

HOITONPÄÄSYN TOTEUTUMINEN HELSINGIN  
NUORISOPSYKIATRIASSA VUONNA 2003

Pro gradu

Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Pro gradu -tutkielma  
2007  
Marjo Kankaanpää

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	3
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	5
2.1 Nuoren kehitysvaiheet	5
2.2 Hoitotakuu	6
2.2.1 Hoitotakuun taustaa	6
2.2.2 Hoitotakuuta säättävät lait ja asetukset	8
2.3 Nuorten psykiatrinen hoito Helsingissä	9
2.3.1 Nuorten psykiatrinen hoito Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä	9
2.3.2 Nuorten psykiatrinen hoito Helsingin kaupungin perusterveydenhuollossa	10
2.3.3 Nuorten psykiatrinen hoito	11
2.4 Hoitoonpääsyn kriteerit	14
2.5 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
4.1 Tutkimuksen kohde	21
4.2 Tutkimuksen aineisto	21
4.3 Analysointimenetelmät	22
5 TULOKSET	23
5.1 Nuorten taustatiedot	23
5.2 Hoitoonpääsyn odotusajat	28
5.3 Hoitoonpääsy ikäluokittain	29
5.4 Hoitoonpääsy asuinalueittain	31
6 POHDINTA	35
6.1 Tulosten tarkastelua	37
6.2 Tutkielman eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua	39
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	41
LÄHTEET	44

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

MARJO KANKAANPÄÄ

Hoitoonpääsyn toteutuminen Helsingin nuorisopsykiatriassa vuonna 2003

Pro gradu –tutkielma, 47 sivua

Ohjaajat: TtT, yliassistentti Marja Kaunonen

TtM, lehtori Nina Halme

Hoitotiede

Marraskuu 2007

---

Nuoruus on herkkää aikaa, jolloin opitaan ja koetaan monia uusia asioita itsestä ja ympäristöstä. Nuoruus saattaa olla ahdistavaa aikaa jos elämässä tapahtuvia muutoksia ei kyetä käsittelemään. Nuorten mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet, koska yhä useampi nuori tarvitsee psykiatrista hoitoa. Nuorten ja heidän perheidensä ongelmat ovat monimutkaistuneet ja ne aiheuttavat ahdistusta ja pelkoa nuoren elämässä. Nuori tarvitsee apua psyykkisiin ongelmiinsa oikeaan aikaan. Terveystieteiden tutkimusten mukaan potilaiden hoidon järjestäminen sitä tarvitseville. Asetus hoitoonpääsyn turvaamisesta tuli voimaan Suomen koko terveydenhuollossa 1.3.2005, mutta lasten- ja nuorisopsykiatriassa se otettiin käyttöön jo 1.1.2001. Asetuksen tarkoituksena oli turvata nuorten potilaiden yhdenvertainen ja oikeudenmukainen hoitoonpääsy. Asetuksen hoitoonpääsyn turvaamisesta mukaan nuorten psykiatrisen hoito olisi järjestettävä kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta. Tämän työn tarkoituksena oli kuvata nuorisopsykiatrian potilaiden hoitoonpääsyä Helsingissä vuonna 2003.

Tutkimus toteutettiin tilastoaineiston analyysinä. Tutkimuksen aineistona oli HUSin potilastietojärjestelmästä poimittu aineisto (n=1044). Aineistoon valittiin HUSin helsinkiläiset nuorisopsykiatrian palveluita käyttäneet nuoret, koska 80 % HUSin nuorisopsykiatrian potilaista on helsinkiläisiä. Tutkimustehtävänä oli kuvata hoitoonpääsyaikoja vuonna 2003 sekä potilaiden iän ja asuinpaikan yhteyttä hoitoonpääsyaikoihin.

Tulosten mukaan nuorisopsykiatrian potilaiden hoitoonpääsy ei toteutunut asetuksen tarkoittamalla tavalla. Potilaista 40 % pääsi hoitoon alle kolmen kuukauden ajassa. Alle 13-vuotiaista hoitoon pääsi alle kolmen kuukauden ajassa joka kolmas. Vain 19–vuotiaat tai sitä vanhemmat nuoret olivat päässeet nuorisopsykiatriseen hoitoon alle kolmessa kuukaudessa. Mitä nuorempi potilas on, sitä kykenemättömämpi hän on itse tunnistamaan psyykkistä vointiaan ja sitä tärkeämpää on hänen hoitoonohjaamisensa. Vaikka nuorten mielenterveyspalveluihin hakeutuminen on tehty mahdollisimman helpoksi nuorelle ja hänen läheisilleen, psykiatrisen hoito saattaa nuoren mielessä olla pelottava. Kirjallisuuden mukaan nuoret pelkäävät osastolle joutumista ja häpeää sairaudesta. Omista ongelmista puhuminen hoitajalle saattaa tuntua oudolta. Huoli tulevaisuudesta tai leimautumisesta saattaa painaa nuoren mieltä. Osastohoidossa olleet nuoret ovat kuitenkin kokeneet, että ilman osastohoitoa eivät olisi selviytyneet sairautensa kanssa. Nuorten potilaiden vanhempien mukaan koko perheen elämäntilanne on selkiintynyt nuoren saatua apua psyykkisiin ongelmiin. Varhainen ongelmiin puuttuminen auttaa nuorta säilyttämään itsetuntonsa, ystäväpiirinsä ja tulevaisuudenuskonsa. Jos nuori ei saa apua ajoissa, hän saattaa epätoivossaan vahingoittaa itseään tai läheisiään.

Avainsanat: nuorisopsykiatria, hoitoonpääsy

# 1 JOHDANTO

Nuorilla potilailla on oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon ja oikeus saada tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoito oikeaan aikaan. Terveystuollon velvollisuutena on potilaiden hoidon järjestäminen ja hoidon toteuttaminen. (Lohiniva-Kerkälä, 2001) Näistä lähtökohdista 1.3.2005 astui voimaan asetus potilaiden hoitopääsyn turvaamisesta terveydenhuollossa (Ekroos, 2004). Ensimmäinen Suomen terveydenhuollossa säädöstenalla määritelty hoitopääsyn turvaaminen otettiin käyttöön lasten- ja nuorisopsykiatriassa vuonna 2001 (Pylkkänen ym, 2003). Hoitopääsyn turvaamisen (jäljempänä myös hoitotakuu) tavoitteena on ollut lisätä hoidon saatavuuden oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta (STM, 2005).

Mielenterveysongelmat nuoruusiässä aiheuttavat potilaalle suurta inhimillistä kärsimystä. Ahdistus, masennus, syyllisyys ja häpeä ongelmista ovat nuoren elämää lamaannuttavia. (Kaltiala-Heino, 2003) Suurin osa nuorista aikuisista Suomessa voi hyvin, mutta psyykinen oireilu voi silti kestää pitkään (Kestilä, 2007). Alaikäisten psyykinen pahoinvointi on lisääntynyt ja ongelmat monimutkaistuneet, koska yhä enemmän nuoria tulee tahdosta riippumattomaan hoitoon ja pakkotoimia toteutetaan psykiatrisessa hoidossa yhä enemmän (Tuori ym, 2006). Mitä nopeammin nuori pääsee hoitoon, sitä paremmat mahdollisuudet nuorella on selviytyä vaikeasta elämäntilanteesta. Pahimmillaan hoitopääsyä odottava potilas joutuu ratkaisemaan ongelmansa itseksensä tai hänen tilansa pahenee odottamisen takia. (Punnonen, 2001; Tamminen, 1996) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lasten ja nuorten sairaala (LNS) järjestää jäsenkunnilleen lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut (HUS, 2003).

1.1.2001 voimaan tulleen asetusmuutoksen mukaan arvio nuoren mielenterveyspalveluiden tarpeesta tulisi tehdä kolmen viikon kuluessa ja hoito olisi järjestettävä kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta (asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 6a§, 2000).

Tämän työ tarkoituksena on kuvata nuorten helsinkiläisten psykiatrian potilaiden hoitopääsyn odotusaikoja vuonna 2003.

## 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Nuoren kehitysvaiheet

Nuoruus on osa ihmisen kehityskaarta ja psyykinen prosessi. Se on persoonallisen aikuisuuden löytämistä ja yksilöllistymistä. Nuoren kasvuprosessissa kohti aikuisuutta suhde omaan kehoon ja omiin vanhempiin muuttuu. Nuoren minäkuva laajenee ja lujittuu sekä seksuaalisuus herää. Myös nuoren elinpiiri usein muuttuu. Nuoruuden aikana ihminen eriytyy omaksi persoonakseen. (Kaltiala-Heino, 2003)

Nuoren kehitysvaiheilla tarkoitetaan varhaisnuoruutta ikävuosien 11–14 aikana, keskinuoruutta 15–18 vuoden iässä ja nuoruuden jälkivaihetta 19–22 –vuotiaana. Varhaisnuoruusvaiheessa nuoren ruumiinkuva muuttuu ja aiheuttaa hämmennystä käsityksessä itsestään. Ikävuosien 15–18 aikana nuorelle ystävät ja joukkoon kuulumisen ovat tärkeitä. Nuori tekee monenlaisia roolikokeiluita ja on erityisen altis erokokemuksille. Nuoruuden jälkivaiheessa nuorella on aikuisen taitoja, mutta ei vielä samoja kokemuksia. (Kaltiala-Heino, 2003)

Mielenterveyshäiriöt, psykosomaattinen oireilu tai häiriökäyttäytyminen muuttuu helposti aggressiivisuudeksi omaa kehoa kohtaan, kun välineitä ongelmien käsittelyyn ei ole. Varhaisnuoruudessa nuorella saattaa esiintyä erilaisia somaattisia ja jännitysoireita, koska nuori ei vielä tunnista ahdistusta tai masennusta eikä kykene ilmaisemaan avun tarvettaan. Keskinuoruudessa mielialat vaihtelevat nopeasti. Nuori alkaa keskinuoruuden aikana tunnistaa ahdistusta. Jännittäminen on tavallista. Nuoruuden jälkivaiheen aikana nuoren persoonallisuus alkaa kiteytyä ja kyky käsitellä vaikeitakin tunteita ja asioita verbaalisesti kehittyy. Pettymyksen ja masennuksen tunteet ovat mahdollisia. Vakavissa akuuteissa häiriöissä nuorella saattaa esiintyä psykoottisuutta, itsetuhoisuutta, väkivaltaisuutta, anorexia nervosaa ja päihderiippuvuutta. Pitkittyneet häiriöt saattavat johtaa toimintakyvyn alenemisen ja normaalin kehityksen estymiseen. (Aalto, 1996; Kaltiala-Heino, 2003)

## 2.2 Hoitotakuu

### 2.2.1 Hoitotakuun taustaa

Kaikilla potilailla on oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon ja oikeus saada tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoito ajallaan (Lohiniva-Kerkälä, 2001). Asetus hoitoonpääsyn turvaamiseksi astui 1.3.2005 voimaan koko terveydenhuollossa. Hoitoonpääsyn turvaaminen perustuu kansallisen terveysprojektin tavoitteisiin. Hoitoonpääsyn turvaamista määrittävät lakimuutokset, jotka on tehty syyskuussa 2004 kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoitolakiin, potilaan oikeuksista ja asemasta annettuun lakiin. (STM, 2001) Lasten- ja nuorisopsykiatriassa hoitotakuu otettiin käyttöön jo 1.1.2001. Ne olivat ensimmäiset terveydenhuollon alueet, joille hoitoonpääsyn turvaaminen säädöstasolla määriteltiin. Hoidon saatavuus kuuluu osaksi oikeudenmukaisuuden periaatetta terveydenhuollossa. Maamme asukkaat ovat yhdenvertaisia saamaan palveluita sairauksiinsa kotikunnastaan huolimatta. Kuntalaisen ei tarvitse vaihtaa kotipaikkaa hoitoa saadakseen. (Ekroos, 2004; Punnonen, 2000; Asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 6a§, 2000)

Hoitoonpääsyn turvaamiseksi tehty asetusmuutos perustuu valtioneuvoston 2000 –luvun alussa tekemiin linjanvetoihin suomalaisen terveydenhuollon kehittämiseksi (Asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 6a§, 2000). Yksi tärkeimmistä linjanvedoista on Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Sen tavoitteena on lasten hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan paraneminen ja turvattomuuden vähentyminen, nuorten tupakanpolton väheneminen, eriarvoisuuden väheneminen terveydenhuollossa ja suomalaisten tyytyväisyys terveyspalveluiden saatavuuteen ja laatuun. (STM, 2001)

Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta johdettu merkittävä projekti oli syyskuun 13. päivänä 2001 asetettu kansallinen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaaminen. Kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi perustetun projektin tehtävänä oli laatia suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma terveydenhuollon toimivuuden sekä terveyspalveluiden saatavuuden ja laadun takaamiseksi. (Ekroos, 2004) Kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi asetettujen projektien tuloksena syntyneessä raportissa annettiin suosituksia kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden kehittämiseksi (STM, 2002b). Sen pohjalta valtioneuvosto teki periaatepäätöksiä huhtikuussa 2002. Ne koskivat perusterveydenhuoltoa ja ennaltaehkäisevää työtä, hoitoonpääsyn turvaamista, henkilöstön saatavuutta ja osaamisen turvaamista, toimintojen ja rakenteiden uudistamista sekä terveydenhuollon rahoituksen vahvistamista. (Ekroos, 2004)

Periaatepäätösten toteuttamista on jatkettu ja uusia kehittämishankkeita on aloitettu eri puolilla maata. Yksi näistä periaatepäätöksistä oli hoitoonpääsyn turvaaminen, jota koskevia muutoksia tehtiin muun muassa kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin. Hoitoonpääsyn turvaaminen toteutettiin valtakunnallisesti ja laki siitä otettiin käyttöön 1.3.2005. (Ekroos, 2004)

Ruotsissa asetus hoitoonpääsyn turvaamisesta otettiin käyttöön vuonna 1992. Sen tarkoituksena oli potilaiden tarpeenmukainen hoitoonpääsy. Potilaiden hoitoonpääsyn kiireellisyys oli määritelty terveydentilan perusteella olevan kolmesta kuuteen kuukauteksi. Vuonna 1996 Ruotsissa tehtiin hoitotakuun seurantaselvitys. Selvityksen mukaan potilaiden hoitoonpääsy parani asetuksen ensimmäisenä voimassaolovuonna. Hoitojonot vähenivät vuodesta 1991 vuoteen 1992. Kuitenkin vain harva osasto oli kyennyt antamaan hoitoa kolmessa kuukaudessa. Vuonna 1993 hoitojonot kasvoivat jälleen. Asetus hoitoonpääsyn turvaamisesta päättyi Ruotsissa vuonna 1997. (Hanning, 1996)

Vuonna 2007 Ruotsissa tehdyssä hoitotakuukokeilun arvioinnissa todettiin, että hoitotakuu oli ollut tehokas työväline pyrittäessä vähentämään potilaiden hoitoonpääsyn odottamisaikoja. Potilaiden hoitoonpääsyn odottaminen oli vähentynyt etenkin niiden kohdalla, joiden hoito oli priorisoitu kiireellisimmäksi. Tutkimuksessa verrattiin potilaiden hoitoonpääsyaikoja hoitotakuun oltua voimassa yhden vuoden sekä hoitotakuukokeilun päätyttyä. Potilaiden hoitoonpääsyajat hoitotakuukokeilun päätyttyä pitenivät jälleen kaikissa kiireellisyysryhmissä. (Hanning, 2007)

Vuonna 2000 Ruotsissa tehdyssä hoitotakuun kustannuksia koskevassa selvityksessä todettiin, että hoitotakuulle ei tulisi asettaa liian kunnianhimoisia tavoitteita, sillä sairaaloille ei myönnetty lisäresursseja jonojen purkamista varten. Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotakuulle asetettujen tavoitteiden yhteyttä vuodepaikkojen määrään, hoitajien ja lääkärin määrään suhteessa alueen asukasmäärään sekä yleisiin terveydenhuollon organisaation kustannuksiin. Hoitoonpääsyn tilastolliset odotusajat vaihtelivat 50 – 300 päivään. Selvityksessä todettiin, että käytettävissä olevilla resursseilla hoitoonpääsulle ei tulisi asettaa enempää kuin kolmen kuukauden tavoite. (Piene ym, 2000)

Norjassa hoitotakuu oli tullut voimaan jo paria vuotta aiemmin kuin Ruotsissa. Norjassa vuonna 1997 tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että hoitotakuun asettamia tavoitteita on ollut vaikea saavuttaa resurssien vähäisyyden vuoksi. (Piene ym, 1997) Kuusi prosenttia potilaista, joita hoitotakuu on koskenut, eivät saaneet hoitoa tavoitellussa kuudessa kuukaudessa (ortopediset

potilaat). (Abyholm ym, 1997) Hoitotakuun toimimattomuuden syyksi on arvioitu hoitopriorisoinnin puutteellisuutta. Ilman potilaiden terveydentilan arviointia ja hoidon kiireellisyyden määrittelyä hoitotakuu on hyödytön. (Kristoffersen ym, 1997)

### 2.2.2 Hoitotakuuta säättävät lait ja asetukset

Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin on kirjattu hoitoonpääsyä koskevat säännökset. Hoitoonpääsyn turvaamisen tarkoituksena on, että potilas saisi arvion hoidon tarpeesta kolmen päivän kuluessa yhteydenotostaan terveyskeskukseen. Erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon yksikköön. Potilaan tulisi päästä tarvitsemaansa hoitoon kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon yksikköön enintään kuitenkin kuuden kuukauden sisällä. (STM, 2002a)

Kiireellisen hoidon tarpeessa olevan potilaan on saatava sairaudentilansa vaatima hoito välittömästi. Potilaan sairaalaanottaminen edellyttää lääkärin tekemään tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun sen yksikköön. Tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava vähintään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa. (Erikoissairaanhoidolaki 31§, 2004)

Myös lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista tehtiin muutoksia, jotka tulivat voimaan niin ikään 1.3.2005. Tehdyn muutoksen mukaan potilaalle on aina ilmoitettava hoitoonpääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, uusi ajankohta ja muutoksen syy pitää ilmoittaa potilaalle pikimmiten. Potilaan hoidon, tutkimisen tai kuntoutuksen toteuttamisesta on laadittava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi hoidon toteuttamisaikataulu sekä mitä ja missä aiotaan toteuttaa. Hoitosuunnitelma on laadittava yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa. (Laki potilaan asemasta §4a, 2004)

Vuosina 1995-1998 kokeiltiin hoitotakuun toteuttamista kolmessa Suomen sairaanhoitopiirissä sekä niiden alueiden kunnissa ja terveyskeskuksissa. Sairanhoitopiireinä olivat Etelä-Karjalan, Keski-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit. Kokeilun tarkoituksena oli selvittää miten hoitotakuun

sisältö soveltuu käytäntöön. Jonojen seurantajärjestelmiä kehitettiin, odotusaikoja seurattiin eri potilasryhmissä ja terveystieteiden hoitotakuuksi määritettiin kolme päivää. Arvioijina toimivat potilaat sekä lääkärit. Hoitotakuukokeilun raportin mukaan lähes kaikki potilaat toivoivat pääsyä vastaanotolle aiemmin kuin olivat vastaanottoajan saaneet. Selvityksen pohjalta tehtiin seuraavat suositukset: Tavoitteena on, että potilas pääsisi lääkärin tutkittavaksi kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Tavoitteena on myös, että tutkimuksiin pääsyä seurattaisiin säännöllisesti paikallisesti sekä valtakunnallisesti. (Liukko ym, 2000)

Nuottaprojekti (2003) oli nuorisopsykiatrian alan hoitotakuun auditointi, joka suoritettiin Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen aloitteesta vuonna 2001. Sen tarkoituksena oli arvioida hoitotakuun mukaisten enimmäisaikojen toteutumista ja kehittää hyviä toimintamalleja hoitotakuun edistämiseksi. Nuottaprojektin loppuraportissa kartoitettiin sairaanhoitopiirien ja sairaanhoitoalueiden hoitotakuun toteutumista nuorisopsykiatriassa vuosina 2001-2002. Sen mukaan 52 %:ssa hoitotakuu toteutui suunnitellusti. Raportissa todetaan, että hoitotakuun mittaaminen oli vielä keskeneräistä, koska valtakunnallisia ohjeita ei ole. Nuottaprojektin raportissa todettiin, ettei hoitotakuu toteudu nuorisopsykiatriassa tavoitteiden mukaisesti. Potilaan tutkimukseen pääsyä voitiin toteuttaa Suomessa vain noin puolessa kaikista sairaanhoitopiireistä tavoiteltuun alle kolmeen viikkoon. (Pylkkänen ym, 2003)

## 2.3 Nuorten psykiatrinen hoito Helsingissä

### 2.3.1 Nuorten psykiatrinen hoito Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä

Helsingin ja Uudenmaan kuntayhtymän sairaanhoitopiiri (HUS) on aloittanut toimintansa vuonna 2000. Sen tehtävänä on tuottaa jäsenkunnilleen erikoissairaanhoidon palveluita. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri jaetaan keskussairaalan toiminnallisiin alueisiin sekä aluejakona sairaanhoitoalueisiin. HUSin alueellisia sairaanhoitoalueita ovat Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialue, Hyvinkään sairaanhoitoalue, Lohjan sairaanhoitoalue, Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue sekä Porvoon sairaanhoitoalue. HUSin toimialueita ovat kirurgia, sisätaudit, naistentaudit ja synnytykset, lasten ja nuorten sairaala, neurologia, neurokirurgia sekä silmä- ja korvataudit, psykiatria, laboratoriotoinnot, kuvantamisen osaamiskeskus, syöpätautien klinikka, palvelukeskus ja lääkehuolto. (Tahvanainen, 2004)

HUSin Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialue tuottaa vaativimman erikoissairaanhoidon kaikille jäsenkunnille sekä lähes kaikki Helsingin kaupungin tarvitsemat erikoissairaanhoidon palvelut. Sen lisäksi Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialueen Helsingin sairaalat tuottavat valtakunnallisesti keskitettyjä vaativan erityistason palveluita. (HUS, 2003) HUSia perustettaessa Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon siirtyi pääosin HUSin järjestettäväksi. Nuorisopsykiatrian toiminnasta vastaa HUSin Lasten ja nuorten sairaala. (Tahvanainen, 2004)

HUSin nuorisopsykiatria toimii itsenäisenä vastuualueena laajemmassa tulosityksikössä. (Pylkkänen ym, 2003) HUSin vuosikertomuksen (2002) mukaan lasten ja nuorten sairaalassa toteutui vuonna 2002 melko hyvin mielenterveysasetuksen vaatiman kolmen viikon ja kolmen kuukauden määräaika nuorten hoitopääsulle. Helsingissä nuorisopsykiatrialla oli vuonna 2002 käytössä 115 sairaansijaa viidessä poliklinikassa, seitsemällä osastolla ja kahdella kuntoutusosastolla. (HUS, 2003; Pylkkänen ym, 2003)

### 2.3.2 Nuorten psykiatrinen hoito Helsingin kaupungin perusterveydenhuollossa

Helsingin perusterveydenhuollon terveystakeskukset oli jaettu vuonna 2003 seitsemään alueelliseen suurpiiriin. Kullakin terveystakeskuksetalueella on oma terveystakeskussairaala. Suurpiirejä ovat eteläinen, itäinen, kaakkoinen, keskinen, koillinen, läntinen ja pohjoinen suurpiiri. Näistä suurimpia väestömäärältään ovat eteläinen ja läntinen suurpiiri sekä pienimpiä väestömäärältään pohjoinen ja kaakkoinen suurpiiri. Itäisellä suurpiirillä on ominaispiirteensä suuri maahanmuuttajien määrä. Keskisen suurpiirin alueella asuu muuhun Helsingin väestöön nähden enemmän nuoria ihmisiä kuin muilla alueilla. Terveystakeskusten tarpeet ovat näin erilaisia eri suurpiirien alueilla. Nämä alueelliset suurpiirit purettiin vuonna 2004. (Tahvanainen, 2004)

Helsingin kaupungin terveystakeskusten strategiasuunnitelman mukaan HUSin palveluiden tarkoituksenmukainen käyttö helsinkiläisten potilaiden osalta on somaattinen erikoissairaanhoidon ja psykiatrian vaativa erikoissairaanhoidon palvelu. Psykiatrian vaativaksi erikoissairaanhoidoksi luetaan mm lasten- ja nuorisopsykiatria. (Helsingin kaupungin strategia suunnitelma, 2001)

Helsingin kaupungin terveystakeskusten palveluiden laatua seurattu jo vuodesta 1993. Laadun tarkkailu on osa Helsingin terveydenhuollon strategisten tavoitteiden toteutumisen seuranta.

Tavoitteena oli vuonna 2003 Helsingin terveystalossa uusien kiireellistä psykiatrista tutkimusta tai hoitoa tarvitsevien potilaiden pääseminen terveystalosten psykiatrian poliklinikan kriisivastaanotolle viimeistään seuraavana päivänä yhteydenotosta. Tavoitteeseen kuuluu myös perusterveydenhuollon ja avohoidon osuuden lisääminen. Päivystysluonteista sairauden hoitoa tarvitsevien hoito järjestetään 24 tunnin kuluessa Auroran sairaalan päivystyspoliklinikalla. Nämä tavoitteet sisältyvät mielenterveyspalveluiden Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksiin. (STM, 2001; Turtiainen, 2003)

Kahden viikon aikana 301 uutta potilasta otti yhteyttä. Heistä 75 otettiin kriisivastaanotolle. Kriisivastaanotolle ohjattujen yleisin hoitopääsyn odotusaika oli 2 päivää ja odotusajan keskiarvo oli 3,6 päivää. Tulosten mukaan vuonna 2003 kriisivastaanotolle hoitopääsy oli huonontunut edellisestä vuodesta. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (STM, 2001) mukaan uuden potilaan tulisi päästä ei-kiireellisessä tapauksessa ensimmäiselle arviointikäynnille terveystaloksen psykiatrian poliklinikalle viimeistään kolmen viikon kuluttua yhteydenotosta. Psykiatrian poliklinikalle oli yhteyttä ottanut vuonna 2003 182 ajanvarauspotilasta kun heitä vuonna 2002 oli 179, vuonna 2001 230 ja vuonna 2000 219. Vuonna 2003 ajanvarauspotilaista yhteensä 63 % pääsi tavoitellun kolmen viikon sisällä vastaanotolle. Potilaista 16 % pääsi viikon kuluessa ja 29 % kahden viikon kuluessa ja 18 % kolmen viikon kuluessa. Ajanvarauspotilaista 37 % jäi odottamaan hoitopääsyä kolmen viikon jälkeen, vastaava luku edelliseltä vuodelta (2002) oli 75 %. Ajanvarauspotilaiden yleisin hoitopääsyn odotusaika oli 16,5 päivää ja keskiarvo oli 20,5 päivää, kun hoitopääsyn keskiarvo oli edellisenä vuonna 2002 29,7 päivää ja mediaani 30 päivää. Kyselyn mukaan vuonna 2003 yli 18 –vuotiaista helsinkiläisistä psykiatrista hoitoa tarvitsi 18 156, kun edellisenä vuonna (2002) heitä oli 17 508. Näiden lukujen perusteella on voitu sanoa, että hoitopääsy oli parantunut vuonna 2003 edellisestä vuodesta, vaikka uusien potilaiden määrä kasvoi huomattavasti 25 uudesta potilaasta 75 potilaaseen. Hoitopääsyn odotusajan keskiarvo pieneni 4,5 päivästä 3,6 päivään. Myös ajanvarauspotilaiden kohdalla hoitopääsy parani, 63 % potilaista pääsi kolmen viikon sisällä tarvitsemaansa hoitoon kun edellisenä vuonna kolmessa viikossa hoitoon pääsi 25 % ajanvarauspotilaista. (Turtiainen, 2003)

### 2.3.3 Nuorten psykiatrinen hoito

Mielenterveys on tärkeää nuoren hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta. Koska psyykinen ja fyysinen terveys kytkeytyvät yhteen, se koskee kaikkia elämänalueita nuoren elämässä. Koti, perhe,

koulu ja vapaa-aika koetaan joko raskaiksi tai mielenterveyttä tukeviksi. Mielenterveydellä on tärkeä merkitys nuoren tulevaisuuteen. Mielenterveyteen kuuluu hyvinvoinnin kokemus omassa elämässä. Yksilölliset voimavarat kuten itsetunto, optimismi, elämänhallinnan tunne ja eheyden kokemus ovat osa positiivista mielenterveyttä. Mielenterveyden kokemiseen kuuluu myös kyky solmia ja kehittää ihmissuhteita. Ne ovat samalla mielenterveyttä ylläpitäviä elementtejä. Nuorella, joka kokee hallitsevansa elämäänsä, on myös kykyä kohdata erilaisia vastoinkäymisiä elämässään. Nuorten mielenterveyden kohentumista on elämäntaitojen oppiminen, depressioiden ja aggressiivisuuden väheneminen, paremmat koulusaavutukset, vähenevät keskeytykset koulussa ja niiden myötä paremmat edellytykset työelämässä toimimiseen varhaisessa aikuisuudessa. (STM, 2004)

Mielenterveystyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveyden ongelmista kärsivä nuori tarvitsee tutkimukset ja hoidot ajallaan, koska hoitamattomalla kriisillä on elinikäiset seuraukset. Palveluiden tulisi olla sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisia joita alueella tarvitaan. Nuorten mielenterveyspalvelut tulisi olla pääosin avoterveydenhuollon palveluita, joihin potilas voi hakeutua oma-aloitteisesti ja itsenäisesti. (Mielenterveyslaki 1-4§, 1990)

Nuorisopsykiatriassa sairaala- sekä avohoidon alaikäraja on suositeltu 13 vuotta. Yläikärajaksi on suositeltu 18-22 vuotta (avohoidossa 22 vuotta). (Mielenterveyslaki 8§, 1990) Nuorisopsykiatrian alaikärajat vaihtelevat Suomessa alueellisesti 12 – 13 vuoteen ja yläikäraja 18 – 22 vuoteen. Yhtenäiset käytännöt koko maassa olisivat toivottavia. Nuori siirtyy usein hoitoon aikuisten osastolle täyttäessään 18 vuotta. Potilaan etu on tärkein ja siksi hänellä on mahdollisuus hoitoon nuorisopsykiatriassa 22 ikävuoteen saakka. (Pylkkänen ym, 2003, Pylkkänen, 2006)

Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoito on lisääntynyt 1990 –luvulla ja pysynyt korkealla tasolla 2000 –luvulla. Eniten on lisääntynyt 13–17 -vuotiaiden tyttöjen psykiatrinen sairaalahoito. Alaikäisten pahoinvoinnin katsotaan lisääntyneen ja ongelmien monimutkaistuneen, koska yhä enemmän nuoria tulee tahdosta riippumattomaan hoitoon ja pakkotoimia toteutetaan yhä enemmän. Myös vapaaehtoisessa hoidossa olevien nuorten määrä oli korkea. Raportissa selvitettiin alaikäisten psykiatrasta sairaalahoitoa ja sen kehittymistä vuosina 1995–2004. (Tuori ym, 2006)

Nuorisopsykiatrian lähipalveluita järjestää terveyskeskus. Se on nuoren ensimmäinen kontakti mielenterveyspalveluihin. Terveystuon henkilökunnan osaamisella on erittäin tärkeä merkitys nuorten mielenterveysongelmien kohtaamisessa. Hoitavana tahona perusterveydenhuollossa on neuvola, yleis- tai koululääkäri, kouluterveydenhoitaja, terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja, jotka tekevät ensimmäisen arvion nuoren hoidon tarpeesta. Kun perusterveydenhuollossa huomataan, että nuoren kehitys ei kulje eteenpäin, täytyy perusterveydenhuollon konsultoida nuoren kehitysvaiheita tuntevaa tahoa erikoissairaanhoidossa. Potilas saa tällöin lähetteen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon piiriin. Tutkimusjakson aikana nuoren psyykkistä häiriötä määritetään huomioiden nuoruusiän kehitysvaihe ja nuoren olemassa olevat voimavarat. Tutkimusjakso sisältää alkuhaastattelut, perhetilanteenkartoituksen ja tarvittaessa psykologisen tutkimuksen. (Aalto, 1996; Pylkkänen ym, 2003)

Kuopion yliopistossa (1996) tehdyssä pro gradu –tutkielmassa Tanskanen on kuvannut hoitotyötä nuorisopsykiatrisella osastolla sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan keskeisintä sairaanhoitajan työssä nuorisopsykiatrisella osastolla on olla aikuisen mallina nuorelle. Nuoren kanssa päivittäinen yhdessä oleminen ja tekeminen oli tärkeää. Yhdessä olo nuoren kanssa voi olla suunniteltua tai spontaania. Se voi olla ulkoilua, keskusteluita tai pelaamista. Tärkeää on sairaanhoitajan läsnäolo ja ajan antaminen nuorelle sekä nuoren potilaan kuunteleminen. (Tanskanen, 1996)

Sairaanhoitaja on nuorelle potilaalle malli luotettavasta, lujasta ja vahvasta aikuisesta, johon nuori voi turvautua. Sairaanhoitaja ohjaa nuorta suuntautumaan tulevaisuuteen. Nuoren päivittäiseen kasvattamiseen osallistuu osaston yhteisö. Kasvattaminen on rajojen asettamista nuorelle ja erilaisten tilanteiden selvittelyä ja rauhoittamista. Sairaanhoitaja ohjaa ja opettaa nuorta erilaisissa päivittäisissä askareissa, joita nuoren tulee hallita itsenäisessä elämässään, kuten aamunpalkan valmistaminen. Vaikka kaikki hoitotyöryhmän jäsenet osallistuvat nuoren hoitoon, on omahoitaja keskeisin henkilö nuoren hoitotyössä. Omahoitajan kanssa nuori voi luoda kahdenkeskisen ja luottamuksellisen suhteen. Hoitosuhde muodostuu yksilölliseksi, koska omahoitaja tuntee nuoren parhaiten. Tanskanen mukaan omahoitajan tärkeimpiä tehtäviä on nuoren kasvun tukeminen ja tarpeiden kuuleminen, nuoren hoidon koordinointi ja nuoren puolien pitäminen. (Tanskanen, 1996)

Kuosmanen (2002) on kuvannut anorexia nervosaa sairastavan nuoren hoitotyötä nuorisopsykiatrisella osastolla. Tutkimusta varten oli haastatteltu kahdeksaa osastohoidossa ollutta anorexia nervosaa sairastanutta nuorta. Tutkimuksen mukaan keskeisintä hoidossa on omahoitajan

toimiminen aikuisen mallina nuorelle. Omahoitaja on osastolla nuorta varten huolehtimassa tästä ja nuori voi keskittyä itsensä hoitamiseen. Osastohoito on myös yhteisöllistä. Nuoret ovat yhteistyössä monien eri ammattiryhmien kanssa, mutta myös toisen osastolla olevien nuorten seura on tärkeää. (Kuosmanen, 2000)

Nuoret kokivat hoitosopimuksen hyväksi. Hoitosopimus konkretisoi nuorelle hoitoa. Sen koettiin helpottavan oloa ja auttavan muistamaan mitä oli sovittu. Hoitosopimuksen avulla kyettiin myös seuraamaan nuoren vointia ja painon kehittymistä. Omahoitajan ja nuoren välisellä yhteistyöllä oli merkityksellinen vaikutus nuoren sairaudesta selviytymiselle. Keskustelutilanteita omahoitajan kanssa kuvattiin helpoiksi ja ahdistusta helpottaviksi tilanteiksi. Hoitosuhde oli muodostunut luottamukselliseksi. Nuorten mielestä oli ollut tärkeää kokea, että heitä varten oli yksi hoitaja, joka aidosti välitti. Omahoitajan kanssa nuoret hoitivat yhdessä päivittäisiä käytännön asioita tai ulkoilivat. Nuorten mielestä hoitajat myös tarkkailivat ja kontrolloivat nuorten toimintaa. Asetetut rajoitteet ärsyttivät nuoria, etenkin jos he olivat kokeneet, ettei rajoittamista ollut perusteltu riittävästi. (Kuosmanen, 2000)

Nuoret kuvasivat osastoa sosiaalisesti yhteisöksi, jossa tehtiin tavallisia nuoren elämään liittyviä asioita. Muut osastolla hoidossa olevat nuoret koettiin tueksi ja malliksi. Toisten nuorten esimerkki kannusti yrittämään uusia asioita. Osaston päiväohjelman koettiin ohjaavan toimintaa ja luovan säännöllisyyttä sekä turvallisuutta. Säännöllinen ruokailu koettiin merkittäväksi tapahtumaksi päivässä. Yhdessä oleminen ja jutustelu koettiin tärkeäksi ruokailuun liittyväksi toiminnoksi. Yhdessä ruokaileminen helpotti ruokaan liittyvää ahdistusta. Osasto koettiin sekä kodikkaaksi että rajoittavaksi paikaksi. Nuorten mielestä osasto oli ollut tyhmä paikka, mutta ilman sitä nuoret eivät olisi omasta mielestään selviytyneet sairaudestaan. (Kuosmanen, 2000)

Tampereen yliopistossa tehdyssä pro gradu -työssä (2006) selvitettiin sairaanhoitajien käsityksiä yhteistyösuhteista nuoren kanssa nuorisopsykiatrisella osastolla. Tutkielmaa varten haastateltiin viittä sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat kuvasivat, että nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä potilaan ja hänen perheensä auttamisen lähtökohtina ovat hyväksyvä kohtaaminen ja luottamuksellinen yhteistyö. Hoitaja saa todellisen kuvan nuoren tilanteesta, kun hän elää päivittäistä arkea nuoren kanssa osastolla. Tällöin hoitajalla on myös mahdollisuus löytää monipuolisia keinoja, joilla nuorta voisi auttaa. Osastohoidon aikana hoitaja voi ohjata nuorta oman elämän hallinnassa ja selviytymiskeinojen vahvistamisessa, sillä tulevaisuuteen suuntautuvat hoitotoimenpiteet sitouttavat ja motivoivat nuorta hoitoonsa. Sairaanhoitajat kokivat läheisimmäksi oman potilaansa, josta

tunsivat erityisesti olevansa vastuussa. Hoitotyössä toteutui potilaan turvautuminen ja turvaaminen luottamuksena potilaan ja hoitajan välillä. Oikeaan aikaan auttaminen, autetuksi tuleminen sekä ajan antaminen nuorelle sekä läheisyys potilaan ja hoitajan välillä toteutuivat huolenpitona nuoresta. Sairaanhoitajat kuvasivat auttamisen keinoiksi hoitotyössä kuuntelemista ja kuulemista. Hoitajan paneutuminen nuoren tilanteeseen koettiin syvälliseksi. Aito hoitaminen edellytti hoitajalta läheisyyttä, hiljaisuutta, huolenpitoa, tarkkaavaisuutta ja herkkyyttä potilaan kanssa. Hoitajan käyttäytymismalli ja toimintatavat ovat nuorelle mahdollisuus peilata omaa tapaansa ratkaista ongelmia. Hoitajat kokivat nuoren rajoittamisen keskeiseksi osaksi nuorisopsykiatrista hoitotyötä. Rajojen vetäminen ja pitäminen hoitotyössä auttaa nuorta hallitsemaan impulssejaan ja kokemaan turvallisuutta omien tunteidensa myllerryksessä. Rajojen asettaminen osoittaa nuorelle mikä on hänen vastuunsa ja mikä ei. Sen tarkoituksena on suojella nuorta ja antaa turvallisuuden tunnetta ja tilaa nuoren kasvulle. Onnistunut hoidollinen rajaaminen edellytti hoitajalta selkeyttä, tarkkuutta ja kärsivällisyyttä. (Pikkarainen, 2006)

Suhosen (2007) mukaan psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu enimmäkseen hyvin. Hän on selvittänyt itsemääräämisoikeuden toteutumista psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Tutkielman mukaan potilaan kunnioittava kohtelu toteutuu, kun potilaat saavat riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Potilaiden kokemuksen mukaan rajoittavien hoitotoimenpiteiden pitää olla hyvin perusteltuja, mutta ne koettiin myös potilaan turvallisuutta lisäävänä. Säännölliset keskustelut hoitajan ja lääkärin kanssa antaa potilaalle mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoonsa ja tulla kuulluksi. Pääsääntöisesti potilaat olivat tyytyväisiä samaansa hoitoon. (Suhonen, 2007)

Ranta ym. ovat kuvanneet lastenpsykiatrisella osastolla hoidossa olleiden lasten perheiden kokemuksia perhehoitotyöstä. Psykiatrisen osastohoidon aikana lapsen psyykkiset ja sosiaaliset kyvyt kehittyivät ja koko perheen elämäntilanne rauhoittui. Osastolla ollut lapsen omahoitaja oli koettu avoimeksi ja luontevaksi sekä henkilöksi, joka hoitohenkilökunnasta parhaiten tunsivat hoidossa olevan lapsen. Yhteistyö perheen, lapsen ja omahoitajan kesken oli ollut päivittäistä. Osastolla hoidossa olleella lapsella oli perheen mukaan ollut mahdollisuus säännölliseen päivärytmiin ja sosiaalisten taitojen opetteluun. Omahoitajan lapselle antama aika ja läsnäolo koettiin hyväksi. Osastolla vahvojen ja turvallisten hoitajien välitön ongelmiin puuttuminen sekä niiden selvittely olivat niinkään osa lapsen hoidollista runkoa. Hoitaja tarjosi lapselle mallin erilaisesta ja luotettavasta suhteesta aikuiseen. Lapsen osastohoidon aikana perheen yhteenkuuluvuudentunne lisääntyi ja perheen elämäntilanne rauhoittui. Lapsen onnistunut hoitosuhde osastolla näkyi lapsen parempana sopeutumiskykynä ja yleisenä rauhoittumisena. Lapsen kärsivällisyyden lisääntyminen

näkyi ongelmakäyttäytymisen ja suuttumisreaktioiden lievittymisenä sekä kaverisuhteiden parantumisenä. (Ranta ym, 2003)

#### 2.4 Hoitoonpääsyn kriteerit

Kestilän ym. mukaan suurin osa nuorista aikuisista Suomessa voi hyvin, mutta psyykinen oireilu voi olla silti usein pitkäkestoista. Kestilä ym. kartoittivat nuorten aikuisten psyykkisen oireilun yleisyyttä Suomessa vuosilta 2003–2005 ja heidän terveystalveluidensa käyttöä samana aikana. Tutkimukseen osallistuneet nuoret olivat 18–29 –vuotiaita. Tutkimus suoritettiin seurantatutkimuksena, jolloin voitiin seurata psyykkisen oireilun kehittymistä. Tutkimuksen mukaan 12 % nuorista oireili psyykkisesti perusvaiheessa ja 17 % myöhemmässä vaiheessa. Psyykinen oireilu oli lisääntynyt. Tutkimuksen mukaan psyykinen oireilu oli yleisempää nuorilla naisilla kuin nuorilla miehillä. Seurantavaiheessa nuorista naisista 21 % ja miehistä 13 % oireili psyykkisiä vaikeuksia. Mielenterveystalveluiden käyttö ei kuitenkaan ollut tavallista psyykkisesti oireilevalla nuorilla aikuisilla. Naisista joka viides ja miehistä joka kymmenes oli kertonut hakeneensa apua mielenterveysvaikeuksiinsa. Muita somaattisia terveystalveluita käytettiin kuitenkin paljon. Psyykkiseen oireiluun tavallisimmin vaikuttaneita tekijöitä olivat sosiaalisen, emotionaalisen ja käytännön tuen puute. Ihmissuhteisiinsa tyytymättömät nuoret aikuiset kokivat psyykkisiä oireita muita enemmän. Myös taloudelliset ongelmat tai pitkäaikainen sairaus tai vamma näyttivät lisäävän psyykkistä oireilua. Lapsuuden aikaiset ristiriidat perheessä, vanhemman sairaus tai isän mielenterveysongelma olivat tutkimuksen mukaan yhteydessä nuorten psyykkiseen oireiluun. Myös koulukiusaaminen ja vanhempien alkoholiongelmät lapsuusaikana olivat yhteydessä psyykkisten oireiden esiintyvyyteen ja ilmaantuvuuteen nuorilla aikuisilla. (Kestilä ym, 2007)

Kaltiala-Heino (2003) on tutkinut alaikäisten tahdosta riippumatonta hoitoa ja sitä, mitä vakava mielenterveyshäiriö alaikäisen hoidossa tarkoittaa. Hänen tutkimusaineistossaan vuosina 1996–2000 M1-lähetteellä hoidetuilla nuorilla todettiin eniten lapsuus- tai nuoruusiän käytös- tai tunnehäiriöitä (33,1 %). Nuorista 25 %:lla diagnosoitiin mielialahäiriöitä ja 17 %:lla skitsofreniaa tai skitsofreniatyyppisiä häiriöitä. Heistä 9,2 %:lla oli päihdeongelma. Myös vapaaehtoisessa hoidossa olevien nuorten diagnooseista eniten (33 %) oli käytös- ja tunnehäiriöitä. Lähes yhtä paljon diagnooseista oli mielialahäiriöitä (27 %). Diagnooseista 13 % oli neuroottisia tai stressiin liittyviä häiriöitä ja 11 % skitsofreniaa tai skitsofreniatyyppisiä häiriöitä. M3-lähetetiedoista ei ollut tietoa. M1-lähetteellä alkaneita hoitajaksoja tutkimusaineistossa oli vuonna 1996 2562 nuorta, vuonna

1997 heitä oli 2656 ja vuonna 1998 2911 nuorta. Vuonna 1999 M1 –lähetteellä alkaneitten hoitajaksojen määrät nousivat 3537:ään ja vuonna 2000 4192:een. (Kaltiala-Heino, 2003)

Psyykinen sairastuminen ja mielenterveyspalveluihin hakeutuminen tai hoitoon joutuminen aiheuttavat potilaassa pelkoa ja ahdistusta. Hoitoon hakeutuminen saattaa olla pitkä prosessi mielenterveyshäiriöstä kärsivälle ihmiselle ja herättää monia ristiriitaisia tunteita. Vaikka potilas itse tiedostaisikin hoidon tarpeen, ei hän itse tee aloitetta hoitoon hakeutumisessa vaan sen tekee joku läheinen ihminen tai viranomainen. Inkilä on pro gradu –tutkielmassaan kuvannut ensimmäisen kerran masennuksen vuoksi psykiatrisella avo-osastolla hoidossa olleiden potilaiden kokemuksia peloista. Haastatellut potilaat kertoivat osastohoitoon tuloon syyksi masennuksen, lisäksi heillä oli unettomuutta, itsetuhoajatuksia ja itsemurhayrityksiä. Potilaat kokivat turvattomuutta ja epävarmuutta hoitoon joutumisestaan ja sairaus koettiin tuntemattomana ja vieraana tapahtumana. Tutkielman mukaan potilaat kokivat epävarmuutta ja epätietoisuutta tullessaan osastolle. Sairastumisen ja psykiatrisella osastolla hoidossa olemisen pelättiin aiheuttavan leimautumista ja koettiin hävettävänä. Myös tuleva hoito ja lääkitys aiheuttivat pelkoja. Sairastumisen vuoksi pelättiin arvostelun kohteeksi joutumista, mutta myös osaston sisällä toiset potilaat pelottivat. Potilaita huolesti ja jännitti epätietoisuus tulevaisuudesta ja sen kohtaaminen. Kuitenkin osastohoidon aikana samoista asioista tuli potilaiden kokemusten mukaan heille selviytymiskeinoja samalla kun tietämättömyys väheni. Selviytymisen tunne kehittyi potilaiden mukaan monien asioiden yhteisvaikutuksesta, kuten läheiset, hoidolliset keskustelut ja hoitajien antama tieto ja tuki, lääkitys ja toisten ihmisten kohtaaminen. (Inkilä, 2006)

Puotiniemi ym. ovat kuvanneet psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä arkipäivää. Tutkimus oli tapaustutkimus yhden perheen arkipäivästä selviytymisestä kahden vuoden aikana. Äidin mukaan nuoren ongelmat näkyivät väkivaltaisena käyttäytymisenä itseä ja muita perheen jäseniä kohtaan. Nuorella oli keskittymisvaikeuksia ja hän käyttäytyi lapsenomaisesti tai eristäytyi omaan huoneeseensa. Nuoren psyykinen tila ja mielialat vaihtelivat nopeasti. Äiti koki ahdistusta nuoren elämäntilanteesta ja tulevaisuudesta selviytymisestä. Koko perheen sisäiset ongelmat kärjistyivät. Nuori itse koki ongelmikseen itsetuhoisen käyttäytymisen ja sosiaalisten suhteiden vähenemisen. Nuori kertoi, että hänen itsetuntonsa ja realiteettinsa heikkenivät. Nämä syyt sekä ympäristön negatiivinen palaute käyttäytymisestä aiheuttivat nuorella yhä enemmän masennusta. (Puotiniemi ym, 2003)

Nuori voidaan ottaa psykiatriseen kriisihoitoon, jos hän on psyykkisen tai fyysisen tilanteensa vuoksi hengenvaarassa. Fyysisiä vaaratilanteita voi olla pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö. Kriisitilanteissa tärkeää on nopea hoitopääsy ja jatkossa tiheät hoitotapaamiset. Mitä nopeammin nuori pääsee hoitoon, sitä paremmat mahdollisuudet nuorella on selviytyä vaikeasta elämäntilanteesta. Hoitamaton kriisi koituu kalliiksi tulevaisuutta ajatellen, koska hoitamattomalla kriisillä on elinikäiset seuraukset, siksi mielenterveyden ongelmista kärsivä nuori tarvitsee tutkimukset ja hoidot ajallaan. Pahimmillaan hoitopääsyä odottava potilas joutuu ratkaisemaan ongelmansa itsekseen tai hänen tilansa pahenee odottamisen takia. (Punnonen, 2001; Tamminen, 1996)

## 2.5 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Nuoruus on ihmisen elämässä fyysisten ja psyykkisten muutosten aikaa. Nuoruuden aikana opetellaan monenlaisia arkipäivän ja sosiaalisia taitoja aikuisuutta varten. (Kaltiala-Heino, 2003) Aikuiseksi kasvaminen aiheuttaa epävarmuutta nuoren elämässä. Kun välineitä epävarmuuden ja ahdistuksen käsittelyyn ei vielä ole, saattaa nuoren mieli järkkyyä ja nuori tarvitsee ulkopuolista apua asioiden käsittelemistä varten. Oireet saattavat olla somaattisia ja jännitysoireita, pettymyksiä ja masennusta tai ahdistusta. Pitkittyessään psyykkiset häiriöt vakavoituvat ja myös niiden selvittely vaatii syvempää huomiota. Vakavissa häiriöissä nuorella ovi esiintyä psykoottisuutta, itsetuhoisuutta tai väkivaltaisuutta, jotka johtavat nuoren toimintakyvyn alenemisen ja normaalin kehityksen estymiseen. (Aalto, 1996; Kaltiala-Heino, 2003)

Lasten- ja nuorisopsykiatriassa asetus hoitopääsyn turvaamiseksi otettiin käyttöön jo 1.1.2001, mutta koko terveydenhuollossa se otettiin käyttöön 1.3.2005 (Asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 6a§, 2000). Hoitopääsyn turvaamisen tarkoituksena on, että potilas saa arvion hoidon tarpeesta kolmen päivän kuluessa yhteydenotostaan terveyskeskukseen. Erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon yksikköön. Potilaan tulisi päästä tarvitsemaansa hoitoon kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta enintään kuuden kuukauden sisällä. (STM, 2002a) Asetus hoitopääsyn turvaamisesta perustuu valtioneuvoston asettamaan Terveys 2015 – kansanterveysohjelmaan, jonka tavoitteena on muun muassa lasten hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan paraneminen ja turvattomuuden vähentyminen. (STM, 2001) Yksi terveydenhuollon kehittämishankkeista Terveys 2015 –kansanterveysohjelman puitteissa oli hoitopääsyn

turvaaminen tasavertaisesti kaikille suomalaisille niin, että potilas saa tarpeelliseksi katsotun hoidon ajallaan. (Ekroos, 2004; Lohiniva-Kerkälä, 2001)

Nuorisopsykiatrian lähipalveluita järjestää Helsingissä perusterveyshuollon terveyskeskusalueet eli suurpiirit. Se on nuoren ensimmäinen kontakti mielenterveyspalveluihin. Hoitavana tahona perusterveydenhuollossa on neuvola, yleis- tai koululääkäri, kouluterveydenhoitaja, terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja, jotka tekevät ensimmäisen arvion nuoren hoidon tarpeesta. (Pylkkänen ym, 2003) Helsingin terveysviraston terveyskeskusalueet oli jaettu vuonna 2003 seitsemään alueelliseen suurpiiriin. Suurpiirit eli asuinalueet ovat väestömäärältään ja – rakenteeltaan eriluonteisia. (Tahvanainen, 2004) Nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon toiminnasta Helsingissä vastaa HUSin Lasten ja nuorten sairaala (Tahvanainen, 2004). HUSin Lasten ja nuorten sairaalan nuorisopsykiatrian osastoja ovat viisi poliklinikkaa, seitsemän osastoa ja kaksi kuntoutusosastoa (Pylkkänen ym, 2003). Nuorisopsykiatriassa sairaala- sekä avohoidon alaikärajaksi on suositeltu 13 vuotta. Yläikärajaksi on suositeltu 18-22 vuotta (avohoidossa 22 vuotta). (Mielenterveyslaki 8§, 1990) Nuorisopsykiatrian alaikärajat vaihtelevat Suomessa alueellisesti 12–13 ikävuoteen ja yläikäraja 18–22 ikävuoteen (Pylkkänen ym, 2003, Pylkkänen, 2006).

Alaikäisten pahoinvoinnin katsotaan lisääntyneen ja ongelmien monimutkaistuneen, koska yhä enemmän nuoria tulee tahdosta riippumattomaan hoitoon ja pakkotoimia toteutetaan yhä enemmän (Tuori ym, 2006). Terveystuollon henkilökunnan osaamisella on erittäin tärkeä merkitys nuorten mielenterveysongelmien kohtaamisessa (Aalto, 1996). Keskeisintä hoitajan työssä nuorisopsykiatrisella osastolla on aikuisen mallina oleminen nuorelle. Nuoren kanssa päivittäinen yhdessä oleminen ja tekeminen oli tärkeää. Hoitaja on nuorelle potilaalle malli luotettavasta, lujasta ja vahvasta aikuisesta, johon nuori voi turvautua. Hoitaja edustaa nuorelle myös suunnitelmallisuutta ja tulevaisuuteen suuntautumista. Hoitaminen on rajojen asettamista nuorelle ja erilaisten tilanteiden selvittelyä ja rauhoittamista. Omahoitajan kanssa nuori voi luoda kahdenkeskisen ja luottamuksellisen suhteen. (Tanskanen, 1996). Sairaanhoitaja ohjaa ja opettaa nuorta erilaisissa päivittäisissä askareissa, joita nuoren tulee hallita itsenäisessä elämässään. Osastohoidon aikana hoitaja voi auttaa nuorta oman elämän hallinnassa ja selviytymiskeinojen vahvistamisessa. Tärkeimpiä auttamisen keinoja hoitotyössä ovat kuunteleminen ja kuuleminen. Hoitajan paneutuminen nuoren tilanteeseen muodostuu syvälliseksi. Aito hoitaminen edellyttää läheisyyttä, hiljaisuutta, huolenpitoa, tarkkaavaisuutta ja herkkyyttä potilaan kanssa. (Pikkarainen, 2006) Osastohoito on myös yhteisöllistä. Nuoret ovat yhteistyössä monien eri ammattiryhmien

kanssa, mutta myös toisen osastolla olevien nuorten seura on tärkeää. (Kuosmanen, 2000) Osastolla hoidossa ollessaan nuorella on mahdollisuus säännölliseen päivärytmiin ja sosiaalisten taitojen opetteluun (Ranta ym, 2003).

Psykinen sairastuminen ja mielenterveyspalveluihin hakeutuminen tai hoitoon joutuminen aiheuttavat potilaassa pelkoa ja ahdistusta. Hoitoon hakeutuminen saattaa olla pitkä prosessi mielenterveyshäiriöstä kärsivälle ihmiselle ja herättää monia ristiriitaisia tunteita. (Inkilä, 2006) Suurin osa nuorista aikuisista Suomessa voi hyvin, mutta psyykinen oireilu voi olla silti kestävä pitkään. Psykinen oireilu on yleisempää nuorilla naisilla kuin nuorilla miehillä. Mielenterveyspalveluiden käyttö ei kuitenkaan ole tavallista psyykkisesti oireilevilla nuorilla aikuisilla, mutta somaattisia terveyspalveluita käytetään paljon. Psykinen oireiluun tavallisimmin vaikuttavat tekijät ovat sosiaalisen, emotionaalisen ja käytännön tuen puute. Lapsuuden aikaiset ristiriidat perheessä, vanhemman sairaus tai isän mielenterveysongelma ovat yhteydessä nuorten psyykinen oireiluun. Myös koulukiusaaminen ja vanhempien alkoholiongelmat lapsuusaikana ovat yhteydessä psyykkisten oireiden esiintymiseen nuorilla. (Kestilä ym, 2007)

Nuoren psyykkiset ongelmat näkyvät väkivaltaisena käyttäytymisenä itseä ja muita perheen jäseniä kohtaan. Nuorella on keskittymisvaikeuksia ja hän käyttäytyi lapsenomaisesti tai eristäytyy omaan huoneeseensa. Nuoren mielialat saattavat vaihdella nopeasti ja koko perheen sisäiset ongelmat kärjistyä. (Puotiniemi ym, 2003) Vuosina 1996-2000 tarkkailulähetteenä hoidetuilla nuorilla todettiin eniten lapsuus- tai nuoruusiän käytös- tai tunnehäiriöitä (33,1 %). Nuorista 25 %:lla diagnosoitiin mielialahäiriöitä ja 17 %:lla skitsofreniaa tai skitsofreniatyyppisiä häiriöitä. Heistä 9,2 %:lla todettiin päihdeongelma. (Kaltiala-Heino, 2003) Nuori itse saattaa kokea ongelmikseen itsetuhoisen käyttäytymisen ja sosiaalisten suhteiden vähenemisen. Nuoren itsetunto ja realiteettien erottamiskyky heikkenevät. (Puotiniemi ym, 2003) Näissä kriisitilanteissa on tärkeää nopea hoitopääsy, koska sitä paremmat mahdollisuudet nuorella on selviytyä vaikeasta elämäntilanteesta mitä nopeammin hän saa avun vaikeuksiinsa. (Punnonen, 2001; Tamminen, 1996)

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän työ tarkoituksena on kuvata nuorten helsinkiläisten psykiatrian potilaiden hoitopääsyn odotusaikoja vuonna 2003.

Tutkimustehtävät:

1. Kuvata hoitopääsyn toteutumista vuonna 2003 HUSin nuorisopsykiatriassa
2. Kuvata HUSin nuorisopsykiatrian potilaiden hoitopääsyn toteutumisen yhteyttä potilaiden ikään ja asuinpaikkaan Helsingissä vuonna 2003.

### 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

#### 4.1 Tutkimuksen kohde

Tutkielman rekisteriaineiston tiedot ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueen helsinkiläisten nuorisopsykiatrian potilaiden hoitopääsytietoja. Rekisteriaineistoon kerättiin kaikki helsinkiläisten nuorten lähete- ja hoitopääsytiedot vuodelta 2003. Kaikkiaan niitä on 1044. Tutkielman kohderyhmäksi valittiin nuorisopsykiatrian potilaiden hoitopääsytiedot. Aineiston valintakriteereinä käytettiin potilaan helsinkiläisyyttä, koska 80 % HUSin nuorisopsykiatrian potilaista on helsinkiläisiä. Lisäksi aineiston poiminta-ajankohdaksi valittiin vuosi 2003, joka oli vuosi ennen hoitotakuuasetuksen voimaan tuloa.

#### 4.2 Tutkimuksen aineisto

Tutkielman rekisteriaineisto on poimittu HUSin tietojärjestelmästä nimeltään otosten ja raporttien hallintajärjestelmä (OH). Tietojärjestelmästä otokseen saatiin nuorten potilaiden lähetteen kirjoittamispäivä sekä hoitopääsypäivämäärä. Muuttujiksi valittiin potilaan ikä ja potilaan asuinpaikka (entinen suurpiiri) Helsingissä. Sukupuolitietoa ei ollut käytössä. Muuttujina oli myös nuorten potilaiden järjestelmään kirjatut diagnoosit.

Alkuperäisessä poimitussa aineistossa oli 1512 tietuetta. Aineisto koostui kolmesta eri osa-aineistosta. Aineiston analyysia aloitettaessa huomattiin, että osa-aineistoja ei voitu yhdistää keskenään, mikä vähensi aineiston analysointimahdollisuuksia. Aineistosta huomattiin, että potilaita koskevia tietoja oli puutteellisesti täytetty, joten jäljelle jäi 1044 käytettävissä olevaa tietuetta kuvaamaan potilaiden ikää ja asuinluetta eli suurpiiriä. Diagnoositieto löytyi 124 potilaan kohdalla ja hoitoon odottamisaika saatiin 795 nuoren potilaan kohdalla.

Poimitun aineiston ohjaamana aineistoa muokattiin niin, että sitä voitiin analysoida Spss-tilasto-ohjelman avulla. Lähetteen kirjoittamis päivästä ja hoitoonkirjautumis päivästä saatiin hoitopääsyn odottamiseen kulunut aika. Nämä odotusaikatiedot jaettiin luokkiin alle kolme viikkoa, kolmesta viikosta kolmeen kuukautta, kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukautta ja odotusaika yli kuusi kuukautta vastaamaan asetusmuutoksen hoitopääsyn suosituksia.

Ikämuuttuja on luokiteltu alle 13 -vuotiaat, 13–14,9 -vuotiaat, 15–16,9 -vuotiaat, 17–18,9 -vuotiaat ja yli 19–vuotiaat. Työssä käytettiin tasavälistä luokitusta ikämuuttujan luokittelussa. Suositusten mukaan nuorisopsykiatrian potilaat ovat yleensä 13-18–vuotiaita, mutta tässä työssä on huomioitu myös aineiston alle 12 - ja yli 18–vuotiaat potilaat. Diagnoosimuuttuja on luokiteltu siten, että se seuraa psykiatrian ICD-tautiluokituksen perussairauksia.

#### 4.3 Analysointimenetelmät

Aineisto analysoitiin Spss for Windows 13.0–ohjelman avulla. Hoitoon odottamisaikaa kuvattiin frekvenssi- sekä prosenttijakauman avulla. Samoin potilaiden iät ja asuinpaikkatiedot on kuvattu frekvensseinä ja prosenttijakaumina. Nuorten potilaiden taustatiedoista ikä ja asuinalue tieto ristiintaulukoitiin niiden yhteyden selvittämiseksi. Odotusaikatiedot ristiintaulukoitiin potilaiden iän sekä asuinalueen suhteen. Lopuksi ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin hoitopääsyaikoja eri asuinalueilla. Potilaiden diagnoositietoja ei voitu ristiintaulukoida, koska niitä oli vähän. Ristiintaulukoitujen muuttujien välistä riippuvuutta testattiin khiin neliö–testin avulla. (Heikkilä, 1998)

## 5 TULOKSET

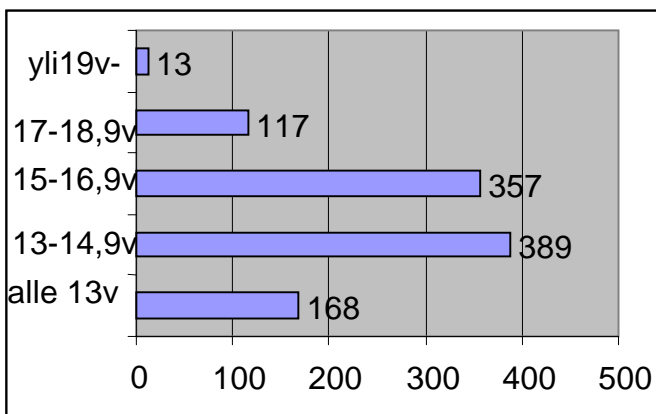
### 5.1 Nuorten taustatiedot

#### *Nuorten ikä*

Kaikkiaan aineistossa oli 1044 nuorta, joille oli kirjoitettu lähete nuorisopsykiatriaan. Nuorisopsykiatrian potilaiden iän keskiarvo oli 14,4 vuotta. Tyypillisesti nuorisopsykiatrian potilas oli 14 -vuotias. Nuorin potilas oli 12-vuotias ja vanhin 22 -vuotias.

Alle 13 -vuotiaita heistä oli 168 (16 %), 13–14,9 -vuotiaita 389 (37 %) ja 15–16,9 -vuotiaita oli 357 nuorta (35 %). Aineistossa oli 17–18,9 -vuotiasta nuorta 117 (11 %) ja 19 -vuotiaita tai sitä vanhempia oli 13 (1 %).

Eniten nuorisopsykiatrian potilaita oli ikäryhmässä 13–14,9 -vuotiaat (37 %). Lähes yhtä paljon (35 %) potilaita oli ikäryhmässä 15–16,9 -vuotiaat. Alle 13 -vuotiaita oli joka kuudes (16 %) ja lähes joka kymmenes potilas (11 %) oli 17–18,9 -vuotias. Yli 19 -vuotiaita tai sitä vanhempia oli yksi prosentti nuorista.

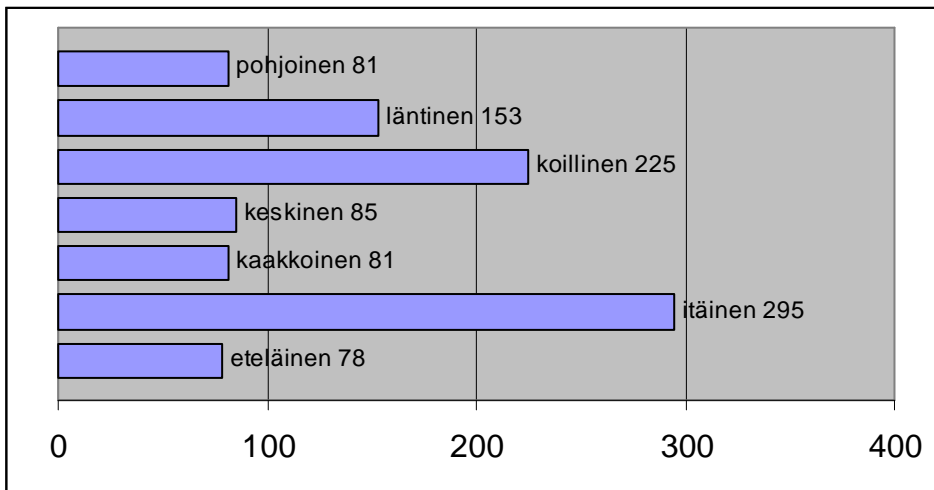


Kuvio1. Nuorisopsykiatrian potilaiden ikäjakauma vuonna 2003 (n=1044)

## Nuorten kotipaikka Helsingissä

Nuorisopsykiatriassa vuonna 2003 oli 1044 helsinkiläistä potilasta. Nuorisopsykiatrian potilaista 295 potilaan (28 %) kotipaikka sijaitsi Helsingin itäisellä alueella. Koillisella alueella heitä asui 225 (22 %). Aineistossa läntisellä Helsingin alueella asuneita oli 153 nuorta (15 %) ja keskisen kaupungin alueella 85 (8 %). Sekä kaakkoisella että pohjoisella kaupungin osalla asuvia oli molemmissa 81 nuorta (8 %) ja Helsingin eteläisellä alueella 78 nuorta (7 %) aineistosta. Aineistossa asuinpaikka oli tuntematon 46 nuoren kohdalla (4 %).

Eniten (28 %) nuorisopsykiatrian potilaita tuli vuonna 2003 Helsingin itäiseltä alueelta. 22 % helsinkiläisistä nuorista potilaista tuli koilliselta alueelta ja 15 % läntiseltä alueelta. 35 % nuorista potilaista jakaantui eteläisen, kaakkoisen, keskisen ja pohjoisen kesken.



Kuvio 2. Nuorisopsykiatrian potilaiden kotipaikka Helsingissä. (n=1044)

## Potilaiden ikä suurpiireittäin

Taulukko 1. Potilaiden ikä suurpiireittäin (n=998)

Suurpiiri	Ikä					Yhteensä sitä vanhemmat
	alle 13 -vuotiaat	13-14,9 -vuotiaat	15-16,9 -vuotiaat	17-18,9 -vuotiaat	19 -vuotiaat ja sitä vanhemmat	
eteläinen	10	30	28	10	0	78
itäinen	45	117	102	29	2	295
kaakkoinen	12	30	28	9	2	81
keskinen	10	30	31	12	2	85
koillinen	53	81	63	25	3	225
läntinen	15	57	62	17	2	153
pohjoinen	14	31	25	11	0	81
Yhteensä	159	376	339	113	11	998
	16 %	38 %	34 %	11 %	1 %	100 %

Tarkasteltaessa nuorisopsykiatrian potilaiden asuinpaikan ja iän yhteyttä, aineistona olivat 998 potilaan tiedot. Tarkastelussa kotipaikkatieto jäi puuttumaan 46 potilaan kohdalla. Kaikista Helsingin alueen nuorisopsykiatrian potilaista vuonna 2003 lähes kolmasosa (30 %) 295 nuorta oli ilmoittanut kotipaikakseen Helsingissä itäisen suurpiirin. Koillisen Helsingin alueelta potilaita oli 225 (23 %). Läntisen Helsingin alueelta potilaista oli 153 (15 %). Keskisen Helsingin alueelta nuorista oli 85 (9 %). Sekä kaakkoisen että pohjoisen Helsingin alueilta nuorisopsykiatrian potilaista oli 81 nuorta (8 %) ja eteläiseltä alueelta 78 nuorta (7 %).

Alle 13 –vuotiaita oli eteläisellä alueella 10 (13 %), itäisellä 45 (15 %), kaakkoisella alueella 12 (15 %) ja keskisellä alueella 10 (12 %). Alle 13 –vuotiaita oli koillisella alueella 53 (24 %), läntisellä alueella 15 (10 %) ja pohjoisella alueella 14 (17 %).

Nuorista potilaista eteläisellä 30 (39 %), itäisellä 117 (40 %), kaakkoisella 30 (37 %), koillisella 81 (36 %) ja pohjoisella 31 (38 %) alueella oli suurin osa 13-14,9 –vuotiaita. Keskisellä alueella 30 (35 %) ja läntisellä alueella 57 (37 %) nuorista oli 13–14,9 –vuotiaita.

Nuorista potilaista eteläisellä 28 (36 %), itäisellä 102 (34 %), kaakkoisella 28 (35 %), koillisella 63

(28 %) ja pohjoisella 25 (31 %) alueella oli 15–16,9 –vuotias. Keskisellä 31 (36 %) ja läntisellä 62 (40 %) Helsingin alueilla suurin osa aineiston potilaista oli 15–16,9 –vuotiaita.

17–18,9 -vuotiaita oli eteläisellä alueella 10 (13 %), itäisellä 29 (10 %), kaakkoisella alueella 9 (11 %) ja keskisellä alueella 12 (14 %). Alle 13 –vuotiaita oli koillisella alueella 25 (11 %), läntisellä alueella 17 (11 %) ja pohjoisella alueella 11 (14 %). Kaikilla asuinalueilla oli potilaista vähiten (1 %) 19 –vuotiaita tai sitä vanhempia.

Eteläisen suurpiirin nuorisopsykiatrian potilaista 30 (39 %) on ollut 13–14,9 –vuotiaita vuonna 2003 ja 28 (35 %) 15–16,9 –vuotiaita. Sekä alle 13 –vuotiaita että 17–18,9 –vuotiaita oli molempia 10 nuorta (13 %). 19 –vuotiaita tai vanhempia nuorisopsykiatrian potilaita ei aineistossa eteläisen suurpiirin alueelta ollut yhtäkään vuonna 2003.

Itäisen suurpiirin alueen nuorisopsykiatrian potilaista 117 (40 %) oli ikäryhmästä 13–14,9 –vuotiaat. 102 itäisen Helsingin nuorisopsykiatrian potilaista (35 %) oli 15–16,9 –vuotiaita. Alle 13 –vuotiaita alueen potilaista oli 45 (15 %) ja 17–18,9 –vuotiaita 29 (9 %). 19 –vuotiaita tai sitä vanhempia itäisen suurpiirin potilaita oli kaksi (1 %).

Kaakkoisen suurpiirin nuorisopsykiatrian potilaista 30 (37 %) oli 13–14,9 –vuotiaita. 28 nuorta (35 %) oli 15–16,9 –vuotiaita. Alle 13 –vuotiaita heistä 12 (15 %). Kaakkoisen suurpiirin potilaista 9 kuului ikäryhmään 17–18,9 –vuotiaat (11 %) ja kaksi (2 %) oli 19 –vuotias tai sitä vanhempi.

Keskisen suurpiirin nuorisopsykiatrian potilaista 31 (37 %) oli 15–16,9 –vuotiaita ja 30 (35 %) 13–14,9 –vuotiaita. 17–18,9 –vuotiasta potilasta oli 12 (14 %) ja alle 13 –vuotiaita 10 (12 %). 19 –vuotiaita sitä vanhempia oli kaksi (2 %).

Koillisen suurpiirin potilaista 81 (36 %) oli 13–14,9 –vuotiaita ja 63 (28 %) 15–16,9 –vuotiaita. Alle 13 –vuotiaita koillisen alueen nuorisopsykiatrian potilaista oli 53 (24 %). 17–18,9 –vuotiaita potilaista oli 25 nuorta (11 %) ja kolme nuorta (1 %) oli 19 –vuotiaita tai sitä vanhempia.

Läntisellä suurpiirialueella potilaista 62 (41 %) oli 15–16,9 –vuotiaita. 57 potilasta läntisellä alueella (37 %) oli 13–14,9 –vuotiasta. 17–18,9 –vuotiasta potilaista oli 17 (11 %) ja 15 (10 %) alle 13 –vuotiasta. Kaksi alueen potilaista (1 %) oli 19 –vuotiasta tai sitä vanhempia.

Helsingin pohjoisen suurpiirin alueella 31 (38 %) nuorta oli 13–14,9 –vuotiaita. 25 nuorta (31 %) oli 15–16,9 –vuotiaita. Alle 13- vuotiaita (17 %) potilaista oli 14 ja 17-18,9 –vuotiaita 11 (14 %). Pohjoisen alueella ei ollut yhtäkään 19 –vuotiasta tai sitä vanhempaa nuorisopsykiatrian potilasta vuonna 2003.

Kaikissa suurpiireissä nuorten potilaiden iät jakoutuivat melko samankaltaisesti. Nuorista potilaista eteläisellä (39 %), itäisellä (40 %), kaakkoisella (37 %), koillisella (36 %) ja pohjoisella (38 %) alueella oli suurin osa 13–14,9 –vuotiaita. Keskisellä (36 %) ja läntisellä (40 %) alueilla suurin osa aineiston potilaista oli 15-16,9 –vuotiaita. Kaikilla asuinalueilla oli potilaista vähiten (1 %) 19 –vuotiaita tai sitä vanhempia. Tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä. (n=998)(  $\chi^2=25,589$ ; df=24; p=.378)

#### *Nuorten diagnoosit läheteissä vuonna 2003*

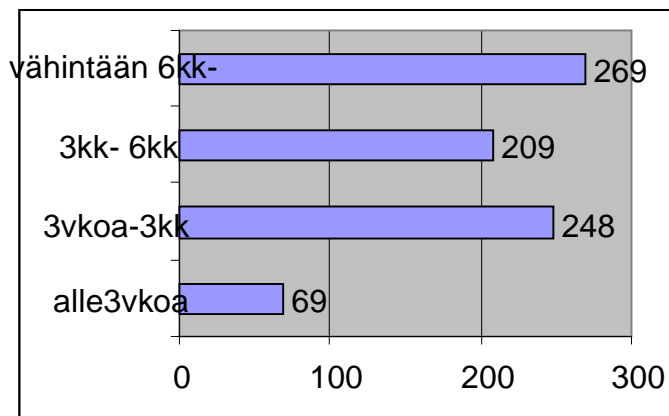
Taulukko 2. Diagnoosit (n=124)

<u>Diagnoosit</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Mielialahäiriöt	40	32
Lapsuus- ja nuoruusiän käytös- ja tunnehäiriöt	39	31
Skitsofrenia	15	12
Neuroottiset, stressi- ja somatoformiset häiriöt	12	10
Lääkkeiden tai päihteiden aiheuttamat kehityshäiriöt	6	5
Psykkisen kehityksen häiriöt	5	4
Persoonallisuus- ja käytöshäiriöt	4	3
Älyllinen kehitysvammaisuus	2	2
<u>Fysiologisiin häiriöihin liittyvät käyttäytymisoireet</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	124	100

Aineistossa oli rekisteröity diagnoosi 124 kertaa potilaan tietoihin. Niistä 40 oli mielialahäiriöitä (32 %) ja 39 lapsuus- ja nuoruusvaiheen käytös- ja tunnehäiriöitä (31 %). Skitsofrenia oli todettu 15 nuorella (12 %) ja neuroottisia stressihäiriöitä 12 nuorella (10 %). Lääkkeiden tai päihteiden aiheuttamia kehityshäiriöitä oli diagnosoitu kuudella nuorella (5 %) ja psykkisen kehityksen häiriöitä viidellä nuorella (4 %). Neljällä nuorella potilaalla (3 %) oli rekisteröity persoonallisuus- tai käytöshäiriö.

## 5.2 Hoitoonpääsyn odotusajat

Hoitoonpääsyn odotusaika oli mainittu aineistossa 795 potilaan kohdalla. Aineiston 269 nuorta (34 %) oli odottanut yli kuusi kuukautta hoitoonpääsyä. Joka neljäs (n=209) oli odottanut hoitopaikan saamista kolmesta kuuteen kuukautta. 248 nuorta (31 %) oli odottanut hoitopaikkaa kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen. Yhteensä 69 nuorta (9 %) pääsi vuonna 2003 hoitoon alle kolmessa viikossa lähetteen kirjoittamisesta. Aineiston mukaan hoitoon pääsi yhteensä 317 potilasta hoitotakuuasetuksen suosituksen mukaisen alle kolmen kuukauden ajassa (40 %).



Kuvio 3. Hoitoonpääsyn odottamisajat (n=795)

### 5.3 Hoitoonpääsy ikäluokittain

Taulukko 3. Hoitoonpääsy ikäluokittain (n=795)

Odotusaika	Ikä					Yhteensä	%
	alle 13-vuotiaat	13–14,9-vuotiaat	15–16,9-vuotiaat	17–18,9-vuotiaat	19-vuotiaat ja sitä vanhemmat		
Alle 3 viikkoa	7	22	23	9	8	69	9 %
3 viikkoa – 3 kuukautta	37	93	87	28	3	248	31 %
3 – 6 kuukautta	30	78	72	29	0	209	26 %
Yli 6 kuukautta	59	101	83	26	0	269	34 %
Yhteensä	133	294	265	92	11	795	100 %
	17 %	37 %	33 %	12 %	1 %	100 %	

Iän ja hoitoonpääsyn välistä yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Hoitoonpääsyn odotusaika oli saatavissa 795 potilaan kohdalla. Aineistossa alle kolme viikkoa lähetteen kirjoittamisesta hoitoonpääsyä odotti ikäluokassa alle 13 –vuotiaista 7 (10 %). 13–14,9 –vuotiaista nuorisopsykiatrian potilaista hoitoonpääsyä odotti alle kolme viikkoa 22 nuorta (32 %). 15–16,9 –vuotiaista heitä oli 23 (33 %) ja 17–18,9 –vuotiaista yhdeksän (13 %). Hoitotakuuasetuksen suosittamassa alle kolmessa viikossa hoitoon pääsi 19 –vuotiaista tai sitä vanhemmista kahdeksan nuorta (12 %).

Alle 13 –vuotiaista 37 (15 %) pääsi hoitoon kolmen viikon ja kolmen kuukauden välillä. Kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen lukumääräisesti eniten hoitoa odottavia nuoria oli ikäryhmässä 13–14,9 –vuotiaat (38 %). Suhteellisesti eniten kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen hoitoonpääsyä odottavia potilaita oli kuitenkin ikäryhmässä 15–16,9 –vuotiaat, heitä oli 87 nuorta (35 %). 17–18,9 –vuotiaista alle kolmen kuukauden jälkeen hoitoon pääsi 28 (11 %) ja 19 –vuotiaista tai sitä vanhemmista kolme (1 %).

Kolmesta kuuteen kuukautta hoitopaikkaa joutui odottamaan alle 13 –vuotiaista 30 (14 %) ja 13–14,9 –vuotiaista 78 (37 %). 15–16,9 –vuotiaista hoitopaikkaa odotti kolmesta kuuteen kuukautta 72 (35 %) ja 17–18,9 –vuotiaista 29 (14 %). Aineistossa ei ollut yhtään 19 –vuotiaista tai sitä

vanhempaa, joka olisi odottanut hoitopaikkaa vastaavan ajan.

Yli kuusi kuukautta hoitoonpääsyä odotti 59 (22 %) alle 13 –vuotiaista. 13–14,9 –vuotiaista heitä oli 101 (38 %) ja 15–16,9 –vuotiaista 83 nuorta (31 %). 17–18,9 –vuotiaita nuoria oli 26 (9 %). Aineistossa ei ollut yhtään 19 –vuotiaista tai sitä vanhempaa, joka olisi odottanut hoitopaikkaa vastaavan ajan.

Tarkasteltaessa aineiston alle 13 –vuotiaita heistä seitsemän (5 %) pääsi hoitoon alle kolmessa viikossa vuonna 2003. Kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen hoitopaikkaa odotti aineiston mukaan 37 alle 13 –vuotiaista nuorta (28 %). Kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen hoitopaikkaa heistä odotti 30 nuorta (23 %) ja yli kuusi kuukautta hoitopaikkaa odotti 59 nuorta (44 %).

13–14,9 –vuotiaista 22 (7 %) pääsi hoitoon suositetussa alle kolmessa viikossa. 13–14,9 –vuotiaista hoitoon pääsi kolmen viikon tai kolmen kuukauden kuluessa 93 (32 %) ja alle kuuden kuukauden odotuksen jälkeen 78 nuorta (27 %). Yli kuusi kuukautta hoitopaikkaa heistä odotti 101 nuorta (34 %).

15–16,9 –vuotiaista pääsi hoitoon alle kolmessa viikossa 23 nuorta (9 %). Kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen hoitoonpääsyä odotti 87 nuorta (33 %). Kolmesta kuuteen kuukautta odotti hoitopaikkaa 15–16,9 –vuotiaista 72 (27 %) ja yli kuuden kuukauden odotusaika oli 83 nuorella (31 %).

Yhdeksän nuorta 17–18,9 –vuotiaista (10 %) pääsi hoitoon alle kolmessa viikossa. Alle kolme kuukautta hoitopaikkaa odotti 28 nuorta (30 %) ja kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukauteen paikkaa odotti 29 nuorta (32 %). Enemmän kuin puoli vuotta hoitopaikkaa odotti heistä 26 (28 %).

19 –vuotiaista tai sitä vanhemmista nuorisopsykiatrian potilaista alle kolmessa viikossa hoitoon pääsi kahdeksan nuorta (73 %) ja kolme nuorta (27 %) joutui odottamaan pääsyä hoitoon kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen. 19 –vuotiaista tai sitä vanhemmista kukaan ei joutunut odottamaan hoitoonpääsyä kauempaa kuin korkeintaan kolme kuukautta.

Tässä aineistossa tulos potilaan iän ja hoitoonpääsyn yhteydestä on tilastollisesti merkitsevä. Merkitsevyydestä kertoo se, että p:n arvo on pienempi kuin 0,001 (Heikkilä, 1998). (n=795) ( $\chi^2=69,274$ ; df=12; p<.001) Moni 13-14,9 –vuotias on joutunut odottamaan hoitoonpääsyä yli kuusi

kuukautta sekä kaikki 19 –vuotiaat tai sitä vanhemmat ovat päässeet hoitoon alle kolmen kuukauden ajassa.

#### 5.4 Hoitoonpääsy asuinalueittain

Taulukko 4. Hoitoonpääsy asuinalueittain (n=793)

Suurpiiri	Odotusaika					Yhteensä kuukautta	%
	alle 3 viikkoa	3-6 viikkoa- 3 kuukautta	3-6	yli 6 kuukautta			
Eteläinen	7	18	19	20	64	8 %	
Itäinen	22	68	56	72	218	27 %	
Kaakkoinen	2	18	23	22	65	8%	
Keskinen	7	17	19	18	61	8 %	
Koillinen	13	63	38	68	182	23 %	
Läntinen	8	40	30	32	110	14 %	
Pohjoinen	5	14	19	26	64	8 %	
Tuntematon	5	8	5	11	29	4 %	
Yhteensä	69	246	209	269	793	100 %	
	9 %	31 %	36 %	34 %	100 %		

Aineistossa (n=793) alle kolmen viikon kuluessa läheteen kirjoittamisesta pääsi hoitoon 69 nuorta (9 %). Kolmesta viikosta kolmeen kuukautta hoitopaikkaa odotti 246 nuorta (31 %) ja kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukauteen 209 nuorta (36 %). Yli puoli vuotta hoitopaikkaa odotti 269 nuorta (34 %).

Eniten nuoria ohjattiin psykiatriseen hoitoon itäisen suurpiirin alueella. Heitä oli 218 nuorta (27 %). Koillisen suurpiirin alueella hoitoon ohjauksia oli 182 (23 %) ja läntisen suurpiirin alueella 110 (14 %). Helsingin kaakkoisella alueella nuoria ohjattiin hoitoon läheteellä 65 kertaa (8 %) ja sekä eteläisellä että pohjoisella alueella 64 kertaa (8 %). Keskinen suurpiirin alueella hoitoon ohjauksia oli 61 (8 %). Tuntematon lähettävä taho oli 29 tietueessa (4 %).

Helsingin terveyskeskuksen eteläisessä suurpiirissä nuorisopsykiatrasta hoitoa tarvitsevista

seitsemän nuorta (11 %) pääsi hoitoon toivotussa alle kolmen viikon ajassa. Heistä 18 (28 %) joutui odottamaan hoitopaikkaa kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen ja 19 (30 %) kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukauteen. Yli puoli vuotta hoitopaikkaa odotti aineiston mukaan 20 nuorta (31 %) eteläisellä alueella.

Itäisen suurpiirin alueella 22 nuorta (10 %) sai hoitopaikan alle kolmessa viikossa ja 68 nuorta (31 %) odotti hoitoonpääsyä yli kolme viikkoa, muttei kauempaa kuin kolme kuukautta. Kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukautta hoitopaikkaa odotti itäisellä alueella 56 nuorta (26 %). Yli puoli vuotta hoitopaikkaansa odotti 72 nuorta (33 %).

Helsingin kaakkoisen suurpiirin alueella alle kolmessa viikossa hoitopaikan sai kaksi nuorta (3 %). 18 nuorta psykiatrian potilasta (28 %) odotti hoitoonpääsyä kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen ja kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukautta hoitopaikkaa odotti 23 nuorta (35 %). Yli puoli vuotta hoitopaikkaa jonotti 22 nuorta (34 %).

Keskisellä alueella seitsemän nuorta (11 %) sai hoitopaikan alle kolmessa viikossa. Keskisen alueen nuorista 17 (28 %) sai hoitopaikan kolmesta viikosta kolmeen kuukauden aikana. Kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukautta hoitoonpääsyä odotti 19 nuorta (31 %) ja yli puoli vuotta hoitopaikkaa odotti 18 nuorta (30 %).

Helsingin koillisella alueella vähintään kolmessa viikossa hoitopaikan sai 13 nuorta (7 %). Kolmesta viikosta kolmeen kuukauteen hoitopaikkaa odotti 63 nuorta (35 %) ja 38 nuorta (21 %) joutui odottamaan hoitopaikkaa kolmesta kuuteen kuukautta. Yli kuusi kuukautta hoitopaikan saamisen kului aikaan 68 nuoren kohdalla (37 %).

Läntisen suurpiirin alueella 8 nuorta (7 %) pääsi hoitoon toivotussa alle kolmen viikon ajassa. Kolmesta viikosta kolmeen kuukautta hoitopaikkaa joutui odottamaan läntisellä alueella 40 nuorta (37 %) ja kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukautta 30 nuorta (27 %). Yli puoli vuotta paikkaa joutui odottamaan 32 nuorta (29 %).

Pohjoisella alueella viisi (8 %) nuorta pääsi hoitoon alle kolmessa viikossa lähetteen kirjoittamisesta. Nuorista 14 (22 %) odotti hoitopaikkaansa kolmesta viikosta kolmeen kuukautta ja 19 nuorta (30 %). Yli puoli vuotta hoitopaikkaa odotti pohjoisen suurpiirin alueella 26 nuorta (40 %).

Koko aineistossa tieto lähettävästä tahosta jäi puuttumaan tässä aineistossa 29 tietueessa (4 %). Heistä viisi (17 %) pääsi kuitenkin hoitoon alle kolmessa viikossa ja kahdeksan (28 %) alle kolmen kuukauden ajassa. Kolmesta kuuteen kuukautta hoitopaikkaa odotti viisi nuorta (17 %). Yli puoli vuotta odotti pääsyä hoitoon 11 nuorta (38 %). Hoitoonpääsyn odotusaika oli käytössä 795 potilaan kohdalla, joten puuttumaan jäi kaksi tietuetta tarkasteltaessa nuorten potilaiden asuinpaikan ja hoitoonpääsyn yhteyttä.

### *Hoitoonpääsyajat asuinalueilla*

Yhteensä 69 (8 %) nuorta pääsi aineiston mukaan hoitoon lähetteen kirjoittamisesta alle kolmessa viikossa. Tarkasteltaessa suurpiirien välisiä hoitoonpääsyajakoja keskenään, itäisen suurpiirin alueella pääsi kirjoitetulla läheteellä 22 nuorta (32 %) hoitoon alle kolmessa viikossa, kun heitä oli 13 (19 %) koillisen suurpiirin alueella. Läntisellä alueella kahdeksan nuorta (12 %) pääsi hoitoon vastaavassa ajassa ja sekä eteläisellä että keskisellä alueella seitsemän nuorta (10 %). Pohjoisen alueella hoitoon ohjatuista viisi (7 %) ja kaakkoisella alueella kaksi (3 %) pääsi hoitoon alla kolmen viikon ajassa. Tuntematon lähettäjä oli viidessä tietueessa (7 %).

Kolmesta viikosta kolmeen kuukautta jatkohoitopaikkaa jonotti yhteensä 246 nuorta (31 %). Heistä itäisellä alueella oli 68 nuorta (28 %) ja koillisen alueella 63 nuorta (26 %). Läntisellä alueella 40 nuorta (16 %) odotti hoitopaikkaa vastaavan ajan ja eteläisellä sekä kaakkoisella alueella 18 nuorta molemmissa (7 %). Keskisen alueen nuorisopsykiatrian potilaista 17 (7 %) odotti pääsyä hoitoon kolmesta viikosta kolmeen kuukautta ja pohjoisen alueella 14 nuorta (6 %). Tuntematon lähettäjä oli kahdeksassa tietueessa (3 %).

Kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukautta hoitoonpääsyä odotti yhteensä 209 nuorta (36 %). Heistä itäisellä alueella oli 56 nuorta (27 %). Koillisella alueella vastaavan ajan hoitoonpääsyä odotti 38 nuorta (18 %) ja läntisen suurpiirin alueella 30 nuorta (14 %). Kolmesta kuuteen kuukautta joutui odottamaan hoitopaikkaa kaakkoisen suurpiirin alueelta 23 nuorta (11 %) ja itäisen, keskisen sekä pohjoisen alueilla 19 nuorta (9 %). Tuntematon lähettäjä oli viidessä tietueessa (3 %).

Yli kuusi kuukautta hoitoonpääsyä joutui odottamaan yhteensä 269 nuorta (34 %). Heistä itäisen suurpiirin potilaita oli 72 nuorta (27 %). 68 nuorista (25 %) oli koilliseen suurpiirin kuuluvia potilaita. Läntisen suurpiirin nuorisopsykiatrian potilaista 32 (12 %) joutui odottamaan hoitopaikkaa

yli puoli vuotta ja pohjoisen alueen potilaista 26 (10 %). Kaakkoisessa suurpiirissä 22 nuorta (8 %) ja eteläisellä alueella 20 nuorta (7 %) odotti hoitopääsyä yli puoli vuotta. Keskisen alueen nuorisopsykiatrian potilaista 18 (7 %) joutui odottamaan vastaavan ajan. Tuntematon lähettävä taho oli 29 tietueessa (4 %). Hoitopääsyn odotusaika oli käytössä 795 potilaan kohdalla, joten tarkastelussa jäi puuttumaan kaksi tietuetta.

Potilaiden hoitopääsillä ja asuinpaikalla ei ole tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta. (n=793)  
( $\chi^2=20,271$ ; df=21; p=,504)

## 6. POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelua

Nuorisopsykiatrian potilaan iäksi Suomessa on määritelty 13–18 vuotta. Sitä nuorempien potilaiden hoitaminen kuuluu lastenpsykiatriaan ja sitä vanhempien psykiatriaan. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi nuori potilas voi olla nuorisopsykiatrian hoidon piirissä 22 ikävuoteen saakka, kunnes siirtyy aikuispsykiatrian osastoille hoidettavaksi. Tämän työn aineistossa nuorisopsykiatrian potilaita oli yhteensä 1044 ja he olivat iältään 12–22 –vuotiaita. Yleisimmin aineiston nuori potilas oli 14 –vuotias. Kolme neljästä nuoresta potilaasta oli 13-16,9 –vuotiaita. 19 –vuotiaita tai sitä vanhempia tämän aineiston potilaista oli alle kaksi prosenttia.

Tämän työn aineistoon on valittu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) helsinkiläisiä nuorisopsykiatrian palveluita vuonna 2003 käyttäneitä nuoria. Heistä lähes joka kolmas nuori on ilmoittanut kotipaikakseen Helsingin itäisen suurpiirin. Joka viides nuori oli ilmoittanut asuinpaikakseen koillisen Helsingin. Läntisen Helsingin alueella heistä asui joka kahdeksas. Muiden kaupungin alueiden eli terveyskeskuksen suurpiirien alueilla nuorista nuorisopsykiatrian palveluita käyttäneistä asui kussakin vajaa 10 %.

Helsingin terveyskeskuksen suurpiireistä väestömäärältään suurimpia ovat eteläinen ja läntinen suurpiiri. Väestömäärältään pienimpiä ovat pohjoinen ja kaakkoinen suurpiiri. Keskisen suurpiirin väestö on keskimäärin kaupungin nuorinta. Helsingin itäisellä ja koillisella alueella nuorten mielenterveyspalveluiden tarve on suhteessa suurempaa kuin muilla kaupungin alueilla. Helsingin terveyskeskuksen suurpiirialuejako purettiin vuonna 2004 helsinkiläisten hoitoonpääsyn parantamiseksi.

Tarkasteltaessa nuorisopsykiatrian palveluiden käytön ja asuinpaikan yhteyttä vuonna 2003 on jokaisella Helsingin terveyskeskuksen suurpiirin alueella nuorisopsykiatrian potilaista eniten ollut 13–16,9 –vuotiaita. Keskisen ja läntisen suurpiirin alueella kolmanneksi eniten potilaina oli opiskelijaikäisiä nuoria eli 17–18,9 -vuotiaita. 19 –vuotiaita tai sitä vanhempia oli jokaisessa kaupunginosassa noin 1 %.

Kaltiala-Heinon (2003) mukaan alaikäisten tahdosta riippumattomassa hoidossa vuosina 1996 –

2000 yleisimmät diagnoosit lapsuus- ja nuoruusiässä olivat käytös- ja tunnehäiriöt, mikä oli diagnosoitu joka kolmannella lapsella tai nuorella. Joka neljännellä potilaalla oli diagnosoitu mielialahäiriö ja joka kahdeksannella skitsofrenia tai skitsofreniatyyppinen häiriö. Joka kymmenennellä oli diagnosoitu päihdeongelma.

Tässä työssä tulokset nuorisopsykiatrian potilaille tehdyistä diagnooseista ovat lähes yhtenevät Kaltiala-Heinon tuloksen kanssa. Tässä työssä diagnooseissa oli eniten lapsuus- ja nuoruusiän käytös- ja tunnehäiriöitä (32 %) sekä lähes yhtä paljon mielialahäiriöitä (31 %). Joka kahdeksannen nuoren diagnoosina oli skitsofrenia ja joka kymmenennellä oli diagnosoitu neuroottinen stressi- ja somatoforminen häiriö. Tämän työn tuloksen mukaan mielialahäiriöitä oli diagnosoitu jonkin verran enemmän kuin Kaltiala-Heinon koko maata koskevassa tutkimuksessa aikaisemmalta ajalta. Kaltiala-Heinon mukaan päihdeongelmia oli joka kymmenennellä nuorella, kun tässä työssä helsinkiläistä nuorista joka kymmenennellä oli todettu stressi- ja somatoforminen häiriö. (n=124)

Nuori, joka omasta tai läheisensä aloitteesta tuntee tarvitsevansa apua psyykkisen hyvinvointinsa ylläpitämiseksi, tarvitsee hoidon oikeaan aikaan. Tämän työn aineiston mukaan 40 % potilaista pääsi hoitoon alle kolmen kuukauden ajassa. Joka viides nuori oli joutunut odottamaan hoitopääsyä kolmesta kuukaudesta kuuteen kuukauteen ja enemmän kuin joka neljäs nuori psykiatrian potilas oli joutunut odottamaan hoitopääsyä yli kuusi kuukautta. Hoitopääsyn turvaamiseksi säädettyjen lakien ja asetusten mukaan kuusi kuukautta on jakso, jonka aikana tarpeelliseksi katsottu potilaan hoito on järjestettävä ja aloitettava. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut on katsottu kiireellisemmiksi ja niiden järjestäminen on ohjeistettu järjestettäväksi kolmen kuukauden kuluessa lähteen kirjoittamisesta. Odotusaikatieto puuttui 249 potilaan kohdalla (24 %).

Nuottaprojektin mukaan vuosina 2001–2002 nuorisopsykiatrian hoitopääsy toteutui 52 % potilaan kohdalla. Raportissa todetaan kuitenkin, että hoitopääsyn mittaaminen oli vielä keskeneräistä. (Pylkkänen K ym, 2003) Kaltiala-Heinon (2003) mukaan psykiatrian tutkimusjaksolle hakeutuneiden lasten ja nuorten määrä oli lisääntynyt vuodesta 1996 vuoteen 2000 2562:sta 4192:een. Lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon tarve on lisääntynyt. Heinosen (2006) mukaan lasten ja nuorten ongelmien ennaltaehkäisyyn ei ole pystytty tähän mennessä panostamaan riittävästi. Nuorten ja heidän perheidensä ongelmat ovat monimutkaistuneet ja vaikeutuneet. Nuorten mielenterveysongelmien taustalla on usein perheiden moninaiset ongelmat.

Mielenterveyshäiriö on nuoren elämässä vakava käännekohta. Psykkiset vaikeudet herkässä iässä ovat helposti myös nuoren tulevaisuutta leimaavia. Helsingin kaupungin terveystieteiden strategiasuunnitelmassa vuodelle 2002 kiinnitettiin huomiota nuorten mielenterveyteen. Kouluterveydenhuollossa oli huomattu kouluikäisillä monenlaisia oireita: väsymystä, heikotuksen tunnetta, ärtymystä, päänsärkyä ja kiputiloja. Turvattomuuden tunne ja erilaiset säryt olivat lisääntyneet. Aikuiseksi kasvaminen on hämmentävää aikaa. Jos nuori joutuu kokemaan näiden lisäksi psyykkisiä vaikeuksia, tulisi hänen saada apua sitä tarvitessaan. (Strategiasuunnitelma, 2001) Edellä kuvatut ongelmat ovat oireita mahdollisesta ahdistuneisuushäiriöstä. Ne tulisi kuitenkin huomioda ja siten ennaltaehkäistä vakavampia mielenterveysongelmia. (Ranta K, 2006) Hoitopääsyn odottaminen ja epätietoisuus lisäävät entisestään nuoren pelkoa ja ahdistusta. Epätietoisuus ja pelko koskettavat myös nuoren perhettä ja läheisiä.

Helsingin terveystieteiden itäisessä suurpiirissä oli eniten yli kuusi kuukautta hoitopääsyä odottaneita nuoria. Heistä joka kolmas joutui odottamaan hoitopaikkaa yli kuusi kuukautta. Itäisen alueen nuorista kuitenkin lähes joka kolmas pääsi hoitoon alle kolmen kuukauden odotuksen jälkeen. Eteläisellä, koillisella ja pohjoisella Helsingin kaupungin alueilla nuoret potilaat odottivat kauimmin hoitopaikkaansa. Helsingin kaakkoisella ja keskisen alueilla nuoret, joka kolmas, pääsivät hoitoon alle puolen vuoden, mutta silti joutuivat odottamaan hoitopaikkaa yli kolme kuukautta. Vain läntisessä suurpiirissä useampi kuin joka kolmas nuorista pääsi hoitoon alle kolmessa kuukaudessa. Myös koillisella alueella moni, joka kolmas, pääsi hoitoon alle kolmen kuukauden ajassa.

Hoitopääsy ei toteudu hoitotakuun määrittämässä alle kolmen kuukauden ajassa ja moni nuori joutuu odottamaan hoitopääsyä liian kauan. Nuori ja hänen perheensä on kokenut jo monia oireita psyykkisistä vaikeuksista ja hakeuduttuaan tai tultuaan ohjatuksi kouluterveydenhuollon, terveystieteiden tai poliisin kautta hoitoon, tarvitsisi nopeasti nuorisopsykiatrian ammattilaisten apua elämäntilanteessaan. Mitä nuorempi potilas on, sitä kykenemättömämpi hän on itse tunnistamaan psyykkistä vointiaan tai ymmärtämään vaikeaa elämäntilannettaan. Tämän tutkielman mukaan lähes kaksi kolmesta alle 13 -vuotiaasta joutui odottamaan hoitopaikkaa yli kolme kuukautta.

Yli kolme kuukautta hoitopääsyään joutui odottamaan yli puolet (60 %) 13–14,9 –vuotiaista sekä (58 %) 15–16,9 –vuotiaista. Nuoruuden kehityksen keskivaihetta elävät nuoret ovat alttiita traumaattisille kokemuksille. He pystyvät jo tunnistamaan ahdistusta. Jännittäminen on tavallista

nuoruuden keskivaiheessa. (Kaltiala-Heino R, 2003) Hoitoonpääsyn odottaminen lisää entisestään olemassa olevaa ahdistusta ja jännittämistä.

Tämän tutkielman mukaan kaikki 19 –vuotiaat tai sitä vanhemmat nuoret olivat päässeet nuorisopsykiatriseen hoitoon alle kolmen kuukauden ajassa. Yli 19 –vuotiaalla nuorella saattaa ilmetä vaikeita mielenterveyshäiriöitä, kuten psykoottisuutta, itsetuhoisuutta, väkivaltaisuutta, anorexia nervosaa. Yli 19 –vuotiaana nuoren itsensä ja tunteidensa ilmaisu on kehittynyt niin, että hän jo pystyy käsittelemään vakaviakin tunteita ja asioita. (Aalto R, 1996) 19 –vuotiaiden ja sitä vanhempien nopeampi hoitoonpääsy saattaa selittyä sillä, että he kykenevät ilmaisemaan tuntojaan paremmin kuin itseään nuoremmat tai, että heidän psyykkiset ongelmansa ovat olleet akuutisti näkyvämpiä tai vakavampia.

Nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana hoitaja voi auttaa nuorta oman elämän hallinnassa ja selviytymiskeinojen vahvistamisessa. Tulevaisuuteen suuntautuvat hoitotoimenpiteet sitouttavat ja motivoivat nuorta hoitoonsa. Yhdessä oleminen hoitajan kanssa on nuorille tärkeää. Hoitajan taholta koetaan aitoa välittämistä ja läsnäoloa. Osastohoidossa toteutuu läheisyys ja luottamus hoitajan ja potilaan välillä. Vaikka nuoret ovat saattaneet kokea osaston tylsäksi paikaksi, nuoret ovat silti kokeneet osastohoitojakson auttaneen heitä selviytymään sairautensa kanssa. Nuorille hoitaja oli malli luotettavasta ja vahvasta aikuisesta, joka pysyy rinnalla. Hoidon aikana on mahdollista opetella sosiaalisia ja käytännön taitoja. Osastolla hoitaja on nuorelle malli aikuisesta. Hoitaminen on myös kasvattamiseksi, johon liittyy rajojen asettaminen nuorelle. Hoidollinen rajoittaminen luo turvallisuutta potilaan elämäntilanteessa. (Kuosmanen, 2002; Pikkaraisen, 2006; Tanskanen, 1996)

Nuoret olivat kertoneet kokemuksistaan nuorisopsykiatrisella osastolla ja olivat kokeneet tulleen autetuiksi. Osasto koettiin sosiaalisesti yhteisöksi, jossa toiset nuoret voivat tukea ja kannustaa nuoren itsehoitoa. Hoitajat, etenkin omahoitaja, on koettu luotetuiksi henkilöiksi, jotka antavat aikansa juuri hänelle. Sairaanhoidajien kuvaamana nuorisopsykiatrisen osasto on nuorelle paikka, jossa hän voi opetella luottamaan aikuiseen ja jossa hän voi turvallisesti kohdata omia tunteitaan hoitajan kuunnellessa ja rauhoittaessa tilannetta. Lisäksi hoitaja määrittää nuoren vastuun rajat rajoitusten ja sopimusten avulla. Osastolla nuoret oppivat taitoja, joita tarvitsevat itsenäisessä elämässään. (Kuosmanen P, 2002; Pikkaraisen T, 2006; Tanskanen R, 1996)

## 6.2 Tutkielman eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua

Tässä työssä käytetty tilastoaineisto on poimittu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin OH – järjestelmästä (otosten ja raporttien hallintajärjestelmä). Koska kyselyä ja mittaria ei ole rakennettu tätä työtä varten, on poimittu aineisto ohjannut työn etenemistä. Aineistoa on muokattu Spss 13.0 for Windows –tilasto-ohjelmaan soveltuvaksi.

Tämän tutkielman analyysin kohteena olleessa aineistossa ei ole ollut käytössä nuorten potilaiden henkilötietoja, henkilötunnusta tai nimeä. Näin nuorten potilaiden yksityisyys ja anonymiteetti on varmistettu. Aineisto luovutettiin tutkielmaa varten tilastomuodossa. Tilastoaineistossa oli tiedot nuorten iästä, diagnoosi ja asuinpaikka asuinalueena Helsingissä sekä tiedot potilaiden lähetteen kirjoittamispäivästä ja hoitopäivästä. Aineiston perustana olevilta potilailta ei ole kysytty lupaa hoitopäiväyhteyden käyttöön. Näitä nuorten psykiatrian potilaiden henkilötietoja ei ole mahdollista kohdistaa kenenkään henkilöön. Tämän työn aineisto on rekisteriaineisto, joka on muokattu tilastoaineistoksi, mutta ei silti ollut valmis analysointia varten. Aineistoa jouduttiin muokkaamaan niin, että SPSS –ohjelmaa voitiin hyödyntää. Aineisto on luovutettu vain tämän tutkielman tekemistä varten ja tullaan tutkielman valmistuttua hävittämään.

Rekisteriaineistoja kerätään usein hallinnollisia tarpeita varten, niitä ei ole kerätty varta vasten tutkimuksellisiin tarkoituksiin. Henkilörekisterilaki ei koske sellaista rekisteri- tai muita aineistoja, joista tietyn henkilön tunnistamiseen tarvittavat tiedot on poistettu (Valkonen, 1998).

Tutkimusasetelma joudutaan usein rakentamaan käytettävän tilastoaineiston ehdoilla (Hämäläinen, 1998). Tässä työssä aineisto käyttökelpoisuus ohjasi työn etenemistä ja tutkimustehtäviä. Kun kävi ilmi, ettei osa-aineistoja voitu yhdistää, jouduttiin tutkimustehtävää tarkistamaan ja kaventamaan.

Rekisteriaineistot ovat luotettavaa materiaalia luotettavuusselvitystensä johdosta (Hämäläinen, 1998) Tässä työssä käytetyn aineiston sisällössä oli puutteita. Tietueista puuttui tai tiedot oli huolimattomasti tallennettu. Yhtenäinen käytäntö oli puuttunut, kun diagnoosikohtaa oli täytetty ja suuri osa diagnoosien ICD-tunnuksista oli tunnistamattomia esimerkiksi lyöntivirheiden vuoksi. Diagnoositietojen kokonaismäärä jäi noin kymmeneen prosenttiin suhteessa muihin potilastietoihin. Diagnoosien yhteyttä hoitopäiväyhteyden ei siten voitu tarkastella. Mielenkiintoista olisi ollut analyysin avulla todeta, minkä sairausryhmän potilaiden kohdalla hoitopäivä toteutuu parhaiten.

Monissa aineiston tietueissa oli puutteelliset tiedot ja osin tietoja puuttui kokonaan. Odotusaikatiedot olivat puutteellisia. Aineisto oli epäluotettava tilastollista aineiston käsittelyä varten. Lisäksi aineistossa esiintyi paljon kirjaamis- tai lyöntivirheitä. Puutteita oli muun muassa päivämäärien kirjaamisessa. Kaikkia kirjaamis- tai lyöntivirheitä ei ole voitu tunnistaa ja aineiston käsittelyssä tilasto-ohjelman käyttämistä varten on jouduttu käyttämään tulkintaa. Työn edetessä on pyritty korjaamaan havaittuja virheitä mahdollisuuksien mukaan, silti on mahdollista, että aineistoon on jäänyt saman potilaan tietoja kahteen kertaan. Näin potilaan kulkua hoitoketjussa ja hoidon etenemistä ei voi seurata aineiston perusteella. Aineistonkäsittely ja tulkinnat vähentävät tutkimuksen tuloksen luotettavuutta. Aineiston luotettavuutta lisää se, että rekisteri kattaa koko halutun väestön (Valkonen, 1998), kuten tässä työssä aineisto katti kaikki helsinkiläiset nuorisopsykiatrian potilaat vuonna 2003.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta (Metsämuuronen, 2003) Tämän työn aineiston uudelleen analysointi saattaisi johtaa samansuuntaisiin tuloksiin kuin edellä on esitetty. Pylkkänen ym. (2003) tekivät selvityksen nuorisopsykiatrian hoitopäätöksestä vuosilta 2001–2002. Selvityksen perusteella he päätyivät suosittamaan yhden uuden nuorisopsykiatrian osaston perustamista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueelle, jotta nuorten psykiatrisen hoitopäätöksen toteutus olisi paremmin. Myöskään tämän työn perusteella hoitopäätös ei toteutunut Helsingissä vuonna 2003 hoitotakuun suosittamassa ajassa.

Tämän työn teoriaosuudessa on käytetty materiaalia asetuksesta hoitopäätöksen turvaamisesta, koska teoriaosuudessa on haluttu selvittää hoitotakuuasetuksen taustaa ja syitä sen asettamiselle. Hoitotakuuta määrittävät lait ja asetukset, joita siis on käytetty tämän työn teoriapohjana. Vaikka lait ja asetukset pohjautuvat mielipiteisiin ja neuvottelutuloksiin, eikä tieteelliselle tiedolle, niin ne silti vahvasti ohjaavat terveydenhuollon toimintaa ja siksi niitä on käytetty tämän työn teoriaosuudessa. Työssä on tehty myös lyhyt katsaus Ruotsin ja Norjan hoitotakuukokemuksiin.

Teoriaosuuden kirjoittamiseen haettiin tietoja kotimaisista lähteistä yliopiston tietojärjestelmistä: Arto, Helka ja Linda. Kotimaista kirjallisuutta hoitotakuusta ja nuorisopsykiatriasta löytyi vähän. Niistä useimmat olivat lääketieteellisiä artikkeleita. Tiedonhakuja tehtiin myös Ovid Medline(R) ja Cinahl –järjestelmistä. Hakusanoina käytettiin maximum waiting, care guarantee, waiting lists, health services accessibility ja Scandinavia –sanoja. Tuloksena saatiin 89 pohjoismaista viitettä. Kaikki viitteet käsitelivät jollain tavalla hoitopäätöksiä tai hoitopäätöksiä. Niistä mikään ei kuitenkaan käsitellyt nuorisopsykiatriaa tai psykiatriaa. Useimmat tutkimukset ja selvitykset hoitopäätöksestä ja

hoitotakuukokeilusta olivat somaattisen sairaanhoidon aloilta.

Tässä työssä on pyritty kuvaamaan nuorten potilaiden psykiatriseen hoitopääsyn aikoja vuonna 2003 ennen hoitotakuuasetuksen voimaan tuloa. Työssä on pyritty selvittämään potilastietojärjestelmästä poimitun tilastoaineiston avulla toteutuuko hoitotakuun suosittelema kolmen kuukauden odotusaika. Aineiston pohjalta on saatu vastauksia haluttuun tutkimusongelmaan ja voidaan todeta, että nuoret joutuvat odottamaan psykiatriseen hoitopääsyä liian kauan.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveyspalveluiden järjestäminen kuuluu kuntien ensisijaisiin tehtäviin. Terveystieteiden palveluiden tuottamisessa on ollut viime vuosina kuitenkin kasvavia ongelmia. Hoidon saatavuus ja kasvavat hoitojonot ovat olleet ongelmana. Hoidon saatavuutta ja hoitojonojen purkamista varten oli asetettu asetus hoitopääsyn turvaamiseksi alle kuuden kuukauden ajassa ja kiireellisissä tapauksissa alle kolmen kuukauden ajassa. Lasten ja nuorten hoidolle annettiin suositus hoidon järjestämisestä alle kolmessa kuukaudessa. (STM, 2002b)

Tätä pro gradu -työtä aloitettaessa asetus hoitopääsyn turvaamisesta teki tuloaan. Tuolloin terveydenhuollon yksiköt valmistautuivat täyttämään sen asettamat suositukset hoitopääsulle. Arkipäivän kokemusten mukaan hoitopaikkoja, hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä oli niukasti nuorisopsykiatrian alalla. Hoitotakuun mukainen suositus nuorisopsykiatrian potilaiden kolmen kuukauden aikana hoitopääsystä asetti siis lisää vaatimuksia jo entuudestaan niukoille resursseille.

Helsingin kaupungin terveystieteiden osastossa sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on nuorten mielenterveyspalveluihin hakeutuminen tehty mahdollisimman helpoksi nuorelle ja hänen läheisilleen. Terveystieteiden keskuksien ja kouluterveydenhuolto ovat ensimmäiset kontaktit nuorelle apua tarvitsevalle. Alle 13 -vuotias nuori on vielä lähes lapsi, joka ei kykene tunnistamaan ja ymmärtämään omaa psyykkistä huonovointisuuttaan. Silloin aikuisen pitäisi kyetä huomioimaan tilanne sekä auttamaan tai ohjaamaan nuori saamaan apua. Nuoruuden keskivaihetta elävälle nuorelle ystävät ja heidän hyväksyntänsä on tärkeää. Usein tässä kehitysvaiheessa nuori kokee ahdistusta ja jännittämistä. Psyykkiset ongelmat ilmenevät somaattisina oireina tai nopeina mielialan vaihteluina. Vasta nuoruuden jälkivaiheessa yli 19 -vuotiaana nuori kykenee tunnistamaan omia tunteitaan sekä ongelmiaan ja kykenee niistä puhumaan. Nuoruuden jälkivaiheessa psyykkiset ongelmat saattavat olla jo vakavia kuten psykoottistasoisia häiriöitä.

Tämän työn mukaan nuorimmista nuorisopsykiatrian potilaista alle 33 % pääsi hoitoon alle kolmen kuukauden ajassa. Mitä varhaisemmassa vaiheessa nuori saa apua psyykkisiin oireisiin tai häiriöihin, sitä paremmin häntä voidaan auttaa ja voidaan välttyä vakavilta mielialanhäiriöiltä. Viivästynyt hoitopääsy vahingoittaa nuoren potilaan elämää, vieraannuttaa ystävistä ja vaikuttaa nuoren itsetuntoon alentavasti. Oikeaan aikaan saadulla hoidolla mielenterveydenhäiriöihin voidaan

välttää nuorta vahingoittamasta itseään tai muita. Hoitotakuun suosittama hoitopääsy toteutui huonosti kaikissa ikäryhmissä nuorisopsykiatriassa vuonna 2003. Vain 19 –vuotiaiden ja sitä vanhempien kohdalla hoitopääsyasetuksen määrittelemä korkeintaan kolmen kuukauden odotusaika toteutui. 13–16,9 -vuotiaista nuorista pääsi hoitoon 40 % alle kolmen kuukauden ajassa. Kaikissa suurpiireissä 13-16,9 –vuotiaat olivat suurin ikäryhmä nuorisopsykiatrian potilaita. Niin ikään 17–18,9 –vuotiaista hoitoon pääsi 40 % suositellussa ajassa. Vasta kaikkien nuorten potilaiden päästessä hoitoon suositusten periaatteiden mukaisesti, toteutuu hoitotakuun tarkoittama sisältö koko maassa. Mielenkiintoista olisi selvittää, kuinka hoitopääsy kehittyi vuonna 2004 tai sen jälkeen, kun hoitotakuuasetus oli jo voimassa.

Norjassa hoitotakuuasetus otettiin käyttöön vuonna 1991 ja Ruotsissa vuotta myöhemmin vuonna 1992. Molemmassa maassa hoitotakuu jäi kokeiluksi. Hoitotakuuasetuksen tullessa voimaan näissä maissa, potilaiden hoitopääsy parani, mutta jo toisena voimassaolo vuotenaan hoitojonot taas kasvoivat muiden paitsi kiireellistä hoitoa tarvitsevien kohdalla. Ovatko Suomessa saadut kokemukset olleet samansuuntaisia kuin Ruotsissa ja Norjassa? Ruotsissa ja Norjassa kokeilusta luovuttiin muutaman voimassaolo vuoden jälkeen.

Tämän työn aineisto poimittiin HUSin nuorisopsykiatrian potilasrekisteristä. Aineisto toimitettiin analysoitavaksi tilastoaineistona. Tilastoaineiston hyvä puoli on, että aineisto on lähes valmis analysoitavaksi. Vaikeutena on, ettei tutkija voi enää vaikuttaa tilastoaineiston sisältöön. Tämän työn aineiston tietueissa oli paljon puutteellisuuksia ja virhelyöntejä. Potilasrekisteri on osa potilasta koskevia tietoja. Potilasasiakirjoja käsitteleviltä terveydenhuollon ammattilaisilta voisi edellyttää huolellisempaa kirjaamista.

## LÄHTEET

Aalto R. 1996. Nuori perusterveydenhuollossa nuorisopsykiatrian näkökulmasta. Teoksessa: Perusterveydenhuollon psykiatria. Toim. Isohanni Matti, Larivaara Pekka, Winblad Ilkka. Kustannus Oy Duodecim. Kirjapaino Oy. Jyväskylä. (s. 104-106)

Abyholm G, Riise G, Melsom MN ym. 1997. The waiting list guarantee and its violation. Characteristics of patients who have been waiting more than five months. Tidsskrift for Den Norske Laegeforening. 117(3):366-368.

Asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 28.12.2000 (vn asetus 1282)

Dahlgren G, Whitehead M. 1992. Terveiden oikeudenmukaisuus - toimintapolitiikka ja strategia. Maailman terveysjärjestö. Euroopan aluetoimisto. Kööpenhamina. EUR/ICR/RPD414(2)

Ekroos V. 2004. Terveystuotannon palvelutuotanto – Yksityisesti vai julkisesti. Talentum. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä

Grönroos M. 2003. Johdatus tilastotieteeseen. Kuvailu, mallit ja päättely. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Hanning M. 1996. Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden. Health Policy. 36(1):17-35, 1996.

Hanning M, Lundström M. 2007. Waiting for cataract surgery – effects of a maximum waiting-time guarantee. Journal of Health Services & Research Policy. 12(1): 5 – 10.

Heikkilä T. 1998. Tilastollinen tutkimus. 3. uud. painos. 2001. Oy Edita Ab. Helsinki.

Heinonen E. 2006. Varhainen puuttuminen ja verkostoyhteistyö. Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Toim. Laukkanen Eila, Marttunen Mauri, Miettinen Seija, Pietikäinen Seija. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna. (s.147-155)

Helsingin terveystuotannon strategiasuunnitelma 2002 - 2004. Helsingin kaupungin terveystuotannon raportteja 2001:8

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2000. Tutki ja kirjoita. Kuudes painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tummavuoren kirjapaino Oy. Vantaa.

HUS. 2003. Vuosikertomus 2002. Suomen Painotuote.

Hämäläinen H. 1998. Teoksessa: Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa. Toim. Valkonen T, Koskinen S, Martelin T. Hakapaino Oy. Helsinki. (s. 102 – 109)

Inkilä J. 2006. Ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia peloista ja niistä selviytymisestä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Kaltiala-Heino R. 2003. Alaikäisen tahdosta riippumaton hoito, mitä mielenterveystieteen käsite vakava mielenterveyshäiriö alaikäisillä tarkoittaa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2003:7. Edita Prima Oy. Helsinki

Kestilä L K, Koskinen S, Kestilä L ym. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveyspalveluiden käyttö. 2007. Suomen Lääkärilehti. 43/2007 vsk 62. (s. 3979 – 3986)

Kokkonen P, Holi T, Vasantola S. 2004. Hoitotahto. Terveystieteiden ammattilaiset. Talentum Media Oy. Jyväskylä

Kristoffersen M, Piene H. 1997. The waiting list guarantee. Variations in frequency of receiving the waiting list guarantee. Tidsskrift for Den Norske Laegeforening. 117(3):361-365.

Kuosmanen P. 2000. Anorexia nervosaa airastavan nuoren tukeminen nuorisopsykiatrisella osastolla. Haastattelututkimus nuorten kokemuksista. Opinnäytetutkielma. Hoitotyön johtamisen koulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 1.12.1989/1062 (17.9.2004/856/§31)

Laki mielenterveystieteen muuttamisesta 14.12.1990/1116

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 17.8.1992/785 (17.9.2004/8577§4)

Liukko M, Hakonen U-R, Pajunen R, Jaakkonen K. 2000. Pääseekö hoitoon? Potilaiden ja lääkäreiden arvioit hoidon saatavuudesta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hoitotakuukokeilut raportti 4. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Lohiniva-Kerkelä M. 2001. 1999. Terveystieteiden juridiikka. Kauppakaari / Talentum Media Oy. Toinen painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Muhli A, Kanninen A. 2000. SPS 10.0 for Windows. Perusteet. Oulun yliopisto. ATK-keskus.

Pikkarainen T. 2006. Sairaanhoidajan ja nuoren yhteistyösuhde nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Piene H, Hauge HK, Nyen PA. 1997. Waiting lists guarantee in health care. Some theoretical reflections. Tidsskrift for Den Norske Laegeforening. 117(3):3704.

Punnonen H. 2001. Tehokas sairaanhoito - palveluja paremmin, enemmän, nopeammin ja useammalle. Teoksessa: Tehokas sairaanhoito. Toim. Jousela I. Raportti erikoissairaanhoidon lähitulevaisuuden näkymistä ja uusista toimintalinjauksista. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Kuntatalon Painatuskeskus. (s.145 – 152)

Punnonen H. 2000. Kunnallinen erikoissairaanhoito 2000 ja lähivuosina. Teoksessa: Kunnallinen erikoissairaanhoito - aina hintansa arvoista. Toim. Back J. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Kuntaliiton Painatuskeskus. (s. 8 – 17)

Puotiniemi T, Kyngäs H. 2003. Psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä selviytyminen arkipäivässä. Hoitotiede vol 15. no4. 2003. (s.180-109)

Pylkkänen K, Hartikaninen B, Henttonen A. 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. Nuotta-projektin loppuraportti 2003.

Pylkkänen K. 2006. Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Toim. Laukkanen E, Marttunen M, Miettinen S, Pietikäinen S. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna. (s.14-26)

Ranta K. 2006. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Toim. Laukkanen E, Marttunen M, Miettinen S, Pietikäinen S. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna. (s.66-72)

Ranta T, Paavilainen E, Tarkka M-T. 2003. Perhehoitotyön toteutuminen lastenpsykiatrisella osastolla ja perheen elämäntilanne. Hoitotiede vol 15. no5. 2003 (s. 214-222)

STM. 2001. Julkaisuja 2001:4. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Helsinki.

STM. 2002a. Työryhmämuistio 2002:3. Helsinki.

STM. 2002b. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 11.4.2002

STM. 2004. Selvityksiä 2004:17. Mielenterveystyö Euroopassa. Helsinki.

STM. 2005. Yhteistyö ja työnjako – hoitoon pääsyn turvaamisesta. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. 2005:21. Helsinki.

Suhonen J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Tahvanainen A. 2004. Terveyspolitiikkaa Helsingissä ja Uudellamaalla. Tutkimus Helsingin ja Uudenmaan alueen terveyspolitiikasta ja sairaanhoitopiirin hallinnollisista muutoksista, niihin johtaneista syistä sekä toiminnan järjestämisestä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhdyskuntatieteen laitos. Tampereen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Tamminen T. 1996. Kriisihoito. Teoksessa Lasten- ja nuortenpsykiatria. Toim. Räsänen E, Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F. Gummerus Kirjapaino Oy. (s. 130 – 138)

Tanskanen R. 1996. Hoitotyö nuorisopsykiatrisella osastolla sairaanhoitajien kuvaamana. ”Jotta nuoren omat siiet kantaisivat...”. Tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Tuori T, Sohlman B, Ekqvist M, Solantausta T. 2006. Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa 1995 – 2004. Stakes. Raportteja 13. Helsinki.

Turtiainen A-M. Toiminnan laatu Helsingin terveystieteidenkeskuksessa vuonna 2003. Helsingin kaupungin terveystieteidenkeskuksen raportteja 2004:6. Helsingin kaupungin terveystieteidenkeskus. (s. 26 – 28)

Valkonen T, Koskinen S, Martelin T. 1998. Teoksessa: Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa. Toim. Valkonen T, Koskinen S, Martelin T. Hakapaino Oy. Helsinki. (s. 13-20)

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. 25.11.2004/1019