



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Outi Kanste
Henna Haravuori
Maire Kolimaa
Helena Vorma
Susanna Fagerlund-Jalokinos
Jaana Suvisaari
Essi Muinonen
Mauri Marttunen

Mielenterveys- ja päihdetyö opiskeluterveydenhuollossa

Palvelut, menetelmät ja yhteistyö

TYÖPAPERI

TYÖPAPERI 19/2016

Outi Kanste, Henna Haravuori, Maire Kolimaa, Helena Vormaa, Susanna Fagerlund-Jalokinos,
Jaana Suvisaari, Essi Muinonen & Mauri Marttunen

Mielenterveys- ja päihdetyö opiskeluterveydenhuollossa

Palvelut, menetelmät ja yhteistyö



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-675-9 (painettu)
ISBN 978-952-302-676-6(verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-676-6>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2016

Lukijalle

Tässä raportissa tuotetaan tietoa mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä sekä mielenterveys- ja päihdetyön menetelmistä ja yhteistyöstä opiskeluterveydenhuollossa toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa. Raportti on osa Vaikuttavat mielenterveysinterventiot osana opiskeluterveydenhuoltoa -hanketta, joka toteutetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä. Raportin tuottamaa tietoa hyödynnetään toimivien mielenterveys- ja päihdetyön menetelmien ja toimintamallien sekä mielenterveys- ja päihdetyön osaamis- ja kehittämistarpeiden tunnistamisessa.

Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalveluja ei järjestetä kaikissa kunnissa valtioneuvoston asetuksen edellyttämänä yhtenäisenä kokonaisuutena. Terveydenhuoltolain mukaisia ehkäiseviä mielenterveys- ja päihdepalveluja on järjestetty suurimmassa osassa kunnista, mutta puutteita on erityisesti sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisessä sekä niiden saatavuudessa opiskeluterveydenhuollosta. Riittämättömyyttä on myös opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen ja opiskeluhuollon psykologipalveluissa sekä lääkäripalveluissa ja mielenterveyspalvelujen verkostossa.

Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö sekä lievien ja keskivaikeiden (komplisoitumattomien) mielen-terveyden häiriöiden hoitaminen kuuluu jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työhön opiskeluterveydenhuollossa. Mielenterveys- ja päihdetyö edellyttää osaamista, perusmenetelmiä ja joustavia yhteistyön mahdollisuuksia opiskelijoiden tukemiseksi. Erilaiset yhdessä tekemisen työmuodot koetaan hyödyllisiksi ja tavoiteltaviksi. Tällaisia ovat muun muassa työparityöskentely, yhteisvastaanotto, moniammatilliset työryhmät, opiskelijan saattaen siirtäminen työntekijältä toiselle, nopea konsultaatiomahdollisuus sekä liikkuvat matalan kynnyksen ja erikoistason palvelut. Kunnissa kaivataan selkeää kansallista ohjausta opiskeluterveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön toimeenpanoon ja nuorten palvelujen järjestämiseen. Lisäksi toivotaan toimivia yhteistyökäytäntöjä, selkeää vastuunjakoja, riittävää resursointia ja johdon tukea sekä toiminnan systemaattista seuranta.

Opiskeluterveydenhuollossa nähdään tärkeiksi ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön tehostaminen, keinot varhaiseen puuttumiseen, erilaiset puheeksiotot ja neuvonpidon toimintamallit sekä lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoitomenetelmät. Opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöhön tarvitaan strukturoituja interventioita ja työmenetelmiä, riittävästi aikaa kohdata opiskelijat sekä vahvaa osaamista ja aitoa kiinnostusta mielenterveys- ja päihdetyöhön.

Haluamme kiittää vastaava lääkäri Noora Seiloa Tampereen kaupungin opiskeluterveydenhuollosta asiantuntemuksesta ja palautteesta, joka on parantanut raportin laatua ja luettavuutta. Raportin tuottamaa tietoa voidaan käyttää valtakunnallisesti opiskeluterveydenhuollon, opiskeluhuollon sekä nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä niin kunnissa kuin oppilaitoksissakin.

Helsingissä kesäkuussa 2016

Kirjoittajat

Työryhmä:

Maire Kolimaa, neuvotteleva virkamies, STM

Helena Vormaa, lääkintöneuvos, STM

Mauri Marttunen, tutkimusprofessori, THL

Jaana Suvisaari, tutkimusprofessori, THL

Susanna Fagerlund-Jalokinos, kehittämispäällikkö, THL

Henna Haravuori, erikoistutkija, THL

Outi Kanste, erikoistutkija, THL

Essi Muinonen, suunnittelija, THL

Tiivistelmä

Outi Kanste, Henna Haravuori, Maire Kolimaa, Helena Vormaa, Susanna Fagerlund-Jalokinos, Jaana Suvisaari, Essi Muinonen & Mauri Marttunen. Mielenterveys- ja päihdetyö opiskeluterveydenhuollossa: palvelut, menetelmät ja yhteistyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 19/2016. 147 sivua. Helsinki 2016. ISBN 978-952-302-675-9 (painettu); ISBN 978-952-302-676-6 (verkkojulkaisu)

Tämä raportti on osa Vaikuttavat mielenterveysinterventiot osana opiskeluterveydenhuoltoa -hanketta, joka toteutetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä. Raportin tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä, mielenterveys- ja päihdetyön menetelmistä, käytännöistä ja yhteistyöstä sekä henkilöstön mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta ja kehittämisestä kunnallisessa opiskeluterveydenhuollossa. Tarkastelussa on opiskeluterveydenhuolto toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa. Tietoa kerättiin sähköisellä kyselyllä opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiltä, terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä touko-elokuussa 2015. Tutkimusaineisto muodostui 78 vastuuhenkilön, 253 terveydenhoitajan ja 62 lääkärin vastauksista.

Palvelut ja niiden riittävyys. Opiskeluterveydenhuollon toteuttaminen on yhä useissa kunnissa hajautettu eri tahoille. Näyttää siltä, että kokonaisuus ei aina ole joustavasti toteutettavissa nykyisissä palvelurakenteissa, eikä se ole opiskeluterveydenhuollon koordinoimaa. Opiskeluterveydenhuollon palvelut eivät muodosta kaikissa kunnissa valtioneuvoston asetuksen (338/2011) edellyttämää yhtenäistä kokonaisuutta, jossa opiskelijalla olisi mahdollisuus asioida samojen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sekä terveyden- että sairaanhoitopalveluissa. Opiskeluterveydenhuoltoa ei johdeta itsenäisenä toiminnallisena kokonaisuutena, jolloin myös toiminnan seuranta ja kustannusten hallinta on vaikeaa.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisia ehkäiseviä mielenterveys- ja päihdepalveluja on järjestetty suurimmassa osassa kunnista, mutta puutteita on erityisesti sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisessä. Puutteita on myös opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen ja opiskeluhuollon psykologipalveluissa sekä lääkäripalveluissa ja mielenterveyspalvelujen verkostossa. Opiskelijoille tarjolla olevat palvelut vaihtelevat eri puolella maata, mikä asettaa opiskelijat eriarvoiseen asemaan palvelujen ja avun saamisen suhteen. Opiskelijoille tarjolla olevia palveluja ei ole juuri lisätty kunnissa, ja palveluissa on edelleen riittämättömyyttä. Opiskeluterveydenhuollon ja opiskeluhuollon palvelujen sekä muiden matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulee kokonaisuutena olla riittävän kattavia ja riittävästi resursoituja, jotta ne pysyvät vastaamaan nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarpeeseen.

Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja toimintatavat. Mielenterveyttä ja päihdeiden käyttöä koskevien seulonta- ja kyselymenetelmien käyttö ei ole vakiintunutta opiskeluterveydenhuollossa. Käytössä on usein myös omia terveystarkastuslomakkeita tai -haastattelulomakkeita, ja niiden sisällöissä on suurta vaihtelua. Terveystarkastuslomakkeita ei aina käytetä säännöllisesti terveystarkastuksissa. Käytännöt terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa vaihtelevat paljon, ja kiireellisyyttä arvioidaan erilaisin perustein. Opiskeluterveydenhuollon seulontamenetelmien ja lomakkeiden käyttö sekä terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi tulee ohjeistaa kansallisesti.

Yksilömuotoisia menetelmiä, kuten yksilölliset psykososiaalista tukea antavat keskustelut, on yleisemmin käytössä kuin ryhmämuotoisia menetelmiä. Opiskeluterveydenhuollon ammattilaisilla on halukkuutta ryhmämuotoisten menetelmien käyttöön esimerkiksi parityöskentelynä. Haasteeksi koetaan opiskelijoiden kiinnittyminen ryhmiin, joten on tarpeen kehittää myös uudenlaisia, esimerkiksi toiminnallisia ja sosiaalista mediaa hyödyntäviä menetelmiä. Valtakunnallisia sähköisiä palveluportaaleja voitaisiin hyödyntää opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyössä nykyistä enemmän. Tarvetta on myös opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvien Käypä hoito -suositusten systemaattiseen käyttöönottoon.

Opiskelijoiden mielenterveyteen ja päihdeiden käyttöön liittyvät ongelmat tulee tunnistaa ja hoitaa ensisijaisesti opiskeluterveydenhuollossa. Opiskeluterveydenhuollossa tunnistetaan melko hyvin tavallisimmat mielenterveys- ja päihdehäiriöt, ja osa häiriöistä voidaan hoitaa opiskeluterveydenhuollossa perusterveydenhuollon tasoisin menetelmin. Erityisesti toisen asteen oppilaitoksissa näyttäisi olevan hyvin mahdollisuuksia psykososiaalisen tuen järjestämiseen opiskelijoille. Opiskelijoiden tukemisessa voidaan hyödyntää myös terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan, depressiohoitajan tai päihdetyöntekijän palveluja.

Nämä opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin työtä täydentävät sairaanhoidolliset palvelut tulee opiskelijoiden kohdalla määritellä ja tilastoida osaksi opiskeluterveydenhuoltoa, ja näiden palvelujen tulee muodostaa opiskelijoiden kannalta toiminnallinen kokonaisuus. Koordinaatiovastuun on säilyttävä opiskeluterveydenhuollossa opiskelijoiden kokonaisvaltaisen tuen ja hoidon saamisen varmistamiseksi. Opiskeluterveydenhuollossa on varmistettava myös hoidon jatkuvuus. Tiedonkulkuun ja yhteistyöhön on kiinnitettävä huomiota, kuten opiskelijoiden saattaen siirtämiseen ja hoitopalautekäytäntöihin. Psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja on jonkin verran käytettävissä oppilaitoksissa tai matalan kynnyksen palveluissa. Opiskeluterveydenhuollossa ei aina ole mahdollisuutta saada opiskelijalle psykoterapia-arviota esimerkiksi yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa tai mahdollisuutta ohjata opiskelija soveltuvaan nettiterapiaan.

Yhteiset käytännöt ja yhteistyö. Mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvien käytäntöjen kirjaamisessa oppilaitoksissa on parantamisen varaa. Yhteinen käytäntö puuttuu usein mielenterveyden edistämisestä, keskeyttämisvaarassa olevien opiskelijoiden tunnistamisesta ja tukemisesta sekä opiskelu-uupumuksen ja -stressin ehkäisemisestä. Aina ei ole sovittu käytännöistä niissä tilanteissa, joissa opiskelija ei tule määrälliseen terveystarkastukseen tai tarkastukseen kutsuttu ammattikorkeakouluopiskelija jää tulematta tai ei vastaa terveystarkastukseen. Oppilaitoksiin tarvitaan etsivää työtä erityisesti keskeyttämisvaarassa olevien opiskelijoiden löytämiseksi ja varhaiseksi tukemiseksi.

Erilaiset yhdessä tekemisen työmuodot, kuten työparityöskentely, yhteisvastaanotto, moniammatilliset työryhmät, opiskelijan saattaen siirtäminen työntekijältä toiselle, joustava konsultaatiomahdollisuus sekä liikkuvat matalan kynnyksen tai erikoistason palvelut, koetaan hyödyllisinä ja tavoiteltavina työmuotoina. Toimivaksi koetaan myös psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto oppilaitoksessa tai matalan kynnyksen palveluissa. Tärkeänä pidetään verkostopalavereita nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Opiskeluterveydenhuollossa tulee ottaa käyttöön liikkuvia ja konsultatiivisia työmuotoja, jotka tukevat opiskeluterveydenhuollon ammattilaisia opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa.

Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ja kehittäminen. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvät osaamisvajheet ja täydennyskoulutustarve kohdistuvat erityisesti opiskelijoiden käytöshäiriöihin ja epäsosiaaliseen oireiluun, peli- ja nettiriippuvuuteen, ahdistuneisuushäiriöihin, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöihin sekä autismiin ja muihin neuropsykiatrisiin häiriöihin. Täydennyskoulutuksen tarvetta on myös vuorovaikutuksellisista ja ryhmämuotoisista menetelmistä sekä opiskelijoiden huumausainetestaukseen liittyvästä lainsäädännöstä. Täydennyskoulutusta tulee toteuttaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyönä. Ammattilaisilla on halua kehittää mielenterveys- ja päihdetyön osaamista ja saada tukea työlle myös verkossa toteutettavien ratkaisujen avulla.

Monet tekijät vaikeuttavat opiskeluterveydenhuollon johtamista. Kunnissa ongelmaksi koetaan palvelujen järjestämisen hajanaisuus, jolloin koordinointi on haastavaa, eikä kukaan johda nuorten ja opiskelijoiden palvelujen moniammatillista kokonaisuutta. Kunnissa tarvitaan selkeää kansallista ohjausta opiskeluterveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön toimeenpanoon ja nuorten palvelujen järjestämiseen, jotta voidaan turvata ja vakiinnuttaa opiskelijoille tasalaatuiset palvelut. Tärkeäksi nähdään ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön tehostaminen, keinot varhaiseen puuttumiseen, puheeksioton ja neuvonpidon toimintamallit sekä lievien ja keskivaikeiden (komplisoitumattomien) häiriöiden hoitomenetelmät. Opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöhön tarvitaan strukturoituja interventioita ja työmenetelmiä, joiden vaikuttavuuden ja soveltuvuuden arviointi tulee toteuttaa kansallisella tasolla. Menetelmien juurruttaminen oppilaitosympäristöön toteutetaan eri toimijoiden yhteistyönä. Asiakaspalautetta tulee kerätä säännöllisesti ja hyödyntää esimerkiksi sosiaalista mediaa. Tarvetta on opiskeluterveydenhuollon brändäämiseen ja profiilin vahvistamiseen esimerkiksi tuomalla selkeästi esille koko opiskeluterveydenhuollon palveluvalikoima, mukaan lukien mielenterveys- ja päihdepalvelut.

Tämän raportin sisältämästä tiedosta on hyötyä opiskeluterveydenhuollon ammattilaisille ja johtajille, päätöksentekijöille ja luottamushenkilöille, opetushenkilöstölle, muille opiskeluhuollon toimijoille ja nuorten kanssa työskenteleville, alan tutkijoille sekä opiskelijoille ja huoltajille.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, mielenterveystyö, nuoret, opiskelijat, opiskeluterveydenhuolto, oppilaitos, palvelujärjestelmä, päihdeongelmat, päihdepalvelut, päihdetyö

Sammandrag

Outi Kanste, Henna Haravuori, Maire Kolimaa, Helena Vormaa, Susanna Fagerlund-Jalokinos, Jaana Suvisaari, Essi Muinonen & Mauri Marttunen. Mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet inom studerandehälsovården: tjänster, metoder och samarbete. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 19/2016. 147 sidor. Helsingfors 2016. ISBN 978-952-302-675-9 (tryckt); ISBN 978-952-302-676-6 (nätpublikation)

Denna rapport utgör en del av projektet Vaikuttavat mielenterveysinterventiot osana opiskeluterveydenhuolto (Effektiva interventioner för psykisk hälsa som en del av studerandehälsovården), som genomförs i samarbete mellan Institutet för hälsa och välfärd och Social- och hälsovårdsministeriet. Syftet med rapporten är att ta fram information om tillhandahållandet av mental- och missbrukarvård, metoder, praxis och samarbete inom mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet samt om kompetens och utveckling inom mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete bland personalen vid den kommunala studerandehälsovården. I granskningen ingår studerandehälsovården vid läroanstalter på andra stadiet och vid yrkeshögskolor. Uppgifterna samlades in av ansvariga personer, hälsovårdare och läkare inom studerandehälsovården i maj-augusti 2015 med hjälp av en elektronisk enkät. Forskningsmaterialet består av svar från 78 ansvariga personer, 253 hälsovårdare och 62 läkare.

Tjänsterna och deras tillräcklighet. I flera kommuner är genomförandet av studerandehälsovården fortfarande decentraliserad till olika instanser. Det verkar som om servicehelheten inte alltid är smidig att genomföra i de aktuella servicestrukturerna, och helheten samordnas inte av studerandehälsovården. Studerandehälsovårdens tjänster bildar inte i alla kommuner en sådan helhet som krävs enligt statsrådets förordning (338/2011), där de studerande har möjlighet att få service av samma hälso- och sjukvårdspersonal inom både hälsovården och sjukvården. Studerandehälsovården leds inte som en självständig funktionell helhet, och därför är det också svårt att följa upp verksamheten och kontrollera kostnaderna.

Förebyggande mental- och missbrukarvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ordnas i största delen av kommunerna, men brister förekommer framför allt i tillhandahållandet av sjukvårdstjänster inom mental- och missbrukarvård. Det finns också brister i studerandehälsovårdens eller hälsovårdscentralens och studerandevårdens psykologtjänster samt i läkartjänsterna och mentalvårdstjänsternas nätverk. Den service som finns tillgänglig för studerande varierar mycket i olika delar av landet, vilket försätter de studerande i en ojämlig ställning när det gäller tillgång till service och hjälp. Antalet tjänster som finns tillgängliga för studerande har inte ökat nämnvärt i kommunerna, och tjänsterna är fortfarande otillräckliga. Studerandehälsovårdens och studerandevårdens tjänster och andra tjänster med låg tröskel inom mental- och missbrukarvården ska som helhet vara tillräckligt omfattande och ha tillräckligt med resurser så att de kan svara mot behovet av mental- och missbrukarvård bland unga.

Mentalvårdsarbetets och alkohol- och drogarbetets metoder och praxis. Screening- och enkätmetoder som gäller psykisk hälsa och missbruk har inte etablerats inom studerandehälsovården. Ofta används också egna frågeblanketter och intervjublanketter om hälsa, och blanketternas innehåll varierar stort. Blanketter för hälsoundersökning används inte alltid regelbundet vid hälsoundersökningarna. Det förekommer stor variation i praxis för bedömning av hälsoundersökningens prioritet, och prioriteten bedöms på olika grunder. Nationella anvisningar ska ges om screeningmetoderna, användningen av blanketter och bedömningen av hälsoundersökningens prioritet inom studerandehälsovården.

Individuella metoder, såsom individuella samtal som ger psykosocialt stöd, används oftare än gruppmetoder. Studerandehälsovårdens personal visar intresse för att använda gruppmetoder, såsom pararbete. Att de studerande binder sig till grupperna ses som en utmaning, och därför finns det också ett behov av att utveckla nya metoder som är funktionella och utnyttjar till exempel sociala medier. Riksomfattande elektroniska serviceportaler kunde utnyttjas mer inom mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet vid studerandehälsovården. Det finns också ett behov av att systematiskt ta i bruk de God medicinsk praxisrekommendationer som gäller mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete bland studerande.

Problem som anknyter till den psykiska hälsan eller missbruk hos studerande ska i första hand identifieras och behandlas vid studerandehälsovården. Inom studerandehälsovården identifieras de vanligaste psy-

kiska störningarna och problemen med missbruk ganska väl, och en del av dessa problem kan behandlas inom studerandehälsovården med metoder på primärvårdsnivå. Framför allt vid läroanstalter på andra stadiet verkar det finnas gott om möjligheter att ordna psykosocialt stöd för de studerande. Även tjänster som erbjuds av hälsovårdscentralens psykiatriska sjukskötare, depressionsskötare och missbruksarbetare kan utnyttjas för att stödja de studerande. Dessa sjukvårdstjänster, som kompletterar hälsovårdarens och läkarens arbete inom studerandehälsovården, ska när det gäller studerande definieras och statistikföras som en del av studerandehälsovården. Dessa tjänster ska forma en fungerande helhet för de studerande. För att säkerställa ett övergripande stöd och tillgång till vård för de studerande ska ansvaret för samordningen bibehållas hos studerandehälsovården. Studerandehälsovården ska också säkerställa vårdens kontinuitet. Man måste lägga vikt vid informationsutbyte och samarbete, såsom arrangemang där den anställda följer med en studerande till en ny service och praxis om svar i vården. Psykiatriska sjukskötares tjänster är i någon mån tillgängliga vid läroanstalterna eller inom service med låg tröskel. Det är inte alltid möjligt att vid studerandehälsovården få en psykoterapeutisk bedömning om en studerande till exempel i samarbete med den specialiserade sjukvården, eller möjligt att styra den studerande till lämplig nätterapi.

Gemensam praxis och samarbete. Registreringen av praxis som anknyter till mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet kan förbättras vid läroanstalterna. Gemensam praxis saknas ofta när det gäller främjande av psykisk hälsa, identifiering av och stöd för studerande som löper risk att avbryta studierna och förebyggande av utbrändhet och stress på grund av studier. Alltid har man inte avtalat om praxis i situationer där en studerande inte kommer till en återkommande hälsoundersökning eller där en yrkeshögskolestuderande som kallats till en undersökning inte kommer till undersökningen eller inte svarar på hälsoenkäten. Ett sökande arbetssätt behövs vid läroanstalterna, framför allt för att kunna identifiera studerande som löper risk att hoppa av studierna och erbjuda tidigt stöd.

Olika gemensamma arbetsformer, såsom arbete i par, gemensamma mottagningar, multiprofessionella arbetsgrupper, arrangemang där en anställd följer med den studerande då denne överförs till en ny anställd, flexibel konsultationsmöjlighet och etablering av tjänster med låg tröskel eller specialtjänster, upplevs som nyttiga och eftersträfvansvärda arbetsformer. Att det finns en psykiatrisk sjukskötares mottagning vid läroanstalten eller vid service med låg tröskel anses också fungera bra. Nätverksmöten med den ungdomspsykiatriska specialiserade sjukvården anses viktiga för att trygga kontinuiteten i vården. Studerandehälsovården ska införa etablerade och konsultativa arbetsformer som stödjer studerandehälsovårdens personal i behandlingen av psykisk ohälsa och missbruk bland studerande.

Kompetens och utveckling inom mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet. Hälsovårdarnas och läkarnas kompetensbrist och behov av fortbildning inom mentalvårdarbete och alkohol- och drogarbete gäller framför allt beteendestörningar och asociala symtom, spel- och nätberoende, ångeststörningar, aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar samt autism och andra neuropsykiatriska störningar hos de studerande. Fortbildning behövs också när det gäller interaktiva metoder och gruppmetoder samt lagstiftningen om utförande av narkotikatester på studerande. Fortbildningen ska genomföras i samarbete mellan den specialiserade sjukvården, primärvården och socialvården. Yrkespersonalen vill utveckla sin kompetens inom mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet och få stöd för arbetet också genom webbaserade lösningar.

Många faktorer försvårar ledningen av studerandehälsovården. I kommunerna upplevs den utspridda organiseringen av tjänster som ett problem, eftersom det är svårt att samordna tjänsterna och ingen leder den multiprofessionella helheten av tjänster för unga och studerande. För att kunna säkerställa och etablera service av jämn kvalitet för de studerande behöver kommunerna klar, nationell styrning för verkställandet av den lagstiftning som styr studerandehälsovården och för tillhandahållandet av service för unga. Frågor som anses viktiga är effektivisering av det förebyggande mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet, metoder för tidigt ingripande, arbetsmodeller för överläggning och för att ta upp problem och behandlingsmetoder vid lindriga och medelsvåra (okomplicerade) störningar. Mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet vid studerandehälsovården behöver strukturerade interventioner och arbetsmetoder vars effektivitet och ändamålsenlighet ska utvärderas på nationell nivå. Metoderna förankras i studiemiljön i samarbete mellan olika aktörer. Klientfeedback ska samlas in regelbundet och till exempel sociala medier utnytt-

jas. Det finns ett behov av att stärka studerandehälsovårdens varumärke och profil till exempel genom att tydligt lyfta fram studerandehälsovårdens hela serviceutbud, inklusive mental- och missbrukarvården.

Informationen i denna rapport är till nytta för studerandehälsovårdens personal och chefer, beslutsfattare, förtroendevalda, undervisningspersonal, andra aktörer inom studerandevården och personer som arbetar med unga, forskare inom området, studerande och vårdnadshavare.

Nyckelord: alkohol- och drogarbete, läroanstalt, mentalvårdsarbete, mentalvårdstjänster, missbruk, missbrukarvård, psykiska störningar, psykisk hälsa, servicesystem, studerande, studerandehälsovård, unga

Abstract

Outi Kanste, Henna Haravuori, Maire Kolimaa, Helena Vormaa, Susanna Fagerlund-Jalokinos, Jaana Suvisaari, Essi Muinonen & Mauri Marttunen. Mental health services and substance abuse prevention in student health care: services, methods and collaboration. National Institute for Health and Welfare (THL). Discussion Paper 19/2016. 147 pages. Helsinki 2016. ISBN 978-952-302-675-9 (printed); ISBN 978-952-302-676-6 (online publication)

This report forms a part of a project on effective mental health interventions in student health care, carried out in collaboration between the National Institute for Health and Welfare and the Ministry of Social Affairs and Health. The aim is to produce information about how mental health services and substance abuse prevention are organised in local student health services, what kinds of methods, practices and collaboration are in place, and what kinds of professional skills the staff have on mental health services and substance abuse prevention and how their skills are being developed. The focus is on the student health services provided in upper-secondary schools and vocational schools. Data were collected in May–August 2015 using an electronic survey targeting physicians, school health nurses and persons responsible for student health care. The research material consisted of the responses of 62 physicians, 235 school health nurses and 78 persons responsible for the services.

Services and their sufficiency. The organisation of student health care is still decentralised in many municipalities. It seems that it is not possible to flexibly organise all the services within the current service structures, and the services are not co-ordinated by student health care. Some municipalities do not comply with the Government Decree 338/2011 prescribing that student health services should be organised so that students can visit the same health care professionals in both preventive and curative services. Student health care is not managed as an independent operational entity, which then translates into difficulties in the monitoring and cost-containment of activities.

Preventive mental health and substance abuse services under the Health Care Act 1326/2010 have been organised in the majority of municipalities, but there are problems especially in the availability of curative services for mental health clients and substance abusers. There are also deficiencies in psychologist services through student health care, health centres or school welfare services as well as in physician services and the network of mental health services. There are regional variations in the availability of services for students, creating inequality in access to services and assistance among students. Municipalities have barely increased the supply of services for students, and insufficiencies still persist. Student health services and school welfare services as well as other low-threshold services in mental health services and substance abuse prevention must have a sufficiently high-level of coverage and resources so that they can meet the needs of young people concerning mental health services and substance abuse prevention.

Methods and practices of mental health services and substance abuse prevention. Using screening and survey tools for mental health and substance abuse is not an established practice in student health care. Service providers also use their own health questionnaires and interview forms, and there are considerable variations in the content of these survey tools. Moreover, the health examination forms are not used systematically in all health examinations. There are considerable variations in the practices of assessing the urgency of health examination, and the grounds for determining urgency vary. There should be national guidelines on the use of screening tools and forms in student health care as well as on the assessment of the urgency of health examination.

Individual-based methods, such as discussions giving individual psychosocial support, are more common than group-based methods. Student health care professionals are interested in adopting group-based methods, such as discussions in pairs. They think, however, that it would be difficult to get the students committed to the group, and therefore there is a need for new kinds of functional methods that make use of the social media, for example. Mental health services and substance abuse prevention in student health care should increase their use of the national electronic services. There is also need for a more systematic adoption of Current Care guidelines concerning mental health services and substance abuse prevention for students.

Students' problems with mental health and substance use should be primarily identified and treated in student health care. Student health services are fairly good at identifying the most common mental disorders and substance abuse problems, and some of these problems can be treated in student health care using methods applied in primary health care. Upper-secondary schools especially seem to have good opportunities to provide students with psychosocial support. To support students, student health care can also make use of health-centre services of psychiatric nurses or nurses specialised in treating patients with depression or substance abuse problems. These curative services that supplement the work of school health nurses and physicians in student health care must be defined and recorded as part of student health care when the patient is a student. The services should also form a functional whole for the students. Student health care must retain the responsibility for co-ordination so as to ensure students' access to services and comprehensive support. Student health care must also ensure continuity of care. Other important aspects are information sharing, co-operation, discharge practices and escorting students from one place of care to another. Psychiatric nurse services are available to a degree in educational institutions or other low-threshold services. Student health care cannot always provide the student with the opportunity for a psychotherapy evaluation for example in collaboration with specialised health care, or refer the student to appropriate online therapies.

Joint practices and collaboration. There is room for improvement in the recording practices in educational institutions concerning mental health services and substance abuse prevention. Moreover, there are no joint practices for mental health promotion, for the identification and support of students at risk of dropping out, or for the prevention of student burnout and stress. There are some gaps in the joint practices for situations where a student fails to attend the regular health examination or when a polytechnic student who has been invited to a health examination fails to attend or does not respond to the health questionnaire. Educational institutions need an outreach approach especially for the identification and early support of students at risk of dropping out.

Different forms of collaboration practices are seen as beneficial and desirable: these include working in pairs with a colleague, joint practice of two or more practitioners, multiprofessional teams, escorting students from one practitioner to another, flexible opportunities for consultation, as well as organising low-threshold services or specialised services close to clients. The possibility to visit a psychiatric nurse at the educational institution or some other low-threshold service has been considered a well-functioning practice. Network meetings with adolescent psychiatry in specialised health care are considered important for the continuity of care. Student health care should adopt mobile and consultative forms of work that support the professionals in student health care when they treat students who have mental health and substance abuse problems.

Professional skills in mental health services and substance abuse prevention and skills development. In terms of mental health services and substance abuse prevention, school health nurses and physicians have certain deficits in skills and a need for further training especially concerning behavioural disorders and antisocial symptoms, gambling and online addictions, anxiety disorders, attention deficit hyperactive disorders as well as autism and other neuropsychiatric disorders. Professionals also need further training in interactive and group-based methods as well as in legislation concerning drug testing of students. Further training should be organised in collaboration with specialised health care, primary health care, and social care. Professionals are eager to improve their skills in mental health services and substance abuse prevention. They are also interested in getting support for their work through different kinds of online applications.

There are many factors that complicate the management of student health care. From municipalities' point of view the problem is the fragmental nature of service provision, which makes co-ordination of services more difficult and results in a situation where no one is managing all the services for young people and students from a multiprofessional perspective. Municipalities need clear national guidelines on how to implement the legislation on student health care and on how to organise services for young people in a way that ensures and regularises the uniform quality of services for students. Important issues include more efficient preventive services for students with mental health and substance abuse problems, tools for early intervention, models for addressing problems and counselling in them, as well as methods of treating mild

and moderate (uncomplicated) disorders. Mental health services and substance abuse prevention in student health care need structured intervention and working methods. The effectiveness and suitability of the methods should be evaluated at national level. The methods should be implemented in the educational settings in collaboration with various actors. Client feedback should be collected regularly and the social media should be utilised. There is a need for developing the brand of student health care and for raising its profile for example by raising awareness of the selection of services provided by student health care, including mental health services and substance abuse prevention.

This report contains useful information for the student health care professionals and managers, decision-makers and elected officials as well as for the educational staff, other actors in student services, other professionals working with young people, researchers in the field, and students and their parents.

Keywords: mental health, mental disorders, mental health services, mental health services, young people, students, student health care, educational institution, service system, substance abuse problems, substance abuse services, substance abuse prevention

Sisällys

Lukijalle	3
Tiivistelmä	4
Sammandrag	6
Abstract	9
1. Johdanto	15
1.1. Raportin tausta, tavoite ja eteneminen	15
1.2. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen tarve opiskeluterveydenhuollossa	16
2. Mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä mielenterveys- ja päihdetyö opiskeluterveydenhuollossa	21
2.1. Mielenterveys- ja päihdepalvelut opiskeluterveydenhuollossa	21
2.1.1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen	21
2.1.2. Opiskelijoille tarjolla olevat palvelut ja niiden riittävyys	26
2.2. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja toimintatavat opiskeluterveydenhuollossa	27
2.2.1. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistaminen ja arviointi	27
2.2.2. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät	29
2.2.3. Mielenterveys- ja päihdetyön toimintatavat	35
2.3. Yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyössä opiskeluterveydenhuollossa	36
2.3.1. Yhteiset käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä	36
2.3.2. Yhteistyö ja konsultointi mielenterveys- ja päihdetyössä	37
2.4. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen haasteet opiskeluterveydenhuollossa	39
2.4.1. Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ja täydennyskoulutus	39
2.4.2. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja kehittämisen tuki	40
3. Tutkimuksen tarkoitus ja toteuttaminen	42
3.1. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	42
3.2. Aineisto ja menetelmät	43
3.2.1. Tutkimuskuntien valinta ja tiedonkeruu	43
3.2.2. Aineisto ja vastausaktiivisuus	46
3.2.3. Aineiston analyysi	47
3.2.4. Tutkimuksen luotettavuus	48
3.2.5. Palautetta tiedonkeruista	49
4. Tulokset	51
4.1. Vastaajien taustatiedot	51
4.1.1. Vastuuhenkilöiden taustatiedot	51
4.1.2. Terveystietojen ja lääkäreiden taustatiedot	53
4.2. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen opiskeluterveydenhuollossa	55
4.2.1. Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut	55
4.2.2. Opiskelijoille tarjolla olevat palvelut ja niiden riittävyys	59
4.2.3. Työajan käyttö opiskeluterveydenhuollossa	61
4.3. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja osaaminen	63
4.3.1. Opiskelijoiden terveysongelmat	63
4.3.2. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja toimintatavat	64
4.3.3. Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen	71
4.4. Yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyössä opiskeluterveydenhuollossa	75
4.4.1. Yhteiset käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä	75
4.4.2. Konsultointi ja yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyössä	77
4.5. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen opiskeluterveydenhuollossa	82
4.5.1. Mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutus ja tuen saaminen	82
4.5.2. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishaasteet	89
4.6. Yhteenveto tuloksista	93
5. Pohdinta ja johtopäätökset	98

5.1. Tulosten pohdinta	98
5.1.1. Mielen-terveys- ja päihdepalvelut opiskeluterveydenhuollossa	98
5.1.2. Mielen-terveys- ja päihdetyön menetelmät ja toimintatavat	100
5.1.3. Yhteistyö mielen-terveys- ja päihdetyössä	103
5.1.4. Mielen-terveys- ja päihdetyön osaaminen ja kehittäminen	105
5.2. Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset	107
Lähteet	113
Liitetaulukot	121
Liite 1	136
Liite 2	138

1. Johdanto

1.1. Raportin tausta, tavoite ja eteneminen

Tämä raportti on osa Vaikuttavat mielenterveysinterventiot osana opiskeluterveydenhuoltoa -hanketta, joka toteutetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sekä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) yhteistyönä. Vuosina 2014–2016 toteutettavan hankkeen tavoitteena on selvittää mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä, mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiä ja toimintamalleja sekä henkilöstön mielenterveys- ja päihdetyön osaamista ja kehittämistä kunnallisissa opiskeluterveydenhuollossa. Tavoitteena on terveydenhuoltolain (1326/2010) ja valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisen toteamisen, hoidon ja jatkohoitoon ohjaamisen toteutumisen varmistaminen sekä opiskeluterveydenhuollon roolin selkeyttäminen opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Erityisesti sairaanhoidollisten palvelujen osalta mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat varsin ohuet ja hajautuneet. Palveluja on haettava usein eri yksiköistä opiskeluterveydenhuollon ja oppilaitoksen ulkopuolelta. Hankkeessa kootaan verkkomateriaalia opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten käyttöön toimivista työvälineistä, menetelmistä ja toimintamalleista opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmien arvioinnin ja hoitamisen tueksi.

Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012:18) mielenterveys- ja päihdeongelmaisten opiskelijoiden hoitoon ja palvelujen järjestämiseen liittyvät asiat nousivat tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi. Opiskeluterveydenhuollon ammattilaiset kokevat tarvitsevänsä paremmin hahmottuvat hoitoketjut ja toimivia menetelmiä mielenterveys- ja päihdetyöhön. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 mukaisesti kuntien järjestämä nuorten mielenterveys- ja päihdetyö tulee toteuttaa ensisijaisesti nuorten arkisessa elinympäristössä (Partanen ym. 2010, Moring ym. 2011, STM 2012:18, 2012:24.) Tämä edellyttää opiskeluterveydenhuollon roolin tehostamista mielenterveys- ja päihdetyössä. Myös STM:n asettama opiskeluterveydenhuollon kehittämisen työryhmä on esittänyt opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyön toimintatapojen kehittämistä (STM 2014:10). Nuorten mielenterveystyötä on Suomessa kehitetty alueellisesti, mutta maahan ei ole saatu kattavia ja yhdenvertaisia palveluja nuorille. Pitkän tähtäimen tavoitteena on vastata opiskeluterveydenhuollon selvityksen (STM 2012:18) ehdotuksiin, joissa todetaan, että THL kehittää opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluihin tarvittavaa osaamista, huolehtii opiskeluterveydenhuollon sisällön kehittämisestä sekä toteuttaa kansallista tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Hanke on osa THL:n Opiskeluterveydenhuollon kehittämisen -ohjelmaa vuosille 2014–2018 (THL 2014:11).

Tämän raportin tavoitteena on tuottaa tietoa opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden, terveydenhoitajien ja lääkäreiden näkemyksistä mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä sekä mielenterveys- ja päihdetyön menetelmistä ja yhteistyöstä opiskeluterveydenhuollossa. Tarkastelun kohteena on opiskeluterveydenhuolto toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa, joiden opiskelijoille kunnan on lakisääteisesti järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 17 §, VNA 338/2011, 3 §). Yliopisto-opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle, koska tutkimus keskittyy kunnalliseen opiskeluterveydenhuoltoon. Yliopisto-opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelut tuottaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS).

Aihe kiinnittyy pääministeri Juha Sipilän hallituksen strategisen ohjelman nuorisotakuuta koskevaan kärkihankkeeseen, jossa tuetaan nuorten elämänhallintaa vahvistamalla sosiaali- ja terveyspalveluja ja erityisesti nuorten mielenterveyspalveluja (Valtioneuvoston kanslia 2015). Lisäksi aihe kiinnittyy erityisesti Sipilän hallituksen Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaan (LAPE), jossa vahvistetaan matalan kynnyksen palveluja ja selvitetään nuorten palvelujen kehittämistarpeita. Tärkeäksi todetaan mielenterveyspalvelujen, nuorisotyön ja lastensuojelun kokonaisuuden toimivuus. Keskeistä on tarkastella toisen asteen oppilaitoksia ja niissä kehitteillä olevia palveluja, kuten mielenterveyspalveluja osana opiskeluterveydenhuoltoa. (STM 2016b.) Lisäksi aihe kiinnittyy STM:n Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategiaan. Linjauksena on, että vahvoilla peruspalveluilla kyetään puuttumaan ongelmiin varhain ja parannetaan ehkäisevi-

en palvelujen saatavuutta. (STM 2011:11.) Hanke edistää Lasten Kaste 2012–2015 -ohjelman lasten, nuorten ja perheiden palvelujen vahvistamisen tavoitteita (STM 2012:20).

Raportin tuottamasta tiedosta on hyötyä opiskeluterveydenhuollon ammattilaisille ja johtajille, päätöksentekijöille ja luottamushenkilöille, opetushenkilöstölle, opiskeluhoollon toimijoille, muille lasten ja nuorten kanssa työskenteleville, alan tutkijoille sekä opiskelijoille ja huoltajille. Tuloksia voidaan hyödyntää valtakunnallisesti opiskeluterveydenhuollon ja opiskeluhoollon palvelujen kehittämisessä kunnissa ja oppilaitoksissa sekä nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä palvelujärjestelmän eri tasoilla.

Raportissa on viisi päälukua. Ensimmäisenä on johdanto, jossa kuvataan raportin tausta ja tavoite sekä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen tarve opiskeluterveydenhuollossa. Toisessa luvussa tarkastellaan laajoihin kansallisiin tiedonkeruisiin, lainsäädäntöön, kansallisiin hankkeisiin ja ohjelmiin sekä muuhun kirjallisuuteen perustuen mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä opiskeluterveydenhuollossa, mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiä ja toimintatapoja sekä mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvää yhteistyötä ja kehittämistä. Kolmannessa luvussa kuvataan empiirisen tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset sekä aineisto ja menetelmät. Neljännessä luvussa esitetään tutkimuskysymyksien mukaisesti tulokset sekä viidennessä luvussa tuloksiin perustuvat johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset.

1.2. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen tarve opiskeluterveydenhuollossa

Mielenterveyden ongelmat ja psyykinen oireilu nuorilla. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat pääosan nuorten terveyshaitoista. Ne ovat merkittävä syrjäytymisen ja pitkäaikaisen työkyvyttömyyden riskitekijä. Nuoruusikä (ikävuodet 13–22) on elämänsäkaressa lapsuudesta aikuisuuteen siirtymisen vaihe, joka alkaa fyysisestä murrosiästä ja päättyy nuoreen aikuisuuteen. Nuorista 20–25 prosentilla on jokin mielenterveyden häiriö. Tavallisimpia häiriöitä ovat mielialahäiriöt (esiintyvyys vuositasolla 10–15 %), ahdistuneisuushäiriöt (5–15 %), käytöshäiriöt (5–10 %) ja päihdehäiriöt (5–10 %). Nuoruudessa mielenterveyden häiriöt yleistyvät lapsuuteen verrattuna. Varhaisnuoruudessa yleisimpiä ovat käytös- ja tarkkaavuushäiriöt. Keskinuoruusiästä varhaisaikaisuuteen asti ahdistuneisuus-, mieliala- ja päihdehäiriöt ovat tavallisimpia. Psykoosisairaudet puhkeavat yleisimmin myöhäisessä nuoruusiässä ja nuorena aikuisiässä. Mielenterveyden häiriöt ovat tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Tätä selittää tytöillä nuoruudessa voimakkaasti lisääntyvät ahdistus- ja masennustilat. Mielenterveyden häiriöt ovat alemmissa sosiaaliryhmissä yleisempiä kuin ylemmissä. Niitä on kaupunkilaisnuorilla enemmän kuin maaseudulla asuvilla nuorilla. Terveyskäyttäytymisessä, hyvinvoinnissa, mielenterveysoireissa ja päihteiden käytössä on edelleen eroja koulustaustan mukaan lukiossa opiskelevien hyväksi ammattikoululaisiin nähden. (Kaltiala-Heino ym. 2015, Marttunen & Haravuori 2015.)

Keskimäärin puolet elämänsäkaikaisista mielenterveyden häiriöistä puhkeaa keskinuoruuteen mennessä ja kolme neljästä ennen 25 vuoden ikää (Coughlan ym. 2013). Mielenterveyden häiriöille on tyypillistä kahden tai useamman häiriön yhtäaikaisuus. Nuorten mielenterveyden ongelmiin liittyy usein vahingollista terveyskäyttäytymistä, kuten tupakointia, runsasta alkoholin käyttöä ja huumeiden kokeilua. (Kaltiala-Heino ym. 2015.)

Nuorten mielenterveys -tutkimuksessa keskivaikean tai vaikean masennuksen oireita oli tytöistä hieman yli 10 prosentilla ja pojista puolella siitä. Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivien osuudet olivat samansuuruiset kuin masentuneiden. (Kaltiala-Heino ym. 2014.) Kouluterveyskyselyn (2011–2015) mukaan vuonna 2011 ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 11 prosenttia, lukiolaisista 10 prosenttia ja peruskoululaisista 13 prosenttia kärsi keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta. Vuonna 2015 näistä opiskelijoista ja koululaisista 12 prosentilla oli ollut kahden viime viikon aikana kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta. Ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 8 prosenttia sekä lukiolaisista ja peruskoululaisista 14 prosenttia kokee koulu-uupumusta.

Pohjois-Suomen syntymäkohortti 1986 -tutkimuksen perusteella aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) todettiin 8 prosentilla 15–16-vuotiaista (Taanila ym. 2014). ADHD:stä kärsivillä nuorilla on usein

myös jokin muu samanaikainen psykiatrinen sairaus, tavallisimmin käytös-, mieliala-, ahdistuneisuus- tai päihdehäiriö (Marttunen & Haravuori 2015).

Yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoista 12 prosenttia kärsii päivittäin jostakin psyykkisestä oireesta. Psyykkisiä vaikeuksia on 28 prosentilla. Opiskelijoista 30 prosenttia kokee runsaasti stressiä, miehistä 27 ja naisista 31 prosenttia. Yleisimmin stressiä aiheutti esiintyminen ja vaikeus saada otetta opiskelusta. Noin viidennes opiskelijoista koki mielialansa, tulevaisuuden suunnittelemisen, omat voimansa ja kykynsä negatiivisiksi. Syömiseen liittyviä ongelmat ovat yhtä yleisiä yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoilla. Naisista 2 prosentilla ja miehistä 0,2 prosentilla on todettu syömishäiriö. Naisista 10 prosentilla ja miehistä 3 prosentilla suhtautuminen ruokaan ei ole normaalia. Ahmimista on 5 prosentilla naisista ja 2 prosentilla miehistä ainakin viikoittain. (Kunttu & Pesonen 2012.)

Yhteiseurooppalaisessa Eurostudent IV -tutkimushankkeessa todetaan, että vuonna 2009 suomalaisista korkeakouluopiskelijoista 53 prosenttia kärsii sellaisista terveyteen ja psykososiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, joista on haittaa opinnoissa etenemiselle. Yleisin opintoja hidastava terveydellinen tekijä on stressi, josta kärsii 34 prosenttia. Psyykkisestä oireilusta kärsii 11 prosenttia, keskittymisvaikeuksista tai jännittämistä 21 prosenttia sekä muista sosiaalisista vaikeuksista ja oppimisvaikeuksista 10 prosenttia. Yliopisto-opiskelijoista useampi kuin ammattikorkeakouluopiskelijoista kärsii psyykkisestä oireilusta, kun taas ammattikorkeakouluopiskelijat kärsivät yliopisto-opiskelijoita useammin oppimisvaikeuksista ja muista opiskelukykyä heikentävistä tekijöistä. (Saarenmaa ym. 2010.)

Terveys 2000 -tutkimuksen nuorten aikuisten (18–29-vuotiaiden) haastattelujen perusteella on arvioitu, että lähes 40 prosentilla on ollut jokin elämänaikainen psykiatrinen häiriö, yleisimmin masennus (18 %), päihdehäiriö (14 %) tai ahdistuneisuushäiriö (13 %). Niistä, joilla oli jokin psykiatrinen häiriö, 41 prosentilla oli yksi, 35 prosentilla kaksi ja 24 prosentilla kolme tai useampia muita psykiatrisia häiriöitä. Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi arvioitiin hiukan alle seitsemän prosenttia. Nuorten aikuisten mielenterveyshäiriöt liittyivät alempaan koulutustasoon ja työttömyyteen. (Suvisaari ym. 2009.) Poikkeuksena ovat syömishäiriöt, jotka liittyvät korkeaan koulutustasoon. Nuorista, 20–35-vuotiaista naisista 6 prosentilla on ollut elinaikanaan jokin syömishäiriö, ja heistä 68 prosentilla ainakin yksi samanaikainen psykiatrinen sairaus, yleensä masennus. (Lähtenmäki ym. 2014.)

Nuorten alkoholin käyttö. Varhaisnuoruusiän herkkyyksien aikana aivot ovat erityisen alttiita ympäristötekijöiden, kuten päihteiden vaikutuksille (Marttunen & Haravuori 2015). Tutkimusten mukaan suomalaisten nuorten humalajuominen on vähentynyt ja täysin raittiiden osuus kasvanut 90-luvulta 2010-luvulle. Eurooppalaisen nuorten päihteiden käyttöä koskevan vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) mukaan 16-vuotiaista suomalaisnuorista raittiita oli neljännes, ja raittiiden osuus on lisääntynyt vuodesta 1995. Yhdeksäsluokkalaisista 37 prosenttia oli ollut selkeästi humalassa joskus elämänsä aikana (Raitasalo ym. 2015). Nuorten terveystapatutkimuksen 2015 mukaan raittiiden 12–18-vuotiaiden määrä on lisääntynyt 2000-luvun alusta ja noussut edelleen vuoden 2013 jälkeen. Kuukausittain ja viikoittain alkoholia käyttävien osuudet vähenivät edelleen muilla paitsi 18-vuotiailla tytöillä. Alkoholin käytön ja humalajuomisen väheneminen koskee myös 18-vuotiaita poikia, mutta 18-vuotiaiden tyttöjen osalta lasku saattaa olla pysähtymässä. (Kinnunen ym. 2015.) Toisaalta kansallisten syntymäkohorttien analyysin perusteella näyttää siltä, että juomisen aloitusikä on myöhentynyt, mutta täysi-ikäisyyden rajalla juominen ja humalajuominen eivät ole vähentyneet (Lintonen ym. 2015).

Kouluterveyskyselyn (2011–2015) mukaan vuonna 2015 ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 14 prosenttia, lukiolaisista 6 prosenttia ja peruskoululaisista 4 prosenttia käytti alkoholia viikoittain. Ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 23 prosenttia, lukiolaisista 31 prosenttia ja peruskoululaisista 58 prosenttia oli raittiita, kun taas ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 31 prosenttia, lukiolaisista 18 prosenttia ja peruskoululaisista 10 prosenttia käytti alkoholia tosi humalaan asti vähintään kerran kuukaudessa. Yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoista täysin raittiita oli 8 prosenttia. Opiskelijamiehistä viidennes kuului alkoholia runsaasti kuluttaviin ja naisista joka kymmenes. (Kunttu & Pesonen 2012.)

Nuorten tupakkakokeilut ja tupakointi. Vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksen mukaan nuorten tupakkakokeilut ovat vähentyneet 2000-luvulla. Kehitys on ollut samankaltaista myös päivittäin tupakoivien kohdalla. Päivittäin tupakoi 16-vuotiaista pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia. Poikien nuuskakokeilut ovat edelleen lisääntyneet, mutta tytöillä ne ovat hieman vähentyneet. Noin puolet pojista ja kolmannes

tytöistä oli joskus elämässään kokeillut sähkösavuketta. Sähkösavukkeen päivittäinen käyttö oli kuitenkin vähäistä. (Raitasalo ym. 2015.) Nuorten terveystapatutkimuksen 2015 mukaan 16–18-vuotiaista pojista 14 prosenttia ja tytöistä 13 prosenttia tupakoi päivittäin. Nuuskan kokeilu on yleistä 18-vuotiailla pojilla (47 %) ja tytöillä (26 %). Sähkösavukekokeilut ovat lisääntyneet, mutta päivittäinen käyttö koskee lähinnä 18 vuotta täyttäneitä. (Kinnunen ym. 2015.) Nikotiinisähkösavukkeen käyttö on yleisintä nuorilla, jotka myös tupakoivat ja nuuskaavat (Ollila & Ruokolainen 2016).

Kouluterveyskyselyn (2011–2015) mukaan vuonna 2015 ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 30 prosenttia, lukiolaisista 6 prosenttia ja peruskoululaisista 9 prosenttia tupakoi vähintään kerran päivässä. Ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 8 prosenttia, lukiolaisista 4 prosenttia ja peruskoululaisista 4 prosenttia nuuskaa päivittäin. Nuuskan ja savukkeiden yhteiskäyttö on pojilla yleisin tupakan käyttötapa, joten nuuska on otettava aiempaa paremmin huomioon tupakoinnin ehkäisyssä (Ollila & Ruokolainen 2016). Tupakointi on vähentynyt yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoilla. Yliopisto-opiskelijoista poltti päivittäin 5 ja ammattikorkeakouluopiskelijoista 13 prosenttia. Opiskelijamiehistä nuuskaa käytti päivittäin 5 prosenttia ja satunnaisemmin 8 prosenttia. Muiden tupakkatuotteiden käyttö oli harvinaista. Vesipiippua yli 20 kertaa käyttäneitä oli miehistä 4 ja naisista 2 prosenttia. (Kunttu & Pesonen 2012.)

Nuorten huumekekokeilut ja huumeiden käyttö. ESPAD-tutkimuksen mukaan 16-vuotiaista pojista 10 prosenttia ja tytöistä 7 prosenttia oli joskus elinaikanaan kokeillut kannabista. Muiden laittomien huumeiden käyttö on 15–16-vuotiailla harvinaista. Pojista 4 prosenttia ja tytöistä 8 prosenttia oli joskus käyttänyt rauhoittavia tai unilääkkeitä ilman lääkärin määräystä. Pojista 3 prosenttia ja tytöistä 7 prosenttia oli elinaikanaan käyttänyt alkoholia ja pillereitä yhdessä. (Raitasalo ym. 2015.)

Kouluterveyskyselyn (2011–2015) mukaan vuonna 2015 ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 22 prosenttia, lukiolaisista 12 prosenttia ja peruskoululaisista 8 prosenttia oli kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran. Laittomien huumeiden kokeilu oli yleisempää pääkaupunkiseudulla kuin muualla maassa. Poikien kokeilut olivat hieman yleisempiä kuin tyttöjen sekä peruskoulussa, lukiossa että ammatillisissa oppilaitoksissa. WHO:n koululaistutkimuksen (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC Study) mukaan vuonna 2010 suomalaisista 15-vuotiaista tytöistä 8 ja pojista 11 prosenttia on käyttänyt kannabista joskus elämänsä aikana (Currie ym. 2012). Yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoista 19 prosenttia on kokeillut tai käyttänyt jotakin huumetta, lääkkeitä tai alkoholia ja lääkkeitä yhdessä päihtymistarkoituksessa: miehistä 24 ja naisista 17 prosenttia. Yliopistoissa opiskelevat miehet olivat yleisimmin käyttäneet tai kokeilleet huumeita, useimmiten kannabista. (Kunttu & Pesonen 2012.) Nuoret aikuiset suhtautuvat aikaisempaa myönteisemmin etenkin kannabiksen käyttöön (Hakkarainen ym. 2015).

Päihteitä runsaasti käyttävät nuoret ovat usein moniongelmaisia. Päihdehäiriöisistä nuorista 60–80 prosentilla on samanaikainen muu mielenterveyden häiriö. Yleisimpiä ovat käytös- ja uhmakuushäiriöt, ADHD sekä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. Nuorilla tyypillisiä päihdehaittoja ovat sosiaaliin suhteisiin ja koulunkäyntiin liittyvät ongelmat sekä usean päihteen samanaikainen käyttö. Päihteitä runsaasti käyttävillä nuorilla myös muut ongelmat, kuten riskikäyttäytyminen, rikokset, sosiaalisen tuen puute, tapaturmat ja epäterveelliset elämäntavat, ovat muita yleisempiä. (Marttunen & Haravuori 2015.) Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisimpiä työkyvyttömyyteen johtavia sairauksia, erityisesti nuorilla ja nuorilla aikuisilla. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauspäivärahaa saaneiden 16–24-vuotiaiden määrä kasvoi vuodesta 2004 vuoteen 2008, kääntyi sen jälkeen laskuun, mutta on taas vuodesta 2010 lisääntynyt. Mieli-alahäiriöt ovat suurin mielenterveyden häiriöiden ryhmä, jonka vuoksi sairauspäivärahaa on myönnetty. Vuonna 2013 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat työkyvyttömyyseläkkeelle tai kuntoutustuelle siirtymisen syynä 80 prosentilla 16–24-vuotiaista, sitä vanhemmilla 40 prosentilla. (Heilä ym. 2015.)

Nuorten internetin käyttö ja rahapelaaminen. Nuorten nettiriippuvuutta tarkastelevien tutkimusten mukaan vaikeita ongelmia esiintyy 2–11 prosentilla ja riippuvuusriskissä on 10–20 prosenttia nuorista (Korkeila 2012). Kouluterveyskyselyn (2011–2015) mukaan vuonna 2013 ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 29 prosenttia, lukiolaisista 22 prosenttia ja peruskoululaisista 24 prosenttia käyttivät arkipäivinä vähintään neljä tuntia television katseluun, tietokoneen käyttöön sekä kännykkä- ja konsolipeleihin. Neljä prosenttia yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoista kokee netinkäytön aiheuttavan ongelmia ihmisuhteissa. Miehistä 28 ja naisista 22 prosenttia kokee internetissä käytetyn ajan haittaavan opiskelua. Lähes

viidesosa opiskelijoista raportoi netissä vietetyn ajan aiheuttavan ongelmia vuorokausirytmisissä. (Kunttu & Pesonen 2012.)

ESPAD-tutkimuksen mukaan 16-vuotiaista nuorista niiden osuus, jotka eivät ole lainkaan pelanneet rahapeliautomaateilla on lisääntynyt. Alle kymmenennes pojista pelaa vähintään viikoittain rahapeliautomaateilla. (Raitasalo ym. 2015.) Rahapelaaminen kiellettiin alle 18-vuotiailta vuonna 2011. Tämän jälkeen alaikäisten rahapelaaminen ja rahapeliongelmat ovat vähentyneet. Vuonna 2015 kolmannes 15–17-vuotiaista oli pelannut rahapelejä viimeisen 12 kuukauden aikana, ja neljä prosenttia oli pelannut niitä internetissä. Neljä viidestä 18–24-vuotiaasta oli pelannut rahapelejä viimeisen 12 kuukauden aikana, ja neljännes oli pelannut niitä internetissä. (Salonen & Raisamo 2015.)

Kouluterveyskyselyn (2011–2015) mukaan vuonna 2015 ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 7 prosenttia, lukiolaisista 6 prosenttia ja peruskoululaisista 15 prosenttia pelaa rahapelejä viikoittain. Yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoista 59 prosenttia on pelannut jotakin rahapeliä viimeisen 12 kuukauden aikana, miehet naisia yleisemmin. Ammattikorkeakouluissa opiskelevat harrastivat rahapelaamista yliopisto-opiskelijoita useammin. Rahapelaamisen oli kokenut ongelmaksi viimeisen vuoden aikana 7 prosenttia miehistä ja 1,7 prosenttia naisista. (Kunttu & Pesonen 2012.)

Nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen saavutettavuus. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM) mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat osa opiskeluterveydenhuoltoa. Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaan opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvat mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus. Lisäksi opiskelijan terveyttä edistävän ja sairauksia ehkäisevän toiminnan sekä terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen on muodostettava yhtenäinen kokonaisuus, jonka on edistettävä opiskelijan terveyttä, hyvinvointia ja opiskelukykyä. Käytännössä tämä tarkoittaa palvelujen saavutettavuuden näkökulmasta, että palvelut ovat samassa fyysisessä paikassa, opiskelijoiden helposti saatavissa ja erityisesti opiskelijoiden kehitysvaiheeseen, terveysongelmiin ja opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin perehtyneiden opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten tarjoamia. (STM 2011.)

Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden palvelujärjestelmän tulisi olla samanaikaisesti integroitu ja monitasoisesti porrastettu. Vaikeimpien häiriöiden hoidon tulisi olla intensiivistä ja häiriöspesifistä keskittyissä erikoistason yksiköissä sekä yleisemmän ja lievemmän oireilun hoito- ja tukikeinojen lähellä nuorten arkista elinympäristöä. Esimerkiksi oppilaitoksissa ja perustasolla ehkäisevät ja taitoja korostavat menetelmät ovat ensisijaisia. (Niemelä 2010, Marttunen & Haravuori 2015.)

Nuorten siirtymävaihe aikuisten palveluihin nähdään ongelmallisena sairastumisen näkökulmasta. Mielenterveyshäiriöiden hoito on epäjatkovaa ja heikoimmillaan silloin, kun sen pitäisi olla pysyvää ja vahvaa, mielenterveyshäiriöiden ilmaantumishuipun ja suuren terveyshaitan aikaan nuoruudessa ja varhaisessa aikuisuudessa (McGorry 2007). On arvioitu, että ainakin 10–13 prosentilla nuoruusikäisistä on psykiatrisen hoidon tarve. Vuositasolla perustason mielenterveyspalvelujen tulisi tavoittaa ainakin viisi prosenttia ja erikoissairaanhoidon noin viisi prosenttia nuorista. Palvelujen käyttöön oikeuttavat ikäraajat vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Vuonna 2009 nuorisopsykiatristen avohoidon palvelujen käyttöoikeus oli 70 prosentilla 13–22-vuotiaista ja 4,3 prosenttia heistä käytti palveluja. (Pylkkänen & Laukkanen 2011.) Nuorten mielenterveyspalvelujen tulisi koskea kaikkia alle 23-vuotiaita, ja palvelujen tarjoajasta riippumatta kehitysvaiheen erityispiirteet, kuten opiskelukyky ja sen tukeminen, tulisi pystyä huomioimaan (Marttunen & Haravuori 2015).

Mielenterveyspalvelujen käyttöä koskeneissa tutkimuksissa on todettu, että vain noin 20–40 prosenttia mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista on ollut avun piirissä. 2000-luvulla on kuitenkin tapahtunut myönteistä kehitystä. On arvioitu, että 60 prosenttia apua tarvitsevista nuorista saa hoitoa. (Pylkkänen & Laukkanen 2013.) Vuonna 2013 ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 24 prosenttia, lukiolaisista 18 prosenttia ja peruskoululaisista 18 prosenttia oli hakenut joskus apua ammattiauttajalta masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia (Kouluterveyskysely 2011–2015). Nuoret naiset hakevat mielenterveyspalveluista apua miehiä useammin. Nuorten miesten ohjautuminen avun piiriin näyttää viivästyvän naisia pidempään. Suomessa 19–34-vuotiaat nuoret aikuiset hakevat ja saavat hoitoa masennukseen aikaisempaa enemmän, mutta hoidon saatavuudessa on parantamisen varaa. Masennusta sairastavista nuorista aikuisista 76 prosentilla on ollut joku kontakti terveyspalvelujärjestelmään ja 41 prosenttia on saanut asianmukaista hoitoa viimeisimmän masennusjaksonsa aikana. (Kasteenpohja ym. 2015.) Ahdistuneisuushäiriöistä kärsi-

vistä nuorista aikuisista 71 prosentilla on ollut joku kontakti terveystalvurjärejstelmään ja 42 prosenttia on saanut asianmukaista hoitoa viimeisimmän hoitojakson aikana (Kasteenpohja ym. 2016). Masennuksen hoidon keskeyttävät useammin henkilöt, joilla on matala koulutustaso ja itsetuhoisuutta eli muutoinkin syrjäytymisvaarassa olevat. Huomiota tulee kiinnittää aikaisempaa enemmän asianmukaisen hoidon järjestämiseen hoitoon hakeutuneille. Tärkeää on myös miettiä keinoja, joilla tiettyihin riskiryhmiin kuuluvat saadaan motivoitua riittävän pitkäjänteiseen hoitoon. (Kasteenpohja ym. 2015.)

Toisaalta palvelut kohtaavat huonosti esimerkiksi syrjäytyneiden nuorten tarpeet. Näillä nuorilla on muita nuoria enemmän mielenterveyden häiriöitä, ja heidän toimintakykynsä on usein heikentynyt. Haasteena ovat jonot palveluihin ja päivystysluontoisten palvelujen puute. Nuorten kohdalla olisi tärkeää, että yksi henkilö vastaisi nuoren palvelukokonaisuudesta ja että palvelut olisi saatavissa yhdestä paikasta, mikä tällä hetkellä toteutuu harvoin. Nuoria pyritään aktivoimaan, mutta juuri syrjäytyneillä nuorilla on heikosti aineellisia, sosiaalisia tai mielenterveydellisiä voimavaroja olla aktiivinen. Oman aktiivisuuden vaatimus voi nousta esteeksi psykiatriseen hoitoon pääsemiseksi ja hoidon toteutumiseksi. (Aaltonen ym. 2015.)

Palvelujärjestelmän haasteena on nuorten elämän nivelvaiheiden huomioiminen palveluja suunniteltaessa ja riittävän hyvin resursoidun opiskeluterveydenhuollon mahdollisuuksien hyödyntäminen. Erilaiset siirtymä- tai nivelvaiheet ovat riskikohtia, jolloin nuori voi pudota palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Tällaisessa vaarassa ovat esimerkiksi peruskoulun päättävät nuoret, jotka eivät jatka toisen asteen opintoja tai opinnoista pois putoavat, varusmiespalvelukseen astuvat ja sen päättävät sekä työelämään siirtymisen vaiheessa olevat. Putoamisriskissä olevien tunnistamisessa ja palveluihin ohjaamisessa tarvitaan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyön lisäksi laajaa yhteistyötä oppilaitosten, työvoimapolitiittisten palvelujen ja esimerkiksi nuorisotoimen kanssa. Palvelut tulisi olla tarjolla niin sanotusti yhdeltä luukulta. (Marttunen & Haravuori 2015.) Terveysterojen kaventamisen ja syrjäytymisen ehkäisemisen kannalta on tärkeää turvata opiskelijoille laadukkaat opiskeluterveydenhuollon palvelut tasa-arvoisesti koulutusasteesta ja oppilaitoksen sijaintikunnasta riippumatta (STM 2012:18).

2. Mielensterveys- ja päihdepalvelut sekä mielensterveys- ja päihdetyö opiskeluterveydenhuollossa

2.1. Mielensterveys- ja päihdepalvelut opiskeluterveydenhuollossa

2.1.1. Mielensterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

Opiskeluterveydenhuoltoa ja sen järjestämistä säätelevät keskeisesti terveydenhuoltolaki (1326/2010), valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) sekä oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013). Terveydenhuoltolain (1326/2010, 17§) mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät

1. oppilaitoksen opiskeluympäristön terveellisuuden ja turvallisuuden sekä opiskeluyhteisön hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta kolmen vuoden välein,
2. opiskelijoiden terveyden ja hyvinvoinnin sekä opiskelukyvyn seuraaminen ja edistäminen, johon sisältyvät lukion ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille kaksi määräaikaista terveystarkastusta ja kaikille opiskelijoille terveystarkastukset yksilöllisen tarpeen mukaisesti,
3. terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen opiskelijoille, mielensterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen ja suun terveydenhuolto mukaan lukien sekä
4. opiskelijan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä opiskelijan tukeminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon ohjaaminen.

Opiskeluterveydenhuolto on osa kunnallista perusterveydenhuoltoa. Kunnan tehtävänä on järjestää opiskeluterveydenhuollon piirissä oleville terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mukaan lukien mielensterveys- ja päihdepalvelut. Opiskeluterveydenhuollossa painotetaan kokonaisvaltaista opiskelijan hyvinvointia ja tuetaan opiskelijan työtä eli opiskelua (STM 2006:12). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, mukaan lukien neuvolatyö sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto, on nimettävä vastuuhenkilö (STM 2009:20, terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Opiskeluterveydenhuoltoon oikeutetut opiskelijat. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 17§) säädetään, että kunnan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Valtioneuvoston asetuksessa (338/2011, 3§) täsmennetään oppilaitokset, joiden opiskelijat ovat oikeutetut opiskeluterveydenhuoltoon: ammatillista peruskoulutusta antavat ammattioppilaitokset, aikuiskoulutuskeskukset, kansanopistot, liikunnan koulutuskeskukset, pelastusopistot ja pelastusalan ammatillista peruskoulutusta antavat oppilaitokset. Lisäksi ammatillista peruskoulutusta on rikosseuraamusalan koulutuskeskuksessa suoritettava vankeinhoidon perustutkinto. Oppilaitoksen opiskelijoina pidetään näiden oppilaitosten opiskelijoita, jotka opiskelevat opintotukilain (65/1994) mukaisessa opintotukeen oikeuttavassa koulutuksessa. Opiskelijan ei tarvitse henkilökohtaisesti saada opintotukea, mutta koulutuksen, jossa hän opiskelee, on oltava opintotukeen oikeuttavaa, kuten kestettävä päätoimisesti opiskellen yhtäjaksoisesti vähintään kaksi kuukautta.

Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Valviran hyväksymällä tavalla (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Kunnallisen opiskeluterveydenhuollon palveluissa ei ole valinnanvapautta, joten niitä ei voi hakea toiselta paikakunnalta. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan terveyskeskuksissa on jonkin verran epäselvyyttä siitä, ketkä opiskelijat ovat oikeutettuja opiskeluterveydenhuollon palveluihin. (STM 2012:18.)

Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen kokonaisuus. Terveydenhuoltolain (1326/2010) ja valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaan opiskelijoiden terveyttä edistävän ja sairauksia ehkäisevän toiminnan sekä terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen on muodostettava yhtenäinen kokonai-

suus. Opiskeluterveydenhuollossa on kiinnitettävä erityistä huomiota opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin, kuten opiskelijan omiin voimavaroihin, terveyteen, opiskelutaitoihin sekä opiskeluympäristöön ja yhteisöön. Opiskeluterveydenhuollon luonteen ja erityispiirteiden vuoksi henkilöstön tulee olla perehtynyt erityisesti opiskelevien nuorten ja nuorten aikuisten kehitysvaiheeseen, terveysongelmiin ja opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin. Näistä asioista johtuen on suositeltavaa, että opiskelijalla on mahdollisuus asioida samojen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (STM 2011.)

Terveydenedistämiskiivisyys perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan opiskeluterveydenhuollon kokonaisuuden toteutumisessa on puutteita (Wiss ym. 2014b). Tämä on todettu myös aikaisemmissa valtakunnallisissa selvityksissä. Toiminta on hajautunutta, sillä erityisesti lääkäreiden sairausvastaanotto järjestetään usein opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella ja pääsääntöisesti muiden kuin opiskeluterveydenhuollon lääkäreiden vastaanotoilla. (STM 2002:25, STM 2012:18.) Opiskeluterveydenhuoltoa ei vielä täysin mielletä terveyskeskuksissa kokonaisuudeksi. Palvelu näyttää yhä edelleen hajautuvan eri toimijoiden ja toimipisteiden välillä. Terveyskeskuksista 90 prosenttia järjesti terveydenhoitajan tarkastukset ja 79 prosenttia lääkärintarkastukset oppilaitoksessa sijaitsevassa toimipisteessä. Lääkärin ei-kiireellinen sairausvastaanotto järjestettiin yleisimmin (57 %) jossakin muussa terveyskeskuksen toimipisteessä kuin oppilaitoksessa tai opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä. Lisäksi neljässä terveyskeskuksessa kymmenestä asiointi saman lääkärin kanssa sekä terveyden- että sairaanhoidossa ei toteudu asetuksen mukaisesti. Myös terveyskeskusten ja alueiden välillä on eroja. (Wiss ym. 2014b.)

Opiskeluterveydenhuollolla on monissa kunnissa vaikeuksia vastata opiskelijoiden kokonaisvaltaisen terveydenhuollon toteuttamisesta, koska se on hajautettu useiden tahojen hoidettavaksi. Hajautettu toiminta vaikeuttaa terveydenhuollon henkilöstön yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa ja tiedonvaihto jää puutteelliseksi. Lisäksi aiheutuu toimintojen päällekkäisyyttä, jos opiskelijalla on ensin terveydenhoitajakontakti opiskeluterveydenhuollossa ja sitten lääkärinkontakti sekä mahdollisesti sitä edeltävä sairaanhoitajakontakti vastaanotto toiminnassa. On myös todennäköistä, että vastaanotto toiminnan lääkäri ei ole perehtynyt opiskelevien nuorten terveysongelmiin ja opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin. (STM 2012:18.)

Opiskeluterveydenhuollon kehittämistyöryhmän toimenpide-ehdotuksessa ehdotetaan opiskelijoiden terveyden- ja sairaanhoidon järjestämistä ensisijaisesti opiskeluterveydenhuollossa (STM 2014:10). Jotta opiskeluterveydenhuolto muodostaisi terveydenhuoltolain ja asetuksen säännösten mukaisen toiminnallisen kokonaisuuden, on tärkeää, että lääkärin ja terveydenhoitajan sairausvastaanotto järjestetään yleisen vastaanotto toiminnan sijasta opiskeluterveydenhuollossa (STM 2002:25, 2012:18). Mikäli sairaanhoitoa ei voida järjestää opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä, koordinaatiovastuun tulisi kuitenkin pysyä opiskeluterveydenhuollossa. Koordinaatiovastuun säilymiseksi on toivottavaa, että hoidon tarpeen arvion tekee opiskeluterveydenhuollon ammattihenkilö. (Wiss ym. 2014b.)

Opiskeluterveydenhuollon palvelujen jakautuessa eri toimipisteisiin on vaarana, että opiskelijan tilanteeseen ja etenkin opiskeluyhteisöön liittyviä tarpeita ei oteta riittävästi huomioon. Siksi kokonaisuuden toteutumisen kannalta on tärkeää, että opiskelijalla on mahdollisuus asioida samassa opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä samojen ammattilaisten kanssa. (STM 2011, 2012:18, Wiss ym. 2014b.) Terveydenedistämiskiivisyys perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan terveyskeskuksista 88 prosentissa opiskelijalla oli mahdollisuus asioida saman terveydenhoitajan ja 61 prosentissa lääkärin kanssa terveydenhoitopalvelujen lisäksi myös sairaanhoitopalveluissa. Osuudet ovat pysyneet lähes ennallaan kahden vuoden seuranta-aikana. Jos saman ammattilaisen kanssa asiointiin ei ollut mahdollisuutta, niin syiksi tunnistettiin seuraavia asioita: riittämättömät resurssit, sairaanhoitopalvelut keskitetty terveyskeskukseen, ammattihenkilöstö ei ole paikalla joka päivä, lääkäripalvelujen puute, lääkäreiden vaihtuvuus ja lääkäripalvelut hankitaan osin ostopalveluina. (Wiss ym. 2014b.) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen valvontaohjelman 2015–2018 mukaisesti Valvira ja aluehallintovirastot valvovat opiskelijoiden terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuuden toteutumista (Valvira 2015:2).

Opiskeluterveydenhuolto toisella asteella osana opiskeluhuoltoa. Toisella asteella opiskeluterveydenhuollon palvelut ovat myös osa opiskeluhuoltoa. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) mukaan opiskeluhuollolla tarkoitetaan opiskelijan hyvän oppimisen, psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa oppilaitosyhteisössä. Opiskeluhuoltoon ovat oikeutettuja kaikki ammatillisen peruskoulutuksen ja lukioiden opiskelijat.

Opiskeluhuoltoa toteutetaan sekä ehkäisevänä koko oppilaitosyhteisöä tukevana yhteisöllisenä opiskeluhuoltona että yksilökohtaisena opiskeluhuoltona. Opiskeluhuoltoon sisältyy opetussuunnitelman mukainen opiskeluhuolto ja opiskeluhuollon palvelut, joita ovat psykologi- ja kuraattoripalvelut sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut. Opiskeluhuoltoa toteutetaan opetustoimen sekä sosiaali- ja terveystoimen monialaisena suunnitelmallisena yhteistyönä opiskelijoiden, huoltajien ja tarvittaessa muiden tahojen kanssa. Laissa turvataan toisen asteen opiskelijoille oikeus opiskeluhuollon kuraattori- ja psykologipalveluihin. Opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhuollon kuraattorin tai psykologin kanssa viimeistään seitsemäntenä oppilaitoksen työpäivänä pyynnöstä. Silloin, kun on kyse erittäin kiireellisestä asiasta, on keskustelun järjestettävä samana tai seuraavana päivänä. (Perälä ym. 2015a.)

Opiskeluhuollon kuraattori tarjoaa tukea ja ohjausta erityisesti käyttäytymiseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvissä tilanteissa. Tyypillisiä asiakkuuden aiheita ovat poissaolot, koulunkäynnin laiminlyönti, uhmakkuus ja sääntöjen rikkominen, keskittymisvaikeudet, motivaatio-ongelmat ja väkivaltainen käyttäytyminen. Sosiaalisiin suhteisiin liittyviä syitä ovat kiusaamistilanteet ja kaverisuhdeongelmat. Tulosyinä voivat olla myös opiskelijan perheen vakavat ongelmat tai perherakenteen muutos. (HE 67/2103.)

Opiskeluhuollon psykologin yksilö- ja asiakastyö sisältää nuoren kehitykseen, oppimiseen tai koulunkäyntiin liittyvien kysymysten selvittelyn ja arvioinnin. Tähän kuuluu opiskelijan tilanteen arviointi toimenpiteineen, joita ovat esimerkiksi neuvottelut oppilaitoksen henkilöstön ja huoltajien kanssa, psykologiset tutkimukset ja lausuntojen laatiminen, tukitoimien ja opetusjärjestelyjen suunnittelu, sekä yhteistyö oppilaitoksen ulkopuolisten tahojen kanssa. Asiakastyöhön kuuluvat myös opiskelijoiden yksilöllinen tuki ja ohjaus tunne-elämän kehitykseen, sosiaaliseen vuorovaikutukseen tai oppimiseen liittyvissä pulmissa. (HE 67/2013.) Opiskeluhuollon psykologin tehtäväkuvaan ei kuulu varsinaisten mielenterveyden häiriöiden hoitaminen, vaan hänen tulee ohjata asiakas opiskeluterveydenhuoltoon tai terveyskeskukseen saamaan apua näissä ongelmissa. Korkeakouluissa voi työskennellä myös opintopsykologeja, joiden työmuotoina ovat psykologinen erityisohjaus, neuvonta ja lyhytinterventio oppimiseen ja oppimisympäristöön liittyvissä ongelmissa. Opintopsykologi arvioi opiskelijan opiskelukuntoisuutta, psyykkistä hyvinvointia ja muiden tukitoimien tarpeellisuutta. (Psykologiliitto 2016.)

Oppilaitoksen sijaintikunta vastaa opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisestä alueellaan sijaitsevien lukiokoulutusta ja ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Oppilaitoksen sijaintikunnalla on velvollisuus järjestää psykologi- ja kuraattoripalvelut opiskelijoille myös silloin, kun koulutuksen järjestäjä on yksityinen tai valtio, jollei koulutuksen järjestäjä päättä järjestää näitä palveluja osittain tai kokonaan omana toimintanaan ja omalla kustannuksellaan. (Laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta 1409/2014.)

Opiskeluhuollon psykologin lisäksi voi opiskelijoiden käytettävissä olla opiskeluterveydenhuollon tai terveydenhuollon psykologi, joka hoitaa opiskelijoiden mielenterveyden häiriöitä, tekee psykologisia tutkimuksia sekä antaa yksilöllistä neuvontaa ja lyhytaikaista terapiaa (Psykologiliitto 2016). On tärkeää erottaa psykologin erilaiset tehtävät opiskeluterveydenhuollossa ja opiskeluhuollossa. Psykologin työ opiskeluhuollossa on lainsäädännön mukaan selkeästi psykologin ja oppilaitoksen yhteisellä rajapinnalla, ei niinkään psykologin ja terveystoimen rajapinnalla. Opiskeluhuollon ja opiskeluterveydenhuollon psykologit kuuluvat useimmiten eri organisaatioihin, ja heidän kirjaamansa tiedot kuuluvat eri rekistereihin, jotka ovat käyttötarkoituksiltaan erilaiset. Tietojen luovutuksen näiden rekistereiden välillä on perustuttava asiakkaan (opiskelijan) kirjalliseen suostumukseen. (ks. Tietosuojavaltuutetun ratkaisut 2014.) Yksilökohtaista opiskeluhuoltoa toteuttavilla ammattilaisilla ja monialaisen asiantuntijaryhmän jäsenillä on kuitenkin ryhmän perustamisen jälkeen oikeus ilmaista vapaasti toisilleen opiskeluhuollon toteuttamiseksi välttämättömiä tietoja salassapitovelvoitteiden estämättä (Perälä ym. 2015a).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut opiskeluterveydenhuollossa. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä sairaanhoidon osa-alueet kunnan järjestämisvastuuseen. Terveydenhuoltolaissa säädetään sairaanhoidon osana mielenterveys- ja päihdetyön tavoitteista, keinoista ja toteuttamisesta. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) on säännökset sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdetyöstä.

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kuntien tulee järjestää päihdehuollon palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa että päihdehuollon erityispalveluina. Terveysdenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta päihdeettömyydestä ja päihdeidenkäytön haitoista sekä päihdeiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisen päihdetyön lähtökohtana on muodostaa saumaton palvelukokonaisuus yhdessä mielenterveystyön kanssa. Päihdehuollon erityispalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi A-klinikkatoimintaa ja nuorisoasemia (STM 2016a). Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan toimintaa, jolla vähennetään päihdeiden käyttöä ja päihdeiden käytöstä aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia haittoja (Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015).

Terveysdenhuoltolain (1326/2010) 17 §:n mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mukaan lukien mielenterveys- ja päihdetyö. Asetuksen (338/2011) 17 §:ssä todetaan, että opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia terveyden- ja sairaanhoitopalveluja ovat terveystarkastusten ja -neuvonnan lisäksi mahdollisten mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoittoon ohjaus. Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012:18) todetaan, että mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kiinteä osa opiskeluterveydenhuollon sekä ehkäiseviä että sairaanhoidollisia palveluja.

Terveysenedistämisaktiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan terveyskeskuksista 86 prosentissa mielenterveys- ja 88 prosentissa päihdepalvelut olivat opiskelijoiden saatavilla opiskeluterveydenhuollosta. Yleisimpiä syitä näiden palvelujen puuttumiselle oli se, että palvelut järjestettiin muissa yksiköissä, kuten mielenterveystoimistossa, mielenterveysyksikössä tai päihdekllinikalla tai että resursseista oli puutetta. (Wiss ym. 2014b.) Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä vain 23–43 prosenttia kunnista koulutusmuodosta riippuen oli järjestänyt lääkärin vastaanoton joko oppilaitoksella tai keskitetyssä toimipisteessä. Näin myöskään mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät voineet olla saatavilla opiskeluterveydenhuollossa, vaikka niitä ei erikseen kysytty. Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä todettiin, että haasteita ja tuen tarvetta oli nimenomaan näiden palvelujen järjestämisessä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve opiskeluterveydenhuollossa on kasvanut, eikä resursointi ole tarpeiden mukainen. (STM 2012:18). Tuloksissa on selkeitä eroja näiden kahden edellisen selvityksen välillä.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 mukaisesti nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulee painottua perus- ja lähipalveluihin sekä avohoitoon. Näin on mahdollista lisätä nuorten hyvinvointia enemmän kuin järjestettäessä palvelut häiriökeskeisesti. Kuntien järjestämä nuorten mielenterveys- ja päihdetyö tulee toteuttaa ensisijaisesti nuorten arkisessa elinympäristössä, kuten oppilaitoksessa. Erikoispalvelut tukevat monimuotoisesti peruspalveluja. Erikois- ja peruspalvelujen yhteistyötä tulee kehittää nuorten kehitysympäristöissä yli sektorirajojen. (Partanen ym. 2010, Moring ym. 2011, STM 2012:24.)

Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen -työryhmän raportin toimenpide-ehdotuksissa todetaan, että perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelut toteutetaan ensisijaisesti opiskeluterveydenhuollossa. Silloinkin, kun palvelut järjestetään muualla kuin opiskeluterveydenhuollossa tai muiden opiskeluhuollon toimijoiden toteuttamina, hoidon tulee toteutua saumattomasti ja koordinaatiovastuun säilyä opiskeluterveydenhuollossa. (STM 2014:10.) Opiskeluterveydenhuollolla on tärkeä rooli mielenterveyden häiriöiden varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa. Terveysdenhoitaja ja lääkäri voivat yhteistyössä muiden opiskeluhuollon toimijoiden kanssa järjestää opiskelijalle riittävän tuen opiskelukyvyyn ylläpitämiseksi. (STM 2012:18.)

Opiskeluterveydenhuollon selvityksen (2012:18) mukaan päihdepalvelujen lähtökohtana on, että päihdeiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin vastataan kaikilla palvelujen tasoilla mahdollisimman varhain

ja tarjotaan tietoa, tukea ja apua. Opiskeluterveydenhuolto vastaa osaltaan päihdeongelmien varhaisesta toteamisesta ja hoidosta. Jotta opiskeluterveydenhuolto pystyisi hoitamaan perusterveydenhuoltoon kuuluvat mielenterveys- ja päihdeongelmaiset opiskelijat, on näiden häiriöiden hoitoon perehtynyttä henkilöstöä oltava riittävästi. Osaamiseen kuuluu kyky ottaa puheeksi päihteiden käyttö, erilaisten hoito- ja interventiovaihtoehtojen tuntemus sekä taito ohjata asiakas tarpeen mukaisten päihdehuollon erityispalvelujen piiriin. Opiskeluterveydenhuollon toimijoiden on tunnettava alueensa päihdepalvelut, joihin tulee luoda yhteistyöverkot ja sopia toimintamalleista. Mitä aikaisemmin mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät nuoret tavoitetaan ja saadaan hoidon piiriin, sitä vähemmän pitkäaikaishaittoja ja kustannuksia häiriöt aiheuttavat. Varhaisen tunnistamisen edellytyksiä voidaan parantaa huolehtimalla henkilöstön riittävästä osaamisesta. Koko ikäluokan kattavat terveystarkastukset parantavat myös mahdollisuuksia löytää oireilevat opiskelijat varhain. (STM 2006:12, 2012:18.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 linjausten mukaisesti nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluja ei tule erottaa eri yksiköihin perustasolla. Päihdehäiriöiden näkeminen erillisenä muusta mielenterveydestä on erityisen hankalaa nuorissa ikäryhmissä. Nuorten päihdepalvelujen tulisi olla integroituna osaksi nuorten mielenterveyden palvelujärjestelmää. Nuorten päihdehäiriöiden hoidon ongelmana on hoitojärjestelmän hajanaisuus. Osa hoidosta on psykiatristen palvelujen alla ja osa kuuluu lastensuojelun ja sosiaalihuollon palvelujen piiriin. Palvelukokonaisuuden koordinointi on vaikeaa, ja nuoren kannalta palvelujen saatavuus on vaihtelevaa erilaisten hoidon perusteiden vuoksi. Nuorille on vaihtelevasti tarjolla erilaisia nuorisoneuvola-, nuorisoasema- ja päihdepysäkkipalveluja. Niiden kattavuudesta, palvelujen piirissä olevien osuudesta ja käytetyistä menetelmistä ei ole olemassa kansallista tietoa. (Marttunen & Haravuori 2015.) Eri yksiköihin hajautunut hoito ja eri tietojärjestelmiin kirjautuva tieto eivät mahdollista nuoren kokonaisvaltaista tuen saamista ja hoitamista.

Perustason palveluissa tulee olla mahdollista hoitaa nuorten lievät ja keskivaikeat (komplisoitumattomat) mielenterveys- ja päihdehäiriöt. Erikoistasolle, lähinnä nuorisopsykiatriseen ja psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja päihdehuoltoon, sijoittuvat vaativampi arviointi ja erityistutkimukset, vaikeiden ja komplisoituneiden häiriöiden hoito ja spesifit psykopatologian mukaiset hoito- ja kuntoutusmenetelmät tai niihin ohjaaminen (esimerkiksi Kelan tukemat kuntoutukset). Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito tulee nähdä jatkumona, jossa ensimmäisenä kohdennetun intervention aiheena on tunnistettu riski sairastua tai lievä oireilu. Tällöin hoito ja tukitoimet voivat olla eri ammattikuntien toteuttamaa, mutta aina ammatillista ja muutokseen tähtäävää. Häiriötasoisien oireilun oikean hoidon tason, soveltuvien psykososiaalisten hoitojen ja lääkehoidon valintaan vaikuttavat todettu sairaus, samanaikaissairastavuus, oireiden laaja-alaisuus ja vaikeusaste, toimintakyky, elämänlaatu, komplisoivat yksilöön ja lähipiiriin liittyvät tekijät, nuoren oma käsitys kärsimystä aiheuttavista ja toimintakykyä heikentävistä tekijöistä sekä nuoren ja hänen perheensä toiveet. Varhaisen tunnistamisen ja varhaisen intensiivisen hoidon merkitys on keskeinen. (Marttunen & Haravuori 2015.)

Parhaimmillaan nuorisopsykiatrian palvelujärjestelmä on toiminnallinen kokonaisuus, jossa toteutuu häiriöiden ehkäisy, varhainen ongelmien tunnistaminen, vaikuttavat hoitomuodot, kuntoutus ja laaja yhteistyö nuorten verkostoon kuuluvien toimijoiden kanssa. Nuorisopsykiatrinen palvelujärjestelmä on porrasteinen. Se muodostuu perustason lähipalveluista ja matalan kynnyksen läheteettömistä palveluista, erikoissairaanhoidon palveluista, valtakunnallisista Kelan ja vakuutuslaitosten järjestämistä palveluista sekä yksityisten ja järjestöjen palveluista. (Pylkkänen & Haapasalo-Pesu 2016.)

Mikkosen ym. (2015) mukaan oppimisvaikeuksien varhainen tunnistaminen ja perustasolla tapahtuva tukeminen ovat tärkeitä, ja pääpaino tulisi olla koulun eritasoisilla pedagogisilla tukitoimilla lapsuudessa ja nuoruudessa. Opiskeluhuollon psykologeilla ja opiskeluterveydenhuollolla tulisi olla mahdollisuus tutkia ja arvioida oppimisen vaikeuksien laajuus ja mahdolliset yhtäaikaiset muut neuropsykiatriset häiriöt sekä tarvittaessa ohjata vaikeimmat oppimishäiriöt erikoistason palveluihin.

Väkivaltaista ja muuta antisosiaalista käytöstä sisältävä käytöshäiriö voidaan nähdä merkittävimäksi lasten ja nuorten psykiatriseksi ongelmaksi. Häiriön hoito edellyttää tiivistä yhteistyötä kasvatusvastuussa olevien, oppilaitoksen ja sosiaalitoimen kesken. (Lindberg ym. 2015.) Kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat yksilö- tai ryhmämuotoisina on tutkimuksissa todettu toimiviksi käytöshäiriöisten nuorten hoidossa (Lindberg ym. 2015, Mogk ym. 2015). Vaikeiden käytöshäiriöiden hoidossa suositeltavampia ovat useita tera-

peuttisia lähestymistapoja yhdistelevät perheterapeuttiset interventiot, kuten monimuotoinen perheterapia MDFT. (Lindberg ym. 2015.)

Opiskelijan oikeus nuoriso- ja aikuispsykiatriseen hoitoon. Terveydenhuoltolain 47 §:n mukaan opiskelijalle on annettava sinä aikana, jonka hän opiskelun vuoksi joutuu oleskelemaan muulla erityisvastuualueella, sairaanhoitoa tämän erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan opiskeluterveydenhuollossa tunnetaan huonosti opiskelijan oikeus opiskelupaikkakunnan erikoissairaanhoidon palveluihin. Terveyskeskuksista 63 prosenttia ilmoitti, että ulkokuntalaiset opiskelijat ovat oikeutettuja ja viiden prosentin mukaan eivät ole oikeutettuja opiskelupaikkakunnan sairaanhoitopiirin hoitoon. Kolmasosa ei tuntenut opiskelijan oikeuksia tässä asiassa. (STM 2012:18.)

2.1.2. Opiskelijoille tarjolla olevat palvelut ja niiden riittävyys

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 4 §:n mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen toimenpide-ehdotuksissa todetaan, että kuntien tulisi huolehtia opiskeluterveydenhuollon riittävästä resursoinnista suuntaamalla riittävästi henkilöstövoimavaroja asetuksen (VNA 338/2011) mukaisiin opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Opiskeluterveydenhuollon toiminnan onnistumisen edellytys on määrällisesti riittävä ja opiskeluterveydenhuollon asiantuntemuksen omaava henkilöstö. (STM 2012:18.)

Henkilöstömitoituksia koskevat aiemmat suositukset olivat terveydenhoitajilla lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa 600–800 opiskelijaa ja ammattikorkeakouluissa 800–1000 opiskelijaa terveydenhoitajaa kohden sekä lääkäreillä 2500–3000 opiskelijaa lääkärinä kohden (STM 2006:12). Opiskeluterveydenhuollon kehittämistyöryhmä totesi, että nämä mitoituslaskelmat ovat riittämättömät, eivätkä ne ole ajan tasalla. Työryhmä laski, että ammatillisessa koulutuksessa terveydenhoitajamitoitus tulisi olla 600, lukioissa 700 ja ammattikorkeakouluissa 800 opiskelijaa yhtä terveydenhoitajaa kohden. Työryhmällä ei kuitenkaan ollut valtuuksia antaa uusia henkilöstömitoitus suosituksia. Työryhmän toimenpide-ehdotuksessa todetaan, että opiskeluterveydenhuollon sisällön ja toimintatapojen kehittämiseksi tulisi kunnissa huomioida myös siihen tarvittavat riittävät henkilöstöresurssit. (STM 2014:10.)

Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan henkilöstötilanne opiskeluterveydenhuollossa on hieman parantunut, mutta siinä on edelleen suuria puutteita. Henkilöstömitoitukset toteutuivat kansallisiin suosituksiin nähden huonosti. Lukioiden keskimääräinen terveydenhoitajamitoitus oli lähimpänä suosituksia, kun taas ammatillisten oppilaitosten ja etenkin ammattikorkeakoulujen mitoitukset jäivät selvästi suosituksista. Lääkäriresurssit olivat erittäin huonot kaikilla koulutusasteilla. Lukioiden opiskeluterveydenhuolto oli muita koulutusmuotoja paremmin resursoitu. Muista työntekijöistä oli opiskeluterveydenhuollon käytettävissä useimmiten fysioterapeutti, psykologi, kuraattori tai muu sosiaalityöntekijä. Noin puolella kunnista oli käytettävissä ravitsemusterapeutti ja puheterapeutti. Vähiten oli käytössä seksuaalineuvojan tai muun työntekijän, kuten psykiatrisen sairaanhoitajan tai nuorisotyöntekijän palveluja. (STM 2012:18.)

Opiskeluterveydenhuollossa toisella asteella ja ammattikorkeakouluissa toimivat terveydenhoitajat arvioivat myös opiskeluterveydenhuollon ja muun opiskeluhuollon palvelut heikosti resursoituiksi. Heikoimmin resursoituna pidettiin muiden terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaisten palveluja sekä mielenterveyspalvelujen verkostoa. Valtaosa piti näiden palvelujen saatavuutta riittämättömänä. Lääkäri- ja psykologipalvelut riittäviksi arvioi alle kolmannes terveydenhoitajista. (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011.)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa ja lukioissa 2014 -tiedonkeruiden mukaan terveydenhoitajan palveluja oli käytettävissä 99 prosentissa lukioista ja 96 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. Lääkäri oli käytettävissä 81 prosentissa lukioista ja 73 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. Terveydenhuollon tai opiskeluhuollon psykologi oli käytettävissä 75 prosentissa lukioista ja 45 prosentissa ammatillista oppilaitoksista sekä kuraattori 79 prosentissa lukioista ja 72 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. Kokonaisuudessaan ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeluhuoltopalveluja oli käytettävissä vuosina 2013–2014 yhtä paljon tai enemmän kuin kahta vuotta aikaisemmin. Näin oli myös lukiois-

sa lääkäripalveluja lukuun ottamatta. (Wiss ym. 2015a, 2015b.) Kuraattori- ja psykologipalvelujen järjestämistavassa on vaihtelua. Kuraattori- ja psykologipalvelut oli järjestetty lukioihin tavallisimmin sijaintikunnan opetustoimesta (75 % ja 51 %). Ammatillisissa oppilaitoksissa kuraattoripalvelut oli järjestetty pääasiassa koulutuksen järjestäjän toimesta (76 %) ja psykologipalvelut sijaintikunnan terveys- tai sosiaali-toimesta (68 %). (Perälä ym. 2015b.)

Terveydenedistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan opiskeluterveydenhuollon henkilöstömitoituksissa oli selkeitä eroja terveyskeskusten välillä. Terveydenhoitajien henkilöstömitoitus toteutui valtakunnallisten suositusten mukaisesti opiskeluterveydenhuollossa 66 prosentissa ja lääkäreiden vain 23 prosentissa terveyskeskuksista. Terveydenhoitajien henkilöstömitoitusosuus toteutui parhaiten Itä-Suomessa, ja eniten vajausta oli suurissa kaupungeissa ja Etelä-Suomessa. (Wiss ym. 2014b.) Lääkärivoimavarojen kehitys opiskeluterveydenhuollossa on ollut myönteistä, mutta edelleen tarvitaan lääkäreiden lisäämistä opiskeluterveydenhuoltoon (Wiss ym. 2013). Lisäksi esimerkiksi nuorisotakuun toimeenpanon suureksi ongelmaksi on todettu sekä viranomaisten, nuorten parissa toimivan henkilöstön että nuorten näkökulmasta mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittämättömyys: on panostettava nuorille kohdennettujen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntoutuksen palvelujen kehittämiseen (TEM 2014:15).

2.2. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja toimintatavat opiskeluterveydenhuollossa

2.2.1. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistaminen ja arviointi

Terveystarkastus ja sen kiireellisyyden arviointi. Kunnan tulee järjestää koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa määräaikaista terveystarkastuksia kaikille ennalta määritellyyn ikä- tai vuosiluokkaan tai muuhun ryhmään kuuluville opiskelijoille sekä yksilöllisestä tarpeesta johtuvia terveystarkastuksia (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, VNA 338/2011). Terveydenhoitajan tarkastus tehdään lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa kaikille opiskelijoille ensimmäisenä sekä lääkärintarkastus ensimmäisenä tai toisena opiskeluvuonna ellei lääkärintarkastusta ole tehty opiskelijaksi hyväksymisen yhteydessä. Lääkärintarkastus on aina järjestettävä ensimmäisenä opiskeluvuonna opiskelijalle, joka on erityisopetuksessa tai jonka terveydentilan ja opiskelukyvyn selvittäminen on tarpeellinen opiskelualan tai tulevan ammatin vuoksi. Terveystarkastuksessa opiskelijan terveydentilaa tulee arvioida myös opinnoista selviytymisen kannalta. Lisäksi on huomioitava ne opiskelijat, jotka joutuvat opiskeluaikanaan alttiiksi sairastumisen vaaraa aiheuttaville tekijöille. Ammattikorkeakoulututkintoon opiskeleville on tehtävä ensimmäisenä opiskeluvuonna terveyskysely, jonka perusteella tehdään tarvittaessa terveystarkastus.

Ammattikorkeakouluissa toimivien terveydenhoitajien mukaan suurimmalle osalle opiskelijoista tarjotaan mahdollisuus täyttää terveyskyselylomake, ja noin puolelle opiskelijoista tämä mahdollisuus tarjotaan heti opintojen alkaessa (Kääriä ym. 2011). Terveydenedistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan ammatillisissa oppilaitoksissa ja lukioissa terveystarkastukset toteutuvat hyvin, ja kehitys on ollut myönteistä. Kaikissa ammatillisissa oppilaitoksissa ja 99 prosentissa lukioista järjestettiin terveydenhoitajan määräaikainen terveystarkastus. Lääkärintarkastus järjestettiin lukiossa 91 prosentissa ja ammatillisessa oppilaitoksessa 87 prosentissa terveyskeskuksista. (Wiss ym. 2014b.)

Ennen terveystarkastusta pyritään selvittämään toisen asteen opiskelijoiden terveystarkastuksen kiireellisyys ja korkeakouluopiskelijoiden terveystarkastustarve terveyshaastattelulomakkeella tai terveyskyselyllä ja aiempiin terveystietoihin perehtymällä (STM 2009:20, 2012:18.) Ammattikorkeakouluissa terveydenhoitajista kolmasosa kutsuu kaikki opiskelijat terveystarkastukseen. Noin kolmasosa kutsuu opiskelijat, jotka kyselyn perusteella hyötyisivät terveydenhuollon interventiosta riskikäyttäytymisen, epäterveellisten terveystottumusten tai muiden terveysriskien vuoksi. Lisäksi terveystarkastukseen kutsumisen perusteita ovat opiskelijan oma halukkuus ja se, että opiskelija altistuu opiskeluaikana sairastumisen vaaraa aiheuttaville tekijöille. (STM 2009:20, Kääriä ym. 2011, VNA 338/2011.) Terveystarkastukseen kutsumisen perusteista on tutkimustietoa, mutta vähemmän terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioimisesta.

Lisäksi järjestetään terveystarkastuksia kutsuntaikäisille. Asevelvollisuuslain (2007/1438) mukaan palveluskelpoisuuden selvittämiseksi kutsunanalaisen tulee osallistua kutsuntaa edeltävään terveystarkastukseen terveyskeskuksessa tai muussa tarkastukseen soveltuvassa paikassa kutsuntavuonna. Terveystarkastusaktiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan lähes kolme neljästä terveyskeskuksesta (73 %) oli yhdistänyt opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastuksiin asevelvollisuuslain (2007/1438) 14 §:n mukaisen kutsuntojen ennakkotarkastuksen (Wiss ym. 2014b). Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan 76 prosenttia terveyskeskuksista toteutti kutsuntatarkastuksen opiskeluterveydenhuollossa (STM 2012:18).

Terveystarkastukset ja niiden yhteydessä annettava ohjaus sekä hoidon ja erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ovat perusta opiskeluterveydenhuollon toteuttamassa ehkäisevässä mielenterveys- ja päihdetyössä. Opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyön painotuksen tulisi olla terveyttä edistävissä ja haittoja ehkäisevässä työssä hyödyntäen voimavaroja lisääviä ja suojaavia tekijöitä vahvistavia menetelmiä. (STM 2014:10.) Terveystarkastajien mukaan opiskelijoiden terveystarkastukseen vaikutetaan yleisimmin yksilöneuvonnalla, terveystarkastusmateriaaleilla ja kampanjoilla toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011).

Kysely- ja seulontamenetelmiä. Terveystarkastusten yhteydessä on suositeltavaa seuloa mahdollisia mielenterveyden häiriöitä ja niiden riskiin viittaavia oireita, kuten kuormittuneisuutta, univaikeuksia, ahdistusta ja alakuloa. Seulontatyökalujen käytössä on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että oireiden varsinainen aiheuttaja pyritään selvittämään. Esimerkiksi univaikeuksien taustalla voi olla liiallinen pelaaminen ja vuorokausirytmien sekoittuminen. (STM 2014:10.) Terveystarkastuksen tai -haastattelulomakkeen tarkoituksena on selvittää opiskelijan terveydentilaa ja terveystarkastuksesta sekä opiskeluun ja ihmissuhteisiin liittyviä asioita. Tavoitteena on auttaa opiskelijaa pohtimaan omaan terveyteen liittyviä tekijöitä ja havaitsemaan mahdollisuudet oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveystarkastus tai -haastattelulomaketta suositellaan täytettäväksi ennen terveystarkastusta toisella asteella. Sen avulla voidaan arvioida terveystarkastukseen kutsumisen kiireellisyys. Kysely- tai haastattelulomake toimii myös keskustelun pohjana ja helpottaa arkaluonteisten asioiden puheeksi ottamista. (STM 2006:12.) Korkeakouluopiskelijoille järjestetään ensimmäisenä opiskeluvuonna terveystarkastus, jonka perusteella tehdään tarvittaessa terveystarkastus (VNA 338/2011).

Terveystarkastusaktiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan korkeakouluopiskelijoille tehtävä terveystarkastus on käytössä lähes kaikissa terveyskeskuksissa, joiden alueella toimii korkeakouluja. AUDIT-testi, nuorten päihdemittari ADSUME tai muu vastaava mittari on käytössä opiskeluterveydenhuollossa suurella osalla (89 %) terveyskeskuksista. (Wiss ym. 2014b.) Terveystarkastajien arvioiden mukaan alkoholin ja päihteiden käyttöä mittaavat kyselyt eivät ole vakiintuneet osaksi opiskelijoiden terveystarkastuksia toisen asteen oppilaitoksissa. Suurin osa terveystarkastajista käytti ennen terveystarkastusta täytettävää terveystarkastusta, mutta vain neljäsosalla terveystarkastukseen sisältyi aina alkoholin ja päihteiden käyttöä mittaava kysely. Ammattikorkeakoulujen terveystarkastajista noin kolmella neljästä terveystarkastukseen sisältyi AUDIT-testi ja kolmasosalla se kuului aina terveystarkastukseen. Mikäli alkoholin ja päihteiden käyttöä mittaavia kyselyjä käytettäisiin systemaattisesti osana terveystarkastusta, vältettäisiin opiskelijan leimautuminen riskiryhmään kuuluvaksi. (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011.)

Opiskeluterveydenhuollon oppaassa (STM 2006:12) ohjeistetaan tarvittaessa tekemään opiskelijoille psyykkisen hyvinvoinnin selvittämiseksi masennus- tai mielialatesti. Opiskeluterveydenhuollossa käytettyjä mielialatestejä ovat esimerkiksi Beckin mielialakysely (BDI tai R-BDI) ja DEPS-depressioseula. Toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakoulussa työskentelevistä terveystarkastajista suuri osa ilmoitti tekevänsä masennus- tai mielialatestin opiskelijoille tarvittaessa, mutta aina se ei kuulu terveystarkastukseen (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011). Opiskeluterveydenhuollon oppaassa (2006:12) mainitaan esimerkkejä myös muista suosituista mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvistä seulontamenetelmistä, kuten Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti ja SCOFF-syömishäiriöseula. Terveystarkastajat arvioivat käyttävänsä näitä testejä terveystarkastusten yhteydessä tarvittaessa (Leinonen 2010, Kääriä 2011).

THL:n ylläpitämä Toimia-tietokanta tarjoaa luotettavaa tietoa ammattilaisille myös mielenterveysongelmiin liittyvistä ja psyykkistä toimintakykyä arvioivista mittareista ja niiden soveltuvuudesta eri käyttö-tarkoituksiin. Tietokannassa on kuvattu esimerkiksi AUDIT-kyselyn, Beckin 21-osioisen depressiokyselyn,

GAD-7-ahdistuneisuustestin sekä SDQ-kyselyn soveltuvuutta ja luotettavuutta. Erilaisia seulonta- ja kyselymenetelmiä on hyvin tarjolla esimerkiksi mielenterveys- ja päihdehäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen, ja niitä voidaan hyödyntää myös opiskeluterveydenhuollossa (liite 2). Kansalliset linjaukset opiskeluterveydenhuollossa käytettävistä seulontamenetelmistä kuitenkin puuttuvat. Lisäksi puuttuvat valtakunnalliset opiskeluterveydenhuollon terveystarkastusten esitieto- ja seulontalomakkeet.

2.2.2. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät

Mielenterveyttä edistävistä ja päihteiden käyttöä ehkäisevistä menetelmistä. Lasten ja nuorten kehitystä tukeva ja häiriöitä ehkäisevä (preventiivinen) työ voidaan jakaa yleiseen (universaaliin), valikoivaan ja kohdistettuun toimintaan. Toiminta on universaalialia, kun se kohdistetaan koko kohdeväestöön. Esimerkkinä universaalista toiminnasta on terveystarkastukset ja ns. whole-school approach, jossa kohteena on koko koulu. Valikoiva toiminta kohdistuu tietyille riskiryhmälle tietyn ongelman ehkäisemiseksi. Valikoivassa eli selektiivisessä preventiossa kohteena on ryhmä, jolla on vaara sairastua. Kohdistettu (indikoitu) preventio kohdistuu niihin, joilla on jo alkavia oireita ja interventiolla pyritään ehkäisemään häiriön puhkeaminen. (Moring ym. 2011.) Universaaleja tai yhteisöllisiä kaikkia opiskelijoita tai koko oppilaitosyhteisöä koskevia interventioita tarvitaan yksilö- tai ryhmämuotoisten valikoivien ja kohdistettujen interventioiden lisäksi.

Toisen asteen oppilaitoksissa opiskeluhuoltoa toteutetaan ehkäisevänä koko oppilaitosyhteisöä tukevana yhteisöllisenä opiskeluhuoltona ja yksilökohtaisena opiskeluhuoltona (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013). Yhteisöllisen opiskeluhuollon osuus on kaikilla opiskeluhuollossa toimivilla ammattilaisilla vähäinen sekä lukioissa että ammatillisissa oppilaitoksissa, ja työ painottuu enimmäkseen yksilökohtaiseen opiskeluhuoltoon. Painopistettä pyritään kuitenkin siirtämään yhteisölliseen opiskeluhuoltoon. (Perälä ym. 2015a.) Lain mukaan oppilaitoksen henkilöstö ja kaikki muut opiskelijoiden kanssa työskentelevät, kuten opiskeluhuollon kuraattorit ja psykologit sekä terveydenhoitajat ja lääkärit, osallistuvat yhteisölliseen opiskeluhuoltotyöhön, johon kutsutaan mukaan paikallisia lasten ja nuorten kanssa toimivia yhteistyötahoja (STM 2015:13a).

Mielenterveyden edistämiseen ja häiriöitä ehkäisevään työhön on oppilaitoksissa erinomainen mahdollisuus, sillä oppilaitokset tavoittavat laajasti ikäluokat tärkeissä kehityksen vaiheissa ja tarjoavat monipuoliset rakenteet lasten ja nuorten kasvun tukemiseen. Haasteena on mielenterveyden edistämistyön ja oppilaitoksen omien tavoitteiden yhteensovittaminen ja yhteisen kielen löytäminen. Menetelmän riittävä yhteensopivuus oppilaitoksen arvojen kanssa ja koettu hyödyllisyys koko yhteisölle ovat intervention eloonjäämisen edellytys. Tavoitteena on oppilaitokselle räätälöityjen, oppilaitoksen omin voimin toteuttamien universaalien ja valikoivien työtapojen johdonmukainen kokonaisuus, joka ulottuu varhaisista oppivuosista toiselle asteelle saakka. (Moring ym. 2011.) Opiskelijoiden mielenterveyttä edistävät ja päihteiden käyttöä ehkäisevät menetelmät muodostavat kokonaisuuden, johon kuuluu kaikille opiskelijoille tarjottavia universaaleja, mielenterveyttä edistäviä menetelmiä, ehkäiseviä tietyille riskiryhmille kohdennettuja menetelmiä sekä hoidollisia menetelmiä oireileville nuorille.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan vaikuttavat mielenterveyden edistämisen menetelmät sisältävät tunne- ja vuorovaikutustaitojen opettamista, suuntautumista positiiviseen mielenterveyteen ongelmien sijasta, universaalien ja kohdennettujen interventioiden tasapainottamista, kokonaisvaltaisen asenteet ja arvot huomioivan lähestymistavan, interaktiivisten metodien käytön, koko oppilaitoksen lähestymistavan, intervention aloittamisen lapsilla ja jatkamisen myöhemmässä iässä, riittävän aikajänteen (noin vuosi) sekä menetelmän huolellisen toimeenpanon ja levittämisen (Weare & Nind 2011). Masennuksen ja ahdistuksen ehkäisy on todettu olevan tehokkainta korkean riskin yksilöihin suunnattuna, ja kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiset menetelmät on todettu vaikuttaviksi. Universaalit interventiot näyttäisivät sopivan hyvin osaksi opetusohjelmaa opettajien toteuttamana ja kohdennetut interventiot erityiskoulutettujen ammattilaisten, kuten psykologien toteuttamana. (Weare & Nind 2011, STM 2014:10.) Ahdistuneisuushäiriöihin suunnatuista interventioista universaalit menetelmät näyttäisivät toimivan siinä missä kohdennetutkin (Neil & Christensen 2009, Fisak ym. 2011, Laajasalo & Pirkola 2012).

Lisäksi monet oppilaitosympäristössä toteutettavat ehkäisevät interventiot ovat osoittautuneet tehokkaiksi depression ja ahdistuneisuuden ehkäisemisessä tai vähentämisessä nuorilla (Corrieri ym. 2014). Oppilaitosympäristössä kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisista menetelmistä on näyttöä depressio-oireiden vähentämisessä masentuneilla tai masennusriskissä olevilla opiskelijoilla. Myös rentoutumisharjoitukset on todettu onnistuneiksi erityisesti niillä, joilla on myös ahdistuneisuusoireita. (Hilt-Panahonym 2007.) Syömishäiriöiden ehkäisyssä hyviä tuloksia on saatu monimuotoisilla ammattilaisten toteuttamilla ohjelmilla, jotka kohdistuvat riskissä oleviin ja yli 15-vuotiaisiin, perustuvat vuorovaikutukseen ja sisältävät useita tapaamisia (Laajasalo & Pirkola 2012).

Oppilaitoksissa toteutettavat itsemurhien ehkäisemisen ohjelmien vaikuttavuutta koskevat tulokset ovat osin ristiriitaisia. Itsemurhien ehkäisyssä keskeistä on mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen ja hoitaminen. Pelkästään itsemurhiin keskittyvästä ryhmämuotoisesta ohjelmasta on kuvattu haittoja. Tehokkaaksi on todettu sen sijaan universaali, 14–15-vuotiaiden nuorten itsemurhien ehkäisyohjelma (the Youth Aware of Mental Health Programme, YAM), jossa opiskelijoita opetetaan tunnistamaan itse mielenterveysongelmien merkkejä ja edistämään aktiivisesti mielenterveyttä oppilaitosympäristössä sekä harjoitellaan taitoja muun muassa kuormittavien tilanteiden (sisältäen myös itsetuhoisen oireilun) kanssa pärjäämiseksi. Ohjelma vähensi nuorten itsemurhayritysten määrää ja itsemurha-ajatuksia, kun taas terveysalan ammattilaisten toteuttamalla riskinuorten seulonnalla tai opetushenkilöstön kouluttamisella itsemurhariskin tunnistamiseen ei havaittu eroa kontrolliryhmään. (Wasserman ym. 2015.)

Päihteiden käytön osalta näyttöä on esimerkiksi dialogisista interaktiivisista menetelmistä ja elämäntaitojen opettelusta, yhteistyöstä muiden toimijoiden kanssa sekä myönteisen oppilaitosilmapiirin edistämistä (Fletcher ym. 2008, Mental Health Commission of Canada 2013). Sekä perheeseen että oppilaitosympäristöön suuntautuvilla interventioilla on todettu myönteisiä vaikutuksia alle 18-vuotiaiden nuorten päihteiden käytön ehkäisemisessä ja vähentämisessä (Kärki ym. 2012).

Koulu- ja opiskelupudokkuuden ehkäisemiseksi on Hollannissa todettu toimivaksi varhaisen puuttumisen MASS-malli opiskelijoiden sairauspoissaoloihin (Medical Advice for Sick-reported Students). Oppilaitoksissa tunnistetaan varhain opiskelijat, joilla on paljon sairauspoissaoloja. Opiskelijaan otetaan yhteyttä, keskustellaan huoltajan kanssa ja heidät ohjataan nuorisolääkärille hoidon tarpeen arvioimiseksi ja tarpeenmukaisen hoidon järjestämiseksi. (Vanneste ym. 2015, 2016.) Myös Australiassa puututaan aktiivisesti kaikkiin opiskelijoiden poissaoloihin riippumatta poissaolon syistä. Terveystieteiden henkilöstön tehtävänä on seurata poissaoloja säännöllisesti, opiskelijan fyysisten sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden diagnoosi, hoito ja kuntoutuksen suunnittelu sekä hoitosuunnitelman tekeminen oppilaitosyhteisöön palaamisesta. Opiskelijan asteittaista ja kevennyttä oppilaitosyhteisöön palaamista tuetaan moniammatillisesti. Oppilaitoksissa on tukihenkilöitä ja rauhoittumistiloja. (Hawkrigg ym. 2014.) Ammatillisesti suuntautunut tai täydentävä harjoittelu voi myös olla avuksi, kun pitkittyneiden poissaolojen jälkeen palataan oppilaitosyhteisöön (Wilson & Tanner-Smith 2013).

Yksilömuotoisia menetelmiä. Yksilölliset psykososiaalista tukea antavat keskustelut ovat opiskeluterveydenhuollossa käytetty työmenetelmä. Yksilömuotoisia tukea antavia keskusteluja tarjotaan terveydenhoitajan vastaanotolla, mutta opiskelijan ongelmasta riippuen keskustelutukea tarjoavat myös opiskeluhuollon psykologit ja kuraattorit.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon on kehitetty päihteiden käytön varhaisen puuttumisen ADSUME-malli, johon kuuluu myös hoitoketjun suunnittelu (Pirkanen 2011). ADSUME-päihdemittarilla arvioidaan huolen vakavuus. Tavoitteena on arvioida ja tukea nuoren hyvinvointiin vaikuttavia voimavaroja ja tarpeen mukaan tehdä preventiivinen mini-interventio päihteitä toistuvasti käyttäville. Riskikäyttäjille malli sisältää mini-intervention ja jatkohoidon tarpeen arvion tarvittaessa. (Marttunen & Haravuori 2015.) AUDIT-kyselyä suositellaan käytettäväksi mini-interventiossa (STM 2006:12). Mini-interventio on osa alkoholiongelmaisen hoidon sekä tupakkariippuvuuden ja tupakasta vieroituksen Käypä hoito -suosituksia. Nuorten päihdehäiriöiden hoidossa tulokselliset hoitomallit sisältävät elementtejä motivoivasta haastattelusta, kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja perheterapiasta. Opiskeluterveydenhuollossa tulee toteuttaa perusterveydenhuollon tasoinen päihdehäiriöiden tunnistaminen ja hoito. Menetelminä ovat puheeksi ottaminen, oman huolen ja muutostoiveen herättely, preventiivinen mini-interventio, mini-interventio sekä saattaen jatkohoidon järjestäminen päihdeongelmaisille nuorille. (Marttunen & Haravuori 2015.) Motivoiva haastattelu on

ammattilaisen ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön perustuva ja asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan asiakkaan motivaatiota elämäntapamuutokseen (Järvinen 2014). Motivoiva haastattelu on hyväksytty alkoholi- ja huumeongelmaisen hoidon Käypä hoito -suositukseen.

Lisäksi esimerkiksi lyhytkestoinen uni-interventio tarjoaa yksinkertaisen ja tehokkaan menetelmän 16–18-vuotiaiden uniongelmista kärsivien nuorten hoitoon. Menetelmä vaikuttaa hyödylliseltä myös unettomuuden hoidossa, vaikka ensisijaisena tavoitteena on tukea säännöllistä vuorokausirytmää. (Paavonen ym. 2015.)

Ryhmämuotoisia menetelmiä. Opiskeluterveydenhuollossa ja oppilaitoksessa toteutettava ryhmätöiminta on yleensä suunnattu rajatulle kohderyhmälle, ja se voi olla ohjauksellista, opetuksellista tai terapeutista (Kunttu ym. 2011). Ryhmämuotoista toimintaa on terveydenhoitajien mukaan vähän toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa. Ryhmätöimintää käytetään yleisimmin psykososiaaliseen tukeen, tupakoinnista vieroitukseen ja painonhallintaan. (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011.) Ryhmäohjausta käytetään yleisesti tupakasta vieroituksessa ja soveltaen kognitiivis-behavioristista lähestymistapaa. Tupakoinnista vieroittamisen ryhmäohjauksen käytännön toteutus on kuvattu Käypä hoito -suosituksissa. (Ollila & Winell 2011.)

Opiskeluterveydenhuollon piiriin kuuluville nuorille on olemassa myös muita ryhmämuotoisia toimintamalleja, joiden tavoitteena on nuorten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien ehkäiseminen. Ryhmämuotoisia menetelmiä on kehitetty Kaste-hankkeissa, kuten jännittäjä-, itsetunto- ja voimavararyhmiä sekä ryhmiä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille. Lisäksi on masennus- ja stressinhallintaryhmiä, jossa käsitellään ahdistusta, masennusta, yksinäisyyttä, opiskelupaineita ja nuorten elämään liittyviä ongelmia. Työmuotona on usein käytetty työpareja, joissa esimerkiksi psykiatrinen sairaanhoitaja toimii oppilaitoksen työntekijän parina. (Siltala & Paananen 2010, Hastrup ym. 2013.)

MAESTRO (masennuksen ehkäisyä stressihallintaa oppimalla) on kurssi, jonka tavoitteena on lisätä ja vahvistaa nuoren omia selviytymis- ja stressinhallintataitoja sekä vähentää depression sairastumisriskiä. MAESTRO-kurssi on lähtöisin Yhdysvalloista (The Adolescent Coping with Stress CWS-A), ja sen vaikuttavuudesta masennuksen ehkäisyssä on vahvaa näyttöä. Suomeen se on tuotu vantaalaisessa Sateenvarjo-projektissa (2005–2009). Kurssi on tarkoitettu 14–18-vuotiaille nuorille, joilla on lievää masennusoireilua tai nuorille, joilla on kuormittavaa stressiä. Kurssi perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Se on ryhmämuotoinen (5–7 nuorta) strukturoitu ja konkreettinen työväline, jonka käyttöönottokynnys on matala. MAESTRO-kurssin ohjaajina toimivat opiskeluhuollon koulutetut työntekijät, kuten terveydenhoitaja, kuraattori ja psykologi työparina. (Clarke 2010, Laajasalo & Pirkola 2012.) Nuorten mukaan kurssi on ollut hyödyllinen, ja myös ohjaajat ovat kokeneet sen vaikuttavaksi työmuodoksi (Humaljoki ym. 2010).

Aggression hallinnan menetelmä (ART, Aggression Replacement Training ®) on yksi käytetyin nuorille suunnattu ryhmämenetelmä, jolla voidaan opettaa epäsosiaalisesti, joko aggressiivisesti tai vetäytyvästi, käyttäytyville nuorille tai nuorille aikuisille valmiuksia rakentamaan vuorovaikutukseen. Menetelmästä on käytettävissä suomenkielinen strukturoitu ohjelma ja käsikirja. (Goldstein ym. 2010.) Menetelmä tähtää toiminnallisten harjoitusten kautta sosiaalisesti hyväksytyyn käyttäytymisen vahvistumiseen ja itsehillinnan lisääntymiseen. Menetelmä soveltuu yläkouluihin, toisen asteen oppilaitoksiin ja ammattikorkeakouluihin. ART-menetelmä on kehitetty Yhdysvalloissa, ja sen vaikuttavuudesta on näyttöä. (Kivelä & Röning 2012.) Myönteisiä muutoksia nuoren käyttäytymisessä on saatu kouluympäristössä, jossa interventiot on toteutettu normaalin koulutyön ohessa, mutta kohdennettuna nimenomaan niihin nuoriin, joilla oli aggressiivisia käytösongelmia (Mogk ym. 2015).

Valikoivat, ehkäisevät ryhmäohjausmenetelmät tulisi kohdistaa niille nuorille, jotka tarvitsevat eniten tukea ja kokevat toimenpiteet mielekkäiksi. Esimerkiksi Kohti työelämää -ryhmämenetelmän on todettu ehkäisevän depressio-oireita ja koulu-uupumusta nuorilla, joilla on depressio-oireita ja oppimisvaikeuksia. (Koivisto 2010.)

Matalan kynnyksen ja liikkuvat palvelut. Psykiatrisen sairaanhoitajan toimintaa on kehitetty useissa oppilaitoksissa. Esimerkkinä on Tsemppari-toiminta ammatillisissa oppilaitoksissa opintojen keskeyttämissen ehkäisyssä, poissaoloihin puuttumisessa ja eroavan opiskelijan kohtaamisessa. Tsempparihajaajina toimivat psykiatriset sairaanhoitajat. Työotteessa painottuvat varhainen puuttuminen, voimavarakeskeinen ja liikkuva työskentely sekä moniammatillinen yhteistyö. (Kolehmainen ym. 2012.)

Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa tukemaan on kehitetty liikkuvia erikoissairaanhoidon toimintatapoja. Esimerkkinä on JERI-projekti, jossa on kehitetty matalan kynnyksen apua tarjoava yhdessä työskentelyn malli erikoissairaanhoidon ja nuorta lähellä olevien toimijoiden kesken HYKS:n alueella. Kohderyhmänä ovat vakavan mielenterveyshäiriön riskissä olevat, mutta myös muuten psyykkisesti oireilevat 13–22-vuotiaat nuoret. JERI-projektin vaikutuksia arvioineissa tutkimuksissa on havaittu parannuksia nuorten mielialassa, ahdistusoireissa, elämänlaadussa, toimintakyvyssä ja psykoosiriskioireissa. (Granö ym. 2009.) Tämä verkostokeskeinen, kotona ja oppilaitoksessa tapahtuva varhaisinterventio on osoittautunut tehokkaammaksi kuin tavanomainen nuorisopsykiatrinen hoito mielialan, toivottomuuden ja toimintakyvyn paranemisen suhteen nuorilla, joilla esiintyi psykoottistyyppistä oireilua. Psykiatrisesta oireilusta kärsiviä nuoria kannattaa auttaa hoidollisesti mahdollisimman varhaisessa vaiheessa nuoren omassa elinympäristössä sekä yhteistyössä nuoren perheen ja lähiverkoston kanssa. (Granö ym. 2016.)

Lisäksi on kehitetty muita matalan kynnyksen palveluja, kuten Kaste-ohjelman Pohjois-Suomen osahankkeessa Neuvontapiste TsekPoint, jossa nuoren huolta herättävä tilanne selvitetään nopeasti ja asiakaslähtöisesti. TsekPoint on tarkoitettu 11–29-vuotiaille lapsille ja nuorille. Malli toimii monialaisesti yli sektorirajojen. Jokaisella toimialalla (opetustoimi, sosiaali- ja terveystoimi, nuorisotoimi) on TsekPoint-vastaava, jonka tehtävänä on tiedottaa ja viedä asioita eteenpäin omalla alueellaan. Osana Itä- ja Keski-Suomen Kaste -hanketta on kehitetty matalan kynnyksen palvelupiste Nuppis, joka tarjoaa 13–21-vuotiaille nuorille ja heidän perheilleen arvioivaa ja hoitavaa apua perus- ja erikoistason yhteistyönä. Nuppikseen voi tulla ilman lähetettä puhelinoiton tai nettiajanvarauksen kautta. Nuppiksessa työskentelee asiantuntijatiimi, johon voi kuulua terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä, psykologi, nuorisotyöntekijä ja lääkäri.

Eksote on yhdistänyt lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut Rakuunamäen Lasten ja nuorten taloon, josta saa apua matalalla kynnyksellä. Nuoren ei tarvitse tietää, mitä palvelua tarvitsee, sillä ammattilaiset selvittävät tarvittavan tuen. Tyypillisiä oireita ovat ahdistuneisuus, univaikeudet, masentuneisuus, pelot tai huoli päihteistä, peliriippuvuudesta ja syömisestä. Rakuunamäelle on sijoitettu muun muassa lastensuojelun avo- ja lähipalvelut, lastensuojelun perhetyö, perheneuvola, lapsi- ja nuorisovastaanotto, lastenpsykiatrian poliklinikka ja kotihoito, varhaisen vuorovaikutuksen yksikkö, nuorisopsykiatrian poliklinikka ja päiväyksikkö, sairaalakoulu ja nuorten vastaanotto SIHTI. Hoitoa räätälöidään moniammatillisesti, ja työntekijöillä on mahdollisuus parityöskentelyyn. Keskittämällä pyritään purkamaan toimintojen päällekkäisyyksiä. Psykiatria ei ole hoitojonoja, ja lastensuojelun palvelutakuu toteutuu. (Lasten ja nuorten talot 2016, Nykänen ym. 2016.)

Nuorten vastaanotto SIHTI tarjoaa 13–22-vuotiaille nuorille matalan kynnyksen selvittelypaikan erilaisissa mielenterveyden ongelmissa, elämäkriiseissä, kasvun ja kehityksen ongelmissa sekä erilaisissa psykososiaalisissa ongelmissa. Sihdissä toimii moniammatillinen tiimi, johon voi kuulua lääkäri, psykologi, terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja. Nuorten vastaanotto SIHTI toimii esimerkiksi Lappeenrannassa ja Kuopiossa. SIHTI-interventiossa on yhdistetty perustason ja erikoissairaanhoidon osaaminen, luotu nuorille moniammatillinen palvelu, jonne voi tulla ilman lähetettä, ja josta voidaan tarvittaessa joustavasti ohjata erityistason palveluihin (Laukkanen ym. 2009).

Monialaisia yhden oven -palvelukonsepteja on kehitetty eri puolille Suomea. Esimerkiksi Oulussa on vuodesta 2011 toiminut Byströmin nuorten palvelut, jossa alle 30-vuotiaille nuorille tarjotaan ohjausta ja tukea erilaisissa elämäntilanteissa samasta paikasta, ja pääpaino on ehkäisevissä palveluissa. Myös laajemmin ollaan ottamassa käyttöön vuoden 2015 alusta eri puolella maata vastaavaa Ohjaamo-toimintamallia. Ohjaamo on alle 30-vuotiaille nuorille suunnattu matalan kynnyksen palvelupiste, jonne on helppo tulla ilman lähetettä. Toimintamalli rakentuu monialaista palvelua tarjoavasta Ohjaamosta, eri hallinnonalojen peruspalveluista ja laajasta yhteistyöverkostosta, johon kuuluu esimerkiksi TE-palveluja, kuntien sosiaali- ja terveyspalveluja, nuorisotoimi, Kela, oppilaitoksia, työpajoja, kolmannen sektorin toimijoita ja vapaaehtoistyötä tekeviä. Ohjaamo-mallista on jo hyvin toimivia esimerkkejä, kuten Byströmin talo Oulussa, Petra-projekti Vantaalla, Avoin ammattiopisto Joensuussa ja Olkkari Mikkelissä. (TEM Nuorisotakuu 2016.)

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli on hyvä esimerkki syrjäytymisuhan tunnistamisen ja siihen vaikuttamisen menetelmistä. Toimintamalli mahdollistaa aktiivisen tuen tarjoamisen nuorille miehille kutsunnoissa ja varusmies- tai siviilipalveluksen keskeytyessä. Elämä raiteilleen -tukipalvelu edistää

nuorten miesten psykososiaalista hyvinvointia. Se tavoittaa erityisesti psyykkisesti oireilevia nuoria miehiä, joille on kasautunut erilaisia ongelmia. (Appelqvist-Schmidlechner 2011.)

Verkkomuotoiset palvelut. STM:n tiedonhallinnan strategian tavoitteena on tukea kansalaisten aktiivisuutta oman hyvinvointinsa ylläpidossa parantamalla tiedonhallintaa ja lisäämällä sähköisiä palveluja (STM 2014). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa tehostettavina toimenpiteinä mainitaan, että lasten ja nuorten verkkopohjaisia palveluja kehitetään osaksi toimivia lähipalveluja (STM 2012:24). THL:n päätösraportissa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta 2009–2015 todetaan, että nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoon tulee kehittää uusia, innovatiivisia menetelmiä, kuten internetsovelluksiin ja sosiaaliseen mediaan pohjautuvia yhteisöllisiä menetelmiä ja esimerkiksi nettiterapioita (Marttunen & Haravuori 2015). Verkkomuotoiset palvelut eivät korvaa lähellä opiskelijoita tuotettuja palveluja, mutta ne voivat täydentää ja monipuolistaa niitä.

Tietoteknologiaa on hyödynnetty jo pitkään omahoitoon perustuvien palvelujen osana. Aikuisille, nuorille ja lapsille on tarjolla valtakunnallinen palvelunohjausportaali Mielenterveystalo. Siihen on koottu kaikkien sairaanhoitopiirien hoito- ja palvelupaikat erilaisiin mielenterveys- ja päihdehäiriöihin. Lisäksi verkkopalvelussa on ammattilaisten osio työtä tukevine materiaali- ja mittaripankkeineen sekä verkkovälitteiset häiriöryhmäkohtaiset nettiterapiat. Nuorten mielenterveystalo -portaali tarjoaa nuorille, vanhemmille ja ammattilaisille luotettavaa tietoa nuorten mielenterveydestä ja sen vahvistamisesta, mielenterveyden häiriöistä ja ongelmista, siitä kuinka nuorta autetaan sekä auttavista tahoista. Lisäksi portaalissa on tarjolla omahoito-ohjelmia esimerkiksi kriisistä selviytymiseen ja viiltelystä vapautumiseen, itsearviointivälineitä, oppaita sekä vertaistukea ja keskustelumahdollisuus ammattihenkilön kanssa. (Stenberg ym. 2015.)

Nettiterapioihin voi hakeutua lääkärin läheteellä kaikkialta Suomesta, ja se on asiakkaalle maksutonta. Lähte nettiterapiaan ei siirrä hoitovastuusta. Lähettävä taho saa lausunnon hoidon etenemisestä ja onnistumisesta. Nettiterapiat ovat käyttäjille helppokäyttöisiä, ja niissä pureudutaan mielenterveyden ongelmiin tunnistamalla haitallisia ajatuksia ja opettelemalla uusia toimintatapoja. Masennuksen Käypä hoito -suosituksessa nettiterapia on todettu päteväksi menetelmäksi. Nettiterapiat ja muut verkon välityksellä tarjottavat tietokoneavusteiset hoidot on tarkoitettu pääasiassa lievistä tai keskivaikeista häiriöistä kärsiville. Mielenterveystalon nettiterapiat ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kehittämiä verkossa toimivia matalan kynnyksen terapiaohjelmia. Saatavilla on aikuisille masennuksen, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon, paniikkihäiriön, pakko-oireisen häiriön, alkoholin liikakäytön ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön nettiterapiat. Täysi-ikäisiä opiskelijoita voidaan ohjata aikuisten nettiterapiaohjelmiin. Suurin osa tietokoneavusteisista terapiaohjelmista perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, joka on havaittu tehokkaaksi hoitomenetelmäksi ainakin masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden ja joidenkin riippuvuuksien hoidossa. (Stenberg ym. 2015.) Aikuisille on kehitteillä terapiaohjelma myös bulimiaan. Lapsille ja alle 18-vuotiaille nuorille on tulossa ensimmäinen nettiterapiaohjelma, jonka aiheena on sosiaalisten tilanteiden pelko. (Mediuutiset 2016.) Nettiterapioita voidaan käyttää opiskeluterveydenhuollossa psykososiaalisten interventioiden vaihtoehtoina täydentämässä palveluvalikoimaa. Nettiterapiat eivät korvaa lähellä opiskelijoita tuotettuja palveluja, mutta ne voivat täydentää ja monipuolistaa niitä.

Esimerkkinä sähköisistä palveluista on myös Päihdelinkki, joka on vuonna 1996 perustettu A-klinikkasäätiön tuottama kattava verkkopalvelu päihteistä ja riippuvuuksista. Päihdelinkki tarjoaa muun muassa monipuolisen tietopankin päihteistä ja riippuvuuksista, testejä ja laskureita tilanteen kartoittamiseen ja keskustelun tueksi mahdollisen hoitoon hakeutumisen yhteydessä, oma-apuohjelmia, neuvontaa asiantuntijoilta, vertaistukea ja keskustelualueita sekä ammattilaisille eKonsultaatiopalvelun. Vuonna 2013 suurin Päihdelinkin kävijäryhmä oli 17–26-vuotiaat kaupunkilaiset. Enemmistö oli naisia, työssäkäyviä ja opiskelijoita. (Päihdelinkin kävijäkysely 2013.)

Rahapeliongelmiensa ratkaisemisen tueksi tarkoitettu Peluuri-palvelu käynnistyi vuonna 2004. Peluuri on peliriippuvuudesta kärsiville ja heidän läheisilleen sekä ammattilaisille suunnattu verkkopalvelu. Palveluja ovat esimerkiksi oman pelikäyttäytymisen arviointiin tarkoitettut testit, eNeuvonta, auttava puhelin, Peli poikki -ohjelma, keskustelu- ja vertaistukiryhmät, tekstiviestein saatava tuki ja chat-palvelu. Lapissa toimii virtuaalinen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (virtu.fi), joka tarjoaa sähköisiä palveluja hyvinvoinnin tueksi. Palvelumuotoina käytetään muun muassa erilaisia laskureita, kysymys- ja vastauspalvelua, kuvapuheluita sekä mahdollisuutta välittää tietoturvasuojalla omia tietoja ja asiakirjoja. Palveluportaalissa on esimerkiksi

nuorten verkkopsykologipalvelu, josta nuori, perhe tai vanhempi saa nopeasti maksutonta ammattiapua ja ohjausta psykologilta internetin välityksellä. Lisäksi THL:n Omaha-itopolut-palvelu tarjoaa testejä ja luotettavaa tietoa oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen myös mielenterveyteen ja päihteisiin liittyen. Palveluvaaka-verkkopalvelu tarjoaa tietoa palveluista ja palvelupisteistä liittyen esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä koulu- ja opiskeluhuollon palveluihin.

Tukinet on internetissä toimiva kriisikeskus eri järjestöjen tarjoamille kriisi-, tuki- ja auttamispalveluille. Net-tuen kautta on mahdollista keskustella luottamuksellisesti ja kahdenkeskisesti koulutetun vapaaehtoisen tukihenkilön tai kriisityöntekijän kanssa. Tukinetissä toimii reaaliaikainen chat-päivystys. Tukinet tarjoaa verkossa avoimia keskusteluryhmiä, suljettuja teemoittaisia keskusteluryhmiä ja reaaliaikaisia keskustelukanavia liveryhminä. Tukinetin palveluhakemistosta löytyy pääasiassa kolmannen sektorin ylläpitämiä auttamis- ja tukipalveluja sekä tietoa erilaisista kriiseistä ja mielenterveydestä sekä käyttäjien lähettämiä omakohtaisia selviytymistarinoita.

Nyyti ry tarjoaa opiskelijoille vertaistukea ja juttuseuraa netissä, tukea ja välineitä oman elämän hallintaan, tietoa mielen hyvinvoinnista ja linkkejä henkilökohtaisen tuen saamiseksi. Nyytin avoimissa netti-ryhmissä ja ryhmächateissa opiskelijat voivat jakaa kokemuksia toisten samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa, ja keskustelussa ovat mukana myös Nyytin työntekijät. Lisäksi Nyytillä on nuorille elämäntaitokurssi®, joka perustuu Mielenterveysseuran depressiokouluun (Kuusi & Koffert 2003), ja sillä on todettu nuorten pystyvyyden tunteen lisääntymistä ja masennusoireiden vähenemistä (Savolainen & Marttinen 2013).

MLL:n Nuortennetissä on nuorille tietoa muun muassa mielenterveydestä, päihteistä, ihmissuhteista ja kiusaamisesta sekä nuorten puhelin, nettikirjeet ja chat-palvelu. Irti Huumeista ry:llä on verkossa päivystävä puhelin, vertaistukiryhmiä sekä yksilölähtöistä ja perhekeskeistä tukea huumeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen. MoodGYM on interaktiivinen oma-apuohjelma masennuksen ehkäisyyn ja siitä selviämiseen. Ohjelmassa opetetaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvia itsehoitotaitoja. Sen on todettu vähentävän ja ehkäisevän masennus- ja ahdistusoireita sekä parantavan psyykkistä hyvinvointia. (Bennett ym. 2013.)

Tutkimustiedon valossa tietokonepohjaiset kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat menetelmät on todettu lupaaviksi ahdistuneisuuden ja depression ehkäisemisessä ja hoidossa 12–25-vuotiailla nuorilla. Erityisesti näin on sairastumisriskissä olevien nuorten kohdalla, mutta myös tämän ikäryhmän väestöllä yleensä. (Rice ym. 2014, Pennant ym. 2015.) Lupaavilta vaikuttavat myös erilaiset sosiaalisen verkostoitumisen sivustot ja verkossa olevat tukiryhmät 12–25-vuotiaiden nuorten depressio-oireiden vähentämisessä (Rice ym. 2014). Internetpohjaiset interventiot opiskelijoiden humalahakuisen juomisen ehkäisemisessä on todettu toimiviksi, joskin kasvokkain tapahtuva ohjaus on vielä tehokkaampaa. Internetpohjaiset interventiot vähentävät alkoholin kulutuksen yleisyyttä ja määrää sekä suurkulutuksen ongelmia. (Bhochhibhoya ym. 2015.) Teknologia-avusteisten ja internetpohjaisten ehkäisevien ja hoidollisten interventioiden tehokkuudesta opiskelijoiden mielenterveysongelmissa, kuten depression, ahdistuneisuuden ja stressin ehkäisyyn ja hoidon kannalta on jonkin verran näyttöä. Tyypillisimmin interventiot perustuvat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja ovat luonteeltaan universaaleja. (Farrer ym. 2013, Davies ym. 2014.)

Tarve opiskeluterveydenhuoltoon soveltuville mielenterveys- ja päihdetyön menetelmille. Tutkimustietoa on vähän siitä, missä määrin opiskeluterveydenhuollossa on käytössä erilaisia mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä yksilö- ja ryhmämuotoisia sekä universaaleja menetelmiä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2013 -tiedonkeruun mukaan perusasteen kouluissa on käytössä paljon kaikkiin oppilaisiin kohdistuvia mielenterveyden edistämisen menetelmiä ja tietyille oppilasryhmille kohdennettuja ryhmiä, kuten epäsosiaalisesti käyttäytyville ART, tarkkaavaisuushäiriöstä kärsiville Maltti ja aggression hallintaan Voimaneidot. Universaaleista menetelmistä yleisimmin on käytössä vaikuttavaksi osoitettu KiVa koulu, Lions Quest elämisen taitoja edistävä ohjelma, tunne- ja vuorovaikutustaitoja edistävä Askeleittain, Friends sekä alakoululaisten tunne- ja vuorovaikutustaitoja tukeva Yhteispeli. (Wiss ym. 2014a, Huurre ym. 2015.) Anne-Mari Borgin (2015) selvityksen mukaan lasten mielenterveyttä edistävien ja häiriöitä ehkäisevien perustason menetelmien vaikuttavuudesta eniten näyttöä on varhaislapsuuden interventiolla lapsen kokonaiskehityksen tukemiseksi ja käytöshäiriöiden ehkäisemiseen tarkoitetuilla vanhempien ryhmämuotoisilla ohjelmilla.

Vuosina 2013–2016 toteutetun EU:n mielenterveyden edistämisen Joint Action -ohjelmassa (Joint Action on Mental Health and Well-being 2016) nousi esille opetus-, terveys- ja sosiaalisektoreiden yhteistyön merkitys mielenterveyden edistämiseksi kouluissa (THL tiedote 2016). Ohjelman osana on selvitetty Suomessa mielenterveyden edistämisen menetelmiä varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen. Selvityksessä todetaan, että lasten ja nuorten mielenterveyden edistämisen menetelmiä ja hyviä käytäntöjä on paljon ja uusia kehitetään jatkuvasti. Toiselle asteelle on tarjolla vähiten menetelmiä, ja usein ne ovat käytössä myös varhaiskasvatuksessa ja perusopetuksessa. Toisella asteella voidaan hyödyntää muille ikäryhmille kehitettyjä menetelmiä, mutta aikuistumisen kynnyksellä nousee esille tälle ikäryhmälle tyypillisiä mielenterveyteen liittyviä alueita, kuten itsenäistyminen, elämänhallinta ja ajankäyttö. Toisen asteen opiskelijoiden tunne-, vuorovaikutus- ja mielenterveysosaamisen edistämiseksi on kehitetty useita menetelmiä, joissa oppitunneilla ja ryhmissä käsitellään ihmissuhteita, elämäntapoja ja stressinhallintaa. Lisäksi on kohdennetun tuen menetelmiä esimerkiksi stressin ja jännityksen helpottamiseksi, masennuksen ehkäisemiseen ja aggressiivisesti käyttäytyvien nuorten tukemiseksi. (Anttila ym. 2016.) Opintokamutoimenpideohjelma (2014–2018) on suunnattu toisen asteen opiskelijoille psykososiaalisen hyvinvoinnin ja elämänhallintataitojen edistämiseksi sekä kiusaamisen vähentämiseksi. Tavoitteena on luoda koko oppilaitoksen ohjelma, jossa opiskelijoille ja henkilöstölle suunnatut työvälineet vähentävät opiskelijoiden syrjäytymisriskiä.

Suurin osa toiselle asteelle suunnatuista mielenterveyttä edistävästä menetelmästä on kehitetty Suomessa ja niiden vaikuttavuutta on tutkittu vähän, vaikkakin ne on voitu todeta käytännössä toimiviksi (Anttila ym. 2016). Kansainvälisesti tarkasteltuna opiskeluikäisiin on kohdistunut vähemmän tutkimusta mielenterveyden edistämisen interventioista kuin nuorempiin ikäryhmiin (ks. Weare & Nind 2011). Tutkimustiedon soveltamisen haasteena on se, että muissa maissa ei ole vastaavaa opiskeluterveydenhuollon palvelujärjestelmää kuin Suomessa. Opiskelijat asioivat usein yleislääkäriin vastaanotoilla, ja sieltä heidät ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon.

Tämän raportin liitteessä 2 on kuvattu esimerkkejä opiskeluterveydenhuoltoon soveltuvista mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvistä yksilö- ja ryhmämuotoisista sekä universaaleista menetelmistä, palveluista ja toimintamalleista sekä verkkosivuista ja verkkoryhmätoiminnasta.

2.2.3. Mielenterveys- ja päihdetyön toimintatavat

Käypä hoito -suositukset. Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, jotka on koottu Duodecimin verkkopalveluun (Käypä hoito 2016). Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön opiskeluterveydenhuollossa soveltuvia Käypä hoito -suosituksia ovat muun muassa masennuksen, syömishäiriöiden, ADHD:n, alkoholiongelmaisen hoidon, tupakkariippuvuuden ja tupakasta vieroituksen sekä unettomuuden Käypä Hoito -suositukset (liite 2). Duodecim seura on tehnyt päätöksen myös lasten ja nuorten käytöshäiriöiden Käypä hoito -suosituksen laatimisesta. Käypä hoito -suositukset kattavat kohtuullisen hyvin keskeiset päihde- ja mielenterveyden häiriöt, mutta on epäselvää, miten hyvin suosituksia käytännössä noudatetaan ja miten ne ohjaavat toimintaa. Todellisesta vaikuttavuudesta on vähän tietoa. (STM 2016:3.)

SORA-lainsäädäntö. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen (STM 2012:18) toimenpide-ehdotuksissa todetaan, että kuntien tulisi huolehtia siitä, että opiskeluterveydenhuollossa toimivien ammattilaisten osaamista vahvistetaan ammatinvalintaan ja alalle sopivuuden arviointiin liittyvissä asioissa huomioiden ns. SORA-lainsäädäntö (SOveltumattomuuden RATkaisuja). SORA-säännökset ja määräykset käsittelevät opiskeluun soveltumattomuuteen liittyviä asioita. SORA-säännökset ovat lainsäädäntökokonaisuus, johon kuuluvat laki ammatillisesta peruskoulutuksesta (630/1998), laki ammatillisesta aikuiskoulutuksesta (631/1998), ammattikorkeakoululaki (351/2003) ja yliopistolaki (558/2009). Lainsäädäntö liittyy muun muassa opiskelijaksi ottamisen esteisiin, opiskeluoikeuden peruuttamiseen ja palauttamiseen sekä huumausainetestaukseen. SORA-lainsäädännön keskeisenä tavoitteena on parantaa koulutuksen ja sen jälkeisen työelämän turvallisuutta. (OPH 2015:12, STM 2015:2.) SORA-lainsäädännön mukaan terveydenhuollon tehtävänä on arvioida opiskelijan terveyttä ja toimintakykyä opiskelijaksi ottamisen vaiheessa sekä tilan-

teissa, joissa opiskelijalta vaaditaan huumausainetestiä koskevan todistuksen esittämistä tai harkitaan opiskelijan opiskeluoikeuden peruuttamista tai palauttamista. Huumausainetestaukseen liittyvät säännökset ja määräykset koskevat kaikkien alojen opiskelijoita. (STM 2015:2.)

Tutkimustietoa on vähän siitä, missä määrin opiskeluterveydenhuollossa toimivat ammattilaiset tuntevat Käypä hoito -suosituksia ja SORA-lainsäädäntöä esimerkiksi opiskelijoiden huumausainetestauksen osalta sekä soveltavat niitä työssään. Opiskeluterveydenhuollon kehittämisen työryhmä ehdotti, että THL huolehtii siitä, että Käypä hoito -suositusten ja vastaavien selkeästi hoitokäytäntöjä ohjaavien suositusten tunnettuutta ja käyttöön ottoa parannetaan opiskeluterveydenhuollossa (STM 2014:10).

2.3. Yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyössä opiskeluterveydenhuollossa

2.3.1. Yhteiset käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä

Yhteisesti sovitut käytännöt. Terveyskeskusten yhteiset käytännöt kuvaavat sitä, missä määrin terveyskeskuksissa on sovittu yhteisistä toimintakäytännöistä ja -periaatteista eri tilanteissa. Ne tukevat ja ohjaavat toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä. (STM 2006:12, 2009:20, 2012:18.) Terveystarkastamisaktiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan vain kolmanneksessa terveyskeskuksista oli yhteinen kirjattu käytäntö hoitoketjuista opiskelijan mielenterveysongelmien selvittämiseksi, ja joka kolmas oli sopinut kirjallisesti konsultatiivisesta tuesta erikoissairaanhoidon kanssa. Terveyskeskuksista lähes puolella oli yhteinen käytäntö työnjaosta ja moniammatillisesta opiskeluhuoltotyöstä. (Wiss ym. 2014b.)

Yhteisesti sovitut kirjatut käytännöt ja toimintaohjeet lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa kuvaavat sitä, missä määrin ja miten oppilaitoksissa on sovittu tavoista toimia eri tilanteissa. Ne mahdollistavat toiminnan järjestelmällisen seurannan. (Wiss ym. 2015a, 2015b.) Yhteiset käytännöt tukevat myös opiskelijan oikeutta saada tukea tasavertaisesti silloin, kun ongelmia esiintyy. Lisäksi ne luovat rakenteet johdonmukaiselle toiminnalle ja tekevät ehkäisevän työn aikaisempaa näkyvämmäksi. (STM 2014:10.) Tutkimusten mukaan ammatillisista oppilaitoksista 92 prosentissa ja lukioista 72 prosentissa oli kirjattu käytäntö opiskelijoiden päihteiden käytön ehkäisemiseksi. Kirjattu käytäntö opiskelijan tupakkatuotteiden käyttöön puuttumiseksi oli 81 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista ja 66 prosentissa lukioista. Käytäntöjen kirjaamisessa on parantamisen varaa erityisesti lukioissa. Yhteinen käytäntö päihteitä käyttävän opiskelijan hoitoon ohjaamiseksi puuttui kokonaan 13 prosentista lukioista. (Wiss ym. 2015a, 2015b.)

Terveystarkastuksista poisjääneiden tuen tarve. Terveystarkastuslain (1326/2010, 17§) mukaan opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu lukion ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille kaksi määräaikaista terveystarkastusta ja kaikille opiskelijoille terveystarkastukset yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Opiskeluterveydenhuollossa toimivan terveydenhoitajan tai lääkärin on pyrittävä selvittämään määräaikaista terveystarkastuksista poisjääneiden opiskelijoiden tuen tarve (VNA 338/2011). Terveystarkastuksista poisjääneiden tuen ja asioiden jatkoselvittelyn tarve voi olla keskimääräistä suurempi (STM 2009:20). Poisjääneiden määrää tulee jatkuvasti seurata ja selvittää poisjäännin syitä. Ensimmäisessä suora yhteydenotto opiskelijaan ja tarvittaessa opiskeluhuollollinen työ on suositeltava tapa selvittää tuen tarve. Etenkin alle 18-vuotiaiden kohdalla on tärkeää huomioida opiskelijan perheen merkitys opiskelijan tilannetta selvitettyä. (STM 2012:18.) Terveystarkastamisaktiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan terveyskeskuksista 67 prosentissa oli kirjattu käytäntö määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien opiskelijoiden tuen tarpeen selvittämiseksi (Wiss ym. 2014b).

Erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen. Terveystarkastuslain (2010/1326) 17 §:n mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy opiskelijan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä opiskelijan tukeminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon ohjaaminen. Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) 13 §:ssä edellytetään terveysneuvonnan ja -tarkastusten järjestämistä siten, että opiskelijan erityisen tuen tarve tunnistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tarpeenmukainen tuki järjestetään viiveettä. Erityisen tuen tarpeen arvioimiseksi ja toteuttamiseksi tulee järjestää lisä- tai kotikäyntejä. Tarvittaessa tulee tehdä yhteistyötä eri toimijoiden, kuten lastensuojelun, opiskeluhuollon, erikoissairaanhoidon ja muiden tahojen kanssa. (VNA 338/2011.) Erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi

suositellaan käytettäväksi strukturoituja kyselylomakkeita, kuten AUDIT-testiä tai R-BDI-mielialakyselyä (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011).

Erityisen tuen tarve on selvitetävää, jos opiskelijalla, hänen perheessään tai ympäristössä on tekijöitä, jotka voivat vaarantaa tervettä kasvua ja kehitystä (VNA 338/2011). Opiskelijalla tai opiskeluyhteisöllä on tarvetta erityiseen tukeen, jos yksilön tai yhteisön terveys tai opiskelukyky on vakavasti tai pitkäaikaisesti heikentynyt tai ilman jatkotoimenpiteitä suuressa vaarassa heikentyä (STM 2009:20, Kunttu ym. 2011). Erityisen tuen tarvetta voivat aiheuttaa nuoren krooninen sairaus, mielenterveys- ja päihdeongelmat, kiusaaminen, oppimisvaikeudet, vanhempien sairaus tai mielenterveys- ja päihdeongelmat, läheisväkivalta ja vaikeudet toimeentulossa (STM 2009:20). Opiskeluterveydenhuollossa on laadittava suunnitelma yhteistyössä opiskelijan kanssa erityisen tuen tarpeen arvioimiseksi ja tuen toteuttamiseksi. Suunnitelman toteutumista on seurattava ja arvioitava. (VNA 338/2011, STM 2012:18.)

Terveydenedistämisaktiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan terveyskeskuksista 86 prosentissa oli yhteinen käytäntö opiskelijan erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi sekä tuen ja ohjauksen tarjoamiseksi. Joka viidennessä terveyskeskuksessa käytännöt olivat yhteisiä koko terveyskeskukselle. Yhteiset toimintatavat mahdollistavat varhaisen tunnistamisen ja tuen tarjoamisen mahdollisimman yhdenmukaisesti koko terveyskeskuksen alueella. (Wiss ym. 2014b.)

Osa opiskelijoista tarvitsee sekä opiskeluhuollollista että pedagogista tukea. Lainsäädäntö erottaa toisistaan oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa säädetyn yksilökohtaisen opiskeluhuollon ja koululainsäädännön kutakin koulutusastetta koskevan oppimisen tuen (yleinen, tehostettu ja erityinen tuki). Tuen muotoja voidaan käyttää rinnakkain, toisiaan täydentäen ja siten, että ne muodostavat opiskelijan näkökulmasta toimivan kokonaisuuden. (Perälä ym. 2015a, STM 2015:13a.)

2.3.2. Yhteistyö ja konsultointi mielenterveys- ja päihdetyössä

Yhteistyö ja konsultointi. Opiskelijan avun saaminen voi edellyttää useiden opiskeluterveydenhuollossa ja opiskeluhuollossa toimivien ammattilaisten, oppilaitoksen ulkopuolisten tahojen, kuten erityispalvelujen tai erikoissairaanhoidon, tai muiden tahojen yhteistyötä. Oikea-aikaisen ja riittävän avun ja tuen varmistamiseksi tarvitaan selkeitä yhdessä sovittuja pelisääntöjä. (Perälä ym. 2015a.) Toisella asteella opiskeluhuollossa toimivien ammattilaisten välisessä yhteistyössä on todettu puutteita. Myös opiskeluhuollon käytännöissä ja yhteistyön tavoissa eri tahojen kanssa on ollut epäyhtenäisyyttä. (Wiss ym. 2014b, 2015a, 2015b.)

Opiskeluterveydenhuollossa on tunnettava alueen mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavat tahot sekä sovitut hoitoketjut ja toimintamallit, joissa on sovittu tehtävistä ja vastuista (STM 2012:18). Opiskeluterveydenhuollolla tulee olla toimivat yhteistyösuhteet alueen mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Yhteistyö mahdollistaa hoitoketjun saumattomuuden tilanteissa, joissa opiskelijan erityisen tuen tarve on tunnistettu, mutta opiskeluterveydenhuollon tarjoama tuki ei ole riittävä. Opiskeluterveydenhuollossa toimivat terveydenhoitajat ovat kokeneet, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen verkostot kunnissa eivät ole riittäviä. (Leinonen ym. 2010.) Terveydenhoitajat toivovat moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Eniten yhteistyötä toivotaan lisättävän opetushenkilöstön kanssa. Yhteistyötä mielenterveyspalvelujen kanssa halutaan myös tiivistää. Opiskeluterveydenhuollossa halutaan tarjota matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja ja luoda selkeät hoitoketjut jatkohoidolle. (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011.) Sipilän hallituksen lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman (STM 2016b) tavoitteena on koota lapsi- ja perhepalvelujen hajanainen palvelujärjestelmä kokonaisuudeksi ja varmistaa palvelujen rajapintojen toimivuus. Opiskeluterveydenhuollossa tämä tarkoittaa, että huomiota tulee kiinnittää sekä opiskeluterveydenhuollon ja opiskeluhuollon toimijoiden väliseen yhteistyöhön että yhteistyöhön muiden kunnan toimijoiden kanssa.

Terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Lisäksi suositusten mukaan jokaisessa opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä tulisi olla nimetty lääkäri, jota terveydenhoitaja voi konsultoida työpäivän aikana (STM 2006:12). Terveydenhoitaja ja lääkäri muodostavat kiinteän työparin, joka tekee moniammatillista yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja oppilaitoksen toimijoiden kanssa. Ammattikorkeakouluissa toimivista terveydenhoitajista vain puolet raportoi mahdollisuudesta konsultoida lääkäriä työpäivän aikana (Kääriä ym. 2011) sekä luki-

oissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa toimivista kaksi kolmesta (Leinonen ym. 2010). Myös opiskeluterveydenhuollon kehittämistyöryhmä kiinnitti huomiota terveydenhoitajan ja lääkärin tehtäviin. Työryhmä ehdotti, että opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin tehtävät määritellään valtakunnallisesti huomioiden sekä yhteisöllinen että yksilökohtainen opiskeluterveydenhuoltotyö. Tässä tulee huomioida myös moniammatilliseen yhteistyöhön ja kehittämistyöhön tarvittava työaika. (STM 2014:10.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 kehittämisehdotusten mukaan terveyskeskuksissa tulisi olla käytössä depressio- ja päihdehoitajan työmalli (STM 2012:24). Terveystiedon edistämiseksi perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruussa havaittiin, että 69 prosentissa terveyskeskuksista oli käytettävissä depressiohoitajan ja 85 prosentissa päihdehoitajan erityisosaamista omana toimintana tai ostopalveluna (Wiss ym. 2014b). Lastensuojelun yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian kanssa on kehitettävä ottaen huomioon mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyys lastensuojeluasiakkailta. Toisaalta avun hakemisen kynnyksen opiskelejoilla on pidettävä matalana esimerkiksi koulupsykologin ja terveydenhoitajan riittävällä läsnäololla ja tuttuudella oppilaitoksissa. (STM 2012:24.)

Opiskeluterveydenhuollon kehittämisen työryhmä toteaa, että nuoriso- ja aikuispsykiatristen konsultaatiopalvelujen hyvä saatavuus on edellytys perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen laadukkaalle toteuttamiselle. Erilaisia konsultaatiomuotoja tulee hyödyntää monipuolisesti, kuten etäkonsultaatioita ja liikkuvia konsultaatioita. (STM 2014:10.) Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä ehdotetaan, että nuorisopsykiatrista erikoissairaanhoidon osaamista tuodaan opiskeluterveydenhuoltoon esimerkiksi järjestämällä säännöllisiä konsultaatiomahdollisuuksia, moniammatillisia verkostokokouksia ja vastaanottoja sekä koulutusta (STM 2012:18).

Opiskelijoiden lähettäminen tai ohjaaminen eri palveluihin. Koordinaatiovastuu opiskelijan terveydenhuollosta säilyy opiskeluterveydenhuollossa myös silloin, kun opiskelijan terveyden- tai sairaanhoidon kannalta hänet on tarkoituksenmukaista ohjata jatkohoitoon (Valvira 2015:2). Jatkohoito on erikoistason hoitoa, ja se on tarpeen silloin, kun opiskeluterveydenhuollon osaaminen ei ole riittävää opiskelijan auttamiseksi. Sen sijaan kun on kysymys opiskelijan tarvitsemasta perustason hoidosta, niin ensisijainen hoitopaikka on opiskeluterveydenhuolto.

Lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevan tiedonkeruun 2014 mukaan opiskelijoita oli ohjattu nuoriso- tai aikuispsykiatrian palveluihin 80 prosentissa lukioista ja 88 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. Lastensuojelun tai muun sosiaalitoimen palveluihin opiskelijoita oli ohjattu 46 prosentissa lukioista ja 73 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. Nuorisotoimen tukipalveluihin opiskelijoita oli ohjattu 56 prosentissa lukioista ja 77 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. Opiskelijoita oli ohjattu ammatillisista oppilaitoksista useammin eri palveluihin kuin lukioista, mutta kokonaisuudessaan palveluihin ohjaaminen oli vähentynyt kahden vuoden seurantajaksolla. (Wiss ym. 2015a, 2015b.)

Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvät hoitoketjut. Hoitoketju koskee sellaisia asiakasryhmiä, joita hoidetaan sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Hoitoketju on erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden yhteistyötahojen kanssa yhdessä laatima sopimus siitä, miten tietyn sairauden tai terveysongelman hoito järjestetään. Hoitoketjut ovat paikallisiin oloihin sovellettuja, hoitosuositukseen perustuvia kannanottoja hoitopäätösten tueksi ja työnjaon selkeyttämiseksi. Käypä hoito -suositusten pohjalta rakennetut alueelliset hoitoketjut määrittävät, kuinka asiakkaita tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla tarkoituksenmukaisesti ja laadukkaasti. Tavoitteena on, että hoito on yhtenäistä ja hoitopaikkojen välillä saumatonta. (Vainikainen 2005, Hoitoketjut 2016.)

Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan terveyskeskuksista 79 prosenttia oli sopinut hoitoketjusta ja toimintatavoista mielenterveysasiakkaiden hoidossa ja 75 prosenttia päihdeasiakkaiden hoidossa. Vaikka hoitoketju on olemassa, se ei takaa joustavaa palveluntarjontaa. Jatkohoitajien puute on pitkä, jolloin opiskeluterveydenhuollon henkilöstö joutuu kannattelemaan opiskelijoita, joiden hoidon tulisi toteutua erikoissairaanhoidossa. (STM 2012:18.)

Esimerkiksi Kaste-hankkeissa on kehitetty liikkuvia toimintatapoja, joissa erikoissairaanhoidon asiantuntijat tuovat osaamistaan kouluihin ja oppilaitoksiin. Nuorisopsykiatrian Sihti-hankkeessa toimii konsultoituva nuorisopsykiatrisen arviointiryhmä, joka vie nuorisopsykiatrista osaamista kuntiin. Lisäksi perustason

työntekijöiden kanssa on kehitetty moniammatillisen tiimityön malli, jonka avulla 13–18-vuotias nuori ja hänen perheensä saavat tuen ja avun nopeasti omassa kasvuympäristössään. On myös kehitetty liikkuva lasten ja nuorten psykiatrian palvelujen konsultaatio- ja arviointimalli, jossa psykiatrian asiantuntijoilta voi pyytää matalan kynnyksen konsultaatiota ilman lähetettä. Yhdessä työskentelemällä tuetaan opiskeluterveydenhuoltoa sekä muita lasten ja nuorten kanssa toimivia. (Hastrup ym. 2013.) Esimerkiksi JERI-hankkeen pohjalta on kehitetty HYKS-Varhain-toimintamalli. Varhain-toiminta on nuorisopsykiatrian tarjoamaa konsultatiivista palvelua, jossa arviointi, tutkimus ja varhaisinterventiot tapahtuvat 13–17-vuotiaan nuoren omassa ympäristössä yhteistyössä peruspalvelujen kanssa. Konsultaation aikana asiakkuus säilyy peruspalveluissa.

Nuorten mielenterveys- ja päihdetyöhön on rakennettu hoitoketjuja useissa sairaanhoitopiireissä, kuten 13–18-vuotiaan nuoren masennuspotilaan palveluverkko, syömishäiriöisten lasten ja nuorten hoitoketjut, ADHD-oireisen lapsen ja nuoren hoitoketjut, keskittymättömän lapsen ja nuoren palveluketju, lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden hoitoketjut, psyykkisesti oireilevan 13–22-vuotiaan nuoren hoitoketju, nuoren psykoosiin ja psykoosialttiuteen liittyvä hoitoketju sekä päihteitä käyttävän nuoren hoitoketju (Hoitoketjut 2016). Erityisesti nuorten syömishäiriöiden hoitoon on kehitetty hoitoketjuja useissa sairaanhoitopiireissä, kuten Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä ja HUS:ssa. Hoitoketjuja on koottu valtakunnallisesti Terveysportti-palveluun (liite 2). Tietoa on vähän siitä, missä määrin hoitoketjuja on käytössä opiskeluterveydenhuollossa, mitkä tahot niiden laatimiseen osallistuvat ja miten usein hoitoketjuja päivitetään.

2.4. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen haasteet opiskeluterveydenhuollossa

2.4.1. Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ja täydennyskoulutus

Erikoissairaanhoitolaissa (993/2003) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (1194/2003) edellytetään, että terveyskeskukset ja kuntayhtymät huolehtivat terveydenhuoltohenkilöstön riittävästä täydennyskoulutuksesta. Kunnat huomioivat asetuksen (1194/2003) ja sitä täydentävän terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen (STM 2004:3) päätettäessä täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista. Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012:18) ehdotetaan, että kunnat varmistavat, että opiskeluterveydenhuollossa toimivilla henkilöillä on riittävä opiskeluterveydenhuollon osaaminen.

Opiskeluterveydenhuollon luonteen ja erityispiirteiden vuoksi henkilöstön tulee olla perehtynyt erityisesti opiskelevien nuorten ja nuorten aikuisten kehitysvaiheeseen, terveysongelmiin ja opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin. Opiskeluterveydenhuollossa on kiinnitettävä erityisesti huomiota opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin, kuten opiskelijan omiin voimavaroihin, terveyteen, opiskelutaitoihin sekä opiskeluympäristöön ja -yhteisöön. (STM 2011.) Opiskeluterveydenhuollon selvityksen toimenpide-ehdotuksissa muistutetaan myös, että kunnissa tulee pitää huolta siitä, että opiskeluterveydenhuollon ammattilaiset saavat riittävästi koulutusta myös mielenterveys- ja päihdeongelmaisten opiskelijoiden tukemisessa ja hoitamisessa (STM 2012:18).

Opiskeluterveydenhuollossa toimivista terveydenhoitajista puolet oli osallistunut täydennyskoulutukseen suosituksen mukaisesti vähintään kerran vuodessa. Kolmannes piti tarjolla olevaa opiskeluterveydenhuollon täydennyskoulutusta määrältään riittävänä. Vain noin viidesosa terveydenhoitajista piti koulutustaan tai täydennyskoulutustaan riittävänä mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaiseen toteamiseen ja hoitoon. Kymmenesosa piti osaamistaan riittämättömänä näiden ongelmien varhaiseen toteamiseen ja hoitoon. Yli puolet halusi lisäkoulutusta, vaikka koki selviävänsä näiden ongelmien hoitamisesta. Osaamista halutaan kehittää, erityisesti täydennyskoulutuksen ja työnohjauksen avulla, sillä alan peruskoulutuksessa opiskeluterveydenhuoltoa ei ole riittävästi huomioitu omana alueena. Erityisesti mielenterveystyön osaamiseen kaivataan aikaisempaa kattavampaa koulutusta. Mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin koetaan olevan esimerkiksi terveystarkastuksissa keskeisessä roolissa. (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011.)

Opiskeluterveydenhuollossa toimivat ammattilaiset joutuvat työssään puuttumaan moniin vaikeisiin asioihin, kuten opiskelijoiden ihmissuhde-, mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Työssä käytetään ammattilaisten persoonallisuutta ja vuorovaikutustaitoja ja siksi on tärkeää, että henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua työnohjaukseen. (STM 2006:12.) Opiskeluterveydenhuollossa toimivista terveydenhoitajista alle puolella on mahdollisuus osallistua työnohjaukseen (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011). Lisäksi jos opiskeluterveydenhuollon tilat sijaitsevat oppilaitoksen yhteydessä, niin yhteistyö ammattitovereiden kanssa ja kontaktit muuhun työyhteisöön voivat jäädä vähäisemmiksi kuin keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä. Toisaalta esimerkiksi ammattikorkeakouluopiskelijat ovat opiskeluterveydenhuollossa haastava asiakasryhmä suuren ikävaihtelunsa ja monimuotoisten elämäntilanteidensa vuoksi. Tämä asettaa haasteita opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten osaamiselle. (Kääriä ym. 2011.)

2.4.2. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja kehittämisen tuki

Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä todetaan, että kunnissa ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota opiskeluterveydenhuollon kehittämiseen. Selvityksen mukaan kuntien tulee huolehtia opiskeluterveydenhuollon jatkuvasta kehittämisestä, uuden tutkimustiedon käyttöönotosta ja siitä, että opiskeluterveydenhuollossa käytetään näyttöön perustuvia ja yhtenäisiä menetelmiä. Kuntien tulee varmistaa, että kehittämistoiminta on osa opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten työnkuvaa. (STM 2012:18.) Kunnat voivat kuvata opiskeluterveydenhuollossa kehitettyjä hyviä käytäntöjä SOSTE:n (Suomen sosiaali ja terveys ry), Suomen Kuntaliiton ja THL:n yhdessä ylläpitämässä avoimessa innovaatioyhteisössä, Innokylässä (Innokylä 2016).

Asiakaspalautteen kerääminen. Terveydenedistämisasiivisyys perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan vain kolmanneksessa terveyskeskuksista toteutettiin opiskeluterveydenhuollossa erillisiä asiakaspalautekyselyjä. Kyselyjä toteutettiin erityisesti suurissa, vähintään 50 000 asukkaan kaupungeissa. (Wiss ym. 2014b.) Lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevan tiedonkeruun 2014 tulosten mukaan opiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia seurataan valtakunnallisella Kouluterveyskyselyllä 97 prosentissa lukioista ja 86 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. Jotakin muuta toistuvaa opiskelijakyselyä hyödynsi 68 prosenttia lukioista ja 71 prosenttia ammatillisista oppilaitoksista. (Wiss ym. 2015a, 2015b.)

Kehittämiskohteet ja kehittämisen tuki. Kehittämistoiminta kunnallisessa opiskeluterveydenhuollossa on todettu vähäiseksi. Kolmessa neljästä terveyskeskuksesta ei ole käynnissä kehittämishankkeita. Sama osuus terveyskeskuksista kokee tarvitsevansa ohjausta tai konsultaatiotukea opiskeluterveydenhuollon kehittämiseen. Asiakastyöhön liittyvistä haasteista tuen tarvetta on erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa ja sen kehittämisessä. Myös osaamisen vahvistamista ammatinvalintaan ja alalle sopivuuden arviointiin liittyvissä asioissa pidetään tärkeänä. Lisäksi kunnissa toivotaan opiskeluterveydenhuollon toiminnan selkeää valtakunnallista ohjeistamista ja yhtenäistämistä. (STM 2012:18.) Lainsäädännön monimutkaisuus, tulkinnanvaraisuus ja riittämätön tuki kunnille lain toimeenpanossa ovat vaikeuttaneet merkittävästi esimerkiksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain saattamista käytäntöön (Kuntaliitto 2015).

Yksi suurimmista opiskeluterveydenhuollon haasteista resurssivajeen ja lääkäri- ja lääkärityövoiman rekrytoinnin lisäksi on mielenterveysasiakkaiden hoito. Opiskelijoiden mielenterveyteen liittyvät käynnit ovat lisääntyneet, eikä nykyisillä resursseilla pystytä vastaamaan hoidontarpeeseen. Perusterveydenhuollon hoidettavana on entistä haasteellisempia mielenterveysasiakkaita, eikä jatkohoito erikoissairaanhoidon aina järjesty riittävän hyvin. (STM 2012:18.) Opiskeluterveydenhuollossa toimivat terveydenhoitajat arvioivat resurssien riittämättömyyden myös merkittävimpänä haasteena opiskeluterveydenhuollon kehittämisessä (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011). Eniten pulaa oli lääkäri-, psykologi- ja kuraattoripalveluista, ja myös ryhmämuotoiseen toimintaan kaivattiin enemmän resursseja (Kääriä ym. 2011). Yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa on myös kehittämisen tarvetta. Tiedonkulussa on parannettavaa nivelvaiheissa, joissa asiakkaan hoito siirtyy perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja takaisin perusterveydenhuoltoon. Kolmessa neljästä terveyskeskuksesta on sovittu työnjaosta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa, mutta ongelmia on nimenomaan näiden asiakkaiden hoidossa. Ei tiedetä miten tarkasti opiskeluterveydenhuollon tehtävät mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa on kunnissa määritelty. (STM 2012:18.)

Opiskeluterveydenhuollon kehittämishaasteeksi on tunnistettu myös moniammatillinen yhteistyö ja sen vahvistaminen. Terveystoimijat kokevat tekevänsä työtä opiskeluterveydenhuollossa melko yksin ja toivovat sen vuoksi säännöllistä työnohjausta ja yhteistyön kehittämistä erityisesti psykologien, kuraattorien ja lääkäreiden kanssa. Moniammatillisen yhteistyön tiivistämistä toivotaan myös laajemmin, ja opiskeluterveydenhuoltoa halutaan kehittää työterveyshuollon suuntaan moniammatilliseksi toimintamalliksi. (Leinonen ym. 2010.) Terveystoimijat kokevat, että opiskeluterveydenhuollon palvelut ovat hajanaisia, eivätkä ne muodosta yhtenäistä ja toimivaa palvelukenttää. Opiskeluterveydenhuollossa halutaan painottaa ehkäisevän työn asemaa ja tarjota opiskelijoille moniammatillisena yhteistyönä matalan kynnyksen palveluja. (Kääriä ym. 2011.) Opiskeluterveydenhuollon tuloksellinen kehittäminen edellyttää opiskeluterveydenhuollon johtamisen tehostamista, vastuutahoista sopimista sekä perusterveydenhuollon, opiskeluhuollon ja opetushenkilöstön sekä muiden tahojen välistä saumatonta yhteistyötä (STM 2009:20, Kääriä ym. 2011).

3. Tutkimuksen tarkoitus ja toteuttaminen

3.1. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä sekä mielen-terveys- ja päihdetyön menetelmiä ja yhteistyötä kunnallisessa opiskeluterveydenhuollossa. Empiirinen tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiltä ja opiskeluterveydenhuollossa toimivilta terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä. Tarkastelun kohteena oli opiskeluterveydenhuolto toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa, joiden opiskelijoille kunnan on lakisääteisesti järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut (VNA 338/2011, 3 §).

Tutkimuskysymykset:

1. Miten mielenterveys- ja päihdepalvelut on järjestetty opiskeluterveydenhuollossa?
 - opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen
 - mahdollisuus asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa
 - ehkäisevät ja sairaanhoidolliset mielenterveys- ja päihdepalvelut
 - opiskelijan oikeus mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä nuoriso- ja aikuispsykiatriseen hoitoon
 - palvelujen tarjonta, riittävyys ja määrän muutos
 - työajan käyttö eri tehtäväalueilla ja opiskeluterveydenhuollossa
2. Millaisia mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiä ja toimintatapoja on käytössä sekä millaista on mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen opiskeluterveydenhuollossa?
 - opiskelijoiden terveysongelmat
 - seulontamenetelmät, kyselyt ja lomakkeet
 - terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi
 - yksilö- ja ryhmämuotoiset menetelmät
 - verkkoryhmätoiminnan muodot ja verkkosivustot
 - Käypä hoito -suositukset ja opiskelijoiden huumausainetestausta koskeva SORA-lainsäädäntö
 - mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen sekä psykososiaalisen tuen järjestämiseen
 - täysi-ikäisten opiskelijoiden lääkkeellisten hoitojen toteuttaminen
 - osaaminen opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamisessa, tukemisessa ja hoidon seurannassa
 - mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta huolehtiminen
3. Millaista on mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvä yhteistyö opiskeluterveydenhuollossa?
 - yhteisesti sovitut käytännöt
 - terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen
 - erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen
 - konsultointi, yhteistyö ja yhteistyön mahdollisuudet eri tahojen kanssa
 - opiskelijoiden lähettäminen tai ohjaaminen eri palveluihin
 - opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvät hoitoketjut
4. Miten mielenterveys- ja päihdetyötä voidaan kehittää opiskeluterveydenhuollossa?
 - mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutuksen tarve, hyödyllisyys ja osallistuminen
 - mielenterveys- ja päihdetyötä edistävät ja vaikeuttavat tekijät
 - opiskeluterveydenhuollon johtamista edistävät ja vaikeuttavat tekijät sekä tuen saaminen

- asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen
- mielenterveys- tai päihdetyöhön liittyvät hyvät käytännöt ja kehittämishankkeet
- kehittämiseen saatu ohjaus ja konsultaatiotuki
- opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen

3.2. Aineisto ja menetelmät

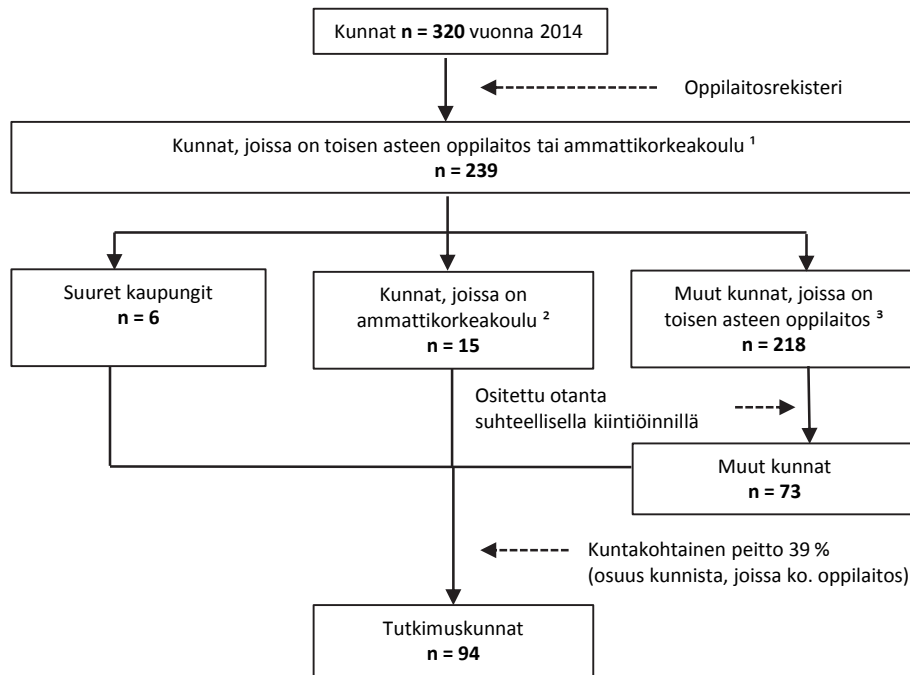
3.2.1. Tutkimuskuntien valinta ja tiedonkeruu

Tutkimuskuntien valinta. Tutkimuksen perusjoukon muodostavat kunnallisen opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöt sekä opiskeluterveydenhuollossa toimivat terveydenhoitajat ja lääkärit. Tutkimus on empiirinen poikkileikkausasetelmassa tehty survey-tutkimus, jossa tutkimusaineistot kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella vastuuhenkilöiltä, terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä toukokuun ja elokuun 2015 välisenä aikana.

Tutkimuskunnat valittiin Tilastokeskuksen ylläpitämän oppilaitosrekisterin avulla käyttäen vuoden 2014 kuntajakoa. Oppilaitosrekisteristä valittiin mukaan kunnat, joissa oli toisen asteen oppilaitos tai ammattikorkeakoulu. Tutkimuksesta rajattiin pois Ahvenanmaan kunnat, koska kyselylomakkeet olivat ainoastaan suomenkielisiä. Opiskeluterveydenhuoltoa tarkastellaan niissä oppilaitoksissa, joiden opiskelijoille kunnan on lakisääteisesti järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut.

Kunnallisen opiskeluterveydenhuollon piiriin kuuluvat kaikki ammatillisten oppilaitosten, ammatillisten aikuiskoulutuskeskusten, lukioiden, liikunnan koulutuskeskusten, kansanopistojen, ammattikorkeakoulujen, poliisialan oppilaitosten, rikosseuraamusalan oppilaitosten sekä pelastusopistojen ja pelastusalan ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten opiskelijat, jotka opiskelevat päätoimisesti yli kaksi kuukautta opintotukeen oikeuttavassa koulutuksessa (VNA 338/2011, 3 §). Oppilaitosrekisterin mukaan vuonna 2014 oli yhteensä 239 kuntaa, joissa oli vähintään yksi toisen asteen oppilaitos tai ammattikorkeakoulu. Kyseisiä oppilaitoksia näissä kunnissa oli yhteensä 769.

Tutkimuksessa käytettiin ositettua otantaa, joka toteutettiin vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimukseen valittiin mukaan väestömäärältään kuusi suurinta kaupunkia: Espoo, Helsinki, Oulu, Tampere, Turku ja Vantaa. Toisen asteen oppilaitoksia tai ammattikorkeakouluja on eniten näissä kaupungeissa. Lisäksi otettiin mukaan kunnat, joissa oli ammattikorkeakoulu: Hämeenlinna, Joensuu, Jyväskylä, Kajaani, Kemi, Kokkola, Kotka, Kuopio, Lahti, Lappeenranta, Mikkeli, Pori, Rovaniemi, Seinäjoki ja Vaasa. (Kuvio 1.)



¹ oppilaitokset, joiden opiskelijoille kunnan on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut.

² poislukien suuren kaupungin ja Marianhamina, ³ poislukien Ahvenanmaan kunnat

Kuvio 1. Tutkimuskuntien valinta.

Toisessa vaiheessa muiden kuntien osalta käytettiin ositettua otantaa suhteellisella kiintiöinnillä aluehallintovirastojen (AVI) vastualueiden ja Tilastokeskuksen kuntaryhmittelyn mukaan. Tavoitteena oli saada mukaan kolmannes kunnista ($n = 218$), joissa oli toisen asteen oppilaitos. Jokaiselta AVI-alueelta otettiin kolmen kuntatyyppin ryhmässä kuntia suhteellisesti sama määrä kuin niitä oli koko maassa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Otanta muiden kuntien ($n = 73$) osalta AVI-alueen ja kuntatyyppin mukaan (kuntien lukumäärä).

AVI-alueet	Kaupunkimaiset kunnat		Taajaan asutut kunnat		Maaseutumaiset kunnat		Yhteensä	
	Tutkimus-kunnat	Kaikki kunnat ¹	Tutkimus-kunnat	Kaikki kunnat ¹	Tutkimus-kunnat	Kaikki kunnat ¹	Tutkimus-kunnat	Kaikki kunnat ¹
Etelä-Suomen AVI	4	16	4	12	6	17	14	45
Lounais-Suomen AVI	2	5	4	12	5	13	11	30
Itä-Suomen AVI	2	3	3	8	6	23	11	34
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	2	7	6	18	12	38	20	63
Pohjois-Suomen AVI	1	2	3	11	5	15	9	28
Lapin AVI	1	1	1	2	6	15	8	18
Yhteensä	12	34	21	63	40	121	73	218

¹ $n = 239$ kuntaa, joissa oppilaitoksia, joiden opiskelijoille kunnan on lakisääteisesti järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut

Tutkimukseen valikoitui mukaan yhteensä 94 kuntaa. Kuntakohtainen peitto oli 39 prosenttia niistä 239 kunnista, joissa oli toisen asteen oppilaitos tai ammattikorkeakoulu. Tutkimuskunnissa sijaitsi toisen asteen oppilaitoksia tai ammattikorkeakouluja yhteensä 453, joten oppilaitoskohtainen peitto oli 59 prosenttia. Tutkimuskunnista 38 prosentissa sosiaali- ja terveystyöpalvelut oli järjestetty yksittäisessä kunnassa ja 62 prosentissa kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella. Tutkimuskuntia valikoitui mukaan tasaisesti kaikilta AVI-alueilta. Kaupunkimaisten kuntien osuus oli hieman suurempi ja maaseutumaisien kuntien osuus hieman pienempi kuin kaikkien kuntien joukossa, jossa oli toisen asteen oppilaitos tai ammattikorkeakoulu. Tutkimuskunnat on kuvattu AVI-alueittain ja kuntatyypeittäin seuraavassa taulukossa.

Taulukko 2. Tutkimuskunnat (n = 94) AVI-alueen ja kuntatyyppin mukaan.

	Tutkimuskunnat		Kaikki kunnat ¹	
	%	n	%	n
AVI-alueet				
Etelä-Suomen AVI	22	21	22	52
Lounais-Suomen AVI	13	12	13	31
Itä-Suomen AVI	15	14	16	37
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	28	26	29	69
Pohjois-Suomen AVI	12	11	13	30
Lapin AVI	11	10	8	20
Kuntatyyppi				
Kaupunkimaiset kunnat	35	33	23	55
Taajaan asutut kunnat	22	21	26	63
Maaseutumaiset kunnat	43	40	51	121

¹ n = 239 kuntaa, joissa oppilaitoksia, joiden opiskelijoille kunnan on lakisääteisesti järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut

Tiedonkeruun toteuttaminen. Tutkimuskuntien yleiseen sähköpostiosoitteeseen lähetettiin toukokuussa 2015 sähköinen kysely, jossa tiedusteltiin opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilön tai -henkilöiden yhteystietoja (tehtävänimike, nimi ja sähköpostiosoite) kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella riippuen siitä miten kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut oli järjestetty. Kuntien yleiset sähköpostiosoitteet saatiin Kuntaliiton ylläpitämiltä kuntien yhteystietosivuilta. Suurin osa kunnista ilmoitti pyydetyt tiedot. Muutamissa kunnissa asiaa tiedusteltiin puhelimitse.

Tutkimuskuntien opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden henkilökohtaiseen sähköpostiosoitteeseen lähetettiin tietoa tutkimuksesta ja vastauslinkki sähköiseen kyselyyn toukokuussa 2015. Samalla pyydettiin lähettämään vastuualueen, eli kunnan, kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen, opiskeluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden sähköpostiosoitteet heille suunnattua tiedonkeruuta varten. Suurin osa kunnista toimitti yhteystiedot. Jos yhteystietoja ei saatu, niitä etsittiin kunnan, kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen verkkosivulta.

Tutkimuskuntien vastuuhenkilöt, terveydenhoitajat ja lääkärit muodostavat tutkimuksen kohdejoukon. Heistä koottiin vastaajaluettelot yksilökohtaista tiedonkeruuta varten. Luetteloihin tallennettiin tiedot kunnasta, AVI-alueesta ja kuntatyyppistä sekä sähköpostiosoite. Terveydenhoitajille ja lääkäreille lähetettiin tietoa tutkimuksesta ja henkilökohtainen vastauslinkki kyselyyn heidän omaan sähköpostiosoitteeseen. Niille vastuuhenkilöille, terveydenhoitajille ja lääkäreille, jotka eivät vastanneet ensimmäiseen kyselyyn, lähetettiin kaksi muistutusviestiä ja uusi vastauslinkki. Vastausaikaa kyselyihin annettiin 2–3 viikkoa ja heinäkuun aikana useita viikkoja.

Kyselylomakkeet. Sähköiset kyselylomakkeet kehitettiin tutkimuksen tiedonkeruuta varten. Kysymysten rakentamisessa hyödynnettiin kunnallista perusterveydenhuoltoa ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevien aikaisempien selvitysten ja tutkimusten tiedonkeruulomakkeita: TEAviisarin terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevia tiedonkeruita lukioissa, ammatillisissa oppilaitoksissa ja peruskouluissa sekä terveydenedistämisasiivisuutta koskevaa tiedonkeruuta perusterveydenhuollossa, opiskelijoiden terveysseuran kehittämishankkeen terveydenhoitajakyselyjä (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011) ja STM:n opiskeluterveydenhuollon selvityksen tiedonkeruulomaketta (STM 2012:18). Lisäksi hyödynnettiin Opiskeluterveydenhuollon kehittämistyöryhmän raporttia (STM 2014:10), Opiskeluterveyden käsikirjaa (Kunttu ym. 2011), Opiskeluterveydenhuollon opasta (STM 2006:12) sekä valtioneuvoston asetusta (VNA 338/2011) ja sen soveltamisohjeita (STM 2009:20). Kyselylomakkeiden sisältöä, rakennetta ja toimivuutta arvioitiin monialaisessa asiantuntijaryhmässä. Sähköiset lomakkeet pilotoitiin huhtikuussa 2015 neljällä terveydenhoitajalla, yhdellä lääkärillä ja kahdella vastuuhenkilöllä. Pilotoinnista saadun palautteen perusteella muutettiin yksittäisiin kysymyksiin tehtiin tarkennuksia ja lomakkeita lyhennettiin.

Sähköiset kyselyt toteutettiin Digium Enterprise -ohjelmistolla (Questback 2015), joka mahdollisti monipuolisten kysymyspatteristojen rakentamisen, vastaajakohtaisen kyselyjen hallinnan (vastaamisen seuranta yksilötasolla) sekä tiedonsiirron ja tietojen tallennuksen Internetissä SSL (Secure Socket Layer) suojatuna palvelimen ja verkkosivustoa käyttävien työasemien välillä. Ohjelmistolla kerätty tieto siirtyi joustavasti jatkoanalyysiin Excel- ja SPSS-ohjelmistoihin.

Kyselylomakkeet sisälsivät taustatietoja koskevia kysymyksiä sekä kysymyksiä mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä, mielenterveys- ja päihdetyön menetelmistä sekä mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvästä yhteistyöstä ja kehittämisestä opiskeluterveydenhuollossa. Kyselylomakkeiden sisältö ja mittarit on kuvattu liitteessä 1. Kysymyksiin vastattiin valitsemalla hiirellä yksi tai useampi vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaukset avoimiin kohtiin. Vastaaminen voitiin keskeyttää ja palata vastaamaan myöhemmin ohjelman antaman linkin kautta. Kyselyn lopussa oli avoin vastaustila, johon voitiin täydentää mitä tahansa vastausta tai antaa palautetta kyselystä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, ja kerätyt tiedot olivat luottamuksellisia. Vastaajille tuotiin esille, että kyselyjen tuloksia ei käytetä toiminnan valvonnassa vaan mielenterveys- ja päihdetyön sekä palvelujen kehittämisessä.

3.2.2. Aineisto ja vastausaktiivisuus

Tutkimus kohdistui 94 kuntaan. Vastuuhenkilöiden kohdejoukko määrittyi mukaan valikoitujen kuntien perusteella. Terveystietojen ja lääkäreiden kohdejoukot muodostettiin vastaajaluetteloiden perusteella. Luettelosta poistettiin seuraavat tapaukset: sähköpostiviesti ei mennyt vastaajalle perille, vastaaja ei toiminnut opiskeluterveydenhuollossa asiakastyössä (esimerkiksi vain kouluterveydenhuollossa tai esimiehenä), vastaaja oli äitiys- tai vanhempainlomalla tai muulla pitkällä lomalla tai vapaalla, vastaaja aloitti työn opiskeluterveydenhuollossa kyselyn aineistonkeruun jälkeen tai vastaaja oli siirtynyt toiseen organisaatioon. Lisäksi kohdejoukosta poistettiin vastaajat, jotka olivat vastaajain aloittaneet työn opiskeluterveydenhuollossa eivätkä itse kokeneet pystyvänsä vastaamaan kyselyyn. Kysely toteutettiin vain suomenkielisenä.

Vastuuhenkilöiltä saatiin vastauksia 83 kunnasta, jolloin kuntakohtainen peitto oli 88 prosenttia. Jos kunta kuului sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään tai yhteistoiminta-alueeseen, niin vastuuhenkilö vastasi koko kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen osalta. Yhdentoista kunnan osalta ei saatu vastuuhenkilön vastausta. Kyseessä oli useimmiten maaseutumainen tai taajaan asuttu ja väestömäärältään pieni kunta, jossa oli ainoastaan lukio. Vastuuhenkilöiden kyselyjä palautui yhteensä 78, jotka koskivat 72 kunnan, kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen opiskeluterveydenhuoltoa. (Taulukko 3.) Vähän yli puolet vastauksista tuli yhden kunnan alueelta ja vajaa puolet kuntayhtymistä tai yhteistoiminta-alueilta. Vastuuhenkilöiden kyselyyn vastanneissa oli kaikkiin tutkimuskuntiin verrattuna enemmän kuntia, joissa sosiaali- ja terveyspalvelut oli järjestetty kunnassa (54 vs. 38 %) ja vähemmän niitä, joissa ne oli järjestetty kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella (46 vs. 62 %).

Taulukko 3. Vastausaktiivisuus ja kuntakohtainen peitto terveydenhoitajien, lääkäreiden ja vastuuhenkilöiden kyselyissä.

Vastausaktiivisuus ja peitto	Terveystietojen	Lääkärit	Vastuuhenkilöt
Kohdejoukko (n)	394	121	94
Vastanneet (n)	253	62	72 ¹
Vastausaktiivisuus (%)	64	51	77
Tutkimuskunnat, joiden osalta vastattu (n)	84	34	83
Kuntakohtainen peitto (%)	89	36	88

¹ kuuden kunnan osalta kaksi vastausta, joten vastuuhenkilöiden aineisto n = 78

Terveystietojen vastauksia palautui yhteensä 253 (vastausprosentti 64) ja lääkäreiden 62 (vastausprosentti 51). Terveystietojen aineistossa kuntakohtainen peitto oli 89 prosenttia ja lääkäreiden aineistossa 36 prosenttia. (Taulukko 3.) Lääkäreiden aineiston kuntakohtainen peitto oli huomattavasti pienempi

kuin terveydenhoitajien ja vastuuhenkilöiden aineistoissa. Lääkäreiden vastauksia saatiin suhteellisesti vähiten maaseutumaisista kunnista ja Pohjois-Suomesta sekä eniten kaupunkimaisista kunnista ja Etelä-Suomesta. Lääkäreiden vastauksia tuli vähän väestömäärältään pienistä kunnista. Osassa kunnista oli vaikeuksia nimetä tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvaa opiskeluterveydenhuollossa toimivaa lääkäriä, lääkäreiden vaihtuvuus oli suurta, lääkäripalvelut hankittiin ostopalveluna tai opiskeluterveydenhuollon työtä tehtiin niin pienellä työpanoksella, ettei vastaaja kyennyt vastaamaan kyselyyn. Myös terveydenhoitajien aineistossa vastauksia tuli suhteellisesti eniten kaupunkimaisista kunnissa ja Etelä-Suomesta. (Taulukko 4.) Lääkäreiden vastausaktiivisuus vastaaviin tiedonkeruisiin on todettu heikoksi myös esimerkiksi opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012:18).

Taulukko 4. Kyselyyn vastanneet terveydenhoitajat (n = 253), lääkärit (n = 62) ja vastuuhenkilöt (n = 78) AVI-alueittain ja kuntatyypeittäin.

AVI-alue ja kuntatyyppi	Terveydenhoitajat		Lääkärit		Vastuuhenkilöt	
	%	n	%	n	%	n
AVI-alue						
Etelä-Suomen AVI	33	83	32	20	24	19
Lounais-Suomen AVI	9	23	16	10	10	8
Itä-Suomen AVI	14	36	21	13	18	14
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	26	65	21	13	28	22
Pohjois-Suomen AVI	13	32	5	3	9	7
Lapin AVI	6	14	5	3	10	8
Kuntatyyppi						
Kaupunkimaiset kunnat	66	167	79	49	41	32
Taajaan asutut kunnat	11	27	10	6	21	16
Maaseutumaiset kunnat	23	59	11	7	39	30

3.2.3. Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 22 -tilasto-ohjelmalla. Analyysissä käytettiin kuvailevan tilastotieteen menetelmiä: prosentti- ja frekvenssijakaumia sekä sijaintia ja hajontaa kuvaavia tunnuslukuja. Muuttujien välisten yhteyksien tarkastelussa käytettiin ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä. Tuloksissa on raportoitu pääsääntöisesti vähintään kymmenen prosenttiyksikön erot vertailtavien ryhmien, kuten maaseutu- maisten ja taajaan asuttujen sekä kaupunkimaisten kuntien välillä.

Keskeisten muuttujien jakaumia on tarkasteltu tarkoituksenmukaisilta osin seuraavien taustatekijöiden mukaan: oppilaitostyyppi (toisen asteen oppilaitokset ja ammattikorkeakoulut), työtehtävä (terveydenhoitaja ja lääkäri), kuntatyyppi (kaupunkimaiset sekä maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat), opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen (pääosin keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä ja hajautetusti oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa), työaika opiskeluterveydenhuollossa (100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa ja useilla tehtäväalueilla) sekä vastaajan ikä (alle 40 vuotta, 40–50 vuotta ja yli 50 vuotta). Keskitetyt opiskeluterveydenhuollon palvelut koskivat useimmiten ammattikorkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoita ja harvoin lukiolaisia.

Aineistosta puuttuvia tietoja tarkasteltiin sekä muuttuja- että vastaajakohtaisesti. Muuttujakohtaisesti tarkasteltuna puuttuvia tietoja oli pääsääntöisesti alle viisi prosenttia. Puuttuvia tietoja oli satunnaisesti, eikä tietoja havaittu puuttuvan systemaattisesti yhdenkään muuttujan osalta. Puuttuvien tietojen vastaajakohtaisen tarkastelun perusteella kaikki vastauslomakkeet oli pääsääntöisesti täytetty huolellisesti, eikä lomakkeiden poistaminen lopullisesta tutkimusaineistosta ollut tarpeen. Tulokset raportoidaan vain niiden vastaajien osalta, jotka ovat vastanneet kyseessä olevaan kysymykseen. Näin ollen esimerkiksi taulukoissa vastaajien lukumäärä vaihtelee. Tulokset on esitetty pääosin prosenttitaulukoina ja palikkiviivoilla.

3.2.4. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa erityisesti tutkimusaineiston edustavuus, vastauskato ja kyselylomakkeen luotettavuus. Sähköisiin kyselytutkimuksiin liittyy usein vastauskatoa. Tässä tutkimuksessa vastuuhenkilöiden vastausprosentti oli 77, terveydenhoitajien 64 ja lääkäreiden 51. Lukuja voidaan pitää tyydyttävinä. Vastausaktiivisuuteen saattoi vaikuttaa kyselyn ajoittuminen loppukevääseen ja osin kesälo-makaudelle. Osallistumisaktiivisuutta pyrittiin lisäämään muistutusviesteillä.

Tutkimusaineisto muodostui 253 terveydenhoitajan, 62 lääkärin ja 78 vastuuhenkilön vastauksista. Tutkimus kohdistui 94 kuntaan, joista kaikista saatiin joko terveydenhoitajan, lääkärin tai vastuuhenkilön vastaus. Tulosten yleistäminen edellyttää, että havaintoaineisto vastaa laajuudeltaan sitä joukkoa, johon tulokset halutaan yleistää. Kuntakohtainen peitto oli hyvä terveydenhoitajien ja vastuuhenkilöiden aineistoissa, mutta lääkäreiden aineistossa heikko. Kyselyihin saatiin vastauksia koko maasta ja eri kuntatyypeistä. Kadon ei havaittu olevan systemaattista. Vastausaktiivisuudesta johtuen tulosten yleistämisessä tutkimusjoukon ulkopuolelle on tarpeen noudattaa varovaisuutta.

Otantakehikon ja otoskoon määrittelyssä ei käytetty voimalaskelmia, vaan ne määrittyivät käytännön näkökulmien kautta, ja tavoitteena oli saada edustava otos koko maasta. Ositetulla otannalla oli mahdollista saada otos erilaisista kunnista ja maantieteellisesti laaja-alaisesti koko maasta Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Ositettu otanta mahdollisti myös analyysivaiheessa ryhmien välisen vertailun. Suurten kaupunkien ja ammattikorkeakoulupaikkakuntien erillisryhmien käyttö oli perusteltua, koska niiden alueella on merkittävä osa toisen asteen oppilaitoksista ja kaikki ammattikorkeakoulut. Muut kunnat valittiin mukaan suhteellisella kiintiöinnillä, koska alueiden välinen vaihtelu kuntatyyppien ja oppilaitosten määrän mukaan oli suurta, ja tasaisen kiintiöinnin käyttö ei ollut mahdollista.

Mittareiden kehittämistyö sekä sisällön ja toimivuuden arviointi toteutettiin monialaisessa asiantuntija-ryhmässä sekä pilotoimalla lomakkeet kunnissa. Työryhmätyöskentelyn ja pilotoinnin tuloksena voidaan olettaa, että mittarit mittasivat sitä mitä oli tarkoitus, ja systemaattista virhettä esiintyi vähän. Kyselylomakkeiden opiskeluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden määrää koskevat kysymykset osoittautuivat vastaajille haasteellisiksi ja osin mahdottomiksi vastata. Pienissä kunnissa toimitaan monesti usealla toiminta-alueella opiskeluterveydenhuollon lisäksi, ja suurissa kunnissa voi olla vaikeaa hahmottaa opiskeluterveydenhuollon henkilöstöresursseja kokonaisuudessaan. Näiltä osin tuloksiin on tarpeen suhtautua varauksella. Kunnallisen opiskeluterveydenhuollon toimintakenttä on hyvin monimuotoinen. On erittäin haastavaa laatia tiedonkeruulomakkeet, jotka soveltuvat hyvin erikokoisiin kuntiin, erilaisiin opiskeluterveydenhuollon toimipisteisiin ja eri koulutusasteille (ks. STM 2012:18).

Tutkimuskohteen tarkastelu perustui vastuuhenkilöiden, terveydenhoitajien ja lääkäreiden itsearviointiin perustuviin mittareihin, mikä on saattanut tuottaa sosiaalisesti toivottavia vastauksia, ja aiheuttaa harhaa tutkimustuloksiin. Vastuuhenkilöiltä kului aikaa sähköiseen kyselyyn vastaamiseen tyypillisimmillään noin 22 minuuttia sekä terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä noin 26 minuuttia. Osa vastaajista raportoi kyselyyn vastaamisen olevan sisällöllisesti haasteellista, ja vastaamiseen oli kulunut aikaa huomattavasti enemmän. Tiedonkeruun aikana ei havaittu merkittäviä teknisiä ongelmia sähköiseen kyselyyn vastaamisessa. Muutamat vastaajat ilmoittivat, että kyselyyn vastaamisen keskeyttäminen ei onnistunut siten, että kyselyyn olisi päässyt palaamaan myöhemmin, vaan vastaamisen joutui aloittamaan alusta.

Yksikään mukaan valikoitunut kunta ei kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen. Tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvista vastaajista yksi ilmoitti, että hän ei pystynyt vastaamaan kyselyyn suomen kielellä, koska hänen äidinkieltensä oli ruotsi. Joistakin kunnista vastuuhenkilöiden kyselyyn oli vastattu kahden tai useamman henkilön ryhmissä, kuten esimerkiksi ylilääkäri ja osastonhoitaja yhdessä. Osassa kunnista vastuuhenkilöille suunnattuun kyselyyn oli vastannut joku muu henkilö (esimerkiksi osastonhoitaja) kuin kuntaan nimetty opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilö. Vastuuhenkilöt kokivat vaikeuksia vastata erityisesti opiskeluterveydenhuollon sisällöllisiin ja kehittämistä koskeviin kysymyksiin, joten vastaaminen kyselyyn oli ohjattu opiskeluterveydenhuollon sisällön hyvin tuntevalle ammattilaiselle. Vastaavaa toimintatapaa havaittiin myös opiskeluterveydenhuollon selvityksen (STM 2012:18) tiedonkeruussa. On mahdollista, että ammattilaisten arviot opiskeluterveydenhuollon toiminnasta eroavat vastuuhenkilöiden näkemyksistä.

Tutkimuskuntia verrattiin koko maahan Terveystiedon edistämisen aktiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 - tiedonkeruusta saatujen opiskeluterveydenhuoltoa koskevien tunnuslukujen perusteella (TEA viisari 2016). Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien ja lääkäreiden henkilöstömitoitukset sekä määräaikaisten terveystarkastukset lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa toteutuivat tutkimuskunnissa samansuuntaisesti kuin koko maassa keskimäärin. Tutkimuskunnat eivät eronneet näiden osalta merkittävästi koko maan niistä kunnista, joissa oli toisen asteen oppilaitoksia.

3.2.5. Palautetta tiedonkeruista

Kyselylomakkeen lopussa olevassa avoimessa vastaustilassa vastuuhenkilöt, terveydenhoitajat ja lääkärit toivat esille kyselyn sisältöä ja vastaamista koskevia näkemyksiä. Pääosin tiedonkeruita pidettiin tarpeellisinä ja aihetta tärkeänä tämän päivän opiskeluterveydenhuollossa. Tämä ilmenee esimerkiksi seuraavista suorista lainauksista.

*Hyvä, että asiaa tutkitaan, nuorilla ainakin mielenterveysongelmat lisääntyneet.
Tärkeä aihe... mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa on lähes päivittäin tekemisissä opiskeluterveydenhuollossa.
Hyvä, että tällainen kysely tehdään...
Hyvä ja moniulotteinen kysely... perusteellisesti kartoittava
Kattava kysely... hyvin laaditut kysymykset
Hyvä muistinvirkistäjä eri kyselyiden suhteen...
Hyvä kysely... paljon olisi koulutuksen tarvetta
Kiitos kyselystä ja kiinnostuksesta asiaan, mikä on ollut jo turhan pitkään retuperällä
Kyselyyn oli helppo vastata, jopa miellyttävä kokemus verraten moniin muihin...
Mielenkiintoinen ja aiheellinen kysely
Tuhannet kiitokset, että näitä asioista kysytään.*

Kyselyyn vastaaminen koettiin myös haasteellisena ja työläänä, kuten esimerkiksi seuraavista suorista lainauksista nousee esille.

*Liian paljon kysymyksiä, työläs kysely...
Vaativa täytettävä, aikaa vievä, mutta hyvä... vaati todellista keskittymistä
Kysely oli kattava, mutta aika pitkä
Kyselyyn vastaaminen oli erittäin haastavaa
Kysymykset olivat ajoittain vaikeasti ymmärrettäviä
Liian pitkä ja vaikeasti vastattava... toisaalta ihan tärkeää asiaa
Kysymysten asettelussa on tapahtunut myönteistä kehitystä, melkein näyttäisi siltä, että niiden suunnittelussa on ollut mukana käytännön työn substanssia tunteva henkilö
Johtamiskysymykset vaikeita, koska vastuuhenkilö ei varsinaisesti johda mitään...
Vastaaminen vaikeaa, koska alueella ei varsinaista opiskeluterveydenhuollossa vastaavaa henkilöä
Kuntayhtymässä on useita vastuuhenkilöitä, joten vaikea vastata joihinkin kysymyksiin.*

Kyselyyn vastaaminen oli myös saanut vastaajia pohtimaan omaa ja oman työyksikön ja organisaation toimintaa sekä osaamistarpeita opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä, kuten esimerkiksi seuraavista suorista lainauksista ilmenee.

*Havahduttavia kysymyksiä... mitä hyvin toimiva opiskeluterveydenhuolto voisikaan olla...
Kysely oli hyvä ja se sai näkemään asioita uudessa valossa, ja sen millä mallilla oman alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat
Hyvä kysely... piti oikein pysähtyä miettimään*

Kysely osoitti, että minulla on puutteita tietotaidoissani

Kyselyssä tuli esiin paljon erilaisia lomakkeita ja menetelmiä, joita voisi työn apuna käyttää ja näistä en ollut aiemmin edes kuullut...

Laaja kysely, aiheutti sopivasti pohdintaa/arviointia omasta työnteosta ja sen laadusta

Hyvä kysely siinä mielessä, että nyt tiedän mitä osaan kaivata työhöni...

Kyselyä täyttäessäni huomasin, että on paljon asioita, joista täytyisi vielä ottaa selvää...

Melko laaja kysely, jossa hämmentävää huomata, kuinka hatarin rakennelmin tätä työtä tehdäänkään ainakin meillä...

Jotkut yhteistyötahot olivat vieraita, joten perehdyn niihin...

4. Tulokset

4.1. Vastaajien taustatiedot

Kappaleessa tarkastellaan kyselyyn osallistuneiden opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden sekä opiskeluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden taustatietoja.

4.1.1. Vastuuhenkilöiden taustatiedot

Kyselyyn vastanneiden opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden virka- tai tehtävänimikkeet vaihtelivat paljon. Aineistossa oli useita kymmeniä erilaisia virka- tai tehtävänimikkeitä, joista yleisimpiä olivat osastonhoitaja tai ylihoitaja, johtava lääkäri tai ylilääkäri sekä palveluesimies tai -päällikkö. (Liitetaulukko 1.) Kunnassa, kuntayhtymissä tai yhteistoiminta-alueilla saattoi olla useita erilaisilla virka- tai tehtävänimikkeillä toimivia henkilöitä, jotka vastasivat opiskeluterveydenhuollosta. Tavallisimmin heitä oli kunnissa kaksi ja kuntayhtymissä tai yhteistoiminta-alueilla kolme. Määrä vaihteli yhden ja viiden välillä. (Liitetaulukko 2.)

Vastuuhenkilöistä noin puolet oli suorittanut vähintään yliopiston perustutkinnon, useimmiten lääketieteen tai terveystieteiden aloilta. Noin kolmanneksella korkein suoritettu tutkinto oli aikaisemman koulutusjärjestelmän mukainen opistoasteen tutkinto, useimmiten terveydenhoitotyön alalta. Vastuuhenkilöt olivat toimineet tehtävässään keskimäärin kuusi vuotta. Vajaa puolet vastuuhenkilöistä oli toiminut tai toimi parhaillaan opiskeluterveydenhuollossa asiakas- tai potilastyössä. (Taulukko 5.)

Suuri osa (83 %) vastuuhenkilöistä vastasi opiskeluterveydenhuollon lisäksi myös muista kunnan, kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen palveluista. Yleisintä oli vastuu kouluterveydenhuollon sekä äitiys- ja lastenneuvoloiden palveluista opiskeluterveydenhuollon lisäksi. Kolmannes vastasi myös terveyskeskuksen vastaanottotoiminnasta. Noin puolet mainitsi jonkun muun vastuualueen, kuten terveyskeskuksen vastaanotto- ja sairaalapalvelut, perhesuunnittelu- ja ehkäisyneuvola, lasten ja nuorten poliklinikka, hammashuolto, kuntoutus, puhe- ja toimintaterapia, fysioterapia sekä lapsiperheiden kotipalvelu ja sosiaalityö.

Taulukko 5. Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden taustatiedot (n = 78).

Taustatiedot	%
Korkein tutkinto	
Yliopiston perustutkinto	49
Opistoasteen tutkinto	34
Ammattikorkeakoulututkinto	9
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto	5
Yliopiston jatkotutkinto	3
Korkeimman tutkinnon ammatti- tai tieteenala	
Hoitotyö/terveydenhoitotyö/terveyden edistäminen	33
Lääketiede/yleislääketiede	26
Terveystiede/hoitotiede	17
Terveyshallintotiede/hallintotiede/johtaminen	13
Muu (mm. sosiaalityö ja hyvinvointiteknologia)	12
Työkokemus opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilönä ¹	
alle 5 vuotta	57
5 - 10 vuotta	30
yli 10 vuotta	13
Työkokemus opiskeluterveydenhuollossa potilas- tai asiakastyössä ², kyllä	47
Palvelut, joista vastaa opiskeluterveydenhuollon lisäksi	
Vain opiskeluterveydenhuollon palvelut	17
Kouluterveydenhuollon palvelut	89
Äitiysneuvolapalvelut	68
Lastenneuvolapalvelut	69
Terveyskeskuksen vastaanotto toiminta	33
Muu	53

¹ keskiarvo 6 vuotta, keskihajonta 6, vaihteluväli kuukausi - 33 vuotta

² keskiarvo 9 vuotta, keskihajonta 9, vaihteluväli alle vuosi - 33 vuotta

Kaikilla vastuuhenkilöillä oli alueellaan toisen asteen oppilaitoksia, useimmiten lukio tai ammatillinen oppilaitos. Vastuuhenkilöistä 59 prosentilla (n = 46) oli vastuualueellaan vain toisen asteen oppilaitoksia ja 41 prosentilla (n = 32) sekä toisen asteen oppilaitoksia että ammattikorkeakouluja. Oppilaitosten ja toimipisteiden määrässä oli suurta vaihtelua. (Taulukko 6.) Myös päätoimisten opiskelijoiden määrä vastuualueella vaihteli huomattavasti alle kymmenestä opiskelijasta yli 32 000 opiskelijaan toisen asteen oppilaitoksissa ja alle kymmenestä opiskelijasta yli 21 000 opiskelijaan ammattikorkeakouluissa. Lisäksi opiskeluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden määrä vaihteli paljon: 1–36 terveydenhoitajaa (keskimäärin 5) ja 1–13 lääkäriä (keskimäärin 2).

Vastuuhenkilöistä 41 prosenttia (n = 32) työskenteli kaupunkimaisissa kunnissa sekä 59 prosenttia (n = 46) maaseutumaisissa tai taajaan asutuissa kunnissa. Vähän yli puolet (54 %) työskenteli yhden kunnan alueella ja 46 prosenttia kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella.

Taulukko 6. Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden (n = 78) vastuualueelle kuuluvat oppilaitokset ja toimipisteet.

Oppilaitokset	Oppilaitokset		Oppilaitosten määrä		Toimipisteiden määrä	
	%	n	keskiarvo	vaihteluväli	keskiarvo	vaihteluväli
Ammatillinen oppilaitos	78	61	2	1-17	4	1-38
Ammatillinen aikuiskoulutuskeskus	40	31	1	1-3	2	1-10
Lukio	95	74	5	1-43	4	1-45
Liikunnan koulutuskeskus (urheiluopisto)	12	9	1	-	1	-
Kansanopisto	27	21	1	1-2	1	1-2
Ammattikorkeakoulu	41	32	1	1-4	3	1-18
Poliisi-, rikosseuraamus- tai pelastusalan oppilaitos ¹	4	3	1	-	1	-
Muu ²	4	3	1	1-2	1	1-2

¹ mm. Poliisiammattikorkeakoulu, Pelastusopisto tai Pelastuskoulu

² yksityiset oppilaitokset, peruskoulu, Maanpuolustuskorkeakoulu, kristillinen opisto, hevosopisto ja konservatorio

4.1.2. Terveystoimijien ja lääkäreiden taustatiedot

Kyselyyn vastanneiden terveydenhoitajien työtehtävä tai virkanimike oli useimmiten terveydenhoitaja (93 %). Muita virkanimikkeitä olivat koulu- ja/tai opiskeluterveydenhoitaja, vastaava terveydenhoitaja ja päihdesairaanhoitaja. Lääkärit toimivat useimmiten terveyskeskuslääkärin virkanimikkeellä (77 %). Virkanimikkeitä olivat myös ylilääkäri, apulaisylilääkäri, johtava lääkäri, koulu- ja/tai opiskeluterveydenhuollon lääkäri, opiskeluterveydenhuollon vastuulääkäri, nuorisolääkäri ja erikoislääkäri.

Vastaajien (terveydenhoitajat ja lääkärit) keski-ikä oli 45 vuotta ja työkokemus opiskeluterveydenhuollossa keskimäärin kahdeksan vuotta. Osa vastaajista oli toiminut opiskeluterveydenhuollossa vasta muutama kuukauden. Suurin osa oli vakituisessa työsuhteessa. Suurin osa terveydenhoitajista oli kokopäivätyössä. Lääkäreistä noin kolmannes teki osa-aikatyötä tai lyhennettyä työaikaa. Osa-aikatyötä tai lyhennettyä työaikaa tekevästä vastaajista lähes kahdella kolmesta (61 %) työaikaprosentti oli yli 50. Terveystoimijista yli puolet oli suorittanut vähintään ammattikorkeakoulututkinnon. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Opiskeluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) taustatiedot (%).

Taustatiedot	Terveyden- hoitajat	Lääkärit
Sukupuoli		
nainen	99	72
mies	1	28
Ikä ¹		
alle 40 vuotta	32	31
40 - 50 vuotta	30	27
yli 50 vuotta	38	42
Työsuhteen luonne		
Vakituinen	87	82
Määräaikainen	13	18
Työkokemus opiskeluterveydenhuollossa ²		
alle 5 vuotta	41	51
5 - 10 vuotta	28	26
yli 10 vuotta	31	23
Työaikamuoto		
kokopäivätyö	95	63
osa-aikatyö	2	29
lyhennetty työaika	3	6
Muu (tuntiveloitus, ei sovittua työaikaprosenttia)	-	2
Korkein tutkinto		
ammattikorkeakoulututkinto	53	-
opistoasteen tutkinto	43	-
ylempi ammattikorkeakoulututkinto	2	-
yliopiston perustutkinto (mm. maisterin tutkinto)	2	-
Esimiestehtävissä		
kyllä (alaisia 7 - 14)	1	-

¹ keskiarvo 45 vuotta, keskihajonta 11, vaihteluväli 24 - 67 vuotta

² keskiarvo 8 vuotta, keskihajonta 7, vaihteluväli 2 kuukautta - 37 vuotta

Opiskeluterveydenhuollossa toimivista terveydenhoitajista 88 prosentilla (n = 223) oli vastuualueella toisen asteen oppilaitoksia ja 25 prosentilla (n = 62) ammattikorkeakouluja. Lääkäreistä 98 prosentilla (n = 61) oli vastuualueella toisen asteen oppilaitoksia ja 39 prosentilla (n = 24) ammattikorkeakouluja. (Taulukko 8.) Kahdella kolmasosalla (66 %) vastaajista (terveydenhoitajat ja lääkärit) oli vastuualueellaan yksi oppilaitos, useimmiten ammatillinen oppilaitos tai lukio, ja kolmanneksella vähintään kaksi oppilaitosta. Lääkäreillä oli vastuualueella keskimäärin vähän enemmän oppilaitoksia kuin terveydenhoitajilla. Kaikista oppilaitoksista 69 prosenttia sijaitsi kaupunkimaisissa kunnissa, 10 prosenttia taajaan asutuissa kunnissa ja 21 prosenttia maaseutumaisissa kunnissa.

Taulukko 8. Opiskeluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) vastuualueelle kuuluvat oppilaitokset.

Oppilaitokset	Terveydenhoitajat		Lääkärit	
	%	n	%	n
Ammatillinen oppilaitos	51	129	77	48
Ammatillinen aikuiskoulutuskeskus	10	25	16	10
Lukio	45	114	69	43
Liikunnan koulutuskeskus (urheiluopisto)	1	2	5	3
Kansanopisto	5	12	3	2
Ammattikorkeakoulu	25	62	39	24
Poliisi-, rikosseuraamus- tai pelastusalan oppilaitos ¹	1	1	2	1
Muu ²	4	9	10	6

¹ mm. Poliisiammattikorkeakoulu, Pelastusopisto tai Pelastuskoulu

² peruskoulu, aikuisopisto, ammatillinen erityisoppilaitos, erityisammattioppilaitos, musiikin alan oppilaitos, kotitalousoppilaitos, kristillinen opisto ja hevosopisto

Päätoimisten opiskelijoiden määrä vastuualueilla vaihteli huomattavasti. Toisen asteen oppilaitoksissa oli alle kymmenestä opiskelijasta yli 27 000 opiskelijaa ja ammattikorkeakouluissa alle kymmenestä opiskelijasta yli 9 000 opiskelijaa. Keskimäärin opiskelijamäärä oli ammattikorkeakouluissa korkeampi kuin toisen asteen oppilaitoksissa sekä terveydenhoitajilla että lääkäreillä.

4.2. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen opiskeluterveydenhuollossa

Kappaleessa tarkastellaan opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen sekä erityisesti ehkäisevien ja sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä sekä opiskelijoiden mahdollisuutta asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa. Lisäksi tarkastellaan opiskelijoille tarjolla olevia palveluja, niiden riittävyyttä ja määrän muutosta sekä terveydenhoitajien ja lääkäreiden työajan käyttöä.

4.2.1. Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut

Terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen. Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöistä 86 prosenttia (n = 67) työskenteli kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut oli järjestetty pääosin oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa. Esimerkiksi terveydenhoitajan vastaanotto saattoi sijaita oppilaitoksessa ja lääkäripalvelut asuinalueen terveyskeskuksessa. Vastuuhenkilöistä 14 prosenttia (n = 11) työskenteli kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut oli pääsääntöisesti järjestetty keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä.

Terveydenhoitajapalvelut oli järjestetty useimmiten oppilaitoksessa opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä sekä toisen asteen oppilaitosten että ammattikorkeakoulujen opiskelijoille (taulukko 9). Lääkäripalvelut oli järjestetty useimmiten oppilaitoksessa terveydenhoitopalvelujen osalta mutta sairaanhoitopalvelujen osalta yleisimmin muussa terveyskeskuksen toimipisteessä.

Keskitetyistä opiskeluterveydenhuollon toimipisteistä lähes kaikki (90 %) olivat kaupunkimaisissa kunnissa ja hajautetuista (opiskeluterveydenhuollon toimipiste oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa) kolmannes (33 %) kaupunkimaisissa ja kaksi kolmannesta (67 %) maaseutumaisissa tai taajaan asutuissa kunnissa.

Taulukko 9. Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen (%) vastuuhenkilöiden (n = 78) mukaan.

Palvelujen järjestäminen	Terveydenhoitopalvelut				Sairaanhoitopalvelut			
	Toisen asteen oppilaitokset		Ammatti-korkeakoulut		Toisen asteen oppilaitokset		Ammatti-korkeakoulut	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
Opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä oppilaitoksessa ¹	92	82	66	47	77	40	53	25
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä	10	10	31	31	9	9	28	25
Muussa terveyskeskuksen toimipisteessä	24	31	3	22	49	82	47	78

Prosenttiosuudet niiden vastuuhenkilöiden osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia

(toinen aste n = 78, korkea-aste n = 32), vastaaja voi valita useita vastausvaihtoehtoja

TH (terveydenhoitajapalvelut), Lääk (lääkäripalvelut)

¹ osa palveluista voi toimia keskitetysti kuten perhesuunnittelu ja psykologin vastaanotto

Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut muussa terveyskeskuksen toimipisteessä. Vastuuhenkilöiltä kysyttiin missä muussa terveyskeskuksen toimipisteessä opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut järjestettiin, jos niitä ei järjestetty opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä oppilaitoksessa tai keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä.

Jos terveydenhoitopalvelut järjestettiin muussa terveyskeskuksen toimipisteessä, niin niitä järjestettiin osittain tai kokonaan esimerkiksi terveyskeskuksen avovastaanotolla, neuvolassa, nuorten terveysneuvon-
tapisteessä tai vastaanotolla sekä läheisessä oppilaitoksessa, kuten lukiossa, ammatillisessa oppilaitoksessa tai yläkoululla.

Jos sairaanhoitopalvelut järjestettiin muussa terveyskeskuksen toimipisteessä, niin niitä järjestettiin osittain tai kokonaan esimerkiksi hyvinvointikeskuksessa, neuvolassa, nuorten vastaanotolla, nuorisoasemalla, koulukeskuksessa, lasten ja nuorten keskuksessa, mielenterveysasemalla tai keskussairaalan päivystyksessä. Usein pienissä kunnissa opiskeluterveydenhuollon sairaanhoitopalvelut järjestettiin terveyskeskuksessa, koska opiskelijoiden määrä on pieni ja työntekijät ovat oppilaitoksilla harvoin. Lisäksi todettiin, että usein opiskelukykyyn liittyvät sairaanhoitopalvelut järjestettiin oppilaitoksien toimipisteissä, mutta muut lääkäreiden sairaanhoitopalvelut terveyskeskuksessa.

Terveydenhoitajista ja lääkäreistä 18 prosenttia työskenteli keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä ja 82 prosenttia oppilaitoksen yhteydessä, terveyskeskuksessa tai jossakin muualla, kuten toisen oppilaitoksen tai neuvolan yhteydessä.

Opiskelijan mahdollisuus asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa. Kaikki opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöt olivat sitä mieltä, että opiskelijalla oli mahdollisuus asioida saman terveydenhoitajan kanssa opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitopalveluissa sekä toisen asteen oppilaitoksissa että ammattikorkeakouluissa. Hieman harvemmin voitiin asioida saman terveydenhoitajan kanssa sairaanhoitopalveluissa.

Saman lääkärin kanssa voitiin asioida terveydenhoitopalveluissa vähän harvemmin kuin saman terveydenhoitajan kanssa. Alle puolet vastuuhenkilöistä oli sitä mieltä, että opiskelijat voivat asioida sairaanhoitopalveluissa saman lääkärin kanssa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Opiskelijan mahdollisuus asioida opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalveluissa saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Palvelut ¹	Toisen asteen oppilaitokset		Ammattikorkeakoulut	
	Saman terveydenhoitajan kanssa	Saman lääkärin kanssa	Saman terveydenhoitajan kanssa	Saman lääkärin kanssa
Terveydenhoitopalvelut	100	74	100	83
Sairaanhoitopalvelut	81	43	74	43

¹ poislukien akuutit päivystystapaukset

Prosenttiosuudet niiden vastuuhenkilöiden osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia (toinen aste n = 78, korkea-aste n = 32), vastaaja voi valita useita vastausvaihtoehtoja

Syyt miksi opiskelijalla ei ole mahdollisuutta asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa. Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiltä kysyttiin miksi opiskelijalla ei ollut mahdollisuutta asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalveluissa. Syiksi vastuuhenkilöt mainitsivat seuraavassa taulukossa 11 kuvatut asiat. Lisäksi vastauksissa todettiin, että vaikka keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä on periaatteessa mahdollista, että opiskelija voi asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa terveyden- ja sairaanhoitopalveluissa, niin käytännössä hoidon jatkuvuus ei aina toteudu.

Taulukko 11. Syyt miksi opiskelijalla ei ole mahdollisuutta asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalveluissa vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Syyt miksi ei ole mahdollista asioida saman henkilön kanssa
Lääkäriresursseihin liittyvät ongelmat
Lääkärien suuri vaihtuvuus, lääkäripalvelut ostopalveluna
Lääkäripula ja lääkäriresurssien vähäisyys
Lääkäreiden lyhyet työjaksot opiskeluterveydenhuollossa
Lääkäreiden pitkät poissaolojaksot (mm. erikoistumisopinnot)
Lääkäripalveluita satunnaisesti saatavilla oppilaitoksissa
Opiskeluterveydenhuoltoon ei ole pysytty nimeämään vastuulääkäriä
Opiskeluterveydenhuoltoon on ollut vaikea saada lääkäriä (ei ole ollut kiinnostusta)
Sovittuun työnjakoon liittyvät ratkaisut (terveyden- ja sairaanhoito erillään)
Sairasvastaanotot toimivat eri pisteissä kuin terveysneuvonta
Opiskeluterveydenhuollossa ei ole omia lääkäreitä
Lääkärin sairaanhoidolliset palvelut terveysasemalla
Opiskeluterveydenhuollossa sairaanhoitopalvelujen vastaanotto yhteisvastuullisesti
Eri lääkärit tekevät terveystarkastuksia ja sairausvastaanottoa
Hallinnollisesti opiskeluterveydenhuolto eri yksikössä kuin lääkäripalvelut
Sairaanhoitopalveluissa on eri terveydenhoitajat kuin opiskeluterveydenhuollossa
Sairaanhoitopalvelut järjestetty terveyskeskuksessa, jossa omalääkärijärjestelmä
Terveydenhoitajat ja lääkärit toimivat osa-aikaisesti
Käytännön syyt
Pienet opiskelijamäärät

Ehkäisevien ja sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen. Vastuuhenkilöistä lähes kaikki ilmoittivat, että kunnassa oli järjestetty terveydenhuoltolain mukaisia ehkäiseviä mielenterveyspalveluja opiskeluterveydenhuollossa sekä toisen asteen oppilaitosten että ammattikorkeakoulujen opiskelijoille. Yli 90 prosentin mukaan myös ehkäiseviä päihdepalveluja oli järjestetty opiskeluterveydenhuollossa. Sairaanhoidollisia mielenterveyspalveluja oli järjestetty vastuuhenkilöiden arvioiden mukaan harvemmin ja sairaanhoidollisia päihdepalveluja vielä harvemmin. Sairaanhoidollisia mielenterveys- ja

päihdepalveluja oli järjestetty vähemmän ammattikorkeakoulujen kuin toisen asteen oppilaitosten opiskelijoille. Vastuuhenkilöistä kaksi kolmannelta vastasi, että terveydenhuoltolain mukaiset sairaanhoidolliset päihdepalvelut oli järjestetty toisen asteen opiskelijoille ja vähän yli puolet ilmoitti, että nämä palvelut oli järjestetty ammattikorkeakoulujen opiskelijoille. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Kunnan järjestämät terveydenhuoltolain mukaiset ehkäisevät ja sairaanhoidolliset mielenterveys- ja päihdepalvelut opiskeluterveydenhuollossa (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Toisen asteen oppilaitokset			Ammattikorkeakoulut		
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Ehkäiseviä mielenterveyspalveluja ¹	96	3	1	100	-	-
Sairaanhoidollisia mielenterveyspalveluja	83	15	2	69	28	3
Ehkäiseviä päihdepalveluja	92	7	1	94	6	-
Sairaanhoidollisia päihdepalveluja	69	24	7	55	41	3

¹ mm. ohjaus ja neuvonta, varhainen puuttuminen riskikäyttäytymiseen

Prosenttiosuudet niiden vastuuhenkilöiden osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia (toinen aste n = 78, korkea-aste n = 32), vastaaja voi valita useita vastausvaihtoehtoja

Syyt miksi mielenterveys- ja päihdepalveluja ei järjestetä opiskeluterveydenhuollossa. Vastuuhenkilöiltä kysyttiin miksi kunta, kuntayhtymä tai yhteistoiminta-alue ei järjestä terveydenhuoltolain mukaisia ehkäiseviä ja sairaanhoidollisia mielenterveys- ja päihdepalveluja opiskeluterveydenhuollossa. Syytä on kuvattu taulukossa 13. Lisäksi vastauksissa todettiin, että terveydenhoitajien mielenterveys- ja päihdetyön osaamista on vahvistettu ja resurssit ovat hyvät. Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö kuuluu jokaisen opiskeluterveydenhuollon ammattilaisen työhön. Toisaalta opiskeluterveydenhuollon sisällä ei useinkaan ole hoidollisia päihdepalveluja, vaan sieltä tapahtuu hoitoonohjaus.

Taulukko 13. Syyt miksi ehkäiseviä ja/tai sairaanhoidollisia mielenterveys- ja päihdepalveluja ei järjestetä opiskeluterveydenhuollossa vastuuhenkilöiden mukaan (n = 78).

Syyt miksi palveluja ei järjestetä opiskeluterveydenhuollossa
Sairaanhoidolliset palvelut tuotetaan erikoissairaanhoidossa tai A-klinikalla
Alueen hoitoprosessin mukaisesti palvelut on keskitetty nuorisopsykiatrian poliklinikalle ja A-klinikalle
Sairaanhoidolliset päihdepalvelut tuottaa A-klinikka (yli 18-vuotiaille)
Sairaanhoidollisten palvelujen osalta käytössä A-klinikan palvelut ja psykiatrisen poliklinikan palvelut
Opiskelijoilla mahdollisuus kaupungin erikoissairaanhoidon (nuoriso- ja aikuispsykiatria ja päihdepalvelut) ja A-klinikan palveluihin
Sairaanhoidolliset palvelut tuotetaan väliportaan palveluissa
Opiskeluterveydenhuollon kanssa samoissa tiloissa mielenterveysyksikön nuorten mielenterveyspalvelut: toimitaan työparityöskentelynä
Kunta järjestää nuorten päihdepalvelut nuorten palvelupisteessä
Päihdepalvelut tarjotaan nuorisoasemalla
Sairaanhoidollisia päihdepalveluja tarjolla matalan kynnyksen ja välimaaston palveluissa, jotka tarjoavat nuorille mielenterveytyön avopalveluja ja nuorten päihdepalveluja
Perusterveydenhuollon mielenterveysyksikkö tarjoaa palvelut
Osaamis- ja resurssivaje opiskeluterveydenhuollossa
Sairaanhoidollista mielenterveys- ja päihdetyön osaamista ei ole riittävästi oppilaitoksissa
Riittämättömät resurssit palvelujen järjestämiseen

Opiskelijan oikeuksien toteutuminen mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Vastuuhenkilöistä joka neljäs ei osannut sanoa, toteutuuko omalla vastuualueella opiskelijan oikeus opiskelupaikkansa erityisvastuualueen sairaanhoitopiiriin hoitoon nuoriso- ja aikuispsykiatriassa. Yli kaksi kolmannelta oli sitä mieltä, että tämä toteutuu. Syinä miksi ei toteudu mainittiin, että ongelmia on hoitoketjujen toimivuudessa ja toisinaan lähetteet ohjataan opiskelijoiden kotikuntien mukaiseen sairaanhoitopiiriin. Vastuuhenkilöistä suurimman osan mielestä kunnassa ei ollut epäselvyyttä siitä, ketkä opiskelijoista ovat oikeutettuja mielenterveys- ja

päihdepalveluihin. Muutamat vastuuhenkilöt mainitsivat ongelmatilanteina ulkopaikkakuntalaiset opiskelijat ja opiskelijan oman kotikunnan maksusitoumukset. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Opiskelijan oikeuksien toteutuminen mielenterveys- ja päihdepalveluihin (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Opiskelijan oikeudet mielenterveys- ja päihdepalveluihin	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Opiskelijan oikeus toteutuu opiskelupaikkansa erityisvastuualueen sairaanhoitopiiriin hoitoon ¹	70	4	26
Epäselvyyttä ketkä opiskelijat ovat oikeutettuja mielenterveys- ja päihdepalveluihin	5	91	4

¹ Nuoriso- ja aikuispsykiatrian osalta

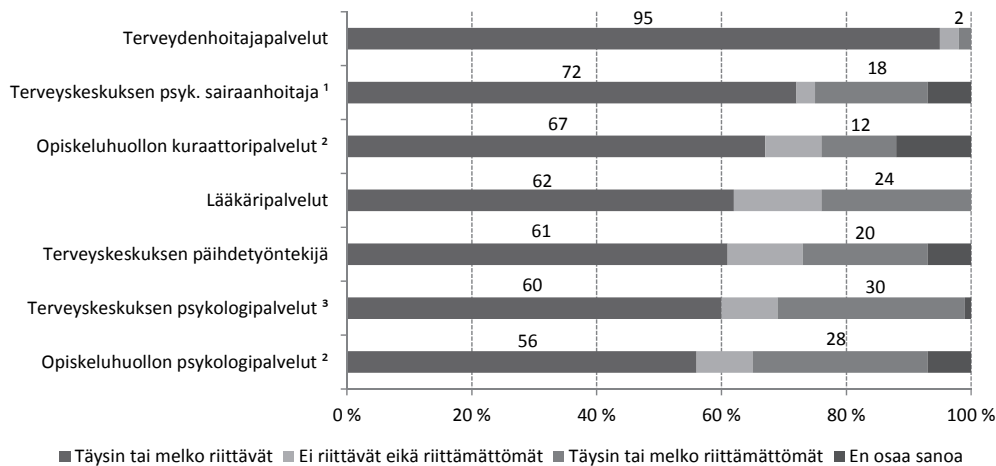
4.2.2. Opiskelijoille tarjolla olevat palvelut ja niiden riittävyys

Vastuuhenkilöiden arvioiden mukaan terveydenhoitaja- ja lääkäripalveluja oli hyvin tarjolla opiskeluterveydenhuollossa kunnissa. Suuri osa vastuuhenkilöistä arvioi myös, että opiskelijoille oli tarjolla terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan tai depressiohoitajan palveluja sekä toisella asteella opiskeluhuollon kuraattoripalveluja. Opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen psykologipalveluja arvioitiin myös olevan tarjolla suurella osalla kuntia. Eniten epätietoisuutta liittyi terveyskeskuksen päihdetyöntekijän ja opiskeluhuollon psykologipalvelujen tarjontaan. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Opiskelijoille tarjolla olevat palvelut (%) kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Palvelut	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Terveydenhoitajapalvelut	99	-	1
Lääkäripalvelut	97	-	3
Terveyskeskuksen tai opiskeluterveydenhuollon psykologipalvelut	87	10	3
Terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan tai depressiohoitajan palvelut	90	8	2
Terveyskeskuksen päihdetyöntekijä	77	14	9
Opiskeluhuollon psykologipalvelut (toisen asteen oppilaitokset)	72	22	6
Opiskeluhuollon kuraattoripalvelut (toisen asteen oppilaitokset)	89	6	5

Vastuuhenkilöistä suurin osa arvioi, että heidän vastuualueensa opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitajapalvelut olivat olleet keskimäärin riittäviä viimeisten kahden vuoden aikana. Noin kaksi kolmannesta arvioi lääkäripalvelut riittäviksi. Toisaalta joka neljäs vastuuhenkilöistä oli sitä mieltä, että lääkäripalvelut olivat olleet riittämättömiä. Lähes joka kolmas piti opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen psykologipalveluja riittämättöminä, vaikka kyseistä palvelua raportoitiin olevan tarjolla lähes 90 prosentissa terveyskeskuksista. Noin viidennes vastuuhenkilöistä arvioi, että terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan tai depressiohoitajan palvelut sekä päihdetyöntekijän palvelut olivat olleet riittämättömiä. Eniten riittämättömyyttä vastuuhenkilöt arvioivat olleen opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen sekä opiskeluhuollon psykologipalveluissa sekä lääkäripalveluissa. Vähintään neljännes koki näiden palvelujen olleen riittämättömiä viimeisten kahden vuoden aikana. Eniten epätietoisuutta oli opiskeluhuollon kuraattoripalvelujen riittävydestä toisella asteella. Useampi kuin joka kymmenes vastuuhenkilöistä ei osannut ottaa kantaa kuraattoripalvelujen riittävyyteen viimeisen kahden vuoden aikana. (Kuvio 2, liitetäulukko 3.)



¹ tai depressiohoitaja, ² toisen asteen oppilaitokset, ³ tai opiskeluterveydenhuollon
 Prosenttiosuudet niiden palvelujen osalta, joita on tarjolla.

Kuvio 2. Opiskelijoille tarjolla olevien palvelujen riittävyys keskimäärin viimeisen kahden vuoden aikana (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Noin kolmannes vastuuhenkilöistä arvioi, että opiskelijoille tarjolla olevia terveydenhoitaja- ja lääkäripalveluja sekä toisella asteella opiskeluhoollon kuraattoripalveluja oli lisätty viimeisten kahden vuoden aikana. Lähes kolmannes oli sitä mieltä, että opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen psykologipalveluja oli lisätty. Lisäksi noin puolet raportoi, että opiskeluhoollon psykologipalveluja toisella asteella oli lisätty viimeisten kahden vuoden aikana. Eniten epätietoisuutta liittyi terveyskeskuksen päihdetyöntekijän ja toisen asteen opiskeluhoollon kuraattoripalvelujen määrän muutoksiin. Useampi kuin joka kymmenes ei osannut ottaa kantaa näiden palvelujen määrän muutoksiin viimeisen kahden vuoden. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Opiskelijoille tarjolla olevien palvelujen määrän muutos viimeisen kahden vuoden aikana (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

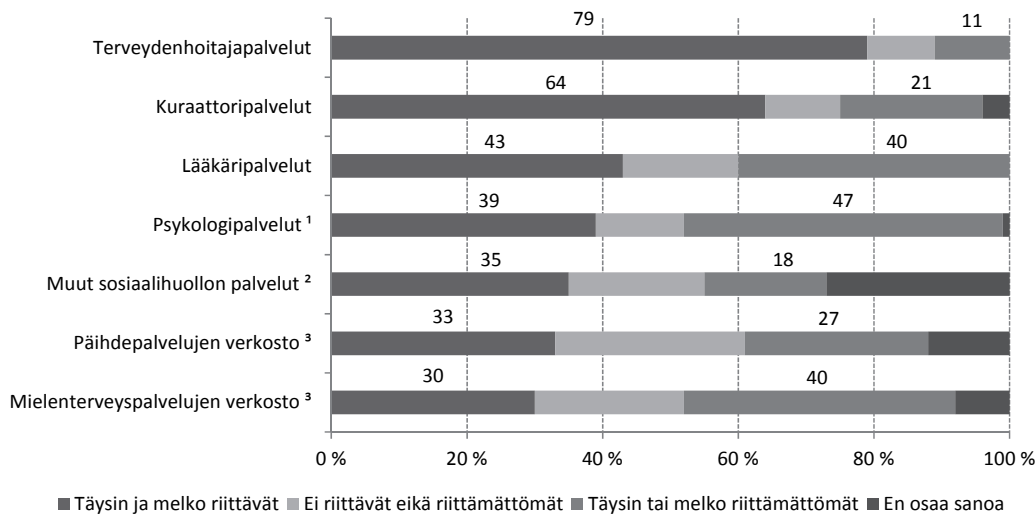
Palvelut	Palvelujen määrä			
	Lisätty	Pysynyt	Vähennetty	En osaa sanoa
Terveydenhoitajapalvelut	32	65	3	-
Lääkäripalvelut	38	60	1	1
Terveyskeskuksen psykologipalvelut ¹	29	61	5	5
Terveyskeskuksen psykiatrinen sairaanhoitaja ²	23	65	4	8
Terveyskeskuksen päihdetyöntekijä	13	70	4	13
Opiskeluhoollon psykologipalvelut ³	48	42	4	6
Opiskeluhoollon kuraattoripalvelut ³	35	47	5	13

¹ tai opiskeluterveydenhuollon, ² tai depressiohoitaja, ³ toisen asteen oppilaitokset.
 Prosenttiosuudet niiden palvelujen osalta, joita on tarjolla.

Opiskeluterveydenhuollon tai opiskeluhoollon käytettävissä olevien palvelujen riittävydestä kysyttiin mielipiteitä myös terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä. Kolme neljänestä (79 %) arvioi, että terveydenhoitajapalvelut olivat keskimäärin riittävät heidän vastuualueelle kuuluvissa oppilaitoksissa. Alle puolet (43 %) vastaajista arvioi lääkäripalvelut riittäviksi. (Kuvio 3, liitetaulukko 4.) Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöt arvioivat sekä terveydenhoitajapalvelut (95 %) että lääkäripalvelut (62 %) useammin riittäviksi kuin opiskeluterveydenhuollossa toimivat terveydenhoitajat ja lääkärit.

Terveydenhoitajista ja lääkäreistä kaksi kolmannelta piti opiskeluhuollon kuraattoripalveluja riittävinä omalle vastuualueelle kuuluissa oppilaitoksissa, kun taas opiskeluhuollon tai opiskeluterveydenhuollon psykologipalveluja piti riittävinä vain vähän yli kolmannes. Noin kolmannes arvioi muut sosiaalihuollon palvelut (muun muassa lastensuojelun) sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen verkostot riittäviksi oman vastuualueen oppilaitoksissa. Eniten epätietoisuutta liittyi muiden sosiaalihuollon palvelujen riittävyyteen. Noin kolmannes ei osannut sanoa mielipidettään näiden palvelujen riittävyydestä. (Kuvio 3, liitetaulukko 4.)

Maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa arvioitiin kaikki opiskeluterveydenhuollon tai opiskelu-
huollon käytettävissä olevat palvelut riittävämmiksi kuin kaupunkimaisissa kunnissa, erityisesti lääkäripal-
velut, muut sosiaalihuollon palvelut ja mielenterveyspalvelujen verkosto. Lisäksi niissä kunnissa, jossa
opiskeluterveydenhuolto oli järjestetty pääosin oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa, arvioitiin palvelut
hieman riittävämmiksi kuin niissä kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut oli järjestetty pääosin
keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä. Keskitetyt opiskeluterveydenhuollon palvelut sijait-
sevat usein kaupunkimaisissa kunnissa. Terveydenhoitajat arvioivat lähes kaikki palvelut vähän riittävä-
mmiksi kuin lääkärit. (Liitetaulukko 5.)



¹ opiskeluhuollon tai opiskeluterveydenhuollon, ² mm. lastensuojelu, ³ kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella

Kuvio 3. Opiskeluterveydenhuollon tai opiskeluhuollon käytettävissä olevien palvelujen riittävyys keskimäärin (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden arvioiden mukaan (n = 315).

4.2.3. Työajan käyttö opiskeluterveydenhuollossa

Työaika eri tehtäväalueilla. Terveydenhoitajat työskentelivät opiskeluterveydenhuollossa keskimäärin lähes kolme neljännestä (71 %) työajastaan (vaihteluväli 1–100 %). Lisäksi usein toimittiin kouluterveydenhuollossa: keskimäärin 54 prosenttia työajasta. Terveydenhoitajista 43 prosenttia toimi vain opiskeluterveydenhuollossa. Yli puolet toimi useilla tehtäväalueilla: 40 prosenttia opiskeluterveydenhuollon lisäksi kouluterveydenhuollossa ja 16 prosenttia äitiys- ja/tai lastenneuvolassa. Melkein joka kymmenes toimi opiskeluterveydenhuollon lisäksi terveyskeskuksen vastaanotossa. Lähes viidennes terveydenhoitajista (16 %) toimi myös jollakin muulla tehtäväalueella, joita olivat muun muassa aikuisneuvola, työterveyshuolto, perhesuunnittelu ja ehkäisyneuvonta, mielenterveys- ja päihdetyö, etsivä nuorisotyö, kutsuntaikäisten terveystarkastukset, työttömien ja vajaakuntoisten terveystarkastukset sekä hallinnollinen työ.

Lääkärit työskentelivät opiskeluterveydenhuollossa keskimäärin 46 prosenttia työajasta (vaihteluväli 1–100 %). Viidennes toimi vain opiskeluterveydenhuollossa. Maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa toimitettiin kaupunkimaisia kuntia useammin monella tehtäväalueella. Keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä työskenneltiin usein 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Työaika opiskeluterveydenhuollossa (%) terveydenhoitajilla ja lääkäreillä (n = 315) taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa	
	Toimii useilla tehtäväalueilla	
Työtehtävä opiskeluterveydenhuollossa		
Terveydenhoitaja	43	57
Lääkäri	21	79
Kuntatyyppi		
Kaupunkimaiset kunnat	52	48
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	10	90
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen		
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä	79	21
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	30	70

Työajan jakautuminen opiskeluterveydenhuollossa. Terveydenhoitajat käyttivät opiskeluterveydenhuollossa keskimäärin 60 prosenttia työajasta terveydenhoitotyöhön ja lääkärit hieman vähemmän. Sairaanhoidotyöhön terveydenhoitajat käyttivät noin viidenneksen työajasta opiskeluterveydenhuollossa ja lääkärit noin kolmanneksen. (Taulukko 18.) Lähes viidennes terveydenhoitajista (16 %) käytti työaikaan myös muihin tehtäviin, joita olivat esimerkiksi yksilökohtainen opiskeluhuoltotyö, seksuaaliterveys ja ehkäisy, mielenterveys- ja päihdetyö, neuropsykiatrisen valmennus, terapiatyö, hallinnollinen työ sekä verkosto- ja tiimityö. Lääkärit mainitsivat muina tehtävinä lähetteet, potilastietojärjestelmiin liittyvät tehtävät ja seksuaaliterveysasiat.

Maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa käytettiin kaupunkimaisiin kuntiin verrattuna keskimäärin enemmän työaikaan terveydenhoitotyöhön ja vähemmän sairaanhoidotyöhön. Lisäksi keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä käytettiin keskimäärin enemmän työaikaan sairaanhoidotyöhön ja vähemmän terveydenhoitotyöhön kuin hajautetusti oppilaitoksiin tai terveyskeskuksiin sijoitetuissa toimipisteissä. (Liitetäulukko 6.)

Taulukko 18. Terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) työajan keskimääräinen jakautuminen tehtävittäin (%) lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollossa.

Tehtävät	Terveydenhoitajat		Lääkärit	
	keskimäärin	vaihteluväli	keskimäärin	vaihteluväli
Terveydenhoito ¹	60	20 - 93	54	10 - 90
Sairaanhoito ²	22	1 - 65	32	5 - 90
Yhteisöllinen opiskeluhuolto	8	1 - 25	3	0 - 15
Opiskeluhuollon järjestäminen ³	10	2 - 30	6	0 - 25
Lausuntoasiat	-		8	1 - 30
Muut tehtävät	16	1 - 50	8	0 - 20

Vastaaja merkinnyt työajan jakautumisen siten, että yhteenlaskettu summa on 100.

¹ sisältää mm. terveystarkastukset ja -neuvonnan, kutsuntatarkastukset

² sisältää mm. akuuttivastaanoton, seurantakäynnit

³ sekä suunnittelu ja arviointi (ml. kokoukset ja koulutus)

Työaika mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamiseen ja tarve työajalle. Terveystenhoitajat ja lääkärit käyttivät mielenterveys- ja päihdeoireiden tai -häiriöiden hoitamiseen opiskeluterveydenhuollossa keskimäärin neljänneksen työajastaan. Todellinen tarve näiden oireiden tai häiriöiden hoitamiseen arvioitiin suuremmaksi: yli kolmannes työajasta. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Mielenterveys- ja päihdeoireiden tai -häiriöiden hoitamisen osuus työajasta ja todellinen tarve opiskeluterveydenhuollossa (%) terveydenhoitajilla (n = 253) ja lääkäreillä (n = 62).

Mielenterveys- ja päihdeoireiden tai -häiriöiden hoitaminen	Terveystenhoitajat		Lääkärit	
	keskimäärin	vaihteluväli	keskimäärin	vaihteluväli
Hoitamisen osuus työajasta	24	1 - 80	26	3 - 70
Tarve hoitamiseen työajasta	36	2 - 100	37	1 - 100

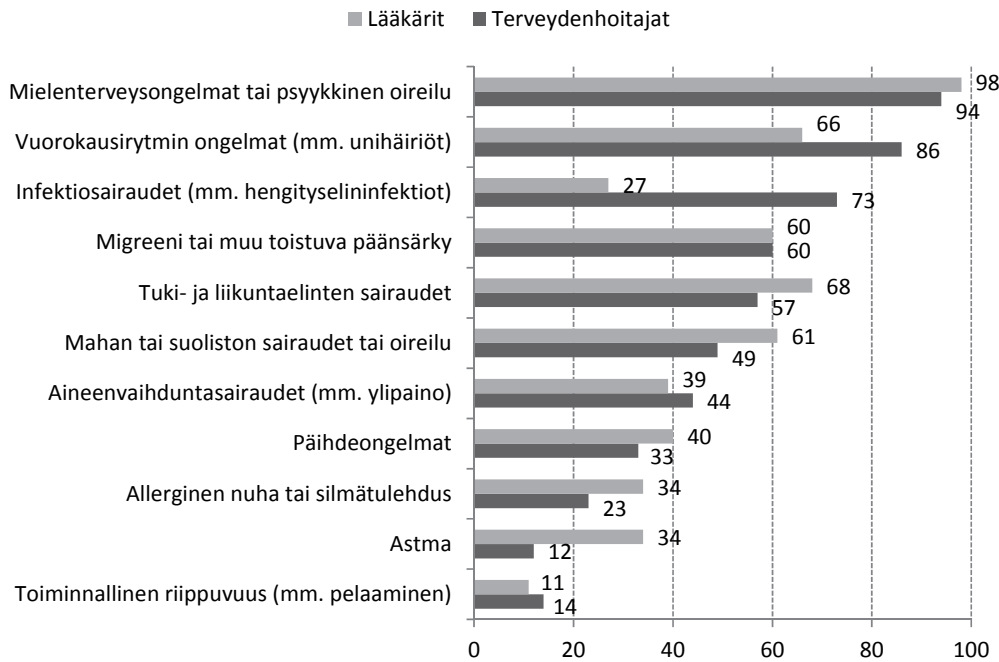
Kaupunkimaisissa kunnissa ja keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä mielenterveys- ja päihdeoireiden tai -häiriöiden hoitamisen osuus työajasta oli keskimäärin suurempi kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa tai hajautetusti järjestetyissä opiskeluterveydenhuollon palveluissa. Todellinen tarve hoitamiseksi oli keskimäärin suurempi kuin hoitamiseen käytetty työaika kuntatyypistä tai palvelujen järjestämistavasta riippumatta. Ne terveydenhoitajat ja lääkärit, jotka työskentelivät opiskeluterveydenhuollossa 100 prosenttisesti, käyttivät useilla tehtävälueilla toimiviin ammattitovereihin verrattuna enemmän työaika opskelijoiden mielenterveys- ja päihdeoireiden tai -häiriöiden hoitamiseen. Myös tarve näiden oireiden ja häiriöiden hoitamiseksi arvioitiin olevan suurempi.

4.3. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja osaaminen

Kappaleessa kuvataan opiskelijoiden keskeisiä terveysongelmia sekä opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevia mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiä ja toimintatapoja. Lisäksi kuvataan terveydenhoitajien ja lääkäreiden mahdollisuuksia opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen sekä psykososiaalisen tuen järjestämiseen. Tarkastelun kohteena on myös mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen opiskeluterveydenhuollossa ja osaamisesta huolehtiminen kunnissa.

4.3.1. Opiskelijoiden terveysongelmat

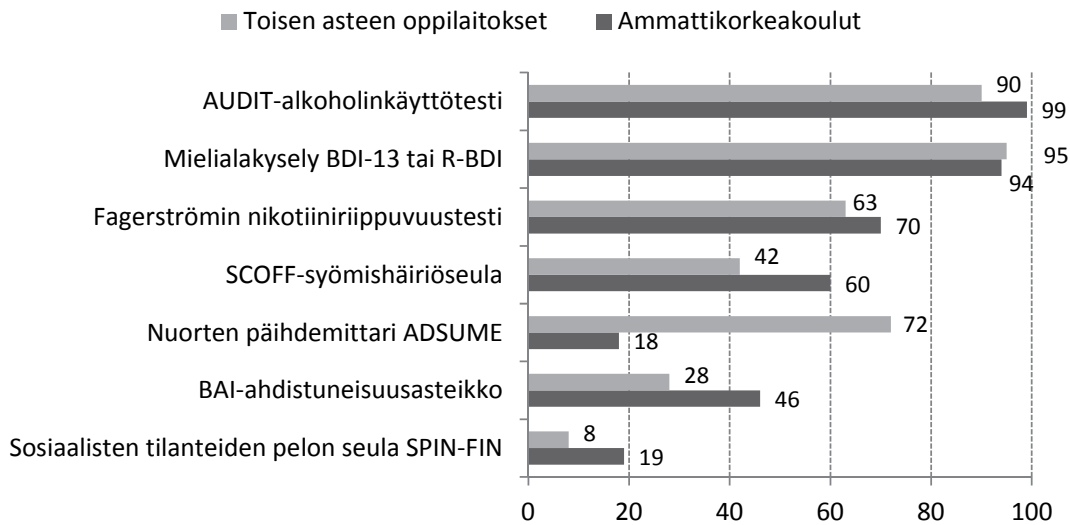
Opiskelijoiden yleisimmiksi terveysongelmiksi viimeisen vuoden aikana terveydenhoitajat ja lääkärit nimesivät mielenterveysongelmat tai psyykkisen oireilun, vuorokausirytmien ongelmat, infektiosairaudet, migreenin tai muun toistuvan päänsäryn, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä mahan tai suoliston sairaudet tai oireilun. Yli 90 prosenttia terveydenhoitajista ja lääkäreistä piti mielenterveysongelmia ja psyykkistä oireilua yhtenä tärkeimmistä opiskelijoiden terveysongelmista. Terveystenhoitajien ja lääkäreiden näkemykset olivat hyvin samansuuntaiset. Lääkäreiden vastauksista nousi esille lisäksi opiskelijoiden päihdeongelmat. (Kuvio 4, liitetaulukko 7.)



Kuvio 4. Opiskelijoiden yleisimmät terveysongelmat tärkeysjärjestyksessä viimeisen vuoden aikana (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioimana.

4.3.2. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja toimintatavat

Seulontamenetelmät ja kyselyt. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevista seulontamenetelmistä ja kyselyistä esitettiin kysymyksiä terveydenhoitajille ja lääkäreille. Yli 90 prosenttia raportoi käyttävänsä säännöllisesti tai satunnaisesti AUDIT-testiä ja Beckin mielialakyselyä (BDI-13 tai R-BDI) sekä toisen asteen oppilaitoksissa että ammattikorkeakouluissa. Noin kaksi kolmesta käytti säännöllisesti tai satunnaisesti Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä. Nuorten päihdemittari ADSUME oli lähes kolmella neljästä käytössä toisella asteella, kun taas AUDIT-testiä käytettiin yleisemmin ammattikorkeakouluissa. SCOFF-syömishäiriöseula oli käytössä säännöllisesti tai satunnaisesti ammattikorkeakouluissa lähes kahdella kolmanneksella, ja toisen asteen oppilaitoksissa harvemmin. Myös BAI-ahdistuneisuusasteikko ja sosiaalisten tilanteiden pelon seula SPIN-FIN olivat useammin käytössä ammattikorkeakouluissa kuin toisen asteen oppilaitoksissa. (Kuvio 5.)



Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Kuvio 5. Seulontamenetelmät tai kyselyt opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) arvioimana toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa (säännöllisesti tai satunnaisesti käytössä %).

Kaksi kolmannelta terveydenhoitajista ja lääkäreistä toisella asteella ei tuntenut eikä käyttänyt sosiaalisten tilanteiden pelon SPIN-FIN-seulaa. Ammattikorkeakouluissa vastaava osuus oli reilut puolet. Noin puolet terveydenhoitajista ei tuntenut BAI-ahdistuneisuusasteikkoa. Terveydenhoitajista vähän yli puolella oli AUDIT-testi ja päihdemittari ADSUME säännöllisesti käytössä toisella asteella sekä kolmella neljästä AUDIT-testi ammattikorkeakouluissa. Kaksi kolmannelta terveydenhoitajista käytti Beckin mielialakyselyä säännöllisesti toisella asteella ja lääkäreistä vähän useampi. Vähän yli puolet terveydenhoitajista käytti mielialakyselyä säännöllisesti ammattikorkeakouluissa ja lääkäreistä yli 90 prosenttia. (Liitetaulukot 8 ja 9.)

Terveydenhoitajat ja lääkärit mainitsivat myös muita opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevia seulontamenetelmiä ja kyselyitä, joita olivat ADHD-oirekysely, ASRS-kysely (Adult ADHD Self-Report Scale), ADHD:n diagnostinen haastattelu aikuisilla DIVA 2.0, huumeiden käytön riskitesti DUDIT, depressioseula DEPS, ahdistuneisuushäiriötesti GAD, kaksisuuntaisen mielialahäiriön seula MDQ, psykoosin ennako-oireiden tunnistamisen seula PROD, vahvuudet ja vaikeudet -kysely SDQ, toimintakyklomake ja toimipaikan oma lomake.

Kaupunkimaisissa kunnissa ja keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä oli vähän useammin käytössä joitakin seulontamenetelmiä ja kyselyjä kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa sekä kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut oli järjestetty hajautetusti oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa. Vastaaajan iällä ei ollut suurta merkitystä seulontamenetelmien käytön kannalta. Ne vastaajat, jotka työskentelivät 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa, käyttivät useilla toimintasektoreilla työskenteleviä useammin joitakin seulontamenetelmiä. (Liitetaulukko 10.)

Lomakkeet. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevista lomakkeista esitettiin kysymyksiä terveydenhoitajille ja lääkäreille. Terveydenhoitajista kahdella kolmesta oli säännöllisesti käytössä toisella asteella opiskeluterveydenhuollon omia terveystarkastuslomakkeita tai -haastattelulomakkeita (taulukko 20). Näitä lomakkeita käytettiin toisella asteella maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa sekä kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut oli järjestetty hajautetusti, hieman useammin kuin kaupunkimaisissa kunnissa ja keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä (liitetaulukko 11). Noin puolella terveydenhoitajista oli toisella asteella säännöllisesti käytössä terveystarkastuslomake tai -runko terveydenhoitajan tarkastuksiin. Lääkäreistä reilu kolmannes ilmoitti, että toisella asteella oli säännöllisesti käytössä terveystarkastuslomake tai -runko lääkärin tarkastuksiin. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Opiskeluterveydenhuollossa käytetyt lomakkeet toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien (n = 223) ja lääkäreiden (n = 61) arvioimana.

Lomakkeet	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Lyhyt terveystarkastuslomake ¹ (Amm. op.)	53	32	40	39	2	5	5
Terveystarkastuslomake ¹ (Amm. op.)	41	28	36	27	2	5	21	40
Terveystarkastuslomake tai -haastattelulomake (opiskeluterveydenhuollon oma)	22	45	11	13	5	10	62	32
Terveystarkastuslomake tai -runko terveydenhoitajan tarkastuksiin ²	27	-	22	-	2	-	49	-
Terveystarkastuslomake tai -runko lääkärin tarkastuksiin	45	30	31	18	3	13	21	39

¹ Opiskeluterveydenhuollon oppaan mukainen, ² Vastaajina vain terveydenhoitajat (n = 223)

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on toisen asteen oppilaitoksia.

Puolet terveydenhoitajista raportoi, että terveystarkastuslomake oli säännöllisesti käytössä ammattikorkeakouluissa. Puolet ilmoitti, että omia terveystarkastuslomakkeita tai -haastattelulomakkeita oli säännöllisesti käytössä. Ammattikorkeakouluissa oli toisen asteen oppilaitoksia harvemmin käytössä terveystarkastuslomake tai -runko terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastuksiin. Kolmanneksella se oli säännöllisesti käytössä terveydenhoitajan tarkastuksiin ja alle 10 prosentilla lääkärin tarkastuksiin. (Taulukko 21.) Vastaajat mainitsivat myös muita opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevia lomakkeita, kuten sähköiset terveystarkastukset.

Taulukko 21. Opiskeluterveydenhuollossa käytetyt lomakkeet ammattikorkeakouluissa (%) terveydenhoitajien (n = 62) ja lääkäreiden (n = 24) arvioimana.

Lomakkeet	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Terveystarkastuslomake (AMK)	19	13	24	57	5	4	52
Terveystarkastuslomake tai -haastattelulomake (opiskeluterveydenhuollon oma)	15	22	26	39	6	-	53	39
Terveystarkastuslomake tai -runko terveydenhoitajan tarkastuksiin ¹	36	-	24	-	8	-	32	-
Terveystarkastuslomake tai -runko lääkärin tarkastuksiin	53	30	40	44	-	17	7	9

¹ Vastaajina vain terveydenhoitajat (n = 62)

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on ammattikorkeakouluja.

Terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi. Terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnista opiskeluterveydenhuollossa. Lääkäreistä 43 prosenttia vastasi, että opiskelunsa aloittaville opiskelijoille tehdään terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi terveystarkastuslomakkeella tai vastaavalla. Lähes yhtä moni (39 %) ei kuitenkaan osannut sanoa, tehdäänkö terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi vai ei. Terveydenhoitajista yli puolet (58 %) ilmoitti, että toisen asteen opiskelunsa aloittaville opiskelijoille tehdään terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi terveystarkastuslomakkeella tai vastaavalla, ja 85 prosentin mukaan se tehdään ammattikorkeakoulun aloittaville opiskelijoille.

Yli 90 prosenttia terveydenhoitajista raportoi, että terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi tehdään 1. lukuvuonna. Loput tehdään 2. lukuvuonna tai satunnaisesti, jatkuvasti, tarpeen mukaan, huolen herätessä (opiskelijalla, ryhmänohjaajalla, opettajalla, kuraattorilla tai terveydenhoitajalla) tai opiskelijaryhmittäin (kuten 1. lukuvuonna tytöt ja ulkopaikkakuntalaiset pojat ja 2. lukuvuonna kutsuntaikäiset pojat).

Suuri osa terveydenhoitajista ja lääkäreistä ilmoitti, että terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi tehdään terveydenhoitajan arvion perusteella. Noin neljännes vastasi, että se tehdään sovitun käytännön tai muun toimintatavan mukaan. (Taulukko 22.) Muina käytäntöinä mainittiin muun muassa seuraavat:

- sähköinen tietojärjestelmä poimii vastaukset tietyin kriteerein sähköisestä lomakkeesta tai terveyskyselystä (liikennevalot)
- terveyskyselylomakkeen tai -kyselyn perusteella: sovittu terveystarkastukseen kutsumisen kriteerit tiettyjen vastausten perusteella
- AUDIT-, ADSUME- ja R-BDI-kyselyjen pisterajojen mukaan
- oppilaitoksen henkilöstön (opettajan, kuraattorin tai psykologin) huolen perusteella
- kuraattorin, nuoriso-ohjaajan tai psykologin pyynnön perusteella terveydentilan kartoitusta varten
- koululääkärin tai terveydenhoitajan konsultaation tai arvion perusteella
- poissaolojen ja opiskelun sujumisen perusteella
- mielialaongelmien, päihteiden käytön, terveydellisten ongelmien tai sairauksien perusteella
- opiskelijan omasta aloitteesta, tarpeesta tai toiveesta

Taulukko 22. Terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnin perusteet opiskeluterveydenhuollossa (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioimana.

Kiireellisyysjärjestykseen ¹	Terveydenhoitajat	Lääkärit
Terveydenhoitajan arvion perusteella	88	89
Sovitun käytännön mukaan	11	26
Muun toimintatavan mukaan	11	-
En osaa sanoa	1	-

¹ Perusteet, joilla ongelmien vakavuus tai oireet laitetaan kiireellisyysjärjestykseen. Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella kiireellisyyden arviointi tehdään. Vastaaja voi valita useita vaihtoehtoja.

Terveydestarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa tärkeät asiat. Terveydenhoitajilta kysyttiin, mitä asioita he pitivät tärkeinä terveystarkastuksen kiireellisyyttä arvioidessaan. Tärkeimpänä asiana pidettiin opiskelijan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien ongelmien luonnetta. Erityisesti seuraavan taulukon asioihin kiinnitettiin huomiota (taulukko 23).

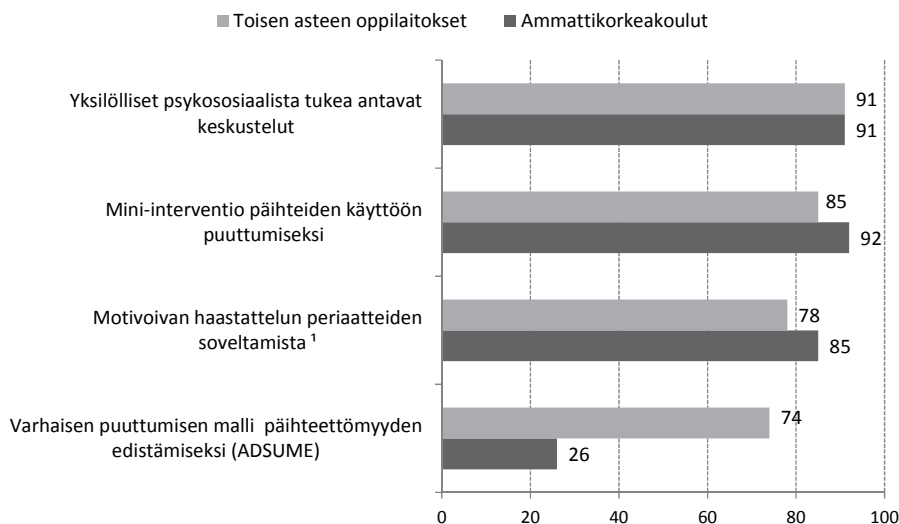
Taulukko 23. Terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa tärkeät asiat terveydenhoitajien mukaan (n = 253).

Terveydestarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa huomioon
Opiskelijan mielenterveys
Päihteiden käyttö
Elämänhallinta ja elintavat
Sosiaalisten suhteiden vaikeudet
Merkittävät somaattiset terveysongelmat
Riskikäyttäytyminen
Tieto aiemmasta tuen tarpeesta
Opiskelualan tai työharjoittelun mukainen tarve
Tieto opiskeluvaikeuksista
Huoli opiskelijalta, lähipiiriltä tai muilta toimijoilta

Terveydenhoitajat toivat esille erityisesti sellaiset terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät ongelmat, jotka vaikuttavat opiskelukykyyn ja koulutus- tai ammattialalle soveltuvuuteen. Nämä liittyivät keskittymisvaikeuksiin, opiskelumotivaatioon ja -kykyyn, opintojen sujumiseen, oppimisvaikeuksiin, stressin hallintaan ja

poissaoloihin sekä tuki- ja liikuntaelinvivoihin, allergioihin ja iho-ongelmiin. Erilaisilla lomakkeilla ja kyselyillä saatiin tietoa opiskelijan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä ongelmista ja opiskelijan omasta tarpeesta keskustella terveydenhoitajan kanssa. Ongelmana tuotiin esille se, että opiskelijat eivät aina tuo esille omia ongelmiaan esimerkiksi terveystarkastuksessa. Huolen herääminen opiskelijasta oli myös keskeinen terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa vaikuttava asia. Huoli saattoi nousta eri tahoilta: opettajalta, ryhmänohjaajalta, erityisopettajalta, opinto-ohjaajalta, kuraattorilta, psykologilta, nuoriso-ohjaajalta, asiantuntijaryhmältä, opiskelijalta itseltään tai hänen huoltajiltaan tai ystäviltään. Lisäksi terveydenhoitajat raportoivat käytännön syitä, jotka vaikuttivat terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa, kuten työharjoittelun tai työssäoppimisjakson ajankohta. Terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa otettiin huomioon myös aikaisemmat tiedot opiskelijasta, kuten siirtotiedot muista oppilaitoksista.

Yksilömuotoiset menetelmät. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevista yksilömuotoisista menetelmistä kysyttiin terveydenhoitajien ja lääkäreiden mielipiteitä. Suurimmalla osalla oli säännöllisesti tai satunnaisesti käytössä yksilölliset psykososiaalista tukea antavat keskustelut ja mini-interventio päihteiden käyttöön puuttumiseksi sekä toisen asteen oppilaitoksissa että ammattikorkeakouluissa. Myös motivoivan haastattelun periaatteita arvioitiin olevan käytössä. Varhaisen puuttumisen ADSUME-mallia oli käytössä enemmän toisen asteen oppilaitoksissa kuin ammattikorkeakouluissa. (Kuvio 6.)



Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

¹ ei tarkoita menetelmän hallintaa tai siihen saatua koulutusta

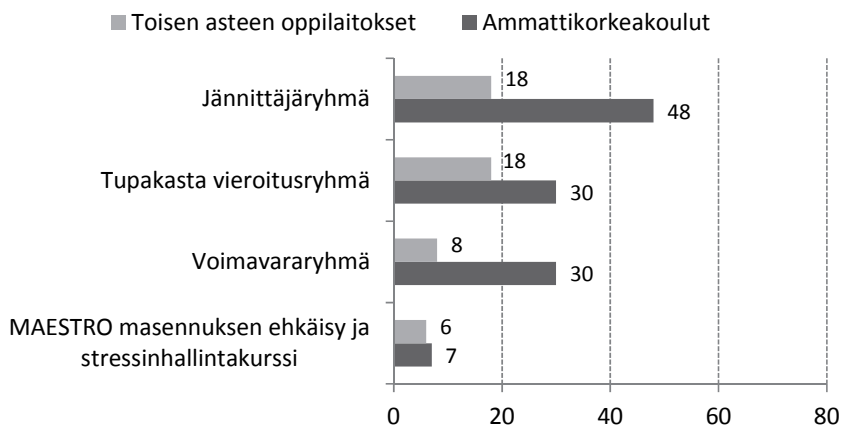
Kuvio 6. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat yksilömuotoiset menetelmät terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) arvioimana toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa (säännöllisesti tai satunnaisesti käytössä %).

Yksilölliset psykososiaalista tukea antavat keskustelut olivat yhtä usein käytössä terveydenhoitajilla ja lääkäreillä. Keskusteluja käytettiin aika usein, sillä ammattikorkeakouluissa ne olivat säännöllisesti käytössä noin kolmella neljästä ja toisella asteella lähes kahdella kolmesta. Mini-interventio päihteiden käyttöön puuttumiseksi oli noin puolella terveydenhoitajista ja lääkäreistä säännöllisesti käytössä. Motivoinnin haastattelun periaatteita arvioitiin olevan lähes yhtä suurella osalla käytössä säännöllisesti: terveydenhoitajilla hieman useammin kuin lääkäreillä. Työkykypassi oli harvoin käytössä ammatillisissa oppilaitoksissa. Kaksi kolmannesta terveydenhoitajista ei tuntenut sitä eikä käyttänyt sitä työssään. (Liitetaulukot 12 ja 13.) Vastajat mainitsivat myös muita yksilömuotoisia menetelmiä, kuten terveystarkastukset, ratkaisukeskeinen työote, riittävästi aikaa yksilölliseen vastaanottotilanteeseen, ohjaaminen päihdesairaanhoidajalle, psykiatri-

sen sairaanhoitajan keskustelut, tulevaisuuden muistelu, koulu-uupumusmittari BBI-10, perhetapaamiset ja kotikäynti.

Kaupunkimaisissa kunnissa ja keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä käytettiin jonkin verran useammin mini-interventiota ja motivoivan haastattelun periaatteita kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa sekä kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut oli järjestetty hajautetusti oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa. Vastaajan iällä ei ollut suurta merkitystä yksilömuotoisten menetelmien käytön kannalta, mutta ne vastaajat, jotka työskentelivät 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa, käyttivät useilla toimintasektoreilla työskenteleviä hieman useammin näitä menetelmiä. (Liitetaulukko 14.)

Ryhmämuotoiset menetelmät. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevista ryhmämuotoisista menetelmistä kysyttiin terveydenhoitajien ja lääkäreiden mielipiteitä. Puolet vastaajista ilmoitti, että ammattikorkeakouluissa oli käytössä säännöllisesti tai satunnaisesti jännittäjäryhmiä. Kolmasosa ilmoitti, että käytössä oli tupakasta vieroitusryhmiä ja voimavararyhmiä. Toisella asteella ryhmämuotoisia menetelmiä oli käytössä huomattavasti harvemmin. (Kuvio 7.)



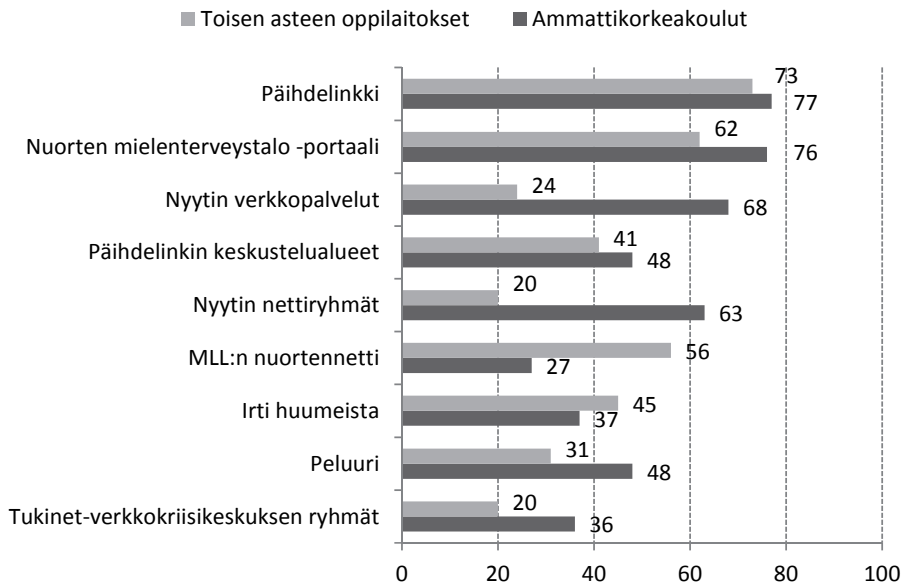
Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Kuvio 7. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat ryhmämuotoiset menetelmät terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) arvioimana toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa (säännöllisesti tai satunnaisesti käytössä %).

Terveydenhoitajien ja lääkäreiden arviot ryhmämuotoisten menetelmien käytöstä olivat hyvin samansuuntaisia sekä toisen asteen oppilaitoksissa että ammattikorkeakouluissa. Erityisesti toisella asteella tunnettiin vähän ryhmämuotoisia menetelmiä. Noin 80 prosenttia terveydenhoitajista ja lääkäreistä ei tuntenut masennuksen ehkäisyn ja stressinhallinnan MAESTRO-kurssia. Ammattikorkeakouluissa MAESTRO tunnettiin hieman paremmin, mutta sielläkään sitä ei käytetty sen useammin kuin toisen asteen oppilaitoksissa. (Liitetaulukot 15 ja 16.) Terveydenhoitajat ja lääkärit mainitsivat myös muita ryhmämuotoisia menetelmiä, kuten sosiaalisten taitojen freedom-ryhmä, mielialataidot-ryhmä, mindfulness- ja rentoutusryhmät, stressinhallintaryhmä, elämänhallintaryhmä, depressiokoulu, masentuneiden ryhmä, pulinaralli, yksinäisten ryhmä, uniryhmä, otetta opintoihin -ryhmä ja Tuumasta Toimeen opinnoissa eteenpäin -ryhmä.

Kaupunkimaisissa kunnissa ja keskitetyissä toimipisteissä oli hieman useammin käytössä ryhmämuotoisia menetelmiä kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa sekä kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut oli järjestetty hajautetusti. Yli 40-vuotiaat terveydenhoitajat ja lääkärit käyttivät vähän useammin ryhmämuotoisia menetelmiä kuin alle 40-vuotiaat. Ne vastaajat, jotka työskentelivät 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa, käyttivät useilla toimintasektoreilla työskenteleviä useammin ryhmämuotoisia menetelmiä. (Liitetaulukko 17.)

Verkkoryhmätoiminta ja verkkosivustot. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevista verkkoryhmätoiminnan muodoista ja verkkosivuista kysyttiin terveydenhoitajien mielipiteitä. Päihdelinkki oli useimmiten käytössä oleva verkkosivusto. Kolme neljästä terveydenhoitajasta käytti sitä säännöllisesti tai satunnaisesti työssään sekä toisen asteen oppilaitoksissa että ammattikorkeakouluissa. Lähes yhtä yleisesti oli käytössä Nuorten mielenterveystalo -portaali sekä ammattikorkeakouluissa Nyytin verkkopalvelut ja nettiryhmät. Toisella asteella terveydenhoitajista yli puolet käytti Mannerheimin Lastensuojeluliiton nuortennettiä. Verkkoryhmätoimintaa ja verkkosivustoja oli käytössä ammattikorkeakouluissa hieman useammin kuin toisen asteen oppilaitoksissa. (Kuvio 8.)



Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

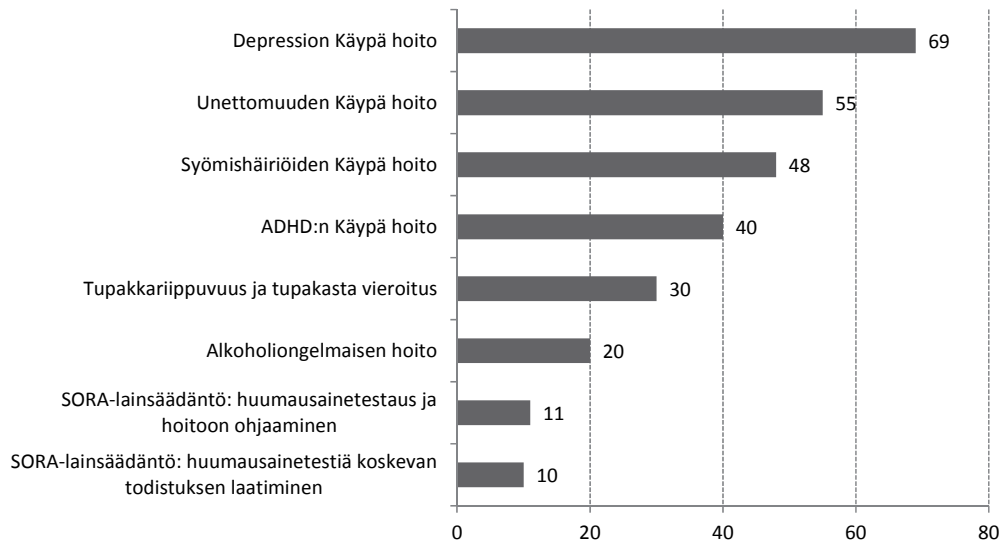
Kuvio 8. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat verkkoryhmätoiminnan muodot ja verkkosivustot terveydenhoitajien (n = 253) arvioimana toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa yleisyysjärjestyksessä (säännöllisesti tai satunnaisesti käytössä %).

Osa terveydenhoitajista ei tuntenut eikä käyttänyt verkkosivustoja työssään. Osa tunsi sivustoja, mutta ei käyttänyt niitä. Esimerkiksi lähes puolet terveydenhoitajista toisella asteella ei tuntenut Tukinet verkkokriisikeskuksen ryhmiä tai Nyytin nettiryhmiä. Yli 90 prosenttia kaikista terveydenhoitajista ei tuntenut masennuksen ehkäisyn ja siitä selviämisen MoodGYM-oma-apuohjelmaa. (Liitetaulukko 18.) Terveydenhoitajat mainitsivat myös joitakin muita käytössä olevia verkkosivustoja, kuten 28 päivää ilman, Mielenterveysseura, Lyömätön linja, Kriisikeskus, Tyttöjen ja poikien talot, Vahvistamo, Stumppi sekä Väestöliiton ja YTHS:n verkkosivut.

Kaupunkimaisissa kunnissa ja keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä oli jonkin verran useammin käytössä joitakin verkkoryhmätoiminnan muotoja ja verkkosivustoja kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa sekä kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut oli järjestetty hajaautusti. Terveydenhoitajien iällä ei ollut merkitystä. Ne terveydenhoitajat, jotka työskentelivät 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa, käyttivät useilla toimintasektoreilla työskenteleviä useammin näitä työmenetelmiä. (Liitetaulukko 19.)

Käypä hoito -suositukset ja huumeausainetestausta koskeva SORA-lainsäädäntö. Käypä hoito -suosituksista ja opiskelijoiden huumeausainetestausta koskevasta SORA-lainsäädännöstä kysyttiin lääkäreiden mielipiteitä. Useimmiten lääkäreillä oli käytössä depression Käypä hoito -suositus. Noin kaksi kolmanesta lääkäreistä sovelsi sitä työssään säännöllisesti. Noin puolet käytti säännöllisesti unettomuuden ja

syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksia. (Kuvio 9.) SORA-lainsäädännön huumausainetestausta koskevia säännöksiä sovelsi joka kymmenes lääkäreistä säännöllisesti ja noin joka neljäs satunnaisesti. Lähes kolmannes lääkäreistä ei tuntenut näitä säännöksiä eikä soveltanut niitä työssään opiskeluterveydenhuollossa. Joka neljäs koki osaamisensa riittämättömäksi opiskelijoiden huumausainetestausta koskevien säännösten soveltamiseen. (Liitetaulukko 20.)



Kuvio 9. Käypä hoito -suositusten ja opiskelijoiden huumausainetestausta koskevan SORA-lainsäädännön tunteminen ja soveltaminen omassa työssä säännöllisesti (%) lääkäreiden (n = 62) arvioimana yleisyyssjärjestyksessä.

4.3.3. Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen

Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen. Terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin mahdollisuuksista mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen opiskeluterveydenhuollossa. Noin kaksi kolmannesta terveydenhoitajista ja lääkäreistä vastasi, että toisella asteella tunnistetaan kattavasti tavallisimmat opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöt tai niiden oireet. Ammattikorkeakouluissa terveydenhoitajista lähes 80 prosentin mielestä nämä häiriöt tai niiden oireet tunnistetaan kattavasti, kun taas lääkäreistä kaksi kolmannesta oli sitä mieltä, että vain osa häiriöistä ja niiden oireista tunnistetaan.

Terveydenhoitajista kolme neljästä ja lääkäreistä yli 80 prosenttia vastasi, että opiskeluterveydenhuollossa oli mahdollista hoitaa osa tavallisimmista opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöistä yksilökohtaisen opiskeluhuollon psykologin tai kuraattorin toiminnan tukemana. Prosenttiosuudet olivat vähän pienempiä ammattikorkeakouluissa. Joka neljäs terveydenhoitaja arvioi, että ammattikorkeakouluissa tehtäväksi jää lähinnä lähetekriteerien täyttymisen arvioiminen ja opiskelijan lähettäminen jatkohoitoon. (Taulukko 24.)

Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen opiskeluterveydenhuollossa arvioitiin hieman paremmiksi kaupunkimaisissa kunnissa ja keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa sekä hajautetusti järjestetyissä opiskeluterveydenhuollon palveluissa. Mahdollisuuksissa hoitamiseen ei havaittu suuria eroja kuntatyyppiin tai opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestämistavan mukaan. (Liitetaulukko 21.)

Taulukko 24. Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen opiskeluterveydenhuollossa (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioimana.

Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ¹ tunnistamiseen ja hoitamiseen	Toisen asteen oppilaitokset		Ammatti-korkeakoulut	
	TH	Lääk	TH	Lääk
Mahdollisuudet tunnistamiseen				
tunnistetaan melko kattavasti tavallisimmat häiriöt tai niiden oireet	61	66	79	33
tunnistetaan osa häiriöistä tai niiden oireista	38	34	21	67
tunnistetaan melko vähän häiriöitä tai niiden oireita	1	-	-	-
Mahdollisuudet hoitamiseen				
mahdollista hoitaa suurin osa häiriöistä opiskeluhuollon psykologin ja/tai kuraattorin tukemana perusterveydenhuollon tasoisin menetelmin	18	8	16	21
mahdollista hoitaa osa häiriöistä opiskeluhuollon psykologin ja/tai kuraattorin tukemana perusterveydenhuollon tasoisin menetelmin	74	85	60	79
tehtäväksi jää lähinnä lähete-kriteerien täyttymisen arviointi ja lähettäminen jatkohoitoon	8	7	24	-

¹ esim. masennus, ahdistuneisuus, syömishäiriöt, alkoholin haitallinen käyttö
 Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Mahdollisuudet psykososiaalisen tuen järjestämiseen. Terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin mahdollisuuksista psykososiaalisen tuen järjestämiseen opiskeluterveydenhuollossa. Terveydenhoitajista yli 80 prosenttia oli sitä mieltä, että toisella asteella terveydenhoitajan oli mahdollista tavata opiskelija tukea antavan keskustelun merkeissä. Ammattikorkeakouluissa tämä oli mahdollista hieman harvemmin. Kolme neljästä lääkäristä arvioi, että heillä oli toisella asteella mahdollista tavata opiskelija mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitamiseksi useita kertoja. Ammattikorkeakouluissa tämä oli mahdollista huomattavasti harvemmin.

Suurin osa terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että toisella asteella oli mahdollista ohjata opiskelija opiskeluhuollon kuraattorille sovituksi tukijaksoksi. Kolme neljänestä raportoi, että opiskelija oli mahdollista ohjata toisella asteella opiskeluhuollon tai opiskeluterveydenhuollon psykologille sovituksi tukijaksoksi. (Taulukko 25.) Opiskeluhuollon tai opiskeluterveydenhuollon psykologille ohjaaminen oli mahdollista useammin keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä ja kaupunkimaisissa kunnissa kuin hajautetusti järjestetyissä opiskeluterveydenhuollon palveluissa sekä maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa (liitetaulukko 22).

Noin joka neljäs terveydenhoitaja ilmoitti, että oppilaitoksessa tai matalan kynnyksen palveluissa oli käytettävissä psykiatrinen sairaanhoitaja. Noin kolme neljästä raportoi, että täysi-ikäisen opiskelijan voi ohjata terveyskeskuksen psykiatriselle sairaanhoitajalle, depressiohoitajalle, päihdetyöntekijälle tai vastaavalle ammattihenkilölle. Tämän arvioitiin olevan mahdollista useammin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kuin kaupunkimaisissa kunnissa (liitetaulukko 22).

Ryhmämuotoisia menetelmiä oli käytössä harvoin, ja erityisesti toisella asteella. Vajaa puolet lääkäreistä ilmoitti, että toisen asteen oppilaitosten opiskeluterveydenhuollossa on mahdollisuus saada opiskelijalle psykoterapia-arvio esimerkiksi erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyönä. Alle kolmannes lääkäreistä raportoi, että opiskeluterveydenhuollosta toisella asteella on mahdollista ohjata opiskelija soveltuvaan nettiterapiaan. (Taulukko 25.)

Taulukko 25. Mahdollisuudet psykososiaalisen tuen järjestämiseen opiskeluterveydenhuollossa (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioimana.

Mahdollisuudet psykososiaalisen tuen järjestämiseen	Toisen asteen oppilaitokset		Ammatti- korkeakoulut	
	TH	Lääk	TH	Lääk
Terveydenhoitajan mahdollista tavata opiskelija tukea antavan keskustelun merkeissä sovittu jakso, kuten 3–5 käyntiä	86	89	77	21
Lääkärin mahdollista tavata opiskelija mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitamiseksi useampia kertoja	-	75	-	29
Mahdollista ohjata opiskelija opiskeluhoollon kuraattorille sovituksi tukijaksoksi	88	82	-	-
Mahdollista ohjata opiskelija opiskeluhoollon tai opiskeluterveydenhuollon psykologille tai opintopsykologille sovituksi tukijaksoksi ¹	76	72	58	13
Käytettävissä psykiatrinen sairaanhoitaja, jolle opiskelijan voi ohjata ²	25	21	32	13
Opiskelijan voi ohjata terveyskeskuksen psykiatriselle sairaanhoitajalle, depressiohoitajalle, päihdetyöntekijälle ym.	71	66	76	21
Käytössä ryhmämuotoisia menetelmiä, joihin opiskelijan voi ohjata (kuten masennusriskissä oleville MAESTRO)	5	5	26	8
Mahdollisuus saada psykoterapia-arvio esimerkiksi yhteistyönä erikoissairaanhoidon kanssa	-	41	-	21
Mahdollista ohjata opiskelija soveltuvaan nettiterapiaan ³	-	30	-	13

¹ opintopsykologit ammattikorkeakouluissa

² oppilaitoksessa tai matalan kynnyksen palveluissa

³ kuten Mielenterveystalon masennuksen ja paniikkihäiriön nettiterapiat

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Mahdollisuudet ja osaaminen mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen. Mahdollisuuksia ja osaamista mielenterveys- ja päihdehäiriöiden diagnosointiin opiskeluterveydenhuollossa kysyttiin lääkäreiltä. Noin puolet oli sitä mieltä, että he pystyvät tekemään hyvin diagnostisen arvion tavallisimpien häiriöiden osalta, määrittelemään häiriön vaikeusasteen ja aloittamaan hoidon tai ohjaamaan jatkohoitoon. Tulos oli samansuuntainen toisen asteen oppilaitosten ja ammattikorkeakoulujen osalta. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. Mahdollisuudet ja osaaminen mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen (diagnosointiin) opiskeluterveydenhuollossa lääkäreiden (n = 62) arvioimana.

Mahdollisuudet ja osaaminen mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ¹ tunnistamiseen	Toisen asteen oppilaitokset	Ammatti- korkeakoulut
Pystyn tekemään hyvin diagnostisen arvion tavallisimpien häiriöiden osalta, määrittelemään häiriön vaikeusasteen ja aloittamaan hoidon ² tai ohjaamaan jatkohoitoon	59	62
Pystyn tekemään diagnostisen arvion tavallisimpien häiriöiden osalta	38	38
Pystyn harvoin määrittelemään häiriön diagnoosin ja vaikeusasteen	3	-

¹ kuten masennus, ahdistuneisuus, syömishäiriöt, alkoholin haitallinen käyttö

² opiskeluterveydenhuollossa tai perusterveydenhuollossa

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Lääkkeellisten hoitojen toteuttaminen. Täysi-ikäisten opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lääkkeellisten hoitojen toteuttamisesta kysyttiin lääkäreiden mielipiteitä. Mahdollisuudet opiskelijoiden lääkkeellisten hoitojen toteuttamiseen olivat hieman paremmat ammattikorkeakouluissa kuin toisen asteen oppilaitoksissa. Alle puolet lääkäreistä oli sitä mieltä, että he voivat toteuttaa usein tavanomaisia ensisijaisia mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lääkehoitoja toisen asteen opiskelijoille. Vastaava osuus ammattikorkeakouluopiskelijoilla oli reilusti yli puolet. (Taulukko 27.)

Taulukko 27. Täysi-ikäisten opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lääkkeellisten hoitojen toteuttaminen opiskeluterveydenhuollossa (%) lääkäreiden arvioimana (n = 62).

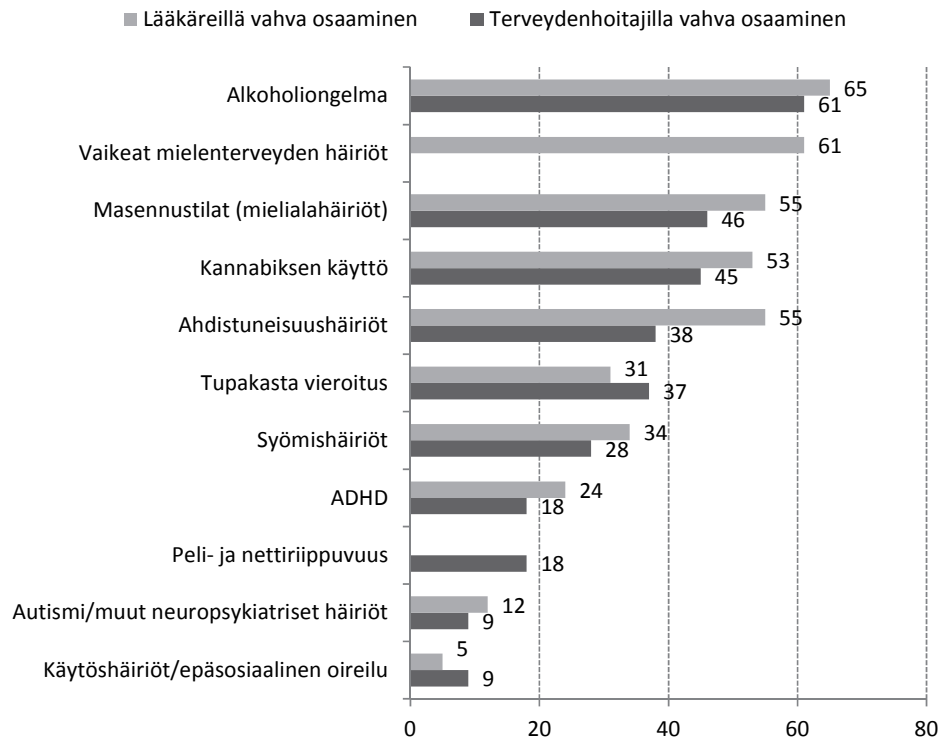
Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lääkkeellisten hoitojen ¹ toteuttaminen	Toisen asteen oppilaitokset	Ammatti- korkeakoulut
Voin usein toteuttaa tavanomaisia ensisijaisia lääkehoitoja	41	58
Voin joskus toteuttaa tavanomaisia ensisijaisia lääkehoitoja	54	42
Minun ei ole mahdollista toteuttaa lainkaan lääkehoitoja aikavajeen takia ²	2	-
Minun ei ole mahdollista toteuttaa lainkaan lääkehoitoja osaamisvajeen takia	3	-

¹ kuten masennus- ja ahdistuneisuustilojen lääkehoito, uniongelmiin lyhytaikainen lääkkeellinen tukeminen, tupakasta vieroitusta tukevat lääkehoidot, alkoholista vieroitusta ja raittiutta tukevat lääkehoidot

² esimerkiksi seuranta-aikoja ei pystytä varaamaan

Prosentiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen. Terveystenhoitajia ja lääkäreitä pyydettiin arvioimaan omaa osaamistaan opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamisessa, tukemisessa ja hoidon seurannassa. Eniten osaamisvajetta lääkärin ja hoitajan tunnistivat opiskelijoiden ADHD:n, autismin ja muiden neuropsykiatristen häiriöiden sekä käytöshäiriöiden ja epäsosiaalisen oireilun hoidossa, ja lisäksi terveydenhoitajat opiskelijoiden peli- ja nettiriippuvuuteen liittyvissä asioissa. (Kuvio 10, liitetaulukko 23.)

**Kuvio 10. Lääkäreiden (n = 62) ja terveydenhoitajien (n = 245) vahva itsearvioitu osaaminen (%) opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamisessa ja opiskelijan tukemisessa.**

Mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta huolehtiminen. Lähes puolet opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöistä oli sitä mieltä, että opiskeluterveydenhuollossa toimivien ammattilaisten mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta oli huolehdittu hyvin heidän vastuualueellaan kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella. Yli puolet oli sitä mieltä, että ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koulutuksesta oli huolehdittu hyvin. (Taulukko 28.) Vastuuhenkilöiden näkemyksissä ei ollut eroja kaupunkimaisten sekä maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien välillä.

Taulukko 28. Opiskeluterveydenhuollossa toimivien ammattilaisten mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta huolehtiminen (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Osaamisesta huolehtiminen	Erittäin hyvin ¹	Melko hyvin	Ei hyvin eikä huonosti ²	Melko huonosti	Erittäin huonosti ³	En osaa sanoa
Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ⁴	6	38	47	4	4	1
Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koulutus ⁵	7	44	37	6	5	1

¹ säännöllisesti ja suunnitelmallisesti, ² koulutuksia on satunnaisesti ja henkilöstö osallistuu oman kiinnostuksen mukaan, ³ tai ei ollenkaan

⁴ mm. mielenterveyden häiriöt, oireilevien tunnistaminen, lievien ja keskivaikkeiden häiriöiden hoitomenetelmät, ⁵ mm. ohjaus ja neuvonta, varhainen puuttuminen riskikäyttäytymiseen

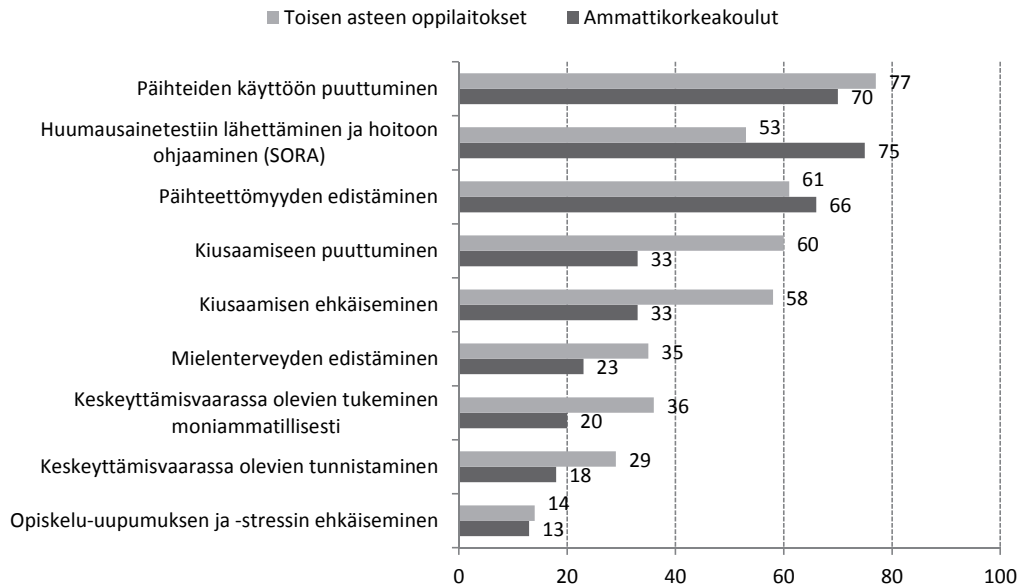
4.4. Yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyössä opiskeluterveydenhuollossa

Kappaleessa kuvataan yhteisiä käytäntöjä mielenterveys- ja päihdetyössä opiskeluterveydenhuollossa, terveystarkastuksista poisjääneiden opiskelijoiden tuen tarpeen selvittämistä, erityisen tuen tarpeen tunnistamista ja tuen järjestämistä sekä kutsuntatarkastusten toteuttamista. Lisäksi tarkastellaan yhteistyön mahdollisuuksia, opiskelijoiden lähettämistä tai ohjaamista eri palveluihin sekä mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä hoitoketjuja.

4.4.1. Yhteiset käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä

Yhteisesti sovitut käytännöt. Terveydenhoitajilta kysyttiin, mitä opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä yhteisiä sovittuja käytäntöjä oli niissä oppilaitoksissa, joissa he työskentelivät.

Terveydenhoitajien arvioiden mukaan kirjattuja yhteisiä käytäntöjä oppilaitoksissa oli useimmiten päihdeiden käyttöön puuttumiseen ja päihhteettömyyden edistämiseen. Yli puolet terveydenhoitajista ilmoitti, että toisen asteen oppilaitoksissa myös kiusaamisen ehkäisemiseen ja kiusaamiseen puuttumiseen oli yhteisiä käytäntöjä. Ammattikorkeakouluissa kiusaamiseen liittyviä käytäntöjä oli huomattavasti harvemmin kuin toisen asteen oppilaitoksissa. Kolme neljännestä terveydenhoitajista raportoi, että ammattikorkeakouluissa oli yhteisiä käytäntöjä huumausainetestiin lähettamisestä ja hoitoon ohjaamisesta. (Kuvio 11.)



Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Kuvio 11. Kirjatut yhteiset käytännöt opiskelijoihin liittyvissä mielenterveys- ja päihdeasioissa oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien (n = 253) arvioimana.

Mielenterveyden edistämisestä, keskeyttämisvaarassa olevien opiskelijoiden tunnistamisesta ja tukemisesta moniammatillisesti sekä opiskelu-uupumuksen ja -stressin ehkäisemisestä oli harvoin kirjattuja käytäntöjä. Erityisesti ammattikorkeakouluista nämä käytännöt puuttuivat. Yli neljännes terveydenhoitajista ilmoitti, että ammattikorkeakouluista puuttui yhteinen käytäntö keskeyttämisvaarassa olevien opiskelijoiden tunnistamiseksi ja tukemiseksi moniammatillisesti. Lähes neljännes terveydenhoitajista raportoi, että sekä toisen asteen oppilaitoksista että ammattikorkeakouluista puuttui yhteinen käytäntö opiskelu-uupumuksen ja -stressin ehkäisemiseksi. (Taulukko 29.)

Toisen asteen oppilaitoksissa oli ammattikorkeakouluihin verrattuna hieman useammin kirjattuja yhteisiä käytäntöjä opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeasioissa. Yhteisissä käytännöissä oppilaitoksissa ei ollut suuria eroja kaupunkimaisten ja maaseutumaisten tai taajaan asuttujen kuntien välillä.

Taulukko 29. Yhteisesti sovitut käytännöt opiskelijoihin liittyvissä mielenterveys- ja päihdeasioissa oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien (n = 253) arvioimana.

Yhteisesti sovitut käytännöt	Ei yhteistä käytäntöä		Tietty periaatteet, mutta ei kirjattuna		Kirjattu yhteinen käytäntö		En osaa sanoa	
	Toinen aste	Ammattikorkeak.	Toinen aste	Ammattikorkeak.	Toinen aste	Ammattikorkeak.	Toinen aste	Ammattikorkeak.
Mielenterveyden edistäminen	9	15	46	54	35	23	10	8
Päihteettömyyden edistäminen	9	8	27	15	61	66	3	11
Päihteiden käyttöön puuttuminen	4	5	18	18	77	70	1	7
Kiusaamisen ehkäiseminen	4	18	28	26	58	33	10	23
Kiusaamiseen puuttuminen	4	19	28	25	60	33	8	23
Opiskelu-uupumuksen ja -stressin ehkäiseminen	22	23	52	57	14	13	12	7
Keskeyttämisvaarassa olevien tunnistaminen	13	29	46	43	29	18	12	10
Keskeyttämisvaarassa olevien tukeminen moniammatillisesti	10	26	44	47	36	20	10	7
Huumausainetestiin lähettäminen ja hoitoon ohjaaminen (SORA)	13	7	21	13	53	75	13	5

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Terveystarkastuksista poisjääneiden tuen tarve. Terveydenhoitajilta kysyttiin, oliko opiskeluterveydenhuollossa tehty suunnitelma tai kirjattu käytäntö siitä, miten selvitetään terveystarkastuksista poisjääneiden opiskelijoiden tuen tarve. Vähän yli puolet (56 %) ilmoitti, että toisen asteen oppilaitoksissa opiskeluterveydenhuollossa oli tehty suunnitelma tai kirjattu käytäntö tilanteisiin, joissa määräaikaiseen terveystarkastukseen kutsuttu opiskelija jää pois tarkastuksesta. Terveydenhoitajista 44 prosenttia ilmoitti, että suunnitelmaa tai käytäntöä ei ollut lainkaan.

Terveydenhoitajista alle kolmannes (29 %) raportoi, että ammattikorkeakouluissa oli tehty suunnitelma tai kirjattu käytäntö tilanteisiin, joissa terveystarkastukseen kutsuttu opiskelija jää pois tarkastuksesta tai opiskelija ei vastaa terveystarkastukseen. Terveydenhoitajista lähes kolme neljästä (71 %) ilmoitti, että suunnitelmaa tai käytäntöä ei ollut.

Erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen. Terveydenhoitajilta tiedusteltiin oliko opiskeluterveydenhuollossa sovittu toimintatapa opiskelijan sairaudesta, vammasta tai muusta syystä johtuvan erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tuen järjestämiseksi. Kaksi kolmannesta ilmoitti, että toisen asteen oppilaitoksissa oli sovittu toimintatapa tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tarvittavan tuen järjestämiseksi. Terveydenhoitajista puolet raportoi, että sovittu toimintatapa oli ammattikorkeakouluissa. (Taulukko 30.)

Taulukko 30. Opiskeluterveydenhuollossa sovittu toimintatapa opiskelijan erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tuen järjestämiseksi (%) terveydenhoitajien (n = 253) arvioimana.

Oppilaitostyyppi	Sovittu toimintatapa	
	tuen tarpeen ¹ tunnistaminen	tarvittavan tuen järjestäminen
Toisen asteen oppilaitokset	65	63
Ammattikorkeakoulut	55	55

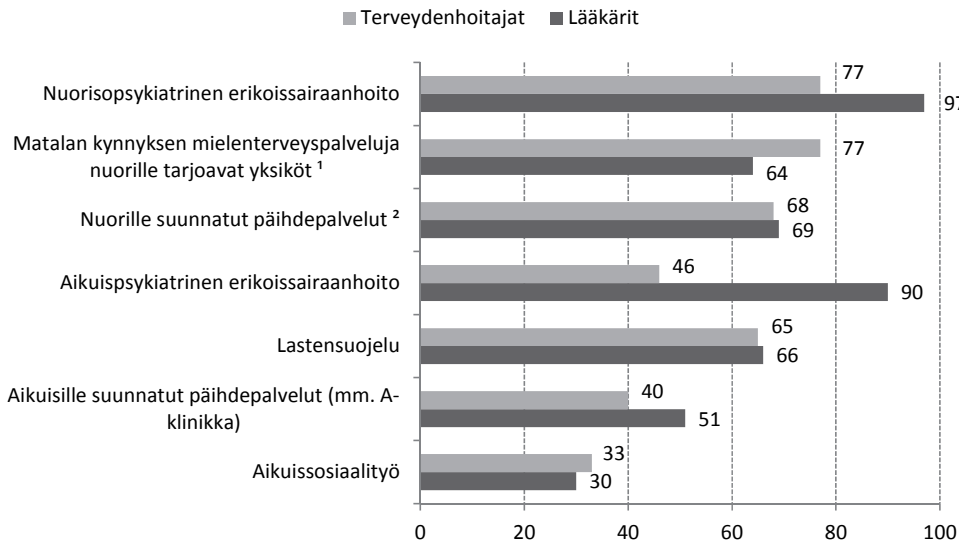
¹ opiskelijan sairaudesta, vammasta tai muusta syystä johtuvan erityisen tuen tarve.

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Kutsuntatarkastukset. Terveydenhoitajilta kysyttiin, tehdäänkö asevelvollisten kutsuntatarkastukset opiskeluterveydenhuollossa. Kolme neljästä (78 %) ilmoitti, että kutsuntatarkastukset tehdään opiskeluterveydenhuollossa. Näin oli sekä keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä että kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut järjestettiin oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa. Kaupunkimaisista kunnista 80 prosentissa sekä maaseutumaisista ja taajaan asutuista kunnista 76 prosentissa kutsuntatarkastukset tehtiin opiskeluterveydenhuollossa. Jos asevelvollisten kutsuntatarkastuksia ei tehty opiskeluterveydenhuollossa, niitä toteutettiin terveyskeskuksessa, neuvolassa, aikuisneuvolassa, aikuisten terveystarkastusyksikössä, puolustusvoimissa tai lääkäriasemalla. Terveydenhoitaja saattoi tehdä terveystarkastuksen oppilaitoksessa ja lääkärin osuus kutsuntatarkastuksesta toteutettiin terveyskeskuksessa, tai opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitaja saattoi olla terveyskeskuksessa tekemässä kutsuntatarkastuksia yhdessä lääkärin kanssa.

4.4.2. Konsultointi ja yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyössä

Mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvä konsultointi ja yhteistyö. Terveydenhoitajat ja lääkärit olivat konsultoineet tai tehneet yhteistyötä kuluneen vuoden aikana opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä useimmiten nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon, matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavien yksiköiden, nuorille suunnattujen päihdepalvelujen ja lastensuojelun kanssa. Useampi kuin kaksi kolmesta oli konsultoinut tai tehnyt yhteistyötä näiden tahojen kanssa. Lisäksi lääkäreistä 90 prosenttia oli konsultoinut tai tehnyt yhteistyötä aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. (Kuvio 12.)



¹ mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka, Nuorisopoliklinikka ja Nuorisoneuvola

² mm. Nuorisoasema, Pysäkki, Päihdepysäkki ja Stoppi

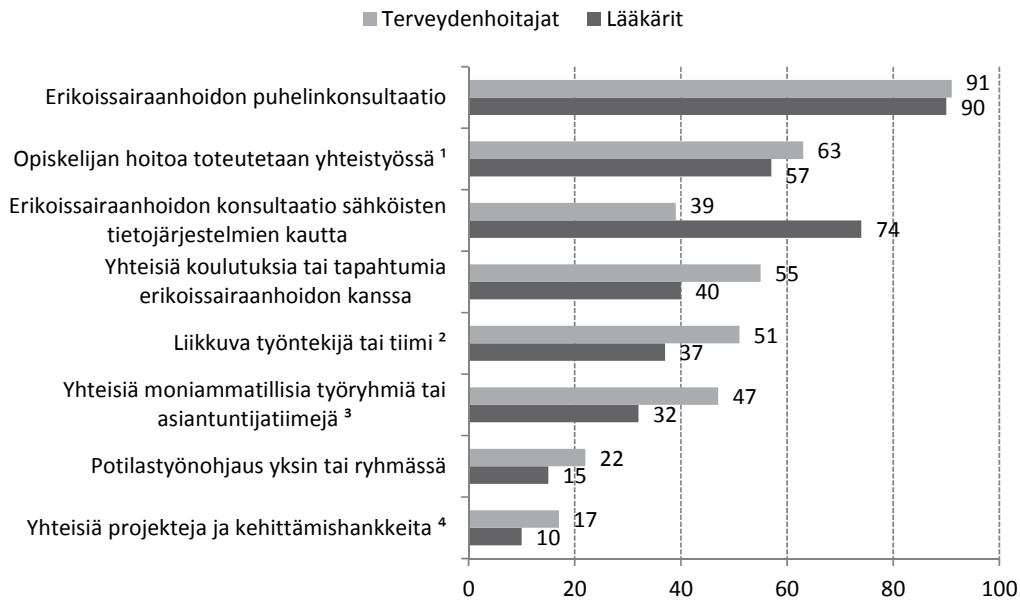
Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä palveluja tarjolla.

Kuvio 12. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä kuluneen vuoden aikana eri tahoja konsultoineet tai eri tahojen kanssa yhteistyötä tehneet (%) terveydenhoitajat (n = 253) ja lääkärit (n = 62).

Osa terveydenhoitajista ja lääkäreistä ei ollut konsultoinut tai tehnyt yhteistyötä kuluneen vuoden aikana opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä, vaikka palveluja oli ollut tarjolla. Mielenterveys- ja päihdepalveluja oli kokonaisuudessaan hyvin tarjolla, mutta noin 15 prosenttia terveydenhoitajista ja lääkäreistä raportoi, että nuorille suunnattuja päihdepalveluja ja matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja ei ollut tarjolla tai yhteistyömahdollisuuksia ei ollut. (Liitetaulukko 24.) Maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa näitä palveluja oli vähemmän tarjolla kuin kaupunkimaisissa kunnissa (liitetaulukko 25). Silloin, kun niitä oli tarjolla, maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa oli tehty yhteistyötä hieman useammin kuin kaupunkimaisissa kunnissa (liitetaulukko 26).

Terveydenhoitajat ja lääkärit toivat esille myös muita tahoja, joiden kanssa he olivat tehneet yhteistyötä opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä. Näitä olivat 1) kunnalliset nuorten palvelut (nuorisotyö, etsivä nuorisotyö, ehkäisevä nuorisotyö, liikunta- ja vapaa-ajanpalvelut, pajatoiminta), 2) järjestöt ja vertaistukiryhmät (kolmannen sektorin toimijat, seurakunta, Mielenterveysseuran vertaistukiryhmät), 3) nuorten matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut (nuorille suunnatut päihdepalvelut, mielenterveystoimisto, terveyskeskuksen mielenterveys- ja päihdepalvelut), 4) erityistyöntekijät terveyskeskuksessa tai oppilaitoksessa (terveyskeskuksen psykologi, psykiatrisen sairaanhoitaja, depressiohoitaja, päihdetyöntekijä, nuorisopsykiatri, oppilaitoksen psykologi, kuraattori, opinto-ohjaaja), 5) kuntoutuspalvelut (Kelan kuntoutus, päihdekuntoutuslaitokset, kunnan kuntoutustyöryhmä) ja 6) liikkuva psykiatria (ensiapopsykiatrisen työpari, psykiatrisen akuuttityöryhmä).

Yhteistyön mahdollisuudet. Terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin, millaisia yhteistyön mahdollisuuksia heillä oli eri tahojen kanssa opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä. Suurimmalla osalla terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli mahdollisuus erikoissairaanhoidon puhelinkonsultaatioon. Yli puolella sekä terveydenhoitajista että lääkäreistä oli mahdollisuus toteuttaa opiskelijan hoitoa yhdessä eri toimijoiden kanssa esimerkiksi seuraamalla opiskelijan somaattista terveyttä opiskeluterveydenhuollossa syömishäiriön hoidossa. (Kuvio 13.) Tämä mahdollisuus oli erityisesti nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa (liitetaulukko 27).



¹ esimerkiksi somaattisen terveyden seuranta opiskeluterveydenhuollossa syömishäiriön hoidossa

² erikoissairaanhoidosta tai matalan kynnyksen palveluista tulee tekemään yhdessä arviota ja hoitosuunnitelmaa,

³ hoitavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä opiskelijoita, ⁴ mm. työnjaosta tai toimintakäytännöistä

Prosenttiosuudet niistä vastaajista, joilla yhteistyön mahdollisuus vähintään yhden opiskelijolle mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjoavan tahon kanssa

Kuvio 13. Yhteistyön mahdollisuudet eri tahojen kanssa opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioimana.

Kolmella neljästä lääkäristä oli mahdollisuus erikoissairaanhoidon konsultaatioon sähköisten tietojärjestelmien kautta. Terveydenhoitajista tämä mahdollisuus oli reilulla kolmanneksella (kuvio 13). Lääkäreillä oli mahdollisuus sähköiseen konsultaatioon erityisesti nuoriso- ja aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa (liitetaulukko 27). Noin puolella terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli mahdollisuus yhteisiin koulutuksiin ja tapahtumiin erikoissairaanhoidon kanssa. Terveydenhoitajista puolella ja lääkäreistä kolmanneksella oli mahdollisuus siihen, että työntekijä tai tiimi erikoissairaanhoidosta tai matalan kynnyksen palveluista tulee opiskeluterveydenhuoltoon tekemään yhdessä arviota ja hoitosuunnitelmaa. Yhtä moni raportoi, että heillä oli mahdollisuus yhteisiin moniammatillisiin työryhmiin ja asiantuntijatiimeihin, jotka hoitavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä opiskelijoita. Noin joka viidennellä oli mahdollisuus potilastyönohjaukseen yksin tai ryhmässä. (Kuvio 13.) Yhteistyön mahdollisuuksissa opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä eri tahojen kanssa ei ollut suuria eroja kaupunkimaisten sekä maaseutumaisien ja taajaan asuttujen kuntien välillä. Ainoastaan yhteisiin moniammatillisiin työryhmiin ja asiantuntijatiimeihin arvioitiin olevan hieman useammin mahdollisuuksia maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kuin kaupunkimaisissa kunnissa. (Liitetaulukko 28.)

Terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin myös, mitä muita yhteistyön mahdollisuuksia heillä oli ja millaisista yhteistyön mahdollisuuksista he arvioivat olevan eniten hyötyä opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä (taulukko 31). Vastauksissa tuotiin esille yhteistyön kannalta keskeisenä toimijana aktiivinen opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitaja. Lisäksi tärkeimpänä yhteistyötahona mainittiin useissa terveydenhoitajien vastauksissa psykiatrisen sairaanhoitajan palvelut oppilaitoksessa.

Sekä lääkäreiden että terveydenhoitajien vastauksista nousi esille yksin työskenteleminen opiskeluterveydenhuollossa ja sen haasteellisuus. Tarve yhteistyölle eri toimijoiden kanssa on suuri, mutta käytännössä yhteistyön tekeminen saattaa olla vaikeaa. Yksin työskentelevät kokivat, että oli vaikeaa saada opiskelijoiden asioita eteenpäin kunnassa. Toisaalta pienten paikkakuntien etuna todettiin olevan se, että eri toimijat tuntevat toisensa ja yhteistyön tekeminen eri ammattiryhmien kesken on helppoa.

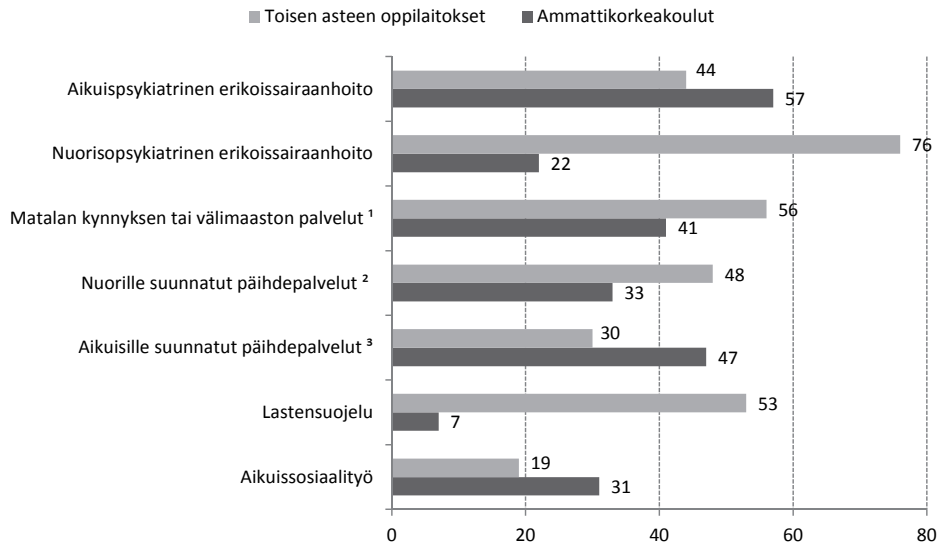
Taulukko 31. Yhteistyön mahdollisuudet opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä, joista eniten hyötyä terveydenhoitajien ja lääkäreiden arvioimana (n = 315).

Yhteistyön mahdollisuudet, joista eniten hyötyä
Työparityöskentely eri ammattiryhmien kesken
Pari- ja yhteisvastaanotto
Moniammatilliset ryhmät, tiimit, hoitopalaverit ja verkostopalaverit yli organisaatorajojen
Verkostotyö ja dialoginen verkostotyö monialaisesti
Työparina toteutetut ryhmät, ryhmätoiminta, alueelliset ryhmät
Jalkautuvat erityistason psykiatriset palvelut
Jalkautuvat matalan kynnyksen palvelut: sosiaalityöntekijä, päihdetyöntekijä, järjestöt ym.
Psykiatrinen sairaanhoitaja oppilaitoksessa tai jalkautuvana
Opinto- tai koulupsykologi oppilaitokseen, psykologin vastaanotto oppilaitoksessa
Opiskelijan saattaen vaihtaminen toimijalta toiselle tai palvelusta toiseen
Helposti saatavilla olevat matalan kynnyksen palvelut lähipalveluina
Joustavat jatkohoitomahdollisuudet, lähetekäytännöt ja hoitopolut
Suora ja nopea moniammatillinen konsultaatiomahdollisuus, konsultoiva psykiatri
Monialainen yhteistyö ja joustava tiedonsiirto hallinnonalat ylittäen
Moniammatillinen ja organisaatorajat ylittävä koulutus ja hankkeet
Opiskelijan perheen ja lähiverkoston huomioiminen, teemapäivät, tiedottaminen

Opiskelijoiden lähettäminen tai ohjaaminen eri palveluihin. Terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin, mihin palveluihin he olivat lähettäneet tai ohjanneet opiskelijoita kuluneen vuoden aikana. Opiskelijoi- ta on lähetetty tai ohjattu useimmiten erikoissairaanhoitoon. Useampi kuin kolme neljästä terveydenhoita- jasta ja lääkäristä oli lähettänyt opiskelijoita toisen asteen oppilaitoksista nuorisopsykiatriseen erikoissai- raanhoitoon kuluneen vuoden aikana (kuvio 14). Lääkäreistä lähes 80 prosenttia oli lähettänyt opiskelijoita toiselta asteelta myös aikuispsykiatriseen erikoissairaanhoitoon (liitetaulukko 29).

Ammattikorkeakouluista opiskelijoita oli lähetetty useimmiten aikuispsykiatriseen erikoissairaanhoitoon ja aikuisille suunnattuihin päihdepalveluihin. Toiselta asteelta opiskelijoita oli lähetetty tai ohjattu erikois- sairaanhoidon lisäksi useimmin matalan kynnyksen ja lastensuojelun palveluihin. (Kuvio 14.) Terveyden- hoitajat ja lääkärit mainitsivat myös muita tahoja, joihin opiskelijoita oli lähetetty tai ohjattu, kuten nuoriso- työ, juniorinuotta, kirkon diakoniatyö, kriisikeskus, perheasiainneuvottelukeskus, terveyskeskuksen erityis- työntekijät ja päivystys, opinto-ohjaaja, erityisopettaja, Tukinaiset, Tyttöjen talo ja Nuorten kriisipiste.

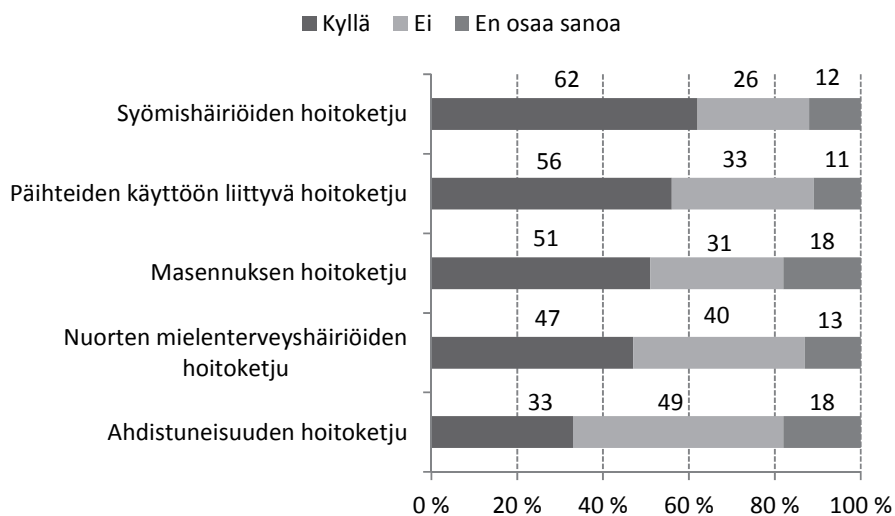
Toisen asteen oppilaitoksista opiskelijoita on lähetetty tai ohjattu kaupunkimaisista kunnista maaseutu- maisia ja taajaan asuttuja kuntia useammin erityisesti nuoriso- ja aikuispsykiatriseen erikoissairaanhoitoon sekä matalan kynnyksen palveluihin (liitetaulukko 30). Matalan kynnyksen palveluja oli enemmän tarjolla kaupunkimaisissa (83 %) kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa (62 %) kunnissa. Sen sijaan nuoriso- ja aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarjonnassa ei havaittu kuntatyyppin mukaisia eroja.



¹ mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavat yksiköt mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka, Nuorisopoliklinikka ja -neuvola, ² mm. Nuorisoasema, Pysäkki, Päihdepysäkki ja Stoppi, ³ mm. A-klinikka
 Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

**Kuvio 14. Opiskelijoiden lähettäminen tai ohjaaminen opiskeluterveydenhuollosta eri palveluihin kulu-
 neen vuoden aikana (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) arvioiden mukaan.**

Hoitoketjut opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä. Vastuuhenkilöiltä kysyttiin, millaisia hoitoketjuja oli käytettävissä opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä heidän vastuualueellaan kunnassa. Kolme neljästä vastasi, että heidän vastuualueellaan oli käytettävissä vähintään yksi opiskelijoiden mielen- terveys- ja päihdetyöhön liittyvä hoitoketju. Yli puolet mainitsi, että käytettävissä oli syömishäiriöiden ja masennuksen hoitoketjut sekä päihteiden käyttöön liittyvä hoitoketju. Lähes puolet mainitsi, että käytettä- vissä oli yleinen nuorten mielenterveyshäiriöiden hoitoketju, ja kolmannes mainitsi ahdistuneisuuden hoi- toketjun. (Kuvio 15.) Vastuuhenkilöt toivat esille myös neuropsykiatrisen nuoren hoitoketjun, nuoren huo- lipulun, etsivän nuorisotyön ja sairaanhoitopiirin hoitoketjut.



**Kuvio 15. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvät hoitoketjut (%) vastuuhenkilöiden arvi-
 oimana (n = 78).**

Vastuuhenkilöiden mukaan hoitoketjuja päivitettiin useimmin satunnaisesti, ja neljänneksen mukaan sovituin väliajoin. Suuri osa ei osannut sanoa, miten usein hoitoketjuja päivitettiin kunnassa. Lisäksi useampi kuin joka kymmenes ei osannut sanoa, oliko heidän alueellaan kunnassa käytettävissä opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä hoitoketjuja. (Liitetaulukko 31.)

Hoitoketjujen laatimiseen olivat osallistuneet useimmin opiskeluterveydenhuollon toimijat, nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoito, terveyskeskuksen erityistyöntekijät ja opiskeluhuollon muut toimijat. Lisäksi vastuuhenkilöt mainitsivat, että hoitoketjujen laatimiseen olivat osallistuneet etsivä nuorisotyö, nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä matalan kynnyksen palvelut, sairaanhoitopiiri, sivistystoimi ja oppilaitokset. Osa vastuuhenkilöistä ei osannut sanoa, mitkä tahot olivat osallistuneet hoitoketjujen laatimiseen heidän vastuualueellaan. (Taulukko 32.)

Taulukko 32. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvien hoitoketjujen laatimiseen osallistuneet tahot (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Hoitoketjujen laatimiseen osallistuneet tahot	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Opiskeluterveydenhuollon toimijat	85	6	9
Nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoito	70	13	17
Terveyskeskuksen erityistyöntekijät ¹	67	14	19
Opiskeluhuollon muut toimijat	62	15	23
Terveyskeskuksen lääkärin vastaanottotoiminnasta vastaavat	51	31	18
Lastensuojelu	49	22	29
Aikuispsykiatrinen erikoissairaanhoito	47	24	29
Nuorille suunnatut päihdepalvelut ²	37	31	32
Aikuisille suunnatut päihdepalvelut (mm. A-klinikka)	37	30	33
Matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut ³	34	38	28
Aikuissosiaalityö	29	33	38

¹ mm. psykiatrinen sairaanhoitaja tai päihdetyöntekijä, ² mm. Nuorisoasema, Päihdepysäkki

³ mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka

Prosenttiosuudet niiden vastuuhenkilöiden osalta, joiden vastuualueella on käytettävissä vähintään yksi hoitoketju (n = 59, 76 %)

4.5. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen opiskeluterveydenhuollossa

Kappaleessa kuvataan mielenterveys- ja päihdetyön täydenniskoulutuksen saamista ja tarvetta, mielenterveys- ja päihdetyötä edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä sekä opiskeluterveydenhuollon johtamista ja tuen saamista. Lisäksi tarkastellaan opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä kuten asiakaspalautteen keräämistä, kehittämishankkeita sekä kehittämiseen saatua ohjausta ja konsultaatiotukea.

4.5.1. Mielenterveys- ja päihdetyön täydenniskoulutus ja tuen saaminen

Täydenniskoulutuksen saaminen mielenterveys- ja päihdetyöhön. Alle puolet opiskeluterveydenhuollossa toimivista terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli saanut täydenniskoulutusta mielenterveys- ja päihdetyöhön viimeisten viiden vuoden aikana: terveydenhoitajista vähän suurempi osa kuin lääkäreistä.

Kaupunkimaisissa kunnissa toimivista ammattilaisista suurempi osa kuin maaseutumaisissa tai taajaan asutuissa kunnissa toimivista oli saanut täydenniskoulutusta. Keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä oli saatu täydenniskoulutusta useammin kuin kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut on järjestetty hajautetusti oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa. Ne vastaajat, jotka työskentelivät 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa, olivat saaneet useammin täydenniskoulutusta kuin useilla toimintasektoreilla työskentelevät. (Taulukko 33.)

Taulukko 33. Täydennyskoulutuksen saaminen mielenterveys- ja päihdetyöhön viimeisten viiden vuoden aikana terveydenhoitajilla ja lääkäreillä (n = 315) taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Saanut täydennyskoulutusta ¹
Työtehtävä opiskeluterveydenhuollossa	
Terveydenhoitaja	46
Lääkäri	35
Kuntatyyppi	
Kaupunkimaiset kunnat	49
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	32
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen	
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä	52
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	42
Työaika opiskeluterveydenhuollossa	
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa	48
Toimii useilla tehtävälueilla	40

¹ mielenterveys- ja päihdetyöhön (mm. terapia- tai menetelmäkoulutusta)

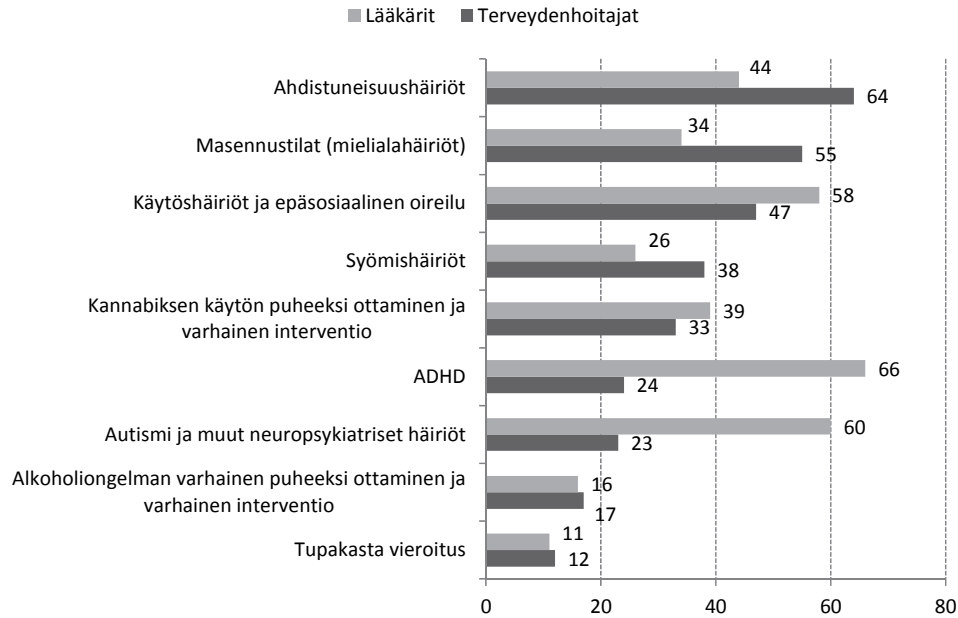
Keskeiset täydennyskoulutukset. Terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin, mitkä olivat olleet kolme keskeisintä koulutusta, jos he olivat saaneet täydennyskoulutusta mielenterveys- ja päihdetyöhön viimeisten viiden vuoden aikana (liitetaulukko 33). Terveydenhoitajat ja lääkärit nimesivät keskeisimmiksi mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutuksiksi seuraavan taulukon 34 mukaiset koulutukset.

Taulukko 34. Keskeiset täydennyskoulutukset mielenterveys- ja päihdetyöhön viimeisten viiden vuoden aikana terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) mukaan.

Keskeiset täydennyskoulutukset mielenterveys- ja päihdetyöhön
ADHD-koulutus
Huumausaine- ja kannabiskoulutus
Masennuskoulutus
Mielenterveyden ja mielenterveystyön koulutus
Motivoivan haastattelun koulutus
Nuorisopsykiatrinen koulutus
Peliriippuvuus koulutus
Psykoterauttiset menetelmät ja psykoterapiakoulutus
Päihdekoulutus ja päihdetyön koulutus
SORA-lainsäädäntöä koskeva koulutus
Syömishäiriökoulutus
Tupakasta vieroituskoulutus

Täydennyskoulutuksen tarve mielenterveys- ja päihdehäiriöistä. Terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin, mistä mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvistä asioista he tarvitsivat eniten täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutuksen tarvetta oli erityisesti ahdistuneisuushäiriöistä, masennustiloista sekä käytöshäiriöiden ja epäsosiaalisen oireilun hoidosta. Terveydenhoitajilla neljä tärkeintä täydennyskoulutustarvetta kohdistuivat opiskelijoiden ahdistuneisuushäiriöihin, masennustiloihin, käytöshäiriöihin ja epäsosiaaliseen oireiluun sekä peli- ja nettiriippuvuuteen. Lääkäreillä neljä tärkeintä olivat opiskelijoiden ADHD, autismi ja muut neuropsykiatriset häiriöt, käytöshäiriöt ja epäsosiaalinen oireilu sekä ahdistuneisuushäiriöt. (Kuvio 16, liitetaulukko 32.)

Lääkärit mainitsivat muiksi täydennyskoulutuksen tarpeiksi monioireilevan opiskelijan hoidon tuen ja seurannan sekä psyykkisesti oireilevien lääkehoidon. Terveystenhoitajat mainitsivat opiskelijoiden stressin ehkäisemisen, mielenterveysongelmien erityiskysymykset kohtaamisessa, nuuskan käytön, kiusaamiseen puuttumisen, vanhempien mielenterveysongelmien vaikutuksen lapsiin ja nuoriin sekä kuntoutuksen.



Kuvio 16. Tärkeimmät täydennyskoulutuksen tarpeet opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöistä (%) terveydenhoitajilla (n = 253) ja lääkäreillä (n = 62).

Täydennyskoulutuksen tarve mielenterveys- ja päihdetyön menetelmistä. Terveystenhoitajien ja lääkäreiden mielestä eniten täydennyskoulutuksen tarvetta mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiin ja toimintatapoihin liittyen oli vuorovaikutuksellisista menetelmistä (muun muassa tukea antavat keskustelut ja ratkaisukeskeiset menetelmät) sekä ryhmämuotoisista interventioista ja terapioiden (taulukko 35).

Terveystenhoitajat ja lääkärit mainitsivat myös muita mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiä ja toimintatapoja, joista he kokivat tarvitsevansa täydennyskoulutusta. Näitä olivat esimerkiksi ahdistuksen mini-interventio, yleinen menetelmäkoulutus, terapiakoulutus, elämänhallintaa tukeva keskustelu ja ohjaus, voimavaraistavat menetelmät, yksilömuotoiset lyhytterapiat, tupakasta vieroitus ja verkkopalvelujen hyödyntäminen.

Taulukko 35. Täydennyskoulutuksen tarve opiskeluterveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdetyön menetelmistä ja työtavoista (%) terveydenhoitajilla (n = 253) ja lääkäreillä (n = 62).

Menetelmät ja työtavat	Erittäin paljon		Melko paljon		Ei paljon eikä vähän		Melko vähän		Erittäin vähän	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Varhaisen puuttumisen malli päihdetömyyden edistämiseksi (ADSUME)	5	10	15	23	36	37	28	15	16
Mini-interventio päihdeiden käyttöön puuttumiseksi	2	-	20	13	35	40	31	34	12	13
Motivoiva haastattelu	8	10	33	22	34	41	21	22	4	5
Vuorovaikutukselliset menetelmät ¹	13	8	41	49	26	32	15	8	5	3
Ryhmämuotoiset interventiot ja terapiat	18	18	48	29	21	30	11	10	2	13

¹ mm. tukea antavat keskustelut ja ratkaisukeskeiset menetelmät

Mielenterveys- ja päihdetyön täydenniskoulutuksen hyödyllisyys. Terveydenhoitajista ja lääkäreistä yli puolet piti erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyössä järjestämää koulutusta erittäin hyödyllisenä mielenterveys- ja päihdetyön täydenniskoulutuksena opiskeluterveydenhuollossa tehtävän työn kannalta. Erityisesti lääkärit pitivät yhteistyössä järjestettyä koulutusta erittäin hyödyllisenä. Lähes yhtä hyödyllisenä nähtiin erikoissairaanhoidon järjestämä täydenniskoulutus. (Taulukko 36.)

Terveydenhoitajat ja lääkärit mainitsivat myös muita koulutustahoja tai koulutuksia, joista he kokivat olleen hyötyä opiskeluterveydenhuollossa. Näitä olivat ammattiliiton koulutus, avoimen yliopiston koulutus, kolmannen sektorin järjestämä koulutus, Työterveyslaitoksen (TTL) koulutus, ammattikorkeakoulun asiantuntijakoulutukset, opiskeluterveydenhuoltoon räätälöity psykiatrinen koulutus, organisaation sisäiset koulutukset, organisaation ulkopuolinen täsmäkoulutus ja valtakunnalliset koulutuspäivät.

Taulukko 36. Eri tahojen toteuttaman mielenterveys- ja päihdetyön täydenniskoulutuksen hyödyllisyys opiskeluterveydenhuollossa tehtävän työn kannalta (%) terveydenhoitajilla (n = 253) ja lääkäreillä (n = 62).

Eri tahojen toteuttama täydenniskoulutus	Erittäin hyödyllistä		Melko hyödyllistä		Ei hyödyllistä eikä hyödyttöä		Melko hyödyttöä		Erittäin hyödyttöä	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Oman työnantajan järjestämä koulutus omassa organisaatiossa	29	37	56	37	10	20	4	6	1
Erikoissairaanhoidon järjestämä koulutus	48	43	45	52	5	5	1	-	1	-
Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyössä järjestämä koulutus	55	64	38	24	5	10	1	2	1	-
Ammattikorkeakoulun järjestämä koulutus (mm. ammatillinen täydenniskoulutus)	33	16	45	26	17	42	4	16	1	-

Osallistuminen täydenniskoulutukseen verkossa. Yli kolmannes opiskeluterveydenhuollossa toimivista terveydenhoitajista ja lääkäreistä osallistuisi hyvin todennäköisesti verkossa tapahtuvaan mielenterveys- ja päihdetyön täydenniskoulutukseen, jos työnantaja tarjoaisi siihen mahdollisuuden. Terveydenhoitajista hieman suurempi osa kuin lääkäreistä osallistuisi kuitenkin verkossa tapahtuvaa koulutusta mieluummin kontaktiopetukseen, kuten seminaareihin. Lääkäreistä joka kymmenes oli sitä mieltä, että verkossa tapahtuva koulutus ei sovi hänelle. (Taulukko 37.)

Maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa terveydenhoitajilla ja lääkäreillä oli kaupunkimaisiin kuntiin verrattuna hieman enemmän halua osallistua verkossa tapahtuvaan mielenterveys- ja päihdetyön teoriaan ja taustoihin liittyvään täydenniskoulutukseen. Alle 40-vuotiailla vastaajilla oli jonkin verran enemmän halua osallistua kuin yli 50-vuotiailla, kuten myös niillä vastaajilla, jotka työskentelivät useilla toimintasektoreilla verrattuna 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa toimiviin. (Liitetaulukko 34.)

Taulukko 37. Halu osallistua verkossa tapahtuvaan täydenniskoulutukseen (%) terveydenhoitajilla (n = 253) ja lääkäreillä (n = 62).

Osallistuminen täydenniskoulutukseen ¹	Mielenterveys- ja päihdetyön teoriaan ja taustoihin liittyvä koulutus		Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiin ja työtapoihin liittyvä koulutus	
	Terveydenhoitajat	Lääkärit	Terveydenhoitajat	Lääkärit
	Hyvin todennäköisesti osallistuisin	36	34	44
Mahdollisesti osallistuisin	35	37	25	36
Osallistuisin mieluummin kontaktiopetukseen ²	29	19	31	23
Verkossa tapahtuva koulutus ei sovi minulle	6	10	6	10
En osaa sanoa	4	5	3	5

¹ jos työnantaja tarjoaisi siihen mahdollisuuden. Vastaajalla valittavana useita vaihtoehtoja.

² mm. seminaarit

Osallistuminen vertaisryhtisöön verkossa. Terveystenhoitajista yli kaksi kolmannesta ja lääkäreistä yli puolet osallistuisi mahdollisesti tai hyvin todennäköisesti verkossa suljettuun vertaisryhtisöön saman alan ammattilaisten kesken, jos se olisi mahdollista. Noin viidennes hakee tukea työlleen mieluummin muualta kuin verkosta. Joka kymmenes kokee, että verkossa tapahtuva vertaistoiminta ei sovi hänelle. (Taulukko 38.)

Maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa terveydenhoitajilla ja lääkäreillä oli kaupunkimaisiin kuntiin verrattuna hieman enemmän halua osallistua verkossa suljettuun vertaisryhtisöön saman alan ammattilaisten kesken. Näin oli myös niissä kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuollon palvelut on järjestetty hajautetusti oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa verrattuna keskitettyihin opiskeluterveydenhuollon toimipisteisiin. Alle 40-vuotiailla vastaajilla oli jonkin verran enemmän halua osallistua kuin yli 50-vuotiailla. Niillä vastaajilla, jotka työskentelivät useilla toimintasektoreilla, oli vähän enemmän halua osallistua suljettuun vertaisryhtisöön verkossa kuin 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa toimivilla. (Liitetaulukko 35.)

Taulukko 38. Halu osallistua verkossa suljettuun vertaisryhtisöön saman alan ammattilaisten kesken (%) terveydenhoitajilla (n = 253) ja lääkäreillä (n = 62).

Osallistuminen vertaisryhtisöön verkossa ¹	Terveydenhoitajat	Lääkärit	Yhteensä
Hyvin todennäköisesti osallistuisin	20	15	19
Mahdollisesti osallistuisin	49	39	47
Haen tukea työlleeni mieluummin muualta kuin verkosta	23	18	22
Verkossa tapahtuva vertaistoiminta ei sovi minulle	9	15	10
En osaa sanoa	8	16	10

¹ mm. keskustelupalsta hyvien käytäntöjen jakamiseen. Vastaaja voi valita useita vaihtoehtoja.

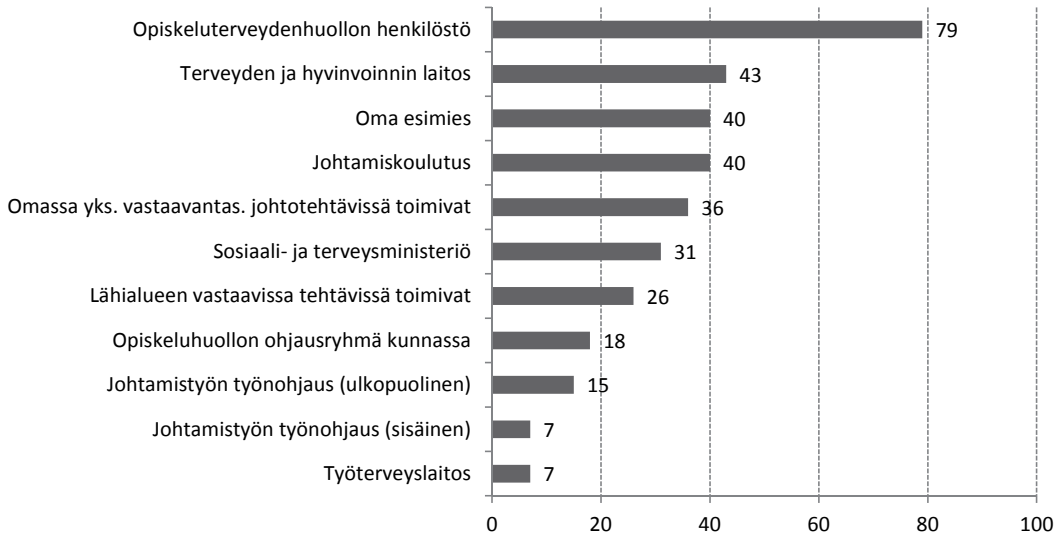
Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyötä edistävät ja vaikeuttavat tekijät. Terveystenhoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin, mitkä tekijät edistävät ja vaikeuttavat mielenterveys- ja päihdetyötä opiskeluterveydenhuollossa. Vastauksista nousi esille taulukossa 39 esitetyt asiakokonaisuudet. Erityisen ongelmalliseksi vastaajat kokivat alle 18-vuotiaiden nuorten tilanteen opiskeluterveydenhuollossa. Heille ei useinkaan ole tarjolla matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja, joihin nuoren voisi ohjata.

Taulukko 39. Mielensterveys- ja päihdetyötä edistävät ja vaikeuttavat tekijät opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitajien ja lääkäreiden arvioimana (n = 315).

Mielensterveys- ja päihdetyötä edistävät ja vaikeuttavat tekijät
Edistävät tekijät
Palvelujen helppo saatavuus ja saavutettavuus matalalla kynnyksellä
Riittävät henkilöstöresurssit opiskeluterveydenhuollossa ja opiskeluhuollossa
Moniammatillinen toimiva yhteistyö ja moniammatillinen tiimityö
Verkostoyhteistyö ja verkostoituminen eri toimijoiden kesken
Yhteisesti sovitut käytännöt, toimintamallit ja selkeät toimintaohjeet
Työparityöskentely ja psykiatrisen sairaanhoitajan tuki
Vahva mielensterveys- ja päihdetyön osaaminen ja ammattitaito
Säännöllinen täydennyskoulutus, työnohjaus ja johdon tuki työlle
Riittävästi aikaa kohdata opiskelijat ja kiireettömyys
Varhainen puuttuminen sekä ehkäisevä mielensterveys- ja päihdetyö
Riittävät jatkohoitoon ohjaamisen mahdollisuudet ja hoidon jatkuvuus
Myönteinen suhtautuminen ja aito kiinnostus mielensterveys- ja päihdetyöhön
Toimintaympäristön yhteisöllisyys ja avoimuus sekä osallisuus
Yhteistyö opiskelijoiden ja heidän lähipiirin sekä oppilaskunnan kanssa
Vaikeuttavat tekijät
Riittämättömät henkilöstöresurssit opiskeluterveydenhuollossa ja opiskeluhuollossa
Ajan puute opiskelijoiden kohtaamiseen ja tukemiseen sekä jatkuva kiire
Palvelujen heikko saatavuus, saavutettavuus ja hajanaisuus
Nuorille suunnattujen matalan kynnyksen palvelujen puute (mm. päihdepalvelut)
Epäselvät hoitopolut ja -ketjut sekä työnjako
Jatkohoitoon ohjaamisen ja pääsemisen vaikeudet
Pitkät jonot mielensterveys- ja päihdepalveluihin ja palvelujen ruuhkautuminen
Työtehtävien moninaisuus, yksin työskentely, suuri työmäärä ja työnohjauksen puute
Osaamisen puute ja vähäiset mahdollisuudet täydennyskoulutukseen
Opiskelijoiden ongelmien tunnistamisen vaikeudet
Ehkäisevään työhön panostamisen vähäisyys: opiskelijoiden ongelmat usein jo vakavia
Yhteistyön puute tai ongelmat eri toimijoiden kesken
Tiedon kulkuun, tietosuojaan ja kirjaamiseen liittyvät ongelmat
Yhteisten toimintatapojen ja -ohjeiden puuttuminen
Asenteelliset ongelmat: puuttumattomuus ja opiskelijoiden ongelmien vähättely
Päättäjien tiedon puute opiskelijoihin ja nuoriin liittyvistä asioista
Opiskelijoiden motivaation puute, sitoutumattomuus ja vaikea tavoitettavuus
Moniongelmaisuus sekä ongelmien kasaantuminen ja pitkittyminen

Tuen saaminen opiskeluterveydenhuollon johtamiseen. Vastuuhenkilöiltä kysyttiin, miltä tahoilta he kokivat saavansa tukea opiskeluterveydenhuollon johtamiseen. Vastuuhenkilöt arvioivat saavansa eniten tukea opiskeluterveydenhuollon henkilöstöltä: yli kolme neljännestä koki saavansa tukea paljon. Useampi kuin kolmannes koki saavansa tukea paljon omalta esimieheltä, omassa yksikössä vastaavantasoisissa johdotehtävissä toimivilta, johtamiskoulutuksesta ja THL:ltä. (Kuvio 17.)

Kolmannes vastuuhenkilöistä kuitenkin koki saavansa vähän tukea omalta esimieheltään. Opiskeluhuollon ohjausryhmän ja johtamistyön työnohjauksen osalta yli neljännes vastuuhenkilöistä ei osannut sanoa mielipidettään. Muina tuen saamisen tahoina mainittiin AVI ja hankkeet. (Liitetaulukko 36.)



Kuvio 17. Tahot, joilta saatu paljon tukea opiskeluterveydenhuollon johtamiseen (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Opiskeluterveydenhuollon johtamista edistävät ja vaikeuttavat tekijät. Vastuuhenkilöiltä kysyttiin, mitkä tekijät edistävät ja vaikeuttavat opiskeluterveydenhuollon johtamista. Johtamista edistävät selkeä valtakunnallinen ohjaus lainsäädännöllä, suosituksilla ja ohjelmilla sekä näiden hyvä tuntemus opiskeluterveydenhuollossa. Valtionhallinnolta (muun muassa THL ja STM) toivottiin selkeää ohjeistusta, opastusta, neuvontaa ja tukea opiskeluterveydenhuoltoon ja sen johtamiseen. Opiskeluterveydenhuollon johtamista edistävänä tekijäksi tunnistettiin myös avoin ja toimiva yhteistyö ja tiedottaminen eri tahojen kesken yli sektori-, hallinto- ja toimialarajojen opiskeluterveydenhuollon ja oppilaitoksen toimijoiden sekä eri sidosryhmien ja erityisesti erikoissairaanhoidon kanssa. Lisäksi vastauksissa tuotiin esille keskeisenä johtamista edistävänä tekijänä osaava, ammattitaitoinen, motivoitunut ja sitoutunut henkilöstö sekä henkilöstön pysyvyys ja säännöllinen täydennyskoulutus. Johtamista edistävät riittävät henkilöstöresurssit, jotta opiskelijoille voidaan turvata lakisääteiset palvelut.

Selkeä työn- ja vastuunjako sekä yhtenäiset toimintakäytännöt edistävät opiskeluterveydenhuollon johtamista. Vastuuhenkilöiden mukaan opiskeluterveydenhuoltoon tarvitaan oma esimies, jolla on mahdollisuus keskittyä johtamiseen ja kehittää toimintaa. Esimiesten rooli on keskeinen opiskeluterveydenhuollon profiiliin esiintuomisessa ja brändäämisessä työterveyshuollon tavoin. Johtamista edistävä tekijä on myös ylemmältä johdolta saatu tuki. Lisäksi tarvitaan työnohjauksellista tukea ja vertaistukea. Osa vastaajista koki hyvänä hallinnollisen ja käytännön työn yhdistämisen. Lisäksi tuotiin esille, että johtamisen kannalta merkitystä on kunnan ja terveyskeskuksen ylimmän johdon sekä poliittisten päättäjien myönteisellä suhtautumisella opiskeluterveydenhuoltoon ja kehittämistyöhön sekä ymmärryksellä opiskeluterveydenhuollon nykytilasta. Opiskeluterveydenhuollon johtamista edistävät moniammatilliset tiimit ja verkostoituminen esimerkiksi osallistuminen valtakunnalliseen opiskeluterveydenhuollon verkostoon. Johtamista edistäviksi tekijöiksi tunnistettiin myös opiskeluterveydenhuollon toimintaa kuvaavien seuranta- ja vertailutietojen saaminen (muun muassa Kouluterveyskyselyn tulokset ja alueellinen vertailutieto resursseista).

Vastuuhenkilöiden mukaan opiskeluterveydenhuollon johtamista vaikeuttavat hajanainen ja jatkuvasti muuttuva valtakunnallinen ohjaus, epäselvät ja tulkinnanvaraiset lait ja asetukset, joita on määrällisesti paljon. Lisäksi ongelmaksi koettiin palvelujen järjestämisen hajanaisuus, jolloin koordinointi on haastavaa, eikä kukaan johda nuorten ja opiskelijoiden palvelujen moniammatillista kokonaisuutta. Johtamista koettiin vaikeuttavan opiskeluterveydenhuollon henkilöstön toimiminen eri johdon alaisuudessa, toimipisteiden hajanaisuus ja useat esimiehet, toiminta omana yksikkönä oppilaitoksella erillään muista sosiaali- ja terveyspalveluista, työntekijöiden ja esimiesten fyysinen etäisyys sekä se, että toimijoita on eri hallinnonaloilta. Epäselvä työn- ja vastuunjako tunnistettiin myös yhdeksi johtamista vaikeuttavaksi tekijäksi. Johtaminen

koetaan hajanaiseksi. Eri toimijoiden tehtävät ja vastuut ovat epäselviä ja koordinointi puutteellista. Yhteistyökumppaneita on paljon, ja jokaisella on omat käytännöt, eikä yhteisiä linjauksia useinkaan ole.

Lisäksi opiskeluterveydenhuollon sisällön tunteminen koettiin puutteelliseksi, mikä vaikeuttaa johtamista. Esimiehiltä saattaa puuttua opiskeluterveydenhuollon asiantuntemus ja päättäjiltä ymmärrys opiskeluterveydenhuollosta. Myös oppilaitoksen henkilöstöllä koettiin olevan tiedon puutetta siitä, mitä nykyaikainen opiskeluterveydenhuolto sisältää. Lisäksi mainittiin johdon sitoutumattomuus, motivaation ja ajan puute opiskeluterveydenhuollon kehittämiseen.

Johtamista vaikeuttaviksi tekijöiksi nähtiin myös yhteistyön ja tiedonkulun ongelmat. Lisäksi tuotiin esille vähäiset henkilöstöresurssit ja henkilöstön saatavuuteen liittyvät ongelmat: erityisesti lääkäripula ja työparin puuttuminen terveydenhoitajalta. Resurssien priorisointi koettiin haasteelliseksi esimerkiksi sairaanhoidon ja ehkäisevän työn kesken. Oppilaitosverkosto on usein laaja, minkä vuoksi yhteydenpito oppilaitoksiin ja niiden johtoon on haastavaa. Opiskeluterveydenhuollosta ja opiskeluhuollosta on vaikeuksia saada toimijoita saman pöydän ääreen yhteisesti neuvottelemaan. Myös tilakysymykset koettiin haasteellisina, sillä voi olla vaikeaa saada vastaanottotiloja oppilaitoksista ja sopia yhteiskäytöstä.

Johtamistyön moninainen luonne ja laajuus vaikuttavat opiskeluterveydenhuollon johtamiseen. Usein esimiehillä on laaja vastuualue ja vastuualueella erityyppisiä yksiköitä. Esimiehillä on paljon muita tehtäviä opiskeluterveydenhuollon lisäksi. Opiskeluterveydenhuollon johtamiseen tuovat haasteita myös henkilöstön jaksamisongelmat ja ylikuormittuminen sekä motivaation puute ja vaihtuvuus. Johtamista vaikeuttaa yksin työskentely, ja etenkin, jos esimiehellä ei saada riittävästi tukea. Osa vastuuhenkilöistä koki, että oli vähän sellaisia henkilöitä, joiden kanssa voi jakaa johtamistyöhön liittyviä asioita. (Taulukko 40.)

Taulukko 40. Opiskeluterveydenhuollon johtamista edistävät ja vaikeuttavat tekijät vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Opiskeluterveydenhuollon johtamista edistävät ja vaikeuttavat tekijät
Edistävät tekijät
Valtakunnallinen ohjaus lainsäädännöllä ja suosituksilla
Avoin ja toimiva yhteistyö ja tiedottaminen
Osaava, motivoutunut ja sitoutunut henkilöstö
Riittävät henkilöstöresurssit
Selkeä työn- ja vastuunjako sekä yhtenäiset toimintakäytännöt
Ylimmän johdon tuki ja työnohjauksellinen tuki johtamistyölle
Moniammatilliset tiimit ja verkostoituminen
Toiminnan seuranta- ja vertailutiedot
Vaikeuttavat tekijät
Hajanainen ja jatkuvasti muuttuva valtakunnallinen ohjaus
Palvelujen järjestämisen pirstaleisuus
Epäselvä työn- ja vastuunjako
Opiskeluterveydenhuollon sisällön tuntemuksen puutteellisuus
Yhteistyön ja tiedonkulun ongelmat
Resurssien vähäisyys ja henkilöstön saatavuuden ongelmat
Johtamistyön moninainen luonne ja laajuus

4.5.2. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishaasteet

Asiakaspalautteen kerääminen opiskelijoilta. Terveydenhoitajilta ja vastuuhenkilöiltä kysyttiin, miten usein heidän vastuualueellaan kerättiin opiskeluterveydenhuoltoa koskevaa asiakaspalautetta opiskelijoilta, kuten asiakaskyselyillä tai verkon kautta. Noin kolmannes terveydenhoitajista arvioi, että asiakaspalautetta kerättiin opiskelijoilta sovituin väliajoin. Vastuuhenkilöistä näin arvioi hieman useampi. Noin joka viides

ilmoitti, että asiakaspalautetta ei kerätty lainkaan, ja lähes yhtä moni ei osannut sanoa, kerättiinkö heidän vastuualueellaan asiakaspalautetta vai ei. (Taulukko 41.)

Jos asiakaspalautetta kerättiin opiskelijoilta sovituin väliajoin, niin se tapahtui useimmiten kerran vuodessa, kahden vuoden välein tai jatkuvana (esimerkiksi mahdollisuus antaa palautetta verkossa). Osa terveydenhoitajista mainitsi valtakunnallisen Kouluterveyskyselyn, jolla he saivat kahden vuoden välein omaa vastuualuettaan koskevaa palautetta opiskelijoilta. Terveydenhoitajien arvioiden perusteella kaupunkimaisissa kunnissa kerättiin asiakaspalautetta sovituin väliajoin hieman useammin (33 %) kuin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa (26 %). Lisäksi keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä kerättiin asiakaspalautetta useammin sovituin väliajoin (56 %) kuin kunnissa, joissa opiskeluterveydenhuolto oli järjestetty hajautetusti oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa (25 %).

Taulukko 41. Opiskeluterveydenhuoltoa koskevan asiakaspalautteen kerääminen opiskelijoilta (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja vastuuhenkilöiden (n = 78) arvioimana.

Palautteen kerääminen ¹	Terveydenhoitajat	Vastuuhenkilöt
Sovituin väliajoin	31	41
Satunnaisesti	33	23
Ei lainkaan	17	23
En osaa sanoa	19	13

¹ kuten asiakaskyselyllä tai verkon kautta, tässä ei tarkoiteta asiakaspalautelaatikkoa

Asiakaspalautteen hyödyntäminen opiskeluterveydenhuollon kehittämisessä. Terveydenhoitajilta ja vastuuhenkilöiltä kysyttiin, miten palautetta hyödynnettiin opiskeluterveydenhuollon kehittämisessä, mikäli sitä kerättiin opiskelijoilta. Asiakaspalautetta käsiteltiin organisaatio-, työyksikkö- ja työntekijätasolla. Palautetta käytiin läpi useimmiten yhdessä työntekijöiden ja esimiesten kesken erilaisissa kokouksissa (muun muassa opiskeluhuollon toimijoiden ja opettajien kokouksissa), moniammatillisissa ryhmissä (muun muassa oppilas- tai opiskelijahuoltoryhmässä, oppilaitoksen hyvinvointiryhmässä sekä lasten ja nuorten hyvinvointityöryhmässä), monialaisesti terveys-, opetus- ja sosiaalitoimen yhteistyönä, kehittämis- ja suunnittelupäivillä sekä työnhajauksessa ja kehityskeskusteluissa. Palautteen perusteella epäkohtiin pyrittiin puuttumaan välittömästi voimavarojen puitteissa, toimintaa kehitettiin tai muutettiin ja muutosten onnistumista arvioitiin. Palautetta käytiin läpi myös opiskelijoiden kanssa, esimerkiksi terveystiedon tunneilla tai yhteisöllisissä tapahtumissa ja teemapäivillä oppilaitoksissa.

Asiakaspalautetta hyödynnettiin toimintasuunnitelman laatimisessa, painopisteiden asettamisessa, toimintakäytäntöjen uudistamisessa, kehittämissuunnitelman laatimisessa, opiskeluterveydenhuollon palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä, palvelujen kohdentamisessa, osaamisen vahvistamisessa, hyvinvointisuunnitelman tai -kertomuksen laatimisessa sekä hoitoprosessien tehostamisessa. Sekä terveydenhoitajat että vastuuhenkilöt toivat esille Kouluterveyskyselyn kunta- ja oppilaitoskohtaisten tulosten läpikäymisen työyksiköissä ja tarvittaviin toimenpiteisiin ryhtymisen.

Opiskeluterveydenhuoltoa koskevaa palautetta kerättiin joissakin kunnissa osana oppilaitosten yleistä palautekyselyä tai osana terveyskeskuksen työtä. Osa terveydenhoitajista ei osannut sanoa, miten asiakaspalautetta hyödynnettiin, ja osa oli sitä mieltä, että sitä hyödynnettiin vähän tai ei lainkaan. Palaute ei aina näkynyt työn kehittämisessä, koska tuloksista ei saatu tietoa tai tieto oli liian yleisellä tasolla. Lisäksi terveydenhoitajat raportoivat, että asiakaspalautteen keräämisen jälkeen asiasta ei aina puhuttu työyksikössä, tai palautteet menivät yksikön johdolle, eikä niistä saatu tietoa työntekijöille.

Opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyöhön liittyvät hyvät käytännöt. Noin neljännes vastuuhenkilöistä mainitsi, että heidän vastuualueellaan oli kehitetty tai kuvattu opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyöhön liittyviä hyviä käytäntöjä. Lähes yhtä moni toi esille, että alueella oli käynnissä opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeita. Useampi kuin joka kolmas vastuuhenkilöstä mainitsi, että heidän vastuualueella oli saatu opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen ohjausta tai

konsultaatiotukea. (Taulukko 42.) Ohjausta tai konsultaatiotukea oli saatu eri taholta, joiksi mainittiin AVI, sairaanhoitopiiri, aikuis- ja nuorisopsykiatrian poliklinikka, keskussairaala, A-klinikka, ehkäisevän päihdetyön yksikkö, mielenterveyskeskus, nuorisoasema, nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut ja matalan kynnyksen palvelut, perheneuvola, mielenterveyspäivystys- ja arviointipoliklinikka (MTPA) sekä hankkeet, asiantuntijoiden yhteistyö, valtakunnalliset koulutukset ja työnohjaus.

Yli puolet vastuuhenkilöistä koki tarvitsevansa ohjausta tai konsultaatiotukea vastuualueellaan opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Vastuuhenkilöt toivat esille useita asioita, joista he kokivat tarvitsevansa ohjausta tai konsultaatiotukea, kuten ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö, toimintamallit ja hyvät käytännöt, varhainen puuttuminen, työmenetelmät, verkostot ja verkostopalaverit, alueellinen yhteistyö ja paikalliset käytänteet, hoidon vastuunjako, hoito- ja palveluketjut, hoitoprosessit ja prosessien mallintaminen (erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille), osaamisen vahvistaminen, resurssien riittävyys ja kohdentaminen, moniammatillinen yhteistyö ja toiminnan kehittäminen lainsäädännön mukaiseksi.

Taulukko 42. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja kehittämisen tuki (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Kehittäminen ja kehittämisen tuki	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Kehitetty tai kuvattu hyviä käytäntöjä	28	44	28
Käynnissä kehittämishankkeita	24	55	21
Saatu ohjausta tai konsultaatiotukea	39	47	14
Ohjauksen tai konsultaatiotuen tarve	58	13	29

Tuen saamisen taho ja tuen tarve opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Vastuuhenkilöistä suuri osa (82 %) toivoi tukea opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen THL:ltä, erityisesti maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa. Noin puolet (54 %) toivoi apua STM:ltä ja viidennes (18 %) TTL:ltä. Joka neljäs (23 %) mainitsi jonkun muun tahon, kuten AVI, A-klinikka, alueellinen toiminta, sairaanhoitopiiri, keskussairaala, hankkeet, kunta sekä kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen muut yksiköt. Erityisesti maaseutumaisista ja taajaan asutuista kunnista tuotiin esille muita tahoja, joilta toivottiin tukea.

Vastuuhenkilöiltä kysyttiin, millaista tukea he kokivat tarvitsevansa opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä omalla vastuualueella kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella. Taulukossa 43 kuvattuja asioita nostettiin esille.

Taulukko 43. Tuen tarve opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Tuen tarve opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä

Selkeää valtakunnallinen ohjausta lainsäädännön toimeenpanoon
 Asiantuntijatukea ja -palveluita sekä hankerahoitustukea
 Säännöllistä koulutusta, täydennys- ja lisäkoulutusta
 Yhtenäisten toimintatapojen ja käytäntöjen luomista
 Vastuun- ja työnjaon selkeyttäminen eri toimijoiden kesken
 Alueellinen yhteistyö ja yhteisistä käytännöistä sopiminen
 Alueellisten hoitoketjujen ja -polkujen rakentaminen, hoitoonohjaus
 Avoin moniammatillinen yhteistyö opiskeluhuollon toimijoiden kesken
 Henkilöstön osaamisen ja ammattitaidon vahvistaminen
 Henkilöstön motivaation, pysyvyyden ja sitoutumisen edistäminen
 Riittävästi tukea työlle, johdon tukea ja työnohjauksellisen tukea
 Sähköisiä sisältöpalveluja opiskeluterveydenhuoltoon
 Ryhmätoimintaan ja perusterveydenhuoltoon soveltuvia interventioita
 Kansallisen tason tukea näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönottoon
 Kootusti ja helposti tietoa hyvistä käytännöistä ja toimintamalleista

Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiskohteita. Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiltä kysyttiin, miten opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyötä voitaisiin kehittää kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella. Taulukossa 44 on kuvattu vastuuhenkilöiden esille nostamia kehittämiskohteita.

Taulukko 44. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiskohteita vastuuhenkilöiden kuvaamana (n = 78).

Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiskohteita

Valtakunnallisia linjauksia hyvien käytäntöjen ja verkostojen avulla
 Alueellinen verkostoituminen ja yhteistyön tehostaminen
 Ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön tehostaminen
 Puheeksiotto- ja neuvonpitomallit, varhaisen puuttumisen mallit
 Hoitoonohjauksen, hoitopolkujen ja -prosessien tehostaminen
 Liikkuvat ja jalkautuvat mielenterveys- ja päihdepalvelut
 Palvelujen integraation edistäminen mielenterveys- ja päihdetyössä
 Moniammatillisen ja sektorirajat ylittävän yhteistyön vahvistaminen
 Joustavat matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut
 Psykologipalvelujen ja psykiatristen sairaanhoitajien resurssien lisääminen
 Auditointi ja tasalaatuiset palvelut opiskeluterveydenhuoltoon
 Opiskelijoiden mahdollisuudet palveluihin tasapuolisesti
 Yhteistä, moniammatillista koulutusta opiskeluhuollon henkilöstölle
 Nuorten sitouttaminen hoitoon ja tietoa varhaisesta puuttumisesta
 Yhteistyön tiivistäminen opiskelijajärjestöjen kanssa
 Panostaminen oppilaitosympäristössä annettavaan tukeen yhteistyönä
 Kannattelukäynneistä strukturoituihin interventioihin
 Yksilöterapian lisäksi ryhmäterapiaa ja ryhmämuotoista toimintaa
 Yksin työtä tekeville työnohjausta ja vertaistukea

4.6. Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksessa selvitettiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä sekä mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiä ja yhteistyötä opiskeluterveydenhuollossa toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa. Aineisto muodostui 78 vastuuhenkilön, 253 terveydenhoitajan ja 62 lääkärin vastauksista.

Vastaajien taustatiedot

Vastuuhenkilöt

- Virka- tai tehtävänimikkeet kunnissa, kuntayhtymissä ja yhteistoiminta-alueilla vaihtelivat paljon.
- Noin puolella oli vähintään yliopiston perustutkinto.
- Vastuuhenkilöt olivat toimineet tehtävässään keskimäärin kuusi vuotta.
- Vajaa puolet oli toiminut tai toimi opiskeluterveydenhuollossa asiakas- tai potilastyössä.
- Suuri osa (83 %) vastasi opiskeluterveydenhuollon lisäksi muista kunnan palveluista: useimmin kouluterveydenhuollon sekä äitiys- ja lastenneuvoloiden palveluista.
- Kaikilla oli vastuualueellaan toisen asteen oppilaitoksia: useimmiten lukio tai ammatillinen oppilaitos. Vastuuhenkilöistä 59 prosentilla oli vastuualueella vain toisen asteen oppilaitoksia ja 41 prosentilla sekä toisen asteen oppilaitoksia että ammattikorkeakouluja.

Terveydenhoitajat ja lääkärit

- Keski-ikä oli 45 vuotta: vaihteluväli 24–67 vuotta.
- Työkokemus opiskeluterveydenhuollossa oli keskimäärin kahdeksan vuotta.
- Suurin osa terveydenhoitajista oli kokopäivätyössä. Kolmannes lääkäreistä teki osa-aikatyötä tai lyhennettyä työaikaa.
- Terveydenhoitajista yli puolet oli suorittanut vähintään ammattikorkeakoulututkinnon.
- Terveydenhoitajista 88 ja lääkäreistä 98 prosentilla oli vastuualueella toisen asteen oppilaitoksia. Terveydenhoitajista 25 ja lääkäreistä 39 prosentilla oli vastuualueella ammattikorkeakouluja.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen opiskeluterveydenhuollossa

Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut

- Terveydenhoitajapalvelut (terveyden- ja sairaanhoitopalvelut) oli saatavilla useimmiten oppilaitoksissa opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä
- Lääkäripalvelut oli saatavilla useimmiten oppilaitoksissa terveydenhoitopalvelujen osalta, mutta sairaanhoitopalvelujen osalta yleisimmin muussa terveyskeskuksen toimipisteessä.
- Opiskelijoilla oli usein mahdollisuus asioida saman terveydenhoitajan kanssa terveydenhoitopalveluissa ja hieman harvemmin sairaanhoitopalveluissa.
- Saman lääkärin kanssa oli mahdollisuus asioida terveydenhoitopalveluissa 80 prosentissa ja sairaanhoitopalveluissa alle puolessa tutkimuskunnista.
- Terveydenhuoltolain mukaisia ehkäiseviä mielenterveys- ja päihdepalveluja oli järjestetty yli 90 prosentissa tutkimuskunnista. Puutteita oli erityisesti sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisessä.
- Vastuuhenkilöistä suurimman osan mielestä kunnassa ei ollut epäselvyyttä siitä ketkä opiskelijat ovat oikeutettuja mielenterveys- ja päihdepalveluihin.
- Vastuuhenkilöistä kaksi kolmannesta arvioi, että opiskelijan oikeus opiskelupaikkakunnan erityisvastuualueen sairaanhoitopiiriin hoitoon nuoriso- ja aikuispsykiatriassa toteutuu.

Opiskelijoille tarjolla olevat palvelut, niiden riittävyys ja määrän muutos

- Terveydenhoitaja- ja lääkäripalveluja oli tarjolla opiskeluterveydenhuollossa lähes kaikissa tutkimuskunnissa, mutta ne olivat harvoin riittäviä. Suuressa osassa oli opiskelijoille tarjolla myös terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan tai depressiohoitajan palveluja.

- Vastuuhenkilöistä suurin osa arvioi, että terveydenhoitajapalvelut olivat olleet riittäviä viimeisten kahden vuoden aikana. Puutteita oli opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen psykologipalveluissa, lääkäripalveluissa ja opiskeluterveydenhuoltoa tukevissa opiskeluhuollon psykologipalveluissa.
- Noin kolmannes vastuuhenkilöistä arvioi, että opiskelijoille tarjolla olevia terveydenhoitaja- ja lääkäripalveluja sekä toisen asteen kuraattoripalveluja oli lisätty viimeisten kahden vuoden aikana. Noin puolet raportoi, että opiskeluhuollon psykologipalveluja toisella asteella oli lisätty.
- Kolme neljännestä terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi, että terveydenhoitajapalvelut olivat riittävät. Vajaa puolet arvioi lääkäripalvelut riittäviksi. Vastuuhenkilöt arvioivat sekä terveydenhoitaja- että lääkäripalvelut useammin riittäviksi kuin terveydenhoitajat ja lääkärit.
- Eniten riittämättömyyttä terveydenhoitajat ja lääkärit arvioivat olevan opiskeluhuollon tai opiskeluterveydenhuollon psykologipalveluissa, lääkäripalveluissa ja mielenterveyspalvelujen verkostossa. Psykologi- ja lääkäripalvelujen riittämättömyys nousi esille kaikilla vastaajaryhmillä.

Työajan käyttö eri tehtäväalueilla ja opiskeluterveydenhuollossa

- Terveydenhoitajista 43 prosenttia toimi vain opiskeluterveydenhuollossa. Yli puolet toimi useilla tehtäväalueilla, ja useimmiten opiskeluterveydenhuollon lisäksi kouluterveydenhuollossa.
- Lääkäreistä viidennes toimi vain opiskeluterveydenhuollossa.
- Terveydenhoitajat käyttivät keskimäärin 60 prosenttia työajastaan opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitotyöhön ja lääkärit hieman vähemmän. Sairaanhoidotyöhön terveydenhoitajat käyttivät noin viidenneksen ja lääkärit noin kolmanneksen työajastaan.
- Terveydenhoitajat ja lääkärit käyttivät mielenterveys- ja päihdeoireiden tai -häiriöiden hoitamiseen opiskeluterveydenhuollossa keskimäärin neljänneksen työajastaan. Todelliseksi tarpeeksi arvioitiin yli kolmannes työajasta.

Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja osaaminen

Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja työtavat

- Yli 90 prosenttia terveydenhoitajista ja lääkäreistä piti mielenterveysongelmia ja psyykkistä oireilua yhtenä tärkeimmistä opiskelijoiden terveysongelmista.
- Yli 90 prosenttia terveydenhoitajista ja lääkäreistä raportoi käyttävänsä AUDIT-testiä ja Beckin mielialakyselyä. Noin kaksi kolmesta käytti Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä. Päihdemittari ADSUME oli lähes kolmella neljästä käytössä toisella asteella. SCOFF-syömishäiriöseula, BAI-ahdistuneisuusasteikko ja sosiaalisten tilanteiden pelon seula SPIN-FIN olivat useammin käytössä ammattikorkeakouluissa kuin toisen asteen oppilaitoksissa.
- Terveydenhoitajista kahdella kolmesta oli säännöllisesti käytössä toisella asteella omia terveystarkastuslomakkeita tai -haastattelulomakkeita.
- Noin puolella terveydenhoitajista oli toisella asteella säännöllisesti käytössä terveystarkastuslomake tai -runko terveydenhoitajan tarkastuksiin. Lääkäreistä reilu kolmannes ilmoitti, että toisella asteella oli säännöllisesti käytössä terveystarkastuslomake tai -runko lääkärin tarkastuksiin.
- Puolet terveydenhoitajista raportoi, että ammattikorkeakouluissa oli säännöllisesti käytössä terveystarkastuslomake tai -runko terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastuksiin.
- Terveydenhoitajista yli puolet raportoi, että toisen asteen opiskelunsa aloittaville opiskelijoille tehdään terveystarkastuksen kiireellisyden arviointi terveystarkastuslomakkeella tai vastaavalla. Noin 85 prosentin mukaan kiireellisyden arviointi toteutetaan ammattikorkeakouluissa.
- Yksilömuotoisista menetelmistä suurimmalla osalla oli käytössä yksilölliset psykososiaalista tukea antavat keskustelut ja mini-interventio päihdeiden käyttöön puuttumiseksi.
- Ryhmämuotoisia menetelmiä oli ammattikorkeakouluissa enemmän käytössä kuin toisen asteen oppilaitoksissa. Noin puolella oli ammattikorkeakouluissa käytössä jännittäjäryhmiä sekä kolmasosalla tupakasta vieroitusryhmiä ja voimavararyhmiä.

- Useimmiten käytössä olevia verkkosivustoja olivat Päihdelinkki, Nuorten mielenterveystalo, Nyytin verkkopalvelut ja nettiryhmät sekä toisella asteella MLL:n nuortennetti.
- Kaksi kolmannesta lääkäreistä sovelsi depression Käypä hoito -suositusta opiskeluterveydenhuollossa säännöllisesti sekä noin puolet unettomuuden ja syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksia.
- Joka kymmenes lääkäreistä sovelsi säännöllisesti opiskelijoiden huumausainetestausta koskevaa SORA-lainsäädäntöä, lähes kolmannes ei tuntenut sitä eikä soveltanut sitä työssään, ja joka neljäs koki osaamisensa riittämättömäksi sen soveltamiseen.

Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen

- Noin puolet lääkäreistä arvioi, että he pystyvät tekemään hyvin diagnostisen arvion tavallisimpien mielenterveys- ja päihdehäiriöiden osalta, määrittelemään häiriön vaikeusasteen ja aloittamaan hoidon tai ohjaamaan jatkohoitoon.
- Kaksi kolmannesta terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi, että opiskeluterveydenhuollossa toisella asteella tunnistetaan kattavasti tavallisimmat mielenterveys- ja päihdehäiriöt. Ammattikorkeakouluissa terveydenhoitajista lähes 80 prosenttia mielestä häiriöt tunnistetaan kattavasti, kun taas lääkäreistä kaksi kolmannesta oli sitä mieltä, että vain osa häiriöistä tunnistetaan.
- Terveydenhoitajista kolme neljästä ja lääkäreistä yli 80 prosenttia ilmoitti, että opiskeluterveydenhuollossa toisella asteella oli mahdollista hoitaa osa tavallisimmista mielenterveys- ja päihdehäiriöistä yksilökohtaisen opiskeluhuollon psykologin tai kuraattorin toiminnan tukemana.
- Suurella osalla terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli mahdollista tavata opiskelija toisella asteella mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitamiseksi useita kertoja. Ammattikorkeakouluissa tämä oli mahdollista huomattavasti harvemmin.
- Suurin osa terveydenhoitajista raportoi, että toisella asteella oli mahdollista ohjata opiskelija opiskeluhuollon kuraattorille sovitusti tukijaksoksi. Kolme neljästä raportoi, että opiskelija oli mahdollista ohjata opiskeluhuollon tai opiskeluterveydenhuollon psykologille.
- Noin joka neljäs terveydenhoitaja ilmoitti, että oppilaitoksessa tai matalan kynnyksen palveluissa oli käytävissä psykiatrinen sairaanhoitaja.
- Noin kolme neljästä raportoi, että täysi-ikäisen opiskelijan voi ohjata terveyskeskuksen psykiatriselle sairaanhoitajalle, depressiohoitajalle tai päihdetyöntekijälle.
- Ryhmämuotoisia menetelmiä oli käytössä harvoin, ja erityisesti toisella asteella.
- Vajaa puolet lääkäreistä ilmoitti, että opiskeluterveydenhuollossa on mahdollisuus saada opiskelijalle psykoterapia-arvio esimerkiksi erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyönä. Alle kolmannes raportoi, että opiskeluterveydenhuollosta on mahdollista ohjata opiskelija soveltuvaan nettiterapiaan.
- Lääkäreiden mahdollisuudet täysi-ikäisten opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lääkkeellisten hoitojen toteuttamiseen olivat hieman paremmat ammattikorkeakoulujen kuin toisen asteen oppilaitosten opiskelijoille.

Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen opiskeluterveydenhuollossa

- Lääkärit ja terveydenhoitajat tunnistivat osaamisvajetta erityisesti opiskelijoiden käytöshäiriöiden ja epäsosiaalisen oireilun sekä ADHD:n, autismin ja muiden neuropsykiatristen häiriöiden sekä lisäksi terveydenhoitajat opiskelijoiden peli- ja nettiriippuvuuden hoidossa.
- Lähes puolet vastuuhenkilöistä oli sitä mieltä, että opiskeluterveydenhuollossa toimivien ammattilaisten mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta oli huolehdittu hyvin.

Yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyössä opiskeluterveydenhuollossa

Yhteiset käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä

- Kirjattuja yhteisiä käytäntöjä oli useimmiten päihteiden käyttöön puuttumisesta ja päihteettömyyden edistämisestä sekä toisen asteen oppilaitoksissa kiusaamisen ehkäisemisestä ja siihen puuttumisesta ja ammattikorkeakouluissa huumausainetestiin lähettämisestä ja hoitoon ohjaamisesta.

- Yhteinen käytäntö puuttui useimmiten mielenterveyden edistämisestä, keskeyttämisvaarassa olevien opiskelijoiden tunnistamisesta ja tukemisesta moniammatillisesti sekä opiskelu-uupumuksen ja -stressin ehkäisemisestä. Noin neljännes terveydenhoitajista raportoi puutteita näissä.
- Lähes puolet terveydenhoitajista ilmoitti, että toisen asteen oppilaitoksissa ei ollut tehty suunnitelmaa tilanteisiin, joissa määräaikaiseen terveystarkastukseen kutsuttu opiskelija jää pois tarkastuksesta. Kolme neljästä ilmoitti, että ammattikorkeakouluissa ei ollut tehty suunnitelmaa tilanteisiin, joissa terveystarkastukseen kutsuttu opiskelija jää pois tarkastuksesta tai opiskelija ei vastaa terveyskyselyyn.
- Kaksi kolmesta terveydenhoitajista raportoi, että toisen asteen oppilaitoksissa oli sovittu käytäntö opiskelijan sairaudesta, vammasta tai muusta syystä johtuvan erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tuen järjestämiseksi. Puolet raportoi, että sovittu käytäntö oli ammattikorkeakouluissa.
- Kolme neljästä terveydenhoitajista ilmoitti, että asevelvollisten kutsuntatarkastukset tehdään opiskeluterveydenhuollossa.

Yhteistyö ja konsultointi mielenterveys- ja päihdetyössä

- Terveydenhoitajat ja lääkärit olivat konsultoineet tai tehneet yhteistyötä kuluneen vuoden aikana opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä useimmiten nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon, matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen, nuorille suunnattujen päihdepalvelujen ja lastensuojelun kanssa.
- Suurella osalla terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli mahdollisuus erikoissairaanhoidon puhelin-konsultaatioon. Yli puolella oli mahdollisuus toteuttaa opiskelijan hoitoa yhdessä eri toimijoiden kanssa.
- Kolmella neljästä lääkäristä oli mahdollisuus erikoissairaanhoidon konsultaatioon sähköisten tietojärjestelmien kautta, terveydenhoitajista reilulla kolmanneksella.
- Noin puolella terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli mahdollisuus yhteisiin koulutuksiin ja tapahtumiin erikoissairaanhoidon kanssa. Terveydenhoitajista puolella ja lääkäreistä kolmanneksella oli mahdollisuus siihen, että työntekijä tai tiimi erikoissairaanhoidosta tai matalan kynnyksen palveluista tulee opiskeluterveydenhuoltoon tekemään yhdessä arviota ja hoitosuunnitelmaa. Yhtä monella oli mahdollisuus yhteisiin moniammatillisiin työryhmiin ja asiantuntijatiimeihin, jotka hoitavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä opiskelijoita.
- Opiskelijoita on lähetetty tai ohjattu opiskeluterveydenhuollosta useimmiten erikoissairaanhoidon kuluneen vuoden aikana. Ammattikorkeakouluista opiskelijoita oli lähetetty useimmiten aikuispsykiatriseen erikoissairaanhoidon ja aikuisille suunnattuihin päihdepalveluihin. Toisen asteen oppilaitoksista opiskelijoita on lähetetty tai ohjattu nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon lisäksi useimmiten matalan kynnyksen ja lastensuojelun palveluihin.
- Vastuuhenkilöistä kolme neljänestä raportoi, että vastuualueella oli käytettävissä vähintään yksi opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvä hoitoketju. Yli puolet mainitsi syömishäiriöiden, masennuksen ja päihteiden käyttöön liittyvän hoitoketjun. Hoitoketjujen päivittäminen oli usein satunnaista.
- Hoitoketjujen laatimiseen olivat osallistuneet useimmiten opiskeluterveydenhuollon toimijat, nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon, terveyskeskuksen erityistyöntekijät ja opiskeluhuollon muut toimijat.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen opiskeluterveydenhuollossa

Mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutus ja tuen saaminen

- Alle puolet terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli saanut täydennyskoulutusta mielenterveys- ja päihdetyöhön viimeisten viiden vuoden aikana: terveydenhoitajista vähän suurempi osa kuin lääkäreistä.
- Eniten täydennyskoulutuksen tarvetta oli ahdistuneisuushäiriöistä sekä käytöshäiriöiden ja epäsozialisen oireilun hoidosta. Terveydenhoitajien täydennyskoulutustarpeissa nousi esille myös opis-

kelijoiden masennustilat sekä peli- ja nettiriippuvuus ja lääkäreillä opiskelijoiden ADHD sekä autismiin ja muihin neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyvät asiat.

- Täydennyskoulutuksen tarvetta oli myös vuorovaikutuksellisista menetelmistä sekä ryhmämuotoisista interventioista ja terapioidista.
- Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyössä järjestämää koulutusta pidettiin hyödyllisenä opiskeluterveydenhuollossa tehtävän työn kannalta.
- Yli kolmannes terveydenhoitajista ja lääkäreistä osallistuisi verkossa tapahtuvaan mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutukseen, jos työnantaja tarjoaisi siihen mahdollisuuden.
- Terveydenhoitajista ja lääkäreistä yli puolet haluaisi osallistua verkossa suljettuun vertaisyhteisöön saman alan ammattilaisten kesken. Noin viidennes hakee tukea työlleen mieluummin muualta kuin verkosta. Joka kymmenes kokee, että verkossa tapahtuva vertaistoiminta ei sovi hänelle.
- Vastuuhenkilöt arvioivat saavansa eniten tukea opiskeluterveydenhuollon johtamiseen opiskeluterveydenhuollon henkilöstöltä. Tukea saatiin myös omalta esimieheltä, omassa yksikössä vastaavatasoisissa johtotehtävissä toimivilta, johtamiskoulutuksesta ja THL:ltä.
- Monet tekijät vaikeuttavat opiskeluterveydenhuollon johtamista. Ongelmaksi koettiin palvelujen järjestämisen hajanaisuus, jolloin koordinointi on haastavaa, eikä kukaan johda nuorten ja opiskelijoiden palvelujen moniammatillista kokonaisuutta.
- Johtamista vaikeuttaa myös se, että opiskeluterveydenhuollon lääkärit ja terveydenhoitajat toimivat eri johdon alaisuudessa, toimijoita on eri hallinnonaloilta, opiskeluterveydenhuollon toimipisteiden hajanaisuus, toiminta omana yksikkönä oppilaitoksella erillään muista sosiaali- ja terveystalouksista, johtamisen hajanaisuus sekä epäselvä työn- ja vastuunjako.

Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen

- Noin kolmannes terveydenhoitajista ilmoitti, että asiakaspalautetta kerättiin opiskelijoilta sovituin väliajoin: useimmiten kerran vuodessa, kahden vuoden välein tai jatkuvana.
- Noin neljänneksessä tutkimuskunnista oli kehitetty opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyöhön liittyviä hyviä käytäntöjä tai alueella oli käynnissä kehittämishankkeita.
- Kolmanneksessa tutkimuskunnista oli saatu opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen ohjausta tai konsultaatiotukea (muun muassa AVI:sta), mutta yli puolessa kunnista koettiin ohjauksen tai konsultaatiotuen tarvetta.
- Vastuuhenkilöistä suuri osa toivoi tukea opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen THL:ltä, noin puolet STM:ltä, viidennes TTL:ltä ja joka neljäs muulta taholta kuten AVI:sta.

5. Pohdinta ja johtopäätökset

5.1. Tulosten pohdinta

5.1.1. Mielensterveys- ja päihdepalvelut opiskeluterveydenhuollossa

Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut kokonaisuutena. Opiskeluterveydenhuollon toiminta on edelleen hajautunut eri toimijoiden ja toimipisteiden välillä. Tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajan palvelut tarjottiin useimmiten oppilaitoksissa. Sen sijaan erityisesti lääkäreiden sairasvastaanotto oli usein opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella ja pääsääntöisesti muiden kuin opiskeluterveydenhuollon lääkäreiden vastaanotoilla, mikä ei ole terveydenhuoltolain (1326/2010) ja valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaista toimintaa. Tähän järjestämistapaan oli usein käytännön syitä. Esimerkiksi pienissä kunnissa sairaanhoitopalvelut järjestettiin terveyskeskuksessa, koska opiskelijoiden määrä oli vähäinen ja opiskeluterveydenhuollon ammattilaiset olivat oppilaitoksilla vain osan viikosta. Myös aikaisemmissa selvityksissä (STM 2002:25, 2012:18, Wiss ym. 2014b) on todettu, että monissa kunnissa opiskeluterveydenhuollon kokonaisuuden toteutumisessa on puutteita. Terveyskeskusten ja alueiden välillä on eroja tavassa järjestää opiskeluterveydenhuollon palveluja (STM 2012:18, Wiss ym. 2014b). Hajautuneessa opiskeluterveydenhuollossa kokonaiskuva opiskelijan hyvinvoinnista ja terveydestä hämärtyy, ja hoito kohdistuu helposti vain yksittäiseen oireeseen. Vaarana on, että etenkin opiskelijoiden mielensterveys- ja päihdepalvelut eivät ole helposti opiskelijoiden saatavilla matalalla kynnyksellä. (Valvira 2015:2.)

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että osassa terveyskeskuksista ei ole nimettyä lääkäriä opiskeluterveydenhuollossa. Jos opiskeluterveydenhuollon lääkäripalvelut järjestetään osittain sulautettuna muuhun terveyskeskuksen vastaanotto toimintaan, toiminnasta puuttuu usein opiskeluterveydenhuollon ominaispiirteiden, kuten opiskelukyvyn, huomioiminen. Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä suositellaan, että opiskelijat tulisi ohjata opiskeluterveydenhuoltoon nimetyille lääkäreille. (STM 2012:18.)

Opiskelijan terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen muodostaman kokonaisuuden kannalta on tärkeää, että opiskelijalla on mahdollisuus asioida samassa opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä samojen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (STM 2011, 2012:18). Tässä tutkimuksessa saman lääkärin kanssa oli mahdollisuus asioida terveydenhoitopalveluissa neljässä viidestä ja sairaanhoitopalveluissa alle puolessa kunnista. Opiskelijoilla oli usein mahdollisuus asioida saman terveydenhoitajan kanssa terveydenhoitopalveluissa, mutta hieman harvemmin sairaanhoitopalveluissa. Jos asiointi ei ollut mahdollista samojen ammattilaisten kanssa, syiksi todettiin muun muassa lääkäriresursseihin liittyvät ongelmat, lääkäripalvelujen hankkiminen ostopalveluina ja organisaatiossa sovittu työnjako (vrt. Wiss ym. 2014b). Aikaisemmissa selvityksissä (STM 2012:18, Wiss ym. 2014b) on toistuvasti todettu, että opiskelijoilla ei ole aina mahdollisuutta asioida samojen ammattilaisten kanssa sekä terveyden- että sairaanhoidollisissa asioissa. Tässä tutkimuksessa nousi esille, että keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä on periaatteessa mahdollista, että opiskelijat voivat asioida samojen ammattilaisten kanssa terveyden- ja sairaanhoitopalveluissa, mutta käytännössä tämä ei aina toteudu. Toiminnan järjestäminen esimerkiksi tiimimallin mukaisesti ja aiempaa enemmän opiskelijoille soveltuvalla tavalla ajanvarausperiaatteella voisi parantaa hoidon jatkuvuutta ja opiskelijoiden mahdollisuutta asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mukaan lukien mielensterveys- ja päihdetyö. Valtioneuvoston asetuksessa (338/2011) todetaan, että opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu mielensterveys- ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitotoimen ohjaus. Tämän tutkimuksen mukaan ehkäiseviä mielensterveys- ja päihdepalveluja oli järjestetty suurimmassa osassa kunnista sekä toisen asteen oppilaitosten että ammattikorkeakoulujen opiskelijoille, mutta ei välttämättä osana opiskeluterveydenhuoltoa. Terveystiedonvälittäminen perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruussa (Wiss ym. 2014b) ja opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012:18) todetaan, että mielensterveys- ja päihdepalvelut oli järjestetty opiskeluterveydenhuollossa useammassa kuin neljässä viidestä kunnista, mutta haasteita on nimenomaan näiden palvelujen järjestämisessä. Mielenster-

ys- ja päihdepalvelujen on todettu puuttuvan opiskeluterveydenhuollosta useammasta kuin joka kymmenestä terveyskeskuksesta (Wiss ym. 2014b).

Tutkimuksessa havaittiin puutteita sairaanhoidollisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisessä ja erityisesti sairaanhoidollisten päihdepalvelujen osalta ammattikorkeakoulujen opiskelijoille. Opiskeluterveydenhuollon tulisi pystyä tarjoamaan hoitoa lieväästeisiin päihdehäiriöihin, kuten haitallisen käytön tasoihin ongelmiin. Vakavampien, erityisosaamista edellyttävien häiriöiden hoitoon ei nuorille aina ole tarjolla omia hoidollisia päihdepalveluja kunnissa. Nuorten erityistason päihdepalvelut voisivat olla osa nuorisopsykiatrisia palveluja. Nuorten päihdepalvelujen järjestämisvastuu ja toteuttamistavat ovat erittäin puutteellisesti ohjeistettu valtakunnallisesti. Päihdepalveluja määrittävät useat säännökset (ks. Päihdehuoltolaki 41/1986, terveydenhuoltolaki 1326/2010, VNA 338/2011, sosiaalihoitolaiki 1301/2014), mikä on johtanut hyvin kirjaviin päihdepalvelujen järjestämis- ja toteuttamistapoihin. Opiskelijoiden perustason päihdepalvelujen tulee olla selkeästi integroituna opiskeluterveydenhuollon mielenterveyspalveluihin.

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että opiskelijat eivät aina tiedä, mistä hakea apua ja mistä tietyt palvelut ovat saatavilla. Opiskeluterveydenhuollon YTHS-mallin kokeilussa todettiin, että ammattikorkeakoulujen opiskelijat löysivät YTHS:n tarjolla olevat mielenterveyspalvelut hyvin, kun taas kunnallisen opiskeluterveydenhuollon piiriin kuuluvat opiskelijat eivät välttämättä osanneet yhdistää niitä opiskeluterveydenhuoltoon kuuluviksi (STM 2015:44).

Opiskeluterveydenhuollon asiakkaiden terveyden- ja sairaanhoito toteutetaan opiskelupaikkakunnan opiskeluterveydenhuollossa, eikä heitä ohjata kotikunnan palveluihin. Opiskeluterveydenhuollon järjestäminen on oppilaitoksen sijaintipaikkakunnan vastuulla, mutta hoidon jatkuvuuden kannalta on joustavaa, että lähellä sijaitsevassa kotikunnassa mahdollisesti olevia pitkäaikaisia hoitosuhteita ei katkaista. (STM 2012:18.) Tässä tutkimuksessa suurin osa vastuuhenkilöistä oli sitä mieltä, että kunnassa tiedetään ketkä opiskelijoista ovat oikeutettuja mielenterveys- ja päihdepalveluihin.

Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012:18) todetaan, että opiskeluterveydenhuollossa tunnetaan huonosti opiskelijan oikeus opiskelupaikkakunnan erikoissairaanhoidon palveluihin. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan opiskelijalle on annettava sinä aikana, jonka hän opiskelun vuoksi joutuu olemaan muulla erityisvastuualueella, sairaanhoitoa tämän erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Tässä tutkimuksessa kaksi kolmannesta vastuuhenkilöistä ilmoitti, että opiskelijan oikeus hoitoon toteutuu opiskelupaikkakunnan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin nuoriso- ja aikuispsykiatriassa. Joka neljäs ei osannut sanoa, toteutuuko tämä vai ei. Mikäli opiskelijan oikeus hoitoon ei toteutunut, syiksi mainittiin ongelmat nuorten hoitoketjujen toimivuudessa ja läheteiden ohjaaminen opiskelijoiden kotikuntien mukaiseen sairaanhoitopiiriin.

Palvelut ja niiden riittävyys opiskeluterveydenhuollossa. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja terveydenhuollon palveluihin. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen toimenpide-ehdotuksen ja opiskeluterveydenhuollon kehittämistyöryhmän mukaan kuntien tulisi huolehtia siitä, että opiskeluterveydenhuollon palveluissa on riittävästi henkilöstövoimavaroja (STM 2012:18, 2014:10). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhoitaja- ja lääkäripalveluja arvioitiin olevan harvoin riittävästi. Terveydenhoitajapalvelut arvioitiin riittävämmiksi kuin muut opiskelijoille tarjolla olevat palvelut. Riittämättömyyttä oli erityisesti opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen ja opiskeluhuollon psykologipalveluissa sekä lääkäripalveluissa ja mielenterveyspalvelujen verkostossa. Psykologi- ja lääkäripalvelujen riittämättömyys nousi esille kaikilla vastaajaryhmillä. Myös aikaisemmissa selvityksissä on todettu vajetta näissä palveluissa ja mielenterveyspalvelujen verkostossa (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011, STM 2012:18, Wiss ym. 2015a, 2015b). Kuntaliiton (2015) toteuttaman oppilas- ja opiskelijahuoltolain arvioinnin mukaan koulukuraattoreiden ja terveydenhoitajien saatavuuteen oltiin eniten tyytyväisiä ja opiskeluhuollon psykologien saatavuuteen eniten tyytymättömiä. Henkilöstön saatavuus vaihteli suuresti kunnittain ja alueittain. Opiskeluhuollon psykologit ja kuraattorit eivät kuitenkaan ole opiskeluterveydenhuollon työntekijöitä, joten he eivät ole käytettävissä osana terveydenhuoltoa.

Nuoret ovat aikuisiin nähden eriarvoisessa asemassa palvelujen saatavuuden suhteen, sillä monissa kunnissa terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan tai depressiohoitajan palvelut on rajattu vain täysikäisille. Alaikäisten opiskelijoiden tilanne opiskeluterveydenhuollossa koetaan haasteellisena. Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012:18) kuitenkin todetaan, että suurella osalla kunnista opiskelu-

terveydenhuollon käytettävissä on terveyskeskuksen erityistyöntekijä mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisen tukena.

Opiskelijoiden perustasoiset mielenterveys- ja päihdepalvelut tulee ensisijaisesti tarjota opiskeluterveydenhuollossa. Terveyskeskuksen erityistyöntekijöiden palvelujen hyödyntäminen opiskeluterveydenhuollossa tulee määritellä ja tilastoida osaksi opiskeluterveydenhuoltoa. Opiskeluterveydenhuollossa tulee huolehtia myös hoidon jatkuvuudesta. Opiskelijoiden kokonaisvaltainen tukeminen edellyttää, että koordinaatiovastuu säilyy opiskeluterveydenhuollossa. Opiskeluterveydenhuoltoon toivotaan liikkuvia ratkaisuja mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisen tueksi. Esimerkiksi JERI-hankkeen pohjalta kehitetty HYKS-Varhain-toiminta on nuorisopsykiatrian tarjoamaa konsultatiivista palvelua nuoren omassa ympäristössä yhteistyössä peruspalvelujen kanssa.

Tässä tutkimuksessa vastuuhenkilöt arvioivat, että opiskelijoille tarjolla olevia palveluja ei ollut kokonaisuudessaan juuri vähennetty kunnissa, vaan ne olivat pysyneet ennallaan tai niitä oli vain hieman lisätty viimeisen kahden vuoden aikana. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa ja lukioissa 2014 -tiedonkeruiden mukaan opiskeluhuoltopalveluja oli käytettävissä yhtä paljon tai enemmän kuin kahta vuotta aikaisemmin lukuun ottamatta lukioiden lääkäripalveluja. Myös opiskeluhuoltopalvelujen henkilöstön keskimääräiset työpanokset olivat terveydenhoitajaa lukuun ottamatta kasvaneet kahden vuoden seuranta-ajalla. (Wiss ym. 2015a, 2015b.) Opiskeluterveydenhuollon lääkäreiden ja terveydenhoitajien mitoittamisessa valtakunnallisten suositusten mukaisesti on kuitenkin edelleen runsaasti puutteita, vaikka vuodesta 2009 lähtien henkilöstömitoitussuosituksen toteutuminen on kehittynyt myönteiseen suuntaan. Vuonna 2013 valtakunnalliset henkilöstömitoitussuositukset toteutuivat terveydenhoitajien osalta 66 prosentissa ja lääkäreiden 23 prosentissa terveyskeskuksista. (Wiss ym. 2014b.) Lisäksi alueelliset erot palvelujen saatavuudessa ovat suuria. Puutteita on erityisesti opiskeluterveydenhuollon lääkäripalveluissa ja opiskeluhuollon psykologipalveluissa, ja erityisen huono tilanne on ammatillisissa oppilaitoksissa. (Wiss ym. 2015a, 2015b.)

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat ja lääkärit käyttivät opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeoireiden tai -häiriöiden hoitamiseen keskimäärin neljänneksen työajastaan, mutta vaihtelu oli suurta. Todelliseksi tarpeeksi arvioitiin yli kolmannes työajasta, joten hoitamiseen on tarvetta käyttää enemmän työaika kuin mitä terveydenhoitajat ja lääkärit tällä hetkellä pystyvät käyttämään. Näyttäisi siltä, että tarve ei tule vähemmään lähitulevaisuudessa.

5.1.2. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja toimintatavat

Menetelmät ja toimintatavat opiskeluterveydenhuollossa. Mielenterveyttä ja päihteiden käyttöä koskevia seulonta- ja kyselymenetelmiä suositellaan käytettäväksi esimerkiksi terveyskyselyn tai terveyshaastattelulomakkeen sekä terveystarkastusten yhteydessä (STM 2006:12, Leinonen ym. 2010, Kunttu ym. 2011, Kääriä ym. 2011). Tässä tutkimuksessa suurin osa terveydenhoitajista ja lääkäreistä ilmoitti käyttävänsä AUDIT-testiä ja Beckin mielialakyselyä sekä kaksi kolmesta Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä. Nuorten päihdemittari ADSUME oli kolmella neljästä käytössä toisen asteen oppilaitoksissa. AUDIT-testiä käytettiin yleisemmin ammattikorkeakouluissa ja käyttöön vaikuttaa opiskelijoiden ikäjakauma. SCOFF-syömishäiriöseula, BAI-ahdistuneisuusasteikko ja sosiaalisten tilanteiden pelon SPIN-FIN-seula olivat useammin käytössä ammattikorkeakouluissa kuin toisen asteen oppilaitoksissa. Aikaisempien selvitysten mukaan mielenterveyttä ja päihteiden käyttöä koskevien seulonta- ja kyselymenetelmien käyttö opiskeluterveydenhuollossa ei näyttäisi vakiintuneelta, ja niitä on säännöllisemmin käytössä ammattikorkeakouluissa kuin toisen asteen oppilaitoksissa (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa kysyttiin opiskeluterveydenhuollossa käytetyistä lomakkeista terveystarkastuksissa. Terveystarkastajista lähes kahdella kolmesta oli käytössä toisella asteella omia terveyskyselylomakkeita tai -haastattelulomakkeita ja ammattikorkeakouluissa noin puolella. Noin neljännes käytti säännöllisesti Opiskeluterveydenhuollon oppaassa (2006:12) kuvattuja lomakkeita. Opiskeluterveydenhuollon selvityksessä todetaan, että lähes kaikki terveyskeskukset käyttävät terveystarkastuksessa terveyshaastatteluloma-

ketta. Oman terveyshaastattelulomakkeen on kehittänyt kaksi kolmannesta ja kolmannes käyttää Opiskeluterveydenhuollon oppaan lomaketta. (STM 2012:18.)

Tässä tutkimuksessa noin puolella terveydenhoitajista toisella asteella oli säännöllisesti käytössä terveystarkastuslomake tai -runko terveydenhoitajan tekemiin terveystarkastuksiin ja lääkäreistä reilulla kolmanneksella lääkärin tekemiin terveystarkastuksiin. Ammattikorkeakouluissa näitä oli harvemmin käytössä kuin toisen asteen oppilaitoksissa. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan terveydenhoitajien tekemissä terveystarkastuksissa on pääsääntöisesti käytössä terveystarkastusrunko. Epäselvyyksiä on lääkärin-tarkastuksen sisällössä, ja ohjeistus sisällöstä on puutteellista. (STM 2012:18.)

Terveydenhoitajista vain noin puolet raportoivat, että toisen asteen opiskelunsa aloittaville opiskelijoille tehdään terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi terveystarkastuksella tai vastaavalla. Useampi kuin neljä viidestä ilmoitti, että kiireellisyyden arviointi toteutetaan ammattikorkeakouluissa. Käytännöt terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa vaihtelivat paljon. Opiskelijoiden terveystarkastukseen kutsumista ei ole ohjeistettu kansallisesti niin selkeästi kuin esimerkiksi perusopetusikäisten laajoihin terveystarkastuksiin kutsumista. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan hieman yli puolessa kunnista tehtiin toisen asteen opiskelijoille terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi terveystarkastuksella. Lähes kaikissa kunnissa toteutettiin ammattikorkeakouluopiskelijoille terveystarkastusarvioinnin arvioimiseksi. (STM 2012:18.) Myös terveydenedistämistä perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveystarkastus on käytössä lähes kaikissa terveyskeskuksissa (Wiss ym. 2014b).

Terveystarkastusten lisäksi opiskeluterveydenhuollossa tulee olla mahdollisuus erilaisiin interventioihin, kuten päihteiden käytön mini-interventioon, ratkaisukeskeisiin selventäviin keskustelutapaamisiin, motivoivaan haastatteluun ja ryhmämuotoisiin menetelmiin (STM 2014:10). Tässä tutkimuksessa suurin osa terveydenhoitajista ja lääkäreistä käytti yksilöllisiä psykososiaalista tukea antavia keskusteluja ja mini-interventiota päihteiden käyttöön puuttumiseksi. Myös motivoivan haastattelun periaatteita oli käytössä useammalla kuin kolmella neljästä. Varhaisen puuttumisen ADSUME-mallia käytettiin erityisesti toisella asteella. Yksilömuotoiset menetelmät tunnettiin paremmin ja niitä käytettiin säännöllisemmin kuin ryhmämuotoisia menetelmiä. Ryhmämuotoisia menetelmiä käytettiin ammattikorkeakouluissa yleisemmin kuin toisella asteella. Noin puolella terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli ammattikorkeakouluissa jännittäjäryhmiä sekä kolmasosalla tupakasta vieroitusryhmiä ja voimavararyhmiä. Yleisimmiksi opiskelijoiden terveystottumuksiin vaikuttamiskeinoiksi on tunnistettu aikaisemmissa selvityksissä yksilöneuvonta, terveystarkastusmateriaalit ja kampanjat. Ryhmätoiminta ei ole kovin yleistä toisen asteen oppilaitoksissa ja ammattikorkeakouluissa. (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011.)

THL:n päätösraportissa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta 2009–2015 todetaan, että nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoon tulee kehittää internetsovelluksiin ja sosiaaliseen mediaan pohjautuvia menetelmiä ja palveluja (Marttunen & Haravuori 2015). Tämän tutkimuksen mukaan opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyössä hyödynnettiin vähän verkkosivustoja ja verkkoryhmätoimintaa, vaikka tietoteknologiaa on käytetty jo pitkään terveystarkastusten osana (Stenberg ym. 2015). Opiskeluterveydenhuollossa käytettiin Päihdelinkkiä, Nuorten mielenterveystalon palveluja, Nyytin verkkopalveluja ja nettiryhmiä sekä toisella asteella MLL:n nuortennettiä. Verkkopalveluja käytettiin ammattikorkeakouluissa yleisemmin kuin toisella asteella, joskin niiden käytössä ja tuntemisessa oli suurta vaihtelua. Osa terveydenhoitajista ei tuntenut eikä käyttänyt verkkopalveluja työssään, ja osa tunsu palveluja mutta ei käyttänyt niitä. Esimerkiksi vain hyvin harva tunsu MoodGYM-oma-apuohjelman, vaikka ohjelmasta on tuotettu suomenkielinen versio, ja se on suositeltu näyttöön perustuva interventio nuorten masennuksen ehkäisyssä ja hoidossa (Bennett ym. 2013).

Kaksi kolmannesta lääkäreistä sovelsi säännöllisesti depression ja vain puolet unettomuuden ja syömis-häiriöiden Käypä hoito -suosituksia opiskeluterveydenhuollossa. Vain joka kymmenes sovelsi säännöllisesti opiskelijoiden huumausainetestausta koskevaa SORA-lainsäädäntöä, lähes kolmannes ei tuntenut sitä ja joka neljäs koki osaamisensa riittämättömäksi sen soveltamiseen. Opiskeluterveydenhuollon kehittämisen työryhmä on kiinnittänyt huomiota siihen, että Käypä hoito -suositusten ja vastaavien selkeästi hoitokäytäntöjä ohjaavien suositusten tuntemista ja käyttöönottoa tulee parantaa opiskeluterveydenhuollossa (STM 2014:10).

Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen. Opiskeluterveydenhuollolla on keskeinen rooli opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa (STM 2012:18). Tässä tutkimuksessa vain noin puolet lääkäreistä arvioi, että he pystyvät tekemään hyvin diagnostisen arvion tavallisimmista mielenterveys- ja päihdehäiriöistä, määrittelemään häiriön vaikeusasteen ja aloittamaan hoidon tai ohjaamaan jatkohoitoon. Lähes neljännes lääkäreiden työajasta opiskeluterveydenhuollossa kuitenkin kuluu opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamiseen. Esimerkiksi täydennyskoulutuksen ja aikaresurssin puute vaikuttavat lääkäreiden mahdollisuuksiin tehdä diagnoosi ja aloittaa hoito. Kaksi kolmannesta terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi, että opiskeluterveydenhuollossa toisella asteella tunnistetaan kattavasti tavallisimmat mielenterveys- ja päihdehäiriöt tai niiden oireet. Ammattikorkeakouluissa terveydenhoitajista neljä viidestä ilmoitti, että nämä häiriöt tai oireet tunnistetaan kattavasti, kun taas lääkäreistä kaksi kolmannesta arvioi, että vain osa häiriöistä tai oireista tunnistetaan.

Terveydenhoitajista kolme neljästä ja lääkäreistä hieman useampi ilmoitti, että opiskeluterveydenhuollossa toisella asteella oli mahdollista hoitaa osa tavallisimmista mielenterveys- ja päihdehäiriöistä yksilökohtaisen opiskeluhuollon psykologin tai kuraattorin toiminnan avustamana. Lääkäreiden mahdollisuudet täysi-ikäisten opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lääkkeellisten hoitojen toteuttamiseen olivat hieman paremmat ammattikorkeakoulujen kuin toisen asteen oppilaitosten opiskelijoiden kohdalla. Myös opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012:18) todetaan, että esimerkiksi terveystarkastuksilla pyritään mahdollisimman varhain havaitsemaan opiskelijoiden ongelmat, mutta voimavarat eivät aina riitä havaittujen ongelmien hoitamiseen. Silloin kun opiskelijoiden hoito ohjataan muiden kuin opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten hoidettavaksi vaarana on, että opiskelijat eivät hakeudu hoitoon tai hoidon aloitus viivästyy.

Suurella osalla terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli mahdollisuus tavata opiskelija toisella asteella mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitamiseksi useita kertoja. Ammattikorkeakouluissa näin oli harvemmin. Suurin osa terveydenhoitajista raportoi, että toisella asteella oli mahdollista ohjata opiskelija opiskeluhuollon kuraattorille, ja kolme neljänestä raportoi, että opiskelija oli mahdollista ohjata opiskeluhuollon tai opiskeluterveydenhuollon psykologille. Ammattikorkeakouluissa näin oli huomattavasti harvemmin. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (1287/2013) turvataan oikeus opiskeluhuollon kuraattori- ja psykologipalveluihin vain toisen asteen opiskelijoille. Lain mukaan toisen asteen opiskeluhuollossa toimivilla on velvollisuus ohjata opiskelija tarvittaessa kuraattorille tai psykologille, mutta käytännössä opiskelija ei aina ota vastaan palvelua tai hän ei mene vastaanotolle.

Kolme neljästä terveydenhoitajista ilmoitti, että heidän oli mahdollista ohjata täysi-ikäinen opiskelija terveyskeskuksen psykiatriselle sairaanhoitajalle, depressiohoitajalle, päihdetyöntekijälle tai muulle vastaavalle ammattihenkilölle. Noin neljännes ilmoitti, että oppilaitoksessa tai matalan kynnyksen palveluissa oli käytettävissä psykiatrisen sairaanhoitaja. Tietoa ei kuitenkaan ole siitä, millainen psykiatrisen hoitotyön koulutus- ja osaamistausta on esimerkiksi oppilaitoksissa toimivilla hoitajilla. Jos opiskelija ohjataan muihin palveluihin opiskeluterveydenhuollon toimipisteen ulkopuolelle, niin koordinaatiovastuu opiskelijan terveydenhuollosta tulee säilyä opiskeluterveydenhuollossa ja tiedon välittyä joustavasti (Valvira 2015:2).

Vain alle puolet lääkäreistä ilmoitti, että opiskeluterveydenhuollossa on mahdollisuus saada opiskelijalle psykoterapia-arvio esimerkiksi erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyönä. Alle kolmannes raportoi, että opiskeluterveydenhuollosta on mahdollista ohjata opiskelija soveltuvaan nettiterapiaan, vaikka saatavilla on ollut esimerkiksi masennuksen, ahdistuneisuuden, paniikkihäiriön ja alkoholin liikakäytön nettiterapiat, ja ne on todettu tehokkaiksi hoitomenetelmiksi ainakin masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa (Stenberg ym. 2015). Nettiterapiat ovat kunnille maksullisia, joten kunnissa on vaihtelua sen suhteen kenellä on mahdollisuus ohjata opiskelijoita nettiterapiaan.

Suomesta puuttuvat toistaiseksi nuorille kohdennetut ja internetin kautta tarjottavat varsinaiset terapiat, mutta nuorten mielenterveystyössä voitaisiin käyttää paljon nykyistä enemmän esimerkiksi valtakunnallista Mielenterveystalo.fi-portaalia. Nuorille tarkoitettuja systemaattisen hoidon välineeksi soveltuvia pelimäisiä sovelluksia ei myöskään ole tarjolla, kuten Uuden-Seelannin nuorten masennukseen tietokonepelin muotoon rakennettu hoito-ohjelma Sparx. Mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvien palveluportaalien lisäksi tarjolle on tulossa myös mobiilisovelluksia. (Stenberg 2016.)

5.1.3. Yhteistyö mielenterveys- ja päihdetyössä

Yhteiset käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä. Yhteisesti sovitut käytännöt ja toimintaohjeet oppilaitoksissa ohjaavat toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä (STM 2006:12, 2009:20, 2012:18, Wiss ym. 2015a, 2015b). Tämän tutkimuksen mukaan oppilaitoksissa oli kirjattuja käytäntöjä useimmin päihteiden käytöstä sekä toisen asteen oppilaitoksissa kiusaamisesta ja ammattikorkeakouluissa huumausainetestauksesta. Ammattikorkeakouluissa oli harvemmin kirjattuja käytäntöjä kuin toisen asteen oppilaitoksissa. Lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevan tiedonkeruun 2014 mukaan suuressa osassa ammatillisista oppilaitoksista oli kirjattu käytäntö opiskelijoiden päihteiden käytön ehkäisemiseksi ja tupakkatuotteiden käyttöön puuttumiseksi. Lukioissa kirjattuja käytäntöjä oli hieman harvemmin. (Wiss ym. 2015a, 2015b.)

Sukupuolista häirintää tai epäasiallista käytöstä koskevia käytäntöjä ei kysytty tässä tutkimuksessa erikseen. Opiskelijoiden välistä sukupuolista häirintää esiintyy 15 prosentissa lukioista ja 35 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista sekä henkilöstön opiskelijoihin kohdistamaa epäasiallista käytöstä 7 prosentissa lukioista ja 30 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista (TEA perustaulukot 2014). Kouluterveyskyselyn (2011–2015) mukaan vuonna 2015 ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevista tytöistä useampi kuin joka viides ja pojista 7 prosenttia oli kokenut seksuaalista väkivaltaa joskus tai toistuvasti. Lukioissa opiskelevista tytöistä näin oli kokenut 15 ja pojista 5 prosenttia. Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden osuudet olivat kuitenkin pienempiä vuonna 2015 kuin vuonna 2013.

Tässä tutkimuksessa yhteisesti sovittu käytäntö puuttui useimmiten mielenterveyden edistämisestä, keskeyttämisvaarassa olevien opiskelijoiden tunnistamisesta ja tukemisesta sekä opiskelu-uupumuksen ja -stressin ehkäisemisestä. Neljännes terveydenhoitajista raportoi puutteita näissä. Lukuvuonna 2013–2014 lukion keskeytti 3,4 prosenttia, ammatillisen koulutuksen 7,6 prosenttia, ammattikorkeakoulun 8,3 prosenttia ja yliopistokoulutuksessa 6,7 prosenttia opiskelijoista. Keskeyttäminen väheni edellisvuoteen verrattuna ammatillisessa koulutuksessa ja yliopistokoulutuksessa ja pysyi ennallaan lukioissa ja ammattikorkeakouluissa. Pojat keskeyttivät koulutuksen tyttöjä useammin. (Tilastokeskus 2014.) Opintojen keskeyttämisen ehkäisemisessä yhteistyö oppilaitoksen ja opiskeluterveydenhuollon välillä on tärkeää. Riittävän varhaisella toiminnalla on mahdollista puuttua opintojen keskeyttämisestä tai viivästyttämisestä ennakoiviin ongelmiin, kuten toistuviin poissaoloihin sekä mielenterveysongelmiin ja päihteiden käyttöön. (Leinonen ym. 2010, Kunttu ym. 2011, Kääriä ym. 2011.)

Terveydenhoitajan tai lääkärin on pyrittävä selvittämään määräaikaisista terveystarkastuksista poisjääneiden opiskelijoiden tuen tarve (STM 2012:18). Terveystarkastuksista poisjääneiden tuen ja asioiden jatkoselvittelyn tarve voi olla keskimääräistä suurempi (STM 2009:20). Tässä tutkimuksessa lähes puolet terveydenhoitajista raportoi, että toisen asteen oppilaitoksissa ei ollut tehty suunnitelmaa tilanteisiin, joissa määräaikaiseen terveystarkastukseen kutsuttu opiskelija jää pois tarkastuksesta. Lähes kolme neljästä ilmoitti, että ammattikorkeakouluissa ei ollut tehty suunnitelmaa sen varalla, että terveystarkastukseen kutsuttu opiskelija jää tulematta tai opiskelija ei vastaa terveystarkastukseen. Toisella asteella terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarve tulee pyrkiä selvittämään, mutta ammattikorkeakoulujen osalta tätä asiaa ei ole yhtä selkeästi ohjeistettu. Asetus (338/2011) velvoittaa, että määräaikaisista terveystarkastuksista pois jääneiden tuen tarve tulee selvittää, mutta terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan ainoastaan lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoille järjestetään määräaikaiset terveystarkastukset. Muut terveystarkastukset tehdään yksilöllisen tarpeen mukaan. Korkeakouluopiskelijoille ne järjestetään terveystarkastuksen perusteella tai opiskelijan halutessa. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan vuonna 2012 alle puolessa terveyskeskuksista oli suunnitelma määräaikaisista terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittämiseksi (STM 2012:18) ja vuonna 2014 kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksista (Wiss ym. 2014b). Useimmiten opiskelija kutsutaan uudelleen vastaanotolle tai tuen tarvetta selvitetään puhelimitse (STM 2012:18).

Terveydenhuoltolaissa (2010/1326) ja valtioneuvoston asetuksessa (338/2011) edellytetään opiskelijan erityisen tuen tarpeen varhaisesta tunnistamisesta ja tarpeenmukaisen tuen järjestämisestä sekä yhteistyötä kunnan muiden toimijoiden kanssa. Tässä tutkimuksessa kaksi kolmannesta terveydenhoitajista raportoi, että toisen asteen oppilaitoksissa oli sovittu toimintatapa opiskelijan sairaudesta, vammasta tai muusta syystä johtuvan erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tuen järjestämiseksi. Ammattikorkeakouluissa asiasta oli sovittu

harvemmin. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen mukaan 72 prosentissa kunnista opiskeluterveydenhuollossa oli sovittu toimintatavoista opiskelijan erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tuen järjestämiseksi (STM 2012:18) ja terveydenedistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan 86 prosentissa terveyskeskuksista (Wiss ym. 2014b).

Noin kolme neljästä terveydenhoitajasta ilmoitti, että asevelvollisten kutsuntatarkastukset tehdään opiskeluterveydenhuollossa. Näin oli kuntatyypistä ja opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestämistä vasta riippumatta. Osuus vastaa opiskeluterveydenhuollon selvityksen (STM 2012:18) ja terveydenedistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun tuloksia (Wiss ym. 2014b).

Yhteistyö ja konsultointi mielenterveys- ja päihdetyössä. Opiskeluterveydenhuollossa on tunnettava alueen mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjoavat tahot sekä sovitut hoitoketjut ja toimintamallit (STM 2012:18). Opiskelijan avun tai tuen saaminen oikea-aikaisesti edellyttää yhteistyötä ja yhdessä sovittuja pelisääntöjä (Perälä ym. 2015a). Tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat ja lääkärit olivat konsultoinneet tai tehneet yhteistyötä opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä useimmiten nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon, matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen, nuorille suunnattujen päihdepalvelujen ja lastensuojelun kanssa. Useampi kuin kaksi kolmesta oli konsultoinut tai tehnyt yhteistyötä näiden tahojen kanssa. Lisäksi lääkäreistä suurin osa oli konsultoinut tai tehnyt yhteistyötä aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuudessa kunnissa on todettu riittämättömyyttä (Leinonen ym. 2010). Tässä tutkimuksessa havaittiin opiskelijoille tarjolla olevissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa, ja erityisesti matalan kynnyksen palveluissa, alueellista vaihtelua.

Kaikilla terveydenhoitajilla ja lääkäreillä ei ollut mahdollisuutta erikoissairaanhoidon puhelinkonsultaatioon. Vain noin puolella oli mahdollisuus toteuttaa opiskelijan hoitoa yhdessä eri toimijoiden kanssa. Kolmella neljästä lääkäristä oli mahdollisuus erikoissairaanhoidon konsultaatioon sähköisten tietojärjestelmien kautta, mutta terveydenhoitajista vain kolmanneksella. Opiskeluterveydenhuoltoon ei ole kaikissa kunnissa nimetty lääkäriä, jota terveydenhoitaja voi konsultoida työpäivän aikana. Opiskeluterveydenhuollon oppaan (STM 2006:12) mukaan jokaisessa opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä tulee olla nimetty lääkäri, jota terveydenhoitaja voi konsultoida. Käytännössä näin ei aina ole, sillä ammattikorkeakoulujen terveydenhoitajista vain puolella (Kääriä ym. 2011) sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveydenhoitajista kahdella kolmesta (Leinonen ym. 2010) on mahdollista konsultoida lääkäriä työpäivän aikana.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajista vain puolella ja lääkäreistä kolmanneksella oli mahdollisuus siihen, että työntekijä tai tiimi erikoissairaanhoidosta tai matalan kynnyksen palveluista tulee opiskeluterveydenhuoltoon tekemään yhdessä arviota ja hoitosuunnitelmaa. Yhtä monella oli mahdollisuus yhteisiin moniammatillisiin työryhmiin ja asiantuntijatiimeihin, jotka hoitavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä opiskelijoita. Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat toivovat moniammatillisen yhteistyön kehittämistä, ja erityisesti opetushenkilöstön kanssa (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011). Tässä tutkimuksessa vain viidesosalla terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli mahdollisuus potilastyönohjaukseen, vaikka se lisää asiakastyön keinoja, uudistaa työtä koskevia asenteita, parantaa työn hallinnan tunnetta ja lisää työn mielekkyyttä. Potilastyönohjauksessa jäsenetään omaa työskentelyä tietyn asiakkaan osalta sekä tarkastellaan ongelmatilanteita ja suunnitellaan jatkotoimenpiteitä yhdessä kokeneen ammattilaisen kanssa.

Tutkimuksessa tuli esille, että opiskeluterveydenhuollossa on jonkin verran käytössä liikkuvan nuorisopsykiatrian palveluja. Opiskeluterveydenhuollon selvityksen (STM 2012:18) toimenpide-ehdotuksissa esitetään, että nuorisopsykiatrista erikoissairaanhoidon osaamista tuotaisiin opiskeluterveydenhuoltoon esimerkiksi järjestämällä säännöllisiä konsultaatiomahdollisuuksia, moniammatillisia verkostokokouksia ja vastaanottoja sekä koulutusta. Nuoriso- ja aikuispsykiatristen konsultaatiopalvelujen hyvä saatavuus on edellytys perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen laadukkaalle toteuttamiselle, joten erilaisia konsultaatiomuotoja tulisi hyödyntää monipuolisesti, kuten etäkonsultaatioita ja liikkuvia konsultaatioita (STM 2014:10). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tärkeänä pidettiin verkostopalavereita erityisesti nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja väliinpuotoamisen ehkäisemiseksi. Terveydenedistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan kolmannes terveyskeskuksista oli sopinut konsultatiivisesta tuesta erikoissairaanhoidon kanssa. Alle puolessa terveyskeskuksista oli kirjattu käytäntö työnjaosta ja moniammatillisesta opiskeluhuoltotyöstä. (Wiss ym. 2014b.)

Tämän tutkimuksen mukaan noin puolet terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli lähettänyt tai ohjannut opiskelijoita erikoissairaanhoidon kuluneen vuoden aikana. Opiskelijoiden lähettämiseen ja ohjaamiseen eri palveluihin vaikuttaa opiskelijoiden ikä ja ongelmien vakavuus, mutta myös palvelujen tarjonta alueella sekä käytännöt, resurssit ja osaaminen opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä. Koordinaatiovastuun opiskelijan hoidosta on säilyttävä opiskeluterveydenhuollossa. Jotta tämä olisi mahdollista, tulee kiinnittää huomiota opiskelijan saattaen siirtämiseen palvelusta toiseen ja siihen, että hoitopalautteet opiskelijan hoidon aloittamisesta ja etenemisestä tulevat joustavasti opiskeluterveydenhuoltoon. Lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevan tiedonkeruun 2014 mukaan opiskelijoita oli ohjattu nuoris- tai aikuispsykiatrian palveluihin yli 80 prosentissa lukioista ja ammatillisista oppilaitoksista. Erityispalveluihin ohjaaminen oli vähentynyt kahden vuoden seurantajaksolla, mikä voi selittyä aiempaa paremmin toimivalla opiskeluhuollon yhteistyöllä, opiskeluhuoltopalvelujen lisääntyneellä saataavuudella tai vähentyneillä erityispalveluilla. (Wiss ym. 2015a, 2015b.)

Vastuuhenkilöistä kolme neljännestä raportoi, että kunnassa oli käytettävissä vähintään yksi opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyöhön liittyvä hoitoketju. Useimmiten oli käytössä syömishäiriöihin, masennukseen tai päihdeiden käyttöön liittyvä hoitoketju. Lähes puolet mainitsi yleisen nuorten mielenterveyshäiriöiden hoitoketjun, mutta vain kolmannes ahdistuneisuuden hoitoketjun. Terveydenedistämisasiivisyys perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan kolmanneksessa terveyskeskuksista oli kirjattu hoitoketju opiskelijan mielenterveysongelmien selvittämisestä (Wiss ym. 2014b).

Tämän tutkimuksen mukaan hoitoketjujen laatimiseen olivat osallistuneet useimmiten opiskeluterveydenhuollon toimijat, nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon, terveyskeskuksen erityistyöntekijät ja opiskeluhuollon muut toimijat. Hoitoketjuja ei useinkaan päivitetä säännöllisesti. Niiden ylläpito edellyttää säännöllistä päivittämistä ja yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä ja vuoropuhelulla ruohonjuuritasolla. (Vainikainen 2005.)

5.1.4. Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ja kehittäminen

Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen, täydennyskoulutus ja tuen saaminen. Kunnissa tulisi pitää huolta siitä, että opiskeluterveydenhuollossa toimivilla ammattilaisilla on riittävä opiskeluterveydenhuollon osaaminen ja että he saavat riittävästi koulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmaisten opiskelijoiden tukemisesta ja hoitamisesta (STM 2012:18). Tässä tutkimuksessa havaittiin, että terveydenhoitajilla ja lääkäreillä oli osaamisvajetta erityisesti opiskelijoiden käytöshäiriöiden ja epäsosiaalisen oireilun, ADHD:n, autismin ja muiden neuropsykiatristen häiriöiden hoidossa sekä terveydenhoitajilla opiskelijoiden peli- ja nettiriippuvuudessa. Myös täydennyskoulutuksen tarve kohdistui samoihin teemoihin. Täydennyskoulutuksen tarvetta ilmeni myös vuorovaikutuksellisista menetelmistä sekä ryhmämuotoisista interventioista ja terapioiden. Aikaisemmissa selvityksissä on todettu, että kymmenesosa terveydenhoitajista pitää osaamistaan riittämättömänä opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisessa toteamisessa ja hoidossa. Yli puolet haluaa lisäkoulutusta ja erityisesti opiskelijoiden mielenterveydestä. (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vain alle puolet terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli saanut täydennyskoulutusta mielenterveys- ja päihdetyöhön viimeisten viiden vuoden aikana. Vain alle puolet vastuuhenkilöistä oli sitä mieltä, että opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta oli huolehdittu hyvin. Aikaisemmissa selvityksissä terveydenhoitajien täydennyskoulutuksessa on todettu puutteita. Opiskeluterveydenhuollon työtehtävät ovat monimuotoisia ja haasteellisia. Terveydenhoitajat tarvitsevat hyvän peruskoulutuksen lisäksi jatkuvaa täydennyskoulutusta, valtakunnallisia suosituksia ja ohjeita sekä johdon tukea työlle. (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011.)

Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyössä järjestämää koulutusta pidettiin tässä tutkimuksessa hyödyllisenä opiskeluterveydenhuollossa tehtävän työn kannalta. Toisaalta vain kolmannes terveydenhoitajista ja lääkäreistä oli halukas osallistumaan verkossa tapahtuvaan mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutukseen ja noin puolet suljettuun vertaisyhteisöön saman alan ammattilaisten kanssa. Vastuuhenkilöt saivat tukea johtamiseen opiskeluterveydenhuollon henkilöstöltä, omalta esimieheltä.

tä, omassa yksikössä vastaavantasoisissa johtotehtävissä toimivilta, johtamiskoulutuksesta ja THL:ltä. Kuntaliiton (2015) toteuttaman oppilas- ja opiskelijahuoltolain arvioinnin mukaan opiskeluhuoltolain toimeenpanossa haasteena on lukioissa ja ammatillisessa koulutuksessa kuraattorien, psykologien ja terveydenhoitajien johtaminen, työn kehittäminen ja työnohjauksen järjestäminen.

Tässä tutkimuksessa tuotiin esille, että opiskeluterveydenhuollossa tehtävä työ voi olla yksinäistä, joten on tärkeää, että ammattilaisilla on mahdollisuus työnohjaukseen ja vertaistukeen. Lisäksi opiskeluterveydenhuollossa toimivat joutuvat puuttumaan moniin vaikeisiin asioihin, kuten opiskelijoiden ihmissuhde-, mielenterveys- ja päihdeongelmiin. (STM 2006:12.) Opiskeluterveydenhuollossa toimivista terveydenhoitajista alle puolella on todettu olevan mahdollisuus työnohjaukseen (Leinonen ym. 2010, Kääriä ym. 2011).

Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen. Kehittämistoiminta kunnallisessa opiskeluterveydenhuollossa on todettu vähäiseksi. Vain harvassa terveyskeskuksessa on käynnissä kehittämishankkeita ja useat terveyskeskuksista kokevat tarvitsevansa ohjausta tai konsultaatiotukea mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen kehittämiseen. (STM 2012:18.) Tässä tutkimuksessa vain noin neljänneksessä kunnista oli kehitetty opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyöhön liittyviä hyviä käytäntöjä tai alueella oli käynnissä kehittämishankkeita. Vain kolmanneksessa kunnista oli saatu opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen ohjausta tai konsultaatiotukea (muun muassa AVI:sta), mutta yli puolessa kunnista koettiin ohjauksen tai tuen tarvetta. Tarve ohjaukselle kunnissa oli suurempi kuin tällä hetkellä saatu ohjaus ja konsultaatiotuki.

Useimmiten kunnissa toivottiin tukea mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen THL:ltä ja STM:ltä. Tulos vastaa opiskeluterveydenhuollon selvityksen tuloksia (STM 2012:18). On kuitenkin tarpeen ottaa huomioon, että osa vastuuhenkilöistä koki vaikeuksia vastata erityisesti opiskeluterveydenhuollon sisällölliin ja kehittämistä koskeviin kysymyksiin, koska he eivät tunteneet riittävän hyvin opiskeluterveydenhuollon sisältöä. Vastuuhenkilön perehtymättömyys opiskeluterveydenhuoltoon saattaa vaikuttaa siihen, että kehittämistyötä tehdään aika vähän, ammatilliset eivät saa täydennyskoulutusta tai tukea työlleen eikä opiskeluterveydenhuoltoa johdeta itsenäisenä toiminnallisena kokonaisuutena.

Vain kolmasosa terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että asiakaspalautetta kerättiin opiskelijoilta sovituin väliajoin. Terveystiedon edistämisaktiivisuus perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruun mukaan kolmanneksessa terveyskeskuksista toteutettiin asiakaspalautekyselyjä opiskeluterveydenhuollossa (Wiss ym. 2014b). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella valtakunnallisen Kouluterveyskyselyn tuloksia hyödynnettiin usein. Näin on todettu myös lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevassa tiedonkeruussa, jonka mukaan Kouluterveyskyselyllä seurattiin opiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia suurimmassa osassa lukioista ja ammatillisista oppilaitoksista (Wiss ym. 2015a, 2015b). Yhteistyön tiivistäminen opiskelijajärjestöjen, kuten Suomen Ammattiin Opiskelevien Liitto SAKKI ry, ammattikorkeakouluopiskelijoiden Suomen opiskelijakuntien liitto SAMOK ry, Suomen Lukiolaisten Liitto ry, Suomen Opiskelija-allianssi OSKU ry ja Suomen ylioppilaskuntien liitto SYL, kanssa on vielä vähän hyödynnetty voimavara opiskeluterveydenhuollossa. Tutkimuksen tulosten perusteella tässä yhteistyössä nähtiin olevan mahdollisuuksia. Opiskeluterveydenhuollossa voitaisiin hyödyntää myös kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 ehdotuksen mukaisia kokemusasiantuntijoita ja vertaistoimijoita, kun suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyötä. Myös alaikäisten kokemukset tulee ottaa huomioon. (STM 2012:24.)

Tulosten mukaan opiskeluterveydenhuolto ei ole selkeästi profiloitunut. Tuloksissa nousi esille tarve profiilin vahvistamiseen ja opiskeluterveydenhuollon brändäämiseen esimerkiksi työterveyshuollon tavoin. Tämä lisää opiskeluterveydenhuollon tunnettavuutta opiskelijoiden ja ammattilaisten sekä muiden nuorten kanssa työskentelevien keskuudessa. Profiilin selkeyttämisessä on tärkeää tuoda esille mistä opiskeluterveydenhuolto sisällöllisesti ja menetelmällisesti muodostuu. Opiskeluterveydenhuollon profiilia voidaan vahvistaa esimerkiksi tuomalla esille aikaisempaa laaja-alaisemmin opiskeluterveydenhuollon palveluvalikoima ja palvelujen sisällöt. On tärkeää kehittää kuntien ja oppilaitosten verkkosivuja siten, että opiskeluterveydenhuolto tulee selkeästi näkyväksi koko palveluvalikoimallaan. Opiskeluterveydenhuolto on tarpeen saada näkyvämmäksi myös terveysalan perus- ja täydennyskoulutuksessa, ja järjestää nimenomaan opiskeluterveydenhuoltoon suunnattuja täydennyskoulutuksia. Opiskeluterveydenhuoltoon tarvitaan esimies, joka tuntee opiskeluterveydenhuollon hyvin ja pystyy kehittämään toimintaa.

5.2. Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset

Palvelut, niiden järjestäminen ja riittävyys opiskeluterveydenhuollossa

- ***Opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut tulee järjestää kokonaisuutena siten, että opiskelijalla on mahdollisuus asioida samojen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa terveyden- ja sairaanhoitopalveluissa.*** Opiskeluterveydenhuollon toteuttaminen on yhä edelleen useissa kunnissa hajautettu eri tahoille. Hajautetulla toiminnalla on epäsuotuisia seurauksia, kuten opiskelijan opiskelukyvyn ja omien voimavarojen huomiotta jääminen, yhteistyön vaikeutuminen, tiedonkulun ongelmat, toimintojen päällekkäisyys sekä palvelujen kokonaisuuden ja jatkuvuuden toteutumattomuus. Myös opiskeluterveydenhuollon toiminnallisen kokonaisuuden seuranta ja kustannusten hallinta on vaikeaa. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt edellyttävät hoitoa, ja ne saattavat hoitamattomina vaikeutua ja pitkittyä sekä johtaa erikoissairaanhoidon tarpeeseen. Hajautetusta toiminnasta seuraa myös tehottomuutta, kuten toistettuja hoidon tarpeen arvioita, kun opiskelija ohjataan esimerkiksi terveyskeskuksen erityistyöntekijän palveluihin ja terveyskeskuksessa mahdollisesti uusitaan hoidon tarpeen arvio.
- ***Kuntien tulee huolehtia opiskeluterveydenhuollon riittävästä resursoinnista.*** Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien ja lääkäreiden valtakunnallisten henkilöstömitoitussuosituksen toteutumisessa on edelleen merkittäviä puutteita. Riittämättömyyttä on erityisesti opiskeluterveydenhuollon tai terveyskeskuksen ja opiskeluhuollon psykologipalveluissa sekä lääkäripalveluissa ja mielenterveyspalvelujen verkostossa kunnissa. Täysi-ikäisille opiskelijoille on tarjolla jonkin verran terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan tai depressiohoitajan palveluja. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen verkostojen rakentamisessa kunnissa ja tulevaisuudessa maakunnissa tulee olla mukana erikoissairaanhoidon, opiskeluterveydenhuollon, opetustoimen ja sosiaalihuollon toimijoita. Resurssien riittävyyttä arvioitaessa on otettava huomioon, että opiskeluhuollon psykologit ja kuraattorit eivät ole opiskeluterveydenhuollon työntekijöitä, joten he eivät ole käytettävissä osana terveydenhuoltoa.
- ***Nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat perustasolla keskeinen osa opiskeluterveydenhuoltoa.*** Mielenterveys- ja päihdepalvelut tulee tarjota mahdollisuuksien mukaan konkreettisesti oppilaitoksissa tai keskitetyissä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä, joissa palvelut ovat helposti opiskelijoiden saatavilla matalalla kynnyksellä osana opiskeluterveydenhuoltoa. Näin erityisesti toisen asteen opiskelijat todennäköisesti kiinnittyvät hoitoonsa paremmin kuin silloin, jos mielenterveys- ja päihdepalvelut on tuotettu erillään opiskeluterveydenhuollosta.
- ***Ensisijainen hoitovastuu opiskelijoista kuuluu opiskeluterveydenhuololle.*** Hoito erikoissairaanhoidossa ei siirrä pois opiskeluterveydenhuollon vastuuta opiskelijan tilanteen seuraamisesta ja opiskeluympäristössä tarvittavista toimenpiteistä opiskelijan tukemiseksi.
- ***Opiskelijoille tulee turvata tasalaatuiset opiskeluterveydenhuollon palvelut oppilaitoksen sijaintikunnasta riippumatta.*** Opiskelijoille tarjolla olevat palvelut ja niiden järjestäminen vaihtelevat eri puolilla maata. Tämä asettaa opiskelijat eriarvoiseen asemaan palvelujen ja avun saamisen suhteen.

Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja toimintatavat opiskeluterveydenhuollossa

- ***Yleisimpiä opiskelijoilla esiintyviä mielenterveys- ja päihdeongelmia tulee seuloa opiskeluterveydenhuollossa. Seulonta- ja kyselymenetelmien käyttö tulee ohjeistaa kansallisesti sekä sopia työnsästä opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä.*** Mielenterveyttä ja päihdeiden käyttöä koskevien seulonta- ja kyselymenetelmien käyttö ei ole vakiintunutta, ja niiden käytössä on vaihtelua toimipisteiden ja oppilaitosten välillä. Opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä tulee sopia, kuka toteuttaa seulontoja ja kyselyjä, miten tieto välittyy eri ammattiryhmille ja siitä, että esimerkiksi oirekyselyssä huolestuttavan tuloksen saanut opiskelija ohjataan lääkärille diagnostiseen arvioon.
- ***Opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuksiin liittyvät lomakkeet tulee yhtenäistää ja ohjeistaa niiden käyttö kansallisesti siten, että ne muodostavat sisällöllisesti johdonmukaisen kokonaisuuden.*** Opiskeluterveydenhuollossa käytettävien lomakkeiden sisällöissä on suurta vaihtelua kunnissa.

Kansalliset linjaukset terveystarkastusten esitieto- ja seulontalomakkeista puuttuvat. Usein käytetään omia terveystarkastuslomakkeita tai -haastattelulomakkeita. Puutteita on terveystarkastusrungon säännöllisessä käytössä terveydenhoitajan ja erityisesti lääkärin tekemissä terveystarkastuksissa.

- ***Terveystarkastukseen kutsumisen käytäntöjä opiskeluterveydenhuollossa tulee yhtenäistää ja ohjeistaa kansallisesti.*** Terveystarkastusten kiireellisyyttä arvioitaessa tulee huomioida erityisesti opiskelijan erityisen tuen tarve, kuten mahdollinen sairaus, vamma tai muu ongelma, joka vaikuttaa opiskelukykyyn alalla. Lisäksi tulee ottaa huomioon terveydellisten syiden perusteella tehty HOJKS (henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma) sekä opiskelijan oma halu ja tarve terveystarkastukseen. Käytännöt terveystarkastuksen kiireellisyyden arvioinnissa vaihtelevat paljon ja kiireellisyyttä arvioidaan erilaisin perustein.
- ***Opiskeluterveydenhuollossa tulee ottaa käyttöön ryhmämuotoisia menetelmiä kohdennettuna esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuuden ehkäisyyn, stressinhallintaan ja epäsosiaalisesti oireileville opiskelijoille.*** Ryhmämuotoisia menetelmiä on harvoin käytössä säännöllisesti, ja erityisesti näin on toisen asteen oppilaitoksissa. Opiskelijoiden osallistumisen tukemiseen, motivointiin ja sitoutumiseen tulee kiinnittää huomiota. Ryhmiä voidaan toteuttaa esimerkiksi parityöskentelynä terveydenhoitajan sekä kuraattorin, psykologin, psykiatrisen sairaanhoitajan tai päihdetyöntekijän kanssa. Ryhmämuotoisista menetelmistä tulee tarjota täydennyskoulutusta. Opiskelijoiden kiinnittyminen ryhmiin on haasteellista, joten on tarpeen kehittää myös uudenlaisia menetelmiä, joissa korostuvat esimerkiksi toiminnallisuus, vaihtelevat toteutustavat sekä teknologian ja sosiaalisen median käyttö.
- ***Tietyille riskiryhmille kohdennettujen yksilö- ja ryhmämuotoisten menetelmien lisäksi opiskeluterveydenhuollossa ja oppilaitoksissa tarvitaan kaikille opiskelijoille tarjottavia ja koko oppilaitosyhteisöä koskevia yhteisöllisiä, mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistäviä menetelmiä.*** Kansallisella tasolla tulee toteuttaa mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistävien sekä mielenterveys- ja päihdehäiriöitä ehkäisevien ja hoidollisten menetelmien vaikuttavuuden ja soveltuvuuden arviointia opiskeluterveydenhuollossa. Menetelmien juurruttaminen oppilaitosympäristöön toteutetaan eri toimijoiden yhteistyönä. Menetelmien käyttöönoton ja ylläpidon tulee olla laajasti osa koko oppilaitoksen toimintaa.
- ***Opiskeluterveydenhuoltoon soveltuvia mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä verkkopalveluja voidaan ottaa aikaisempaa monipuolisemmin käyttöön, mutta käyttöä on tarpeen ohjeistaa kansallisesti.*** Verkkomuotoisen toiminnan ja verkkosivustojen käyttö opiskeluterveydenhuollossa erityisesti toisella asteella on vähäistä ja osin hyödyntämättä. Verkkopalveluista tarvitaan koulutusta opiskeluterveydenhuollon ammattilaisille. Verkkopalveluja voidaan käyttää esimerkiksi muun hoidon tukena tai lisäämään hoitoon sitoutumista. Esimerkiksi valtakunnallisten palveluportaalien käyttö on suositeltavaa. On tärkeää, että tieto on luotettavaa ja päivitettyä, ja että verkkomuotoisen toiminnan vaikuttavuudesta on myös näyttöä.
- ***Opiskeluterveydenhuollossa tulee ottaa käyttöön hoitokäytäntöjä ohjaavia suosituksia.*** Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä Käypä hoito -suosituksia ja huumausainetestausta koskevaa SORA-lainsäädäntöä ei sovelleta säännöllisesti opiskeluterveydenhuollossa. Tämä johtuu osaltaan siitä, että suosituksia ja säännöksiä ei tunneta riittävästi tai osaaminen niiden soveltamiseen on puutteellista. Suositusten ja säännösten tuntemista on tarpeen vahvistaa esimerkiksi täydennyskoulutuksella.
- ***Opiskeluterveydenhuollossa tulee tunnistaa ja hoitaa opiskelijoiden tavallisimmat mielenterveys- ja päihdeongelmat.*** Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen opiskeluterveydenhuollossa arvioidaan paremmiksi kuin mahdollisuudet niiden hoitamiseen. Tähän saattavat vaikuttaa esimerkiksi resurssihin, palvelujen järjestämiseen ja osaamiseen liittyvät asiat.
- ***Psykiatrisen sairaanhoitajan osaamiselle on tarvetta oppilaitoksissa.*** Psykiatrisen sairaanhoitajan työpanosta on jonkin verran käytettävissä oppilaitoksissa, kuten oppilaitoksen oma psykiatrinen sairaanhoitaja, psykiatrisella painotuksella toimiva sairaanhoitaja, mielenterveystyöntekijä tai liikkuva psykiatrinen sairaanhoitaja matalan kynnyksen palveluista. Erilaisia paikallisia ratkaisuja on paljon. Oppilaitoksissa työskentelevien psykiatrista työtä tekevien sairaanhoitajien osaaminen psykiatrista ja erityisesti nuorisopsykiatrista työstä tulee varmistaa. Opiskeluterveydenhuollossa on jonkin ver-

ran mahdollisuuksia ohjata täysi-ikäisiä opiskelijoita myös muiden ammattilaisten vastaanotolle mielenterveys- ja päihdeasioissa, kuten terveyskeskuksen psykiatriselle sairaanhoitajalle, depressiohoitajalle tai päihdetyöntekijälle. Nämä ammattilaiset voivat vahvistaa opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdehoitoja. Tärkeintä on kuitenkin se, että opiskeluterveydenhuollossa on riittävästi osaavia terveydenhoitajia ja lääkäreitä.

- **Opiskeluterveydenhuollon palvelut ovat matalan kynnyksen palveluja.** Opiskeluterveydenhuollon tueksi toivotaan yleisesti matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja. Kuitenkin ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitaminen kuuluvat jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työhön opiskeluterveydenhuollossa. Käytettävissä on perusmenetelmiä ja yhteistyön mahdollisuuksia opiskelijoiden hoitamiseksi ja tukemiseksi. Palvelutarjonnassa on kuitenkin alueellista vaihtelua, ja työn onnistumiseksi tarvitaan hyvää yhteistyötä erityispalvelujen kanssa.
- **Opiskeluterveydenhuollossa tulee hyödyntää mahdollisuus saada opiskelijalle psykoterapia-arvio ja ohjata nettiterapiaan.** Opiskeluterveydenhuollossa ei aina ole mahdollisuutta saada opiskelijalle psykoterapia-arviota esimerkiksi erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyönä tai ohjata opiskelijaa soveltuvaan nettiterapiaan. Psykoterapia-arvion toteuttaminen vaatii yhteistyösopimuksen ja käytännöistä sopimisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Esimerkiksi depressiohoitajat voisivat seuloa psykoterapiasta mahdollisesti hyötyviä ja siitä kiinnostuneita opiskelijoita. Nettiterapiat näyttäisivät olevan opiskeluterveydenhuollossa vielä hyödyntämättä. Nettiterapioiden maksullisuus kunnille saattaa asettaa opiskelijat eriarvoiseen asemaan nettiterapian saatavuuden suhteen.

Yhteiset käytännöt, yhteistyö ja konsultointi opiskeluterveydenhuollossa

- **Oppilaitoksiin tarvitaan yhteisiä käytäntöjä mielenterveys- ja päihdetyöhön.** Kirjatut käytännöt yhtenäistävät, johdonmukaistavat ja tasalaatuistavat toimintaa sekä mahdollistavat sen, että opiskelijat saavat tukea tasavertaisesti. Käytäntöjä on tarpeen sopia erityisesti keskeyttämisvaarassa olevien opiskelijoiden tunnistamisesta ja tukemisesta moniammatillisesti sekä opiskelu-uupumuksen ja -stressin ehkäisemisestä. Yhteisiä käytäntöjä tarvitaan myös silloin, jos opiskelija ei tule määräaikaiseen terveystarkastukseen tai tarkastukseen kutsuttu ammattikorkeakouluopiskelija jää tulematta tai ei vastaa terveystarkastukseen. Näihin tilanteisiin tarvitaan yhteistyötä opiskeluhuollon muiden ammattilaisten kanssa.
- **Oppilaitoksiin tarvitaan etsivää työtettä esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan toteuttamana tai työparityöskentelynä.** Etsivää työtettä voidaan hyödyntää erityisesti keskeyttämisvaarassa olevien ja mahdollisten opiskelupudokkaiden löytämisessä ja varhaisessa tukemisessa sekä syrjäytymisen ehkäisemisessä opiskeluterveydenhuollossa.
- **Opiskelijan erityisen tuen tarpeen tunnistamisesta ja tuen järjestämisestä tulee sopia oppilaitoksissa.** Oppilaitoksissa on puutteita sovituiissa toimintatavoissa opiskelijan sairaudesta, vammasta tai muusta syystä johtuvan erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tuen järjestämiseksi, ja erityisesti näin on ammattikorkeakouluissa. Tämä saattaa johtaa erityisen tuen tarpeen varhaisen tunnistamisen viivästymiseen ja tarpeenmukaisen tuen saamisen riittämättömyyteen.
- **Konsultaatioista ja niihin liittyvistä toimintatavoista tulee sopia paikallisesti opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä.** Kaikilla terveydenhoitajilla ja lääkäreillä ei ole mahdollisuutta erikoissairaanhoidon puhelinkonsultaatioon. Vain osalla on mahdollisuus toteuttaa opiskelijan hoitoa yhdessä eri toimijoiden kanssa tai moniammatillisissa työryhmissä. Terveystarkastajilla ei ole aina mahdollisuutta erikoissairaanhoidon sähköiseen konsultaatioon. Sähköinen konsultaatiomahdollisuus ja tiedonsiirto eivät kuitenkaan ole riittäviä, vaan tarvitaan myös mahdollisuus konsultoida suoraan esimerkiksi lääkäriä työpäivän aikana.
- **Lääkäri-hoitaja-työparityöskentelyä tulee selkeyttää opiskeluterveydenhuollossa.** Työparityöskentely edellyttää tehostamista sekä selkeää yhteistyöstä ja työnjaosta sopimista sekä paikallisella että kansallisella tasolla.

- **Erilaisia yhdessä tekemisen työmuotoja tulee kehittää edelleen ja ottaa käyttöön opiskeluterveydenhuollossa.** Nämä koetaan hyödyllisinä työmuotoina mielenterveys- ja päihdetyössä sekä opiskelijoiden että ammattilaisten kannalta.
- **Opiskeluterveydenhuollossa tulee ottaa käyttöön erilaisia liikkuvia ja konsultatiivisia työmuotoja.** Opiskeluterveydenhuollossa näyttää olevan jonkin verran käytössä akuutin, liikkuvan psykiatrian palveluja. Tätä kehityslinjaa on tarpeen jatkaa ja hyödyntää monipuolisesti erilaisia konsultaatiomuotoja, kuten liikkuvaa konsultaatiota ja etäkonsultaatiota. Opiskeluterveydenhuoltoon tarvitaan liikkuvia ratkaisuja esimerkiksi erikoissairaanhoidosta tai muista palveluista terveydenhoitajien ja lääkäreiden toteuttaman mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon tueksi. Erikoissairaanhoidon rooli on merkittävä tuen ja asiantuntemuksen antajana opiskeluterveydenhuollon ammattilaisille, jotta opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmat pystytään hoitamaan opiskeluterveydenhuollossa.
- **Opiskeluterveydenhuollossa tulee hahmottaa alueellinen mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimijaverkosto ja asiantuntemus.** Erilaisia yhteistyön mahdollisuuksia ja eri toimijoita näyttäisi olevan käytettävissä kunnissa opiskelijoiden auttamiseksi ja heidän tarpeisiinsa vastaamiseksi mielenterveys- ja päihdetyössä. Verkostopalaverit erityisesti nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa koetaan tärkeiksi hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja väliinputoamisen ehkäisemiseksi.
- **Nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmiin tulee kehittää hoitoketjuja monialaisessa yhteistyössä.** Erityisen haasteen asettaa hoitoketjujen päivittäminen. Ei riitä, että hoitoketju on kehitetty, vaan sitä tulee päivittää säännöllisesti ja arvioida sen toimivuutta käytännössä. Kunnille tulee tarjota ohjausta ja tukea alueellisten hoitoketjujen laatimiseen ja yhteistyöverkostojen rakentamiseen.

Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen, kehittäminen ja asiakaspalaute opiskeluterveydenhuollossa

- **Opiskeluterveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla riittävästi koulutusta ja osaamista opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen.** Ammattilaisille tulee antaa mahdollisuus vahvistaa omaa osaamistaan nuorten ikä- ja kehitysvaiheisiin sekä mielenterveyteen ja päihdeettömyyteen liittyvissä asioissa. Ammattilaisille tulee tarjota nimenomaan opiskeluterveydenhuoltoon soveltuvaa mielenterveys- ja päihdetyön koulutusta, josta esimerkkinä on THL:n, STM:n ja YTHS:n yhteistyössä järjestämät vuosittaiset Opiskeluterveyspäivät. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden näkemykset mielenterveys- ja päihdetyön osaamisvajesta ja täydennyskoulutustarpeista ovat samansuuntaisia. Ne kohdistuivat erityisesti opiskelijoiden käytöshäiriöiden ja epäsosiaalisen oireilun hoitoon, peli- ja nettiriippuvuuteen, ahdistuneisuushäiriöihin, ADHD:n sekä autismiin ja muihin neuropsykiatrisiin häiriöihin. Täydennyskoulutuksen tarvetta on myös vuorovaikutuksellisista ja ryhmämuotoisista menetelmistä.
- **Opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutuksesta tulee huolehtia ja toteuttaa sitä eri toimijoiden yhteistyönä.** Opiskeluterveydenhuollossa toimitaan usein muiden työtehtävien ohella, joten on haastavaa pitää mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ajan tasalla muiden osaamisvaatimusten lisäksi. Verkossa toteutettava mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutusta ja vertaisyhteisöjä tulee kehittää, sillä opiskeluterveydenhuollon ammattilaisilla on halukkuutta kehittää osaamista ja saada tukea työlleen verkossa toteutettavien ratkaisujen avulla.
- **Asiakaspalautteen keräämistä ja hyödyntämistä sekä nuorten kuulemistä tulee tehostaa.** Osassa kuntia opiskelijoilta ei kerätä lainkaan palautetta tai palaute ei välity työntekijöille. Palautteen avulla työntekijät ja esimiehet saavat tietoa opiskeluterveydenhuollossa tarjottavista palveluista, jolloin niitä voidaan kehittää entistä asiakaslähtöisemmiksi. Opiskeluterveydenhuoltoa sekä muita opiskelijoille ja nuorille suunnattuja palveluja tulee kehittää nykyistä enemmän yhteistyössä nuorten ja opiskelijoiden kanssa. Nuorten kuuleminen palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa parantaa niiden soveltuvuutta tälle asiakasryhmälle. On tarpeen hyödyntää nimenomaan nuorille soveltuvia tiedonjakamisen ja palautteen saamisen kanavia, kuten sosiaalista mediaa.
- **Opiskeluterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöhön tarvitaan strukturoituja interventioita ja työmenetelmiä.** Opiskeluterveydenhuollon ammattilaiset näkevät tärkeiksi ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön tehostamisen, keinot varhaiseen puuttumiseen, erilaiset puheeksioton ja neuvon-

pidon toimintamallit sekä lievien ja keskivaikeiden (komplisoitumattomien) häiriöiden hoitomenetelmät.

- **Opiskeluterveydenhuollossa tehtävä mielenterveys- ja päihdetyö tulee tehdä näkyväksi.** Näkyvyyttä lisää esimerkiksi perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokituksen SPAT-koodien systemaattinen käyttö opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä. Näitä SPAT-koodeja ovat esimerkiksi terapeuttisen keskustelun, erityisen tuen tarpeen, psykososiaalisen neuvonnan ja ohjauksen sekä päih-teisiin tai riskikäyttäytymiseen liittyvän ohjauksen koodit.
- **Opiskeluterveydenhuollon profiilia tulee selkeyttää siten, että sen tarpeellisuus ja ominaislaatu tunnustetaan.** Opiskeluterveydenhuolto ei ole kokonaisuudessaan palveluvalikoimaltaan selkeästi profiloitunut, eikä sen rooli opiskelukyvyn tukemisessa tule riittävästi esille kauas nuoren tulevaisuuteen vaikuttavassa elämänvaiheessa. Profiilin selkeyttäminen ja oman tehtävän rakentaminen luovat haasteita erityisesti opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöille ja esimiehille sekä johtamisen kehittämislle.

Haasteita opiskeluterveydenhuollon ja opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi

Opiskeluterveydenhuollon palvelujen toteuttaminen kokonaisuutena on haaste osalle kunnista riippumatta kunnan koosta. Näyttää siltä, että käytännön syistä, kuten pienet opiskelijamäärät ja resurssien riittämättömyys, kokonaisuus ei aina ole joustavasti toteutettavissa nykyisissä palvelurakenteissa. Opiskeluterveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa vuoden 2019 alusta kunnilta maakunnille. Sosiaali- ja terveystyö yhdistetään kaikilla tasoilla, peruspalveluja vahvistetaan ja palvelut tullaan järjestämään aikaisempaa suurempina kokonaisuuksina. Suuremmat opiskeluterveydenhuollon toimintayksiköt mahdollistavat todennäköisesti aikaisempaa paremmin opiskeluterveydenhuollon sisällön kehittämisen, ammattitovereilta saatavan tuen ja yhteistyön eri ammattilaisten kesken. Opiskeluterveydenhuollon palvelujen tulee olla saatavilla lähipalveluina ja niiden tulee olla tiivis osa oppilaitosyhteisöä ja sen toimintakulttuuria. Tällöin tulee kuitenkin varmistaa sosiaali- ja terveystyö riittävä yhteistyö kunnan tuottamien palvelujen kanssa.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 toimeenpanon ohjausryhmän loppuraportissa (STM 2016:3) ehdotetaan, että mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi tulevaisuudessa järjestää asiakaslähtöisesti, kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti siten, että ne vastaavat näiden asiakasryhmien tarpeisiin. Myös valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus painottaa asiakkaiden (opiskelijoiden) tarpeisiin vastaamista. Lasten ja nuorten hyvin toimivat palvelut vähentävät merkittävästi myöhempiä yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia. Hyötyjä tulee myös opinnoista suoriutumisen, työurien alkupään aikaistumisen ja työelämän tuottavuuden kautta.

Opiskeluterveydenhuolto on opiskelijoiden työterveyshuoltoa, opiskelukyvyn tukemista, joka edellyttää opiskeluterveydenhuollon ammattilaisilta erityisosaamista. Nuoruus on tärkeä elämänvaihe, jossa nuoret tekevät kauaskantoisia ratkaisuja opintojen ja työuran suhteen. Tässä elämänvaiheessa nuoret voivat kuitenkin sairastua kroonisiin mielenterveyden häiriöihin, ajautua liialliseen päihteiden käyttöön tai syrjäytyä. Suurin osa pitkäaikaisista mielenterveyden häiriöistä alkaa myöhäisnuoruuteen mennessä. On kustannustehokasta ja inhimillistä auttaa ja tukea nuoria ja opiskelijoita mahdollisimman varhain, jo ennen kuin mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia on syntynyt. Jos ongelmiin puututaan myöhään, tilanne usein pahenee, auttaminen vaikeutuu ja kustannukset moninkertaistuvat. Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen ja varhaisvaiheen hoitaminen on kannattavaa. Ehkäiseviin palveluihin ja varhaisiin tukitoimiin kannattaa investoida. (ks. Knapp ym. 2011, Campion ym. 2012, VM 2016.)

Kuntien järjestämä lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyön toteuttaminen heidän arjisissa elinympäristöissään, kuten oppilaitoksissa, ei ole edennyt tavoitteiden mukaisesti. Tehokkaiden toimintamallien ja interventioiden käyttöönotto ei ole ollut kovin yleistä, vaikka tiedetään, että esimerkiksi oppilaitosyhteisöllä on suuri merkitys mielenterveyden rakentumisessa ja oppilaitoksiin soveltuvia toimintamalleja ja interventioita on kehitetty. Tehokkaiksi osoittuihin menetelmiin perustuva mielenterveys- ja päihdehoito ja ehkäisevä työ tuottavat taloudellisia hyötyjä julkiselle sektorille ja koko yhteiskunnalle. Pelkkä tieto

interventioiden vaikuttavuudesta ei riitä, vaan tarvitaan myös taitojen kehittämistä koulutuksen ja työnohjauksen avulla interventioiden toteuttamiseksi. Erityisesti tarvitaan johdon tukemaa menetelmien ja toimintamallien ottamista käyttöön sekä toimintakäytäntöjen muuttamista. Ohjausryhmän ehdotusten mukaan kuntien tulee myös tehostaa perus- ja avopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa mielenterveys- ja päihdetyön päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultatiivipalveluja, kuten konsultatiivista työtettä erityistasolta perustasolle. (STM 2016:3.)

Tässä tutkimuksessa opiskeluterveydenhuollon johtamisen ongelmaksi kunnissa koettiin palvelujen järjestämisen hajanaisuus ja koordinoimattomuus: kukaan ei johda nuorten ja opiskelijoiden palvelujen moniammatillista kokonaisuutta. Ohjausryhmän loppuraportissa (STM 2016:3) ehdotetaan, että palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevan kunnan tulee koordinoida nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen ja yksityisen sektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi – myös nuorille ja opiskelijoille.

THL kokoaa verkkomateriaalia opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten käyttöön opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön. Verkkoon kootaan tietoa toimivista työvälineistä, menetelmistä ja toimintamalleista opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdeongelmien arvioinnin ja hoitamisen tueksi. Verkkomateriaali julkaistaan THL:n Lasten ja nuorten mielenterveys -sivustolla vuoden 2016 loppuun mennessä. (<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys>).

Lähteet

Aaltonen, S., Berg, P. & Ikäheimo, S. (2015) Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2015:3.

Ammattikorkeakoululaki 9.5.2003/351.

Anttila, N., Huurre, T., Malin, M. & Santalahti, P. (2016) Mielenterveyden edistäminen varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen. Katsaus menetelmiin ja kirjallisuuteen Suomessa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi 2016:3.

Appelqvist-Schmidlechner, K. (2011) Time Out! Getting Life Back on Track. A psychosocial support programme targeted at young men exempted from compulsory military or civil service. Tampere: Acta Electronica Universitatis Tampereensis.

Asevelvollisuuslaki 28.12.2007/1438.

Bennett, K., Griffiths, K.M. & Reynolds, J. (2013) MoodGYM. Oma-apuohjelma masennuksen ehkäisyyn. Teoksessa: Itä kohtaa lännen - Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. Laitinen, P., Komminaho, A., Mäkelä, M., Järvinen, M., Hilama, P., Nykky, T., Moring, J., Partanen, A. & Sutela, S. (toim.) Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi 2013:19, 65–67.

Bhochhibhoya, A., Hayes, L., Branscum, P. & Taylor, L. (2015) The use of the Internet for prevention of binge drinking among the college population: A systematic review of evidence. *Alcohol and Alcoholism* 50(5):526–535.

Borg, A-M. (2015) Lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Näyttöön perustuvien menetelmien kartoitus. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2015:42.

Campion, J., Bhui, K. & Bhugra, D. (2012) European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *European Psychiatry* 27(2):68–80.

Clarke, G. (2010) MAESTRO. Ohjaajan käsikirja. Stressinhallintakurssi nuorten masennuksen ehkäisyyn. Vantaa: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.H. & Riedel-Heller, S.G. (2014) School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International* 29(3):427–441.

Coughlan, H., Cannon, M., Shiers, D., Power, P., Barry, C., Bates, T., Birchwood, M. ym. (2013) Towards a new paradigm of care: The International Declaration on Youth Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry* 7(2):103–108.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O. ym. (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Davies, E.B., Morriss, R. & Glazebrook, C. (2014) Computer-delivered and Web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 16(5):e130.

Erikoissairaanhoitolaki 28.11.2003/993.

Farrer, L., Gulliver, A., Chan, J.K.Y., Batterham, P.J., Reynolds, J., Calear, A. ym. (2013) Technology-based interventions for mental health in tertiary students: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research* 15(5):35–48.

Fisak, B.J., Richard D. & Mann, A. (2011) The prevention of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review. *Prevention Science* 12(3):255–268.

- Fletcher, A., Bonell, C. & Hargreaves, J. (2008) School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *The Journal of Adolescent Health* 42(3):209–220.
- Goldstein, A.P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (2010) Aggression Replacement Training. Ryhmäharjoitusmenetelmä aggressiivisesti käyttäytyville nuorille. Helsinki: Suomen ART ry.
- Granö, N., Karjalainen, M., Itkonen, A., Edlund, V., Anto, J. & Roine, M. (2009) Intervention to improve level of overall functioning and mental condition of adolescents at high risk of developing first-episode psychosis in Finland. *Early Intervention in Psychiatry* 3(2):94–98.
- Granö, N., Karjalainen, M., Ranta, K., Lindgren, M., Roine, M. & Therman, S. (2016) Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. *Psychiatry Research* 237(30):9–16.
- Hakkarainen, P., Karjalainen, K., Ojajarvi, A. & Salasuo, M. (2015) Huumausaineiden ja kuntodopingin käyttö ja niitä koskevat mielipiteet Suomessa vuonna 2014. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(4):319–333.
- Hastrup, A., Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J. & Pelkonen, M. (2013) Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste -kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2013:3.
- Hawkrigg, S. & Payne, D.N. (2014) Prolonged school non-attendance in adolescence: A practical approach. *Archives of Disease in Childhood* 99(10): 954–957.
- HE. (2013) Hallituksen esitys eduskunnalle oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi 6.6.2013/67.
- Heilä, H., Laukkala, T., Vanhanen, H. & Blomgren, J. (2015) Nuorten psykiatrisen työkyvyttömyys: Kelan mielenterveyskuntoutuksen näkökulma. *Työterveyslääkäri* 33(2):66–71.
- Hilt-Panahon, A., Kern, L., Divatia, D. & Gresham, F. (2007) School-based interventions for students with or at risk for depression: A review of the literature. *Advances in School Mental Health Promotion. Inaugural Issue.* http://www.schoolmentalhealth.co.uk/Inaugural_Finalv2.pdf [viitattu 11.1.2016].
- Hoitoketjut. (2016) Lääkärin tietokannat. Terveysportti © 2000–2016. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=hoitoketjut [viitattu 4.1.2016].
- Humaljoki, K., Vuorilehto, M., Karlsson, L. & Kuosmanen, L. (2010) Koululaisten stressinhallintakurssit oppilashuollon työkaluna. Teoksessa: Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Voipio-Pulkki, M., Laitila, M., Posio, J. & Partanen, A. (toim.) Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä. Kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Avauksia 2010:5.
- Huurre, T., Santalahti, P., Anttila, N. & Björklund, K. (2015) Mielenterveyden ja tunne- ja vuorovaikutustaitojen edistämisen menetelmät ja käytännöt peruskouluissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiivistä 2015:5.
- Innokylä. (2016) Avoin innovaatioyhteisö. <https://www.innokyla.fi/> [viitattu 11.1.2016].
- Joint Action on Mental Health and Well-being. (2016) Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health and Schools. Mental Health and Well-being Report. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications> [viitattu 11.1.2016].
- Järvinen, M. (2014) Motivoiva haastattelu. Käypä hoito -suositukset. Helsinki: Duodecim. www.kaypahoito.fi/ [viitattu 11.1.2016].
- Kaltiala-Heino, R., Welling, J. & Fröjd, S. (2014) Tamperelaisten 9. luokkalaisten mielenterveys lukuvuosina 2002–3 ja 2012–13. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarjan julkaisu 1/2014.
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M. & Fröjd, S. (2015) Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? Suomen Lääkärilehti 70(26–32):1908–1912.

- Kasteenpohja, T., Marttunen, M., Aalto-Setälä, T., Perälä, J., Saarni, S.I. & Suvisaari J. (2016) Treatment received and treatment adequacy of depressive disorders among young adults in Finland. *BMC Psychiatry* 15(47):1–14.
- Kasteenpohja, T., Marttunen, M., Aalto-Setälä, T., Perälä, J., Saarni, S.I. & Suvisaari J. (2016) Treatment adequacy of anxiety disorders among young adults in Finland. *BMC Psychiatry* 16(1):63.
- Kinnunen J.M., Pere, L., Lindfors, P., Ollila, H. & Rimpelä A. (2015) Nuorten terveystapatutkimus 2015. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2015:31.
- Kivelä, K. & Röning, T. (2012) Selvittelyä ja pohdintaa Aggression Replacement Training -menetelmän vaikuttavuudesta. <http://www.suomenart.com/wp-content/uploads/2015/09/vaiuttavuudesta.pdf> [viitattu 11.1.2016].
- Knapp, M., McDaid, D. & Parsonage, M. (2011) *Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case*. London School of Economics and Political Science. London: Department of Health.
- Koivisto, P. (2010) Preparing for working life: effects of group counseling on adolescents' career development and mental health. Tampere: Finnish Institute of Occupational Health, People and work 92.
- Korkeila J. (2012) Internetriippuvuus – milloin haitalliseen käyttöön on syytä puuttua? *Duodecim* 128(7):741–748.
- Kouluterveyskysely. (2011–2015) Tulokset. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely> [viitattu 11.1.2016].
- Kolehmainen, M., Wehkalampi, J. & Viitala, H. (2012) Tsemppari. Nuorten Aikalisä ammatillisissa oppilaitoksissa. Kouluterveyspäivät 2012. Jotta kukaan ei jäisi syrjään. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuntaliitto. (2015) Kuntaliiton arviointi oppilas- ja opiskelijahuoltolain toimeenpanosta kunnissa. Tulokset kyselyistä ja asiantuntijahaastatteluilta. Suomen Kuntaliitto 24.8.2015. <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/08/20150824oppilashuolto/Opiskeluhoitolain%20kyselyn%20tulokset%2020.8.2015.pdf> [viitattu 11.1.2016].
- Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. (2011) *Opiskeluterveys*. Helsinki: Duodecim.
- Kunttu, K. & Pesonen, T. (2012) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47.
- Kuusi, K. & Koffert, T. (2003) *Depressiokoulu: Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja*. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Kärki, S., Pietilä, A., Länsimies-Antikainen, H., Varjoranta, P., Pirskanen, M. & Laukkanen, E. (2012) The effects of interventions to prevent substance use among adolescents: A systematic review. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 21(5):383–413.
- Kääriä, H., Mäki, P., Leinonen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Laatikainen, T. & OPTE-työryhmä. (2011) *Ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuskäytännöt, työtavat ja -ympäristöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2011:19.
- Käypä hoito. (2016) Suositukset erikoisaloittain. Helsinki: Duodecim. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.1.2016].
- Laajasalo, T & Pirkola, S (2012) Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveyden toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2012:47.
- Laki ammatillisesta aikuiskoulutuksesta 21.8.1998/631.
- Laki ammatillisesta peruskoulutuksesta 21.8.1998/630.
- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 24.4.2015/523.
- Laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta 30.12.2014/1409.
- Lasten ja nuorten talot (2016). Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote). <http://www.eksote.fi/toimipisteet/lasten-ja-nuorten-talot/Sivut/default.aspx> [viitattu 11.1.2016].

- Laukkanen, E., Kemppi, T., Kylmä, J., Airaksinen A., Henttonen, A. & Haatainen K. (2009) SIHTI-interventio. Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 2009:11. <https://www.julkari.fi/handle/10024/80229> [viitattu 11.1.2016].
- Leinonen, A., Mäki, P., Kääriä, H. Koponen, P., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (2010) Lukioiden ja ammattillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuskäytännöt, työtavat ja -ympäristöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2010:21.
- Lindberg, N., Ranta, K., Gergov, V., Strandholm, T., Tainio, V-M., Ehrling, L. & Marttunen, M. (2015) Nuorten käyttöhäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot. Systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. Suomen Lääkärilehti 70(26–32):1913–1918.
- Lintonen, T., Mäkelä, P., Härkönen, J. & Raitasalo, K. (2015) Tulevat sukupolvet eivät ole raitistumassa. Yhteiskuntapolitiikka 80(1):46–53.
- Lähtenmäki, S., Saarni, S., Suokas, J., Saarni, S., Perälä, J., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. (2014) Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. Nordic Journal of Psychiatry 68(3):196–203.
- Marttunen, M. & Haravuori, H. (2015) Nuorison tilanne – miksi nuoret syrjäytyvät vai syrjäytyvätkö? Teoksessa: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M. ym. (toim.) Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 2015:20, 81–102.
- McGorry, P.D. (2007) The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. Medical Journal of Australia 187(7 Suppl): S53–6.
- Mediuutiset. (2016). Mielenterveystalo laajenee edelleen - seuraavaksi avautuvat bulimian ja sosiaalisten tilanteiden pelon nettiterapiat. Uutiskirje 9.3.2016.
- Mental Health Commission of Canada (2013) School-Based Mental Health in Canada: A Final Report. Canada: School-Based Mental Health and Substance Abuse Consortium. http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/ChildYouth_School_Based_Mental_Health_Canada_Final_Report_ENG.pdf [viitattu 11.1.2016].
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
- Mikkonen, K., Nikander, K & Voutilainen, A. (2015) Koulun ja terveydenhuollon keinot oppimisvaikeuksien tunnistamisessa ja hoidossa. Suomen Lääkärilehti 70(12):801–807.
- Mogk, H., Röning, T., Reiman-Möttönen, P., Isojärvi, J. & Mäkinen, E. (2015) Auttaako käyttäytymisterapeuttinen ryhmäterapia aggressiivisesti käyttäytyvää nuorta? Suomen Lääkärilehti 70(50–52):37–46.
- Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E & Nevalainen, V. (2011) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2011:6.
- Neil, A.L. & Christensen, H. (2009) Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. Clinical Psychology Review 29(3):208–215.
- Niemelä S. (2010) Nuorten päihdehäiriöiden hoito ja päihdepalveluiden kehittäminen. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi, Konsensuskokous 2010. Vammala: Duodecim ja Suomen Akatemia, 110–118.
- Nykänen, S-A., Ruokonen & M. Näivä, T. (2016) Yhdestä ovesta. Sairaanhoidaja 88(3): 28–33.
- Ollila, H & Winell, K. (2011) Tupakoinnista vieroittamisen ryhmäohjauksen käytännön toteutus. Käypä hoito -suositukset. Helsinki: Duodecim. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.1.2016].
- Ollila, H. & Ruokolainen, O. (2016) Tupakkatuotteiden yhteiskäyttö yläkouluissa ja toisen asteen oppilaitoksissa 2000–2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2016:2.
- OPH. (2015:12). Koulutuksen järjestäjille keinoja puuttua opiskeluun soveltumattomuuteen. Uudistettu opas SORA-säädösten ja -määräysten toimeenpanoon ammattikoulutuksessa. Helsinki: Opetushallitus. Oppaat ja käsikirjat 2015:12.

Opintotukilaki 21.1.1994/65.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 30.12.2013/1287.

Paavonen, J., Huurre, T., Tilli, M., Kiviruusu, O. & Partonen, T. (2015). Brief behavioral sleep intervention for adolescents: An effectiveness study. *Behavioral Sleep Medicine* 17:1–16.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (2010) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Avauksia* 2010:16.

Pennant, M.E., Loucas, C.E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle P. ym. (2015) Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 67:1–18.

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

Perälä, M-L., Halme, N., Hietanen-Peltola, M., Pelkonen, M., Peltonen, H., Rajamäki, A., Pirttiniemi, J. & Wiss, K. (2015b) Opiskeluhoitoon johtaminen ja järjestäminen lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Tutkimuksesta tiiviisti* 2015:16.

Pirkanen, M. (2011) Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi – toimintaohjeita 2011. https://www.thl.fi/documents/605877/747474/varh_puutt_malli_toimintaohj_ADSUME.pdf [viitattu 11.1.2016].

Psykologiliitto. (2016) Mitä psykologi tekee? http://www.psyli.fi/tietoa_psykologeista/mita_psykologi_tekee [viitattu 11.1.2016]

Pylkkänen, K. & Laukkanen, E. (2011) Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin. *Suomen Lääkärilehti* 66(33):2316–2317.

Pylkkänen, K. & Laukkanen, E. (2013) Nuorisopsykiatrin avohoito toteutuu kohtalaisesti. *Näkökulma. Suomen Lääkärilehti* 68:1164–1165.

Pylkkänen, K. & Haapasalo-Pesu, K-M. (2016) Nuorisopsykiatrian palvelujärjestelmä. Teoksessa: Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.). Helsinki: Duodecim, 443–451.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdelinkin kävijäkysely. (2013) <http://www.paihdelinkki.fi/fi/info/hyodyllista-tietoa/paihdelinkin-kavijakyselyt> [viitattu 11.1.2016].

Questback. (2015) Digium Enterprise: ratkaisumme verkkokyselyihin. <https://www.questback.com/fi/digium-enterprise> [viitattu 4.1.2016].

Raitasalo, K., Huhtanen P., & Miekka, M. (2015) Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2015. ESPAD-tutkimusten tulokset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Raportti* 2015:19.

Rice, S.M., Goodall, J., Hetrick, S.E., Parker, A.G., Gilbertson, T., Amminger, G.P. ym. (2014) Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research* 6(9):e206

Saarenmaa, K., Saari, K. & Virtanen, V. (2010) Opiskelijatutkimus 2010. Korkeakouluopiskelijoiden toimeentulo ja opiskelu. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2010:18.

Salonen, A. & Raisamo, S. (2015) Suomalaisten rahapelaaminen 2015. Rahapelaaminen, rahapeliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet 15–74-vuotiailla. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Raportti* 2015:16.

- Savolainen, M. & Marttinen, E. (2013) Ole oman elämäsi tähti! Elämäntaitokurssi opiskelijoiden elämänhallinnan, hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Tapio, M. & Kuula, T. (toim.) Selkenevää, myötätuulta. Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö nuorisosalalla. Humanistinen ammattikorkeakoulu, Humak, Sarja C. Oppimateriaaleja 37, 144–155.
- Siltala, E & Paananen, M. (2010) Mitä Kasteesta on kasvamassa? Lasten Kaste -seminaari 5.10.2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 2010:23.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 15.12.2003/1194.
- Stenberg, J-H., Joffe, G. & Holi, M. (2015) Mielenterveystalo.fi – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöhanke muiden sairaanhoitopiirien, organisaatioiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa. Teoksessa: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M. ym. (toim.). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 2015:20, 291–295.
- Stenberg, J-H. (2016) Internet ja tietokone lasten ja nuorten hoidossa. Teoksessa: Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.). Helsinki: Duodecim, 506–508.
- STM. (2002:25) Opiskelijaterveydenhuollon tila vuonna 2002: selvityshenkilöiden raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:25.
- STM. (2004:3) Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3.
- STM. (2006:12). Opiskeluterveydenhuollon opas. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12.
- STM. (2009:20) Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.
- STM. (2011) Muistio neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskevan asetuksen uudelleen antamista varten valtioneuvoston istunnossa 6.4.2011.
- STM. (2011:11) Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11.
- STM. (2012:18) Opiskeluterveydenhuollon selvitys. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:18.
- STM. (2012:20) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20.
- STM. (2012:24) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24.
- STM. (2014) Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto.
- STM. (2014:10) Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen. Työryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:10.
- STM. (2015:2) SORA-lainsäädännön toimeenpano terveydenhuollossa. Ratkaisuja opiskeluun soveltumattomuuteen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:2.
- STM. (2015:13a) Uusi soveltamisohje oppilas- ja opiskelijahuoltolainsäädännön toteuttamisen tueksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön Kuntainfo. <http://docplayer.fi/11519095-Uusi-soveltamisohje-oppilas-ja-opiskelijahuoltolainsaadannon-toteuttamisen-tueksi.html> [viitattu 11.1.2016].
- STM. (2015:44) Ammattikorkeakouluopiskelijoiden YTHS-mallin kokeilun suunnittelu- ja toimeenpanoryhmän lopparviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:44.

- STM. (2016a) Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut. 18.1.2016. <http://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%C3%A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e> [viitattu 11.1.2016].
- STM. (2016b) Kärkihanke. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Aula, M.K., Juurikkala, V., Kalmari, H., Kaukonen, P., Lavikainen, M. & Pelkonen, M. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:29.
- STM. (2016:3) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3.
- Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Tuulio-Henriksson, A., Härkänen, T., Saarni, S.I., Perälä, J., Schreck, M. ym. (2009) Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 39(2):287–299.
- Taanila, A., Ebeling, H., Tiihala, M., Kaakinen, M., Moilanen, I., Hurtig, T. & Yliherva, A. (2014) Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: A 16-year follow-up. *Journal of Attention Disorders* 18(1):61–72.
- TEA perustaulukot. (2014) Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen toisen asteen oppilaitoksissa 2014. Lukiokoulutus ja ammatillinen koulutus: tulokset perustaulukoissa. <https://www.teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/56> [viitattu 11.1.2016].
- TEAvisari. (2016) Perusterveydenhuolto: Koko maa 2014. © THL. <https://www.teaviisari.fi/teaviisari/fi/tulokset?view=PTH> [viitattu 26.1.2016].
- TEM. (2014:15) Yhdessä tekeminen tuottaa tuloksia – nuorisotakuun tutkimuksellisen tuen loppuraportti. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2014:15.
- TEM Nuorisotakuu. (2016) www.nuorisotakuu.fi-sivusto. <http://www.nuorisotakuu.fi/nuorisotakuu>. [viitattu 4.1.2016].
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- THL. (2014:11) Opiskeluterveydenhuollon kehittämisohjelma 2014–2018. Suunnitelma. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014:11.
- THL tiedote. (2016) Mielenterveyttä voidaan edistää useissa arjen ympäristöissä. <https://www.thl.fi/fi/-/mielenterveytta-voidaan-edistaa-useissa-arjen-ymparistoissa> [viitattu 11.1.2016].
- Tietosuojavaltuutetun ratkaisut. (2014) Tietosuojavaltuutetun toimisto. <http://www.tietosuoja.fi/fi/index/ratkaisut.html> [viitattu: 2.2.2016].
- Tilastokeskus. (2014) Suomen virallinen tilasto (SVT): Koulutuksen keskeyttäminen. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/kkesk/2014/kkesk_2014_2016-03-17_tie_001_fi.html [viitattu: 27.4.2016].
- Vainikainen, T. (2005) Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä, ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. *Duodecim* 121(18): 2010–2011.
- Valtioneuvoston kanslia. (2015) Ratkaisujen Suomi (2015) Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Helsinki: Hallituksen julkaisusarja 10/2015.
- Valvira. (2015:2) Kunnan on huolehdittava opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä terveydenhuoltolain ja valtioneuvoston asetuksen mukaisesti. Helsinki: Valviran ohje 2/2015.
- Vanneste, Y., Mathijssen, J., van de Goor, I., Rots-de Vries, C. & Feron, F. (2015) Extensive medical absenteeism among secondary school students: An observational study on their health condition from a biopsychosocial perspective. *Open Journal of Preventive Medicine* 5: 111–121.
- Vanneste, Y., Loo, M., Feron, F., Rots-de Vries, C. & van de Goor, I. (2016) Attitudes towards addressing medical absenteeism of students: A qualitative study among principals and special education needs coordinators in Dutch secondary schools. *PLoS ONE* 11(2): e0148427.
- VM. (2016) Peruspalvelujen tila -raportti 2016, osa II. Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Helsinki: Valtiovarainministeriön julkaisu 9/2016.

VNA. (2011) Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.

Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M. & Eisenberg, R. ym. (2015) School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet* 385(9977):1536–1544.

Weare, K. & Nind, M. (2011) Mental health promotion and problem prevention in schools: what does evidence say? *Health Promotion International* 26(Suppl 1):i29–69.

Wilson, S.J. & Tanner-Smith, E.E. (2013) Dropout prevention and intervention programs for improving school completion among school-aged children and youth: A systematic review. *Journal of the Society for Social Work and Research* 4(4): 357–372.

Wiss, K., Hietanen-Peltola, M., Pelkonen, M. & Saaristo, V. (2013) Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkärivoimavarojen kehitys terveyskeskuksissa vuosina 2005–2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2013:3.

Wiss, K., Saaristo, V., Ståhl, T., Peltonen, H. & Laitinen, K. (2014a) Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2014:12.

Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Pelkonen, M., Saaristo, V. & Ståhl, T. (2014b) Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL Ohjaus 2014:21.

Wiss, K., Saaristo, V., Hietanen-Peltola, M., Peltonen, H., Laitinen, K. & Ståhl, T. (2015a) Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen lukioissa 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2015:14.

Wiss, K., Saaristo, V., Hietanen-Peltola, M., Pirttiniemi, J., Rajamäki, A. & Ståhl, T. (2015b) Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2015:15.

Yliopistolaki 24.7.2009/558.

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1. Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden virka- tai tehtävänimikkeitä (n = 78).

Virka- tai tehtävänimike
apulaisylilääkäri
avohoidon johtaja/osastonhoitaja/ylihoitaja
avopalveluesimies
avoterveydenhuollon ylihoitaja
hoito- ja hoivatyönjohtaja
hoitotyön johtaja
hyvinvointineuvolan johtaja
hyvinvointipalvelujohtaja
johtava hoitaja
johtava lääkäri
johtava ylilääkäri
koulu- ja opiskeluterveydenhoitaja
koulu- ja opiskeluterveydenhuollon alueylilääkäri
koulu- ja opiskeluterveydenhuollon vastaava terveydenhoitaja
koululääkäri/terveyskeskuslääkäri
lasten ja nuorten lääkäripalvelujen johtava ylilääkäri
neuvolan osastonhoitaja
neuvolapalvelujen esimies
opiskeluterveydenhuollon osastonhoitaja
osastonhoitaja
palveluesimies/-päällikkö/-vastaava
perveydenedistämisen päällikkö
terveydenhoidon lääkäri
terveydenhoitaja
terveysneuvonnan esimies
terveysneuvonnan osastonhoitaja
terveyspalvelujohtaja
tulosyksikön päällikkö
vastaava terveydenhoitaja
vastuualuejohtaja
ylihoitaja
ylilääkäri

Liitetaulukko 2. Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden virka- tai tehtävänimikkeitä kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella vastuuhenkilöiden (n = 78) mukaan.

Virka- tai tehtävänimikkeet kunnassa	Virka- tai tehtävänimikkeet kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella
apulaisyli lääkäri	apulaisyli lääkäri
avohoidon esimies	avoterveyden osastonhoitaja
avohoidon johtaja	avoterveydenhuollon ylihoitaja
avohoidon osastonhoitaja	avoterveydenhuollon ylilääkäri
avohoidon ylihoitaja	hallintoyli lääkäri
avopalveluesimies	hoito- ja hoivatyönjohtaja
avoterveydenhuollon johtaja	hoitotyön johtaja
ehkäisevän terveydenhuollon johtaja	hoitotyön päällikkö
hoito- ja hoivatyönjohtaja	hyvinvointipäällikkö
hoitotyön johtaja	johtava hoitaja
hyvinvointineuvolan johtaja	johtava kuraattori
hyvinvointipalvelujohtaja	johtava lääkäri
johtava hoitaja	johtava ylilääkäri
johtava lääkäri	koulu- ja opiskeluterveydenhuollon osastonhoitaja
johtava ylilääkäri	koulu- ja opiskeluterveydenhuollon vastaava terveydenhoitaja
koulu- ja opiskeluterveydenhuollon alueyli lääkäri	lasten- ja nuorten palvelulinjajohtaja
koulu- ja opiskeluterveydenhuollon osastonhoitaja	lasten- ja nuortenpalvelulinjan ylilääkäri
koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ylilääkäri	lääkäri
koululääkäri	neuvola- ja kouluterveydenhuolto yksikön esimies
kouluterveydenhoitaja	neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon osastonhoitaja
lasten ja nuorten lääkäripalvelujen johtava ylilääkäri	neuvolapalvelujen esimies
lääkäri	neuvolatoiminnan osastonhoitaja
nuorten palvelujen päällikkö	nuorisolääkäri
opetustoimenpäällikkö	opiskeluterveydenhuollon vastaava lääkäri
opiskelijaterveydenhoitaja	osastonhoitaja
opiskeluterveydenhuollon osastonhoitaja	palveluesimies
osastonhoitaja	palvelujohtaja
palveluesimies	palvelupäällikkö
palvelujohtaja	palveluvastaava
palvelupäällikkö	perhepalvelujen palvelualuejohtaja
perhe- ja sosiaalipalvelujohtaja	perhepalvelujohtaja
sosiaali- ja terveysjohtaja	perusterveydenhuollon ylilääkäri
terveydenhoidon ja lapsiperheiden päällikkö	terveydenedistämisen päällikkö
terveydenhoitaja	terveysneuvonnan esimies
terveydenhoitajien esimies	terveyspalveluiden johtaja
terveysjohtaja	terveyspalvelujohtaja
terveyskeskuslääkäri	tiimivastaava
terveysneuvonnan esimies	tulosaluejohtaja
terveysneuvonnan osastonhoitaja	tulosyksikön päällikkö
tiimivastaava	vastaava hoitaja
tilaajapäällikkö	vastaava koululääkäri
tilaajayli lääkäri	vastaava kouluterveydenhoitaja
vastaava koulu- ja opiskeluterveydenhoitaja	vastaava lääkäri
vastaava lääkäri	vastaava psykologi
vastaava terveydenhoitaja	vastaava terveydenhoitaja
vastuualuejohtaja	vastuualuepäällikkö
vastuulääkäri	vastuulääkäri
ylihoitaja	ylihoitaja
ylilääkäri	ylilääkäri

Liitetaulukko 3. Opiskelijoille tarjolla olevien palvelujen riittävyys keskimäärin viimeisen kahden vuoden aikana (%) vastuuhenkilöiden (n = 78) arvioiden mukaan.

Palvelut	Palvelujen riittävyys					
	Täysin riittävät	Melko riittävät	Ei riittävät eikä riittä-mättömät	Melko riittä-mättömät	Täysin riittä-mättömät	En osaa sanoa
Terveydenhoitajapalvelut	46	49	3	1	1	-
Lääkäripalvelut	21	41	14	15	9	-
Terveyskeskuksen psykologipalvelut ¹	22	38	9	21	9	1
Terveyskeskuksen psykiatrinen sairaanhoitaja ²	29	43	3	12	6	7
Terveyskeskuksen päihdetyöntekijä	25	36	12	15	5	7
Opiskeluhoollon psykologipalvelut ³	24	32	9	21	7	7
Opiskeluhoollon kuraattoripalvelut ³	24	43	9	7	5	12

¹ tai opiskeluterveydenhuollon, ² tai deppressiohoitaja, ³ toisen asteen oppilaitokset.

Prosenttiosuudet niiden palvelujen osalta, joita on tarjolla.

Liitetaulukko 4. Opiskeluterveydenhuollon/opiskeluhoollon käytettävissä olevien palvelujen riittävyys keskimäärin (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioiden mukaan.

Palvelut	Täysin riittävät		Melko riittävät		Ei riittävät eikä riittä-mättömät		Melko riittä-mättömät		Täysin riittä-mättömät		En osaa sanoa	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
Terveydenhoitajapalvelut	31	17	49	58	8	15	11	10	1	-	-	-
Lääkäripalvelut	8	5	33	45	16	20	26	22	17	6	-	2
Psykologipalvelut ¹	11	5	33	13	11	17	19	49	25	13	1	3
Kuraattoripalvelut	24	7	45	35	8	21	12	23	7	7	4	7
Muut sosiaalihoollon palvelut ²	9	2	29	18	18	27	14	18	4	2	26	33
Mielenterveyspalvelujen verkosto ³	5	3	27	18	22	22	27	44	11	8	8	5
Päihdepalvelujen verkosto ³	5	5	30	20	27	32	18	33	6	7	14	3

¹ opiskeluhoollon tai opiskeluterveydenhuollon, ² mm. lastensuojelu, ³ kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella

Liitetaulukko 5. Opiskeluterveydenhuollon tai opiskeluhoollon käytettävissä olevat riittävät palvelut (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Täysin tai melko riittävät						
	Terveydenhoitaja-palvelut	Lääkäri-palvelut	Psykologi-palvelut ¹	Kuraattori-palvelut	Muut sosiaali-huollon palvelut ²	Mielenterveys-palvelujen verkosto ³	Päihde-palvelujen verkosto ³
Työtehtävä opiskeluterveydenhuollossa							
Terveydenhoitaja	79	41	44	69	38	32	35
Lääkäri	75	50	18	42	20	22	25
Kuntatyyppi							
Kaupunkimaiset kunnat	76	36	36	61	26	24	32
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	84	57	47	71	53	42	36
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen							
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä	75	30	25	52	30	25	30
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	79	46	42	67	35	31	34

¹ opiskeluhoollon tai opiskeluterveydenhuollon, ² mm. lastensuojelu, ³ kunnassa, kuntayhtymässä tai yhteistoiminta-alueella

Liitetaulukko 6. Terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) työajan keskimääräinen jakautuminen tehtävittäin (%) lukuvuoden aikana opiskeluterveydenhuollossa taustatekijöiden mukaan.

Tehtävät	Kuntatyyppi		Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen	
	Kaupunkimaiset kunnat	Maaseutumaiset tai taajaan asutut kunnat	Keskitetysti OTH:n toimipisteessä	Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa
Terveydenhoitajat				
Terveydenhoito ¹	59	62	57	60
Sairaanhoido ²	23	19	27	21
Yhteisöllinen opiskeluhoito	8	8	8	8
Opiskeluhoollon järjestäminen ³	10	10	8	10
Muut tehtävät	17	13	20	14
Lääkärit				
Terveydenhoito ¹	50	67	31	59
Sairaanhoido ²	35	20	48	28
Yhteisöllinen opiskeluhoito	3	3	3	3
Opiskeluhoollon järjestäminen ³	6	5	3	6
Lausuntoasiat	8	7	10	8
Muut tehtävät	10	-	5	9

Vastaaaja merkinnyt työajan jakautumisen siten, että yhteenlaskettu summa on 100.

¹ sisältää mm. terveystarkastukset ja -neuvonnan, kutsuntatarkastukset

² sisältää mm. akuuttivastaanoton, seurantakäynnit, ³ sekä suunnittelu ja arviointi (ml. kokoukset ja koulutus)

Liitetaulukko 7. Opiskelijoiden yleisimmät terveysongelmat viimeisen vuoden aikana opiskeluterveydenhuollossa (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioimana.

Terveysongelmat	Kaikki vastaajat ¹	Terveydenhoitajat	Lääkärit
Allerginen nuha tai silmätulehdus	25	23	34
Astma	17	12	34
Atooppinen ihottuma	12	10	23
Gynekologiset sairaudet	11	8	23
Korva-, nenä- tai kurkkusairaudet	12	14	7
Infektiosairaudet (mm. hengityselininfektiot)	64	73	27
Mahan tai suoliston sairaudet tai oireilu	51	49	61
Aineenvaihduntasairaudet (mm. ylipaino)	43	44	39
Migreeni tai muu toistuva päänsärky	60	60	60
Mielenterveysongelmat tai psyykinen oireilu	95	94	98
Päihdeongelmat	35	33	40
Sukupuolitaudit	13	16	2
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	59	57	68
Toiminnallinen riippuvuus (mm. pelaaminen)	14	14	11
Vuorokausirytmien ongelmat (mm. unihäiriöt)	82	86	66
Muu terveysongelma ²	8	8	8

¹ n = 315, vastaajat merkitsivät kuusi tärkeintä terveysongelmaa

² mm. akne, ihosairaudet, psykosomaattinen oireilu, opiskelukyky, koulupoissa-olot, koulunkäyntivaikeudet, koulu-uupumus, sopeutumisongelmat opiskeluun, motivaation puute, uupuneisuus, ahdistuneisuus, väsymys, ylisuorittaminen, yksinäisyys, ryhmään kuulumattomuus, sosiaaliset pulmat, ihmissuhteet, ehkäisy, seksuaaliterveyden ongelmat, laihuushäiriöt, ortoreksia, anoreksia, huonot hampaat, rokotukset, flunssa

Liitetaulukko 8. Seulontamenetelmät tai kyselyt opiskeluterveydenhuollossa toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien (n = 223) ja lääkäreiden (n = 61) arvioimana.

Seulontamenetelmät tai kyselyt	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Nuorten päihdemittari ADSUME	2	21	20	29	21	17	57
AUDIT-alkoholinkäyttötesti	-	-	11	4	32	40	57	56
Mielialakysely BDI-13 tai R-BDI	-	2	5	2	31	26	64	70
BAI-ahdistuneisuusasteikko	51	33	27	17	18	33	4	17
Sosiaalisten tilanteiden pelon seula SPIN-FIN	68	64	25	24	7	5	-	7
SCOFF-syömishäiriöseula	24	45	31	23	41	22	4	10
Fagerströmin nikotiiniriippuvuudesta	10	18	24	32	57	35	9	15

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on toisen asteen oppilaitoksia.

Liitetaulukko 9. Seulontamenetelmät tai kyselyt opiskeluterveydenhuollossa ammattikorkeakouluissa (%) terveydenhoitajien (n = 62) ja lääkäreiden (n = 24) arvioimana.

Seulontamenetelmät tai kyselyt	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Nuorten päihdemittari ADSUME	3	12	79	71	10	18	8
AUDIT-alkoholinkäyttötesti	-	-	-	5	21	28	79	67
Mielialakysely BDI-13 tai R-BDI	-	-	8	-	39	9	53	91
BAI-ahdistuneisuusasteikko	42	24	21	5	21	47	16	24
Sosiaalisten tilanteiden pelon seula SPIN-FIN	52	55	31	20	15	15	2	10
SCOFF-syömishäiriöseula	16	33	18	24	58	29	8	14
Fagerströmin nikotiiniriippuvuudesta	3	14	25	19	52	48	20	19

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on ammattikorkeakouluja.

Liitetaulukko 10. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat seulontamenetelmät ja kyselyt toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 284) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Käytössä säännöllisesti tai satunnaisesti						
	Nuorten päihdemittari ADSUME	AUDIT-alkoholinkäyttötesti	Mielialakysely BDI-13/R-BDI	BAI-ahdistuneisuusasteikko	SPIN-FIN sos. tilanteiden pelon seula	SCOFF syömishäiriöseula	Fagerströmin nikotiiniriippuvuudesta
Kuntatyyppi							
Kaupunkimaiset kunnat	72	92	96	36	11	47	67
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	73	87	93	12	3	35	56
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen							
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	74	96	100	44	20	57	70
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	72	89	94	25	6	40	62
Työaika opiskeluterveydenhuollossa							
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuoll.	82	91	96	36	15	46	78
Toimii useilla tehtävällä alueilla	67	90	95	23	5	41	54
Ikä							
Alle 40 vuotta	73	85	98	29	4	45	58
40 - 50 vuotta	76	96	94	26	9	40	72
Yli 50 vuotta	69	91	94	28	12	42	60

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia (terveydenhoitajat n = 223, lääkärit n = 61).

Liitetaulukko 11. Opiskeluterveydenhuollossa käytetyt lomakkeet toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 284) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Käytössä säännöllisesti tai satunnaisesti				
	Lyhyt terveyskyselylomake ¹	Terveys-haastattelulomake ¹	Terveyskyselylomake tai -haastattelulomake (oppilaitoksen oma)	Terveystarkastuslomake tai -runko TH:n tarkastuksiin ²	Terveystarkastuslomake tai -runko lääk. tarkastuksiin
Kuntatyyppi					
Kaupunkimaiset kunnat	14	33	57	46	30
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	9	17	70	59	28
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen					
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	15	37	52	43	22
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	11	26	63	53	31
Työaika opiskeluterveydenhuollossa					
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuoll.	13	30	67	48	23
Toimii useilla tehtävälueilla	12	26	58	53	33
Ikä					
Alle 40 vuotta	15	29	62	52	35
40 - 50 vuotta	9	19	61	52	31
Yli 50 vuotta	12	33	62	49	25

¹ Opiskeluterveydenhuollon oppaan mukainen, ² Vastaajina vain terveydenhoitajat (n = 223)

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on toisen asteen oppilaitoksia (terveydenhoitajat n = 223, lääkärit n = 61)

Liitetaulukko 12. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat yksilömuotoiset menetelmät toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien (n = 223) ja lääkäreiden (n = 61) arvioimana.

Yksilömuotoiset menetelmät tai työtavat	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
Varhaisen puuttumisen malli päihitteettömyyden edistämiseksi (ADSUME)	6	14	17	25	28	28	49	33
Mini-interventio päihitteiden käyttöön puuttumiseksi	3	-	14	7	35	41	48	52
Motivoivan haastattelun periaatteet ¹	6	2	18	15	33	47	43	36
Työkykypassi (Amm. op.)	64	82	30	14	5	4	1	-
Yksilölliset psykososiaalista tukea antavat keskustelut	6	5	3	5	31	28	60	62

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on toisen asteen oppilaitoksia.

¹ periaatteiden soveltamista, ei tarkoita menetelmän hallintaa tai siihen saatua koulutusta

Liitetaulukko 13. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat yksilömuotoiset menetelmät ammattikorkeakouluissa (%) terveydenhoitajien (n = 62) ja lääkäreiden (n = 24) arvioimana.

Yksilömuotoiset menetelmät tai työtavat	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
Varhaisen puuttumisen malli päihitteettömyyden edistämiseksi (ADSUME)	14	21	66	37	8	37	12	5
Mini-interventio päihitteiden käyttöön puuttumiseksi	5	5	2	5	26	45	67	45
Motivoivan haastattelun periaatteet ¹	7	-	10	10	35	53	48	37
Yksilölliset psykososiaalista tukea antavat keskustelut	2	-	6	10	15	20	77	70

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on ammattikorkeakouluja.

¹ periaatteiden soveltamista, ei tarkoita menetelmän hallintaa tai siihen saatua koulutusta

Liitetaulukko 14. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat yksilömuotoiset menetelmät toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 284) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Käytössä säännöllisesti tai satunnaisesti				
	Varhaisen puuttumisen malli päihitteettömyyden edistämiseksi (ADSUME)	Mini-interventio päihitteiden käyttöön puuttumiseksi	Motivoivan haastattelun periaatteet ¹	Työkyky-passi	Yksilölliset psykososiaalista tukea antavat keskustelut
Kuntatyyppi					
Kaupunkimaiset kunnat	75	88	80	5	91
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	71	80	73	6	90
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen					
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	74	96	86	2	96
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	74	83	76	6	90
Työaika opiskeluterveydenhuollossa					
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuoll.	83	88	79	7	94
Toimii useilla tehtävälueilla	69	84	77	4	89
Ikä					
Alle 40 vuotta	79	84	71	4	85
40 - 50 vuotta	73	93	89	5	93
Yli 50 vuotta	71	81	75	6	95

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia (terveydenhoitajat n = 223, lääkärit n = 61).

¹ periaatteiden soveltamista, ei tarkoita menetelmän hallintaa tai siihen saatua koulutusta

Liitetaulukko 15. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat ryhmämuotoiset menetelmät toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien (n = 223) ja lääkäreiden (n = 61) arvioimana.

Ryhmämuotoiset menetelmät ja työtavat	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	MAESTRO ¹	81	79	14	14	4	7	1
Jännittäjäryhmä	52	52	31	22	12	20	5	6
Voimavararyhmä	58	74	33	22	7	4	2	-
Tupakasta vieroitusryhmä	24	28	56	59	18	11	2	2

¹ masennuksen ehkäisy ja stressinhallintakurssi

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on toisen asteen oppilaitoksia.

Liitetaulukko 16. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat ryhmämuotoiset menetelmät ammattikorkeakouluissa (%) terveydenhoitajien (n = 62) ja lääkäreiden (n = 24) arvioimana.

Ryhmämuotoiset menetelmät tai työtavat	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	MAESTRO ¹	74	68	16	32	10	-	-
Jännittäjäryhmä	32	35	21	15	24	20	23	30
Voimavararyhmä	47	42	21	37	21	21	11	-
Tupakasta vieroitusryhmä	14	15	53	60	31	20	2	5

¹ masennuksen ehkäisy ja stressinhallintakurssi

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on ammattikorkeakouluja.

Liitetaulukko 17. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat ryhmämuotoiset menetelmät toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 284) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Käytössä säännöllisesti tai satunnaisesti			
	MAESTRO masennuksen ehkäisy ja stressinhallinta	Jännittäjä- ryhmä	Voimavara- ryhmä	Tupakasta vieroitus- ryhmä
Kuntatyyppi				
Kaupunkimaiset kunnat	7	27	11	24
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	4	2	3	7
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen				
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä	2	24	19	30
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	7	13	6	16
Työaika opiskeluterveydenhuollossa				
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuollossa	7	20	14	26
Toimii useilla tehtävälueilla	5	12	4	13
Ikä				
Alle 40 vuotta	6	15	5	12
40 - 50 vuotta	6	24	7	18
Yli 50 vuotta	6	18	12	23

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia (terveydenhoitajat n = 223, lääkärit n = 61).

Liitetaulukko 18. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat verkkoryhmätoiminnan muodot ja verkkosivustot (%) terveydenhoitajien (n = 253) arvioimana.

Verkkoryhmätoiminnan muodot ja verkkosivut	Ei käytössä, enkä tunne		Ei käytössä, mutta tunnen		Käytössä satunnaisesti		Käytössä säännöllisesti	
	Toisen opp.	Ammatti- korkea- koulu	Toisen opp.	Ammatti- korkea- koulu	Toisen opp.	Ammatti- korkea- koulu	Toisen opp.	Ammatti- korkea- koulu
	asteen	asteen	asteen	asteen	asteen	asteen	asteen	asteen
Tukinet verkkokriisikeskuksen ryhmät	46	37	34	27	17	31	3	5
Nyytin nettiryhmät	44	10	36	27	18	46	2	17
Päihdelinkin keskustelualueet	21	20	38	32	37	43	4	5
Nuorten mielenterveystalo -portaali	11	7	27	17	44	57	18	19
Nyytin verkkopalvelut	39	11	37	21	21	47	3	21
Päihdelinkki	8	6	19	16	59	55	14	23
MLL Nuortennetti	12	25	32	48	46	27	10	-
Irti huumeista	12	15	43	48	42	32	3	5
Peluuri	37	17	32	35	29	43	2	5
Duodecimin sähköinen terveys- tarkastus ja -valmennus	67	65	26	27	5	5	2	3
MoodGYM masennuksen ehkäisy oma-apuohjelma	91	95	7	5	1	-	1	-

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Liitetaulukko 19. Opiskeluterveydenhuollossa käytössä olevat verkkoryhmätoiminnan muodot ja verkkosivustot toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien (n = 223) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Käytössä säännöllisesti tai satunnaisesti								
	Tukinet -ryhmät	Nyytin nettiryhmät	Päihdelinkin keskustelu- alueet	Nuorten mielen- terveystalo -portaali	Nyytin verkkopalvelut	Päihde- linkki	MLL Nuorten- netti	Irti huumeista	Peluuri
Kuntatyyppi									
Kaupunkimaiset kunnat	25	24	40	65	31	74	48	44	38
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	12	13	40	58	14	70	68	46	20
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen									
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	26	41	34	60	46	80	43	46	44
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	19	16	42	63	20	71	58	45	29
Työaika opiskeluterveydenhuollossa									
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuoll.	23	30	41	72	35	76	42	47	43
Toimii useilla tehtävälueilla	19	13	40	55	17	70	65	43	24
Ikä									
Alle 40 vuotta	22	22	39	64	23	68	59	39	26
40 - 50 vuotta	16	16	37	59	22	71	48	48	34
Yli 50 vuotta	22	21	44	64	28	77	59	47	33

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Liitetaulukko 20. Käypä hoito -suositusten ja opiskelijoiden huumausainetestausta koskevan SORA-lainsäädännön tunteminen ja soveltaminen omassa työssä (%) lääkäreiden arvioimana (n = 62).

Käypä hoito -suositukset ja SORA-lainsäädäntö	En tunne enkä sovellla työssäni	Olen tutustunut, mutta osaamiseni on riittämätön soveltamiseen	Sovellan työssäni satunnaisesti	Sovellan työssäni säännöllisesti	En osaa sanoa
ADHD	3	28	26	40	3
Alkoholiongelmaisen hoito	5	11	57	20	7
Depressio	3	2	26	69	-
Syömishäiriöt	6	15	29	48	2
Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus	5	8	55	30	2
Unettomuus	5	5	35	55	-
SORA-lainsäädännön mukainen huumausainetestaus ja hoitoon ohjaaminen	29	23	31	11	6
SORA-lainsäädännön mukainen huumausainetestiä koskevan todistuksen laatiminen	29	29	25	10	7

Liitetaulukko 21. Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 284) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Mahdollisuudet tunnistamiseen			Mahdollisuudet hoitamiseen		
	Melko kattavasti ¹	Osa häiriöistä ²	Melko vähän ³	Suurin osa häiriöistä ⁴	Osa häiriöistä ⁵	Lähtettämiseen jatkohoitoon ⁶
Kuntatyyppi						
Kaupunkimaiset kunnat	66	33	1	15	78	7
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	54	44	2	19	74	7
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen						
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	67	33	-	13	78	9
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	61	38	1	17	76	7
Työaika opiskeluterveydenhuollossa						
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuoll.	66	33	1	14	78	8
Toimii useilla tehtäväalueilla	59	40	1	17	76	7

¹ tunnistetaan melko kattavasti tavall. häiriöt tai niiden oireet esim. masennus, ahdistuneisuus, syömishäiriöt, alkoholin haitallinen käyttö

² tunnistetaan osa häiriöistä tai niiden oireista

³ tunnistetaan melko vähän häiriöistä tai niiden oireita

⁴ mahdollista hoitaa suurin osa häiriöistä opiskeluhuollon psykologin ja/tai kuraattorin tukemana pth:n tasoisin menetelmin

⁵ mahdollista hoitaa osa häiriöistä opiskeluhuollon psykologin ja/tai kuraattorin tukemana pth:n tasoisin menetelmin

⁶ tehtäväksi jää lähinnä lähete-kriteerien täyttymisen arvioiminen ja lähettäminen jatkohoitoon

Liitetaulukko 22. Mahdollisuudet psykososiaalisen tuen järjestämiseen opiskeluterveydenhuollossa toisen asteen oppilaitoksissa (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 284) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Terveydenhoitajan tapaamiset ¹	Lääkärin tapaamiset ²	Kuraattorille ohjaaminen ³	Psykologille ohjaaminen ⁴	Psykiatriselle sairaanhoit. ohjaaminen ⁵	Eritystyöntekijälle ohjaaminen ⁶	Ryhmämuot. menetelmiin ohjaaminen ⁷	Mahdollisuus psykoterapia-arvioon ⁸	Mahdollisuus ohjata nettiterapiaan ⁹
Kuntatyyppi									
Kaupunkimaiset kunnat	86	73	88	78	25	65	7	44	29
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	87	85	85	70	23	79	3	31	31
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen									
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	91	64	83	85	41	65	13	27	55
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	85	78	87	73	21	71	4	44	24
Työaika opiskeluterveydenhuollossa									
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuoll.	88	69	89	84	29	67	6	23	46
Toimii useilla tehtäväalueilla	85	77	85	70	22	72	5	46	25

¹ Terveydenhoitajan mahdollista tavata opiskelija tukea antavan keskustelun merkeissä sovittu jakso, kuten 3-5 käyntiä

² Lääkärin mahdollista tavata opiskelija mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitamiseksi useampia kertoja (vastaajina vain lääkärit)

³ Mahdollista ohjata opiskelija opiskeluhuollon kuraattorille sovituksi tukijaksoksi (toinen aste)

⁴ Mahdollista ohjata opiskelija opiskeluhuollon tai opiskeluterveydenhuollon psykologille tai opintopsykologille (AMK) sovituksi tukijaksoksi

⁵ Käytettävissä psykiatrisen sairaanhoitajan, jolle opiskelijan voi ohjata (oppilaitoksessa tai matalan kynnyksen palveluissa)

⁶ Opiskelijan voi ohjata terveyskeskuksen psykiatriselle sairaanhoitajalle, depressiohoitajalle, päihdetyöntekijälle tai vastaavalle ammattihenkilölle

⁷ Käytössä ryhmämuotoisia menetelmiä, joihin opiskelijan voi ohjata kuten masennusriskissä oleville MAESTRO

⁸ Mahdollisuus saada psykoterapia-arvio esimerkiksi yhteistyönä erikoissairaanhoidon kanssa (vastaajina vain lääkärit)

⁹ Mahdollista ohjata opiskelija soveltuvaan nettiterapiaan kuten Mielenterveysalan masennuksen ja paniikkihäiriön nettiterapiat (vastaajina vain lääkärit)

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia (terveydenhoitajat n = 223, lääkärit n = 61)

Liitetaulukko 23. Osaaminen opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamisessa, tukemisessa ja hoidon seurannassa (%) terveydenhoitajilla (n = 245) ja lääkäreillä (n = 62).

Osaaminen	Erittäin vahva ¹		Melko vahva		Keskin-kertainen		Melko heikko		Erittäin heikko	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Masennustilat (mielialahäiriöt)	5	16	41	39	43	40	11	5	-
Ahdistuneisuushäiriöt	4	8	34	47	45	37	15	8	2	-
Syömishäiriöt	2	10	26	24	49	42	20	24	3	-
Tupakasta vieroitus	4	5	33	26	50	53	13	14	-	2
Alkoholiongelman varhainen puheeksi ottaminen ja varhainen interventio	10	10	51	55	36	30	3	5	-	-
Kannabiksen käytön puheeksi ottaminen ja varhainen interventio	8	11	37	42	39	31	15	16	1	-
Käytöshäiriöiden ja epäsosiaalisen oireilun hoito	1	-	8	5	51	45	32	40	8	10
Peli- ja nettiriippuvuus	2	-	16	-	52	-	28	-	2	-
Huume- tai alkoholiongelman vaikutus opiskelukykyyn ja opiskeluun soveltuvuuteen	5	-	33	-	51	-	11	-	-	-
ADHD	2	-	16	-	53	-	27	-	2	-
ADHD:n lääkehoidon toteuttaminen	-	3	-	26	-	32	-	29	-	10
ADHD:n tukitoimien ja (ammattillisen) kuntoutuksen suunnittelu	-	3	-	15	-	29	-	37	-	16
Autismiin ja muihin neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyvien sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmien tukitoimien järjestäminen	1	2	8	11	46	27	35	40	10	20
Autismissa ja muissa neuropsykiatrisissa häiriöissä (ammattillisen) kuntoutuksen suunnittelu	-	2	-	8	-	26	-	43	-	21
Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden epäilyjen tunnistaminen	-	6	-	55	-	37	-	2	-	-

¹ erittäin vahva = ylittää perusterveydenhuollossa tarvittavan osaamistason

Liitetaulukko 24. Konsultointi tai yhteistyö eri tahojen kanssa kuluneen vuoden aikana opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioiden mukaan.

Yhteistyötahot ja palvelut	Palvelua ei ole tarjolla tai yhteistyömahdollisuutta ei ole		Palvelu on tarjolla, mutta en ole konsultoinut tai tehnyt yhteistyötä		Palvelu on tarjolla, ja olen konsultoinut tai tehnyt yhteistyötä		En osaa sanoa	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Nuorille suunnatut päihdepalvelut ¹	16	13	25	24	54	53	5
Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavat yksiköt ²	17	18	18	26	59	45	6	11
Aikuisille suunnatut päihdepalvelut (mm. A-klinikka)	6	2	55	48	37	50	2	-
Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon	-	-	23	3	75	95	2	2
Aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon	1	-	52	10	44	90	3	-
Lastensuojelu	-	-	34	32	64	63	2	5
Aikuissosiaalityö	1	3	62	63	30	27	7	7

¹ mm. Nuorisoasema, Pysäkki, Päihdepysäkki ja Stoppi

² mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka, Nuorisopoliklinikka ja Nuorisoneuvola

Liitetaulukko 25. Opiskelijoille tarjolla olevat mielenterveys- ja päihdepalvelut kuluneen vuoden aikana (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Tarjolla olevat palvelut kuluneen vuoden aikana						
	Nuorille suunnatut päihdepalvelut ¹	Matalan kynnyksen palvelut ²	Aikuisille suunnatut palvelut ³	Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanh.	Aikuispsykiatrisen erikoissairaanh.	Lastensuojelu	Aikuis-sosiaalityö
Kuntatyyppi							
Kaupunkimaiset kunnat	86	83	96	98	97	97	92
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	62	62	88	98	95	99	92
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen							
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	88	86	98	98	98	98	95
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	76	74	92	98	96	97	91

¹ mm. Nuorisosaama, Pysäkki, Päihdepysäkki ja Stoppi, ² mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka, Nuorisopoliklinikka ja Nuorisoneuvola
³ Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavat yksiköt, ⁴ Aikuisille suunnatut päihdepalvelut (mm. A-klinikka)

Liitetaulukko 26. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä kuluneen vuoden aikana eri tahoja konsultoineet tai eri tahojen kanssa yhteistyötä tehneet terveydenhoitajat ja lääkärit (n = 315) taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Konsultoinut tai tehnyt yhteistyötä eri tahojen kanssa						
	Nuorille suunnatut päihdepalvelut ¹	Matalan kynnyksen palvelut ²	Aikuisille suunnatut palvelut ³	Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanh.	Aikuispsykiatrisen erikoissairaanh.	Lastensuojelu	Aikuis-sosiaalityö
Kuntatyyppi							
Kaupunkimaiset kunnat	68	73	45	83	63	60	30
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	71	79	36	76	37	76	37
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen							
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	71	77	46	84	69	55	32
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	68	73	41	80	52	68	33

¹ mm. Nuorisosaama, Pysäkki, Päihdepysäkki ja Stoppi, ² mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka, Nuorisopoliklinikka ja Nuorisoneuvola
³ Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavat yksiköt, ⁴ Aikuisille suunnatut päihdepalvelut (mm. A-klinikka)
 Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastualueella on kyseisiä palveluja tarjolla.

Liitetaulukko 27. Yhteistyön mahdollisuudet eri tahojen kanssa kuluneen vuoden aikana opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioiden mukaan.

Yhteistyötahot ja palvelut	Erikoissairaanhoidon puhelin-konsultaatio		Konsultaatio sähköisten tietojärjestelmien kautta		Potilas-tiimien ohjaus (yksin tai ryhmässä)		Liikkuva työntekijä tai tiimi ³		Opiskelijan hoitoa toteutetaan yhteistyössä ⁴		Yhteisiä moniammatillisia työryhmiä ⁵		Yhteisiä koulutuksia tai tapahtumia		Yhteisiä kehittämiss Hankkeita ⁶	
	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk	TH	Lääk
	Nuorille suunnatut päihdepalvelut ¹	75	69	19	27	15	4	29	17	32	19	24	8	38	23	7
Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavat yksiköt ²	70	52	24	23	14	5	28	5	28	21	20	11	30	11	6	2
Aikuisille suunnatut päihdepalvelut (mm. A-klinikka)	64	57	13	20	9	2	12	2	18	15	11	3	13	7	2	-
Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon hoito	70	77	18	71	9	7	24	16	45	34	22	15	30	25	9	7
Aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon hoito	56	69	14	69	10	3	11	5	19	21	10	8	10	15	1	-
Lastensuojelu	77	80	11	9	9	-	23	14	22	20	26	24	29	15	8	5
Aikuissosiaalityö	56	55	6	7	6	-	6	4	8	9	6	14	9	11	2	2

¹ mm. Nuorisosaama, Pysäkki, Päihdepysäkki ja Stoppi, ² mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka, Nuorisopoliklinikka ja Nuorisoneuvola
³ erikoissairaanhoidosta tai matalan kynnyksen palveluista tulee tekemään yhdessä arviota ja hoitosuunnitelmaa, ⁴ esimerkiksi somaattisen terveyden seuranta OT:issa syömishäiriön hoidossa, ⁵ hoitavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä opiskelijoita, ⁶ mm. työnjaosta tai toimintakäytännöistä
 Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastualueella on kyseisiä palveluja tarjolla.

Liitetaulukko 28. Yhteistyön mahdollisuudet eri tahojen kanssa kuluneen vuoden aikana opiskelijoiden mielenterveys- tai päihdetyössä terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Erikoissairaanhoidon puhelin-konsultaatio	Konsultaatio sähköisten tietojärjestelmien kautta	Potilas-tiimien ohjaus (yksin tai ryhmässä)	Liikkuva työntekijä tai tiimi ¹	Opiskelijan hoitoa toteutetaan yhteistyössä ²	Yhteisiä moniammatillisia työryhmiä ³	Yhteisiä koulutuksia tai tapahtumia	Yhteisiä kehittämiss Hankkeita ⁴
Kaupunkimaiset kunnat	91	46	22	47	60	38	51	14
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	89	46	17	52	66	58	55	18
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen								
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	91	50	14	47	66	45	61	20
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	90	45	22	49	61	44	50	14

¹ erikoissairaanhoidosta tai matalan kynnyksen palveluista tulee tekemään yhdessä arviota ja hoitosuunnitelmaa, ² esimerkiksi somaattisen terveyden seuranta opiskeluterveydenhuollossa syömishäiriön hoidossa, ³ hoitavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä opiskelijoita, ⁴ mm. työnjaosta tai toimintakäytännöistä
 Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joilla kyseinen yhteistyömahdollisuus vähintään yhden opiskelijalle mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjoavan tahon kanssa: nuorille suunnatut päihdepalvelut, matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavat yksiköt, aikuisille suunnatut päihdepalvelut, nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon, lastensuojelu ja aikuissosiaalityö

Liitetaulukko 29. Opiskelijoiden lähettäminen tai ohjaaminen eri palveluihin kuluneen vuoden aikana (%) terveydenhoitajien (n = 253) ja lääkäreiden (n = 62) arvioiden mukaan.

Palvelut	Toisen asteen oppilaitokset		Ammattikorkeakoulut	
	TH	Lääk	TH	Lääk
Nuorille suunnatut päihdepalvelut ¹	46	53	39	17
Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavat yksiköt ²	62	34	52	13
Aikuisille suunnatut päihdepalvelut (mm. A-klinikka)	28	38	55	25
Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon	73	87	27	8
Aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon	35	79	66	33
Lastensuojelu	54	49	10	-
Aikuissosiaalityö	16	30	39	13

¹ mm. Nuorisosaama, Pysäkki, Päihdepysäkki ja Stoppi

² mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka, Nuorisopoliklinikka ja Nuorisoneuvola

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia.

Liitetaulukko 30. Opiskelijoiden lähettäminen tai ohjaaminen eri palveluihin toisen asteen oppilaitoksista kuluneen vuoden aikana (%) terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 284) arvioimana taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Lähettäminen ja ohjaaminen palveluihin						
	Nuorille suunnatut päihdepalvelut ¹	Matalan kynnyksen palvelut ²	Aikuisille suunnatut palvelut ³	Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanh.	Aikuispsykiatrisen erikoissairaanh.	Lastensuojelu	Aikuissosiaalityö
Kuntatyyppi							
Kaupunkimaiset kunnat	51	62	34	81	50	51	18
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	41	46	24	67	32	56	21
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen							
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	52	65	28	85	39	48	15
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	47	54	31	74	45	54	20

¹ mm. Nuorisosaama, Pysäkki, Päihdepysäkki ja Stoppi, ² mm. Sihti, Pilari, Walk-in poliklinikka, Nuorisopoliklinikka ja Nuorisoneuvola

³ Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja nuorille tarjoavat yksiköt, ³ Aikuisille suunnatut päihdepalvelut (mm. A-klinikka)

Prosenttiosuudet niiden vastaajien osalta, joiden vastuualueella on kyseisiä oppilaitoksia (terveydenhoitajat n = 223, lääkärit n = 61)

Liitetaulukko 31. Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvät hoitoketjut (%) ja hoitoketjujen päivittäminen vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Hoitoketjut	Hoitoketju käytettävissä			Hoitoketjun päivittäminen ¹			
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Sovituin väliajoin	Satunnaisesti	Ei lainkaan	En osaa sanoa
Masennuksen hoitoketju	51	31	18	25	39	-	36
Ahdistuneisuuden hoitoketju	33	49	18	25	25	-	50
Syömishäiriöiden hoitoketju	62	26	12	25	42	-	33
Päihdeiden käyttöön liittyvä hoitoketju	56	33	11	22	50	-	28
Nuorten mielenterveyshäiriöiden hoitoketju	47	40	13	22	48	-	30

¹ Prosenttiosuudet niiden vastuuhenkilöiden osalta, joiden vastuualueella on käytössä ko. hoitoketju.

Liitetaulukko 32. Täydennyskoulutuksen tarve opiskeluterveydenhuollossa yleisimmistä mielenterveys- ja päihdehäiriöistä (%) terveydenhoitajilla (n = 253) ja lääkäreillä (n = 62).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt	Terveyden- hoitajat	Lääkärit
Masennustilat (mielialahäiriöt)	55	34
Ahdistuneisuushäiriöt	64	44
Syömishäiriöt	38	26
Tupakasta vieroitus	12	11
Alkoholiongelman varhainen puheeksi ottaminen ja varhainen interventio	17	16
Kannabiksen käytön puheeksi ottaminen ja varhainen interventio	33	39
Käytöshäiriöiden ja epäsosiaalisen oireilun hoito	47	58
Peli- ja nettiriippuvuus	45	-
Huume- tai alkoholiongelman vaikutus opiskelukykyyn tai opiskeluun soveltuvuuteen	41	-
ADHD	24	-
ADHD (lääkehoito, tukitoimet ja kuntoutuksen suunnittelu)	-	66
Autismiin ja muihin neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyvien sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmien tukitoimien järjestäminen	23	-
Autismiin ja muihin neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyvien sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmien tukitoimien järjestäminen ja kuntoutuksen suunnittelu	-	60
Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden epäilyjen tunnistaminen	-	27
Muu	2	7
Vastaajat merkitsivät neljä tärkeintä.		

Liitetaulukko 33. Keskeiset mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutukset viimeisten viiden vuoden aikana terveydenhoitajien ja lääkäreiden (n = 315) arvioimana.

Keskeisin koulutus	Toiseksi keskeisin koulutus
ACT-terapiakoulutus	ADHD-koulutus
ADHD-koulutus	Ahdistushäiriöt
Autismin kirjon koulutussarja	Friends
Depressio koulutus ja ryhmän vetäminen	Huumaaineet
Depressiohoitajapäivät	Interpersoonallinen terapiakoulutus
Huume-koulutus	Jännittäjäryhmä
Huume-poliisin koulutus työntekijöille	Kannabiskoulutus
Huume-testaukset opiskeluterveyshuollossa	Kriisityön koulutus
Irti tupakasta 28 päivää	Laihuushäiriökoulutus
Kannabiskoulutus	Lapset puheeksi -koulutus
Kognitiivisen terapian menetelmäkoulutus	Lastensuojelu
Koukutukset yhdessä lastensuojelun kanssa	Masennus ja mieliala
Kunnan koulutus masentuneiden tunnistamisesta	Mielenterveyden ensiapu 2
Lasten ja nuorten mielenterveystyö	Mielenterveyden häiriöt
Lähisuhde- ja perhevälivalta	Eväitä arkeen yksilövalmennukset NEPSY
Lääkäripäivät	Nuoret rikoksen uhreina -koulutus
Masennus	Nuorisopsykiatrian alueelliset koulutukset ja yhteistyö
Master of Gestalt Psychotherapy	Nuorten psyykkisten häiriöiden lääkehoito
Mielenterveyden ensiapu 1	Peliriippuvuus
Mielenterveyden ensiapu 2	Psykoterapeuttiset valmiudet erikoistumisopinnot
Mielenterveystyö	Psykoterapiamenetelmät
Mielenterveystyön erikoistumisopinnot AMK	Puheeksi ottaminen
Mielialataidot	Päihde- tai päihdetyökoulutus
Mindfulness	Rahaapelaaminen THL
Mini-interventio	Ratkaisukeskeisen terapian menetelmiä
Motivoiva haastattelu	Seksuaalisen väkivaltatyön koulutus
Neuropsykiatrinen koulutus	SKOOP:n järjestämät koulutukset
Neuropsykiatrinen valmentaja	SORA-koulutus
Nuorten psykiatriset häiriöt	Syömishäiriöt
Nuorten tupakoinnin lopettamisen ryhmäohjaaja	TOTA-koulutus (opiskelijoiden elintapaohjaus)
Nyyti elämänhallintakurssi	Tupakasta vierottaminen tai tupakoimattomuus
Peliriippuvuus	Työnohjaajan koulutus tai työnohjaus
Perheinterventiokoulutus	Uni
Psykiatrinen sairaanhoitaja	Verkostokonsultti
Psykoosi	Yhteistyökumppaneiden järjestämät koulutukset
Psykoterapeutin koulutus	Kolmanneksi keskeisin koulutus
Psykoterapeuttiset menetelmät	ADHD-koulutus
Puheeksi ottamisen koulutus	Ahdistuneisuushäiriöt
Päihdekoulutus päihdepalvelusätiöltä	Tietojärjestelmät ja uudet työohjelmat
Päihdepsykiatrian koulutus	Ennaltaehkäisy
Päihderiippuvuus	Erilliset koulutuspäivät
Päihdetyön koulutus	Friends
Päihhteet ja päihdehoito	Huumaavien aineiden käytön toteaminen
Ratkaisukeskeinen työote	Kannabis
Riippuvuusongelmat	Kouluterveyspäivät
Seksuaalivouvoja	Lastensuojelu
Seksuaaliterveyskasvatus ja seksuaalivouvoja	Maahanmuuttajien terveystarkastukset
SORA koulutus	Maestro-ryhmänohjaajakoulutus
Stressinhallinta	Masennuksen hoito
Syömishäiriökoulutus	Motivoiva haastattelu
Trauma- ja kriisiterapia	Muiden tahojen järjestämät koulutukset
Tupakasta vieroitus	Nuorten mielenterveyden häiriöt
Välittäjä-hanke	Oppikouluterveydenhuollon päivät
Yksikön omat koulutukset	Peli- ja nettiriippuvuus
Yksittäiset luontopäivät mm. huumeista ja alkoholista	Päihdekoulutus
	Riippuvuudet
	Savuttomuus ja tupakkatuotteet
	SPR:n Mielenterveyden tukeminen -koulutus
	Syömishäiriöt
	Unettomuus
	Yleislääkärikoulutus
	Yliopistosairaalan psykiatrian klinikan koulutukset

Liitetaulukko 34. Halu osallistua verkossa tapahtuvaan mielenterveys- ja päihdetyön teoriaan ja taustoihin liittyvään täydennyskoulutukseen (%) terveydenhoitajilla ja lääkäreillä (n = 315) taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Halu osallistua verkossa tapahtuvaan täydennyskoulutukseen ¹				
	Hyvin todennäköisesti osallistuisin	Mahdollisesti osallistuisin	Mieluummin kontakti-opetukseen ²	Ei sovi minulle	En osaa sanoa
Kuntatyyppi					
Kaupunkimaiset kunnat	34	33	29	7	5
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	39	40	23	7	1
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen					
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipist.	34	39	23	4	5
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	36	34	28	7	4
Työaika opiskeluterveydenhuollossa					
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuoll.	30	34	31	7	6
Toimii useilla tehtäväalueilla	39	36	25	6	3
Ikä					
Alle 40 vuotta	43	34	26	6	1
40 - 50 vuotta	34	36	30	9	3
Yli 50 vuotta	31	36	26	6	7

¹ jos työnantaja tarjoaisi siihen mahdollisuuden. Vastaajalla valittavana useita vaihtoehtoja.

² mm. seminaarit

Liitetaulukko 35. Halu osallistua verkossa suljettuun vertaisyhteisöön saman alan ammattilaisten kesken (%) terveydenhoitajilla ja lääkäreillä (n = 315) taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijät	Halu osallistua verkossa suljettuun vertaisyhteisöön ¹				
	Hyvin todennäköisesti osallistuisin	Mahdollisesti osallistuisin	Haen tukea työlleni muualta	Ei sovi minulle	En osaa sanoa
Kuntatyyppi					
Kaupunkimaiset kunnat	16	46	24	13	9
Maaseutumaiset ja taajaan asutut kunnat	26	50	18	4	11
Opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen					
Keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä	7	61	20	11	7
Oppilaitoksessa tai terveyskeskuksessa	22	44	22	10	10
Työaika opiskeluterveydenhuollossa					
Toimii 100 prosenttisesti opiskeluterveydenhuoll.	16	43	30	11	9
Toimii useilla tehtäväalueilla	21	50	17	10	10
Ikä					
Alle 40 vuotta	24	56	15	8	5
40 - 50 vuotta	22	44	23	9	12
Yli 50 vuotta	13	43	27	13	11

¹ mm. keskustelupalsta hyvien käytäntöjen jakamiseen. Vastaaja voi valita useita vaihtoehtoja.

Liitetaulukko 36. Tuen saamisen tahot opiskeluterveydenhuollon johtamiseen (%) vastuuhenkilöiden arvioimana (n = 78).

Tuen saamisen tahot	Erittäin paljon	Melko paljon	Ei paljon eikä vähän	Melko vähän	Erittäin vähän	En osaa sanoa
Oma esimies	12	28	23	16	18	3
Opiskeluterveydenhuollon henkilöstö	34	45	8	6	4	3
Opiskeluhuollon ohjausryhmä kunnassa	8	10	25	5	19	33
Omassa yksikössä vastaavantasoisissa johtotehtävissä toimivat	11	25	17	17	17	13
Lähialueen vastaavissa tehtävissä toimivat	4	22	21	19	29	5
Johtamistyön työnohjaus (sisäinen)	3	4	27	9	31	26
Johtamistyön työnohjaus (ulkopuolinen)	4	11	22	4	31	28
Johtamiskoulutus	8	32	18	13	16	13
Sosiaali- ja terveysministeriö	6	25	39	16	7	7
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos	8	35	29	15	8	5
Työterveyslaitos	-	7	32	17	24	20

Liite 1

Kyselylomakkeiden muuttujat ja muuttujien mitta-asteikko tai mittaustaso.

Kyselylomakkeen muuttujat	Mitta-asteikko tai mittaustaso	Terveydenhoitaja-kysely	Lääkäri-kysely	Vastuuhenkilö-kysely
Upotettavat tiedot				
AVI-alue	Luokiteltu: 6 vaihtoehtoa	x	x	x
Kuntatyyppi	Luokiteltu: 3 vaihtoehtoa	x	x	x
Sähköpostiosoite	Avoin	x	x	x
Kunta	Avoin	x	x	x
Taustatiedot				
Kunta, kuntayhtymä tai yhteistoiminta-alue	Avoin	x	x	x
Opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilöt	Avoin			x
Oppilaitokset	Monivalinta: 10 vaihtoehtoa	x	x	x
Toimipisteiden lukumäärä (jossa työskentelee)	Avoin	x	x	
Opiskeluterveydenhuollon tilojen sijainti	Monivalinta: 8 vaihtoehtoa	x	x	
Opiskelijoiden määrä vastuualueella	Jatkuva, lukumäärä	x	x	x
Oth:n henkilöstön kokonaismäärä	Jatkuva, lukumäärä	x		
Oth:n henkilöstön kokoaikainen/osa-aikainen työpanos	Dikotominen	x		
Lääkäreiden määrä opiskeluterveydenhuollossa	Jatkuva, lukumäärä		x	
Työtehtävä tai virkanimike	Avoin	x	x	x
Esimiestehtävissä toimiminen	Dikotominen	x		
Alaisten lukumäärä	Jatkuva, lukumäärä	x		
Syntymävuosi	Jatkuva, vuosi	x	x	
Työsuhteen luonne	Dikotominen	x	x	
Työkokemus opiskeluterveydenhuollossa	Jatkuva, vuotta ja kuukautta	x	x	
Työaikamuoto	Monivalinta: 4 vaihtoehtoa	x	x	
Työaikaprocentti	Jatkuva, lukumäärä	x	x	
Työaika eri tehtävälueilla	Jatkuva, lukumäärä	x		
Opiskeluterveydenhuollon osuus työajasta	Jatkuva, lukumäärä		x	
Työajan jakautuminen opiskeluterveydenhuollossa	Jatkuva, lukumäärä	x	x	
Opiskelijoiden terveysongelmat	Monivalinta: 16 vaihtoehtoa	x	x	
Työaika mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamiseen	Jatkuva, lukumäärä	x	x	
Tarve työajalle mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoit.	Jatkuva, lukumäärä	x	x	
Korkein tutkinto	Monivalinta: 5/6 vaihtoehd.	x		x
Korkeimman tutkinnon ammatti- tai tieteenala	Avoin			x
Työkokemus opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilönä	Jatkuva, vuodet ja kk			x
Toimiminen oth:ssa potilas- tai asiakastyössä	Dikotominen			x
Oth:ssa potilas- tai asiakastyössä vuosina	Jatkuva, vuodet			x
Palvelut, joista vastaa opiskeluterveydenhuollon lisäksi	Monivalinta: 6 vaihtoehtoa			x
Oppilaitosten lukumäärä vastuualueella	Jatkuva, lukumäärä			x
Toimipisteiden lukumäärä vastuualueella	Jatkuva, lukumäärä			x
Terveydenhoitajien ja lääkäreiden lukumäärä oth:ssa	Jatkuva, lukumäärä			x
Opiskelijoita terveydenhoitajaa ja lääkäriä kohden	Jatkuva, lukumäärä			x
Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät ja työtavat				
Seulontamenetelmät ja kyselyt	Likert: 4 vaihtoehtoa	x	x	
Lomakkeet	Likert: 4 vaihtoehtoa	x	x	
Oma terveyskyselylomake tai -haastattelulomake	Avoin	x		
Oma lomake liitteenä	Liite	x		
Terveystarkastuksen kiireellisyyden arviointi	Dikotominen ja eos	x	x	
Ongelmien vakavuus tai oireet kiireellisyyjärjestykseen	Monivalinta: 4 vaihtoehtoa	x	x	
Kiireellisyyden arvioinnissa tärkeät asiat	Avoin	x		
Yksilömuotoiset menetelmät ja työtavat	Likert: 4 vaihtoehtoa	x	x	
Ryhmämuotoiset menetelmät ja työtavat	Likert: 4 vaihtoehtoa	x	x	
Verkkoryhmätoiminnan muodot ja verkkosivustot	Likert: 4 vaihtoehtoa	x		
Käypä hoito -suositukset ja SORA-ohjeet	Likert: 4 vaihtoehtoa ja eos		x	
Mahdollisuudet mt- ja päihdehäir. tunnistamiseen yleensä	3 vastausvaihtoehtoa	x	x	
Omat mahdollisuudet mt- ja päihdehäir. tunnistamiseen	3 vastausvaihtoehtoa		x	
Mahdollisuudet mielenterveys- ja päihdehäir. hoitamiseen	3 vastausvaihtoehtoa	x	x	
Mahdollisuudet psykososiaalisen tuen järjestämiseen	Monivalinta: 7/9 vaihtoehd.	x	x	
Täysi-ikäisten lääkkeellisten hoitojen toteuttaminen	4 vastausvaihtoehtoa		x	

Kyselylomakkeen muuttujat	Mitta-asteikko tai mittastasto	Terveys- hoitaja- kysely	Lääkäri- kysely	Vastuu- henkilö- kysely
Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen oth:ssa				
Osaaminen opisk. mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamisessa, tukemisessa ja hoidon seurannassa	Likert: 5 vaihtoehtoa	x	x	
Yhteiset käytännöt ja toimintatavat oth:ssa				
Yhteisesti sovitut toimintatavat ja käytännöt	3 vastausvaihtoehtoa ja eos	x		
Terveystarkstuksista poisjäävien tuen tarve	Dikotominen	x		
Erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen järjestäminen	Dikotominen	x		
Kutsuntatarkastukset	Dikotominen ja eos	x		
Opisk. mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvä yhteistyö				
Konsultointi tai yhteistyö eri tahojen kanssa	3 astausvaihtoehtoa ja eos	x	x	
Yhteistyön mahdollisuudet eri tahojen kanssa	Monivalinta: 8 vaihtoehtoa	x	x	
Muut yhteistyön mahdollisuudet	Avoin	x	x	
Yhteistyön mahdollisuudet, joista eniten hyötyä	Avoin	x	x	
Opiskelijoiden lähettäminen tai ohjaaminen eri palveluihin	Dikotominen	x	x	
Opisk. mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen				
Oth:n terveydenhoitopalvelujen järjestäminen	Monivalinta: 3 vaihtoehtoa			x
Terveydenhoitopalvelut muussa toimipisteessä	Avoin			x
Oth:n sairaanhoitopalvelujen järjestäminen	Monivalinta: 3 vaihtoehtoa			x
Sairaanhoitopalvelut muussa toimipisteessä	Avoin			x
Mahd. asioida saman terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa	Dikotominen			x
Syy miksi opiskelijalla ei ole mahd. asioida saman kanssa	Avoin			x
Ehk. ja sairaanhoidoll. mt- ja päihdepalvelujen järj. oth:ssa	Dikotominen ja eos			x
Syy miksi ehk./sairaanh. mt- ja päihdepalv. ei järj. oth:ssa	Avoin			x
Epäselvyys opisk. oikeudesta mt- ja päihdepalveluihin	Dikotominen ja eos			x
Oikeus opiskelupaikan Ervan nuoriso- ja aikuispsyk. hoitoon	Dikotominen ja eos			x
Palvelujen riittävyys ja asiakaspalaute oth:ssa				
Palvelujen tarjonta opiskeluterveydenhuollossa	Dikotominen ja eos			x
Palvelujen riittävyys opiskeluterveydenhuollossa	Likert: 5 vaihtoehtoa ja eos	x	x	x
Palvelujen määrän muutos opiskeluterveydenhuollossa	Likert: 3 vaihtoehtoa ja eos			x
Asiakaspalautteen kerääminen opiskelijoilta	Likert: 3 vaihtoehtoa	x		x
Asiakaspalautteen hyödyntäminen oth:n kehittämisessä	Avoin	x		x
Mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutus				
Täydennyskoulutuksen saaminen	Dikotominen	x	x	
Keskeiset täydennyskoulutukset	Avoin	x	x	
Aiheet, joista täydennyskoulutuksen tarvetta	Monival. 11/12 vaihtoeht.	x	x	
Täydennyskoul. tarve mt- ja päihdetyön menetelmistä	Likert: 5 vaihtoehtoa	x	x	
Mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoul. hyödyllisyys	Likert: 5 vaihtoehtoa	x	x	
Osallistuminen täydennyskoulutukseen verkossa	Monivalinta: 10 vaihtoehtoa	x	x	
Osallistuminen vertaisyhteisöön verkossa	Monivalinta: 5 vaihtoehtoa	x	x	
Opisk. mt- ja päihdetyötä edistävät ja vaikeuttavat tekijät				
Mielenterveys- ja päihdetyötä edistävät tekijät oth:ssa	Avoin	x	x	
Mielenterveys- ja päihdetyötä vaikeuttavat tekijät oth:ssa	Avoin	x	x	
Opisk. mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvät hoitoketjut				
Hoitoketjut opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyössä	Dikotominen ja eos			x
Hoitoketjujen päivittäminen	Likert: 3 vaihtoehtoa ja eos			x
Hoitoketjujen laatumiseen osallistuneet tahot	Dikotominen ja eos			x
Opiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen				
Opiskelijoiden mt/päihdetyöhön liittyvät hyvät käytännöt	Dikotominen ja eos			x
Hyvien käytäntöjen verkkosivut tai yhteyshenkilö	Avoin			x
Opisk. mt/päihdetyöhön liittyvät kehittämishankkeet	Dikotominen ja eos			x
Kehittämishankkeiden verkkosivut tai yhteyshenkilö	Avoin			x
Mt- ja päihdetyön kehitt. saatu ohjaus ja konsultaatiotuki	Dikotominen ja eos			x
Ohjauksen ja konsultaatiotuen tarve	Dikotominen ja eos			x
Tuen saamisen taho oth:n mt- ja päihdetyön kehittämisessä	Monivalinta: 4 vaihtoehtoa			x
Tuen tarpeen luonne mt- ja päihdetyön kehittämisessä	Avoin			x
Ammattilaisten mt- ja päihdetyön osaamisesta huoleht.	Likert: 5 vaihtoehtoa ja eos			x
Opisk. mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen	Avoin			x
Oth:n johtamista edistävät ja vaikeuttavat tekijät				
Opiskeluterveydenhuollon johtamista edistävät tekijät	Avoin			x
Opiskeluterveydenhuollon johtamista vaikeuttavat tekijät	Avoin			x
Taho, jolta tukea opiskeluterveydenhuollon johtamiseen	Likert: 5 vaihtoehtoa ja eos			x
Palaute ja kommentit kyselystä	Avoin	x	x	x

Liite 2

Esimerkkejä seulonta- ja kyselymenetelmistä, yksilö- ja ryhmämuotoisista sekä universaaleista menetelmistä, palveluista ja toimintamalleista, verkkosivuista ja verkkoryhmätöinnistä sekä hoitoketjuista ja Käypä hoito -suosituksista, joita voidaan hyödyntää mielenterveys- ja päihdetyössä opiskeluterveydenhuollossa.

Seulonta- ja kyselymenetelmiä

ADSUME (Adolescents' Substance Use Measurement). Nuorten Päihdemittari.

https://www.thl.fi/documents/605877/747474/nuorten_paihdemittari_ADSUME.pdf

AUDIT-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test). Alkoholin käytön arviointikysely.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/pgr00454> (Psykiatriset arviointilomakkeet)

Beckin depressiokysely (BDI-21). 21-osioinen mittari yksilötason kliiniseen käyttöön masennuksen seulonnassa ja seurannassa. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/pgr00454> (Psykiatriset arviointilomakkeet)

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti HSI (Heaviness of Smoking Index). Nikotiiniriippuvuuden aste.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/tupakka/tupakkariippuvuustesti>

Mielialakysely (R-BDI tai BDI-13). Beckin depressiokyselyn pohjalta kehitetty 13-osioinen masennusoireilun kysely.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/pgr00454> (Psykiatriset arviointilomakkeet)

SCOFF-syömishäiriöseula. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/pgr00454> (Psykiatriset arviointilomakkeet)

ADHD-kyselylomake (ADHD-RS-IV, Rating Scale). ADHD:n oirekartoitukseen.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00984

ADHD-testi (ASRS, Adult ADHD Self-Report Scale). ADHD:n seulontaan aikuisilla.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/dlk/dlk00353.pdf>,

http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ahd/18Q_Finnish_final.pdf

Ahdistuneisuuskysely GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder).

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/GAD-7.aspx>

Alkoholi-E. Täydennys AUDIT-testiin alkoholin käytön kartoituksen ja hoitomotivaation selvittämiseen.

<http://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/alkoholi-e.pdf>

AUDIT-C. AUDIT-testistä johdettu kolmen ensimmäisen kysymyksen sarja alkoholin ongelmakäytön tunnistamiseen.

http://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/audit-c_0.pdf

BAI-ahdistuneisuusasteikko (Beck Anxiety Inventory). http://www.perhejaverkostokeskus.fi/tiedostot/4/Beck_ahdistus.pdf,

<http://www.ksshp.fi/kyselyt/bai/>

BES-syömistapakysely. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/BES.aspx>

DAST20-huumeidenkäyttötesti. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet/huumeidenkayttotesti-dast20>

DEPS-depressioseula. Lyhyt masennusoirekysely. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/pgr00454> (Psykiatriset arviointilomakkeet)

HONC (Hooked On Nicotine Checklist). Tupakkariippuvuuden ensi merkit. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=nix01826

Huumeiden käytön riskitesti DUDIT (The Drug Use Disorders Identification Test). <http://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/dudit.pdf>

ISI (Insomnia Severity Index). Unettomuuden haitta-asteen arviointi. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50067b.pdf>

Kaksi kysymystä masennuksesta. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/81/>

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulontamenetelmä MDQ (Mood Disorder Questionnaire). <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/pgr00454> (Psykiatriset arviointilomakkeet)

LSAS, Liebowitz-lomake (sosiaalisten tilanteiden pelko). <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/pgr00454> (Psykiatriset arviointilomakkeet)

Netinkäyttötesti IAT (Internet Addiction Test). Internetin ongelmakäyttö. Puolison IAT-S ja lapsen IAT-P internetin käyttöä mittaavat versiot. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/netinkaytto>

Pakko-oirekysely OCI-R. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/OCI-R.aspx>

PROD-seula psykoosin ennako-oireiden tunnistamiseen. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/pgr00454> (Psykiatriset arviointilomakkeet)

Rahapeliongelman mittareita (Lie/Bet, BBGS, SOGS, BGSi) <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/rahapeliongelman-hoito-ja-tuki/rahapeliongelman-mittarit>, <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/rahapelit>

SBI-9 (Study Burnout Inventory). Opiskelu-uupumusmittari yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoille. www.yths.fi/filebank/591-46_Uupumustutkimus_Salmela-Aro.pdf

Sosiaalisten tilanteiden pelon seula SPIN-FIN (sosiaalisen ahdistuksen vaikeusaste). <https://tampub.uta.fi/handle/10024/67867>, <http://www.yths.fi/filebank/2316-Jannittajaopas-2013.pdf>

Unikyselylomake BNSQ-FIN2008. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50088a.pdf>

Vahvuudet ja vaikeudet -kysely SDQ. 4–16-vuotiaiden lasten psyykkisten oireiden tunnistamiseen. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/147/>

Yksilömuotoisia kohdennettuja menetelmiä

ADSUME. Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi. https://www.thl.fi/documents/605877/747474/varh_puutt_malli_toimintaohj_ADSUME.pdf

Mini-interventio. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tapahtuva alkoholin riskikuluttajan lyhytneuvonta. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoisut/paihdeyten-menetelmat-ja-koulutus/lyhytneuvonta-mini-interventio>

Motivoiva haastattelu. Menetelmä erilaisten riippuvuuksien hoitoon ja elämäntapamuutoksiin.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus:jsessionid=29BFD42FCA1C2FB3C37BFEC68AF4CAAA?id=nix02109>

Työkykypassi. Ammattiosaajan työkykypassilla vaikutetaan opiskelijoiden hyvinvointikäyttäytymiseen, ja se suoritetaan ammatillisen peruskoulutuksen aikana. http://www.oph.fi/julkaisut/2008/ammattiosaajan_tyokykypassi

Lyhyt uni-interventio 16–18-vuotiaiden uniongelmissa kärsivien nuorten hoitoon.

<https://www.thl.fi/fi/-/moni-nuori-ei-nuku-riittavasti-lyhytkin-ohjaus-voi-auttaa-univaikeuksissa>

Hyvän unen lyhyt oppimäärä. YTHS-oppaat terveysterveystietoon. http://www.yths.fi/filebank/1946-Uniopas_2013.pdf

Jännittäminen osana elämää (opiskelijaopas). YTHS-oppaat terveysterveystietoon.

<http://www.yths.fi/filebank/2316-Jannittajaopas-2013.pdf>

Parisuhdeopas opiskelijoille. YTHS-oppaat terveysterveystietoon.

http://www.yths.fi/filebank/2848-Parisuhde_14_verkkoon.pdf

Netti- ja peliongelmat ja opiskelukyky (NPO). Korkeakouluopiskelijoiden rahapeliongelmien ja haitallisen netin käytön tunnistaminen ja puhekeskustelu opiskeluterveydenhuollossa. <https://www.innokyla.fi/web/malli479619>

Rahapelaaminen puheeksi. Rahapelaamisen puheeksi ottaminen palvelussa, johon asiakas on hakeutunut puhumaan ensisijaisesti muista asioista. <https://www.innokyla.fi/web/malli794561>

Valoa elämään. Itsetuhoisesti oireilevien 13–25-vuotiaiden nuorten varhaisen tunnistamisen ja auttamisen menetelmiä.

<https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Tutkimusmatka+Tarkoitusten+merell%C3%A4.pdf/98643c4c-be49-4e85-8e57-914a72b5b716>

VARPU-opas. Opas varhaiseen puuttumiseen toisen asteen oppilaitosten toimijoille huolta herättävissä tilanteissa.

<http://www.jedu.fi/documents/10157/b2f93241-8ffb-4a4d-b9f3-a6d4c24bf283>

Vipuvoimaa. Varhaisen puuttumisen opas toisen asteen oppilaitosten toimijoille selkiyttämään ja yhtenäistämään käytäntöjä, kun aikuisen huoli on herännyt ja puuttuminen on opiskelijan hyvinvoinnin kannalta välttämätöntä.

<http://arjenarkki.fi/menetelmapankki/hyvät-kaytannot/70>

Taitoja mielen toipumiseen (Skills for Psychological Recovery). Perustasolle sopiva työmenetelmä kriisin jälkihoitoon.

<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/taitoja-mielen-toipumiseen>

Mun reitti -reittiopas ja harjoituksia. Nuorten toiminta- ja työkykyä vahvistava valmennusohjelma.

<http://arjenarkki.fi/menetelmapankki/hyvät-kaytannot/48>

Oma väylä. Neuropsykiatrista kuntoutusta 18–35-vuotiaille nuorille ja aikuisille yksilö- ja ryhmäkuntoutusmallin mukaan vahvistamaan opiskelu- ja työelämävalmiuksia sekä arjenhallinnan ja sosiaalisia taitoja. <http://www.kela.fi/omavayla>

OPI-kurssi. Kelan kuntoutuspalvelu tarjoaa yksilö- ja ryhmämuotoisena tukea opintoihin, masennusoireisiin ja elämänhallintaan ammatillista perustutkintoa opiskeleville 16–25-vuotiaille nuorille, joilla on masennus- tai ahdistushäiriöitä ja opinnot ovat pitkittymässä ja uhkaavat keskeytyä.

<http://www.kela.fi/-/opi-kurssi-on-kelan-uusi-kuntoutuspalvelu-ammattillista-perustutkintoa-opiskelevil-1?inheritRedirect=true>

Hyvinvoiva oppilaitos -toimintamalli. Nojaa mielenterveystaitojen oppimiseen, voimavarojen tunnistamiseen ja vahvistamiseen, yhteisöllisen oppilaitoskulttuurin rakentamiseen ja turvaverkon varmistamiseen.

<http://arjenarkki.fi/menetelmapankki/hyvat-kaytannot/95>

Hyvinvoiva oppilaitos -koulutusmateriaali. Materiaalin tavoitteena on vahvistaa toisen asteen oppilaitosten opetus- ja opiskeluhooltohenkilöstön ammatillista osaamista mielen hyvinvoinnista voimavarana ja edistää opiskelijoiden mielen hyvinvointia. <http://arjenarkki.fi/menetelmapankki/hyvat-kaytannot/96>

Mielen hyvinvointi -levittämishanke. Toimenpiteenä Hyvinvoiva oppilaitos -materiaalin käyttöön ottamista tukevat koulutukset, Hyvinvoiva oppilaitos -workshopien ja fiilisiltojen järjestäminen, Hyvinvoiva oppilaitos -materiaalin kehittäminen ja kääntäminen ruotsin kielelle sekä vaikuttavuustutkimuksen organisoiminen.

<http://arjenarkki.fi/menetelmapankki/hankkeet/94>

Itsemurhien ehkäisy, toimenpiteet ja jälkihoito. Työkalupakki kouluille.

https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Koulujen+ty%C3%B6kalupakki_lopullinen.pdf/b722830b-14db-4018-8182-7d75b64ea67f

Käytännön opas savuttomuuteen. Toimintamalli ammatillisten oppilaitosten savuttomuuden edistämiseksi.

http://www.tyokalupakki.net/files/kaytannon_opas_savuttomuuteen.pdf

Mäyräkoirasta sikspäkkiin -hanke. Korkeakouluopiskelijoiden päihdeongelmien ehkäiseminen. Bileopas korkeakouluopiskelijalle ja bileiden järjestäjälle. http://www.nyyti.fi/mayris_bileopas.pdf

Nuorten pelaaminen haltuun. Pelaamisen ja peliongelmiin toimintamalli nuorille suunnatuissa palveluissa ja toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa. <https://www.innokyla.fi/web/verstas808942>

PAKKA-toimintamalli. Yhdessä toteutettava paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyn malli.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-044-3>

Psykososiaalisen hyvinvoinnin ja elämänhallintataitojen edistämisen sekä kiusaamisen vähentämisen toimenpideohjelma lukioiden ja ammatillisen koulutuksen opiskelijoille.

http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/Kouluhyvinvoinnin_kehittaminen/elamanhallinta.html

Ryhmäilmiö-paketti ammattioppilaitoksiin. Välineitä opintojen läpi tapahtuvaan ryhmäyttämiseen ja hyvän ryhmähengen ylläpitämiseen. Soveltuu myös yläkouluihin ja lukioihin. <http://www.ehyt.fi/>

To Care, To Dare, To Share (CDS). Ammattikorkeakouluopiskelijoiden syrjäytymisen ehkäiseminen.

http://www.yths.fi/filebank/1236-Syrjailytymisen_ekaiseminen_CDS-hanke_AnuHalonen.pdf

Vanhempainilta toiselle asteelle, tukea vanhemmuuteen. <https://www.innokyla.fi/web/verstas1149205>

Ystävähassi tai kummipassi maahanmuuttajaoppilaille. Sopii kaikille kouluasteille, mutta erityisesti yläkouluihin.

<https://hyvatkaytannot.oph.fi/kaytanto/1570/?q=befdad964990dbf641029bc9e2023f77>

Palveluja ja toimintamalleja

MERKKARI-toiminta. Nuorten mielenterveyden hoito peruspalveluissa lähellä nuorta ja perhettä. Merkkarina psykiatrinen sairaanhoitaja kouluissa, joissa on 13–17-vuotiaita nuoria.

<https://www.innokyla.fi/web/verstas121110/etusivu/-/verstas/toteutus>

MIEKKARI-toiminta. Mielenterveystyöhön suuntautuneita sairaanhoitajia perustason mielenterveystyössä yläkouluissa, ammatillisissa oppilaitoksissa ja lukiossa.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69486/Tuhkanen_Oona%20Vollakka_AnneMaarit.pdf?sequence=1

PSYYKKARI-toiminta. Psykiatriset sairaanhoitajat koululla tavoitteena ehkäisevä mielenterveystyö ja varhainen puuttuminen oppilaiden oireiluun ja huolenaiheisiin. <https://www.innokyla.fi/web/malli107491>

TSEMPARI-toiminta. Psykiatrisen sairaanhoitaja ammatillisissa oppilaitoksissa opintojen keskeyttämisen ehkäisyssä, poissaoloihin puuttumisessa ja eroavan opiskelijan kohtaamisessa. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210018170>

ANKKURI-malli. Menetelmiä nuorten auttamiseksi lähellä nuorten kehitysympäristöjä monialaisesti poliisin, sosiaalityön ja terveydenhuollon voimavaroja yhdistämällä.

<http://www.turvallisuussuunnittelu.fi/material/attachments/turvallisuussuunnittelu/hyvatkaytannot/rikollisuusjahairiokayttayminen/6E28rnYGF/Ankkuri-malli.pdf>

Byströmin nuorten palvelut. Alle 30-vuotiaille nuorille ohjausta ja tukea erilaisissa elämäntilanteissa.

<http://www.ouka.fi/oulu/nuoret/bystromin-nuorten-palvelut>

EXIT-tiimi. Haastavasti käyttäytyvän 12–17-vuotiaan nuoren polku ja BAROfi-haastattelumenetelmä. Sosiaalityöntekijä ja -ohjaaja tekevät yhteistyötä koulutoimen sekä lapsi- ja nuorisopsykiatrian kanssa.

<https://www.innokyla.fi/documents/106258/e37652b3-0177-457b-9309-025f28c9da49>

Huoli haltuun -hanke. Matalan kynnyksen nuorten hyvinvointiasema mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville 13–25-vuotiaille nuorille. <http://verkkonummi.fi/kirkkonummi/palvelut/1192-huoli-nuorten-huolista.html>

HYKS-Varhain (nuorisopsykiatria). Varhain-toiminta on nuorisopsykiatrian tarjoamaa konsultatiivista palvelua, jossa arviointi, tutkimus ja varhaisinterventiot tapahtuvat nuoren omassa ympäristössä yhteistyössä peruspalvelujen kanssa.

<http://hyvinvoinninpalveluopas.fi/index.php/hakemisto/item/hyks-varhain-nuorisopsykiatria>

Intensiivimalli nuorten avohuoltoon IiNa. Pienille kunnille soveltuva monialainen intensiivisen työotteen malli 13–17-vuotiaiden nuorten koulu-, lastensuojelu- ja mielenterveysongelmiin puuttumiseksi. <http://kasperihanke.fi/osahankkeet/iina>

JERI (Jorvi Early Psychosis Risk Intervention). Verkostoituvalla varhaisinterventiolla apua mielenterveyshäiriöiden riskissä oleville ja muulla tavoin psyykkisesti oireileville 13–22-vuotiaille nuorille erikoissairaanhoidon ja perustason yhteistyönä. http://www.sosiaalitalo.fi/ep/tiedostot/ulappa300910_jeri.pdf. Päättynyt hanke, jonka pohjalta kehitetty HYKS-Varhain.

Kannatellen-hanke. 13–24-vuotiaiden nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen ja kokonaisvaltainen vastuunotto moniongelmaisista nuorista. <https://www.innokyla.fi/web/hanke68109>

Lasten ja nuorten talot. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote).

<http://www.eksote.fi/toimipisteet/lasten-ja-nuorten-talot/Sivut/default.aspx>

Matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelujen arviointiyksikkö MTPA. Toimii 24/7/365-periaatteella.

<http://www.lshp.fi/download/noname/%7B385920F4-1C5E-4510-844F-F48582B63A8B%7D/10172>

Nuorisohelppi. Nuorisoaasema 13–23-vuotiaille nuorille ja heidän perheilleen. Moniammatillisia matalan kynnyksen palveluja yhden oven -periaatteella joustavasti ja ilman lähetettä. <https://www.innokyla.fi/web/verstas115316>

Nuorten turvatalot. Auttavat 12–21-vuotiaita nuoria ja heidän perheitään pulma- ja kriisitilanteissa.

<https://www.punainenristi.fi/hae-tukea-ja-apua/nuorten-turvatalosta>

NUPPIS. Matalan kynnyksen palvelupiste 13–21-vuotiaille nuorille.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104345/THL_RAP2013_003_verkko.pdf?sequence=1

PILARI. Perustason monialainen, sektorirajat ylittävä arviointi- ja hoitotaho 13–25-vuotiaille nuorille ja heidän perheilleen.

<https://www.innokyla.fi/web/malli1064538>

Poikien talot. Esimerkiksi Poikien Talo Oulu on turvallinen paikka 12–28-vuotiaille pojille ja nuorille miehille.

<http://poikientalo-oulu.fi/>

SIHTI-interventio. Organisaatiorajat ylittävä työtapa, joka auttaa arvioimaan ja tarvittaessa ohjaamaan tarpeenmukaiseen hoitoon nuoria, joilla on vaikeuksia aikuistumiskehityksessään tai jo syntyneitä psyykkisiä ongelmia.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/80229>

TAJUA MUT! -liputustoimintamalli. Sähköinen tiedonvälitysjärjestelmä, johon 9–28-vuotiaan lapsen tai nuoren kanssa työskentelevä aikuinen voi ilmaista huolensa.

http://www.espooli.fi/FI/Kulttuuri_ja_liikunta/Nuori_Espoo/Tietoa_neuvoa_apua/Tajua_mut

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Nuorten miesten syrjäytymiskehityksen ehkäisemisen toimintamalli, joka mahdollistaa tuen tarjoamisen kutsunnoissa ja palveluksen keskeytyessä.

<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen>

TSEKPOINT. Matalan kynnyksen palvelupiste 11–29-vuotiaille lapsille ja nuorille.

<https://www.innokyla.fi/web/malli103762>

Tyttöjen talot. Esimerkiksi Helsingin Tyttöjen Talo 10–28-vuotiaille tytöille ja nuorille naisille.

<http://www.tyttoentalo.fi/etusivu>

VAMOS. 16–29-vuotiaiden nuorten palvelukokonaisuus, jossa vahvistetaan nuoren voimavaroja ja vahvuuksia sekä tuetaan kiinnittymään yksilöllisesti suunniteltuun jatkopolkuun. <http://www.vamosnuoret.fi/>

Välittämisen koodi. Etsivään nuorisotyöhön liittyvä toimintamalli ja selainpohjainen järjestelmä tiedonvälitykseen alle 28-vuotiaille lapsille ja nuorille sekä perheille ja nuorten kanssa toimiville. <http://valittamisenkoodi.fi/>

YEESI-piste. Nuorten olohuone, hengailua ja hyvää fiilistä. <http://www.yeesi.fi/ammattilaisille/yeesi-piste/>

Verkkosivustoja ja verkkoryhmätöitä

Mielenterveystalo. Omaha-ohjelmia ja ohjeistus nettiterapioihin lähettämiseksi.

<https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>

Nuorten mielenterveystalo 13–17-vuotiaille. <https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/Pages/default.aspx>

MoodGYM. Masennuksen ehkäisy oma-apuohjelma. <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>

Nyyti ry:n nettiryhmät. Toteutetaan suojatussa ja suljetussa verkkoympäristössä.

<https://www.nyyti.fi/keskustele-netissa/nettiryhmat/>

Päihdelinkki. Kattava verkkosivusto päihteistä ja riippuvuuksista. Vertaistukeen perustuvat keskustelualueet.

<http://www.paihdelinkki.fi/>

Raiskauskriisikeskus Tukinainen. Apua, tukea ja neuvontaa seksuaalista väkivaltaa koskevissa asioissa.

<https://www.tukinainen.fi/>

RIKUchat. Rikosuhripäivystyksen matalan kynnyksen palvelut 12–28-vuotiaille nuorille rikoksen uhreille.

<http://nuoret.riku.fi/>

SETA:sta tieto nuorille seksuaalisesta suuntautumisesta. <http://seta.fi/tietoa-nuorille/>

SINUIKSI. Tuki- ja neuvontapalvelu seksuaalisesta suuntautumisesta ja sukupuolen moninaisuudesta. <http://www.sinuiksi.fi/>

Tiltti. Pelihaittoihin keskittyvä tieto- ja tukipiste. <http://www.tiltti.fi/fi/etusivu/>

Toisen asteen yhteys. Itsehoitosivusto Helsingin kaupungin lukioiden ja Stadin ammattiopiston opiskelijoille.

<http://www.toisenasteenyhteys.fi/fi/>

TOIVO. Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille.

https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/itsearviointi_omaapu/oma-apu/toivo/Pages/default.aspx

Työkälypakki. Nuorten tupakoimattomuuden edistämisen ohjelma.

<http://www.tyokalupakki.net/pages/index.php?id=94&pid=1>

Vapaaksi viiltelystä -omahoito-ohjelma.

https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/itsearviointi_omaapu/oma-apu/vapaaksi_viiiltelysta/Pages/default.aspx

Varjomailma. Vertaistukea verkossa vanhempien päihteiden käytöstä kärsiville 11–18-vuotiaille.

<https://www.innokyla.fi/web/malli190573>

Virtu. Virtuaalinen sosiaali- ja terveystalokeskus. <http://www.sosiaalikallega.fi/virtu.fi/>

Väestöliiton nuorten sivut. Alle 20-vuotiaiden nuorten tukena seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa.

<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/>

Hoitoketjuja Terveysportin hoitoketjut-tietokannasta

<http://www.terveysportti.fi>, Lääkäriin tietokannat, Hoitoketjut

Lasten ja nuorten neuropsykiatristen oireiden ja häiriöiden hoitomalli (Carea)
 Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju (Carea)
 ADHD-oireisen lapsen ja nuoren hoitoketju (Eksote)
 Syömishäiriöisten 12–22-vuotiaiden nuorten hoitoketju (Eksote)
 Syömishäiriöpotilaan hoitopolku, lapset ja nuoret, alle 18-vuotiaat (Etelä-Savon SHP)
 Syömishäiriöpotilaan hoitopolku 18 vuotta täyttäneille (Etelä-Savon SHP)
 Nuorten ja aikuisten syömishäiriöiden hoitoketju pääkaupunkiseudulla (HUS)
 Keskittymättömän lapsen ja nuoren palveluketju (HUS-Hyvinkää)
 Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju (HUS-Länsi-Uusimaa)
 Lasten mielenterveys- ja päihdetyön hoitoketju (HUS-Länsi-Uusimaa)
 Vårdkedja för ätstörningar hos barn och ungdomar (HUS-Länsi-Uusimaa)
 Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju (HUS-Länsi-Uusimaa)
 Nuorten mielenterveys- ja päihdetyön hoitoketju (HUS-Länsi-Uusimaa)
 Vårdkedja för ungas psykiska hälsa och missbrukarvård (HUS-Länsi-Uusimaa)
 Vårdkedja för ätstörningar hos barn och ungdomar (HUS-Länsi-Uusimaa)
 Lapsuus- ja nuoruusiän anoreksia nervosa (HUS-Porvoo)
 Anorexia nervosa hos barn och unga (HUS-Porvoo)
 Levottomien ja keskittymisvaikeuksia omaavien lasten ja nuorten hoitopolku Porvoon sairaanhoitoalueella (HUS-Porvoo)
 Vårdkedja för barn och unga med rastlöshet och koncentrationssvårigheter inom Borgå sjukvårdsområde (HUS-Porvoo)
 Lasten neurologisten kehitysongelmien hoidonporrastus (KHSHP)
 Nuoren psykoosi ja psykoosialttius -hoitoketju (KPSHP)
 Lasten ja nuorten neuropsykiatriset häiriöt (KSSHP)
 Lasten mielenterveystyön hoitoketju (KSSHP)
 Kouluikäisen lapsen ja nuoren (6–17-vuotiaan) tarkkaavuus-yliaktiivisuushäiriön (ADHD) hoitoketju (PSHP)
 Lasten mielenterveystyön palveluverkko (PSHP)
 Nuoren (13–18-vuotiaan) masennuspotilaan palveluverkko (PSHP)
 ADHD (lasten tarkkaavuushäiriö) (PPSHP)
 Lasten ja varhaisnuorten syömishäiriöt (PPSHP)
 Lasten päihteidenkäyttö (PPSHP)
 Nuoruusikäiset potilaat, psyykinen oireilu (13–22-vuotiaat) (PPSHP)
 Nuorten syömishäiriöt (VSSHP)
 Päihteitä käyttävä nuori (VSSHP)

Käypä hoito -suosituksia Duodecimin tietokannasta

www.kaypahoito.fi, Duodecim

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret)
 Alkoholiongelmaisen hoito
 Depressio
 Epävakaa persoonallisuus
 Huumeongelmaisen hoito
 Kaksisuuntainen mielialahäiriö
 Kielellinen erityisvaikeus (dysfasia, lapset ja nuoret)
 Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen
 Syömishäiriöt
 Traumaperäinen stressihäiriö
 Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus
 Unettomuus