

Kim Kronström, Elina Tiiri ja Andre Sourander

Muutokset lääkkeiden käytössä, nuorten voinnissa, diagnooseissa ja hoitajaksojen kestossa

Nuorisopsykiatrinen osastohoito Suomessa 2000–2018

JOHDANTO. Tarkempi tieto nuorisopsykiatrisen osastohoidon muutoksista on tarpeen pyrittäessä löytämään ratkaisuja nuorisopsykiatrisen hoitojärjestelmään ruuhkautumiseen.

AINEISTO. Olemme keränneet tiedot Suomen nuorisopsykiatrisilla osastoilla vuosina 2000, 2011 ja 2018 tutkimushetkellä hoidossa olleista potilaista. Kuvaamme tässä artikkelissa muutokset 13–18-vuotiaiden nuorten psyykenlääkehoidossa, voinnissa, diagnooseissa sekä hoitajaksojen kestossa.

MENETELMÄT. Tiedot kustakin hoidossa olevasta potilaasta kerättiin osastoille lähetetyillä kyselylomakkeilla.

TULOKSET. Lääkkeitä käyttävien osuuden suureneminen taittui vuoden 2011 jälkeen. Psykoosilääkkeitä käyttävien osuus suureni vuoteen 2018 mennessä 63 %:iin, samaan aikaan kun psykoosien määrä väheni. Nuorten toimintakyky heikkeni hieman, itsetuhoisuudessa ei todettu muutosta, väkivaltaiset uhkaukset vähenivät ja hoitoaika lyheni noin kolmannekseen vuodesta 2000 vuoteen 2018.

PÄÄTELMÄT. Psykiatrisessa osastohoidossa olevien nuorten vointi ei kokonaisuutena arvioiden ole selvästi heikentynyt. Psykoosilääkkeiden jatkuvasti kasvavaan käyttöön on perusteltua suhtautua kriittisesti, sillä se ei selity nuorten oireilun muutoksella.

Nuorisopsykiatrisen hoidon kysyntä on lisääntynyt viime vuosina voimakkaasti, mikä on johtanut hoitojärjestelmän ruuhkautumiseen ja osastojen vaikeisiin yli-paikkatilanteisiin (1–3). Vaikka valtaosa potilaista hoidetaan avohoidossa, osastohoito vie merkittävän osuuden kaikista nuorisopsykiatriseen hoitoon käytettävistä resursseista (4–6). Osastohoitoon ohjautuvilla nuorilla on usein vakavia ja monimuotoisista oireita, psykososiaalisia riskitekijöitä ja traumaattisia kokemuksia (4,7,8). Osastohoidon aloitus on yleensä seurausta nuoren psyykkisen tilanteen kriisiytymisestä, mikä voi näkyä itsetuhoisuutena, väkivaltaisuuksena tai toimintakyvyn heikentymisenä (9–11).

Tutkimuksia, jotka kuvaisivat kymmenen viime vuoden aikaisia muutoksia nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa, ei juuri ole. Aiemmin on raportoitu hoitajaksojen lyhentyneen ja

lääkkeiden käytön lisääntyneen (12–17). Suomalaiseen kattavaan rekisteriaineistoon perustuvassa tutkimuksessa havaittiin osastohoitoon ohjautuneiden nuorten määrän noin nelikeräistyneen vuosina 1996–2010 (14). Samaan aikaan osastohoitajaksojen pituudet lyhenivät selvästi, nuorten toimintakyky heikkeni hieman ja toistuvien osastojaksojen määrä pysyi tasaisena.

Tämä artikkeli on osa tutkimusprojektia, jossa on selvitetty lasten- ja nuorisopsykiatrisen osastohoidon muutoksia Suomessa vertaamalla vuosina 2000, 2011 ja 2018 kerättyjä aineistoja (9,15,18–25). Raportoimme lääkehoidon muutokset sekä kuvaamme uusilla, ainoastaan nuorisoiäkäisiin keskittyneillä analyyseilla aiemmin yhdistetyssä lasten- ja nuorisopsykiatrisessa aineistossa tarkasteltuja muutoksia (25). Kuvaamme muutoksia osastopotilaiden taustatekijöissä, toimintakyvyssä, itsetuhoisuudessa,

Ydinasiat

- ▶ Lääkkeiden käytön lisääntyminen nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa on taantunut vuosien 2011–2018 välillä.
- ▶ Psykoosilääkkeiden käyttö on lisääntynyt voimakkaasti vuoteen 2018 asti, eikä tämä selity muutoksilla nuorten voinnissa tai diagnooseissa.
- ▶ Osastohoidossa olevien nuorten toimintakyky on hieman heikentynyt vuosien 2000–2018 välillä, mutta samaan aikaan itsetuhoisuudessa ei ole tapahtunut muutoksia. Väkivaltaisuus sekä vaikeimmat, psykoottiset häiriöt ovat vähentyneet.
- ▶ Osastohoitojaksot ovat lyhentyneet selvästi, minkä taustalla on vallitsevan hoitoideologian muutos, voimakkaasti kasvanut hoidon kysyntä ja hoitojärjestelmän ruuhkautuminen.

väkivaltaisuudessa ja diagnooseissa sekä toteutuneen osastohoidon kestossa, uusiutumisessa ja tahdosta riippumattomassa hoidossa.

Metodit

Aineisto. Koko Suomessa toteutetun, poikkeikkausasetelmaan perustuvan tutkimuksen aineisto on kerätty kolmena potilaskohorttina vuosilta 2000, 2011 ja 2018. Potilaiden taustaa, oireita, diagnooseja ja hoitoa kartoitettiin kaikille Suomen lasten- ja nuorisopsykiatrisille osastoille toimitetuilla kyselylomakkeilla. Hoidosta vastaavia henkilöitä pyydettiin täyttämään kyselylomake kustakin valittuna tutkimuspäivänä osastolla olevasta nuoresta. Myös osastoilla niin sanotulla päiväpaikalla olevat nuoret otettiin mukaan tutkimukseen. Tiedot saatiin kerättyä 93–95 %:lta Suomen lasten- ja nuorisopsykiatrian osastoista. Tutkimuksessa oli mukana näillä osastoilla olleet 13–18-vuotiaat potilaat. Vuonna 2000 mukana oli 64/69 osastoa ja 263 nuorta, vuonna 2011 taas 75/79 osastoa ja 229 nuorta ja vuonna 2018 yhteensä 54/58 osastoa ja 206 nuorta.

Vuoden 2018 tutkimukseen saatiin mukana olleiden sairaanhoitopiirien eettisten toimikuntien luvat. Aiempiin potilaskohortteihin ei saatujen ohjeiden perusteella näitä vaadittu.

Taustatiedot. Kyselylomakkeella kerättyihin taustatietoihin sisältyi potilaan ikä, sukupuoli, perherakenne ja mahdollinen lastensuojelun sijoitus.

Lääkehoito. Kyselylomakkeella kerättiin tiedot kullakin potilaalla aineiston keräyshetkellä säännöllisessä käytössä olleista psyykenlääkkeistä. Lääkeaineet ryhmiteltiin farmakologisen profiilin perusteella seuraaviin ryhmiin: masennuslääkkeet, psykoosilääkkeet, ADHD-lääkkeet, bentsodiatsepiinit ja muut psyykenlääkkeet. Lisäksi potilaat luokiteltiin ryhmiin sen mukaan, oliko käytössä lainkaan lääkitystä, yhden lääkeaineryhmän lääkkeitä vai vähintään kahden eri lääkeaineryhmän lääkkeitä.

Toimintakyky. Osastohoidossa olevien nuorten yleistä toimintakykyä arvioitiin CGAS-mittarilla (Children's Global Assessment Scale) (26,27). CGAS-mittarilla pienempi arvo tarkoittaa huonompaa toimintakykyä, ja asteikko ulottuu välille 1–100. Arvot raportoitiin kymmenen pisteen tarkkuudella. Lääkeryhmien ja toimintakyvyn yhteyttä koskevaan analyysiin muodostettiin CGAS-pistemäärien perusteella kolme ryhmää. Pistemäärät 1–30 kuvasivat heikoimman toimintakyvyn ryhmää, pistemäärät 31–50 keskimmäisen ja 51–100 parhaan toimintakyvyn ryhmää.

Itsetuhoisuus. Käynnissä olevan osastohoitojakson aikaista nuoren itsetuhoisuutta arvioitiin The Spectrum of Suicidal Behaviour Scale -kyselyllä (28,29). Tämä viisiportainen kysely koostuu seuraavista luokista: 1) ei itsetuhoisia ajatuksia tai itsetuhoista käytöstä, 2) itsetuhoisia ajatuksia, 3) itsetuhoisia puheita tai uhkauksia, 4) itsetuhoisia tekoja ja 5) vakavia itsemurhayrityksiä. Analyyseja varten näistä luokista muodostettiin ryhmät ei itsetuhoisuutta (luokka 1) ja itsetuhoisuutta (luokat 2–5). Toisessa analyysissä käytettiin kolmeluokkaista jaotetta: ei itsetuhoisuutta (luokka 1), itsetuhoisia ajatuksia tai puheita (luokat 2–3) ja itsetuhoisia tekoja (luokat 4–5).

Väkivaltaisuus. Nuorten väkivaltaisuutta arvioitiin kyselylomakkeella The Spectrum of

TAULUKKO 1. Muutos nuorisopsykiatrisen osastohoidon potilaitten keskeisissä taustatekijöissä ja hoitoon liittyvissä muuttujissa, vertailuvuotena 2018. Binaarinen logistinen regressioanalyysi, ristitulosuhde (OR) ja sen 95 %:n luottamusväli (LV). Hoitojakson kesto analysoitiin Wilcoxonin testillä.

Vuosi (osastopotilaiden määrä)	2000 (n = 263)		2011 (n = 229)		2018 (n = 206)
	n (%)	OR (95 %:n LV)	n (%)	OR (95 %:n LV)	n (%)
Asumismuoto/koti					
Kaksi biologista vanhempaa	110 (43 %)	1,2 (0,8;1,7)	112 (49 %)	1,5 (1,0;2,2)	81 (39 %)
Yksi biologinen vanhempi	76 (30 %)	1,1 (0,7;1,6)	74 (32 %)	1,2 (0,8;1,8)	58 (28 %)
Biologinen vanhempi ja tämän uusi kumppani	45 (18 %)	1,4 (0,8;2,3)	17 (7 %)	0,5 (0,3;0,9)	28 (14 %)
Adoptio- tai kasvattivanhemmat	8 (3 %)	0,8 (0,3;2,2)	4 (2 %)	0,4 (0,1;1,5)	8 (4 %)
Lastenkoti tai perheryhmäkoti	16 (6 %)	0,4 (0,2;0,7)	22 (10 %)	0,6 (0,3;1,1)	31 (15 %)
Tahdosta riippumaton hoito	85 (32 %)	0,9 (0,6;1,3)	68 (30 %)	0,8 (0,5;1,2)	71 (35 %)
Aikaisempi psykiatrinen osastohoito	87 (34 %)	0,4 (0,3;0,6)	99 (44 %)	0,6 (0,4;0,9)	112 (55 %)
Hoitojakson kesto päivissä: keskiarvo (SD); mediaani (IQR)	135,2 (10,1); 78,0 (144)***		83,0 (7,9); 42,0 (83)***		56,2 (7,3); 22,0 (60)

***p < 0,001; IQR = kvartiiliväli; SD = keskihajonta

Assaultive Behaviour Scale (30). Lomakkeessa väkivaltaisuus luokitellaan kuuteen luokkaan, jotka ovat: 1) ei väkivaltaisia ajatuksia tai käytöstä, 2) väkivaltaisia ajatuksia, 3) väkivaltaisia uhkauksia, 4) lieviä väkivaltaisia tekoja, 5) vakavia väkivaltaisia tekoja ja 6) henkirikoksen teko. Tilastollista käsittelyä varten näistä luokista muodostettiin ryhmät ei väkivaltaisuutta (ryhmä 1) ja väkivaltaisuutta (ryhmät 2–6) sekä toiseen analyysiin ei väkivaltaisuutta (ryhmä 1), väkivaltaisia ajatuksia tai uhkauksia (ryhmät 2–3) ja väkivaltaisia tekoja (ryhmät 4–6).

Diagnoosit. Tutkimuksessa kerättiin sairauskertomusjärjestelmään kirjatut ICD-10-järjestelmän mukaiset diagnoosit. Tilastollisessa analyysissä huomioitiin kunkin potilaan ensimmäinen ja mahdollinen toinen diagnoosi. Tilastolliseen analyysiin otettiin mukaan diagnoosit, jotka oli saanut vähintään kymmenen potilasta tai 3 % potilaista ainakin yhtenä tutkimusvuotena.

Osastohoidon kesto. Kyselyssä pyydettiin tiedot kunkin potilaan meneillään olevan osastohoidon siihenastisesta kestosta, oliko nykyinen osastojakso potilaan ensimmäinen ja oliko osastohoito tahdosta riippumatonta hoitoa.

Tilastollinen analyysi. Vuosikohorttien välisiä eroja tutkittiin binaarisen ja nominaalisen logistisen regressioanalyysin avulla, vertailuvuotena vuosi 2018. Tuloksista raportoitiin OR (ristitulosuhde) ja sen 95 %:n luottamus-

väli (LV). Hoitopäivien lukumäärä -muuttuja analysoitiin parittaisten otosten t-testillä. Tilastolliset analyysit toteutettiin SAS-ohjelmiston versiolla 9.4.

Tulokset

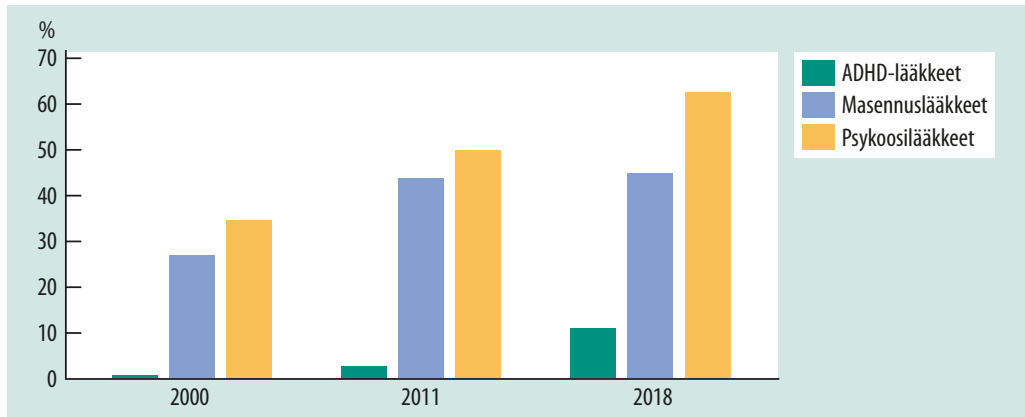
Taustatekijät, hoitojaksojen pituus ja toistuva osastohoito. Tyttöjen osuus nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olevista nuorista oli 57 % vuonna 2000, 71 % vuonna 2011 ja 70 % vuonna 2018. Sukupuolijakauman muutos vuodesta 2000 vertailuvuoteen 2018 oli tilastollisesti merkitsevä (OR 0,58, 95 %:n LV 0,4; 0,9). Samaan aikaan lisääntyi selvästi niiden osastopotilaiden osuus, jotka asuivat lastenkodeissa tai ammatillisissa perhekodeissa (6 % vs 15 %).

Osastohoitojaksot lyhenivät hoitojakson pituuden mediaanilla mitattuna vuoden 2000 seitsemästäkymmenestä kahdeksasta päivästä vuoden 2018 kahteenkymmeneenkahteen päivään. Samaan aikaan vähintään toista kertaa osastohoidossa olevien nuorten osuus suureni (34 % vs 55 %). Tahdosta riippumattomassa osastohoidossa oli kaikkina vuosina noin kolmasosa nuorista (**TAULUKKO 1**).

Lääkkeiden käytön muutokset. Nuorisopsykiatrisen osastopotilaista psyykenlääkehoitoa käytti 61 % potilaista vuonna 2000 ja molemmissa myöhemmissä otoksissa 79 %. Yhden psyykenlääkeryhmän lääkkeitä käyt-

TAULUKKO 2. Muutokset potilaiden käyttämien lääkeryhmien lukumäärissä nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa 2000–2018. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi vertailuvuotena 2018 ja vertailuluokkana ne, joilla ei ollut psykenlääkehoitoa. Ristitulosuhde (OR) ja sen 95 %:n luottamusväli (LV).

Lääkehoito	2000		2011		2018
	n (%)	OR (95 % LV)	n (%)	OR (95 % LV)	n (%)
Ei lääkettä	98 (39 %)	1	47 (21 %)	1	43 (21 %)
Yksi lääkeryhmä	96 (39 %)	0,5 (0,3;0,8)	62 (27 %)	0,7 (0,4;1,2)	81 (39 %)
Vähintään kaksi lääkeryhmää	55 (22 %)	0,3 (0,2;0,5)	120 (52 %)	1,3 (0,8;2,2)	82 (40 %)



KUVA. Eri lääkeryhmiä käyttävien nuorisopsykiatristen osastopotilaiden osuudet (%) vuosina 2000, 2011 ja 2018.

tävien osuus oli pienimmillään vuoden 2011 otoksessa (39 % vs 27 % vs 39 %). Niiden osastopotilaiden osuus, jotka käyttivät säännöllisesti vähintään kahden eri psykenlääkeryhmän lääkkeitä, oli puolestaan korkeimmillaan vuonna 2011 (22 % vs 52 % vs 40 %) (**TAULUKKO 2**).

Eri lääkeryhmien käytössä tapahtuneita muutoksia on esitetty **KUVASSA 1**. ADHD-lääkkeitä käytti vuonna 2000 vain 0,4 % potilaista. Osuus kasvoi ensin 3 %:iin vuonna 2011 ja edelleen 11 %:iin vuonna 2018. Masennuslääkkeitä käyttävien osuus kasvoi voimakkaasti vuosien 2000 ja 2011 välillä, minkä jälkeen osuus tasaantui (27 % vs 44 % vs 45 %). Psykoosilääkkeitä saavien osuus kasvoi yhtäjaksoisesti vuosien välillä (35 % vs 50 % vs 63 %).

Lääkkeiden käytön yhteys sukupuoleen, toimintakykyyn, väkivaltaisuuteen, itsetuhoisuuteen ja hoitoaikaan vuonna 2018. Lääkeryhmistä ADHD-lääkkeiden käyttö oli huomattavasti yleisempää pojilla kuin tytöillä (27 % vs 4 %) sekä niillä nuorilla, joilla esiintyi väkivaltaisuutta (23 % vs 8 %).

Masennuslääkkeiden käyttö oli yleisempää

tytöillä (53 % vs 27 %) ja itsetuhoisilla nuorilla (61 % vs 25 %). Väkivaltaisista nuorista masennuslääkkeitä käytti harvempi kuin muista nuorista (25 % vs 51 %). Masennuslääkkeiden käyttö oli myös yhteydessä keskimäärin lyhyempään osastohoidon kestoon (41 vs 68 vuorokautta).

Psykoosilääkkeiden käyttö oli yhteydessä huonompaan toimintakykyyn. Huonoimman toimintakyvyn ryhmään (CGAS 1–30) kuuluvista nuorista 81 % käytti psykoosilääkkeitä, kun keskimäiseen ja parhaan toimintakyvyn ryhmään kuuluvista psykoosilääkettä käytti 58–59 %. Väkivaltaisilla ja itsetuhoisilla nuorilla psykoosilääkkeitä oli käytössä useammin kuin muilla potilailla (82 % vs 58 % ja 70 % vs 53 %). Psykoosilääkkeiden käyttö oli yhteydessä myös pidempään hoitoaikaan (keskiarvo 70 vs 34 vuorokautta) (**TAULUKKO 3**).

Muutokset toimintakyvyssä, itsetuhoisuudessa ja väkivaltaisuudessa. Nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olevien keskimääräinen toimintakyky CGAS-pistemäärällä kuvattuna laski vuosien välillä (50 vs 46 vs 43, $p < 0,001$ ja $p = 0,002$). Itsetuhoisten nuorten

TAULUKKO 3. Lääkeryhmien käytön yleisyys jaoteltuna nuoren toimintakyvyn (CGAS), väkivaltaisuuden, itsetuhoisuuden ja hoitoajan mukaan nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa vuonna 2018 (n =206). Hoitojakson kesto on analysoitu kahden otoksen t-testillä. Ristitulosuhde (OR) ja sen 95 %:n luottamusväli (LV).

	Lääkeryhmä					
	ADHD		Masennus		Psykoosi	
	n (%)	OR (95 % LV)	n (%)	OR (95 % LV)	n (%)	OR (95 % LV)
Sukupuoli						
Pojat	17 (27 %)		17 (27 %)		40 (65 %)	
Tytöt	6 (4 %)	0,1 (0,0;0,3)	76 (53 %)	3,0 (1,6;5,7)	89 (62 %)	0,9 (0,5;1,7)
CGAS						
1–30	6 (14 %)	2,0 (0,4;10,9)	15 (35 %)	0,6 (0,2;1,6)	35 (81 %)	3,0 (1,1;8,8)
31–50	13 (10 %)	1,3 (0,3;6,3)	64 (48 %)	1,0 (0,4;2,3)	77 (58 %)	0,9 (0,4;2,2)
51–100	2 (7 %)		13 (48 %)		16 (59 %)	
Väkivaltaisuus						
Ei-väkivaltaiset	12 (8 %)		81 (51 %)		92 (58 %)	
Väkivaltaiset	10 (23 %)	3,6 (1,4;9,0)	11 (25 %)	0,3 (0,2;0,7)	36 (82 %)	3,3 (1,4;7,5)
Itsetuhoisuus						
Ei-itsetuhoiset	13 (14 %)		23 (25 %)		49 (53 %)	
Itsetuhoiset	10 (9 %)	0,6 (0,2;1,4)	70 (61 %)	4,8 (2,6;8,7)	80 (70 %)	2,1 (1,2;3,7)
Hoitojakson pituus	n; keskiarvo (SD); mediaani (IQR)		n; keskiarvo (SD); mediaani (IQR)		n; keskiarvo (SD); mediaani (IQR)	
Ei lääkettä	183; 58 (109); 23 (60)		113; 68 (134);29 (60)		77; 34 (42); 16 (51)	
Lääke käytössä	23; 39 (51); 20 (48)		93; 41 (45)* ; 22 (57)		129; 70 (123);33 (67)	

*p<0,05; IQR = kvartiiliväli; SD = keskihajonta

osuudessa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Itsetuhoisia puheita esiintyi eri vuosina 33–38 %:lla ja itsetuhoisia tekoja 16–17 %:lla osastohoidossa olevista nuorista. Väkivaltaisia uhkauksia ilmaisevien nuorten osuus puolittui vuosina 2000–2018 (18 % vs 9 %, p < 0,01). Väkivaltaisia tekoja esiintyi vuonna 2000 yhteensä 16 %:lla ja vuosina 2011 ja 2018 yhteensä 10–12 %:lla nuorista.

Diagnostiset muutokset Nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olevien potilaiden diagnostisessa jakaumassa tapahtui merkittäviä muutoksia. Masennus, ahdistuneisuushäiriöt ja neuropsykiatriset häiriöt lisääntyivät. Syömishäiriödiagnoosien määrä yli kaksinkertaistui vuosien 2000 ja 2011 välillä, mutta tasaantui sen jälkeen. Selvää vähenemistä tapahtui psykoosien, käytöshäiriöiden ja päihdehäiriöiden määrässä vuodesta 2000 vuoteen 2011, minkä jälkeen näiden diagnoosien osuus pysyi melko tasaisena (**TAULUKKO 4**).

Pohdinta

Tutkimuksen perusteella psykiatrisessa osastohoidossa olevien nuorten toimintakyky heikkeni vuosien 2000 ja 2018 välillä. Itsetuhoisuuden määrä pysyi tasaisena, ja väkivaltaisuudessa tapahtui vähenemistä. Osastohoitojaksojen keskimääräinen kesto lyheni noin kolmasosaan. Psykoosilääkkeiden käyttö lisääntyi voimakkaasti vuoteen 2018 asti, kun muutoin lääkeshoidon lisääntyminen tasaantui vuoden 2011 jälkeen.

Masennus- ja AHDH- lääkkeiden käyttö muuttui hyvin samansuuntaisesti kuin näiden lääkkeiden käyttöaiheiden eli masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä ADHD-diagnoosien yleisyys osastopotilailla. Tyttöillä esiintyy keskimäärin poikia vähemmän väkivaltaisuutta, useammin masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä ja harvemmin AHDH-diagnoseja (18,25,31). Tämä todennäköisesti selittää ADHD-lääkkeiden käytön suoran ja masen-

TAULUKKO 4. Muutokset nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olevien diagnooseissa. Binaarinen logistinen regressioanalyysi. Ristitulosuhte OR ja sen 95 %:n luottamusväli (LV), vertailuvuotena 2018.

	2000		2011		2018
	n (%)	OR (95 % LV)	n (%)	OR (95 % LV)	n (%)
Diagnoosit					
Masennus	66 (25 %)	0,4 (0,3;0,7)	88 (38 %)	0,8 (0,6;1,3)	86 (42 %)
Ahdistuneisuushäiriö	22 (8 %)	0,4 (0,2;0,7)	43 (19 %)	1,0 (0,6;1,7)	38 (18 %)
Syömishäiriö	24 (9 %)	0,6 (0,3;1,0)	43 (19 %)	1,3 (0,8;2,2)	31 (15 %)
Autismispektrin häiriö	1 (0 %)	0,1 (0,0;0,5)	9 (4 %)	0,7 (0,3;1,6)	12 (6 %)
ADHD	6 (2 %)	0,2 (0,1;0,6)	7 (3 %)	0,3 (0,1;0,7)	20 (10 %)
Pakko-oireinen häiriö	8 (3 %)	1,6 (0,5;5,3)	6 (3 %)	1,4 (0,4;4,9)	4 (2 %)
Psykoosi	61 (23 %)	2,1 (1,3;3,5)	25 (11 %)	0,8 (0,5;1,5)	26 (13 %)
Käytöshäiriö	54 (21 %)	3,3 (1,8;6,0)	18 (8 %)	1,1 (0,5;2,2)	15 (7 %)
Päihdediagnoosi	10 (4 %)	8,1 (1,0;63,8)	3 (1 %)	2,7 (0,3;26,3)	1 (0 %)
Mania/kaksisuuntainen mielialahäiriö	8 (3 %)	0,9 (0,3;2,5)	7 (3 %)	0,9 (0,3;2,6)	7 (3 %)
Lapsuuden tunnehäiriö	21 (8 %)	0,9 (0,5;1,6)	20 (9 %)	0,9 (0,5;1,8)	19 (9 %)

nuslääkkeiden käytön käänteisen yhteyden väkivaltaisuuteen. Masennuslääkkeiden käytön ja itsetuhoisuuden välinen yhteys voi korostua tässä aineistossa, koska masennukseen liittyvä itsetuhoisuus on keskeinen osastohoitoon ohjautumisen syy (9,32,33).

Psykoosilääkkeiden käyttö lisääntyi yhtäjaksoisesti vuoteen 2018 asti, jolloin lähes kaksi kolmesta osastohoidossa olleesta nuoresta käytti psykoosilääkkeitä. Samalla näiden lääkkeiden keskeisten käyttöaiheiden eli psykoosi- ja käytöshäiriödiagnoosien määrä väheni selvästi ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön osuus pysyi pienenä. Psykoosilääkkeiden käyttö oli yhteydessä moniin vaikeahoitaisuuteen viittaaviin tekijöihin, kuten heikompaan toimintakykyyn, väkivaltaisuuteen, itsetuhoisuuteen ja pidempään hoitoaikaan. Näyttää todennäköiseltä, että psykoosilääkkeitä käytetään osin diagnoosista riippumatta niissä tilanteissa, joissa oireilu on vaikeasti hallittavaa ja pitkittynyttä. Psykoosilääkkeiden käytön voimakas lisääntyminen ei selity tässä tutkimuksessa havaituilla muutoksilla diagnooseissa tai vaikeahoitaisuudessa, vaan näyttää paljolti liittyvän psykoosilääkkeiden käyttöalueen laajentumiseen, kuten ketiapiinin lisääntyneeseen käyttöön ahdistuneisuushäiriöiden ja univaikeuksien hoidossa (34). Epävakaa persoonallisuuden lääkehoidossa suositaan aiempaa enemmän psykoosilääkkeitä, ja on todennäköistä, että myös nuorten vaikeiden tunnesäätelyvaikeuksien

hoidossa psykoosilääkkeiden käyttö on yleistynyt (34,35). Psykoosilääkkeisiin liittyvien metabolisten ja muiden haittojen vuoksi näiden lääkkeiden käytössä tulisi käyttää korostettua harkintaa (36).

Diagnostisista muutoksista masennuksen ja neuropsykiatristen häiriöiden lisääntyminen on samansuuntainen sekä osastopotilailla että väestötasolla. Nämä muutokset näyttävät selittyvän osin parantuneella tunnistuksella ja muutoksilla diagnostisissa käytännöissä (2). Samaan aikaan erityisesti tyttöjen masennusoireilu näyttää lisääntyvän (2,37,38). Syömishäiriödiagnoosien voimakas lisääntyminen osastopotilailla taitui vuoden 2011 jälkeen. On mahdollista, että lisääntyneet syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneet avohoidon yksiköt ovat myötävaikuttaneet tähän kehitykseen (39). Psykoosidiagnoosien selvä väheneminen osastopotilailla voi liittyä näiden häiriöiden tehokkaampaan tunnistukseen ja psykoosilääkkeiden käytön lisääntymiseen avohoidossa. On myös mahdollista, että vakavia traumaperäisiä ja dissosiativisia oirekuvia koskevan tietoisuuden kasvu on johtanut siihen, että osa aiemmin psykoosidiagnoosiin johtaneista oirekuvista luokitellaan nyt ahdistuneisuushäiriöiksi (40).

Osastopotilaiden itsetuhoisuudessa ei tapahtunut muutoksia, kun taas väkivaltaiset uhkaukset puolittuivat. Osastopotilaiden väkivaltaisuuden vähentymisen taustalla voi osaltaan olla kehitys, jossa aggressiivisesti oireilevat

nuoret ohjataan useammin osastohoidon sijaan lastensuojelun piiriin. On myös mahdollista, että lisääntynyt psykoosilääkkeiden käyttö vaikuttaa väkivaltaisuuden vähenemiseen. Nuorten toimintakyvyssä tapahtui lievää heikkenemistä eri vuosien välillä. Tämä on todennäköisesti yhteydessä osastohoidon lyhenemiseen ja siihen, että kynnyksellä hoitaa melko hyvän toimintakyvyn omaavia nuoria osastoilla on kasvanut. Havaittu toistuvien osastojaksojen lisääntyminen oli maltillista suhteessa osastohoitojaksojen voimakkaaseen lyhenemiseen.

Nuorisopsykiatristen osastojen hoidollinen viitekehys näyttää muuttuneen viimeisen parinkymmenen vuoden aikana. Psykodynaamista, käyttäytymisterapeuttista ja yhteisöllistä näkökulmaa sekä pitkäaikaista hoidollista ympäristöä korostava malli näyttää pitkälti väistyneen lääketieteelliseen mallin tieltä. Tavoitteena on tarjota tehokkaita kriisi- ja akuuttihoitojen interventioita ja pitää osastohoidon kesto mahdollisimman lyhyenä. Hoidon kysynnän kasvu on vauhdittanut muutosta toimintatavoissa. Osastohoidon kesto on ollut pakko lyhentää, jotta uusille potilaille löytyy tilaa. Vaikka tämän tutkimuksen perusteella nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa olevien nuorten oireilu ei ole

selvästi vaikeutunut vuosien 2000 ja 2018 välillä, sekä nuorten että henkilökunnan näkökulmasta tilanne osastohoidossa voi tuntua aiempaa kuormittavammalta. Kiire ja paine löytää nopeita ratkaisuja nuorten vaikeisiin ongelmiin on kasvanut. Ruuhkautuneilla nuorisopsykiatrian osastoilla, kuten muissakin ylikuormittuneissa terveydenhuollon yksiköissä työntekijät voivat perustellusti kokea, ettei potilaille aina pystytä tarjoamaan riittävän hyvää hoitoa. Tämä altistaa työntekijöitä stressille ja uupumiselle sekä vähentää työn houkuttelevuutta.

Lopuksi

Vuosien 2000–2018 aikana osastohoidon kesto on lyhentynyt voimakkaasti ja hoidossa olevien nuorten oireprofiili on muuttunut. Nuorten kokonaisvointi ei ole selvästi heikentynyt, kun otetaan huomioon kuvatut muutokset toimintakyvyssä, itsetuhoisuudessa, väkivaltaisuudessa ja diagnooseissa. Lääkityksen käytön muutoksista nousee esille psykoosilääkkeiden käytön jatkuva lisääntyminen, mikä näyttää liittyvän näiden lääkkeiden käyttöalueen laajentumiseen. Psykoosilääkkeiden käytössä tulisi käyttää korostettua harkintaa. ■

KIM KRONSTRÖM, LT, nuorisopsykiatrian ja psykiatrian erikoislääkäri
Psykoterapiakeskus Mustikka oy, Turku
Pohjanmaan hyvinvointialue, Nuorisopsykiatria

ELINA TIIRI, LT, lastenpsykiatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri vs ylilääkäri
Tyks Lastenpsykiatria

ANDRE SOURANDER, LT, professori, lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri
Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus, Turun yliopisto
Lastenpsykiatria, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

TEEMAN TOIMITTAJAT
David Gyllenberg, Andre Sourander ja Merja Laine

SIDONNAISUUDET
Kim Kronstöm: Ei sidonnaisuuksia
Elina Tiiri: Ei sidonnaisuuksia
Andre Sourander: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, ym. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56:345–65.
2. Collishaw S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;56:370–93.
3. Koivuranta E. Itsetuhoisia nuoria on sairaaloissa niin paljon, että osa nukkuu yönsä käytävällä – ylilääkäri: ”Yhteiskunnan on kysyttävä, miksi nuoret eivät selviä”. *Yle-uutiset*, 21.4.2021. <https://yle.fi/uutiset/3-11813380>.
4. Paananen R, Santalahti P, Merikukka M, ym. Socioeconomic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care – a Finnish nationwide follow-up study. *Eur J Public Health* 2012;23:372–7.
5. Green J, Jacobs B, Beecham J, ym. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:1259–67.
6. Beecham J, Chisholm D, O’Herlihy A, ym. Variations in the costs of child and adolescent psychiatric in-patient units. *Br J Psychiatry* 2003;183:220–2.
7. Ryttilä-Manninen M, Lindberg N, Hara-vuori H, ym. Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child Abuse Negl* 2014;38:2021–32.
8. Daudin M, Cohen D, Edel Y, ym. Psycho-social and clinical correlates of substance use disorder in an adolescent inpatient psychiatric population. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;19:264–73.
9. Haavisto A, Sourander A, Ellilä H, ym. Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland. *J Affect Disord* 2003;76:211–21.
10. Reynolds EK, Gorelik S, Kook M, ym. Acute psychiatric care for pediatric patients. *Int Rev Psychiatry* 2020;32:272–83.
11. Panagiotou A, Mafreda C, Moustikiadis A, ym. Modifiable factors affecting inpatient violence in an acute child and adolescent psychiatric unit: a 16-year retrospective study. *Int J Mental Health Nurs* 2019;28:1081–92.
12. Case BG, Olsson M, Marcus SC, ym. Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:89–96.
13. Meagher SM, Rajan A, Wyshak G, ym. Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991–2008. *Psychiatr Q* 2013;84:159–68.
14. Holttinen T, Pirkola S, Rimpelä M, ym. Factors behind a remarkable increase in adolescent psychiatric inpatient treatment between 1980 and 2010 – a nationwide register study. *Nord J Psychiatry* 2022;76:120–8.
15. Kronström K, Kuosmanen L, Ellilä H, ym. National time trend changes in psychotropic medication of child and adolescent psychiatric inpatients across Finland. *Child Adolesc Ment Health* 2018;23:63–70.
16. Gilat Y, Ben-Dor D, Magen A, ym. Trends in prescribing of psychotropic medications for inpatient adolescents in Israel: a 10 years retrospective analysis. *Eur Psychiatry* 2010;26:265–9.
17. Haapasalo-Pesu KM, Erkolahti R, Saarijärvi S, ym. Prescription of psychotropic drugs in adolescent psychiatric wards in Finland. *Nord J Psychiatry* 2004;58:213–8.
18. Kronstrom K, Ellilä H, Kuosmanen L, ym. Changes in the clinical features of child and adolescent inpatient: a nationwide time-trend study from Finland. *Nord J Psychiatry* 2016;22:1–6.
19. Kronström K, Tiiri E, Jokiranta-Olkonieni E, ym. Suicidality among child and adolescent psychiatric inpatients: time trend study comparing 2000 and 2011. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28:1223–30.
20. Ellilä H, Sourander A, Välimäki M, ym. Characteristics and staff resources of child and adolescent psychiatric hospital wards in Finland. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:209–14.
21. Ellilä H, Sourander A, Piha J, ym. Patient characteristics and psychological treatments in child and adolescent inpatient psychiatry in Finland. *Psychiatr Fenn* 2004;35:116–30.
22. Ellilä H, Sourander A, Välimäki M, ym. The involuntary treatment of adolescent psychiatric inpatients – a nation-wide survey from Finland. *J Adolesc* 2008;31:407–19.
23. Ellilä H, Välimäki M, Warne T, ym. Ideology of nursing care in child psychiatric inpatient treatment. *Nurs Ethics* 2007;14:583–96.
24. Sourander A, Ellilä H, Välimäki M, ym. Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002;11:62–7.
25. Kronström K, Tiiri E, Vuori H, ym. Multi-center nationwide study on pediatric psychiatric inpatients 2000–2018: length of stay, recurrent hospitalization, functioning level, suicidality, violence and diagnostic profiles. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, julkaistu verkossa 22.11.2021. DOI:10.1007/s00787-021-01898-0.
26. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, ym. Further measures of the psychometric properties of the children’s global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:821–4.
27. Shafer D, Gould MS, Brasic J, ym. A children’s global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1228–31.
28. Pfefer C, Newcorn J, Kaplan B, ym. Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:357–61.
29. Mojtabai R, Olsson M, Han B. National trends in the prevalence and treatments of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, julkaistu verkossa 14.11.2016. DOI:10.1542/peds.2016-1878.
30. Pfefer C, Plutchik R, Mizuchi M. Predictors of assaultiveness in latency age children. *Am J Psychiatry* 1993;140:31–3.
31. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, ym. Conduct disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5:43.
32. Hazell P. Depression in children and adolescents. *BMJ Clin Evid* 2011;21:2011–1008.
33. Wilson LS, Kelly BD, Morgan S, ym. Who gets admitted? Study of referrals and admissions to an adolescent psychiatry inpatient facility over a 6-month period. *Ir J Med Sci* 2012;181:555–60.
34. Varimo E, Saastamoinen LK, Rättö H, ym. New users of antipsychotics among children and adolescents in 2008–2017: a nationwide register study. *Front Psychiatry* 2020;24:316.
35. Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008 [päivitetty 8.6.2020]. www.kaypahoito.fi.
36. Mead L, Ayres A, Blake JA, ym. Monitoring of metabolic side-effects in children and adolescents prescribed antipsychotic medication: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2021;55:763–71.
37. Mishina K, Tiiri E, Lempinen L, ym. Time trends of Finnish adolescents’ mental health and use of alcohol and cigarettes from 1998 to 2014. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27:1633–43.
38. Mojtabai R, Olsson M, Han B. National trends in the prevalence and treatments of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, julkaistu verkossa 14.11.2016. DOI:10.1542/peds.2016-1878.
39. Madden S, Hay P, Touyz S. Systematic review of evidence for different treatment setting in anorexia nervosa. *World J Psychiatry* 2015;22:147–53.
40. Jessop M, Scott J, Nurcombe B. Hallucinations in adolescent inpatients with post-traumatic stress disorder and schizophrenia: similarities and differences. *Australas Psychiatry* 2008;16:268–72.