

1 **Psyykkiset häiriöt nuoruusiässä – miten tunnistaminen on muuttunut kymmenessä**  
2 **vuodessa?**

3

4 David Gyllenberg, LT, kehityspsykiatrian dosentti, nuorisopsykiatrian erikoistuva lääkäri

5 Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus, Turun yliopisto

6 Nuorisopsykiatria, Helsingin yliopisto ja HUS

7 Lapset, nuoret ja perheet yksikkö, THL

8

9 Sidonnaisuudet: Suomen Akatemia (tutkimusrahoitus: kliininen tutkija; konsortion jäsen:

10 PSYCOHORTS-konsortio), Brain and Behavior Research Foundation (tutkimusrahoitus) ja

11 Suomen Lääketieteen Säätiö (tutkimusrahoitus)

12

13 Avainsanat: nuoret, nuorisopsykiatria, palvelujärjestelmä, epidemiologia

14

15 [542 sanaa]

16

17 Kymmenen vuoden aikana 12–17-vuotiaiden psykiatristen ja neurokognitiivisten häiriöiden

18 diagnoosien määrä erikoissairaanhoidossa on lisääntynyt 50 prosentilla (1). Lisäksi

19 nuorisopsykiatrian läheteiden määrä on ollut jatkuvassa nousussa viime vuosina – on raportoitu

20 jopa 40 prosentin nousua vuodessa (2). Näin suuri muutos herättää ihmetystä niin ammattilaisten

21 kuin väestön keskuudessa. Palveluiden käytön lisääntyminen ei rajoitu Suomeen, vaan esimerkiksi

22 Ruotsissa ja Tanskassa on havaittavissa samansuuntainen ilmiö raportoitujen neuropsykiatristen

23 diagnoosien määrässä (3).

24 Luvut saattavat houkutella tekemään pikaisia johtopäätöksiä nuorten pahoinvoinnin ja

25 psyykkisten ongelmien lisääntymisestä (Kuva 1B vrt. 1A). Väestötutkimukset eivät kuitenkaan tue

26 tällaista selitystä. Viitteitä siitä, että tyttöjen masennus- ja ahdistusoireet ovat lisääntyneet, on kyllä

27 olemassa (4), mutta muutokset ovat olleet vähäisempiä kuin muutokset palvelujen käytössä, ja

28 monien oirekokonaisuuksien esiintyvyys on pysynyt tasaisena tai jopa laskenut (4).

29 Selitystä voidaan etsiä myös avun hakemisen, nuorten psyykkisten häiriöiden  
30 tunnistamisen sekä lähetekäytäntöjen muutoksista. Ensiksikin, vaikka mielenterveysongelmiin  
31 liittyy usein häpeäleima, keskustellaan nykyään mielenterveysongelmista aiempaa avoimemmin.  
32 Jos nuorilla ja perheillä on helpompi ottaa mielenterveysongelmat puheeksi, ja jos esimerkiksi  
33 kouluterveydenhuollossa aiempaa herkemmin kysytään masennuksesta, ahdistuksesta ja  
34 itsetuhoisuudesta, tämä luonnollisesti lisää nuorten mielenterveysongelmien tunnistamista (Kuva  
35 1C vrt. 1A). Osasy syy kouluterveydenhuollon aktiivisempaan otteeseen mielenterveysongelmien  
36 suhteen on asetus vuodelta 2011 (5) joka ohjeistaa kouluterveydenhuoltoa arvioimaan nuorten  
37 hyvinvointia kokonaisvaltaisesti. Suosituksen mukaan esimerkiksi nuorten masennuskyselyä on  
38 käytettävä kahdeksannen luokan laajassa terveystarkastuksessa (6). Lisäksi ovat lapsille ja  
39 nuorille otetut sairauskuluvakuutukset lisääntyneet (7), joka osittain saattaa lisätä yksityissektorin  
40 käyttöä psyykkisen oireilun kartoittamisessa ja sitä myöten myös tunnistamista.

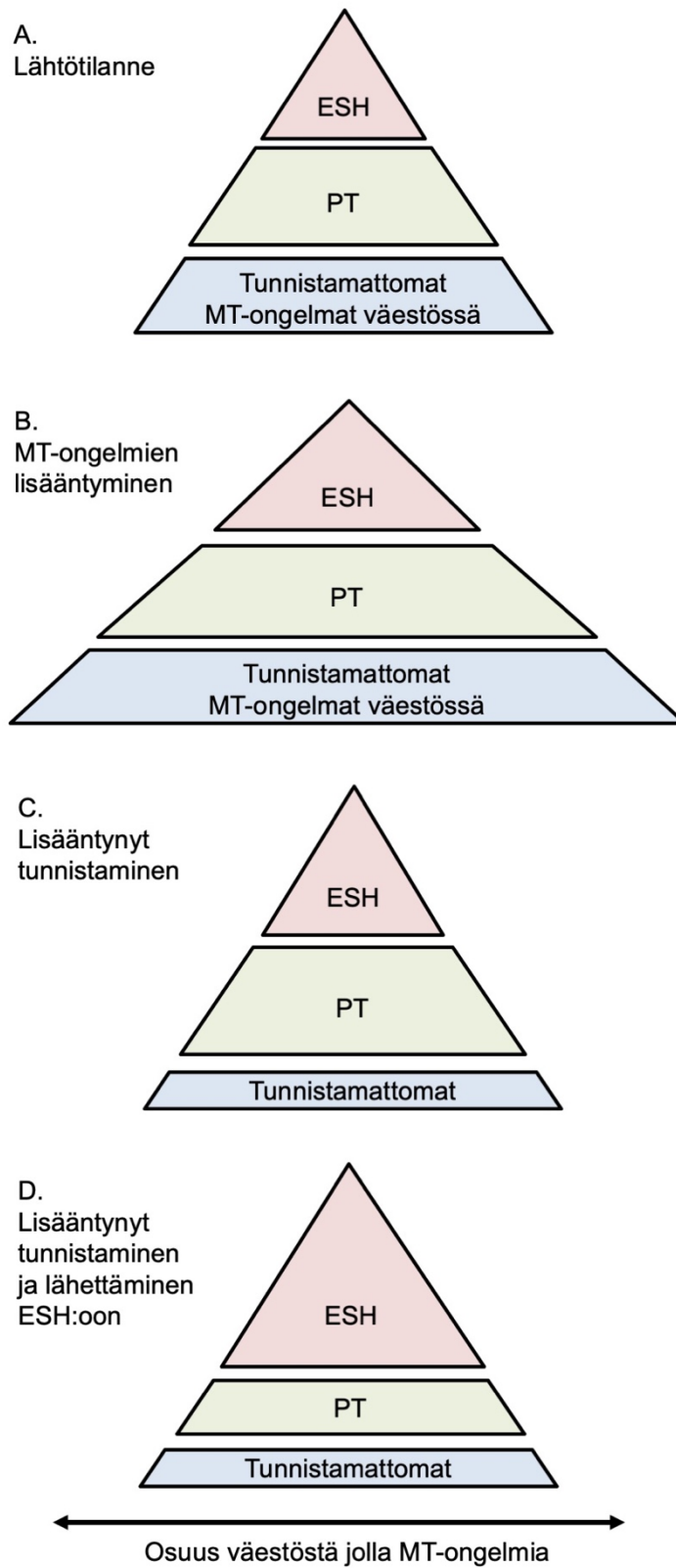
41 Toiseksi on tärkeää kiinnittää huomiota perusterveydenhuollossa, laajemmin  
42 perustasolla sekä yksityissektorilla annettavaan hoitoon ja lähetekäytäntöihin. Luotettavaa  
43 valtakunnallista tietoa nuorille annetusta psykososiaalisista hoidoista näissä tahoissa ei ole  
44 olemassa. Jos perustasolla on todettu psyykinen ongelma mutta palveluvalikoimaan ei sisälly  
45 riittävää ja tieteellisesti vaikuttavaksi todettua hoitoa, on ymmärrettävää tehdä lähete  
46 erikoissairaanhoidon nuoren hoidon turvaamiseksi (Kuva 1D). Perustason palveluvalikoima ja  
47 lähetekäytännöt voivat näin olla yhteydessä siihen, että erikoissairaanhoidossa diagnosoidaan  
48 nuorilla entistä enemmän psykiatrisia ja neurokognitiivisia häiriöitä.

49 Jos häiriöiden tunnistaminen on aiempaa parempaa, onko ilman hoitoa jäävien osuus  
50 pienentynyt? Tästä ei ole tutkimustietoa, mutta siitä on viitteitä: rekisteritutkimuksen mukaan yhä  
51 useampi nuori on palveluiden piirissä (1) ja kyselylomaketutkimusten mukaan oireet eivät ole  
52 lisääntyneet samaan tahtiin kuin palveluiden käyttö (4). Näin ollen palveluiden käytön  
53 lisääntyminen voidaan mieltää ennen kaikkea hyväksi uutiseksi. On kuitenkin tärkeää muistaa, että  
54 länsimaissa noin puolet nuorista joilla on toimintakykyä alentavaa psyykinen häiriö ei ole  
55 mielenterveyspalveluiden piirissä (8, 9), eikä ole syytä olettaa että tämä osuus olisi erilainen  
56 Suomessa. Esimerkiksi itsemurhakuolemien tarkastelu antaa viitteitä siitä, ettei suomalainen

57 palvelujärjestelmä tavoita kaikkia nuoria, joilla on suurella todennäköisyydellä jokin  
58 mielenterveysongelma. On arvioitu, että yli 90 prosentilla itsemurhaan kuolleista nuorista täytyisi  
59 jonkin psykiatrisen diagnoosin kriteerit (10), mutta Suomessa vain noin kolmasosa itsemurhaan  
60 kuolleista nuorista on käyttänyt erikoissairaanhoidon palveluita kuolemaansa edeltävien kuuden  
61 kuukauden aikana (1).

62 Haasteeksi jää hoidon sujuva järjestäminen perustason ja erikoissairaanhoidon  
63 yhteistyössä niin, että nuori pääsee nopeasti asianmukaiseen hoitoon. Nopeasti kasvaneiden  
64 potilasmäärien takia tavoite ei välttämättä toteudu ja on iso riski että erikoissairaanhoidon  
65 ruuhkautuu, vaikka tosin alueellisia eroja esiintyy (11). Kun yritetään löytää ratkaisua yhtälöön,  
66 pitää myös ottaa huomioon, että kouluterveydenhuollon velvoitteet ovat lisääntyneet ja samalla on  
67 varsin niukasti tutkimukseen perustuvia psykososiaalisia interventioita saatavilla, joita  
68 nykyresursseilla on voitu implementoida perustasolla käytettäväksi. Siksi on ilo todeta, että  
69 tutkimustieto olemassa olevista interventioista kootaan systemaattisesti (12) ja että on myös uusia  
70 hankkeita joissa tutkitaan ja implementoidaan perustasolla soveltuvia interventioita (13, 14). Jotta  
71 hyöty lisääntyneestä psykkisten häiriöiden tunnistamisesta saavutetaan, tarvitaan helposti  
72 saatavilla ja tehokkaaksi todettuja hoitomuotoja.

73 **Kuva 1.** Mahdollisia skenaarioita mielenterveys (MT)-ongelmien tunnistamisesta perustasolla (PT)  
74 ja diagnosoimisesta erikoissairaanhoidossa (ESH). Pyramidirakenne muokattu lähteestä (15).



75

76

- 77 Kirjallisuutta
- 78 1. Gyllenberg D, Marttila M, Sund R, Jokiranta-Olkoniemi E, Sourander A, Gissler M, et  
79 al. Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders  
80 during adolescence: an analysis of two national Finnish birth cohorts. *Lancet Psychiatry*.  
81 2018;5(3):227-36.
- 82 2. Poranen K. Nuoret hakevat yhä herkemmin apua ahdistukseen ja masennukseen –  
83 asiantuntija ehdottaa kouluihin psykiatrisia hoitajia: YLE 2018. <https://yle.fi/uutiset/3-10029565>.
- 84 3. Atladottir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H, et al.  
85 The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive  
86 multinational comparison. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(2):173-83.
- 87 4. Mishina K, Tiiri E, Lempinen L, Sillanmaki L, Kronstrom K, Sourander A. Time trends  
88 of Finnish adolescents' mental health and use of alcohol and cigarettes from 1998 to 2014. *Eur*  
89 *Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(12):1633-43.
- 90 5. Finlex. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja  
91 opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.  
92 6.4.2011/338 2011. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>.
- 93 6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto  
94 sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamishjeet  
95 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2942-5>.
- 96 7. Finanssiala ry. Sairauskuluvaluutuksen lukumäärätilasto 2009-2017.  
97 <http://www.finanssiala.fi/materiaalipankki/tilastot/2017>.
- 98 8. Ford T. Practitioner review: How can epidemiology help us plan and deliver effective  
99 child and adolescent mental health services? *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(9):900-14.
- 100 9. Jörg F, Visser E, Ormel J, Reijneveld SA, Hartman CA, Oldehinkel AJ. Mental health  
101 care use in adolescents with and without mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.  
102 2016;25(5):501-8.
- 103 10. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in  
104 adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in  
105 Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):834-9.
- 106 11. Kukkola L. Lapset ja nuoret pääsevät mielenterveys- ja päihdehoitoon jonottamatta.  
107 Etelä-Saimaa 2018. <https://esaimaa.fi/uutiset/lahella/20832bb8-4d52-4b37-a6b7-30e2e9e68e1d>.
- 108 12. Itla. Kasvun Tuki – Vaikuttavan varhaisen tuen tietolähde. <https://www.kasvuntuki.fi>.
- 109 13. Turun yliopisto. APEX – Awareness, prevention and early intervention. Tietoisuus,  
110 ennaltaehkäisy ja vairhaiset interventiot. <http://apex.utu.fi>.
- 111 14. Ranta K, Parhiala P, Pelkonen R, Seppälä T, Mäklin S, Haula T, et al. Nuorten  
112 masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio  
113 perustasolle: Valtioneuvoston kanslia 2018. <https://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=24701>.
- 114 15. Sayal K. Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *J*  
115 *Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(7):649-59.
- 116