



**Alfred
Sarno**

LL,

Tampereen
yliopisto, lääke-
tieteen ja ter-
veysteknologian
tiedekunta

Riittakerttu Kaltiala

LT, dosentti, nuori-
sopsykiatrian pro-
fessori, ylilääkäri
Tampereen yliopis-
to, lääketieteen ja
terveysteknologi-
an tiedekunta ja
TAYS, nuorisopsy-
kiatrian vastuu-
alue

Marja Työläjärvä

LL, apulaisylilää-
käri
TAYS, nuorisopsy-
kiatrian vastuu-
alue

Matti Kaarne

Sh, osastonhoitaja
Tampereen yliopis-
to, lääketieteen ja
terveysteknologi-
an tiedekunta

Erityisen vaikeahoitoiset alaikäiset psykiatriset potilaat – keitä he ovat?

Lähtökohdat

EVA-yksikkö on erityistason psykiatrinen yksikkö vaikeahoitoisille ja vaarallisille alaikäisille potilaille. Selvitimme, tarkalleen kenelle.

Menetelmät

Aineiston muodostivat kaikki v. 2003–2019 yksikköön otetut potilaat (n = 313). Tietoa kerättiin sosiodemografisista, psykososiaalisista sekä hoitohistoriaan ja oirekuvaan liittyvistä tekijöistä. Aineistoa tarkasteltiin kolmessa aikajaksossa.

Tulokset

Enemmistö potilaista oli poikia. Mediaani-ikä oli 15-v. Hoidon kesto oli kuukausista vuosiin. Yleisimmät diagnosit kuuluivat käytöshäiriö-, skitsofrenia- ja kehityksellisten häiriöiden ryhmiin. Potilaiden suuri enemmistö oli käyttäytynyt väkivaltaisesti. Potilaiden vanhempien psykososiaaliset ongelmat ja etenkin vanhemmuuden puutteellisuudet olivat yleisiä. Aikajaksoja verratessa potilaiden oirekuva hieman keveni ja hoidon kesto lyheni.

Päätelmät

Yksikköön ohjautuneet alaikäiset kärsivät vakavista mielenterveyden häiriöistä, valtaosin väkivaltaongelmineen. He eroavat nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista raskaamman psykiatrian suuntaan. Yksikköön ohjautuminen on tarkoituksenmukaista.

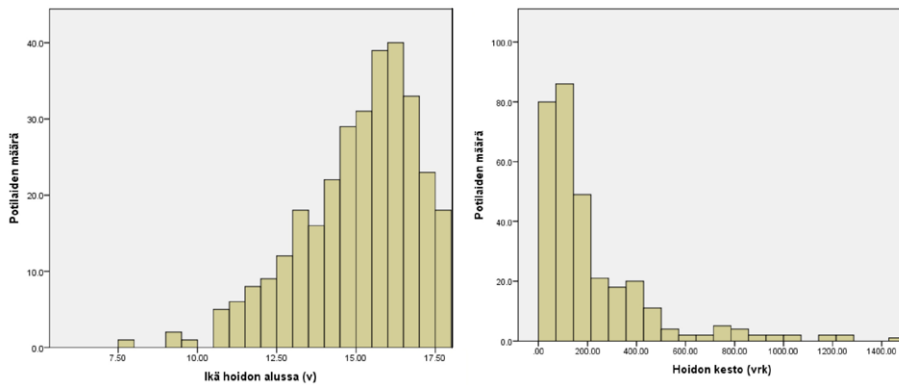
Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikkö (EVA)

Taysin EVA-yksikkö on vaikeahoitoisten ja vaarallisten alaikäisten psykiatriseen hoitoon tarkoitettu erityistason psykiatrinen yksikkö (1,2). Toinen sijaitsee Niuvanniemen sairaalassa. Vuonna 1998 apulaisoikeusasiamies oli puuttunut lainvastaiseen menettelyyn hoitaa alaikäisiä potilaita aikuisten osastoilla. Näin oli menetelty vuosittain noin sadan potilaan kohdalla. Perusteluna oli nuorisopsykiatrisella osastolla hallitsematon väkivaltaisuus. Stakes käynnisti selvityksen (3), jossa suositeltiin valtakunnallisen yksikön perustamista vaikeahoitoisille, vihanhallinta- ja väkivaltaongelmaisille nuorille. Vuonna 2001 STM päätti kahden yksikön perustamisesta, ja EVA-yksikkö aloitti 2003.

EVA-yksikön läheteindikaatioina ovat vakaviin

mielenterveyden häiriöihin liittyvät niin vaikeat vihanhallinta- ja väkivaltaongelmat ja/tai erityisen vaikeasti hallittava itsetuhoinen käyttäytyminen, että diagnosiikan ja vakauttavan hoidon onnistuminen vaatii turvaosasto-olosuhteita. Yksikössä on tutkimus- ja hoito-ohjelma myös psykiatrisen hoidon tarpeeseen viittaavaan alaikäisten vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen, ja siellä tehdään alaikäisten mielentilatuksia.

Vastaavia yksiköitä ei Suomessa aikaisemmin ollut, eikä niitä löydy vielä kuin muutamasta maasta. Toimintaa piti kehittää tehdyn työn kautta. Virallisista läheteindikaatioista huolimatta yksikköön uskottiin herkästi ohjautuvan kriminaali- ja päihdeongelmista kärsiviä nuoria – siis perinteisesti etupäässä sosiaalihuollon, ei psykiatrian asiakkaita.



Kuva 1. EVA-yksikössä hoidettujen nuorten ikä hoidon alussa (vuosina; mediaani 15,4) ja hoidon kesto (vuorokausina, mediaani 133 (=3,3 kk)).

Vakavat psykiatriset häiriöt ja väkivaltakäyttäytyminen

Moniin mielenterveyden häiriöihin voi liittyä kohonnut väkivaltaisen käyttäytymisen riski, kehitysikäisillä esimerkiksi kehityksellisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin (4–6), psykoottisiin häiriöihin (7), A- ja B-klusterien persoonallisuushäiriökehitykseen (8–9) sekä masennukseen (10) ja traumaperäisiin häiriöihin (11). Vakaviin väkivaltarikoksiin syyllistyneistä nuorista rangaistusseuraamuksissa valtaosalla on jokin mielenterveyden häiriö, 25–50 %:lla muu kuin käytös- tai päihdehäiriö (12–14). Toisaalta mielentilatutkimukseen johtanut nuoruusiän rikoskäyttäytyminen lisää skitsofrenian riskiä (15).

Aineisto ja menetelmät

Aineiston muodostivat kaikki 2003–2019 EVA-yksikköön otetut potilaat. Potilaista kerätyt sosiodemografiset, psykososiaaliset ja hoitohistoriaan liittyvät taustatekijät esiintyvyyksineen luetellaan taulukossa 1. Hoitojakson aikana käytetyistä strukturoiduista arviointimenetelmistä kirjattiin BPRS-18 (Brief Psychiatric Rating Scale) ja SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth). BPRS-18 (16) sisältää 18 arvioitavaa oiretta/osiota, jotka mittaavat

mm. mieliala- ja ahdistusoireita, positiivisia ja negatiivisia psykoosioireita sekä hoitoon sitoutumista. Osiot koodataan kukin 1–7. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 7–126. SAVRY-riskiarviossa (17) arvioitava tekijöitä on yhteensä 30: 24 riskitekijää (koodataan tutkimuskäytössä 0–1–2) sekä 6 suojaavaa tekijää (koodataan ei=0/on=1). Riskipisteiden vaihteluväli on 0–48 ja suojaavien 0–6.

Tuloksia tarkisteltiin kolmessa aikajaksoissa: 2003–2009, 2010–2014 ja 2015–2019 (7,5 ja 5 vuotta; ensimmäinen aikajakso on jälkimmäisiä pitempi, koska yksikkö oli vain osin avoinna v. 2003).

Nominaalisia ja ordinaalisia muuttujia verrattiin toisiinsa ristiintaulukoimalla; tilastollista merkitsevyyttä tutkittiin χ^2 -testillä. Jatkuvien muuttujien tapauksessa verrattiin mediaaneja; tilastollista merkitsevyyttä tutkittiin ANOVA-testillä.

Tulokset

Potilaita oli yhteensä 313 (aikajaksoittain 124, 84 ja 105), enemmistö poikia (taulukko 1). Mediaani-ikä oli 15-v (kuva 1). Hoidon kesto oli kuukausista vuosiin (kuva 1). Yli vuoden hoidossa olleiden potilaiden (18,2 %) yleisin diagnoosi kuului skitsofreniaryhmään (66,7 %).

” Vanhempien psykososiaaliset ongelmat ja vanhemmuuden haasteet olivat erittäin yleisiä nuorten taustassa.

Yleisimmät diagnoosit potilailla olivat käytöshäiriöryhmän (F90–99), skitsofreniaryhmän (F20–29) ja kehityksellisten häiriöiden (F80–89) sairauksia. Valtaosalla oli useampi F-diagnoosi. Vaikka käyttäytymisen häiriöitä (F90–92) oli kolmasosalla, pelkkä käytöshäiriö todettiin erittäin harvalta (Taulukko 2).

Vanhempien psykososiaaliset ongelmat ja vanhemmuuden haasteet olivat erittäin yleisiä nuorten taustassa. Nuorista neljä viidesosaa oli syyllistynyt rikolliseen toimintaan ja kolmella viidesosalla esiintyi merkittävää itsetuhoisuutta. Todistettusti väkivaltaisen rikoksen uhriksi oli joutunut jonkin verran alle puolet potilaista. Oikeudessa rikoksesta vastaamaan oli kuitenkin joutunut alle joka viides rikostekojä tekijä, ja dokumentoitujen väkivaltarikoksen uhreista vain noin kuudenneksen asiaa oli käsitelty oikeudessa. Noin viidesosalla oli myös jokin merkittävä somaattinen sairaus (Taulukko 1).

Väkivaltaiseen tai muuhun rikolliseen käyttäytymiseen syyllistyneiden osuus pieneni ajassa. Autismidiagnoosien osuus kasvoi vuodesta 2009 alkaen. Ikä nuoren ensimmäisen sairaalahoitojakson aikana osoitti laskevaa trendiä, mutta aika nuoren ensimmäisestä sairaalahoitojaksosta EVA:lle ohjautumiseen kasvoi. BPRS-pisteet ja SAVRY-riskipisteet laskivat ajassa (Taulukko 3).

Pohdinta

Vaikeahoitoiset ja vaaralliset nuoret kärsivät vakavista mielenterveyden häiriöistä,

Taulukko 1. EVA-yksikössä hoidettujen potilaiden (n=313) sosiodemografiset, sosiaaliset ja psykiatriset tekijät.

Sukupuoli (%)	
Poika	62
Tyttö	38
Ikä hoidon alussa (mediaani vuosina)	15,4 v
Ikä ensimmäisen sairaalahoidon aikaan (mediaani vuosina)	13 v
Vuosia sairastumisen ja EVA-yksikön hoidon välillä (mediaani vuosina)	2 v
Vanhempien ongelmat (%)	48,2
Vanhemman vakava mielenterveyden häiriö	34,2
Vanhemman merkittävä päihteiden käyttö	30,7
Vanhempi syyllistynyt rikokseen	10,2
Vanhemmuuden ongelmat (%)	79,2
Vanhemmat eronneet	60,7
Alaikäinen huostaanotettu	65,2
Äiti osallistumatta alaikäisen elämään	11,8
Isä osallistumatta alaikäisen elämään	25,9
Antipsykoottien käyttö (%)	64,9
Väkivaltainen ja/tai rikollinen käytös (%)	81,7
Syyllistynyt väkivaltarikokseen	29,4
Muu väkivaltainen käytös	66,8
Syyllistynyt ei-väkivaltaiseen rikokseen	36,4
Ollut rikoksesta vastaajana oikeudessa	14,1
Uhriksi joutuminen (%)	44,6
Perheväkivallan uhri	30,4
Muun väkivallan uhri	11,8
Seksuaalirikoksen uhri	14,1
Väkivaltarikoksen asianomistaja	6,4
Itsetuhoisuus ja itseä vahingoittava käytös (%)	61,5
Itsemurhayritys	25,6
Viiltely	43,5
Merkittävä päihteiden käyttö	28,5
Promiskuiteettinen käytös	8,3
Merkittävä somaattinen sairaus (%)	18,5
Adoptoitu (%)	2,9
SAVRY-riskipistemäärä (ka)	19,5
SAVRY suojaavien tekijöiden pistemäärä (ka)	2,2
BPRS-pistemäärä (ka)	43,7

joihin liittyy vaikeaa väkivaltaista ja antisosiaalista käyttäytymistä, mutta heitä luonnehtii myös kaltoinkohtelun uhriksi joutuminen. Uhriksi joutumisen määrä lie-
nee aliarvio, sillä aineistoon kirjattiin vain luotettavasti dokumentoidut tapahtumat. Näiden ongelmien taustalla on merkittä-
viä vanhemmuuden ongelmia. Rikos- ja kaltoinkohtelutaustan sekä suojaavien tekijöiden puutteen osalta potilaat muis-
tuttavat englantilaisen vastaavan yksikön

potilaita (18, 19). Ohjautuminen on tarkoi-
tuksenmukaista.

EVA-yksikössä hoidettujen diagnoosi-
jakauma poikkesi merkittävästi yleisnuo-
risopsykiatrisen osastohoidon potilaiden
diagnoosijakaumasta. Tavallisimpia häiri-
öitä nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa
ovat masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt,
pojilla toki myös käytöshäiriöt (20, 21).
Käytöshäiriöt ovat nuoruusiässä yleisempiä
pojilla ja pojat ja miehet käyttävät kaikissa

ikäluokissa useammin fyysistä väkivaltaa
kuin tytöt ja naiset (22, 23). Niinpä poikien
yliedustus mielenterveyden häiriöihin liit-
tyvään viha- ja väkivaltaproblematiikkaan
keskittyvässä psykiatrisessa tutkimus- ja
hoitoyksikössä ei ole odottamatonta. Skit-
sofreniaryhmän psykoosien ja diagnoosi-
kriteerit täyttävien päihdehäiriöiden osuus
oli EVA-yksikössä huomattavan korkea (20,
24), mutta päihdehäiriöiden osuus vähäi-
nen siihen nähden, että yksikön perusta-
misvaiheessa ajateltiin yhdeksi vaikeahoi-
toisten ryhmäksi ”huumenuoria”. Toiminta
on painottunut raskaampaan psykiatria-
an kuin odotettiin, ja kliinisten havaintojem-
me mukaan EVA-yksikössä hoidettujen
nuorten odotettua vähäisempi päihde-
tausta selittyy niin vakavan psykopatolo-
gian kautta, että se estää integroitumisen
myös päihteitä käyttävien ikätovereid
piiriin. Autismin kirjon häiriöitä psykiat-
risen oireenmuodostuksen taustalla ei
yksikön perustamisen aikaan todennäköi-
sesti tunnistettu (25), joten niiden osuuden
kasvu johtuu diagnostiikan parantumisesta
(26). Kuten nuorisopsykiatriassa yleensä,
valtaosalla oli psykiatrista samanaikais-
sairastavuutta. Yksikön luonteen vuoksi
tavallista pidemmät hoitoajat ovat odotet-
tavissa.

Yksi osa nuorisopsykiatrisen vaikeahoi-
toisuutta muodostuu nuorten vanhempien
elämään ja toimintakykyyn liittyvistä haas-
teista, mikä on myös kansainvälisesti tehty
havainto (27). Kaksi kolmasosaa hoitoon
tulleist oli huostaanotettuja. Potilaiden
vanhempien henkilökohtaisten ja vanhem-
muuteen liittyvien ongelmien määrä pysyi
samanlaisena koko tarkastelujakson ajan.
Niin vakavien kuin lievempienkin mielen-
terveyden häiriöiden ennaltaehkäisevän
työn merkittävä osa onkin perheen sisäis-
ten haasteiden mahdollisimman varhaises-
sa tunnistamisessa ja hoitamisessa.

Yksikössä hoidettujen potilaiden väki-
valtariskiarviot ja rikoskäyttäytymiseen

Taulukko 2. EVA-yksikössä hoidettujen potilaiden diagnoosit ja näiden lukumäärä.

Diagnoosiryhmä (%)	
F2 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	31,3
F3 Mielialahäiriöt	11,2
F4 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	7,7
F5 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	5,1
F6 Persoonallisuushäiriöt	11,5
F7 Älyllinen kehitysvammaisuus	8,6
F8 Psyykkisen kehityksen häiriöt	26,5
F9 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt	61,7
F90-F92 Käyttäytymisen häiriöt	33,2
Vain F91 Käytöshäiriö ilman muita diagnooseja	3,8
F-diagnoosien lukumäärä	
Yksi	28,4
Kaksi	53,0
Kolme	16,9

Taulukko 3. Tutkitut tekijät, joiden suhteen esiintyi tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$) eroja määriteltujen aikajaksojen välillä. BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale. SAVRY = Structured Assessment of Violence Risk in Youth, riskitekijöiden summapistemäärä

	Vuosina 2003–09 (n = 124)	Vuosina 2010–14 (n = 84)	Vuosina 2015–19 (n = 105)	p-arvo
Hoidon kesto (mediaani, vrk)	161	159	102	0,046
Ikä ensimmäisen sairaalahoidon aikana (mediaani, v)	13	14	12	0,007
Vuosia ensimmäisen sairaalahoidon ja EVA-yksikön hoidon välissä (mediaani, v)	2	1	3	0,003
Väkivaltainen ja/tai rikollinen käytös (%)	91,1	79,8	72,4	0,001
Väkivaltarikos	35	34,5	19,0	0,016
Väkivaltainen käytös	78,9	65,9	56,9	0,002
Muu rikos	49,6	28,9	27,9	0,001
Diagnoosiryhmä (%)				
F8 Psyykkisen kehityksen häiriöt	16,1	32,1	34,3	0,003
Adoptoitu (%)	0,8	1,2	6,7	0,017
BPRS kokonaispistemäärä (ka)	44,9	45,6	40,8	0,022
SAVRY riskitekijöiden kokonaispistemäärä (ka)	21,8	17,4	18,6	0,000

syöllistyneiden osuus pienenevät tarkastelujaksolla. Mahdollinen selitys löytyy ajanjakson yleisessä nuorten rikollisuuden vähenemisessä (28). Rikoksista oikeudessa vastanneiden pieni osuus selittyy osin sillä, että väkivallanteoja on tehty alle 15-vuotiaana. Lisäksi sairaaloissa tai lastensuojelulaitoksissa tapahtunutta vakavaakaan väki-

valtakäyttäytymistä ei aina saateta poliisin tutkittavaksi. Myös potilaiden oirekuva BPRS:llä mitattuna keveni hiukan. Hoidon kesto on lyhentynyt noin kolmasosan yksikön alkuajoista, mikä saattaa selittyä hoidon tehostumisella.

Antipsykootteja käytettiin selvästi enemmän kuin oli psykoottisista häiriöis-

tä kärsiviä, mikä heijastanee toisaalta ohimenevien psykoosioireiden yleisyyttä, toisaalta antipsykoottien aggressio-oireilua hillitsevää vaikutusta (29).

EVA-yksikön palveluiden tarve on ollut tasaista. Yksikön toiminnan aikana nuorisopsykiatrisen osastohoidon käyttö yleensä on kasvanut (20), vaikka nuorisopsykiatrisia osastopaikkoja on vähennetty. EVA-yksikköön ohjautuvien potilaiden profiiliin hienoinen muutos väkivaltariskin ja rikoskäyttäytymisen tasolla sekä psykiatrisen oiremittarin mittaamana voisi viitata siihen, että sairaansijojen vähentyessä valtakunnallisiin erityisen vaikeahoitoisten yksiköihin ohjautuu myös aiemmin yleisnuorisopsykiatrisilla osastoilla hoidettu potilaita, minkä tarkoituksenmukaisuutta voi pohtia. Erityisen vaikeahoitoisille suunnattujen sairaansijojen nykyinen määrä suhteessa väestöön on kansainvälisesti vertaillen erinomainen (30). Palvelujärjestelmää tulee kehittää turvaamalla perustason edellytykset ehkäistä ja tunnistaa ajoissa niitä häiriöitä ja psykososiaalisia ongelmia, jotka ovat ehkäistävissä, ja varmistaa nuorisopsykiatrian riittävät resurssit yleensä. Tämä mahdollistaa erityistason turvaosastohoidon kohdistamisen sitä eniten tarvitseville.

Kirjallisuutta

1. Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 24.8.2017/582, 5 §. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>.
2. Kaltiala-Heino R, Työläjä M, Selander M, Kahila K. Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikkö (EVA): ensimmäiset puoli vuotta. Suom Lääkäril 2005; 5:569–572.
3. Kaivosoja, M. Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrisen palveluselvitys. Stakes. Aiheita. 2000;5.
4. Ahonen Lia. Psychiatric Symptoms and Behaviors in Adolescence that Are Associated with Violence. Kirjassa: Violence and Mental Illness. Springer International Publishing. 2019:47–55.
5. Rutten AX, Vermeiren RJM, Van Nieuwenhuizen C. Autism in adult and juvenile delinquents: a literature review. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2017;

- 11:45.
6. Jill Del Pozzo, Matthew W. Roché, Steven M. Silverstein. Violent behavior in autism spectrum disorders: Who's at risk? Aggression and Violent behavior 2018; 39:53-60.
 7. Ross, R.G., Maximon, J., Kusumi, J. and Lurie, S. Violence in childhood-onset schizophrenia. Mental Illness 2013; 5:7-11.
 8. Tharshini NK, Ibrahim F, Kamaluddin MR, Rathakrishnan B, Che Mohd Nasir N. The Link between Individual Personality Traits and Criminality: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(16):8663.
 9. Jeffrey G. Johnson, Ph.D., Patricia Cohen, Ph.D., Elizabeth Smailes ym. Adolescent Personality Disorders Associated With Violence and Criminal Behavior During Adolescence and Early Adulthood. Am J Psychiatry. 2000;157(9):1406-12.
 10. Yu R, Aaltonen M, Branje S, et al. Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56(8):652-658.
 11. Peltonen K, Ellonen N, Pitkänen J, Aaltonen M, Martikainen P. Trauma and violent offending among adolescents: a birth cohort study. J Epidemiol Community Health. 2020;74(10):845-850.
 12. Hagelstam C, Häkkinen H. Adolescent homicides in Finland: offence and offender characteristics. Forensic Sci Int. 2006;164(2-3):110-115.
 13. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(9):1010-19.
 14. Collins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, van den Brink W, Doreleijers T, Broekaert E. Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review. Can J Psychiatry. 2010;55(4):255-263.
 15. Lindberg N, Miettinen J, Heiskala A, Kaltiala-Heino R. Serious delinquency and later schizophrenia: A nationwide register-based follow-up study of Finnish pretrial 15- to 19-year-old offenders sent for a forensic psychiatric examination. European Psychiatry. 2017; 44:173-178.
 16. Overall JE, Hollister LE, Pichot P. Major Psychiatric Disorders: A Four-Dimensional Model. Arch Gen Psychiatry. 1967;16(2):146-151.
 17. Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 2006.
 18. Hill SA, Argent SE, Lolley J, Wallington F. Characteristics of male patients admitted to an adolescent secure forensic psychiatric hospital, The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2016;27(1):21-37.
 19. Hill SA, Brodrick P, Doherty A, Lolley J, Wallington F, White O. Characteristics of female patients admitted to an adolescent secure forensic psychiatric hospital, The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2014;25(5):503-519.
 20. Holttinen T, Pirkola S, Rimpelä M, Kaltiala R. Factors behind a remarkable increase in adolescent psychiatric inpatient treatment between 1980 and 2010 - a nationwide register study. Nord J Psychiatry. 2022;76(2):120-128.
 21. Kronström K, Tiiri E, Vuori M, Ellilä H, Kaljonen A, Sourander A. 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. 2021.
 22. Olga V. Berkout, John N. Young, Alan M. Gross. Mean girls and bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. Aggression and Violent Behavior. 2011;16(6):503-511.
 23. Archer, J. Sex Differences in Aggression in Real-World Settings: A Meta-Analytic Review. Review of General Psychology. 2004; 8:291-322.
 24. Holttinen, Timo. Finnish Adolescents Treated in Psychiatric Inpatient Care from 1980 to 2010 and Their Long-term Life Situations. Tampere University. Tampere University Dissertations. 2023;729.
 25. Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielen-terveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2003:7.
 26. Reinsalo P, Kaltiala R. Onko nuorisopsykiatrian poliklinikan potilaskunta muuttunut lähetemäärien kasvaessa? Suom Lääkäril 2019; 36:1956-59.
 27. Simon A. Hill, Joana Ferreira, Victoria Chamorro, Alexandra Hosking. Characteristics and personality profiles of first 100 patients admitted to a secure forensic adolescent hospital. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2019;30(2): 352-366.
 28. Pitkänen J, Aaltonen M, Suonpää K, Heiskanen L, Martikainen P. Nuorisoriikollisuuden esiintyvyyden ja kasautumisen muutokset syntymäkohorteissa 1986-2000. Yhteiskuntapolitiikka. 2022; 87:5-6.
 29. Teixeira EH, Jacintho A, Celeri HV, Dalgallarrondo P. Atypical antipsychotics in the treatment of pathological aggression in children and adolescents: literature review and clirecommendations. Trends Psychiatry Psychother. 2013;35(3):151-159.
 30. Souvereyng F, Hales H, Anderson P, Argent SE, Birtlett A, Blower A ym. Mental health, welfare or justice: An introductory global overview of differences between countries in the scale and approach to secure placements of children and young people. Crim Behav Ment Health. 2022;1-10.

Datan kuratointi: Taysin OOO-tutkimusohjelma.
Tutkimusta on tukenut Lastentautien tutkimussäätiö.

Ilumetri 100 mg, liuos, esitäytetty ruisku.

Vaikuttava aine: Tildrakitsumabi. **Käyttöaiheet:** Keskeiväkeä tai vaikeaa läiskäpsoriaasin hoitoon aikuisille, joille harkitaan systeemistä hoitoa. **Annoitus ja antotapa:** *Annoitus:* Suositeltu annos 100 mg injektiona ihon alle viikoilla 0 ja 4 ja sen jälkeen 12 viikon välein. Jos potilaalla on tiettyjä ominaisuuksia (esim. suuri tautikuorma, kehon paino > 90 kg), 200 mg:n annos saattaa olla tehokkaampi. Jos potilaalla ei todeta vastetta 28 viikon hoidon jälkeen, hoidon lopettamista on harkittava. *Antotapa:* Annetaan ihon alle injektiokohtaa vaihdellen. Ei pidä pistää alueelle, jolla on läiskäpsoriaasia tai jonka iho on arka, mustelmainen, punoittava, kova, paksu tai hilseilevä. Valmistetta on tarkoitettu käytettäväksi läiskäpsoriaasin diagnosointiin ja hoitoon perehtyneen lääkärin ohjauksessa ja seurannassa. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. Kliinisesti merkittävä aktiivinen infektio, esim. aktiivinen tuberkuloosi. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Potilaalta on tutkittava tuberkuloosi-infektio ennen hoidon aloittamista ja potilasta on seurattava tarkasti aktiivisen tuberkuloosin oireiden ja löydösten havaitsemiseksi hoidon aikana ja sen jälkeen. Tildrakitsumabi saattaa lisätä infektioriskiä. Varovaisuutta on noudatettava potilailla, joilla on krooninen infektio, aiemmin ollut toistuvia infektioita tai hiljattain ollut vakava infektio. Jos potilaalle kehittyy vakava infektio, häntä on seurattava huolellisesti, eikä valmistetta saa antaa ennen kuin infektio on parantunut. Jos potilaalle ilmaantuu vakava yliherkkyysreaktio, valmisteen antaminen on lopetettava heti ja aloitettava asianmukainen hoito. Ennen hoidon aloittamista on harkittava kaikkien voimassa olevien rokotosohjeiden mukaisten rokotusten antamista. Eläviä viruksia tai bakteereja sisältävän rokotteen jälkeen, on suositeltavaa odottaa vähintään neljä viikkoa ennen tildrakitsumabihoitoa aloittamista. **Yhteisvaikutukset:** Hoidon aikana ei saa antaa eläviä rokotteita. Tildrakitsumabin turvallisuutta ja tehoa yhdessä muiden immunosuppressiivisten aineiden, mukaan lukien biologiset lääkkeet, tai valohoidon kanssa ei ole tutkittu. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Naisten, jotka voivat tulla raskaaksi, on käytettävä tehokasta ehkäisyä hoidon aikana ja vähintään 17 viikon ajan hoidon päättymisen jälkeen. Tildrakitsumabin käytöstä raskaana oleville naisille on vain vähän tietoja, joten varoituksena suositellaan, ettei Ilumetriä käytetä raskauden aikana. Valmistetta ei tule käyttää imetyksen aikana. Ilumetrin vaikutusta ihmisen hedelmällisyyteen ei ole tutkittu. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Valmistella ei ole haitallista vaikutusta ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleiset ja yleiset: ylähengitysteiden infektiot ml. nasofaryngiitti, päänsärky, gastroenteriitti, pahoinvointi, ripuli, injektiokohdan kipu, selkäkipu. **Pakkaukset ja hinnat** (vmh sis. alv) **15.9.2023:** 100 mg esitäytetty ruisku 1 ml 2893,77 €. **Korvattavuus:** Peruskorvattava rajoitetusti vaikeaa kroonista ihopsoriaasia sairastaville korvauskohteella 319. **Säilytys:** Jäähdytettävä. Ei saa jäätyä. Herkkä valolle. **Reseptilääke. Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto.