

Opinnäytetyö (YAMK)  
Terveys ja hyvinvointi  
Terveysten edistäminen  
2018

Sonja Sinisalo

# HOITOPOLKUJEN KEHITTÄMINEN TOISEN ASTEEN OPISKELUTERVEYDEN- HUOLTOON

– Opiskelijoiden mielenterveys ja -päihdehäiriöt

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveys ja hyvinvointi / Terveyden edistäminen

2018 | 53 sivua, 6 liitettä

Ohjaaja Tiina Hautala

Sonja Sinisalo

## **Hoitopolkujen kehittäminen toisen asteen opiskeluterveydenhuoltoon**

### **– Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmat**

Mielenterveyden häiriöt ovat nykyään nuorten tavallisimpia terveysongelmia ja ne heikentävät opiskelukykyä merkittävästi. Suurin nuoren syrjäytymistä ennustava tekijä on opiskeluista putoaminen. Nuoren mielenterveys- ja päihdeongelmat saattavat muodostua hyvin pitkäkestoisiksi ongelmiksi ja vaikeuttaa työelämään pääsyä sekä yhteiskuntaan sopeutumista. Opiskeluterveydenhuollon kehittämisohjelman 2014-2018 mukaan psyykkisten sairauksien hoitopolkuja on kehitettävä ja niiden toimivuus varmistettava käytännössä. Tuen ja avun tarjoaminen mielenterveysongelmiin ja psykososiaalisiin vaikeuksiin on nostettu kehittämisohjelmassa erittäin tärkeäksi prioriteetiksi. (Marttunen ym. 2013, 10-11; Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014; Milén 2014, 3 & 27.)

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli edistää mielenterveys – ja päihdeongelmista kärsivien opiskelijoiden hoitoonohjausta Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa. Tarkoituksena oli kartoittaa tietoa nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmista, niiden tunnistamisesta ja hoidosta toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa

Kaarinan toisen asteen opiskelijoiden paikallisia mielenterveys- ja päihdeongelmien jatkohoitomahdollisuuksia sekä yhteistyökuvioita selvitettiin haastattelemalla mielenterveys- ja päihdetyön palveluja tarjoavien yksiköiden asiantuntijoita. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina teemahaastattelun menetelmin ja haastatteluaineistot analysoitiin teemoittelemalla värikoodien avulla.

Haastatteluiden tulosten, kirjallisuuskatsauksen, Kaarinan opiskeluterveydenhuollon aiempien käytäntöjen sekä Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa – oppaan (Haravuori ym. 2017) pohjalta laadittiin hoitopolut masentuneen, ahdistuneen/ahdistuneisuushäiriöisen sekä päihdeongelmaisen opiskelijan ohjauksen avuksi Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuoltoon. Pääteiden osalta tässä kehittämisprojektissa keskityttiin ainoastaan alkoholiin sekä huumeisiin.

ASIASANAT:

Opiskeluterveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdeongelmat, hoitopolku, hoitoonohjaus

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being / Health Promotion

2018 | 53 pages, 6 appendices

Instructor Tiina Hautala

Sonja Sinisalo

## **Developing referral and care pathways for upper secondary school health service**

### **– Student mental health and substance abuse problems**

Mental health problems are the most common health problems among young people, often leading to issues with education among adolescents. The most significant factor in predicting future marginalisation of a young person is his/her dropping out of school. Mental health and substance abuse problems in adolescence can become long-term and affect young adults' ability to enter employment and to integrate in the society. According to the school health service strategy 2014-2018 care and referral pathways for mental health must be improved and their impact ensured in practice. Providing support for young people with mental health and psychosocial problems is outlined as a key factor in the strategy. (Marttunen et al. 2013, 10-11; Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014; Milén 2014, 3 & 27.)

The purpose of this project was to improve the school health service's referral processes for upper secondary school students with mental health and substance abuse problems in the town of Kaarina. The aim was to gather information on young people's mental health and substance abuse issues, and how to recognise and treat them within the upper secondary school health service.

The health care services and partnerships available for upper secondary school students with mental health and substance abuse problems were mapped out by interviewing staff in the local units and organisations offering services for young people with mental health and substance abuse problems. The interviews were carried out as thematic group interviews and the interview material was analysed thematically using colour codes.

The results from the analysis of the interview material as well as literature reviews, previous practice in Kaarina and the guide *Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa* (Haravuori et al. 2017) were then used as a basis for the development of separate care and referral pathways for depression, anxiety and substance abuse in the upper secondary school health service in Kaarina. Substance abuse in this project was limited to the abuse of drugs and alcohol.

#### **KEYWORDS:**

School health service, mental health, substance abuse problems, care pathway

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>8</b>
2.1 Projektioorganisaatio ja projektiryhmä	8
2.2 Tarve ja tausta	9
2.3 Tavoite ja tarkoitus	10
2.3.1 Kehittämiprojektin kulku, aikataulu ja vaiheet	11
<b>3 OPISKELUTERVEYDENHUOLTO</b>	<b>13</b>
3.1 Opiskeluhoito	14
3.2 Opiskelukyky	15
3.3 Opiskelijoiden terveystarkastukset	16
3.4 Opiskeluterveydenhuollon toteutuminen	17
<b>4 NUORTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT</b>	<b>20</b>
4.1 Nuoruus kehitysvaiheena	20
4.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt	20
4.2.1 Mielenterveyshäiriöt nuoruudessa	21
4.2.2 Päihdehäiriöt nuoruudessa	23
<b>5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA</b>	<b>26</b>
5.1 Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistaminen ja arviointi	26
5.1.1 Arviointi ja hoitoonohjaus oirekyselyjen avulla	27
5.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriön hoidon järjestäminen opiskeluterveydenhuollossa	31
5.2.1 Masennuksen hoito opiskeluterveydenhuollossa	33
5.2.2 Ahdistuneisuushäiriön hoito opiskeluterveydenhuollossa	34
5.2.3 Päihdehäiriön hoito opiskeluterveydenhuollossa	34
<b>6 SOVELTAVA TUTKIMUS</b>	<b>38</b>
6.1 Soveltavan tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymys	38
6.2 Soveltavan tutkimuksen menetelmät	38
6.2.1 Teemahaastattelu	38
6.2.2 Haastatteluaineiston analyysi	40
6.3 Tulokset	40

6.4 Hoitopolut ja eteneminen projektin jälkeen	43
<b>7 ARVIOINTI JA POHDINTA</b>	<b>45</b>
7.1 Soveltavan tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	45
7.2 Kehittämiprojektin arviointi	47
<b>LÄHTEET</b>	<b>50</b>

## **LIITTEET**

- Liite 1. Teemahaastattelun runko.
- Liite 2. Nuorten päihdemittari, toimintakaavio.
- Liite 3. Nuorten päihdemittarin pisteytys, interventiosuositus.
- Liite 4. Ahdistuneen/ahdistuneisuushäiriöisen opiskelijan hoitopolku.
- Liite 5. Masennusoireisen opiskelijan hoitopolku.
- Liite 6. Epäily päihdeongelmasta -hoitopolku.

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Kehittämiprojektin kulku.	12
Kuvio 2. Opiskelukykymalli (Milén 2014, 13).	15
Kuvio 3. Terveystenhoitajien henkilöstömitoitussuosituksen kehitys vuosina 2004-2015 (Wiss ym. 2016).	18
Kuvio 4. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäreiden henkilöstömitoituksen/opiskelijamäärien keskiluvut vuosina 2007–2015 (Wiss ym. 2016).	19

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Raamit-lyhytneuvonta (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2015).	36
---	----

# 1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöt ovat nykyään nuorten tavallisimpia terveysongelmia. Yleisimmin nuoret kärsivät mieliala-, käytös-, päihde- ja ahdistuneisuushäiriöistä. Samanaikaiset mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä. Mielenterveyden häiriöt olivat vuonna 2012 suomalaisnuorten tavallisimmat syyt työkyvyttömyyteen. Ne saattavat muodostua hyvin pitkäkestoiseksi ongelmiksi ja vaikeuttaa työelämään pääsyä sekä yhteiskuntaan sopeutumista. Yhden nuoren syrjäytymisen on arvioitu maksavan yhteiskunnalle yli miljoona euroa. (Marttunen ym. 2013, 10-11; Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014, 1716; Milén 2014, 15.)

Merkittävin nuoren syrjäytymistä ennustava tekijä on opiskeluista putoaminen. Mielenterveyshäiriöt- ja ongelmat heikentävät opiskelukykyä merkittävästi. Opiskelijan huonon opiskelukyvyn ja sen seurauksien paikkaamisen sijaan, opiskeluhuoltoon panostamisen uskotaan olevan monin verroin vaikuttavampaa. Kunnalliselle opiskeluterveydenhuololle on määritelty lainsäädännössä runsaasti terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitoon liittyviä, kokonaisuutena tuotettavia tehtäviä, joita ei nykyisillä resursseilla kuitenkaan ole pystytty toteuttamaan kaikkialla. Etenkin toisen asteen oppilaitoksissa ammatin opiskelevien opiskeluterveydenhuollon palvelut ovat olleet liian vähäisiä suhteessa tarpeeseen. (Milén 2014, 3)

Opiskeluterveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa 2014-2018 on pohdittu, mitä toimintoja tehdään ja miten ne tulisi tehdä, kun resurssit eivät riitä kaikkiin lainsäädännössä määriteltyjen toimintojen toteuttamiseen. Kehittämissuunnitelman mukaan opiskeluterveydenhuollon työnjako on määriteltävä aiempaa selkeämmin, etenkin opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon osalta. Uusi työkaluja ja nuorille sopivia toimintatapoja on syytä kehittää ja käyttöönottaa. Tuen ja avun tarjoaminen mielenterveysongelmiin ja psykososiaalisiin vaikeuksiin on nostettu ohjelmassa erittäin tärkeäksi prioriteetiksi. Palveluiden tulisi toimia niin matalalla kynnyksellä, että nuori uskaltaa ottaa ongelmansa puheeksi jo varhaisessa vaiheessa. Psykkisten sairauksien hoitopolkua on kehitettävä ja niiden toimivuus varmistettava käytännössä. (Milén 2014, 27.)

Tämän kehittämissuunnitelman tavoitteena on edistää mielenterveys – ja päihdeongelmista kärsivien opiskelijoiden hoitoonohjausta Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa. Tarkoituksena on kartoittaa tietoa nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmista, niiden tunnistamisesta ja hoidosta toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa. Paikallisia

jatkohoitomahdollisuuksia ja yhteistyökuvioita selvitettiin osaltaan haastattelemalla mielenterveys- ja päihdetyön palveluja tarjoavia yhteistyökumppaneita. Haastatteluiden tulosten, kirjallisuuskatsauksen, Kaarinan opiskeluterveydenhuollon aiempien käytäntöjen sekä Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa – oppaan (Haravuori ym. 2017) pohjalta laadittiin hoitopolut masentuneen, ahdistuneen/ahdistuneisuushäiriöisen sekä päihdeongelmaisen opiskelijan ohjauksen avuksi Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuoltoon. Päihteiden osalta tässä kehittämissuunnitelmassa keskityttiin ainoastaan alkoholiin sekä huumeisiin.

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Projektioorganisaatio ja projektiryhmä

Opiskeluterveydenhuolto on osa kunnallista perusterveydenhuoltoa. Kaarinassa sijaitsevien toisen asteen oppilaitosten opiskeluterveydenhuollon palveluiden järjestämisestä vastaa Kaarinan kaupunki. Kaupungin alueella toimii kolme toisen asteen oppilaitosta: Kaarinan lukio sekä ammattiopisto Livian kaksi ammatillista opistoa; sosiaali- ja terveystyöalan opisto sekä maaseutuopisto. Livian ammattiopistoa hallinnoi Peimarin koulutuskuntayhtymä. Peimarin koulutuskuntayhtymän tehtävänä on tuottaa Kaarinan, Paimion ja Paraisten alueella koulutuspalveluja luonnonvara- ja ympäristöalalle sekä sosiaali-, terveys- ja liikunta-alalle. Näissä kolmessa oppilaitoksessa toimii jokaisessa oma terveydenhoitaja. (Kaarinan kaupunki 2017a; Ammattiopisto Livia 2018.)

Kaarinan kaupungin toimintaa ohjaavat kaupunginhallitus, kaupunginvaltuusto sekä lautakunnat. Organisaatio on jaettu neljään toimialaan; hallinto-, sivistys-, ympäristö- ja hyvinvointipalveluihin. Toimialat on jaettu edelleen pienempiin vastuualueisiin. Tässä kehittämissuunnitelmassa keskitytään opiskeluterveydenhuoltoon, joka kuuluu neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon yksikköön. Neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on osa terveyspalveluiden vastuualuetta. (Kaarinan kaupunki 2017b.) Kaupungin sisällä tapahtui organisaatiomuutos vuoden 2017 aikana, tätä edeltävästi opiskeluterveydenhuolto kuului perhe- ja sosiaalipalveluihin.

Tämän kehittämissuunnitelman projektiryhmään kuuluvat opiskeluterveydenhuollon kaksi terveydenhoitajaa, opiskeluterveydenhuollosta vastaava lääkäri sekä neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon johtava hoitaja, joka toimii kehittämissuunnitelmassa myös työelämämentorina. Itse toimin projektiryhmässä päällikkönä ja työskentelen opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajana. Ohjausryhmää ei koettu tarpeelliseksi, koska projektiryhmä on pieni ja siihen kuuluvat kaikki toisen asteen opiskeluterveydenhuollon vakituiset työntekijät.



## 2.2 Tarve ja tausta

Viime vuosien hallitusohjelmissa erityishuomiota on kiinnitetty terveyserojen kaventamiseen sekä syrjäytymisen ehkäisyyn. Kansanterveysohjelmassa Terveys 2015 tavoitteiksi on asetettu muun muassa lasten hyvinvoinnin lisääminen ja terveydentilan parantuminen sekä 16-18 -vuotiaiden tupakoinnin vähentäminen. Kansallisten tutkimusten mukaan lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten terveyskäyttäytymisessä ja terveyspalvelujen käytössä on eroja. Ammattiin opiskelevat nuoret tupakoivat lukiolaisia enemmän. Tupakoivat opiskelijat taas käyttävät useammin muita päihteitä, syövät epäterveellisemmin, liikkuvat vähemmän ovat enemmän poissa koulusta, käyttävät enemmän lääkkeitä ja terveyspalveluja ja kokevat sekä terveytensä että elämänlaatussa muita heikommaksi. (Isosomppi ym. 2015.)

Vuonna 2015 tehdyn tutkimuksen mukaan toisen asteen ja ammattikorkeakoulun opiskeluterveydenhuollossa on havaittu puutteita etenkin sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisessä. Nuorisopsykiatriseen hoitoon pääsy on alueellisesti vaihtelevaa. Tehostamisen tarvetta olisi nuorten hoidon palvelujärjestelmän kaikissa vaiheissa. (Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014, 1716; Kanste ym. 2016, 4.) Opiskeluterveydenhuollon toteutumista kunnissa valvoo Valvira sekä aluehallintavirastot. Vuoden 2014 valvonta on osoittanut, että terveydenhuollon ja sairaanhoidon kokonaisuuden kehittämistä opiskeluterveydenhuollossa on edelleen jatkettava. (Aluehallintavirasto 2015.)

Kaarinan kaupungin vuosien 2014-2020 strategisiin päämääriin kuuluvat muun muassa hyvinvoinnin edistäminen sekä oikeiden palvelujen tarjoaminen oikea-aikaisesti. Nämä päämäärät sisältävät muun muassa palveluketjujen toimivuuden sekä asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaamisen. Kaarinan perhe- ja sosiaalipalvelujen vastuualueen vuoden 2016 toiminnallisiin tavoitteisiin on kirjattu mm. paljon palveluita tai monialaisia erityis- palveluita tarvitsevien palveluiden kehittäminen. Paljon palveluita tarvitsevia ovat esimerkiksi toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret, joilla on todettu olevan keskimääräistä enemmän terveyshaasteita, etenkin päihde- ja mielenterveysongelmia. Toiminnallisiin tavoitteisiin on sisällytetty palveluohjauksen ja sektorirajat ylittävän yhteistyön lisääminen. Tarkoituksena on luoda yhteisiä käytäntöjä sekä rakentaa ja kuvata yksikkö- ja toimialat ylittäviä asiakasprosesseja. (Kaarina 2014, 2-3; Kaarinan

perhe- ja sosiaalipalvelut 2016; Wiss ym. 2016.) Edellä mainittuihin päämääriin sekä toiminnallisiin tavoitteisiin pääsemiseksi yritetään vaikuttaa osaltaan tämän kehittämisprojektin avulla.

Tarve kehittämisprojektille on noussut käytännön työssä opiskeluterveydenhuollossa. Opiskeluterveydenhuollon työntekijöille ei ole olemassa mielenterveys- ja päihdetyöhön kirjattuja, paikallisia, yksikön sisäisiä ohjeita, kuten hoitopolkuja. Kun opiskelija tulee terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolle opiskeluterveydenhuoltoon, joudutaan hoitopolku pohtimaan usein alusta saakka. Työntekijöillä on epäselvyyttä, miten ja minkälaisen avun piiriin opiskelija on mahdollista ohjata. Epäselvyyttä lisää muun muassa se, että suurin osa opiskelijoista on ulkopaikkakuntalaisia ja tarkkaa rajausta heille tarkoitettuista kunnan palveluista ei ole saatavilla. Hoitopolut voisivat selkeyttää työn tekemistä ja sen myötä opiskelijat voisivat ohjautua aiempaa tehokkaammin ja nopeammin oikeanlaisten palvelujen piiriin.

Kehittämisprojektin tekemisen aikana on julkaistu uusia valtakunnallisia ohjeistuksia opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöhön. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut vuoden 2017 alussa opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyön arviointia, hoitoa ja menetelmiä koskevan oppaan. Kyseinen opas on koonnut yhteen opiskeluterveydenhuollon toimintaympäristöä huomioivaa opastusta, toimintatapoja tai hoitomalleja ensimmäistä kertaa Suomessa. (Haravuori ym. 2017.) Kyseisen oppaan tietoja on käytetty pohjana tämän kehittämisprojektin aikana luoduissa hoitopoluissa. Haravuoren ym. oppaassa ei ole kuitenkaan tietoa paikallisista palveluista tai käytännöistä, joita on selvitetty tämän kehittämisprojektin soveltavassa osassa.

### 2.3 Tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena on edistää mielenterveys – ja päihdeongelmista kärsivien opiskelijoiden hoitoonohjausta Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa. Tarkoituksena on kartoittaa tietoa nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmista, niiden tunnistamisesta ja hoidosta toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa. Mielenterveyshäiriöistä tässä kehittämisprojektissa paneuduttiin pääosin masennukseen sekä ahdistuneisuuteen/ahdistuneisuushäiriöihin. Päihteiden osalta keskityttiin ainoastaan alkoholiin sekä huumeisiin.

Kehittämiprojektin soveltavan osan tulosten, kirjallisuuskatsauksen, Kaarinan opiskeluterveydenhuollon aiempien käytäntöjen sekä Mielen terveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa – oppaan (Haravuori ym. 2017) pohjalta laadittiin hoitopolut masentuneen, ahdistuneen/ahdistuneisuushäiriöisen sekä päihdeongelmaisen opiskelijan ohjauksen avuksi Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuoltoon. Tässä kehittämissuunnitelmassa hoitopolkuihin sisällytettiin oireiden/sairausten kartoitus oirekyselyjen avulla, hoito opiskeluterveydenhuollossa ja hoitoonohjaus.

### 2.3.1 Kehittämiprojektin kulku, aikataulu ja vaiheet

Kehittämiprojekti on lähtenyt liikkeelle keväällä 2016 ideointivaiheesta (kuva 1). Tämän jälkeen tehtiin esiselvitys, jonka aikana syvennettiin aihetta käsitteleviin tutkimuksiin sekä tausta-organisaatioon. Projektiorganisaation kanssa tehtiin toimeksiantosopimus. Esiselvitysseminaarin jälkeen lähdettiin suunnittelemaan varsinaista projektin ja tutkimuksen toteutusta. Projektiryhmä koottiin ja otettiin mukaan suunnitteluun. Projektiryhmän sekä koko koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilökunnan kanssa käytiin läpi aiheeseen liittyviä ideoita ja tarpeita, jotka otettiin huomioon projektin sisältöä ja tavoitteita laatiessa. Projektiryhmän opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien tapaamiset toteutuivat vähintään puolivuositin. Keväällä 2017 tehtiin projekti- ja tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelman mukaan tarkoituksena oli kerätä kyselytutkimuksen avulla toisen asteen opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajilta ja lääkäriltä tietoa heidän käytännöistä mielen terveys- ja päihdeongelmaisten opiskelijoiden hoidosta ja hoitoonohjauksesta. Pian tutkimussuunnitelman tekemisen jälkeen selvisi, että samaa asiaa oli vastikään selvitetty kansallisesti, jonka vuoksi päädyttiin vaihtamaan tutkimussuunnitelman tavoitetta sekä tiedonkeruumenetelmää (ks. luku 6 Soveltava tutkimus) ja muuttamaan aikataulusuunnitelmaa. Tiedonkeruu toteutettiin ryhmämuotoisina teemahaastatteluinä vuodel 2017 aikana ja haastatteluaineisto analysoitiin vuodenvaihteessa 2017-2018. Aiemman tiedon sekä tulosten pohjalta luotiin hoitopolkuja Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuollon käyttöön. Tulosten raportointi tapahtuu keväällä 2018 aikana.



Kuvio 1. Kehittämiprojektin kulku.

### 3 OPISKELUTERVEYDENHUOLTO

Opiskeluterveydenhuollosta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sen toteutumista ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. Opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä vastaa oppilaitoksen sijaintikunnan perusterveydenhuolto, jonka on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut kokonaisuutena, joko opiskeluterveydenhuollon keskitetyssä yksikössä tai oppilaitoksessa. Vuonna 2011 voimaan tullut asetus (338/2011) velvoittaa terveyskeskuksia järjestämään opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoidon lisäksi myös sairaanhoidon palvelut. Opiskelijoiden terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen sekä terveyttä edistävän sekä sairauksia ehkäisevä toiminnan tulisi muodostaa kokonaisuus, jonka avulla edistetään yksilön opiskelukykyä, terveyttä ja hyvinvointia. Opiskeluterveydenhuollon henkilökunnan tulisi myös olla perehtynyt nuorten sekä nuorten aikuisten kehitysvaiheeseen, terveysongelmiin ja tekijöihin, joilla voi olla vaikutusta opiskelukykyyn. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011; Wiss ym. 2014, 3 & 22; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy muun muassa opiskelijoiden terveyden, hyvinvoinnin ja opiskelukyvyn seuraaminen ja edistäminen, terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen, erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen. Terveyden- ja sairaanhoitopalveluihin sisältyvät suun terveydenhuolto, seksuaaliterveyttä edistävät palvelut sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen, hoito sekä ohjaus jatkohoitoon (Ståhl & Saaristo 2010, 22; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Tässä kehittämissuunnitelmassa keskitytään toisen asteen oppilaitosten opiskeluterveydenhuoltoon, erityisesti ammatillisten opistojen opiskeluterveydenhuoltoon.

### 3.1 Opiskeluhoolto

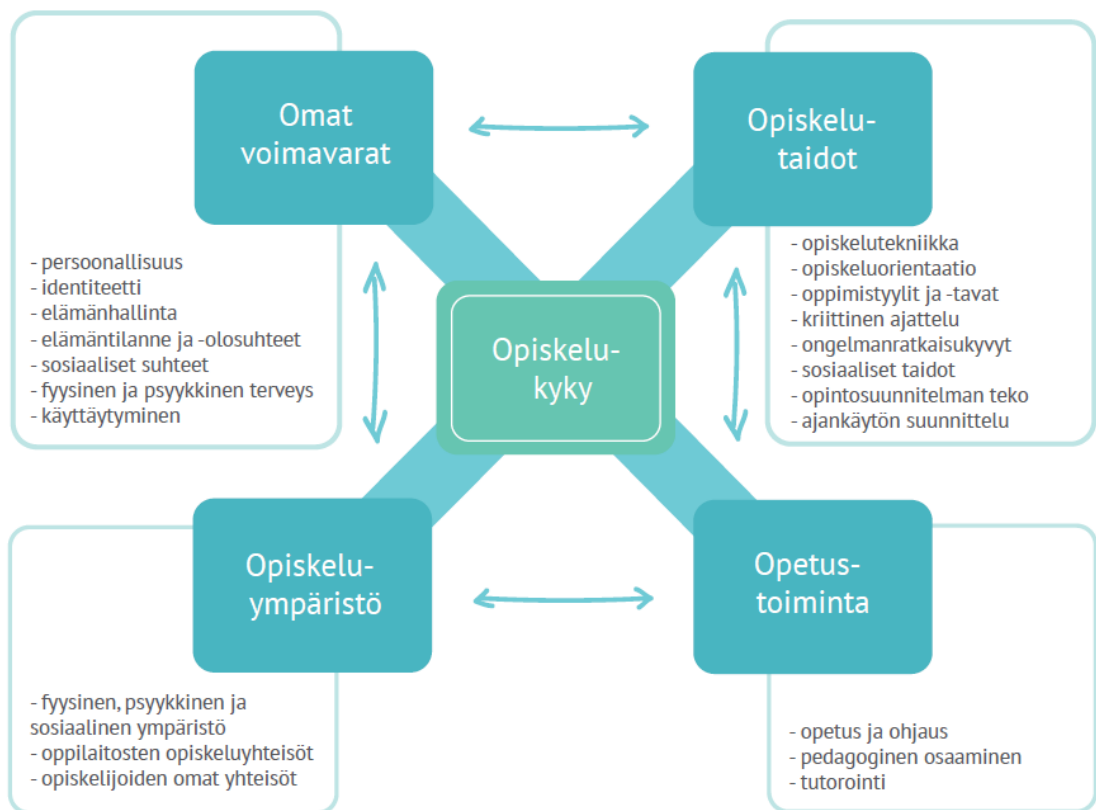
Termi opiskeluhoolto on vuodesta 2014 lähtien korvannut aiemmat termit oppilas- ja opiskelijahuolto. Opiskeluhoollolla tarkoitetaan opiskelijan terveyden, sosiaalisen hyvinvoinnin ja oppimisen edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytysten kehittämistä oppilaitoksessa. Siihen sisältyy koulutuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukaisen opiskeluhoollon sekä opiskeluhoollon palvelut. Opiskeluhoollon palveluita ovat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut sekä psykologi- ja kuraattoripalvelut. Opiskeluhoolto toteutetaan yhteistyössä sosiaali- ja terveystoimen, opetustoimen, opiskelijoiden ja heidän huoltajiensa sekä muiden tarvittavien tahojen kanssa. Opiskeluhoolto säätelevät monet koulutusta, opetusta ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevat lait sekä 1.8.2014 voimaan tullut oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki velvoittaa oppilaitoksia toteuttamaan sekä yksilökohtaista että koko oppilaitosyhteisöä tukevaa yhteisöllistä opiskeluhoolto. Yksilökohtaisella opiskeluhoollolla tarkoitetaan yksittäiselle opiskelijalle annettavia opiskeluterveydenhuollon sekä opiskeluhoollon kuraattori- ja psykologipalveluja sekä monialaista yksilökohtaista opiskeluhoolto. Yhteisöllisellä opiskeluhoollolla tarkoitetaan opiskelijoiden terveyttä, hyvinvointia, oppimista, vuorovaikutusta, sosiaalista vastuullisuutta sekä osallisuutta edistäviä toimia ja toimintakulttuuria. Yhteisöllisen opiskeluhoollon avulla myös edistetään oppilaitosympäristön turvallisuutta, esteettömyyttä ja terveellisyyttä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015; Perälä ym. 2015, 78 & 92.)

Isosompin ym. tutkimuksessa kuvattiin muun muassa ammattiin opiskelevien nuorten opiskeluhoollon palvelujen käyttöä. Tytöt käyttivät opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan palveluja poikia ahkerammin. Tytöt myös kokivat terveydentilansa poikia useammin heikommaksi. Keskimääräistä enemmän opiskeluhoollon palveluja käyttivät nuoret, jotka tupakoivat päivittäin ja/tai kokivat terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi. Tytöistä 24 % ja pojista 16 % oli käyttänyt opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan palveluja kaksi kertaa lukuvuodessa ja 25 % tytöistä ja 10 % pojista kolme kertaa tai sitä useammin. Kuraattorilla oli käynyt vähintään kerran 14 % pojista ja 15 % tytöistä. Psykologilla oli käynyt 5 % opiskelijoista sukupuolesta riippumatta. (Isosomppi ym. 2015.)

### 3.2 Opiskelukyky

Opiskeluterveydenhuollon tehtävänä on tukea opiskelijan hyvää opiskelukykyä sekä ehkäistä koulutuksesta putoamista. Opiskelukykyyn vaikuttavat monet tekijät, jotka on jaoteltu opiskelukykymallissa (kuvio 2) neljään osioon; opiskelijan omiin voimavaroihin, opiskelutaitoihin, opiskeluympäristöön sekä opetustoimintaan. Opiskeluterveydenhuollon tavoitteena on mahdollisimman hyvinvoiva, terve ja opiskelukykyinen opiskelija, joka valmistuu ammattiin ja siirtyy työelämään työkykyisenä. Opiskeluterveydenhuollossa pääpaino on opiskelijan terveydessä, mutta myös opiskelukykyyn ja opiskeluyhteisöön liittyvät asiat on huomioitava kokonaisuutena. (Milén 2014, 13-16.)



Kuvio 2. Opiskelukykymalli (Milén 2014, 13).

Parhaiten opiskelukykyyn päästään vaikuttamaan opiskeluhuollon toimivalla yhteistyöllä. Opiskelijoiden terveyteen ja opiskelukykyyn vaikuttavia tärkeimpiä haasteita nykyajan Suomessa ovat: mielenterveyden ongelmat (20-25 %:lla ikäluokasta), päihteiden runsas käyttö ja siitä seuraavat ongelmat, arjen hallinnan puuttuminen seurauksineen, epäter-

veelliset elintavat etenkin ammattiin opiskelevilla, psykososiaaliset vaikeudet (esimerkiksi yksinäisyys ja näköalattomuus), ongelmien kasautuminen ja ylisukupolvisuus sekä yhteisöllisen terveyden edistämisen vähyys opiskeluympäristössä. (Milén 2014, 18).

### 3.3 Opiskelijoiden terveystarkastukset

”Terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritettua terveydentilan ja toimintakyvyn tarkastusta sekä terveyden edistämiseen liittyvää terveyden tilan selvittämistä” (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammatti-henkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 1484/2001). Lukiossa ja toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa opiskelijalle järjestetään ensimmäisenä opiskeluvuonna terveydenhoitajan tekemä terveystarkastus ja toisena opiskeluvuonna lääkärintarkastus. Lääkärintarkastus toteutetaan jo ensimmäisenä opiskeluvuonna, jos opiskelija on erityisopetuksessa tai hänen terveydentilan ja opiskelukyvyn selvittäminen on tarpeellista opiskelualan vuoksi. Terveystarkastuksessa saadaan kokonaiskäsitys opiskelijan terveydestä ja hyvinvoinnista, sekä erityisesti opiskelukyvystä. Samalla opiskelijaa ohjataan tekemään terveyttä edistäviä valintoja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

Mölläri kuvasi opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien tiedontarpeiden määrittelyä ja tiedonhankintaa ennen opiskelijalle tehtävää terveystarkastusta. Tärkein tiedonlähde oli nykytilaa selvittävät paperiset terveystarkastukset, joiden vastausten perusteella arvioitiin tuen tarvetta. Eri kuntien eroavaisuudet kirjaamistavoissa vaikeuttivat tiedonsiirtoa. (Mölläri 2011,2.) Usein käytössä on myös itse tehtyjä terveystarkastuslomakkeita, joiden sisällössä on suurta vaihtelua. (Kanste ym. 2016, 4-5). Nuorten tyytyväisyys vastaanotokäynteihin on ollut parempaa, kun on käytetty nimenomaan nuorille suunniteltuja työkaluja, kuten heille suunnattuja kyselyjä (Benkert ym. 2007, 103).

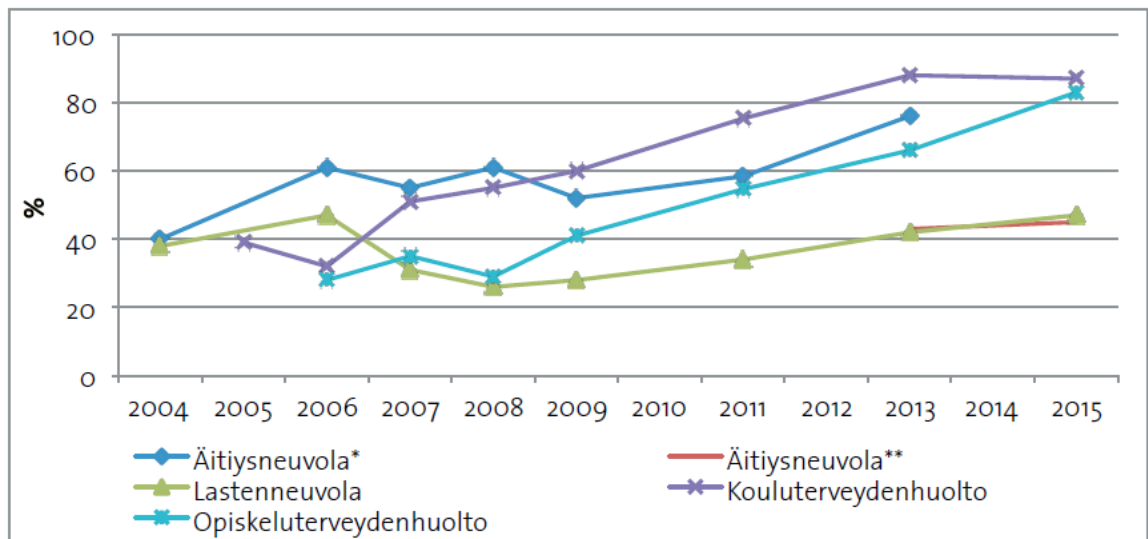
Terveystarkastuksen muuttaminen sähköiseen muotoon toisi terveydenhoitajalle enemmän työaikaa tukea tarvitsevien opiskelijoiden tapaamiseen. Terveydenhoitajien tiedonlähteiden käyttöä tulisi tukea, jotta he tilaisivat kouluterveydenhuollosta vain tilannesidonnaisesti merkittäviä terveystietoja. Tiedonsiirtoa parantamalla saadaan terveystarkastusprosessin kokonaisuus palvelemaan paremmin sekä terveydenhoitajien että opiskelijoiden tarpeita. Terveydenhoitajat ja opiskelijat olisivat halukkaita sähköisten toimintojen kehittämiseksi. (Mölläri 2011,2; Rosenqvist 2014,3.)



### 3.4 Opiskeluterveydenhuollon toteutuminen

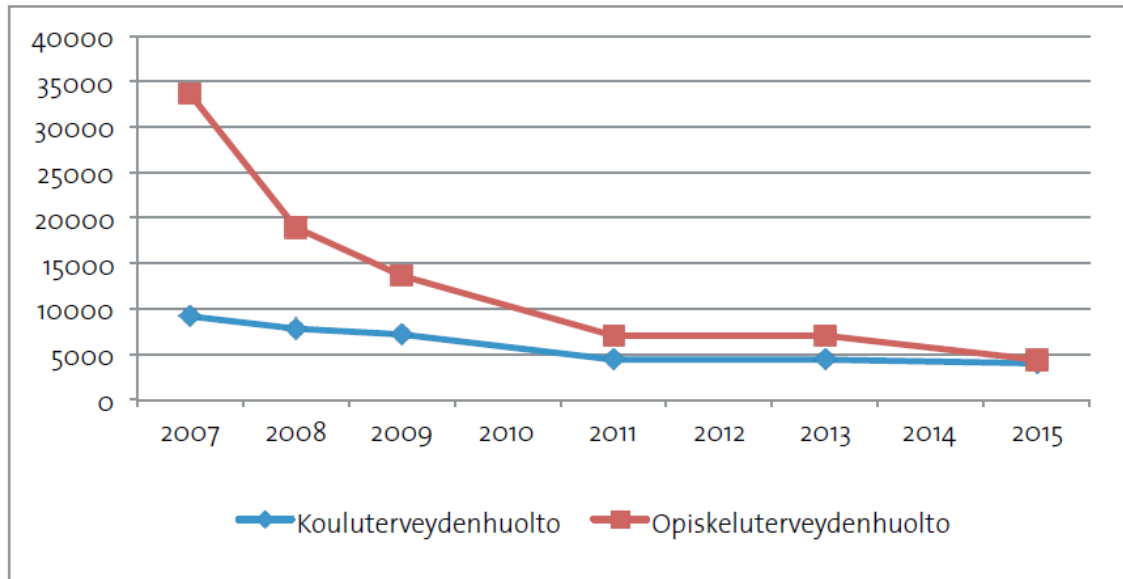
Opiskeluterveydenhuollon toteutumista kunnissa valvovat Valvira sekä aluehallintavirastot. Vuoden 2016 tiedonkeruun tuloksia verrattiin vuosien 2012 ja 2014 tuloksiin, ja niissä havaittiin kokonaisuutena parannusta. Vuonna 2016 terveydenhoitajan tekemät määräaikaiset tarkastukset opiskelijoille toteutuivat hyvin ja lääkärintarkastusten tekemisessä oli tapahtunut myönteistä kehitystä. Suun terveydenhuolto nähtiin edelleen irrallisena kokonaisuutena, joka ei toteudu asetuksen (338/2011) mukaisesti. Ammatillisten opistojen opiskelijoista vain puolelle oli tehty suun terveystarkastus. Kouluterveyskyselyiden tulosten mukaan ammatillisten opistojen opiskelijoilla tiedetään olevan enemmän terveysongelmia ja hyvinvointihaasteita. Huolestuttavana nähtiin edelleen se, että ammatillisten opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto toteutui lukiolaisten opiskeluterveydenhuoltoa huonommin. Opiskeluterveydenhuollon palveluja ei ollut saatavilla kokonaisuutena niin, että samat terveydenhuollon ammattilaiset toimisivat sekä opiskelijan terveyden- että sairaanhoitopalveluissa. (Aluehallintavirasto 2015; Fagerlund ym. 2017.)

Opiskeluterveydenhuollon tavoitteisiin pääseminen edellyttää riittävää henkilöstömitoitusta opiskeluterveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriö on määrittänyt valtakunnalliset suositukset riittävästä henkilöstömitoituksista äitiys- ja lastenneuvolassa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, ja suositusten toteutumista on seurattu vuosien 2004-2015 aikana. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstömitoitussuosituksen mukaan toisen asteen opiskeluterveydenhuollon kokopäivätoimisen terveydenhoitajan vastuualueeseen kuuluu 600-800 opiskelijaa ja kokopäivätoimisen lääkärin vastuualueeseen 2500-3000 opiskelijaa.



Kuvio 3. Terveystenhoitajien henkilöstömitoitussuosituksen kehitys vuosina 2004-2015 (Wiss ym. 2016).

Seurannan tulosten mukaan myönteistä henkilöstömäärän kehitystä on tapahtunut etenkin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien osalta (kuvio 3). Vuonna 2015 terveydenhoitajan henkilöstömitoitus toteutui 81:ssä % ammatillisten opistojen opiskeluterveydenhuollossa. Lääkärikohtaiset opiskelijamäärät ovat pienentyneet huomattavasti seuranta-aikana koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa (kuvio 4). Lääkäreiden työpanoksen lisääntymisestä huolimatta koululääkäreiden mitoitussuositus toteutui vain erittäin harvoin. Lukioiden henkilöstövoimavaratilanne oli vuonna 2015 huomattavasti ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuoltoa parempi, vaikka ammatillisten opistojen opiskelijoilla on enemmän terveyshaasteita. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin, että koulu- ja opiskeluterveydenhuollon mitoituksessa tulisi jatkossa ottaa aiempaa paremmin huomioon opiskelijoiden erityispiirteet ja tarpeet. (Wiss ym 2016.)



Kuvio 4. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäreiden henkilöstömitoituksen/opiskelijamäärien keskiluvut vuosina 2007–2015 (Wiss ym. 2016).

## 4 NUORTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT

### 4.1 Nuoruus kehitysvaiheena

Puberteetin alkaminen käynnistää nuoruusiän kehitysvaiheen. Nuoruusikää ei voida tarkasti määritellä, sillä kehityksen kulku on hyvin yksilöllistä. Nuoruusikä voidaan jakaa karkeasti kolmeen kehitykselliseen vaiheeseen; varhaisnuoruuteen (ikävuodet noin 12-14), keskinuoruuteen (ikävuodet noin 15-17) ja myöhäisnuoruuteen (ikävuodet noin 18-22). Varhaisnuoruudessa korostuvat nopea fyysinen kehitys, sukukypsyuden työstäminen sekä mielialojen ja käytöksen nopeat vaihtelut. Keskinuoruudessa fyysiset muutokset tasaantuvat ja riippuvuus vanhemmista vähenee ja kaveri- sekä seurustelusuhteiden merkitys tulee aiempaa tärkeämmäksi. Myöhäisnuoruudessa käytös ja luonteenpiirteet alkavat vakiintua ja nuori alkaa tiedostaa paremmin omaa arvomaailmaansa ja päämääriään. (Marttunen ym. 2013, 7-8.) Tässä kehittämisprojektissa keskitytään toisella asteella; ammatillisessa opistossa tai lukiossa opiskeleviin nuoriin, jotka ovat iältään vähintään 16-vuotiaita.

Aivot kehittyvät voimakkaasti koko nuoruusiän ajan jatkaen kehitystään vielä aikuisiässä. Tunne-elämän oireet heijastavat kehitysvaiheita. Myöhäisnuoruudessa sekä varhaisessa aikuisiässä korostuvat korkeampien aivotointojen kehitys, joilla on vaikutusta muun muassa tunteiden tunnistamiseen, vaativampaan oman toiminnan suunnitelmalliseen ohjaukseen sekä käyttäytymisen säätelyyn. Aikuisiin verrattuna nuorten aivot ovat selkeästi herkempiä ulkoisten ärsykkeiden kuten päihdeiden, voimakkaan stressin tai psyykkisten traumojen haitallisille vaikutuksille. (Marttunen ym. 2013, 7.)

### 4.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt

WHO:n määritelmän mukaan ”mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan” (World Health Organization 2014). Mielenterveyden häiriöstä tai -ongelmasta puhutaan silloin, kun oireet rajoittavat toimintakykyä ja aiheuttavat yksilölle kärsimystä tai psyykkistä vajaakuntoisuutta. Mielenterveyden häiriöstä puhutaan myös usein käsitteellä psyykkinen häiriö tai ongelma. (Saarniaho 2006.)

Päihteet ovat aineita tai valmisteita, joiden käyttö aiheuttaa väliaikaisia muutoksia yksilön tietoisuuteen, havainnointikykyyn, mielialaan tai käytökseen. Ne saattavat aiheuttaa ihmiselle sosiaalisia ongelmia, sairauksia ja/tai riippuvuutta. (A-klinikkasäätiö 2014.) Päihdehäiriöitä ovat päihteiden väärinkäyttö ja päihderiippuvuus. Päihteiden väärinkäytössä ainakin yksi seuraavista kriteereistä täyttyy: Toistuva päihteiden käyttö fyysisesti vaarallisissa tilanteissa, toistuva kyvyttömyys suoriutua velvoitteista tai päihteen käyttö jatkuu, vaikka käyttäjä olisi aiheuttanut pysyvän tai toistuvan sosiaalisen ongelman. Päihderiippuvuudessa esiintyy ainakin kolme seuraavista kriteereistä: pakonomainen halu päihteen käyttöön, kontrolli käytössä heikentynyt, päihdeestä aiheutuu vieroitusoireita, päihdettä tarvitaan entistä suurempia määriä, päihteen käytöstä on tullut keskeinen sisältö elämään ja/tai haitoista huolimatta päihteen käyttö jatkuu. (Marttunen ym. 2013, 114.)

#### 4.2.1 Mielenterveyshäiriöt nuoruudessa

Nuoruus on keskeinen kehitysvaihe myös aikuisiän elintapojen, terveyden sekä mielen­terveyden häiriöiden näkökulmasta. Usein mielenterveyshäiriöt havaitaan ensimmäistä kertaa nuoruudessa. Tutkimusten mukaan noin 20-25 prosentilla nuorista on jokin mielen­terveyden häiriö. Laajojen väestötutkimusten mukaan noin kolme neljäsosaa aikuisiän mielen­terveyden häiriöistä on alkanut ennen kuin yksilö on täyttänyt 24 vuotta. Mielenterveysongelmat ovat nykyään koululaisten tavallisimpia terveysongelmia. Yleisimmin nuoret kärsivät mieliala-, käytös-, päihde- ja ahdistuneisuushäiriöistä. Samanaikaiset mielen­terveydenhäiriöt ovat yleisiä. (Marttunen ym. 2013, 10-11.)

Masennustilat ovat nuorten ja nuorten mielen­terveyden häiriöistä yleisimpiä. Arvioidaan, että nuorista 15-20 % sairastaa masennusjakson ennen 21 vuoden ikää. Tytöillä ja naisilla masennus on tuplasti poikia ja miehiä yleisempää. Vaikeammat masennusoireet ilmaantuvat ensimmäisiä kertoja useimmiten nuoruusiässä, yleisimmin 15-18-vuotiaana. Masennustilaan liittyy suurentunut riski itsetuhoiseen käytökseen ja itsemurhiin sekä jokin muu mielen­terveyden häiriö, kuten päihde- tai ahdistuneisuushäiriö. (Mäki ym. 2016; Haravuori ym. 2017, 71.)

Ahdistuneisuushäiriöistä kärsii noin 10-15 % nuorista. Tavallisimmin esiintyviä ahdistuneisuushäiriöitä ovat sosiaalisten tilanteiden pelko (=sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö), julkisten paikkojen pelko, paniikkihäiriö ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Tyypillisesti samanaikaisesti nuorella on jokin muu mielen­terveyden häiriö, yleisimmin masennus tai päihdehäiriö. Ahdistuneisuutta kuvataan tunnetilana, joka voi sisältää huolestuneisuutta,

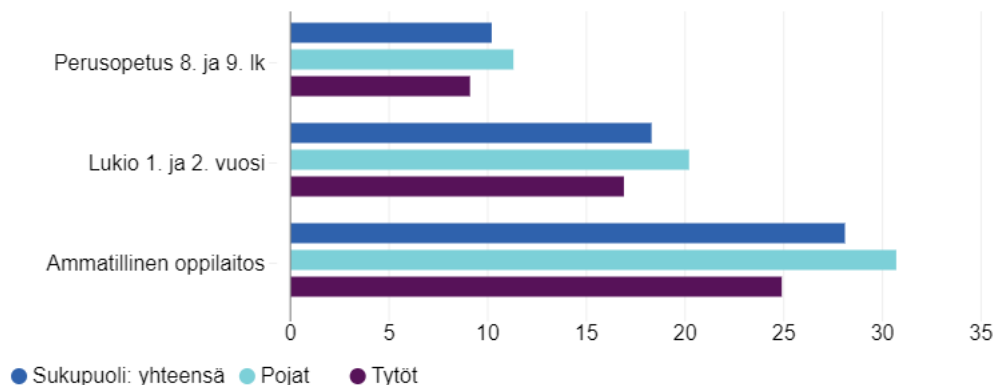
sisäistä jännitystä, pelkoa, levottomuutta tai kokemuksia paniikista. Kyseiset tunnetilat ovat tavallisia kenelle tahansa. Ahdistuneisuushäiriöistä puhutaan silloin, kun näistä tunnetiloista aiheutuu yksilölle selkeää kärsimystä tai toiminnallista haittaa. (Haravuori ym. 2017, 63.)

Kinnusen 10-vuotisen seurantatutkimus muun muassa selvitti nuoren elämästä tekijöitä, jotka olivat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveysoireisiin. Psykosomaattiset oireet nuoruudessa eivät välttämättä vaikuttaneet arkielämässä selviytymiseen, mutta johtivat osalla myöhemmin ongelmiin tai sairastumiseen, jos niihin ei oltu puututtu tarpeeksi ajoissa. Varhaisaikuisuuden mielenterveyttä ennustivat sekä ulkoiset että sisäiset tekijät. Ulkoiset tekijät, kuten psykosomaattiset oireet ja tupakointi, olivat helpommin tunnistettavissa. Sisäisten oireiden havaitseminen taas oli vaikeampaa, jos ei nuori kertonut niistä itse. Sisäisistä tekijöistä varhaisaikuisuuden mielenterveysoireisiin olivat yhteydessä nuoren oma negatiivinen kokemus psyykkisestä terveydestä (esimerkiksi häpeä ja alemmuuden tunne), hallinnan tunteen puuttuminen, huolet ja negatiivinen kokemus vanhempi-suhteista. Jotta nuori ei ajautuisi ratkaisemaan ongelmiaan omin ulospäin näkyvin keinoin, tulisi nuoren saada apua riittävän ajoissa. Nuoren sisäisiä tekijöitä voidaan tunnistaa kysymällä, jos kysyjällä on luottamuksellinen suhde nuoreen sekä taitoa kohdata hänet. Nuorten mielenterveyttä voidaan edistää tukemalla nuoren identiteetin ja persoonallisuuden kehitystä, kannustamalla nuorta ajattelemaan omia arvojaan ja jakamalla hänen tunnekokemuksiaan. (Kinnunen 2011, 6.)

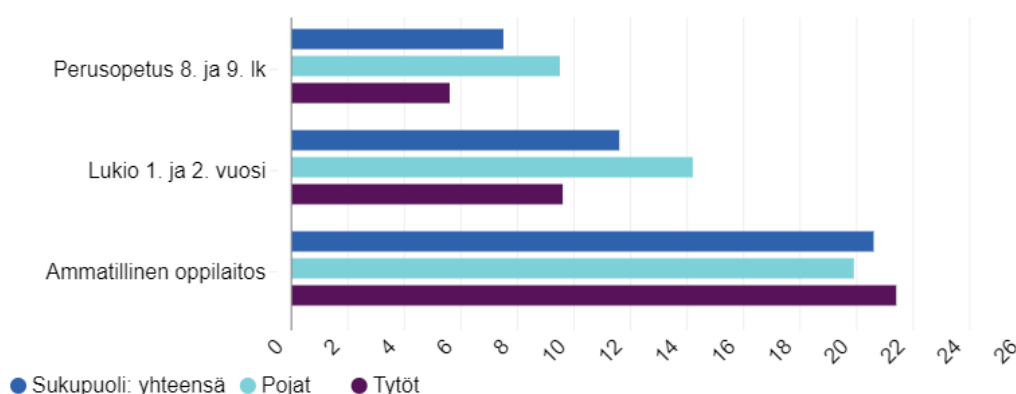
Nuoren sisäistä motivaatiota ja kouluhyvinvointia olisi tärkeää tukea erityisesti haastavien koulutussiirtymien aikana. Pienikin tuki sisäisen motivaation löytymiseen sekä koulumyönteisyyteen saattavat olla ratkaisevia tekijöitä opiskelun jatkumiselle. Vasalammen tutkimustulokset ovat osoittaneet nuorten sisäisen motivaation koulutustavoitteita kohtaan nousevan, jos he ovat siirtyneet taitojaan sekä kiinnostustaan vastaavaan koulutusympäristöön. Erityisesti tämä näkyi peruskoulusta ammattikouluun siirtyneiden osalta. Koulutustavoitteissa edistyminen taas näkyi lukiolaisten kouluhyvinvoinnissa ja vähensi koulu-uupumusta erityisesti lukiolaistytöjen osalta. Niillä, joilla lukioajan koulumenestys oli heikompaa, oli myös enemmän koulu-uupumusta ja opiskeluaika venyi useammin. (Vasalampi 2012, 4 & 51.)

#### 4.2.2 Päihdehäiriöt nuoruudessa

Nuoret kokeilevat päihteitä keskimäärin 12-13-vuotiaana. Tutkimusten mukaan päihdehäiriöt alkavat kehittyä noin 14-15 vuoden iässä ja niistä usein tulee vaikeahoitoisia, pitkäaikaisia ja ne uusiutuvat helposti. Tavallisesti päihdehäiriöstä kärsivä nuori käyttää samanaikaisesti useampia päihteitä. Arviolta viidellä prosentilla nuorista on diagnoosittainen päihdehäiriö, erilaiset päihdeongelmat ovat huomattavasti yleisempiä. Nuoren runsas alkoholinkäyttö ennustaa mielenterveys- ja päihdehäiriöitä myöhemmällä iällä, vaikka käyttö ei täyttäisikään päihteiden väärinkäytön tai -riippuvuuden kriteereitä. Mitä nuorempana alkoholikokeilut alkavat, sitä todennäköisempää on alkoholin suurkulutus aikuisuudessa. Valtakunnallisen kouluterveyskyselyn avulla selvitetään joka toinen vuosi muun muassa nuorten elintapoja ja hyvinvointia. Vuoden 2017 kouluterveyskyselyn mukaan lukion opiskelijoista 16,3 % ja ammatillisen koulun opiskelijoista 21 % joi itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa (kuvio 5). Humalahakuinen juominen oli hieman yleisempää poikien kuin tyttöjen keskuudessa. Yleisesti nuorten alkoholinkäyttö on vähentynyt ja asenteet humalahakuista juomista kohtaan kiristyneet. (Marttunen ym. 2013, 111 & 114; Haravuori & Raitasalo 2017, 1784; Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2018a.)



Kuvio 5. Kouluterveyskysely 2017: Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2018a).



Kuvio 6. Kouluterveyskysely 2017: kokeillut marihuanaa/kannabista ainakin kerran (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b).

Huumausaineiden ja kuntodopingin käyttöä sekä niitä koskevia mielipiteitä tutkittiin Suomessa vuonna 2014. Ajatukset kannabiksen käytöstä ja kokeilusta olivat muuttuneet merkittävästi aiempaan verrattuna. 15-24 -vuotiasta 63 % piti muutaman kerran kannabiskokeilun riskiä korkeintaan vähäisenä. Nuoret aikuiset näkivät päivittäisen tupakoinnin ja viikoittaisen humalajuomisen riskit kannabiksen säännöllistä käyttöä vähäisempinä. Heroiiniin suhtaudutaan edelleen hyvin kriittisesti kaikissa ikäryhmissä. Vuonna 1995 käynnistetty ESPAD-tutkimus (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) tutkii neljän vuoden välein eurooppalaisten 15-16 vuotiaiden nuorten päihteiden käyttöä. Tutkimustulosten mukaan nuorten asenteet kannabiksen käyttöä kohtaan ovat lieventyneet vuosien 1995-2015 aikana. Viimeisin ESPAD-tutkimus on tehty vuonna 2015, jolloin noin 50 % nuorista näki kannabiskokeiluihin liittyvät riskit olemattomina tai hyvin vähäisinä. Myös amfetamiinin ja ekstaasin kokeiluun liittyvät riskit koettiin aiempaa vähäisempinä. Vuoden 2017 kouluterveyskyselyn mukaan kannabista tai marihuanaa oli kokeillut ainakin kerran (kuvio 6) lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista 11.6 % ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 20.6 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b; Hakkarainen ym. 2015, 327; Raitasalo, Huhtanen, & Miekkala 2015.)

Nuorten päihdehäiriöillä on suora yhteys mielenterveyden ongelmiin. Päihdehäiriön omaavista nuorista 60-80 %:lla on samaan aikaan lisäksi jokin muu psyykinen häiriö. Samanaikaisista häiriöistä useimmin esiintyy masennus- ja ahdistuneisuushäiriötä, käytös- ja uhmakkuushäiriötä sekä ADHD:ta. Sitä todennäköisempää psyykinen oireilu on,



mitä aikaisemmin päihteidenkäyttö on aloitettu ja mitä runsaampaa se on. Päihteidenkäytölle altistavia tekijöitä ovat erilaiset käytöshäiriöt ja ADHD. Masennus voi edeltää päihteiden käyttöä, alkaa samanaikaisesti tai tulla päihteiden käytön seurauksena. Kannabiksen käytön on todettu altistavan skitsofreniaan sairastumiselle. (Marttunen ym. 2013, 111; Haravuori & Raitasalo 2017, 1782.)

Runsas alkoholin kulutus vaikuttaa nuoren aivotoimintoihin. Aivomuutosten vakavuus riippuu juomatavasta ja alkoholin määrästä. Haitallista on erityisesti tiheästi toistuvat humalatilat sekä niiden jälkeiset vieroitusoireet tai krapulat. Päihtyneenä nuori on lisäksi alttiimpi tapaturmiin ja riskikäyttäytymiseen, esimerkiksi väkivallan näkemiseen ja kokeamiseen, suojaamattomaan ja harkitsemattomaan seksiin tai ajoneuvon ajamiseen päihtyneenä. Päihteiden käytöllä on myös selvä yhteys koulupoissaoloihin sekä toisen asteen opintojen keskeyttämiseen. Nuorten päihdehäiriöihin liittyy myös huomattava riski itsemurhayrityksille tai itsemurhille. (Marttunen ym. 2013, 111.)

## 5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA

### 5.1 Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistaminen ja arviointi

Merkittävä nuoren psyykkisen sairauden ennustetta parantava tekijä on mahdollisimman aktiivisesti toteutettu hoito mahdollisimman aikaisessa vaiheessa (Mäki ym. 2016, 117). Opiskeluhoito ja opetuksessa työskentelevät aikuiset ovat avainasemassa nuorten mielenterveyshäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa (Marttunen ym. 2013, 13). Mielenterveyshäiriöiden tutkimisessa tärkeintä on arvioida nuoren toimintakykyä. Normaalisti nuori kehittyy koko ajan eteenpäin, vaikka nuoruuteen kuuluukin suvantovaiheita. Hänellä tulisi olla muutama tärkeä ihmissuhde muihin nuoriin sekä aikuisiin. Normaalisti kehittyvä nuori pystyy huolehtimaan omasta terveydestään ja velvollisuuksistaan sekä suoriutuu koulutyöstä ikätasoisesti lievästä oireilusta huolimatta. Huomiota nuoren psyykkiseen vointiin tulisi kiinnittää etenkin, jos toimintakyky on muuttunut aiemmasta. Koulupoissaolojen lisääntyminen, suorituskyvyn lasku ja uudenlaiset ongelmat ihmissuhdeissa viittaavat mielenterveyden häiriöön. Vakavissa mielenterveyden häiriöissä nuoren kehitys ei etene vaiheesta toiseen eikä nuori opi uusia taitoja. (Marttunen ym. 2013, 10-11.)

Psyykkisen sairauden vaikutus toimintakykyyn on aina yksilöllistä. Siihen vaikuttavat psyykkisen sairauden oireiden lisäksi useat psykososiaaliset tekijät. Nuoren psykiatrisen työkyvyn arvioinnissa kartoitetaan nuoren kehitysvaihetta ja psyykkisen oireilun vaikutusta kehitysvaiheeseen, jäljellä olevaa työkykyisyyttä, psykiatrisen häiriön aiheuttamaa työkyvyn heikentymistä sekä kuntoutumisedellytyksiä. Samalla määritellään sairauden vaikeusaste sekä hoitomahdollisuudet. Arvion tekee yleensä lääkäri yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Tietoja tulee kerätä haastatteleamalla nuorta kahden kesken sekä myös nuoren elinpiiristä, esimerkiksi huoltajien, koulun ja viranomaisten taholta. Käyttöoireiden osalta nuoren oma kertomus saattaa olla epäluotettavaa, mutta mielialoi- reita sekä toimintakykyä nuori osaa kuvata yleensä suhteellisen luotettavasti itse. Päih- teiden ongelmakäytön ja sen seurauksena tulleiden haitallisten vaikutusten varhainen tunnistaminen sekä ongelmiin puuttuminen ovat ensiarvoisen tärkeitä päihdeongelmien tai niiden jatkumisen estämiseksi. Puuttuminen ja tukeminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa saattavat ohjata opiskelijan päihdeiden käyttöä ongelmakäytöstä kohti

päihteettömyyttä. (Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014, 1716-1720; Mäki ym. 2016, 171.) Jos opiskelijalla epäillään runsasta ja haittoja aiheuttavaa päihteidenkäyttöä, lääkärin tulee arvioida tilanne. Lääkärin arvioon sisältyy diagnostiikka sekä tarpeen mukaiset laboratoriotestit. (Haravuori ym. 2017, 134.)

### 5.1.1 Arviointi ja hoitoonohjaus oirekyselyjen avulla

Psyykkisen voimien ja päihdekäytön arvioinnin apuna voidaan käyttää erilaisia oirekyselyjä, joiden täyttämisen jälkeen on tärkeää antaa nuorelle mahdollisuus keskustella niistä. Mielialaan liittyvinä oirekyselyinä voidaan käyttää esimerkiksi masennusoirekyselyä (BDI/RBDI, Beckin depressiokysely) tai ahdistusoirekyselyä (GAD-7, General Anxiety Disorder). Päihteidenkäytön arviointiin voidaan käyttää erilaisia täsmäkyselyjä, kuten alkoholinkäytön riskikartoituskyselyä (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test) tai päihdemittaria (ADSUME, Adolescents' Substance Use Measurement). Jos opiskeluterveydenhuollossa herää epäily haittoja aiheuttavasta tai ongelmallisesta päihdekäytöstä tai päihdehäiriöstä, on hyvä tehdä strukturoitu päihdekohtainen haastattelu. Olennaista on arvioida sitä, minkälainen vaikutus psyykkisellä oireilulla on nuoren toimintakykyyn; miten nuori selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan. Psykiatrisen toimintakyvyn kuvaamisen apuna voidaan käyttää esimerkiksi SOFAS-asteikkoa (Social and occupational functioning scale). Psykiatrista toimintakykyä arvioitaessa tulee huomioida nuoren ammattitutkinnon vaatimukset psyykkiselle terveydelle sekä päihteiden käytölle. (Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014, 1716-1720; Mäki ym. 2016, 171; Haravuori ym. 2017, 131.)

Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa yleisimmin käytettyjä kyselyitä opiskelijoille ovat opiskeluterveydenhuollon oma terveystarkastus, mielialakysely RBDI, alakäisten opiskelijoiden kohdalla päihdemittari ADSUME ja täysi-ikäisten kohdalla alkoholinkäytön riskikäyttökysely AUDIT. Kyseisiä kyselyitä käytetään seulontaluonteisesti toisen opiskeluvuoden terveystarkastuksen yhteydessä. Ensimmäisen opiskeluvuoden terveystarkastuksessa opiskelija täyttää vain opiskeluterveydenhuollon oman terveystarkastuksen, joka sisältää psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen, elintapoihin sekä toimintakykyyn liittyviä kysymyksiä. Tarpeen mukaan käytössä on myös muita kyselyitä, mutta käytännössä on työntekijäkohtaista vaihtelua.

Masennusoireita voidaan seuloa hyvin lyhyesti kahdella kysymyksellä masennuksesta (PHQ-2, Patient health Questionnaire): "Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana

olet tuntenut itsesi alakuloiseksi, masentuneeksi tai toivottomaksi? Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana olet kokenut mielenkiinnon puutetta tai vähäistä mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä?” Vastausvaihtoehdot näihin kysymyksiin ovat ei ollenkaan, useana päivänä suurimpana osana päivistä tai lähes joka päivä. Jos opiskelija vastaa yhteenkin kysymykseen suurimpana osana päivistä tai lähes joka päivä, on syytä selvittää mahdollista masennusoireilua tarkemmin. Opiskeluterveydenhuollossa masennusoireiden kartoitukseen voidaan käyttää mielialakyselyjä BDI-21, PHQ-9 (Patient health Questionnaire) ja RBDI, josta kerrotaan seuraavassa kappaleessa tarkemmin. (Haravuori ym. 2017, 73.)

Mielialakysely RBDI on Beckin lyhyemmän kyselyn pohjalta kehitetty väline masennuksen seulontaan sekä hoitoon ohjaamiseen. Kysely on suunniteltu aikuisille sekä nuorille soveltuvaksi. Suomessa RBDI-kysely on ollut käytössä yli kolmekymmentä vuotta ja se on ollut mukana lukuisissa julkaistuissa tutkimuksissa. Suomen opiskeluterveydenhuollossa se on eniten käytetty kysely masennuksen seulonnassa. Tutkimusten perusteella RBDI-kysely on osoittautunut soveltuvaksi menetelmäksi muun muassa koululaisille, opiskelijoille ja vakavaa masennusta sairastaville. Masennukseen liittyvien kysymysten lisäksi kysely sisältää yhden kysymyksen ahdistuneisuudesta. Kyselylomaketta voidaan käyttää esimerkiksi seulontaluonteisesti (ikäryhmätarkastukset), masennuksen seurannassa tai työvälineenä vastaanottotilanteissa puheeksioton helpottamiseksi ja masennusoireiden kartoittamiseksi. Kyselyn täyttämisen jälkeen se pisteytetään, pisteitä voidaan käyttää apuna tilanteen kokonaisarviointissa. Pelkästään pisteiden perusteella ei voida tehdä diagnooseja. Kyselyn pisteiden perusteella, voidaan kuitenkin arvioida jatkohoitoa esimerkiksi opiskeluterveydenhuollossa. Alle 5 pistettä ei johda jatkotoimiin. Pisteet 5-7 viittaavat lieviin masennusoireisiin, tällöin kokonaistilanteen arvio määrittelee jatkoseurannan tarpeen. Pisteet 8-15 viittaavat kohtalaisiin masennusoireisiin ja edellyttävät tilanteen kokonaisarviointia, masennuksen diagnostiikkaa sekä suunnitelmaa hoidolle ja seurannalle. Pisteet 16 tai enemmän viittaavat vakaviin masennusoireisiin, jolloin opiskelija on ohjattava aikailematta lääkärin arvioon. Lisäksi on tarkastettava erikseen vastaus kysymykseen itsensä vahingoittamisesta. Jos opiskelija on vastannut kysymykseen ”minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta” tai ”tekisin itsemurhan, jos siihen olisi mahdollisuus”, täytyy lääkärin arvio järjestää välittömästi. (Mäki ym. 2016, 117-119; Haravuori ym. 2017, 73-74.)

GAD-7 kyselyä voidaan käyttää opiskeluterveydenhuollossa yleistyneen ahdistuneisuushäiriön seulonnassa ja seurannassa. Kysely seuloo muitakin ahdistuneisuushäiriöitä. Pisteytyksessä 0-4 pistettä viittaavat vähäiseen ahdistuneisuuteen, 5-9 pistettä lievään ahdistuneisuuteen, 10-25 pistettä kohtalaiseen ahdistuneisuuteen ja 16-21 pistettä vaikeaan ahdistuneisuuteen. Mahdollisen diagnoosin raja-arvoa pidetään kymmentä pistettä. Toki kyselyä ei voida yksinään käyttää diagnoosin tekemiseen, vaan kokonaistilanne on arvioitava aina. Ahdistuneisuushäiriöiden arviointiin ei ole vielä olemassa kovin vakiintuneita kyselyitä tai niissä saattaa olla lisenssirajoituksia. (Haravuori ym. 2017, 65-66.)

Ahdistuneisuushäiriön oireet voivat näyttäytyä sekä psyykkisinä, fyysisinä että käyttäytymisoireina. Oireet ovat tällöin useimpina päivinä tai lähes päivittäin toistuvia. Psykkisiin oireisiin lukeutuvat paniikki, kauhu, pelkotilat, katastrofi- tai huoliajatukset ja epävarmuus omasta osaamisesta sekä itsestä. Fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi vatsavaivat, päänsäryt, huimaus, pahoinvointi, erilaiset kiputilat, sydämen tykytys, punastuminen, hikoilu tai vapina. Käyttäytymisoireisiin lukeutuvat ahdistavien tilanteiden välttely, turvakäyttäytyminen (hallintakeinot, jotka pidemmällä käytöllä muuttuvat ahdistuneisuutta ylläpitäväksi) sekä päihteiden käyttö. Oireiden vakavuutta arvioitaessa tulisi huomioida kaikki oiretyypit ja niiden toistumisen tiheys sekä kesto. Fyysisten oireiden osalta on tärkeää poissulkea elimellisten sairauksien mahdollisuus. Mahdollisen diagnoosin ja ahdistuneisuushäiriön vakavuusasteen määrittää lääkäri. Jos kyseessä on keskivaikea tai vaikea ahdistuneisuushäiriö tai lievä komplisoitunut ahdistuneisuushäiriö, opiskelija ohjataan erikoissairaanhoidon. (Haravuori ym. 2017, 65.)

AUDIT-kyselyn on kehittänyt Maailman terveysjärjestö (World Health Organization). Kyselyä käytetään liiallisen alkoholin käytön seulonnassa ja sen tavoitteena on seuloa alkoholin riskikäyttäjät mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, motivoida alkoholin käytön vähentämiseen sekä ohjata tarpeenmukaiseen hoitoon. Audit-kysely soveltuu etenkin puheeksiottoon terveystarkatustilanteissa. Kyselyn täyttämisen jälkeen alkoholin käytön riskejä arvioidaan yksilöllistä harkintaa käyttäen esimerkiksi yhteispistemäärän, vastausten sisältöjen ja keskustelun pohjalta. Pistemäärä >5 viittaa alaikäisen kohdalla ongelmalliseen käyttöön. Vähintään riskikäyttöön viittaavat pisteet ovat täysi-ikäisellä naisella >6 ja täysi-ikäisellä miehellä >8. (Mäki ym. 2016, 168-169; Haravuori ym. 2017, 124.)

Nuorten päihdemittari ADSUME on nuorille suunnattu kysely, jonka avulla voidaan arvioida nuoren päihteidenkäyttöä ja käydä päihdeettömyyttä edistävää keskustelua. Sitä suositellaan käytettäväksi seulontamenetelmänä nuorille, erityisesti 8. ja 9. luokkalaisten

terveystarkastuksissa. Yhteenlasketuiden pisteiden perusteella päihdemittarin tulokset voidaan jakaa neljään ryhmään; raittiuteen tai kokeilukäyttöön (alkoholi ja tupakka 0-3 pistettä, muut päihteet 0 pistettä), toistuvaan käyttöön/huumekokeiluihin (alkoholi ja tupakka 4-6 pistettä, muut päihteet 1-5 pistettä), riskikäyttöön (alkoholi ja tupakka 7-12 pistettä, muut päihteet 6 pistettä) sekä vaaralliseen suurkulutukseen (alkoholi ja tupakka 13 pistettä tai enemmän, muut päihteet 7 pistettä tai enemmän). Riskikäyttöön saattaa liittyä vaara toleranssin kasvulle sekä haitallisia seuraamuksia. Vaaralliseen suurkulutukseen liittyy merkittäviä nuoren terveyttä ja kehitystä vaarantavia riskejä. Hoitoonohjaukseen löytyy ohjeita varhaisen puuttumisen toimintakaaviosta (liite 2) ja intervensiosuosituksista (liite 3). (Mäki ym. 2016, 171-17; Haravuori ym. 2017, 125.)

Pirskasen tutkimuksessa testattiin nuorten päihdemittari ADSUME:n luotettavuutta (vertailukohteena käytettiin AUDIT-kyselyä) sekä arvioitiin varhaisen puuttumisen toimintamallin soveltuvuutta päihteettömyyden edistämiseksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Tämän lisäksi verrattiin nuorten ja terveydenhoitajien tunnistamia päihteiden käytön taustatekijöitä. Tutkimustulosten mukaan Nuorten päihdemittarilla tunnistettiin raittius, kokeilukäyttö, toistuva päihdekäyttö ja riskikäyttö samalla tavalla AUDIT:n kanssa, vaarallista suurkulutusta tunnistettiin kuitenkin paremmin Nuorten päihdemittarilla. Vaarallinen suurkulutus oli yhteydessä äidin alhaiseen koulutustasoon, vanhempien puutteelliseen huolenpitoon, ystävien tukeen sekä vähäiseen päihdetietouteen. Terveydenhoitajan tunnistivat näitä tekijöitä puutteellisesti, kun kyseessä oli päihteitä suurkuluttava nuori. Terveydenhoitajat arvioitiin luotettaviksi asiantuntijoiksi. Lähes 25 % nuorista oli halukkaita vähentämään päihteidenkäyttöä, mutta terveydenhoitajan tuki oli muutoksessa vähäistä. Nuorten päihdemittari osoittautui luotettavaksi. Tulosten perusteella tehtiin varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteidenkäyttöön. (Pirskanen 2011, 3.)

Ahola ym. (2014) tutkivat mielenterveyssyistä työttömien 18-34 -vuotiaiden aikuisten taustoja. Suurella osalla tutkittavista oli vaikea-asteinen sairaushistoria, hankalat elinolot lapsuudessa, matala koulutustaso ja vain vähän työkokemusta. Noin kolmasosalla ei ollut lainkaan ammatillista tutkintoa. Joka kolmannella oli maininta terveystarkastuksissa haitallisesta päihteidenkäytöstä ja itsemurhaa oli yrittänyt viidesosa tutkittavista. Useimmilla oireilu oli alkanut jo kouluiässä. Tutkimustulosten valossa pääteltiin, että nuorten aikuisten työkyvyttömyyden ehkäisy on aloitettava mahdollisimman varhain. Aikaisessa vaiheessa tunnistettu hoidon tarve sekä matalan kynnyksen kokonaisvaltainen tuki esimerkiksi neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta, saattavat ehkäistä nuorten

aikuisten syrjäytymistä. Työssäkäynti tai opiskelu ovat terveyttä edistäviä tekijöitä. Nuorten aikuisten kohdalla aiempaa nopeammin käynnistyvä palveluprosessi voisi nopeuttaa työ- ja opiskelukyvyn palautumista. Heille tarjottavaan tukeen tulisi sisällyttää opiskelussa auttavia ja työelämään pääsyssä helpottavia elementtejä. Tuen tulisi olla tehostetua etenkin silloin, jos nuorella on päihdeongelma, psyykkisiä sairauksia ja mahdollisesti lisäksi somaattisia sairauksia. (Ahola ym. 2014, 3441-3447.)

## 5.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriön hoidon järjestäminen

STM ja THL toteuttivat vuonna 2015 tutkimuksen mielenterveys- ja päihdetyön järjestämisestä, menetelmistä ja yhteistyöstä kunnallisessa opiskeluterveydenhuollossa toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa Suomessa. Jotta opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan, tulisi opiskeluterveydenhuollon sekä muiden matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja olla tarjolla riittävän kattavasti ja riittävän hyvin resursoituina. Puutteita on havaittu etenkin sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisessä. Mielenterveyshäiriöiden hoidossa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi verkkopohjaista potilasohjausjärjestelmää. Nuorille suunnattuja terveyspalveluita tulisi olla tarjolla useilla eri palveluita tarjoavilla tahoilla ja saatavuuteen olisi tärkeää kiinnittää huomiota. Opiskeluterveydenhuoltoa olisi tarvetta brändätä ja vahvistaa esimerkiksi tuomalla opiskeluterveydenhuollon palveluvalikoima kokonaisuudessaan selkeästi esille. (Kuosmanen ym. 2010, 2701; Kanste ym. 2016, 4-5; Kekkonen 2016, 9.)

Vuonna 2014 tehdyn selvityksen mukaan Suomessa 90 prosentilla terveyskeskuksista oli opiskelijan mielenterveysongelmien selvittämiseen yhteiset periaatteet tai kirjallinen käytäntö hoitoketjuista. Terveyskeskuksista 32 prosentilla oli sopimus erikoissairaanhoidon kanssa kirjallisesta konsultaatioavusta. Opiskeluterveydenhuollon kautta opiskelijoiden mielenterveyspalvelut olivat saatavilla 86 %:ssa ja päihdepalvelut 88 %:ssa terveyskeskuksista. Alle puolet terveyskeskuksista (44 %) oli tehnyt yhteisen kirjatun käytännön moniammatilliseen opiskeluhuoltotyöhön liittyen. (Wiss ym. 2014, 25.)

Yksilöohjauksella pystytään tukemaan nuoren psyykkistä ja fyysistä terveyttä, jos nuoren psyykkisen tuen tarve osataan ensin tunnistaa (Gampetro, Wojciechowski & Amer 2012, 23). Opiskeluterveydenhuollossa mielenterveyttä ja päihdeongelmia seuloviin menetelmiin ei ole vakiintunutta käytäntöä, se tulisi järjestää valtakunnallisesti. Puutteita on to-

dettu myös mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvissä kirjauskäytännöissä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Opiskeluterveydenhuollon lääkärit ja terveydenhoitajat kokevat osaamisvajetta ja koulutustarvetta erityisesti opiskelijoiden ahdistuneisuushäiriöihin, käytöshäiriöihin ja epäsosiaaliseen oireiluun, peli- ja nettiriippuvuuteen, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöihin sekä autismiin ja muihin neuropsykiatriisiin häiriöihin liittyen. (Kanste ym. 2016, 4-5.)

Nuorten mielenterveyshäiriöiden hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä muissa palvelujärjestelmissä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ydintehtäviin kuuluu mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen. Lievempien mielenterveyshäiriöiden hoito voidaan toteuttaa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Useat tekijät osoittavat, että opiskeluterveydenhuollon hoitajien on tärkeää olla mukana nuoren masennuksen diagnosoinnissa ja hoidossa. Erikoissairaanhoidosta perustasolle siirryttäessä mielenterveysongelmista kärsivä nuori putoaa herkästi hoidon piiristä. Kouluterveydenhuolto saattaisi olla terveyskeskusta luontevampi jatko- hoitopaikka. Palvelupolkujen tulisi olla selkeitä nuoren näkökulmasta. Nuorella korostuu tarve luottamukselliseen hoitokontaktiin, hoidossa tarvitaan kuitenkin moniammatillista yhteistyötä. Mielenterveyden tukemiseen voidaan käyttää monenlaisia ammattilaisia, mutta erikoissairaanhoidon lähetteen tekemiseen tarvitaan aina lääkäri. Nuoren samanaikaisen psyykkisen ja somaattisen sairastamisen hoito vaatii siihen perehtyneitä lääkäreitä myös perusterveydenhuollon puolelle. Nuorisolääkärit voivat parantaa merkittävästi nuoren psykiatrisen hoidon kokonaisuutta. (Lazenby 2011, 33; Hermansson ym. 2015.)

Jos nuoren mielenterveydenhäiriö vaikuttaa pitkäaikaiselta, on hyödyllistä kertoa nuorelle psyykkisten rajoitusten mahdolliset vaikutukset työssä käymiseen. Käytännönläheinen ammattiopiskelu saattaa olla sopivampi vaihtoehto mielenterveyskuntoutujalle, jolla on heikentynyt oppimiskyky. Alan soveltuvuuden arvioimiseksi nuori voidaan tarvittaessa ohjata Kelan kuntoutukseen koulutuskokeilujaksolle. Ohjaamisessa tulisi varmistua siitä, että nuoren voimavarat riittävät kyseiseen opiskeluun ja että kuntoutujan toimintakyky riittää vastaamaan tulevan työn vaatimuksia. (Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014, 1716-1720.)

Nieminen (2017) tutki koulutusta osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta, Koulutuksen on todettu edistävän mielenterveyskuntoutujien työllistymistä sekä integroitumista yhteiskuntaan. Mielenterveyskuntoutujat kuitenkin kohtaavat usein hankaluuksia opiskelussaan psyykkisten sairauksiensa vuoksi. Heidän opiskeluaan edesauttoivat hyvä hoitotasapaino, koulutuksen sopiva ajoitus suhteessa kuntoutumisvaiheeseen,



opiskelun tavoitteellisuus, siihen sitoutuminen sekä motivaatio. Opiskelua edistäviä mielenterveyskuntoutuksen tuen muotoja olivat tukea antava ja ammattilaisapua tarjoava ympäristö sekä sisäisten voimavarojen vahvistaminen. (Nieminen 2017, 7-8.) Valikoidut ennaltaehkäisevät menetelmät (esimerkiksi erilaiset ryhmäinterventiot) tulisi kohdistaa eniten tukea tarvitseville opiskelijoille, jotka ovat motivoituneita vastaanottamaan avun sekä kokevat menetelmät itselle ajankohtaisiksi (Koskinen 2010, 3-4).

### 5.2.1 Masennuksen hoito opiskeluterveydenhuollossa

Lievän tai keskivaikean masennuksen hoito voidaan aloittaa opiskeluterveydenhuollossa, mikäli siihen ei liity merkittävää itsetuhoisuutta tai muuta sairastavuutta. Masennusoireiden vakavuuden ja mahdollisen itsetuhoisuuden lisäksi hoidossa on otettava huomioon oireilun kesto, oireiden aiheuttama vaikutus toimintakykyyn, opiskelijan ikä, kehitystaso sekä perhetilanne. Hoidon tulee olla tiivistä ja määrämittaista; esimerkiksi noin 2-3 kuukautta ja viikoittain tapaamisina. Hoidolle tulee asettaa tavoite ja siihen pääsemistä on seurattava. Tavoite voi olla esimerkiksi oirekyselyn pisteiden lasku tai konkreettinen muutos arkielämässä. Määrämittaisen hoidon jälkeen tilanne arvioidaan uudelleen. (Haravuori ym. 2017, 77.)

Hoidon aikana opiskelijaa tuetaan kokonaisvaltaista hyvinvointia lisääviin tekoihin ja käytökseen; sopivaan liikuntaan, lepoon, ravitsemukseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen kannustetaan. Seuraavia psykososiaalisia keinoja voidaan käyttää mahdollisuuksien mukaan opiskeluterveydenhuollossa masennuksen hoidossa: psykoedukaatio, tukea antavat keskustelukäynnit (terveydenhoitajalla, psykologilla tai psykiatrisella sairaanhoitajalla), keskustelukäynnit depressiohoitajalla, yksilökohtaiset menetelmät (esimerkiksi interpersonaalinen ohjaus), kuormituksen vähentäminen, verkkopohjaiset oma-apu ohjelmat tai omahoidot (MoodGYM, hyvän elämän kompassi Headstead, Mielenterveystalon omahoito tai nettiterapia täysi-ikäisille), ryhmämuotoiset menetelmät (esimerkiksi depressiokoulu) tai täysi-ikäisten kohdalla lääkehoito. Jos kyse on vakavammasta masennuksesta, opiskelija ohjataan erikoissairaanhoidon lääkärin läheteellä. (Haravuori ym. 2017, 77.)

### 5.2.2 Ahdistuneisuushäiriön hoito opiskeluterveydenhuollossa

Lievien ahdistusoireiden, lievän tai komplisoitumattoman ahdistuneisuushäiriön hoitoa voidaan toteuttaa opiskeluterveydenhuollossa. Hoito tulee toteuttaa suunnitellusti tavoitteineen ja aikatauluineen. Hoidon tulee olla tiivis ja määrämittainen. Jo suunnitteluvaiheessa huomioidaan oireilun kesto ja vakavuus sekä niiden vaikutus toimintakykyyn, välttämisoireiden laajuus, perheen ja muiden läheisten vaikutus. Hoitajakson jälkeen tilannetta arvioidaan uudestaan ja sovitaan jatkon seurannan toteuttamisesta tai muutoksista hoidossa. (Haravuori ym. 2017, 63-64.)

Opiskeluterveydenhuollossa voidaan käyttää ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon esimerkiksi seuraavia psykososiaalisia menetelmiä: Psykoedukaatio, tukea antava keskusteluhoito ja kognitiiviset työmenetelmät (terveydenhoitajalla, psykologilla tai psykiatrisella sairaanhoitajalla), kuormituksen vähentäminen, verkkopohjaiset omahoito-ohjelmat (esimerkiksi Otetta opiskeluun tai Jännä juttu), Mielenterveystalon omahoito-ohjelmat (esimerkiksi Paniikin omahoito, Ahdistuksen omahoito, Tyyni hyväksyvä tietoinen läsnäolo) tai nettiterapiat (yleistyneen ahdistuneisuushäiriön nettiterapia tai paniikkihäiriöisen nettiterapia, ryhmämuotoiset menetelmät (esimerkiksi Jännittäjä-ryhmät) tai täysi-ikäisten kohdalla lääkehoito (17-18 vuotiaat vain erikoislääkärin tai -sairaanhoidon konsultaation pohjalta). Ahdistuneisuuden lievittämiseen on hyvä opettaa erilaisia yksilölle sopivia keinoja esimerkiksi dialektisen käyttäytymisterapian menetelmien pohjalta. Oireiden ollessa vakavia, opiskelija ohjataan erikoissairaanhoidon. Vaikka hoito olisikin muualla, hoidon toteutumisen ja hoitovasteen seurannan tulee tapahtua opiskeluterveydenhuollossa aika-ajoin. (Lindeman 2015; Haravuori ym. 2017, 68.)

### 5.2.3 Päihdehäiriön hoito opiskeluterveydenhuollossa

Nuorten päihdehoidossa olennaista on käsitellä nuorten ongelmat kokonaisvaltaisesti. Muut mielenterveyshäiriöt tulee hoitaa asianmukaisesti. Riskikäyttäytyminen ja riskitilanteet tulisi minimoida ja huomioida myös niiden seurausten hoito. Perhe tulisi ottaa mahdollisuuksien mukaan hoitoon ja huomioida ystävapiirin merkitys nuorelle. Tavoitteena päihdehoidossa on joko päihteiden käytön vähentäminen tai lopettaminen. Nuorille ensisijaisista on aina psykososiaalinen hoito, lääkehoitoon ryhdytään vain erityistapauksissa. (Haravuori ym. 2017, 133.)

Toisella koulutusasteella tulisi olla luotuna oppilaitoskohtainen päihdeohjelma, josta on tiedotettu opiskelijoita. Päihdeohjelmassa tulisi olla kuvattuna sovitut käytännöt, kuten opiskeluterveydenhuollon päihdetoimintamalli. Päihdetoimintamallin tulisi selkeyttää huolen arvioimista, intervention, seurannan ja yhteistyön toteutumista. Etenkin toisella asteella päihdeongelmaisen opiskelijan ympärille olisi hyvä koota monialainen asiantuntijaryhmä, jos opiskelija vain antaa siihen luvan. Monialainen asiantuntijaryhmä saattaa helpottaa esimerkiksi suunnittelua opiskelujen etenemisen suhteen. (Haravuori ym. 2017, 133.)

Nopeasti esimerkiksi opiskeluterveydenhuollossa käyttöön otettavia hoitokeinoja ovat puheeksiotto, päihteiden käytön arviointi ja seuranta, voimavarojen kartoitus sekä mini-interventio. Varsinainen hoito voidaan aloittaa opiskeluterveydenhuollossa, mikäli opiskelijalla on todettu maksimissaan päihteiden riskikäyttö tai lieviä haittoja aiheuttava päihteidenkäyttö. Jos kyseessä on alkoholin liikakäyttö, voidaan harkita myös nettiterapiaa. Hoidolle asetetaan aina käytännöllinen tavoite, joka sisältää muutoksen päihteidenkäyttöön sekä sovitaan hoidollisia käyntejä tarpeen mukaan. Soveltuva päihdeinterventio valikoidaan opiskelijan päihteiden käytön tason perusteella. Interventioiden tausta-ajatukseksi on aina motivoiva työote sekä keskustelu. (Haravuori ym. 2017, 132-134.)

Raittiille tai päihdekokeiluja tehneelle opiskelijalle voidaan toteuttaa voimavaroja vahvistava interventio. Siinä pohditaan satunnaisten kokeilujen syitä ja annetaan raittiudesta positiivista palautetta. Keskusteluun sisällytetään tietoa alkoholin kertakäyttömääristä ja määrien vaikutuksista, omia selviytymiskeinoja päihteistä kieltäytymiseen, tietoa tilaneraittiudesta (esimerkiksi opiskelun, työn tai ajoneuvolla ajon aikana). (Haravuori ym. 2017, 133.)

Päihteitä toistuvasti käyttävälle opiskelijalle voidaan toteuttaa preventiivinen mini-interventio. Preventiivisessä mini-interventiossa otetaan päihteidenkäyttö puheeksi, opiskelija arvioi itse tilannettaan, jota pohditaan tilannetta opiskelijan kanssa yhdessä empaattisesti, mutta suorasanaisesti. Opiskelijaa rohkaistaan muuttamaan käyttäytymistään ja keskustelua käydään voimaannuttavasta päihteettömästä toiminnasta, joka tuottaa hyvää oloa. Keskustellaan yleisesti päihteidenkäytöstä, esimerkiksi joukkoharhasta, jos nuori arvioi muiden käyttävän alkoholia selvästi enemmän. Annetaan opiskelijalle materiaalia harkinnan mukaan, Päihdelinkin nuorten nettisivuihin olisi hyvä tutustua yhdessä. Opiskelijan kotiin ollaan tarpeen mukaan yhteydessä, alaikäisten kohdalla perustellen ja , täysi-ikäisten kohdalla opiskelijan luvalla. Jos kyseessä on vähäinen tain kokeileva päihteidenkäyttö, seuranta tavanomaisten terveystarkastusten aikana on riittävää. Jos

taas päihteidenkäyttö aiheuttaa lievää huolta, sovitaan seurantakäyntejä tarpeen mukaan. (Haravuori ym. 2017, 133.)

Riskikäyttäjille toteutetaan mini-interventio, päihteiden riskikuluttajan lyhytneuvonta RAAMIT (taulukko 1). Riskikuluttajalla päihteidenkäyttö on huolta herättävää, mutta siitä ei ole ehtinyt aiheutumaan mainittavia haittoja. Mini-interventio on tutkitusti vaikuttava hoitomuoto alkoholin riskikuluttajalle ennen riippuvuuden kehittymistä. Mini-interventiossa ilmaistaan terveydenhoitajan tai lääkärin huoli opiskelijan päihteidenkäytöstä ja keskustellaan tilanteesta sekä sen vakavuudesta. Opiskelijalle annetaan tilaan kertoa oma arvio tilanteesta ja muutoshalukkuudesta. Opiskelijaa neuvotaan ja motivoidaan tarpeen mukaan. Opiskeluterveydenhuollon lääkäri tekee arvion hoidon tarpeesta sekä seurannasta. Yhteistyöhön otetaan mukaan opiskeluhuoltoa opiskelijan luvalla, opintojen edistymistä ja mahdollisia koulupoissaoloja seurataan. Alaikäisten opiskelijoiden kohdalla tehdään harkinnan mukaan lastensuojeluilmoitus ja ollaan yhteistyössä lastensuojeluviranomaisen kanssa, etenkin jos nuori ei sitoudu hoitoon. Myös alaikäisen huoltajiin ollaan yhteydessä, luvalla myös täysi-ikäisen opiskelijan omaiseen. Seurantakäynti sovitaan terveydenhoitajalle tilanteesta riippuen 2-6 viikon päähän. Terveydenhoitaja infoaa sekä konsultoi jatkoon sujumisesta opiskeluterveydenhuollon lääkäriä. Tarpeen mukaan lääkärille varataan jatkossa uusi aika esimerkiksi diagnostista uudelleen arviota varten. (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2015; Haravuori ym. 2017, 133.)

Taulukko 1. Raamit-lyhytneuvonta (Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2015).

<b>Rohkeus (self efficacy)</b>	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen.
<b>Alkoholitietous (feedback)</b>	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin.
<b>Apu (advice)</b>	Avustetaan päätöksessä vähentää juomista tai lopettaa se.
<b>Myötätunto (empathy)</b>	Suhtaudutaan potilaaseen lämpimästi, reflektioivasti, empaattisesti ja ymmärtävästi.
<b>Itsemääräämismvastuu (responsibility)</b>	Potilaan on itse päätettävä vähentää juomistaan.
<b>Toimintaohjeet (menu)</b>	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi.

Jos opiskelijalla on vakavaa haittaa aiheuttavaa päihdekäyttöä, hänet ohjataan jatkohoittoon erityistason päihdehoitoa tarjoavaan yksikköön opiskeluterveydenhuollon lääkärin arvion jälkeen. Vakavasta haitasta aiheutuvasta päihdekäytöstä puhutaan, kun henkilöllä on joko päihdehäiriö, vieroitusoireita ja itsetuhoisuutta/muu mielenterveydenhäiriö tai riskikäyttö, johon ei ole saatu hoitovastetta kohtuullisessa ajassa (esimerkiksi opiskeluterveydenhuollon interventiot eivät ole olleet riittäviä). Jatkohoitoon voidaan ohjata alueen käytäntöjen mukaan A-klinikalle, nuorisoasemalle, katkaisuhoidon, laitoshoidon tai mielenterveys- ja päihdepalvelujen yksikköön. Ammattiin opiskelevilla arvioidaan käytännön opiskeluun liittyvät työturvallisuusriskit, joista tiedotetaan tarvittaessa koulutuksen järjestäjälle. Toiminta tulee perustella huolellisesti opiskelijalle. Päihteitä suurkuluttavalla nuorella on usein vääristynyt käsitys päihteiden käytön haitallisuudesta, runsaan päihdekäytön haittoja on tärkeä perustella. Vaikka opiskelijan hoito toteutuisi muualla, opiskeluterveydenhuollossa seurataan sen etenemistä ja toteutumista, hoitoonohjauksen jälkeen sovitaan kontrollikäynti opiskeluterveydenhuoltoon. Lastensuojeluilmoitus tehdään aina, jos opiskelija on alaikäinen tai hänellä on omia alaikäisiä lapsia. Yhteistyötä tehdään mahdollisuuksien mukaan opiskelijan läheisten, opiskeluhoollon, lastensuojelun sekä jatkohoitotahon kanssa. Tarvittaessa järjestetään verkostokokouksia. Yhteistyöhön vaaditaan kuitenkin opiskelijan lupa (lukuun ottamatta yhteydenpitoa huoltajiin ja lastensuojeluun opiskelijan ollessa alaikäinen). Etuusmuodoista päihdekuntoutus ja kuntoutusraha ovat ensisijaisia nuorten päihdesairauksissa. Kun päihdehoito on vakiintunut, voidaan harkita ammatillista kuntoutusta. Tämä edellyttää psyykkisen sairaustilanteen aiheuttamaa vajaakuntoisuutta. (Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014, 1716-1720; Haravuori ym. 2017, 133-134.)

## 6 SOVELTAVA TUTKIMUS

### 6.1 Soveltavan tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymys

Soveltavan tutkimuksen tarkoituksena oli perehtyä mielenterveys- ja päihdetyötä tarjoavien yksiköiden toisen asteen opiskelijoille tarjottuihin palveluihin sekä yhteistyökäytäntöihin toisen asteen opiskeluterveydenhuollon kanssa.

Tavoitteena on edistää mielenterveys- ja päihdeongelmaisten opiskelijoiden hoitoa opiskeluterveydenhuollossa yhteistyössä alueen mielenterveys- ja päihdetyötarjoavien yksiköiden kanssa.

#### Tutkimuskysymykset

Minkälaisia ja kenelle suunnattuja mielenterveys- ja päihdepalveluja opiskeluterveydenhuollon yhteistyökumppanit tarjoavat?

Minkälaista yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjoavat yksiköt voisivat tehdä opiskeluterveydenhuollon kanssa niin, että hoitopolku olisi opiskelijan kannalta mahdollisimman sujuva?

### 6.2 Soveltavan tutkimuksen menetelmät

#### 6.2.1 Teemahaastattelu

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastatteluita, jotka toteutettiin asiantuntijoiden ryhmähaastatteluina. Ryhmämuotoisia teemahaastatteluita tehtiin yhteensä neljä kappaletta neljässä eri mielenterveys- ja päihdetyön palveluja tuottavassa yksikössä vuoden 2017 kevätlukukauden aikana. Haastatteluihin osallistui 5-12 asiantuntijaa per haastattelu. Haastattelut toteutettiin tutustumiskäyntien yhteydessä. Tutustumiskäynnit tehtiin projektiryhmän kanssa mielenterveys- ja päihdetyön palveluja tarjoavien yhteistyökumppanien työtiloihin. Yhteistyökumppaneiksi valikoitui neljä projektiryhmän valitse-

maa mielenterveys- ja tai päihdetyön palveluita tarjoavaa yksikköä. Yksiköiden vähimmäisvalintakriteereihin lukeutuivat palvelujen tarjoaminen kunnan toisen asteen opiskelijoille, toiminnan jatkuvuus, yksikön helppo saavutettavuus sekä opiskeluterveydenhuollon henkilökunnan tiedon puute yksikön toiminnasta ja yhteisistä käytännöistä. Yksiköiden nimiä ei mainita tässä raportissa tietosuojan vuoksi, koska yksi yksiköistä toivoi, ettei sen nimeä mainittaisi julkisissa raporteissa tai esityksissä. Opiskeluterveydenhuollolle esitettävässä materiaalissa nimet kuitenkin saa mainita.

Teemahaastattelua ja ryhmähaastattelua pidetään hyvinä menetelminä tutkimusavusteisissa kehittämishankkeissa. Ryhmähaastattelun aikana asiantuntijoiden on mahdollista luoda yhteistä keskustelukulttuuria sekä sopia yhteisistä käytännöistä, vaikka se ei olisi-kaan tutkijan pääasiallinen tavoite. (Vilka 2015, 126.) Teemahaastattelua pidettiin sopivana tiedonkeruumenetelmänä, koska haastattelutilanne haluttiin pitää keskustelumaisena ja yhteistyötä edistävänä. Teemahaastattelussa haastattelijalla pitää huolta, että kaikki ennalta ajatellut aihepiirit saavat vastauksen ja tilaa jää keskustelulle sekä mahdollisten lisäkysymysten esittämiselle halutusta aiheesta. Strukturoidut kysymykset rajaisivat kysymykset hyvin tarkoiksi, mikä saattaisi supistaa tiedon saantia. Teemahaastattelussa haastattelijalla on ennakkotietoa tutkittavasta aihealueesta ja hän kykenee niiden avulla laatimaan etukäteen keskustelun aihealueet eli teemat. Haastattelijalla pitää huolen, että kaikki teeman aihealueet tulee keskustelun aikana käytyä läpi. Haastattelijalle aihealue oli tuttu, koska haastattelijalla on itse opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitaja ja on yhdessä projektiryhmän kanssa pohtinut, mihin asioihin toivotaan lisätietoa. Teemahaastattelun apuvälineeksi luotiin miellekartta käsiteltävistä aihealueista. Miellekartta koetaan hyväksi apuvälineeksi teemahaastattelussa, koska siitä on helppo tarkistaa nopealla silmäyksellä missä kohtaa haastattelua ollaan menossa (Aaltola & Valli 2015, 29 & 37-38; Kananen 2014, 77.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei päämääränä ole tilastollinen yleistys, vaan tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan ilmiölle mielekäs tulkinta. Asiantuntijahaastattelussa kiinnostuksen kohteena on asiantuntijalla oletettavasti olevat tiedot. Haastatellut asiantuntijat valikoituvat esimerkiksi heidän ammatillisen asemansa perusteella, tutkimuksen kohteena ei tällöin ole asiantuntija itse. Asiantuntijoilta kerätään tietoa tutkittavasta ilmiöstä, prosessista ja/tai käytännöistä. Olennaista on, että tiedonkeruun kohteilla on tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon kokemusta tai tietoa. (Ruusuvuori, Nikander, Hyvärinen (toim.) 2010, 373-374; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Teemat valikoitiin yhdessä projektiryhmän

kanssa. Teemoiksi valikoituivat aihealueet, joista projektiryhmä halusi jokaisen yksikön kohdalla tietoa tai tarkennusta aiempiin tietoihin. Teemat olivat: yhteystiedot, asiantuntijat, palveluiden käyttäjät, palvelut yksilöille, palvelut ryhmille, sähköiset palvelut, kustannukset ja yhteistyötavat.

Teemahaastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelu koettiin sopivaksi, koska tietoa haluttiin mahdollisimman monelta yhteistyökumppanilta/asiantuntijalta. Useamman asiantuntijan tapaaminen kerralla helpottaa yhteisistä käytännöistä sopimista sekä edesauttaa verkostoitumista. Ryhmähaastattelussa oli tässä tapauksessa etuna muun muassa se, että samaan aikaan saatiin tietoja usealta henkilöltä ja ryhmäläiset pystyivät auttamaan muistinvaraisissa asioissa. Ryhmässä haastateltavat saattavat olla rennompia ja luovempia. Toisaalta ryhmässä dominoivat henkilöt voivat yrittää ohjata keskustelun suuntaa myös aiheen kannalta väärään suuntaan. (Hirsjärvi 2009, 210-211.)

### 6.2.2 Haastatteluaineiston analyysi

Haastatteluiden toteuttamisen jälkeen äänitetty materiaali litteroitiin. Litteroinnin aikana kirjattiin ylös vain tutkimusongelman kannalta olennaiset asiat. Keskeisten asioiden löytämisen apuna käytettiin haastattelun avuksi luotua miellekarttaa käsiteltävistä aihealueista (liite 1). Litteroinnin jälkeen aineisto järjesteltiin teemoittain. Analysoitavasta aineistosta löytyivät samat teemat kuin teemahaastattelun runkona käytetystä miellekartastakin. Käytetyt teemat olivat yhteystiedot, asiantuntijat, palveluiden käyttäjät, palvelut yksilöille, palvelut ryhmille, sähköiset palvelut, kustannukset ja yhteistyötavat.

Analyysin toteutuksessa hyödynnettiin koodausta värien avulla, eri teemoihin liittyvät asiat merkittiin tekstinkäsittelyssä eri väreillä. Koodaamista tehtiin, koska se helpottaa aineiston käsittelyä ja auttaa hahmottamaan tutkimuskannalta keskeisimpiä asioita. Koodit, tässä tapauksessa värikoodit, auttavat poimimaan tekstistä nopeasti tiettyyn teemaan liittyviä asioita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

### 6.3 Tulokset

Raportissa esitellään haastattelun tulokset yleisluontoisesti, anonymiteettiä suojaten. Tulokset ovat jaoteltu teemoittain. Haastatteluiden aikana projektiryhmä pääsi samalla



tutustumaan yhteistyökumppaneiden työtiloihin, mikä osaltaan madaltaa työntekijän kynnystä ohjata palvelujen tarpeessa oleva opiskelija näiden palvelujen piiriin. Yhteistyön lisääntymistä opiskeluterveydenhuollon ja yksiköiden välillä sekä henkilökunnan tiedon- saantia, voidaankin pitää käytännöllisesti merkittävänä tuloksena.

### **Yhteystiedot ja yhteydenottotavat**

Yhteystietoja ei tässä raportissa mainita anonymiteetin suojaamiseksi. Yksiköiden yhteystiedot ovat selkeästi esillä heidän internetsivuillaan. Jokaiseen yksikköön opiskelija, opiskelijan läheinen tai työntekijä saa ottaa yhteyttä puhelimitse. Joissakin yksiköissä on mahdollisuus myös sähköiseen yhteydenottoon, esimerkiksi sähköpostin, Facebookin tai yksikön nettisivujen kautta. Yhteen yksikköön on mahdollisuus tulla ilman edeltävää yhteydenottoa tiettyinä ajankohtina. Yhden yksikön lääkäripalvelut vaativat lähetteet yleislääkäriltä. Muiden yksiköiden palveluihin ei tarvita minkäänlaista lähetettä.

### **Asiantuntijat**

Jokaisessa yksikössä työskentelee sairaanhoitajia, useimmiten psykiatrisia sairaanhoitajia. Yhtä yksikköä lukuun ottamatta, kaikissa yksiköissä työskentelee lääkäri tai lääkäreitä. Lääkärit ovat usein vaihtuvia. Useimmiten yksikön lääkärit ovat psykiatriaan erikoistuneita, tai ainakin mielenterveys- ja päihdeongelmiin perehtyneitä. Yksiköissä työskentelee lisäksi psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, sosiaaliterapeutteja nuorisotyöntekijöitä, päihdeterapeutteja, perheterapeutteja, depressiohoitaja sekä vapaaehtoisia.

### **Palveluiden käyttäjät**

Kolmen yksikön palvelut on tarkoitettu sekä mielenterveys – että päihdeongelmien hoitoa tarvitseville. Näistä kahdessa yksikössä hoitoon pääsyn edellytyksenä on päihdeongelma tai jokin muu riippuvuus. Yhden yksikön palvelut on tarkoitettu tietynlaista, tarkemmin määriteltyä lyhytaikaista mielenterveyspalvelua tarvitseville. Jokaisen yksikön palvelut on tarkoitettu ikäryhmille, joita toisen asteen opiskelijat edustavat. Yhdessä yksikössä asiakkailta vaaditaan täysi-ikäisyyttä, jonka vuoksi 16-17 -vuotiaat opiskelijat jäävät kyseisen palvelun ulkopuolelle.

## **Palvelut yksilöille**

Jokainen yksikkö suunnittelee yksilön kannalta tarpeenmukaisen hoidon. Yksiköiden tarjoamia palveluja mielenterveys ja/- tai päihdeongelmista kärsiville yksilöille ovat keskusteluapu, tukikäynnit, riippuvuuksien hoito, riippuvuuksiin liittyvien mielenterveysongelmien hoito, mielenterveys- ja päihdeongelmien lääkehoito ja seuranta, päihdeongelman katkaisuhuolto ja vieroitushoito, opiaattikorvaushoito, apua päihdeettömän elämän hallintaan, työtoiminta, psykososiaalinen tuki, psykoterapia, päihdearviointit, erilaiset tukihoidot, yksilö-, perhe-, pari tai verkostotapaamiset muiden ammattilaisten kanssa, apu laitoshoitoon tai kuntoutukseen hakeutumisessa, apu virastoasioiden hoidossa, kriisiapu, auttava puhelin, kotona tapahtuva tuki, erilaiset yksilölle suunnitellut valmennukset, arjenhallinnan ja opiskelukyvyn tukeminen.

## **Palvelut ryhmille**

Jokaisella yksiköllä on tarjolla myös ryhmämuotoisia palveluja mielenterveys ja/- tai päihdeongelmista kärsiville sekä heidän läheisilleen. Palvelut vaihtelevat yksiköstä riippuen. Ryhmämuotoisia palveluja ovat erilaiset ryhmähoidot (vaihtelevat aiheet), vertaistukiryhmät, avoimet kohtaamispaikat, järjestettävät tapahtumat, päivätoiminta sekä vaihtuviin hankkeisiin liittyvä toiminta.

## **Sähköiset palvelut**

Jokainen yksikkö tarjoaa vähintään tiedollista apua internetsivujensa kautta. Yksiköiden sivuilla on yleistietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä linkkejä mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyville internetsivustoille, joissa on itsehoito-ohjeita ja ohjeita hoitoon hakeutumiseen. Yhdellä yksiköllä on yksilöohjauksena toteutuvia riippuvuuden hoito - kursseja verkossa. Yhdellä yksiköllä on mahdollisuus keskusteluapuun sekä vertaistukeen verkon kautta.

## Kustannukset

Kolmen yksikön palvelut ovat opiskelijalle täysin maksuttomia, jos heidän kotikuntansa on tehnyt yksiköiden kanssa palvelusopimuksen. Jos palvelusopimusta ei ole, voidaan kunnalta hakea maksusitoumusta. Yhden yksikön palvelut ovat muuten maksuttomia, mutta lääkärivastaanotoista peritään maksu täysi-ikäiseltä opiskelijalta. Lääkkeet ovat jokaisen yksikön kohdalla maksullisia, apua maksuihin voi hakea sosiaalipalvelujen kautta.

## Yhteistyötavat

Jokaisen yksikön ja opiskeluterveydenhuollon välille sovittiin konsultaatiomahdollisuus. Sovittiin, että opiskeluterveydenhuollon työntekijä voi olla yhteydessä kehen tahansa yksikön asiantuntijaan puhelimitse tai sähköpostitse. Yhteystiedot annettiin opiskeluterveydenhuollolle. Kaksi yksikköä tarjosi myös koulutuksia mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyen opiskeluterveydenhuollon henkilökunnalle. Jokaisen yksikön kanssa sovittiin mahdollisuudesta ”saattaen vaihtoon”. ”Saattaen vaihdolla” tarkoitettiin sitä, että yksikön työntekijä voidaan kutsua opiskeluterveydenhuoltoon vastaanottokäynnille mukaan esittelemään palveluja opiskelijalle tai opiskeluterveydenhuollon työntekijä voi tulla mukaan opiskelijan ensimmäiselle käynnille yksikköön. Opiskelijan tietojen siirtämiseen suullisesti opiskeluterveydenhuollon ja yksiköiden välillä tarvitaan aina opiskelijan lupa ja opiskelijan on oltava tilanteessa paikalla. Opiskelijan kirjallisten potilastietojen siirtämiseen opiskeluterveydenhuollon ja yksiköiden välillä tarvitaan aina opiskelijan allekirjoittama lupa. Sovittiin lisäksi, että verkostopalavereihin kutsutaan mukaan herkästi myös opiskeluterveydenhuollon henkilökuntaa, jos asiat liittyvät opiskelijan opiskelukykyyn.

### 6.4 Hoitopolut ja eteneminen projektin jälkeen

Haastatteluaineiston analyysin ja tulosten kokoamisen jälkeen koottiin yhteen tiedot soveltavan tutkimuksen tuloksista, kirjallisuuskatsauksesta, aiemmista hoitoonohjausmenetelmistä opiskeluterveydenhuollossa sekä Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa – oppaasta (Haravuori ym. 2017). Koottujen tietojen pohjalta laadittiin hoitopolut ahdistuneen/ahdistuneisuushäiriöisen (liite 4), masentuneen (liite 5) sekä päihdeongelmaisen opiskelijan ohjauksen avuksi Kaarinan toisen asteen

opiskeluterveydenhuoltoon (liite 6). Liitteenä löytyvät hoitopolut ovat pohja opiskeluterveydenhuollon sähköisille hoitopoluille, jotka tulevat olemaan käytettävissä opiskeluterveydenhuollon käyttämän potilastietojärjestelmän kautta. Nämä sähköiset hoitopolut sisältävät lisätietoja lihavoitujen tekstien kohdalta. Hoitopolut ohjaavat opiskeluterveydenhuollon työntekijää kohta kohdalta tilanteissa, jolloin vastaanotolle tulee opiskelija, jolla on mielialaongelmia, kuten ahdistuneisuutta tai masennusta tai mahdollista päihteidenkäyttöä. Hoitopolut ohjaavat arvioimaan tilannetta käyttäen apuna erilaisia standardoituja kyselylomakkeita, joiden vastausten pohjalta hoitopolut ohjaavat valitsemaan aina tilanteen mukaisen seuraavan vaiheen.

## 7 ARVIOINTI JA POHDINTA

### 7.1 Soveltavan tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tutkimuskäytäntö edellyttää, että tutkittavat ovat antaneet suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen, kun heille on edeltävästi annettu ymmärrettävästi kaikki oleellinen tieto tutkimukseen osallistumisesta. Suostumuksen on tapahduttava vapaaehtoisesti ja niin, että tutkittava on ymmärtänyt mihin hän on osallistumassa. Tutkimustietojen käsittelyssä olennaista on luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Anonymiteetti on sitä tarkempaa, mitä arkaluontoisemmasta asiasta on kysymys. Tutkimustulokset tulee esitellä mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti tutkittavien anonymiteettiä suojaten. Tutkimusaiheen tulisi olla eettisesti oikeutettu, eli aiheen tutkimisen syy tulisi olla perusteltua, etenkin jos tutkimusaihe tai tutkittavat ovat kovin arkaluontoisia tai haavoittuvia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.) Haastateltaviin yksiköihin oltiin yhteydessä etukäteen sekä puhelimitse että sähköpostitse, ja heille annettiin kaikki oleellinen tieto tutkimukseen osallistumisesta. Puhelujen ja/tai sähköpostien sisällöt ohjautuivat yhdeltä yksikön työntekijältä muille työntekijöille, jotka osallistuivat ryhmähaastatteluihin. Ennen haastattelujen alkua käytiin vielä läpi, mitä ollaan tekemässä. Eräs yksikkö toivoi, ettei yksikön nimeä mainittaisi julkisissa esittelyissä tai raporteissa. Yksikkö ei kokenut kuitenkaan haittana sitä, jos tulosten perusteella joku pystyisi selvittämään, mistä yksiköstä on kysymys. Yksikkö myös antoi luvan käyttää nimeään opiskeluterveydenhuollolle suunnatuissa esittelyissä ja siellä käyttöön otettavissa hoitopoluissa sekä niihin liittyvässä perehdytyksessä. Varsinaiset tulokset ovat pääosin julkista tietoa, eivätkä siis sisällä arkaluontoista asiaa. Yhden yksikön anonymiteettitoiveen vuoksi päädyttiin kuitenkin siihen, että julkisissa esityksissä ja raporteissa ei mainita yksikköjen nimiä, vaan tulokset esitellään yleisellä tasolla.

Tutkimuksen reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että tulosten tulisi olla tarkkoja. Toistettaessa tutkimus tulosten tulisi olla samanlaisia. Tämän vuoksi tutkimusta tehtäessä on oltava koko ajan erittäin tarkka sekä kriittinen, virheiden mahdollisuus tulee eteen kaikissa vaiheissa. Tutkijan on myös tärkeää osata tulkita tulokset oikein ja käyttää analysointiin vain sellaisia menetelmiä, jotka hän hallitsee hyvin. (Heikkilä 2014, 28.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa esimerkiksi työn tarkka suunnittelu, valittu metodi, selkeä tutkimusasetelma sekä tutkimusprosessin toteutus tieteen sääntöjen mukaisesti. Tutkimus tulee dokumentoida tarkasti ja valintojen tulisi olla perusteltuja. Yleisinä laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä pidetään tutkimuksen vahvistettavuutta, dokumentaatiota, tulkinnan ristiriidattomuutta, luotettavuutta tutkitun kannalta sekä saturaatiota. Vahvistettavuus voidaan todentaa esimerkiksi luetuttamalla aineisto henkilöillä, jotka ovat antaneet haastattelut, jos vain haastateltavat vahvistavat tulkinnat oikeiksi. Aineistojen tulkinnoista saattaa löytyä eroja, etenkin teemahaastatteluiden kohdalla. Tulkinnan oikeellisuudesta voidaan varmistua sillä, että toinen tutkija pääsee aineiston teemoittelussa samaan lopputulokseen. Saturaaatiolla eli kylläntymisellä tarkoitetaan sitä, että eri tietolähteiden tutkimustulokset alkavat toistumaan. ((Likitalo & Rissanen 1998, 71; Kananen 2014, 150-153.)

Tässä kehittämissuunnitelmassa luotettavuuteen on pyritty huolellisella suunnittelulla, dokumentaatiolla sekä toteuttamalla tutkimusprosessi tieteen sääntöjen mukaisesti. Valittu metodi on koettu sopivaksi, koska teemahaastattelun avulla ajateltiin saada haluttuihin aihealueisiin vastaukset rajaamatta keskustelua kuitenkaan liian tiukaksi. Esimerkiksi yhteistyökuvioiden selvittäminen olisi vaikeaa, jos kysymykset olisivat kovin rajattuja. Ryhmahaastattelu valittiin siksi, että haluttiin tiedot mielellään kaikilta yksikön työntekijöiltä, ja samalla haluttiin luoda yhteistyötä yksiköiden ja opiskeluterveydenhuollon välille.

Tutkimuksen validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoituskin mitata. Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa sisältää toimivan tutkimusasetelman, oikean kohderyhmän ja tulkinnan paikkansapitävyyden. Toistettavuus laadullisessa tutkimuksessa on hankala toteuttaa. Luotettavuuteen ja pätevytyteen on saattanut vaikuttaa esimerkiksi tutkimusajankohta, aineiston määrä ja laatu tai tutkijan oma asiantuntemus. (Likitalo & Rissanen 1998, 71-73.)

Tämän kehittämissuunnitelman soveltavan tutkimuksen luotettavuuteen ja pätevytyteen on saattanut vaikuttaa kaikki edellisessä lauseessa mainitut tekijät. Tutkimusajankohtaan liittyen esimerkiksi tulevat muutokset, kuten suunnitteilla oleva SOTE-muutos on saattanut vaikuttaa yhteistyökuvioista sopimiseen haastateltavien kanssa. Aineistoksi on valittu vain muutama projektiryhmän mielestä olennaisimmiksi koettu opiskelijoille mielenterveys- ja päihdetyön palveluja tarjoava yksikkö, joten tutkimus ei suinkaan anna kuvaa kaikista paikallisista palveluista. Haastatellut yksiköt kuitenkin koettiin tärkeiksi, koska opiskeluterveydenhuollon henkilökunnalla oli osaamisvajetta hoitoonohjauksessa kysei-

siin yksiköihin eikä yhteisistä käytännöistä oltu sovittu. Haastateltavien antama tieto koettiin laadukkaaksi, koska he olivat ainoat ihmiset, joilta voitiin saada tarvittavat tiedot esimerkiksi suunnitteilla olevista tukiryhmistä tai yhteistyökuvioista sopimiseksi, vaikkakin yksiköiden yleistä informaatiota oli vapaasti saatavilla myös internetistä.

## 7.2 Kehittämiprojektin arviointi

Opinnäytetyön aiheeksi tulisi valita sellainen aihe, jonka perusteet opiskelija tuntee ja aikaisemmat opinnot ovat aihealuetta tukevia. Uusi aihe saattaa olla opiskelijalle turhan työläs. (Kananen 2014, 29.) Kyseinen aihe on itselleni tuttu, sillä työskentelen itse toisen asteen ammatillisen opiston opiskeluterveydenhuollossa, jossa opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmat vievät suurimman osan työajastani

Aihe on ajankohtainen, mielestäni tärkeä ja koettiin opiskeluterveydenhuollossa erittäin tarpeelliseksi. Kuten jo aiemmin on todettu, mielenterveyden häiriöt ovat nykyään nuorten tavallisimpia terveysongelmia ja ne heikentävät opiskelukykyä merkittävästi. Nuoren mielenterveys- ja päihdeongelmat saattavat muodostua hyvin pitkäkestoiksi ongelmiksi ja vaikeuttaa työelämään pääsyä sekä yhteiskuntaan sopeutumista. Merkittävin nuoren syrjäytymistä ennustava tekijä on opiskeluista putoaminen. Opiskeluterveydenhuollon kehittämissohjelman 2014-2018 mukaan psyykkisten sairauksien hoitopolkuja on kehitettävä ja niiden toimivuus varmistettava käytännössä. (Marttunen ym. 2013, 10-11; Heilä, Blomgren & Vainiemi 2014; Milén 2014, 3 & 27.)

Kaarinan toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa ei ollut minkäänlaisia paikallisia hoitopolkuja mielenterveys- ja päihdetyöhön ja niitä oli kaivattu jo vuosia, joten kehittämissprojektin tuotos vastasi suoraan työntekijöiden tarpeeseen, ja työntekijöiden lisääntyneen ohjausosaamisen välityksellä myös opiskelijoiden tarpeeseen. Opiskeluterveydenhuollon työntekijät kokevat mielenterveys- ja päihdetyön osaamisessa puutetta ja hoitopolkujen puuttuminen on tullut esille monessa käänteessä käytännön työssä. Sovittuja käytäntöjä oli olemassa peruskoulun opiskeluterveydenhuollon puolella, mutta niitä ei voitu soveltaa täysi-ikäisten tai ulkopaikkakuntalaisten opiskelijoiden kanssa, joihin suurin osa Kaarinan toisen asteen opiskelijoista lukeutuvat. Sovittujen käytäntöjen puuttuminen nimenomaan toiselle asteelle kuormitti työntekijöitä ja hidastaa opiskelijoiden hoitoonohjausta.

Projektipäällikön asiantuntijuus kehittyi kehittämisprojektin aikana monin tavoin. Epävarmuuden ja muutosten sietokyky kehittyi muun muassa kehittämisprojektien aikana tapahtuneiden suunnitelmien muutosten myötä. Kehittämisprojektin sekä tutkimuksen tekemisen vaiheet tulivat käytännössä tutuiksi. Asiantuntijuus ennestään jonkin verran tutusta aihealueesta laajentui ja antoi työkaluja suoraan käytännön työelämään. Projektien vetäjänä toimiminen oli minulle uutta ja antoi aivan uudenlaisen näkökulman projektien tekemiselle. Aikataulujen pitämisessä oli aika ajoin haasteita, ja se opettikin tekemään tarkempia, mutta joustavampia suunnitelmia mahdolliset muutokset huomioon ottaen. Kehittämisprojekti toi lisää kehittämistä, -taitoa sekä rohkeutta kehittämistyöhön työelämässä.

Opinnäytetyön tutkimusprosessi noudattaa aina samankaltaista kaavaa. Prosessi alkaa siitä, että halutaan ymmärtää ja ratkaista jokin kiinnostuksen kohteena olevaan ilmiöön liittyvä ongelma. Ilmiön ongelmallistaminen auttaa jakamaan tutkimuksen järkevästi eteneväksi prosessiksi. Tutkimusongelmat muokataan tutkimuskysymyksiksi, joihin selvitetään vastaukset aineistojen avulla. Aineistona voidaan käyttää valmiita aineistoja tai kerätä ne tutkimusmenetelmästä riippuvaisella tiedonkeruumenetelmällä. Kerätty aineisto analysoidaan analyysimenetelmällä ja analyysin lopputuloksena pyritään saamaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Kananen 2014, 27-28.)

Tämän kehittämisprojektin prosessiin tuli alkuperäisen tutkimussuunnitelman jälkeen muutoksia, kun alunperin asetettuihin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset kesken kehittämisprojektin julkaistun Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa -oppaasta (Haravuori ym. 2017). Kyseiseen oppaaseen oli koottu laajasti tutkimuksiin ja käytännön työn kokemuksiin perustuvaa tietoa mielenterveys- ja päihdetyön menetelmistä, joita ei ollut järkevää lähteä selvittämään enää uudestaan opiskeluterveydenhuoltojen henkilöstölle suunnatun kyselytutkimuksen avulla. Muutosten ja uuden tutkimussuunnitelman jälkeen tämän kehittämisprojektin prosessi noudatti pitkälti edellä mainittua kaavaa. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmien sijasta soveltavan tutkimuksen osiossa selvitettiin paikallisten mielenterveys- ja päihdeyksikköjen tarjoamia palveluja, joista Haravuoren ym. oppaassa ei ollut tietoa.

Mielestäni soveltavan tutkimuksen tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset ja kehittämisprojektin tavoitteet saatiin täytettyä melko hyvin. Tutkimuskysymyksillä haluttiin selvittää minkälaisia ja kenelle suunnattuja mielenterveys- ja päihdepalveluja opiskeluterveydenhuollon yhteistyökumppanit tarjoavat ja minkälaista yhteistyötä mielenterveys- ja päihde-



palveluja tarjoavat yksiköt voisivat tehdä opiskeluterveydenhuollon kanssa niin, että hoitopolku olisi opiskelijan kannalta mahdollisimman sujuva. Vastaukset mainittuihin kysymyksiin saatiin jokaiselta yksiköltä ja jokaisessa vaiheessa otettiin huomioon erityisesti se, miten hoitopolku olisi opiskelijan kannalta mahdollisimman sujuva. Varsinainen kehittämistyö työyksikössä on kuitenkin vasta alkamassa. Hoitopolut on tarkoitus ottaa käyttöön kevään 2018 aikana. Hoitopolut ja niiden käyttöönotto käydään läpi yhdessä opiskeluterveydenhuollon henkilöstön kesken. Kokemuksia hoitopolkujen käytöstä käydään läpi viimeistään syksyllä 2018 ja niitä muokataan tarpeen mukaan. Syksyllä 2018 tehdään hoitopoluista opiskelijoiden saataville oma versio, joka julkistetaan mahdollisesti opistojen nettisivuilla sekä yhdistetään opiskelijan oppaisiin. Tarkoituksena on luoda lähivuosien aikana hoitopolkuja myös muihin mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyen. Yhteistyötä yhteistyökumppaneiden kanssa on tarkoitus jatkaa muun muassa varmistamalla yhteistyökäytäntöjen ajankohtaisuutta aika ajoin ja osallistamalla mahdollisuuksien mukaan verkostopalaveriin. Tutustumiskäyntien yhteydessä kaksi yhteistyökumppania tarjosi opiskeluterveydenhuollolle mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä koulutuksia, joihin pyritään osallistumaan taloudellisten rajoitteiden puitteissa.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 4. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ahola, J.; Joensuu, M.; Mattila-Holappa, P.; Tuisku, K.; Vahtera, J. & Virtanen, M. 2014. Mielen-terveysyistä työkyvyttömiä aikuisten tausta. Alkuperäistutkimus. Suomen lääkirilehti 50-52/2014 vsk 69.

Aluehallintavirasto 2015. Tiedotteet 2015. Viitattu 3.10.2016 & 4.1.2018 <https://www.avi.fi/web/avi/-/opiskeluterveydenhuollon-toimivuus-opiskelijan-terveys-hyvinvointi-ja-opiskelukyky-seminaari-vaasassa-20-4-2015-ja-tampereella-27-4-2015-lansi-ja-sisa#.V IBm CLQ2w>.

Ammattiopisto Livia 2018. Peimarin KKY. Viitattu 3.1.2018 <http://livia.fi/fi/content/peimarin-kky>.

Benkert, R.; George, N.; Tanner, C.; Barkauskas, V.; Pohl, J. & Marszalek, A. 2007. Satisfaction with a school-based teen health center: a report card on care. Pediatric Nursing, volume 33(2):103-109, March/April 2007.

Fagerlund-Jalokinos, S.; Kolimaa, M.; Koskinen, H. & Wiss, K. 2017. Opiskeluterveydenhuollon toteutuminen terveyskeskuksissa. Tutkimuksesta tiiviisti 2, tammikuu 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Gampetro, P.; Wojciechowski, E. & Amer, K. 2012. Life Concerns and Perceptions Of Care in Adolescents with Mental Health Care Needs: A Qualitative Study In a School-Based Health Clinic. Pediatric Nursing, Volume 38(1): 23–30, January/February 2012.

Hakkarainen, P.; Karjalainen, K.; Ojajärvi, A. & Salasuo, M. 2015. Huumausaineiden ja kuntodopingin käyttö ja niitä koskevat mielipiteet Suomessa vuonna 2014. Yhteiskuntapolitiikka 80 (4): 319–333.

Haravuori, H.; Muinonen, E.; Kanste, O. & Marttunen, M. 2017. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Haravuori, H. & Raitasalo, K. 2017. Nuorison päihteidenkäytön trendit 2000-luvulla. Lääkirilehti 34/2017 vsk 72.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Heilä, H.; Blomgren, J. & Vainiemi, K. 2014. Nuorten työkyvyn psykiatrisen arviointi. Suomen lääkirilehti 23/2014 vsk 69.

Hermansson, E.; Kosola, S.; Kuortti, M. & Haravuori, H. 2015. Yleislääkärin rooli nuorten mielen-terveyden häiriöiden hoidossa. Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning 2015 vol. 70 no. 12.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Isosomppi, M.; Koivisto, A.; Rantanen, A.; Joronen, K. & Kivimäki, H. 2015. Ammattiin opiskelevien nuorten opiskeluhuollon käyttö ja tupakointikäyttäytyminen. Hoitotiede 2017, 29 (2), 125-138.

Kaarina 2014. Maailma muuttuu -Kaarina toimii. Kaarinan kaupungin strategia 2014-2020. Viitattu 18.8.2016 [http://www.kaarina.fi/kaarina-info/fi\\_FI/strategia/](http://www.kaarina.fi/kaarina-info/fi_FI/strategia/).

Kaarinan kaupunki 2017a. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Viitattu 2.1.2018 [https://www.kaarina.fi/terveys/koulu\\_ ja\\_opiskelijaterveydenhu/fi\\_FI/koulu\\_ ja\\_opiskelijaterveydenhuolto/](https://www.kaarina.fi/terveys/koulu_ ja_opiskelijaterveydenhu/fi_FI/koulu_ ja_opiskelijaterveydenhuolto/).

Kaarinan kaupunki 2017b. Organisaatio. Viitattu 2.1.2018 [http://www.kaarina.fi/kaarina-info/hallinto\\_organisaatio/organisaatio/fi\\_FI/organisaatio/](http://www.kaarina.fi/kaarina-info/hallinto_organisaatio/organisaatio/fi_FI/organisaatio/).

Kaarinan perhe- ja sosiaalipalvelut 2016. Perhe- ja sosiaalipalvelujen toiminnalliset tavoitteet 2016. Kaarina: Perhe- ja sosiaalipalvelut.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176.

Kanste, O.; Haravuori, H.; Kolimaa, M.; Vormaa, H.; Fagerlund-Jalokinos, S.; Suvisaari, J.; Muinonen, E. & Marttunen, M. 2016. Mielensterveys- ja päihdetyö opiskeluterveydenhuollossa : Palvelut, menetelmät ja yhteistyö. Työpäpaperi: 2016\_019. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL.

Kekkonen, V. 2016. Adolescent behaviour in health care services utilization and study participation. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Kinnunen, P. 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisen mielensterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.

Koivisto, P. 2010. Preparing for working life. Effects of group counselling on adolescents' career development and mental health. Research reports 92. Helsinki: Finnish institution of occupational health.

Kuosmanen, L.; Jakobsson, T.; Hyttinen, J.; Koivunen, M. & Välimäki M. 2010. Usability evaluation of a web-based patient information system for individuals with severe mental health problems. Journal of Advanced Nursing, vol 66:12,s 2701-2710.

Lazenby, R. 2011. Depression in the college population: An E-S-A approach to primary prevention. Nurse Practitioner 36(2):33-39, February 2011.

Lindeman, S. 2015. Dialektinen käyttäytymisterapia, epävaka persoonallisuushäiriö, vihan säätely ja itsensä vahingoittaminen. Käypä hoito. Näytönastekatsaus. Viitattu 18.1.18. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nak06295>.

Likitalo, H. & Rissanen, R. 1998. Tutkimusmenetelmät. Menetelmätietoutta tradenomiopiskelijoille. Pohjois-Savon ammattikorkeakoulun julkaisut D 8/1998. Kuopio: Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu.

Marttunen, M.; Huurre, T.; Strandholm, T. & Viialainen, R. 2013. Nuorten mielensterveyshäiriöt - Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Opas 25: THL. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.julkari.fi/handle/10024/110484>.

Milén, A. 2014. Opiskeluterveydenhuollon kehittämisohjelma 2014-2018. Suunnitelma. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116030/URN\\_ISBN\\_978-952-302-162-4.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116030/URN_ISBN_978-952-302-162-4.pdf?sequence=1).

Mäki, P.; Wikström, K.; Hakulinen, T. & Laatikainen, T. 2016. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa: Menetelmäkäsikirja. Opas: 14\_kolmas uudistettu painos; 1798-0100. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti <http://www.julkari.fi/handle/10024/131339>.

Mölläri, K. 2011. Tiedontarpeista terveystietojen tiedonhankintaan opiskeluterveydenhuollossa. Pro gradu. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Nieminen, I. 2017. Koulutusinterventio osana mielensterveyskuntoutujien kuntoutusta. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Perälä, M-L.; Hietanen-Peltola, M.; Halme, N.; Kanste, O.; Pelkonen, M.; Peltonen, H.; Huurre, T.; Pihkala, J. & Heiliö, P-L. 2015. Monialainen opiskeluhoito ja sen johtaminen. Opas 36. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pirkanen, M. 2007. Nuorten päihteettömyyden edistäminen: varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Raitasalo, K.; Huhtanen, P. & Miekka, M. 2015. Nuorten päihteiden käyttö 1995–2015. ESPAD -tutkimusten tulokset. Raportti 19/2015. Helsinki: terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129809/URN\\_ISBN\\_978-952-302-572-1.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129809/URN_ISBN_978-952-302-572-1.pdf?sequence=1).

Rosenqvist, S. 2014. Sähköisten palveluiden asiakaslähtöisten ratkaisujen kehittäminen Espoon lukioiden opiskeluterveydenhuoltoon. Case: SPARKEK-projekti. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Lohja: Laurea ammattikorkeakoulu.

Ruusuvuori, J.; Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 2.1.2018 [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html).

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 20.1.2018 [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_1\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html).

Saarniaho, R. 2006. Mielenterveyshäiriöt. Otavan opisto. Viitattu 10.9.2016 [http://opinnot.intertix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/ps/ps5/3.0\\_mielenterveyden\\_hairiot/3.2\\_mielenterveyden\\_hairiot?C:D=hNqR.gZ6y&m:selres=hNqR.gZ6y](http://opinnot.intertix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/ps/ps5/3.0_mielenterveyden_hairiot/3.2_mielenterveyden_hairiot?C:D=hNqR.gZ6y&m:selres=hNqR.gZ6y).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Opiskeluterveydenhuolto. Viitattu 3.1.2018 <http://stm.fi/opiskeluterveydenhuolto>.

Ståhl, T. & Saaristo, V. 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009 : kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. Raportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.

Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2015. Alkoholiongelman hoito, käypä hoito -suositus. Viitattu 18.1.2018 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028#K1>.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu 30.12.2010. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Opiskeluhoito. Viitattu 25.9.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a. Terveystarkastukset toisella asteella. Viitattu 3.10.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/opiskeluterveydenhuolto/terveystarkastukset-toisella-asteella>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b. Päihdeilastollinen vuosikirja 2016. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva 2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a. Kouluterveyskyselyn tulokset 2017. Indikaattori: Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa %. Saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary\\_perustulokset?alue\\_0=87869&mitta-rit\\_0=200537&mittarit\\_1=199990&mittarit\\_2=199490&vuosi\\_2017\\_0=v2017#](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary_perustulokset?alue_0=87869&mitta-rit_0=200537&mittarit_1=199990&mittarit_2=199490&vuosi_2017_0=v2017#).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018b. Kouluterveyskyselyn tulokset 2017. Indikaattori: Kokeillut marihuanaa tai kannabista vähintään kerran. Saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary\\_perustulokset?alue\\_0=87869&mittarit\\_0=200537&mittarit\\_1=199990&mittarit\\_2=200055&vuosi\\_2017\\_0=v2017#](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary_perustulokset?alue_0=87869&mittarit_0=200537&mittarit_1=199990&mittarit_2=200055&vuosi_2017_0=v2017#).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammatti-henkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 1484/2001. Annettu 27.12.2001. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011484>.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. Annettu 6.4.2011. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>.

Vasalampi, K. 2012. Appraisals of education-related during educational transitions in late adolescence. Consequences for academic well-being and goal attainment. Research. Department of psychology. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

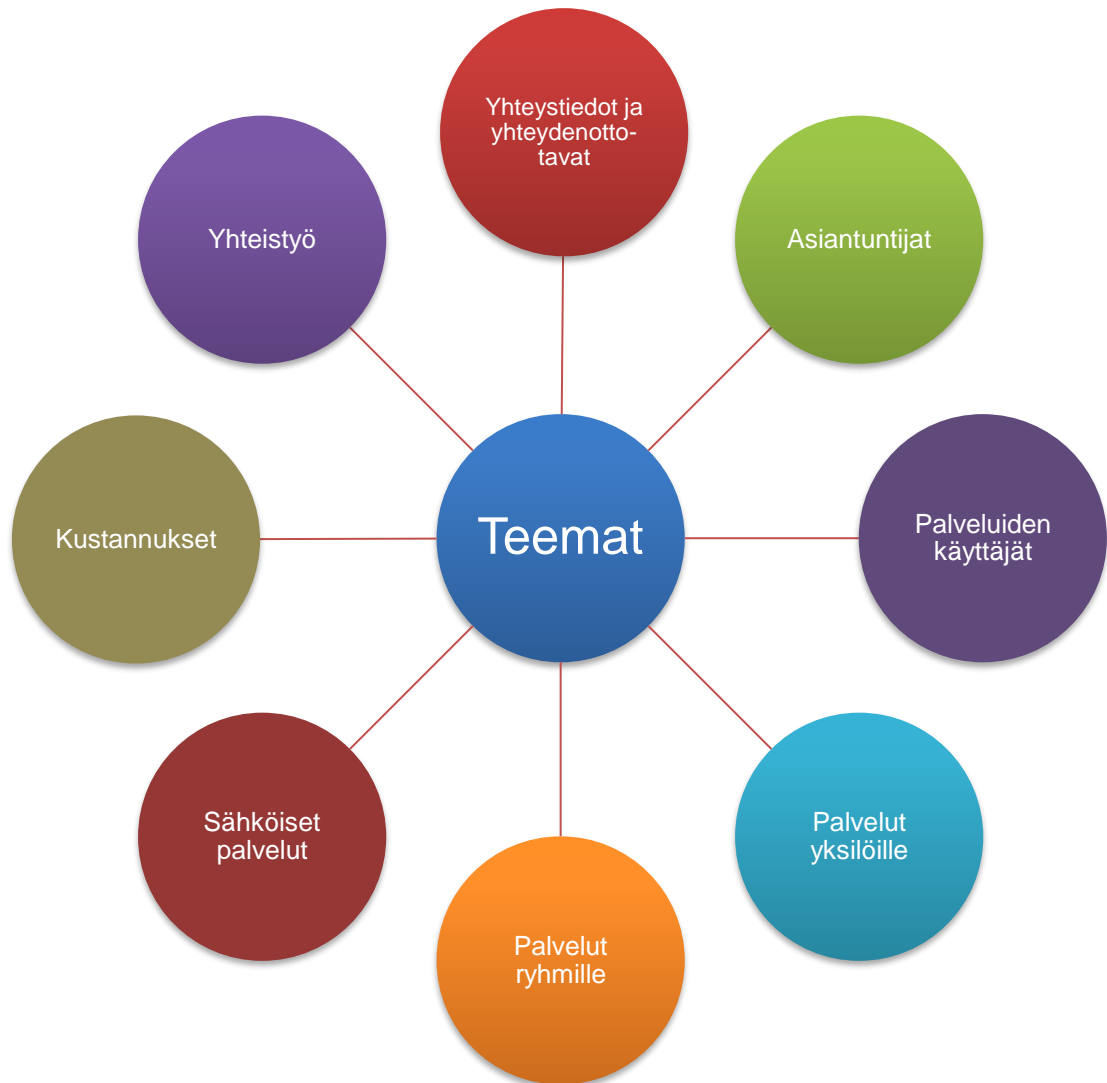
Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Wiss, K.; Frantsi-Lankia, M.; Pelkonen, M.; Saaristo, V. & Ståhl, T. 2014. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014 – Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Ohjaus 21/2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Saatavilla sähköisesti osoitteessa [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131833/URN\\_ISBN\\_978-952-302-814-2.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131833/URN_ISBN_978-952-302-814-2.pdf?sequence=1).

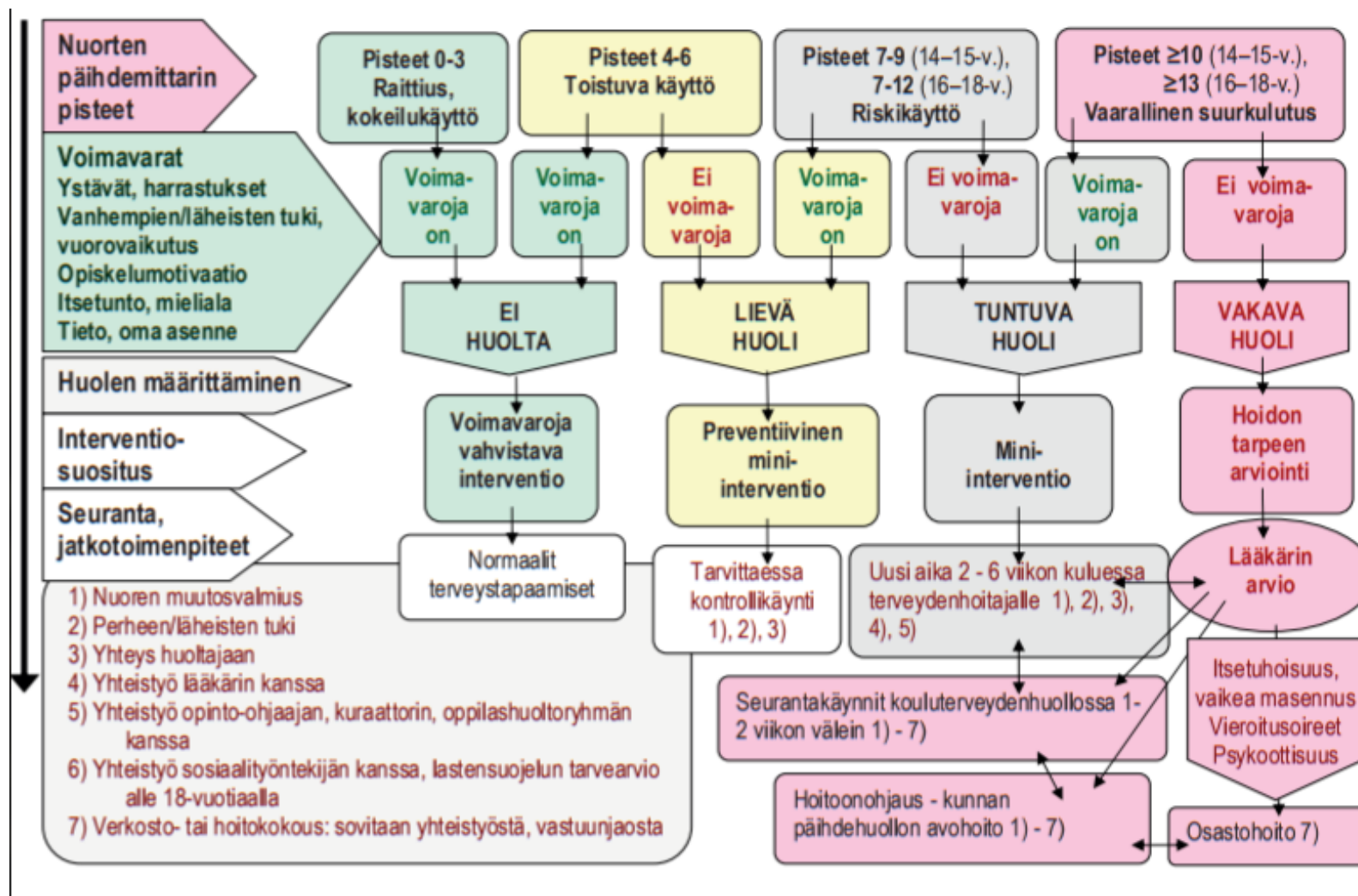
Wiss, K.; Hakamäki, P.; Hakulinen, T.; Hietanen-Peltola, M.; Koskinen, H.; Saaristo, V. & Ståhl, T. 2016. Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat terveyskeskuksissa 2004–2015. Tutkimuksesta tiiviisti 19, lokakuu 2016. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti osoitteessa [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131237/Tutkimuksesta\\_tiiviisti\\_192016%20netti\\_23.5.2017.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131237/Tutkimuksesta_tiiviisti_192016%20netti_23.5.2017.pdf?sequence=1).

World Health Organisation 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 10.9.2016 [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).

## Teemahaastattelun runko



Liite 2. Nuorten päihdemittari, toimintakaavio (Mäki ym. 2016, 244).



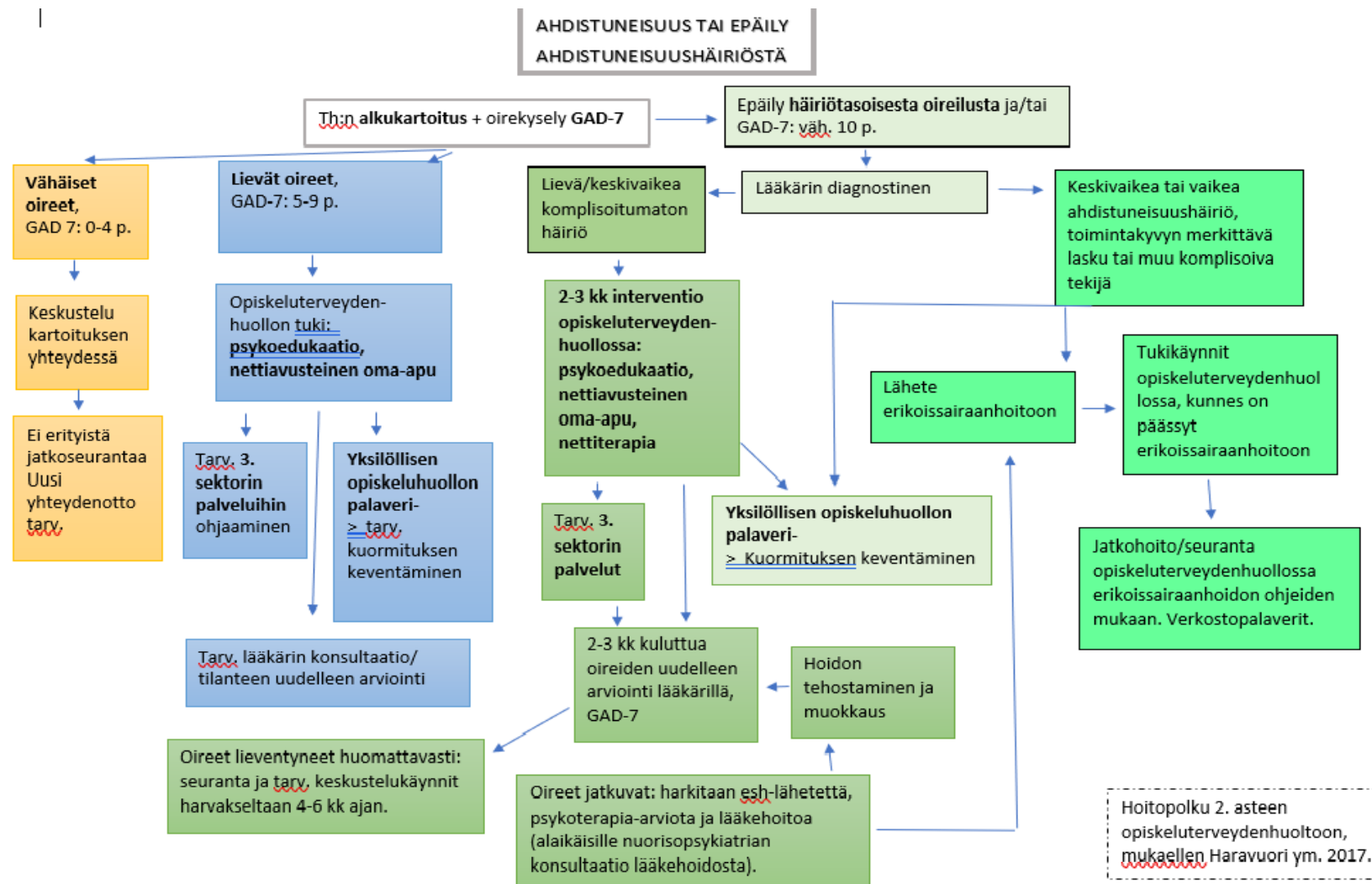
Liite 3. Nuorten päihdemittarin pisteytys, interventiosuositus (Mäki ym. 2016, 255).

Pisteet		Kuvaus nuoren päihteyden käytöstä	Huolen vyöhykkeen ja yhteistyön tarpeen määrittäminen	Interventiosuositukset
Alkoholi ja tupakka <sup>1)</sup>	Muut pähteet <sup>2)</sup>			
0 – 3 p.	0 p.	Raitis nuori tai satunnainen kokeilu	Ei huolta	Voimavaroja vahvistava interventio - Myönteinen palaute miltäudesta tai pohdinta satunnaisista kokeiluista - Keskustelu selvämielisyystilanteissa, joissa päihtettä saatetaan tarjota ja alkoholin kohtuannoksista sekä ilamemittidudesta.
4 – 6 p.	1 – 5 p.	Toistuva käyttö	Lievä huoli, luottamus terveydenhuollon neuvonnan riittävytyteen hyvä	Preventiivinen mini-interventio - Terveydenhoitajan ja tarvittaessa lääkärin varhainen puheeksi ottaminen - Empaattinen, samalla kuitenkin jämäkä tilanteen pohdinta nuoren kanssa - Nuoren oma arvio tilanteesta, keskustelu esim. joukkoharhasta, kirjallinen materiaali neuvonnan tueksi - Rohkaistaan nuorta arvioimaan / muuttamaan käyttäytymistään - Voimaannuttava keskustelu hyvää oloa tuottavasta, päihtetöntömästä toiminnasta (ulkoulu, lukeminen, musiikin kuuntelu yms. rentoutumisen muodot, ystävien ja perheen kanssa oleminen, riittävä uni jne.) - Sovitaan nuoren kanssa tilanteen kontrollointi 1 – 4 kuukauden kuluttua. Tarvittaessa yhteys kotiin nuoren luvalla, perustellaan vanhempien vastuuta alaikäisen lapsen asioissa
7 – 9 p. 14–15- vuoläat  7–12 p. 16–18- vuoläat	6 p.	Riskikäyttö, johon voi liittö haitallisia seurauksia ja toleranssin kasvun vaara  10 pistettä - aikuisten alkoholin suurkulutuksen raja ylittynyt tai useita haitallisia seurauksia	Tuntuva huoli, ns. huden harmaa vyöhyke, joka määrittyiän ja ilamearvion mukaan.  Tunne terveydenhuollon auttamiskäinjen puutteellisuudesta ja yhteistyökumppaneiden avun tarpeesta herää. Myös ristiriittäinen tunne yhteydenoton tarpeesta vanhempiin ja ilmoitusvelvollisuudesta suhteessa vaitiolovelvollisuuteen herää.	Mini-interventio (edellisten lisäksi) - Terveydenhoitajan ja tarvittaessa lääkärin huden ilmaiseminen, rakentava kommentointi tilanteesta, neuvonta, motivointi - Keskustelu nuoren omasta arviosta, vastuusta ja muutoshalukkuudesta - Hoidon tarpeen arviointi ja seuranta (koulu- tai oma lääkäri, päihdepysäkki tms. oman kunnan sovitut hoitotahot) - Yhteistyön tiivistäminen oppilashuoltotyöryhmän kanssa, koulunkäynnin ja poissaolojen seuranta jne.  Jos nuori ei sitoudu muutokseen tai hoitoon, perustellaan tilanteen vakavuus ja työntekijän lain mukainen velvollisuus yhteistyöstä lastensuojeluviranomaisten kanssa tai tehdään lastensuojeluilmoitus, josta on hyvä kertoa huoltajalle (LsL 25§ 1. momentti). Huomioi, että jo pienikin huoli lapsesta ja nuoresta riittä tilanteeseen puuttumiseen. Salassapitovelvollisuus ei estä ilmoitusvelvollisuutta.
≥ 10 14–15-v. ≥ 13 16–18-v	≥ 7 p.	Vaarallinen suurkulutus - käyttöön liittö vakavia riskejä, jotka vaarantavat nuoren terveyttä ja kehitystä	Vakava huoli, huolta on paljon ja jatkuvasti, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon omat keinot loppumassa, lisävoimavaroja saatava hoitoprosessiin.	Tarvittavan hoidon järjestäminen - Edellisten toimenpiteiden lisäksi lääkärin arvio ja nuoren ohjaus tarvittavaan hoitoon - Sovitaan yhteydenpidosta kodin ja lastensuojelun kanssa, lastensuojeluilmoitus (ellei hoitava taho tee) - Seuranta - Toiminnan perustelu nuorelle hudeellisesti, koska hän todennäköisesti kieltää tilanteen vakavuuden.

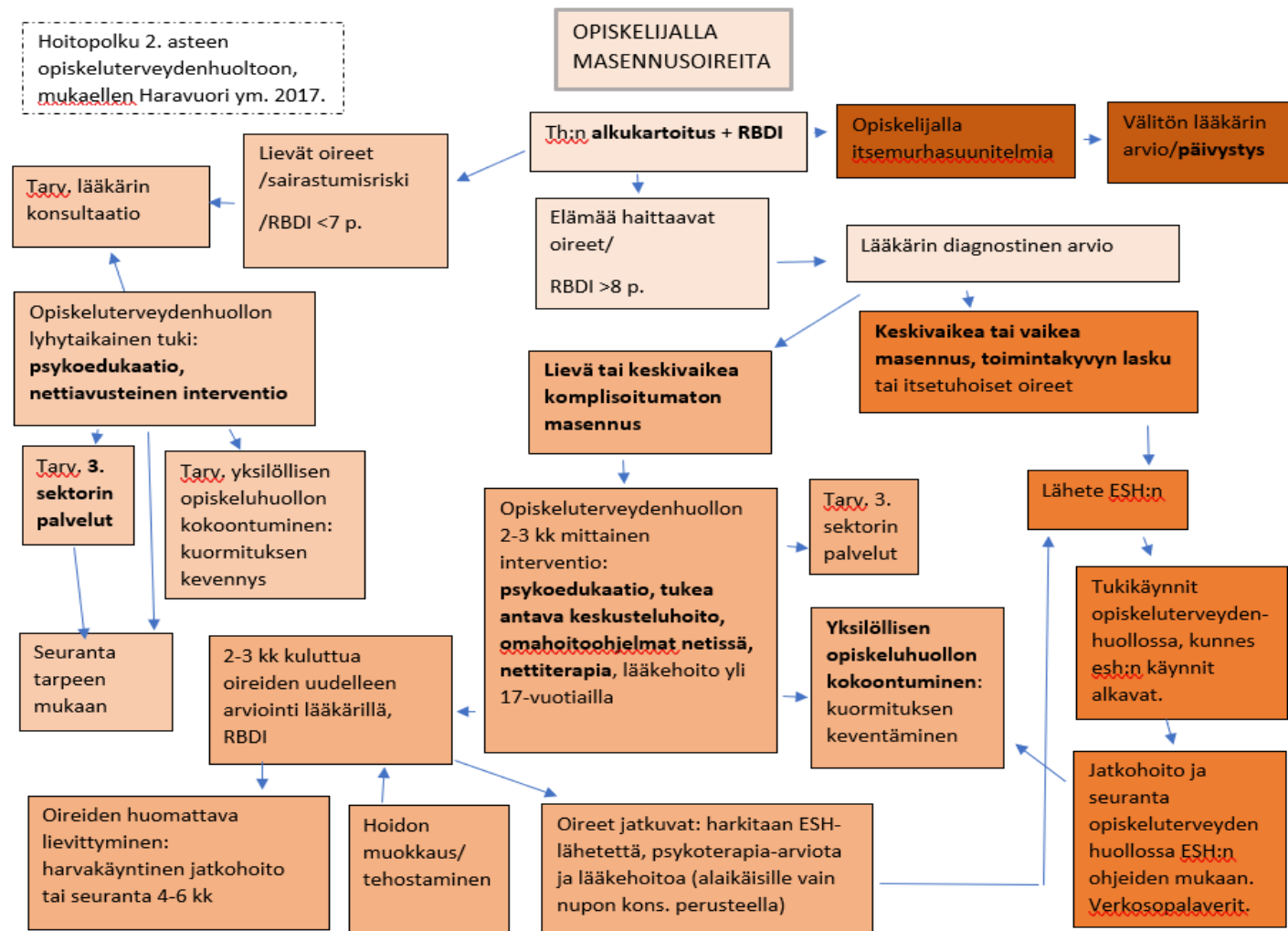
<sup>1)</sup> Kysymysten 1–9 pisteet lasketaan yhteen<sup>2)</sup> Kysymysten 2 ja 3 pisteet lasketaan erikseen yhteen



Liite 4. Ahdistuneen/ahdistuneisuushäiriöisen opiskelijan hoitopolku



Liite 5. Masennusoireisen opiskelijan hoitopolku



Liite 6. Epäily päihdeongelmasta -hoitopolku.

