

### 3.4 Nuorison tilanne – miksi nuoret syrjäytyvät vai syrjäytyvätkö?

Mauri Marttunen, Henna Haravuori

#### Johdanto

Syrjäytymisen määritelmä on monimuotoinen ja sillä tarkoitetaan taloudellisten resurssien puutteen, yhteiskunnasta eristymisen/eristämisen sekä sosiaali- ja kansalaisoikeuksien rajallisuuden yhdistelmää. Siihen liittyy erilaisina yhdistelminä esimerkiksi koulutuksen ongelmat, huono osaamistaso, epävakaa työura, pienituloisuus, huonot asuinolot, heikko terveys ja perheen hajoaminen (Morgan ym. 2007). Syrjäytyminen ymmärretään prosessina, joka tuottaa yhteiskunnallista huono-osaisuutta.

Osallisuus on sosiaalisen syrjäytymisen vastakohta. Osallisuudella tarkoitetaan yhteisöön liittymistä, kuulumista ja siihen vaikuttamista sekä kokemuksen myötä syntyvää sitoutumista. Osallisuus tuottaa terveyttä ja hyvinvointia.

Nuorten ja nuorten aikuisten kohdalla tarkastellaan usein koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäämistä sekä toimeentulo-ongelmia merkittävinä syrjäytymisen riskitekijöinä. Lisäksi syrjäytymisen riskitekijät liittyvät monesti jo lapsuuden perheen tilanteeseen, vanhempien työttömyyteen, perheen toimeentulon niukkuuteen ja vanhempien terveysongelmiin. Toisin sanoen syrjäytyminen ja sen riskitekijät voivat välittyä ylisukupolisesti.

Kaikki koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäävät nuoret ja nuoret aikuiset eivät ole syrjäytyneitä. Esimerkiksi vanhempainvapaalla olevat, varusmiespalvelusta suorittavat tai vapaaehtoistyötä tekevät sekä opiskelupaikan hakuun valmistautuvat eivät sinällään ole ulkopuolisia. Kuitenkin työmarkkinoilla on tapahtunut merkittävä muutos, jonka vuoksi uusien sukupolvien on ollut vaikeampaa sijoittua työelämään. Eri-tyisesti heikosti koulutetun työvoiman kysyntä on romahtanut ja ne yksilöt, jotka eivät pysty vastaamaan nykyisen työelämän tehokkuusvaatimuksiin, ovat vaarassa jäädä työmarkkinoiden ulkopuolelle.

Muita merkittäviä tarkasteltavia osa-alueita ovat esimerkiksi elämänhallintaan liittyvät ja terveydelliset ongelmat sekä sosiaalisten suhteiden vähyys, ystävien puute. Erilaisten tekijöiden linkittymisen ja kasautumisen tutkiminen on tärkeää syrjäytymisen prosessin ymmärtämiseksi.

Syrjäytyneiden nuorten määrän arviointi on hankalaa muun muassa erilaisten määritelmien vuoksi. EVA:n vuonna 2012 julkaiseman raportin mukaan arvioitiin, että Suomessa on noin 51 300 syrjäytynyttä, joka koostuu 15–29-vuotiaista vain perusasteen koulutuksen suorittaneista työttömistä työnhakijoista (18 800) sekä työvoiman ja koulutuksen ulkopuolisista nuorista (32 500) vuonna 2010 (Myrskylä 2012).

Suomalaisessa keskustelussa on korostunut koulutuksen, työllisyyden ja niihin liittyvien politiikkatoimien merkitys nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä. Valtioneuvoston kanslian selvitys arvioi politiikkatoimien vaikuttavuutta lasten ja nuorten syrjäytymisen ja hyvinvointierojen vähentämisessä. Selvityksen mukaan syrjäytymistä ehkäisevien toimenpiteiden ja palveluiden vaikuttavuudesta on niukasti tutkimus- ja arviointitietoa. Toisaalta keskustelua on käyty mielenterveysperusteisesti työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden nuorten suuresta määrästä. Nämä eri näkökulmat koulutukseen ja työllisyyteen sekä mielenterveyteen ovat kohdanneet melko pinnallisella tasolla ja eri näkökulmat laaja-alaisesti huomioivat toimenpiteet olleet vähäisiä. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt kuitenkin lisäävät merkittävästi nuorten syrjäytymisriskiä. Poliittikatoimet eivät ota huomioon sitä, että nuorten koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäämisen syynä ovat usein mielenterveysongelmat (Marttunen ym. 2014).

#### Yleiskuva nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöistä

Seuraavassa tarkastellaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyttä nuorilla, häiriöiden yleisiä riskitekijöitä, erityisesti traumaattisia kokemuksia riskitekijöinä, oireilun ja mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden trendejä, nuorten itsemurhia ja itsemurhayrityksiä sekä mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä nuorilla aikuisilla.

*Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyys nuorilla*

Nuoruusikä on elämänsäkaressa lapsuudesta aikuisuuteen siirtymisen vaihe, joka alkaa fyysisestä murrosiästä (puberteetista) ja päättyy vähitellen nuoreen aikuisuuteen. Nuoruusikä ajoitetaan yleensä ikävuosiin 13–22. Nuoruuskehityksen keskeinen päämäärä on autonomian saavuttaminen. Keskushermoston kannalta tärkeät kehitykselliset herkkyyskaudet ovat vauvaikä ja varhaislapsuus sekä varhaisnuoruusikä. Herkkyyskausien aikana aivot ovat erityisen alttiita ympäristötekijöiden, esimerkiksi päihteiden, vaikutuksille.

Jokin mielenterveyden häiriö on 20–25 prosentilla nuorista. Tavallisimpia häiriöitä nuoruusiässä 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, kun taas keskinuoruusiästä lähtien varhaisaikuisuuteen asti ahdistuneisuus-, mieliala- ja päihdehäiriöt ovat tavallisimpia (taulukko 1). Psykoosisairaudet puhkeavat keskimäärin myöhäisestä nuoruudesta nuoreen aikuisuuteen mennessä. Lapsuudessa mielenterveyden häiriöt ovat hiukan yleisempiä pojilla, mutta nuoruudessa mielenterveyden häiriöt ovat tytöillä yleisempiä. Tätä selittää tytöillä voimakkaasti lisääntyvät ahdistus- ja masennustilat. Mielenterveyden häiriöt ovat alemmissa sosiaaliryhmissä yleisempiä kuin ylemmissä ja niitä on kaupunkilaisnuorilla maaseudulla asuvia nuoriin nähden enemmän. Edelleen terveystietoisuudessa, hyvinvoinnissa ja mielenterveysoireissa sekä päihteiden käytössä on merkittävät erot koulutustaustan mukaan lukiossa opiskelevien hyväksi ammattikoululaisiin nähden.

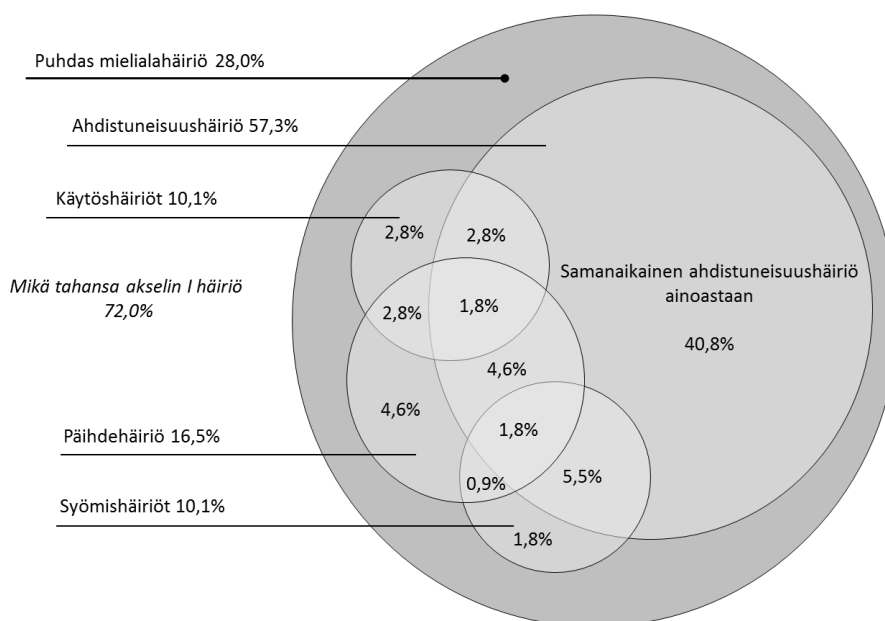
**Taulukko 1. Eri mielenterveyden häiriöiden arvioitu esiintyvyys nuorilla vuositasolla**

	esiintyvyys	sukupuolipainotus	heritabiliteetti*
Jokin mielenterveyden häiriö	20–25 %	N>M	
Mielialahäiriöt	10–15 %	N>M	
Vakava masennustila	5–8 %	N>M	35–45 %
Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt	< 1 %	N=M	85 %
Ahdistuneisuushäiriöt	5–15 %	N>M	
Paniikkihäiriö	< 1 %	N>M	30–45 %
Sosiaalisten tilanteiden pelko	3 %	N>M	25 %
Pakko-oireinen häiriö	1–2 %	N=M	45 %
Sopeutumishäiriöt	5 %	N=M	
Päihdehäiriö	5–10 %	N<M	50– % (alkoholiriippuvuus)
Käytöshäiriö	5–10 %	N<M	40–70 %
Tarkkaavuushäiriöt	3–6 %	N<M	60–90 %
Laihuushäiriö	<1 %	N>M	60–75 %
Ahmimishäiriö	2–5 %	N>M	55 %
Psykoosit	1–2 %	N<M	80– % (skitsofrenia)
Autismi	<0.1 %	N<M	90– %

\*Heritabiliteetti tarkoittaa sitä, kuinka suuren osuuden perinnölliset tekijät selittävät sairastavuudesta väestössä.

Keskimäärin puolet elämänaikaisista mielenterveyden häiriöistä puhkeaa keskinuoruuteen mennessä ja kolme neljästä ennen 25 vuoden ikää (Coughlan ym. 2013). Vaikeita häiriöitä edeltävät usein lievemmat häiriöt, joita on kuitenkin vain harvoin hoidettu (Kessler ym. 2007). Yleensä häiriön jatkuvuus aikuisikään on sitä todennäköisempää, mitä vakavamman häiriöstä on kysymys. Häiriöt eivät välttämättä siirry suoraviivaisesti ikävaiheesta toiseen vaan voivat muuntua ja diagnoosit voivat vaihtua.

Niillä nuorilla, joilla on todettavissa mielenterveyden häiriö, noin 40 prosentilla on todettavissa myös jokin muu mielenterveyden häiriö (kuva 1). Samanaikaissairastavuudella on huomattava merkitys, se on yhteydessä vaikeampaan oirekuvaan, suurempaan toiminnalliseen haittaan sekä häiriön pidempään keston.



**Kuva 1. Masennuksen kanssa ilmenevä samanaikaissairastavuus masennuksen vuoksi hoidossa olevilla nuorilla (N=218) (Karlsson ym. 2006).**

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat pääosan (60–70 %) nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitasta (Whiteford ym. 2013). Toisin kuin somaattisissa (ruumiillisissa) sairauksissa, mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys kohdistuu nuoriin ikäluokkiin (Raitasalo ja Maaniemi 2011).

#### *Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yleiset riskitekijät*

Riskitekijät nuorten mielenterveyden häiriöille ovat pitkälti samoja kuin lapsilla. Suurimman uhkan nuorten hyvinvoinnille muodostavat katkokset hoivasuhteissa, perheväkivalta, vanhempien mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat sekä perheiden köyhyys. Mielenterveysongelmat ovat osa ylisukupolisesti siirtyvää huono-osaisuutta (Solantausta ja Paavonen 2009). Erityistä huomiota pitäisi kiinnittää yhden vanhemman perheiden tukemiseen. Vanhemman työttömyys on riskitekijä myös nuoren työttömyydelle. Sosiaaliseen ympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat muun muassa kiusaaminen ja päihdekokeiluille altistava ystäväpiiri sekä esimerkiksi painonhallintaa vaativa kilpaurheilu. Nuoren kannalta syrjäytymiselle riskialttiimpia tilanteita ovat nivelvaiheet, joissa siirrytään esimerkiksi perusopetuksesta jatko-opintoihin, opinnoista työelämään, päätetään varusmies- tai siviilipalvelus tai kun tarjottu tukitoimi keskeytyy tai päättyy.

Perinnöllisillä tekijöillä on mielenterveyden häiriöistä suurin selitysosuus autismin kirjon häiriöiden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian sairastavuuksissa (>80 %). Seuraavaksi suurin selitysosuus perinnöllisillä tekijöillä on anoreksiassa, alkoholiriippuvuudessa, muissa päihdehäiriöissä ja paniikkihäiriöissä. Vähiten perinnölliset tekijät selittävät masennuksen ja yleistyneen ahdistuneisuuden sairastavuutta, näissä ”kansantaudeissa” painottuu ympäristötekijöiden merkitys.

### Traumaattiset kokemukset riskitekijöinä

Erilaiset psyykkisesti traumaattiset kokemukset ovat lähes kaikkien mielenterveyden häiriöiden yleinen riskitekijä. Vakava traumakokemus muodostaa riskin erityisesti traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) mutta myös muiden ahdistusoireiden ja mielialahäiriöiden synnylle tai aktivoitumiselle.

Nuorille tyypillisiä traumaattisia kokemuksia ovat erilaiset onnettomuudet (erityisesti liikenneonnettomuudet), läheisen itsemurha sekä fyysinen ja seksuaalinen väkivalta. Vaarojen ja traumojen ajoittumisen nuoruuteen oletetaan liittyvän ikäkaudelle luonteenomaiseen kokeilunhaluun ja riskinottoon. Miehet ja pojat altistuvat useammin fyysiselle väkivallalle ja naiset ja tytöt seksuaaliselle väkivallalle. Kouluterveys-tutkimuksen mukaan viisi prosenttia tytöistä ja 13 prosenttia pojista kokee vuosittain fyysistä väkivaltaa (taulukko 2). Väestöliiton tutkimuksessa vuonna 2006 kehon intiimialueiden koskettelun vasten tahtaan ilmoitti kokeneensa kuusi prosenttia pojista ja yhdeksän prosenttia tytöistä. Yhdyntään tai muuhun seksiin pakotettuja oli noin neljä prosenttia pojista ja noin kaksi prosenttia tytöistä (Kontula ja Meriläinen 2007).

**Taulukko 2. Altistuminen erilaisille potentiaalisesti traumaattisille kokemuksille yläasteikäisten ja toisen asteen opiskelijoiden keskuudessa. Lähde: THL, Kouluterveyskysely 2013.**

Kokenut fyysistä uhkaa vuoden aikana	%
Peruskoululaiset	19
Lukiolaiset	13
Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat	23
<b>Kokenut seksuaalista väkivaltaa joskus tai toistuvasti</b>	
Peruskoululaiset	14
Lukiolaiset	14
Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat	22
<b>Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa</b>	
Peruskoululaiset	7
Lukiolaiset	1
Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat	4
<b>Väkivalatilanteet haittaavat opiskelua</b>	
Peruskoululaiset	15
Lukiolaiset	7
Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat	8

Vaikka aikuisikään mennessä potentiaalisesti traumaattisen tapahtuman kokee jopa kaksi kolmasosaa nuorista, PTSD näyttäisi kehittyvän alle prosentille nuoruusikäisistä väestöseurannoista. Vaikean traumaattisen tapahtuman kokeneiden lasten ja nuorten tutkimuksissa PTSD:n esiintymisluvut vaihtelevat 30–40 prosentin välillä. Tytöt oireilevat enemmän kuin pojat.

### Oireilun ja mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden trendit

Nuorten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden oletetaan lisääntyneen kahden viime vuosikymmenen aikana. Tutkimustieto häiriöiden mahdollisesta lisääntymisestä on puutteellista ja osin ristiriitaista. Suomalaisilla nuorilla ei ole toteutettu laajoja ja toistettuja tutkimuksia, jossa olisi arvioitu haastatteluun perustuen mielenterveyden häiriöitä ja niiden esiintyvyyttä. Mielenterveys- ja käytösoireita on sen sijaan kartoitettu muutamissa kyselytutkimuksissa, joiden tulokset eivät viittaa jatkuvaan oireilun lisääntymiseen (Kaltiala-Heino ym. 2015).

Nuorten mielenterveys 10 vuoden toistotutkimuksessa havaittiin tamperelaisten 9-luokkalaisten mielenterveydessä jopa suotuisaa kehitystä vuosien 2002 ja 2013 välillä, etenkin pojilla. Tutkimuksen perusteella masennus- ja ahdistusoireilussa ei tapahtunut muutosta (Kaltiala-Heino ym. 2014). Kouluterveyskyselyn tulosten perusteella nuorten masennusoireilussa ei myöskään yleisesti ole tapahtunut merkittäviä muutoksia

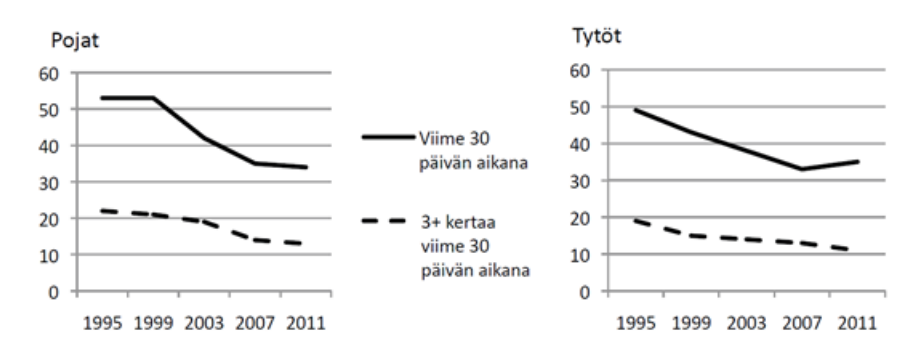
2000-luvulla. Kuitenkin merkittävät masennusoireet ovat lisääntyneet, lähes kaksinkertaistuneet nuorilla joiden vanhemmat ovat työttömiä tai matalammin koulutettuja (Torikka ym. 2014).

Sourander ym. (2012) ovat tutkineet väestötöksellä 7- ja 9-luokkalaisten psykososiaalista oireilua kymmenen vuoden välein SDQ-mittarilla (Strengths and Difficulties Questionnaire). Tulosten perusteella hyperaktiivisuus- tai käytösoireilussa ei ole tapahtunut muutosta.

Vakavampaa käytösoireilua voidaan arvioida myös esimerkiksi Nuorisoriikollisuuskyselyn perusteella. Vahingonteko- ja omaisuusrikoksien osalta kehityskulku on ollut osin U:n muotoinen. Vahingonteko- ja omaisuusrikokset vähenivät ensin 1990-luvulta 2000-luvulle, mutta vahingontekorikokset ovat viimeisimmässä kyselyssä 2012 jälleen lisääntyneet. Väkivaltarikosten esiintyvyydessä ei ole tapahtunut muutoksia (Salmi 2012). Pojilla rikoskäyttäytyminen on tyttöjä yleisempää ja näissä eroissa ei ole tapahtunut muutosta. Edelleen Nuorten terveystapatutkimuksessa ei ole havaittu osallisuuden väkivallantekoihin (tekijänä tai uhrina) lisääntyneen vuosien 1999–2009 välillä (Lindfors ym. 2013). Tamperelaisten nuorten mielenterveys 10 vuoden toistoaineistossa sekä tytöt että pojat saivat keskimäärin merkitsevästi pienempiä pisteitä uudemmassa kyselyssä rike- ja aggressiivisen käyttäytymisen oirepisteissä sekä ylipäättään ulkoistavissa (eksternalisoivissa) oireissa YSR-lomakkeen (Youth Self Report) perusteella (Kaltiala-Heino ym. 2014).

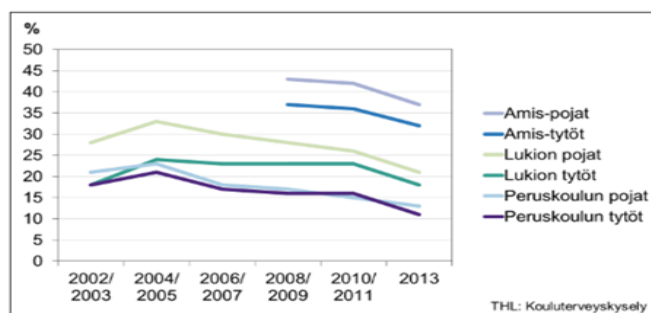
Nuorten päihteidenkäytön trendejä voidaan arvioida Nuorten terveystapatutkimuksen, Kouluterveyskyselyn ja Eurooppalaisen ESPAD-tutkimuksen (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) perusteella. Sen lisäksi että nuorten tupakoiminen on vähentynyt, kaikkien kolmen tutkimuksen perusteella suomalaisten nuorten humalajuominen (kuvio 2 ja kuvio 3) on vähentynyt ja täysin raittiiden nuorten osuudet (kuvio 4) ovat kasvaneet 90-luvulta 2010-luvulle (Luopa ym. 2014, Raitasalo ym. 2012). Alkoholin käyttö on harvinaista 12-vuotiaiden keskuudessa mutta 18-vuotiaiden alkoholin käyttö on lisääntynyt. 14–16-vuotiaiden alkoholin käyttö lisääntyi 80-luvulta 90-luvulle ja kääntyi sen jälkeen laskuun.

Monessa länsimaassa jopa 50 prosentilla aikuisista on käyttökokemusta kannabistuotteista (marihuana, hashis). Suomessa noin 20 prosenttia nuorista aikuisista on joskus käyttänyt ja noin viisi prosenttia nuorista aikuisista on käyttänyt viimeisten 12 kuukauden aikana kannabista. Nuorten kannabiskokeilut lisääntyivät 1990-luvulta 2000-luvun alkuun tultaessa: 9.-luokkalaisten joukossa kannabiksen kokeilu lisääntyi 5 prosentista noin 10 prosenttiin. Tämän jälkeen ei ole ollut selkeää trendiä, vuoden 2011 ESPAD-tutkimuksessa pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia oli ainakin kerran kokeillut kannabista. Edelleen 22 prosenttia ammattiin opiskelevista ja 16 prosenttia lukiolaisista oli kokeillut kannabista ainakin kerran vuonna 2010. Kannabiksen kokeilu on yleisintä pääkaupunkiseudulla, poikien kokeilut ovat tyttöjä hieman yleisempiä sekä peruskoulussa, lukiossa että ammatillisissa oppilaitoksissa.

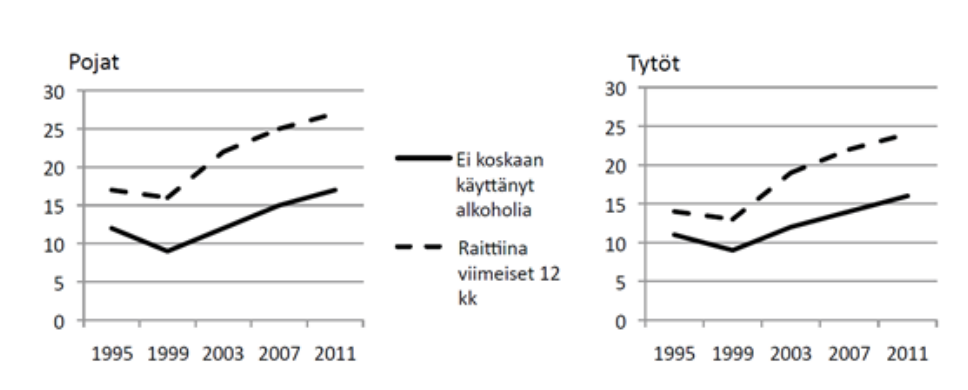


**Kuvio 1. Kuusi annosta tai enemmän juoneiden osuus, %. ESPAD -tutkimusten tulokset 1995–2011<sup>1</sup> (ESPAD raportti 2011, Raitasalo ym. 2012).**

<sup>1</sup> Humalajuomisen yleisyys: Noin puolet nuorista oli juonut vähintään kuusi annosta kerralla viimeisen kuukauden aikana vuonna 1999, ja vuonna 2011 enää kolmannes sekä pojista että tytöistä.



Kuvio 2. Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa. Kouluterveyskyselyn tulokset 2002–2013<sup>2</sup>.



Kuvio 3. Raittiiden osuudet, %. ESPAD -tutkimusten tulokset 1995–2011<sup>3</sup>. (ESPAD raportti 2011, Raitasalo ym. 2012)

### Nuorten itsemurhat ja itsemurhayritykset

Seuraavassa löytyy tietoa nuorten itsemurhien ja itsemurhayritysten yleisyydestä, niiden riskitekijöistä sekä ehkäisystä.

### Yleisyys

Itsemurhat ja itsemurhayritykset ovat harvinaisia ennen puberteettia, mutta yleistyvät nuoruusiässä. Myös itsemurha-ajatukset ovat lapsuudessa harvinaisia. Väestötutkimusten mukaan jopa 20 prosenttia nuorista on ajatellut itsemurhaa ja 3–4 prosenttia on tehnyt ainakin yhden itsemurhayrityksen 18 vuoden ikään mennessä. Itsemurha-ajatusten vuosiesiintyvyydeksi on arvioitu nuoruudessa 10–15 prosenttia, itsemurhayritysten vuosittainen esiintyvyys on tutkimuksissa vaihdellut 0,2–7,5 prosentin välillä itsemurhayrityksen määritelmästä riippuen (Nock ym. 2013). 16-vuotiaita suomalaisnuoria koskeneessa tutkimuksessa itsemurha-ajatuksia esiintyi 16 prosentilla tytöistä ja seitsemällä prosentilla pojista (Laukkanen ym. 2009). Sekä itsemurha-ajatukset että -yritykset ovat nuoruudessa tytöillä yleisempiä kuin pojilla.

<sup>2</sup> Kouluterveyskyselyyn vastaa noin 200 000 peruskoulujen 8. ja 9. luokkien oppilasta sekä lukioiden ja ammattilisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijaa joka toinen vuosi. Humalajuomisessa on merkittävä ero ammattikoululaisten ja lukiolaisten, sekä tyttöjen että poikien, välillä ammattikoululaisten humalajuomisen ollessa yleisempää. (<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely>)

<sup>3</sup> Tutkittavien joukko on peruskoulun 9.-luokkalaiset eli 16 vuotta täyttävät ja otos on ollut 5 000–6 000 välillä.

Nuorisopsykiatriseen hoitoon hakeutuneilla itsetuhoisuus on yleistä: avohoitoon tulleita nuoria koskeissa suomalaistutkimuksissa itsemurha-ajatuksia on ollut noin puolella, itsemurhayrityksen on tehnyt noin viidennes (Pelkonen ym. 2011).

Lasten ja varhaisnuorten itsemurhat ovat harvinaisia. Suomalaisnuorten itsemurhakuolleisuus kolminkertaistui Suomessa 1960-luvun puolivälistä 1970-luvun loppupuolelle ja pysyi suurena vuoteen 1990 asti. Sen jälkeen suomalaisten nuorten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt runsaan kolmanneksen, mutta on edelleen kansainvälisten vertailujen mukaan suuri. Viime vuosina noin 40 15–19-vuotiaasta on kuollut vuosittain itsemurhaan, 20–24-vuotiaiden ikäryhmässä vastaavasti yli 70. Noin 80 prosenttia nuorten itsemurhasta on poikien kuolemia. Tämä sukupuoliero selittyy ainakin osittain poikien tyttöjä väkivaltaisempien itsemurhamenetelmien valinnasta (Tilastokeskus 2014). Koska nuorten tautikuolleisuus on vähäistä, ovat itsemurhat nuorilla keskeinen kuolemansyy. 15–24-vuotiaana kuolleista itsemurhan tehneitä oli yli kolmannes.

### Riskitekijät

Aiempi itsemurhayritys ja itsensä tahallinen vahingoittaminen ovat vahvoja itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskitekijöitä. Noin kolmasosa itsemurhaan kuolleista nuorista on tehnyt aiemmin itsemurhayrityksen ja noin kaksi kolmasosaa on tuonut esille itsetuhoiset aikeet. Aiemmin itsemurhaa yrittäneillä nuorilla on jopa 30-kertainen itsemurhan riski verrattuna nuoriin, joilla ei ole aiempaa itsemurhayritystä taustalla.

Nuoren lähiympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi vanhempien ero, perheenjäsenen itsemurha tai itsemurhayritys, vanhempien mielenterveys- ja päihdehäiriöt, huono perheen sisäinen kommunikatio nuoren ja vanhempien välillä, heikko vanhempien tuki ja vanhempien rikollisuus. Myös itsemurhalle altistuminen ystäväpiirissä tai median kautta lisää itsetuhoikäytymisen riskiä, koska aiempi itsemurha voi toimia mallina alttiille nuorelle.

Psyykinen sairastaminen ja negatiivisten elämäkokemusten kumuloituminen liittyvät vahvasti itsemurhariskiin. Mielenterveyden häiriö on todettu 81–95 prosentilla itsemurhan tehneistä nuorista, 50–75 prosentilla mielialahäiriö, joka on yleensä vakava masennusjakso. Eri tutkimuksissa 25–65 prosentilla itsemurhan tehneistä nuorista on ollut päihdehäiriö, lisäksi muu päihteiden ongelmallinen käyttö on yhteydessä riskiin. Käyttöoireilu on liittynyt 43–73 prosentilla oirekuvaan, useimmiten samanaikaisesti muun häiriön kanssa. Osalla on todettu lyhytkestoiseen stressiin liittyvä sopeutumishäiriö, johon on liittynyt suhteellisen nopea itsemurhaprosessin eteneminen.

Nuoren itsemurhayritystä tai itsemurhaa edeltää lähes aina jokin ajankohtainen kuormitustekijä. Tutkimuksissa toistuvasti todettuja laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi viimeaikaiset kurinpidolliset ongelmat, ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat, menetykset tai erot ja kouluvaikeudet.

### Ehkäisy

Itsemurhien ehkäisyssä sovelletaan eritasoisia toimia. Koko väestöön kohdistuvia toimenpiteitä ovat esimerkiksi päihteiden kokonaiskulutuksen vähentämiseen liittyvät toimet ja päihteisiin liittyvä terveyskasvatus, aseiden hallussapidon valvonta, lääketurvallisuus, liikenneturvallisuus, työllistäminen, yhteiskunnallisen syrjäytymisen estäminen ja lapsiperheiden tukeminen tai yleisen tietoisuuden lisääminen itsemurhaongelmaan (Lönnqvist ym. 2014).

Riskiryhmiin kohdennettavia ehkäiseviä toimia on Suomessa kehitetty erikseen nuorille, masennukseen, päihdeongelmiin, kriisitilanteisiin, vanhuksiin ja somaattisiin sairauksiin. Korkeassa riskissä oleviin kohdennettavia ehkäisykeinoja ovat esimerkiksi itsemurhaa yrittäneisiin tai itsetuhoisten ajatusten vuoksi hoitoon otettuihin potilaisiin kohdennetut interventiot.

Koko väestön kattavat kansalliset itsemurhien ehkäisystrategiat ovat osoittautuneet vaikuttaviksi, myös Suomessa (Beskow ym. 1999). Yksilötasolla hyvä kliininen hoito on aina myös merkittävä tapa vähentää itsemurhan vaaraa. Itsemurhariskissä olevien nuorten tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen sekä mielenterveyden häiriöiden, erityisesti masennuksen tunnistaminen ja hyvä hoito vaikuttavat selvästi nuorten itsemurhien määrään.

Nykyisellään itsemurhayrityksiä ja itsemurhariskissä olevia ei tunnisteta terveydenhuollon palveluissa riittävän hyvin. Merkittävä osa itsemurhan tehneistä nuorista, joilla on jälkeensä arvioiden mielenterveyden häiriö, ei ole ollut hoidon piirissä. Kaikkia itsemurhaa yrittäneitä, jotka on tunnistettu, ei ohjata hoidon piiriin.

#### *Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys nuorilla aikuisilla*

Terveys 2000 -tutkimuksessa oli mukana lähes 1900 nuoren aikuisen (18–29 vuotta) edustava otos, joista vajaa 1300 palautti terveystarkastuslomakkeen ja 543 haastateltiin psykiatrisin menetelmin. Naisista 14 prosentilla ja miehistä 10 prosentilla arvioitiin olevan vuonna 2001 psyykkisiä oireita (General Health Questionnaire -12 mittari). Seurantalomakkeen palautti runsaat 1 000 osallistujaa vuosina 2003–2005 ja tässä vaiheessa psyykkisesti oireilevien osuudet olivat 21 prosenttia ja 13 prosenttia. Seurannan aikana oireita ilmaantui 18 prosentille naisista ja 11 prosentille miehistä. Tutkimuksessa edelleen havaittiin, että psyykkisesti oireilevat käyttivät paljon terveystarkastuksia mutta oireilevista vain vähemmistö käytti terveystarkastuksia mielenterveyteen liittyvästä syystä (18 % oireilevista naisista ja 11 % oireilevista miehistä) (Kestilä ym. 2007). Erilaiset lapsuusympäristön psykososiaaliset vaikeudet, taloudelliset vaikeudet, sosiaalisen tuen puute sekä alkoholin suurkulutus olivat yhteydessä psyykkiseen oireiluun.

Terveys 2000 -tutkimuksen nuorten aikuisten haastattelujen perusteella arvioitiin lähes 40 prosentilla oleen jokin elämänaikainen psykiatrinen häiriö. Yleisin todettu häiriö oli masennus (18 %), päihdehäiriö toiseksi yleisin (14 %) ja kolmanneksi yleisimpänä ahdistuneisuushäiriö (13 %) (Suvisaari ym. 2009). Niistä, joilla oli yksi psykiatrinen häiriö todettavissa, 41 prosentilla oli yksi, 35 prosentilla kaksi ja 24 prosentilla kolme tai useampia muuta samanaikaista psykiatrista häiriötä. Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi arvioitiin hiukan alle seitsemän prosenttia ja persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyden ajatellaan ylipäättään olevan suurin nuorena aikuisuudessa. Kun arvioitiin viimeaikaista psykiatrista sairastavuutta eli viimeisintä kuukautta, yleisin häiriö oli päihdehäiriö (6 %), toiseksi yleisin ahdistuneisuushäiriö vajaalla 6 prosentilla ja masennus vajaalla kahdella prosentilla ja ylipäättään psykiatrinen sairastavuus oli 15 prosenttia. Mielenterveyshäiriöt liittyivät alempaan koulutustasoon ja työttömyyteen (Suvisaari ym. 2009). Poikkeus mielenterveyshäiriöissä tässä suhteessa ovat syömishäiriöt, jotka liittyvät korkeaan koulutustasoon (Lähtemäki ym. 2014).

Terveys 2000 ja 2011 -aineistoihin perustuvan tutkimuksen mukaan masennushäiriöt ovat yleistyneet 30 vuotta täyttäneillä. Tutkimuksen vuonna 2000 kerätyssä aineistossa masennushäiriö todettiin 7,3 prosentilla väestöstä, kun vuonna 2011 kerätyssä aineistossa esiintyvyys oli 9,6 prosenttia. Masennushäiriöt yleistyivät erityisesti naisilla. Tutkijat pohtivat tutkimuksesta poisjäännin merkitystä tuloksiin ja pyrkivät huomioimaan sen analysoissaan (Markkula ym. 2015).

#### **Palvelujärjestelmä ja sen tasot**

Tässä luvussa tarkastellaan nuorten psykososiaalisen tuen ja psykiatrisen hoidon käyttöä ja saatavuutta, nuorten ja palvelujärjestelmän kohtaamattomuutta sekä kuvataan päihdehäiriöiden osalta esimerkkiä ehkäisystä Psykososiaalisen tuen ja psykiatrisen hoidon käyttö ja saatavuus – hoitoon -ketjua.

#### *Psykososiaalisen tuen ja psykiatrisen hoidon käyttö ja saatavuus*

Kansainvälisesti nähdään siirtymävaihe aikuisten palveluihin erityisen ongelmallisena sairastumisiän näkökulmasta. Mielenterveyshäiriöiden hoito on epäjatkuvaa 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 %:lla nuoruusikäisistä on psykiatrisen hoidon tarve. Vuositasolla perustason mielenterveyspalvelujen tulisi tavoittaa ainakin viisi prosenttia nuorista ja erikoistason/erikoissairaanhoidon noin viisi prosenttia nuorista. Palvelujen käyttöön oikeuttavat ikäraajat vaihtelevat sairaanhoidopiireittäin. Vuonna 2009 nuorisopsykiatristen avohoidon palvelujen käyttöoikeus oli 70 prosentilla 13–22-vuotiaista ja 4,3 prosenttia heistä käytti palveluja (Pylkkänen ja Laukkanen 2011). Eniten potilaita on 15–19-vuotiaiden naisten ikäryhmässä. Noin 20–30 prosentilla nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon hoitoon tulevista nuorista on aiempi lastenpsykiatrinen hoitotausta.



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 ja Suomessa arvioitiin 60 prosenttia apua tarvitsevista nuorista saavan sitä ja hoito on tyydyttävää – hyvää (Pylkkänen ja Laukkanen 2013). Tytöt hakevat mielenterveyspalveluista apua poikia useammin, ja poikien ohjautuminen avun piiriin näyttää viivästyvän tyttöjä pitempään. Suomalaisissa lastenpsykiatrisen epidemiologian tutkimuksissa on todettu, että edelleen osa kliinisesti merkittävällä tasolla oireilevista lapsista ei ole hoidon piirissä (Santalahahti ym. 2009). Toisaalta viimeaikaiset arviot viittaavat siihen, että erikoissairaanhoidon avohoidon palvelujen kysyntä on lähentynyt nuoruusikäisten väestön sairastavuudella mitattua tarvetta. Kasvava kysyntä ylittää ajankohtaisesti palvelujen tarjonnan (Pylkkänen 2011). Nuorten päihdehäiriöiden hoidon ongelmana on hoitojärjestelmän pirstaleisuus, osa hoidosta on psykiatristen palveluiden alla ja osa kuuluu lastensuojelun ja sosiaalihuollon palvelujen piiriin. (taulukko 3)

### Taulukko 3. Yleisimpiä päädiagnooseja psykiatrisessa avohoidossa vuonna 2013.<sup>4</sup>

Lähde: THL Hoitoilmoitusrekisteri.

	13–17-vuotiaat		18–22-vuotiaat	
	potilaita	käyntejä	potilaita	käyntejä
Z00 Terveen henk.yleistarkastus	4 791	20 756	1 972	7 227
Z03 Epäilt.sairauks.tarkk/arvioint	494	2 484	229	811
F32 Masennustila	4 712	46 659	5 286	38 365
F33 Toistuva masennus	262	2 022	1 785	13 219
F34 Pitkäaikaiset mielialahäiriöt	144	1 107	324	1 929
F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt	2 805	22 185	3 151	17 757
F40 Foobiset.ahdistuneis.häiriöt	724	5 920	880	6 167
F93 Laps.alkav.tunne-elämän häiriö	1 848	13 020	332	1 950
F43 Vakav.stressireakt./sopeutumish.	1 551	10 593	1 093	5 446
F90 Hyperkineettiset häiriöt	1 667	9 391	524	2 121
F91 Käytöshäiriöt	631	3 180	0	0
F92 Samanaik.käytös- ja tunnehäiriö	1 312	9 451	106	549
F50 Syömishäiriöt	1 096	15 667	849	8 739
F20 Skitsofrenia	36	594	323	5 882
F29 Ei-elimell.psykoott.häiriö NAS	444	4 156	1 018	10 043
F31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	217	2 168	789	7 845
F84 Laaja-alaiset kehityshäiriöt	931	7 451	461	2 840
F42 Pakko-oireinen häiriö	505	4 732	454	3 271
F10 Alkoh.org.aivo-oire/käytt.häiriö	106	290	313	1 043
F12 Kannab.org.aivo-oir/käyt.häiriö	77	341	125	437

Kaikki vuonna 1987 Suomessa syntyneet henkilöt ovat mukana Kansallinen syntymäkohortti 1987 - tutkimusaineistossa. Rekisteritutkimuksen keinoin on seurattu muun muassa heidän mielenterveyttään lapsuudesta nuoreen aikuisuuteen eli vuoteen 2008 saakka (Paananen ym. 2012). Kohortista oli seuranta-ajan loppuun mennessä noin viidenneksellä ollut kontakti psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai psykiatrian lääkärin osto, tytöillä (23,9 %) useammin kuin pojilla (16,5 %). Noin viidellä prosentilla oli ollut psykiatrinen osastohoito, eikä tässä ollut merkittävää sukupuolieroja, vaikkakin pojat tulevat hoitoon nuorempina. Sen sijaan tytöt käyttivät merkittävästi enemmän psykiatrian polikliinisiä palveluja (tytöt 15,8 %, pojat 10,2 %). Yleisimmät mielenterveyden häiriön diagnoosit olivat mielialahäiriöt (5,1 % kohortin jäsenistä), neurootti-

<sup>4</sup> Masennustilat ja ahdistuneisuushäiriöt ovat suurimmat ryhmät. Päihdehäiriöiden vähäinen osuus kiinnittää huomiota.

set, stressiin liittyvät tai somatoformiset häiriöt (4,3 %), sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkava käytös- ja tunnehäiriödiagnoosi (3,4 %). Psykyklääkkeistä käytetyimpiä olivat masennuslääkkeet, joita noin joka kymmenes oli ostanut seuranta-aikana, tytöt lähes kaksi kertaa poikia useammin. Lastensuojelun kodin ulkopuolelle sijoittamina tästä kohortista oli ollut 3,2 % (Paananen ym. 2012). Noin puolet ensimmäisistä sijoituksista kohdistui nuoriin 13 ja 16 ikävuoden välille, iän keskiarvo ensimmäisessä sijoituksessa oli 10,7 vuotta. Sijoitetuista nuorista oli huomattavalla osalla ollut psykiatrista erikoissairaanhoidoa tai psykyklääkeostoja (tytöt 71,5 %, pojat 67,3 %).

### *Nuoret luukulla, palvelut mäellä*

Nuorisotutkimusseuran ja THL:n yhteistyönä toteuttamassa Nuoret luukulla -tutkimuksessa arvioitiin sekä nuorten että työntekijöiden näkökulmia ja rekisteritietoja (Aaltonen ym. 2015). Tutkimuksessa todettiin, että syrjäytyneet nuoret ovat hyvin monimuotoinen joukko. He ovat muita nuoria sairaampia. Kuitenkin palvelut kohtaavat huonosti niiden nuorten tarpeet, joiden toimintakyky on alentunut. Palveluita kuitenkin käytetään ja esimerkiksi terveystalujen kokonaiskustannukset ovat huomattavasti suuremmat syrjäytyneillä nuorilla verrattuna niihin nuoriin, jotka eivät ole syrjäytymisvaarassa. Tutkimuksessa todettiin syrjässä olevilla nuorilla olevan erityisesti enemmän mielenterveyden häiriöitä, vammoja, myrkytyksiä ja infektioita. Terveystila nähtiin tärkeänä asiana, johon toivottiin muutosta ja hoitoa niin nuorten kuin työntekijöidenkin vastauksissa. Haasteena nähtiin pitkät jonot erilaisiin hoitoihin tai palveluihin ja toisaalta päivystysluontoisten palvelujen puute. Myös työllisyyspalveluissa havaittiin ongelmia, myös näissä palveluissa kaivattiin nopeaa tavoitettavuutta ja henkilökohtaista palvelua. Yhden henkilön vastaaminen nuoren palvelukokonaisuudesta ja palveluiden saatavuus yhdestä paikasta nousivat merkittävinä haasteina ja toiveina esiin. Nuoria pyritään ja vaaditaan aktivoimaan, mutta juuri syrjäytyneillä nuorilla oli heikosti aineellisia, sosiaalisia tai mielenterveydellisiä voimavaroja olla aktiivinen tai saada aikaan muutoksia oman toiminnan kautta. Oman aktiivisuuden vaatimus voi nousta merkittäväksi esteeksi asianmukaiseen psykiatriseen hoitoon pääsemiseksi ja hoidon toteutumiseksi.

Lappeenrannassa on keskitetty lasten ja nuorten palveluita niin sanottuun Rakuunamäen Lasten taloon. Rakuunamäelle on sijoitettu lastensuojelun avo- ja lähipalvelut, lastensuojelun perhetyö, perheneuvola, perheasioiden yksikkö, lapsi- ja nuorisovastaanotto, lastenpsykiatrian poliklinikka, varhaisen vuorovaikutuksen yksikkö, lastenpsykiatrian kotihoito, nuorisopsykiatrian poliklinikka, nuorisopsykiatrian päiväyksikkö ja nuorten vastaanotto Sihti. Edelleen uusimpia saman katon alle tulijoita ovat muun muassa opiskeluterveyden työntekijät, joille ei löydy tiloja oppilaitoksissa, lastenpsykiatrian päiväosasto, nuorisopsykiatrian viikko-osasto ja sairaalakoulu. Tällaisen keskittämisen toivotaan helpottavan päällekkäisyyksien purkamista ja palveluiden parantamista (Kotiharju 2015).

### *Esimerkki ehkäisystä hoitoon – päihdehäiriöt*

Nuorten päihteen käyttöä arvioitaessa, niin kokeilukäyttöä kuin päihdeongelmia, on huomioitava, että kypsyvä keskushermosto on erityisen altis päihteen haitoille (Kekkonen ym. 2014). Esimerkiksi varhainen alkoholille altistuminen saattaa herkistää riippuvuuden säätelyyn osallistuvia hermostoverkkoja ja tutkimusten mukaan runsaasti alkoholia käyttävillä nuorilla on raittiita nuoria enemmän mm. neurokognitiivisia ongelmia.

### **Esiintyvyys ja sairastumisikä**

Ensihumala koetaan keskimäärin 13–14 vuoden iässä. Yläkouluikäisistä noin joka viides tupakoi. 15–16 -vuotiaista nuorista vajaa kaksi kolmasosaa on ollut humalassa joskus elämänsä aikana ja noin joka kymmenes nuorista humaltuu viikoittain. Huumeista kannabista on kokeillut noin kymmenen prosenttia, jotain muuta huumetta neljä prosenttia, alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöä pojista kuusi ja tytöistä 14 prosenttia ja imppaamista noin joka kymmenes yläkouluikäisistä. Pääsääntöisesti pojat käyttävät enemmän päihteitä kuin tytöt, mutta 12–17-vuotiaat tytöt ovat päihteen käytössä poikien tasalla. Päihdehäiriön, joko haitallisen käytön tai riippuvuuden, kriteerit täyttää 5–10 prosenttia nuorista. Vuonna 2004 internetriippuvaisia arvioitiin olevan 12–18-vuotiaissa alle kaksi prosenttia, mutta päivittäin käyttävien joukossa noin viisi prosenttia.

### **Päihdehäiriön tyypipiirteitä nuorilla**

Päihteitä runsaasti käyttävät nuoret ovat usein moniongelmaisia ja ongelmat ovat voineet alkaa jo lapsuusiässä. Päihdehäiriöisistä nuorista 60–80 prosentilla on samanaikainen muu mielenterveyden häiriö. Yleisimpiä ovat käytös- ja uhmakkuushäiriöt, ADHD, masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. Masennuksen kanssa samanaikaisen päihdehäiriön on todettu nuorilla heikentävän masennuksesta toipumisen ennustetta ja lisäävän itsetuhoisuuden riskiä. Nuoruuden päihdehäiriöt ennustavat voimakkaasti nuoren aikuisuuden päihdehäiriöitä sekä myös muita mielenterveyden häiriöitä, kuten mieliala- ja persoonallisuushäiriöitä. Nuorilla tyypillisiä päihdehaittoja ovat sosiaalisiin 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. Päihdeongelmat kasautuvat erityisesti niille, jotka eivät jatka kouluttautumista peruskoulun jälkeen. Kaveripiirin merkitys korostuu nuoruusiän päihdekokeiluissa ja käytön säännöllistymisessä. Toisaalta puutteelliset vanhemmuustaidot voivat lisätä päihteidenkäytön riskiä. Kasvuympäristöön liittyvät riskitekijät tyypillisesti kasautuvat erityisesti päihdeongelmaisten vanhempien lapsilla.

### **Ehkäisy ja hoito**

Nuorten päihdeongelmien vähentämiseen tavoitteina on: 1) vähentää uusien käyttäjien ilmaantumista, 2) lykätä päihteidenkäytön aloitusikää ja puuttua muihin riskitekijöihin, 3) puuttua päihdekokeiluihin ja säännöllistyvään käyttöön ja pysäyttää käytön eteneminen päihdehäiriöksi sekä 4) hoitaa päihdehäiriöitä ja ehkäistä päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien uusiutumista (Niemelä 2010).

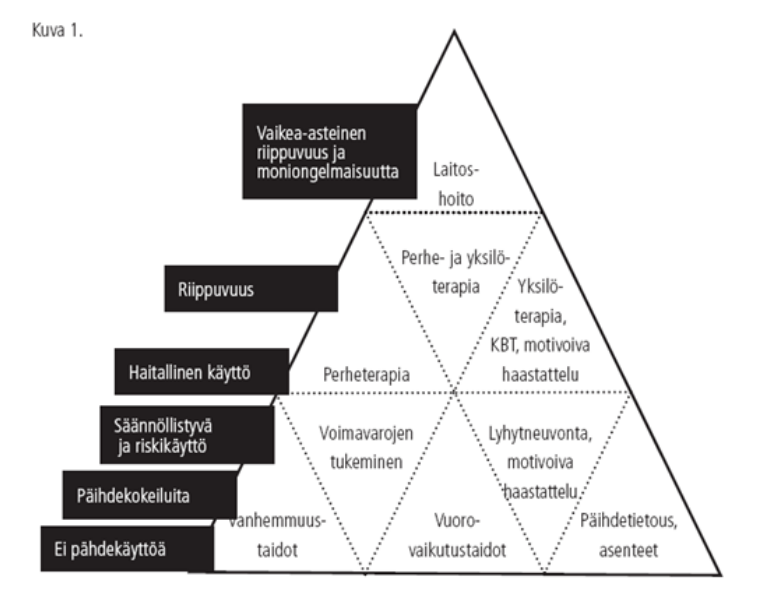
Lapsuusiän mielenterveyshäiriöiden kuten ADHD:n ja käytöshäiriön hoito todennäköisesti vähentää päihdehäiriön kehittymisen todennäköisyyttä. Vanhemmuutta tukevien interventioiden on todettu parhaiten vähentävän sekä nuorten päihteidenkäytön aloittamista että niiden käyttöä myöhemmin seuranta-aikana (esim. Ihmeelliset Vuodet menetelmä pienten ja alakouluikäisten lasten vanhemmille). Taitojen oppimista painottavat interventiot (esim. koulussa toteutettuna) toimivat muun muassa päihdevalistusta paremmin, kun ne ajoitetaan ennen käytön aloittamista tai säännöllistymistä

Nuorten päihdehäiriöiden hoidossa tulokselliset hoitomallit sisältävät elementtejä motivoivasta haastattelusta, kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, yhteisö vahvistushoitomallista sekä perheterapiasta. Perhekeskeisistä hoitomalleista on eniten tutkimusnäyttöä. Perhenäkökulma on sitä tärkeämpää, mitä nuoremasta lapsesta on kyse. Eri perhe/verkostoterapiamenetelmistä on näyttöä nuorten päihdehäiriöiden hoidossa (monimuotoinen perheterapia MDFT, multisysteeminen terapia MST). Nämä menetelmät ovat myös samanaikaisen käytöshäiriön näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä (Lindberg ym. 2015). Nuorten päihdeongelmien laitoshoidossa yhteisöhoitomallit ovat yleisiä, mutta niiden tuloksellisuutta on tutkittu erittäin vähän.

16-vuotiaiden seurantatutkimuksen mukaan nuoruusiän runsas humalajuominen ei välttämättä johda huono-osaisuuteen varhaisessa keski-ikässä, mikäli humalajuominen vähenee nuoruusiän jälkeen (Berg ym., 2013). Tämä korostaa varhaisen puuttumisen ja hoidon tarjoamisen tärkeyttä nuorissa ikäryhmissä, vaikka lähtötilanne näyttäisi hankalalta.

Palvelujärjestelmän tulisi olla monitasoinen. Esimerkiksi oppilaitoksissa ja perustasolla ehkäisevät ja taitoja korostavat menetelmät ovat ensisijaisia. Mitä vaikeammasta tilanteesta on kysymys, sitä erikoistuneempia ja intensiivisempiä menetelmiä käytetään erikoistason yksiköissä (kuva 2, Niemelä 2010). Kuten aikuisilla, nuorillakin päihdeongelmien hoito on jakaantunut sosiaali- ja terveystoimeen (sisältäen lastensuojelun) ollen pirstaleista. Palvelujen kokonaisuuden koordinaatio on hankalaa ja käyttäjän kannalta palvelujen saatavuus on ollut vaihtelevaa erilaisten hoidon perusteiden vuoksi. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on linjannut, että mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi tarjota integroiduissa yksiköissä perustasolla. Nuorille on vaihtelevasti erilaisia nuorisoneuvola-, nuorisoasema- ja (päihde)pysäkki-palveluita kunnissa tarjolla, mutta niiden kattavuudesta, palvelujen piirissä olevien osuudesta ja käytetyistä interventioista ei ole olemassa kansallista tietoa.

Kuva 1.



Kuva 2. Päihdehäiriöiden ehkäisyn ja hoidon eri tasot. Lähde: Solja Niemelä 2010.

Kouluterveydenhuollon käyttöön on kehitetty Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen malli, joka sisältää myös hoitoketjun suunnittelun (ADSUME, Pirskanen 2011). Päihdemittarin perusteella arvioidaan huolen vakavuus, muttei tehdä päihdehäiriön diagnoosia. Nuoren vastausten perusteella käydään dialogia nuoren ja yleensä terveydenhoitajan välillä. Tavoitteena on arvioida ja tukea nuoren hyvinvointiin vaikuttavia voimavaroja (perheen tuki, ystävyys-suhteet, vapaa-aika ja harrastukset, koulumotivaatio, itsetunto, mieliala, tieto päihdeistä) sekä tarpeen mukaan tehdä preventiivinen mini-interventio päihdeistä toistuvasti käyttäville. Riskikäyttäjille malli sisältää mini-interventio ja jatkohoidon tarpeen arvion tarvittaessa.

Opiskeluterveydenhuolto sisältää myös sairauksien hoidon. Opiskeluterveydenhuollossa tulee toteuttaa perusterveydenhuollon tasoinen päihdehäiriöiden tunnistaminen ja hoito. Menetelmät ovat yllä mainitut puheeksi ottaminen, oman huolen ja muutostoiveen herättely, preventiivinen mini-interventio, mini-interventio sekä saattaen jatkohoidon järjestäminen päihdeongelmallisille nuorille.

### Työkyvyttömyys ja syrjäytyminen mielenterveyssyistä

Tässä aluvuossa tarkastellaan ensin mielenterveyden häiriöiden aiheuttaman työkyvyttömyyden laajuutta nuorilla. Sen jälkeen kuvataan oppimisvaikeuksia sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöitä syrjäytymisen riskitekijöinä. Viimeisenä kuvataan käytöshäiriöitä ja vaikeinta antisosiaalista syrjäytymistä.

#### *Mielenterveyden häiriöiden aiheuttaman työkyvyttömyyden laajuus nuorilla*

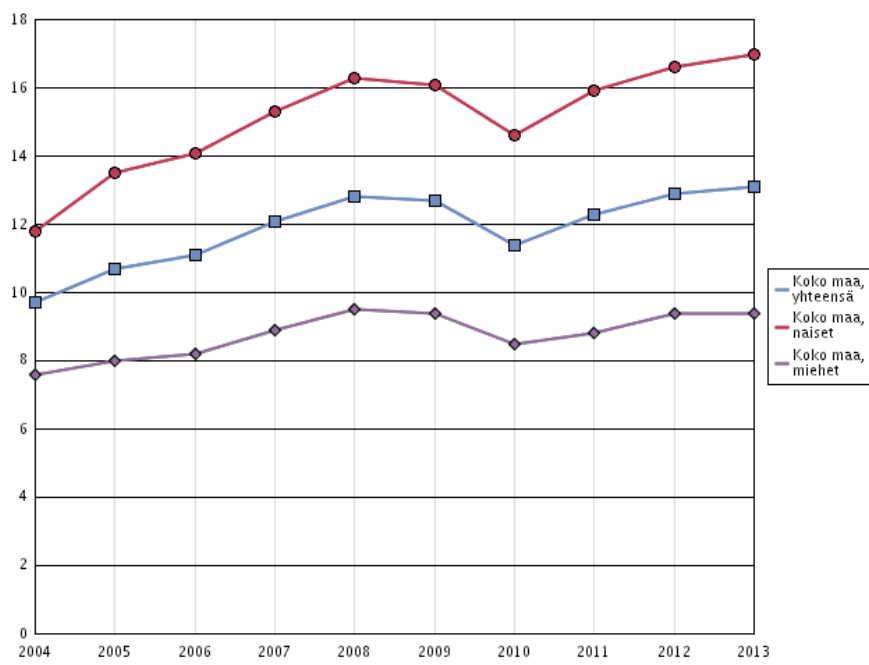
Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisimpiä suomalaisten työkyvyttömyyteen johtavia sairauksia, erityisesti nuorissa ikäryhmissä. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauspäivärahaa saaneiden 16–24-vuotiaiden määrä kasvoi vuodesta 2004 vuoteen 2008, kääntyi sen jälkeen laskuun, mutta on taas vuodesta 2010 lisääntynyt (kuva 10). Mielialahäiriöt ovat suurin mielenterveyden häiriöiden ryhmä, jonka vuoksi sairauspäivärahaa on myönnetty, niidenkin määrä on lisääntynyt vuosien 2004 ja 2014 välisenä aikana (Heilä ym. 2015)

Kokonaisuudessaan Kelalta työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä on vähentynyt 12 prosenttia vuodesta 2008 vuoden 2014 loppuun. Tuolloin yleisin sairausperuste työkyvyttömyyseläkkeen saajilla oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Lähes 60 prosenttia sai eläkettä näiden häiriöiden perusteella 2014, kun vuonna 2008 vastaava osuus oli 53 prosenttia (Kela 2015). Työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveys- tai päihdehäiriöiden vuoksi olevien osuus 16–24-vuotiaista on lisääntynyt merkittävästi vuosien 1996–2013 aikana, jonkin verran myös 2009–2013 aikana, kun taas 25-vuotiailla ja sitä vanhemmilla mielenterveys- tai

päihdehäiriöiden osuus on vuoden 2010 jälkeen laskenut jonkin verran (Suvisaari, tässä raportissa luku 1.1). Vuonna 2013 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat työkyvyttömyyseläkkeelle tai kuntoutustuelle siirtymisen syynä 80 prosentilla 16–24-vuotiaista, sitä vanhemmilla 40 prosentilla (Heilä ym. 2015).

Mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien nuorten eläkkeen perusteena olevat mielenterveyshäiriöt ovat erilaisia eri ikäryhmissä. Älyllinen kehitysvammaisuus työkyvyttömyyseläkkeen perusteena on yleisin nuorimmissa ikäryhmissä ja mielialahäiriöiden osuus kasvaa nuoreen aikuisuuteen tultaessa. Esimerkiksi vuonna 2009 16–19-vuotiaista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä yli 60 prosentilla oli diagnoosina älyllinen kehitysvammaisuus tai psyykkisen kehityksen häiriö, noin 15 prosentilla skitsofrenia ja noin 16 prosentilla mielialahäiriö. Vastaavasti 20–24 vuotiaista mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyneistä henkilöistä noin 25 prosentilla diagnoosina oli älyllinen kehitysvammaisuus tai psyykkisen kehityksen häiriö, 26 prosentilla skitsofreniaan viittaava häiriö ja 35 prosentilla mielialahäiriö (Raitasalo ja Maaniemi 2011). Mielialahäiriöiden merkityksen on arvioitu kasvavan vasta lähestyttäessä 30 ikävuotta (Koskenvuo ym. 2014). Vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle mielialahäiriöiden vuoksi siirtyneiden 16–24-vuotiaiden määrä kasvoi 2000-luvun alusta vuoteen 2009, sen jälkeen se hiukan laski vuoteen 2012 ja jälleen hiukan nousi vuoteen 2014 (Heilä ym. 2015).

Eräässä tutkimuksessa on pyritty selvittämään mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten taustoja. Vuonna 2008 alkoi määräaikainen kuntoutustuki vajaalla 1200:lla 18–34 -vuotiaalla mielenterveyshäiriön perusteella ja tätä Eläketurvakeskuksen rekisteristä poimittua ryhmää tutkittiin heistä laadittujen lausuntojen perusteella (Ahola ym. 2014). Tästä joukosta kuntoutustuki myönnettiin 39 prosentille masennuksen, 34 prosentille skitsofrenian, 14 prosentille manian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja 12 prosentille muun mielenterveyden häiriön perusteella. Edeltävä sairastaminen oli pitkäkestoista, 62 prosentilla vähintään kaksi vuotta, puolella oli vaikeita lapsuuden ajan elinolosuhteita ja puolella oireilu oli alkanut jo kouluiässä. Samanaikaissairastavuus oli yleistä. Päihteiden käyttöä oli kuvattu kolmanneksella ja itsemurhayritys viidenneksellä. Psykyllinen hoito oli pääsääntö mutta säännöllistä psykoterapeuttista hoitoa arviointiin olleen vain kolmanneksella lausuntoihin perustuen. Edelleen tässä ryhmässä todettiin kolmanneksen olevan vailla ammatillista koulutusta ja työhistoria oli heillä niukka (Ahola ym. 2012).



**Kuvio 4. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauspäivärahaa saaneet 16–24-vuotiaat / 1 000 vastaavan ikäistä. Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet**

Terveydenhuollolla on mahdollisuus vaikuttaa osaan nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden aiheuttamasta työkyvyttömyydestä. Häiriöiden varhainen tunnistaminen ja tehokas hoito ovat keskeisiä. Tällöin tulee olla myös riittävät mahdollisuudet hoitaa jo häiriön alkuvaiheessa. Perustason, etenkin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä opiskeluhoollon mahdollisuudet tukea ja hoitaa on turvattava. Vaikuttavia hoitomenetelmiä tulee implementoida sekä perus- että erityistasolla. Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöissä on aloitettava sekä lääkinnällinen että ammatillinen kuntoutus riittävän ajoissa, jotta normatiivisen kehityksen sujuminen turvataan mahdollisimman hyvin. Tässä mielessä myönteistä on, että esimerkiksi Kelan myönteiset kuntoutuspsykoterapiapäätökset nuorille ovat yli kaksinkertaistuneet kymmenessä vuodessa (Heilä ym. 2015). Kehitysvammaisten nuorten mahdollisuuksia osallistua työelämään tukee asiallinen lääkinnällinen ja ammatillinen kuntoutus, mutta merkittävässä roolissa ovat kouluttajatahot kuten esimerkiksi erityisammattioppilaitokset sekä työnantajien ja työelämän halu ja mahdollisuus järjestää joustavia ja räätälöityjä työtehtäviä.

#### *Oppimisvaikeudet ja aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö syrjäytymisen riskitekijöinä*

Nuorilla, joilla on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), on usein myös jokin muu samanaikainen psykiatrinen sairaus, tavallisimmin käytös-, mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö (Smalley ym. 2007). Suomalaisen seurantatutkimuksen mukaan myös oppimisen erityisvaikeudet (lukemisen ja kirjoittamisen sekä matematiikan erityisvaikeus) liittyvät usein ADHD:hen (Taanila ym. 2014). ADHD edellyttää usein koulun tukitoimia, on yhteydessä koulun kesken jäämiseen ja vähäisempään jatkokoulutukseen (Loe ja Feldman 2007). Erilaiset koulun kurinpidolliset toimet ovat myös tavallisempia. Ruotsalaisessa lasten seurantatutkimuksessa 6. luokalla todetut ADHD-oireet ennustivat huonompia arvosanoja 12. eli päättöluokalle asti (Scholtens ym. 2013). Vaikka lääkehoito ja erilaiset käyttäytymisterapeuttiset menetelmät vähentävät ADHD-oireita merkittävästi, nämä eivät kuitenkaan näyttäisi olevan riittäviä lopullisen hyvän koulutustason saavuttamiseksi (Loe ja Feldman 2007).

Pohjois-Suomen syntymäkohortti -86 tutkimuksen perusteella jokin oppimisen erityisvaikeus todettiin 20 prosentilla 8-vuotiaista, ADHD 15/16-vuotiaista 8 prosentilla ja komorbidi elämänaikainen oppimisen erityisvaikeus ja ADHD kolmella prosentilla (Taanila ym. 2014). ADHD tai komorbidi tilanne olivat yhteydessä merkittävästi matalampiin kouluarvosanoihin niin sanotuissa lukuaineissa. Lisäksi nuoret, joilla oli sekä ADHD että oppimisvaikeuksia, joutuvat kertaaman luokan muita useammin ja heidän ammatilliset tavoitteensa ovat muita nuoria alhaisempia. Pelkkä ADHD johti heikompaan suoriutumiseen matematiikassa ja äidinkielessä kuin oppimisen erityisvaikeus yksinään (Taanila ym. 2014).

Aikuisikäisten tutkimuksissa ADHD on myös yhteydessä samanaikaissairastavuuteen, päihdekäyttöön ja heikompaan koulutustason saavuttamiseen ja työssä suoriutumiseen. Prospektiivisessä seurantatutkimuksessa 14 vuoden iässä todettu ADHD lisäsi merkittävästi riskiä 37-vuotiaana todettaviin huonompaan yleiseen terveyteen, huonompaan mielenterveyteen, ja antisosiaaliseen käytökseen (tappeluihin osallistuminen) (Brooks ym. 2013). Lisäksi todettiin yhteys heikentyneeseen työsuoriutumiseen, kun arvioitavia asioita olivat työttömyysjaksojen esiintyvyys, töistä pois jääminen ja positiivisen esimiespalautteen saaminen. Lisäksi nuoruusiässä todettu ADHD oli yhteydessä taloudelliseen stressiin eli oman taloudellisen tilanteen murehtimiseen (Brooks ym. 2013).

Pohjois-Suomen syntymäkohortti -86 aineistossa on myös tarkasteltu 17–19-vuotiaana rikoksesta tuomittuja suhteessa 15-vuotiaana arvioituihin koulumenestykseen, kouluun kiinnittymiseen sekä päihdekäyttöön ja 8-vuotiaana arvioituihin käytös- ja hyperaktiivisuusoireisiin sekä oppimisvaikeuksiin. 15-vuotiaana todettu heikompi koulumenestys ja kouluun kiinnittymättömyys olivat yhteydessä rikostuomioihin (Savolainen ym. 2011). Lisäksi tutkitussa mallissa koulutilanne 15-vuotiaana medioi lapsuuden käytös-, hyperaktiivisuus- ja oppimisvaikeuksien vaikutusta rikostuomioihin. Tutkijat totesivat tämän löydöksen painottavan muun muassa koulussa toteutettavien ja tehokkaiksi todettujen interventioiden merkitystä, jos halutaan vaikuttaa estää lapsuuden riskitilojen muokkautuminen aikuisuuden antisosiaalisuudeksi (Savolainen ym. 2011). Myös toisessa suomalaisessa aineistossa on hyperaktiivisuuden todettu olevan yhteydessä myöhemmän rike- tai rikolliseen toimintaan (Sourander ym. 2006).

Oppimisvaikeuksien varhainen tunnistaminen lapsuudessa ja perustasolla tapahtuva tukeminen ovat merkittäviä ongelman laajenemisen ehkäisemiseksi. Pääpaino tulisi olla koulun eritasoisilla pedagogisilla tukitoimilla lapsuudessa ja nuoruudessa. Opiskeluhuollon (koulu)psykologeilla sekä kouluterveydenhuollolla tulisi olla mahdollisuus tutkia ja arvioida oppimisen vaikeuksien laajuus ja mahdolliset yhtäaikaiset muut neuropsykiatriset häiriöt sekä tarvittaessa ohjata vaikeimmat oppimishäiriöt erikoistason palveluihin (Mikkonen ym. 2015).

### *Käytöshäiriö ja vaikein antisosiaalinen syrjäytyminen*

Suomalaisia vankeja koskevissa tutkimuksissa heistä valtaosalla on ollut jokin elämänaikainen mielenterveyden häiriön diagnoosi, päihdediagnoosi on ainakin neljällä viidestä. Rikosten teko keskittyy pienelle osalle väestöä ja taustalla on monesti varhainen vakava käytösoireilu, kouluvaikeudet, työttömyyttä ja antisosiaalinen persoonallisuushäiriö.

Manninen tutki väitöskirjassaan koulukotiin sijoitettujen nuorten mielenterveyttä ja ennustetta (2013). Koulukotiin sijoitetuilla nuorilla esiintyi merkittävästi samanikäisiä nuoria enemmän monenlaisia psykiatrisia oireita. Sinällään oletettavasti erilaiset ulospäin suuntautuvat oireet, kuten käytöshäiriöoireet, olivat yleisiä mutta myös niin sanottuja sisäänpäin suuntautuvia oireita oli enemmän. Poikien masennusoireet, psykoosiriskioireet ja vaikeudet sosiaalisissa suhteissa jäivät helposti huomiotta ja tytöt tunnistivat itse huonosti masennusoireitaan. Koulukotiin sijoitettujen nuorten kognitiivinen suoriutumisen oli verrokkeja heikompaa erityisesti kielellisen suoriutumisen alueella. Nuoria seurattiin viiden vuoden ajan, jolloin pojista 75 prosenttia sai uuden merkinnän rikosrekisteriin ja erityisenä huolena nostettiin esille pojista 50 prosentin syyllistyneen väkivaltarikokseen. Tytöt syyllistyivät rikoksiin vähemmän. Käytösoireisten poikien myöhempää rikollisuutta ja väkivaltarikollisuutta ennusti heikko kielellinen suoriutuminen (Manninen ym. 2013).

Koulukodin jälkeen -tutkimus on rekisteri- ja yksilötutkimuksena toteutettava vuosina 1991, 1996, 2001, 2006 ja 2011 kaikkia koulukoteihin sijoitettuja nuoria sekä heille koottuja kaltaistettuja verrokkeja koskeva tutkimus. Alustavissa tuloksissa on havaittavissa koulukotitaustaisilla nuorilla aikuisilla huomattavasti kohonnut ennenaikaisen kuoleman riski. Koulukotitaustaisilla naisilla on enemmän raskauden keskeytyksiä ja he synnyttävät nuorempina kuin verrokkit, osa ennen täysi-ikäisyyttä (Lehti ym. 2015). Koulukotiin nuorena sijoitettujen naisten raskauteen ja synnytykseen liittyy myös enemmän komplisoivia tekijöitä kuten raskauden aikainen tupakointi, ennenaikainen synnytys ja syntyneiden lasten matala syntymäpaino. Tämän erityisryhmän lisääntymisterveyteen tulisi tutkijoiden mukaan kiinnittää huomiota.

Vakavin, jo lapsuudessa alkava väkivaltaista ja muuta antisosiaalista käytöstä sisältävä käytöshäiriö voidaan nähdä merkittävimmäksi lasten ja nuorten psykiatriseksi ongelmaksi (Eme 2010). Tämän häiriön hoito vaatii laajaa ja tiivistä yhteistyötä kasvatusvastuussa olevien, koulun ja sosiaalitoimen toimijoiden kanssa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat yksilö- tai ryhmämuotoisina ovat toimivia käytöshäiriöisten nuorten hoidossa (Lindberg ym. 2015). Vaikeiden käytöshäiriöiden hoidossa suositeltavampia taas ovat useita terapeutisia lähestymistapoja yhdistelevät perheterapeuttiset interventiot, kuten monimuotoinen perheterapia MDFT. Muualla kehitettyjen menetelmien soveltaminen ja soveltuvuus suomalaisiin olosuhteisiin arvioitiin vaativan kuitenkin kehittämisen- ja tutkimustyötä. Erityisen ongelmallista on, että suomalaisessa terveydenhuollossa ei juuri tarjota tutkimustietoon perustuvia käytöshäiriöiden hoitoja (Lindberg ym. 2015).

### **Hyvä mielenterveys tukee sopeutumiskykyä**

Hyvä mielenterveys on muutakin kuin sairauden poissaoloa. Se sisältää psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen toimintakyvyn. Myös mielenterveyden häiriötä sairastava henkilö voi kokea positiivista mielenterveyttä tai sen elementtejä.

Positiivinen nuoruuskehitys (positive youth development) käsitteenä pitää sisällään sen että kaikissa nuorissa on vahvuuksia ja sopeutumiskykyä. Tätä käsitettä on pyritty operationalisoimaan ja edelleen tunnistamaan indikaattoreita, jotka määrittelevät kukoistavaa nuorta. Eräs tutkittu viitekehitys rakentuu viiden ominaisuuden tai piirteen varaan, jotka ovat pätevyys/kyvykyys (competence; kognitiivinen, sosiaalinen,

akateeminen ja ammatillinen), positiivinen minäkäsitys ja omanarvontunto (confidence), positiiviset sidokset ja molemminpuolinen vuorovaikutus ihmisten ja instituutioiden kanssa (connection), yhteisten sääntöjen kunnioittaminen, moraalisuus ja integriteetti (character) sekä empatia muita kohtaan (caring) (Lerner ym. 2010, Bowers ym. 2010). Jos nuorella on näitä ominaisuuksia pidempikestoisesti, hän on kukoistava. Aikuisuutta kohti tulee onnistuneessa nuoruuskehityksessä yksi ”C” lisää listaan: nuoren osallistuminen ja panos yhteisen hyväksi (contribution).

Positiivinen mielenterveys voidaan määritellä monin eri tavoin, mutta yhteisinä piirteinä määritelmille on muun muassa hyvät psyykkiset voimavarat, vaikuttamismahdollisuus omaan elämään, toiveikkaus, tyydytystä tuovat sosiaaliset suhteet, myönteinen käsitys itsestä ja omista kehittymismahdollisuuksista, kiitollisuus ja tyytyväisyys siihen mitä itsellä on (esim. Keyes 2005). ”Täydellinen mielenterveys” eli kukoistaminen on hyvinvointia ja toimintakykyä sekä omien potentiaalien täyttä hyödyntämistä. Esimerkiksi mielenterveyden häiriöistä vapailla opiskelijoilla kukoistuksen tunnusmerkistön täyttyminen liittyy monella tavalla korkeampaan hyvinvoinnin ja suoriutumisen tasoon verrattuna opiskelijoihin, jotka eivät kukoista (Keyes ym. 2012, Suldo ja Shaffer 2008).

Yksi positiivisen mielenterveyden ulottuvuus on resilienssi. Se on yksilön kykyä toimia pätevästi ja tehokkaasti vastoinkäymisissä ja kuormitettuna. Edelleen resilienssi on psyykkistä joustavuutta, toipumiskykyä, valmiutta muutokseen ja kykyä käsitellä kuormitusta positiivisella ja auttavalla tavalla. Parhaimmillaan resilienssi nuori kehittyy sopeutumiskykyiseksi aikuiseksi, vaikka hänen elämässään olisi ollut erilaisia vaikeuksia. Tunnusomaisia piirteitä resilienteille nuorille ovat muun muassa huolehtiva ja tukea antava aikuinen taustalla, miellyttävyys, älykkyys (sisältäen sosiaaliset taidot), jokin lahjakkuus, itseluottamus ja usko omaan pärjäämiseen, hengellisyys tai uskonnollisuus (Masten ja Coatsworth 1998). Resilienssi ei siis ole pelkistettävissä mielenterveyden häiriöiden riski- ja suojaavien tekijöiden summaksi. Resilienssistä puhutaan myös yhteisöjen ja yhteiskunnan ominaisuutena.

Olisi tärkeä tunnistaa niitä tekijöitä ja erilaisia prosesseja, jotka edistävät yksilön, perheiden ja yhteisöjen sopeutumiskykyä ja ehkäisevät esimerkiksi yksilön sairastumista mielenterveyden häiriöön kuormittavissa elämäntilanteissa (Fergus ja Zimmerman 2005). Mihin tekijöihin voidaan merkittävästi vaikuttaa ja miten sopeutumiskykyä voitaisiin tällöin parantaa? Joka tapauksessa positiiviseen mielenterveyteen liittyviä taitoja voi oppia ja harjoitella ja niitä voi opettaa nuorille (esim. Murphey ym. 2013, Weare ja Nind 2011).

## Mitä pitäisi tehdä?

Mitä siis pitäisi tehdä? Ensimmäisenä esitellään tutkimushaasteita niin ongelmien esiintyvyyden kuin myös palvelujärjestelmän osalta. Lopussa kuvataan palvelujärjestelmän kehittämisen haasteita.

### *Haasteita tutkimukselle*

Nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ja niiden hoidon osalta on useita ajankohtaisia tutkimushaasteita. Tarvitaan päivitettyä tietoa ongelmien esiintyvyydestä, niin hoidon ulkopuolella olevista kuin hoidon piirissä olevista sekä hoidossa käytettävistä menetelmistä.

- Mielenterveyden- ja päihdehäiriöiden epidemiologia suomalaisilla nuorilla  
Jotta mielenterveyden- ja päihdehäiriöitä voitaisiin asianmukaisesti ehkäistä ja sovittaa palvelujärjestelmä vastaamaan tarvetta tulee selvittää mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys ja hoidon tarve suomalaisilla nuorilla. Tätä ei ole toistaiseksi tutkittu asianmukaisin diagnostisin haastattelumenetelmin. Nuorten mielenterveyden häiriöissä tapahtuvia ajallisia muutoksia tulee seurata.
- Ketkä jäävät palveluiden ja tukitoimien ulkopuolelle?  
Tulisi tutkia miten eri tukitoimet kohdentuvat, ketkä jäävät niiden ulkopuolelle ja mikä on nuorten oma näkemys palveluiden riittävydestä ja laadusta. Tilastot, kuten Hoitoilmoitusrekisteri ja lastensuojelun tilastot kertovat vain niistä, jotka ovat hoidon ja tukitoimien piirissä. Tarvitaan tietoa eritasoisissa palve-



luissa olevien nuorten osuuksista ja esimerkiksi perusterveydenhuollon sisältäen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tilastointia tulee terävöittää.

- Menetelmien implementointi ja kehittäminen

Muulla kehitetyistä mielenterveyttä edistävästä, häiriöitä ehkäisevistä ja hoidollisista menetelmistä tulee arvioida, miten ne soveltuvat Suomen olosuhteisiin, ilman että tutkimusprosesseista tulee liian raskaita ja pitkäkestoisia. Haasteena on myös, miten levittää ja koordinoita vaikuttavia menetelmiä suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Uusia innovatiivisia menetelmiä tulee myös kehittää, esimerkiksi internetsovelluksiin ja sosiaaliseen mediaan pohjautuvia yhteisöllisiä menetelmiä ja esimerkiksi ns. nettiterapioita.

- Positiivisen mielenterveyden tutkiminen

Tulisi ratkaista miten nuorten positiivista mielenterveyttä ja voimavaroja arvioitaisiin yhtenäisin psykometrisesti toimivien menetelmin. Tarvitaan tutkimustietoa siitä, mitkä tekijät puskuroivat syrjäytymistä, vaikka nuoren elinoloissa olisi kuormittavia tekijöitä tai hänellä olisi jokin mielenterveyden häiriö.

#### *Haasteita palvelujärjestelmälle*

Palvelujärjestelmän osalta haasteena on samanaikaisesti integroidun että tarkoituksenmukaisesti porrastetun palvelujärjestelmän kehittäminen, nuorten elämän nivelvaiheisiin huomion kiinnittäminen palveluita suunniteltaessa, sekä riittävän hyvin resursoitun koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon mahdollisuuksien hyödyntäminen.

- Asianmukaisesti porrastetut ja integroidut palvelut

Mielenterveyden ongelmat tulee nähdä jatkumolla, 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.

Häiriötason psykiatrisen oireilun oikean hoidon tason, soveltuvien psykososiaalisten hoitojen ja lääkehoidon valintaan vaikuttavat todettu sairaus, samanaikaissairastavuus, oireiden laaja-alaisuus ja vaikeusaste, toimintakyky elämän eri alueilla, elämänlaatu, komplisoivat yksilöön ja lähipiiriin liittyvät tekijät, nuoren oma käsitys, mitkä tekijät aiheuttavat hänelle kärsimystä ja toimintakyvyn laskua sekä nuoren ja hänen perheensä toiveet hoidolle. Varhaisen tunnistamisen ja varhaisen tehokkaan/ intensiivisen hoidon merkitys nousee keskeiseksi nuorisopsykiatristen tutkimusten valossa.

Perustason palveluissa (nykyisin perusterveydenhuolto) tulee olla mahdollista hoitaa nuorten lievät ja keskivaikeat komplisoitumattomat mielenterveyden häiriöt. Erikoistasolle, eli nykyiseen nuorisopsykiatrieseen ja psykiatriseen erikoissairaanhoidon, sijoittuvat vaativampi arviointi ja erityistutkimukset, vaikeiden ja komplisoituneiden häiriöiden hoito ja spesifit psykopatologian mukaiset hoito- ja kuntoutusmenetelmät tai niihin ohjaaminen (esimerkiksi Kelan tukemat kuntoutukset). Käytöshäiriöiden hoitamiseksi tarkoitettujen tehokkaiden menetelmien puute tulee korjata kaikilla tasoilla. Päihdehäiriöiden näkeminen erillisenä muusta mielenterveydestä on erityisen hankalaa nuorissa ikäryhmissä ja nuorten päihdepalvelujen tulisi olla selkeästi integroituna osaksi nuorten mielenterveyden palvelujärjestelmää. Sosiaalitoimen / lastensuojelun ja mielenterveyspalvelujen yhteistyö on ensiarvoista, kun kyseessä on nuoren vaikea käytös- ja/tai päihdehäiriö. Alaikäisille päihdehäiriöisille on tarjolla niukasti vieroitushoitoa, jossa olisi riittävä lääketieteellinen asiantuntemus mukana.

Nuorten mielenterveyspalvelujen tulisi koskea kaikkia alle 23-vuotiaita, ja palvelujen tarjoajasta riippumatta kehitysvaiheen erityispiirteet esimerkiksi opiskelukykyisyys ja opiskelukyvyn tukeminen tulisi pystyä huomioimaan.

- Huomio nivelvaiheisiin

Erilaiset siirtymä-/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, työelämään integroitumisen vaiheessa olevat. Tässä putoamisriskissä olevien tunnistamisessa ja hyödyllisimpiin palveluihin ohjaami-

seen tarvitaan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyön lisäksi laajaa yhteistyötä oppilaitosten, työvoimapolitiittisten palveluiden ja esim. nuorisotoimen kanssa. Pääsy palveluihin tulisi olla tarjolla niin sanotusti yhdeltä luukulta.

Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli (Appelqvist-Schmidlechner 2011) on yksi onnistunut esimerkki syrjäytymisuhan tunnistamiseksi ja siihen vaikuttamiseksi pyrkivistä menetelmistä. Kaikille kutsunnan alaisille miehille tarjotaan tilaisuus hakeutua tukipalveluun, ja lisäksi varusmies- tai siviilipalveluksen keskeyttäneet ohjataan kotikunnan ohjaajalle. Ohjaaja selvittää yhdessä asianosaisen kanssa elämäntilannetta, tukitarpeita, voimavaroja ja toimintamahdollisuuksia, pyrkii aktivoimaan omaa toimintaa ja palveluiden käyttöä sekä seuraa selviytymistä.

- Koulun- ja opiskeluterveydenhuollon potentiaali

Koulun- ja opiskeluterveydenhuolto yhdistettynä opiskelijahuollon palveluihin tarjoaa erinomaisen alustan nuorten ikä- ja kehitysvaihespesifille perustasoiselle mielenterveys- ja päihdetyölle, oireilun tunnistamiselle ja varhaisten-lievien häiriötilojen hoidolle. Tämä edellyttää riittävää henkilöstön resursointia eli aikaa nuorten kohtaamiseen ja sitä, että työntekijöillä on asianmukaiset menetelmät ja työvälineet käytettävissä.

## Lisätietoa THL:n verkkosivuilla

Nuorten mielenterveys: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys/nuorten-mielenterveys>

Kouluterveyskysely: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely>

Nuorten syrjäytyminen: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/syrjaytyminen-ja-osallisuus/nuorten-syrjaytyminen>

## Lähteet

- Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S. Nuoret luukulla - Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Tutkimuksesta tiiviisti 3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, helmikuu 2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>
- Ahola K, Joensuu M, Mattila-Holappa P, Tuisku K, Vahtera J, Virtanen M. Mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten tausta. *Suom Lääkäril* 2014;69:3441–8.
- Appelqvist-Schmidlechner K. Time Out! Getting Life Back on Track. A psychosocial support programme targeted at young men exempted from compulsory military or civil service (Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Psykososiaalinen tukipalvelu varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle määrättyille miehille). Väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Tampere 2011.
- Berg N, Kiviruusu O, Karvonen S, Kestilä L, Lintonen T, Rahkonen O, ym. 26-year follow-up study of heavy drinking trajectories from adolescence to mid-adulthood and adult disadvantage. *Alcohol and Alcoholism* 2013;48:452–7.
- Beskow J, Kerkhof A, Kokkola A, Uutela A. Suicide prevention in Finland 1986–1996: External evaluation by an international peer group. 1999. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Monisteita 1999:2.
- Bowers EP, Li Y, Megan K, Kiely MK, Brittan A, Lerner JV, Lerner RM. The five Cs model of positive youth development: A longitudinal analysis of confirmatory factor structure and measurement invariance. *J Youth Adolescence* 2010;39:720–35. doi:10.1007/s10964-010-9530-9
- Brook JS, Brook DW, Zhang C, Seltzer Nm, Finch SJ. Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics* 2013;131:5–13.
- Coughlan H, Cannon M, Shiers D, Power P, Barry C, Bates T, ym. Towards a new paradigm of care: the International Declaration on Youth Mental Health. *Early Interv Psychiatry* 2013;7:103–8.
- Eme, R. Male life-course-persistent antisocial behavior: the most important pediatric mental health problem. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:486–7. doi:10.1001/archpediatrics.2010.44
- Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health* 2005;26:399–419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357

- Heilä H, Laukkala T, Vanhanen H, Blomgren J. Nuorten psykiatrien työkyvyttömyys: Kelan mielenterveyskuntoutuksen näkökulma. *Työterveyslääkäri* 2015;2:66–71.
- Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Fröjd S. Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? *Suom Lääkäril* 2015;70:1908–12.
- Kaltiala-Heino R, Welling J, Fröjd S. Tamperelaisten 9-luokkalaisten mielenterveys lukuvuosina 2002-3 ja 2012-13. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarjan julkaisu 1/2014. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=36894>.
- Karlsson L, Ruutu T, Kiviruusu O, Heilä H, Holi M, Kettunen K, et al. Current comorbidity among consecutive adolescent psychiatric outpatients with DSM-IV mood disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:220–31.
- Kekkonen V, Kivimäki P, Laukkanen E. Vaikuttaako alkoholi nuorten aivojen kehitykseen? *Suom Lääkäril* 2014;69:549–54.
- Kela/tilastoryhmä. Kelan eläke-etuuksien saajien määrä vähenee. Tilastokatsaus, 25.02.2015. [www.kela.fi/tilastot](http://www.kela.fi/tilastot). Kela, 2015. [http://www.kela.fi/documents/10180/1630864/Kelan\\_eläke\\_etuuksien\\_maara\\_vahenee.pdf/32e5ea4-b2dd-4bee-b2c5-3687c09f2a3f](http://www.kela.fi/documents/10180/1630864/Kelan_eläke_etuuksien_maara_vahenee.pdf/32e5ea4-b2dd-4bee-b2c5-3687c09f2a3f)
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso S, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359–64.
- Kestilä LK, Koskinen S, Kestilä L, Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Aro H. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: Riskitekijät ja terveyspalvelujen käyttö. *Suom Lääkäril* 2007;62:3979–86.
- Keyes C, Eisenberg D, Perry G, Dube S, Kroenke K, Dhingra S. The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *J Am Coll Health* 2012;60:126–33.
- Kontula O, Meriläinen H. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestö-tutkimuskeskus. Katsauksia E 26. Helsinki 2007: Väestöliitto.
- Koskenvuo K, Kempainen H, Pösö R. Nuoret eläkkeensaajat. Kela Työpapereita 60/2014. [www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus). <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135525/Tyopapereita60.pdf?sequence=1>
- Kotiharju A. Rakuunamäen Lasten talo kasvaa. *Etelä-Saimaa* 24.6.2015, s. 6.
- Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 23–8.
- Lehti V, Gissler M, Suvisaari J, Manninen M. Induced abortions and birth outcomes of women with a history of severe psychosocial problems in adolescence. *Eur Psychiatry* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.005>
- Lerner RM, Alexander von Eye A, Lerner JV, Lewin-Bizan S, Bowers EP. Special issue introduction: The meaning and measurement of thriving: A view of the issues. *J Youth Adolescence* (2010) 39:707–719. doi:10.1007/s10964-010-9531-8
- Lindberg N, Ranta K, Gergov V, Strandholm T, Tainio V-M, Ehrling L, Marttunen M. Nuorten käytöshäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot. Systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2015;70:1913–8.
- Lindfors P, Kivivuori J, Mattila V, Rimpelä A. Occurrence of violence among 12-18-year-old adolescents in 1999 and 2009 in Finland. *Eur J Public Health* 2013;23:699-700. doi:10.1093/eurpub/ckt050
- Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology* 2007;32:643–54.
- Luopa P, Kivimäki H, Matikka A, Vilkki Suvi, Jokela J, Laukkari-Enssi, Paananen Reija. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-2013 - Kouluterveyskyselyn tulokset. THL Raportti: 2014\_025. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-280-5>
- Lähtenmäki S, Saarni S, Suokas J, Saarni S, Perälä J, Lönnqvist J, Suvisaari J. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nord J Psychiatry*. 2014;68:196-203. doi: 10.3109/08039488.2013.797021.
- Lönnqvist J, Henriksson M, Isometsä E, Marttunen M. Itsetuhokäyttäytyminen. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.). *Psykiatria*. 11. uudistettu painos. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim, 2014:578-597. ISBN978-951-656-490-9
- Manninen M. Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste. Väitöskirja, Helsingin yliopisto ja THL. THL Tutkimus 112. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-968-8>
- Manninen M, Lindgren M, Huttunen M, Ebeling H, Moilanen I, Kalska H, Suvisaari J, Therman S. Low verbal ability predicts later violence in adolescent boys with serious conduct problems. *Nord J Psychiatry* 2013;67:289-97. doi:10.3109/08039488.2012.738245
- Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Peña S, Saarni S, ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – Results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord* 2015;173:73–80. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.015
- Marttunen M, Haravuori H, Santalahti P. Lasten ja nuorten mielenterveys ja syrjäytyminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2014;51:143–5.
- Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *Am Psychol* 1998;53:205-20.
- McGorry P. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Med J Aust* 2007;187(7Suppl):S53–6.
- Mikkonen K, Nikander K, Voutilainen A. Koulun ja terveydenhuollon keinot oppimisvaikeuksien tunnistamisessa ja hoidossa. *Suom Lääkäril* 2015;70:801–7.

- Morgan C, Burn T, Fitzpatrick R, Pinfold V, Priebe S. Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *Br J Psychiatry* 2007;191:477–83.
- Murphey D, Barry M, Vaughn B. Positive Mental Health: Resilience. *Child Trends*. Publication # 2013-3. [http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child\\_Trends-2013\\_11\\_01\\_AHH\\_Resilience.pdf](http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2013_11_01_AHH_Resilience.pdf)
- Myrskylä P. Hukassa – Keitä ovat syrjäytyneet nuoret? Eva analyysi No 19. 1.2.2012. [www.eva.fi](http://www.eva.fi)
- Niemelä S. Nuorten päihdehäiriöiden hoito ja päihdepalveluiden kehittäminen. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi, Konsensuskokoos 2010. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Vammalan kirjapaino 2010, s. 110–8. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/fl1595320904/konsensus2010/artikkelikirja.pdf>
- Nock MK, Green MG, Hwang I. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behaviour among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:300–10.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 – tutkimusaineiston valossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 52/2012. Helsinki, 2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>
- Pelkonen M, Karlsson L, Marttunen, M. Adolescent suicide: epidemiology, psychological theories, risk factors and prevention. *Curr Pediatr Rev* 2011;7:52–67.
- Pirkanen M. Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi - toimintaohjeita 2011. [https://www.thl.fi/documents/605877/747474/varh\\_puutt\\_malli\\_toimintaohj\\_AD\\_SUME.pdf](https://www.thl.fi/documents/605877/747474/varh_puutt_malli_toimintaohj_AD_SUME.pdf)
- Pylkkänen K. Nuorisopsykiatrian avohoidon tarpeeseen ja kysyntään perustuvat palvelujen saatavuuden laatu- ja kysyntäsuositukset – Tiivistelmä Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen laatuprojektista, Osa I. 2011.
- Pylkkänen K ja Laukkanen E. Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin. *Suom Lääkäril* 2011;66:2316–7.
- Pylkkänen K ja Laukkanen E. Nuorisopsykiatrisen avohoito toteutuu kohtalaisesti. *Näkökulma*. *Suom Lääkäril* 2013;68:1164–65.
- Raitasalo K, Huhtanen P, Miekka M, Ahlström S. Nuorten päihdeiden käyttö Suomessa 1995–2011. ESPAD -tutkimusten tulokset. THL Raportti 59/2012. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90828/URN\\_ISBN\\_978-952-245-735-6.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90828/URN_ISBN_978-952-245-735-6.pdf?sequence=1)
- Raitasalo R Maaniemi K. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. Kela Nettityöpapereita 23/2011. Helsinki 2011. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25936/Nettityopapereita23.pdf>
- Salmi V. Nuorten rikoskäyttäytyminen ja uhrikokemukset 2012. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 113. <http://www.optula.om.fi/1347273618100>
- Santalahti P, Sourander, A Piha J. Lasten mielenterveyspalveluiden käyttö. *Duodecim* 2009;125:959–64.
- Savolainen J, Hugher LA, Mason WQ, Hurtig TM, Taanila AM, Ebeling H, Moilanen IK, Kivivuori J. Antisocial propensity, adolescent school outcomes, and the risk of criminal conviction. *J Res Adolesc* 2011;22:54–64.
- Scholtens S, Rydell A-M, Yang-Wallentin F. ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation. A longitudinal study. *Scand J Psychol* 2013;54:2015-212.
- Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, ym. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:1575–83.
- Solantaus T, Paavonen J. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. *Duodecim* 2009;125:1839–44.
- Sourander A, Elonheimo H, Niemelä S, ym. Childhood predictors of male criminality: a prospective, population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:578–86.
- Suldo S, Shaffer E. Looking beyond psychopathology: the dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review* 2008;37:52–68.
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni SI, Perälä J, ym. Mental disorders in young adulthood. *Psychol Med* 2009;39:287-9999. doi:10.1017/S0033291708003632
- Suvisaari J. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden ja sairastuvuuden kehitys Suomessa. Tämä raportti
- Taanila A, Ebeling H, Tiihala M, Kaakinen M, Moilanen I, Hurtig T, Yliherva A. 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* 2014;18:61–72.
- Tilastokeskus. Kuolemansyyt 2013. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2014, Helsinki 30.12.2014. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt\\_2013\\_2014-12-30\\_fi.pdf](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_fi.pdf)
- Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A, Marttunen M, Luukkaala T, Rimpelä M. Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents - repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health* 2014;14:408-18. doi:10.1186/1471-2458-14-408
- Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, Vol. 26 No. S1 doi:10.1093/heapro/dar075
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, ym. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575–1586.