitystä; katsekontaktia, ilmeikkyyttä ja vastavuoroista kommunikointia olisi suositeltava seurata koko lastenneuvolaiän. [19]

Toinen merkittävä muutos pikkulapsipsykiatrian tutkimuksiin ja hoitoon ohjautuneiden äitien ja pieten lasten kohdalla oli se, että uudemmassa aineistossa äidit olivat vanhempia kuin kymmenen vuotta sitten. Tutkimuslöydös on linjassa synnyttäneiden naisten keski-ikässä viimeisen kymmenen vuoden aikana tapahtuneissa muutoksissa. THL:n perinataalitulosten [20] mukaan synnyttäneiden naisten keski-ikä oli noussut vuosista 2004-2005 vuosiin 2013-2014 yli puoli vuotta. Vuonna 2005 ensisynnyttäjien keski-ikä oli 27.9 vuotta ja vuonna 2015 noussut 28.8 vuoden ikään. Vanhemmilla äideillä saattaa olla taustalla pitkä yritys lapsen saamiseksi. Lapsettomuushoitoprosessit voivat olla psyykkisesti kuormittavia ja vaikuttaa raskauden aikaisen kiintymyssuhteen kehittymiseen [2].

Lapsen kotikunta oli aiemmassa aineistossa lähes kolmessa tapauksessa neljästä Tampere, kun taas myöhemmin kerätyssä aineistossa tamperelaisten osuus oli enää noin puolet. Tähän voisi osasyynä olla, että lapsiperheiden määrä Tampereen lähikunnissa on kasvanut suhteessa enemmän kuin Tampereella [21]. Lisäksi Tampereella on vuonna 2003 käynnistetty hyvinvointineuvolatoiminta, joka on myöhemmin laajentanut toimintaansa. Vuosina 2005-2007 hyvinvointineuvola-toimintamallin laajentamista ja jatkokehittelyä tehtiin Tampereella sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa Hyvinvointia neuvo- lasta projektissa, joka oli osa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen PERHE-hanketta [22]. Näiden hankkeiden moniammatillisen yhteistyön seurauksena erikoissairaanhoidon avun tarpeessa olevia lapsia on mahdollisesti ollut vähemmän. On myös mahdollista, että varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien tunnistaminen on parantunut lähikunnissa.

Vanhemmassa aineistossa yli puolet lapsista oli perheensä ainoita lapsia ja neljäosassa perheistä asui myös toinen lapsi. Kymmenessä vuodessa yksilapsisten perheiden osuus oli laskeutunut 40 %:iin ja vastaavasti kaksilapsisten perheiden osuus oli noussut 35 %:iin. Ensimmäisen lapsen syntymä on yksi perheen kehityskriiseistä ja on luonnollista, että suurin osa lapsista ohjautuu hoitoon tässä vaiheessa. Seuraavien lapsien kohdalla vanhemmat ovat jo osittain

ratkaisseet oman kasvunsa vaiheet vanhemmaksi tulemiseen liittyen. Uudemmassa aineistossa lapsia ohjautui hoitoon hieman vanhempana, jolloin perheeseen on saattanut syntyä jo seuraava lapsi.

Pikkulapsipsykiatrian työryhmään tulleiden läheteiden määrä oli noussut kymmenessä vuodessa noin kolmanneksen. Todellisuudessa uusien hoitoon tulleiden pienten lasten määrän kasvu on vielä osoitettua suurempi, sillä vuoden 2005 jälkeen alle 0-3 -vuotiaiden lastentaudeilla sairaalahoidossa olleiden lasten konsultaatiopyynnöt ovat ohjautuneet pikkulapsipsykiatrian työryhmään. Työryhmän kautta vanhemmalle ja lapselle tarjottiin lyhytaikaista tukea perhettä kohdanneen kriisin tai vaikean sairauden kohdalla, mutta varsinaisesti potilaat eivät siirty pikkulapsipsykiatrian työryhmän potilaiksi. Aineistossa on mukana vain sairaalan ulkopuolelta tulleet läheteet. Vuosien 2004-2005 aikana lastentaudeilta tulleet konsultaatiopyynnöt ovat ohjautuneet pääasiassa yleissairaalapsykiatrialle. Epidemiologista tutkimusta siitä, onko lasten psykiatristen oireiden määrässä tapahtunut muutoksia eri aikakausina on vähän ja tulokset ovat ristiriitaisia [23]. Tämän tutkimuksen mukaan erikoissairaanhoidon tarvitsevien 0-3-vuotiaiden lasten määrä olisi kasvanut kymmenessä vuodessa. Läheteiden määrän kasvu ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita pienten lasten psyykkisen sairastavuuden lisääntymistä. Tietoisuus lasten psyykkisistä ongelmista ja varhaisenvuorovaikutuksen merkityksestä on lisääntynyt, ja näin lapsia ohjataan hoitoon herkemmin. Mm. vuonna 2012 perusterveydenhuollossa on otettu käyttöön 0-3-vuotiaiden lasten psykososiaalista terveyttä kartoittava pikkuLAPS-lomake [24], joka helpottaa arvioimaan erikoissairaanhoidon tarvetta. Lisäksi läheteiden määrään kasvua pohtiessa pitää ottaa huomioon, että Pirkanmaan väkiluku ja siten myös 0-3-vuotiaiden lukumäärä on saattanut muuttua tarkastelu ajankohtana.

Vanhempien mielenterveyden ongelmien vuoksi pikkulapsipsykiatrian työryhmään hoitoon lähetettyjen määrässä on tapahtunut muutosta. Aiemmassa aineistossa yleisin lähettämisen syy oli vanhempien mielenterveyden ongelmat, kun taas vuosien 2013-2014 läheteissä lapsen oireilu oli yleisin lähettämisen syy. Vanhempien mielenterveysongelmien vuoksi lapsia lähetettiin hoitoon aiempaa vähemmän. Sama ilmiö näkyi myös lähettävissä tahoissa, aikuispsykiatrian yksiköistä tulleiden läheteiden määrä oli vähentynyt. Tämä voi johtua siitä, että lapsia huomioidaan aiempaa vähemmän aikuispsykiatrian puolella tai lapset ovat ohjautuneet hoitoon herkemmin jotain muuta kautta. Aikuispsykiatrialta hoitoon ohjattujen lasten määrä on laskenut huolimatta lastensuojelulain muutoksesta. Uusi lastensuojelulaki velvoittaa hoitavaa tahoja miettimään lasten tilannetta, jos vanhempi on hoidossa mielenterveyden ongelmilla.

en vuoksi. Voi olla, että lapsia on ohjattu muiden palvelujen piiriin, esimerkiksi sosiaali- palveluihin. Myös aikuispsykiatrian puolella on mahdollisesti kehitetty menetelmiä tukea vanhemmuutta osana psykiatrista hoitoa. Esimerkiksi antamalla vanhemmalle työkaluja keskustella sairaudestaan lastensa kanssa ja järjestämällä vertaistukitoimintaa, joissa saadaan tukea samassa tilanteessa olevilta vanhemmilta [25]. Vanhemmuutta tukevat menetelmät [26] ja internetin välityksellä kehittyneet kolmannen sektorin palvelut kuten vuosina 2007-2009 perustetut MLL-vanhempainnetti ovat kehittyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana. MLL-vanhempainnetti on ensisijaisesti hieman vanhemmille lapsille, mutta perheen apu vanhempien lasten kanssa auttaa vanhempia jaksamaan paremmin nuorempien kanssa. Myös lastensuojelun ennaltaehkäisevänä työnä toimivat äiti-ryhmät ja kuntien perhetyö ovat kehittyneet. Lisäksi asiaan ovat voineet vaikuttaa yhteiskunnan asenteelliset muutokset mielenterveysongelmia kohtaan. Mielenterveysongelmista kärsivät vanhemmat hakevat herkemmin apua ja myös neuvolajärjestelmä tunnistaa sekä tukee perheitä tehokkaammin. On myös mahdollista, että vanhempien mielenterveysongelmat ovat vaikeutuneet ja aikuispsykiatrian puolella jää aiempaa vähemmän resursseja pikkulasten hädän tunnistamiseen.

Tutkimus- ja hoitajakson sisällössä merkittävin muutos on tapahtunut siinä että pienten lasten yksilöpsykiatrisia tutkimuksia on tehty merkittävästi vähemmän kuin aiemmin. Vuosina 2004-2005 tutkimuksissa hoidossa olleille alle kolme vuotiaalle lapsille tehtiin lapsen yksilöpsykiatrisen arvio 85 %:lle ja uudemmassa aineistossa vain 27 %:lle. Äiti-lapsi ja isä-lapsi vuorovaikutustutkimuksien määrä oli myös vähentynyt merkittävästi aiempaan aineistoon verrattuna. Tutkimuksessa vuorovaikutustutkimuksilla tarkoitettiin videoituja vuorovaikutustilanteita, joten tulos kertoi videoitujen vuorovaikutustutkimuksien käytön määrän vähentymisestä ei niinkään varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien havainnoin vähentymisestä. Vanhemman ja vauvan välisen vuorovaikutusta havainnoidaan kaiken aikaa lasten ja perheiden kanssa toteutuneilla tutkimus- ja hoitokäynneillä sekä lapsen kotona että vastaanotolla. Varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi on myös yksi keskeinen perhetutkimukseen sisältyvä menetelmä. Perhetutkimusten määrässä ei tutkimusajankohtien aikana ole tapahtunut muutoksia ollen suosituin tutkimusmuoto sekä vuosina 2004-2005 että vuosina 2013-2014. Perhetutkimuksilla tarkoitetaan arviointikäyntejä, joiden aikana kartoitetaan perheen kokonaistilannetta, molempien vanhempien taustoja, saatua vanhemmuutta, mielenterveyden ongelmia tässä tilanteessa ja aiemmin. Lisäksi kartoitetaan vanhempien parisuhdetta, miten se on muotoutunut ja mikä on parisuhteen sekä vanhempien yhteisvanhemmuuden tilanne. Sen lisäksi käynneillä havainnoidaan vauvan ja vanhemman vuorovaikutusta eri tilanteissa, äidin toimin-

taa lapsen kanssa sekä molempien vanhempien vanhemmuutta. Käynnit toteutuvat pääasiassa perheen kotona, koska se on lapselle luonnollisin ympäristö. Lapsen käyttäytymistä on tarkoituksen mukaista havainnoida sekä tutussa että vieraassa ympäristössä. Näiden hoitajan tai psykologin tekemien käyntien perusteella tehdään päätös lähdetäänkö tekemään videoitavia vuorovaikutustutkimuksia. Jos käynneillä nousee esille selkeää huolta äidin ja vauvan vuorovaikutuksesta ja sen tarkempi selvittäminen on tarpeen, päädytään tekemään videoitavat vuorovaikutustutkimukset. Perhetutkimuksilla on myös keskeinen merkitys hoidon suunnittelussa.

Tarkasteltaessa lapsille pikkulapsipsykiatrian työryhmän tutkimus- ja hoitajakson aikana asetettuja diagnooseja lapselle asetetuista diagnooseista perheeseen liittyvät kuormittavat tapahtumat ensimmäisenä lapsen ja perheen tilannetta selvittävän diagnoosina oli kaksinkertaistunut. Vanhempien parisuhde muodostaa perheen perustan ja parisuhde heijastuu koko perheen elämään. Parisuhteen ongelmat voivat kuormittaa perhettä niin voimakkaasti, että lapsen kasvuolosuhteet muuttuvat epäsuotuisiksi. Perhettä voi kuormittaa vanhempien hankaloituneen vuorovaikutuksen lisäksi, myös toisen vanhemman päihdeongelmat tai psyykinen sairastavuus. Pienet lapset vaativat vanhemmilta paljon ja työn sekä vapaa-ajan yhteensovittaminen voi olla työlästä. Vanhemmat voivat uupua pienten lasten hoitamiseen etenkin, jos elämässä on muitakin kuormittavia asioita ja tukiverkosto on niukka. Molemmista aineistoista eniten esiintynyt lapsen diagnoosi oli Z63.7 Perheeseen ja kotitalouteen vaikuttava muu rasittava elämäntapahtuma. Lapsista reilu puolella sekä vuosien 2004-2005 että 2013-2014 aineistossa oli jokin kasvuolosuhteiden haasteisiin viittaava Z-diagnoosi, useimmiten Z63.7, ilman varsinaista lapsen oman psyykkisen kehityksen häiriöön viittaavaa F-diagnoosia. Toinen merkittävä muutos diagnooseissa oli se, että pikkulapsipsykiatriseen hoitoon oli ohjautunut kuusi kertaa enemmän lapsia, joilla oli jokin somaattinen sairaus, jonka vuoksi he ja heidän vanhempansa tarvitsivat psykiatrista tukea ja hoitoa. Somaattisten sairauksien osuuden kuusinkertaistamiseen on saattanut vaikuttaa se, että kymmenessä vuodessa tietoisuus pikkulapsipsykiatriasta ja vaikeiden somaattisten sairauksien vaikutuksista vuorovaikutussuhteeseen ja lapsen psyykkiseen kehitykseen on lisääntynyt. Somaattisesti sairaita lapsia olisi siis lähetetty hoitoon herkemmin. Merkittävin syy somaattisten sairauksien osuuden lisääntymiseen lienee kuitenkin se, että vuonna 2005 lastenpsykiatrian vastuualue siirtyi psykiatrian toimialueelta lasten ja naistentautien toimialueelle. Tämän muutoksen myötä yhteistyö pikkulapsipsykiatrian ja lastentautien välillä oli tiivistynyt ja somaattisesti sairastavia lapsia ohjautui enemmän

hoitoon. Lisäksi pienten lasten konsultaatiotoiminnan käynnistymien kautta oli myös ohjautunut enemmän psyykkistä tukea tarvitsevia lapsia jatkohoitoon pikkulapsipsykiatrilalle.

Vuosien 2004-2005 ja vuosien 2013-2014 tulosten vertailukelpoisuuteen saattaa vaikuttaa sekä työryhmän toiminnassa tapahtuneet muutokset, että tutkimusaineiston keräämiseen vaikuttavat tekijät. Työssä esitetyjä tuloksia tarkasteltaessa on huomattava, että tarkasteluajankohtina pikkulapsipsykiatrian työryhmän henkilökunta on vaihtunut lähes kokonaan, joten tutkimuksessa mukana olleita lapsia on tutkinut ja hoitanut eri työntekijät. Lapsille asetettuja diagnooseja tarkasteltaessa on huomattava, että vanhemmassa aineistossa diagnoosi puuttuu neljäosalta lapsia kokonaan, mikä saattaa vääristää tulosten vertailukelpoisuutta. Myös se, että vuosina 2004-2005 tutkimuksissa olleita lapsia on hoitanut ja diagnosoinut eri lääkärit kuin vuosina 2013-2014 on yksi tutkimuksen sekoittava tekijä. Lisäksi tietojen keräämiseen potilastietojärjestelmästä on osallistunut eri henkilöitä. Toisen aineiston on pääosin koostunut lastenpsykiatrian erikoislääkäri ja toisen lääketieteen opiskelija.

Suomi on ollut edelläkävijä lasten mielenterveysongelmien hoitamisessa. Jo Kenraali Mannerheim ja professori Arvo Ylppö Suomen itsenäisyyden alkuaikoina totesivat: pienen kansakunnan oli tärkeää kyetä kasvattamaan lapsista terveitä kunnan kansalaisia, ja jokaisen lapsen oikeus on olla rakastettu kohdusta lähtien [27]. Tutkimustiedon lisääntyessä on ymmärretty paremmin lastenpsykiatrian työn merkitystä. Suuri osa hoitamattomista lasten psyykkisistä häiriöistä jatkuu aikuisuuteen [28]. On myös havaittu, että mitä varhaisemmassa vaiheessa psyykkisten häiriöiden hoito aloitetaan sitä tehokkaampaa ja tuloksellisempaa se on [27]. Lisäksi lasten mielenterveysongelmien varhaisella tunnistamisella on kansanterveydellistä merkitystä. Lapsuusiän psyykkisillä ongelmilla on todettu olevan yhteyttä nuoruusiän terveys- ja elämäntapakäyttäytymiseen. Tupakointi, päihteiden käyttö, huono fyysinen kunto, epäterveelliset ruokailutottumukset, lihavuus ja seksuaaliterveyden ongelmat sekä huono elämänhallinta ovat keskeisessä roolissa monissa kansanterveydellisesti merkittävissä sairauksissa. Tämä osoittaa 0-3 -vuotiaiden lasten psykiatrisen hoidon kehittämisen tärkeyden [29].

Tämän katsauksen avulla saatiin arvokasta tietoa Taysin pikkulapsipsykiatrian työryhmässä tehdystä työstä. Työn avulla saatuja tietoja on mahdollista hyödyntää pikkulapsipsykiatrian työryhmän tulevaisuuden suunnitelmien tukena ja työn kehittämisessä edelleen. Tieto pikkulapsipsykiatrian työn hoitoketjusta sekä porrastuksesta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on myös tärkeää tulevan SOTE -uudistuksen kannalta. Tamminen ja Sui-

saari [30] toteavat, että tärkeimpiä elementtejä näin SOTE -uudistuksen kynnyksellä pienten lasten mielenterveystyössä ovat asiakaslähtöisyys, integraatio ja perusterveydenhuollon palveluiden vahvistaminen. SOTE -uudistuksen rinnalla vuosina 2016-2018 Suomessa toteutetaan lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma LAPE, jossa keskeistä on palveluiden siirtäminen ongelmien ehkäisyyn sekä varhaiseen tukemiseen ja hoitoon unohtamatta korjaavien palveluiden tarvetta [30]. Tulevaisuudessa tämän saman katsauksen voisi toistaa muutamia vuosia SOTE -uudistuksen jälkeen.

Tulevaisuudessa lisäämällä perusterveydenhuollon valikoimaan lisää näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä ja keinoja puuttua ongelmiin ennaltaehkäisevästi saisimme lasten psykiatriasta hoidosta kustannustehokkaampaa. Hoito-ohjelmat lastenneuvolan laajojen terveystarkastusten taustalla lyhentäisivät hoito-aikoja ja olisivat huomattavasti edullisempia kuin hoito lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidossa [30]. Lasten suojelun ja lasten psykiatrisen toiminnan yhteistyön saumattomuuden kehitys olisi yksi tulevaisuuden kehitysalue.

LÄHTEET

- [1] K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura ja A. Sourander. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim, 2016.
- [2] J. Sinkkonen, M. Kalland. Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. WSOYpro Oy., 2011.
- [3] M. Mäntymaa, T. Tamminen. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykkinen kehitys. Duodecim, 115. vuosik. num 22. 1999.
- [4] M. Mäntymaa and K. Puura. Pikkulapsella psyykkinen häiriö ? Suom. Lääkäril., 8. vuosik., num. 64, s. 707–711, 2009.
- [5] J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, and M. Partonen. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim, 2014.
- [6] S. M. Abrams, T. Field, S. Frank, and M. Prodromidis. Newborns of depressed mothers. *Infant Ment. Health J.*, 16. vuosik., num. 3, s. 233–239, 1995.
- [7] S. Mäkelä, M. Pajulo, and A. Sourander. Raskausajan psyykkinen oireilu ja lapsen kehitys. *Lääketieteellinen Aikakausik.*, 126. vuosik., no. 9, s. 1013–1019, 2010.
- [8] M. J. Briggs-Gowan, A. S. Carter, J. Bosson-Heenan, A. E. Guyer, and S. M. Horwitz. Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45. vuosik., num. 7, s. 849–858, 2006.
- [9] A. M. Skovgaard, T. Houmann, E. Christiansen, S. Landorph, T. Jørgensen, E. M. Olsen, K. Heering, S. Kaas-Nielsen, V. Samberg, and A. Lichtenberg. The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J. Child Psychol. Psychiatry.*, 48. vuosik., num. 1, s. 62–70, 2007.
- [10] M. J. Briggs-Gowan, A. S. Carter, E. M. Skuban, and S. M. Horwitz. Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40. vuosik., num. 1995, s. 811–819, 2001.
- [11] A. Sourander. Emotional and behavioural problems in a sample of Finnish three-year-olds. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 10. vuosik., num. 2, s. 98–104, 2001.
- [12] Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hoidon porrastus lastenpsykiatriassa. Hoitoketjut, 2014.
- [13] I. Luoma and T. Tamminen. Äidin masennus ja lapsen psyykkinen kehitys. *Suom. Lääkäril.*, 57. vuosik., num. 41, s. 4093–4097, 2002.
- [14] T. Field, B. T. Healy, S. Goldstein, and M. Guthertz. Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads.. *Dev. Psychol.*, 26. vuosik., no. 1, s. 7–14, 1990.
- [15] K. Puura. Vauvan depressio. Duodecim, 117. vuosik, s. 1115–1121, 2001.
- [16] A.-M. Vartiovaara. Lääkärin käsikirja - Vanhemman psykiatrinen sairaus lapsen kannalta. 2014.
- [17] M. Keren. Eating and feeding disorder in the first five years of life: Revising the DC:0-3r diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood and rational for the new DC:0-5 proposed criteria. *Infant Mental Health Journal*, 37. vuosik., num. 5, s. 498-508, 2016.

- [18] K. Puura, T. Tamminen. Pikkulapsipsykiatria - ei tarua vaan todellisuutta. *Lääketieteellinen Aikakausik.*, 132. vuosik., num. 10, s. 951–959, 2016.
- [19] A.-M. Borg. Pikkulasten psyykkisten häiriöiden seulonta ei toteudu neuvoloissa. *Lääketieteellinen Aikakausik.*, 122. vuosik., num. 19, s. 2292–2293, 2006.
- [20] E. Vuori, M. Gissler. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016.
- [21] Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista: Lapsiperheet, % perheistä. Viitattu 16.3.2017. Saatavilla:
<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYKAAA=®ion=szYNTzb0BwA=&year=sy4rtdY1tNa1AJIA&gender=t&abs=f&color=f>
- [22] P. Lemberg, N. Pietilä. Hyvinvointineuvolatoiminta Suomessa: Hyvinvointineuvola osana lasten, nuorten ja perheiden palveluita. Metropolia ammattikorkeakoulu opin- näytetyö 2014
- [23] P. Santalahti, A. Sourander. Onko lasten psykiatrinen sairastavuus lisääntynyt? *Lääketieteellinen Aikakausik.*, 124. vuosik., num. 13, s. 1499–1506, 2008.
- [24] P. Kaukonen, A-M. Borg, M. Mäntymaa, R. Salmelin, S. Miettinen. PIKKULaps- lomake. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012
- [25] M. Lento, M. Seitilä. Lapsen huomioiminen, kun vanhemmalla on mielenterveys- tai päihdeongelma. Tampereen ammattikorkeakoulu opin- näytetyö 2010
- [26] P. Karjalainen, P. Santalahti, S. Sihvo. Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käytöshäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä? *Lääketieteellinen Aikakausik.*, 132. vuosik., num. 10, s. 967-974, 2016.
- [27] T. Tamminen. Lastenpsykiatrian juuret ja siivet. *Lääketieteellinen Aikakausik.*, 132. vuosik., num. 10, s. 967-968, 2016.
- [28] B. Maughan, S Collishaw. Development and psychopathology: a life course perspective. Kirjassa: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, Rutter's child and adolescent psychiatry. 6. painos. Lontoo: Wiley-Blackwell 2015.
- [29] A. Sourander. Tarjoaako terveydenhuoltojärjestelmämme avaimet lastenpsykiatrian huippututkimukseen? *Lääketieteellinen Aikakausik.*, 132. vuosik., num. 10, s. 939-941, 2016.
- [30] T. Tamminen, J. Suvisaari. Asiakaslähtöisyys ja integraatio parantavat lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja. *Lääketieteellinen Aikakausik.*, 132. vuosik., num. 10, s. 986-987, 2016.

LIITE 1: TIEDONKERUULOMAKE

LÄHETE

1. Kenen nimellä lähete?

1 lapsen nimellä

2 äidin nimellä

3 muu

2. Lähettämisen syy (lähetteessä mainittu)

ei kyllä

0 1 vuorovaikutuksen vaikeudet

0 1 vanhemman mielenterveysongelma

0 1 lapsen oireilu, mikä _____

0 1 vanhemman uupumus

0 1 muu, mikä _____

3. Mistä lähetetty

1 perusterveydenhuolto: äitiysneuvola, lastenneuvola tai tk

2 aikuispsykiatria: mtt, sairaalan osasto/pkl, psykiatrin yksityisvo

3 lastentaudit: pediatria, lastenneurologia, lastenkirurgia

4 sosiaalitoimi

5 perheneuvola

6 muualta lastenpsykiatrian klinikasta

7 muualta, mistä _____

4. Kotikunta

1 Tampere

2 Muu, mikä _____

TIETOJA PERHEESTÄ

5. Perheen lapset
- a Tutkimuslapsen syntymäjärjestys (biologisten sisarusten joukossa) _____
 - b Biologisten sisarusten lukumäärä _____
 - c Biologisten sisarusten sukupuolet ja syntymävuodet _____

 - d Sisaruspuolten lukumäärä _____
 - e Sisaruspuolten sukupuolet ja syntymävuodet _____

6. Perheen rakenne, kenen kanssa lapsi asuu?
- 1 Kummankin biologisen vanhemman
 - 2 Biologisen äidin ja puolison (joka ei ole lapsen biologinen isä)
 - 3 Biologisen isän ja puolison (joka ei ole lapsen biologinen äiti)
 - 4 Biologisen äidin luona (yksinhuoltaja)
 - 5 Biologisen isän luona (yksinhuoltaja)
 - 6 Muiden, kenen _____
7. Huoltajuus
- 1 yhteishuolto
 - 2 yksinhuolto äidillä
 - 3 yksinhuolto isällä
 - 4 sijaishuolto
8. Jos vanhemmat ovat eronneet, tapaako lapsi muualla asuvaa vanhempaansa
- 1 Kyllä, säännöllisesti
 - 2 Kyllä, epäsäännöllisesti
 - 3 Ei lainkaan
 - 4 Eivät ole eronneet
9. Äidin ikä (v) _____ tai syntymävuosi _____
10. Isän ikä (v) _____ tai syntymävuosi _____

11. Äidin ammatti _____
12. Äidin työssäkäynti
- 1 työssä/opiskelee
 - 2 äitiyslomalla/ vanhempainlomalla/ hoitovapaalla
 - 3 työtön, työnhakija
 - 4 muu, mikä _____
13. Isän ammatti _____
14. Isän työssäkäynti
- 1 työssä/opiskelee
 - 2 vanhempainlomalla/ hoitovapaalla
 - 3 työtön, työnhakija
 - 4 muu, mikä _____
15. Miten lapsen päivähoito on järjestetty?
- 1 Kotona: äitiysloma/vanhempainloma
 - 2 Kotona: vanhempi hoitaa (hoitovapaa, vanhempi työtön tms.)
 - 3 Kotona: muu kuin vanhempi hoitaa
 - 4 Osa-aikainen päivähoito, perhepäivähoito
 - 5 Osa-aikainen päivähoito, päiväkoti
 - 6 Kokoaikainen päivähoito: perhepäivähoito
 - 7 Kokoaikainen päivähoito: päiväkoti
 - 8 Muu, mikä _____
16. Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa (pkl:lle tullessa)
- ei kyllä
- 0 1 toimeentulotuki- tms. etuisuusasioita
 - 0 1 kotipalvelu/ perhetyö
 - 0 1 muut lastensuojelupalvelut, mitkä _____
 - 0 1 lapsi sijoitettu avohuollon tukitoimenpiteenä (tällä hetkellä tai ollut aiemmin; tämä lapsi tai joku muu perheen lapsista)
 - 0 1 lapsi huostaanotettu (tämä lapsi tai perheen muu lapsi)

KONTAKTI PIKKULAPSIPSYKIATRIAN POLIKLINIKALLE

17. Ensimmäisen kontaktin päivämäärä _____
18. Kontaktin luonne
- 1 Konsultaatio
 - 2 Tutkimusjakso
 - 3 Tutkimus- ja hoitajakso
 - 4 Hoitajakso/ kriisihoito
 - 5 Muu, mikä _____
19. Tutkimusjakso sisälsi
- ei kyllä
- 0 1 Lastenpsykiatriset yksilötutkimukset
 - 0 1 Vuorovaikutustutkimukset äiti-lapsi
 - 0 1 Vuorovaikutustutkimukset isä-lapsi
 - 0 1 Vuorovaikutustutkimukset, muu, kuka _____
 - 0 1 Psykologiset tutkimukset
 - 0 1 Perhetutkimukset
20. Yhteensä _____ käyntiä (tulohaastattelu, tutkimuskäynnit ja hoitoneuvottelu ml.)
21. Lapsen diagnoosi
- a ICD-10: n mukaan _____
 - 1 Papereissa ei ole diagnoosia
 - 2 Asetettu jakson aikana
 - b DC:0-3 mukaan
 - 1 Papereissa ei ole diagnoosia
 - 2 Asetettu jakson aikana
- AxI: _____

- AxII: äiti _____ isä _____ muu1 _____ muu2 _____

AxIII: _____

AxIV _____

AxV _____

22. EA

a äiti-lapsi

kokonaispisteet _____

- 1 hyvä
- 2 riittävän hyvä
- 3 sekamuotoinen
- 4 huono

äidin sensitiivisyys _____ strukturointi _____ vihamielisyys _____

lapsen involment _____ responsiivisuus _____

b isä-lapsi

kokonaispisteet _____

- 1 hyvä
- 2 riittävän hyvä
- 3 sekamuotoinen
- 4 huono

isän sensitiivisyys _____ strukturointi _____ vihamielisyys _____

lapsen involment _____ responsiivisuus _____

c muu suhde 1, mikä _____

kokonaispisteet _____

- 1 hyvä
- 2 riittävän hyvä
- 3 sekamuotoinen
- 4 huono

aikuisen sensitiivisyys _____ strukturointi _____ vihamielisyys _____

lapsen involment _____ responsiivisuus _____

22. EA (jatkuu)

d muu suhde 2, mikä _____

kokonaispisteet _____

1 hyvä

2 riittävän hyvä

3 sekamuotoinen

4 huono

aikuisen sensitiivisyys _____ strukturointi _____ vihamielisyys _____

lapsen involment _____ responsiivisuus _____

23. Hoidon sisältö: _____

24. Äidin psykiatrinen hoito

1 Oli jo pkl:lle tullessa

2 Ohjattiin hoitoon

3 Hoito nähtiin tarpeelliseksi, hoitoonohjaus ei onnistunut

4 Ei tarvetta

25. Isän psykiatrinen hoito

1 Oli jo pkl:lle tullessa

2 Ohjattiin hoitoon

3 Hoito nähtiin tarpeelliseksi, hoitoonohjaus ei onnistunut

4 Ei tarvetta

26. Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa (pkl-jakson aikana tai jälkeen)

ei kyllä

0 1 Toimeentulotuki- tms etuisuusasioita

0 1 Kotipalvelu/ perhetyö

0 1 Muut lastensuojelupalvelut, mitkä _____

0 1 Lapsi sijoitettu avohuollon tukitoimenpiteenä

0 1 Lapsi huostaanotettu

27. Jos jatkohoito/seuranta muualla, mitä se on?

ei kyllä

0 1 Lastenneuvolaseuranta

0 1 Terapiatiimi: äiti-vauvaryhmä, vuorovaikutusterapia tms

0 1 Perheneuvola

0 1 Kotipalvelu/ perhetyö _____ krt/vko

0 1 Äiti-lapsiryhmä, mikä _____

0 1 Sosiaalitoimen seuranta

0 1 Muu sosiaalitoimen tuki, mikä _____

0 1 Äidin psykiatrinen hoito

0 1 Isän psykiatrinen hoito

0 1 Muu, mikä _____

0 1 Ei tarvetta jatkokohdolle

28. PLPP:n kontakti päättynyt

0 ei

1 kyllä, milloin _____

LIITE 2: DIAGNOOSIEN LUOKITTELU

Lapselle erikoissairaanhoidon tutkimusten ja/tai hoidon perusteella asetetut diagnoosit:

Käytös- ja tunnehäiriöt:

- F32.0 Lievä masennustila
- F43.1 Traumaperäinen stressihäiriö
- F43.2 Sopeutumishäiriö
- F91.3 Uhmakkuushäiriö
- F93.1 Lapsuuden pelko ja ahdistuneisuushäiriö
- F93.89 Muu lapsuuden tunnehäiriö

Psyykkisen kehityksen häiriöt:

- F80.8 Muu puheen ja kielenkehityksen häiriö
- F83 Monimuotoiset kehityshäiriöt
- F84.1 Epätyypillinen autismi
- F84.8 Muu lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö
- F98.8 Muu tavallisesti lapsuudessa tai nuoruudessa alkava toiminto tai tunnehäiriö

Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt:

- F94.1 Lapsuuden kiintymyssuhteiden reaktiivinen häiriö
- F94.2 Lapsuuden kiintymyssuhteiden estottomuus
- F94.8 Muu lapsuudessa tai nuoruusiässä alkava sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö

Lapsen somaattinen sairaus:

- C64.80 Tumor Wilms (stage III, intermediate riskiryhmä)
- C74.1 Lisämunuaisytimen syöpä
- G31.8 Muu hermoton rappeutumissairaus
- G40.4 Intantiilispasmit, status post
- E10.9 Nuoruustyypin diabetes, ilman komplikaatioita
- E34.39 Muualla luokittelematon lyhytkasvuisuus
- E66.9 Tarkemmin määrittelemätön komplisoitumaton lihavuus
- E70.3 Klassinen fenolketonuria
- I42.9 Määrittämätön sydänlihassairaus
- I45.6 Kammioiden varhaisaktivaatio

I62.0 Akuutti kovakalvon alainen verenvuoto
K21.9 Ruokatorven refluksisairaus ilman ruokatorvitulehdusta
K29.9 Ruokatorven refluksisairaus ilman ruokatorvitulehdusta
K63.3 Suolen haavauma
K52.2 Allerginen tai muu ruokavaliosta riippuva maha suolikanavatulehdus ja/tai koliitti, K59.0 Ummetus
L20.0 Atooppinen ekseema
L72.2 Steatokystooma
M08.4 Oligoarthritis juvenilis
P00.0 Äidin kohonneen verenpaineen vaikutus sikiöön ja vastasyntyneeseen
P07.11 Pieni syntymäpaino 1500 – 1999g
P07.12 Pieni syntymäpaino 2000 -2400g
P07.2 Erittäin epäkypsä keskonen
P07.3 Muu enneaikaisuus
P21 Syntymäasfyksia
Q74.3 Arthrogyrosis multiplex congenita
Q86.0 Dymorfinen fetaalialkoholioireyhtymä
Q21.00 Multippelit kammioväliseinän puutokset
Z94.1 Aikaisemmin tehty sydämensiirto
F51 Ei elimelliset unihäiriöt

Lapsen syömisongelmat:

F98.2 Lapsen tai imeväisen syömishäiriö
R11 Pahoinvointi ja oksentelu
R13 Nielemisvaikeus (dysfagia)
R63.3 Syömisvaikeudet tai ruuan antamisen vaikeudet
R63.4 Poikkeava painonmenetys
R63.8 Muu ravinnon ja nesteen ottoon liittyvä oire ja sairaudenmerkki
E66.9 Tarkemmin määrittelemätön komplisoitumaton lihavuus

Lapsen kasvuolosuhteisiin liittyvät tekijät:

Lapsen kasvuympäristöön liittyvä vaikea kokemus:

Z61.0 Rakastetun menettäminen lapsuudessa
Z61.7 Pelottava lapsuudenaikainen kokemus
Z61.6 Ongelmat jotka liittyvät lapsen todennäköiseen ruumiilliseen pahoinpitelyyn
Z61.8 Muu kielteinen lapsuudenaikainen tapahtuma
T74.1 Fyysinen pahoinpitely

Lapsen perheeseen liittyvä ongelma:

Z60.1 Epätyypillinen vanhemmuus

Z62.8 Muu kasvatukseen liittyvä ongelma

Z63.7 Perheeseen ja kotitalouteen vaikuttava muu rasittava elämäntapahtuma

Z63.8 Muu primäärisen tukiryhmän ongelma

Muu erikoissariaanhoidon tutkimuksiin johtanut syy: Z-dg:

Z03.89 Tarkkailu muun epäilyn sairauden tai tilan vuoksi

R45.8 Muu tunnetilaan liittyvä oire tai sairauden merkki

Z03.9 Tarkkailu määrittämättömän epäilyn sairauden tai tilan vuoksi

Z00.4 Muualla luokittelematon yleinen psykiatrinen tarkastus

Z38.8 Määrittämättömässä paikassa syntynyt muu moniraskauslapsi

R68.1 Ensimmäiselle ikävuodelle ominaiset ei-spesifiset oireet

Raskaana olevien äitien tutkimus- ja hoitojakson aikana asetettu diagnoosit:**Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt:**

F06.9 Määrittämätön aivovaurion, aivojen toimintahäiriön tai ruumiillisen sairauden aiheuttama aivo-oireyhtymä

F19.1 Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttama aineen haitallinen käyttö

F60.3 Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus

Raskauteen liittyvä ongelma:

P04.0 Raskauden tai synnytyksen aikana äidille annetun nukutteen, kipulääkkeen ja/tai rauhoittavan lääkkeen vaikutus sikiöön ja vastasyntyneeseen

Z35.8 Muu riskiraskauden seuranta

Perheeseen liittyvä ongelma:

Z63.7 Perheeseen ja kotitalouteen vaikuttava muu rasittava elämäntapahtuma

Z61 Lapsuuden kielteisiin elämäkokemuksiin liittyvät ongelmat