Suomen lääkäriliiton hallitukselle

Asia: OKM lausunto- ja esityspyyntö; VNA erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista

Suomen lääkäriliiton valtakunnallinen lastenpsykiatrian alaosasto kiittää mahdollisuudesta esittää lausuntonsa yllä mainitussa asiassa.

Tätä asiaa on käsitellyt alaosaston johtokunta, joka edustaa kaikkia lastenpsykiatrian erikoislääkäreitä Suomessa. Tämän lisäksi alaosaston aloitteesta toteutettiin lastenpsykiatrien ja nuorisopsykiatrien ja näille aloille erikoistumassa olevien lääkäreiden keskuudessa mielipidekysely lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisalojen yhdistämisehdotuksesta yhteistyössä Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen psykiatriyhdistyksen nuorisopsykiatrisen jaoston kanssa. Kyselyn selostus on liitteessä 2 ja tuloksiin viitataan tämän lausunnon useissa kohdissa.

Muutoksen motivointi

Jotta olemassa olevaan käytäntöön on perusteltua tehdä muutos, voidaan hyvin yleisellä tasolla todeta, että joko nykyisessä käytännössä tulee olla merkittäviä ongelmia tai vaihtoehtoisesti uudella käytännöllä tulee olla ennakoitavissa merkittäviä muutoksia vielä parempaan jossakin olennaisessa suhteessa. Edelleen

jos muutokseen ryhdytään jommastakummasta syystä, tulee olla analysoituna myös se, ettei suunnitellusta muutoksesta aiheudu toivotun vaikutuksen ohella merkittäviä haittavaikutuksia.

Vähäisiä muutoksia tehtäessä voi edellä mainitun kaltainen analyysi olla suppea, mutta suuremmissa muutoksissa tulee taustalla olla perusteellinen analyysi.

Nyt tarkasteltavana olevan asetusluonnoksen perusteluissa (viitteet 1-3) ei edellä kuvattua analyysia ole kuvattuna suppeassakaan muodossa (Liite 1). Erikoisalojen yhdistäminen on siinä määrin merkittävä muutos, että tarve- tai hyöty/haitta-analyysi olisi tullut tehdä ennen muutoksen esittämistä.

Nykyisen käytännön hyvät puolet

Suomessa lastenpsykiatrialla ja nuorisopsykiatrialla on omat toisistaan erilliset juuret ja kehityksen polut (Forsius 1986, Pylkkänen 2007). Alkuvaiheessa nuorisopsykiatria oli suppea erikoisala, johon saattoi erikoistua joko lastenpsykiatrian tai aikuispsykiatrian pääspesialiteetin kautta. Nuorisopsykiatria on ollut itsenäinen lääketieteen erikoisala vuodesta 1994 lähtien, edellyttäen aluksi 8-vuotisen ja vuodesta 1999 lähtien 6-vuotisen erikoistumiskoulutuksen nuorisopsykiatrian erikoislääkärin pätevyyden saamiseksi.

Suomessa nuorisopsykiatrinen osaaminen on pidemmälle kehittynyttä kuin monissa niissä maissa, joissa on lasten- ja nuorisopsykiatrian yhteinen erikoisala. Tämän kehittyneisyyden voidaan katsoa liittyvän siihen, että nuorisopsykiatriaan keskittyneellä erikoisalalla on kyetty määrätietoisesti paneutumaan tämän potilasjoukon tutkimuksen ja hoidon edistämiseen (Pylkkänen 1998, Laukkanen ym. 2003, Laukkanen ja Pylkkänen 2011).

> Mielipidetiedustelussa 50 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 17 % jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa, että **”On tärkeätä säilyttää erikoisalojen erillisyys, sillä Suomi on edelläkävijä nuorisopsykiatrian kehittämisessä”.** Täysin eri mieltä oli 7 % ja jokseenkin eri mieltä 14 %.

Nykyisen käytännön mahdolliset heikkoudet

Suomen lääkäriliiton valtakunnallinen lastenpsykiatrian alaosasto ei selkeästi kykene osoittamaan nykyisessä käytännössä muutostarvetta aiheuttavia heikkouksia. Seuraavassa tarkastellaan tässä niitä ongelmia, joiden on väitetty liittyvän kahden erikoisalan rakenteeseen.

Erityisenä epäkohtana on pidetty **hoidon epäjatkuvuutta**, joka tapahtuu potilaan siirtyessä lastenpsykiatrialta nuorisopsykiatriaan. Tämä on palvelujärjestelmän ominaispiirre eikä liity erikoisalojen rakenteeseen. Näitä siirtymisiä on välttämättä monessa kohdassa, sillä eri-ikäisiä hoidetaan eri yksiköissä monista tarkoituksenmukaisuussyistä. Niinpä toisistaan ovat eriytyneet pikkulapsipsykiatria (0-5 v), kouluikäisten lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria ja aikuispsykiatria. Tämän lisäksi siirtymisiä aiheutuu hoidon porrastuksen (perusterveydenhuolto, perheneuvolat, erikoissairaanhoidon alueelliset ja keskitetyt palvelut) ja palvelun fokuksen vuoksi (akuuttitoiminta, jalkautuva toiminta, konsultaatiot, vuodeosastopalvelut, diagnoosikohtaiset erityispoliklinikat). Mainittakoon vielä, että koulujärjestelmässä

siirtymät esiopetuksesta alakouluun ja alakoulusta yläkouluun aiheuttavat usein merkittäviä katkoksia lapsen/nuoren koulussa toteutettaviin tukitoimiin, jotka ovat keskeinen osa myös psykiatrista hoitoa.

Suomessa lääkärin rooli on yleensä tiimin johtajana taustalla (harvajaksoisissa arviointitapaamisissa ja hoitoneuvotteluissa), kun taas lähityötä niin lapsen kuin perheen kanssa tekevät usein muiden alojen ammattilaiset eri alojen terapeutteina. Näiden hoitosuhteiden jatkuvuus on turvattavissa hyvällä hallintokäytännöllä riippumatta lääkärin erikoisalasta.

Kuten asetusluonnoksen perustelumuistiossa todetaan, ei muutoksella ole tarkoitus vaikuttaa palvelujärjestelmään. Palvelujärjestelmän ongelmat onkin ratkaistava hallinnollisilla toimilla – tekemällä ikäraja joustavammaksi ja luomalla järkeviä hoitopolkuja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöllä. Palvelurakenteen muutoksilla voi olla hoidon joustavuuden kannalta suurempi merkitys kuin erikoisalalla.[1] Myös lasten- ja nuorisopsykiatrian ikärajoissa on vaihtelua eri paikkakunnilla. Useissa niistä maista, joissa on yhtenäinen lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisala, on palvelujärjestelmä kuitenkin rakennettu niin, että eri-ikäisiä hoidetaan eri yksiköissä.

Erikseen on vielä ymmärrettävä, että epäjatkuvuuden uhka koskee vain niitä potilaita, jotka ovat olleet lastenpsykiatrialla hoidossa. Kuitenkin valtaosa nuorisopsykiatrian potilaista on uusia hoitoon tulijoita – heillä ei ole aiempaa hoitohistoriaa lastenpsykiatrialla (Eila Laukkanen, suullinen tiedonanto tuoreesta selvityksestä KYSin alueelta, myös Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen antamassa lausunnossa). Tämän vuoksi siirtyminen lastenpsykiatrialta nuorisopsykiatrialle ei edes näyttäydy nuorisopsykiatrian suunnasta katsoen ongelmallisena. Nuorisopsykiatrialla hoidetaan pääasiassa potilaita, jotka ovat sairastuneet vasta nuoruusiässä ja sellaisella sairaudenkuvalla, joka on lastenpsykiatrialla harvinaista (esim. psykoosi tai kaksisuuntainen mielialahäiriö).

> Mielipidetiedustelussa täysin samaa mieltä oli 11 % ja jokseenkin samaa mieltä 18 % väitteen kanssa, että ” **Erikoisalojen yhdistäminen turvaisi hoidon jatkuvuuden.”** Täysin eri mieltä väitteen kanssa oli 31 % ja jokseenkin eri mieltä 28 %. Lastenpsykiatrialla toimivat lääkärit olivat valmiita odottamaan tällaista etua enemmän kuin nuorisopsykiatrialla toimivat. Tämä selittynee juuri edellä mainitulla seikalla – lastenpsykiatrian suunnalta katsoen on enemmän niitä potilaita, joiden kohdalla hallinnon asettamat keinotekoiset rajat näyttäytyvät kivuliaana. Nuorisopsykiatrialle tulevia uusia, vasta nuoruusiässä sairastuneita, ei tämä raja yhtälailla kosketa.

Erikoisalan sisälläkin on mahdollisuutta tehdä joko jatkuvuutta tukevia tai sitä haittaavia ratkaisuja. Potilasta voidaan erilaisin perustein siirtää yksiköstä tai työryhmästä toiseen ja työryhmän sisällä yhdeltä hoitavalta henkilöltä toiselle. Tampereella tähän asiaan kiinnitettiin erityisesti huomiota ja hoitoon

---

[1] Esimerkiksi HUSissa lasten- ja nuorisopsykiatrian välinen ikäraja kiristyi kun nuorisopsykiatria siirrettiin Psykiatrian tulosyksikköön lastenpsykiatrian jäädessä Naisten ja lasten tulosyksikköön. Hoidon rajaamisessa iän perusteella ei ole otettu huomioon kehityksellistä ajattelua, vaan kyse on hallinnollisesta ja resurssien käyttöön liittyvästä päätöksestä. Aiemmin Lasten ja nuorten sairaalassa puberteettiin tullut varhaiskypsä nuori saattoi siirtyä lastenpsykiatrialta nuorisopsykiatrialle jo 11–12-vuotiaana, mutta vastaavasti vielä lapsuuden maailmassa elävää 14–15-vuotiasta oli lupa hoitaa lastenpsykiatrian puolella. Nyt on voimassa ehdoton molemminpuolinen määräys: nuorisopsykiatria ei ota nuorta päivääkään ennen kuin 13 vuoden ikä on täynnä ja siirtopakko on sen vuoden loppuun mennessä, kun nuori on täyttänyt 13 vuotta. Sama linja on otettu myös Turun ja Tampereen yliopistosairaaloissa.

osallistuvien henkilöiden vaihtuvuutta voitiin merkittävästi vähentää toimintatapaa muuttamalla (Minna Koskinen, suullinen tiedonanto).

> Mielipidetiedustelussa täysin samaa mieltä oli 54 % ja jokseenkin samaa mieltä 24 % väitteen kanssa, että ” **Psykiatrian alojen yhteistyöllä on mahdollisuus turvata jatkuvuus hoitoketjuissa ja saavuttaa muunkinlaista hyötyä ilman erikoisalojen yhdistämistä.”** Täysin eri mieltä väitteen kanssa oli 7 % ja jokseenkin eri mieltä 10 %.

Toinen ongelma, johon on viitattu, liittyy **tutkintojen erilaisuuteen Euroopan eri maiden välillä** ja sen mahdollisesti aiheuttamaan vaikeuteen liikkua maasta toiseen. Tätä kysymystä on vahvasti yksinkertaistettu. Psykiatrian erikoisalalla liikkuvuus on vähäistä sen vuoksi, että potilaan äidinkielen hyvä hallinta on onnistuneen työskentelyn kannalta olennaista, joten työvoiman liikkuvuuden turvaamisen painoarvo kokonaisuuden kannalta on vähäinen. Toisaalta muissa Euroopan maissa suomalainen lasten- tai nuorisopsykiatrian erikoislääkäri voi kuitenkin hakeutua sen ikäryhmän palveluihin, jossa hänellä on suomalainen pätevyys. Yhdistetyn erikoisalan maissa (esim. Iso-Britanniassa) ei kyetä turvaamaan valmistuvalle erikoislääkärille koko ikäskaalan osaamista niin, että hän suoraan voisi itsenäisesti Suomessa toimia niin pikkulapsipsykiatrisessa kuin vaikkapa huumenuorten yksikössä. Tutkimustyötä tekevien kohdalla on enemmän merkitystä tutkimustyön kohteella ja halutulla tutkimusryhmällä kuin erikoisalalla. Tutkimuksen tekeminen jossakin muussa maassa sijaitsevassa tutkimusryhmässä on ollut mahdollista tähänkin saakka riippumatta erikoistumiskäytäntöjen erilaisuudesta.

> Mielipidekyselyssä täysin samaa mieltä oli 7 % ja jokseenkin samaa mieltä 13 % väitteen kanssa, että ” **Lääketieteen erikoisalojen EU:n sisäinen harmonisointi on tärkeätä erikoislääkäreiden liikkumismahdollisuuksien turvaamiseksi.”** Täysin eri mieltä väitteen kanssa oli 26 % ja jokseenkin eri mieltä 30 %.

Kolmas ongelma, johon on viitattu, on väite **nuorisopsykiatrian vähäisestä potilasjoukosta** ja että sen vuoksi se tulisi sulauttaa lastenpsykiatriaan. Tämä väite kuuluu esimerkiksi seuraavasti ”ei ole olemassa muuta erikoisalaa, jonka kohteena olisi vain viisi ikäluokkaa (13-17-vuotiaat)”. Vaikka ikävuosiluokkien määrä olisikin näin kapea, puhuvat erikoissairaanhoidon tilastot muuta. Vuonna 2009 oli erikoissairaanhoidon avokäyntitilaston mukaan potilaita lastenpsykiatrialla 15216 ja nuorisopsykiatrialla 19096. Väestöpohjiin suhteutettuna nämä luvut edustavat 2 %:n ja 6 %:n osuuksia (Westerinen 2011). Nuoruusikäisillä hoidon tarve vaikuttaa lisääntyvän nopeammin kuin lastenpsykiatrian potilailla. Nuorisopsykiatrian erikoisalan painoarvo korostuu vielä enemmän, jos lähdetään yhä enemmän toimimaan sen linjauksen mukaisesti, että nuorisopsykiatrian ikäraja on kehitysellisesti mielekkäästi asetettu 22 ikävuoden kohdalle eikä siihen, missä lainsäädännön mukaan alkaa täysi-ikäisyys. Monessa sairaanhoitopiirissä nuorisopsykiatria yläikäraja onkin jo 20-22 vuotta.

Erikoisalojen yhdistämisen mahdolliset haittavaikutukset

Yhdistetyllä erikoisalalla **osaamisalueesta tulisi liian laaja**. Tarvittavien erikoisalatietojen ja diagnosointiin sekä hoitoon liittyvien taitojen määrä niin lasten- kuin nuorisopsykiatriassa on kasvanut valtavasti siitä, mitä se oli näiden alojen eriytyessä aikuispsykiatriasta. Niissä maissa, missä on yhdistetty erikoisala, joudutaan

erikoistumiskoulutuksen tavoitteita madaltamaan kummankin erikoisalan osalta. Tämän osoittaa hyvin Euroopan lääkäriliiton Lasten- ja nuorisopsykiatrian jaoston piirissä laadittu Draft Curriculum Framework (UEMS/CAP-sektio 2011). Siinä on kuvattuna ne tavoitteet, jotka kaikkien tulee saavuttaa hyvin ja ne, jotka suurin osa saavuttaa valikoiden (yksittäinen lääkäri osaa näistä tiedoista vain osan ja eri lääkärit hallitsevat eri asioita). Kun tätä vertaa suomalaiseen koulutukseen, voi todeta, että Suomen malli kahdesta erikoisalasta kykenee turvaamaan kummankin erikoisalan osalta sille kuuluvan laaja-alaisen osaamisen yhdistettyä mallia paremmin.

Sekä lasten- että nuorisopsykiatrialla toimivan lääkärin on tärkeää hallita kuntoutukseen ja hoitoon liittyvät erityisasiat. Tämä tarkoittaa paitsi Kelan myöntämien etuuksien ja toiminta-alueen kuntoutusmahdollisuuksien tuntemista, myös erilaisten sosiaalitoimen ja koulutoimen verkostojen tuntemista. Kelan etuudet ovat erilaisia lapsille ja nuorille eikä nykyinen ikäraja esimerkiksi vammaistuen myöntämisen perusteissa ole kehityksellisesti perusteltu. Merkityksellisempää on kuitenkin se, että yksittäinen lasten- tai nuorisopsykiatri joutuu jo nyt toimimaan usein hyvin laajan koulutoimen toimijaverkoston kanssa. Jos erikoisalat yhdistyisivät, tarkoittaisi se myös näiden verkostojen moninkertaistumista, mikä lisäisi merkittävästi myös kuormitusta.

> Mielipidetiedustelussa täysin samaa mieltä oli 42 % ja jokseenkin samaa mieltä 22 % väitteen kanssa, että ” **Yhdistetystä erikoisalasta tulisi liian laaja hallittavaksi.”** Täysin eri mieltä väitteen kanssa oli 13 % ja jokseenkin eri mieltä 17 %.

Lastenpsykiatrialle ja nuorisopsykiatrialle on ominaista, että **koulutuksellinen klinikkakierto** ei voi olla yhtä nopeatahtinen kuin somaattisilla aloilla. Psykiatriassa tutkimus- ja hoitokontaktit ovat pidempiä ja hitaammin avautuvia. Tietyn häiriön kokonaiskuvan hahmottamisen kannalta on tärkeää, että potilaan hoidon ja kehityksen seuranta-aika on riittävän pitkä. Niin perheiden kuin lasten/nuorten kanssa hoidon edellytyksenä olevan inhimillisen kontaktin muodostuminen vie aikaa. Tämä rajoittaa somaattisia aloja ankarammin sitä, millaisessa ajassa voi saada riittävää kokemusta tietyssä yksikössä työskenneltäessä. Koska koulutusaika on määritelty erikoistumisasetuksessa tarkoin, asettaa tämä rajan myös sille, kuinka monessa yksikössä koulutettava voi koulutuksensa aikana peräjälkeen olla. Jo nyt on suuria vaikeuksia turvata koulutettavan mahdollisuus riittävään klinikkakiertoon - esim. lastenpsykiatriassa pienten lasten, kouluikäisten ja varhaisnuorten työryhmät, somaattinen konsultaatioyksikkö, akuuttiyksikkö, jalkautuvan työn yksikkö, osastohoitoyksikkö, perheneuvola – ja jos jatkossa samassa ajassa pitäisi saada riittävää kokemusta nykyisten kahden erikoisalan eri toimintamalleista (kaikista lapsuuden ja nuoruuden ikävaiheiden työryhmistä), heikentyisi opiskelun laatu voimakkaasti.

Sikäli kuin erikoisala alkaisi määritellä myös **palvelujärjestelmää**, eivät muutokset olisi kiitollisia. Suomessa monissa sairaanhoitopiireissä on nuorisopsykiatrian ylärajaa ulotettu 20–22 ikävuoteen, kun taas yleensä niissä maissa, joissa on yhdistetty erikoisala, määritellään sen yläikärajaksi 18 vuoden saavuttaminen, tai jopa 16 vuotta. Niinpä tuo toinen siirtymä nuoruusiästä aikuispalveluihin tulisi liian varhain ja tarkoittaisi katkosta hoidon jatkuvuudessa täysi-ikäisyyden myötä. Erilaisista siirtymistä korostetaan nyt aivan liiaksi lastenpsykiatriasta nuorisopsykiatriaan siirtymistä, joka - kuten edellä jo on todettu – on volyymiltään vähempimerkityksinen kuin 18 vuoden ikärajan ylittäminen. Aikuisten psykiatristen palveluiden saatavuus on ollut pitkään heikompaa kuin nuorisoikäisten. Myös pääsy erikoissairaanhoitoon on aikuisille usein huomattavasti vaikeampaa kuin nuorille, vaikka tarve olisi samanlainen. Esimerkkinä tästä voitaneen mainita masennuksen hoito, jossa aikuisilla usein edellytetään kahden masennuslääkkeen hoitokokeilua perusterveydenhuollossa ennen pääsyä erikoissairaanhoitoon. Tämä voi olla nuorelle aikuiselle

kohtalokasta verrattuna nykyiseen toimintamalliin. Muutos aiheuttaisi ongelmia myös jatko-opiskelijoiden psykiatristen palvelujen järjestämisessä.

Mielipidekyselyssä tuli lisäksi esille pelko **resurssien heikkenemisestä** sekä mielenterveyspalveluissa että yliopistoissa, jos erikoisalat yhdistetään, eikä luottamusta ollut sitä kohtaan että yhdistetty erikoisala saisi yliopistoissa nykyistä enemmän painoarvoa. Nykyisin lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria ovat työikäisten erikoislääkärien määrin mitattuna erikoisalojen suuruusjärjestyksessä sijaluvuilla 15 ja 21. Yhdistetty erikoisala sijoittuisi sijaluvulle 12.

> Mielipidetiedustelussa täysin samaa mieltä oli 32 % ja jokseenkin samaa mieltä 31 % väitteen kanssa, että ”**Erikoisalojen yhdistäminen voi terveydenhuollon palvelujärjestelmässä heikentää lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelujen resursseja.”** Täysin eri mieltä oli 6 % ja jokseenkin eri mieltä 14 %.
>
> Mielipidetiedustelussa täysin samaa mieltä oli 27 % ja jokseenkin samaa mieltä 33 % väitteen kanssa, että ” **Erikoisalojen yhdistäminen voi yliopistoissa heikentää lasten ja nuorten psykiatrian resursseja.”** Täysin eri mieltä oli 6 % ja jokseenkin eri mieltä 13 %.
>
> Mielipidetiedustelussa täysin samaa mieltä oli 8 % ja jokseenkin samaa mieltä 18 % väitteen kanssa, että **” Erikoisalojen yhdistäminen voi yliopistoissa lisätä lasten ja nuorten psykiatrian alan painoarvoa.”** Täysin eri mieltä oli 24 % ja jokseenkin eri mieltä 27 %.

Ikävä, mutta todennäköinen sivuvaikutus olisi se, että muutos **vähentäisi kiinnostusta** hakeutua erikoistumaan lasten- ja nuorisopsykiatriaan. Kenties tämä olisi kohtalokkain sivuvaikutus, sillä lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisalat ovat jo nyt henkisesti raskaita aloja ja nuorten lääkärien kiinnostus erikoisalaan on ollut vaihtelevan niukkaa. Suomen lääkäriliiton vuonna 1999 tekemän valtakunnallisen koko lääkärikuntaan kohdistuneen selvityksen mukaan lastenpsykiatrian lääkärit olivat kaikkein kuormittuneimpia monessa suhteessa (Westerinen 2000).

> Mielipidetiedustelussa täysin samaa mieltä oli 8 % ja jokseenkin samaa mieltä 15 % väitteen kanssa, että ” **Erikoisalojen yhdistäminen voi lisätä lasten ja nuorten psykiatriasta kiinnostuneiden hakeutumista alalle erikoistumiseen.”** Täysin eri mieltä oli 29 % ja jokseenkin eri mieltä 28 %.

Erikoistumiskoulutuksen kehittämistarpeet ja niihin vastaaminen

Edellä oleva tarkastelun lisäksi voidaan tarkastella nykyisessä erikoislääkärikoulutuksessa mahdollisesti olevia ongelmakohtia. Tarkastelun pohjalta voidaan pohtia, miten ongelmiin tulee vastata ja onko tässä merkitystä lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoisalojen yhdistämisellä.

Nykyinen koulutusjärjestelmä tuottaa perusteellisempia osaajia kummankin erikoisalan käyttöön, eikä sekoita kummankaan koulutuksellista klinikkakiertoa. Se myös sallii erikoistujan paneutumisen juuri siihen osa-alueeseen, jonka vuoksi hän on lasten- tai nuorisopsykiatriaan hakeutunut. Erikoistujien taipumukset ja kiinnostus yleensä kohdistuvat jompaankumpaan, pienten lasten tai nuoruusikäisten parissa toimimiseen,

ja vain harvoin on halua hoitaa kehitykselliseesti erilaisia ikäryhmiä. Myös mielipidekyselyn vapaamuotoisissa kommenteissa tuli esille sama näkemys.

Keskeisiä lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisaloilla ovat myös tutkimustyöhön ja psykoterapiakoulutukseen liittyvät teemat. Ensimmäinen teema koskee tieteellisen, väitöskirjaan tähtäävän **tutkimustyön** sisällyttämistä erikoistumiskoulutukseen. Tällä hetkellä lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria ovat erikoisaloja, joilla väitelleiden osuudet ovat erikoisaloista vähäisimmät (Westerinen 2011).

> Mielipidetiedusteluun vastanneista yhteensä 18 % oli väitellyt ja 8 % ilmoitti väitöskirjan olevan valmisteilla. Osa on kuitenkin väitellyt muulta kun lasten- tai nuorisopsykiatrian erikoisalalta (mm pediatria, lastenneurologia, genetiikka).

Muita erikoisaloja vähäisemmälle tieteelliselle työlle on varmasti monentasoisia syitä, mutta yksi keskeinen syy on erikoislääkärikoulutuksen aikainen suuri työkuormitus. Suuri osa erikoistuvista työskentelee koulutustasoaan vaativammassa työtehtävässä (esim. va. osastonlääkärinä) ja joutuu sekä kantamaan suurta vastuuta potilaista että hallitsemattomasta työmäärästä. Usein tällöin myös osa erikoistumiskoulutukseen kuuluvista teoreettisista koulutuksista jää toteutumatta työpaineen vuoksi. Kokonaistilanne on sellainen, että aikaa ja energiaa ei yleensä ole tieteellisen työn tekemiseen, siitä kiinnostumiseen. Tieteellisen työn tekeminen virkatyön ohessa ei tavallisesti ole helppoa valmiille erikoislääkärillekään. Myös tutkimustyön rahoittaminen tuottaa ongelmia ja estää mielenkiintoisten tutkimusaiheiden toteuttamista. Tämä on laaja edunvalvonnallinen kysymys.

Sekä lasten- että nuorisopsykiatrialla on joitakin tutkimusryhmiä, joista osa on tehnyt kansainvälisestikin merkittävää tutkimusta. Kuitenkaan edes kaikilla yliopistopaikkakunnilla ei ole sellaista tieteellisen tutkimuksen käytäntöä, johon kliinistä työtä tekevä lasten- tai nuorisopsykiatri pääsisi helposti mukaan. Tämä on merkittävä este tieteelliselle tutkimukselle. Sekä lasten- että nuorisopsykiatrinen tutkimus hyötyisivät tutkimusyhteistyöstä toistensa ja esimerkiksi psykologian, sosiologian ja kasvatustieteiden kanssa. Tällaista tutkimusta on Suomessa ollut hyvin niukasti. Ongelma ei ole kuitenkaan erikoisalojen erillisyydessä vaan poikkitieteellisen tutkimuskäytännön puutteessa.

Erikoisalojen kehittymisen kannalta tieteellisen tutkimustyön lisääminen olisi elintärkeätä. Lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisalojen yhdistäminen ei lastenpsykiatrian erikoisalan alaosaston mielestä ole ratkaisu ongelmaan, jonka syyt ovat muualla kuin erillisissä erikoistumiskoulutuksissa.

Toinen teema on **psykoterapiakoulutuksen** sisältyminen erikoislääkärikoulutukseen. Euroopan erikoislääkäriyhdistyksen lasten- ja nuorisopsykiatrian jaostossa (UEMS CAP-sektio) tätä on pidetty tärkeänä (Tsiantis ym. 2006) ja alun perin jaoston nimi olikin CAPP, Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy sen vuoksi, että joissakin maissa psykoterapiakoulutus on integroituna koulutusohjelmaan (Hägglöf 2009). Nykyiseen erikoistumiskoulutukseen kuuluu sekä lasten- että nuorisopsykiatrialla tietty määrä psykoterapiakoulutusta. Tämä määrä ei kuitenkaan yleensä oikeuta psykoterapeutin nimikkeen käyttöön. Monet erikoistuvat ja erikoislääkärit kummallakin erikoisalalla ovat hankkineet psykoterapeuttipätevyyden, josta on hyötyä kliinisessä potilastyössä sekä erilaisia hallinnollisia päätöksiä tehtäessä (esim. resurssien käytöstä päättäminen).

> Mielipidetiedusteluun vastanneista yhteensä 59 %:lla oli jokin psykoterapiakoulutus valmiina (vähintään erityistason pätevyys) ja lisäksi 16 %:lla oli jokin psykoterapiakoulutus kesken.

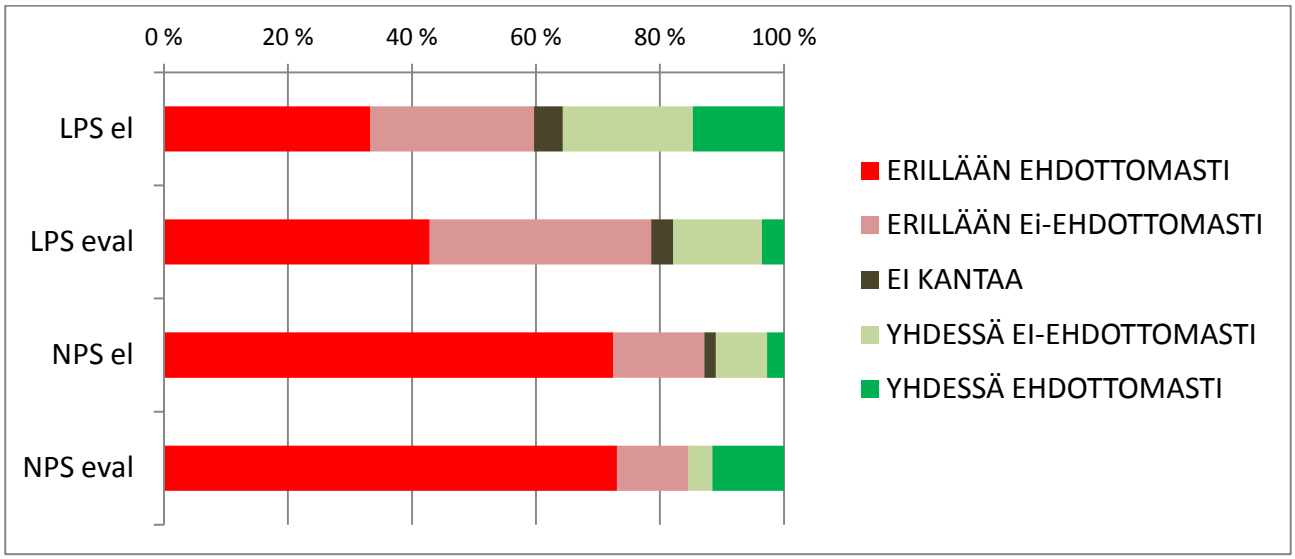
Nykyinen psykoterapiaopintojen edellyttäminen ilman psykoterapeuttipätevyyden saavuttamista aiheuttaa lisäkoulutuksen tarvetta erikoistumiskoulutuksen aikana ja aiheuttaa hämmennystä. Alaosaston mielestä erillisen psykoterapiakoulutuksen roolin säilyttäminen ja edistäminen on tärkeää.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Suomen lääkäriliiton valtakunnallinen lastenpsykiatrian erikoisalan alaosaston keskeinen johtopäätös on se, että ehdotus erikoisalojen yhdistämisestä on esitetty ilman riittävää pohdintaa ja analysointia ja perustuu liian suppeaan näkemykseen.

Alaosaston mielestä jo nykyinen järjestelmä turvaa oikein hyvin liikkuvuuden suomalaisen terveydenhuollon sisällä ja myös Euroopan valtioiden kesken, ja on samalla tarjonnut edistyksellisen ja vahvaa kehitystä tukeneen ratkaisun kehitysikäisten psykiatriassa.

Lastenpsykiatrien ja nuorisopsykiatrien erikoislääkäreiden ja näille aloille erikoistumassa olevien keskuudessa toteutetun **mielipidekyselyn vastaajista 53 % kannatti ehdottomasti ja 22 % piti 'hyvänä vaan ei ehdottomasti' kahta erikoisalaa**, kun taas yhdistettyä erikoisalaa kannatti ehdottomasti 8 % ja piti 'hyvänä vaan ei ehdottomasti' 14 %. Selkeätä kantaa ei ilmaissut 3 %. Kanta oli samansuuntainen kaikissa vastaajaryhmissä (kuvio 1).



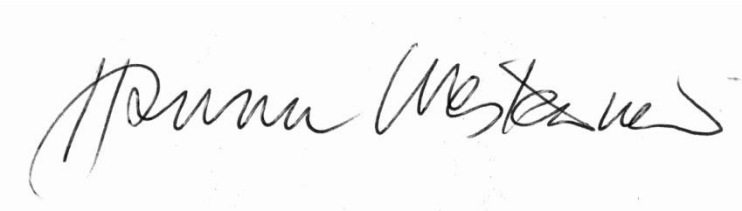
el = erikoislääkärit, eval = erikoistuvat lääkärit, LPS = lastenpsykiatria, NPS = nuorisopsykiatria
Kuvio 1.

Tässä mielipidetiedustelussa on ensimmäistä kertaa kuultu laajemmin erikoisaloilla toimivia lääkäreitä, kun tähän asti äänensä ovat tuoneet esille yksittäiset henkilöt. Mielipide on selkeä ja se tulisi ottaa huomioon. Erikoisalojen rakenteeseen ei tule tehdä muutoksia. Lastenpsykiatriaa ja nuorisopsykiatriaa tulee jatkossakin kehittää kahtena itsenäisenä lääketieteen erikoisalalana. Suomen lääkäriliiton valtakunnallinen

lastenpsykiatrian alaosasto vaatii lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoisalojen yhdistämistä koskevan asetusehdotuskohdan poistamista tarpeettomana.

Vantaalla 17.1.2011

Kunnioittavasti



Hannu Westerinen
Lastenpsykiatrian erikoislääkäri

Suomen lääkäriliiton valtakunnallisen lastenpsykiatrian alaosaston puheenjohtaja

Viitteet

1. Ehdotus Valtioneuvoston asetukseksi erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista. Muistio 21.11.2011/ Hallitussihteeri Laura Hansén, Opetus- ja kulttuuriministeriö. [Avaa]
2. Valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista, luonnos 21.11.2011 [Avaa]
3. OKM lausunto- ja esityspyyntö; VNA erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista, 25.11.2011 [Avaa]
4. Forsius H 1986. Suomen Lastenpsykiatrisen yhdistyksen historia. Kirjassa Kaivosoja M (toim.): Lapsen etu. Lastenpsykiatrian tutkimussäätiö, Jyväskylä 1986. [Avaa]
5. Hägglöf B 2009. CAP specialist training in Europe ”Guidelines for training”. Presentation in UEMS/CAP Meeting in Budapest. Internetissä http://www.uems-cap.eu/documents/training/2009_Annex_K_CAP_Training_overview.pdf [Avaa]
6. Laukkanen E, Pylkkänen K 2011. Meeting the Challenges of Adolescent Mental Health - Development of specialised Psychiatric Services for Adolescents in Finland. Esitys ESCAPin kongressissa Helsingissä. [Avaa]
7. Laukkanen E, Pylkkänen K, Hartikainen B, Luotoniemi M, Julma K, Aalberg V 2003. A new priority in psychiatry: Focused services for adolescents. Nord J Psychiatry 57:37-43. [Avaa]
8. Pylkkänen K 1998. Nuorisopsykiatria Suomessa ja Euroopassa. Katsaus nuorisopsykiatrian historiaan Suomessa ja nuorisopsykiatrian koulutuksen asemaan Euroopan unionissa. Suomen Lääkärilehti 53(11):1261-. [Avaa]
9. Pylkkänen K 2007. Itseä etsimässä - Suomen Nuorisopsykiatrinen yhdistys 30 vuotta. [Avaa]
1. Tsiantis J, Piha J, Deboutte D 2006. UEMS Section-Board on Child and adolescent Psychiatry / Psychotherapy (CAPP) Working Group on Psychotherapy Guidelines Psychotherapy training in Specialist Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy training. Internetissä http://www.uems-cap.eu/documents/training/Guidelines_on_Psychotherapy_Training_05-06-06.pdf .[Avaa]
2. UEMS/CAP-sektio 2011. Draft Curriculum Framework for Child & Adolescent Psychiatry for UEMS. Version 2a – 10-06-2011. [Avaa]
3. Westerinen H 2000. Lastenpsykiatrien työolot ja kuormittuneisuus. Internetissä http://www.lpsy.org/pf/kuorma.htm . [Avaa]
4. Westerinen H 2011. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian väestömäärät, hoidon tarve ja erikoislääkäreiden määrät. Muistio 6.12.2011. [Avaa]

Liitteet

1. Asetusluonnoksen, sen perustelumuistion ja taustatyöryhmän esittämät perustelut erikoisalojen yhdistämiselle
2. Mielipidekysely
3. Mielipidekyselyn kyselylomake
4. Mielipidekyselyn tausta-aineisto