

Nuorten hyvin- ja pahoinvointi

Konsensuskokous 1.–3.2.2010

## **JOHDANTO**

Konsensuskokoukset ovat avoimia ja julkisia tilaisuuksia, joissa arvioidaan lääketieteellisiä toimintatapoja olemassa olevaan tutkimusnäyttöön perustuen. Kokousten tavoitteena on luoda lausumia, joissa ohjeistetaan käsiteltävien aihealueiden kehittämistä Suomessa. Konsensuslausuma on sen laatimishetkellä käytettävissä oleviin tutkimustuloksiin perustuva suositus niin palvelujärjestelmän kuin tutkimuksenkin kehittämissuunnista. Tiedon arvioinnin ja synteesin lisäksi konsensuskokouksen ja sen pohjalta laadittavan lausuman tarkoituksena on levittää asianmukaista ja ajantasaista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, muille nuorten parissa toimiville ammattilaisille, päättäjille, tutkijoille, tiedotusvälineille, suurelle yleisölle ja nuorille itselleen.

Asiantuntijoiden ja tiedotusvälineiden rooli on erittäin tärkeä nuoria koskevan tutkimustiedon tulkitsijoina ja välittäjinä. Nuorten pahoinvointia ei voida tarkastella vain nuorten sisäisenä ongelmana. Nuoria koskeva keskustelu kärjistyy usein ja ongelmien ratkaisuehdotukset ovat kaavamaisia. Tyypillistä on sekin, että nuorten ongelmia käsiteltäessä syntyy ammattialojen ja eri tieteenalojen välille näkemyseroja siitä, mitkä seikat ovat pahoinvoinnin kannalta merkittäviä ja mitkä ovat ongelmien syysuhteet. Nuorten hyvinvointia koskeva päätöksenteko jakautuu monille hallinnon aloille ja tasoille. Onkin tärkeää, että eri tahoilla myös päättäjät tuntevat nuorten hyvinvoinnin ajankohtaisen tilanteen, tutkimustiedon siitä, millä vaikuttamiskeinoilla on vaikutusta sekä myös sen, mistä meillä on toistaiseksi liian vähän tutkittua tietoa.

Eri aloilla on erilaisia tutkimusmenetelmiä, joiden kautta saadaan täydentävää kuvaa nuorten hyvin- ja pahoinvoinnista. Konsensuskokousten näkökulmassa painottuu lääketieteellinen ja terveydenhuollon kehittämisen näkökulma. Tämän kokouksen valmistelussa on tavanomaista enemmän painotettu myös muiden tieteenalojen näkökulmia ja tuloksia. Keskeistä on kuitenkin, että vältetään mielipiteisiin perustuvaa väittelyä ja esitetyt suositukset perustuvat tutkimukselliseen näyttöön.

Konsensuskokouksia on järjestetty Suomessa vuodesta 1985 lähtien, ja tämä kokous on järjestyksessä kahdeskymmenes. Aiemmin on järjestetty yksi vain lapsia ja nuoria koskeva

konsensuskokous, vuonna 2001 koululaisten terveydestä. Lisäksi lapsia käsitteli myös ensimmäinen konsensuskokous välikorvan tulehduksen hoidosta vuonna 1985. Viime vuosina järjestetyistä konsensuskokouksista myös vuosien 2005 (lihavuus) ja 2006 (psykoterapia) olivat nuorten terveyden kannalta merkittäviä. Tämän kokouksen pääotsikko, Nuorten hyvin- ja pahoinvointi, sisältää lähes kaikki nuorten terveyttä koskevat asiat. Tämän kokouksen päähuomio on jo valmisteluvaiheessa suunnattu erityisesti nuorten mielenterveyteen ja psykososiaaliseen hyvinvointiin.

Konsensuslausuman laati paneeli, joka kriittisesti ja tasapuolisesti arvioi käytössään olevan aineiston, asiantuntijoiden toimittamat kirjallisuuskatsaukset, asiantuntijaluennot, sekä yleisön kommentit. Konsensusuhengessä paneeli on yksimielinen lausunnon sisällöstä. Lausuma on kirjoitettu lyhyessä ajassa, kahden päivän aikana, mistä syystä sen ei ole tarkoituskaan olla täydellinen toimenpideohjelma. Se on kuitenkin tarkoitettu asiantuntijoiden linjaukseksi sekä palvelujen välittömästä kehittämisestä että nuorten hyvinvoinnin edistämisen suuntaviivoista. Konsensuslausumassa ei ole mahdollista ottaa kantaa yksittäisten nuorten hyvinvointia tai hoidon tarvetta koskeviin kysymyksiin.

**Tämän konsensuslausuman on laatinut paneeli, johon kuuluivat:**

MATTI KAIVOSOJA, LT, lastenpsykiatri, lastenpsykiatrian apulaisopettaja  
paneelin puheenjohtaja  
Turun yliopisto, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

LINNEA KARLSSON, LT, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri  
paneelin sihteeri  
TYKS, THL

LEENA EHRLING, VTT, sosiaalipsykologi, suunnittelija  
Suomen Mielenterveysseura, Koulutuskeskus

TARJA MELARTIN, psykiatrian erikoislääkäri, dosentti  
THL, HUS/HYKS Jorvin sairaala

KARI PYLKKÄNEN, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti

VET

RAISA LOUNAMAA, LKT, lastentautien erikoislääkäri  
HUS/ PORVOON SAIRAALA

MIRJAM KALLAND, dosentti, pääsihteeri,  
Mannerheimin Lastensuojeluliitto

JUHANI LAAKSO, apulaisylilääkäri, yleislääketieteen erikoislääkäri  
Seinäjoen terveyskeskus

MATTI PIETIKÄINEN, LL, ylilääkäri, terveystalvelujen vastuualuejohtaja  
Kuopion kaupunki

JOUKO ISOLAURI, dosentti, sairaanhoitopiirin johtaja  
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

GEORG HENRIK WREDE, lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman  
ohjelmajohtaja  
Opetusministeriö

AILA PALONIEMI, kansanedustaja  
Eduskunta

TIINA MERIKANTO, FM, MA, toimittaja  
YLE ajankohtaisjournalismi, Ajankohtainen kakkonen

VILLE VIRTANEN, opiskelija  
Suomen lukiolaisten liiton puheenjohtaja 2009

SUSANNA HAAPALAINEN, opiskelija  
Ammattiin opiskelevat – SAKKI ry:n puheenjohtaja

Kokouksen järjestäjät, Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia, asettivat paneelin vastattavaksi seuraavat kysymykset:

1. Miten nuoret voivat?
2. Mitkä ovat nuorten hyvinvoinnin edellytykset?
3. Miten ehkäistä nuorten pahoinvointia?
4. Mitä nuorten palveluita tulisi kehittää ja miten?
5. Mitä ja miten tulisi tutkia?

### **Miksi tarvitaan konsensusta nuorten hyvin- ja pahoinvoinnista?**

Nuoruusikä on elämänkaareissa lapsuudesta aikuisuuteen siirtymisen vaihe, joka alkaa puberteetista ja päättyy vähitellen nuoreen aikuisuuteen. Nuoruusikä ajoitetaan yleisesti ikävuosiin 13–22. Suomessa oli 655 440 kyseiseen ikäryhmään kuuluvaa nuorta vuonna 2008, joka vastasi noin 12,3 % väestöstä. Nuoruuskehityksen keskeinen päämäärä on itsenäisyyden saavuttaminen. Kehitystä luonnehtivat voimakkaat kehitystapahtumat keskushermostossa, ruumiillinen kasvu ja kehitys, hormonaaliset muutokset sekä tunne-elämän, ajattelun, käyttäytymisen ja ihmissuhteiden muutokset. Ikäkautta tulisikin tarkastella samanaikaisesti kaikista näistä näkökulmista. Nuoruuden aikana muodostuvat monet myöhempää elämää leimaavat tavat – toiset terveyttä ja hyvinvointia edistäviä, toiset haittaavia. Mielenterveyshäiriöiden ja muun pahoinvoinnin varhainen tunnistaminen ja hoito mahdollistavat nuoruuden suotuisan kehityksen vaikeuksista huolimatta ja parantavat myöhempää ennustetta. Nuoruudessa omaksuttu elämäntapa, ihmissuhteet sekä koulutus- ja elämänuran valinta – tai niille valikoituminen – luovat perustan aikuisiän terveydelle. Yhteiskunnan kannalta lasten ja nuorten terveyteen panostaminen on investointia tulevaisuuteen ja tulevaisuuden työvoimaan.

Konsensuskokouksen tavoitteena on arvioida lääketieteen menetelmiä näyttöön perustuen. Tämän lääketieteen ja muiden alojen asiantuntijoille sekä nuorten parissa työskenteleville kohdentuvan kokouksen ohjelma ei aiheensa laajuuden vuoksi voinut rajoittua vain lääketieteeseen tai terveydenhuoltoon. Toisaalta kokous ja konsensuslausuma kuitenkin painottuvat lääketieteeseen. Valinta on ollut tietoinen. Ohjelmaan oli mahdollista sisällyttää vain rajallinen määrä näkökulmia, ja siksi moni tärkeä kysymys jää käsittelemättä.

# 1. Miten nuoret voivat?

Asiantuntijoiden mukaan nuorten hyvinvointia kuvaavat monet eri määreet: kokemus turvallisuudesta ja onnellisuudesta, vahvat sosiaaliset siteet, sekä luottamus muihin ihmisiin ja tulevaisuuteen. Nuoret kaipaavat myös tunnetta voivansa vaikuttaa elämäänsä. Hyvinvointi voidaan mieltää myös nuoren optimaaliseksi henkilökohtaiseksi toimintakyvyksi, eikä pahoinvoinnin puute ei ole sama asia kuin hyvinvointi.

## 1.1 Nuorten fyysinen terveys

- Terveyskehitys on ollut monilta osin myönteinen, mm. kuolleisuus on vähentynyt.
- Noin 10 % nuorista on jokin somaattinen pitkäaikaissairaus.
- Lihavuus on lisääntynyt ja muodostaa yhden suurimmista terveysuhkista.
- Humalajuomisen määrä on lisääntynyt ja sukupuolierot alkoholin käytössä kaventuneet.
- Puberteetti on aikaistunut.

Hieman yli 80 % suomalaisista nuorista arvioi terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi. Huonoksi tai erittäin huonoksi sen arvioi vain 2–4 %. Omaa terveydentilaa koskevat arviot eivät ole muuttuneet 1980-luvun puolivälin jälkeen.

Nuorten kuolleisuus on pieni verrattuna aikuisiin, mutta suurempi kuin lapsilla. Kuolleisuus kasvaa siirryttäessä 10–14-vuotiaiden ikäryhmästä 15–19- ja 20–24-vuotiaisiin. Poikien kuolleisuus 100 000 henkeä kohti oli vuonna 2007 edellä mainituissa ikäryhmissä 13, 65 ja 105 ja tytöillä puolestaan 12, 27 ja 41. Nuorten kuolleisuus liittyy pääasiassa tapaturmiin ja itsemurhiin. Erityisessä riskissä kuolla ovat huostaanotetut tai huostassa olleet nuoret. Poikien nuoruudenaikaisesta kuolleisuudesta puolet johtuu itsemurhista ja vain noin 4 % selittyy tautikuolleisuuden avulla.

Noin joka kymmenes 12–18-vuotias ilmoittaa kärsivänsä jokapäiväistä elämää haittaavista pitkäaikaisista sairauksista, vioista tai vammoista. Haittaavan pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuudet eivät ole olennaisesti muuttuneet viimeisten vuosikymmenten aikana mutta yksittäisistä sairauksista diabetes, astma ja allergiat ovat merkitsevästi lisääntyneet. Suomalaisnuorten abortit ovat harvinaisempia eurooppalaisiin nuoriin verrattuna. Myös nuoriin kohdistuva kuritusväkivalta on merkitsevästi vähentynyt.

Murrosiän aikataulu on dramaattisesti varhaistunut Euroopassa. Tytöt saavuttavat nykyään sukukypsyyden kolme vuotta aikaisemmin kuin 100 vuotta sitten. Sukukypsyyden ja psykososiaalisen kypsyyden välinen kuilu kasvaa jatkuvasti. Nuorten seksuaaliterveys parani jatkuvasti 1990-luvun puoliväliin, mutta sen jälkeen indikaattorit osoittavat huononemista. Vuoden 2002 jälkeen tilanne on jonkin verran parantunut esimerkiksi raskauden keskeytysten ja klamydiainfektioiden osalta. On mahdollista, että tämä suotuinen kehitys on yhteydessä siihen, että terveystieto tuli peruskoulun oppiaineeksi vuonna 2002.

Nuoret oireilevat aikaisempaa enemmän. Stressioireista etenkin niska-hartia- ja selkäoireet sekä väsymys ovat lisääntyneet. Noin 35 % lukiolaisista ja ammattikoululaisista menee nukkumaan vasta klo 23.30 tai sen jälkeen. Vastaava osuus peruskoulun 8.–9. luokkalaisista on noin neljännes. Siitä seuraa, että myös väsymysoireet ovat yleisiä. Nukkumisaika lyhentyi 1970-luvun lopulta 2000-luvulle. Tilanne parani hieman 2000-luvun ensikymmenyksellä. Fyysinen kunto on väestötasolla heikentynyt esim. kutsuntaikäisten nuorten miesten kuntotestien perusteella.

Merkittävin pitkän aikavälin muutos on alkoholin käytön ja ennen kaikkea humalajuomisen lisääntyminen, joka jatkui 1980-luvun puolivälistä aina 2000-luvun alkuun. Toinen merkittävä muutos on tyttöjen tupakoinnin lisääntyminen samalla aikavälillä. Tupakoinnin ja alkoholin käytön muutokset ovat pitkälti kulkeneet käsi kädessä. Vaikka 2000-luvulle siirryttäessä niiden käyttö väheni yläkouluikäisillä ja kokonaan raittiiden määrä on kasvanut, akuutit alkoholimyrkytykset ovat lisääntyneet ja sukupuolierot kaventuneet: 35 vuoden seurantajakson aikana alkoholin aiheuttaminen sairaalahoitojen ilmaantuvuus kasvoi pojilla lähes kaksinkertaiseksi ja tytöillä noin 2,5-kertaiseksi. Suomalaisten nuorten tupakan ja alkoholin käyttö on eurooppalaisia nuoria runsaampaa.

Ylipainoisten osuus lisääntyi tasaisesti 1970-luvun lopulta nykyhetkeen. Uusimmat tulokset viittaavat siihen, että ylipainon lisääntyminen saattaisi olla pysähtymässä. Nuorista 18–24-vuotiaista miehistä 31 % ja naisista 20 % olivat ylipainoisia. Lihavuus on laajasti myös nuoria koskettava kansanterveydellinen ongelma, ja siihen liittyy vakavia ruumiillisen terveyden riskejä varsinkin aikuisiässä. Lihavuus uhkaa yleistyessään myös lasten ja nuorten ruumiillista terveyttä ja psyykkistä hyvinvointia.

Huono-osaisuus on ongelmien kasautumista. Se alkaa jo nuoruudessa, ja siihen liittyy huono terveys. Väestöryhmien välisten erojen synty alkaa lapsuudessa ja jatkuu nuoruudessa, mikä näkyy opintomenestyksen ja terveyden välisissä yhteyksissä. Tämä tarkoittaa sitä, että terveysongelmat ja haitalliset tottumukset kasautuvat jo nuoruudessa niihin ryhmiin, jotka sijoittuvat aikuisena alempiin koulutus- ja sosiaaliryhmiin. Terveiden kannalta väestöryhmittäisten erojen pienentäminen on suurimpia haasteita, johon tuskin on tarjolla yksinkertaisia ratkaisuja. Nuorena sukupuolten väliset terveyserot ovat samansuuntaiset kuin aikuisena: tytöt oireilevat enemmän, mutta poikien kuolleisuus on suurempi.

## 1.2 Nuorten psyykinen terveys

- Psyykinen terveys on riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden yhteisvaikutuksen tulos.
- Nuorten mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä (20 %), ja ne ovat keskeisin terveysuhka.
- Nuorten mielenterveyden häiriöille on tyypillistä moniongelmaisuus ja usean häiriön samanaikaisuus.
- Merkittävä osa psyykkisesti oireilevista nuorista ei ole palvelujen piirissä.
- Psykososiaalisen pahoinvointi kasaantuu, ja nuoruusikäinen väestö on voimakkaasti polarisoitunut monen terveyden ja hyvinvoinnin mittarin suhteen.
- Nuorten seksuaaliterveyden ulottuvuudet tulee huomioida.

Monet mielenterveyden häiriöt alkavat nuoruusiässä: noin puolet aikuisväestössä esiintyvistä elämänaikaisista mielenterveyshäiriöistä on alkanut ennen tutkittavan 15 vuoden ikää ja kolme neljänestä kaikista häiriöistä on todettavissa ennen 18 v ikää. Erilaiset siirtymävaiheet kehityksessä ja elämänmuutokset ovat haavoittuvuuden kannalta riskikohtia, jolloin alttius psyykkisille oireille kasvaa. Psyykinen terveys rakentuu monen tekijän kautta. Riskitekijöiden lisäksi suojaavien, pärjäämistä tukevien tekijöiden olemassaolo on tärkeää alttiuden kannalta. Tällaisia suojaavia tekijöitä ovat esim. sosiaalinen tuki, riittävän sitoutuneet huolenpitosuhteet, kiintymyssuhteet ja hyvä kohtelu sekä nuoren omat ongelmanratkaisutaidot ja hallintakeinot.

Noin joka viides nuori kärsii jostakin ajankohtaisesta mielenterveyshäiriöstä. Yleisimpiä nuorten mielenterveysongelmia ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytöshäiriöt ja päihteiden aiheuttamat häiriöt. On varsin yleistä, että nuorella on useampia samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä. Monihäiriöisyydellä on huomattava kliininen merkitys: se on yhteydessä vaikeampaan oirekuvaan, suurempaan toiminnalliseen haittaan sekä häiriön pidempään keston ja se on haaste diagnostiselle

arviolle ja hoidolle.

Mielenterveyden kysymykset ovat nuorten merkittävin terveysongelma. Australialainen tutkimus mittasi nuorten elämää varjostavia tekijöitä Disability-Adjusted Life Years -arvioinnin (DALY) kautta. Mielenterveyden ongelmat aiheuttivat 60–70 % kaikista nuorten terveyshaitoista. Toisin kuin somaattisissa sairauksissa, mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys kohdistuu yhä useammin nuoriin ikäluokkiin. Vuonna 2007 kaikista mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyneistä oli alle 30-vuotiaita 21 %, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 12 %. Myös mielenterveysperustein alkaneissa päiväraha-kausissa nuorten osuus on noussut 12 %:sta 17 %:iin vuosina 2000–2007 tasoon. Yhä kasvava osa nuorista on ilman hoitotoimenpiteitä jäämässä mielenterveyden häiriön vuoksi työmarkkinoiden ulkopuolelle. Tämä kehitys muodostaa merkittävän kansantaloudellisen uhkatekijän, jota ei toistaiseksi ole tutkittu tarpeeksi. Hoitamattomista mielenterveyden häiriöistä johtuva nuorten työkyvyttömyys uhkaa muodostua pitkäaikaiseksi ja kalliiksi.

Suuri osa nuoruusiän mielenterveyden häiriöistä kärsivistä ei kuitenkaan saa tarvitsemaansa hoitoa. Häiriötä potee noin 20 % nuorista, joista joka toinen tarvitsee nuorisopsykiatrista tutkimusta. Heistä puolet tarvitsee psykiatrista hoitoa. Nuoren mielenterveyttä kartoitettaessa tulee arvioida mahdollisen häiriön vaikutusta nuoren ikätasaisen kehityksen etenemiseen. Erityisen haastavaa kehitystehtävien saavuttaminen on somaattisesti pitkäaikaissairaille nuorille, ja he ovatkin terveitä ikätovereitaan suuremmassa riskissä sairastua nuoruusiän mielenterveyshäiriöihin.

Mielenterveyshäiriöt ovat nuoruudessa noin kaksi kertaa yleisempiä kuin lapsuudessa. Varhaisnuoruuden mielenterveyshäiriöt ovat yleisempiä pojilla kuin tytöillä, mutta varsinaisesta nuoruusiästä lähtien tytöt sairastavat poikia enemmän. Varttuneemmat nuoret sairastavat varhaisnuoria enemmän, kaupunkilaisnuoret maaseudulla asuvia nuoria enemmän, ja häiriöt ovat alemmissa sosiaaliryhmissä yleisempiä kuin ylemmissä. Häiriöiden oirekuvassa on ikäspesifisiä eroja: varhaisnuoruudessa yleisimpiä ovat käytös- ja tarkkaavuushäiriöt, kun taas varsinaisesta nuoruusiästä lähtien varhaisaikuisuuteen asti ahdistuneisuus-, mieliala- ja päihdehäiriöt ovat tavallisimpia. Yleensä häiriön jatkuvuus aikuisikään on sitä todennäköisempää, mitä vakavampi häiriö on kyseessä.

Masennuksen ilmaantuvuus kasvaa puberteetin jälkeen, ja uusien masennusjaksojen alkaminen on todennäköisintä 15–18-vuotiailla. Tytöillä riski on noin kaksinkertainen poikiin verrattuna. Suurin osa masennusta sairastavista nuorista toipuu vuoden kuluessa, mutta masennusjaksoilla on



voimakas uusiutumistaipumus; jopa 70 % masentuneista sairastuu uudelleen viiden vuoden kuluessa. Masennustilat ovat myös yksi merkittävimmistä nuorten itsemurhien riskitekijöistä. Aikuisia yleisemmin nuorten masennuksessa korostuvat ärtyneisyys ja vihaisuus sekä reaktiivinen epäsosiaalinen oireilu ja aggressiivinen käyttäytyminen. Itse raportoidut masennusoireet ovat lisääntyneet kahdeksanvuotiailla tytöillä 20 vuoden kuluessa kahdeksan prosenttiyksikköä (4 %:sta 12 %:iin). Suomesta ei ole vertailukelpoista väestötason tutkimustietoa, jonka perusteella voisi arvioida diagnostisen kynnyksen ylittävien häiriöiden muutoksia nuoruusikäisessä väestössä.

Tytöt ovat ahdistuneisuushäiriöille poikia alttiimpia lapsuudesta lähtien, ja ero säilyy nuoruusiässä.

Syömishäiriöt ja lihavuus ovat ruumiin energiatasapainoon liittyvien jatkumojen ilmentymiä ja häiriötiloja, joissa psyykkisten tekijöiden osuus vaihtelee sekä häiriön mukaan ja yksilöllisesti. Syömishäiriöt ja lihavuus ovat liittyneet länsimaiseen yhteiskuntaan mutta lisääntyneet ravinnonsaannin parannuttua laajasti myös muualla. Syömishäiriöt liittyvät tyypillisesti nimenomaan nuoruusiäseen ja koskevat noin kahta prosenttia tytöistä. Osa häiriöistä alkaa jo lapsuudessa, ja lähes puolella esiintyy ainakin jonkinlaista oireilua aikuisuudessa. Syömishäiriöt ovat yksi vakavista nuoruusiän häiriöistä.

Käytöshäiriöt ovat pojilla jopa viisi kertaa niin yleisiä kuin tytöillä. Nuorten neuropsykiatristen häiriöiden – joista yleisimpänä tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö (ADHD) – monipuolinen hoito on tärkeää nuoruusiässä usein ilmaantuvien komplikaatioiden kannalta. Neuropsykiatriset häiriöt alkavat ennen kouluikää ja haittaavat lapsen toimintakykyä usealla elämän alueella, esimerkiksi koulussa ja kotona. Erittäin tärkeää on myös, että oppimisvaikeudet sekä esimerkiksi kielellisen kehityksen erityisvaikeudet tunnistetaan, sillä erityisesti hoitamattomina ne altistavat mielenterveyden häiriöille sekä syrjäytymiskehitykselle nuoruusiässä.

Nuorena alkava skitsofrenia on vähentynyt. Nuoruusiässä todetaan kuitenkin tavallisesti psykoosisairauden alkuvaiheet tai ns. prodromaalioireet eli varsinaista psykoosia ennakoivat ja toimintakykyä haittaavat oireet. Skitsofrenia on sekä inhimillisen kärsimyksen että talouden mittareilla arvioituna edelleen merkittävä sairaus harvinaisuudestaan huolimatta (yleisyys < 1 %).

Itsemurhan tekee 10–24-vuotiaiden ikäryhmässä vuosittain keskimäärin 126 henkilöä, joista 75 % on miehiä. Nuorten miesten itsemurhat ovat vähentyneet vuodesta 1990 alkaen, mutta niitä on edelleen WHO:n tilastojen mukaan enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Suomalaisten tyttöjen

itsemurhien määrä on säilynyt vuosia samana ja on OECD-maiden korkein. Päihdehäiriöihin ja masennukseen liittyy kohonnut itsemurhariski.

Ikäryhmän kokoon suhteutettuna nuoruus on aktiivisinta rikosten tekoaikaa esimerkiksi varkaus-, pahoinpitely- ja vahingontekorikoksissa, mutta aikuiset tekevät kuitenkin valtaosan kaikista rikoslakirikoksista. Alle 21-vuotiaiden osuus poliisin tilastoimista rikoslakirikoksista vuonna 2008 oli Suomessa noin viidennes. Alle 18-vuotiaiden osuus oli alle 10 %. Vuonna 2008 15–17-vuotiaat tekivät kuusi prosenttia kaikista rikoslakirikoksista, alle 15-vuotiaat kolme prosenttia. Nuorten rikokset liittyvät erityisesti alkoholilainsäädäntöön ja ikärajoja koskeviin säädöksiin.

Kaksi kolmasosaa nuorista henkirikoksen tekijöistä tulee moniongelmaisista perhetaustoista ja on osoittanut jo aiemmin käyttäytymisen kontrollin vaikeuksia. Kolmanneksella ei ole kuitenkaan ollut aikaisempia mielenterveysongelmia, eikä heidän perheillään ole ollut merkittäviä psykososiaalisia ongelmia. Nuoruuden vakava epäsosiaalisuus ja väkivaltaisuus ennakoivat huomattavia vaikeuksia tulevien vuosien kehityksessä. Nuorten asenteet rikolliseen ja epäsosiaaliseen käyttäytymiseen ovat kuitenkin muuttuneet vähemmän suvaitseviksi. Väkivaltarikollisuus ei ole lisääntynyt. Tavallisimmat rikokset, joihin nuori syyllistyy, ovat varkaudet kaupasta, koulusta tai kotoa sekä laiton verkkolataaminen.

Seksuaalisen kaltoin kohtelun kokemukset ovat yleisiä ja ilmeisesti yleistymässä. Rikosilmoitusten määrä on kasvanut nopeasti, ja kasvu keskittyy 12–15-vuotiaisiin. Vuonna 2006 Väestöliiton tutkimuksessa noin 11 % kahdeksas luokkalaisista oli kokenut intiimialueiden vastentahtoista koskettamista. Pojista 4,1 % ja 2,3 % tytöistä oli kokenut yhdyntään tai muuhun seksiin pakottamista.

### **1.3 Nuoret ja perheiden hyvinvointi**

- Nuorten arvomaailmassa perhe on tärkeässä asemassa.
- Suurimman uhkan hyvinvoinnille muodostavat katkokset hoivasuhteissa, perheväkivalta, vanhempien mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat sekä lapsiperheiden köyhyys.
- Erityistä huomiota pitäisi kiinnittää myös yhden vanhemman perheiden tukemiseen.

Kodin ja perheen tärkeäksi kokeminen näyttää 1990-luvun kuluessa vahvistuneen selvästi koko väestössä. Koti ja perhe ovat tärkeitä arvoja lähes kaikille, myös niille, jotka eivät itse asu perheen kanssa.

Vaikka valtaosa lapsista ja nuorista elää ydinperheissä, niiden osuus, jotka kokevat vanhempiensa eron kasvun aikana, on lisääntynyt merkittävästi viimeisten vuosikymmenten aikana. Laajan ruotsalaisen tutkimuksen mukaan yhden vanhemman perheessä eläminen lisää riskiä lapsen epäedulliseen kehitykseen. Etenkin jos yksinhuoltajaperheessä on taloudellisia ongelmia, riski kasvaa.

Köyhien lapsiperheiden osuus väestöstä on lisääntynyt merkitsevästi viimeisen kymmenen vuoden aikana. Suomalaisista yksinhuoltajaperheistä 32 % jää köyhyysrajan alapuolelle. Tällaisten perheiden osuus lisääntyi merkitsevästi 1990-luvun laman jälkeen. Kaikista lapsiperheistä yli 14 % jää köyhyysrajan alapuolelle. Lamatutkimuksista tiedetään, että taloudellisten perusedellytysten ollessa uhattuna, horjuvat perheen ihmissuhteet ja myös vanhemmuus. Perheen taloudelliset ongelmat selittävät jopa puolet kouluikäisten lasten mielenterveyden vaihtelusta, ja viitteellistä tutkimustietoa on myös siitä, että nuoruudessa perheen taloudellinen ahdinko on merkittävä hyvinvoinnin riskitekijä. Vanhempien tuki, ohjaus ja valvonta ovat erityisen tärkeitä nuoruusikäisille, ja jos ne horjuvat, heijastuu tämä nuorten hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Vanhemman työttömyys on vaaratekijä myös nuoren työttömyydelle, ja vaarana on ylisukupolvinen syrjäytyminen.

Suomalaisissa perheissä esiintyy muita Pohjoismaita enemmän perheväkivaltaa ja runsasta päihteiden käyttöä. Perheen ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten lukumäärä on viime vuosina kasvanut, ja vuonna 2008 yli 16 000 lasta ja nuorta oli sijoitettu kodin ulkopuolelle. Lisäksi avohuollon tukitoimien piirissä on 67 000 lasta ja nuorta. Huostaanotot ja kiireelliset sijoitukset kasvavat 2–6 %:n vuositahtia, ja vuonna 2008 kasvu oli 5,3 % edelliseen vuoteen verrattuna. Vuoden 2009 aikana tehtiin yli 76 000 lastensuojeluilmoitusta, jotka koskivat yli 50 000 lasta ja joista 48 % kohdistui 13–17-vuotiaisiin nuoriin.

#### **1.4 Koulujärjestelmä ja nuorten hyvinvointi**

- Terveysongelmat kasaantuvat peruskoulun aikana huonon koulumenestyksen ryhmiin ja peruskoulun loputtua koulu-uran heikon etenemisen ryhmiin. Terveiden kannalta väestöryhmittäisten erojen väheneminen on suurimpia haasteita.
- Koulukiusaamisen määrä ei ole muuttunut vuoden 1995 jälkeen.
- Erityisopetuksen tarjonta sekä erityisopetuksessa olevien nuorten määrä on suurentunut.

Suomessa jokaisella nuorella on mahdollisuus kouluttautua ja opiskella sosioekonomisesta taustasta riippumatta. Peruskoulun suorittaa melkein jokainen, vuosittain jää vain noin 115 oppilasta ilman peruskoulun päättötodistusta. Jokaisen peruskoulun päättävän on teoriassa mahdollista saada jatko-opiskelupaikka. Esimerkiksi yhtä lukiopaikkaa kohti on keskimäärin 0,83 hakijaa. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2007 perusopetuksen jälkeisiin opintoihin sijoittui 96,2 % ikäluokasta. Ammatillisen koulutuksen opiskelijoista keskeytti opintonsa 10,3 % (12 300) ja lukio-opiskelijoista 4,2 % (4 400). Näistä koulutuksen keskeyttäneistä noin puolet jatkaa kuitenkin jossain toisessa oppilaitoksessa. Tavoiteajassa valmistui 58,3 % ammatillisen koulutuksen opiskelijoista ja 86,2 % lukiokoulutuksen opiskelijoista.

Yhteiskunnalle nuoren syrjäytymisestä aiheutuvat taloudelliset seuraukset näyttäytyvät lähinnä menetettyinä tuotannontekijöinä ja lisääntyvänä kustannusrasitteena. Jos syrjäytyminen kestää koko odotettavissa olevan työiän, noin neljäkymmentä vuotta, on yhdestä syrjäytyneestä aiheutuva nykyarvoksi laskettu kansantulon menetys noin 700 000 euroa. Julkisen talouden vastaava menetys on noin 430 000 euroa. Nuoren kannalta riskialttiimpia ovat nivelvaiheet, joissa siirrytään esimerkiksi perusopetuksesta jatko-opintoihin, opinnoista työelämään, päätetään varusmies- tai siviilipalvelus tai kun tarjottu palvelu keskeytyy tai päättyy.

Erityisopetuksessa oli vuonna 2008 noin 8 % (47 300) oppilaista. Vaikka peruskoululaisten määrä pieneni, erityisopetukseen siirrettyjen määrä lisääntyi edellisvuodesta 1 200 lapsen ja nuoren verran. Samalla koulunkäyntiavustajien määrä on lisääntynyt 7 500 henkilöön.

Kouluterveyskyselyssä on seurattu koulukiusaamiseen osallisuutta niin uhrina kuin kiusaajana vuodesta 1995. Tänä aikana ei ole voitu osoittaa koulukiusaamisen merkitsevästi lisääntyneen. Toisaalta kiusaamista ei kyselyn perustella ole saatu vähenemäänkään, vaikka koulukiusaamiseen on kiinnitetty yhteiskunnassamme paljon huomiota kiusaamista vähentämään pyrkivien ohjelmien, mielipidevaikuttamisen, uhrien kärsimystä korostavien julkisuuteen tulojen ja oikeusprosessienkin kautta. Vähintään viikoittain koulukiusaamisen uhreina on suomalaisista yläkoululaisista 6–8 %; kiusaajina saman verran. Pojat tunnustautuvat koulukiusaajiksi (kiusaa vähintään viikoittain) 3–4 kertaa yleisemmin kuin tytöt. Toisaalta Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen Nuorisoriikollisuuskyselyssä, jossa tarkkaillaan teon tekemistä ainakin kerran elinaikana ja kuluneen vuoden aikana, kiusaaminen näyttää yleistyneen viimeisimmässä vuoden 2008 aineistossa aiempiin vuosiin verrattuna ja kiusaamisen uhriksi joutumisen kokemukset ovat yleistyneet. Saattaa olla, että kiusaamisen ja väkivallan saama huomio johtaa ilmoitusherkkyiden lisääntymiseen etenkin

satunnaisiksi ja harvinaisiksi jääneissä seikoissa, joihin aikaisemmin ei kenties olisi kiinnitetty huomiota. Mielenterveystutkimuksessa huomionarvoisena kiusaamiseen osallisena olemisena pidetään yleensä viikoittaista tai ainakin vähintään muutaman kerran kuussa tapahtuvaa säännöllistä osallisuutta.

Peruskoulun 8:n ja 9:n luokan oppilaista 14 % pojista ja 6 % tytöistä ilmoittaa, ettei omaa yhtään läheistä ystävää. Yksinäisyys liittyy kiusatuksi tulemiseen sekä altistaa mm. masennus- ja ahdistusoireille.

Sekä haitalliset tottumukset että terveysongelmat kasaantuvat peruskoulun aikana huonon koulumenestyksen ryhmiin ja peruskoulun loputtua koulu-uran heikon etenemisen ryhmiin. Väestöryhmien välisten erojen synty alkaa ja jatkuu nuoruudessa, mikä näkyy opintomenestyksen ja terveyden välisissä yhteyksissä. Tämä tarkoittaa sitä, että terveysongelmat ja haitalliset tottumukset kasautuvat jo nuoruudessa niihin ryhmiin, jotka sijoittuvat aikuisena alempiin koulutus- ja sosiaaliryhmiin. Terveyden kannalta väestöryhmittäisten erojen pieneneminen on suurimpia haasteita.

## **2. Mitkä ovat nuorten hyvinvoinnin edellytykset?**

### **2.1 Aivojen kehittyminen nuoruudessa**

- Aivojen kehityksessä on sukupuolieroja.
- Päihteidenkäytön aloitusikä vaikuttaa aivojen kypsymiseen.
- Kaltoinkohtelu ja hoiva vaikuttavat kehittyvien aivojen rakenteeseen ja toimintaan.

Aivojen kypsyminen on monimutkainen tapahtuma, jota säätelevät geenit ja johon sekä sosiaalinen että fyysinen ympäristö vaikuttaa. Muuhun kasvuun verrattuna aivoissa tapahtuu koon huomattavan kasvun sijasta suuria rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia koko elämänkaaren ajan. Aivojen kypsyminen on voimakkainta varhaislapsuudessa, mutta myös puberteetissa tapahtuu merkittäviä muutoksia aivojen rakenteellisessa ja toiminnallisessa kehityksessä sukupuolihormonien vaikutuksesta.

Kuvantamistutkimukset ovat osoittaneet merkitseviä eroja aivojen kypsymisessä tyttöjen ja poikien välillä. Poikien aivojen kokonaistilavuus on noin 10 % suurempi kuin tytöillä. Tytöt saavuttavat

suurimman aivojen kokonaistilavuuden keskimäärin 11–12 vuoden iässä, pojat vastaavasti 14–15-vuotiaana.

Aivojen normaali kypsyminen nuoruusiässä voi häiriintyä useista eri syistä. Kuvantamistutkimukset ovat näyttäneet päihteiden käytön nuoruusiässä vaikuttavan aivojen kypsymiseen. Lapsen ja nuoren kaltoinkohtelu eri muodoissaan vaikuttaa myös aivojen kypsymiseen epäsuotuisasti.

## **2.2 Muu fyysinen kehitys nuoruusiässä**

- Fyysinen kypsyminen käynnistää muun nuoruusiän kehityksen.
- Odotetun aikataulun mukaan kypsyminen tukee muuta kehitystä.
- Koska puberteetin alkamisikä on aikaistunut, kuilu fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen välillä kasvaa.
- Somaattista pitkäaikaissairautta sairastavien nuorten psykososiaalisen kehityksen tukeminen lisää hyvinvointia.

Nuoruusikä alkaa, kun puberteetin biologiset muutokset käynnistyvät. Puberteetti alkaa aivoista, ja keskushermoston käynnistämät hormonaaliset muutokset ovat välttämätön edellytys nuoruusiän käynnistymiselle. Puberteetin alkamisikä on aikaistunut, mutta vaikka somaattinen kypsyminen tapahtuu yhä nuorempana, psykososiaalinen kypsyminen ei siirry aikaisemmaksi. Tästä seuraa, että somaattisen ja psykososiaalisen kypsymisen välillä on yhä kasvavaa eriaikaisuutta, mikä puolestaan on nuorten hyvinvoinnin kannalta haaste.

Noin 95 % nuorista kehittyy odotetun aikataulun mukaisesti. Aikataulu määräytyy suurelta osin (50–80 %) geneettisten tekijöiden perusteella, mutta ympäristötekijöillä on myös osuutensa. Koska kyseessä on lisääntymisbiologian kannalta keskeinen tapahtuma, on ymmärrettävää, että poikkeamat aikataulussa ovat merkittäviä kokonaisuuden kannalta. Aikatauluihin nähden sekä varhainen että myöhäinen kypsyminen ennustavat sekä somaattisen että psykososiaalisen kehityksen ongelmia.

On arvioitu, että yli kymmenesosa nuoruusikäisistä kärsii jostain pitkäaikaissairaudesta. Näillä nuorilla ikätasoisien kehitystehtävien saavuttaminen on muita haastavampaa muun muassa autonomian kehityksen kannalta. Pitkäaikainen ja vakava ruumiillinen sairaus on isku itsetunnolle ja identiteetille, ja pitkäaikaissairaat nuoret tarvitsevat usein terapeutista apua ja tukea elämää

pitkäaikaisesti rajoittavan sairauden aiheuttaman trauman kanssa selviytymiseen. Psykososiaalisen kehityksen tukeminen tässä erityisryhmässä lisää hyvinvointia. Lisäksi nykytiedon valossa voidaan todeta, että mielen ja ruumiin sairauksia ei voi erottaa toisistaan ja että ne ovat tiiviissä yhteydessä toisiinsa mm. yhteisten riskitekijöiden ja kehityskulkujen kautta.

### **2.3 Nuoruusiän psyykkinen kehitys**

- Ruumiin ja mielen kehityksen välinen yhteys on voimakas.
- Varhaislapsuudessa saatu huolenpito ennakoi tulevaa hyvinvointia.
- Nuoruusiän kehityksen eteneminen on aikuisiän terveyden perusta.
- Nuoret tarvitsevat aikuisten ja ikätovereiden apua kehitystehtävien toteutumiseen.

Edellä kuvatut biologiset muutokset ovat edellytys myös nuoruusiän psykososiaaliselle kehitykselle. Nuoruusiälle tyypillinen psyykkinen kehitys käynnistyy hormonaalisten muutosten vaikutuksesta sekä erityisesti aivojen kypsymisestä. Kehitys antaa kunkin yksilön omien taipumusten puitteissa avaimia esimerkiksi ihmissuhteisiin, vanhemmuuteen, luovuuteen ja työhön sekä keinoja kohdata vastoinkäymisiä. Nuoruusiän hyvän kehityksen tulos on omasta sukupuoli-identiteetistään ja seksuaalisesta identiteetistään tietoinen nuori aikuinen, jolla on omat erityiset luonteenpiirteet, arvot ja päämäärät sekä omanlaisensa tapa olla suhteessa muihin ihmisiin ja ympäröivään yhteiskuntaan.

Varhaislapsuudessa saatu huolenpito ennakoi tulevaa hyvinvointia. Vanhemmat voivat suojata lasta ylivoimaiselta kuormitukselta ja toisaalta suhteessa hoitavaan aikuiseen lapsi oppii tunnistamaan ja säätelemään omia fysiologisia reaktioitaan ja tunteitaan. Toisaalta varhaisen hoivan laiminlyönti, vuorovaikutuksen puutteet, kaltoinkohtelu tai hoivasuhteiden katkeaminen ovat keskeisiä haavoittuvuustekijöitä nuoruusiän psyykkisen kehityksen kannalta

Nuoruusiän kehitystehtävät voidaan tiivistää kolmeen keskeiseen haasteeseen:

1. Uudenlaisen suhteen neuvottelu vanhemman ja nuoren välillä sekä ikätoverisuhteiden vahvistaminen. Tähän tarvitaan vanhempien ja nuoren välistä vuorovaikutusta, joka tarkoittaa konkreettista yhdessä olemista ja kommunikoimista.
2. Seksuaalinen kypsyminen ja oman ruumiinkuvan muuttuminen. Nuoruusiän kuluessa sopeudutaan puberteetin aiheuttamaan ruumiinkuvan muutokseen, ja kehityksen kuluessa muodostuu aikuisuuden sukupuoli-identiteetti ja käsitys omasta

sukupuolesta. Tähän nuori tarvitsee mahdollisuutta tutustua omaan seksuaalisuuteen omassa aikataulussa sekä oikeaa tietoa.

3. Omien ihanteiden ja päämäärien löytäminen. Nuoruuden kolmantena haasteena on työstää lapsuuden kehityksen aikana syntyneet mielen sisäiset käsitykset omiksi moraalikäsitteiksi, elämän päämääriksi ja ihanteiksi. Tähän tarvitaan arvokasvatusta sekä mahdollisuuksia tutkia ja arvioida omia kehittyviä arvoja suhteessa muihin ihmisiin.

## **2.4 Perhe**

- Nuoren hyvinvoinnin edellytys on, että hän saa kehitysvaiheeseensa nähden riittävää huolenpitoa ja että aikuisten tuki on riittävää ja konkreettista.
- Myös yhteiskunnan taloudelliset trendit vaikuttavat muun muassa perheiden hyvinvoinnin kautta nuorten hyvinvointiin sekä suoraan että perheen hyvinvoinnin välityksellä.

Vanhempien merkitys nuorten arvojen muodostuksessa on tärkeä ja samalla vanhempien ja erityisesti suvun merkitys kasvattajina on muuttunut. Yhdysvalloissa keskinäinen luottamus ja vuorovaikutus näyttäisivät tutkimusten mukaan olevan vähenemässä perhepiirissä, ystävyys-suhteissa ja ihmisten vapaa-ajan viettämisessä. Ihmiset viettävät vapaa-aikaansa yhä enemmän yksin. Suomalaiset nuoret näyttävät puolestaan luottavan muihin ihmisiin, ja useimpien mielestä toiset ihmiset haluavat heidän parastaan. Tutkimustieto viittaa siihen, että nuorten arvoihin ei aikuistuessaa tullut merkittäviä muutoksia. Nuoret toivovat perheen kanssa yhdessä vietettyä aikaa. Tutkimusten mukaan nuoret, jotka pystyvät turvautumaan aikuisiin ongelmatilanteissa, saavat varmimmin apua vaikeuksiinsa.

## **2.5 Nuorten hyvinvoinnin sosiaalinen ulottuvuus**

- Sosiaalinen tuki on keskeinen nuoren hyvinvoinnin edellytys.
- Sosiaalinen ympäristö voi vahvistaa kasvussa sekä positiivisia että negatiivisia kierteitä.
- Sosiaalinen media on tärkeä osa tämän päivän nuorten toimintaympäristöä.
- Mahdollisuus vaikuttaa itseä koskeviin asioihin sekä harrastustoiminta tukevat nuorten hyvinvointia.

Kasvu-ympäristön tehtävänä on olla osallisena ja varmistaa ikään liittyvien kehityshaasteiden saavuttaminen. Ympäristötekijät vaikuttavat monella tasolla nuoren yksilökehitykseen ja ovat



vuorovaikutuksessa myös geeniperimän kanssa ja muokkaavat geenien ilmentymistä. On tärkeää muistaa, miten suuri mahdollisuus perheen, koulun ja muun sosiaalisen verkoston puitteissa on vahvistaa kasvussa sekä positiivisia että negatiivisia kierteitä. Lisäksi näyttää siltä, että yhteiskunnassamme vallitsee kilpailu- ja suorituskeskeinen kulttuuri, joka on siirtynyt aikuisten elämästä lasten ja nuorten elämään, mikä puolestaan on nuorten hyvinvoinnin kannalta riskitekijä. Nuorten vaikuttamismahdollisuuksien tukeminen ja heidän kuulemisensa heitä koskevissa asioissa tukee tutkimusten mukaan hyvinvointia.

Nuoret harrastavat aktiivisesti kulttuuria sekä liikuntaa. Vuosina 2005–2006 vain 2 % kaikista 3–18-vuotiaista oli kulttuurisesti passiivisia. Myös omaehtoinen taiteiden harrastaminen näyttää olevan aktiivista, pitkäjänteistä ja säännöllistä. Viikoittaiset kokonaisliikuntamäärät ovat suurimmillaan 8–11-vuotiailla. Viikoittainen kokonaisliikuntamäärä vähenee 12–15 vuoden ikäisillä, vaikka urheiluseurojen organisoiman harjoittelun määrä lisääntyy. Liikuntaa harrastamattomien nuorten osuus ei ole suurentunut.

Kansalaisaktiivisuus ja politiikka kiinnostavat vain vähän suomalaisnuoria. Erilaisten kyselytutkimusten perusteella on päätelty nuorison äänestysaktiivisuuden laskeneen vähintään samaa vauhtia kuin koko väestön. Nuorten poliittinen vaikutustoiminta on kuitenkin moninaista: eri nuorille sopivat erilaiset poliittisen vaikuttamisen muodot. Nuorten suosimia epätavanomaisia poliittisia vaikutuskeinoja ovat muun muassa kulutusboikotit ja erilaiset vetoamukset. Epätavanomainen toiminta on usein perinteisten vaikutuskanavien ulkopuolella tapahtuvaa toimintaa. Nuorisobarometrissa selviää, että ainakin suomalaisnuorten usko suomalaiseen demokratiaan sekä halu olla mukana politiikassa tulevaisuudessa ovat selvästi lisääntyneet.

### **2.5.1 Ikätoverit ja vapaa-aika**

Vapaa-ajan viettotavoilla on tärkeä merkitys nuorten hyvinvoinnille, sillä nuoret saavat vapaa-ajan harrastuksista ystävyysuhteita ja verkostoja, kehittävät omaa identiteettiään ja muodostavat seksuaali-identiteettiä. Harrastukset myös edistävät aikuistumista, ammatin oppimista sekä kehittävät omaa arvomaailmaa ja maailmankuvaa.

Nuoret kokevat vapaa-ajan tärkeämmäksi kuin vanhemmat ikäryhmät, ja sen tärkeys on myös kasvanut. Nuoret valitsevat vapaa-ajan aktiviteettinsa usein omien persoonallisten ominaisuuksiensa mukaan tai sosiaalisten suhteidensa kautta. Vapaa-aika saattaa myös syrjäyttää nuoria. Jotkut

harrastavat paljon ja saavat näin myöhempää elämäänsä varten sosiaalista ja kulttuurista sekä identiteettipääomaa, joka saattaa auttaa heitä selviytymään aikuistumisen haasteista passiivisia ikätovereitaan paremmin.

Nuorisotyö tarjoaa mahdollisuuden nuorille kehittää ja toteuttaa autonomiaa ja saada sekä aikuisten ja vertaisryhmän sosiaalista tukea. Nuorisotyön keinoin on mahdollista toimia nuorten lähtökohdista, joustavasti ja paikallisesti.

### **2.5.2 Internet ja sosiaalinen media**

Internet ja multimedia ovat tärkeä osa tämän päivän nuorten toimintaympäristöä. Ne luovat uusia luottamuksen muotoja ja yhteisöllisyyttä. Niiden merkitys nuorten maailmankuvan hahmottumisessa on kasvanut kodin, koulun ja muiden perinteisten kasvatusinstituutioiden rinnalla. Yhteiskunnan ja kulttuurin muutokset näkyvät myös vanhempien kasvatusarvoissa. Eräs hyvinvoinnin edellytys on, että osaa tulkita mediaa oikein.

Keskustelu, tieto ja toimintakykyisyys ovat nykyään vahvasti kytköksissä digitaaliseen mediaan ja viestimiin, ja osattomuus niistä voi kertoa myös yleisemmästä huono-osaisuudesta. Rikas ja tasapainoinen elämä sisältää myös ymmärryksen digitaalisen median sisällöistä ja taitoja niiden hallitsemiseen. Kun toinen ei ole kasvokkain läsnä, on viestintä estottomampaa: herkistä ongelmista kerrotaan rohkeammin, toisaalta hyökätään ja kiusataan estottomammin. Tasapainoisilla käyttäjillä mediamaailma on integroitunut osaksi muuta sosiaalista elämää ja on tavallaan yksi ”lisäikkuna” omiin ystäviin. Tasapainoista ja vahvaa minuutta ei voi rakentaa vain netissä, siihen tarvitaan läheisiä ihmisiä, tukea useilta elämänalueilta. On myös tutkimuksia, joiden mukaan suurin riski sosiaalisiin ongelmiin ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen on niillä lapsilla ja nuorilla, jotka eivät lainkaan pelaa tai käytä internetiä. Kohtuullinen osallistuminen digitaaliseen kulttuuriin olisi siis suojatekijä.

Tarvitaan toimenpiteitä jotka madaltavat digitaalista kuilua ja jotka tuovat myös vanhuutta ja viisautta virtuaalimaailmoihin. Lisäksi tarvitaan aikuisten mediakasvatusta ja tukea koko perheen yhteiseen rakentavaan osallistumiseen ja tekemiseen (netissä, ja sen ulkopuolella). Tutkimuksen mukaan tietokonepelaajan keski-ikä Suomessa on noin 36 vuotta, ja aktiivisia pelaajia suomalaisista on noin puolet (51 %) Karkeasti ”digitaalinen vedenjakaja” kulkee noin 40 ikävuoden tienoilla: sitä nuoremmat ovat syntyperäisiä ”digikansalaisia”, ja heillä on syvä osallisuus.

Paikkatieto ja ubiikkiteknologia ovat tuomassa netin yhä lähemmäksi paikallisia yhteisöjä: tulevaisuudessa koti, koulu ja oma kaupunginosa voivat olla läsnä ja kuulolla lastensa elämässä, jos niin vain halutaan.

## 2.6 Koulujärjestelmä

- Sukupuolierojen huomioiminen koulujärjestelmässä on tärkeää.
- Oppimisvaikeudet sekä neurologisen kehityksen erityisvaikeudet on tärkeä tunnistaa ja huomioida opetusta järjestettäessä.

Koulutus vaikuttaa nuorten tulevaisuuteen. Koulutuksella on merkitystä nuorten kansalaiseksi kasvamisessa ja aikuistumisessa. Nykynuoret siirtyvät koulusta aikaisempaa moninaisempaan, muuttuvaan maailmaan. Enää ei ole itsestään selvää, että siirrytään suoraan koulusta työhön, vaan vaihtoehtoja on oltava useampia. Myös töiden pätkittyminen luo nuorille oman episodimaisen elämäntyylin, ja osa nuorista näyttää elävän pitkittyneessä nykyisyydessä, jossa aikuistumiseen ei ole kiirettä.

Koulutuksen eriarvoistumisesta huolimatta suomalaiset nuoret ovat nykyään maailman parhaiten koulutettuja, jos mittareina ovat pärjääminen kansainvälisissä vertailuissa. Tasoerot suomalaisten koululaisten välillä ovat olleet kansainvälisesti verrattuna varsin pieniä.

Koulujärjestelmämme ei kuitenkaan ota riittävästi huomioon tyttöjen ja poikien kehityksellisiä biologisia ja psyykkisiä eroja. Pojat kehittyvät hitaammin, ja murrosiän kuohuntavaihe sijoittuu pojilla myöhempään vaiheeseen kuin tytöillä. Vastaavasti tytöt ovat varhemmin kypsiä optimaalisiin koulusuorituksiin. Lisäksi koulujärjestelmässä ei ole lainkaan otettu huomioon puberteetin aikaistumista. Sen merkitys on toisaalta se, että nuoret ovat peruskoulun päättyessä fyysisesti pidemmälle kehittyneitä ja esimerkiksi niiden osuus, joilla ei ole vielä kuukautisia, on erittäin pieni. Vastaavasti puberteetin alkamiseen liittyvä käytöksen muutos alkaa varhaisemmin, eikä siihen tietoisesti varauduta. Oppimisvaikeuksien ja neurologisen kehityksen erityisvaikeuksien huomioiminen opetuksessa on tärkeä nuorten kehitystä tukeva tekijä.

Koululuokka on perheen jälkeen tärkein kehitysympäristö. Koululuokka on koko ikäluokalle yhteinen asia, ja sen toimintaan ja toiminnan sisältöön voidaan vaikuttaa päätöksillä. Näiden päätösten tulisi pohjautua ensisijaisesti tutkimustietoon nuorten kehityksen edellytyksistä ja

tarpeista. Lisäksi koulua koskevien ratkaisujen taustalla oleva arvopohjan tulisi olla läpinäkyvä ja keskustelun kohteena. Tutkimusten mukaan oppimistulokset suomalaisissa kouluissa ovat erittäin korkealla tasolla, mutta kouluissa viihdytään huonosti.

Koulun taholta ryhmän koko ja pysyvyys ovat avainasemassa nuorten psykososiaalisen hyvinvoinnin ja kehityksen tukemisessa. Erityisesti nuoruusikäisillä pojilla itsetunto on suuresti riippuvainen ryhmästatuksesta. Jo päiväkotikässä on todettu, että ryhmäkoko korreloi itsenäisesti aggressiivisuuteen, levottomuuteen ja kiusaamiseen. Ryhmän pysyvyyden sekä minäkuvan, koulumotivaation ja koulumenestyksen välillä on tutkimuksissa todettu merkitsevä yhteys.

## **2.7 Nuoren tietämys hyvinvoinnin edellytyksistä**

- Nuoret tarvitsevat kehitysvaiheeseen sovitettua tietoa hyvinvoinnin edellytyksistä.

Jotta nuoret voisivat tehdä terveyttään edistäviä ratkaisuja, on välttämätöntä, että heille turvataan asiallinen ja riittävä tiedonsaanti ja tiedonhankintamahdollisuudet. Aikuisten pitää tarjota tietoa, neuvoa ja taitoja, ja vanhempien rooli on tässäkin merkityksellinen. Median ollessa täynnä tietoa on nuorien kuitenkin osattava poimia sieltä olennainen ja totuuden mukainen aines, mikä on huomioitava koulutuksessa. Asiallisen ja riittävän omaa kehittymistä koskevan tiedon saannin turvaaminen nuorille on välttämätöntä, jotta he voisivat tehdä terveyttään edistäviä ratkaisuja.

Tiedon saanti etenkin seksuaaliterveyttä koskevissa asioissa on haaste. Ilmeisesti seksuaalikasvatus ei tavoita poikia riittävän hyvin, sillä Väestöliiton vuoden 2000 seksuaaliterveystietokyselyn mukaan 8. luokkalaisilta pojilta puuttuu tyttöihin verrattuna tietoa seksistä, seksuaalisuudesta ja omasta kehityksestään. Tieto on lisäksi sovitettava eri nuorisoryhmille ja kehitysvaiheeseen sopivaksi. Järjestökentällä on erityiskysymyksiin erikoistuneita toimijoita, joilla on aloihinsa liittyvää yksityiskohtaista tietoa ja osaamista, joista tieto on nuorille helposti saatavilla.

## **2.8 Hyvin toimiva palveluverkko**

- Laadukas ja riittävästi resursoitu päivähoido, neuvolajärjestelmä, toimiva koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä koulujärjestelmä ovat nuorten hyvinvoinnin edellytys.
- toimiva ja monipuolinen nuorisopsykiatrinen palvelujärjestelmä

Hyvinvointiyhteiskunnan rakenteiden säilyttäminen ja kunnossa pitäminen on nuorten hyvinvoinnin perusedellytys. Päivähoidon, neuvolajärjestelmän, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä koulujen toiminta tulee säilyttää laadukkaana ja riittävästi resursoituna, jotta voidaan turvata nuorten hyvinvointi. Ongelmien korjaus ei saisi painottua liikaa aikaiseen ehkäisemiseen nähden. Palveluverkkoa tulisi vahvistaa hyvinvoinnin tukemiseen ja pahoinvoinnin ehkäisemiseen jo lapsuusvaiheessa. Palvelujärjestelmässä moniammatillinen yhteistyö on tärkeää.

Nuoruusikä on vaihe, jolloin oikealla hoidolla voidaan kääntää epäsuotuisa kehitys oikeaan suuntaan tai minimoida psyykkisen häiriön haitat aikuisuuden kannalta. Nopea ja asiantunteva puuttuminen nuoren ongelmiin on tärkeää nopean fyysisen ja psyykkisen muutoksen vuoksi. Ongelmana kuitenkin on, että ongelmien tunnistamisen jälkeen hoitoonohjausmallit ovat puutteellisia eikä näyttöön perustuvia interventioita ole perustasolla saatavilla.

Nuoret tarvitsevat henkilökohtaista neuvontaa, luotettavia ammattilaisia, jotka ovat helposti tavoitettavissa juuri silloin, kun nuorelle ilmenee kysymyksiä tai ongelmia. Nuoren kasvuympäristö ja riittävät, monitasoiset tuki- ja hoitopalvelut tukevat tervettä kehitystä. Palveluverkon pitää olla lähellä nuorta ja tuottaa palveluja, jotka sopivat nuorille ja heidän perheilleen. Palvelut tulee järjestää siten, että luodaan mahdollisuus piilevien tarpeiden ja kysynnän esille saamiseen. Jotta tähän haasteeseen voitaisiin asianmukaisesti vastata, olisi tärkeää kehittää uudenlaisia neuvontapalveluja kouluihin, terveydenhuoltoon ja järjestösektorille. Esimerkiksi nuorten lähiverkon (esim. koulu) seksuaalineuvontapalvelut netin kautta voisivat toimia luotettavana nuorten neuvontapalveluna.

### **3. Miten ehkäistä nuorten pahoinvointia?**

Pahoinvointia ehkäisevän ja terveyttä edistävän toiminnan tulee olla olennainen osa kaikkia lasten ja nuorten palveluita. Tarvitaan teoriaan tukeutuvaa panostusta ehkäisevään toimintaan, jossa otetaan huomioon varhaisten suuntakorjausten kauaskantoiset vaikutukset yksilön koko elämänkaareen. Lapsen kehityksen polut muotoutuvat ympäristön ja perimän vuorovaikutuksesta. Riskitutkimuksen perinne on vahva, ja ongelmien tunnistamiseen on panostettu. On myös tärkeää vahvistaa lapsen ja nuoren ympärillä olevia suojaavia tekijöitä sekä nuoren omaa kykyä käsitellä ongelmia ja toipua vastoinkäymisistä. Nuorten ongelmien ehkäisyssä on tuettava lasten

kehityspolkuja raskaudesta alkaen ja otettava huomioon lasten ja nuorten koko ekologinen ympäristö. Korjaavat toimenpiteet nuoruudessa ovat ehkäisyä seuraavaa sukupolvea ajatellen.

### 3.1 Mielen terveyden häiriöiden ehkäisy

- Lapsuusiän hyvinvointi ennustaa nuoruusiän terveyttä.
- Lapsuusiässä ongelmiin puuttuminen edistää nuoruusiän hyvinvointia.
- Nuoruusiässä interventioita tulee toteuttaa usealla tasolla.
- Vanhempien mielen terveyden häiriöiden ja päihdehäiriöiden hoito sekä perheväkivallan ehkäisy ovat osa nuorten mielen terveyden tukemista.
- Nuorten päihteiden käyttöä tulee ehkäistä ja päihdekokeilujen aloitusikää nostaa.
- Eriasteisten traumojen välittömien ja pitkäkestoisten terveysvaikutusten huomioiminen

Keskeinen kysymys on löytää riittävän ajoissa ne lapset, joiden kehitys voi vinoutua ja antaa heille tarvittavaa tukea. Kahdeksanvuotiaiden käytöshäiriöt yhdistyneenä masennus- tai ahdistuneisuushäiriöön ennustivat suomalaisessa tutkimuksessa suurempaa riskiä joutua psykiatriseen sairaalahoitoon 25 ikävuoteen mennessä. Tämä ryhmä tekee nuoruusiässä 16–20-vuotiaiden tekemistä rikoksista 26 %. Niistä lapsista, jotka olivat kahdeksanvuotiaana oireettomia, noin 5 % tarvitsi lääkehoitoa kahdenkymmenenviiden vuoden iässä. Vastaavasti niistä, joilla esiintyi sekä masennusta että ahdistuneisuutta 30 % tarvitsi lääkehoitoa. On vakuuttavaa tutkimusnäyttöä siitä, että lapsuuden psyykkiset ongelmat ennustavat myös keskeisiä terveydellisiä ongelmia nuoruudessa ja aikuisuudessa, kuten ylipainoa, tupakointia, alkoholinkäyttöä ja huonoa elämänhallintaa.

Tutkitusti vaikuttavien, nuorten mielen terveyden häiriöiden preventiomenetelmien käyttö on suositeltavaa. Järjestökenttä voi toimia julkisen palvelujärjestelmän strategisena yhteistyökumppanina innovaatioiden ja uusien palveluiden kehittäjänä ja käyttöönottajana. Preventiomenetelmiä voidaan toteuttaa sekä terveydenhuollon että koulun puitteissa. Vanhempien mielen terveyden häiriöiden hoito on tehokasta nuorten mielen terveyden häiriöiden ehkäisyä. Nuorten psyykkisten oireiden seulonta on perusteltua häiriöiden vakavuuden, niistä aiheutuvan kärsimyksen sekä kustannusten vuoksi. Seulontaa tulee seurata suunnitelma siitä, millaisia toimenpiteitä on tarjolla niille nuorille, joiden ongelmat tunnistetaan seulonnan avulla. Tutkimusten mukaan systemaattinen seulonta parantaa tunnistusta, mutta erityistä huomiota pitäisi kiinnittää interventioiden toteutumiseen tunnistamisen jälkeen. Nuorten mielen terveyden häiriöiden vakavien

komplikaatioiden (esim. itsemurhakuolleisuus) parasta ehkäisyä on mielenterveyden häiriöiden hyvä hoito.

Nuorten päihteidenkäyttöön liittyy nuorisokulttuurinen malli, jossa päihdekokeiluista haetaan yhdessä uusia kokemuksia. Syrjäytymisriskissä olevan nuoren keskeinen ongelma eivät ole päihteet vaan elämäntyyli, jossa päihteiden käyttö muodostaa vain yhden osan ongelmavyöhyttä. Muita ongelmia voivat olla ristiriidat perheessä ja epäsosiaalinen kaveripiiri. Päihteiden ongelmakäytöstä seuraa myös terveysongelmia, ja nuori on alttiimpi tapaturmille tai hyväksikäytölle.

Varhain aloitettu päihteidenkäyttö ennakoi myöhempiä päihdeongelmia. Nuorten päihdeongelmien vähentämiseen tähtäviä interventioita tulisi toteuttaa usealla tasolla:

1. Ennaltaehkäisevällä työllä pyritään vähentämään päihteidenkäytön aloittamista ja lykkäämään sen aloituskäynnin sekä puuttumaan muihin riskitekijöihin, jotka vaikuttavat käyttöön. Erityisesti vanhemmuustaitojen kehittäminen on tuloksellista nuorten päihdeongelmien ehkäisyssä.
2. Päihdekokeiluihin ja säännöllistyvään käyttöön puuttumisen tavoitteena on pysäyttää päihteidenkäytön jatkuminen tai eteneminen päihdehäiriöksi sekä vähentää päihteidenkäyttöön liittyviä haittoja.
3. Päihdehäiriöiden hoidossa tavoitteena on päihderiippuvuudesta tai ongelmakäytöstä toipuminen sekä käyttöön liittyvien ongelmien uusiutumisen ehkäisy. Eniten näyttöä on perheterapian ja muiden nuoren yhteisöjä huomioivien hoitomuotojen tuloksellisuudesta.

### **3.2 Koulu- ja oppilaitokset voivat ehkäistä nuorten ongelmia**

- Luokkakoko ja ryhmän pysyvyys ovat keskeisiä hyvinvoinnin elementtejä.
- Kouluterveydenhuolto tukee tätä toimintaa.
- Yhteisöllisen toimintakulttuurin ja monialaisen yhteistyön kehittäminen.
- Oppilaansa tuntevilla opettajilla on suuri merkitys nuorten psykososiaalisten ongelmien tunnistamisessa.
- Koulurakennusten ja -ympäristön kunnosta on huolehdittava.

Koulun mahdollisuudet tukea nuoren kehitystä ja ohjata nuorta paremmalle kehityspolulle ovat suuret. Opetushenkilökuntaan kohdistuneet säästöt sekä opetusryhmien suurentaminen vaikuttavat kielteisesti luokan ilmapiiriin ja lasten mielenterveyteen. Opettajien tuottama ja ylläpitämä

emotionaalinen turvallisuus on iso osa hyvää ilmapiiriä. Opettajille tulee taata mahdollisuus ohjata moniammatillista osaamista tarvitsevat oppilaat oppilashuoltoryhmän tuen piiriin. Myönteinen koulu- ja luokkailmapiiri on yhteydessä oppilaan hyvään suoriutumiseen ja hyvän itsetuntoon. Kielteinen ilmapiiri on yhteydessä stressiin ja psyykkisiin ongelmiin. Tärkeitä ovat turvallisuuteen liittyvät tekijät, kuten koulukiusaamisen ehkäisy ja siihen puuttuminen. Nuori kiinnittyy turvallisesti yhteisöönsä, kun hän kokee olevansa yhteisön pidetty jäsen, hän voi turvallisesti ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan ja kun ne otetaan vastaan arvokkaina ja merkityksellisinä. Nuori tarvitsee kokemuksia siitä, että hän voi turvautua yhteisönsä aikuisiin ja luottaa saavansa pulmatilanteissa apua.

Koulu voi edistää nuorten osallisuutta ja käyttää nuoria voimavarana yhteisöjensä kehittämisessä. Tukioppilaat ja muut nuoret voivat yhteistyössä koulun henkilökunnan (opettajien, terveydenhoitajan, koulukuraattorin ja koulupsykologin) kanssa luoda hyvinvointisuunnitelmia ja järjestelmiä, jotka lisäävät vuorovaikutusta koulussa. Uusi vuorovaikutusmuoto voi olla esimerkiksi koulukohtainen suljettu nettikeskustelufoorumi, jota muokkaa koulun oppilashuoltoryhmään kuuluva aikuinen.

Koulu voi tukea nuorten terveitä elintapoja ja hyviä terveystottumuksia. Terveystiedolla ja seksuaalitetouden lisäämisellä voidaan vaikuttaa nuorten käyttäytymiseen. Koululla on myös mahdollisuus toimia terveyttä edistävänä ympäristönä. Kodin ja koulun yhteistyö tukee nuorten terveyttä. Nuoret ja heidän vanhempansa on otettava mukaan opiskeluhuollon arviointiin ja kehittämiseen. Kouluhyvinvointia on seurattava, ja siitä on raportoitava säännöllisesti. Koulutusjärjestelmän ulkopuolelle jääville nuorille on nimettävä heitä ohjaava ja tukeva vastuutaho. Tavoitteena on myös oltava koulupudokkuuden ehkäisy, koska siihen johtavat tekijät voidaan tunnistaa jo esikouluvaiheessa.

Luokan koolla ja pysyvyydellä on vaikutus, joka säilyy, vaikka monet muut vaikuttavat tekijät on vakioitu. Luokan pysyvyys ja pieni koko (< 21 oppilasta) on yhteydessä oppilaiden koulumenestykseen sekä myöhempään opinnoissa menestykseen. Pysyvyys puolestaan vahvistaa erityisesti opiskelijan itsetuntoa. Hyvän luokkahengen rakentaminen näkyy vielä aikuisuudessa siten, että nuorena aikuisena havaitaan vähemmän käytösongelmia ja väkivaltaisuutta. Suuren luokkakoon vaikutus näkyy erojen kasvamisessa tyttöjen ja poikien välillä siten, että tytöt pärjäävät kouluarvosanoilla mitaten paremmin. Vaikutus näkyi sosiaalisessa pääomassa, minäkuvassa, itsetunnossa, koulumotivaatiossa ja syrjäytymisen riskissä.



Liian pieni tai iso koulu voi olla kielteinen lasten kehityksen kannalta. Erityisesti sosioekonomisiin riskiryhmiin kuuluvat lapset hyötyvät pienestä koulusta. Alakoulussa koulun ihannekooksi on arvioitu alle 300 oppilasta ja yläkouluksi alle 500 oppilasta. Myös koulurakennusten ja -ympäristön kunto on kehitettävä vastaamaan aikuisten työpaikkatasoa.

### 3.3 Nuoret mediayhteiskunnassa

- Median vaikutusta nuorten elämään ei ole riittävästi tutkittu.

Mediayhteiskunta tarkoittaa yhteiskuntamuotoa, jossa joukkotiedotusvälineet ja teknologiset käyttöliittymät dominoivat ihmisten arkea, yhteyksiä ja tiedonsaantia. Samalla se on muuttanut yhteisöllisyyden ilmenemismuotoja, ihmisten kohtaamismuotoja ja ihmisten ajankäyttöä. Esimerkiksi nuoren kohdalla runsas nettikulutus on yhteydessä lyhyeen yöuneen. Mediayhteiskunta tarjoaa myös loputtomia mahdollisuuksia tiedon jakamiseen ja manipulointiin.

Tutkijat eivät ole yksimielisiä päätelmissään median vaikutuksesta nuorten mielenterveyteen. Esimerkiksi media- tai peliväkivaltaa koskevat tutkimukset ovat parhaimmillaankin epätäydellisiä. Osa tutkijoista korostaa sitä, että pelitutkimuksessa ei ole vielä riittävästi käsitelty sitä, miten pelaajat ymmärtävät ja tulkitsevat pelaamistaan pelejä. Toiset tutkijat korostavat, että mikä tahansa, joka lisää yksilön pelokkuutta, ärtymystä tai impulsiivisuutta, lisää myös aggressiivisuutta ja mikä tahansa, joka vaurioittaa realiteettitajua, arviointikykyä, itsetuntoa, empatiakykyä ja itsehillintää, vähentää kynnystä aggressiiviseen tekoon. Lisäksi todetaan, että mediakasvatuksen osana tieto pornosta on tarpeen, sillä muun muassa nuorten nettineuvontapalveluihin tulevista kysymyksistä käy ilmi, että nuoret usein vertaavat oman kehon kehitystä pornosta saatuihin vaikutteisiin.

Mediaympäristö tarjoaa nuorille uusia mahdollisuuksia vuorovaikutukseen sekä lähes rajattomat mahdollisuudet tiedonsaantiin. Netissä nuori voi löytää uusia yhteisöjä, joihin liittyä, ylläpitää ystävyys-suhteita tai löytää uusia. Yhteysmahdollisuuksien moninkertaistuminen on myös lisännyt esimerkiksi seksuaalisen häirinnän kohteeksi joutumisen riskiä, ja myös netti- tai puhelinviestillä kiusaaminen on tutkimusten mukaan yleistä.

Tärkeimmäksi suojaavaksi tekijäksi nousee suomalaisessa väitöskirjatutkimuksessa vanhempien läsnäolo, rajaaminen ja valvonta. Ongelmien ehkäisyn kannalta kasvaa myös mediakasvatuksen,

medialukutaitojen ja itsesuojelutaitojen oppimisen tarvetta. Aikuisten on myös syytä lisätä läsnäoloaan netissä. Uusia nettiauttamisen muotoja onkin jo syntynyt.

#### **4. Mitä nuorten palveluja tulisi kehittää ja miten?**

- Terveyttä edistävä työ on tärkeä periaate kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla.
- Nuorten terveen kehityksen ja suojaavien tekijöiden tukeminen ehkäisee mielenterveyden ongelmien kehitystä. Nuorten mielenterveyden häiriöiden asianmukainen hoito on aina samalla myös ehkäisyä.
- Nuorten palvelujärjestelmä tulee nähdä kokonaisuutena nykyisistä rakenteista ja hallintokuntien rajoista välittämättä siten, että vastataan mahdollisimman hyvin ja joustavasti tarpeeseen. Opetuksen järjestäjän vastuulle kuuluvan opiskeluhoollon, perheiden tukemiseen keskittyvien sosiaalipalvelujen sekä nuorille tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen tulee muodostaa toimiva alueellisesti määritelty kokonaisuus.
- Palvelujärjestelmään kohdistuneita 1990-luvun taloudellisen laman aikana syntyneet vinoumat pitää korjata.
- Nuorille tulee olla saatavilla matalan kynnyksen paikkoja.
- Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto tarvitsevat tuekseen toimivan nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmän, jonne hoitoa tarvitsevat nuoret voidaan ohjata

##### **4.1 Menetelmät ja osaaminen**

- Kehittämisen keskeinen tavoite tulee olla palvelujärjestelmän pirstaleisuuden vähentäminen sekä laaja-alainen ammatillinen yhteistyö.
- Kuntien koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on järjestettävä kansanterveysasetuksen 28.05.2009/380 linjausten mukaiseksi.
- Kunnan perusterveydenhuollon organisaatiossa tulee olla virkavastuulla toimiva koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta vastaava lääkäri.
- Oppilas- ja opiskeluhuoltoryhmien moniammatillista toimintaa on suunnitelmallisesti kehitettävä kaikissa oppilaitoksissa.
- Hoitomenetelmien kehittämisessä ja kouluttamisessa sekä tiedon tuottamisessa ja jakamisessa tärkeä yhteistyökumppani on järjestöjen kohderyhmäkohtainen erityisosaaminen.

- Uusia alueellisia kehittämishankkeita perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirien rajapintaan tulee kannustaa (Taulukko 1).
- Perustason matalan kynnyksen yksiköiden työryhmille on saatava säännöllistä erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrista koulutuksellista konsultaatiotukea.
- Hoitopolut tulee suunnitella alueellisesti ja pyrkiä yhtenäistämään käytäntöjä eri puolilla maata.
- Kehitysympäristöjen kautta tapahtuvaa tukea on parannettava.
- Radikaalien koulukokeilujen tulisi läpikäydä kehityspsykologinen ja tutkimuseettinen arvio.
- Eri sektoreilla toimiville terveydenhuollon ja opetustoimen ammattilaisille pitää suunnitella ja kehittää yhteistä koulutusta ja varmistaa nuorten kehitykseen ja mielenterveyteen liittyvä asiantuntemus palvelujärjestelmän eri tahoilla ja kehitysympäristöissä. Myös lääkärikoulutukseen tulee sisältyä nuorisolääketieteen koulutusta, ja nuoria hoitaville erikoislääkäreille ja muulle hoitohenkilökunnalle tulee olla tarjolla soveltuvaa koulutusta (vrt Adolescent Health Project Curriculum, RCPCH 2007).
- Monikulttuurisuus sekä maahanmuuttajaperheiden nuorten erityistarpeet tulee huomioida palveluissa.
- Tutkimusnäytön perusteella vaikuttaviksi havaittuja menetelmiä pitää ottaa aktiivisesti käyttöön.
- Nuorten hyvinvointia edistäviä palveluita kehitettäessä on huomioitava nuorten toimintaympäristö. Internet-pohjaisten palveluiden tuottamisessa on huolehdittava, että nuorilla on aina mahdollisuus varmistaa tietojen oikeellisuus ja luotettavuus. Nettiauttamisen menetelmiä on kehitettävä muun muassa siten, että varmistetaan asianmukainen hoitoonohjaus.
- Seksuaaliterveyttä tulee edistää muun muassa turvataitokasvatuksen, ehkäisyneuvonnan ja kehitysvaiheeseen sovitettun seksuaalikasvatuksen sekä maksuttoman ehkäisyn avulla.

#### **4.2 Kohderyhmät**

- Erityishuomiota edellyttävät nuoret, joiden vanhemmilla on päihde- tai mielenterveysongelma, yksinhuoltajaperheissä elävät nuoret, koulupudokkaat sekä moniongelmaiset ja sijoitetut nuoret.
- Nuorten käytöshäiriöiden hoitoa pitää kehittää, ja häiriöille on luotava Käypä hoito -suositus.
- Nuorten päihdeongelmien hoitopolun kehittäminen on tärkeää.

- Nuorten mielialahäiriöiden hoitoa voidaan kehittää nykyisen Käypä hoito -suosituksen pohjalta.
- Somaattisia pitkäaikaissairauksia potevia nuoria hoitavilla tulisi olla riittävät valmiudet huomioida nuoruuden kehitysvaiheet ja perheen merkitys nuoren hoidossa sekä tunnistaa psykososiaalisen kehityksen poikkeamia.

#### **4.3 Suositukset yksityiskohtaisiksi kehittämiskohteiksi nuorten mielenterveyspalveluille**

Hyvät nuorten mielenterveyspalvelut ovat merkittävä ehkäisevän työn väline ja tärkeä osa tulevan aikuisuuden työkyvyn turvaamista. Toimiva opiskeluhoito on välttämätön perusta, jota pitää edelleen kehittää. Tämän konsensuskokouksen pääpaino on valmistelussa asetettu mielenterveydelle, joten paneeli päätyi tarkastelemaan mielenterveyspalveluja niissä esiintyvien ongelmien ratkaisemiseksi. Nuorten mielenterveyteen erikoistunut spesialiteetti ja palvelujärjestelmä (nuorisopsykiatrian poliklinikat ja osastot sairaanhoitopiireissä) antavat erinomaisen perusrakenteen nuoruusiän tärkeimpien terveysongelmien – mielenterveyden häiriöiden – tutkimukseen, kohtaamiseen ja hoitoon.

Hoitoketjujen suurimmat ongelmat liittyvät kysynnän ja voimavarojen epäsuhtaan sekä matalan kynnyksen hoitoon pääsyn järjestämisen vaikeuksiin. Avohoidon tulee olla ensisijaista, ja sairaalahoidon tarve tulee mitoittaa kohtaamaan se tarve, johon avohoidon keinot eivät riitä.

1. Peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistoimintaa tulee kehittää lasten ja nuorten kehitysympäristöissä.
2. Raja perheneuvontatoiminnan ja psyykkistä kehitystä tukevan terveydenhuollon välillä on purettava.
3. Toisen asteen ja korkean asteen oppilaitosten opiskelijaterveydenhuolto tulee järjestää kattavasti ja yhdenmukaisesti
4. Nuorisopsykiatrisille palveluille tulee laatia ja ottaa käyttöön laatujärjestelmä. Soveltuvia laatuindikaattoreja ovat muun muassa palvelujen saatavuus, niiden laajuus suhteessa kohdeväestöön sekä henkilöstön väestöön suhteutettu määrä sekä osaamisalueet. Lisäksi tarvitaan rekisteritietoja nuorisopsykiatristen palvelujen käytöstä sekä siitä, kuinka monta nuorta luvut koskevat.
5. Psykososiaaliset hoitomuodot (esim. erilaiset psykoterapiat, kuntoutus, psykososiaaliset tukitoimet) ovat nuorten mielenterveyskysymysten hoidossa ensisijaisia.

6. Psykoterapeuttisia valmiuksia ja psykoterapian hoitoketjuja tulee kehittää, ja kaikissa nuorisopsykiatrian yksiköissä tulee olla riittävät valmiudet ja osaaminen nuorten psykoterapiapalvelujen tarjoamiseen. Psykoterapia on keskeinen nuorten kuntoutusmuoto, jonka saatavuuden tulee vastata tarvetta.
7. Nuorten psyykenlääkityksen aloittaminen vaatii aina erityistä harkintaa ja huolellista arviointia. Tämän vuoksi lääkityksen aloittaminen edellyttää erikoislääkärin tai muun nuorten psyykenlääkehoitoon perehtyneen lääkärin tutkimusta.
8. Nuorten psykiatrisen kuntoutuksen kehittäminen tulee asettaa prioriteettiasemaan
9. Yhtenäiset hoitoon pääsyn ikäraajat nuorisopsykiatrian avopalveluille tulee ottaa käyttöön koko maassa yhdenvertaisuuden turvaamiseksi ja hoitotakuun yhtäläiseksi toteutumiseksi. Suositus kohdeikäryhmien ikärajoiksi on 13–22 vuotta (hoidon jatkuessa tarvittaessa 25 vuotta). Suositus merkitsee kohdeväestön kasvua lähes kolmanneksella. Tällä hetkellä ikäraajat vaihtelevat suuresti eri alueilla ja nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuus on eriarvoista alueellisesti. Tämä tavoite valitettavasti edellyttää voimavarojen lisäämistä tai siirtoja muilta sektoreilta.
10. Nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun toimijoiden yhteistyötä tulee kehittää järjestämällä yhteisiä koulutustilaisuuksia ja neuvotteluja sekä kehittämällä voimakkaasti erikoistuneiden mielenterveyspalvelujen tarjontaa sijaishuollossa oleville nuorille.
11. Yksityisille sijaishuollon laitoksille tulee luoda ja ottaa käyttöön laatu- ja hoidon seurantajärjestelmä. Yksityisiin sijaishuollon laitoksiin sijoitetuille nuorille tarjottavia mielenterveyspalveluja tulee kehittää parantamalla palvelujen saatavuutta ja yhteistyötä sosiaalitoimen sektorilla toimivien laitosten ja terveydenhuollonpalvelujen kesken.
12. Jatkohoito erikoissairaanhoidon palvelujen jälkeen on kehittämätöntä, ja siihen tulisi panostaa.
13. Palvelujen kehittämisen tulee toteutua pitkäjänteisesti palvelujen tuottajien vastuulla. Lyhytkestoisten projektien hyöty tulee arvioida uudelleen.
14. Nuorten mielenterveyspalvelujen hoitoketjut toimivat useiden eri omistajien vastuulla. Palveluja voidaan tuottaa myös yhteistyössä usean sektorin kesken. On erittäin tärkeää, että määritellään selkeästi eri prosessien omistajuus siten, että palvelujen ohjaamiseen turvataan riittävä asiantuntemus ja osaaminen.
15. Työnohjauksen saatavuus on turvattava nuorten parissa mielenterveystyötä tekeville henkilöille.

#### **4.4 Hoitopolut**

Hoitopolut ovat jatkumia preventiosta kuntoutukseen. Hoitopolut tulee kuvata paikallisesti tai alueellisesti, ja niiden tulee olla julkisia ja verkossa nähtävillä. Palvelujärjestelmän jatkuvuus ikäkaudesta toiseen on turvattava.

Hoitopolkuja voi tukea kolmas sektori, mutta se ei voi olla hoitovastuussa. Järjestöt tarjoavat nuorille matalan kynnyksen palveluita, jotka usein ovat ilmaisia, joihin voi tulla anonyymisti ja joihin ei välttämättä ole pitkiä odotusaikoja.

Perustason nuorisopsykiatrisia palveluja tuottaa kolme pääasiallista tuottajatahoa: terveyskeskus, koulutoimi ja sosiaalitoimi. Työnjakoa terveyskeskuksen, koulun, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon kesken ei nuorisopsykiatriassa ole kovinkaan tarkasti määritelty.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto tavoittavat oppilaitoksissaan yleensä koko ikäluokan. Työn rungon yläkouluissa ja toisen asteen oppilaitoksissa muodostaa laaja terveystarkastus, johon osallistuvat sekä terveydenhoitaja että lääkäri. Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy terveystarkastusten ja -neuvonnan lisäksi mahdollisten mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus. Kouluterveydenhuollossa kunnan on järjestettävä oppilaan tarpeen mukaisesti psykiatrin ja psykologin tekemät tutkimukset. Perustason tärkeänä avaintehtävänä on vastata potilaiden ensikontaktista ja seulonnasta sekä turvata matalan kynnyksen saatavuus hoitoon. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat sekä oppilaitosten kuraattorit ovat usein ensimmäiset työntekijät, jotka arvioivat nuoren tilannetta. Osa nuorista hakeutuu terveyskeskukseen lääkärin vastaanotolle päivystykseen, varsinkin ongelmien kriisiytyessä akuutisti. Monin paikoin myös yksityissektori tarjoaa lääkärin ja muiden mielenterveysasiantuntijoiden palveluita.

Nuorisopsykiatrisen avohoidon avaintehtävä on diagnosoida hoitoon ohjatut potilaat ja vastata nuorten vaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidoista, jotka usein ovat pitkiä.

Perusterveydenhuollon nuorisopsykiatristen valmiuksien kehittäminen terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien yhteistyönä onkin lähitulevaisuuden tärkein haaste. On tärkeää, että nuorten mielenterveyspalveluissa toteutuu järkevä hoidon porrastus. Raja perheneuvontatoiminnan ja psyykkistä kehitystä tukevan terveydenhuollon välillä on purettava.

Vanhempien mielenterveyden häiriöiden ja päihdehäiriöiden hyvä hoito sisältää myös perheen nuorten tilanteen arvion ja tarvittaessa heidän hoitonsa suunnittelun ja toteutuksen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Nuoren tilanteen arvioon tulee liittyä myös vanhempien mielenterveyden ja päihdehäiriöiden arvio ja tarvittaessa hoitoon ohjaus.

Palvelujärjestelmästä puuttuu käytöshäiriöiden hoitomalli. Varhaisen tuen malleja tulee lapsuus- ja nuoruusiässä ottaa aktiivisesti käyttöön. Nuoruusiän käytöshäiriön hoito tulee tapahtua moniammatillisena yhteistyönä, joka sisältää useita vaihtoehtoisia interventioita, jotka toimivat verkostotasolla. Lasten ja nuorten toistuvia sijoituksia sekä sijoittamista laitoksiin pitää vähentää.

#### **4.5 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen**

Kun nuorta hoidetaan, on vanhemmuuden tukeminen tärkeää. Joskus tämä tarkoittaa vanhempien ohjaamista avun piiriin. Nuorilla perheeseen suunnatut interventiot eivät useinkaan yksin riitä, vaan tarvitaan useamman intervention valikoimaa. Tutkimusnäytön perusteella tehokkaiksi havaittuja menetelmiä tulee lisätä. Nuoren tilanteen arviointiin tulee rakentaa moniammatillisia ja pysyviä arviointitiimejä sekä turvata riittävät konsultaatiomahdollisuudet esimerkiksi perustason ja erikoissairaanhoidon välillä.

Hoitoennusteen kannalta hyvä hoitosuhde on keskeinen. Palvelut tulisi järjestää niin, että yksi henkilö selkeästi vastaa viime kädessä hoidosta ja sitoutuu nuoren ja hänen perheensä tukemiseen ja tukitoimenpiteiden organisoimiseen tarkoituksenmukaisesti.

Nuorten mielenterveysongelmat ovat usein laaja-alaisia ja monimuotoisia, minkä seurauksena nuorella voi olla hoitokontakti tai ainakin tarve hoitokontaktiin samanaikaisesti monien sektoreiden eri palveluihin. Ongelmaksi tällöin muodostuu herkästi se, että hoidon kokonaistilanteen organisointi ja hoito- ja päätäntävastuun jakautuminen eri toimijoiden kesken jää epäselväksi. Hoitojärjestelmän hajanaisuus ja porrasteisuus ovat ongelmia. Hoidon pirstaloitumisen estämiseksi on kehitettävä moniammatillista, eri sektoreiden edustajista koostuvaa yhteistyötä ja sen toimintatapoja.

Oleellista on, että hoitovastuu ja hoidon tavoitteet ovat selkeästi jaettu kaikkien osapuolten (eri kentiltä tulevien työntekijöiden, nuoren ja hänen vanhempiansa, koulun) kesken; kaikki osapuolet työskentelevät samanaikaisesti ja määrätietoisesti samaa, yhdessä neuvoteltua ja sovittua tavoitetta

kohden. Prosessin omistajuus ja hallinta (case management) on selkeästi nimetty yhdelle vastuutaholle (esim. nuorisopsykiatria, lastensuojelu, opiskeluterveydenhuolto), vaikka hoito toteutuu eri sektoreiden yhteistyönä. Hoidon toteutumisen ja toivottujen hoitotulosten saavuttamisen edellytys on, että hoitoprosessia ja hoidon etenemistä seurataan ja arvioidaan systeemaattisesti koko hoitoprosessin ajan.

Kaikkein monimuotoisempien ja vaikeasti hoidettavimpien ongelmien, kuten päihde- ja käytöshäiriöiden kohdalla on syytä ottaa käyttöön valmiita, tutkimuksilla vaikuttaviksi todettuja ja muissa Euroopan maissa tuloksellisesti käytössä olevia hoito-ohjelmia. Tällaisia hoitomalleja ovat esimerkiksi multidimensionaalinen perheterapia (MDFT) tai multisysteeminen terapia (MST), jotka toteutuvat samanaikaisesti, intensiivisesti ja fokusoidusti nuoren elämän kaikilla eri osa-alueilla (kotona, koulussa, vapaa-ajan viettoapaikoilla, jo olemassa olevissa viranomaiskontakteissa). Hoidon toteutumisen edellytys on, että nuorella on ainakin yksi sellainen aikuiskontakti (vanhempi tai muu merkityksellinen aikuinen), joka pystyy sitoutumaan hoitoon ja jolla on mahdollisuus uuden suhteen luomiseen nuoreen. Mallit sisältävät elementtejä monista tuloksellisiksi todetuista interventioista (perheterapia, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, motivoiva haastattelu), ja niihin sisältyy jatkuva laadunarviointi. Pitkällä tähtäimellä nämä ovat myös kustannustehokkaita.

## **5. Mitä ja miten tulisi tutkia?**

Mitä?

- Nuorten mielenterveyden häiriöiden etiologiasta ja häiriöiden syntymekanismeista tarvitaan lisää tutkimustietoa.
- Traumojen välittömistä ja pitkäaikaisista vaikutuksista sekä hoitomahdollisuuksista nuorilla tarvitaan lisää tietoa.
- Ylisukupolvisuuden tutkiminen on tärkeää muun muassa preventiomenetelmien kehittämisen kannalta.
- Interventioiden vaikuttavuustutkimuksia tarvitaan (psykososiaaliset interventiot, lääkehoito, preventiomenetelmät).
- Sukupuolierojen huomioiminen tutkimuksessa on tärkeää.
- Hyvinvointitutkimus ja hyvinvoinnin mittareiden kehittäminen.
- Terveystaloudellinen tutkimus.
- Terveyserot ja syrjäytyminen nuoruusiässä (erityisesti koulutuksen merkitys).



- Mielenterveyden häiriöiden ja työkyvyn välisen yhteyden tutkimus.
- Palvelujärjestelmän ja -tapahtuman sekä käyttäjäkokemusten laadullinen tutkimus.
- Case-analyysijä ja prosessin kattavaa määrällistä ja laadullista tutkimusta.
- Millä tavalla koulutukseen kohdistuneet säästöt ovat vaikuttaneet nuoriin?
- Miten sosiaalisessa mediassa voidaan toimia yhteisöllisesti ja miten vuorovaikutus sosiaalisessa mediassa tukee nuoruusiän kehitystehtäviä?

Miten?

- Tarvitaan laaja-alaista ja monitieteistä tutkimusta sekä tutkimusta koordinoivia rakenteita.
- Pitkittäistutkimuksia tulee suosia poikkileikkaustutkimusten sijaan.
- Poikkileikkaustutkimusta täsmennetään tapaustutkimuksilla.
- Biologisten ja psykososiaalisten näkökohtien yhdistäminen tutkimuksessa.
- Lastensuojelun rekisteritietojen kehittäminen on välttämätöntä tutkimuksen tueksi.

Taulukko 1.

Kuvaus Porin matalan kynnyksen vastaanottoryhmästä, joka on Suomen vanhin matalan kynnyksen palvelus, josta on nyt jo kymmenen vuoden kokemus. Tämän palvelun toteutumisen aikana nuorten psykiatristen palvelujen saatavuus on kaksinkertaistunut: vuonna 1999 nuorisopsykiatrisia palveluja käytti 3 % kohdeväestöstä ja vuonna 2009 6 %. Nuorten vastaanoton ideana oli luoda uusi palvelurakenne perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon rajapintaan. Sen tehtäväksi tuli suorittaa nuorisopsykiatrisen hoidon tarpeen arvio sekä antaa kriisihoitoa ja selvittää soveltuva jatkohoitopaikka tarpeen mukaan. Nuorten vastaanotto on matalan kynnyksen palvelu, joka mahdollistaa varhaisen puuttumisen ja nopean intervention. Nuorten vastaanottoon voi varata ajan nuori itse, hänen läheisensä tai esimerkiksi kouluterveydenhoitaja tai sosiaalityöntekijä. Vastaanottoajan saa yhdellä puhelinsoitolla. Nuorten vastaanotto ei toteuta pitkiä hoitoja.

Nuorten vastaanoton kymmenvuotisen historian aikana poikien ja tyttöjen suhteellinen osuus on ollut koko ajan samaa suuruusluokkaa. Varhaisnuoruusikäisten (13–15 v) osuus on ollut noin 25 %, keskinuoruusikäisten (16–18 v) 40 % ja myöhäisnuoruusikäisten (19–22 v) 35 %. Alkuvuosina terveyskeskuksen osuus hoitoon ohjaajana korostui, viime vuosina koulun työntekijöiden osuus hoitoon ohjaajina on kasvanut. Samaan aikaan koulukuraattorien ja -psykologien määrää kouluilla on lisätty ja heidän avullaan apua tarvitsevia nuoria on tunnistettu aiempaa enemmän. He ovat aktiivisia hoitoon ohjaajia. Yhteydenottajatahoina nuoret itse ja heidän

vanhempansa on koko toiminta-ajan ollut noin 50 %. Hoidon piirissä olevien nuorten määrä on kymmenessä vuodessa kaksinkertaistunut.

Nuorten vastaanotto on ollut vastaus matalan kynnyksen hoidon tarpeeseen. Selkeä työnjako nuorten vastaanoton ja nuorisopsykiatrian poliklinikan välillä on auttanut siihen, ettei ole tullut kahta rinnakkaista hoitosysteemiä. Nuorisopsykiatrian poliklinikassa toteutetaan pitkäkestoista hoitoa, siellä on psykoterapeuttista osaamista ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäreitä. Nykyinen käytäntö on auttanut erikoissairaanhoidon jonojen hallinnassa. Viime vuonna hoitoon pääsyn mediaani lähetteen tulosta ensimmäiseen vastaanottoaikaan oli 20 vuorokautta.

Molempia tarvitaan, on oltava paikka, missä osataan seuloa ja tutkia sekä antaa lyhyitä interventioita. Mutta koska useat nuoret ovat pitkäkestoisemman psykoterapeuttisen hoidon tarpeessa, se vaatii omat erikoisosaajansa.