



ANNELI HEIKKINEN

Terveyskeskuslääkäri
ja
lasten mielenterveystyö



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen laitoksen
K-rakennuksen isossa luentosalissa, Teiskontie 35, Tampere,
elokuun 12. päivänä 2005 kello 12.

English summary

Acta Universitatis Tampereensis 1094

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, yleislääketieteen yksikkö

Ohjaaja

Professori Kari Mattila

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Pekka Larivaara

Oulun yliopisto

Professori Jorma Piha

Turun yliopisto

Myynti

julkaisujen myynti

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

Puh. (03) 3551 6055

Fax (03) 3551 7685

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu

Juha Siro

Painettu väitöskirja

Acta Universitatis Tamperensis 1094

ISBN 951-44-6356-0

ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 453

ISBN 951-44-6357-9

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2005

Jukalle, Jussille ja Mikolle

Sisällysluettelo

ALKUPERÄISET OSAJULKAISUT	7
LYHENTEET.....	8
TIIVISTELMÄ.....	9
1 JOHDANTO.....	11
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	13
2.1 Lasten mielenterveysongelmien esiintyvyys	13
2.1.1 Esiintyvyys väestötasolla.....	13
2.1.2 Esiintyvyys perusterveydenhuollossa.....	16
2.2 Lasten hyvinvointi Suomessa	20
2.3 Lasten mielenterveysongelmat terveyskeskustyössä	21
2.3.1 Mielenterveyshäiriöiden havaitsemisen ongelmat	21
2.3.2 Ehkäisy ja hoito.....	23
2.3.3 Yleislääkärin lastenpsykiatrinen osaaminen	25
2.4 Lasten mielenterveyspalvelut	25
2.4.1 Perusterveydenhuolto	26
2.4.2 Kasvatus- ja perheneuvolat.....	28
2.4.3 Erikoissairaanhoido.....	29
2.4.4 Yhteistyöverkostot	29
2.5 Lastenpsykiatria yleislääkärin koulutuksessa	31
2.5.1 Peruskoulutus.....	31
2.5.2 Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus	32
2.5.3 Täydennyskoulutus.....	32
2.5.4 Erityispätevyyskoulutus.....	32
2.6 Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen	33
2.6.1 Koulutustarve ja koulutukseen osallistuminen	33
2.6.2 Koulutuksen vaikuttavuus	35
2.6.3 Lastenpsykiatrian tehostaminen Suomessa.....	40
3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET.....	41

4	AINEISTO JA MENETELMÄT	42
4.1	Kyselytutkimus.....	43
4.1.1	Vuonna 2000 vastanneet	43
4.1.2	Vuonna 2001 vastanneet	44
4.1.3	Molempina vuosina vastanneet	45
4.1.4	Kyselylomake	46
4.2	Koulutushanke.....	47
4.2.1	Koulutuksen tavoitteet	47
4.2.2	Koulutuksen toteutus	48
4.2.3	Lääkärien valmiuksien arviointi koulutustilaisuudessa	49
4.3	Tilastolliset menetelmät	50
5	TULOKSET	51
5.1	Terveyskeskuslääkärien lastenpsykiatriset taidot (I).....	51
5.2	Terveyskeskuslääkärien lasten mielenterveyttä edistävä toiminta ja yhteistyöverkostot (II, III)	53
5.3	Terveyskeskuslääkäreille suunnatun lastenpsykiatrisen koulutushankkeen toteutuvuus (IV)	54
5.4	Muutokset koulutuspäivän aikana (IV)	54
5.5	Muutokset vuoden aikana ja koulutushankkeen vaikutus muutoksiin (V, VI)	55
6	POHDINTA	57
6.1	Lääkärien lastenpsykiatriset taidot	57
6.2	Lääkärien lasten mielenterveyttä tukeva toiminta.....	59
6.3	Lääkärien lastenpsykiatriset yhteistyöverkostot.....	60
6.4	Lastenpsykiatrasta osaamista tehostava koulutushanke	61
6.5	Tulosten luotettavuus.....	63
7	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	65
	ENGLISH SUMMARY	67
	KIITOKSET	69
	KIRJALLISUUSVIITTEET	71
	LIITTEET	87

Alkuperäiset osajulkaisut

- I Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila E-L, Niskanen T and Mattila K (2002): Child psychiatric skills in primary healthcare – self-evaluation of Finnish health centre doctors. *Child Care Health Dev* 28:131-137.
- II Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila E-L, Niskanen T ja Mattila K (2003): Terveyskeskuslääkärintyö neuvola- ja kouluikäisten parissa. *Suom Lääkäril* 58:1327-1332.
- III Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila E-L, Niskanen T and Mattila K (2003): Child psychiatric networks of health centre doctors. *Scand J Prim Health Care* 21:188-192.
- IV Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila E-L, Niskanen T ja Mattila K (2004): Terveyskeskuslääkärien lastenpsykiatrisen osaamisen päivitys – hankkeen toteutus ja välittömät vaikutukset. *Sosiaalilääket Aikakausi* 41:19-28.
- V Heikkinen A, Puura K, Niskanen T, Mattila K (2005). Improving GPs' skills and competencies in child psychiatry. *Nord J Psychiatry* 59:114-120.
- VI Heikkinen A, Puura K, Mattila K (2005): Improving health centre physicians' child-psychiatric networks. *Scand J Prim Health Care* 23:26-27.

Lyhenteet

PBL	Problem-based learning
PLOT	Perusterveydenhuollon lastenpsykiatrisen osaamisen tehostaminen
TAYS	Tampereen yliopistollinen sairaala
VAS	Visual Analogue Scale

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää terveyskeskuslääkärien lastenpsykiatrisia valmiuksia, lasten mielenterveyttä tukevaa toimintaa, yhteistyöverkostoja ja sitä, voidaanko näihin vaikuttaa yksittäisellä koulutusinterventiolla.

Tutkimuksen perusjoukko oli Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit (n = 761). Heille lähetettiin kesällä 2000 ja 2001 samansisältöiset kyselylomakkeet, joissa kartoitettiin lastenpsykiatrisia valmiuksia, toimintaa ja yhteistyötä. Vastausprosentit olivat 66,1 ja 57,1. Molempina vuosina vastanneita oli 49,1 %.

Lääkärit arvioivat lastenpsykiatriset taitonsa monissa asioissa heikoiksi. Miesten ja naisten välillä oli jonkin verran eroja, mutta yleislääketieteeseen erikoistuminen ei vaikuttanut taitoihin. Lääkäreillä oli kohtalaiset yhteistyöverkostot oman terveyskeskuksen sisällä, mutta muiden kunnan työntekijöiden kanssa heikommalla ja kaikista heikoimmalla erikoissairaanhoidon kanssa. Mitä pitempään lääkäri oli työskennellyt terveyskeskuksessa, sitä useampia yhteistyökumppaneita hän nimesi. Vain pieni osa teki säännöllisesti yhteistyötä päivähoidon tai koulun oppilashuoltoryhmän kanssa.

Kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, että lastenneuvoissa ja kouluterveydenhuollossa oli liian vähän lääkärille varattua aikaa. Väestövastuulääkäreistä merkittävästi suurempi osa kuin muista terveyskeskuslääkäreistä toimi neuvoissa tai kouluissa ja he olivat yleensä aktiivisempia mielenterveyteen liittyvissä asioissa.

Loppuvuodesta 2000 alueen terveyskeskuksissa järjestettiin lääkärin lastenpsykiatrista osaamista tehostava yhden päivän mittainen koulutustilaisuus. Rakenteellisesti ja sisällöllisesti sama koulutuspäivä toteutettiin 56 terveyskeskuksessa. Koulutuksessa käytettiin ongelmalähtöistä oppimismenetelmää ja lisäksi siinä käytettiin hyväksi moniammatillista pienryhmätyöskentelyä. Koulutukseen osallistui 303 lääkäriä sekä 537 yhteistyökumppania kunnista.

Koulutuksen toteutus onnistui hyvin ja terveyskeskuksissa oli selkeästi tarvetta lastenpsykiatriseen koulutukseen.

Koulutuspäivän aikana lääkärit arvioivat valmiuksiensa parantuneen 23 % lähtötilanteesta laskettuna. Molempina vuosina kyselytutkimukseen osallistuneiden lääkärin valmiuksien ja verkostojen muutoksia analysoitiin koulutuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi. Muutokset olivat vähäisiä mutta koulutuksen tavoitteiden suuntaisia.

1 Johdanto

Niin Suomessa kuin muuallakin tehtyjen tutkimusten mukaan viidesosalla lapsista esiintyy psyykkistä oireilua. Lasten mielenterveysongelmat ja niiden hoito nousivat 1990-luvun lopulla voimakkaasti esiin julkisessa keskustelussa. Tutkimusten mukaan lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöt eivät ole lisääntyneet, mutta ongelmien suurta määrää ilmeisesti ei vain ollut aikaisemmin ymmärretty. Lasten ja nuorten oireilussa ei myöskään ole mitään äkillisiä mielenterveyttä koskevia uhkatekijöitä, vaan ne ovat olleet olemassa jo pitkään.

Perinteisesti mielenterveysongelmien takia oireilevat lapset on ensisijaisesti ohjattu kasvatus- tai perheneuvoloihin. Kasvatus- ja perheneuvolajärjestelmä kuitenkin rapautui 1990-luvulla siinä määrin, että se ei enää voi vastata lasten tutkimuksesta ja hoidosta. Tämän vuoksi terveyskeskusten tulee ottaa selkeä rooli lasten mielenterveyshäiriöiden palveluketjussa. Tämä on välttämätöntä myös sen takia, että terveyskeskus on kaikkien sairauksien ja häiriöiden ensimmäinen hoitopaikka.

On selvää, että erikoissairaanhoido voi hoitaa vain osan psyykkisesti oireilevista lapsista. Terveyskeskukset ovat yhä lisääntyvässä määrin joutuneet ottamaan vastuuta lasten psyykkisten ongelmien varhaisesta ja kuntoutuksen järjestämisestä. Toimintaa ei terveyskeskuksella voida rakentaa pelkästään terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden varaan, vaan myös lääkäreiden on oltava vahvasti mukana. Vanhemmat eivät tuo lapsiaan lääkärille mielenterveysongelmien takia, vaan lasten ja perheiden ongelmat on kyettävä havaitsemaan muiden, usein elimellisten oireiden taustalta. Lapsen tilanteen arvioiminen, vanhemmuuden tukeminen ja yhteistyö kunnan muiden toimijoiden ja erikoissairaanhoidon kanssa edellyttävät monipuolista osaamista ja perhekeskeisen työotteen omaksumista sekä verkostoitumista. Jotta lasten mielenterveysongelmien hyvä hoito hoitoketjun kaikilla tasoilla toteutuisi, tarvitaan terveyskeskuslääkäreiltä monipuolisia valmiuksia.

Lastenpsykiatrian osuus lääkärin perusopinnoissa on muutaman viikon mittainen. Yleislääketieteen erikoistumiskoulutuksessa lastenpsykiatrisen palvelu on satunnaista. Myös täydennyskoulutuksen puitteissa yksittäisten terveyskeskuslääkäreiden lastenpsykiatrisen tietämyksen lisääminen ja päivittäminen on hyvin eritasoista ja kiinni henkilökohtaisista valinnoista ja saatavilla olevasta koulutuksesta.

Suomessa 1990-luvulla koetulla lamalla oli huomattava vaikutus useimpien lapsiperheiden elämään. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut heikkenivät ja etenkin ehkäisevää toimintaa supistettiin. Vuonna 1993 toteutuneen valtiosuosuslainsäädännön uudistuksen myötä siirryttiin

normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen, mikä mahdollisti sen, että kunnat tuottivat palveluita hyvin eritasoisesti. Terveyskeskustyössä se näkyi etenkin lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyössä. Monilla paikkakunnilla lääkäreiden näihin toimintoihin käyttämää aikaa vähennettiin. Väestövastuuseen siirtyminen lisäsi monien lääkäreiden työpaineita, etenkin jos vastuuväestöt olivat suuria. Lääkärit eivät välttämättä voineet varata aikaa neuvoloille ja kouluille niin paljon kuin katsoivat tarpeelliseksi.

Kun eduskunta ensimmäisen kerran myönsi erityisvaltionavun vuodelle 2000 lasten ja nuorten psykiatristen palveluiden kehittämiseksi, heräsi ajatus järjestää lastenpsykiatrista koulutusta terveyskeskuslääkäreille. Koska tämäntapaista selvitystä ei Suomessa ole aikaisemmin tehty, tuntui samassa yhteydessä mielekkäältä selvittää, millaisiksi lääkärit itse arvioivat lastenpsykiatriset tietonsa ja taitonsa, miten he toimivat ja voidaanko näihin asioihin vaikuttaa yksittäisellä koulutuksella.

2 Kirjallisuuskatsaus

2.1 Lasten mielenterveysongelmien esiintyvyys

2.1.1 Esiintyvyys väestötasolla

Lasten psyykkisten häiriöiden esiintyvyyttä on tutkittu 1925-luvulta alkaen. Koska eri aikakausien tutkimukset eroavat toisistaan aineistoiltaan ja tutkimusmenetelmiltään, on tutkimusten vertailu hankalaa. Nykytutkimuksille on ominaista, että ne ovat usein kaksivaiheisia ja monimetodisia. Tietolähteinä ovat usein sekä lapsi että hänen vanhempansa ja opettajansa. Taulukkoon 1 on koottu viime vuosikymmenten ulkomaisia tutkimuksia. Eri tutkimusten välisessä vertailussa on vaikea päätellä, johtuuko prevalenssilukujen keskinäinen ero eri aikakausista tai ympäristöistä vai kuvastaako se pelkästään metodologisia eroja.

Suomalaisessa Lapset-tutkimuksessa tutkittiin vuonna 1981 syntyneistä lapsista noin 10 % ($n = 5\,813$), kun lapset olivat 8–9-vuoden ikäisiä (Almqvist ym. 1999a). Otanta kerättiin kaikkien viiden yliopistosairaalan vastuuväestöstä. Tutkimus oli kaksivaiheinen. Ensimmäisen vaiheen seulonnassa kerättiin kyselylomakkeilla tiedot vanhemmilta, opettajalta ja lapselta. Yhteensä 24 % lapsista ylitti seulonnassa asetetun rajan ainakin yhdessä kyselyosiossa (Almqvist ym. 1999b). Toiseen vaiheeseen otettiin lapsia, joilla ensimmäisen vaiheen seulonnan perusteella mahdollisesti oli häiriöitä ($n = 316$) ja satunnaisotoksella niitä, jotka arvioitiin todennäköisesti terveiksi ($n = 119$). Nämä lapset ja heidän vanhempansa haastateltiin. Vanhempien haastattelun perusteella saatiin psyykkisen häiriön prevalenssiksi 21,8 % (Almqvist ym. 1999c). Kaikista lapsista 7,5 %:lla oli mielenterveyshäiriö, joka oli kestänyt yli 3 vuotta. Lapset-tutkimuksen Etelä-Suomen aineistossa lasten haastattelun perusteella masennuksesta kärsi 5,9 % lapsista ja vanhempien haastattelun perusteella 3,2 % (Puura ym. 1998a). Aikuiset eivät yleensä tunnistanee lasten masennusta, vaan se löytyi vasta lapsilta itseltä saatujen tietojen perusteella.

Taulukko 1. *Lasten psyykkisten häiriöiden esiintyvyys*

Tutkimus	Maa/vuosi	N	Lasten ikä v.	Toteutustapa	Tietolähde*	Prevalenssi %
Connell ym. (1982)	Australia 1978–1980	779	10–11	2-vaiheinen	L, V, O	14,1
Vikan (1985)	Norja 1979	1 510	10	2-vaiheinen	L, V, O	5,0
Verhulst ym. (1985)	Hollanti 1983	334	8, 11	2-vaiheinen	L, V, O	26,0 vaikeat 7,0
Anderson ym. (1987)	Uusi Seelanti 1983–1984	792	11	1-vaiheinen	L, V, O	17,6
Offord ym. (1987)	Kanada 1983	2 679	4–16	1-vaiheinen	L (12–16 v), V, O	18,1
Cohen ym. (1987)	Yhdysvallat 1983–1984	775	9–18	1-vaiheinen	L, V	16,7
Bird ym. (1988)	Yhdysvallat Puerto Rico 1985–1986	777	4–16	2-vaiheinen	L, V, O (6–16 v)	17,9 vaikeat 7,0
Esser ym. (1990)	Saksa 1)1978 2) 1983	1) 216 2) 191	1) 8 2) 13	1-vaiheinen	1) V 2) L, V	1) 16,2 vaikeat 4,2 2) 16,2 vaikeat 5,2
Morita ym. (1993)	Japani 1987–1989	1 992	12–15	2-vaiheinen	L, V, O	15,0
Fombonne (1994)	Ranska 1987	2 158	6–11	2-vaiheinen	V, O	12,4 vaikeat 5,9
Gómez- Beneyto ym. (1994)	Espanja vuosi ei ilmoitettu.	1 127	8, 11, 15	2-vaiheinen	L, V	21,7 vaikeat 4,4
Costello ym. (1996)	Yhdysvallat 1992–1993	3 896	9, 11, 13	2-vaiheinen	L, V	20,3 vaikeat 11,1
Shaffer ym. (1996)	Yhdysvallat 1992	1 285	9–17	1-vaiheinen	L, V	20,9 vaikeat 5,4
Sawyer ym. (2001)	Australia 1998	4 083	4–17	1-vaiheinen	L (13–17 v), V	14,0
Kroes ym. (2001)	Hollanti vuosi ei ilm.	1 317	8–9	2-vaiheinen	V	45,2
Ford ym. (2003a)	Englanti, Skotlanti, Wales 1999	10 438	5–15	1-vaiheinen	L (11–16 v), V, O	9,5
Bilenberg ym. (2005)	Tanska vuosi ei ilmoitettu	560	8–9	2-vaiheinen	L, V, O (vain jos vanh. eivät vastanneet)	10,1

*L=lapsi, V=vanhemmat, O=opettaja

Lapsen tutkimuksen Tampereen yliopistollisen sairaalan vastuualueen lapsista (n = 1 121) saaduissa tuloksissa psyykkisten häiriöiden esiintyvyys oli 24 % kyselylomakkeiden mukaan, 15 % vanhempien haastattelun perusteella ja 26 % lapsen haastattelun perusteella (Puura ym. 1995a, 1995b). Lapsen haastattelun yhteydessä ei tehty lapsen toimintakyvyn systemaattista arvioita, vaan haastattelija teki kliinisen arvion lapsen häiriön vakavuudesta. Onkin todennäköistä, että suuret esiintyvyyksiluvut kertoivat kliinisen haastattelututkimuksen löytäneen runsaasti lieviäkin häiriöitä, jotka lapset kyllä olivat kokeneet tunne-elämässään, mutta jotka eivät välttämättä olleet vaikuttaneet heidän toimintakykyynsä merkittävästi (Puura ym. 1995b).

Lastenpsykiatristen häiriöiden esiintyvyyttä tarkastelevissa katsausartikkeleissa prevalenssin vaihteluväli oli 5–26 % (Brandenburg ym. 1990), 6–19 % (Bird 1996), 1–51 % (Roberts ym. 1998) ja 10–20 % (Waddell ym. 2002). Suuri hajonta esiintyvyyksiluvuissa selittyy osittain tutkittavien ikäjakaumien, käytettyjen tutkimusmenetelmien ja häiriöiden määrittelyjen erilaisuudesta.

Roberts työtovereineen (1998) kävi läpi 52 tutkimusta lähes 40 vuoden ajalta. Kaikkien mukana olleiden tutkimusten psyykkisten häiriöiden esiintyvyyksien keskiarvo oli 15,8 % (mediaani 13,7 %). Ikäryhmittäin tarkasteltuna esiintyvyys oli 1–5-vuotiailla 10,2 % (mediaani 8,3 %, vaihteluväli 3,6–24,0 %), 6–12-vuotiailla 13,2 % (mediaani 12,2 %, vaihteluväli 1,4–30,7 %) ja 12–13-vuotiaista ylöspäin 16,5 % (mediaani 15,0 %, vaihteluväli 6,2–41,3 %). Niissä tutkimuksissa, jotka kattoivat laajemmat ikäryhmät, saatiin esiintyvyyden keskiarvoksi 21,9 % (mediaani 18,4 %, vaihteluväli 7,4–50,6 %).

Leikki-ikäisten lasten psyykkisten häiriöiden esiintyvyydestä on niukasti tutkimuksia (McDonnell ja Glod 2003). Taaperoikäisillä (2–3-vuotiailla) sosioemotionaalisten ja käyttäytymisen ongelmien esiintyvyys vaihteli 7,8–12 %:n välillä (Larson ym. 1988, Koot ja Verhulst 1991, Thompson ym. 1996, Briggs-Cowan 2001, Sourander 2001).

Lasten psyykkisiä häiriöitä kartoittaneissa tutkimuksissa on todettu, että lapsilla on usein monia häiriöitä samanaikaisesti. Kolmasosalla (Costello ym. 1996) tai jopa puolella (Anderson ym. 1987, Bird ym. 1988) diagnosoiduista lapsista oli kaksi tai useampia diagnooseja. Monissa tutkimuksissa pojilla todettiin häiriöitä enemmän kuin tytöillä (Verhulst ym. 1985, Anderson ym. 1987, Offord ym. 1987, Bird ym. 1988, Kumpulainen ym. 1994), mutta aina eroa ei löytynyt (Velez ym. 1989) tai tytöillä oli häiriöitä jopa poikia enemmän (Eapen ym. 2003). Tyttöjen ja poikien välinen ero liittyi ikään siten, että 11 vuoden iässä pojilla esiintyi enemmän mielenterveyshäiriöitä kuin tytöillä, mutta 15 vuoden iässä tilanne oli päinvastainen (McGee ym. 1992, Gómez-Beneyta ym. 1994). Taaperoikäisillä ei eroa sukupuolten välillä havaittu (Koot ja Verhulst 1991, Stallard 1993, Briggs-Gowan ym. 2001). Pojilla esiintyi iästä riippumatta useammin käytöshäiriöitä ja ylivilkkautta kuin tytöillä, mutta puberteetti-iässä tytöillä oli enemmän tunne-elämän häiriöitä ja psykosomaattisia häiriöitä kuin pojilla (Offord ym. 1987).

On tehty muutamia tutkimuksia, joissa on verrattu samanlaisilla tutkimusasetelmilla mutta eri ajankohtina saatuja tuloksia. Näillä on haluttu selvittää, ovatko lasten mielenterveysongelmat mahdollisesti lisääntyneet tai vähentyneet ajan funktiona. Yhdysvalloissa todettiin 7–16-vuotiailla ongelmien lisääntyneen vuosien 1976 ja 1989 välillä (Achenbach ja Howell 1993) ja vähentyneen vuosien 1989 ja 1999 välillä (Achenbach ym. 2003). Kuitenkin vuonna 1999 ongelmia oli hiukan enemmän kuin vuonna 1976. Hollannissa verrattiin vuosina 1983 ja 1993 tutkittuja 4–16-vuotiaita lapsia (Verhulst ym. 1997). Tutkimuksessa ei todettu merkittävää eroa lasten mielenterveysongelmien kokonaisuutiivyydessä. Suomessa toteutettiin tutkimus 8–9-vuotiaista, joista kerättiin tiedot vuosina 1989 ja 1999 (Sourander ym. 2004). Tämänkään tutkimuksen kokonaistuloksissa ei lasten ongelmien todettu kymmenen vuoden aikana lisääntyneen. Suomalaistutkimuksessa poikien oireilu väheni, tytöillä vanhempien raportoimana yliaktiivisuus lisääntyi, samoin lisääntyivät depressiiviset oireet lasten itsensä raportoimina.

2.1.2 Esiintyvyys perusterveydenhuollossa

Väestötason epidemiologisissa tutkimuksissa todettiin toistuvasti, että suuri osa psyykkisesti häiriintyneiksi luokitelluista lapsista ei ollut käyttänyt mielenterveyspalveluita. Mielenterveyspalveluita käyttäneiden osuus vaihteli ulkomaisissa tutkimuksissa 16–27 %:n välillä (Offord ym. 1987, Burns ym. 1995, Leaf ym. 1996, Sawyer ym. 2001, Ford ym. 2003b). Suomalaisessa Lapset-tutkimuksessa kysyttiin vanhemman haastatteluaineistossa yhteydenottoa asiantuntijaan lapsen tunne-elämän tai käyttäytymisen ongelmien vuoksi viimeisten 3 kuukauden aikana. Lievästi oireilevilla yhteydenottoja oli 3 %:lla, keskivaikeasti oireilevilla 12 %:lla ja vakavan häiriintyneisyyden ollessa kyseessä 39 %:lla (Ikäheimo 1999). Vanhemmat olivat hakeneet apua 10 %:lle masentuneista pojista ja 4 %:lle masentuneista tytöistä (Puura 1998), mikä tarkoittaa, että masentuneista 8–9-vuotiaista lapsista 92 % ei ollut minkään lastenpsykiatrisen tutkimuksen tai hoidon piirissä.

Hollannissa 4–18-vuotiaista lapsista 3,5 % oli saanut edeltävän vuoden aikana lähetteen hoitoon mielenterveysongelmien takia (Verhulst ja van der Ende 1997). Yhdysvalloissa oli kouluikäisistä lapsista 5 % saanut hoitoa mielenterveysongelmiin (Zahner ym. 1992). Suomalaistutkimuksissa 7 % lapsista oli käyttänyt mielenterveyspalveluja (Sourander ym. 2001, Pihlakoski 2004). Yhteistä näille neljälle tutkimukselle on, että vain pieni osa ongelmaisiksi todetuista lapsista oli käyttänyt mielenterveyspalveluja.

Edellä esitetyt tutkimustulokset herättävät kaksi kysymystä: missä määrin psyykkisesti oireilevat lapset käyvät perusterveydenhuollon vastaanotoilla ja miten hyvin heidät tunnistetaan? Suomesta ei selvityksiä tästä näkökulmasta ole tehty, mutta monissa muissa maissa asiaa on tutkittu (taulukko 2). Yhdysvalloissa on yleisimmin tutkittu lastenlääkäreiden vastaanotolla käyneitä lapsia, muualla taas yleislääkäreiden potilaita. Tämä johtuu

terveydenhuoltojärjestelmien erilaisuudesta. Yhdysvalloissa lastenlääkärit tekevät vastaanotoillaan myös terveystarkastuksia ja antavat terveysneuvontaa. Monissa tutkimuksissa on aineistoon otettu vain kouluikäisiä lapsia. Jos nuorempia on ollut mukana, heidän osuuttaan ei ole aina erikseen analysoitu. Vain muutamissa tutkimuksissa ovat kohderyhmänä olleet alle 6-vuotiaat.

Taulukossa 2 on tutkimuksia, joissa selvitettiin mielenterveysongelmien esiintyvyyttä vastaanotoilla käyneillä lapsilla lääkärin arvioimana. Osassa tutkimuksia samat lapset tutkittiin erikseen tutkijoiden toimesta käyttämällä standardoituja menetelmiä, useimmiten vanhemmille suunnattuja kyselyjä tai vanhempia haastattelemalla. Tutkijoiden käyttämät menetelmät vaihtelivat eri tutkimuksissa, eikä niiden avulla välttämättä löydetty kaikkia ongelmaisia lapsia. Kuitenkin tutkijoiden näin saamia prevalenssilukuja käytettiin vertailuarvoina, kun arvioitiin lääkärin taitoa tunnistaa mielenterveyshäiriöiset lapset. Spesifisyys ei näin ollen välttämättä anna oikeaa käsitystä näissä tutkimuksissa lääkäreiden onnistumisesta terveiden erottelussa. Sen sijaan huono sensitiivisyys kertoo, että suuri osa mielenterveyshäiriöistä kärsivistä lapsista jäi vastaanotoilla löytymättä.

Tutkimustuloksista ilmenee, että lääkärit eivät kovin herkästi lähettäneet jatkotutkimuksiin tai jatkohoitoon lapsia, joilla he olivat todenneet psykosomaattisia ongelmia. Lapsen ohjaaminen eteenpäin jäi helpommin tapahtumatta, jos vanhemmat eivät nähneet siihen tarvetta (Wildman ym. 1997). Lähettäminen tapahtui taas herkemmin, jos lääkärit arvioivat vanhempien olevan samaa mieltä lähettämisen ja jatkohoidon tarpeesta tai ongelma tuli ensimmäisen kerran esiin tai käynnin syy oli psyykinen ongelma (Gardner ym. 2000). Jos vanhemmat pyysivät lähetteen, lääkärit sen yleensä kirjoittivat (Sayal ym. 2002). Myös pelkkä ongelmien puheeksi ottaminen vanhempien aloitteesta lisäsi lähetteen tekemisen todennäköisyyttä (Lynch ym. 1997, Briggs-Gowan ym. 2000).

Tutkimuksissa, joissa lasten mielenterveysongelmien esiintyvyyttä selvitettiin vastaanotoilla erilaisilla lomakekyselyillä ja haastatteluilla eikä vastaanottavien lääkärin arvioimana, esiintyvyys vaihteli: 2–5-vuotiailla esiintyvyys oli 21,4 % (Lavigne ym. 1996), 4–5-vuotiailla 10 % ja 6–15-vuotiailla 13 % (Jellinek ym. 1999), sekä 5–9-vuotiailla 16,8 % (Briggs-Gowan ym. 2000).

Myös kehitysmaissa on tutkittu lasten mielenterveysongelmien esiintyvyyttä perusterveydenhuollossa asioivilla lapsilla. Tulokset ovat samantapaisia kuin länsimaissa. Esiintyvyydeksi on saatu 12–29 % (Giel ym. 1981). Näistä lapsista työntekijät tunnistivat enimmillään viidesosan. Nigeriassa saatiin 2-vaiheisessa tutkimuksessa esiintyvyydeksi 20 % 7–14-vuotiaiden ikäryhmässä (Gureje ym. 1994).

Ongelmia löydettiin pojilta enemmän kuin tytöiltä (Goldberg 1984, Horwitz ym. 1992, Kelleher ym. 1997) ja vanhemmilta lapsilta enemmän kuin nuorilta (Kelleher ym. 1997).

Taulukko 2. Lasten mielenterveysongelmien esiintyvyys vastaanotoilla terveydenhuollon työntekijöiden ja tutkijoiden toteamina. Sensitiivisyys ja spesifisyys kuvaavat työntekijöiden kykyä tunnistaa ongelmaiset lapset ja erottaa terveet, kun vertailustandardina on käytetty tutkijoiden löydöksiä.

Tutkimus	Maa/vuosi	Tutkimukseen osallistuneet työntekijät	Lasten määrä	Lasten ikä v.	Prevalenssi työntekijöiden toteamana %	Prevalenssi tutkijoiden toteamana %	Sensitiivisyys/spesifisyys %	Työntekijöiden ongelmaksi toteamista lähetteen saaneet, %
Goldberg ym. (1979)	Yhdysvallat 1976	9 pediatria	3 742	<1-17 <1 1-4 5-9 10-14 15-17	5,0 0,1 3,3 7,9 9,5 5,5			36,9
Goldberg ym. (1984)	Yhdysvallat 1979	30 pediatria	18 351	<1-17 <1 1-4 5-9 10-14 15-17	5,1 0,7 3,5 7,1 8,1 7,5			49,0
Garralda ja Bailey (1986b)	Englanti 1982-1983	Yleislääkäreitä 7 vastaanotolta	234	7-12	11,8	23		
Costello ym. (1988a, 1988b)	Yhdysvallat 1984-1985	Pediatreja	789	7-11	5,6	22,0	13/95	65

Horwitz ym. (1992)	Yhdysvallat 1987, 1988	50 pediatria	1 886	4–8	27,3			16 (31 % ei mitään tp)
Lavigne ym. (1993)	Yhdysvallat	68 pediatria	3 876	2–5	8,7	13,0	21/93	42
Wildman ym. (1997)	Yhdysvallat 1994	26 yleislääkäreitä	898	2–16	15,0			46,3 (11 % ei mitään tp)
Kramer ja Garralda (1998)	Englanti	7 yleislääkäreitä	136	13–16	12	38	21/91	
Kelleher ym. (1997)	Yhdysvallat, Kanada 1994–1996	Pediatreja, yleislääkäreitä, hoitajia, yhteensä 172	9 766	4–15	17,7	12,2	54/97	
Brugman ym. (2001)	Hollanti 1997–1998	Yleislääkäreitä ja hoitajia 19 terveystarkastus- vastaanotolta	4 480	5–15	25	8	57/79	21 (15 % ei mitään tp)
Reijneveld ym. (2004)	Hollanti 1997–1998	Yleislääkäreitä ja hoitajia 16 terveystarkastus- vastaanotolta	2 229	2–4	9,4	6,1	29/93	41 (16 % ei mitään tp.)
Sayal ja Taylor (2004)	Englanti 2000–2001	18 yleislääkäreitä	186	5–11	11	23	26/94	88

Tutkimuksista saa vaikutelman, että prevalenssiluvut perusterveydenhuollon vastaanotoilla ovat hieman kasvaneet. Tähän tulokseen päädyttiin myös tutkimuksessa, jossa verrattiin vuosina 1979 ja 1996 vastaanotoilta löytyneiden mielenterveysongelmaisten lasten osuuksia (Kelleher ym. 2000). Siinä todettiin ongelmaisten lasten määrän lisääntyneen 6,8 %:sta 18,7 %:iin. Eniten absoluuttista lisääntymistä tapahtui tarkkaavuuden ongelmissa (1,4 %:sta 9,2 %:iin) ja suhteellista lisääntymistä tunne-elämän häiriöissä (0,2 %:sta 3,6 %:iin).

2.2 Lasten hyvinvointi Suomessa

Lasten ja nuorten psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta katsottuna Suomessa korostuu hyvin toimivan perhe- ja asuntopolitiikan, tasokkaan päivähoiton, korkeatasoisen koulujärjestelmän ja työllisyyden suuri merkitys (Almqvist 2004). Palvelu- ja hyvinvointiraporteista ilmenee, että yhteiskunnassa on tapahtunut muutoksia, jotka ovat osaltaan heikentäneet lasten ja nuorten suotuisaa kasvua ja kehitystä 1990-luvulla (Muuri 1995, Heino 2000).

Valtaosa lapsista kuuluu edelleenkin perheisiin, joiden hyvinvoinnin puitteet ovat säilyneet sellaisina, että edellytykset lapsen terveille kasvuille ja kehitykselle ovat olemassa. Pienehkö mutta laajeneva joukko lapsista kärsii vaikeutuvien ongelmien kasautumisesta ja neljäsosa tai peräti kolmasosa lapsista ei voi hyvin (Bardy ym. 2001). Suuntauksena on viime aikoina ollut, että valtaosalla aikuisväestöä hyvinvointi on kohentunut, mutta pienten lasten perheissä elinolot ovat koventuneet (Heikkilä ja Kautto 2002). Kymmenessä vuodessa lapsiperheiden köyhyys on kaksinkertaistunut (Sauli ym. 2002).

Lapset eivät ole keskenään eriarvoisessa asemassa pelkästään perheiden taloudellisen tilanteen suhteen, vaan myös sen suhteen, missä määrin heidän ulottuvillaan on luotettavia ja heistä kiinnostuneita aikuisia (Bardy ym. 2001). Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, yhteisöllisyyden väheneminen, elämänpiirin ja elintapojen muutokset sekä samanaikainen globalisoituminen ovat heijastuneet voimakkaasti lasten elämään.

Kansantalouden vaikeudet näkyivät 1990-luvun alkupuolella erilaisina julkisten palvelujen supistuksina, mikä kohdistui lasten terveystarkastusten vähentämisen lisäksi opetukseen, leikki- ja kerhotoimintaan sekä lapsiperheiden kotipalveluihin (Taskinen 2002). Päiväkodeissa ja kouluissa ryhmäkokoja suurennettiin. Peruspalvelut ohentuivat ja perusterveydenhuollon voimavarat todettiin riittämättömiksi lasten lisääntyneiden pahoinvointioireiden kohtaamiseen.

Lastensuojelun tarve kasvoi jyrkästi koko 1990-luvun ajan (Taskinen 2002). Lastensuojelun avohuollon piirissä oli vuonna 1990 noin 20 000 lasta ja vuonna 2000 yli kaksinkertainen määrä eli lähes 50 000 lasta. Huostaanotot lisääntyivät näiden kymmenen vuoden aikana 15 %. Lastensuojelun laitoshoidossa olevista lapsista yli puolet oli psykiatrisen hoidon tarpeessa (Hukkanen 2002).

Pääkaupunkiseudulla tehdyssä tutkimuksessa vuonna 1998 peräti 29 % lapsista oli vakavassa syrjäytymisvaarassa (Järventie 1999).

2.3 Lasten mielenterveysongelmat terveyskeskustyössä

2.3.1 *Mielenterveyshäiriöiden havaitsemisen ongelmat*

Suomessa terveyskeskuslääkäri tapaa lapsia sekä ajanvarausvastaanotolla, päivystyksessä että neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Näin lääkäriillä, etenkin jos hän toimii väestövastuulääkärinä, on erinomainen mahdollisuus havaita lasten psyykkisiä ongelmia. Kuitenkin muissa maissa tehtyjen tutkimusten mukaan perusterveydenhuollon lääkärit tunnistivat vastaanotolle tulevien lasten mielenterveysongelmista vain pienen osan. Yksi tunnistamista vaikeuttava tekijä oli se, että vanhemmat eivät yleensä tuoneet lastaan vastaanotolle sen vuoksi, että he olisivat epäilleet lapsen tarvitsevan lastenpsykiatrista apua. Valtaosa psyykkisistä ongelmista kärsivistä lapsista tuli vastaanotolle somaattisten oireiden takia. Kaikista vastaanotolla käyneistä lapsista 0,5–2 % oli tullut nimenomaan mielenterveysongelman takia (Goldberg ym. 1984, Garralda ja Bailey 1986a, Kramer ja Garralda 1998). Niistä lapsista, joilla lääkärit totesivat mielenterveysongelmia, vain 3–8 % oli tullut psyykkisen syyn takia, loput olivat tulleet muista syistä (Goldberg ym. 1984, Garralda ja Bailey 1986b).

Vanhemmat eivät myöskään ottaneet puheeksi lapsen psyykkisiä ongelmia (Goldberg ym. 1984, Kramer ja Garralda 1998, Horwitz ym. 1998, Briggs-Gowan ym. 2000, Sayal ja Taylor 2004). Jos vanhemmat ilmaisivat huolensa lapsen mielenterveydestä, lääkärit tunnistivat paremmin häiriintyneet lapset (Dulcan ym. 1990, Wildman ym. 1999, Sayal ja Taylor 2004), mutta aina se ei vaikuttanut asiaan (Horwitz ym. 1998). Toisaalta vanhempien huolen ilmaus lisäsi mahdollisuutta, että lääkäri arvioi terveenkin lapsen häiriintyneeksi (Sayal ja Taylor 2004).

Toistuvat vatsakivut, päänsäryt ja muut kipuoireet ovat tyypillisiä lasten psykosomaattisia oireita, joiden takia vanhemmat tuovat lapsensa lääkäriin tai joiden takia kouluikäiset hakeutuvat kouluterveydenhoitajan luokse. Lasten päänsäryt ja vatsavaivat ovat jonkin verran lisääntyneet 10 vuoden aikana 1990-luvulla (Santalahti ym. 2005). Erityisen huolestuttavaa on, että vanhemmat eivät välttämättä huomaa näitä psykosomaattisia ongelmia lapsillaan (Santalahti ym. 2005). Toistuvilla kipuoireilla, kuten päänsäryllä ja vatsakivuilla, on todettu olevan yhteyttä mm. masennukseen, ahdistuneisuuteen ja käyttäytymisen häiriöihin (Egger ym. 1998, Egger ym. 1999, Campo ym. 2002, Anttila ym. 2004, Santalahti ym. 2005). Myös lapsen univaikeudet ja ruokahalun muutokset

saattavat huolestuttaa vanhempia siinä määrin, että he turvautuvat lääkärin apuun. Etenkin vaikeat unihäiriöt liittyvät lapsilla psyykkisiin ongelmiin (Paavonen ym. 2002). Valitettavasti lasten uniongelmat jäävät vanhemmilta usein huomaamatta (Paavonen ym. 2002).

Yhdysvalloissa todettiin 4–16-vuotiaista lapsista 17 %:n olevan terveydenhuoltopalvelujen suurkuluttajia. Suurkuluttajissa oli merkittävästi enemmän kuin muissa lapsissa niitä, joilla heidän vanhempansa arvioivat olevan mielenterveysongelmia tai joiden vanhemmilla itsellään oli mielenterveysongelmia (Woodward ym. 1988). Englannissa 21 % terveyskeskuksissa käyvistä 7–14-vuotiaista lapsista määriteltiin palvelujen suurkuluttajiksi. Suurkuluttajien ryhmässä oli merkittävästi enemmän lapsia, joilla oli psyykinen häiriö kuin verrokkiryhmässä (29 % versus 9 %) (Bowman ja Garralda 1993). Suurkuluttajien käynnit muodostivat yli puolet oman ikäluokkansa käynneistä (Woodward ym. 1988, Bowman ja Garralda 1993).

Etenkin neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa yhteistyökumppanit päivähoitosta ja koulusta ovat usein aloitteentekijöinä lasten psyykkisen oireilun tutkimiseksi. Heidän huolensa liittyvät usein lapsen käyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, sosiaalisten vuorovaikutustaitojen puutteellisuuteen, keskittymisongelmiin ja koululaisilla lisäksi oppimisvaikeuksiin ja runsaisiin koulusta poissaoloihin. Toisaalta aikuisetkaan eivät välttämättä huomaa lapsen pahaa oloa tai eivät osaa siihen reagoida niin, että lapsi saisi tarvitsemansa avun (Puura ym. 1998b, Santalahti ym. 2005). Tätä taustaa vasten on ensiarvoisen tärkeää, että viimeistään neuvolan ja koulun terveystarkastuksissa mielenterveysongelmaiset lapset tunnistetaan. Kun tiedetään, että noin viidesosa lapsista oireilee psyykkisesti, pitäisi keskimäärin joka neuvola- ja koulutarkastuksessa löytyä tällainen lapsi.

Tarkastusten yhteydessä mielenterveysongelmia kartoittavan kyselylomakkeen käyttö näyttäisi auttavan mielenterveysongelmaisten lasten löytymisessä (Horwitz ym. 1992, Glascoe ja Dworkin 1995, Navon ym. 2001) ja helpottavan ongelmien puheeksi ottoa (Stallard 1993). Lapsille itselleen osoitetuilla kyselyillä saadaan esiin tietoja, jotka eroavat vanhemmilta saaduista tiedoista (Sawyer ym. 1992, Kolko ja Kazdin 1993, Wildman ym. 2000). Suomessa ei perusterveydenhuollossa ole valtakunnallisessa käytössä lapsille suunnattuja kyselyitä. Kouluterveydenhuoltoon on suositeltu käytettäväksi yläasteella depressioseulaa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002), joka soveltuu myös vastaanottotyöskentelyyn. Uudessa lastenneuvolaoppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b) on esitelty perheiden voimavaroja, vanhemmuutta ja vuorovaikutusta tukevia sekä äidin masennuksen ja parisuhdeväkivallan tunnistamista helpottavia kyselyitä. Tämäntapaisten perheiden elämäntilanteita valottavien kyselylomakkeiden käyttö tulee todennäköisesti lisääntymään (Kangaspunta ym. 2005).

2.3.2 Ehkäisy ja hoito

Pitempään samalla alueella toimineella terveystieteiden keskuksella on hyvät edellytykset perehtyä alueensa lasten ja heidän perheidensä olosuhteisiin. Riskitekijöiden kasaantuminen voidaan havaita ja erityisten tukitoimenpiteiden tarve todeta jo ennen kuin perhe joutuu kriisiin ja lapsi mahdollisesti sairastuu psyykkisesti. Lisäksi toiminta neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa antaa oivalliset mahdollisuudet toteuttaa ja kehittää lapsiin ja heidän vanhempiinsa kohdistuvaa ehkäisevää mielenterveystyötä.

Lasten ongelmat kytkeytyvät lähes aina lapsen perheeseen ja kasvuympäristöön (Ebeling ym. 2000). Perhe tarjoaa lapselle hänen merkittävimmän ihmissuhdeympäristönsä, ja se on ihmisen biopsykososiaalisen kehityksen keskeinen yksikkö (Piha 2004). Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoidon kannalta on tärkeää, että lääkäri on omaksunut biopsykososiaaliseen malliin (Engel 1977, 1978) tukeutuvan diagnosointi- ja hoitoajattelun ja toimintatavan. Systeemiteorian pohjalta kehitetyn biopsykososiaalisen mallin perusajatuksena on, että oireella ja sairaudella on sekä biologinen, psykologinen että sosiaalinen ilmiö. Nämä kolme tasoa muodostavat kehämäisen, toinen toisiinsa vaikuttavan systeemien ja alasysteemien verkoston. Vuorovaikutussysteemit toteutuvat yksilön ja hänen perheenjäsentensä välillä, perheen ja lähiyhteisön välillä sekä potilaan ja lääkärin välillä. Potilaskeskeisen työtavan opettelu onkin osa tämän toimintamallin oppimista (Engel 1978, Larivaara ym. 2001). Doherty ja Baird (1986) ovat kehittäneet koulutusmallin perhekeskeiseen yleislääkärien koulutukseen. Sitä on sovellettu Suomessakin yleislääkärien täydennyskoulutusohjelmissa, joita on kutsuttu perhelääkärikoulutuksiksi (Larivaara ym. 1995, Taanila ym. 2002).

Biopsykososiaalista mallia soveltaessaan lääkärin on pystyttävä kohtaamaan lapsia perheineen (Larivaara ym. 1997, Campbell ja Larivaara 2004, McDaniel ym. 2005). Biopsykososiaalinen toimintamalli ja perhekeskeinen työskentely avaavat mahdollisuuden perheiden elämäntilanteen ymmärtämiseen ja siten myös lasten aseman parempaan ymmärtämiseen. Psyykkisesti oireilevien lasten tutkimisen ja arvioimisen tulee olla vanhempien ja perheen kanssa jaettu yhteistyöprosessi, jonka tavoitteena on yhteinen parempi ymmärrys lasta ja lapsen tilannetta kohtaan (Tamminen 2004).

Perhekeskeinen työskentelytapa auttaa tunnistamaan ja hoitamaan sellaisia lapsen perheeseen liittyviä asioita, jotka ovat riskitekijöitä hänen psyykkiselle kehitykselleen. Viime aikoina on erityisesti nostettu esiin vuorovaikutuksen häiriöt, vanhempien psyykkiset sairaudet, päihteiden käyttö ja perheväkivalta.

Uudet tutkimukset pikkulapsipsykiatriassa korostavat varhaisen vuorovaikutuksen tärkeyttä lapsen psyykkiselle kehitykselle. Varhainen vuorovaikutus ja siihen liittyvät tunnekokemukset ohjaavat aivojen toiminnallista kehitystä ja luovat pohjan ihmisen koko myöhemmälle kehitykselle (Mäntymaa ja Tamminen 1999, Mäntymaa ym. 2003). Vuorovaikutushäiriöiden havaitseminen ja niihin puuttuminen ovatkin nousseet neuvolatyössä keskeisiksi. Lasten- ja äitiysneuvoloiden terveydenhoitajia on Suomessa koulutettu

vuorovaikutuksen tukemiseen 1990-luvun lopulta alkaen. Koulutus alkoi Stakesin koordinoimana Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen perustason työssä -hankkeena eli Vavu-hankkeena, joka toteutettiin vuosina 1997–2002 (Puura ym. 2001, Hastrup ym. 2005). Vavu oli ensimmäisiä valtakunnallisia mielenterveyden alan lasten kehitystä tukevia hankkeita. Vaikka hanke päättyi, jatkuu terveydenhoitajien koulutus ja työmenetelmien juurrutus paikallisten ratkaisujen pohjalta. Lääkäreille ei tämäntyyppistä, laajaa ja pitkäkestoista koulutusta ole ollut tarjolla. Vuorovaikutuksen arvioimisessa ja tukemisessa lääkärin ja terveydenhoitajien välisen yhteistyön merkitys korostuu entisestään.

Vanhemman mielenterveydenhäiriö tai muu vakava sairaus on riski lapsen kehitykselle, ja lasten vaara sairastua psyykkisiin häiriöihin sekä lapsuudessa että aikuisuudessa on kohonnut. Esimerkiksi affektiivista mielialahäiriötä sairastavien vanhempien lapsilla on todettu huomattavasti suurentunut riski sairastua paitsi masennukseen myös muunlaisiin psyykkisiin häiriöihin (Luoma ja Tamminen 2002). Perheiden auttamiseksi ja lasten häiriöiden ehkäisemiseksi on kehitetty menetelmiä, jotka soveltuvat myös perusterveydenhuoltoon. Beardsleen perheinterventio on alun perin kehitetty työmenetelmäksi perheille, joissa vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö (Solantaus ja Beardslee 1996). Sen tavoitteena on auttaa vanhempia auttamaan omia lapsiaan, avata keskustelua vanhemman sairaudesta ja perhetilanteen mahdollisista muutoksista sekä edesauttaa perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta. Lapset puheeksi -interventio on neuvonnallinen työmalli, jonka päämääränä on tukea vanhemmuutta ja kehitystä perheissä, joissa vanhemmalla on mielenterveydenongelmia. Stakes käynnisti osana Toimiva perhe -hanketta vuosina 2001–2004 valtakunnallisen koulutusohjelman näistä työmenetelmistä. Koulutus on tarkoitettu eri ammattiryhmille, ja siihen on osallistunut edustajia sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä kolmatta sektoria edustavista järjestöistä. Käytännön työssä menetelmien käyttöalueita on alettu soveltaa vanhempien mielenterveysongelmien ja vakavien sairauksien lisäksi muihinkin perhettä kuormittaviin tilanteisiin, kuten esimerkiksi avioeroihin tai lähiomaisten menetykseen.

Lääkärin tehtävänä on yhdessä perheen kanssa kartoittaa esiin noussutta ongelmaa sen eri puolilta, pohtia uusia näkökulmia ja auttaa löytämään ratkaisuja perheiden omista lähtökohdista. Psykosomaattisten oireiden huolellinen tutkiminen ja somaattisten syiden poissulkeminen saattaa jo helpottaa lapsen ja perheen tilannetta. Perheenjäseniä voidaan hienotunteisesti ohjata havaitsemaan oireen mahdollinen yhteys mielialoihin ja kodissa vallitsevaan ilmapiiriin sekä rohkaista heitä ilmaisemaan tunteensa sanallisesti. Lääketieteellisenä asiantuntijana lääkäri on arvioitava hoidon tarve ja se, tarvitaanko erikoissairaanhoidon asiantuntemusta vai riittävätkö perusterveydenhuollon kautta järjestettävät palvelut. Monesti lapsen ja perheen ongelmat ovat sen laatuasia, ettei kokenutkaan lääkäri voi auttaa ilman moniammatillista tiimiä (Larivaara ja Taanila 2004, Larivaara 2005).

Lastenpsykiatrisen hoidon porrastuksessa on periaatteessa kolme tasoa: perusterveydenhuolto, kasvatus- ja perheneuvolat ja erikoissairaanhoido.

Kasvatus- ja perheneuvoloissa on kuitenkin huomattavia kuntakohtaisia eroja työntekijöiden määrässä ja koulutuksessa. Jos kasvatus- ja perheneuvolat ovat huonosti resursoituja tai niiden palvelut puuttuvat jopa kokonaan, raja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä hämärtyy entisestään. Nykyisistä hoitoketjuista puuttuu selkeä määrittely siitä, mitkä ovat perusterveydenhuollon ja mitkä erikoissairaanhoidon tehtäviä.

2.3.3 Yleislääkärin lastenpsykiatrinen osaaminen

Yleislääkärin lastenpsykiatrisia tietoja ja taitoja selvittäviä tutkimuksia on vähän. Muutamien koulutusinterventtioiden yhteydessä lääkärit ovat arvioineet lastenpsykiatrista osaamistaan. Yleislääkäreiksi kouluttautuvat pitivät heikkoina omia tietojaan lasten psyykkisistä ongelmista ja taitojaan arvioida tai hoitaa niistä kärsiviä lapsia; myös varmuus omasta toiminnasta puuttui (Bernard ym. 1999). Depression hoitoa ja diagnosointia käsittelevään koulutukseen osallistuneet lääkärit arvioivat tietonsa ja taitonsa lasten depressiosta kaikkein huonoimmiksi; vain vajaat 7 % arvioi ne hyväksi, 53 % minimaaliksi ja 10 % kokonaan puuttuviksi (Krupinski ja Tiller 2001).

Yksi harvoista nimenomaan yleislääkärin lastenpsykiatriseen osaamiseen kohdistuneista tutkimuksista on Englannista (Cockburn ja Bernard 2004). Yhden maakunnan alueella työskenteleville terveyskeskuslääkäreille (n = 324) tehtiin postikysely lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon liittyvistä asioista. Vastausprosentti oli 75. Puolet lääkäreistä ei arvioinut pätevyyttään lasten ja nuorten mielenterveysasioiden hoidossa edes tyydyttäväksi vaan sitäkin huonommaksi. Suurin osa (72 %) arvioi tietonsa huonoiksi hoitojen suhteen. Vain hiukan alle puolet oli saanut peruskoulutuksessa lastenpsykiatrista opetusta, ja heistä 39 % katsoi opetuksesta olleen hyötyä yleislääkärin työn kannalta. Myös Skotlannissa selvitettiin postikyselyllä yleislääkäreiden lastenpsykiatrisia valmiuksia (Bryce ja Gordon 2000). Vain 13 % piti tietojaan riittävinä ja 10 % oli sitä mieltä, että heillä oli riittävästi kokemusta lasten mielenterveysongelmien hoidosta.

2.4 Lasten mielenterveyspalvelut

Vuonna 1990 annetun mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Lain mukaan siihen kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten,

että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan henkilölle hänen sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Lasten ja lapsiperheiden käytössä olevat psykososiaaliset palvelut muodostavat moniulotteisen ja hajanaisen kokonaisuuden. Palveluita tuottavat valtio, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt ja yksityiset yrittäjät sekä kansalaiset vapaaehtoistoimijoina. Kuntatasolla ne sijoittuvat hallinnollisesti pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä koulutoimeen.

Varsinaisia lastenpsykiatrisia toimintayksiköitä on perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja erikoissairaanhoidossa.

2.4.1 Perusterveydenhuolto

Vuonna 1978 annetussa Alma Atan julistuksessa perusterveydenhuollon määritellään olevan terveydenhuollon perusta ja yksilöiden, perheiden sekä yhteisöjen ensitason yhteys kansalliseen terveyspalvelujärjestelmään. Perusterveydenhuollolla voidaan tarkoittaa pelkästään kunnallisten terveyskeskusten toimintaa tai laajemmin kaikkia niitä terveydenhuollon palveluita, jotka ovat kansalaisten käytettävissä suoraan ilman lähetemenettelyä (Kokko ja Niskanen 1995). Laajemmassa merkityksessä perusterveydenhuoltoon luetaan kuuluvan terveyskeskusten lisäksi työpaikkaterveydenhuolto sekä yksityiset terveydenhuoltopalvelut silloin kun ne ovat suoraan kansalaisten käytettävissä.

Terveyskeskusten toimintaa säätelee vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki (66/1972). Se on puitelaki, jossa alun perin kuntien velvollisuudeksi määrättiin terveysneuvonnan, yleislääkäritasoisien sairaanhoidon, sairaankuljetuksen, hammashuollon ja kouluterveydenhuollon järjestäminen. Myöhemmin velvollisuuksiin on lisätty opiskelijaterveydenhuolto, seulontoja ja joukkotarkastuksia, työterveyshuoltopalveluita sekä mielenterveyspalveluita niiltä osin kuin ne sopivat terveyskeskuksen järjestettäviksi. Suomessa kansanterveystyö painottuu terveyskeskuslääkärien työssä huomattavasti voimakkaammin kuin monissa muissa maissa.

Terveyskeskuksissa lasten mielenterveystyö painottuu vahvasti neuvola- ja kouluterveydenhuoltotyöhön. Kansanterveyslain voimaantulon jälkeen alkoi voimakas ennaltaehkäisevän työn kehittäminen. Lääkintöhallituksen antamissa ohjeissa määriteltiin lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon toiminnan tavoitteet, sisältö ja mitoitus (Lääkintöhallitus 1972, 1975). Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy oli mukana jo ensimmäisten ohjekirjeiden tavoitteissa, ja sen painotus lisääntyi myöhemmin uusituissa kouluterveydenhuollon ohjeissa (Lääkintöhallitus 1981) ja lastenneuvolaoppaassa (Lääkintöhallitus 1990). Ohjekirjeet ja käytössä ollut lomakkeisto takasivat toiminnan tasapuolisen toteutumisen eri puolilla maata. Erityisesti suurilla paikkakunnilla lasten ja nuorten terveydenhuolto oli

sektoroitunutta sekä lääkäreiden että terveydenhoitajien työssä. Väestövastuuseen siirtyminen 1990-luvulla muutti totuttuja toimintatapoja aikaisempaa monimuotoisemmiksi vauvasta vaariin -ajattelun myötä.

Terveydenhuollon valtionosuusuudistus vuonna 1993 ja sen seurauksena tapahtunut siirtyminen normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen sekä 1990-luvun alun taloudellinen lama on nähty syyllisiksi lasten ja nuorten terveydenhuollon toiminnan heikkenemiseen. Lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltopalvelujen tarjonta alkoi määräytyä kuntakohtaisesti, ja kuntien ja alueiden väliset erot palvelujen määrässä ja laadussa kasvoivat entisestään huolimatta siitä, että samanaikaisesti lasten ja nuorten terveydenhuoltopalveluiden järjestämisen tärkeyttä korostettiin (Kokko 1993, Terho ja Vakkilainen 1993).

Laman seurauksena kuntien säästöt terveydenhuollossa kohdistuivat kipeimmin ehkäisevään terveydenhuoltoon. Selkeimmin ne kohdistuivat kouluterveydenhuoltoon, joskin osa kunnista supisti neuvolapalvelujakin (Marjamäki 1994). Suositusten mukaiset kouluikäisten terveystarkastukset eivät toteutuneet kuin osassa kunnista (Marjamäki ym. 1999, Varjoranta ja Pietilä 1999).

Lastenneuvolakäyntien kokonaismäärät vähenivät tasaisesti vuosien 1985–1993 välillä (Rintanen ja Saukkonen 2004). Vuonna 1994 käynnit hetkellisesti lisääntyivät, mutta sen jälkeen ne laskivat uudelleen vuoteen 2002 saakka. Lääkärikäynneissä nähtiin samanlainen kehitys sillä erolla, että vähenemistä tapahtui vielä vuonna 2003 (Eronen ym. 2004), mikä on viimeinen vuosi, jolta tilastotietoja on tällä hetkellä saatavissa. Tilanne ei muutu, vaikka käynnit suhteutetaan ikäluokan (0–7-vuotiaat) kokoon.

Kouluterveydenhuollon kokonaiskäyntimäärät vähenivät vuosien 1985–2003 välillä noin puoleen (Rintanen ja Saukkonen 2004, Eronen ym. 2004). Vuoden 1999 jälkeen ei selvää vähenemistä ole enää tapahtunut, ja käyntejä on ollut keskimäärin 2 100 ikäluokan (7–18-vuotiaat) tuhatta asukasta kohti. Lääkärillä käyntien määrän lasku pysähtyi vuoteen 2001 ja on sen jälkeen ollut 228 ikäluokan tuhatta asukasta kohti.

Laman jälkeen lasten terveydenhuollon ehkäiseviä toimintoja on pyritty kehittämään konsensuskokousten (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2001) ja muiden asiantuntijatyöryhmien opastuksella (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 2004b, 2004c). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmissa vuosille 2000–2003 sekä 2004–2007 kuntia kehoitetaan varmistamaan neuvolatyöhön ja kouluterveydenhuoltoon ja oppilashuoltoon riittävät voimavarat (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 2003).

Lasten terveysneuvonnan ja perusterveydenhuollon painopistealueet ovat muuttuneet lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotoiminnan alkuaikojen hygieni- ja ravitsemusohjannasta mielenterveysongelmien, oppimisongelmien ja syrjäytymisen ehkäisyyn ja havaitsemiseen sekä vanhemmuuden tukemiseen (Kouvalainen 1995, Hermanson 1997, Perheentupa 1997, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2001, Terho 2002). Ongelmien

varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen sekä toiminta yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa erilaisten tuki- ja hoitoverkoston rakentamiseksi ovat keskeisiä neuvola- ja koululääkärin nykytyössä.

2.4.2 Kasvatus- ja perheneuvolat

Ensimmäiset pysyviksi jääneistä kasvatusneuvoloista perustettiin Suomeen jo vuosina 1938–1949. Järjestöjen ylläpitämät yksityiset neuvolat siirtyivät kunnille, kun 1950-luvulla kunnallisille kasvatusneuvoloille alettiin maksaa valtionapua. Vuonna 1972 voimaan tullut kasvatusneuvolalaki (568/71) vakiinnutti kasvatusneuvolatoiminnan ja voimisti toiminnan kehittämistä. Kasvatusneuvolalaki korvautui 1984 sosiaalihuoltolailla (710/82), jonka myötä kasvatusneuvolat liitettiin hallinnollisesti muuhun sosiaalitoimeen. Toiminta painottui perhekeskeiseksi palvelemaan sekä lapsia että aikuisia. Kasvatus- ja perheneuvonnan tarkoituksena on asiantuntija-avun antaminen kasvatus- ja perheasioissa sekä lapsen myönteistä kehitystä edistävä sosiaalinen, psykologinen ja lääketieteellinen tutkimus ja hoito.

Koko maan kattanut kasvatus- ja perheneuvolajärjestelmä kehittyi sosiaalitoimeen pääasiassa kuntainliitospohjalle. Laajimmillaan kasvatus- ja perheneuvoloiden kuntainliittoa oli 17 ja niihin kuului yli 200 kuntaa (Taskinen 1995). Jokaisessa neuvolassa oli lääkärin, psykologin ja sosiaalityöntekijän muodostamia työryhmiä. Säästösyistä kasvatus- ja perheneuvoloiden kuntainliittoa purettiin 1990-luvun alkupuolella, jolloin hoitohenkilöstöäkin supistettiin (Taskinen 1998). Samanaikaisesti kuitenkin perheiden palvelujen tarve lisääntyi laman vuoksi, minkä vuoksi palveluiden saanti vaikeutui. Vastaanottopisteitä alueellistettiin kuntainliitoilta kunnille ja kunnissa osaluueille. Perheneuvoloiden palvelupisteitä tuli lisää mutta yksiköt pienentyivät. Kun aikaisemmin perheneuvolassa oli useita työryhmiä ja monipuolisia tiimejä, ovat nyt yhden työryhmän yksiköt yhä tavallisempia. Neuvoloiden koon pieneminen merkitsi myös sitä, että useimmista neuvoloista lastenpsykiatrian lääketieteellinen asiantuntemus jäi pois (Piha 2000).

Erityisesti perheneuvontaa varten olemassa olevat kuntayhtymät ovat siis vähitellen hävinneet ja perheneuvoloita ylläpitävät nykyään pääasiassa kuntien sosiaali- ja terveystoimet ja terveyskeskuskuntayhtymät. Erillinen kasvatus- ja perheneuvonnan yksikkö on edelleen yleisin toimipaikkatyyppi (Kauppinen ym. 2003). Vuonna 1997 perheneuvoloista 76 % (n = 97) oli tällaisia itsenäisiä toimintayksiköitä, jotka tuottivat pelkästään kasvatus- ja perheneuvontapalveluja. Vuonna 2002 vastaava osuus oli 61 % (n = 78). Siirtymää oli tapahtunut sosiaalitoimen tai terveydenhuollon yksiköiden työryhmille tai laajempiin toimintayksiköihin, jotka tarjoavat muitakin palveluita kuten mielenterveys- tai päihdepalveluja.

Nykytilanteessa kunnat järjestävät kasvatus- ja perheneuvonnan tuottamalla palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palvelut muilta tuottajilta. Vuonna 2002 yli puolet kunnista osti palvelut joko toiselta kunnalta

tai kuului palveluja tuotavaan kuntayhtymään (Kauppinen ym. 2003). Viidesosa kunnista ylläpiti omaa neuvola. Jotkut kunnat ostivat palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta. Kasvatus- ja perheneuvonnan asiakkaita ei ollut lainkaan 17 %:ssa kunnista. Vuoteen 1997 verrattuna nämä ns. nollakunnat olivat selvästi lisääntyneet. Muilta kunnilta, kuntayhtymiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta palveluja ostavat kunnat olivat vähentyneet, mutta itse palvelut tuottavien määrä oli pysynyt suunnilleen ennallaan.

Perustellusti voidaan sanoa, että maassamme ei ole enää yhtenäistä kasvatus- ja perheneuvolajärjestelmää. Kasvatus- ja perheneuvolojen asema palvelujärjestelmässä on muuttunut epäselväksi, mikä osaltaan vaikeuttaa toimivien hoitoketjujen syntymistä (Piha 2000).

On huomattava, että kasvatusneuvolalaki ja kansanterveyslaki tulivat voimaan samaan aikaan vuonna 1972, jolloin palvelujärjestelmiä lähdettiin voimakkaasti kehittämään näiden kahden uuden lain myötä. Syntyi toimintakulttuuri, jossa lasten psyykkisten häiriöiden hoito ohjautui suoraan kasvatus- ja perheneuvoloihin, eikä terveyskeskuksilla ollut tarvetta paneutua tämän kaltaisen osaamisen kehittämiseen. Kun perheneuvolajärjestelmä rapautui 1990-luvulla, ei terveyskeskuksissa ollut välttämättä riittävää valmiutta lasten mielenterveysongelmien selvittelyyn.

2.4.3 Erikoissairaanhoito

Ensimmäinen lastenpsykiatrinen osasto avattiin Suomessa jo 1920-luvulla Tampereella Pitkäniemen sairaalaan. Vanhin edelleen toimiva lastenpsykiatrinen klinikka aloitti toimintansa 1950-luvun lopulla Helsingissä ja kymmenen vuotta myöhemmin avattiin osastot Ouluun ja Turkuun. Useimmat keskussairaalaapiirien lastenpsykiatriset yksiköt perustettiin vasta 1980-luvun alussa. Tampereen yliopistolliseen keskussairaalaan perustettiin lastenpsykiatrian poliklinikka vuonna 1979. Pitkäniemen sairaalan lastenpsykiatrian osasto yhdistettiin siihen vuonna 1984, jolloin syntyi nykyinen TAYS:n lastenpsykiatrian klinikka (Tamminen 1996). Nykyään kaikissa sairaanhoitopiireissä on lastenpsykiatrian avohoidon toimintayksikkö, mutta muutamista puuttuu lastenpsykiatrian osasto. Lastenpsykiatrian akuutti- ja kriisipsykiatriset palvelut puuttuivat vielä 1990-luvun lopulla miltei kokonaan (Piha ym. 2000).

2.4.4 Yhteistyöverkostot

Vaikka lasten psykiatristen sairauksien hoito useimmiten tapahtuu erikoissairaanhoidossa, on perusterveydenhuollolla tärkeä rooli hoitoketjun kaikissa vaiheissa (Kumpulainen ja Kempainen 2000, Sourander ja Piha 2000). Perusterveydenhuollossa lääkärin tehtäviin kuuluvat lasten ja perheiden mielenterveyden edistäminen, psyykkisten häiriöiden ehkäisy ja tunnistaminen, lievien häiriöiden hoito sekä kuntoutus ja hoidon seuranta yhteistyössä

erikoissairaanhoidon kanssa. Terveyskeskuslääkärin on välttämätöntä toimia yhteistyössä kunnan muiden toimijoiden kanssa, jos halutaan löytää mielenterveysongelmaiset lapset ja auttaa heitä. Suomalaiset terveyskeskuslääkärit eivät kuitenkaan perinteisesti ole tottuneet käyttämään yhteistyömahdollisuuksia aktiivisesti hyväkseen (Larivaara ym. 1995).

Noin puolet kaikista lapsista on joko osa- tai kokopäiväisesti päivähoitossa. Päivähoitossa tehdyt havainnot lapsesta ja lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta täydentävät merkittävästi sitä kuvaa, minkä lapsesta neuvolassa saa. Jo diagnosoitujen ongelmien kuntoutuksessa erityispäivähoidon tehtävänä on vastata lasten yksilöllisiin tarpeisiin ja tukea heidän kehitystään (Mäkelä 1999, 2000). Myös koulu on usein ensimmäinen paikka, missä lapsen tai nuoren oireilu havaitaan ja mistä oppilas lähtee hakemaan apua (Farmer ym. 2003).

Taulukossa 3 on esitetty terveyskeskuslääkärin keskeisiä lasten mielenterveysongelmiin liittyviä yhteistyötahoja. Hallinnollisesti jako terveyskeskuksen ja muun kunnan välillä saattaa olla erilainen, jos kunnassa sosiaali- ja terveystoimi on yhdistetty. Samoin perheneuvolan asema saattaa vaihdella eri kunnissa ja mielenterveystoimistot voivat kuulua erikoissairaanhoidon. Lisäksi yhteistyötahoina voi olla esimerkiksi yksityisiä palvelun tuottajia, seurankunnan työntekijöitä tai kolmannen sektorin toimijoita.

Taulukko 3. *Terveyskeskuslääkärin yhteistyötahoja lasten mielenterveystyössä.*

Terveyskeskus	Kunta	Erikoissairaanhoido
Äitiysneuvola - terveydenhoitaja - lääkäri	Sosiaalitoimi - sosiaalityöntekijä - päiväkodin työntekijät	Lastenpsykiatria - poliklinikka - osasto
Lastenneuvola - terveydenhoitaja - lääkäri - perhetyöntekijä	- perhepäivähoitaja - perhepäivähoidon ohjaaja - kotipalvelun työntekijät - lastensuojelulaitosten työntekijät	Aikuispsykiatria - poliklinikka - osasto
Erityistyöntekijät - psykologi - puheterapeutti - toimintaterapeutti	Koulu - rehtori, opettajat - erityisopettaja - opinto-ohjaaja - kuraattori - psykologi	
Lääkärikollegat (omalääkäri)	Kasvatus- ja perheneuvola Mielenterveysasema Päihdehuolto Poliisi	

2.5 Lastenpsykiatria yleislääkärin koulutuksessa

2.5.1 Peruskoulutus

Tällä hetkellä työssä olevien lääkäreiden saama lastenpsykiatrinen koulutus peruskoulutusvaiheessa ei ole yhdenmukaista. Lastenpsykiatrinen tieto on lisääntynyt ja toimintatavat ovat muuttuneet vuosikymmenten aikana. Vanhempien lääkäreiden koulutus on ajalta, jolloin ongelmat ja niiden ratkaisut ovat olleet hyvinkin toisenlaisia kuin tänään. Tiedekunnat suunnittelevat itsenäisesti opinto-ohjelmansa ja niissä on keskinäisiä eroavaisuuksia.

Lastenpsykiatria on oppialana nuori. Ensimmäinen professuuri perustettiin 1973 Helsingin yliopistoon. Turkuun ja Tampereelle perustettiin samana vuonna apulaisprofessuurit, Kuopioon 1977 ja Ouluun 1983. Apulaisprofessorin virat muutettiin professorin viroiksi Kuopiossa 1985, Tampereella 1986, Turussa 1987 ja Oulussa 1992 (Piha ja Almqvist 1994).

Lastenpsykiatria on erikoisalana ollut olemassa kuitenkin paljon kauemmin, ja sitä on opetettu perusopetuksessa 1960-luvulta alkaen. Opetus on usein ajallisesti tapahtunut lastentautien ja naistentautien ja synnytysopin kanssa (Piha ja Almqvist 1994). Määrällisesti lastenpsykiatrian opetuksen osuus on vähäinen verrattuna useimpiin muihin itsenäisiin erikoisaloihin. 1980-luvulla se vaihteli 1,0–2,25 opintoviikon välillä (Arajärvi 1986). Koulutusyksiköistä ja opinto-oppaista saadun tiedon mukaan opetuksen määrässä ei ole tapahtunut oleellista muutosta verrattaessa 1990-luvun alkua tämän hetken tilanteeseen (taulukko 4). Tampereella integroidun opetussuunnitelman takia koulutuksen nykyistä määrää on vaikea arvioida opintoviikkoina, mutta karkeasti arvioiden opetuksen määrä ei ole vähentynyt, pikemminkin lisääntynyt.

Taulukko 4. Lastenpsykiatrian osuus opintoviikkoina eri tiedekuntien perusopetuksessa lukuvuosina 1990–1991 ja 2004–2005.

Yliopisto	Lukuvuosi	
	1990–1991	2004–2005
Helsinki	1,7	1,6
Turku	1,0	1,0
Tampere	1,8	*
Oulu	1,5	2,0
Kuopio	2,0	2,0

* Tampereella opetus on integroitu, opintoviikkoja ei erikseen ilmoiteta

2.5.2 Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus

Yleislääketieteen erikoisala perustettiin Suomeen vuonna 1970. Alkuun pitkään kunnanlääkäreinä toimineet saivat anomuksesta erikoislääkärin oikeudet suoritettuaan terveydenhuollon hallinnon kurssin. Ensimmäinen strukturoitu yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusjärjestelmä tuli voimaan 1976. Sen jälkeen koulutuksen tavoitteita ja sisältöä on muokattu ja kehitetty.

Erikoistumiskoulutuksessa ei ole määritelty, mitä erikoisaloja siihen tulee sisältyä, vaan jokainen erikoistuja suunnittelee sen omista lähtökohdistaan. Säännöissä määrätään ainoastaan, että kahden vuoden sairaalapalveluun on sisällyttävä palvelua neljällä eri erikoisalalla kussakin vähintään 3 kuukautta. Tämän perusteella yhden erikoisalan palvelua voi enimmillään olla 1 vuosi 3 kuukautta. Lyhin hyväksytyt palveluaika on kuukausi.

Erikoistujan on siis mahdollista niin halutessaan valita lastenpsykiatria yhdeksi koulutusosalaksi. Käytännössä lastenpsykiatria kuitenkin melko harvoin sisältyy yleislääketieteeseen erikoistuvien koulutukseen (Halonen ym. 2001). Valintoihin vaikuttavat erikoistuvan omien toiveiden lisäksi koulutuspaikkojen määrä ja sijainti.

Erikoistumisen aikana on kerättävä 100 tuntia teoreettista kurssimuotoista koulutusta, johon myös lastenpsykiatria soveltuu. Tässäkin erikoistuja itse määrittelee koulutustarpeensa. Erikseen on vielä toimipaikkakoulutus, jota erikoistumispaikan on järjestettävä vähintään 100 tuntia vuodessa. Sen sisältöä ei ole määritelty. Kaiken kaikkiaan lastenpsykiatrinen koulutus ei systemaattisesti kuulu yleislääketieteen erikoistumiskoulutukseen vaan on ennemminkin satunnaista.

2.5.3 Täydennyskoulutus

Koulutustarjonta on ollut kirjavaa eikä se useinkaan ole perustunut yleislääkäreiden omaan koulutustarpeeseen (Helin-Salmivaara 2001). Lastenpsykiatrian koulutusta on ollut mahdollisuus saada lähinnä valtakunnallisilla ja alueellisilla lääkäripäivillä. Vuonna 2005 oli valtakunnallisilla lääkäripäivillä Helsingissä lastenpsykiatriaan liittyvää koulutusta 19 tuntia ja Tampereen lääkäripäivillä 22 tuntia.

2.5.4 Erityispätevyyskoulutus

Suomen Lääkäriliiton erityispätevyysjärjestelmä perustettiin vuonna 1993. Järjestelmän tarkoituksena on tukea jäsenistön täydennyskoulutusta ja ammatillista kehittymistä. Se täydentää asetuksella säädettyä erikoislääkärikoulutusta ja tiedekuntien suunnittelemaa lisäkoulutusjärjestelmää. Erityispätevyuden kohteen voi muodostaa jokin eri erikoisalojen yhteinen alue, joka edellyttää erityisosaamista. Erityispätevyysjärjestelmän valvonta ja

koordinointi ovat Lääkäriliiton vastuulla. Vuoden 2005 alussa erityispätevyyskoulutusohjelmia oli 29.

Vuonna 2002 perustetun lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyön erityispätevyys voi saada yleislääketieteen, lastentautien, lastenneurologian tai lastenpsykiatrian erikoislääkäri. Perustelluista syistä pohjakoulutukseksi voidaan hyväksyä myös muun alan erikoislääkäritutkinto. Kouluttautumisaika on minimissään 2,5 vuotta. Koulutuksessa vaadittu 6 kk:n pituinen palvelujakso erikoissairaanhoidossa voidaan suorittaa lastenpsykiatrian, nuoripsykiatrian tai perheneuvolan yksikössä. Koulutuksen keskeisenä tavoitteena on, että erityispätevyys suorittamaan kouluttautujalla on monipuoliset valmiudet edistää lasten ja nuorten psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä toimia perusterveydenhuollon asiantuntijana oman alueensa muiden yhteistyötahojen kanssa. Erityispätevyys saaneista noin puolet on ollut yleislääketieteeseen erikoistuneita lääkäreitä.

2.6 Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen

2.6.1 Koulutustarve ja koulutukseen osallistuminen

Lääketieteellinen tieto uusiutuu yhä kiihtyvämällä nopeudella. Lääkäreillä on sekä eettinen (Saarni ja Henriksson 2005) että lainsäädännöllinen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994) velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Laki myös velvoittaa terveyskeskusta ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymää huolehtimaan siitä, että sairaanhoidon henkilöstö osallistuu riittävästi koulutukseen (992 ja 993/2003). Toisin kuin joissakin maissa, Suomessa ei ole käytössä resertifikaatiojärjestelmää, jossa lääkärin ammattitaidon säilyminen tarkistetaan määrävälein, esimerkiksi vaatimalla lääkäriä todistamaan osallistumisensa täydennyskoulutukseen tai läpäisemään näyttökoe.

Täydennyskoulutus (CME, Continuing Medical Education) on lisääntyvässä määrin ollut esillä sekä Suomessa että kansainvälisesti. CME:n ohella on alettu käyttää laajemman ammatillisen kehittymisen käsitettä CPD (Continuous Professional Development). Täydennyskoulutuksen tarkoitus ei ole pelkästään lisätä lääkäreiden tietoja ja taitoja vaan tehdä heistä entistä kyvykkäämpiä ja taitavampia lääkäreitä, minkä viime kädessä pitäisi näkyä potilaiden terveydentilan kohentumisena.

Yleislääkäri kohtaa työssään valikoimattoman potilasaineiston, minkä takia hänellä on oltava monipuoliset kliiniset taidot, hyvät vuorovaikutustaidot ja kyky tehdä yhteistyötä sekä terveydenhuollon että muiden alojen ammattilaisten kanssa. Yleislääkärin ammatillisen kehittymisen osa-alueet muodostavat laajan kokonaisuuden (Helin-Salmivaara 2005). Henkilökohtainen kehitys- ja

koulutussuunnitelma sekä portfolio ovat työvälaineitä, jotka edistävät oppimista. Kumpikaan ei ole vielä laajasti yleislääkäreiden käytössä (Pitkälä ym. 2000, Helin-Salmivaara 2005).

Täydennyskoulutuksessa on alettu huomioida aiempaa painokkaammin aikuiskasvatuksen teorioita, joissa korostuvat oppimaan oppiminen ja sekä itseohjautuvan oppimisen taidot (Stanley ym. 1993, Holm 1998). Knowlesin (1977) mukaan aikuisen oppiminen muistuttaa ongelmanratkaisuprosessia, jossa tulisi ottaa huomioon aikuisen itseohjautuvuus, kokemustausta ja vaatimus opitun välittömästä hyödyntämisestä. Itseohjautuvuuteen liittyy taito arvioida omaa osaamista ja asettaa tavoitteita opiskelulle sekä halu tulla opetetuksi (Koro 1993). Oppiminen voi tapahtua kehämäisenä prosessina, jossa reflektoidaan muiden toimintaa tai omia kokemuksia, haetaan niille selitysmalleja ja päädytään uudenlaiseen toimintamalliin tai ongelmanratkaisuihin, joista taas saadaan uusia kokemuksia reflektoitaviksi (Kolb 1984). Reflektiolla tarkoitetaan yksilön toimintatavan tai käsityksen tietoista ymmärtämistä.

Useissa maissa on luotu järjestelmiä, joiden avulla seurataan yleislääkäreiden täydennyskoulutusta ja ammatinharjoittamista. Näistä maista on myös jonkin verran tutkimustietoa siitä, miten lääkärit suhtautuvat koulutukseen ja mitä koulutukselta toivotaan. Lääkäreistä kolmasosa arvioi, ettei pystynyt pitämään tietojaan ajan tasalla (Nylenna ym. 1996). Lääkärit, jotka mielestään pystyivät pysymään ajan tasalla, olivat vähemmän stressaantuneita ja työssään tyytyväisempiä kuin ne, jotka eivät kokeneet hallitsevansa tiedon tulvaa. Tiedon hallinnan tunne liittyy aktiiviseen koulutukseen osallistumiseen.

Yleislääkärit arvostivat koulutustilaisuuksien suomaa mahdollisuutta rentoutumiseen, työstä irtautumiseen ja kollegoiden tapaamiseen (Forrest ym. 1989, Champion-Smith ym. 1998), mutta eivät aina (Kelly ja Murray 1994). Perinteiset kongressit ja muut luentoihin perustuvat koulutukset olivat suosittuja (Kelly ja Murray 1994, Nylenna ja Aasland 2000), mutta niihin kuten muihinkin opetusmenetelmiin toivottiin enemmän vuorovaikutusta kouluttajien ja koulutettavien välille (Goodyear-Smith 2003). Vaikka lääkärit suhtautuivat myönteisesti koulutukseen (Champion-Smith ym. 1998, Goodyear-Smith ym. 2003), he eivät läheskään aina olleet tyytyväisiä koulutuksen antiin (Forrest ym. 1989, Nylenna ja Aasland 2000). Koulutuksen toivottiin koskettavan nimenomaan yleislääkäreiden työhön liittyviä asioita (Champion-Smith ym. 1998, Goodyear-Smith 2003). Yleislääkäreiden koulutustarpeet eivät olleet mitenkään yhteneviä, vaan yksilöllisiä eroja oli sekä koulutuksen sisällön että käytettyjen koulutusmenetelmien suhteen (Forrest ym. 1989).

Suurin este koulutukseen osallistumiselle oli ajan puute (Pitts ja Vincents 1994, Nylenna ja Aasland 2000, Goodyear-Smith 2003). Ajan puute oli myös syynä siihen, että koulutuksessa opittuja asioita ei yleensä kerrottu muille työyhteisössä (Champion-Smith ym. 1998). Tämä saattaa osaltaan vaikuttaa siihen, että koulutukset eivät useinkaan saa aikaan muutoksia käytännön toiminnoissa.

Koulutuksiin hakeutuminen tapahtui ennemminkin opportunistisesti kuin tarveharkintaisesti tai itseohjautuvasti (Goodyear-Smith 2003). Aiemmin on

todettu, että lääkärit valitsivat koulutusaiheet kiinnostuksensa mukaan eivätkä todellisen oppimistarpeensa mukaan (Sibley ym. 1982). On ilmeistä, että Suomessakin satunnaisuus on tyypillistä yleislääkäriin täydennyskoulutukselle (Helin-Salmivaara 2005).

Suunnitelmalliseen koulutukseen tarvitaan henkilökohtainen koulutus- tai kehityssuunnitelma, riittävän laaja ja monipuolinen koulutustarjonta sekä olosuhteet, jotka mahdollistavat koulutukseen osallistumisen. Suomessa perustettiin vuonna 2002 Lääkärien ammatillisen kehittämisen arviointineuvosto, jonka tehtävänä on muun muassa luoda täydennyskoulutuksen laatuksiteerit, arvioida lääkäreiden täydennyskoulutustarpeita, seurata täydennyskoulutuksen toteutumista ja kehittää sitä.

Suomen Lääkäriliiton tekemässä lääkärikyselyssä terveyskeskuslääkärit ilmoittivat vuonna 2000 osallistuvansa 6,1 päivää vuositasolla työpaikan ulkopuoliseen jatko- ja täydennyskoulutukseen. Työpaikan sisäistä koulutusta he ilmoittivat saavansa keskimäärin 2,3 tuntia viikossa (Halila 2003). Vuonna 2003 vastaavat luvut olivat 5,5 päivää ja hieman alle 3 tuntia (Suomen Lääkäriliitto 2003). Terveyskeskuslääkärit saivat koulutusta vähemmän kuin tutkimustyössä tai sairaalassa työskentelevät lääkärit.

Yleislääkäreiden lastenpsykiatrisesta koulutustarpeesta ei Suomesta ole tutkimustietoa ja muualtakin sitä on hyvin niukasti. Skotlannissa vain 8 % tutkimukseen osallistuneista yleislääkäreistä piti riittävänä lasten mielenterveysasioista saamaansa koulutusta (Bryce ja Gordon 2000). Pohjois-Englannissa toimivista yleislääkäreistä 27 % oli saanut lastenpsykiatrista koulutusta erikoistumiskoulutuksensa yhteydessä ja 16 % täydennyskoulutuksessa (Cockburn ja Bernard 2004). Valtaosa jatko- ja täydennyskoulutukseen osallistuneista piti koulutusantia hyödyllisenä. Kuitenkin suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista oli koulutustoiveita useista lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin liittyvistä asioista. Useimmat toivoivat koulutusta psykenlääkkeistä. Etenkin ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ja sen lääkkeellinen hoito olivat aiheita, joista yleislääkärit kaipasivat lisää tietoa (Ball 2001). Kun lääkärit saivat valita koulutustoiveitaan listalta, jossa oli valmiiksi ehdolla 26 erilaista mielenterveyteen liittyvää aihetta, vain vajaa kolmannes sisällytti lasten ongelmat koulutustoiveisiinsa (Kerwick ym. 1997). Joillakin alueilla yleislääkärit eivät olleet lainkaan kiinnostuneita lastenpsykiatrisesta koulutuksesta (Weeramanthri ja Keaney 2000).

2.6.2 Koulutuksen vaikuttavuus

Koulutusta voidaan arvioida neljällä tasolla (Kirkpatrick 1998): 1) reaktiot, 2) oppiminen, 3) käyttäytyminen ja 4) tulokset. Reaktioiden arviointi mittaa sitä, kuinka tyytyväisiä tai tyytymättömiä osallistujat ovat koulutukseen. Oppiminen voidaan määritellä osallistujien asenteiden muutoksina ja tietojen tai taitojen lisääntymisenä. Käyttäytyminen mittaa muutosta, jonka koulutus aiheuttaa koulutautujien toiminnassa. Tuloksilla arvioidaan koulutuksen perimmäisten

tavoitteiden saavuttamista, mikä lääkäreiden täydennyskoulutuksessa tarkoittaa potilaiden hoidon paranemista tai vielä laajemmin ajateltuna yhteisön terveydentilan kohentumista. Mitä korkeammalle näissä arviointitasoissa nousee, sitä monimutkaisemmaksi ja vaativammaksi vaikuttavuuden arviointi muuttuu.

Koulutus on monimuotoinen tapahtuma ja sen tuloksellisuuteen vaikuttavat lukuisat tekijät sekä ennen koulutusta että sen jälkeen (Hutchinson 1999). Interventio, joka on kerran osoittanut tehokkaaksi, saattaa toisenlaisessa yhteydessä olla tehoton. Koulutettaviin ja heidän työympäristöönsä saattaa liittyä tekijöitä, jotka ovat esteenä toiminnan muutokselle (Grol 1997, Hutchinson 1999). Nämä tekijät pitäisi pyrkiä huomioimaan jo koulutusta suunniteltaessa (Grol 1997).

Koulutusvaikuttavuustutkimusten yhtenä puutteena on pidetty liian lyhyitä seuranta-aikoja (Cantillon ja Jones 1999, Hodges ym. 2001). Tulokset voivat parantua, kun seuranta-aikaa lisätään (Sanci ym. 2000) tai lyhyellä aikavälillä tehokkaaksi osoittautuneen koulutuksen vaikutus saattaa hävitä useamman vuoden seurannassa (Rutz ym. 1989, 1992). Seuranta-ajan kasvattaminen ei kuitenkaan ole ongelmatonta, sillä sen myötä myös sekoittavien tekijöiden mahdollisuus kasvaa. Lääkäreiden toiminnan muutokset saattavat selittyä muillakin asioilla kuin koulutuksella (Armstrong ym. 1996, Allery ym. 1997).

Satunnaistettua kontrolloitua ja mieluiten myös sokkoutettua tutkimusasetelmaa pidetään kliinisessä tutkimuksessa välttämättömänä. Täydennyskoulutukseen kohdistuvassa vaikuttavuustutkimuksessa sokkouttaminen ei yleensä onnistu eikä satunnaistaminen ole usein mahdollista saati oikeudenmukaista (Hutchinson 1999, Norman ja Schmidt 2000, Smits ym. 2002). Myös sopivien kontrollien löytäminen on vaikeaa (Hutchinson 1999, Cantillon ja Jones 1999). Vaikka koulutuksen vaikuttavuutta lääketieteen opetuksessa on paljon tutkittu, kriittisen tarkastelun kestäviä tutkimuksia on kokonaisuudessaan nähden vähän (Davis ym. 1992, 1995, 1999, Hodges ym. 2001, Grimshaw ym. 2001).

Taulukoihin 5 ja 6 on koottu systemoitujen kirjallisuuskatsausten tuloksia täydennyskoulutusmenetelmien vaikuttavuudesta lääkäreiden toimintatapoihin tai potilaiden vointiin. Täydennyskoulutuksena voidaan laajasti ymmärrettyä pitää kaikkia tapahtumia, jotka edesauttavat lääkäriä parantamaan toimintaansa (Fox ja Bennett 1998).

Perinteinen luentomainen koulutus yksinään samoin kuin kirjallisen ja sähköisen materiaalin jakaminen ovat osoittautuneet tehottomiksi opetusmenetelmiksi. Paras vaikuttavuus on todettu koulutuksilla, joissa opetettava asia liittyy selkeästi kliniseen toimintaan ja opetustilaisuudet ovat interaktiivisia ja pienryhmissä toteutettuja. Asiantuntijan antamalla yksilöllisellä ohjauksella työpaikalla on vaikutusta, ja vaikuttavuus paranee, jos siihen yhdistetään toiminnan auditointi ja palaute. Pelkän auditoinnin ja palautteenannon vaikuttavuus on vaihteleva ja korkeintaan kohtalainen. Muistutuksia käytetään eniten ehkäisevässä terveydenhuollossa, ja tutkimusten mukaan niillä on vaikutusta lääkäreiden toimintaan.

Taulukko 5. *Systemaattisten katsausten tuloksia interventioiden vaikuttavuudesta lääkäreiden toimintatapoihin.*

Tekijät	Aikaväli	Kohde	Tutkimusten lukumäärä	Tulos
Davis ym. 1995	1975–1994	Täydennyskoulutuksen vaikuttavuus	99	Luentotyypiset koulutukset vaikuttavat huonosti. Työpaikalla toteutetulla yksilöllisellä ohjauksella, muistutuksilla, mielipidevaikuttajilla ja monipuolisilla koulutus-ohjelmilla on todennäköisesti vaikuttavuutta
Oxman ym, 1995	1970–1993	Terveyspalvelujen parantamiseen suunnattujen interventioiden vaikuttavuus	102	Pelkkä tiedon jakaminen kirjallisen materiaalin avulla tai luennoimalla muuttaa toimintaa vähän tai ei lainkaan. Monimuotoisten interventioiden vaikutus on vaihteleva. Mitään ”taikakeinoa” vaikuttavuudelle ei ole.
Davis ja Taylor-Vaisey 1997	1990–1996	Hoitosuosituksen implementointimenetelmien vaikuttavuus	ei selkeästi ilmoitettu	Luennoilla ja kirjallisella materiaalilla ei vaikutusta. Auditoinnilla ja palautteen annolla vaihteleva vaikutus. Muistutuksilla, asiantuntijan antamalla yksilöllisellä ohjauksella ja useiden menetelmien käytöllä selkeä vaikutus.
Worrall ym. 1997	1980–1995	Hoitosuosituksen implementoinnin vaikutus perusterveydenhuollon toimintaan	13	Ei selvää näyttöä, että hoitosuositukset parantaisivat potilaiden hoitoa.
Wensing ym. 1998	1980–1994	Interventioiden vaikutus yleislääkärin työhön	61	Kaikkien interventioiden vaikuttavuudessa suurta vaihtelua. Pelkkä tiedon jakaminen on tehotonta. Vaikuttavuus paranee, kun käytetään useita menetelmiä.
Davis ym. 1999	1975–1999	Joko luentoihin tai interaktiiviseen työskentelyyn perustuvan virallisen täydennyskoulutuksen vaikuttavuus	14	Interaktiiviset sessiot saattavat muuttaa työtapoja, sen sijaan didaktiivinen opetus ei aikaansaa muutoksia.
Smits ym. 2002	1974–2000	Ongelmalähtöisen oppimismenetelmän vaikuttavuus täydennyskoulutuksessa	6	Ei selvää näyttöä vaikuttavuudesta. Jonkin verran näyttöä, että lääkärit tyytyväisempiä ongelmalähtöiseen oppimismenetelmään kuin muihin menetelmiin.

Taulukko 6. *Yksittäisten interventiostrategioiden vaikuttavuus ammatilliseen toimintaan tai terveydenhuollon tuloksiin Cochrane katsausten perusteella*

Tekijät	Arvioitava menetelmä	Tutkimusten lukumäärä	Päätelmät
Thomson O'Brien ym. 1997	Asiantuntijan antama yksilöllinen ohjaus	18	Jonkin verran vaikuttavuutta etenkin lääkemääräyskäytäntöihin
Freemantle ym. 1997	Kirjallinen materiaali	11	Ei selvää vaikutusta
Thomson O'Brien ym. 1999	Paikalliset mielipidejohtajat	8	Voi olla hyötyä, jos pystytään tunnistamaan mielipidejohtajat
Zwarenstein ym. 2000	Moniammatillinen koulutus	0	Mukaanottokriteerit täyttäviä tutkimuksia ei löytynyt
Thomson O'Brien ym. 2001	Täydennyskoulutustilaisuudet ja ryhmätyöt	32	Vuorovaikutteiset ryhmätyöt muuttivat selkeimmin koulutettavien toimintaa, luennot yksinään eivät vaikuttaneet
Jamtvedt ym. 2003	Auditointi ja palaute	85	Tulokset vaihtelevia, vaikuttavuus vähäisestä kohtalaiseen

Arvostettujen kollegoiden eli mielipidejohtajien käyttö koulutuksessa saattaa lisätä vaikuttavuutta. Myös useamman menetelmän yhdistäminen koulutusohjelmassa lisää vaikuttavuutta.

Moniammatillisen koulutuksen tehosta ei löytynyt luotettavaa tutkimusnäyttöä (Zwarenstein ym 2001), mikä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että olisi löytynyt näyttöä sen tehosta. Ongelmalähtöisen oppimismenetelmän tutkimista on myös pidetty ongelmallisena (Norman ja Schmidt 2000, Albanese 2000). Senkään vaikuttavuudesta täydennyskoulutuksessa ei ole selvää näyttöä (Smits ym. 2002). Verrattaessa luentotyypistä koulutusta ja PBL-koulutusta jälkimmäisen todettiin saavan enemmän aikaan toiminnan muutoksia (Smits ym. 2003). Kuten yleensäkin koulutustutkimuksen vaikuttavuudesta (Campbell ja Johnson 1999) on myös ongelmalähtöisen oppimismenetelmän vaikuttavuudesta (Hak ja Maguire 2000) alettu kaivata laadullista tutkimusta.

Yleislääkäreihin kohdistuneita koulutuksia, joiden tarkoitus on ollut parantaa heidän psykiatrisia tietojaan ja taitojaan, on raportoitu runsaasti. Laajassa kirjallisuuskatsauksessa löytyi vuosilta 1950–2000 yli 400 tähän aihepiiriin liittyvää tutkimusta (Hodges ym 2001). Eniten käytetty koulutusmenetelmä oli työpaikan ulkopuolella pidetty luentotyypinen koulutus. Valtaosassa tutkimuksia arvioitiin vain koulutettavien tyytyväisyyttä tai testattiin heidän tietojaan. Huomattavassa monessa tutkimuksessa koulutuksen vaikuttavuutta ei

pystytty osoittamaan lainkaan. Katsauksen laatijat päätyivät suosittelemaan, että kouluttajat tunsivat yleislääkäreiden työskentelyolosuhteet, koulutus perustuisi lääkäreiden itse arviomaan tarpeeseen, koulutus olisi riittävän pitkäkestoista ja mahdollistaisi koulutettavien aktiivisen osallistumisen. Videointi ja palautteen anto, näyttelemine ja standardoitujen potilaiden käyttö osoittautuivat tehokkaiksi koulutustavoiksi. Kouluttautuminen olosuhteissa, jotka muistuttivat koulutettavan omaa työympäristöä, oli koulutuksen onnistumisen kannalta tärkeää. Suomessa järjestetyissä kaksivuotisissa perhelääkärikoulutuksissa koulutettavat tekevät runsaasti rooliharjoituksia (näyttelemistä esim. lääkärin, terapeutin, psykologin, sosiaalityöntekijän ja jonkun perheenjäsenen rooleissa) ja asiakastapaamisten videoiteja, joita analysoidaan pienryhmissä (Taanila ym. 2002). Usein näissä koulutusseminaareissa on läsnä koulutettavan lääkärin hoidossa oleva potilas, pariskunta tai kokonainen perhe.

Depression hoitoa perusterveydenhuollossa käsittelevässä systemoidussa katsauksessa (Gilbody ym. 2003) osalla koulutusinterventioista todettiin hyvä vaikuttavuus, mutta joillakin ei saatu vaikuttavuutta lainkaan huolimatta siitä, että oli käytetty useita eri koulutusmenetelmiä (Thompson ym. 2000, Kendrick ym. 2001). Vaikka lääkäreiden psykiatriaan liittyvät tiedot lisääntyivät luentotyypisellä koulutuksella (Andersen ja Harthorn 1990), ei sillä saatu aikaan muutoksia lääkäreiden toiminnassa eikä depression hoitotuloksissa (Worrall ym. 1999). Kirjallisuuskatsauksen tekijät päätyivät toteamaan, että aineiston monimuotoisuuden takia mitään yhtenäistä vaikuttavuustekijää ei voi osoittaa.

Tutkimusasetelmien heterogeenisyys kariutti myös yrityksen tehdä meta-analyysi sellaisten interventioiden vaikuttavuudesta, joiden tarkoitus oli parantaa perusterveydenhuollossa toimijoiden diagnostista ja hoidollista osaamista depression ja muiden mielenterveysongelmien osalta (Kroenke ym. 2000).

Edellä mainituissa kirjallisuuskatsauksissa ei yhdessäkään ollut mukana lastenpsykiatriaan liittyviä täydennyskoulutustutkimuksia. Suurin syy lienee se, että yleislääkäreille suunnattuja lastenpsykiatrisia koulutuksia on muuhun koulutustarjontaan nähden vähän.

Systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa (Bower ym. 2001), jossa selvitettiin perusterveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettujen lasten- ja nuorisopsykiatristen koulutusinterventioiden vaikuttavuutta, oli mukana vain yksi yleislääkäreitä koskeva tutkimus (Bernard ym. 1999), loput koskivat terveydenhoitajia. Tässä tutkimuksessa koulutukseen osallistujille jaettiin etukäteen luettavaksi kirjallista materiaalia. Vajaan 3 tunnin mittaisessa koulutustilaisuudessa oli tehtäviä, joissa haettiin ratkaisuja erilaisiin ongelmatilanteisiin. Työskentelymuotoina käytettiin pienryhmiä, roolipelejä ja vertaiskonsultaatioita. Koulutuksen todettiin lisänneen lääkäreiden lastenpsykiatrisia tietoja sekä taitoja tunnistaa lasten mielenterveyshäiriöitä. Tutkimuksen heikkoutena oli kontrollien puuttuminen. Myöskään koulutukseen valikoitumisen perusteita ei kerrottu.

Toisessa hyvin pienimuotoisessa tutkimuksessa todettiin muutaman tunnin koulutuksen lisäävän yleislääkäreiden kykyä lasten mielenterveysongelmien

varhaistunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen (Luk ym. 2002). Tämänkään tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää, koska siihen osallistui vain 5 lääkäriä ja kontrolliryhmä puuttui.

2.6.3 Lastenpsykiatrian tehostaminen Suomessa

Eduskunnan apulaisoikeusmies kiinnitti vuonna 1998 huomiota lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen tilaan, jota hän piti heikkona. Vuonna 1999 tehdyssä selvityksessä mielenterveyspalvelujen tilan kartoittamiseksi todettiin suurimpien epäkohtien johtuvan voimavarojen niukkuudesta. Syynä oli lähinnä se, että perusterveydenhuollossa mielenterveystyön rahoitus ei ollut kasvanut lisääntyneitä tehtäviä vastaavasti. Selvityksestä ilmeni, että tehtävien lisääntymisestä huolimatta mielenterveystyön perusrahoitusta oli jatkuvasti vähennetty. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluista todettiin, että palvelujen tarjonnassa alueellinen vaihtelu oli varsin suurta, palveluverkosto oli hajanainen eikä helposti tavoittanut avun tarvisijoita, avun tarvisijoita ei tunnistettu ja etenkin alle kouluikäisten lasten ongelmiin ei puututtu riittävästi tai puututtiin liian hitaasti. Myös erikoissairaanhoidon palveluissa oli epäkohtia.

Palveluissa havaittujen puutteiden perusteella eduskunta myönsi vuodelle 2000 valtionavustusta kunnille lasten- ja nuortenpsykiatrian palveluiden tehostamiseen. Tämä 70 miljoonan markan suuruinen määräraha jaettiin sairaanhoitopiireittäin hakemusten ja alueen lasten lukumäärän perusteella. Sairaanhoitopiirit joutuivat myös raportoimaan sosiaali- ja terveysministeriölle, miten valtionavustus oli käytetty (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Selvitysraportista ilmenee, että lähes puolet avustuksista käytettiin peruspalveluiden kehittämiseen. Avustusmäärärahoilla aloitettiin yli 300 projektia, perustettiin lähes 400 osa-aikaista tai pysyvää virkaa, koulutettiin suuri joukko ihmisiä ja perustettiin useita lasten- ja nuorisopsykiatrian toimintayksiköitä

Koulutuksiin suunnattiin sairaanhoitopiireissä huomattavan paljon resursseja. Koulutustilaisuuksia järjestettiin yhteensä yli 350. Tyypillisin koulutustilaisuus oli kertaluonteinen ja osallistujat edustivat tavallisesti useaa eri ammattiryhmää. Yleisin oppimistavoite koulutuksissa oli ongelmien ennaltaehkäisy ja niiden varhainen toteaminen. Verkostojen luomiseen ja moniammatillisuuden hyödyntämiseen tähtäävää koulutusta annettiin 18 sairaanhoitopiirissä. Koulutuksiin osallistuneiden henkilöiden lukumäärää ei tarkalleen tiedetä, koska sairaanhoitopiirien ei tarvinnut sitä raportoida, mutta luvun arvioidaan nousevan yli 10 000. Myöskään tietoja eri ammattiryhmien osallistumisesta ei ole.

Eduskunta on vuoden 2000 jälkeen myöntänyt toistaiseksi vuosittain ylimääräistä valtionapua kunnille lasten ja nuorten psyykkisen kehityksen tukemisesta, häiriöiden ehkäisystä ja psykiatristen hoitopalveluiden turvaamisesta aiheutuviin kustannuksiin. Määrärahaa on pidetty tarpeellisena, mutta ongelmana on pidetty sen kertaluonteisuutta, mikä johtaa toiminnan lyhytjänteisyyteen. Määrärahat ovat olleet myös pienempiä kuin vuonna 2000.

3 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen päätavoitteena oli tutkia lasten mielenterveystyötä terveyskeskuslääkärin työssä ja voidaanko siihen koulutuksella vaikuttaa.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää:

1. Miten terveyskeskuslääkärit arvioivat taitojaan toimia lasten mielenterveyteen liittyvissä tilanteissa?
2. Millaiseen ja missä määrin lasten mielenterveyttä edistävään toimintaan terveyskeskuslääkärit osallistuvat?
3. Mitä yhteistyöverkostoja terveyskeskuslääkärit käyttävät kohdatessaan psyykkisesti oireilevia lapsia?
4. Onko lastenpsykiatrinen koulutushanke toteutettavissa terveyskeskuksissa?
5. Voidaanko yhden päivän kestoisella koulutuksella parantaa terveyskeskuslääkärien taitoja kohdata psyykkisesti oireilevia lapsia ja heidän perheitään?
6. Vahvistuvatko terveyskeskuslääkärien lastenpsykiatriset yhteistyöverkostot moniammatillisen koulutuksen jälkeen?

4 Aineisto ja menetelmät

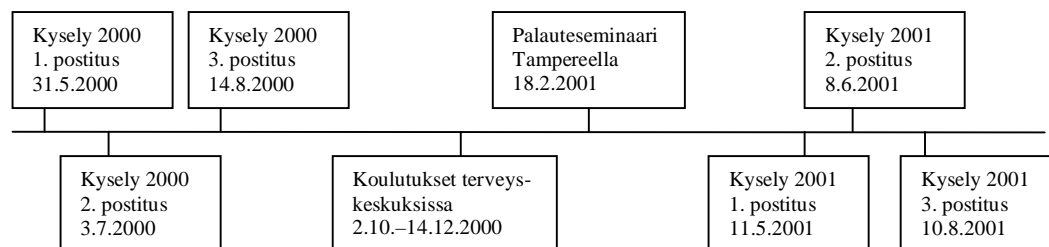
Tutkimuksessa toteutettiin sekä kyselytutkimus että perusterveydenhuollon lastenpsykiatriasta osaamista tehostava koulutushanke (PLOT).

Tutkimuksen perusjoukko oli maaliskuussa 1999 Suomen lääkäriliiton jäsenkyselyn mukaan Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella eli ns. miljoonapiirin terveyskeskuksissa työskentelevät 761 lääkäriä. Kuuden lääkärin muuttuneita osoitetietoja ei pystytty selvittämään. Kesäkuun 2000 alussa lähetettiin kyselylomake 755 lääkärille. Heinä- ja elokuussa lähetettyjen uusintakyselyiden jälkeen 508 lääkäriä palautti lomakkeen. Niistä 9 oli täyttämättä eikä niitä otettu mukaan analyysiin. Vastausprosentti oli 66,1 (n = 499).

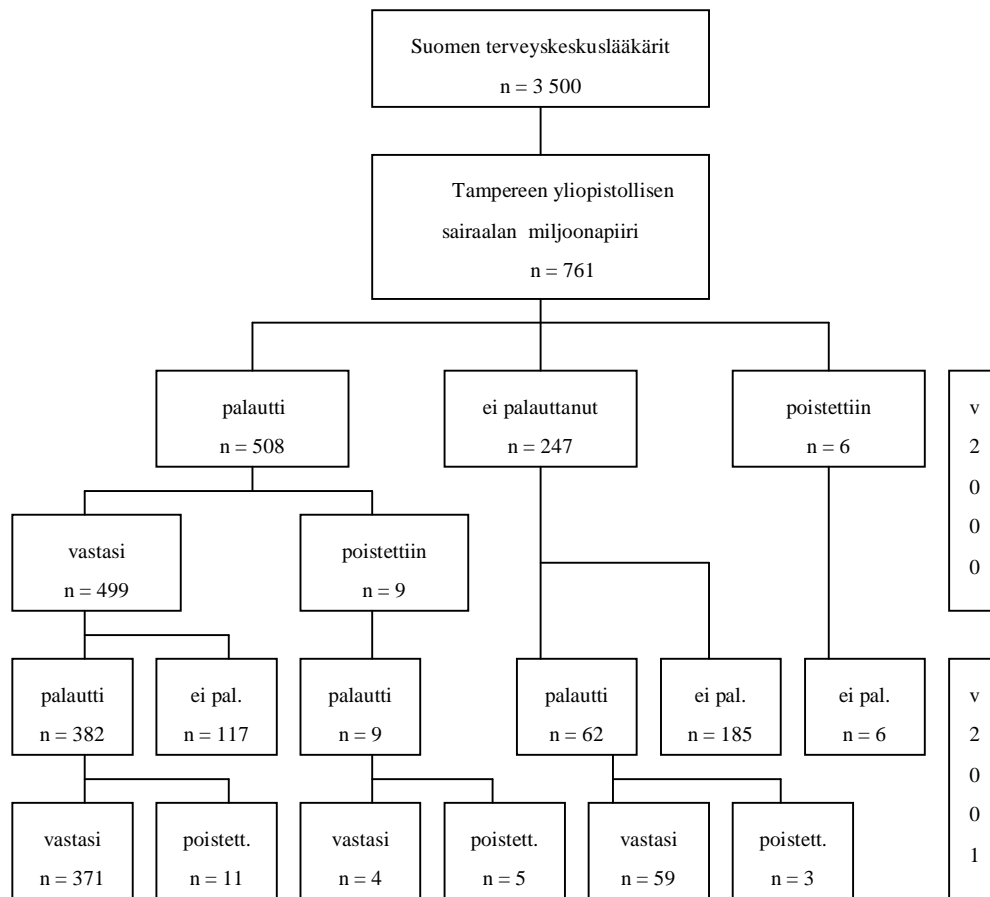
Toukokuun 2001 lopussa samalle lääkärijoukolle (n = 760) lähetettiin kysely uudelleen. Yksi lääkäri oli kuollut vuoden aikana. Kesäkuussa ja elokuussa lähetettyjen uusintakyselyiden jälkeen 453 lomaketta palautettiin. Niistä 19 oli täyttämättä ja poistettiin analysoitavasta aineistosta. Vastausprosentti oli 57,1 (n = 434). Molempina vuosina tyhjän lomakkeen palauttaneet ilmoittivat vastaamatta jättämisen syyksi sen, että he eivät toimineet työssään lasten parissa.

Vuoden 2000 ja 2001 vastaukset yhdistettiin siten, että saatiin erotetuksi ne, jotka olivat vastanneet molempina vuosina (n = 371). Kunkin vastaajan vastaukset oli tallennettu molempina vuosina numerokodeilla, joiden perusteella saman vastaajan vastaukset saatiin yhdistetyiksi. PLOT-koulutuspäivään osallistuneista 303 lääkäristä 256 kuului kyselytutkimuksen perusjoukkoon. Heistä 146 (57 %) vastasi molempina vuosina.

Tutkimuksen aikataulu on esitetty kuvassa 1 ja aineiston kertyminen kuvassa 2.



Kuva 1. Tutkimuksen aikataulu.



Kuva 2. Tutkimuksen aineiston kertyminen.

4.1 Kyselytutkimus

4.1.1 Vuonna 2000 vastanneet

Vuonna 2000 tutkimukseen osallistui 71,5 % kyselyn saaneista naislääkäreistä ja 59,5 % mieslääkäreistä. Osallistuneet olivat noin vuoden nuorempia ja vuotta aikaisemmin valmistuneita kuin ne, jotka eivät osallistuneet. Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Yleislääketeeseen erikoistuneita tai erikoistumassa olevia oli vastaajista hieman suurempi osuus ja ilman minkään alan erikoistumiskoulutusta pienempi osuus kuin vastaamatta jättäneistä.

Ristiintaulukoinnissa erikoistumistilanteen erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p = 0,007$).

Vastaajista 60 % oli naisia. He olivat nuorempia ja heillä oli lyhyempi työkokemus kuin miehillä (taulukko 7). Miesten vastuuväestöt olivat merkittävästi pienemmät kuin naisten (2 001 ja 2 261, $p = 0,005$). Erikoistumattomia tai muuhun kuin yleislääketieteeseen suuntautuneita lääkäreitä oli yhteensä 44,8 %.

Taulukko 7. Tiedot vastaajista vuonna 2000 sukupuolen mukaan.

	Miehet (n = 198)	Naiset (n = 301)	Kaikki (n = 499)
Keski-ikä (v.)	44	40	42
Alin–ylin	27–64	25–61	25–64
Keskimääräinen aika lääkärinä (v.)	18	13	15
Alin–ylin	2–35	1–32	1–35
Keskimääräinen aika terveyskeskuslääkärinä (v.)	15	11	12
Alin–ylin	1–32	1–29	1–32
Erikoistuminen (%)			
Yleislääketieteen erikoislääkäri	48,0	32,4	38,6
Yleislääketieteeseen erikoistuvat	13,1	18,9	16,6
Toimiminen lastenneuvolalääkärinä (%)	44,4	58,5	52,9
Toimiminen koululääkärinä (%)	40,8	48,7	45,6
Toimiminen väestövastuulääkärinä (%)	39,2	41,3	40,5
Keskimääräinen vastuuväestön koko	2001	2260	2163
Tällä hetkellä terveyskeskustyössä (%)	85,3	78,7	81,3

4.1.2 Vuonna 2001 vastanneet

Vuonna 2001 naislääkäreistä kyselyyn vastasi 58,8 % ja mieslääkäreistä 54,6 %. Osallistuneet ja osallistumattomat olivat keski-ikänsä yhtä vanhoja, mutta osallistuneilla oli noin vuoden pitempi työkokemus kuin niillä, jotka eivät osallistuneet.

Vastaajista 58,1 % oli naisia. He olivat nuorempia ja heillä oli lyhyempi työkokemus kuin miehillä (taulukko 8). Erikoistumattomia tai muuhun kuin yleislääketieteeseen suuntautuneita lääkäreitä oli 42,6 %.

Taulukko 8. Tiedot vastaajista vuonna 2001 sukupuolen mukaan.

	Miehet (n = 182)	Naiset (n = 252)	Kaikki (n = 434)
Keski-ikä (v.)	46	42	43
Alin–ylin	28–65	26–62	26–65
Keskimääräinen aika lääkärinä (v.)	19	15	17
Alin–ylin	2–35	2–32	2–35
Keskimääräinen aika terveystieteiden lääkärinä (v.)	16	12	14
Alin–ylin	1–33	1–30	1–33
Erikoistuminen (%)			
Yleislääketieteen erikoislääkäri	51,6	33,3	41,0
Yleislääketieteeseen erikoistuvat	10,4	20,6	16,4
Toimiminen lastenneuvolalääkärinä (%)	40,1	55,2	48,8
Toimiminen koululääkärinä (%)	38,1	48,0	43,8
Toimiminen väestövastuulääkärinä (%)	38,5	40,2	39,5
Keskimääräinen vastuuväestön koko	1943	2131	2055
Tällä hetkellä terveystieteidenkustannuksissa (%)	83,5	75,3	78,8

4.1.3 Molempina vuosina vastanneet

Kyselyn saaneista vastasi molempina vuosina naisista 50,9 % ja miehistä 46 %. Molempina vuosina vastanneet eivät eronneet vastaamattomista iän tai työkokemuksen pituuden mukaan. Vastaajien keski-ikä oli 43 vuotta ja he olivat toimineet lääkäreinä keskimäärin 16 vuotta (taulukko 9). Vastanneista 59 % oli naisia ja 46 % oli erikoistunut yleislääketieteeseen.

Taulukko 9. Tiedot molempina vuosina vastanneista vuoden 2001 vastausten perusteella sukupuolen mukaan.

	Miehet (n = 154)	Naiset (n = 217)	Kaikki (n = 371)
Keski-ikä (v.)	46	41	43
Alin–ylin	28–65	26–62	26–65
Keskimääräinen aika lääkärinä (v.)	19	14	16
Alin–ylin	2–35	2–32	2–35
Keskimääräinen aika terveyskeskuslääkärinä (v.)	16	12	14
Alin–ylin	1–33	1–30	1–33
Erikoistuminen (%)			
Yleislääketieteen erikoislääkäri	57,7	36,7	45,6
Yleislääketieteeseen erikoistuvat	10,4	20,7	16,4
Toimiminen lastenneuvolalääkärinä (%)	40,9	55,8	49,6
Toimiminen koululääkärinä (%)	36,6	47,9	43,2
Toimiminen väestövastuulääkärinä (%)	38,8	40,7	39,9
Keskimääräinen vastuuväestön koko	1969	2157	2081
Tällä hetkellä terveyskeskustyössä (%)	83,1	75,5	78,6

4.1.4 Kyselylomake

Kyselylomake laadittiin tämän tutkimuksen tarpeisiin (liite). Sillä haluttiin selvittää terveyskeskuslääkärien osallistumista neuvola- ja kouluterveydenhuoltotyöhön yleensä ja erityisesti osallistumista lasten mielenterveyttä edistävään toimintaan, valmiuksia kohdata lastenpsykiatriin ongelmiin liittyviä asioita, moniammatillisia yhteistyöverkostoja ja kokemuksia yhteistyön laadusta sekä käsityksiä lasten mielenterveystyön toimivuudesta.

Kyselylomakkeessa kartoitettiin sellaisia lasten mielenterveystyöhön liittyviä asioita, joiden kanssa terveyskeskuslääkärit joutuvat toistuvasti tekemisiin ja jotka ovat keskeisiä lasten mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. Kysymykset ja väittämät oli suunniteltu myös siten, että ne vastasivat syksyllä 2000 toteutetulle koulutusinterventiolle asetettuja tavoitteita.

Osa kysymyksistä oli strukturoituja, ja joihinkin oli mahdollisuus vastata vapaamuotoisesti. Vuosina 2000 ja 2001 lähetetyt kyselyt olivat muuten samansisältöiset, mutta jälkimmäisellä kerralla kysyttiin lisäksi osallistumista PLOT-koulutukseen ja PLOT-seminaariin.

Kyselylomakkeessa arvioitiin taitoja toimia lasten mielenterveyteen liittyvissä ongelmatapauksissa 16 väittämällä ”Minulla on hyvät valmiudet...”. Väittämien aiheet liittyivät kiinteästi koulutushankkeen potilastapauksiin. Väittämissä kysyttiin ongelmien tunnistamista, koska se on

perusterveydenhuollon keskeinen tehtävä. Arviointia kysyttiin, koska se liittyy tutkimiseen, jonka perusteella päätetään jatkotoimenpiteistä. Huostaanoton arvioinnilla tarkoitettiin tässä yhteydessä taitoa arvioida tarve lastensuojeluilmoituksen tekemiseen huostaanoton tarpeen arvioimiseksi. Väittämät eivät käsitelleet suoraan lasten hoitamiseen liittyviä valmiuksia, koska hoidon porrastusta ja työnjakoa perustason ja erikoissairaanhoidon välillä ei ole selkeästi määritelty. Myöskään PLOT-koulutuksessa ei annettu valmiita hoitomalleja, vaan koulutuksen yksi perusajatus oli, että kunnissa heräisi kiinnostus rakentaa omaan työympäristöön soveltuvia palveluketjuja. Väittämiin vastattiin 4-portaisella Likertin asteikolla: täysin samaa mieltä – jokseenkin samaa mieltä – jokseenkin eri mieltä – täysin eri mieltä. Oli myös mahdollista vastata ”en osaa sanoa”. Samalla asteikolla arvioitiin kokemuksia yhteistyön laadusta, ja tässä oli mahdollisuus myös vastata ”ei kokemusta”. Tuloksia analysoidessa täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä olevat yhdistettiin samoin kuin jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä olevat.

Yhteistyökumppanien nimeäminen lasten psyykkisissä ongelmissa tapahtui piirroskuvion avulla. Kuvion sisäkkäiset soikiot kuvaavat yhteistyön kolmea tasoa: terveyskeskus, kunta, erikoissairaanhoido. Malli on muokattu sosiaalisten verkostojen tutkimuksessa käytetystä kaaviosta (Kahn ja Antonucci 1980, Antonucci 1985).

4.2 Koulutushanke

Hankkeen toiminta-alueena oli Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue, johon kuului viisi sairaanhoitopiiriä: Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirit. Alueen väestöpohja on noin 1,2 miljoonaa asukasta ja sen 64 terveyskeskuksessa työskenteli vuonna 2000 Lääkäriliiton jäsenkyselyn mukaan 719 lääkäriä.

4.2.1 Koulutuksen tavoitteet

Kun eduskunta vuoden 2000 budjetissa myönsi 70 miljoonaa markkaa lasten- ja nuorisopsykiatrisen toiminnan tehostamiseksi valtakunnassa (Sariola 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001), päätti Terveystieteiden tutkimuskeskus 2000-luvulle -hankkeen Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueellinen yhteistyöryhmä käynnistää alueellaan perusterveydenhuollon lastenpsykiatrista osaamista tehostavan koulutusprojektin (PLOT-hanke) (Mattila ja Niskanen 2002). Koulutuksen tavoitteena oli

- tavoittaa perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit, erityisesti väestövastuisella työtavalla toimivat sekä heidän moniammatilliset yhteistyöverkostonsa,

- kouluttaa perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit havaitsemaan, diagnosoimaan ja hoitamaan tavallisimpia lastenpsykiatrisia ongelmia viimeisimmän lääketieteellisen tiedon mukaisesti,
 - auttaa yleislääkäreitä rakentamaan toimivia yhteistyöverkostoja oman terveyskeskuksensa, sosiaalitoimen ja alueellisen lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon välille,
 - opettaa käyttämään ja kehittämään alueellista palvelujärjestelmää sekä kannustaa yhteistyöhön lasten- ja nuorisopsykiatrisissa kysymyksissä.
- Hankkeen käytännön toteuttamisen tavoitteena oli järjestää koulutustilaisuus alueen jokaiseen terveyskeskukseen.

4.2.2 Koulutuksen toteutus

Hanke toteutettiin yhteistyössä Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialan kanssa. Projektiryhmä aloitti työskentelynsä huhtikuussa 2000 ja siinä oli edustettuna yleislääketieteen, lastenneuvolatyön ja kouluterveydenhuollon sekä lastenpsykiatrian asiantuntemus. Hankkeeseen palkattiin projektisihteeri toukokuun 2000 alusta kesäkuun 2001 loppuun.

Projektiryhmä suunnitteli koulutuksen sisällön ja valmisti koulutuskansion, joka oli tarkoitettu paitsi kouluttajille tukimateriaaliksi myös terveyskeskuksille opetuskäyttöön. Projektisihteeri loi terveyskeskuksiin yhteyshenkilöiden verkoston, jonka kanssa sovittiin yksityiskohtaisesti koulutuspäivän järjestämisestä. Koulutustilaisuudet terveyskeskuksissa toteutettiin kahta poikkeusta lukuun ottamatta loka-marraskuussa 2000.

Koulutus perustui ongelmalähtöisen oppimisen menetelmään (Problem-based learning, PBL). PBL:n pääperiaatteita ovat tiedon rakentuminen aiemmin opitulle, oppimisen tapahtuminen käytännön ongelmien yhteydessä ja uuden tiedon uudelleen jäsentely ja määrittely (Barrows 1983). Kyse ei ole pelkästään siitä, mitä opitaan, vaan myös siitä, miten opitaan (Barrows 1983, Norman ja Schmidt 1992). Oppiminen tapahtuu suurelta osin asiayhteyksien hahmottamisen kautta, ja siihen liittyy pyrkimys ymmärtää asiasisältö ulkoa opettelun sijasta (Schmidt 1993). Oppimismenetelmä on ollut käytössä lääketieteen perusopetuksessa 1960-luvulta lähtien, jolloin McMasterin yliopisto Kanadassa ensimmäisenä alkoi soveltaa sitä opetustyössä (Neufeld ym. 1989). Tampereella ongelmalähtöisen oppimisen opetussuunnitelma lääketieteen perusopetuksessa otettiin käyttöön vuonna 1991 (Holmberg-Marttila ym. 1998).

Ongelmalähtöisessä oppimisessä opiskelijat pohtivat ryhmässä ongelmaa ennen aihepiiriin liittyvää mahdollista muuta opetusta. Ongelma on yleensä potilastapaus, ja sen yhteydessä käsiteltävät asiat ovat lähtöisin työelämän ammatillisista käytännöistä. Ryhmä aktivoi keskustelussa aikaisemmat aiheeseen liittyvät tietonsa, kartoittaa ongelmaan liittyvän uuden tiedon tarpeensa ja määrittelee sen perusteella oppimistavoitteensa. Istuntojen välillä opiskelijat opiskelevat itsenäisesti näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Seuraavassa istunnossa opituista asioista keskustellaan, jolloin tietoa sekä jaetaan että

syvennetään. Oppimisprosessissa on oleellista ryhmän toiminta sekä tiedon käsittelyssä että sosiaalisessa vuorovaikutuksessa.

Tutorin eli opettajan tehtävä ryhmässä ei ole opettaa vaan opiskelijan annetaan itse vaikuttaa opittaviin asiasisältöihin ja oppimismenetelmiin. Tutoropettajan tehtävä on seurata ryhmän ja yksittäisten opiskelijoiden oppimisprosessia, arvioida ryhmän toimintaa, antaa palautetta ja käynnistää keskusteluja, joissa opiskelijat arvioivat oppimistaan ja rooliaan ryhmässä. Yksi ongelmalähtöisen oppimismenetelmän perustavoitteista on itseohjautuvan oppimisen omaksuminen (Barrows 1983).

Kouluttajiksi PLOT-hankkeeseen rekrytoitiin aihepiiriin motivoituneita, kokeneita terveyskeskustyön tuntevia lääkäreitä. Kouluttajien tehtävänä oli toimia tutoreina eikä heiltä edellytetty lastenpsykiatrista osaamista. Koulutuskansio sisälsi tutorin opaskirjasein, joka oli laadittu Tampereen yliopiston lääketieteen laitoksella noudatetun käytännön mukaisesti (Holmberg-Marttila 1999). Kaksikymmentä lääkäriä oli halukkaita kouluttajiksi ja heitä oli jokaisesta alueen viidestä sairaanhoitopiiristä. Sairaanhoitopiireittäin pyydettiin lastenpsykiatrian yksiköitä nimeämään edustajat, jotka toimivat alueensa koulutustilaisuuksissa yhteistyökumppaneina ja asiantuntijoina. Kouluttajille ja erikoissairaanhoidon edustajille järjestettiin Tampereella päivän mittainen perehdytys ongelmalähtöisen oppimisen menetelmään, hankkeen tavoitteisiin ja käytännön toteutukseen.

Koulutuspäivä terveyskeskuksissa oli rakennettu siten, että aamupäivällä lääkärit ryhmässä pohtivat ongelmatapauksia. Tapauksissa esitettiin imeväisikäisen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen häiriö, esikouluikäisen häiriökäyttäytyminen ja päihdeongelmaisen perheen lapsi. Kahta ensin mainittua tapausta syventämään hankittiin aiheeseen ohjaavaa videomateriaalia. Esiin nousseiden kysymysten pohjalta lääkärit laativat itselleen oppimistavoitteet. Iltapäivällä oppimistavoitteisiin haettiin vastauksia yhteistyössä paikallisten yhteistyökumppanien ja lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon edustajien kanssa.

Lopuksi lääkärit saivat tehtäväkseen etsiä omasta terveyskeskuksestaan lastenpsykiatrisen potilastapauksen ja lähettää siitä kirjallisen yhteenvedon projektiryhmälle. Projektiryhmä suunnitteli näiden palautteiden aiheista koulutukseen osallistuneille lääkäreille palauteseminaarin, joka pidettiin helmikuussa 2001.

4.2.3 Lääkärien valmiuksien arviointi koulutustilaisuudessa

Koulutustilaisuuden alussa ja lopussa lääkärit arvioivat osaamisensa suhteessa koulutustilaisuuden tavoitteisiin kahdeksan väittämän avulla (ks. osajulkaisu IV, kuva 2). Arvio tehtiin Visual Analogue Scale (VAS) –janalle, jonka toinen pää merkitsi ”täysin eri mieltä” ja toinen pää ”täysin samaa mieltä”. VAS on menetelmä, jota käytetään subjektiivisten kokemusten arvioinnissa (Miller ja Ferris 1993). Vastaajat eivät tienneet etukäteen, että he joutuvat iltapäivällä

uudelleen arvioimaan osaamisensa. Heillä ei myöskään ollut mahdollisuutta vertailla aamun ja iltapäivän vastauksia. Vastaukset palautettiin suljetussa kirjekuoressa tutorille. Koulutustilaisuuden lopussa lääkäreillä oli mahdollisuus arviolomakkeella nimettöminä kertoa, minkälaista lastenpsykiatrasta koulutusta he toivoivat saavansa.

Tutkijat yhdistivät nimettömät lomakkeet pareittain ja janamerkinnot koodattiin skaalaan 0 = täysin eri mieltä ja 100 = täysin samaa mieltä. Koodauksessa käytettiin apuna graafista tablettia (Virjo ym. 1995). Analyysissä tarkasteltiin muutosta lääkärin arvioissa suhteessa lähtötasoon tavoitteittain ja sairaanhoitopiireittäin sekä yksilökohtaista kokonaisuutosta.

4.3 Tilastolliset menetelmät

Kyselytutkimuksessa lastenpsykiatristen valmiuksien osuutta analysoitiin ristiintaulukoinnilla ja khiin neliötestillä.

Lasten mielenterveyttä edistävän toiminnan tulosten analysoinnissa käytettiin ristiintaulukointia ja frekvenssituloksia testattiin khiin neliötestillä.

Lastenpsykiatristen yhteistyökumppanien määrien analysoinnissa käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä ja Kruskal-Wallis testin sekä Spearmanin korrelaatiota.

Koulutuksen vaikutusta kyselytutkimuksen valmiuksiin testattiin ryhmien välisen eron osoittamiseksi t-testillä ja Pearsonin khiin neliötestillä. Valmiuksien muutokset Likertin asteikolla laskettiin yhteen ja niistä muodostettiin summamuuttuja. Vastaajan valmiuksien muutos katsottiin positiiviseksi, jos summa oli vähintään seitsemän, mikä oli rajana muutosten ylimpään neljännekseen kuulumiselle. Positiivisen muutoksen selittäjää haettiin logistisella regressioanalyysillä.

Yhteistyökumppanien määrien vertailussa ennen ja jälkeen koulutuksen käytettiin Wilcoxonin parillista testiä. Vastaajien osuuksia tarkasteltiin 95 %:n luottamusvälillä.

5 Tulokset

5.1 Terveyskeskuslääkärien lastenpsykiatriset taidot (I)

Lääkärit olivat erittäin harvoin täysin samaa mieltä kyselyssä esitetyistä väittämistä ”Minulla on hyvät valmiudet...”. Täysin samaan mieltä olevia oli eniten niissä vastaajissa, jotka arvioivat valmiuttaan tunnistaa masentunut äiti (10,0 %) ja vähiten niissä, jotka arvioivat valmiuttaan tunnistaa masentunut imeväisikäinen (0,4 %) tai arvioida tarve lastensuojeluilmoituksen tekemiseen (0,4 %).

Mitä nuoremasta lapsesta oli kyse, sitä huonommat valmiudet lääkäreillä oli tunnistaa masennus. Vain pienellä osalla (14 %) oli mielestään hyvät taidot tunnistaa masentunut imeväisikäinen, mutta 85,3 % arvioi tunnistavansa masentuneen äidin (taulukko 10). Puolet piti huonoina taitojaan arvioida imeväisikäisen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta, samoin lapsen psykiatrisen hoidon tarvetta tai kykyä tunnistaa lapsen tarkkaavaisuushäiriö. Suurin osa koki huonoiksi valmiutensa tehdä yhteistyötä käytöshäiriöisen lapsen asioissa koulussa ja vain neljäsosa uskoi osaavansa arvioida lastensuojeluilmoituksen tarpeen.

Miesten ja naisten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero neljässä väittämässä. Naisista suurempi osa kuin miehistä arvioi osaavansa tunnistaa masentuneen imeväisikäisen ja arvioida imeväisikäisen ja vanhempien välistä vuorovaikutusta. Miehet arvioivat naisia useammin taitonsa hyväksi yhteistyön teossa mielenterveysongelmaisten ja alkoholi- tai päihdeongelmaisten vanhempien kanssa.

Yleislääketieteeseen erikoistuneiden ja erikoistumattomien osuuksissa ei ollut merkitsevää eroa minkään valmiuden kohdalla. Ne vastaajat, joilla oli omia lapsia, arvioivat merkittävästi useammin hyväksi valmiutensa toimia asiantuntijana kasvatuspulmissa kuin ne, joilla ei ollut omia lapsia.

Taulukko 10. *Terveyskeskuslääkärien (n = 484–490) arviot lastenpsykiatriseen toimintaan liittyvistä taidoistaan väittämän ”Minulla on hyvät valmiudet...” perusteella. Tuloksissa esitetään vastaajien prosenttiosuudet.*

	Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
tunnistaa masentunut äiti	85,3	10,2	4,5
tunnistaa lapsen käytöshäiriö	77,6	18,8	3,7
arvioida leikki-ikäisen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta	66,5	26,9	6,5
arvioida kouluikäisen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta	63,0	29,7	7,4
tunnistaa masentunut kouluikäinen	61,3	32,9	5,7
tunnistaa lapsen tarkkaavaisuushäiriö	53,3	40,7	6,0
arvioida imeväisikäisen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta	52,7	39,8	7,6
arvioida lapsen psykiatrisen hoidon tarve	47,9	42,7	9,4
tehdä yhteistyötä psyykkisesti sairaan vanhemman/vanhempien kanssa	39,1	51,6	9,2
toimia asiantuntijana, kun vanhemmat pyytävät apua kasvatuspulmissa	38,7	50,5	10,8
tehdä yhteistyötä päihdeongelmaisen vanhemman/vanhempien kanssa	31,8	59,2	9,0
tunnistaa masentunut leikki-ikäinen	29,0	61,8	9,2
arvioida lapsen huostaanoton tarve*	26,8	58,8	14,4
tehdä yhteistyötä lapsen psykiatriseen hoitoon kielteisesti suhtautuvan vanhemman/vanhempien kanssa	25,2	64,1	10,7
toimia asiantuntijana käsiteltäessä käytöshäiriöisen lapsen ongelmia päivähoitossa tai koulussa	14,9	75,9	9,2
tunnistaa masentunut imeväisikäinen	14,0	73,5	12,5

*tarkoittaa lastensuojeluilmoituksen tarpeen arviointia

Lääkärit, jotka arvioivat hyväksi taitonsa toimia asiantuntijana käsiteltäessä käytöshäiriöisen lapsen ongelmia päivähoitossa tai koulussa tekivät yhteistyötä päivähoitajan kanssa tai osallistuivat koulun oppilashuoltotyöhön enemmän kuin ne, jotka arvioivat valmiutensa huonoiksi. Vastaavasti lääkärit, jotka uskoivat osaavansa arvioida lastensuojeluilmoituksen tarpeen, olivat useammin tehneet lastensuojeluilmoituksen tai olleet huostaanotossa mukana kuin ne, jotka olivat kyseisten väittämien suhteen eri mieltä.

5.2 Terveyskeskuslääkärien lasten mielenterveyttä edistävä toiminta ja yhteistyöverkostot (II, III)

Vastaajista 53 % ilmoitti toimivansa lastenneuvolassa ja 45 % kouluterveydenhuollossa. Väestövastuulääkäreistä suurempi osa kuin muista toimi näissä tehtävissä. Molemmissa toimi 35 % vastanneista.

Suurin osa oli sitä mieltä, että lastenneuvolassa lääkärin tekemiä määräaikaistarkastuksia oli sopivasti, mutta kolmasosan mielestä aikaa oli varattu liian vähän. Kouluterveydenhuollossa vain puolet katsoi määräaikaistarkastuksia tehtävän sopivassa määrin ja sielläkin kolmannes piti lääkärille varattua aikaan liian vähäisenä.

Vain osa vastaajista oli vastannut avoimissa kysymyksissä siihen, mitä toimintaa lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa on liikaa ja mitä liian vähän. Vastauksissa nousi selvimmin esiin se, että molemmissa oli rutiineja liikaa ja aikaa liian vähän. Aikaa kaivattiin keskusteluihin ja ongelmiin paneutumiseen, perheiden tapaamisiin ja yhteistyöhön muidenkin tahojen kanssa.

Vastaajista 64 % nimesi ainakin yhden yhteistyökumppanin terveyskeskuksesta. Vastaava luku oli 40 % kunnan muiden työntekijöiden keskuudesta ja 25 % erikoissairaanhoidosta. Vastaajat nimesivät keskimäärin 2,3 henkilöä terveyskeskuksesta, 1,1 kunnan muiden työntekijöiden keskuudesta ja 0,4 erikoissairaanhoidosta.

Miesten ja naisten ilmoittamissa yhteistyökumppaneiden lukumäärissä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Mitä pidempään lääkäri oli työskennellyt terveyskeskuksessa, sitä useampia yhteistyökumppaneita hän nimesi.

Lääkärit ilmoittivat tekevänsä yhteistyötä päivähoidon kanssa joko satunnaisesti (44 %) tai eivät lainkaan (49 %), ja vain pieni osa (5 %) teki sitä säännöllisesti. Valtaosa (75 %) ilmoitti, ettei osallistu koulun oppilashuoltoryhmän kokouksiin ja vain 6 % osallistui niihin säännöllisesti.

Niiden väestövastuulääkäreiden toimintaa, jotka vastaushetkellä toimivat terveyskeskuslääkäreinä (n = 404), verrattiin ei-väestövastuisesti toimiviin lääkäreihin. Väestövastuulääkäreistä merkitsevästi suurempi osa kuin muista oli kirjoittanut lähetteen lastenpsykiatriseen hoitoon, osallistunut yhteistyöhön päivähoidon kanssa ja osallistunut potilaskohtaiseen lastenpsykiatriseen neuvotteluun lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. Muut kuin väestövastuulääkärit osallistuivat aktiivisemmin koulun oppilashuoltoryhmän kokouksiin.

Lähes kaikilla vastaajilla oli myönteinen kokemus yhteistyöstä terveyskeskuksen työntekijöiden kanssa, 73 %:lla kunnan muiden työntekijöiden kanssa ja 47 %:lla erikoissairaanhoidon kanssa.

5.3 Terveyskeskuslääkäreille suunnatun lastenpsykiatrisen koulutushankkeen toteutuvuus (IV)

Kolmea terveyskeskusta lukuun ottamatta kaikki TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskukset osallistuivat hankkeeseen. Koulutustilaisuuksia järjestettiin yhteensä 56. Pienille paikkakunnille, joissa työskenteli vain muutama lääkäri, järjestettiin naapurikunnan tai kuntien kanssa yhteinen koulutustilaisuus, jotta ryhmäkoot saatiin toimiviksi. Vastaavasti suurissa kaupungeissa pidettiin useita koulutuksia.

Koulutukseen osallistuneita oli yhteensä 840 henkeä, joista 303 oli lääkäreitä. Iltapäivän koulutusosioon osallistui 180 terveydenhoitajaa, 99 sosiaalityön edustajaa, 86 päivähoiton edustajaa, 62 psykologia, 55 koulutoimen edustajaa, 6 sairaanhoitajaa, 6 puheterapeuttia ja 4 johtavaa hoitajaa. Loput 39 edustivat yksittäisiä ammattiryhmiä tai eivät olleet ilmoittaneet ammattinimikettään lainkaan.

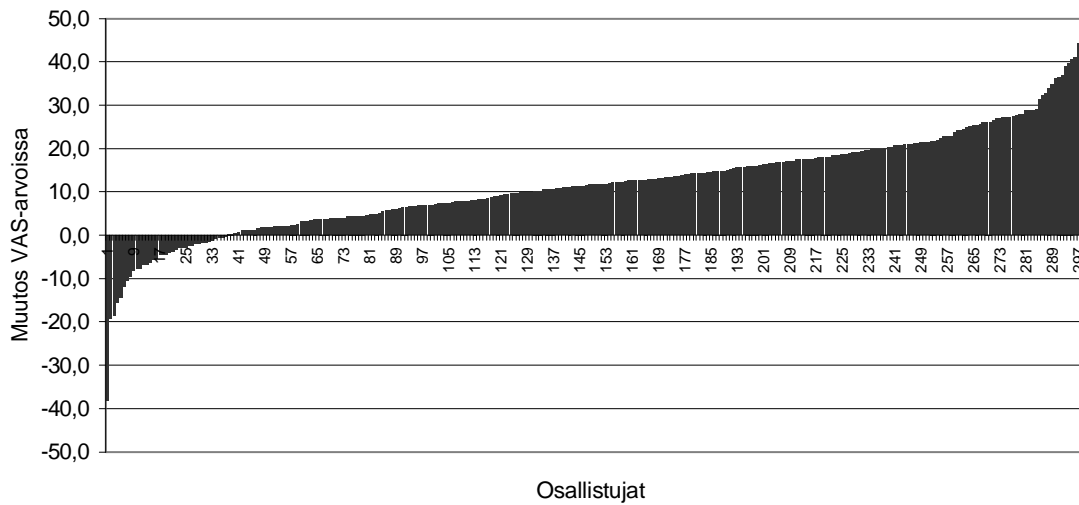
Tutorit raportoivat koulutuskonseptin onnistuneen hyvin huolimatta hyvin erilaista paikallisista lääkäri- ja yhteistyöryhmistä.

Palauteseminaariin helmikuussa 2001 osallistui 85 lääkäriä. Projektiryhmälle oli lähetetty 19 lasten psyykkisiä ongelmia ja niiden hoitamista käsittelevää potilastapausta.

5.4 Muutokset koulutuspäivän aikana (IV)

Lähtötilanteesta laskettuna lääkärit arvioivat valmiuksiensa parantuneen koulutuspäivän aikana keskimäärin 23 %. Asioissa, joissa alun perin oli parhaat valmiudet, tapahtui vähiten muutosta. Siellä, missä valmiudet olivat huonoimmat, myös muutos parempaan oli suurempi. Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna suurimmat muutokset parempaan tapahtuivat Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan lääkärin arvioinneissa.

Osa lääkäreistä arvioi koulutuksen jälkeen valmiutensa lähtötilannetta huonommiksi, valtaosa kuitenkin paremmiksi (kuva 3).



Kuva 3. Yksittäisten vastaajien ($n = 298$) VAS-arvoissa tapahtuneet muutokset koulutuspäivän aikana.

5.5 Muutokset vuoden aikana ja koulutushankkeen vaikutus muutoksiin (V, VI)

Vastaajista suurin osa (47–71 %) arvioi lastenpsykiatriset valmiutensa samanlaisiksi vuosina 2000 ja 2001. Valmiudet muuttuivat vähiten masentuneen äidin tunnistamisessa ja eniten yhteistyön tekemisessä vanhempien kanssa, jotka suhtautuvat kielteisesti lastenpsykiatriseen hoitoon. Valmiuksissa tapahtui muutoksia sekä parempaan että huonompaan suuntaan. Vuoden kuluttua valmiutensa paremmiksi arvioivien osuus (13–31 %) oli useimpien väittämien osalta hiukan suurempi kuin valmiutensa huonommiksi arvioineiden (16–25 %).

Tarkasteltaessa niitä, jotka olivat arvioineet valmiutensa paremmiksi jälkimmäisessä kyselyssä, todettiin PLOT-koulutukseen osallistuneiden osuukien olevan merkitsevästi suurempi kuin koulutukseen osallistumattomien kahden väittämän kohdalla. Nämä väittämät koskivat valmiutta tunnistaa masentunut imeväisikäinen ja arvioida lastensuojeluilmoituksen tarve.

Vastaajien valmiuksien muutoksista yhteenlaskettu muutosindeksiluku noudatti normaalijakaumaa. Vastaajista 22,3 % sai vähintään 7 pistettä. Tähän ryhmään kuulumista selitti logistisella regressiolla vain PLOT-koulutukseen osallistuminen (OR 1,9 ja 95 %:n luottamusväli 1,0–3,5). Muut mallissa olleet muuttujat (sukupuoli, lääkärinä toimimisen ajallinen pituus, erikoistuminen yleislääketieteeseen, lastenneuvolalääkärinä toimiminen, omat lapset) eivät saavuttaneet tilastollista merkitsevyyttä.

Lääkärien nimeämien yhteistyökumppanien määrä lisääntyi merkitsevästi vain PLOT-koulutukseen osallistuneilla kunnan muiden työntekijöiden kanssa. Muutoin muutokset yhteistyökumppanien lukumäärissä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä sen enempää koulutukseen osallistuneilla kuin osallistumattomilla.

Niiden osuudet, jotka ylipäättään nimesivät yhteistyökumppaneita, eivät vuoden aikana merkitsevästi muuttuneet kummassakaan ryhmässä millään yhteistyön tasolla. Koulutukseen osallistuneiden osuudet olivat merkitsevästi suuremmat kuin osallistumattomien kaikilla tasoilla molempina vuosina.

6 Pohdinta

Terveyskeskuksessa työskentelevät lääkärit kokivat lasten mielenterveysasioihin liittyvät taitonsa varsin huonoiksi. Moniammatillista yhteistyötä tehtiin joko satunnaisesti tai ei lainkaan ja lääkäreiden yhteistyökumppanit olivat enimmäkseen terveyskeskuksen omaan väkeen kuuluvia. Yhden päivän lastenpsykiatrisella koulutuksella lääkäreiden työskentelyvalmiudet ja yhteistyöverkostot eivät oleellisesti parantuneet, vaikka koulutus onnistuttiin järjestämään lähes kaikkien Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskusten kanssa.

6.1 Lääkäreiden lastenpsykiatriset taidot

Lääkärit arvioivat taitonsa varsin heikoiksi monissa lasten mielenterveyteen liittyvissä asioissa. Samanlaisia tuloksia on saatu muuallakin (Bernard ym. 1999, Bryce ja Gordon 2000, Cockburn ja Bernard 2004). Huonoiksi koetut taidot ovat vahvasti ristiriidassa sen kanssa, että etenkin väestövastuuisesti työskentelevät terveyskeskuslääkärit kohtaavat nykyään lisääntyvässä määrin psyykkisistä ongelmista kärsiviä lapsia. Myös ennaltaehkäisevässä työssä lasten psyykkiseen kehitykseen liittyvät asiat ovat korostuneet (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b).

Monet lääkärit eivät arvioineet hyviksi taitojaan tunnistaa lapsen masennusta, tarkkaavaisuushäiriötä tai arvioida ylipäättään psykiatrisen hoidon tarvetta. Ihanteellista olisi, että lääkäriellä olisi valmiudet huomata lapsen käyttäytymiseen tai mielialaan liittyvät häiriöt minkä tahansa potilaskontaktin yhteydessä, koska vanhemmat harvoin tuovat lastaan vastaanotolle ensisijaisesti mielenterveysongelmien takia (Garralda ja Bailey 1986b) tai ottavat niitä puheeksi (Kramer ja Garralda 1998, Briggs-Cowan ym. 2000, Sayal ja Taylor 2004). Toisaalta silloin kun vanhemmat hakevat apua lastensa mielenterveysongelmiin, he käyttävät perustason palveluita (Sourander ym. 2001, Pihlakoski ym. 2004). Ongelmien tunnistamista ja havaitsemista voidaan parantaa kehittämällä vuorovaikutustaitoja potilas- ja perhekeskeiseen työskentelyyn (Larivaara ym. 2001).

Jos lääkäri ei tunnista ongelmia, lapsi saattaa jäädä pitkäksi aikaa vaille tarvitsemaansa apua. Tuloksemme tukevat välillisesti muissa tutkimuksissa todettuja havaintoja, että terveyskeskuslääkäreiltä jää vastaanotoilla tunnistamatta psyykkisesti oireilevia lapsia (Garralda ja Bailey 1986b, Kelleher ym. 1997, Kramer ja Garralda 1998, Sayal ja Taylor 2004).

Terveyskeskuslääkärit tunnistavat myös aikuisten psyykkisiä ongelmia melko huonosti (Joukamaa ym. 1994, Joukamaa ym. 1995).

Omien taitojen kokeminen huonoiksi saattaa kuvastaa sitä ahdistusta ja avuttomuuden tunnetta, jonka psyykkisesti oireilevan lapsen kohtaaminen herättää. Kun omat taidot koetaan riittämättömiksi, on vaarana, että lapsen ja perheen tilanteeseen ei puututa heti ensimmäisen tilaisuuden tullen vaan tilannetta jäädään seuraamaan. Ratkaisuna saattaa olla myös lähettäminen suoraan erikoissairaanhoidon, jolloin perustason auttamismahdollisuudet jäävät hyödyntämättä (Larivaara ja Taanila 2004).

Lääkietieteellisesti ja hoidollisestikin perustellussa lähettämisessä erikoistalolle on päivystystilanteita lukuun ottamatta aina viive tutkimuksiin ja hoitoon pääsyssä (Kaukonen ja Pylkkänen 2003). Tänä odotusaikana perusterveydenhuollossa tulisi olla edellytykset hoitaa lasta sekä perhettä. Vain harvat lapset tarvitsevat laitoshoidon, ja avohoidossakin olevat lapset pyritään hoitamaan mahdollisimman lähellä lapsen luontaista kasvuympäristöä. Hoidon integroimisessa perusterveydenhuoltoon tarvitaan myös terveystieteiden lastenpsykiatrista osaamista.

Väittämien avulla ei suoraan selvitetty lääkärin taitoja tutkia ja hoitaa psyykkisesti oireilevia lapsia. Tämä liittyy osittain siihen, että tällä hetkellä sekä perustalolla että erikoissairaanhoidossa puuttuu näkemys siitä, mitkä tutkimisen ja hoitamisen menetelmät ovat sopivia käytettäväksi terveystieteissä. Lääkärit ovat epätietoisia siitä, minkälaisia taitoja tutkia ja hoitaa heillä pitäisi olla. On ymmärrettävää, että vaikeus tarttua lasten mielenterveyskysymyksiin kasvaa, jos ei ole välineitä hoitaa. Olisikin tärkeää selvittää, minkälaiset hoitomenetelmät soveltuvat terveystieteen alalle.

Huonoiksi koettujen valmiuksien yhtenä syynä voi olla, että koulutus ei anna riittäviä taitoja mielenterveysongelmaisten lasten kanssa työskentelyyn. Lääkärin peruskoulutus ei anna yleensäkään valmiuksia perheen kanssa työskentelyyn ja moniammatilliseen tiimityöhön. Lastenpsykiatria ei myöskään välttämättä mielletä terveystieteiden alalle kuuluvaksi osaamisalueeksi. Tähän vaikuttaa epäselvä hoidon porrastus, joka on perua ajalta, jolloin kasvatus- ja perheneuvola järjestelmä kantoi vastuun lasten mielenterveysasioiden selvittelystä ja pitkälti hoidostakin. Ennen koulutushankkeen toteutusta alueen terveystieteiden alalle vain runsas neljännes ilmoitti osallistuneensa lääkäriksi valmistumisensa jälkeen lastenpsykiatriseen koulutukseen, vaikka vastaajat olivat toimineet terveystieteen alalla keskimäärin 12 vuotta.

Lasten kehitykseen liittyvä psykopaatologinen tietämys ja varhaisen vuorovaikutuksen merkitys (Mäntymaa ja Tamminen 1999, Puura 2001) eivät varmaankaan ole tavoittaneet terveystieteiden alalle samalla tavoin kuin esimerkiksi muutokset sydän- ja verisuonisairauksien hoidossa. Täydennyskoulutukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja lääkäri itse voi päättää kiinnostuksensa kohteet. Rajalliset mahdollisuudet täydennyskoulutukseen osallistumiselle pakottavat perusterveydenhuollossa työskentelevän lääkärin asettamaan koulutustarpeensa tärkeysjärjestykseen. Tässä priorisoinnissa somaattiset sairaudet saattavat helposti mennä

lastenpsykiatrian edelle. Koulutustarjonnan määrä todennäköisesti myös ohjaa lääkäreiden jatko- ja täydenniskoulutuksen aihepiirin valintaa. Tässä lääketeollisuuden vahva mukana olo entisestään pienentää lastenpsykiatrian koulutuksen osuutta.

6.2 Lääkärien lasten mielenterveyttä tukeva toiminta

Neuvola- ja kouluterveydenhuoltotyö tavoittaa lähes kaikki lapset ja on keskeinen toiminta-alue lasten mielenterveystyössä. Merkittävä osa (40 %) koulu- ja neuvolatyötä tekevästä lääkäreistä oli sitä mieltä, että näihin toimintoihin oli varattu liian vähän aikaa. Lastenneuvolan määräaikaistarkastusten määrään lääkärit tuntuivat olevan kohtalaisen tyytyväisiä mutta kouluterveydenhuollon puolella selvästi tyytymättömpiä. Tämä kuvastanee vielä lama-ajan seurauksia, jolloin terveydenhuollon resurssien supistukset kohdentuivat monesti ehkäisevän terveydenhuollon toimintaan ja siellä etenkin kouluterveydenhuoltoon (Marjamäki ym. 1999). Lisäksi tällä hetkellä tilannetta vaikeuttaa monissa terveyskeskuksissa vallitseva työvoimapula. Tutkimuksemme vastauksista saa sen kuvan, että lääkärit näkivät lasten ja perheiden ongelmat ja olisivat halukkaita paneutumaan niihin syvällisemmin neuvoloissa ja kouluilla, jos siihen olisi mahdollisuus käyttää enemmän aikaa. Tunne kiireestä ja ajan puutteesta voi myös korostua, jos tiedot ja taidot koetaan puutteellisiksi eikä toisaalta ole kokemusta perhekeskeisestä työstä tai tiimityöskentelystä saatavista eduista.

Kyselylomakkeessamme ei kysytty suoraan lääkäreiden neuvola- ja kouluterveydenhuoltoon käyttämää aikaa. Oppaissa, suosituksissa ja kannanotoissa on määritelty toimintojen resursointia ja ajan käyttöä. Tutkimustuloksia voi tulkita joko niin, että suosituksia ei noudatettu tai niin, että niiden sisältö ei enää vastannut käytännön työstä nousseeseen tarpeeseen. Tutkimuksen jälkeen on ilmestynyt uudet suositukset lastenneuvolatyöstä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b) ja kouluterveydenhuollosta (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a), joissa määräaikaistarkastusten lukumäärissä ei suositella aikaisemmasta poikkeavaa käytäntöä mutta toimintaan varattua aikaa on selvästi lisätty.

Omalääkärijärjestelmän on pelätty vähentävän sairauksia ehkäisevän työn osuutta etenkin, kun väestövastuupohjainen virkaehtosopimus ei sitä erikseen huomioi (Pitkäjärvi 2000). Vastausten väestövastuisesti toimivat lääkärit osallistuivat ainakin lasten mielenterveyttä edistävään toimintaan hiukan aktiivisemmin kuin muut terveyskeskuslääkärit. He eivät kokeneet yhtä paljon aikapulaa neuvola- ja kouluterveydenhuoltotyössä kuin muut. Tämä saattaa selittyä perheiden paremmalla tuntemuksella, jolloin aikaa ei tarvita yhtä paljon, tai sillä, että omalääkäreillä on mahdollisuus yksilöllisemmin järjestää työn sisältö ja työajan käyttö vastuuväestön tarpeisiin vastaavaksi. Kuitenkin ne, joilla oli suuret vastuuväestöt, kokivat neuvolassa ja kouluilla varattua aikaa olevan

liian vähän selvästi useammin kuin pienemmän vastuuväestön lääkärit. Tämän voinee tulkita niin, että sairastuvuudesta vie työpanoksesta valtaosan eikä ennaltaehkäisevään työhön jää riittävästi aikaa.

Yhteistyötä muiden ammattiryhmien, kuten päivähoiton väen ja koulujen oppilashuoltoryhmien kanssa tehtiin melko vähän. Moniammatillisen työskentelytavan omaksuminen painottuu vahvasti sekä uudessa lastenneuvolaoppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b) että kouluterveydenhuollon oppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002). Näiltä osin lääkärin toiminnassa on selvästi kehitettävää. Lääkärit, jotka kokivat hyväksi valmiutensa toimia asiantuntijaroolissa, tekivät myös enemmän yhteistyötä päivähoiton ja koulun kanssa. Tuloksesta ei voi suoraan päätellä, onko toiminta parantanut valmiuksia vai ovatko hyvät valmiudet helpottaneet yhteistyötä, mutta todennäköisesti yhteistyön tekeminen on auttanut lääkäreitä kehittämään omaa asiantuntijarooliaan. Moniammatilliseen yhteistyöhön opettelu voitaisiin aloittaa jo perusopetusvaiheessa, kuten esimerkiksi Ruotsissa on tehty (Wahlström ja Sanden 1998, Mogensen ym. 2002, Ponzer ym. 2004).

6.3 Lääkärin lastenpsykiatriset yhteistyöverkostot

Terveyskeskuksissa työskentelee monien eri terveydenhuollon alan ammattilaisia, joiden osaamista tarvitaan ja voidaan käyttää lasten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyssä, arvioinnissa ja hoidossa (Aromaa ym. 1999). Tulostemme mukaan terveyskeskuslääkärit olivat yhteistyössä heidän kanssaan varsin usein ja kokivat yhteistyön sujuvan myönteisesti. Terveyskeskuksen sisällä moniammatillinen yhteistyö rakentui ilmeisesti melko luontevasti eikä iällä ja työssäoloajalla ollut merkitystä. Yhteistyökumppaneihin tutustumiseen on ”talonsisällä” monia muitakin tilanteita kuin lastenpsykiatriset ongelmat. Henkilökohtainen tunteminen taas edesauttaa ja helpottaa yhteydenottoja puolin ja toisin.

Kuntatasolla on periaatteessa runsaasti yhteistyökumppaneita ja siihen nähden tutkimukseen osallistuneiden yhteistyöverkostoja voidaan pitää varsin vaatimattomina. Yhteistyöverkostot kunnan muiden työntekijöiden ja erikoissairaanhoidon kanssa vahvistuivat, kun lääkärin ikä ja työskentelyaika terveyskeskuksessa lisääntyivät. Yhteistyöverkostojen rakentuminen terveyskeskuksen ulkopuolelle on prosessi, joka näyttää vaativan aikaa. Jotta lääkäreille rakentuisi toimiva yhteistyöverkosto, joka on välttämätön lasten mielenterveysongelmien hoidossa, heidän olisi työskenneltävä pysyvissä viroissa ja lääkäreiden vaihtuvuus terveyskeskuksissa olisi saatava mahdollisimman pieneksi. Kyse voi olla myös siitä, että ei ole sitä osaamista, mitä tiimityö ja verkostoituminen edellyttävät (Larivaara 2005). Täydennyskoulutuksessa onkin alettu huomioida moniammatillisen koulutuksen tarve (Larivaara ja Taanila 2004, Taanila ja Larivaara 2004).

Yhteistyöverkostot olivat vähäisimmät ja myönteisiä kokemuksia yhteistyöstä oli vähiten erikoissairaanhoidon kanssa. Kuitenkin esimerkiksi erikoissairaanhoidon avohoidon toteutuminen lapsen omassa kasvuympäristössä vaatii yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa (Sourander ja Piha 2000). Jotta lasten lisääntyneisiin mielenterveysongelmiin pystytään terveydenhuollossa riittävän aikaisin ja riittävän tehokkaasti reagoimaan, on sekä laadullisen että määrällisen yhteistyön kehittämiseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä panostettava (Piha 2000).

6.4 Lastenpsykiatrasta osaamista tehostava koulutushanke

Hankkeen tavoitteiden, perusterveydenhuollossa toimivien lääkäreiden tavoittamisen ja koulutustilaisuuden järjestämisen jokaiseen terveyskeskukseen, voidaan katsoa onnistuneen. Vain kolme alueen terveyskeskusta jättäytyi koulutuksen ulkopuolelle. TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuslääkäreistä noin 42 % osallistui koulutustapahtumaan. On huomattava, että kaikilla terveyskeskuslääkäreillä ei ole tarvetta lastenpsykiatriseen koulutukseen. Näin on esimerkiksi silloin, kun ei työskennellä väestövastuisesti, jolloin työnjako kollegoiden kesken voi olla sektoroidumpaa, tai kun hallinto tai työterveyshuolto on lääkärin pääasiallinen vastuualue.

Osallistumisaktiivisuus PLOT-koulutukseen osoitti, että tarvetta terveyskeskuslääkäreille suunnattuun lastenpsykiatriseen koulutukseen oli ja että lääkärit tiedostivat omien tietojensa ja taitojensa päivittämistarpeen. Vaikka koulutus oli suunnattu lääkäreille, muiden yhteistyötahojen kiinnostus mukaan tuloon oli niin runsasta, että sitä joillakin paikkakunnilla jouduttiin rajoittamaan. Tämä kuvastanee myös sitä, että yhteistyökumppanit pitävät lääkärin kanssa tehtävää yhteistyötä tärkeänä ja halusivat kehittää sitä. Tämän tyyppinen moniammatillinen koulutus koetaan tärkeäksi (Mann ym. 1996), mutta lääkärit eivät välttämättä ole aktiivisia osallistujia (Sebuliba ja Vostanis 2001).

Pääjoukolle PLOT-koulutukseen osallistuneista PBL:n periaatteet olivat uusia. Kuitenkaan tutorit eivät raportoineet koulutusmetodin aiheuttaneen ongelmia. Tämä vahvistaa sitä käsitystä, että lääkärit ovat halukkaita omaksumaan uusia opiskelutapoja (Mann ja Chaytor 1992). Ne lääkärit, jotka koulutuspäivän päätteeksi antoivat kirjallista palautetta koulutustoitteistaan, nimenomaan kehuivat ongelmalähtöistä oppimismenetelmää ja toivoivat samantyyppistä koulutusta lisää. Tyytyväisyys ongelmalähtöiseen oppimismenetelmään on tullut esiin muuallakin yleislääkäreiden täydennyskoulutuksessa (Doucet ym. 1998).

Koulutuksen tutorit eivät yhtä lukuun ottamatta olleet lastenpsykiatrian erityistuntijoita. Tutorin asiantuntijuuden on todettu parantavan oppimistuloksia perusopetuksessa (Schmidt ym. 1993, Hay ja Katsikis 2001). Pelkkä

asiantuntijuus ei kuitenkaan selittänyt hyvää tutortoimintaa, vaan tutorin oli myös oltava innostava ja kiinnostunut opiskelijoista, osattava kommunikoida luontevasti opiskelijoiden kanssa ja luoda avoin ilmapiiri (Schmidt ja Moust 1995). Toisaalta tutorin asiantuntijuus saattoi ohjata ryhmän keskustelemaan tutorin kanssa, ja ryhmän jäsenten keskinäinen pohdinta jäi heikommalle, jolloin menetettiin ryhmän yhteistyöstä nousevat edut (Silver ja Wilkerson 1991). PLOT-koulutuksen tutorit ilmeisesti onnistuivat hyvin tehtävässään, koska koulutukseen osallistuneiden antama palaute oli erittäin myönteistä. Tutoreiden vahvuus oli siinä, että he tunsivat terveystieteiden alan työntekijöiden luonteen ja terveystieteiden työympäristönä.

Koulutuspäivän aikana suurimmat muutokset tapahtuivat alun perin huonoiksi arvioituissa valmiuksissa, mikä on todettu aiemminkin (Gask ym. 1988). Lääkärien itse arvioimat valmiudet kuvasivat vain senhetkisiä tunteita eivätkä kuvastaneet todellisia muutoksia työskentelyssä. Toisaalta omien valmiuksien kokeminen aikaisempaa parempina saattoi jo sinällään rohkaista uusiin toimintamalleihin. Taitojen mahdollinen lisääntyminen koulutuksessa ei kuitenkaan välttämättä johda muutoksiin potilaiden hoidossa (Pfaff ym. 2001).

Vuoden aikana lääkärien valmiuksissa tapahtui melko vähän muutoksia. Muutokset olivat kuitenkin PLOT-koulutuksen tavoitteiden suuntaisia. Moniammatilliset verkostot kasvoivat vain koulutukseen osallistuneilla ja heilläkin vain muiden kuntatason kuin terveystieteiden työntekijöiden kanssa. Koulutukseen osallistuneilla oli kuitenkin jo valmiiksi varsin hyvät verkostot terveystieteiden osastossa, joten siellä ei ollut tarvettakaan verkostojen kasvattamiseen. Uusien yhteistyökumppanien löytymiseen erikoissairaanhoidon tasolla ei koulutuksella pystytty vaikuttamaan, vaikka kaikissa koulutustilaisuuksissa oli erikoissairaanhoidon edustaja tai edustajia mukana ja siinä toteutettiin ajatusta, että erikoissairaanhoidon asiantuntijuus tuodaan perusterveydenhuollon käyttöön (Piha 2002).

Koulutus vietiin terveystieteisiin, toteutettiin interaktiivisena pienryhmäopetuksena ja ongelmat liittyivät lääkäreiden tavanomaiseen työhön. Koulutukset, joissa nämä asiat on otettu huomioon, ovat tutkimusten mukaan olleet vaikuttavia (Davis ym. 1995, 1998, Wensing ym. 1998, Thomson O'Brien ym. 2001). Siihen nähden koulutukseen osallistuneilla todetut muutokset tuntuvat vähäisiltä. Negatiiviset tai vaatimattomat tulokset eivät ole harvinaisia psykiatrisissa koulutusinterventioissa (Worrall ym. 1999, Hodges ym. 2001). Aina ei vaikuttavaksikaan todettu koulutusmenetelmien yhdistelmä ole osoittautunut tehokkaaksi (Thompson ym. 2000, Kendrick ym. 2001).

Uusintakyselyn aikaan koulutuksesta oli kulunut noin puoli vuotta, joka saattoi olla liian lyhyt aika uusien työskentelytapojen ja verkostojen luomiseen. Tärkeämpi johtopäätös kuitenkin lienee, että yhden yksittäisen koulutuksen avulla ei vielä saada aikaan isoja muutoksia vaan koulutuksen tulisi olla pitkäjänteistä ja suunnitelmallista (Larivaara ja Taanila 2004). Pitempikestoisissa koulutuksissa olisi ilmeisen tärkeää kiinnittää huomiota lääkärien koulutusprosessiin sitouttamiseen ja motivaatioon. Nyt PLOT-hankkeessa

lääkäreille jatkotehtäväksi annettu oman potilastapauksen lähettäminen projektiryhmälle toteutui vain kolmasosassa osallistuneista terveyskeskuksista. Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että onnistuneenkaan koulutustapahtuman vaikutuksella ei ole pysyvyyttä vaan tarvitaan koulutuksen uusimista muutaman vuoden välein (Rutz 1992).

Uusien työskentelytapojen omaksumisen esteenä voi olla kouluttautujasta riippumattomia tekijöitä, jotka liittyvät esimerkiksi työyhteisön rakenteeseen, ilmapiiriin tai toimintamalleihin (Grol 1997). Koulutuksella voi olla myös epäsuoria vaikutuksia, jotka ovat seurausta käytetystä menetelmästä eivätkä niinkään opetetusta asiasta (Scardovi ym. 2003). Ongelmalähtöisen oppimismenetelmän käyttö ja yhteistyökumppaneiden mukana olo koulutuksessa toivottavasti käynnistivät prosesseja, jotka lisäävät kunnissa valmiutta kohdata lastenpsykiatrisia ongelmatilanteita. Nämä vaikutukset eivät välttämättä ole mitattavissa käyttämillämme menetelmillä eivätkä näy tuloksissa. Täydentävää tietoa voitaisiin vastaavissa myöhemmin toteutettavissa tutkimuksissa saada laadullisilla tutkimusmenetelmillä (Aira 2005).

6.5 Tulosten luotettavuus

Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen kuuluu suuria ja pieniä paikkakuntia, syrjäisiä seutuja ja kasvukeskuksia. Vastuualueen terveyskeskusten voidaan katsoa edustavan suomalaisia terveyskeskuksia.

Kyselytutkimuksen vastausaktiivisuus oli varsin hyvä ensimmäisenä vuonna (66,1 %) ja vain hiukan matalampi seuraavana vuonna (57,1 %). Vähintään kerran vastasi 73,9 % kyselyn saaneista lääkäreistä (n = 562) mutta vain 49,1 % molempina vuosina. Kyselylomake oli pitkä ja sisälsi runsaasti vastausvaihtoehtoja. Täyttämisen työläys on todennäköisesti ollut yksi syy vastaamatta jättämiseen. Toinen syy voi olla, että terveyskeskuksissa on tilapäisesti työskenteleviä lääkäreitä, esimerkiksi perusterveydenhuollon lisäkoulutusta suorittavia, joilla ei ole yleislääkärin identiteettiä eikä niin ollen myöskään motivaatiota osallistua tämän kaltaisiin kyselytutkimuksiin. Tätä ajatusta tukee se, että vastaajissa oli enemmän yleislääketieteeseen erikoistuneita tai erikoistuvia kuin vastaamatta jättäneissä.

Itsearviointi on tutkimusmenetelmänä jossain määrin ongelmallinen mutta silti varsin usein käytetty (Gordon 1991). Itsearviointi ei voi koskaan olla täysin objektiivista (Stewart ym. 2000). Subjektiivisuus aiheuttaa sen, että lääkärit voivat yli- tai aliarvioida tietojaan ja taitojaan (Jankowski ym. 1991, Jansen ym. 1995, Tracey ym. 1997, Zonia ja Stommel 2000).

Koulutusta tarjottiin kaikille TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuksissa työskenteleville lääkäreille. Koulutukseen osallistujia ei voitu satunnaistaa vaan osallistuminen perustui lääkärin omaan valintaan. Tiedetään, että lääkärit herkästi hakeutuvat koulutuksiin, joiden aihepiiristä heillä on jo ennestään paljon tietoa (Sibley ym. 1982, Illing ym. 2002). Tämä pätee myös PLOT-koulutukseen

osallistuneisiin. He arvioivat kesällä 2000 useassa väittämässä taitonsa paremmiksi kuin koulutukseen osallistumattomat. Samoin heillä oli paremmat yhteistyöverkostot jo ennen koulutusta. Koulutusvaikuttavuutta arvioitaessa tämä saattoi heikentää tuloksia, koska osalla tiedot ja taidot saattoivat olla niin korkeatasoiset, että niitä ei koulutuksella enää selkeästi voitu parantaa (Davis ym. 1995). Työpaikoilla saattoi myös tapahtua tiedon siirtoa koulutuksen osallistuneilta osallistumattomille. Jotkut koulutukseen osallistumattomat mahdollisesti tutustuivat terveyskeskuksiin jaettuihin koulutuskansioihin, jotka sisälsivät PLOT-koulutuksessa käytettyä opetusmateriaalia.

Koulutukseen osallistuneet vastasivat kyselyyn aktiivisemmin kuin koulutukseen osallistumattomat. Tämänkaltaista vinoumaa on vaikea välttää. Lääkärit, jotka olivat kiinnostuneita lasten mielenterveyteen liittyvistä asioista, olivat motivoituneita osallistumaan sekä kyselyyn että koulutukseen.

7 Yhteenveto ja johtopäätökset

Terveyskeskuslääkärien valmiudet toimia psyykkisesti oireilevien lasten ja heidän perheidensä parissa osoittautuivat monelta osin puutteellisiksi. Tämä on ristiriidassa sen kanssa, että perusterveydenhuollosta edellytetään enenevässä määrin panostusta lasten mielenterveysongelmien ehkäisyyn, varhaistoteamiseen, varhaiskuntoutukseen, hoidon integroimiseen lapsen arkeen ja jälkiseurantaan. Jatko- ja täydennyskoulutuksessa tulisikin kiinnittää huomiota siihen, että koulutustarjonta sekä sisällön että saatavuuden puolesta turvaa terveyskeskuslääkäreille mahdollisuuden lastenpsykiatristen tietojensa ja taitojensa päivittämiseen.

Lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyö ovat keskeisiä toiminta-alueita lasten perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa. Lääkärit kokivat aikaa tähän toimintaan olevan liian vähän lasten ja perheiden tarpeisiin nähden. Väestövastuulääkärit eivät kokeneet yhtä usein aikapulaa kuin muut, mutta sitä esiintyi useammin niillä omalääkäreillä, joilla oli suuret vastuuväestöt. Terveyskeskustoiminnan ja omalääkäritoiminnan kehitystyössä on tärkeää turvata myös lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyön edellytykset. Laman seurauksena näitä toimintoja supistettiin. Nyt resurssit pitäisi palauttaa, jotta työn mielekkyys säilyisi ja kyettäisiin vastaamaan tämän päivän haasteisiin.

Lääkäreillä oli eniten yhteistyökumppaneita lasten mielenterveyteen liittyvissä asioissa omassa terveyskeskuksessa, ja kokemukset tästä yhteistyöstä olivat myönteisiä. Yhteistyö kunnan muiden työntekijöiden kanssa oli lääkäreille vieraampaa, ja vähiten yhteistyötä tehtiin lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. Yhteistyön rakentuminen terveyskeskuksen ulkopuolelle näytti vaativan aikaa, koska verkostot vahvistuivat, kun lääkärin ikä ja työskentelyaika terveyskeskuksessa lisääntyivät. On tarpeen edelleen kehittää moniammatillisen yhteistyön toimintamalleja ja kannustaa myös lääkäreitä osallistumaan. On tärkeää, että esimiehet arvostavat työn kehittämistä tältä osin ja ovat mukana rakentamassa uusia yhteistyömalleja. Jotta toimivia verkostoja rakentuisi, lääkärin vaihtuvuus terveyskeskuksissa olisi pyrittävä pitämään mahdollisimman vähäisenä.

Terveyskeskukseen viety lastenpsykiatrisen koulutus sai hyvän vastaanoton. Yhteistyökumppanien halukkuus osallistua moniammatilliseen työskentelyyn jopa ylitti odotukset. Koulutusmalli osoittautui hyvin toimivaksi ja ilman suurempaa asiantuntijuutta vedettäväksi. Tutkimuksessa käytettyjen mittareiden mukaan koulutuksella voitiin osoittaa olevan vain vähäistä vaikuttavuutta. Koulutus ei varmaankaan ollut turhaa, mutta yksittäisten interventioiden rinnalle olisi tärkeää kehittää pitkäjänteisempiä koulutusohjelmia. Terveyskeskuksissa on

selvästi lastenpsykiatrisen koulutuksen tarvetta. Myös koulutustarpeen kriittiseen arviointiin olisi kiinnitettävä huomiota. Nyt koulutukseen osallistuvilla oli jo ennen koulutusta paremmat valmiudet ja yhteistyöverkostot kuin niillä, jotka eivät osallistuneet. Itsearviointi on perusta koulutustarpeen arvioinnille. Mahdollisesti kyselyssä ollut itsearviointi havahdutti lääkärit arvioimaan omaa koulutustarvettaan.

English Summary

The aim of the study was to establish how general practitioners (GPs) evaluate their child psychiatric skills, what kind of networks they use in dealing with children with psychiatric problems, what is their role in promoting children's mental health and whether participation in a child psychiatric training programme accounts for possible improvement in self-assessed skills and competencies or strengthening of networks.

The study sample comprised 761 physicians working in health centres in the area of Tampere University Hospital, with a catchment population of one million. A postal questionnaire was sent to GPs in summer 2000 and 2001. The response rates were 66.1% and 57.1%, respectively.

Physicians were requested to assess their competence in 16 areas on a four-step Likert scale. They evaluated their skills as inadequate on many issues. There were some differences between men and women in rating their skills but no difference between specialists and non-specialists in general practice.

A fill-in picture was used to identify professionals in the network of each GP. The majority of respondents could name at least one person from their health centre with whom they cooperate in child psychiatric cases. The corresponding proportion in contact with other municipal authorities was much lower and alarmingly low in the case of secondary care. Longer engagement in health centre work strengthened networks.

About half of the respondents worked in child health clinics or school health care. Forty per cent of them considered they had too little time for these services. Many thought there were too many routine checks and too few opportunities to concentrate on the problems of children and their families. More GPs with population responsibility worked in child health clinics and school health care compared to those without, and were also more active in promoting children's mental health. On the whole activity in these matters was low.

Concerned at the poor availability of psychiatric services for children and adolescents, the Finnish Parliament allocated extra funds for their development in 2000. With this state subsidy, as one among hundreds, a project called PLOT was set underway to update GPs' skills and knowledge in child psychiatry. The problem-based learning (PBL) method was used, combined with multidisciplinary teamwork. A one-day course on child psychiatric issues was offered to all GPs in health centres (n=64) in the catchment area of Tampere University Hospital in autumn 2000. Altogether 56 separate courses were held and 303 GPs from 61 health centres and 537 other professionals participated.

Those who answered in both years (n=371) were analysed to ascertain the changes during the year. Some GPs felt that their skills and competencies had improved and some that they had declined, while the majority reported no changes. The only factor explaining a marked positive change was participation in PLOT training. In two areas of competence, GPs who had attended training rated their skills as significantly better than those who had not attended. These areas were identifying a depressed infant and assessing the need to take a child into custody. The number of collaborators increased significantly only in the training group at municipality level. No statistically significant differences were found in proportions of GPs naming cooperating persons.

The high participation rate in the project indicated a distinct need for child psychiatric education for GPs. The impact of a one-off training programme was modest but in accordance with the aims of the program. Recurrent training programmes should be made available to GPs to enable them to update their skills and knowledge in the field of child psychiatry.

Kiitokset

Tämä väitöskirja on syntynyt toimiessani apulaisopettajana Tampereen yliopiston lääketieteen laitoksella. Kiinnostukseni lasten mielenterveysasioihin pohjautuu kuitenkin yli kahdenkymmenen vuoden kokemukseen terveyskeskustyöstä ja siellä etenkin lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyöstä. Olen kiitollinen kaikille sen aikaisille työtovereilleni ja yhteistyökumppaneilleni, jotka opettivat minut näkemään lasten mielenterveystyön merkityksen, auttoivat kehittymään työssäni ja koulivat tekemään moniammatillista yhteistyötä. Muistelen erityisellä lämmöllä aikaa Tampereen terveyskeskuksessa ylilääkäri Annikki Terhon alaisuudessa.

Parhaimmat kiitokseni esitän väitöstyöni ohjaajalle professori Kari Mattilalle. Ilman häntä en kenties koskaan olisi rohjennut lähteä tähän hankkeeseen. Kari ikään kuin huomaamattani johdatti tutkimusmaailmaan ja luontaisella optimismillaan ja kannustavuudellaan sai innostetuksi väitöskirjan tekoon. Olen siitä kiitollinen, kuten myös niistä lukemattomista palavereista, joissa tutkimustuloksia hiottiin ja artikkeleita työstettiin..

PLOT-projektiryhmä toimi tiiviisti yhdessä yli vuoden. Yhteistyö jatkui artikkeleiden työstämisen tiimoilta vielä pitkään sen jälkeenkin. Kiitän sydämellisesti LT Kaija Puuraa, LL Eija-Liisa Ala-Laurilaa ja TtM Tarja Niskasta unohtumattomista ideointipalavereista ja kaikesta siitä konkreettisesta ja henkisestä tuesta, jota heiltä sain. He ovat olleet korvaamattomia sekä yhteistyökumppaneina että ystävinä.

Työni sai lopullisen muotonsa esitarkastajieni professori Pekka Larivaaran ja professori Jorma Pihan arvokkaiden kommenttien kautta. Lämpimät kiitokset heille palautteista, jotka selkeästi paransivat työtäni. Haluan kiittää heitä myös joustavuudesta, jolla loppuvaiheen tiukka aikataulu saatiin toteutetuksi.

Kiitän sydämellisesti LT Doris Holmberg-Marttilaa, joka kuului seurantaryhmäni. Hänen aktiivinen tukensa väitöskirjatyön yhteenvedo-osan jäsentämisessä ja muokkaamisessa auttoi ratkaisevasti eteenpäin. Kiitän myös kaikkia muita työtovereitani Tampereen yliopiston yleislääketieteen ryhmästä monista hyvistä neuvoista ja kommentteista, joita olen heiltä vuosien mittaan saanut. Ryhmässä on aina ollut ymmärtävä ja kannustava yhteistyön henki, mikä on auttanut etenkin silloin, kun oma rima on tuntunut olevan liian korkealla. Nauru ja hurtti huumori ovat kirkastaneet synkänkin päivän. On onni saada työskennellä tällaisessa joukossa.

Tutkimustyön edetessä olen saanut apua monilta henkilöiltä. Arja Salomaa antoi korvaamattomia vinkkejä postikyselyn käytännön toteuttamisessa ja jaksoi kärsivällisesti neuvoa alkuvaiheen ongelmassa erilaisten tietokoneohjelmien

kanssa. Kalle Mäkinen tallensi vuoden 2000 ja Einari Mattila vuoden 2001 kyselyiden aineiston. Lehtori Heini Huhtala ja tutkija Anna-Maija Koivisto neuvoivat ja opastivat tilastollisten tutkimusmenetelmien valinnassa sekä käytännön toteutuksessa. Robert McGilleon teki englanninkielisten artikkeleiden kielentarkistuksen. Heille kaikille esitän lämpimät kiitokseni.

Parhaat kiitokseni myös kaikille niille kollegoille, jotka ennakkoluulottomasti sitoutuivat tutoreiksi koulutushankkeeseen. Heidän mukaantulonsa ja paneutumisensa ongelmalähtöisen oppimisen periaatteisiin mahdollistivat koulutushankkeen toteutuksen.

Lopuksi kiitokset läheisilleni, jotka ovat olleet tärkein tukeni ja voimavarani. Kiitän poikiamme Jussia ja Mikkoa, veljeäni Mauria ja kälyäni Satua kannustavasta kiinnostuksesta. Erityisesti kiitän puolisoani Jukkaa, joka on turvannut kotona ihanteelliset työskentelyolosuhteet ja jaksanut suhtautua kärsivällisesti ja ymmärryksellä aikaa vieneeseen väitöskirjatyöhöni.

Tampereella heinäkuussa 2005

Anneli Heikkinen

Kirjallisuusviitteet

- Achenbach TM ja Howell CT (1993): Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:1145-1154.
- Achenbach TM, Dumenci L ja Rescorla LA (2003): Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnorm Child Psychol* 31:1-11.
- Aira M (2005): Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Duodecim* 121:1073-1077.
- Albanese M (2000): Problem-based learning: why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills. *Med Educ* 34:729-738.
- Allery LA, Owen PA ja Robling MR (1997): Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ* 314:870-874.
- Almqvist F (2004): Yhteisölliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Kirjassa Lasten- ja nuorisopsykiatria, ss. 77-85. Toim. I Moilanen, E Räsänen, T Tamminen, F Almqvist, J Piha ja K Kumpulainen, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Almqvist F, Ikäheimo K, Kumpulainen K, Tuompo-Johansson E, Linna S-L, Puura K, Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T ja Piha J (1999a): Design and subjects of a Finnish epidemiological study on psychiatric disorders in childhood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 8(suppl. 4):IV/3-IV/6.
- Almqvist F, Kumpulainen K, Ikäheimo K, Linna S-L, Henttonen I, Huikko E, Tuompo-Johansson E, Aronen E, Puura K, Piha J, Tamminen T, Räsänen E ja Moilanen I (1999b): Behavioural and emotional symptoms in 8-9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 8(suppl. 4):IV/7-IV/16.
- Almqvist F, Puura K, Kumpulainen K, Tuompo-Johansson E, Henttonen I, Huikko E, Linna S, Ikäheimo K, Aronen E, Katainen S, Piha J, Moilanen I, Räsänen E ja Tamminen T (1999c): Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 8(suppl. 4):IV/17-IV/28.
- Andersen SM ja Harthorn (1990): Changing the psychiatric knowledge of primary care physicians. The effects of a brief intervention on clinical diagnosis and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 12:177-190.
- Anderson JC, Williams S, McGee R ja Silva PA (1987): DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 44:69-76.
- Antonucci TC (1985): Social support: theoretical advances, recent findings and pressing issues. Kirjassa Social support: Theory, research and applications, ss.21-37. Toim. IG Sarason ja BR Sarason, Martinus Nijhoff, Dordrecht.
- Anttila P, Sourander A, Metsähonkala L, Aromaa M, Helenius H ja Sillanpää M (2004): Psychiatric symptoms in children with primary headache. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:412-419.
- Arajärvi T (1986): Suomalaisten lastenpsykiatrien koulutuksen vaiheita. Kirjassa Lapsen etu. 30 vuotta lastenpsykiatriasta työtä ja tutkimusta Suomessa, ss. 99-103. Toim. M Kaivosoja, Lastenpsykiatrian tutkimussäätiö, Jyväskylä.
- Armstrong D, Reyburn H ja Jones R (1996): A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. *BMJ* 312:949-952.

- Aromaa AS, Koskinen S ja Huttunen J (toim.) (1999): Health in Finland. National Public Health Institute and Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.
- Ball C (2001): Attention-deficit hyperactivity disorder and the use of methylphenidate. *Psychiatr Bull* 25:301-304.
- Bardy M, Salmi M ja Heino T (2001): Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. *Stakes Raportteja* 263, Helsinki.
- Barrows HS (1983): Problem-based, self-directed learning. *JAMA* 250:3077-3080.
- Bernard P, Garralda E, Hughes T ja Tylee A (1999): Evaluation of a teaching package in adolescent psychiatry for general practitioner registrars. *Educ Gen Pract* 10:21-28.
- Bilenberg N, Petersen DJ, Hoerder K ja Gillberg C (2005): The prevalence of child-psychiatric disorders among 8–9-year-old children in Danish mainstream schools. *Acta Psychiatr Scand* 111:59-67.
- Bird HR (1996): Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry* 37:35-49.
- Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, Woodbury M, Huertas-Goldman S, Pagan A, Sanchez-Lacay A ja Moscoso M (1988): Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry* 45:1120-1126.
- Bower P, Garralda E, Kramer T, Harrington R ja Sibbald B (2001): The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Fam Pract* 18:373-382.
- Bowman FM ja Garralda ME (1993): Psychiatric morbidity among children who are frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract* 43:6-9.
- Brandenburg NA, Friedman RM ja Silver SE (1990): The epidemiology of childhood psychiatric disorders: prevalence findings from recent studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:76-83.
- Briggs-Gowan MJ, Horwitz SM, Schwab-Stone ME, Leventhal JM ja Leaf PJ (2000): Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:841-849.
- Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Skuban EM ja Horwitz SM (2001): Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:811-819.
- Brugman E, Reijneveld SA, Verhulst FC ja Verloove-Vanhorick SP (2001): Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 155:462-469.
- Bryce G ja Gordon J (2000): Managing child and adolescent mental health problems: the views of general practitioners. *Health Bull (Edinb)* 58:224-226.
- Burns BJ, Costello EJ, Angold A, Tweed D, Stangl D, Farmer EM ja Erkanli A (1995): Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff* 14:147-159.
- Campbell JK ja Johnson C (1999): Trend spotting: fashions in medical education. *BMJ* 318:1272-1275.
- Campbell TL ja Larivaara P (2004): Working with families in primary care. *Kirjassa Oxford Textbook of Primary Medical Care*, ss. 299-303. Toim. R Jones, N Britten, L Culpepper, DA Gass, R Grol, D Mant ja C Silagy, Oxford University Press, New York.
- Campion-Smith C, Smith H, White P, Baker E, Baker R ja Holloway I (1998): Learners' experience of continuing medical education events: a qualitative study of GP principals in Dorset. *Br J Gen Pract* 46:1590-1593.
- Campo JV, Comer DM, Jansen-McWilliams L, Gardner W ja Kelleher KJ (2002): Recurrent pain, emotional distress, and health service use in childhood. *J Pediatr* 141:76-83.

- Cantillon P ja Jones R (1999): Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 318:1276-1279.
- Cockburn K ja Bernard P (2004): Child and adolescent mental health within primary care: a study of general practitioners' perceptions. *Child Adolesc Mental Health* 9:21-24.
- Cohen P, Velez N, Kohn M, Schwab-Stone M ja Johnson J (1987): Child psychiatric diagnosis by computer algorithm: theoretical issues and empirical tests. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:631-638.
- Connell HM, Irvine L ja Rodney J (1982): Psychiatric disorder in Queensland primary schoolchildren. *Aust Paediatr J* 18:177-180.
- Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ, Dulcan MK, Brent D ja Janiszewski S (1988a): Psychiatric disorders in pediatric primary care. Prevalence and risk factors. *Arch Gen Psychiatry* 45:1107-1116.
- Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Burns BJ ja Brent D (1988b): Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics* 82:415-424.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A ja Worthman CM (1996): The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 53:1129-1136.
- Davis D (1998): Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *Int J Psychiatry Med* 28:21-39.
- Davis DA ja Taylor-Vaisey A (1997): Translating guidelines into practice. *Can Med Assoc J* 157: 408-416.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD ja Haynes RB (1992): Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 268:1111-1117.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD ja Haynes RB (1995): Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 274:700-705.
- Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P ja Taylor-Vaisey A (1999): Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes? *JAMA* 282:867-874.
- Doherty WJ ja Baird MA (1986): Developmental levels in family-centered medical care. *Fam Med* 18:153-156.
- Doucet MD, Purdy RA, Kaufman DM ja Langille DB (1998): Comparison of problem-based learning and lecture format in continuing medical education on headache diagnosis and management. *Med Educ* 32:590-596.
- Dulcan MK, Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Brent D ja Janiszewski S (1990): The paediatrician as gatekeeper to mental health care for children: do parents' concerns open the gate? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:453-458.
- Eapen V, Jakka ME ja Abou-Saleh MT (2003): Children with psychiatric disorders: the Al Ain Community Psychiatric Survey. *Can J Psychiatry* 48:402-407.
- Ebeling H, Kurki P-L ja Mönkkönen R (2000): Oireileva lapsi perhelääkärin potilaana. *Duodecim* 116:2438-2441.
- Egger HL, Angold A ja Costello EJ (1998): Headaches and psychopathology in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 37:951-958.
- Egger HL, Costello EJ, Erkanli A ja Angold A (1999): Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:852-860.

- Engel GL (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136.
- Engel GL (1978): The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci* 310:169-181.
- Eronen H, Rintanen H ja Saukkonen S-M (2004): Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa vuonna 2003. *Stakes Tilastotiedote* 23/2004, Helsinki.
- Esser G, Schmidt MH ja Woerner W (1990): Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children – results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 31:243-263.
- Farmer EMZ, Burns BJ, Phillips SD, Angold A ja Costello EJ (2003): Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatr Serv* 54:60-66.
- Fombonne E (1994): The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. *Br J Psychiatry* 164:69-79.
- Ford T, Goodman R ja Meltzer H (2003a): The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1203-1211.
- Ford T, Goodman R ja Meltzer H (2003b): Service use over 18 months among a nationally representative sample of British children with psychiatric disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry* 8:37-51.
- Forrest JM, McKenna M, Stanley IM, Boaden NT ja Woodcock GT (1989): Continuing education: a survey among general practitioners. *Fam Pract* 6:98-107.
- Fox RD ja Bennett NL (1998): Learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ* 316:466-468.
- Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R ja Bero LA (1997): Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2, Oxford: Update Software.
- Gardner W, Kelleher KJ, Wasserman R, Childs G, Nutting P, Lillienfeld H ja Pajer K (2000): Primary care treatment of pediatric psychosocial problems: A study from Pediatric Research in Office Settings and Ambulatory Sentinel Practice Network. *Pediatrics* 106:E44.
- Garralda ME ja Bailey D (1986a): Psychological deviance in children attending general practice. *Psychol Med* 16:423-429.
- Garralda ME ja Bailey D (1986b): Children with psychiatric disorders in primary care. *J Child Psychol Psychiatry* 27:611-624.
- Gask L, Goldberg D, Lesser AL ja Millar T (1988): Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ* 22:132-138.
- Giel R, de Arango MV, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, Srinivasa R, Salazar MC, Wig NN ja Younis YOA (1981): Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 68:677-683.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J ja Thomas R (2003): Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 289:3145-3151.
- Glascoe FP ja Dworkin PH (1995): The role of parents in detection of developmental and behavioural problems. *Pediatrics* 95:829-836.
- Goldberg ID, Regier DA, McInerney TK, Pless IB ja Roghmann KJ (1979): The role of the pediatrician in the delivery of mental health services to children. *Pediatrics* 63:898-909.

- Goldberg ID, Roghmann KJ, McInerney TK ja Burke JD Jr (1984): Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. *Pediatrics* 73:278-293.
- Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E ja Vila V (1994): Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand* 89:352-357.
- Goodyear-Smith F, Whitehorn M ja McCormick R (2003): Experiences and preferences of general practitioners regarding continuing medical education: a qualitative study. *N Z Med J* 116:U399.
- Gordon MJ (1991): A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. *Acad Med* 66:762-769.
- Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A ja O'Brien MA (2001): Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 39:II-2-II-45.
- Grol R (1997): Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 315:418-421.
- Gureje O, Omigbodun OO, Gater R, Acha RA, Ikuesan BA ja Morris J (1994): Psychiatric disorders in a paediatric primary care clinic. *Br J Psychiatry* 165:527-530.
- Hak T ja Maguire P (2000): Group process: The black box of studies on problem-based learning. *Acad Med* 75:769-772.
- Halila H (2003): Täydennyskoulutuksen varmistaminen – keppiä vai porkkanaa?, *Kunnallislääkäri* 18(4B):36-38.
- Halonen J, Kumpusalo E, Kekki P, Kivelä S-L, Klockars M, Mattila K, Vainiomäki P, Kautiainen H ja Takala J (2001): Yleislääketieteeseen erikoistuminen Suomessa. *Suom Lääkäril* 56:433-436.
- Hastrup A, Toikka S ja Solantausta T (2005): Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perustason työssä. Vavu-hankkeen loppuraportti. *Stakes Aiheita* 8/2005, Helsinki.
- Hay PJ ja Katsikitis M (2001): The 'expert' in problem-based and case-based learning: necessary or not? *Med Educ* 35:22-26.
- Heikkilä M ja Kautto M (toim.) (2002): Suomalaisten hyvinvointi 2002. *Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.*
- Heino T (2000): Lasten psykososiaaliset palvelut ja lastensuojelu. Kirjassa *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*, ss. 55-71. Toim. H Uusitalo, A Parpo ja A Hakkarainen, *Stakes Raportteja* 250, Helsinki.
- Helin-Salmivaara A (2001): Continuing medical education of general practitioners. *Kunnallislääkäri* 16(4B):49.
- Helin-Salmivaara A (2005): Yleislääkärin ammattitaidon kehittäminen. Kirjassa *Yleislääketiede*, ss. 609-617. Toim. E Kumpusalo, M Ahto, K Eskola, S Keinänen-Kiukaanniemi, E Kosunen, I Kunnamo ja J Lohi, *Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.*
- Hermanson E (1997): Lapset perusterveydenhuollossa: Katsaus lastenneuvolan kehitykseen, visio tulevaan. *Stakes Aiheita* 24/1997, Helsinki.
- Hodges B, Inch C ja Silver I (2001): Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review. *Am J Psychiatry* 158:1579-1586.
- Holm HA (1998): Quality issues in continuing medical education. *BMJ* 316:621-624.
- Holmberg-Marttila D (1999): Tutorin käsikirja. 2. painos. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Holmberg-Marttila D, Virjo I, Kosunen E ja Virtanen P (1998): Ongelmalähtöinen opiskelu lääketieteen opiskelijoiden arvioimana. *Duodecim* 114:1956-1961.

- Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM, Forsyth B ja Speechley KN (1992): Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics* 89:480-485.
- Horwitz SM, Leaf PJ ja Leventhal JM (1998): Identification of psychosocial problems in pediatric primary care: do family attitudes make a difference? *Arch Pediatr Adolesc Med* 152:367-371.
- Hukkanen R (2002): Psychosocial problems of childrens placed in children's homes. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisusarja , sarja D osa 524, Turku.
- Hutchinson L (1999): Evaluating and researching the effectiveness of educational interventions. *BMJ* 318:1267-1269.
- Ikäheimo K (1999): Lastenpsykiatrinen hoitoonohjautumisprosessi. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisu, sarja C osa 151, Turku.
- Illing J, Taylor GB ja O'Halloran C (2002): Can a postgraduate course for general practitioners deliver perceived benefit for learners, patients and the NHS?: a qualitative study. *Med Teach* 24:67-70.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA ja Oxman AD (2003): Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 3, Oxford: Update Software.
- Jankowski J, Crombie I, Block R, Mayet J, McLay J ja Struthers AD (1991): Self-assessment of medical knowledge: do physicians overestimate or underestimate? *J R Coll Physicians Lond* 25:306-8.
- Jansen JJM, Tan LHC, van der Vleuten CPM, van Luijk SJ, Rethans JJ ja Grol RPTM (1995): Assessment of competence in technical clinical skills of general practitioners. *Med Educ* 29:247-253.
- Jellinek MS, Murphy JM, Little M, Pagano ME, Comer DM ja Kelleher KJ (1999): Use of Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: a national feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153:254-260.
- Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H ja Rouhe E (1994): SCL-25 and recognition of mental health disorders reported by primary health care physicians. *Acta Psychiatr Scand* 89:320-323.
- Joukamaa M, Lehtinen V ja Karlsson H (1995): The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 91:52-56.
- Järventie I (1999): Syrjäytyvätkö lapset? Tutkimus 1990-luvun lasten perushoivasta, hyvinvoinnista ja lastensuojelupalvelujen käytöstä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisu 1999:6, Helsinki.
- Kahn RL ja Antonucci TC (1980): Convoys over the life course: attachments, roles, and social support. Kirjassa *Life-span Development and Behavior*, ss. 253-286. Toim. PB Baltes ja OG Brim Jr, Academic Press, New York.
- Kangaspunta R, Kilkku N, Kaltiala-Heino R-K ja Punamäki R-L (2005): Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen. Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola -projektin loppuraportti 2002-2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 1/2005, Tampere.
- Kaukonen P ja Pylkkänen K (2003): Missä ovat hoitamattomat psykiatristen erikoisalujen jonot? *Suom Lääkäril* 58:2553-2555.
- Kauppinen S, Forss A ja Taskinen S (2003): Kasvatus- ja perheneuvonta 2002. *Stakes Tilastotiedote* 15/2003, Helsinki.
- Kelleher KJ, Childs GE, Wasserman RC, McInerney TK, Nutting PA ja Gardner WP (1997): Insurance status and recognition of psychosocial problems. A report from the Pediatric Research in Office Settings and the Ambulatory Sentinel Practice Networks. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151:1109-15.

- Kelleher KJ, McInerney TK, Gardner WP, Childs GE ja Wasserman RC (2000): Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. *Pediatrics* 105:1313-1321.
- Kelly MH ja Murray TS (1994): General practitioners' views on continuing medical education. *Br J Gen Pract* 44:469-471.
- Kendrick T, Stevens L, Bryant A, Goddard J, Stevens A, Raftery J ja Thompson C (2001): Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequences. *Br J Gen Pract* 51:911-913.
- Kerwick S, Jones R, Mann A ja Goldberg D (1997): Mental health care training priorities in general practice. *Br J Gen Pract* 47:225-227.
- Kirkpatrick DL (1998): Evaluating training programs. The four levels. Berrett-Koehler Publishers, San Francisco.
- Knowles MS (1977): The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. Association Press, New York.
- Kokko S (toim.) (1993): Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveystalvelujen vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoitukselta ja saatavuudesta. *Stakes Aiheita* 42, Helsinki.
- Kokko S ja Niskanen T (1995): Perusterveydenhuolto. Kirjassa *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*, ss. 34-57. Toim. H Uusitalo, M Konttinen ja M Staff, *Stakes Raportteja* 173, Helsinki.
- Kolb DA (1984): *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Kolko DJ ja Kazdin AE (1993): Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. *J Child Psychol Psychiatry* 34:991-1006.
- Koot HM ja Verhulst FC (1991): Prevalence of problem behavior in Dutch children aged 2-3. *Acta Psychiatr Scand* 367 (Suppl):1-37.
- Koro J (1993): Aikuinen oman oppimisensa ohjaajana: itseohjautuvuus, sen kehittyminen ja yhteys oppimistuloksiin kasvatustieteen avoimen korkeakouluopetuksen monimuotokokeilussa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 98, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Kouvalainen K (1995): Neuvolatoimintojen haasteet ja uhat. *Duodecim* 111:32-39.
- Kramer T ja Garralda ME (1998): Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 173:508-513.
- Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ ja Oxman TE (2000): Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. *Psychosomatics* 41:39-52.
- Kroes M, Kalff AC, Kessels AG, Steyaert J, Feron FJ, van Someren AJ, Hurks PP, Hendriksen JG, van Zeben TM, Rozendaal N, Crolla IF, Troost J, Jolles J ja Vles JS (2001): Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch schoolchildren aged 6 to 8 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1401-1409.
- Krupinski J ja Tiller JWG (2001): The identification and treatment of depression by general practitioners. *Aust N Z J Psychiatry* 35:827-832.
- Kumpulainen K ja Kemppinen K (2000): Lasten psyykkisen häiriintyneisyyden tunnistaminen perusterveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 53:1233-1236.
- Kumpulainen K, Henttonen I ja Räsänen E (1994): Psyykkisten oireiden ja häiriöiden esiintyvyys 8-vuotiailla lapsilla Itä-Suomessa. *Kuopion yliopiston julkaisuja D* 37, Kuopio.
- Larivaara P (2005): Tiimityö ja verkostoituminen. Kirjassa *Yleislääketiede*, ss. 438-451. Toim. E Kumpusalo, M Ahto, K Eskola, S Keinänen-Kiukaanniemi, E Kosunen, I Kunnamo ja J Lohi, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

- Larivaara P ja Taanila A (2004): Towards interprofessional family-oriented teamwork in primary services: the evaluation of an educational programme. *J Interprof Care* 18:153-163.
- Larivaara P, Väisänen E, Väisänen L ja Kiuttu J (1995): Training general practitioners in family systems medicine. *Nord J Psychiatry* 49:191-197.
- Larivaara P, Väisänen E, Moilanen I ja Kiuttu J (1997): Perhe- ja yhteisölääketeede. Kliinisen toiminnan, opetuksen ja tutkimuksen nykytila ja kehittämistarpeet. Oulun yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Sarja: Yleislääketiede Selvitykset 1/1997, Oulu.
- Larivaara P, Kiuttu J ja Taanila A (2001): The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. *Scand J Prim Health Care* 19:8-13.
- Larson CP, Pless IB ja Miettinen O (1988): Preschool behavior disorders: their prevalence in relation to determinants. *J Pediatr* 113:278-285.
- Lavigne JV, Binns HJ, Christoffel KK, Rosenbaum D, Arend R, Smith K, Hayford JR ja McGuire PA (1993): Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatrics* 91:649-655.
- Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, Arend K, Rosenbaum D, Binns H, Dawson N, Sobel H ja Isaacs C (1996): Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:204-214.
- Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven CW, Narrow WE, Vaden-Kiernan M ja Regier DA (1996): Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:889-897.
- Luk ESL, Brann P, Sutherland S, Mildred H ja Birleson P (2002): Training general practitioners in the assessment of childhood mental health problems. *Clin Child Psychol Psychiatry* 7:571-579.
- Luoma I ja Tamminen T (2002): Äidin masennus ja lapsen psyykinen kehitys. *Suom Lääkäril* 57:4093-4096.
- Lynch TR, Wildman BG ja Smucker WD (1997): Parental disclosure of child psychosocial concerns: relationship to physician identification and management. *J Fam Pract* 44:273-280.
- Lääkintöhallitus (1972): Ohjeita kansanterveislain edellyttämästä kouluterveydenhuollosta. Ohjekirje DNo 9927/522/72, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Lääkintöhallitus (1975): Ohjeet lasten neuvontatoiminnan tehostamisesta terveyskeskuksissa. Ohjekirje DNo 1371/529/74, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Lääkintöhallitus (1981): Ohjeet kouluterveydenhuollosta. Ohjekirje DNo 1392/02/81, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Lääkintöhallitus (1990): Lastenneuvolaopas. Opassarja nro 7, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Mann KV ja Chaytor KM (1992): Help! Is Anyone Listening? An Assessment of Learning Needs of Practicing Physicians. *Acad Med* 67:54-56.
- Mann KV, Viscount P, Cogdon A, Davidson K, Langille DB ja Maccara ME (1996): Multidisciplinary learning in continuing professional education: The Heart Nova Scotia Experience. *J Contin Educ Health Prof* 16:50-60.
- Marjamäki P (1994): Muutokset eräissä ehkäisevän sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1994:12, Helsinki.
- Marjamäki P, Kolimaa M ja Söder J (1999): Seulonnat ja terveystarkastukset terveyskeskuksissa 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1998:11, Helsinki.

- Mattila K ja Niskanen T (2002): Terveysthuolto 2000-luvulle. Terveysthuolto informaatio-ohjauksessa. Tampereen yliopisto, Yleislääketieteen raportteja 1:2002, Tampere.
- McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J ja Lorenz A (2005): Family-Oriented Primary Care. Springer Science+Business Media, New York.
- McDonnell MA ja Glod C (2003): Prevalence of psychopathology in preschool-age children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 16:141-152.
- McGee R, Feehan M, Williams S ja Anderson J (1992): DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:50-59.
- Miller MD ja Ferris DG (1993): Measurement of subjective phenomena in primary care research: the Visual Analogue Scale. *Fam Pract Res J* 13:15-24.
- Mogensen E, Elinder G, Widström A-M ja Winbladh B (2002): Centres for Clinical Education (CCE): developing the health care education of tomorrow: a preliminary report. *Educ Health* 15:10-8.
- Morita H, Suzuki M, Suzuki S ja Kamoshita S (1993): Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *J Child Psychol Psychiatry* 34:317-332.
- Muuri A (1995): Lasten huolenpitolpalvelut. Kirjassa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, ss. 100-123. Toim. H Uusitalo, M Konttinen ja M Staff, Stakes Raportteja 173, Helsinki.
- Mäkelä J (1999): Eryitystä hoitoa ja kasvatusta tarvitseva lapsi päivähoitossa. *Kunnallislääkäri* 15(8):23-27.
- Mäkelä J (2000): Eryityspäivähoito kuntouttajana. *Kunnallislääkäri* 15(2):13-16.
- Mäntymaa M ja Tamminen T (1999): Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. *Duodecim* 115:2447-2453.
- Mäntymaa M, Luoma I, Puura K ja Tamminen T (2003): Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 119:459-465.
- Navon M, Nelson D, Pagano M ja Murphy M (2001): Use of the pediatric symptom checklist in strategies to improve preventive behavioral health care. *Psychiatr Serv* 52:800-804.
- Neufeld VR, Woodward CA ja MacLeod SM (1989): The McMaster M.D. program: a case study in medical education. *Acad Med* 64:423-432.
- Norman GR ja Schmidt HG (1992): The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Acad Med* 67:557-565.
- Norman GR ja Schmidt HG (2000): Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. *Med Educ* 34:721-728.
- Nylenna M ja Aasland OG (2000): Primary care physicians and their information-seeking behaviour. *Scand J Prim Health Care* 18:9-13.
- Nylenna M, Aasland OG ja Falkum E (1996): Keeping professionally updated: Perceived coping and CME profiles among physicians. *Contin Educ Health Prof* 16:241-249.
- Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, Byles JA, Crawford JW, Monroe-Blum H, Byrne C, Thomas H ja Woodward CA (1987): Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 44:832-836.
- Oxman AD, Thomson MA, Davis DA ja Haynes RB (1995): No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 153:1423-1431.
- Paavonen EJ, Almqvist F, Tamminen T, Moilanen I, Piha J, Räsänen E ja Aronen ET (2002): Poor sleep and psychiatric symptoms at school: an epidemiological study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 11:10-17.
- Perheentupa J (1997): Suomalaisen lapsen ja nuoren terveys. *Duodecim* 113:563-568.

- Pfaff JJ, Acres JG ja McKelvey RS (2001): Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Med J Aust* 174:222-226.
- Piha J (2000): Lastenpsykiatrian hoitoketju pääläelleen. *Käytännön Lääkäri* 43:26-29.
- Piha J (2002): Tekevätkö lastenpsykiatrit vääriä asioita? (Pääkirjoitus). *Duodecim* 118:2477-2478.
- Piha J (2004): Perheen merkitys. Kirjassa Lasten- ja nuorisopsykiatria, ss. 61-69. Toim. I Moilanen, E Räsänen, T Tamminen, F Almqvist, J Piha ja K Kumpulainen, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Piha J ja Almqvist F (1994): Child psychiatry as an academic and clinical discipline in Finland. *Nord J Psychiatry* 48:3-8.
- Piha J, Kaivosoja M ja Salomaa K (2000): Lasten mielenterveysseelvitys. *Stakes aiheita* 4/2000, Helsinki.
- Pihlakoski L, Aromaa M, Sourander A, Rautava P, Helenius H ja Sillanpää M (2004): Use of and need for professional help for emotional and behavioral problems among preadolescents: a prospective cohort study of 3- to 12-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:974-983.
- Pitkäjärvi T (2000): Omalääkäritoiminnan vaikutukset palveluihin. *Suom Lääkäril* 55:3955-3958.
- Pitkälä K, Mäntyranta T, Pauna A-R, Korhonen M ja Heinänen T (2000): Portfolio oppimisen välineenä lääketieteessä. *Duodecim* 116:137-143.
- Pitts J ja Vincents S (1994): General practitioners' reasons for not attending a higher professional education course. *Br J Gen Pract* 44:271-273.
- Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Mattiasson A-C ja Nordström G (2004): Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Med Educ* 38:727-736.
- Puura K (1998): What children tell and adults notice. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 605, Tampere.
- Puura K (2001): Vauvan depressio. *Duodecim* 117:1115-1121.
- Puura K, Tamminen T, Bredenberg P, Escartin T, Kaukonen P, Leijala H, Rutanen M, Suominen I ja Salmelin R (1995a): Psychiatric disturbances in children in the catchment area of Tampere University Hospital. *Psychiatria Fennica* 26:173-185.
- Puura K, Tamminen T, Bredenberg P, Escartin T, Kaukonen P, Leijala H, Rutanen M, Suominen I ja Salmelin R (1995b): Lasten psyykkiset häiriöt Tampereen yliopistollisen sairaalan vastualueella. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisusarja REP 110. *Psychiatria Fennica Oy*, Helsinki.
- Puura K, Almqvist F, Tamminen T, Piha J, Räsänen E, Kumpulainen K, Moilanen I ja Koivisto A-M (1998a): Psychiatric disturbances among prepubertal children in southern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:310-318.
- Puura K, Almqvist F, Tamminen T, Piha J, Kumpulaine K, Räsänen E, Moilanen I ja Koivisto A-M (1998b): Children with symptoms of depression – what do the adults see? *J Child Psychol Psychiatry* 39:577-585.
- Puura K, Tamminen T, Mäntymaa M, Virta E, Turunen M-M ja Koivisto A-M (2001): Latenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. *Suom Lääkäril* 56:4855-4861.
- Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC ja Verloove-Vanhorick SP (2004): Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive health care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158:811-817.
- Rintanen H ja Saukkonen S-M (2004): Terveyskeskuskäynnit vuosina 1985-2002. Perusterveydenhuollon toimintatilasto – aikasarja 1985-2002. *Stakes Tilastotiedote* 3/2004, Helsinki.

- Roberts RE, Attkisson CC ja Rosenblatt A (1998): Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 155:715-725.
- Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring A-L, von Knorring L, Wistedt B ja Åberg-Wistedt A (1989): An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 79:19-26.
- Rutz W, von Knorring L ja Wålinder J (1992): Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 85:83-88.
- Saarni S ja Henriksson M (toim.) (2005): Lääkärietiikka. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Sanci LA, Coffey CMM, Veit FCM, Carr-Gregg M, Patton GC, Day N ja Bowes G (2000): Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. *BMJ* 320:224-229.
- Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H ja Piha J (2005): Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics* 115:e434-e442.
- Sariola S (2000): Lastenpsykiatrian korvamerkit rahat jaettiin. *Suom Lääkäril* 55:1492-1493.
- Sauli H, Bardy M ja Salmi M (2002): Elinolojen koventuminen pikkulapsiperheissä. Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi 2002, ss. 32-61. Toim. M Heikkilä ja M Kautto, Stakes, Gummerus kirjapaino Oy Jyväskylässä.
- Sawyer MG, Baghurst P ja Mathias J (1992): Differences between informants' reports describing emotional and behavioural problems in community and clinic-referred children: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 33:441-449.
- Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, Nurcombe B, Patton GC, Prior MR, Raphael B, Rey JM, Whaites LC ja Zubrick SR (2001): The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust N Z J Psychiatry* 35:806-814.
- Sayal K ja Taylor E (2004): Detection of child mental health disorders by general practitioners. *Br J Gen Pract* 54:348-352.
- Sayal K, Taylor E, Beecham J ja Byrne P (2002): Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 181:43-48.
- Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB ja Ferrari G (2003): Improving psychiatric interview skills of established GPs: evaluation of a group training course in Italy. *Fam Pract* 20:363-369.
- Schmidt HG (1993): Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. *Med Educ* 27:422-432.
- Schmidt HG ja Moust JH (1995): What makes a tutor effective? A structural-equations modelling approach to learning in problem-based curricula. *Acad Med* 70:708-714.
- Schmidt HG, van der Arend A, Moust JH, Kokx I ja Boon L (1993): Influence of tutors' subject-matter expertise on student effort and achievement in problem-based learning. *Acad Med* 68:784-791.
- Sebuliba D ja Vostanis P (2001): Child and adolescent mental health training for primary care staff. *Clin Child Psychol Psychiatry* 6:191-204.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G ja Regier DA (1996): The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for*

- the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:865-877.
- Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV ja Fraser W (1982): A randomized trial of continuing medical education. *N Engl J Med* 306:511-515.
- Silver M ja Wilkerson L (1991): Effects of tutors with subject expertise on the problem-based tutorial process. *Acad Med* 66:298-300.
- Smits PBA, Verbeek JHAM ja de Buissonjé CD (2002): Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ* 324:153-156.
- Smits PB, de Buissonjé CD, Verbeek JH, van Dijk FJ, Metz JC ja ten Cate OJ (2003): Problem-based learning versus lecture-based learning in postgraduate medical education. *Scand J Work Environ Health* 29:280-287.
- Solantaus T ja Beardslee W (1996): Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. *Duodecim* 112:1647-1656.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (1999): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Julkaisuja 1999:16, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2001): Lasten- ja nuortenpsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2000. Selvityksiä 2001:11, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2003): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Julkaisuja 2003:20, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2004a): Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 2004:8, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2004b): Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Oppaita 2004:14, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2004c): Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnissa. Julkaisuja 2004:13, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Stakes (2002): Kouluterveydenhuolto. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51, Helsinki.
- Sourander A (2001): Emotional and behavioural problems in a sample of Finnish three-year-olds. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10:98-104.
- Sourander A ja Piha J (2000): A model for change at the outpatient – inpatient interface in child psychiatry. *Clin Child Psychol Psychiatry* 5:97-103.
- Sourander A, Helstelä L, Ristkari T, Ikäheimo K, Helenius H ja Piha J (2001): Child and adolescent mental health service use in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:294-298.
- Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikäheimo K ja Helenius H (2004): Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:1134-1145.
- Stallard P (1993): The behaviour of 3-year-old children: prevalence and parental perception of problem behaviour: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 34:413-421.
- Stanley I, al-Shehri A ja Thomas P (1993): Continuing education for general practice. 1. Experience, competence and the media of self-directed learning for established general practitioners. *Br J Gen Pract* 43:210-214
- Stewart J, O'Halloran C, Barton JR, Singleton SJ, Harrigan P ja Spencer J (2000): Clarifying the concept of confidence and competence to produce appropriate self-evaluation measurement scales. *Med Educ* 34:903-909.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia (2001): Koululaisten terveys. Konsensuslausuma. *Duodecim* 117:2583-2594.

- Suomen Lääkäriliitto (2003): Lääkärikysely 2003: Tilastoja. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Taanila A ja Larivaara P (2004): Perheet osaksi moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisen perhetyön koulutuksen arviointia. *Sosiaalilääket Aikakausi* 41:228-239.
- Taanila A, Larivaara P, Korpio A ja Kalliokoski R (2002): Evaluation of a family-oriented continuing medical education course for general practitioners. *Med Educ* 36:248-257.
- Tamminen T (1996): Lastenpsykiatrin toiminta. Kirjassa *Pahantapaisista pojista ja tytöistä itkeviin vauvoihin – yli 100 vuotta lasten mielenterveystyötä*, ss. 188-189. Toim. T Arajärvi, H Forsius, M Kalliopuska, P Saarinen ja L Seitamo, Lastenpsykiatrian tutkimussäätiön julkaisusarja nro 6, Tampere.
- Tamminen T (2004): Pienten lasten ja varhaisen vuorovaikutuksen psyykkiset häiriöt. Kirjassa *Lasten- ja nuorisopsykiatria*, ss. 192-200. Toim. I Moilanen, E Räsänen, T Tamminen, F Almqvist, J Piha ja K Kumpulainen, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Taskinen S (1995): Miten käy lasten palveluiden? Koulun psykososiaalisen oppilashuollon, kouluterveydenhuollon ja kasvatusta- ja perheneuvonnan virkaselvitys 1993-1994. *Stakes Aiheita* 6/1995, Helsinki.
- Taskinen S (1998): Kasvatus- ja perheneuvonta 1997. *Stakes Tilastoraportti* 12, Helsinki.
- Taskinen S (2002): Lasten ja lapsiperheiden palvelut. Kirjassa *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*, ss. 60-75. Toim. M Heikkilä ja A Parpo, *Stakes Raportteja* 268, Helsinki.
- Terho P (2002): Kouluterveydenhuollon historiaa. Kirjassa *Kouluterveydenhuolto*, ss. 12-17. Toim. P Terho, E-L Ala-Laurila, J Laakso, H Krogius ja M Pietikäinen, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Terho P ja Vakkilainen E-L (1993): Kouluterveydenhuollon tukiaineisto. *Stakes Oppaita* 16/1993, Helsinki.
- Thompson MJ, Stevenson J, Sonuga-Barke E, Nott P, Bhatti Z, Price A ja Hudswell M (1996): Mental health of preschool children and their mothers in a mixed urban/rural population: I. Prevalence and ecological factors. *Br J Psychiatry* 168:16-20.
- Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D ja Campbell MJ (2000): Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 355:185-191.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N ja Harvey EL (1997): Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 4, Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N ja Harvey EL (1999): Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 1, Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA ja Herrin J (2001): Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 1, Oxford: Update Software.
- Tracey JM, Arroll B, Richmond DE ja Barham PM (1997): The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ* 315:1426-1428.

- Varjoranta P ja Pietilä A-M (1999): Kouluterveydenhuolto tänään. Selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa. *Stakes Aiheita* 4/1999, Helsinki.
- Velez CN, Johnson J ja Cohen P (1989): A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:861-864.
- Verhulst FC ja van der Ende J (1997): Factors associated with child mental health service use in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:901-909.
- Verhulst FC, Berden GF ja Sanders-Woudstra JA (1985): Mental health in Dutch children: (II). The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr Scand* 324:1-45.
- Verhulst FC, van der Ende J ja Rietbergen A (1997): Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatr Scand* 96:7-13.
- Vikan A (1985): Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry* 26:55-75.
- Virjo I, Virjo A, Mattila K ja Isokoski M (1995): Graphics tablet facilitates use of visual analogue scale. Kirjassa 14th WONCA World Conference June 10-14 1995 Hong Kong, Abstract Book, s. 114.
- Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM ja McEwan K (2002): Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry* 47:825-832.
- Wahlström O ja Sanden I (1998): Multiprofessional training ward at Linköping University: Early experience. *Educ Health* 11:231-237.
- Weeramanthri T ja Keaney F (2000): What do inner city general practitioners want from a child and adolescent mental health service? *Psychiatric Bulletin* 24:258-260.
- Wensing M, Van der Weijden T ja Grol R (1998): Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 48:991-997.
- Wildman BG, Kinsman AM, Logue E, Dickey DJ ja Smucker WD (1997): Presentation and management of childhood psychosocial problems. *J Fam Pract* 44:77-84.
- Wildman BG, Kizilbash AH ja Smucker WD (1999): Physicians' attention to parents' concerns about the psychosocial functioning of their children. *Arch Fam Med* 8:440-444.
- Wildman BG, Kinsman AM ja Smucker WD (2000): Use of child reports of daily functioning to facilitate identification of psychosocial problems in children. *Arch Fam Med* 9:612-616.
- Woodward CA, Boyle MH, Offord DR, Cadman DT, Links PS, Munroe-Blum H, Byrne C ja Thomas H (1988): Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. *Pediatrics* 82:425-434.
- Worrall G, Chaulk P ja Freake D (1997): The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *Can Med Assoc J* 156:1705-1712.
- Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C ja Robbins M (1999): Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J* 161:37-40.
- Zahner GEP, Pawelkiewicz W, DeFrancesco JJ ja Adnopoz J (1992): Children's mental health service needs and utilization patterns in an urban community: an epidemiological assessment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:951-960.
- Zonia SC ja Stommel M (2000): Interns' self-evaluations compared with their faculty's evaluations. *Acad Med* 75:742.

Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I ja Atkins J (2000):
Interprofessional education: effects on professional practice and health care
outcomes (Cochrane Review). The Cochrane Library 3, Oxford: Update Software.

Liitteet

Hyvä kollega,

Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöt ovat vaikeutuva ja kasvava ongelma kaikissa kehittyneissä länsimaissa. Epidemiologisten tutkimusten mukaan Suomessa noin viidesosalla lapsista on psyykkistä oireilua. Myös valtiovallan taholta asiaan on kiinnitetty huomiota ja eduskunta myönsi vuodelle 2000 ylimääräisen 70 milj. markan suuruisen valtionavun käytettäväksi lasten ja nuorten mielenterveystyön edistämiseen.

Lasten mielenterveyshoitoa ei voida perustaa pelkästään erikoissairaanhoidon resursseihin. Terveyskeskuslääkärit ovat tärkeässä asemassa ennaltaehkäisemään ja havaitsemaan lasten mielenterveysongelmia sekä osallistumaan niiden hoitoon yhteistyössä lapsen perheen ja muiden hoitotahojen kanssa. Hoito- ja tukitoimien kehittämiseksi tarvitaan tutkimustietoa.

Nyt kädessäsi oleva kysely saattaa tuntua tutulta. Lähetimme vuosi sitten lähes samansisältöisen kyselyn, jonka palautti 67.3 %. Kiitos siitä! Kyselyllä pyrittiin selvittämään terveyskeskuksessa työskentelevien lääkäreiden toimenkuvaa ja omaan arvioon perustuvia valmiuksia kohdata lastenpsykiatrisia ongelmia. Tämän uusintakyselyn tarkoituksena on selvittää, onko vuoden aikana tapahtunut muutoksia, kun erityisvaltionavun tuella on toteutettu erilaisia koulutus- ja yhteistyöhankkeita. Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan lomakkeen kysymyksiin. Jos et tällä hetkellä toimi terveyskeskuslääkärinä vastaa aikaisemman terveyskeskuskemuksesi pohjalta. Jokainen vastaus on tutkimuksen kannalta arvokas.

Tämä kysely on lähetetty Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (ns. miljoonapiiri) toimiville lääkäreille, jotka Suomen Lääkäriliiton jäsenkyselyn mukaan ovat toimineet terveyskeskustyössä maaliskuussa 1999. Palautuskirjekuoressa on numero postituksen seuraamiseksi. Tutkimuksen tuloksia käsiteltäessä vastaajien henkilöllisyys ei ole missään vaiheessa tutkijoiden tiedossa. **Toivomme sinun palauttavan kyselyn 1.6.2001 mennessä.**

Kollega Anneli Heikkinen vastaa mielellään tutkimusta koskeviin kysymyksiin, puh. (03) 215 7229, sähköposti: ilanhei @uta.fi.

Anneli Heikkinen
Yleislääketieteen erikoislääkäri
Yleislääketieteen yksikkö
33014 Tampereen yliopisto

Kari Mattila
Yleislääketieteen professori
Tampereen yliopisto

Kaija Puura
Lastenpsykiatrian apulaisopettaja
Tampereen yliopisto
Tampereen yliopistollinen sairaala

Eija-Liisa Ala-Laurila
Lastentautien erikoislääkäri
Tampereen sosiaali- ja terveystoimi

TIETOJA VASTAAJASTA

1. Ikä _____ vuotta

2. Sukupuoli 1 mies 2 nainen

3. Kuinka monta vuotta olet toiminut lääkärinä : _____ vuotta

4. Kuinka monta vuotta olet toiminut terveyskeskustyössä: _____ vuotta

5. Toimitko tällä hetkellä terveyskeskuslääkärinä kyllä en

6. Toimitko väestövastuulääkärinä 1 kyllä 2 en

Jos toimit väestövastuulääkärinä: vastuuväestön koko _____ henkilöä

7. Oletko erikoistunut 1 kyllä 2 en erikoisala _____

8. Oletko erikoistumassa 1 kyllä 2 en erikoisala _____

9. Siviilisäätty 1 naimaton 2 avo- tai avioliitossa 3 eronnut 4 leski

10. Lasten lukumäärä _____, lasten iät _____

11. Oletko vanhempana käyttänyt lastenneuvolan tai kouluterveydenhuollon palveluita

1 kyllä 2 en

NEUVOLATYÖ

12. Toimitko äitiysneuvolassa 1 kyllä en

13. Toimitko lastenneuvolassa 1 kyllä en

14. Minkä ikäisille lapsille tehdään terveyskeskuksessasi neuvolalääkärin määräaikaistarkastukset koko ikäluokalle (ympyröi kaikki sopivat vaihtoehdot)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10—11—12kk

1½v 2v 3v 4v 5v 6v 7v

en tiedä

15. Tehdäänkö lastenneuvolalääkärin määräaikaistarkastuksia terveyskeskuksessasi mielestäsi

1 liian vähän 2 sopivasti 3 liian paljon 4 en osaa sanoa

16. Onko terveyskeskuksessasi lääkärille varattu työaikaa lastenneuvolatyöhön mielestäsi

1 liian vähän 2 sopivasti 3 liian paljon 4 en osaa sanoa

17. Mitä toimintaa lastenneuvolassa on liikaa:

.....
Mitä toimintaa lastenneuvolassa on liian vähän:

18. Jos toimit lastenneuvolassa, teetkö merkintöjä ns.perhelehdelle (uuden imeväis- ja leikki-ikäisen terveystietomuksen lomake Lapsen perhe)

1 en koskaan 2 satunnaisesti 3 säännöllisesti 4 neuvolassamme ei käytetä perhelehteä

KOULUTERVEYDENHUOLTOTYÖ

19. Toimitko kouluterveydenhuollossa 1 kyllä 2 en

20. Millä ala-asteen luokilla terveyskeskuksessasi koululääkäri tekee terveystarkastuksen koko luokalle (ympyröi kaikki sopivat vaihtoehdot)

1 lk 2 lk 3 lk 4 lk 5 lk 6 lk
7 lk 8 lk 9 lk 10 lk en tiedä

21. Tehdäänkö koululääkäriin määräaikaistarkastuksia mielestäsi

1 liian vähän 2 sopivasti 3 liian paljon 4 en osaa sanoa

22. Onko terveyskeskuksessasi lääkärille varattu aikaa kouluterveydenhuoltoon mielestäsi

1 liian vähän 2 sopivasti 3 liian paljon 4 en osaa sanoa

23. Mitä toimintaa kouluterveydenhuollossa on liikaa:

.....
Mitä toimintaa kouluterveydenhuollossa on liian vähän:

LASTEN MIELENTERVEYTTÄ EDISTÄVÄ TOIMINTA

24. Teetkö yhteistyötä päivähoiton kanssa

1 en 2 satunnaisesti 3 säännöllisesti

25. Osallistutko päivähoiton lapsikohtaisiin kuntoutussuunnitelmakokouksiin

1 en 2 satunnaisesti 3 säännöllisesti

26. Osallistutko koulun oppilashuoltotyöryhmän kokouksiin

1 en 2 satunnaisesti 3 säännöllisesti

27. Oletko osallistunut moniammatilliseen yhteistyökokoukseen lapsen tai perheen ongelmien takia

1 en
 2 kyllä, montako kertaa viimeisen vuoden aikana _____

28. Oletko ollut moniammatillisen yhteistyökokouksen aloitteentekijänä ja/tai kokoonkutsujana

1 en
 2 kyllä, montako kertaa viimeisen vuoden aikana _____

29. Oletko viranhaltijana tehnyt lastensuojeluilmoituksen

1 en
 2 kyllä, montako kertaa viimeisen vuoden aikana _____

30. Oletko ollut mukana lapsen huostaanotto-prosessissa

1 en
 2 kyllä, montako kertaa viimeisen vuoden aikana _____

31. Oletko tehnyt lapsesta lähetteen tai ohjannut lastenpsykiatriseen hoitoon

1 en
 2 kyllä, montako kertaa viimeisen vuoden aikana _____

32. Oletko ollut lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa potilaskohtaisessa neuvottelussa

1 en 2 kyllä

33. Onko terveyskeskuksessasi mahdollisuus saada työnohjausta 1 kyllä 2 ei

34. Oletko osallistunut työnohjaukseen 1 kyllä 2 en

35. Oletko viimeisen vuoden aikana osallistunut lastenpsykiatriseen koulutukseen

1 kyllä 2 en

36. Osallistuitko syksyllä 2000 terveyskeskuksessa pidettyyn PLOT koulutukseen (Perusterveydenhuollon lastenpsykiatrisen osaamisen tehostaminen)

1 kyllä 2 en

37. Osallistuitko Tampereella helmikuussa 2001 PLOT koulutuksen palauteseminaariin

1 kyllä 2 en

38. Jos olet ollut muussa lastenpsykiatrisessa koulutuksessa (ei PLOT), niin minkä tyyppisessä

Yksittäisiä luentoja 1 kyllä 2 ei
 Kurseja tai ryhmitöitä 1 kyllä 2 ei
 Työskentely lastenpsykiatrisessa yksikössä tai perheneuvolassa 1 kyllä 2 ei

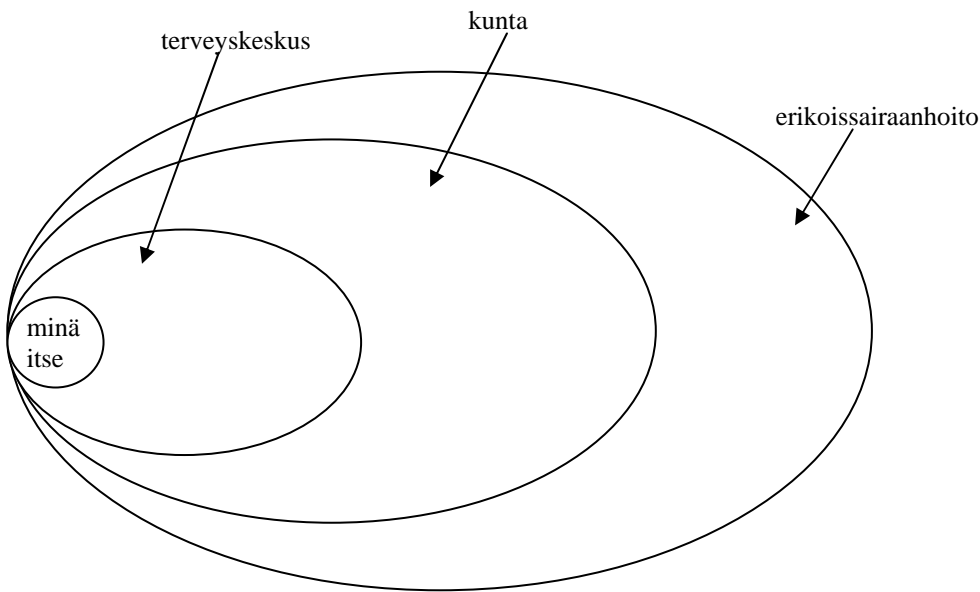
39. Arvioi omat valmiutesi seuraavien asioiden suhteen ympyröimällä mielipidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Minulla on hyvät valmiudet					
A) tunnistaa masentunut äiti	1	2	3	4	5
B) tunnistaa masentunut imeväisikäinen	1	2	3	4	5
C) tunnistaa masentunut leikki-ikäinen	1	2	3	4	5
D) tunnistaa masentunut kouluikäinen	1	2	3	4	5
E) tunnistaa lapsen käytöshäiriö	1	2	3	4	5
F) tunnistaa lapsen tarkkaavaisuushäiriö	1	2	3	4	5
G) arvioida imeväisikäisen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta	1	2	3	4	5
H) arvioida leikki-ikäisen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta	1	2	3	4	5
I) arvioida kouluikäisen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta	1	2	3	4	5
J) arvioida lapsen psykiatrisen hoidon tarve	1	2	3	4	5
K) arvioida lapsen huostaanoton tarve	1	2	3	4	5
L) tehdä yhteistyötä lapsen psykiatriseen hoitoon kielteisesti suhtautuvan vanhemman/vanhempien kanssa	1	2	3	4	5
M) tehdä yhteistyötä päihdeongelmaisen vanhemman/päihdeongelmaisten vanhempien kanssa	1	2	3	4	5
N) tehdä yhteistyötä psyykkisesti sairaan vanhemman/vanhempien kanssa	1	2	3	4	5
O) toimia asiantuntijana käsiteltäessä käytöshäiriöisen lapsen ongelmia päivähoidossa tai koulussa	1	2	3	4	5
P) toimia asiantuntijana, kun vanhemmat pyytävät apua kasvatuspulmissa	1	2	3	4	5

40. Kirjoita allaolevan kuvion sisimpään soikioon kaikkien niiden työntekijöiden nimikirjaimet, joiden kanssa teet henkilökohtaisesti yhteistyötä omassa terveyskeskuksessasi lasten psyykkisissä ongelmissa.

Kirjoita keskimmäiseen soikioon kaikkien muiden oman kuntasi työntekijöiden nimikirjaimet, joiden kanssa teet henkilökohtaisesti yhteistyötä lasten psyykkisissä ongelmissa.

Kirjoita uloimpaan soikioon kaikkien niiden erikoissairaanhoidon työntekijöiden nimikirjaimet, joiden kanssa teet henkilökohtaisesti yhteistyötä lasten psyykkisissä ongelmissa.



41. Ympyröi seuraavien väittämien kohdalla mielipidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei kokemusta
A) Minulla on enimmäkseen myönteisiä kokemuksia yhteistyöstä terveyskeskuksen eri ammattiryhmien kanssa	1	2	3	4	5
B) Minulla on enimmäkseen myönteisiä kokemuksia yhteistyöstä muiden oman kuntani työntekijöiden kanssa	1	2	3	4	5
C) Minulla on enimmäkseen myönteisiä kokemuksia yhteistyöstä lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa	1	2	3	4	5

42. Seuraavassa esitetään joitakin väittämiä. Ympyröi mielipidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
A) Psykkisesti häiriintyneet lapset pääsevät alueellamme hoitoon liian myöhään	1	2	3	4	5
B) Psykkisesti oireilevat lapset kuuluvat erikoissairaanhoidon	1	2	3	4	5
C) Kunnassamme löydetään psykiatrisen avun tarpeessa olevat lapset riittävän ajoissa	1	2	3	4	5
D) Psykkisesti oireilevien lasten määrä on lisääntynyt kunnassamme viime vuosina	1	2	3	4	5
E) Terveyskeskuksessamme on hyvät valmiudet puuttua psykkisesti oireilevien lasten asioihin	1	2	3	4	5
F) Terveyskeskuslääkärin työssä aika ei riitä moniammatilliseen yhteistyöhön	1	2	3	4	5
G) Moniammatillinen yhteistyö on vaikeaa	1	2	3	4	5
H) Moniammatillinen yhteistyö on välttämätöntä lastenpsykiatrisissa ongelmissa	1	2	3	4	5
I) Moniammatillisia yhteistyöryhmiä on työlästä saada koolle	1	2	3	4	5
J) Yhteistyötä lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa tarvitaan nykyistä enemmän	1	2	3	4	5
K) Palautteen saaminen lastenpsykiatrisesta erikoissairaanhoidosta toimii hyvin	1	2	3	4	5
L) Moniammatilliset koulutustilaisuudet lisäävät käytännön yhteistyötä	1	2	3	4	5
M) Tunnen muiden työntekijöiden auttamis- ja toimintamahdollisuudet lastenpsykiatrisissa ongelmissa	1	2	3	4	5

43. Lopuksi toivomme sinun kertovan mielipiteitäsi seuraavista asioista:

- Onko terveyskeskuksesi hyötynyt erityisvaltionavulla toteutettujen lastenpsykiatristen hankkeiden toiminnasta?
- Toivotko lastenpsykiatrista koulutusta a) lääkäreille b) terveyskeskuksen muulle henkilökunnalle c) kunnan muille työntekijöille?
- Jos toivot lääkäreille lastenpsykiatrista koulutusta, minkälainen koulutus hyödyttäisi sinua eniten?
- Onko terveyskeskuksessasi tarvetta erikoissairaanhoidon järjestämään konsultaatioon tai työnohjaukseen?
- Ajatuksiasi/toiveitasi yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa.

Kiitos vastauksistasi!