

Lastenpsykiatristen potilaiden toimintakykyisyyseuranta: tutkimus kahdessa avo- ja osastohoidon yksikössä

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää lastenpsykiatristen potilaiden toimintakykyä 1.5-2 vuotta hoidon päättymisen jälkeen ja tutkia, onko minimi-informaation varassa mahdollista kehittää seurantajärjestelmää hoitopalvelujen tuottajien jatkuvaan käyttöön. Tutkimuksen informantteina käytettiin lasten/nuorten vanhempia, joilta puhelinhaastattelussa ja postikyselyssä kartoitettiin lasten/nuorten toimintakykyyn liittyviä seikkoja. Tulosten mukaan 2/3-9/10 tutkittavista oli toimintakykyisiä seurannan aikaan. Hoidon parissa tutkittavista oli hieman runsas kolmannes. Perhearvioinnissa perheistä tasapainoisia oli 59%, keskimääräisesti sopeutuvia ja koossapysyviä 33% ja vaikean sopeutuvuuden ja koossapysyvyyden perheitä 8%. Ongelmaksi tutkimuksessa jäi erilaisten tiedonhankintatapojen tulosten keskinäinen korreloimattomuus. Yhtenäisen seurantamenetelmän laatiminen osoittautui problemaattiseksi.

AARNO LAITILA, JUKKA AALTONEN, HANNU-OLAVI PIILINEN, EILA H. RÄSÄNEN

Suomen erikoissairaanhoidon järjestelmässä on 16 lastenpsykiatrian yksikköä. Potilaiden toimintakykyä ei niissä ole seurattu osana omaa toimintaa. Seurantatutkimusta on yleensä tehty diagnostiikan tarkkuuden kehittämiseksi tai ulkopuolisesta tieteellisestä intressistä. Tutkimusmenetelmät eivät ole vakiintuneet hoitopalvelun tuottajan tarpeita huomioiviksi.

Seurantatutkimuksissa on yleensä pyritty vakioimaan tutkittavat ryhmät mm. tiettyjen oireitten (Brinch ym. 1988), hoitointervention tai vastaanottokäytännön suhteen (Asen ym. 1991, Jellinek 1986) tai rajoittamalla tutkimus tiettyyn yksikköön (Malmivaara ym. 1977, Seitamo ym. 1980, Kaivosoja ym. 1983, Jungjohann ja Beck 1984, Ney ym. 1988, Välikangas ym. 1988).

Suomessa lastenpsykiatrinen hoito on järjestetty aluevastoullisesti. Aluevastoissa toimivien palvelujen käyttäjäkunta on heterogeeninen ryhmä, jolla on erilaiset hoidolliset tarpeet. Yhteen ongelmaryhmään tai hoitomenetelmään keskittyminen ei tee oikeutta yksikön toiminnan kuvaukseen pyrittäessä (Sourander 1995).

Vaikka lastenpsykiatriseen yksikköön tulevat läheteet kertovat hädästä ja hoidon tarpeesta, eivät kaikki arviointiin tulevat lapset kuitenkaan päädy osasto- eivätkä edes avohoidon potilaiksi. Polikliininen tutkimusvaihe antaa mahdollisuuden arvioida, mikä on lapsen psykiatrisen hoidon tarve ja mikä muun psykososiaalisen tuen tarve. Eli seurantatutkimusta tulisi suunnata myös siihen ryhmään, joka hyötyy lyhytkestoisestakin avohoidollisesta interventiosta tai on lastenpsykiatrian palvelujen käyttäjänä ainoastaan hyvin rajatun jakson jonkin toisen erikoisalan konsultaatiopyynnön perusteella (Laitila 1994, Laitila ym. 1996).

Jos seurantatutkimus kehitetään pysyväksi osaksi hoitoyksikön toimintaa ja jos tavoitteena on luoda seurantajärjestelmä hoito-organisaation jatkuvaan käyttöön, voi seurantatutkimusta sinänsä tarkastella uudella tavalla hoidollisista tavoitteista lähtien. Kysymykseksi muodostuu, mm. onko potilaan ja perheen kokemus hoidon jälkeen tulevasta seurantakontaktista positiivinen, terapeuttisen prosessin jatkuvuutta lisäävä tai kasvua tukeva vai kielteinen kontrol-

loituna olemisen tunnetta lisäävä ja hoidollisten tavoitteiden vastainen, tai molempia edellämainittuja samanaikaisesti ja kuormittaako jatkuva seuranta liikaa hoitoyksikköä.

TAVOITTEET

Jos tavoitteena on luoda seurantajärjestelmä organisaatioiden itsensä käyttöön, ei jatkuva aineistonkeruuta voi laatia yksikköä liikaa kuormittavaksi.

Tämän tutkimuksen tavoite oli selvittää 1) entisten lastenpsykiatristen potilaiden toimintakykyä hoidon päättymisen jälkeen, ja 2) onko mahdollista näiden tietojen perusteella kehittää seurantajärjestelmää hoitopalveluiden tuottajien jatkuvaan käyttöön.

TUTKIMUSAINEISTO

Tutkimusaineisto koottiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian yksiköstä ja Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian yksiköstä. Molempien sairaaloiden eettiset toimikunnat hyväksyivät tutkimussuunnitelman. Tutkimus toteutettiin em. hoitoyksiköitten ja Jyväskylän yliopiston yhteishankkeena. Hoitoyksiköistä toinen edustaa yliopistosairaaloita lastenpsykiatrista palvelua ja toinen keskussairaaloita palvelua.

Tutkimukseen otettiin mukaan yhteensä 80 tutkittavaa (40 kummastakin hoitoyksiköstä), joiden hoito oli päättynyt 1.5-2 vuotta aiemmin. Osastohoidon keskipituus tutkimusryhmässä oli 6.6 kuukautta ja pisin hoito 33 kk. Valinta seurantaan tapahtui siten, että potilaat, joiden hoito oli päättynyt, listattiin ja mukaan otettiin molemmista yksiköistä 40 ensimmäistä. Tutkittavien lastenpsykiatrisena hoitona oli osastohoito 41%:lla (33) ja avohoito 39%:lla (31) (lopun olivat avohoidollisessa lastenpsykiatrisessa tutkimuksessa). Konsultaatiiovastauksia annettiin 46%:n (37) kohdalla. Polikliinisesti toteutetut konsultaatiot luokiteltiin tässä avo-

hoidoksi.

Lasten perheet jakautuivat sosioekonomisen aseman (Tilastokeskus 1985) mukaan seuraavasti: ylimpään ryhmään kuului 21% (16), toiseen ryhmään 12% (9) ja kolmanteen ryhmään 67% (51). Neljän perheen kohdalta luokittelu ei onnistunut.

Lastenpsykiatriseen hoitoon tutkittavista oli tullut erikoissairaanhoidosta 30%, perusterveydenhuollosta 26% ja kasvatus- ja perheneuvonnasta tai vastaavasta 19% (yhteensä 75%). Lähettävä taho oli tehnyt 91%:lle (73) perhetutkimuksen, 63%:lle (50) yksilötutkimuksen, 35%:lle (28) jonkin erikoisalalan lääkärintutkimuksen. 9%:lle (7) lastensuojeluun liittyviä tutkimuksia. Lähetteiden perusteella perhetutkimuksen sisältönä oli 76%:n (61) kohdalla 'satunnainen perheenjäsenen tapaaminen', 13%:n (10) kohdalla 'perhekonsultaatio', yhden kohdalla 'perhekeskeinen kriisi-interventio' ja yhden kohdalla 'sopimukseen perustunut perheterapia'.

Lähettävän tahon yksilötutkimus oli 29%:ssa (23) kehitystason arviointi ja 10%:ssa (8) laaja-alainen, menetelmiltään kohdistettu diagnostinen tutkimus. Erikoistuneen psykologisen yksilöarvioinnin tutkimusvälineitä käytettiin siis alle puolessa erikoissairaanhoidon lähetetyistä tapauksista. Yksilöterapiota oli 9%:n (7) kohdalla ja ryhmäterapiota 4%:n (3) kohdalla. Olennaista lähettävän tahon tutkimuksissa näytti olevan perheen kanssa syntyvän vuorovaikutuksen satunnaisuus ja lähetettä edeltävien tutkimusten painottuminen lapseen.

Lähettävän tahon viranomaisyhteistyö oli 41%:ssa (33) suullista tietojen välittämistä. Yhteisiä neuvotteluja ja yhteisiä perhetapaamisia oli järjestetty 10%:n (8) kohdalla. 49%:ssa (39) lähetteisistä ei kuvattu viranomaisyhteistyötä. Hoitoon tullessa tutkittavista 60% (48) oli normaaliopetuksessa, 20% (16) erityisopetuksessa. Tieto puuttui 20%:ssa (16).

Taulukko 1. Tutkimuksen toimintaympäristöjen tunnuslukuja

	Keski-Suomen Shp/Haukkala	Kuopion yliopistosairaala/Alava
Osaston paikkaluku	14	16
Hoidettuja potilaita (ka vv 1992-1996)	31	65.5
Hoitoajan vaihteluväli (1992-1996)	71.9-95.6 vrk	63.8-73.9 vrk
Avohoitokäynnit (1992-1996)	704 - 1477	1370 - 3362

Taulukko 2. Tutkittavien jakautuminen iän ja sukupuolen mukaan

	Tytöt	Pojat	Kaikki
Osuus tutkittavista	25 (31%)	55 (69%)	80 henkilöä
Hoitoontuloikä	9 vuotta	10 vuotta	9.4 vuotta

AINEISTONKERUUMENETELMÄT

Seuranta-aineisto koottiin semistrukturoidulla puhelinhaastattelulla ja puhelinhaastattelun jälkeen tehdyllä postikyselyllä. Postikyselyssä käytetyt menetelmät olivat Achenbachin Child Behaviour Checklist -lomakkeen vanhempien versio (jatkossa CBCL) (Achenbach ja Edelbrock 1983) sekä Olsonin FACES III -perhekysely (Olson ym. 1985). Puhelinhaastattelu valittiin suoraksi kontaktimenetelmäksi, koska sen oletettiin olevan vastaajalle helppo. Postikyselyn menetelmät ovat kansainvälisesti käytettyjä ja vertailuja mahdollistavia inventaareja, vaikkakaan ei lastenpsykiatrisen hoidon seurantaan kehitettyjä. Molemmat menetelmät ovat lisäksi varsin nopeasti ja helposti vastaajan täytettävissä. Olsonin perhekyselyn mukaanottamisella oli tarkoitus samalla haastaa perhekeskeistä lastenpsykiatriaa pohtimaan, voiko hoitoon sisällyttää jotakin hyvin erilaista perhediagnosticsimenetelmää.

Hoitoon lähettämistä ja hoitoa koskeva aineisto koottiin erityisesti tätä tutkimusta varten laadittuun taustatietolomakkeeseen kaikista tutkittavista. Lomakkeen lääkehoitoa koskeva osa oli sama kuin Pihan (1990) lomakkeessa. Näin muodostunut aineisto tallennettiin tietokanta-ohjelmaan, joka mahdollisti sekä teksti- että numeromuotoisen aineiston tallennuksen ja uudelleenluokittelun. Aineiston tallennusmenetelmää voi käyttää seurannan tietokantana.

AINEISTON ANALYYSIMENETELMÄT

Haastatteluaineiston uudelleenluokittelulla ja taustamuuttujalomakkeesta saatu kvantitatiivinen aineisto ryhmiteltiin ensin hoitoon lähettämistäpahtumaa, hoitoa (poliklinikka ja osasto) ja seurantavaihetta kuvaaviksi jakaumiksi. Tämän jälkeen yksittäisten muuttujien osalta tehtiin ristiintaulukointeihin perustuvia tilastollisia riippuvuustestejä.

CBCL:n analyysissa etsittiin ne tutkittavat, joiden kohdalla indeksi laukesi. Indeksien laukeaminen merkitsee lapsen käyttäytymisessä olevan sellaisia piirteitä, että lapsesta on perus-

teltua olla huolissaan. Näin syntyi kaksi ryhmää, joita tutkittiin suhteessa muihin muuttujiin.

Perhemittari FACES-III:n kohdalla analyysi toteutettiin soveltaen Olsonin jaottelua 1) tasapainoisiin, 2) keskimääräisen sopeutuvuuden ja koossapysyvyyden sekä 3) vaikean sopeutuvuuden ja koossapysyvyyden perheisiin. Syntyneitä luokkia testattiin tilastollisesti suhteessa taustamuuttujiin ja CBCL:n indeksin laukeamiseen.

TULOKSET

TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMINEN

Osallistumisprosentti tutkimuksessa oli 72.5% (58). Osaa tutkittavien perheistä ei tavoitettu; osa lähetti neutraalin kieltäytymisilmoituksen; osa kieltäytymisistä sisälsi hoitavien yksiköiden toiminnan ja työntekijöiden kielteistä arvostelua.

Suhteessa sosio-demografisiin taustamuuttujiin katoryhmä ei tilastollisesti eronnut tutkimukseen osallistuneesta joukosta, vaikka katoryhmässä ylin sosioekonominen ryhmä oli jonkin verran aliedustettuna (5%) ja toinen sosioekonominen ryhmä yliedustettuna (23%) verrattuna koko aineistoon.

Tutkimukseen osallistumisessa havaitut erot liittyivät lähettävän tahon odotuksiin hoidon suhteen. Tutkittavat, joiden kohdalla osastohoito oli kirjattu lähetteen keskeiseksi odotukseksi ja joiden kohdalla odotus toteutui osallistuivat vähemmän seurantatutkimukseen. Ne tutkittavat, joiden kohdalla tavoitteeksi oli kirjattu avohoito, osallistuivat tutkimukseen enemmän. Kliinisesti ajatellen tämä tulos oli ennakoitun mukainen, koska osastohoito on raskaampi interventio.

LAPSEN TAI NUOREN SOSIAALISET SUHTEET JA YSTÄVÄPIIRI

Haastattelussa vanhemmat kykenivät nimeämään lähes kaikissa tapauksissa (98%) lastensa ystäviä; kolme neljäsosaa tiesi kuka oli lapsen sydänystävä. Harrastuksia oli 48:lla (90%). 31

(60%) oli vanhempien arvion perusteella suosittuja ja 17:ta (33%) kiusattiin. Vanhemmilla oli runsaasti tietoa lastensa sosiaalisesta elämästä ja aktiviteeteista.

TOIMINTAKYVYN INDIKAATTORIT

48 (90%) tutkittavista kävi haastattelun aikana koulua. Normaalkoulua kävi 29 (56%), erityisopetusta sai 19 (37%). Osa tutkittavista oli jo suorittanut oppivelvollisuutensa. Koulutehtävistä itsenäisesti suoriutui 52% ja tukea tarvitsi 31%. 39% tutkittavista sai jotakin yhteiskunnallista erityistukea esim. sairaan lapsen hoitotukea tai heille oli nimetty henkilökohtainen avustaja koululuokassa. Hoito oli monelle tutkittavalle merkinnyt riittävien ja välttämättömien tukimuotojen etsimistä. Opetusmuodon muutosten määrää oli vaikeampi päätellä, koska monen kohdalla hoitontulovaihetta koskeva tieto puuttui.

Yhteensä 18 (35%) tutkittavaa oli hoidossa tai sai lääkitystä seuranta-aikavälien aikana. Tämä ryhmä jakautui siten, että 10 (19%) tutkittavaa sai krooniseen somaattiseen sairastamiseen liittyvää kuntoutusta, fysioterapiaa tai lääkitystä. Psykososiaalisia tukitoimia (esim. tarkemmin määrittelemättömät perheneuvolapalvelut, musiikkiterapia) (5), psykoterapiaa (yksilöpsykoterapia, perheterapia) (3) tai psyykenlääkitystä (3) sai 9 (17%) tutkittavaa. Vanhempien arvion mukaan 17:llä (33%) tutkittavalla oli seurannan aikana psykiatrisia oireita. Sosiaalisesta käytöksestä kerrottiin 7:n (14%) kohdalla.

Yhteenvedon voi todeta, että toimintakykyisiä ja oireettomia tutkittavista oli 2/3. Koulustaan, joko normaali- tai erityisopetuksessa (mukaanluettuna koulukodit), kykeni huolehtimaan 9/10 hoidetuista lapsista. Hoidon parissa oli hieman runsas 1/3. Keskeistä oli myös se, että vanhemmilla oli tietoa näistä asioista.

HOIDON TULOKSELLISUUDEN KOKEMUKSELLISET INDIKAATTORIT

67% vanhemmista kertoi hoidosta olleen hyötyä ja 60% vastaajista kertoi hoidolla olleen myös perhettä koskevia hyviä vaikutuksia. Kielteisiä vaikutuksia hoidosta kertoi olleen 35% vanhemmista ja perhettä koskevista kielteisistä vaikutuksista kertoi 19% vastaajista. Vanhempien mukaan tutkittavista lapsista 10% pärjäsi huonosti, 25% kohtalaisesti ja 65% hyvin.

69% vanhemmista kertoi perheen elämässä tapahtuneen hoidosta riippumattomia myönteisiä asioita ja 52% kertoi hoidosta riippumattomista kielteisistä asioista.

TAUSTA- JA SEURANTAMUUTTUJEN KESKINÄISIÄ RIIPPUVUUKSIA

Seurannan aikaan hoidossa oli 18 lasta. Yhdeksällä heistä ei vanhempien mukaan ollut oireita. (Niistä yhdeksästä tutkittavasta, joiden kohdalla hoitoa voi luonnehtia psykososiaaliseksi, oireettomia vanhempien mukaan oli 4.) Ilman hoitoa olleista 34 tutkittavasta (65% haastatelluista) oli oireettomia 26 (76%) tutkittavaa $\chi^2(1) = 3.75, p = .053$. Kahdeksan oireilevaa lasta ei ollut hoidossa. Vanhempien arvioiden perusteella jatkohoidon tarve ja tarjonta eivät täysin kohtaa.

58% erityisopetuksessa olevista lapsista oli hoidossa seurannan aikana, kun normaaliopetuksessa olevista lapsista vain 24% oli hoidossa $\chi^2(1) = 5.58, p = .018$. Tilastollista riippuvuutta ei kuitenkaan ollut opetusmuodon ja seurannan aikaisten psykiatristen oireiden välillä, vaikka hoito kuitenkin tuntui kasautuvan enemmän erityisopetuksessa olevien lasten kohdalle.

Se, kiusataanko lasta, ei näyttänyt olevan yhteydessä siihen, miten vanhemmat arvioivat lapsilla yleisesti elämässään menevän. Noin kolmasosa koko seurantajoukosta kiusattiin. Kiusaaminen seuranta-aineistossa oli sidoksissa sukupuoleen siten, että poikia, joita koko aineistossa oli 69%, oli kiusattujen joukosta 88% $\chi^2(1) = 4.28, p = .039$.

Opetusmuodon ja sen välillä, kokevatko

Taulukko 3. Tutkittavien oireilu ja jatkohoito seurannan aikana (n)

Vanhempien ilmoittamana	Hoidossa	Ilman hoitoa
Oireilee	9	8
Oireeton	9	26
Yhteensä	18	34

vanhemmat hoidosta olleen kielteisiä vaikutuksia, oli yhteys. Normaaliopetuksessa olevista lapsista kielteisistä vaikutuksista kertoi 24%. Erityisopetuksessa olevista lapsista kielteisistä vaikutuksista kertoi 60% $\chi^2(1) = 5.18, p = .023$).

Lapsen koulutehtäviin tarvitseman avun ja yhteiskunnallisen erityistuen välillä oli yhteys: koulutehtäviinsä apua tarvitsevista lapsista yhteiskunnallista erityistukea sai 56%, kun itsenäisesti koulutehtävänsä suorittavista lapsista tukea sai 22%, $\chi^2(1) = 5.12, p = .024$. (Yhteiskunnalliseen erityistukeen kuuluu esim. henkilökohtainen luokka-avustaja). Haastattelussa ei-yksinhuoltajaperheen lapsista aikuisen tukea koulutehtävien huolehtimisessa tarvitsi 24% (7) ja yksinhuoltajaperheiden lapsista 64% (9) $\chi^2(1) = 6.51, p = .011$).

Hoidon loppuminen poliklinikajaksoon sovitusti ennusti lapsen normaaliopetuksessa tapahtuvaa koulunkäyntiä: näistä 79% (23) oli seurannan aikana normaaliopetuksessa. Niistä, joiden kohdalla päätös ei ollut tämä, oli erityisopetuksessa 68% (13) $\chi^2(1) = 10.94, p = .001$). Seurannan aikaisen psykiatrisen oireilun ja yhteiskunnallisen erityistuen välillä oli yhteys siten, että niistä lapsista, joilla ei vanhempien mukaan ollut oireita, erityistukea sai 29%, kun taas oireilevista tukea sai 59% $\chi^2(1) = 4.42, p = .035$). Oireilu ainoastaan ei selitä erityistukea.

Hoidosta koetut kielteiset vaikutukset ennustivat perheen elämässä tapahtuneita hoitoon liittymättömiä kielteisiä asioita $\chi^2(1) = 3.81, p = .051$). 71%:lla pojista ei koeta hoidosta olleen kielteisiä vaikutuksia, kun taas tytöistä 63%:lla koettiin olleen kielteisiä vaikutuksia $\chi^2(1) = 4.85, p = .028$).

Lapsen orgaaniset ja somaattiset ongelmat ennustivat seurannan aikaista erityisopetusta $\chi^2(1) = 10.06, p = .002$, tuen tarvetta koulutehtävien suorittamisessa $\chi^2(1) = 8.08, p = .004$, yhteiskunnallisen erityistuen tarvetta $\chi^2(1) = 8.22, p = .004$ ja seurannan aikanakin havaittavia psykiatrisia oireita $\chi^2(1) = 4.41, p = .036$. Vanhempien raportoima asosiaalisuus ei tilastollisesti merkitsevällä tavalla liittynyt koetusta tuloksellisuudesta kertoviin muuttujiin.

Yhteenvetona voi todeta, että monet tutkitavan elämään liittyvät ongelmalliset kokemukset liittyvät kouluun. Koulu muodostaa

lapsen/nuoren elämän keskeisimpänä yhteiskunnallisena perheen ulkopuolisena realiteettina tärkeän toimintakykyä testaavan ympäristön.

CHILD BEHAVIOUR CHECKLIST -ARVION TULOKSET

Postikyselyssä käytetyn lasten käyttäytymisen ongelmia kartoittavan CBCL:n indeksi laukei vastanneista 32%:lla ja laukeamatta se jäi 68%:lla (kriteerinä laukeamiselle oli se, että joko yksi skaala yhdeksästä ylittää arvon 70 tai kaksi skaalaa arvon 65). Eli 2/3 tutkituista oli sillä tavalla toimintakykyisiä, ettei heidän tilanteestaan tarvinnut huolestua.

Asia monimutkaistui, kun CBCL:n tulosta tutkittiin suhteessa vanhempien raportoimaan oireiluun, jatkohoidon käyttöön ja erityisesti psykososiaalisten tuki- ja hoitomuotojen käyttöön. CBCL:n indeksin laukeamattomuus oli yhteydessä siihen, ettei lapsi/nuori ollut jatkohoidossa 21:ssä tapauksessa. Indeksien laukeaminen ei kuitenkaan erotellut psykososiaalisen tuen parissa olleita ja somaattisten pulmien vuoksi hoidossa tai kuntoutuksessa olleita. (Tätä ei kuitenkaan voida tilastollisesti perustella odotettujen frekvenssien pienuuden vuoksi: niistä tutkittavista, joiden kohdalla CBCL:n indeksi laukei, hoidossa seurannan aikana oli 64%. Hoidossa olevista indeksi laukei 78%:n kohdalla. Vaikuttaa siltä, että hoito tavoitti seurantavaiheessa niitä, jotka checklist-tyyppisellä mittarilla arvioituna olivat jonkinlaisen hoidon tarpeessa).

Puhelinhaastattelussa kuvattuihin oireisiin ja lapsen ongelmakäyttäytymiseen ei CBCL:n indeksin laukeaminen korreloi. Se, että vanhemmat arvioivat, ettei lapsi ollut hoidon tarpeessa, ennusti 15/34:ssä tapauksessa ettei myöskään indeksi lauennut. Kuuden lapsen vanhemmat arvioivat oireiden perusteella lapsella olevan hoidon tarvetta tilanteessa, jossa lapsi ei ollut hoidossa eikä CBCL:n indeksi lauennut. Tämä saattoi liittyä toisaalta kroonisiin somaattisiin sairauksiin ja toisaalta siihen, että oireiden merkitys ei lapsen kokonaistilanteen kannalta ollut riittävän huolestuttava hoitoa ajatellen.

Käyttäytymiseen liittyviä ongelmia yksityiskohtaisesti kartoittavana kyselynä CBCL tuotti enemmän tietoa ongelmista kuin ongelmien yleinen kysyminen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että vanhemmat olisivat tahallaan jättäneet

vastaamatta rehellisesti suullisesti kysyttäessä. Pikemminkin checklist-kysely antoi ongelmiin sinänsä liittyvää tietoa ja puhelinhaastattelu mahdollisti lapsen käyttäytymisen kokonaisvaltaisemman tarkastelun, jolloin "ongelma" ilmeni kontekstissaan. Tuolloin ongelma oli jotakin, jonka merkitys on muuttunut siitä, kun lapsi aloitti lastenpsykiatrisen hoidon. Suhteessa lapsen tai nuoren toimintakykyyn molemmat näkökulmat olivat olennaisia.

PERHEKYSELY

Perhemittarina käytetyn FACES-III:n analyysissa laskettiin koossapysyvyys- (cohesion) ja sopeutuvuusmuuttujille (adapation) arvot ja luokitettiin perheet neljään luokkaan molempien muuttujien suhteen. Molemmissa muuttujissa kaksi keskimmäistä luokkaa kuvaavat tasapainoisia, toimivia perheitä ja molemmat ääriluokat tasapainottomia, huonosti toimivia perheitä (Olson ym. 1985).

Kaksi postikyselyn palauttanutta ei ollut täyttänyt perhekyselyä, joten analyysissa oli mukana 39 perhettä.

Koossapysyvyyden mukaan arvioituina irrallisia perheitä oli 5, erillisiä perheitä 11, yhteinäisiä perheitä 18 ja kietoutuneita perheitä 5. Hyvin toimivia perheitä oli 29 (74%) ja huonosti toimivia perheitä 10 (26%).

Sopeutuvuuden mukaan arvioituina jäykkiä perheitä oli 3, strukturoituneita perheitä 13, joustavia perheitä 17 ja kaoottisia perheitä 6. Hyvin toimivia perheitä oli 30 (77%) ja huonosti toimivia perheitä 9 (23%).

Jatkoanalyysi toteutettiin soveltaen Olsonin esittelemää jaottelua tasapainoisiin (23 perhettä(59%), kuvio 1. sisin ympyrä), keskimääräisiä sopeutuvuuden ja koossapysyvyyden ongelmia sisältäviin (13 perhettä (33%), ulompi ympyrä) ja vaikeita sopeutuvuuden ja koossapysyvyyden ongelmia sisältäviin perheisiin (3 perhettä(8%), kulmaukset).

Tämän jälkeen syntyneitä luokkia testattiin tilastollisesti suhteessa taustamuuttujiin ja CBCL:n indeksiin laukeamiseen. Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä ei tullut esille: perheen vaikeat vuorovaikutuksen ongelmat eivät tämän mukaan ennusta mitenkään lineaarisella tavalla yksilötason ongelmia. Kuvaavana esimerkkinä ilman tilastollista perustelua oli tulos siitä, että

toimiviksi sopeutuvuusmuuttujalla arvioituista perheistä 14:n kohdalla ei myöskään ollut vanhempien arvioimaa oireiluun perustuvaa hoidon tarvetta eivätkä lapset olleet hoidossa. Edelleen samalla muuttujalla ei-toimiviksi arvioituista perheistä vanhempien arvion mukaista hoidon tarvetta ei ollut neljällä eivätkä lapset olleet myöskään hoidossa. Kolme näistä perheistä oli mittarin perusteella kaoottisia.

POHDINTA

LASTENPSYKIATRISTEN POTILAIDEN TOIMINTAKYKYISYYS HOIDON JÄLKEEN

Eri muuttujiin perustuen seurantavaiheessa toimintakykyisiä tutkittavista oli 2/3 - 9/10 (jotka tulokset ovat hyvin samansuuntaisia kuin kaapeamminkin kohdennetuissa seurantatutkimuksissa). Erilaisten tukitoimien avulla (erityisopetus eri muodoissaan, koulukodit, luokka-avustajat) tutkittavat saavat koulunkäyntinsä vietyä loppuun siten, että oppivelvollisuus tulee suoritettua. Tässä mielessä koulunkäynti antoi ehkä liian myönteisen kuvan tutkittavien toimintakyvystä, eikä itsessään ollut riittävä toimintakyvyn indikaattori. Koulun merkitystä täydensi se, että monet tutkittavien elämän ongelmalliset kokemukset liittyivät kouluun myös seurannassa.

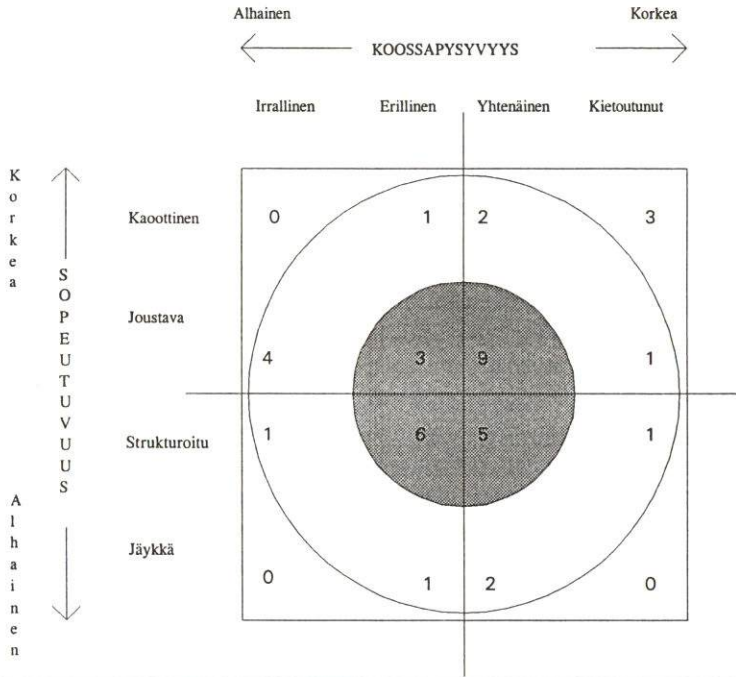
Toimintakykyyn liittyi myös tutkittavien tukitoimien ja/tai jatkohoidon käyttö. Checklist-tyyppisellä kartoituksella tehdyn arvioinnin ja seurannan aikaisen hoidon käytön perusteella vaikutti siltä, että jatkohoito tavoitti suuren osan niistä, joilla oli edelleen hoidon tarvetta. Vanhempien kokemus oli kuitenkin hieman tästä poikkeava.

Vanhempien subjektiivinen kokemus hoidon vaikutuksista oli myönteinen 2/3:lla. Vaikka monen tutkittavan kohdalla hoito merkitsi pysyvemmän kuntoutustarpeen toteuttamista ja jatkohoidojen toteuttamista, niin vanhempien käsitykset lastensa pärjäämisestä olivat myönteiset 2/3:lla. Tätä voisi tulkita siten, että erityisesti lastenpsykiatrisesta hoitoa vaativasta häiriöstä on tullut sellainen elämän osa, jonka kanssa on tultava ja tullaan toimeen, vaikka se joidenkin tutkittavien kohdalla edellyttää pitempiaikaisesti erityisiä järjestelyjä, kuntoutusta ja jatkohoidoja.

Vanhempien käsitys lastensa pärjäämisestä ei ollut sidoksissa lasten diagnooseihin tai on-

Kuvio 1.

Perheen vuorovaikutuksen arviointi (Olson clinical rating scale)



gelmien orgaaniseen alkuperään. Tätä tulosta voi tulkita kriisiteorian mukaisesti siten, että vanhemmat ovat pystyneet luomaan käsityksensä lapsesta hyvin realistisesti ja integroimaan sisäiseen todellisuuteensa myös tietoisuuden lapsen kroonisemmista pulmista. Lasta ei nähdä pelkästään sairauden läpi eikä hänen elämänsä historiansa ole pelkkä sairauden kyllästävä kertomus (White ja Epston 1990), vaan lapsi voi toteuttaa itseään ja hänet voidaan nähdä useampien ehtojen mukaisesti. Tiettyjen ongelmien kroonisuutta arvioitaessa, voidaan todeta että lastenpsykiatrisessa hoidossa muutos on muuta kuin oireiden poistumista (jota ei aina täydellisesti edes tapahdu).

Tutkimuksen muuttujista hyvin harvoilla oli yhteyksiä sukupuoleen. Vanhemmat kokivat kielteisiä vaikutuksia enemmän tyttöjen kohdalla. Tämä saattaa liittyä osittain poikien vähentyneeseen häiriökäyttäytymiseen, mutta vastaavasti myös tyttöjen ulospäinsuuntautuvan ja rajoja kokeilevan käyttäytymisen lisääntymiseen. Esimerkkinä tästä voi ottaa kommentin, joka koskee seurannan aikaan murrosikäistä tyttöä, jonka maailmaa oli ollut hyvin vaikea tavoittaa hoidon alussa ja aikana. Äidin mukaan tyttärel-

lä meni elämässään: "...suhteellisen hyvin, koulussa läksyjen teko hankalaa, pientä lintsailua ollut. Murrosiän ongelmia kotona." Merkittävää tässä esimerkissä on se, että murrosikä on kehityksen kulkuun kuuluva vaihe ja äiti kuvaa tuon vaiheen käyttäytymistä ongelmakäsitteillä.

Hoidon kannalta eräs keskeinen havainto liittyy lähettämistapahtumaan ja siihen, että tietty satunnaisuus näytti olevan tyypillistä niissä avohoidon tapauksissa, joissa päädytään erikoissairaanhoidon. Kun avohoidosta siirrytään erikoissairaanhoidon, on mahdollista käyttää esim. verkostointerventioita. Niiden hyödyllisyys on havaittu aiemmin jo aikuispsykiatriassa (Keränen 1992).

TUTKIMUKSEN IMPLIKAATIOT SEURANTAJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISEN KANNALTA

Tässä tutkimuksessa oli tavoitteena etsiä hoitavan yksikön kannalta riittävä toimintakykyä kartoittava menetelmäkokonaisuus. Asetelma merkitsi jonkinlaisen tasapainon etsimistä ongelma- ja resurssikeskeisten lähestymistapojen välille. Tästä esimerkkinä on puhelinhaastattelun ja postikyselyn kombinaatio, jolla pyrittiin saamaan tietoa lapsen käyttäytymisestä, oirei-

den muuttumisesta ja oireiden merkityksestä kontekstuaalisena ilmiönä ja lapsen ongelma-ikäyttäytymisestä sinänsä. Menetelmäkokonaisuutta kehitettiin lastenpsykiatristen yksiköiden oman toiminnan jatkuvan seurannan mahdollisuutta ajatellen, joten tämä johti kuormittavien kotikäynti- ja haastattelumenetelmien poissulkemiseen varhain suunnitteluvaiheessa. Seuranta-tutkimuksen informanteiksi valittiin vanhemmat (tai vanhemman asemassa olevat henkilöt), koska he olivat olleet hoidon toteuttamisessa lapsen keskeisimpiä ihmisiä. Epäilemättä kuva seurannassa olisi ollut moniulotteisempi, mikäli olisi ollut mahdollista ottaa mukaan mm. opettajien arvioita tutkittavista. Toisaalta jo toteutuksessa muodossa tutkimus tuotti kuitenkin monipuolisen ja samalla sisäisesti osin ristiriitaisen kuvan tutkittavien hoidon jälkeisestä tilanteesta. Tätä kuvaa lisäinformantit olisivat epäilemättä edelleen monimutkaistaneet. Tutkimuksessa ei koottu lasten kokemuksia hoidosta. Tämä liittyi tutkimuksen alkuasetelmaan ja ajatukseen siitä, että kootaan minimi-informaatio, jonka keruu on helposti toistettavissa. Tutkimuksen osaprojekteissa on myös pyritty selvittämään vanhempien ja lasten kokemuksia. Aineistosta on tähän mennessä julkaistu yksi avohoidolliseen perheterapeutiseen hoitoprosessiin liittyvä tapaustutkimus, jossa oli pyrkimys hoitoprosessin sisältöä sekä perheen ja työryhmän vuorovaikutusta käsittelevään analyysiin (Laitila ym. 1996).

Tutkimuksen perusteella on ilmeistä, että tutkittavien psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen kartoittamiseksi pystytään saamaan riittävän tarkkaa tietoa ilman sellaista psykodiagnostista lähestymistapaa, joka edellyttäisi henkilökohtaisia haastatteluja ja mahdollisesti yksilöpsykologisen diagnostisen tutkimuksen. Seurannan ongelmallisuus onkin jossakin muualla.

Tieto sairauskertomuksissa on lähinnä kertomuksena, tekstinä, jossa on vähän standardoituja menetelmiä lapsen yksilöpsykologisen tutkimuksen ulkopuolella. Perhemittareita esim. FACES-III ei säännöllisesti käytetä, vaikka työskentelyote on nimetty perhekeskeiseksi. Näin ollen perhettä koskevat väittämät ja arvioinnit ovat usein epäsystemaattisia yksittäisiä fragmentteja muun sairaskertomustekstin sisällä. (Hoitoprosessin tutkimisen kannalta asiakir-

ja-ainestoa voisikin käyttää merkitystenannon tutkimusmateriaalina.) Seurannassa keskeisten standardoitujen yksilö- ja perhearvioiden kliininen käyttö tulee kuitenkin kyseenalaiseksi sitä kautta, että ne eivät juuri korreloi siihen tuloksellisuuteen, jota hoitavat työryhmät ja vanhemmat kuvaavat.

Vaikka eri tietolähteiden tarjoama tieto onkin suuressa määrin yhteismitatonta ja keskenään korreloimatonta, antavat ne käyttökelpoisia kuvaustapoja toisaalta vanhempien subjektiivisten arviointien kautta ja toisaalta enemmän standardoitujen menetelmien kautta. Samalla tietokannan käyttäminen tiedon tallennustapana mahdollistaa sekä numeromuotoisen että tekstimuotoisen aineiston tallentamisen, jolloin on mahdollista saada aineistoa myös laajempaa tilastollista analyysia ajatellen. Näin myös mahdollistuisi kadon analysoiminen tässä käytettyä pitemmällä aikavälillä. Tulosten mukaan kadossa on systematiikkaa, jonka vuoksi osastolla hoidetut lapset eivät tule riittävän edustetuiksi lopullisessa aineistossa.

Muuttujakeskeinen korrelatiivinen lähestymistapa on perinteisesti ollut mallina seuranta-tutkimuksissa. Lähestymistapa on kiistattomista eduistaan huolimatta myös ongelmallinen. Tämä lähestymistapa korostaa hoitoon lähettämisen ja hoidon yksilö- ja toimenpidekeskeistä luonnetta, etenkin osastohoidossa keskeisten, moninaisten vuorovaikutussuhteiden kustannuksella (Piha 1988, Piha ym. 1990, Sourander ja Piha 1996). Tällaisen tutkimuksen mallina ovat lääkeaineiden vaikuttavuustutkimukset (Laitila 1996). Hoitomenetelmien kehittämiseen tähtääväksi palautteeksi tuollainen tieto ei ole riittävää eikä mahdollista kuratiivisten prosessien selvittämistä. Hoitoprosessi muodostuu hyvin monensuuntaisista vuorovaikutussuhteista sekä monenlaisista psykologisista prosesseista. Muuttujakeskeinen lähestymistapa käsittelee sosiaalisen todellisuuden alueeseen kuuluvaa psykiatrista oireilua objektivistisena, ulkopuolisesta tarkastelijasta riippumattomana ilmiönä. Näin vuorovaikutus ja vuorovaikutuksen toinen osapuoli, hoitoa toteuttava työryhmä, jää tarkastelun ulkopuolelle. Jos tätä pilkkomista taas ei tehdä, saattaa hoidon kannalta hyvin keskeinen osa jäädä pois selittävien muuttujien joukosta. Tähän liittyy myös diagnostisen ja terapeuttisen

ajattelun ristiriitaisuus: ongelmakeskeiset arviot korostavat helposti pysyvyyttä, kun taas terapian tehtävänä on tutkia muutosta. Osa tätä muutoksen tutkimista on hoitavan tiimin oman ajattelun ja merkityksenannon muutoksen tutkiminen, johon tuloksellisuusarvioissa ei yleensä keskitytä.

Tutkimuksen yhtenä lähtökohtana oli pyrkimys ylittää sitä kuilua, joka on akateemisen seurantatutkimuksen ja kliinisen käytännön välillä. Tutkimuksen perusteella minimi-informaation kokoamiseen tähtäävä seurantamenetelmä

on mahdollista luoda. On saatu aikaan menetelmä, joka on henkilökunnan nopeasti ja helposti omaksuttavissa ja näin periaatteessa helposti otettavissa käyttöön seurannan välineeksi. Käytetyt menetelmät ovat yksinkertaisia ja yksiselitteisiä, joten menetelmäkokonaisuus on todennäköisesti myös reliaabeli, vaikka sitä ei tässä yhteydessä olekaan tutkittu. Menetelmän laajempi käyttöönotto edellyttää myös reliabiliteetin tutkimista.

SUMMARY

Laitila A, Aaltonen J, Piilinen HO, Räsänen EH. The follow-up of child psychiatric patients' capability: a research in two units of outpatient and in patient care. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti - Journal of Social Medicine* 1998;35:15-24

The follow-ups of the general child psychiatric population have been rare. The emphasis has been on specific diagnostic groups, specific intervention practices, or specific clinical units. Academic interests have directed the research more than the interest of developing clinical practice. This research was carried out to evaluate the capability of former child psychiatric patients, and to develop methodology for follow-up purposes. Depending on a variable, it could be concluded

that from two-thirds to nine tenths of the former child psychiatric patients can take care of age-relevant actions, e.g., school, hobbies and having the best friend. One third of the group of 80 children was using health care and social services, psychotherapy and rehabilitation about 18-24 months after the termination of treatment. The prevailing problem of the research was the fact that the different measures were not commensurable. To develop a unified follow-up method prevails to be problematic.

KIRJALLISUUS:

- Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the child behaviour checklist and revised child behaviour profile. Burlington, University of Vermont 1983.
- Asen K, Berkowitz R, Cooklin A, Leff J, Loader P, Piper R, Rein L. Family therapy outcome research: A trial for families, therapists, and researchers. *Fam Proc* 1991;30:3-20.
- Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Patients' evaluation of their former treatment for anorexia nervosa. *Nordisk psykiatrisk tidsskrift* 1988;42:445-448.
- Jellinek M. Brief child psychiatric evaluation: parental satisfaction and compliance. *J of the Am Acad of Child Psych* 1986;25:266-268.
- Jungjohann EE, Beck B. Katamnestische Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (1975-1980). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1984;33:148-154.
- Kaivosoja M, Välikangas S, Hietaharju AL. Lastenpsykiatrisen potilas osastohoidon jälkeen, seurantatutkimus Keski-Suomen keskussairaalan lastenpsykiatrian osastolla vuonna 1975-1978 hoidetuista lapsista. *Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kl., Jyväskylä* 1983.

- Keränen J. Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa järjestelmässä. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research*, 93. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1992.
- Laitila A. The integration of diagnostic realities and family-therapeutic thinking as a precondition for successful out-patient care of severe childhood mental disorder - a case study. *Psykologian lisensiaatintutkimus*, Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos 1994.
- Laitila A. Kontekstualismi ja psykoterapiatutkimus: tietoteoreettisia perusteita. Teoksessa A. Toskala ja J. Wahlström: *Psykoterapian prosessit. Tutkimukselliset konstruktiot. Achta psychologica fennica, soveltavan psykologian monografioita* 9: 34-47. Suomen psykologinen seura, Helsinki 1996.
- Laitila A, Aaltonen J, Piilinen HO, Räsänen EH. Dealing with negative connotations in family therapeutic treatment of an enmeshed family - a case study. *Contemporary Family Therapy* 1996;18:331-343.
- Malmivaara K, Keinänen E, Saarela M. Long term follow-up assessment of child psychiatric treatment results. *Psychiatria Fennica* 1977;97-108.
- Ney PG, Adam RR, Hanton BR, Brindad ES. The effectiveness of a child psychiatric unit: a follow-up study. *Can J of Psychiatry* 1988;33(9):793-799.

- Olson DH, McCubbin HI, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M. Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle. Revised edition. University of Minnesota, St. Paul 1985.
- Piha J. Lastenpsykiatrisen osastohoito Turussa. *Perheterapia* 1988;4:4-12.
- Piha J. Lääkehoito ja muut hoitomuodot lastenpsykiatrisessa osastohoidossa. Monikansallinen tutkimus, 25.1.1990 -tutkimuslomake 1990.
- Seitamo L, Kronqvist EL, Forsius H. Lastenpsykiatrisen sairaalahoidon tuloksista ja vanhempien asenteista hoitoon. Oulun yliopiston lastentautien klinikka. Oulun yliopisto, Käyttätymistieteiden laitos 49/1980, Oulu 1980.
- Sourander A. Child psychiatric short-term inpatient treatment. A prospective study on content and outcome. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, 205. Turun yliopisto, Turku 1995.
- Sourander A, Piha J. A short-term, family-oriented, child and adolescent psychiatric inpatient treatment program. *Fam Proc* 1996;35:103-111.
- Suomen virallinen tilasto VI C: 107. Väestölaskenta 1985. Väestön taloudellinen toiminta. Tilastokeskus, Helsinki 1988.
- White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. W.W. Norton & Company, New York 1990.
- Välkangas S, Kaivosoja M, Hietaharju AL, Piilinen HO. Aluevastuussa toimivan lastenpsykiatrisen osaston hoidon tuloksellisuus. *Suomen Lääkärilehti* 1988;43:599-605.

AARNO LAITILA

PsL

Jyväskylän yliopisto

JUKKA AALTONEN

LKT, HuK

Jyväskylän yliopisto

HANNU-OLAVI PIILINEN

LL

*Keski-Suomen sairaanhoitopiiri,
Lastenpsykiatrian poliklinikka*

EILA H. RÄSÄNEN

LKT

*Kuopion yliopistosairaala,
Lastenkliniikka*