



Kouluikäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa

Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien
menetelmien käyttöön

Terhi Aalto-Setälä
Eeva Huikko
Kaija Appelqvist-Schmidlechner
Henna Haravuori
Mauri Marttunen



Ohjaus 6 • 2020

Kouluikäisten
mielenterveysongelmien
tuki ja hoito perustason palveluissa

Opas tutkimiseen, hoitoon ja
vaikuttavien menetelmien käyttöön



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Seija Puro
Kannen kuva: Shutterstock

ISBN 978-952-343-546-9
ISSN 2341-8095

ISBN 978-952-343-547-6 (verkko)
ISSN 2323-4172 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-547-6>

PunaMusta Oy
Vantaa 2020

Esipuhe

Tämä opas on laadittu sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Opas on tarkoitettu perustasolla hoidettavien 7–15-vuotiaiden lasten ja nuorten lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen, tutkimuksen ja hoidon apuvälineeksi. Vastaava opas tuotettiin STM:n aiemmassa hankkeessa opiskeluterveydenhuoltoon (Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Haravuori ym. 2016). Opasta laadittaessa on irrottauduttu tämänhetkisistä palvelurakenteista ja sen sijaan pyritty esittelemään tuloksellisen työskentelyn mahdollistavia toimintatapoja. Oppaassa kuvataan työskentelyä käytännönläheisesti ja konkreettisesti, jotta se soveltuisi myös uusille ja kokemattomille työntekijöille.

Oppaan kirjoittamistyön eri vaiheissa saatiin palautetta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, sosiaali- ja terveysministeriön ja Opetushallituksen asiantuntijoilta sekä kunnissa toimivilta terveyden- ja sosiaalihuollon sekä opetustoimen asiantuntijoilta ja muilta lasten ja nuorten kanssa toimivilta tahoilta.

Oppaan ohjausryhmältä olemme saaneet arvokasta palautetta oppaan rakenteeseen liittyvissä kysymyksissä. Ohjausryhmässä on yhdessä arvioitu erityisesti suositusten soveltuvuutta palvelujärjestelmään, yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit huomioiden.

Useat henkilöt ovat auttaneet oppaan työstämisessä sen eri vaiheissa, muun muassa vastaamalla kirjoittajien kysymyksiin, kommentoimalla oppaan sisältöä ja tekstejä tai tuottamalla tekstiä.

Kiitämme lämpimästi seuraavia henkilöitä: Merja Aalto, Mari Ahlström, Eeva Aronen, Hanna Ebeling, Liisa Eloranta, Jorma Fredriksson, Janne Frilander, Kati Granlund, Noora Halme, Marjo Hannukkala, Mia Hellstén, Sanna Hemnell, Aila Kankaanpää, Jarno Kantola, Piia Karjalainen, Max Karukivi, Anne Kiviharju, Tuula Kock, Helmi Koistinen, Silja Kosola, Mai Kujala, Tiina Kuusinen, Kari Lappi, Ilona Luoma, Annika Malmi, Heikki Merimaa, Mervi Mikkonen, Essi Muinonen, Kaisa Mölläri, Anu Niemi, Minna Nikula, Juulia Paakkunainen, Anniina Pesonen, Marika Pesu, Kaija Puura, Aila Puustinen-Korhonen, Anita Puustjärvi, Klaus Ranta, Piia Ruutu, Anne Salin, Anne Salminen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Heidi Somersalo, Andre Sourander ja Nina Tamminen. Erityisesti kiitämme dosentti Juulia Paavosta oppaan unen huoltoon ja unihäiriöiden hoitoon liittyvästä osuudesta sekä käsikirjoituksen kommentoinnista. Kirsti-maria Kuroselle ja Seija Purolle kiitoksemme miellyttävästä yhteistyöstä oppaan painoasuun saattamisessa.

Helsingissä 1.9.2020

Terhi Aalto-Setälä

Eeva Huikko

Kaija Appelqvist-Schmidlechner

Henna Haravuori

Mauri Marttunen

Kirjoittajat

Terhi Aalto-Setälä,

LT, lastenpsykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö

Eeva Huikko,

lastenpsykiatrian erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö

Kaija Appelqvist-Schmidlechner,

dosentti, erikoistutkija,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö

Henna Haravuori,

dosentti, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, vieraileva tutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö

Mauri Marttunen,

Nuorisopsykiatrian professori HY ja HUS,
psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, vieraileva tutkija,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö

Ohjausryhmä

Marke Hietanen-Peltola, ylilääkäri, THL

Maire Kolimaa, neuvotteleva virkamies, STM

Kristiina Laitinen, opetusneuvos, Opetushallitus

Arja Ruponen, neuvotteleva virkamies, STM

Jaana Suvisaari, tutkimusprofessori, THL

Helena Vorma, lääkintöneuvos, STM

Heidi Somersalo, ylilääkäri, Helsingin kaupunki, ohjausryhmässä 12/2019 asti

Heikki Luoto, toiminnanjohtaja, Nuorten mielenterveysseura – Yeesi ry, ohjausryhmässä 5/2019 asti

OSA I · Mielenterveyspalvelut

- 1 Mielenterveys**
- 2 Kouluikäisten mielenterveyspalvelut**

OSA II · Tutkiminen, tukeminen ja hoito

- 3 Mielenterveysongelmien tutkiminen**
- 4 Yleistä tukea antavia toimintamalleja ja menetelmiä**
- 5 Häiriöiden tunnistaminen ja hoito**

OSA III · Menetelmät ja välineet

- 6 Oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja**
- 7 Näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä**
- 8 Mielenterveyttä edistäviä menetelmiä**

Sisällys

Johdanto	13
----------------	----

OSA I · Mielen terveyspalvelut

1 Mielen terveys.....	18
------------------------------	-----------

1.1 Mielen terveys käsitteenä	18
1.1.1 Mielen terveydellä on kaksi ulottuvuutta	18
1.1.2 Mielen terveys on voimavara, jota voi kehittää ja hyödyntää	20
1.1.3 Mielen hyvinvointi suojaa vastoin käymisissä ja vaikeuksissa	20
1.1.4 Mielen terveyttä vahvistetaan mielen terveystaidoilla	21
1.2 Mielen terveyden kenttä	21

2 Kouluikäisten mielen terveyspalvelut	25
---	-----------

2.1 Hoitoa järjestävät toimijat perus- ja erityistasolla	26
2.1.1 Terveydenhuollon mielen terveyspalvelut	26
2.1.2 Perheneuvoloiden tarjoama hoito	26
2.2 Perustason mielen terveyttä edistävät ja tukevat palvelut	27
2.2.1 Opiskeluhoito	27
2.2.2 Sosiaalihuollon palvelut ja lastensuojelu	28
2.2.3 Nuorisotyö	31
2.2.4 Perhekeskus	31
2.3 Muita lapsiperheiden palveluverkkoon kuuluvia toimijoita	31
2.3.1 Kelan järjestämät palvelut	31
2.3.2 Aikuisten mielen terveyspalvelut	31
2.3.3 Päihdepalvelut	32
2.3.4 Järjestöt, yksityiset toimijat ja seurakunnat	32
2.4 Mielen terveyden edistäminen kouluissa	32
2.4.1 Mielen terveyden edistäminen kouluterveydenhuollon, opiskeluhoollon ja opettajien yhteistyönä	34
2.4.2 Mielen terveyden edistämisen painopistealueet kouluissa	34
2.5 Lasten ja nuorten mielen terveyshäiriöiden hoidon porrastus	35
2.5.1 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet	37
2.6 Erikoissairaanhoidon konsultaatiot perustasolle	39
2.6.1 Hyvä käytäntö: HUS varhain	40
2.6.2 Hyvä käytäntö: Psykiatriset sairaanhoitajat Turun yläkouluissa	40
2.7 Osaaminen, koulutus ja työnohjaus	41
2.8 Mielen terveyden tilastointi	43
2.8.1 Käytisyy	43
2.8.2 Toimenpidekoodit	43
2.9 Tiedon kulku mielen terveyden toimijoiden kesken	47

OSA II · Tutkiminen, tukeminen ja hoito

3	Mielenterveysongelmien tutkiminen	52
3.1	Tutkimuksen sisältö	52
3.1.1	Kehitys- ja taustatietojen kerääminen	53
3.1.2	Oirekyselyt ja arviointiasteikot tiedonkeruun apuvälineinä	54
3.1.3	Lapsen tai nuoren haastattelu	55
3.1.4	Vanhempien haastattelu	56
3.1.5	Lääkärin tekemä diagnostinen tutkimus	60
3.2	Kiireellisyden ja kokonaistuen tarpeen arviointi	62
3.3	Hoitosuunnitelma	63
3.4	Jos yhteistyö ei käynnisty	64
3.5	Erityiskysymys: Koulunkäytikyvyn arviointi	66
4	Yleisiä tukea antavia toimintamalleja ja menetelmiä	69
4.1	Yleiset tukimenetelmät	69
4.1.1	Kuormituksen keventäminen	69
4.1.2	Unen huolto ja riittävän nukkumisen tukeminen	74
4.1.3	Lasten ja nuorten digitaalisen median käyttöön liittyvä ohjaus	76
4.1.4	Psykoedukaatio lapselle, nuorelle ja vanhemmalle	81
4.1.5	Vanhempainohjaus	85
4.2	Muita tukimenetelmiä	87
4.2.1	Verkkopohjaiset oma-apuohjelmat	87
4.2.2	Vuorovaikutustaitojen, tunnesäätelyn ja toiminnanohjauksen tukeminen	90
4.2.3	Tukea antavat sekä muutosta ja sopeutumista edistävät keskustelumenetelmät lapsille, nuorille ja vanhemmille	93
4.2.4	Kognitiiviset työmenetelmät	99
4.2.5	Toimiva lapsi ja perhe -menetelmät	104
4.2.6	Verkostotyöskentely	105
4.2.7	Hyvä käytäntö: Resetti-ryhmätoiminta ja Resetti-perheluokat	107
5	Häiriöiden tunnistaminen ja hoito	109
5.1	Ahdistuneisuushäiriöt	109
5.1.1	Tietoa häiriöistä	109
5.1.2	Hoidon porrastus	110
5.1.3	Keskeinen oirekuva	110
5.1.4	Oirekyselyt diagnostiikan tukena	111
5.1.5	Diagnoosi ja erotusdiagnoosit	112
5.1.6	Hoito perustasolla	112
5.2	Masennusoireilu ja mielialahäiriöt	118
5.2.1	Tietoa häiriöistä	118
5.2.2	Hoidon porrastus	118
5.2.3	Keskeinen oirekuva	119
5.2.4	Oirekyselyt diagnostiikan tukena	119
5.2.5	Diagnoosi ja erotusdiagnoosit	121
5.2.6	Hoito perustasolla	122

5.3 Itsetuhoisuus ja viiltely	127
5.3.1 Itsetuhoisuuden riskin arviointi	127
5.3.2 Hoidon porrastus	130
5.3.3 Tukitoimet perustasolla	130
5.3.4 Viiltely	131
5.4 Käytöshäiriöt	132
5.4.1 Tietoa häiriöistä	132
5.4.2 Hoidon porrastus	132
5.4.3 Keskeinen oirekuva	133
5.4.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena	133
5.4.5 Diagnoosi ja erotusdiagnoosit	133
5.4.6 Hoito perustasolla	135
5.5 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ADHD	139
5.5.1 Tietoa häiriöstä	139
5.5.2 Hoidon porrastus	139
5.5.3 Keskeinen oirekuva	140
5.5.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena	140
5.5.5 Diagnoosi ja erotusdiagnoosit	141
5.5.6 Hoito perustasolla	143
5.6 Autismikirjon häiriöt	148
5.6.1 Tietoa häiriöistä	148
5.6.2 Hoidon porrastus	148
5.6.3 Keskeinen oirekuva	149
5.6.4 Diagnoosi	149
5.6.5 Hoito perustasolla	150
5.7 Nykimisoireet ja Touretten oireyhtymä	152
5.7.1 Tietoa häiriöstä	152
5.7.2 Hoidon porrastus	153
5.7.3 Keskeinen oirekuva	153
5.7.4 Diagnoosi	154
5.7.5 Hoito perustasolla	154
5.8 Pakko-oireinen häiriö	155
5.8.1 Tietoa häiriöstä	155
5.8.2 Hoidon porrastus	155
5.8.3 Keskeinen oirekuva	155
5.8.4 Diagnoosin perusteet	156
5.8.5 Hoito perustasolla	156
5.9 Valikoiva puhumattomuus	157
5.9.1 Tietoa häiriöstä	157
5.9.2 Hoidon porrastus	157
5.9.3 Keskeinen oirekuva	157
5.9.4 Diagnoosi	158
5.9.5 Hoito perustasolla	158

5.10	Syömishäiriöt	160
5.10.1	Tietoa häiriöistä	160
5.10.2	Hoidon porrastus	161
5.10.3	Keskeinen oirekuva	162
5.10.4	Oirekyselyt diagnostiikan tukena	164
5.10.5	Diagnoosi	164
5.10.6	Hoito perustasolla	166
5.11	Unihäiriöt	170
5.11.1	Tietoa unesta ja sen häiriöistä	170
5.11.2	Hoidon porrastus	170
5.11.3	Keskeinen oirekuva	170
5.11.4	Diagnoosi	171
5.11.5	Hoito perustasolla	174
5.12	Stressi- ja traumaperäiset häiriöt	178
5.12.1	Tietoa häiriöistä	178
5.12.2	Hoidon porrastus	180
5.12.3	Keskeinen oirekuva	180
5.12.4	Oirekyselyt diagnostiikan tukena	181
5.12.5	Diagnoosi ja erotusdiagnoosit	182
5.12.6	Hoito perustasolla	184
5.13	Nuorten psykoosin kaltaiset oireet ja psykoosisairaudet	188
5.13.1	Tietoa häiriöstä	188
5.13.2	Hoidon porrastus	189
5.13.3	Keskeinen oirekuva	189
5.13.4	Oirekyselyt diagnostiikan tukena	190
5.13.5	Hoito perustasolla	190
5.14	Päihdeongelmat ja päihdehäiriöt	190
5.14.1	Tietoa häiriöistä	190
5.14.2	Hoidon porrastus	192
5.14.3	Keskeinen oirekuva	193
5.14.4	Käyttö- ja oirekyselyt arvioinnin tukena	193
5.14.5	Päihteen haitallisen käytön tunnistaminen ja häiriöiden diagnostiikka	194
5.14.6	Hoito perustasolla	195
5.15	Erityiskysymys: Runsaat koulupoissaolot	197
5.15.1	Taustalla olevien syiden selvittely	197
5.15.2	Mielenterveyden ongelmat runsaiden poissaolojen taustalla	197
5.15.3	Milloin puuttua	198
5.15.4	Toimenpiteet	199

OSA III · Menetelmät ja välineet	
6	Oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja 206
6.1	Kokonaisoirekyselyä ja toimintakykyä kartoittavat kyselyt ja arviointiasteikot 206
6.1.1	SDQ-kysely – Vahvuudet ja vaikeudet 207
6.1.2	Viiv-kysely (FTF, Five to Fifteen, 5–15R) 208
6.1.3	Työntekijän käyttöön tarkoitetut arviointiasteikot 208
6.1.4	Yläkouluikäisille lisäksi soveltuvat arviointimenetelmät. 209
6.2	Häiriö- ja ongelmakohtaiset oirekyselyt aakkosjärjestyksessä 210
6.2.1	ADHD-oirekysely 212
6.2.2	ADSUME nuorten päihdemittari 213
6.2.3	ASSQ – autismitietäjien häiriön seulonta 214
6.2.4	AUDIT-kysely – alkoholin käytön arviointi 214
6.2.5	CRIS 8 – lasten traumaperäisten oireiden kysely 215
6.2.6	GAD-7 – yleisen ahdistuneisuushäiriön oirekysely 215
6.2.7	HONC-nikotiiniriippuvuus. 216
6.2.8	IAT-P-nettiriippuvuuskysele. 216
6.2.9	Kannabiksen käytön riskit 217
6.2.10	MDQ – kaksisuuntaisen mielialahäiriön kysely 217
6.2.11	Mini-SPIN – nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden kysely 218
6.2.12	Nuuska-testi-nikotiiniriippuvuuskysele 218
6.2.13	PHQ-2 – lyhyt mielialakysely 219
6.2.14	PHQ-9-mielialakysely 219
6.2.15	PQ-B – psykoosin kaltaisten oireiden kysely 220
6.2.16	RBDI-mielialakysely 220
6.2.17	SAS-SV-älypuhelinriippuvuuskysele 221
6.2.18	SCARED-ahdistuneisuuskysele 221
6.2.19	SCOFF-syömishäiriökysele 222
6.2.20	SMFQ-mielialakysely 222
6.2.21	SRAS-R-koulupoissaolokysely 223
6.2.22	TSQ – traumaperäisten oireiden kysely 223
6.2.23	UHKA-seula – väkivaltariskin arviointi 224
6.2.24	YP-CORE – hoidon seuranta-kysely 224
7	Näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä 226
7.1	Menetelmien näyttöön perustuva arviointi ja evidence based -käytännöt. 226
7.2	Kasvun tuki -sivusto 227
7.3	Käypä hoito -suositukset 228
7.4	Hoitomenetelmiä aakkosjärjestyksessä 229
7.4.1	Cool Kids lasten ja nuorten ahdistuneisuuden ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa 229
7.4.2	EMDR-menetelmä traumaperäisten oireiden hoidossa 229
7.4.3	Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmä käytöksellään oireilevien alakouluikäisten vanhemmille 230
7.4.4	Interpersoonallinen psykoterapia (IPT-A) masentuneille nuorille. 230
7.4.5	IPC-ohjaus yläkouluikäisille, joilla on masennusoireita tai masennus 231
7.4.6	Kognitiivinen käyttäytymisterapia 231
7.4.7	Narratiivinen altistusterapia 232
7.4.8	Lyhyt psykodynaaminen lyhytpsykoterapia masennustilan hoidossa. 232
7.4.9	Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia 233
7.4.10	Voimaperheet: Vanhempainohjausohjelma alakouluikäisten lasten käytösongelmien hoitoon. 233

8	Mielenterveyttä edistäviä menetelmiä	235
8.1	Peruskouluikäisten lasten ja nuorten mielenterveyttä edistävät menetelmät	235
8.2	Kohdennettua tukea tarvitseville kehitetyt menetelmät	237
8.2.1	Icehearts	237
8.2.2	SISUKAS-toimintamalli.....	237
8.2.3	Aggression replacement training (ART).....	238
8.2.4	Aggression portaat.....	238
8.3	Lasten ja nuorten tunne-, vuorovaikutus- ja mielenterveysosaamista kehittävät menetelmät ..	239
8.3.1	FRIENDS.....	239
8.3.2	Elämisen taitoja – Lions Quest.....	240
8.3.3	b-ohjelma (Tietoisuustaidot koulussa)	240
8.3.4	Älyä tunteet – apukäsi lasten tunnetaitojen vahvistamiseen	241
8.3.5	Draamamenetelmiin pohjautuva ohjelma.....	241
8.4	Työntekijöiden tunne-, vuorovaikutus- ja mielenterveysosaamista kehittävät menetelmät.....	242
8.4.1	Ihmeelliset vuodet -ryhmänhallintamenetelmä.....	242
8.4.2	Kannustava vuorovaikutus -ohjelma	243
8.4.3	Toimiva koulu.....	243
8.5	Kouluyhteisön toimintakulttuuria kehittävät menetelmät	244
8.5.1	KiVa Koulu.....	244
8.5.2	ProKoulu	244
8.5.3	Yhteispeli	245
8.5.4	Kodin ja koulun yhteistyö.....	246
8.5.5	Luontevahvuuksien opetusohjelma.....	246
8.5.6	Pysyvät pienryhmät.....	247
8.6	Lasten vertaistoimintaa ja osallisuutta tukevat menetelmät	247
8.6.1	Kummi- ja tukioppilastoiminta	247
8.6.2	VERSO-vertaissovittelu.....	248

Liitteet **251**

Liite 1.	Esimerkkejä kolmannen sektorin tarjoamista lasten ja nuorten mielenterveyttä tukevista ja edistäväistä palveluista
Liite 2.	LAPS-lomake
Liite 3.	Nuorten kiireettömän hoidon arviointilomake
Liite 4.	Tapahtumakysely
Liite 5a.	Lastensuojeluilmoituksen perusteet ja ilmoituksen tekeminen käytännössä.
Liite 5b.	Lapsen kaltoinkohtelu – tietoa ja määritelmiä
Liite 6a.	Unihaastattelu
Liite 6b.	Unikysely
Liite 6c.	Unipäiväkirja
Liite 6d–g.	Neljä esimerkkiä erilaisista unipäiväkirjoista ja niiden tulkinnaasta ja toimenpiteistä ongelman korjaamiseksi:
	d. Jatkuvasti aamuisin myöhästelevä lapsi tai nuori
	e. Paljon pelaava lapsi tai nuori
	f. Lapsi tai nuori, jolla yö- ja päivärytmi on sekaisin
	g. Masentunut lapsi tai nuori
Liite 7a.	Ongelmanratkaisusuunnitelman tekeminen ja arviointi
Liite 7b.	Ongelmanratkaisun kuusi askelmaa -työskentelylomake

- Liite 8a–c. Tunnepäiväkirjan käyttö tunteiden tunnistamisen harjoittelussa:
 - a. Tunteiden tunnistamisen harjoittelusta
 - b. Tunnepäiväkirjan käyttö tunneharjoittelussa
 - c. Tunteiden tunnistamisen lisäharjoituksia
- Liite 9. Haasta ajatuksesi -harjoitus
- Liite 10. Kaksi hengitysharjoitusta
- Liite 11. Myönteinen toiminta -harjoitus
- Liite 12a. Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 6–12-vuotiaan lapsen vanhemmille.
- Liite 12b. Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 13–19-vuotiaan nuoren vanhemmille.
- Liite 12c. Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 13–19-vuotiaille nuorille.
- Liite 13a. Kouluikäisen pakolaistaustaisen lapsen tukeminen traumatisoivien kokemusten jälkeen: neuvoja vanhemmalle
- Liite 13 b. Kouluikäisen pakolaistaustaisen nuoren tukeminen traumatisoivien kokemusten jälkeen: neuvoja vanhemmalle
- Liite 14. Päihdehäiriöt, päihteiden haitallinen käyttö ja riippuvuus: diagnostiset kriteerit.
- Liite 15. CGAS psyykkisen tilan arviointi 0–17-vuotiaille
- Liite 16. Älypuhelimien riippuvuusasteikko SAS-SV (Smartphone addiction scale – short version for adolescents)

Johdanto

Valtaosa suomalaisista lapsista ja nuorista voi hyvin. Erilaiset mielenterveyteen liittyvät ongelmat ovat kuitenkin varsin yleisiä. Mielenterveyshäiriöitä on arvioitu esiintyvän 10–15 prosentilla lapsista ja 20–25 prosentilla nuorista. Yleisimpiä ovat ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), käytöshäiriö sekä nuoruusiässä yleistyvät päihdehäiriöt ja syömishäiriöt. On tavallista, että lapsella tai nuorella on samanaikaisesti useampi häiriö.

Lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden ei ole todettu oleellisesti lisääntyneen viime vuosikymmeninä. Sen sijaan lasten ja nuorten eri tutkimuksissa itse raportoima mielenterveysoireilu on lisääntynyt, erityisesti tytöillä. Aikuisten kyky tunnistaa ongelmia on parantunut, ja apua haetaan aiempaa useammin. Arjen kehitysympäristöissä saatavissa oleva tuki on lasten ja nuorten itse kuvaamana kuitenkin riittämätöntä: Kouluterveyskyselyssä 2019 yli 40 prosenttia mielialastaan huolissaan olleista peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista koki, ettei ollut saanut tarvitsemaansa tukea koulun aikuisilta tai muista palveluista. Peruskoulun 4.–5.-luokkalaisista vain joka toinen koki, että oli voinut keskustella koulun aikuisen kanssa mieltään painavista asioista. Samanaikaisesti erikoissairaanhoidon palveluihin ohjautuminen ja niiden avohoidon käyntimäärät ovat lisääntyneet huomattavasti.

Sosiaali- ja terveysministeriön kiirettömän hoidon kriteerit määrittävät lasten ja nuorten lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoitamisen perustason tehtäväksi. Tämänhetkiset kouluikäisten perustason mielenterveyspalvelut ovat kuitenkin riittämättömiä, rakenteellisesti pirstaleisia ja monin paikoin yhtenäinen toiminnallinen koordinaatio palvelujen kesken puuttuu. Terveyskeskuksilla on lakisääteinen mielenterveyden häiriöiden hoitamisen velvoite, mutta käytännössä lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöitä hoidetaan muissa perustason palveluissa. Kouluterveydenhuollon, opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelujen sekä sosiaalipalveluihin kuuluvan kasvatus- ja perheneuvolan lakisääteisenä tehtävänä on tukea ja edistää mielenterveyttä sekä tarjota varhaista tukea. Vaikka varsinainen mielenterveyshäiriöiden hoito ei sisälly näiden palvelujen tehtäviin, kasvatus- ja perheneuvoloiden rooli lasten ja nuorten mielenterveyden perustason hoidossa on ollut keskeinen.

Terveyspalveluiden eri ammattiryhmien keskinäinen yhteistyö samoin kuin yhteistyö opiskeluhuollon ja muiden peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon kanssa on saattanut olla koordinoimatonta, eivätkä toimintaa ja tiedonkulkua tukevat yhteistyörakenteet ole aina toimineet. Erikoissairaanhoidon ja lähipalvelujen välinen yhteistyö on monin paikoin ollut riittämätöntä mahdollistamaan porrasteisen mielenterveystyön. Harvoissa kunnissa on ollut riittävästi käytössä tutkitusti vaikuttavia, perustasolle soveltuvia hoitomenetelmiä. Käytännössä palvelut ovat voineet eri kunnissa vaihdella suuresti sekä järjestämistavaltaan että sisällöllisesti. Oppaan tavoitteena on yhdenvertaista lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluja tarjoamalla työntekijöille työkaluja ja menettelytapoja, joilla toimia tavallisimpien kouluikäisten mielenterveysongelmien kohdalla.

Lisäksi epäyhtenäisten ja puutteellisten kirjaamiskäytäntöjen vuoksi perustasolla tehty mielenterveystyö on jäänyt osittain näkymättömäksi. Opas pyrkii yhtenäistämään myös tilastointia kannustamalla toimenpidekoodien käyttöön. Työn sujuvoittamiseksi oppaassa annetaan esimerkkejä koodien käytöstä. Tilastoinnin yhdenmukaistaminen mahdollistaa palveluiden laadun ja yhdenvertaisen saatavuuden seurannan ja on edellytys sisällön ja resurssien kehittämistyölle.

Mielenterveyshäiriöiden hoidon yhdenvertainen saatavuus perustasolla edellyttää hoito- ja koordinaatiovastuun selkeyttämistä. Lähipalveluja tulee vahvistaa lisäämällä työntekijöiden osaamista, ottamalla käyttöön vaikuttavia hoitomenetelmiä sekä kohdentamalla henkilöstöresursseja perustasolle. Lasten ja nuorten psykoterapioiden ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja ylläpito on ollut yliopistollisten

keskussairaaloitten vastuulla vuoden 2018 alusta. Useimmat menetelmät edellyttävät käyttäjiltään erityistä lisä- tai täydennyskoulutusta ja työhohjausta menetelmän käyttöön. Tämä on syytä huomioida palveluketjuja ja resursointia suunniteltaessa.

Mielenterveystyö on tyypillisesti lähtökohdiltaan moniammatillista. Lääkärin tehtäviin kuuluu diagnostiikka, hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelu. Tunnistamiseen, arviointiin ja hoidon toteutukseen osallistuu sen sijaan useita eri ammattiryhmiä, myös muita kuin terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvia, esimerkiksi sosiaalityöntekijöitä ja opiskeluhoollon työntekijöitä. Kouluympäristössä myös opettajilla on merkittävä rooli mielenterveyden edistämässä, ongelmien tunnistamisessa ja käytännön tukitoimien tarjoamisessa. Opas tarjoaa tietoa ja välineitä tunnistamiseen ja tukemiseen myös heille.

Oppaan sisältö ja rakenne

Kuten muissakin sairauksissa, mielenterveyshäiriöissä hoitosuunnitelma perustuu huolelliseen diagnostiikkaan. Eri häiriöiden ominaispiirteitä ja diagnostista luokittelua esitellään oppaassa melko yksityiskohtaisesti.

Oirekyselyt tukevat diagnostista tiedonkeruuta ja niiden tarpeenmukainen käyttö kuuluu oleellisena osana lasten- ja nuorten mielenterveyden häiriöiden tutkimiseen.

Oppaassa esiteltävistä yleisen tuen ja hoidon menetelmistä on vankkaa käyttökokemusta sekä useita myös vaikuttavuusnäyttöä. Häiriötasoisien oireilun hoitomenetelmistä on otettu mukaan vain sellaiset, joiden vaikuttavuudesta kyseessä olevan häiriön hoidossa on tutkimusnäyttöä.

Lääkehoitoa esitellään oppaassa siltä osin kuin se perustason hoidossa on tarpeellista. Esimerkiksi lasten ja nuorten ADHD:n sekä osittain nuorten masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitoa on mahdollista toteuttaa perustasolla.

Lukusujuvuuden vuoksi oppaassa käytetään termejä lapsi (jolla tarkoitetaan noin 7–12-vuotiaita) ja nuori (jolla viitataan noin 13–15-vuotiaisiin). Samoin termiä alakouluikäinen käytetään kuvaamaan perusopetuksen vuosiluokkien 1–6 oppilaita; termillä yläkouluikäinen viitataan perusopetuksen vuosiluokkien 7–9 oppilaisiin. Vanhempi-sanalla tarkoitetaan vanhemman tehtävää toteuttavaa huoltajaa. Perheneuvola- termi viittaa kasvatukseen ja perheneuvontaa tuottavaan palveluyksikköön.

Yhteiskunnan lisääntyvä monikulttuurisuus näkyy myös lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa. Oppaassa on sen vuoksi pyritty nostoina tekstissä tuomaan esiin THL:n Paloma-oppaasta joitakin monikulttuurisuuteen liittyviä näkökulmia tai erityiskysymyksiä.

Opas jakautuu kolmeen osaan.

Osa I (luvut 1 ja 2) pyrkii antamaan yleiskuvan mielenterveyden kentästä. Luvussa 1 kuvataan mielenterveyden käsitettä ja mielenterveystyön kokonaisuutta. Luvussa 2 käsitellään kouluikäisten mielenterveyspalvelujen järjestämistä ja hoidon porrastusta.

Osa II (luvut 3–5) kuvaa mielenterveysongelmien tutkimuksen ja hoidon käytäntöjä perustasolla. Luku 3 kuvaa yleistä hyvää tutkimuskäytäntöä ja selvittelyn etenemistä. Lähtökohtana on tilanne, jossa lapsen tai nuoren oireilu on tullut perustasolla työskentelevän ammattilaisen tietoon esimerkiksi lapsen, nuoren tai hänen vanhempansa kertomana, opettajan tai muun tahon esille tuomana huolena, tai muun terveystarkastuksen yhteydessä. Mitä lähdetään selvittämään, miten, kenen toimesta, ja millä tasolla?

Luku 4 kuvaa yleisiä toimintamalleja, joita voi käyttää työntekijän ammatista riippumatta kaikenlaisissa kouluikäisen mielenterveysongelmissa. Tukitoimet ovat tärkeitä myös silloin, kun häiriötasoisista selvittelyä jatketaan tai tarvitaan lisäksi kohdennettumpia menetelmiä.

Häiriökohtaista diagnostiikkaa ja hoitoa kuvataan luvussa 5. Esiteltävät häiriöt ovat tavallisimpia kouluikäisillä esiintyviä häiriöitä. Mukaan on otettu myös sellaisia harvinaisempia ongelmia, jotka merkittävästi hankaloittavat lapsen tai nuoren pärjäämistä arkiympäristöissään.

Osa III (luvut 6–8) esittelee menetelmiä tutkimukseen, hoitoon ja mielenterveyden edistämiseen. Lukuun 6 on koottu oppaassa häiriökohtaisesti esitellyt perustason käyttöön soveltuvat psyykkisten oireiden kyselyt ja arviointiasteikot, jotka ovat maksutta käytettävissä. Suuri osa kyselyistä on sähköisesti saatavilla. Vastaavasti lukuun 7 on koottu näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä, joita on aiemmin esitelty eri häiriöiden kohdalla.

Luvussa 8 kuvattavat mielenterveyttä edistävät menetelmät tähtäävät tunne-, vuorovaikutus- ja mielenterveystaitojen tai kouluuyhteisön toimintakulttuurin kehittämiseen sekä lasten vertaistoiminnan ja osallisuuden tukemiseen.

Oppaan kirjoittamisen tueksi haettiin tietoa lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja terveydestä, mielenterveyden tukemisen ja hoitamisen menetelmistä ja toimintatavoista sekä lapsille ja nuorille suunnatuista mielenterveyspalveluista. Mielenterveyshäiriöiden tutkimisen ja hoidon osalta oppaassa esiteltävät toimintamallit noudattavat Käypä hoito-suositusten linjauksia. Tietolähteinä käytettiin lisäksi

- muuta ammatillista ja tieteellistä kirjallisuutta
- kansallisia väestötutkimuksia ja erillisselvityksiä
- lainsäädäntöä ja viranomaisohjeita
- kansallisia hankkeita ja ohjelmia
- internetissä olevaa muuta materiaalia
- asiantuntijoiden ja ammattilaisten kokemustietoa.

OSA I

Mielenterveyspalvelut

Luvut 1–2

1 Mielen terveys

1.1 Mielen terveys käsitteenä

Mielen terveys on hyvinvoinnin tila, jonka ansiosta ihminen pystyy toimimaan omien kykyjensä mukaisesti, selviytymään elämään kuuluvista haasteista sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan. Mielen terveys on siis olennainen osa kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyttä.

Mielen terveyteen vaikuttavat monet toisiinsa liittyvät biologiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. Mielen terveys ei ole pysyvä ominaisuus, vaan se muovautuu koko elämän ajan. Siihen vaikuttavat niin yksilölliset ominaisuudet ja kokemukset kuin myös sosiaalinen vuorovaikutus sekä yhteiskunnan rakenteet, resurssit ja arvot. Mielen terveys voi kehittyä, häiriintyä tai korjaantua vähitellen yksilöllisten tekijöiden ja olosuhteiden vuorovaikutuksessa. Puhutaan mielen terveyttä suojaavista tekijöistä ja riskitekijöistä. Riskitekijät lisäävät alttiutta mielen terveyden häiriöille. Suojaavat tekijät puolestaan edistävät mielen hyvinvointia ja kompensoivat mahdollisia riskitekijöitä. Sekä suojaavat tekijät että riskitekijät voivat toimia yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan eri tasoilla (taulukko 1.1).

Mielen terveydestä puhutaan monilla eri käsitteillä. Voimme puhua esimerkiksi mielen hyvinvoinnista, psyykkisestä hyvinvoinnista, psyykkisestä toimintakyvystä tai mielen terveyden häiriöistä ja psyykkisistä sairauksista. Mielen hyvinvoinnilla tai psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen omaa kokemusta omasta hyvinvoinnista ja mielen tasapainosta. Tässä yhteydessä käytetään joskus myös käsitettä positiivinen mielen terveys.

Mielen terveyttä on

- Itsensä hyväksyminen
- Kyky tunnistaa omia tunteita ja ilmaista niitä
- Pyrkimys toteuttaa omia päämääriä
- Taito olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa
- Paineensietokyky
- Kyky sietää pettymyksiä ja menetyksiä
- Joustavuus

Lähde: Nurmi ym. (2014)

Psyykkisellä toimintakyvyllä viitataan ihmisen voimavaroihin, joiden avulla hän kykenee selviytymään arjen vastoinkäymisistä ja kriisitilanteista. Tällaisia ovat muun muassa tunteisiin, ajatustoimintaan, hahmottamiseen, arviointikykyyn ja ongelmanratkaisuun liittyvät toiminnot.

1.1.1 Mielen terveydellä on kaksi ulottuvuutta

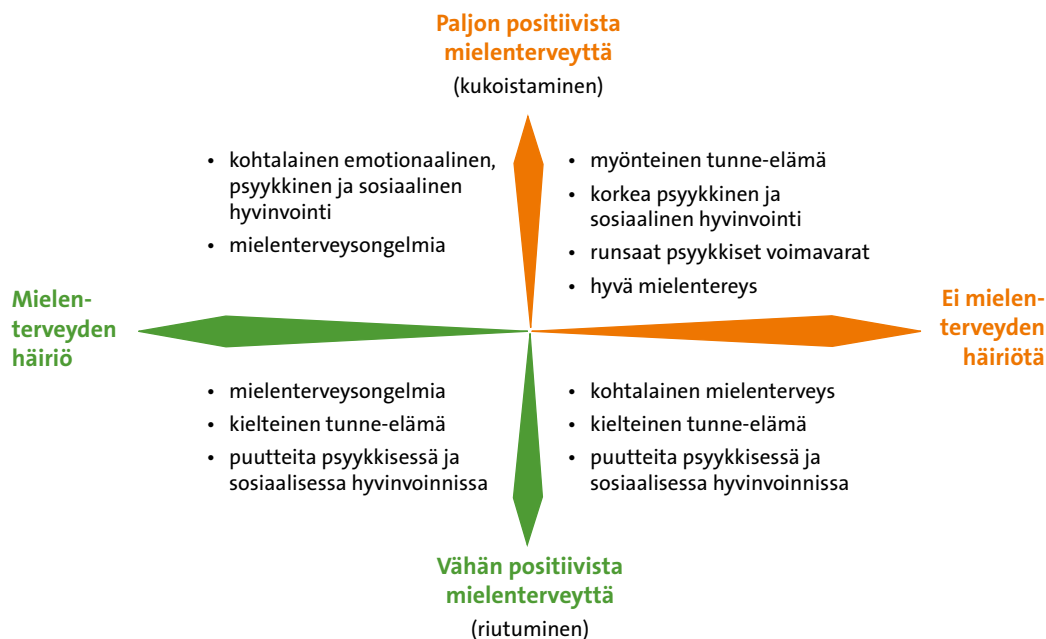
Mielen terveyttä voidaan lähestyä ja tarkastella eri tavoilla. Yksinapaisen mallin mukaan mielen terveyttä tarkastellaan pelkästään mielen terveyshäiriöiden näkökulmasta. Tällöin mielen terveydestä puhuttaessa tarkoitetaan itse asiassa mielen sairauksia. Kaksinapaisessa mallissa mielen terveys nähdään jatkumona mielen terveyden ja sairauden välillä. Tämän mallin mukaan ihminen liikkuu tällä jatkumolla siten, että hänellä on enemmän joko mielen terveyttä tai mielen sairautta.

Taulukko 1.1. Mielen terveyttä suojaavat tekijät ja riskitekijät

Suojaavat tekijät	Riskitekijät
Yksilö	
<ul style="list-style-type: none"> • Myönteinen kuva itsestä • Kiintymys perheeseen • Kyky luoda ja ylläpitää ystävä- ja kaverisuhteita • Hyväksytyksi tuleminen tunne • Kyky ratkaista ongelmia ja ristiriitoja sekä hakea tarvittaessa apua • Kyky tunnistaa, sanoittaa ja ilmaista tunteita • Itsensä toteuttaminen (esim. harrastukset) • Hyvä fyysinen terveys • Perimä 	<ul style="list-style-type: none"> • Matala itsetunto • Avuttomuuden tunne • Huonommuuden tunne • Oppimisvaikeudet • Alkoholin tai muiden päihteiden käyttö • Biologiset tekijät, kuten fyysinen tai älyllinen kehitysviive, -häiriö tai sairaus • Perimä
Yhteisöt	
<ul style="list-style-type: none"> • Myönteinen varhainen vuorovaikutussuhde • Perhe, ystävät ja läheiset ihmiset • Läheisiltä saatu tuki ja turvaverkosto • Tunne yhteisöön kuulumisesta • Kuulluksi tuleminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Turvaton varhainen vuorovaikutus- ja kiintymyssuhde • Huonot suhteet kavereihin, vanhempiin, läheisiin • Hyväksikäyttö ja väkivalta • Kiusaaminen • Erot ja menetykset • Osattomuus ja syrjäytyminen • Yksinäisyys, eristäytyminen • Psykkiset häiriöt perheessä
Rakenteet	
<ul style="list-style-type: none"> • Turvallinen ja miellyttävä elinympäristö • Taloudellinen turvallisuus • Koulussa käyminen, opiskelu, työnteke • Myönteiset kokemukset koulusta/opinnoista/työnteosta • Tukipalveluita tarjolla 	<ul style="list-style-type: none"> • Haitallinen elinympäristö • Taloudellinen turvattomuus • Työttömyys tai sen uhka perheessä • Kielteiset kokemukset koulusta/opinnoista • Tukipalvelujen puute
Kulttuuri	
<ul style="list-style-type: none"> • Kulttuurisen erilaisuuden hyväksyminen • Pyrkimykset osallistaa eri kulttuurien edustajia yhteisön / yhteiskunnan toimintaan • Mielen terveysongelmiin kohdistuvan stigman (leiman) puuttuminen / vähäisyys 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalinen tai kulttuurinen syrjintä • Eri kulttuurien edustajien erillisyys yhteisöstä / yhteiskunnan toiminnasta • Mielen terveysongelmiin kohdistuva stigma ja suvaitsemattomuus

Mukaillen lähteistä Barry (2007) ja MHP Konsortio (2013) ja Pesonen ym. (2018).

Monipuolisimman kuvan mielen terveydestä tarjoaa mielen terveyden kaksiulotteinen malli, jossa, mielen terveyttä ja sairautta tarkastellaan omina ulottuvuuksinaan: sekä mielen terveyden häiriöiden että mielen hyvinvoinnin (kutsutaan myös positiiviseksi mielen terveydeksi) näkökulmasta. Mielen hyvinvointia voi kokea myös henkilö, jolla on mielen terveyden häiriö tai muuta sairautta elämässään. Mielen terveyden voimavaroja voidaan siten vahvistaa aina, myös silloin, kun läsnä on mielen terveyden häiriö. (kuvio 1.1)



Kuvio 1.1. Mielenterveyden nelikenttä (THL, mukailen Keyes 2005 ja 2007).

1.1.2 Mielenterveys on voimavara, jota voi kehittää ja hyödyntää

Hyvä mielenterveys on yksilön elämänlaatua ja toimintakykyä lisäävä voimavara, jota voidaan vahvistaa läpi elämän. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on vahvistaa yksilön itseluottamusta, elämäntähtäilyä, tyytyväisyyttä itseensä, kykyä vuorovaikutukseen sekä ihmissuhteiden solmimiseen ja ylläpitämiseen.

Lasten ja nuorten kohdalla mielenterveyttä edistetään tukemalla lapsen tai nuoren kehitystehtäviä sekä persoonallisuuden ja identiteetin kehittymistä. Keskeisessä roolissa ovat tunne-elämä ja ajattelu- maailma, jotka ovat vielä kehittymässä. Ongelmanratkaisu- ja tunnetaidot ovat merkityksellisiä mielen- terveydelle. Mielenterveyden edistäminen kohdistuu usein useimmiten sosiaalisten taitojen, ongelmanrat- kaisu- sekä tunnetaitojen kehittämiseen. Empatiakyky sekä taidot ratkaista ongelma- ja ristiriitatilanteita kantavat myöhemmin niin opiskelu- kuin työelämässä. Varhain opitut keinot kohdata vastoinkäymisiä tukevat mielenterveyttä myös myöhemmällä iällä. Mielenterveystaidot ovat tunne-, tietoisuus- ja vuo- rovaikutustaitoja, joustavuutta selviytyä elämän kriiseistä ja kykyä säädellä kuormitusta ja stressiä sekä luoda merkityksellisiä suhteita muihin ihmisiin ja omaan ympäristöön. Mielenterveystaitoihin sisältyvät myös arjen taidot sekä itsessä ja muissa olevien psyykkisten voimavarojen tunnistaminen ja niiden hyö- dyntäminen tasapainon rakentamisessa työn, opiskelun, levon ja vapaa-ajan välillä.

1.1.3 Mielen hyvinvointi suojaa vastoinkäymisissä ja vaikeuksissa

Mielen hyvinvointi on toiveikkuutta, elämäntähtäilyä, myönteistä käsitystä omasta itsestä ja kehittymismahdollisuuksista sekä taitoja kohdata vastoinkäymisiä. Mieleltään hyvinvoivalla ihmisellä on psyykkisiä voimavaroja, jotka auttavat yksilöä hyödyntämään omaa potentiaaliaan, huomaamaan omat vahvuutensa ja selviämään haastavista elämäntilanteista. Mielen hyvinvointi pitää sisällään myös pärjäävyyden ja sopeutumiskyvyn vaikeuksia kohdattaessa eli resilienssin. Mielen hyvinvointia on ver- rattu 10-otteluun, jossa tarvitaan niin nopeutta, voimaa, kimmoisuutta, kestävyttä kuin taitoakin. Kaik- ki osa-alueet ovat yhtä tärkeitä.

Mielen hyvinvointia voidaan vahvistaa suojaksi elämän vastoinkäymisiä vastaan, niiden kanssa sel- viytymiseksi ja toipumisen edistämiseksi. Puhutaan mielenterveydeltään ”kukoistavista” (flourishing) ja

”riutuvista” (languishing) ihmisistä sen mukaan, millä tasolla heidän psyykkiset voimavaransa ovat. Tutkimusten mukaan mielen­terveydellinen ”kukoistus” suojaa niin fyysistä kuin psyykkistä terveyttä. ”Kukoistuksen” on nähty suojaavan myös mm. itsemurha-ajatuksilta sekä opiskeluvaikeuksilta riippumatta siitä, kärsivätkö henkilöt psyykkisestä oireilusta tai ei.

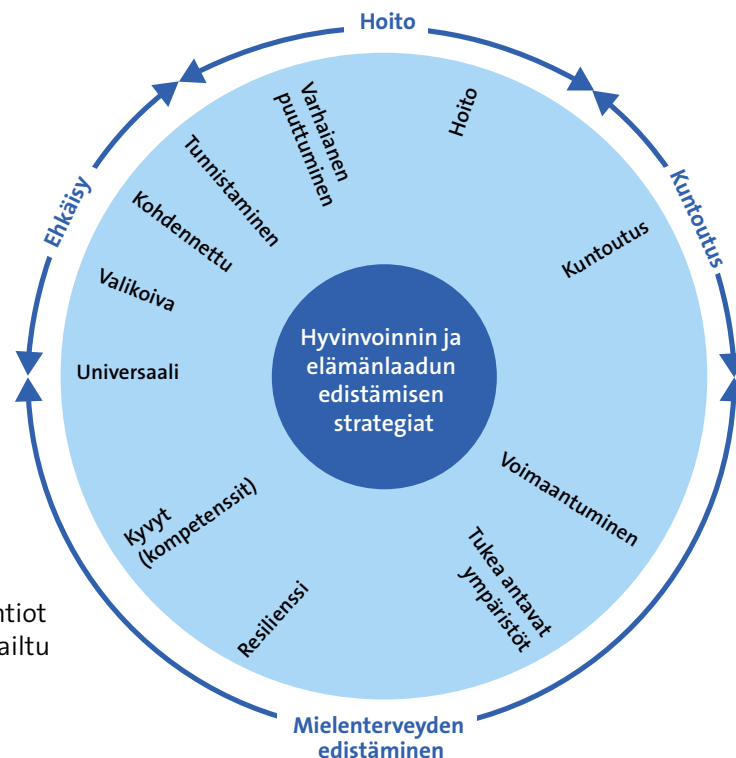
1.1.4 Mielen­terveyttä vahvistetaan mielen­terveystaidoilla

Mielen­terveyttä voidaan vahvistaa mielen­terveystaidoilla, joiden voidaan lisätä ja ottaa tarvittaessa käyttöön erilaisia voimavaroja. Tällaisia ovat esimerkiksi tunne- ja kaveritaidot, kyky selviytyä vaikeista tilanteista, itsetuntemus ja itsensä kuunteleminen, arjen hallinta eli arjessa tehdyt valinnat ja kokemus siitä, että voi vaikuttaa omaan arkeensa sekä toisten ja itsensä arvostaminen. Nämä taidot kattavat mielen­terveyden kaikki ulottuvuudet: emotionaalisen, psykologisen sekä sosiaalisen hyvinvoinnin. (taulukko 1.2)

1.2 Mielen­terveystyön kenttä

Mielen­terveystyön kokonaisuus sisältää mielen­terveyden edistämisen, mielen­terveyshäiriöiden ehkäisyn sekä häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen (kuvio 1.2). Mielen­terveyden edistämisen tavoitteena on vahvistaa ja lisätä mielen­terveyttä suojaavia tekijöitä. Mielen­terveyshäiriöiden ehkäisemisen tavoitteena on sairauksien ja häiriöiden ilmaantuvuuden ja esiintyvyyden vähentäminen mutta myös sairauksien oireiden vähentäminen. Mielen­terveyshäiriöiden ehkäisyssä erilaiset toimenpiteet voivat kohdistua esimerkiksi kokonaiseen ikäryhmään (universaalit interventiot) tai ennalta valikoituun ryhmään tai yksilöön (valikoidut ja kohdennetut interventiot).

Mielen­terveystyön osa-alueet muodostavat jatkumon, mutta niitä voidaan toteuttaa myös toisiinsa limittyneinä. Esimerkiksi lievän häiriön hoitaminen voi olla vakavamman häiriön ehkäisemistä. Ja mielen­terveyden edistämällä voi olla yhteisön tai yksilön psyykkisten voimavarojen lisäämisen kautta myös mielen­terveyden häiriöitä ehkäisevä vaikutus. Mielen­terveyttä edistävää työtä voidaan tehdä myös mielen­terveyden hoidon ja kuntoutuksen ohessa, tavoitteena elämänlaadun parantuminen ja toimimisen tukeminen.



Kuvio 1.2.
Mielen­terveysinterventiot
(suomennettu ja mukailtu
Barry 2001).

Taulukko 1.2. Mielenterveyden ulottuvuuden ja mielenterveystaitojen osa-alueet (mukaillen Nurmi ym. 2014, s. 20)

Mielenterveyden ulottuvuudet*	Mielenterveystaidot
Emotionaalinen hyvinvointi	
<p>Myönteinen tunnetila</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tyytyväisyyden, mielenrauhan, onnen ja elämän ilon tunteminen • Tyytyväisyys ainakin joihinkin oman elämän osa-alueisiin <p>Elämisen laatu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tyytyväisyys ainakin joihinkin oman elämän osa-alueisiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Tunnetaidot • Kyky kuunnella kehon ja mielen viestejä • Kyky osallistua ja vaikuttaa omiin ja yhteisön asioihin
Psykologinen hyvinvointi	
<p>Itsensä hyväksyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Myönteinen ja hyväksyvä suhtautuminen itseen ja omiin ominaisuuksiin <p>Henkilökohtainen kasvu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haasteiden etsiminen, oman potentiaalin tiedostaminen, halu kehittyä <p>Elämän tarkoitus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elämän suunnan löytäminen ja elämän merkitykselliseksi kokeminen <p>Autonomian tunne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sisäistettyjen ja sosiaalisesti hyväksytyjen omien normien ja arvojen mukaan eläminen <p>Hallinnan tunne omassa ympäristössä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunne omista vaikuttamismahdollisuuksista ja elämän-hallinnasta <p>Myönteiset ihmissuhteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oma tai kykenee luomaan lämpimiä ja turvallisia ihmissuhteita 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvä itsetunto • Kyky osallistua ja vaikuttaa omiin ja yhteisön asioihin • Kyky tehdä mielenterveyttä edistäviä arjen valintoja • Kokemus siitä, että pystyy vaikuttamaan omaan arkeensa • Turva- ja selviytymistaidot • Kaveritaidot • Tunnetaidot
Sosiaalinen hyvinvointi	
<p>Moninaisuuden hyväksyminen muissa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Myönteinen suhtautuminen erilaisuuteen ja jokaisen ihmisen monitahoisuuteen <p>Osallisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Itsensä kokeminen merkitykselliseksi ja arvostetuksi omassa yhteisössä <p>Sosiaalinen aktualisoituminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usko yksilöiden, ryhmien ja yhteiskunnan myönteiseen kehitykseen <p>Johdonmukaisuus yhteisön toiminnassa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kiinnostus omasta yhteisöstä ja sosiaalisesta elämästä sekä kokemus, että siinä tapahtuu jossain määrin mielekkäitä ja järjellisiä asioita <p>Sosiaalinen integraatio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunne yhteisöön kuulumisesta ja tuen ja lohdutuksen saamisesta yhteisöltä 	<ul style="list-style-type: none"> • Kyky arvostaa itseä ja muita • Kyky osallistua ja vaikuttaa omiin ja yhteisön asioihin • Tunnetaidot • Kaveritaidot

* Keyes 2005, 2007

Lasten ja nuorten psykososiaalinen hyvinvointi kouluterveyskyselyssä 2019

Alakoulun 4. ja 5. luokan oppilaista 16 prosentilla on kouluterveyskyselyn mukaan ollut mielialaan liittyviä ongelmia kahden viimeisen viikon aikana. Suurin osa kertoo kuitenkin olevansa useimmiten iloinen niin kotona (70 %) kuin koulussa (61 %). Yläkouluiässä mielenterveysoireilua kokeneiden osuus kasvaa, samoin sukupuolten väliset erot. Yläkouluiäkkäistä 8.- ja 9.-luokkalaisista tytöistä 45 prosenttia ja pojista 15 prosenttia on ollut huolissaan mielialastaan kuluneen vuoden aikana. Positiivista mielen-terveyttä eli mielen hyvinvointia viimeisen kahden viikon aikana kertoo kokeneensa kolmannes (33 %) pojista ja viidesosa (21 %) tytöistä. Yläkouluiäkkäillä tytöillä on poikia huomattavasti useammin kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta ja he ovat huoletuneempia mielialastaan. Tytöistä lähes joka viides (20 %) on kokenut keskivaikeaa tai vaikeaa ahdistuneisuutta viimeisten kahden viikon aikana, pojista kuusi prosenttia. Mielenterveysoireiluun liittyvät tulokset ovat pysyneet suhteellisen muuttumattomina vuosien varrella.

Päihteiden käyttö

Nuorten raittius on lisääntynyt ja humalanhakuinen juominen vähentynyt. Yläkoulun 8.- ja 9.-luokkalaisista yli 60 prosenttia kertoo olevansa raitis. Viikoittain alkoholia käyttävien ja vähintään kerran itsensä tosihumalaan juovien osuudet ovat vähentyneet tasaisesti vuosien varrella. Vuoden 2019 Kouluterveyskyselyssä neljä prosenttia yläkoulun 8. ja 9. luokan oppilaista kertoi juovansa alkoholia vähintään kerran viikossa ja 10 prosenttia juovansa itsensä vähintään kerran kuukaudessa tosihumalaan. Kannabista vähintään kerran oli kokeillut yhdeksän prosenttia. Kannabista kokeilleiden osuus on jonkin verran kasvanut vuosien varrella.

Päivittäin tupakoivien osuus yläkouluiäkkäisissä oli vuoden 2019 kouluterveyskyselyssä kuusi prosenttia. Osuus on jonkin verran vähentynyt vuosien varrella. Nuuskaa käyttävien osuus yläkouluiäkkäisistä on sen sijaan noussut vuodesta 2006 yhdestä viiteen prosenttiyksikköön.

Yksinäisyys

Alakoulun 4.- ja 5.-luokkalaiset kokevat itsensä harvemmin yksinäiseksi ja arvioivat terveydentilansa paremmaksi kuin 8.- ja 9.-luokkalaiset, he myös pitävät koulunkäynnistä enemmän ja ovat tyytyväisempiä elämäänsä. Itsensä usein yksinäiseksi kokee alakouluiäkkäistä kolme ja yläkouluiäkkäistä 11 prosenttia. Yksi-

näisyyden kokemus on tytöillä yleisempää ja heidän osuutensa kasvu on voimakkaampaa poikiin verrattuna siirryttäessä ylemmille luokille. Tyttöihin verrattuna pojissa on huomattavasti enemmän niitä, joilla ei ole yhtään läheistä ystävää, vaikka ero onkin ollut kaventumaan päin. Yksinäisistä nuorista alle kolmannes on tyytyväisiä elämäänsä, kun taas muista vastanneista vastaava luku on 80 prosenttia. Yksinäisyys on yhteydessä alentuneeseen elämänhallinnan tunteeseen ja ahdistuneisuuteen.

Koulukiusaaminen

Koulukiusaaminen on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana, etenkin poikien kohdalla. Kiusaamista esiintyy kuitenkin syrjivän kiusaamisen muodossa. Ulkonäköön, sukupuoleen, ihonväriin, kieleen, vammaisuuteen, perheeseen tai uskontoon liittyvää syrjivää kiusaamista koulussa ja vapaa-ajalla on kokenut 20 prosenttia alaluokkalaisista, 24 prosenttia yläluokkalaisista, 11 prosenttia lukiolaisista ja 13 prosenttia ammattiin opiskelevista. Huomattava osa syrjivästä kiusaamisesta koskettaa kodin ulkopuolelle sijoitettuja, toimintarajoitteisia ja ulkomailla syntyneitä nuoria, joiden kohdalla syrjivää kiusaamista esiintyy 40 prosentilla. Näille nuorille yksinäisyys ja kiinnittymättömyys ovat myös yleisiä kokemuksia, ja he kohtaavat huomattavasti enemmän hyvinvoinnin haasteita koulussa ja vapaa-ajalla.

Suhde vanhempiin

Nuorten ja vanhempien välinen keskusteluyhteys on parantunut vuosien saatossa. Alakoulun oppilaista 62 ja yläkoulun oppilaista 47 prosenttia pitää keskusteluyhteyttä vanhempiensa kanssa hyvänä. Niillä nuorilla, joilla on hyvä suhde vanhempiinsa, on vähemmän mielenterveyden ja hyvinvoinnin haasteita.

Haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät

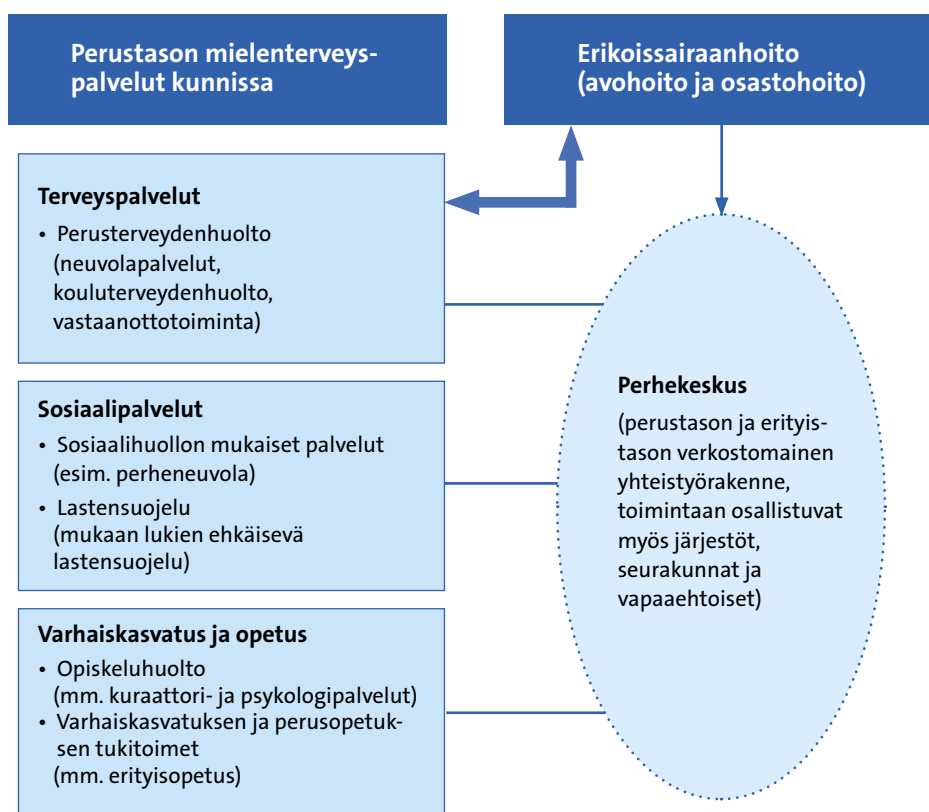
Muita haavoittuvaisemmassa asemassa ovat esimerkiksi ulkomailla syntyneet maahanmuuttajataustaiset nuoret sekä toimintarajoitteiset tai kodin ulkopuolelle sijoitetut nuoret. He harrastavat muita vähemmän liikuntaa, ovat alttiimpia henkiselle ja fyysiselle väkivallalle, heillä on enemmän luvattomia poissaoloja, päivittäistä oireilua, yksinäisyyttä ja ahdistuneisuusoireilua ja uupumusasteista väsymystä koulunkäynnissä.

Kirjallisuutta ja lähteet

- Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, ym. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan. Suomen Lääkärilehti 2016; 24:1759–64.
- Barry M, Jenkins R. Implementing mental health promotion. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier 2007.
- Keyes C. Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health. American Psychologist 2007;62:95–108.
- Keyes C, Eisenberg D, Perry G, ym. The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. J Am College Health 2012; 60:126–33.
- Kouluterveyskysely 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mental Health Action Plan 2013. World Health Organization.
- Mental Health Promotion Konsortio. Mielenterveyden edistäminen kouluissa. Työpaperi 24/2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.
- Nurmi R, Sillanpää A, Hannukkala M. Hyvää mieltä yhdessä. Käsikirja alakoululaisen mielenterveyden edistämiseen. Suomen Mielenterveysseura 2014.
- Pesonen A, Nurmi R, Hannukkala M. Hyvän mielen koulu. Käsikirja mielenterveystaitojen vahvistamiseen yläkouluissa. Suomen Mielenterveysseura 2018.
- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, ym. Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. Acta Psychiatr Scand 2009; 120: 230–238
- Suldo S, Shaffer E. Looking beyond psychopathology: the dual-factor model of mental health in youth. School Psychol Rev 2008; 37:52–68.
- TEAvisari. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/index>
- Vorma H, Rotko T, Larivaara M, Kosloff A. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.

2 Kouluikäisten mielenterveyspalvelut

Kunta vastaa lain mukaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä. Kouluikäisten (7–15-vuotiaat) mielenterveysongelmia tutkitaan ja hoidetaan perustasolla tällä hetkellä (v. 2020) pääosin perheneuvoloissa sekä vähäisemmässä määrin terveyskeskuksissa. Lisäksi kouluterveydenhuollossa sekä opiskelu- huollon psykologi- ja kuraattoripalveluissa arvioidaan tuen ja hoidon tarvetta ja tarjotaan varhaista tukea mielenterveysongelmissa.



Kuvio 2.1. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän julkiset palvelut. Paksu nuoli kuvaa hoitoketjua ja ohut nuoli konsultaatiota. Lähde: Huikko ym. 2020.

2.1 Hoitoa järjestävät toimijat perus- ja erityistasolla

2.1.1 Terveydenhuollon mielenterveyspalvelut

2.1.1.1 Terveyskeskukset

Perusterveydenhuollon terveyskeskuksissa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien tutkimukseen voivat osallistua tarpeen mukaan lääkäri, sairaanhoitaja sekä käytettävissä olevat erityistyöntekijät (esim. psykologi, toimintaterapeutti, puheterapeutti). Yhteistyötä tehdään tarvittaessa opiskeluhoollon, opettajien, lapsiperheiden sosiaalityön, perheneuvolan tai matalan kynnyksen nuorisopalvelujen kanssa. Perustason työskentelyyn voidaan lisäksi liittää muita erityispalveluita (mm. vammaispalvelut, lasten- tai nuorisopsykiatria, pediatria, lastenneurologia tai lastensuojelu) käytännön yhteistyön tai konsultaatioiden muodossa.

2.1.1.2 Lasten- ja nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoito

Lastenpsykiatrinen erikoissairaanhoito hoitaa yleensä enintään 12-vuotiaiden lasten vaikeita mielenterveyshäiriöitä ja nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoito 13 vuotta täyttäneiden nuorten vaikeita mielenterveyshäiriöitä. Erikoissairaanhoitoon ohjataan lääkärin läheteellä. Sekä lasten- että nuorisopsykiatrian yksiköt tukevat perustasolla tapahtuvaa hoitoa erityyppisillä konsultaatioilla.

Joillakin paikkakunnilla terveystoimessa on lapsille tai nuorille tarkoitettu erityistason palvelua tarjoava mielenterveyspalveluyksikkö. Kunnilla voi olla nuorille myös joko omana toimintana tai yhteisesti erikoissairaanhoidon kanssa erilaisia ja eri nimillä toimivia matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja, joihin ei tarvita lääkärin lähetettä. Nuorisoasemat tarjoavat päihdeasioiden lisäksi apua muun muassa muihin riippuvuuksiin ja lieväästeisiin mielenterveysongelmiin. Toiminnan järjestää alueesta riippuen joko kunta tai A-klinikkasäätiö.

Oman paikkakunnan tilanteen voi selvittää kunnan antamasta ohjeistuksesta tai esimerkiksi Mielen-terveystalo.fi -verkkopalvelusta.

2.1.2 Perheneuvoloiden tarjoama hoito

Suurin osa alle 13-vuotiaille tarjottavasta mielenterveysongelmien hoidosta perustasolla annetaan sosiaalipalveluihin kuuluvissa kasvatus- ja perheneuvoloissa. Perheneuvolassa annettavassa lasten- ja nuorisopsykiatrisessa hoidossa on kyse terveydenhuoltolain mukaisesta toiminnasta. Tällöin esimerkiksi kirjaamiskäytäntöihin, tiedon kulkuun ja hoitotakuuseen sovelletaan terveydenhuollon säännöksiä (Sosiaalihuoltolain soveltamisopas, STM 2017:5). Kasvatus- ja perheneuvoloissa annetun sairaanhoidon määrä ja laatu vaihtelee kuntien linjausten ja henkilökunnan menetelmäosaamisen mukaan, ja se voi olla luonteeltaan erikoislääkärijohtoista erikoissairaanhoitoon rinnastettavaa työskentelyä tai suppeampaa perustason toimintaa.

Kasvatus- ja perheneuvolan tarjoamaa sosiaalihuoltolain alaista sosiaalipalvelutyötä kuvataan myöhemmin kappaleessa 2.2.2.1.

2.2 Perustason mielen terveyttä edistävät ja tukevat palvelut

2.2.1 Opiskeluhoolto

Opiskeluhoolto edistää, pitää yllä ja luo edellytyksiä oppilaan hyvälle oppimiselle, psyykkiselle ja fyysiselle terveydelle sekä sosiaaliselle hyvinvoinnille ja osallisuudelle. Tavoitteena on myös edistää koko kouluyhteisön ja -ympäristön hyvinvointia ja vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä sekä tarjota varhaista tukea. Opiskeluhoolto on opetustoimen sekä sosiaali- ja terveystoimen monialaista yhteistyötä, jota tehdään yhdessä oppilaiden ja heidän vanhempiansa sekä tarvittaessa muiden yhteistyötahojen kanssa. Opiskeluhoolto jakautuu yhteisölliseen ja yksilökohtaiseen opiskeluhooltoon.

2.2.1.1 Yhteisöllinen opiskeluhoolto

Yhteisöllisellä opiskeluhoollolla tarkoitetaan koulun toimintakulttuuria ja toimia, joilla edistetään muun muassa oppilaiden terveyttä ja hyvinvointia, vuorovaikutusta, osallisuutta sekä ympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta.

Ensisijainen vastuu kouluyhteisön hyvinvoinnista on rehtorilla ja opettajilla, mutta kaikki koulussa työskentelevät, myös opiskeluhoitopalvelujen työntekijät (psykologit, kuraattorit, terveydenhoitajat ja lääkärit), osallistuvat toimintaan, jolla edistetään oppilaiden ja koko kouluyhteisön hyvinvointia sekä yhteistyötä huoltajien kanssa.

Opiskeluhoitoryhmä vastaa opiskeluhoollon kokonaisuuden suunnittelusta, kehittämisestä ja arvioinnista koulussa. Opiskeluhoitosuunnitelma laaditaan ja päivitetään yhteistyössä koulun henkilöstön, opiskeluhoitopalvelujen, oppilaiden ja vanhempien sekä tarvittavien ulkopuolisten tahojen kanssa. Koulutuksen järjestäjä vastaa myös opiskeluhoitosuunnitelmassa kuvattujen asioiden toteutumisesta.



Kuntien opiskeluhoitopalveluiden resurssista on kerätty tietoa TEAviisari-palveluun. Tämä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkopalvelu kuvaa kuntien toimintaa kuntalaisten terveyden edistämiseksi. TEAviisari tukee kuntien, koulujen ja alueellisten toimijoiden terveydenedistämistoiminnan suunnittelua ja johtamista tarjoamalla tietoa näiden toimintojen laadusta kunnassa. Palvelussa voi verrata kunnan tuloksia muiden kuntien ja koko maan tasoon.

2.2.1.2 Yksilökohtainen opiskeluhoolto

Yksilökohtaisella opiskeluhoollolla tarkoitetaan yksittäisille koululaisille annettavia kouluterveydenhuollon palveluja, opiskeluhoollon kuraattori- ja psykologipalveluja sekä monialaista yksilökohtaista opiskeluhoitoa. Yksilökohtainen opiskeluhoolto on sekä ehkäisevää että tukea tarjoavaa. Kouluterveydenhuollon terveystarkastusten kautta kaikki oppilaat ovat yksilökohtaisen opiskeluhoollon piirissä. Yksilökohtaista tukea tarvitsee kuitenkin vain osa koululaisista. Kouluikäisen tuen tarpeen tunnistamisessa ja opiskeluhoitopalveluihin ohjaamisessa opettajien rooli on tärkeä. Heidän näkökulmaansa tarvitaan myös tilanteen tarkemmassa selvittämisessä sekä tuen suunnittelussa ja järjestämisessä.

Kouluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuolto seuraa jokaisen koululaisen terveydentilaa terveystarkastuksin ja edistää sitä antamalla terveysneuvontaa ja ohjausta. Koko ikäluokan kattavien vuosittain terveyden tarkastusten lisäksi luokilla 1., 5. ja 8. tehdään laajat terveystarkastukset, joihin kutsutaan myös vanhemmat. Kaikissa tarkastuksissa arvioidaan fyysistä, psyykkistä ja psykososiaalista terveydentilaa sekä hyvinvointia ja oppimista. Laajoissa tarkastuksissa tarkastellaan lisäksi vanhempien ja koko perheen hyvinvointia. Vanhempien kasvatustehtävän tukeminen on yksi kouluterveydenhuollon päätehtäviä.

Kouluterveydenhuollossa pyritään tunnistamaan mahdollisimman varhain ne koululaiset, joiden psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä herää huolta. Terveydenhoitajan avoimelle vastaanotolle oppilaat voivat tulla aikaa varaamatta keskustelemaan oireistaan ja mieltä askarruttavista asioista. Erityistä tukea tarvitsevat oppilaat pyritään tunnistamaan varhain ja heille järjestetään tarvittava tuki.

Koululääkäri toimii pääsääntöisesti terveydenhoitajan kanssa työparina. Oppilaan tilanteen selvittelyyn voivat osallistua myös kuraattori ja psykologi. Lääkärin tehtäviin sisältyy lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen, tilanteen tarkempi selvittely, tuen suunnittelu ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaus. Jos koululla työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja, toimii lääkäri hänen työparinaan hoidon toteutuksessa ja seurannassa. Tarpeen mukaan tehdään yhteistyötä opettajien, perheneuvolan ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen (esim. matalan kynnyksen nuorisovastaanottojen) sekä erityispalveluiden kanssa (mm. lasten- tai nuorisopsykiatria, lastensuojelu, lastenneurologia, pediatria tai vammaispalvelut).

Psykologi- ja kuraattoripalvelut

Opiskeluhuollon kuraattori ja psykologi tarjoavat opiskelun ja koulunkäynnin tukea ja ohjausta. Yhteistyötä tehdään oppilaiden perheiden ja muiden läheisten kanssa.

Koulukuraattori tarjoaa ohjausta ja tukea erityisesti perhetilanteeseen, vuorovaikutukseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvissä asioissa. Koulukuraattorilla on sosiaalialalle soveltuva koulutus. Jokaisen koulun käytettävissä on lisäksi vastaava kuraattori, jolla on sosiaalityöntekijän pätevyys. **Koulupsykologin** yksilökohtaiset tehtävät painottuvat lapsen tai nuoren kehityksen, oppimisen ja koulunkäynnin psykologiseen arviointiin ja tukemiseen sekä mielenterveyden edistämiseen.

Kuraattori- ja psykologipalvelujen käytänteet voivat vaihdella paikkakuntakohtaisesti. Koululaiselle on kuitenkin järjestettävä mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun kuraattorin tai psykologin kanssa seitsemän työpäivän kuluessa pyynnöstä, kiireellisissä tilanteissa samana tai seuraavana päivänä. Myös vanhempien yhteydenoton kiireellisyys on arvioitava.

Monialainen yksilökohtainen opiskeluhoito

Yksittäisen oppilaan monialaista opiskeluhoitoa toteutetaan **asiantuntijaryhmässä**, joka kootaan tapauskohtaisesti. Ryhmässä voi opetushenkilöstön ja opiskeluhoollon työntekijöiden lisäksi olla kutsutuna ammattilaisia myös muista palveluista. Oppilas ja hänen vanhempansa osallistuvat monialaisen asiantuntijaryhmän työskentelyyn muun muassa sopimalla siitä, keitä ammattilaisia pyydetään ryhmään mukaan. Ryhmän kokoamiseen tarvitaan aina heiltä suostumus. Ryhmän jäsenillä on salassapidon estämättä oikeus vaihtaa työskentelyprosessin ajan opiskeluhoitoasian hoitamiseen tarvittavaa tietoa.

2.2.2 Sosiaalihuollon palvelut ja lastensuojelu

2.2.2.1 Perheneuvolan tarjoama kasvat- ja perheneuvonta

Kasvat- ja perheneuvonta on sosiaalihuoltolain alaista sosiaalipalvelua. Toiminnan sisällön ja henkilöstörakenteen näkökulmasta se asettuu sosiaali- ja terveyspalveluiden rajamaastoon. Perheneuvoloissa tarjottavaa terveydenhuollon piiriin kuuluvaa hoitoa on kuvattu aiemmin kappaleessa 2.1.2.

Kasvat- ja perheneuvonta on sosiaalihuoltolain mukaan toimintaa, jolla edistetään lapsen hyvinvointia, yksilöllistä kasvua ja myönteistä kehitystä, tuetaan vanhemmuutta sekä lapsiperheiden suoriutumista ja omien voimavarojen vahvistamiseksi. Kasvat- ja perheneuvontaan sisältyy lasten kasvuun ja kehitykseen, perhe-elämään, ihmissuhteisiin sekä sosiaalisiin taitoihin liittyvää arviointia, ohjausta, asiantuntijaneuvontaa sekä muuta tukea. Toiminta on monialaista; mukana on sosiaalityön, psykologian ja lääketieteen sekä tarpeen mukaan muita asiantuntijoita. Toiminnan sisältö vaihtelee eri kunnissa. Yleisin palveluun pääsyn ikäraja on enintään 12 vuotta, mutta joillakin paikkakunnilla myös tätä vanhemmat nuoret saavat mielenterveyspalveluita perheneuvolasta. Lähetettä ei tarvita, vaan perhe voi ottaa itse yhteyttä. Toiminta on perheelle maksutonta.

Ehkäisevä mielen terveysystyö kouluterveydenhuollossa

Kouluterveydenhuollossa määräaikaisten terveys-tarkastukset muodostavat palvelujen perustan. Säännöllisten terveystarkastusten tavoitteena on edistää terveyttä ja tunnistaa voimavarat ja tuen tarpeet sekä vastata tarpeisiin mahdollisimman varhain. Kouluterveydenhuolto tarjoaa yhdeksän terveystarkastusta jokaiselle lapselle ja nuorelle. Kaikkiin määräaikaisiin terveystarkastuksiin sisältyy terveysneuvonta. Tarve saada lisätukea arvioidaan jokaisella tapaamiskerralla.

Osa näistä määräaikaista terveystarkastuksista (1., 5. ja 8. luokka) on niin sanottuja laajoja terveystarkastuksia, joihin osallistuvat perhe yhdessä eri ammattilaisten (opetushenkilöstö) kanssa. Laaja terveystarkastus on koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin arviointia. Siinä selvitetään lasten ja vanhempien voimavaroja, jotta tukea voidaan kohdentaa sitä tarvitseville. Keskeisiä keskusteluaiheita ovat mm. vanhempien terveys ja -tottumukset, parisuhde, vanhemmuus, perheen sisäinen vuorovaikutus, kasvatuskäytännöt, tukiverkosto, toimeentulo sekä lasten terveys ja hyvinvointi.

Laajat terveystarkastukset, kuten muutkin säännölliset terveystarkastukset, ovat tärkeitä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi (ml. ehkäisevä mielen terveysystyö) ja myös sairauksien ehkäisyssä, koska

palvelut tavoittavat lähes kaikki perheet. Lapsen tai nuoren tuen tarve on selvitettävä myös silloin, kun perhe ei käytä palveluja. Tuolloin perhe kutsutaan kouluterveydenhuollon vastaanotolle.

Lisäkäyntien määrä kouluterveydenhuollossa riippuu lapsen ja perheen tuen ja avun tarpeesta. Lisäseuranta edellyttäviä tilanteita ovat esimerkiksi lapsen tai nuoren somaattinen pitkäaikaissairaus, ylipaino ja lihavuus, kehitysviiveet, käytöshäiriöt, masentuneisuus sekä päihteiden käyttö. Myös perheen tilanne voi edellyttää lisäseuranta ja -käyntejä. Tavallisimpia syitä ovat vanhemman jaksamisen ja arjen hallinnan ongelmat, vuorovaikutusongelmat, sosiaalisen tuen vähäisyys, mielen terveys- ja päihdeongelmat sekä väkivalta.

Lapsi, nuori ja perhe hyötyvät kouluterveydenhuollon tarjoamasta psykoedukaatiosta: keskusteluista, emotionaalista tuesta ja ajantasaisen tiedon saannista. Perheet hyötyvät myös vertaisryhmien tuesta, kotikäynneistä ja perhetyöntekijän avun järjestämisestä kotiin. Tarvittaessa lapsi, nuori ja vanhemmat ohjataan saamaan hoitoa ja muuta apua terveyskeskuksen muilta työntekijöiltä, erikoissairaanhoidosta sosiaalitoimesta ja kolmannelta sektorilta.



2.2.2.2 Muut lapsiperheiden sosiaalipalvelut

Lapsiperheille tarkoitetut sosiaalipalvelut voivat olla tarpeen, jos lapsen tai nuoren psyykinen oireilu tai sen voimistuminen ehkäisy edellyttää tukea myös lapsen, nuoren tai perheen arkeen. Psyykkisten häiriöiden hoito on usein tehokkainta moninialaisena yhteistyönä siten, mukana ovat myös sosiaalihuoltolain mukaisista palveluista tai lastensuojelusta lapselle, nuorelle tai perheelle annettu tuki. Sosiaalipalvelujen tarjoama tuki voi olla tilapäistä tai pitempiaikaista. Lapsiperheitä tukevia sosiaalipalveluita ovat muun muassa kotipalvelu ja perhetyö sekä tukihenkilö- ja tukiperhetoiminta.

Lapsiperheiden sosiaalipalvelut

- **Kotipalvelun** tavoitteena on tukea perhettä arjessa selviytymisessä ja vahvistaa perheen omia voimavaroja. Kotipalvelulla tarkoitetaan jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien (esim. lasten hoidon tai kasvatuksen) tekemistä tai niissä avustamista. Perhettä opastetaan suunnitelmallisesti lasten- ja kodinhoidossa, vahvistaen arjen taitoja. Kotipalvelu on määräraikaista. Sosiaalihuoltolain mukaan lapsiperheellä on oikeus saada perheen huolenpidon turvaamiseksi kotipalvelua tarpeen mukaan.
- **Perhetyö** on kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä vanhemmuuden tukea, ohjausta esimerkiksi lasten kasvatuksessa ja kodin arjen ja arkirutiinien hallinnassa (esim. päivärytmi, ruokailu, nukkuminen), lapsen tasapainoisen kasvun ja kehityksen tukea, perheen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ja keskinäisen vuorovaikutuksen tukea. Työ tapahtuu pääasiallisesti perheen kodissa. Käytettävät menetelmät valitaan asiakkaan tarpeen ja perhetilanteen mukaisesti. Perhetyö ei edellytä lastensuojelun asiakkuutta.
- **Tukihenkilön** toiminta vaihtelee tuettavan tarpeiden mukaan; hän voi esimerkiksi kannustaa harrastuksiin, tukea koulunkäyntiä tai viedä erilaisiin tilaisuuksiin. Tapaamisia on yleensä 1–4 kertaa kuukaudessa. Ammatillinen tukihenkilö on sosiaali-, terveys- tai kasvatusalan ammattilainen, jolla on kokemusta lasten ja nuorten kanssa työskentelystä. Vapaaehtoisen tukihenkilön edellytetään olevan luotettava ja turvallinen aikuinen, jolla on motivaatio ja aikaa auttaa. Palvelun saaminen ei edellytä lastensuojelun asiakkuutta.
- **Tukiperhesuhteen** tavoitteet, muodot ja kesto suunnitellaan lapsen tai nuoren ja hänen perheensä sekä tukiperheen kanssa ja suunnitelma tarkistetaan sovituin määräajoin. Tuettava lapsi osallistuu tukiperheen arkeen ja yöpyy tukiperheen luona esimerkiksi yhden viikonlopun kuukaudessa. Palvelun saaminen ei edellytä lastensuojelun asiakkuutta.



2.2.2.3 Lastensuojelu

Lastensuojelun perustehtävät ovat lasten yleisiin kasvuoloihin vaikuttaminen, vanhempien tukeminen kasvatustehtävässä ja varsinaisen lasten suojelutehtävä. Lastensuojelun tarjoama tuki jaetaan avohuollon ja sijaishuollon tukeen. Avohuollon tuki on aina vapaaehtoista ja sitä annetaan tavallisesti niin, että lapsi tai nuori asuu kotona. Lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun tukitoimia järjestetään siten, että ne vastaavat lapsen tai nuoren tarpeita ja huomioivat yksilöllisen tilanteen. Näitä tukimuotoja voivat olla esimerkiksi

- lapsen tai nuoren taloudellinen ja muu tukeminen
 - koulunkäynnissä
 - harrastuksissa
 - läheisten ihmissuhteiden ylläpitämisessä sekä
 - muiden henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämisessä
- kuntoutumista tukevat hoito- ja terapiapalvelut
- tehostettu perhetyö
- perhekuntoutus
- muut lasta, nuorta ja perhettä tukevat palvelut ja tukitoimet

Lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle, nuorelle ja perheelle voidaan järjestää myös sosiaalihuoltolaissa mainittuja tukitoimia. Näitä ovat esimerkiksi tukihenkilö ja -perhe, perhetyö, vertaisryhmätöiminta sekä loma- ja virkistystoiminta.

2.2.3 Nuorisotyö

Kunnan **nuorisotyö** tarjoaa nuorille varhaista tukea. Palveluita voi saada nuorisotaloissa, liikkuvana nuorten keskuudessa sekä verkossa. Lisäksi voidaan järjestää esimerkiksi leiritoimintaa tai loma-aikojen harrastustoimintaa. Vanhemmille voidaan tarjota tietoa ja järjestää vanhempien iltoja.

Erityisnuorisotyö on ennaltaehkäisevää lastensuojelua ja sosiaalista nuorisotyötä. Sen tavoitteena on syrjäytymisvaarassa olevien tai jo syrjäytyneiden nuorten sekä heidän perheidensä tukeminen ja ohjaaminen. Palveluun voi nuori tai perhe ottaa itse yhteyttä. Erityisnuorisotyöhön kuuluva etsivä nuorisotyö tukee nuoren itsenäistymistä, auttaa saavuttamaan nuoren tarvitsemat palvelut sekä vahvistaa taitoja kiinnittyä palveluihin.

2.2.4 Perhekeskus

Perhekeskuksella tarkoitetaan monialaista palveluverkostoa, johon kuuluvat lapsille, nuorille ja perheille tarkoitetut hyvinvointia ja terveyttä sekä kasvua ja kehitystä edistävät sekä varhaisen tuen, hoidon ja kuntoutuksen palvelut. Varsinaiseen verkostoon kuuluvat perustason sosiaali- ja terveyspalvelut sekä niitä tukevat erityistason palvelut. Hallinnon- ja organisaatorajat ylittävään yhteistyöverkostoon kuuluvat sivistyspalvelut ja kunnan muut palvelut sekä järjestöjen ja seurakuntien palvelut ja toiminta. Kokonaisuutena johdettu perhekeskus toimii rakenteena edellä mainittujen palvelujen yhteensovittamiselle sekä yhteistoinnillisista toimintatavoista ja yhtenäisistä käytännöistä sopimiselle.

Perhekeskukset voivat olla yhden tai useamman kunnan perhekeskuksia, suurissa kunnissa voi vastavasti olla useita perhekeskuksia. Perhekeskuksen tavoitteena on avun ja tuen viiveetön järjestäminen. Perhekeskuksen palvelut tarjotaan toimipisteissä, sähköisesti ja kotiin vietyinä. Kouluikäisiä voivat palveluilla perhekeskuksen toiminnoista ainakin sosiaalihuoltolain mukaiset sosiaalipalvelut (kuten kasvatus- ja perheneuvonta, lapsiperheiden sosiaalityö, kotipalvelu, perhetyö ja perheoikeudelliset palvelut) sekä puhe-, toiminta- ja fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin palvelut.

2.3 Muita lapsiperheiden palveluverkkoon kuuluvia toimijoita

2.3.1 Kelan järjestämät palvelut

Kela järjestää lapsille ja nuorille valtakunnallisia **sopeutumisvalmennuskursseja**, joiden tavoitteena on tukea lasta tai nuorta ja hänen perhettään vamman tai pitkäaikaisen sairauden hallinnassa. **Moniammatillinen yksilökuntoutus** voi tulla kyseeseen esimerkiksi haastavasti neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten kohdalla. Terapiakuntoutus (esim. erilaiset psykoterapiat, toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus) voi tietyin edellytyksin toteutua Kelan rahoittamana **vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena**. Kaikkiin Kelan kuntoutuksiin haetaan hoitavan lääkärin laatimalla B2-lausunnonla. Kuntoutuksista ovat kuntoutujalle maksuttomia. Kela-rahoitteisista kuntoutuksista, niiden myöntöedellytyksistä ja muista Kelan etuuksista (esimerkiksi alle 16-vuotiaan vammaistuki) löytyy tietoa Kelan sivuilta (www.kela.fi).

2.3.2 Aikuisten mielen terveyspalvelut

Aikuisten mielen terveyspalveluja tarjotaan terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa. Perustason palvelujen kokonaisuus on erilainen eri kunnissa. Monilla terveysasemilla on esimerkiksi psykiatrisia sairaanhoitajia tai psykologeja, ja joissakin on myös psykiatrian erikoislääkäreitä. Joillakin paikkakunnilla psykiatrisen erikoissairaanhoidon on järjestänyt päivystyspalveluita, joihin voi ottaa yhteyttä suoraan.

Muuten erikoissairaanhoidon tarvitaan lääkärin lähete. Oman paikkakunnan tilanteen voi selvittää kunnan antamasta ohjeistuksesta tai esimerkiksi Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelusta, josta löytyy lisäksi paljon muuta tietoa sekä ensiapu- ja oma-apuohjeita.

2.3.2.1 Muita aikuisten mielenterveyttä tukevia palveluita

Kirkon perheasiain neuvottelukeskukset antavat maksutonta parisuhdeneuvontaa. Asiakkaaksi voi hakeutua, vaikka ei ole evankelisluterilaisen kirkon jäsen. Lukuisat järjestöt tuottavat monipuolisia mielenterveyttä tukevia palveluja. Yksityissektorin palveluilla on merkitystä erityisesti avohoidon erikoislääkäripalvelujen (sisältäen työterveyshuollon) ja psykoterapioiden tuottajana.

2.3.3 Päihdepalvelut

Kunnat vastaavat päihdepalvelujen järjestämisestä. Kunnat voivat joko tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostaa ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta, esimerkiksi järjestöiltä. Päihdepalveluja tarjotaan ensisijaisesti avopalveluina.

Avopalveluihin voi hakeutua oma-aloitteisesti ottamalla yhteyttä paikalliseen sosiaalitoimistoon, terveyskeskukseen tai päihdeyksikköön, kuten A-klinikkaan. Palvelut voivat olla esimerkiksi sosiaalista tukea, katkaisuhoidtoa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa tai kuntoutusta. Palveluissa selvitetään myös toimeentuloon ja asumiseen liittyviä kysymyksiä.

2.3.4 Järjestöt, yksityiset toimijat ja seurakunnat

Julkisia mielenterveyspalveluja täydentävät järjestöjen, yksityisten ja seurakuntien tuottamat palvelut. Ne painottuvat mielenterveyttä edistäviin ja tukeviin palveluihin, ja parhaiten niitä on saatavilla suurissa kaupungeissa ja niiden läheisyydessä. Verkossa toimivia ja maantieteellisesti kattavimpia kouluikäisten lasten, nuorten ja heidän perheidensä palveluita vuonna 2019 on esitelty liitteessä 1. Lisäksi voi olla erilaisia alueellisia tai paikallisia toimintoja.

2.4 Mielenterveyden edistäminen kouluissa

Koulu on kodin ohella lasten ja nuorten tärkein elinympäristö. Kouluilla on siten merkittävä mahdollisuus edistää oppimisen lisäksi lasten ja nuorten mielenterveyttä. Mielenterveyttä edistävät koulu yhteisöt luovat turvallisen ja ennakoitavan ympäristön, mahdollistavat ryhmään kuulumisen, antavat ikätasoisia haasteita, tukevat vahvuuksia, tarjoavat onnistumisen kokemuksia sekä luovat positiivista ilmapiiriä. Tällä tavoin luodaan pohja lapsen ja nuoren suotuisalle kasvulle ja kehitykselle.

Perinteisesti mielenterveyden edistäminen koulussa on nähty henkisen pahoinvoinnin, kiusaamisen ja konfliktien ehkäisemisenä. Tällaisten ongelmien ehkäisy on osa mielenterveyttä edistävää työtä, mutta se on paljon muutakin. Sillä tavoitellaan mielenterveydelle hyödyllisten taitojen vahvistamista koko ikäluokassa sekä koko koulu yhteisön toimintamallien kehittämistä mielen hyvinvointia tukevaksi.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolain (287/2013) mukaan opiskelu huollon tehtäviin kuuluvat koululaisen oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen sekä niiden edellytysten lisääminen koulu yhteisössä. Tehtävänä on myös taata varhainen tuki sitä tarvitseville. Perusteet koulujen mielenterveyttä edistävälle työlle sisältyvät myös opetussuunnitelmaan, jossa nostetaan esille tunne- ja vuorovaikutustaitojen edistäminen osana opetusta. Kiusaamisen ennalta-

Taulukko 2.1. Peruskouluikäisten lasten ja nuorten palveluja ja yhteistyötahoja mielen terveytyksessä

Perustaso ja sitä täydentävät palvelut
Opiskeluhoitoon palvelut Kouluterveydenhuolto <ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhoitajan ja lääkärin palvelut Psykologin ja kuraattorin palvelut Muiden mielen terveytysohjaajien, esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan palvelut Opetussuunnitelman mukainen opiskeluhoito Yhteisöllinen hyvinvointityö
Terveyskeskuksen yleiset palvelut <ul style="list-style-type: none"> • Vastaanotto- ja päivystyspalvelut • Kunnan muut mielen terveyspalvelut • Nuorisopoliklinikan ja -aseman sekä nuorisoneuvolan palvelut ym.
Kunnalliset sosiaalihuoltoon palvelut <ul style="list-style-type: none"> • Kasvatus- ja perheneuvonta, perhetyö, lapsiperheiden ja nuorten sosiaalityö ja ohjaus
Kunnalliset nuoris-, kulttuuri- ja vapaa-ajanpalvelut <ul style="list-style-type: none"> • Nuorisotyö eri muodot, nuorten työpajat
Erityistason palvelut
Lasten- ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoito <ul style="list-style-type: none"> • Avo- ja osastohoito, liikkuvat ja konsultatiiviset palvelut
Somaattinen erikoissairaanhoito <ul style="list-style-type: none"> • Erikoisalujen palvelut kuten lastentaudit ja lastenneurologia, foniatria
Sosiaalihuoltoon erityispalvelut <ul style="list-style-type: none"> • Lastensuojelun palvelut ja tukitoimet (mm. lastensuojelun perhetyö), avohuolto ja sijoitus, huostaanotto, sosiaali- ja kriisipäivystys, vammaispalvelut
Kelan ja vakuutuslaitosten palvelut <ul style="list-style-type: none"> • Vaativa lääkinällinen kuntoutus, sopeutumisvalmennuskurssit ja muut kuntoutusjaksot
Yksityisen sektorin tuottamat erityistason palvelut Voivat toteutua kunnan ostopalveluna tai itse maksaen. (Esim. lasten- ja nuorisopsykiatriset ja psykoterapeuttiset tutkimukset, hoidot ja kuntoutukset, neuropsykologinen tutkimus ja kuntoutus, neuropsykiatrisen valmennus, monimuotokuntoutukset)
Vaativat palvelut
Vaativat lasten- ja nuorisopsykiatriset palvelut <ul style="list-style-type: none"> • Oikeuspsykiatriset tutkimukset, kansallisesti keskitetyt palvelut (esim. sukupuoli-identiteetin tutkimus), vaikeasti (väkivallalla) oireilevien hoito
Lastensuojelun vaativat erityispalvelut <ul style="list-style-type: none"> • Koulukodit
Rikosseuraamusten piiriin joutuneiden palvelut
Vaativat maahanmuuttajien ja turvapaikanhakijoiden palvelut

ehkäisy, siihen puuttuminen ja kiusaamistapausten jälkihoito sekä kaverisuhteiden muodostumisen tukeminen ovat osaltaan kouluille luontevasti sopivia, lasten ja nuorten mielen terveyttä edistäviä toimia. Mielen terveystaitojen kehittäminen on myös osa opetussuunnitelman terveystiedon opetusta yläkoulussa sekä ympäristöopin oppisisältöjä alakoulussa. Turvallisen ryhmän rakentaminen ja sen rakentamista vahvistavan vuorovaikutuskulttuurin luominen on tärkeä osa kiusaamisen ehkäisyä päivittäisissä ryhmätilanteissa.

2.4.1 Mielenterveyden edistäminen kouluterveydenhuollon, opiskeluhoollon ja opettajien yhteistyönä

Kouluterveydenhuollon tehtäviin kuuluu muun muassa oppilaan kasvun ja kehityksen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, mukaan lukien mielenterveyden edistäminen. Tehtäviin kuuluu myös koko koulu yhteisön terveellisyys ja turvallisuus sekä hyvinvoinnin edistäminen ja seuranta. Kouluterveydenhuolto on osa opiskeluhoitoa, jolla tarkoitetaan oppilaan oppimisesta ja psyykkisestä, sosiaalisesta ja fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimista ja niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa.

Mielenterveyden edistäminen vaatii hyvää yhteistyötä eri ammattihenkilöiden välillä, tiedon ja vastuun jakamista, sovittujen toimien etenemisen seuranta, erimielisyyksien käsittelyä, muuttuvien tarpeiden huomioimista sekä mielenterveystaitojen opettamista läpi peruskoulun. Keskeisessä asemassa on opettaja, jolla on mahdollisuus olla positiivinen roolimalli lapsen tai nuoren elämässä. Opettajalta vaaditaan myös valppautta ja taitoa tunnistaa tukea tarvitsevat oppilaat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kykyä ottaa huoli puheeksi sekä saattaen ohjata oppilas esimerkiksi kuraattorin, psykologin tai terveydenhoitajan luokse.

2.4.2 Mielenterveyden edistämisen painopistealueet kouluissa

Kouluissa tapahtuvan mielenterveyden edistämisen painopistealueet jaetaan useimmiten kolmeen ryhmään. Toimenpiteiden painopisteenä ovat tällöin joko

1. Yksilölliset taidot
 - stressinsietokyvyn, itsetunnon, elämän- ja mielenterveystaitojen ja selviytymisstrategioiden kehittäminen
2. Sosiaaliset taidot (vuorovaikutussuhteet)
 - ihmissuhdetaitojen kehittäminen
 - hyvät ja terveet vuorovaikutussuhteet
 - vahva sosiaalinen verkosto
3. Ympäristö
 - positiivinen, turvallinen ja tukea tarjoava opiskeluympäristö
 - tiedossa olevien riskitekijöiden poistaminen ennaltaehkäisevällä toiminnalla ja asennekasvatuksella.

Mielen terveyden edistäminen on jokaisen kouluyhteisön jäsenen asia

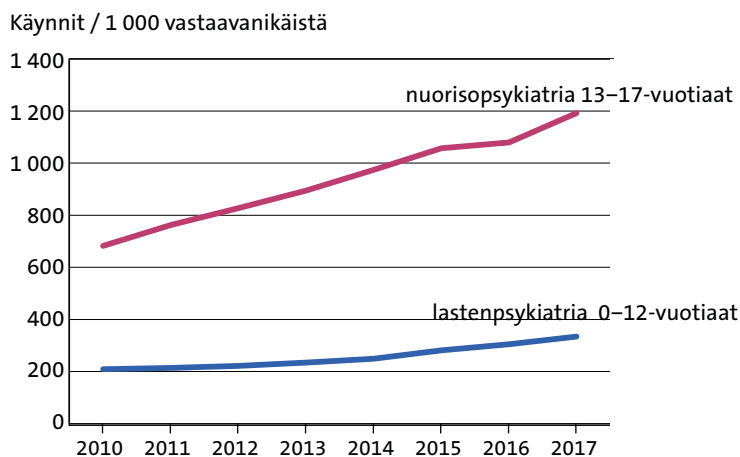
Mielen terveyden edistäminen kouluissa on paljon muutakin kuin varhaista tuen tarjoamista huolta nostavissa oppilastapauksissa. Koko koulun henkilökunta voi edistää oppilaiden mielen terveyttä muun muassa:

- olemalla läsnä (esimerkiksi välitunneilla) ja järjestämällä aikaa oppilaan kohtaamiseen
- harjoittamalla ja kehittämällä taitoa kuunnella oppilasta
- pyrkimällä ymmärtämään oppilaiden ja heidän perheidensä erilaisia taustoja
- pyrkimällä ymmärtämään kuinka oppilaiden kehitys vaikuttaa heidän vuorovaikutukseensa ikätoverien ja aikuisten kanssa
- puuttumalla välittömästi näkemäänsä kiusaamiseen ja syrjintään
- tukemalla ryhmytymistä ja turvallisen ryhmän rakentumista
- luomalla mahdollisuuksia oppilaiden positiiviseen kanssakäymiseen niin oppitunneilla kuin välitunneilla
- jakamalla tietoa mielen terveyden edistämisestä, esimerkiksi tähän tarkoitettun tietokannan (mm. Lasten ja Nuorten Mielen terveysystalo, Mieli ry:n verkkosivusto) ja kirjallisuuden avulla
- osallistumalla koulun opiskeluhoitotyöhön
- nimittämällä mielen terveysvastaavan, joka vastaa ja koordinoi koulussa tapahtuvaa mielen terveyden edistämistä ja tarjoaa tukea muulle henkilökunnalle
- yhteistyöllä paikkakunnan perheneuvolan, nuorisopalveluiden ja järjestöjen kanssa
- pyytämällä asiantuntijoita kouluun kertomaan positiivisen mielen terveyden merkityksestä ja vaikutuksesta opetukseen ja oppimiseen.



2.5 Lasten ja nuorten mielen terveyshäiriöiden hoidon porrastus

Mielen terveyshäiriöt ovat yleisiä. Niitä esiintyy 10–15 prosentilla lapsista ja 20–25 prosentilla nuorista. Yleisimpiä ovat ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), käytöshäiriö sekä nuoruusiässä yleistyvät päihdehäiriöt ja syömishäiriöt. On tavallista, että lapsella tai nuorella on samanaikaisesti useampi häiriö. Tarkemmin eri häiriöiden yleisyyttä on kuvattu luvussa 5. Noin puolet mielen terveyshäiriöistä ilmenee 14 ikävuoteen mennessä. Jatkuvuutta aikuisikään on osoitettu olevan erityisesti ahdistuneisuushäiriöillä, masennustiloilla, käytöshäiriöillä ja väkivaltaisuudella. Viime vuosina erikoissairaanhoidon ohjautuminen on lisääntynyt huomattavasti (kuva 2.1). Osittain tämä liittyy parempaan häiriöiden tunnistamiseen, mutta pääasiallinen syy on perustason palvelujen riittämättömyys.



Kuvio 2.1. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit lasten- ja nuorisopsykiatrialla tuhatta vastaavanikäistä kohden vuosina 2010-luvulla.

Maahanmuuttajataustaisilla lapsilla ja nuorilla on suurentunut riski sisäänpäin suuntautuviin mielenterveyden häiriöihin, kuten masennukseen. Eri syistä johtuvat oppimiseen liittyvät vaikeudet kuten keskittymisvaikeudet ja mieleen painamisen vaikeudet ovat turvapaikanhakija- ja pakolaistaustaisilla lapsilla ja nuorilla yleisiä.

Maahanmuuttaja- ja pakolaistaustaisia lapsia ja nuoria kohdatessa on tärkeää

- käyttää mielenterveyttä edistävää ja voimavaroja vahvistavaa työtettä
- tukea voimavaroja, kuten turvallisuuden tunnetta, mahdollisuutta vaikuttaa omiin asioihin, omanarvon säilyttämistä, merkityksellisiä ihmissuhteita, oman identiteetin muodostumisesta ja stressin hallintaa
- taata lapsen tai nuoren arjen mielekäs toiminta. Mielenterveyttä edistävä toiminta voi olla esimerkiksi harrastukset, liikunta tai vaikkapa kielen opiskelu.
- selvittää, millaisia mielekkään tekemisen ja sosiaalisen tuen mahdollisuuksia kunnalla on tarjota maahanmuuttaja- ja pakolaistaustaisille lapsille ja nuorille (esimerkiksi nuorisotalot, liikuntaryhmät, tukihenkilö- ja ystävätoiminta ja vertaistukiryhmät).
- tukea koko perhettä
- tiedostaa tyttöjen ja naisten asema ja rooli eri kulttuureissa ja sen mahdolliset vaikutukset mielenterveyteen
- kertoa suomalaisesta palvelujärjestelmästä ja oikeuksista palveluihin
- kertoa mielenterveystaidoista, joiden avulla ihmiset pystyvät vahvistamaan omia voimavarojaan sekä puhumisen tärkeydestä mielenterveydelle ja kotoutumiselle
- tukea lapsen ja nuoren osallisuutta ja ryhmään kuulumista sekä puuttua mahdollisiin kiusaamis- ja syrjintätapauksiin.

Lisämateriaalia:

Castaneda ym. 2018: [Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa](#). PALOMA-käsikirja. Ohjaus 5/2018. Helsinki: Juvenes

[Opas maahanmuuttajien parissa toimiville.](#)

[KOTU – kohtaa ja tue – maahanmuuttajan mielenterveyden tueksi -koulutus](#)

Paloma-käsikirja



2.5.1 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet

Sosiaali- ja terveysministeriö on määrittänyt perusteet, joilla mielen terveyystyötä tehdään ja lasten- ja nuorisopsykiatrista hoitoa annetaan toisaalta perustasolla ja toisaalta erikoissairaanhoidossa. Kiireettömän hoidon yhtenäiset perusteet kattavat kaikki lasten ja nuorten mielen terveysongelmat ja psyykkiset häiriöt. Tässä kuvataan perus- ja erityistason tehtävät kouluikäisten mielen terveyystyössä ja mielen terveyshäiriöiden hoidossa. Tarkemmat arviointiperusteet löytyvät julkaisusta [Yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit](#).

2.5.1.1 Alakouluikäiset (7–12 v)

Lasten mielen terveyystyössä ja lastenpsykiatrisessa hoidossa on olennaista lapsen ja hänen perheensä osallisuus ja hoidon ja tuen tarpeen sekä tavoitteiden määrittely yhteistyössä kaikkien toimijoiden kesken.

Perustason tehtävät

- mielen terveyttä edistävät ja kasvu- ja kehitysympäristöjä tukevat universaalit palvelut
- lasten yksilöllisten kehityksellisten riskien sekä lapsen ja vanhemman vuorovaikutusongelmien tunnistaminen, lasten mielen terveysongelmien ja -häiriöiden sekä lasten neuropsykiatristen häiriöiden tunnistaminen, arviointi ja diagnostiset perustutkimukset
- matalan kynnyksen psykososiaalinen ohjaus ja tuki sekä lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta, vanhemmuutta, lasta ja lapsen sosiaalista verkostoa tukevat interventiot lievissä ja keskivaikeissa häiriöissä
- lasten lievien ja keskivaikeiden mielen terveysongelmien ja -häiriöiden sekä lasten neuropsykiatristen häiriöiden tuki ja hoito sekä lasten vanhempien psykososiaalisiin ongelmiin liittyvä varhainen hoito ja tuki yhteistyössä sosiaalihuollon ja aikuisten palveluiden kanssa
- matalan kynnyksen palveluiden toteuttaminen moniammatillisessa ja monitoimijaisessa verkostossa yhteistyönä sekä tarvittaessa yhteistyössä lastenpsykiatrian erityistason konsultaatioiden ja jalkautuvien palveluiden kanssa.
- lasten arkiympäristöjen toimijoiden (mm. koulu) konsultointi lasten mielen terveyteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa
- jatkohoidon ja kuntoutuksen toteuttaminen erityistason tutkimusten ja/tai hoidon jälkeen yhteistyönä tai erityistason ohjauksessa.

Erityistason tehtävät

- konsultaatioiden ja jalkautuvien palveluiden avulla toteutuva yhteinen toiminta matalan kynnyksen palveluiden kanssa, kun lapsella ja perheellä on tarve monitoimijaiselle arvioinnille ja yhteistyölle ja/tai laaja-alaiselle hoito- ja kuntoutussuunnitelmalle
- lastenpsykiatrian ja lasten neuropsykiatrian diagnostiset erityistutkimukset
- lastenpsykiatrian akuutti- ja osastohoito
- lastenpsykiatrinen avohoito muun muassa seuraavissa tapauksissa:
 - vakavissa häiriöissä sekä lapsen psyykkisen oireilun ja siihen liittyvän toimintakykyhaitan ollessa vakavaa
 - pitkittyneissä ja vaikeutuneissa tilanteissa, joissa matalan kynnyksen tuki ja hoito tai lastensuojelulliset toimet eivät riitä vähentämään oireilua/toimintakykyhaittaa
 - kun lapsen oireilun lisäksi perheessä on vaikea-asteinen vuorovaikutushäiriö, moniongelmaisuutta, riskitekijöiden kasaantumista tai huomattavaa sosiaalihuollon palveluiden tarvetta.

Kiireettömän hoidon perusteet

Lasten mielenterveyspalveluiden ja lastenpsykiatrian kiireettömän hoidon yhtenäiset perusteet voidaan määrittää lasten psykososiaalisen terveyden arviointilomakkeen LAPS avulla (liite 2). Lomake auttaa määrittelemään, tuleeko tarvittavat tuki- ja hoitotoimet toteuttaa perusterveydenhuollossa ja muissa peruspalveluissa, peruspalveluiden ja erityispalveluiden yhteistyönä vai erikoissairaanhoidossa ja muissa erityispalveluissa.

Lapsen psykososiaalisen terveyden seuranta sekä lasten ja perheiden hyvinvoinnin tukeminen ovat erityisesti kouluterveydenhuollolle osoitettuja tehtäviä.

2.5.1.2 Yläkouluikäiset (noin 13–15 vuotiaat)

Perusterveydenhuollon tehtävät

- häiriöiden tunnistaminen, lievien ja tilanteen mukaan harkiten keskivakavien häiriöiden hoito tarpeenmukaisessa yhteistyössä opiskeluhoollon, sosiaalitoimen ja muiden viranomaisten kanssa
- erikoissairaanhoidon vaativien häiriöiden tunnistaminen, lähettäminen ja yhteistyö erikoissairaanhoidon aikana erikoissairaanhoidon sekä tarpeen mukaan opiskeluhoollon, sosiaalitoimen ja muiden viranomaisten kanssa
- jatkohoidon toteuttaminen erikoissairaanhoidon ohjeistuksen mukaisesti.

Erikoissairaanhoidon tehtävät

- nuorten vakavien mielenterveyden häiriöiden hoito tarpeenmukaisessa yhteistyössä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, opiskeluhoollon ja muiden viranomaisten kanssa.

Kiireettömän hoidon perusteet

- Arviointilomaketta (ks. liite 3) voidaan käyttää nuorten terveystarkastuksissa ja ongelmatilanteita arvioidessa apuna hoidon tason ja muiden interventioiden tarpeen harkinnassa.

Yli 10 mutta alle 45 pistettä saattaa edellyttää interventioita paitsi perusterveydenhuollolta myös sosiaalitoimelta, opiskeluhoollolta tai muilta viranomaisilta. Kriteerejä voidaan hyödyntää myös erikoissairaanhoidon lähetettäessä.

- Erikoissairaanhoidon pääsyn kriteerien täyttyminen arvioidaan erikoissairaanhoidossa. Hoitoon pääsyn perusteena on, että nuorella todetaan jokin psykiatrinen häiriö (voidaan asettaa jokin tautiluokituksen mukainen psykiatrinen diagnoosi) ja kriteereillä mitattuna ylittyy 50 pisteen raja.
- Perusterveydenhuollon käyttäessä kriteereitä läheteharkinnan tukena tulee psykiatrinen häiriö voida perustellusti epäillä. Diagnoosin varmistaminen voi tapahtua erikoissairaanhoidossa.

2.6 Erikoissairaanhoidon konsultaatiot perustasolle

Edellä kuvatun hoidon porrastuksen toteutuminen edellyttää toimivia konsultaatorakenteita perustason ja erityistason välillä. Konsultaatiotyöskentelyyn tarvitaan kummaltakin osapuolelta riittävästi aikaa ja henkilöresursseja sekä sitoutumista sovittuihin käytäntöihin. Erityisesti keskivaikeiden häiriöiden hoitaminen edellyttää erikoissairaanhoidon tukea. Konsultaatioiden avulla on mahdollista myös yhteisesti tunnistaa ne tilanteet, joissa lapsen tai nuoren hoidon osa tai koko hoito on perusteltua siirtää erikoissairaanhoidon hoitoon.

Puhelinkonsultaatiot ovat päivystyksellisiä ratkaisuja edellyttävissä tilanteissa vakiintunut ja yleensä toimiva konsultaatiotapa, sillä päivystysasioissa yhteyden erikoissairaanhoidon lääkäriin saa tavallisesti viiveettä. Puhelinkonsultaatioilla hoituvat yleensä myös aiemmissa kiireettömissä konsultaatioissa olleiden lasten tai nuorten tilanteiden päivitykset. Kiireettömissä tilanteissa, erityisesti monimutkaisissa tai monitoimijaisissa tilanteissa paperikonsultaatio antaa konsultille paremmin aikaa hahmottaa kokonaistilanne ja sen edellyttämät toimenpiteet. Jalkautuva konsultaatio on hyödyllisin puolikiireellisissä tilanteissa, joissa tarvitaan pohdintaa siitä, mitä perustason tukea on lapselle tai nuorelle järjestettävissä ja riittääkö se, tuleeko erikoissairaanhoidon mukaan johonkin osaan hoitoa vai ottaako se vastuulleen koko hoidon. Konsultaatio etäyhteyden avulla säästää aikaa silloin, kun etäisyydet ovat pitkät, eikä hoito ole siirtymässä erikoissairaanhoidon hoitoon. Erikoissairaanhoidon yksikössä tapahtuva perheen ja heidän kanssaan perustasolla työskentelevien työntekijöiden konsultatiivinen käynti voi olla joissakin tilanteissa ajankäytön kannalta ainoa mahdollinen vaihtoehto. Perustason työntekijöille ryhmässä annettavan jalkautuvan paperikonsultaation etuna on erityisesti keskustelumahdollisuus ja koulutuksellisuus. Erityisesti ryhmämuotoisissa konsultaatioissa tulee huomioida tietosuojaan liittyvät näkökohdat. Samalle käynnille voi yhdistää tarvittaessa myös potilastapaamisen sisältävää konsultaatiota.

Konsultaatioiden tuottamaa hyötyä lisää, kun etukäteen kiteytetään mahdollisimman selkeiksi ne asiat tai kysymykset, joihin toivotaan erikoissairaanhoidolta vastauksia. Sitä lisää myös se, että sekä konsultaation pyytjä että antaja tuntevat hyvin paikkakunnan organisaatiot ja heidän palveluvalikkonsa ja siten tietävät mitä tukea paikkakunnalla voidaan järjestää. Konsultaatio verkostoneuvottelun muodossa koordinoi toimintaa ja hyödyttää myös sisällöllisesti kaikkia kyseisen lapsen tai nuoren ja hänen perheensä kanssa työskenteleviä.

Erikoissairaanhoidon konsultaatiokäytänteet ja yhteistyön osapuolet vaihtelevat sairaanhoitopiirien välillä. Alueellisista tarpeista lähtevä yhteinen suunnittelu ja tarpeisiin perustuvat linjaukset konsultaatioiden toteuttamistavoista, tiheydestä ja kohderyhmistä selkiyttävät toimintaa ja mahdollistavat pitkäjänniteisen kehittämisen. Konsultaatioon liittyvästä kirjaamisesta sopiminen on tärkeää. Hyviä kokemuksia on saatu esimerkiksi kahden tai useamman viranomaisen yhteisasiakkuudessa olevan perheen verkostoneuvottelujen kirjaamisesta samanlaisena molempien osapuolien asiakirjoihin ja tekstin antamisesta myös perheelle.

Kiireettömien konsultaatioiden suunnittelussa linjattavaa:

- Mille ammattikunnille konsultaatiota tarvitaan?
- Missä organisaatioissa työskenteleville konsultaatiota tarvitaan?
- Mille työryhmille konsultaatiota tarvitaan?
- Onko konsultointi säännöllistä vai tarpeen vaatiessa?
- Millainen yhteinen aikarakenne tehdään konsultoinnin ja sen jatkuvuuden mahdollistamiseksi?
- Millaisiin tilanteisiin konsultaatioita pyydetään?
- Mitkä ammattikunnat antavat konsultaatiota?
- Millainen kokemus konsultaatioita antavalla tulee olla?
- Missä tilanteissa konsultilla tulee olla tiettyä menetelmäosaamista tai jotain erityisosaamista?
- Missä tilanteissa tarvitaan erikoissairaanhoidon jalkautuvan työryhmän konsultointia?
- Tarvitaanko lähete?

Mitä matalammalla kynnyksellä ja laajemmin konsultaatioita voidaan saada, sen todennäköisemmin pystytään tunnistamaan varhain ne lapset ja nuoret, jotka tarvitsevat kasvuvuosinaan pitkäkestoista tai intensiivisempää tukea. Konsultaatio tuottaa parhaan hyödyn silloin, kun perusselvitykset on tehty ja kysymyksenasettelu on tarpeeksi selkeä. Myös konsultaatioita antavien erikoissairaanhoidon työntekijöiden kokemus- ja osaamistaustan sovittaminen kyseessä olevaan konsultaatiotehtävään lisää hyötyä. Erikoissairaanhoidon konsultilla tulisi myös olla tilanteen edellyttämät valtuudet tehdä erikoissairaanhoidon ohjausta koskevia päätöksiä. Alueellinen pitkäjänteinen koulutusyhteistyö tukee viisaasti kohdennettujen konsultointikäytänteiden luomista ja konsultaatioiden määrän seuranta ja konsultointiprosessin säännöllinen yhteinen tarkastelu sen ylläpitoa ja kehittämistä.



2.6.1 Hyvä käytäntö: HUS VARHAIN

VARHAIN-työryhmä tarjoaa psykiatrisen sairaanhoitajan palvelukokonaisuuksia, joihin kuuluu puhelinkonsultaatio, verkostokonsultaatio sekä konsultatiivinen arvio ja työskentely. VARHAIN-työ toteutetaan yhdessä perustason tai lastensuojelun yhteistyökumppanin kanssa.

Työskentely käynnistyy konsultaatiopuhelusta, jossa etsitään tapoja vähentää lapsen tai nuoren ajan-kohtaista kuormitusta ja tukea hänen toimintakykyään. Konsultatiivisen tutkimuksen tavoitteena on muodostaa kuva psyykkisen oireilun luonteesta ja sen vakavuusasteesta sekä lapsen tai nuoren toimintakyvystä. Lisäksi arvioidaan tarvitaanko erikoissairaanhoidoa vai riittääkö perustason tuki.

Verkostokonsultaatioon osallistuvat lapsen, nuoren ja perheen lisäksi ne henkilöt, joilla on mahdollisuus olla apuna lapsen tai nuoren voinnin kohenemisessä. Tarkoitus on muotoilla yhteinen tavoite ja sopia siitä, miten osallistujat voivat tukea lapsen, nuoren ja perheen voinnin helpottumista ja toimintakykyä. Lapsen ja nuorten oireilua arvioidaan yhteisissä tapaamisissa keskustellen ja havainnoiden, haastatteleamalla ja käyttämällä systematisoituja arviointimenetelmiä. Toimenpiteiden suunnittelussa on keskeistä kiinnittää huomiota lapsuuden tai nuoruuden kehitystehtäviin ja arjen toimintakykyyn sekä järjestää niihin tarpeen mukainen tuki. Konsultit tukevat perustason työntekijöitä heidän työssään ja työskentelevät yhdessä heidän kanssaan. Työskentelyssä käytetään integratiivisesti elementtejä esimerkiksi psykoedukaatiosta, kognitiivisista menetelmistä, perheinterventioista ja omahoito-ohjelmista sekä vanhempien ohjauksesta.

VARHAIN-konsultaatioissa työskentely käsittää vähintään yhden, noin tunnin kestoisen verkoston neuvottelun. Muita käyntejä järjestetään yksilöllisesti, eikä käyntien enimmäismäärää ole määritetty. Tavallisimmin niitä on 1–10, keskimäärin 4–6. Käyntien kesto voi vaihdella tarpeen mukaan alle tunnista 2–4 tuntiin.

VARHAIN-työskentely päättyy, kun vastaus konsultaatiokysymykseen tai yhteydenoton syyhyn on selkiytynyt. Jatkossa perustason seuranta tai tuki riittää tai vaihtoehtoisesti lapsi tai nuori ja perhe ohjataan muuhun perus- tai erityistason palveluun tai erikoissairaanhoidon tavanomaisen lähetekäytännön mukaisesti.

[VARHAIN-konsultaatioiden toimintamalli.](#)



2.6.2 Hyvä käytäntö: Psykiatriset sairaanhoitajat Turun yläkouluiissa

Keväällä 2019 jalkautui 10 psykiatrista sairaanhoitajaa erikoissairaanhoidosta kouluihin. Uudella työtavalla haettiin ratkaisua voimakkaasti kasvavaan nuorisopsykiatrisen erikoisalalan lähetemäärään ja perustason lisätuen tarpeeseen nuorten mielenterveysasioissa. Tavoitteena on tuoda nuorten tarvitsema apu heidän kasvuympäristöönsä helposti tavoitettavana ja ketteränä palveluna.

Kaupunki ostaa palvelut sairaanhoitopiiriltä. Hallinnollisesti sairaanhoitajat ovat sairaanhoitopiirin työntekijöitä ja sitä kautta heille järjestyy työssä tarvittava työnohjaus ja koulutukset. Työnjohdollinen vastuu heidän toiminnastaan on kaupungin koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla.

Sairaanhoitajat työskentelevät kaikissa kaupungin yläkouluissa (osa työpanoksesta käytetään toisen asteen oppilaitoksiin). Yhden sairaanhoitajan oppilasmäärä on noin 1 500. Sairaanhoitaja toimii tiiviissä yhteistyössä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien ja lääkäreiden kanssa. Kouluissa yhteistyötä tehdään terveydenhuollon lisäksi erityisesti kuraattorien ja koulupsykologien kanssa.

Sairaanhoitajalle hakeudutaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajan tai lääkärin ohjaamana. Ohjauksella varmistetaan se, että nuorella ei ole jo meneillään tuki- tai hoitokontaktia muualla ja toisaalta pidetään toiminta tiiviisti koulu- ja opiskeluterveydenhuollon rinnalla. Oppilaiden ei ole toistaiseksi mahdollista asioida oma-aloitteisesti sairaanhoitajan luona.

Sairaanhoitajat tekevät pääsääntöisesti yksilökohtaista, mutta jonkin verran myös ryhmiin kohdennettua työtä. He käyttävät niitä menetelmiä joihin heillä on koulutus, esimerkiksi ratkaisukeskeinen lyhytterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Työ voidaan viedä myös oppilaan kotiin. Sairaanhoitajat osallistuvat kouluyhteisön kokouksiin ja yksilökohtaisiin neuvotteluihin tarvittaessa.

Toimintamalliin on lisäksi liittynyt koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstön koulutusta. Toiminnan aikana nuorisopsykiatrian konsultaatiotapoja on selkiytetty. Psykiatristen sairaanhoitajien toiminnasta on aloitettu vaikuttavuustutkimus.

2.7 Osaaminen, koulutus ja työnohjaus

Perusterveydenhuollon ammattilaisilta edellytetään osaamista lasten ja nuorten mielen terveys- ja myös päihdeongelmien tunnistamisessa ja hoidossa. Työntekijällä tulee olla mahdollisuus vahvistaa osaamistaan myös täydennyskoulutuksella ja työnohjauksella. Käytännön työn kannalta on hyödyllistä järjestää täydennyskoulutusta perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Tämä tukee myös ammattilaisten ja eri yksiköiden tai organisaatioiden verkostoitumista ja integraatiota. Koulutuksen on hyvä olla

- lasten ja nuorten perustason mielen terveys- ja päihdetyöhön kohdennettua
- monialaisesti toteutettua
- jatkuvaa ja prosessinomaista
- etäyhteyksien ja verkkokoulutuksen mahdollisuuksia hyödyntävää
- käytännön työstä nousevien ja ajankohtaisten tarpeiden mukaista, esimerkiksi tutkimus- ja hoitomenetelmäkoulutusta ja tiettyihin kohderyhmiin suunnattua koulutusta.

Työyhteisön perustehtävän selkeä määrittely samoin kuin aktiivinen, yhteisöllinen ja ennakoiva ongelmanratkaisu sekä kokonaisvaltainen työote tukevat työssä jaksamista. Perusterveydenhuollon mielen terveydenhuollon henkisen kuormittavuuden vuoksi on tärkeää, että työntekijöillä on mahdollisuus tarvittaessa työyhteisön työnohjaukseen.

Mielen terveysongelmia hoitavat joutuvat puuttumaan moniin vaikeisiin asioihin. Työssä käytetään omaa persoonaa ja vuorovaikutustaitoja. Työnohjauksella voidaan ehkäistä väsymystä työssä ja purkaa työn kasaamaa tunnekuormaa. Työnohjauksessa jäsennetään omaa työskentelyä tietyn lapsen tai nuoren ja hänen perheensä kanssa sekä tarkastellaan ongelmatilanteita ja suunnitellaan jatkotoimenpiteitä yhdessä kokeneen ammattilaisen kanssa. Perusterveydenhuollon henkilökunnan saama työnohjaus lisää työssä käytettäviä keinoja, uudistaa työtä koskevia asenteita, parantaa työn hallinnan tunnetta sekä lisää työn mielekkyyttä ja turvaa laatua.

Mielen terveyslaki (1990/1116) edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestelmää mielen terveyspalveluissa ja mielen terveysasetus (1990/1247) edellyttää työnohjauksen olevan sisällöltään sellaista, että se edistää henkilöstön valmiuksia antaa väestön tarvitsemia mielen terveyspalveluja.

Kouluikäisten mielenterveystyössä toimiminen edellyttää laaja-alaista osaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Työ moninaisten ihmissuhteiden verkostoissa lasten ja nuorten, vanhempien sekä eri ammattiryhmien, työyhteisöjen edustajien ja esimiesten kanssa on vaativaa. Koulut ovat enenevässä määrin monikulttuurisia yhteisöjä, mikä asettaa haasteita osaamiselle. Kouluissa ammattilaisten hyvinvointi heijastuu lasten ja nuorten hyvinvointiin ja kouluviihtyvyyteen.

Työntekijöiden jaksamista mielenterveystyössä voidaan tukea erilaisilla menetelmillä, kuten

- rekrytointi ja henkilövalinnat, perehdyttäminen ja mentorointi
- toimivat ja turvalliset työtilat ja -välineet
- työkuormituksen arviointi, henkilöstömitoitusten seuranta
- tarvittavan ammatillisen osaamisen kehittämisen painottaminen kehityskeskusteluissa
- työn hallinnan sekä osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien edistäminen
- työyhteisön, ryhmien ja yksilöiden työnohjaus, työyhteisövalmennus, tapaustyönohjaus
- työntekijän elämäntilannetta tukevat toimet: vuorotteluvapaat, joustavat työajat, osa-aikatyö, virka- ja työvapaat
- säännöllisesti toistettujen työyhteisön ilmapiiri- ja hyvinvointikyselyjen ja työpaikkaselvitysten tulosten käsittely työyhteisössä.

Työyhteisöjen kehittämisessä esimiestyöltä odotetaan kuuntelemista, kannustamista, osallistumista ja yhteishengen luomista sekä muutosten hallittua läpiviemistä. Esimiehillä on merkittävä rooli siinä, että työyhteisö ja sen yksittäiset ammattilaiset pääsevät kehittämään osaamistaan. Heillä on myös vastuu osaamisen johtamisesta ja työssä jaksamisen tukemisesta.

Henkilöstön riittävä mitoitus, osaaminen ja hyvinvointi ovat työn tuloksen, laadun ja vaikuttavuuden perusta. Mitoituksen suunnittelu ja seuranta on osa johtamistyötä, ja henkilöstö on hyvä ottaa mukaan henkilöstömitoituksen suunnitteluun.

Myötätuntostressi

Myötätuntostressi on seurausta emotionaalisesti raskaiden tilanteiden toistumisesta ihmissuhdetyössä. Se syntyy, kun asiakkaiden kertomukset tai vaikeat tilanteet jäävät työntekijän ajatuksiin ja aiheuttavat huolta. Myötätuntostressin merkkejä voidaan pitää normaaleina reaktioina epänormaaleihin, usein epäinhimillisiin tilanteisiin. Jos ihmissuhdetyöhön liittyvä myötätuntostressi on liian voimakasta, se jatkuu liian pitkään tai työntekijä ei pääse käsittelemään ja purkamaan sitä, voivat asiakkaalta työntekijälle siirtyneet sisäiset kokemukset ja tunteet ylittää työntekijän psyykkisen kestäkyvyn. Silloin voidaan puhua myötätuntouppumuksesta. Työntekijän stressioireet voivat olla tällöin

toimintakykyä laaja-alaisemmin heikentäviä psykofysisiä ja sosiaalisia oireita, kuten nukkumiseen liittyviä vaikeuksia, lisääntyneitä ahdistuneisuutta tai ärtyneisyyttä, erilaisia kipuja ja särkyjä (esim. pää- tai vatsakivut), keskittymiskyvyttömyyttä ja mieleen väkisin tunkeutuvia ahdistavia mielikuvia. Myötätuntouppumusta voidaan kuvata myös termeillä sijaistraumatisoituminen, sekundaarinen traumaattinen stressi tai loppuun palaminen. Työnohjausta käytetään keskeisenä keinona myötätuntostressin purkamiseen, myötätuntouppumisen ehkäisyyn, tunnistamiseen ja korjaamiseen.

Paloma-käsikirja



2.8 Mielen terveysystyön tilastointi

Palvelujen kehittäminen perustuu seurantatietoon niiden käytöstä ja käyntisyistä. Tarvittavan tiedon saaminen rekistereistä edellyttää käyntisyyn ja käyntiin sisältyvien toimenpiteiden kirjaamista sovitulla tavalla. Pitkällä aikavälillä rekisteritiedoista kertyy arvokasta tietoa myös palvelujen vaikuttavuudesta.

Kaikesta terveyskeskuksen avohoidon toiminnasta kerätään tapahtumatason tietoja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) valtakunnalliseen hoitoilmoitusrekisteriin (Hilmo). Hilmo-tietosisältöön kuuluvat perusterveydenhuollon avohoidon tiedot päivittyvät jatkuvasti ja ovat ajantasaisia. Hilmosta saadaan monipuolista tietoa palvelujärjestelmän kehittämiseksi sekä säädösten seuranta ja tutkimusta varten. Hilmon tiedot ovat myös paikallisesti käytettävissä ja palvelevat terveydenhuollon järjestämisestä vastaavia ja palvelua tuottavia tahoja.

Hilmon perusterveydenhuollon avohoidon osuuden tietosisällöt on kuvattu Hilmo-oppaassa.

2.8.1 Käyntisy

Käyntisyyn eli diagnoosin tai oirediagnoosin kirjaaminen on keskeistä kaikessa terveydenhuollossa. Sen kautta mielen terveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen, arviointiin ja hoitoon liittyvä työ pystytään tunnistamaan terveydenhuollon palvelujen kokonaisuudesta.

ICD-tautiluokitusjärjestelmä on maailman terveysjärjestön (WHO) tuottama ja hyväksymä. Suomessa siitä on käytössä ICD-10. Uusi ICD-11 on hyväksytty WHO:ssa vuonna 2018, ja se otettaneen käyttöön lähivuosina.

ICPC on perusterveydenhuollon vastaanottokäyntien syiden ja vastaanotoilla hoidettavien terveysongelmien dokumentoinnissa käytettävä luokitus. ICPC-2:n pääasiallinen käyttötarkoitus Suomessa on diagnoosi- ja käyntisytytiedon kirjaaminen.

Sekä lääkärit että muut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat käyttää joko ICPC-2- tai ICD-10-luokitusta: joko – tai; tai sekä – että. Kouluterveydenhuollon terveydenhoitaja kirjaa käyntisyyn useimmiten ICPC-2-luokituksella.

2.8.2 Toimenpidetkoodit

Käyttämällä tilastoinnissa monipuolisesti THL-Toimenpidetkoodia saadaan terveydenhuollossa tehtävä lasten ja nuorten mielen terveysystyö näkyväksi. Myös perusterveydenhuollon toimenpiteet kirjataan THL-Toimenpidetluokituksen koodin. Aiemmin käytössä olleet SPAT-koodit on sisällytetty osaksi THL-Toimenpidetluokitusta. Mikäli SPAT-koodia käytetään edelleen, tietojärjestelmiin voidaan ohjelmoida kytkeä terveydenhuollon ammattihenkilön kirjaaman SPAT-koodin ja THL-Toimenpidetluokituksen välille. Taulukoissa 2.2–2.5 on koodia, joita voi tutkimus- ja hoitoprosessin eri vaiheissa käyttää tilastointaessa terveydenhuollon toimijoiden tekemää työtä niiden lasten ja nuorten kanssa, joilla on mielen terveysongelmia. Koodien kohdalla olevat esimerkit koskevat tässä oppaassa esiteltäviä sisältöjä. Jos käyntiin sisältyy useampi toimenpide, ensimmäinen kirjattu tilastoituu päätoimenpidetkoodiksi, ellei päätoimenpidetkoodia erikseen merkitä.

Taulukko 2.2. Mielenterveysongelmien tutkimiseen liittyviä toimenpidekoodeja

Koodi	Lyhenne	Määritelmä ja esimerkkejä käytöstä terveydenhuollossa
IHZ01 (SPAT1246)	Psykkisen ongelman seulonta	Psykkisen ongelman seulominen standardoidulla menetelmällä Esim. oirekyselyiden ja arviointiasteikkojen käyttö
IHZ02 (SPAT1243)	Psykiatrinen/psykologinen perustutkimus	Potilaan kertaluontoinen psykologinen tai psykiatrinen tutkimus tiettyä tarkoitusta varten, esimerkiksi pyydettyä arviota, hoidon suunnittelua tai konsultointia varten. Esim. Lääkärin tekemä diagnostinen arvio ja toimintakyvyn arviointi
OAB71 (SPAT1359)	Oirepäiväkirjan käyttö	Sisältää oirepäiväkirjan käytön opastuksen tai päiväkirjan tietojen tulkinna Esim. uni- ja ruokapäiväkirja.
R1250 (SPAT1216)	Toimintakyvyn arvio	Toimintakyvyn arvio yhdellä tai useammalla standardoidulla mittarilla, voi sisältää myös sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin Esimerkiksi cGAS
R1420 (SPAT1220)	Kuntoutustarpeen arvio ja/tai kuntoutussuunnitelma	Asetus 1015/1991:kuntoutussuunnitelmassa määritellään yhdessä kuntoutujan kanssa tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon sosiaalihuollon, opetusviranomaisten sekä Kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut ja yhteen sovitetaan terveydenhuollon lääkinnälliset kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kanssa. Huom. Sisältää moniammatillisen, sekä fyysisen, psykkisen että sosiaalisen kuntoutustarpeen arvioinnin Esim. Verkostoneuvottelu, jossa mukana edellä mainittuja tahoja ja sovitaan sekä kirjataan toimintasuunnitelma
R1210 (SPAT1215)	Lääketieteellinen arvio	Esimerkiksi kuntoutustoimenpiteiden suunnitelma, joka ei täytä asetuksessa (1015/1991) annettuja kuntoutussuunnitelman laatimisen määrittelyä. Huom. Sisältää myös mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen tarpeen arvioinnin Hoitosuunnitelman laatiminen terveydenhuollossa
WZC00 (SPAT1260)	Hoidon suunnittelu tai konsultaatio	Mielipiteen, neuvon tms. pyytäminen tai antaminen potilaan asiassa Esim. erimuotoiset konsultaatiot ammattihenkilöiden kesken
OAA46 (SPAT1396)	Monialaisen asiantuntijaryhmän tapaaminen	Oppilaan tuen tarpeen selvittäminen ja tarvittavien opiskeluhoitopalvelujen järjestäminen tapauskohtaisesti monialaisesti kootussa asiantuntijaryhmässä. Huom. Ks. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013, 14) Neuvottelu opiskeluhoollon monialaisessa asiantuntijaryhmässä
OAA43 (SPAT1389)	Erityisen tuen tarpeen mukainen käynti	Erityisen tuen tarpeen selvittämiseksi tai tuen järjestämiseksi tehdyt toimenpiteet käynnin aikana. Esimerkiksi tuen tarpeen selvittäminen tai tuen järjestäminen pitkäaikaisen sairauden tai toimintakyvyn aleneman vuoksi, voimien selvittely ja tukeminen mielialaan, psykosomaattiseen oireiluun, perhe-, koulu- tai kaveritilanteeseen liittyvissä tilanteissa. Erityisen tuen tarve on selvitettävä, jos alle kouluikäisessä lapsessa, oppilaassa, opiskelijassa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka voivat vaarantaa tervettä kasvua tai kehitystä. Ks. asetus 338/2011, 13 §.
OAA49 (SPAT1320)	Lastensuojelulain mukainen lapsen terveydentilan tutkiminen	Lääkärin tutkimus, jossa lapsen tämänhetkinen psykofyysinen vointi sekä kasvu- ja kehityshistoria tarkastetaan, ja lapsi ohjataan tarpeenmukaisesti jatkotutkimuksiin, hoitoihin ja kuntoutukseen sekä pitkäaikaisseurantaan

Taulukko 2.3. Yleisiin tukimenetelmiin liittyviä toimenpidekoodeja

Koodi	Lyhenne	Määritelmä ja esimerkkejä käytöstä
OAB38 (SPAT1307)	Psykososiaalinen neuvonta ja ohjaus	Ihmissuhteisiin ja mielen terveyteen liittyvä neuvonta ja ohjaus Psykoedukaatio lapselle tai nuorelle
IHZ08 (SPAT1245)	Potilaan läheisten tukeminen	Potilaan läheisten tukeminen ja informointi sairauden hoitoon tai sen ehkäisyyn liittyen Psykoedukaatio vanhemmille tai muille läheisille
OAB42 (SPAT1310, SPAT1051)	Tunnettuun terveysongelmaan liittyvä neuvonta	Unihäiriöihin liittyvä perusteellinen ohjaus ja neuvonta Esim. tässä oppaassa esiteltävistä menetelmistä kaikki uni-interventiot
IHZ05 (SPAT1240)	Terapeuttinen keskustelu	Tavanomaista laajempi keskustelu potilaan tai hänen läheistensä psykososiaalisista, mielen terveys- tai päihdeongelmista tai muutoin potilaan psyykeä tukeva tavoitteellinen vuorovaikutus (voi tapahtua myös ryhmässä). Esim. tässä oppaassa esiteltävistä menetelmistä tukea antava keskustelu, motivoiva keskustelu, ongelmanratkaisutaitojen tukeminen, kognitiiviset työmenetelmät, muut sovitut tavoitteelliset keskustelut liittyen mielen terveysoireisiin
IHZ07 (SPAT1234)	Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen	Hoitotyön tai kuntoutuksen toimintoja, joissa eri tavoin edistetään kykyä sosiaaliseen kanssakäymiseen: ryhmähoidot, palveluohjaus Esim. tässä oppaassa esiteltävistä menetelmistä vuorovaikutustaitojen opettaminen, sosiaalisten taitojen ryhmä
R2130 (SPAT1222)	Itsenäistä selviytymistä edistävä neuvonta/ohjaus	Vajaakykyisen henkilön itsenäistä selviämistä edistävä neuvonta tai ohjaus. Huom. Sisältää mm. mielen terveyspotilaille annettavaa päivittäistoiminnan ohjausta Esim. tässä oppaassa esiteltävistä menetelmistä neuropsykiatrinen valmennus, toiminnanohjauksen tukeminen
OAB34 (SPAT1393)	Vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta tukeva ohjaus	Vanhemmuuteen tai vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen (esim. kasvatuskäytäntöihin) liittyvä neuvonta ja ohjaus. Huom. Ks. terveydenhuoltolaki 1326/2010 ja asetus 338/2011 Esim. Vanhempien ohjaus
R4170 (SPAT1228)	Kasvatuksellinen kuntoutus	Kasvatuksellisen kuntoutuksen erilaiset terapiat. Muun muassa perhetyötä tai perheneuvolassa annettavaa terapiaa, toteuttajasta riippumatta. Esim. tässä oppaassa esiteltävistä menetelmistä Ihmeelliset vuodet-vanhempien ryhmä
OAB32 (SPAT1391)	Perhetilanteeseen liittyvä neuvonta ja ohjaus	Perheen ajankohtaiseen tilanteeseen liittyvä neuvonta ja ohjaus. Huom. Ajankohtainen tilanne voi liittyä esim. perheenjäsenen sairastumiseen tai kuolemaan, perherakenteen muutokseen, tai muuhun perheeseen liittyvään tilanteeseen tai kriisiin. Ks. terveydenhuoltolaki 1326/2010 ja asetus 338/2011 Esim. tämän oppaan menetelmistä Lapset puheeksi- menetelmä; vanhemman ohjaus silloin, kun ohjauksen tarve liittyy ensisijaisesti perhetason tilanteeseen
WZB00 (SPAT1249)	Hoitoon liittyvä neuvonta vastaanoton ulkopuolella	Laboratoriotulosten tai omahoito-ohjeiden käsittelyä asiakkaan kanssa puhelimitse tai sähköisesti niin, että se korvaa vastaanottokäynnin. Huom. Ei merkitä, mikäli potilas tulee välittömästi yhteydenoton jälkeen vastaanotolle. Merkitään myös, mikäli ohjeet annetaan toisen henkilön (esim. omaisen tai tulkin) välityksellä Esim. puhelimitse tapahtuva neuvonta tai ohjaus lapsen tai nuoren asioissa

Taulukko 2.4. Hoitomenetelmien käyttöön liittyviä toimenpidekoodeja

Koodi	Lyhenne	Määritelmä ja esimerkkejä käytöstä
R4140 (SPAT1237)	Psykoteraapia	Suunniteltu psykoteraapiahoito koulutetun terapeutin antamana Esim. tässä oppaassa esiteltävien terapiamuotojen mukainen yksilöterapia-käynti (kognitiivinen, interpersoonallinen, psykodynaaminen psykoteraapia)
IDP01 (SPAT1239)	INTP/Perheterapia	Perheelle ja lähiyhteisölle annettu suunnitelmallinen ryhmäterapiakontakti Esim. Perheterapiakäynti
IDY12 (SPAT1242)	INTP/YksilöTrauma-terapia	Traumaattisen kokemuksen jälkeen järjestettävä purkuteraapia tai kriisiterapia Esim. tässä oppaassa esiteltävien traumaterapiamuotojen (EMDR,TF-KKT, Narraatiivinen altistuserapia) mukainen käynti
IHZ06 (SPAT1244)	Toiminnallinen terapia	Toiminnallinen terapiakontakti, esimerkiksi musiikki- ja taideterapiat tai ryhmässä tapahtuva aktivointi

Taulukko 2.5. Muita työhön liittyviä toimenpidekoodeja

Koodi	Lyhenne	Määritelmä ja esimerkkejä käytöstä
SPAT1342	Lähete	Lähete erikoissairaanhoidon, sisältää myös konsultaatiopyynnön sarakkeeseen määritelmä
IHZ03 (SPAT1358)	PsykiatrinenM1-lähete	Psykiatrisen tarkkailulähetteen eli M1-lähetteen laatiminen
WZA00 (SPAT1283)	Suppea todistus	Lääkärin tai hoitajan antama A- tai SV-todistus sairauden vuoksi, esimerkiksi matkakorvauksen hankkimiseksi tai ruokavaliota koskien, sekä työmäärältään suppea B-, C-, tai muu todistus
WZA10 (SPAT1284)	Laaja todistus terveydentilasta	Laaja lääkärinlausunto mm. työkyvyn arvioimiseksi, hoito- tai vammaistuen hakemiseksi. Huom. Perustuu potilaan ja hänen asiakirjojensa perusteelliseen tarkasteluun, joka työmäärältään vastaa normaalia ajanvarauskäyntiä. B-, C- ja E-todistus sekä vapaamuotoiset todistukset
R5430 (SPAT1232)	Tulkkipalvelut	Vastaanotolla tai puhelimitse mukana tulkki tai potilaan/asiakkaan vammaisuutensa vuoksi tarvitsema avustaja

2.9 Tiedon kulku mielen terveyden toimijoiden kesken

Kun toimitaan monialaisesti ja monen viranomaisen kesken, on toiminnan edellytys, että salassa pidettäviäkin tietoja voidaan käsitellä yhdessä. Keskeistä on lapsen tai nuoren ja hänen vanhempiansa luottamuksen säilyttäminen. Jos tietoja luovutetaan lakiperusteisesti ilman suostumusta, luovuttamisesta ja sen lakiperusteesta kerrotaan lapselle tai nuorelle ja hänen vanhemmilleen mahdollisuuksien mukaan etukäteen.

Sosiaali- tai terveydenhuollon tietojen luovuttamiseen tarvitaan asianomaisen kirjallinen suostumus tai alaikäisellä vanhempien kirjallinen lupa. **Terveydenhuollon** potilastietojen luovuttaminen ilman suostumusta on mahdollista esimerkiksi, jos henkilö ei mielen terveyden häiriön vuoksi kykene arvioimaan suostumuksen merkitystä. Lisäksi tietoja voidaan luovuttaa poliisille henkeen tai terveyteen kohdistuvan uhkan arviointia ja uhkaavan teon estämistä varten (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Oppilaan terveydentilatietoja ei saa luovuttaa opetuksen järjestäjälle (opettajalle ja rehtorille) ilman huoltajan suostumusta. Perusopetuslain (628/1998) mukaan opiskeluhooltoon osallistuvilla on kuitenkin oikeus luovuttaa rehtorille ja opettajalle opetuksen järjestämiselle välttämättömät tiedot (laki 628/1998, 40 § 2 mom.). Lisäksi sekä julkisten että yksityisten terveydenhuollon palveluntuottajien on luovutettava salassa pidettävätkin opetuksen järjestämiselle välttämättömät tiedot. Terveyden- ja sairauenhoidon toimintayksikkö sekä terveydenhuollon ammattihenkilö ovat velvollisia antamaan sosiaalihuollon viranomaiselle sen pyynnöstä salassapitosäännösten estämättä hallussaan olevat sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset (laki 812/2000, 20 §).

Sosiaalihuollon tietoja voidaan silloin, kun suostumusta ei voida saada, taikka lapsi tai nuori tai hänen laillinen edustajansa nimenomaisesti kieltää tiedon luovuttamisen, luovuttaa ilman suostumusta muulle viranomaiselle, toiselle sosiaalihuollon viranomaiselle tai viranomaisen toimeksiannosta sosiaalihuollon tehtävää suorittavalle, jos tiedot ovat välttämättömiä lapsen tai nuoren hoidon, huollon tai koulutuksen tarpeen selvittämiseksi, järjestämiseksi tai toteuttamiseksi (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Siten esimerkiksi lapsen tai nuoren hoidon järjestämiseksi välttämättömiä tietoja voidaan luovuttaa perheneuvolasta terveyspalveluissa järjestettävän hoidon mahdollistamiseksi, laissa määriteltyjen edellytysten täytyessä. Lisäedellytyksenä tietojen luovutukselle on, että joko hoidon tai huollon tarve on ilmeinen eikä sitä muuten voida selvittää tai toteuttaa, tai tiedon on oltava tarpeen lapsen edun vuoksi, tai tiedon on oltava tarpeen asiakkaan välttämättömien etujen ja oikeuksien turvaamiseksi eikä asiakkaalla itsellään ole edellytyksiä arvioida asian merkitystä. (laki 812/2000, 17 §). Myös sosiaalihuollon tietoja voidaan tietyin edellytyksin luovuttaa poliisille (laki 812/2000, 18 § 2–3 mom.). Tietoja voidaan luovuttaa myös sosiaalihuollon viranomaisen nimenomaisesti pyynnöstä (laki 812/2000, 20 §).

Opiskeluhoollossa syntyvät tiedot ovat joko potilasasiakirjoja, joiden käsittelyyn sovelletaan lakia potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, tai sosiaalihuollon asiakirjoja, jolloin niiden käsittelyyn sovelletaan lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Tietojen luovuttamisessa ilman suostumusta on siten huomioitava kummankin lain säännökset. Opiskeluhoollon tiedot ovat lähtökohdaisesti niin sanotussa julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999)) tarkoitettuja salassa pidettäviä asiakirjoja. Tietoja koulun ulkopuolisille toimijoille, esimerkiksi sosiaali- tai terveydenhuoltoon, voidaan antaa ensisijassa oppilaan tai hänen huoltajansa suostumuksella (Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013 19 § 1 mom., laki 621/1999 26 § 1 mom. 2-kohta). Salassapidosta voidaan kuitenkin poiketa julkisuuslain 7 luvussa säädetyin perustein (laki 1287/2013 23 § 1 mom.). Julkisuuslaki mahdollistaa tietojen antamisen ilman suostumusta muun muassa, jos oikeudesta tiedon antamiseen tai saamiseen on erikseen laissa säädetty.

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus perustellusta syystä konsultoida tarpeelliseksi katsomaansa ulkopuolista asiantuntijaa toteuttamansa hoidon ja tutkimusten tueksi potilaslain perusteella (785/1992 13 § 2 ja 3 mom.). Myös opettaja voi konsultoida opiskeluhoollon henkilöstöä, jos huolenaihe liittyy oppimiseen ja koulunkäyntiin.

Alaikäisen itsemääräämisoikeus

Lapsen tai nuoren toivomukset ja mielipiteet otetaan huomioon häntä koskevissa toimenpiteissä ja ratkaisuissa hänen ikänsä, kehitystasonsa ja muiden henkilökohtaisten edellytystensä mukaisesti. Huoltajalla ei ole oikeutta kieltää alaikäistä käyttämästä opiskeluhoillon palveluja (ns. opiskeluhoitotolaki 1287/2013 18 §, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Alaikäinen voi painavasta syystä kieltää vanhempansa osallistumasta häntä koskevan opiskeluhoitoasian käsittelyyn ja tietojen saantiin tietyin laissa tarkemmin säännellyin edellytyksin (ns. opiskeluhoitotolaki 18 § 2 mom.). Pääsääntöisesti asia voi tulla kyseeseen nuorten kohdalla. Arvio kypsydestä tarvitaan silloin, kun nuori asiaa tiedusteltaessa kieltää yhteistyön vanhempien kanssa. Edellytyksenä nuoren toiveen mukaan toimimiselle on, ettei se ole selvästi hänen etunsa vastaista. Tilanteessa otetaan huomioon ikä, kehitystaso ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet sekä asian laatu. Arvion tekee opiskeluhoitotryhmään kuuluva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt toimivat aina niin sanotun potilaslain (laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)) mukaisesti. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (ns. potilaslaki 785/1992 7 § 1 mom.).

Nuori voi tietyin edellytyksin kieltää vanhempansa osallistumasta hänen hoitoonsa terveydenhuollosta ja tietojen saantiin (ns. potilaslaki 785/1992 9 § 2 mom.). Arvio kypsydestä tarvitaan silloin, kun nuori asiaa tiedusteltaessa kieltää ehdotetun yhteistyön huoltajien kanssa tai kieltäytyy suositellusta hoidosta tai hoitotoimenpiteestä.

läästä riippumatta esimerkiksi kehitysvammaiset tai vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivät, kuten vakavasti itsetuhoiset tai psykoottiset nuoret, eivät välttämättä kykene päättämään hoidostaan, ja heitä on hoidettava yhteistyössä vanhemman tai muun laillisen edustajan kanssa.

Vanhempi ei voi kieltää henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa (ns. potilaslaki 785/1992 9 § 4 mom.). Lapsi, nuori tai hänen vanhempansa eivät voi kieltää perustellun lastensuojeluilmoituksen tekemistä tai muun ilmoitusvelvollisuuden piiriin kuuluvan ilmoituksen tekemistä terveydenhuollosta.

Lapsen tai nuoren kypsydestä ja päättämiskyvystä tehty arvio ja sen loppupäätelmä kirjataan potilaskertomukseen.



Lisätietoja

[Tietoa sosiaalipalveluista THL:n verkkosivuilla](#)

[Tietoa opiskeluhoillon palveluista THL:n verkkosivuilla](#)

[Lastensuojelun käsikirja](#)

[Tietoa perhekeskuksesta THL:n verkkosivuilla](#)

[Tietoa mielenterveyspalveluista THL:n verkkosivuilla](#)

[Tietoa Kelan terapiasta](#)

[Mielenterveystalo](#)

Lähteet

- Bildjuschkin K (toim.) Kasvatus- ja perheneuvonta – työnsäilytöjen, työtehtävien, tavoitteiden ja työmenetelmien määrittely. Työpaperi 20/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
- Castaneda AE, Mäki-Opas J, Jokela S ym. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. Paloma-käsikirja; Ohjaus 5, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
- Haravuori H, Muinonen E, Kanste O, Marttunen M. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.
- Hilmo - Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2020: Määrittelyt ja ohjeistus <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-346-5>
- Huikko E, Kovanen L, Torniainen-Holm M, ym. Selvitys 5-12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Raportti 14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2017.
- Huikko E, Lämsä R, Santalahti P, ym. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä terveyskeskuslääkäreiden näkökulmasta. Duodecim 2020;136:79–88.
- Huikko E, Santalahti P, Torniainen_Holm M, ym. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyö kuntien mielenterveyspalvelujen ja lastensuojelun kanssa. Duodecim 2018;1827–36.
- ICPC-2 luokitus http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=343
- Kekkonen M: Kohtaamispaikka perhekeskuksessa. Tutkimuksesta tiiviisti 2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-262-8>
- Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>
- Mielenterveysasetus 1247/1990. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247>
- Mielenterveyslaki 1116/1990. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2013/20131287>
- Pelkonen M, Hastrup A, Normia-Ahlsten L, ym. Perhekeskukset Suomessa 2019 : Kehittämisen tilanne ja työn jatkuminen. Työpaperi 6. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-461-5>
- Perusopetuslaki 628/1998 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>
- Perälä M-L, Hietanen-Peltola M, Halme N, ym. Monialainen opiskeluhuolto ja sen johtaminen. Opas 36, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-292-8>
- Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas <https://thl.fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa/terveydenhuollon-rakenteinen-kirjaaminen>
- Psykiatrian luokituskäsikirja - Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit.
- Terveysportti <https://www.terveysportti.fi/apps/icd/>
- TEAvisari. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/index>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveellinen, turvallinen ja hyvinvoiva oppilaitos – opas ympäristön ja yhteisön monialaiseen tarkastamiseen. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-505-9>
- Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019, Sosiaali- ja terveysministeriö.

OSA II

Tutkiminen, tukeminen
ja hoito

Luvut 3–5

3 Mielenterveysongelmien tutkiminen

Lapsi tai nuori tarvitsee tukea, mikäli hänellä on tunne-elämässään, käyttäytymisessään, ajatusmaailmassaan tai sosiaalisissa suhteissaan oireita tai ongelmia, jotka aiheuttavat hänelle ja/tai hänen ympäristölleen haittaa ja kuormitusta sekä vaikeuttavat ikätasoista suoriutumista arjessa tai vaarantavat ikäta-soista kehitystä. Lapsen ja nuoren oma huoli tilanteestaan on aina otettava vakavasti.

Jokainen terveydenhuollon, sosiaalihuollon tai opetuksen ammattilainen voi tarttua lapsen tai nuoren huolta herättävään tilanteeseen ja käynnistää selvittelyn. Sen perusteella arvioidaan, tarvitseeko lapsi tai nuori jotain erityistä tukea tai hoitoa kuinka nopeasti, millaista, ja missä.

Tässä luvussa kuvataan lasten ja nuorten mielenterveysoireiden tutkimukseen kuuluvia osia ja toimintamalleja, jotka soveltuvat perusterveydenhuoltoon. Esiteltävät oirekyselyt ja arviointiasteikot ovat vapaasti saatavilla ja maksuttomia. Mielenterveysongelmien tutkimista ja tiedon käsittelyä koskevat käytännöt ja erilaiset hoitopolut on perusteltua suunnitella alueellisesti ja monialaisesti yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä tarvittavilta osin sosiaali- ja opetustoimen kesken. Kaikkien tiedossa oleva toimintatapa yhtenäistää arviointia ja tiedonkeruuta sekä varmistaa tarvittaessa tietojen siirron yli toimintasektoreiden rajojen.

3.1 Tutkimuksen sisältö

Useimmiten mielenterveyden ongelmien selvittelyssä ei ole kiire. Työntekijä voi omalla rauhallisella suhtautumisellaan vähentää tutkittavan ja perheen huolestuneisuutta. Yksittäisen vastaanottoajan aikana ei useinkaan saa riittävää kokonaiskuvausta tilanteesta. Käsitys siitä, miten laajaa tutkimusta tarvitaan, saattaa selvitä vähitellen. Ongelman rauhallinen jäsentäminen voi tilannetta selkeyttäessään olla jo sinänsä helpottavaa, ja sille on hyvä varata riittävästi aikaa. Yleiset tukitoimet (katso luku 4) on hyvä käynnistää viiveettä. Näin nähdään, saavutetaanko niillä riittävä muutos todettuun ongelmaan vai tarvitaanko perusteellisempaa tutkimusta. Yhdessä keskusteltu selkeä työsuunnitelma lisää usein turvallisuuden tunnetta ja toiveikkautta siitä, että ongelmiin saadaan apua.

Kouluikäisten mielenterveysongelmien tutkimus toteutetaan tarvittavassa laajuudessa oirekuvan ja kokonaistilanteen sekä paikallisesti sovittujen yhteistyökäytäntöjen mukaisesti (taulukko 3.1). Diagnostinen arvio edellyttää aina lääkärin tapaamista. Aiemmat terveystiedot, kehitystiedot ja tuoreet kyselyihin perustuvat tiedot on hyvä koota ja tallentaa jo ennen lääkärin vastaanottoa. Siten ne ovat käytettävissä osana diagnostiikkaa. Kertyneen tiedon pohjalta arvioidaan tarvittava hoito, sen kiireellisyys, hoitopaikka, muiden tukitoimien tarve sekä laaditaan työskentelysuunnitelma.

Tutkimuksen aluksi keskustellaan yhdessä mistä on kyse, ja pyritään nimeämään keskeiset ongelmat, joihin olisi ensiksi saatava muutos. Haastatellen selvitetään oireiden laatu, alkamisajankohta, esiintyminen eri ympäristöissä sekä oireissa ajan myötä mahdollisesti tapahtuneet muutokset ja niihin liittyvät muut seikat. Selvitetään myös, mitä tukea tai hoitoa on aikaisemmin ollut ja millainen hyöty niistä on saatu. Edelleen selvitetään, onko parhaillaan meneillään tuki- tai hoitokontaktia muualla, jos on niin minkälainen ja missä, ja onko se jatkumassa.

Taulukko 3.1. Kouluikäisten mielenterveysongelmien tutkiminen

Kehitys- ja taustatietojen kokoaminen
• aiemmat terveystiedot <ul style="list-style-type: none">– neuvola- ja opiskeluhuollon tarkastukset ja käynnit– terveyskeskus- ja erikoissairaanhoidon käynnit
• opettajan antama tieto oppimisesta ja sosiaalisista taidoista
• perheneuvolan / muun perustason tiedot
Oirekyselyt ja arviointiasteikot
Haastattelu (lapsi/nuori, vanhemmat)
Lääkärin tutkimus
• diagnostinen arvio
• arvio somaattisten tutkimusten ja laboratoriotutkimusten tarpeesta tarpeesta
Hoidon tarpeen arviointi ja hoitosuunnitelman teko

Vanhempien on tärkeä olla tiiviisti mukana tutkimuksen eri vaiheissa. Tämä korostuu alakouluikäisten kohdalla. Nuorille kerrotaan, että vanhempien tapaaminen kuuluu arviointiin, koska on tärkeää kuulla, miten vanhemmat näkevät nuoren tilanteen ja mistä he ovat huolissaan. Nuori voi kuitenkin tietyn edellytyksin rajata vanhempiensa osallistumista tutkimukseen (katso luku 2 s. 48). Lapsi ja nuori tavataan aina myös kahden kesken. Siten hän voi itse kertoa käsityksensä oireistaan, avun tarpeestaan, vahvuuksistaan ja käytössään olevista voimavaroista sekä tilanteestaan perheessä ja koulussa. Haastatteluja tehdään tarpeen mukaan eri kokoonpanoissa.

Oirekuvaa ja tietoa toimintakyvystä eri ympäristöissä (koti, koulu, vapaa-aika) voidaan täsmentää oirekyselyillä ja arviointiasteikoilla. Oppimisvaikeuksien poissulku on tärkeä osa kouluikäisen psyykkisen oireilun tutkimusta. Oppimisen vaikeuksien kartoitusta tekevät koulun erityisopettaja ja psykologi.

3.1.1 Kehitys- ja taustatietojen kerääminen

Arvioinnissa hyödynnetään aiemmin kertynyttä terveystietoa (esim. aiemmat käyntikirjaukset terveyskeskuksessa, lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa). Uutta tietoa kerätään haastatteleamalla lasta tai nuorta ja vanhempia sekä erilaisin oirekyselyin (kappale 3.1.2). Koulussa opettaja usein tunnistaa ensimmäisenä oppilaan psyykkisen oireilun ja on siten tärkeä tietolähde.

Tutkittavan ja perheen toimintakykyä arvioidaan myöhemmin taulukoissa 3.2 ja 3.4 esitettävien teemojen mukaisesti. Keskustelun kuluessa syvennetään keskeisimpinä näyttäytyviä aiheita. Ajankohtaiset, mahdollisesti ongelmaan vaikuttavat ympäristötekijät, esimerkiksi perheen elämänrytmin muutokset ja kuormittavat tapahtumat käydään läpi reaktiivisen oireilun tunnistamiseksi. Tärkeitä keskustelunaiheita ovat myös unen määrä ja laatu, digitaalisen median käyttö ja erityisesti nuorilla päihteiden käyttö.

Käsitykset mielenterveydestä ja mielen-terveysongelmista poikkeavat kulttuuri-
en välillä. Joissakin kulttuureissa mielenter-
veyden käsite on kokonaan vieras. Joissakin
kulttuureissa mielenterveyteen liittyy erilai-
sia uskomuksia, henkikäsityksiä ja selitysmal-
leja. Mielenterveysongelmiin voi myös liittyä
erityisen voimakasta leimautumisen pelkoa
ja häpeää, joka voi estää hakemasta ja saa-
masta apua. Tutkittavana olevan lapsen tai
nuoren perheen kulttuurista suhtautumista
voi kartoittaa kysymällä perheeltä esimerkik-
si: ”Mistä ajattelette oireiden johtuvan?” ja
”Miten asiaa hoidettaisiin perheenne enti-
sessä kotimaassa?”

Paloma-käsikirja

3.1.2 Oirekyselyt ja arviointiasteikot tiedon keruun apuvälineinä

Psykkisten oireiden oirekyselyitä ja arviointiasteikoita voidaan käyttää apuna häiriöiden tunnistamisessa, oireiden vakavuuden määrittämisessä, hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa sekä seurannassa. Osa niistä on tarkoitettu kokonaisuorekuvan, toimintatason ja vahvuuksien arviointiin, osaa käytetään tiettyjen häiriöiden tunnistamiseen. Lisäksi on täydentäviä kyselyitä esimerkiksi nukkumisen ja mielen hyvinvoinnin arvioimiseen.

Tietoja voidaan kerätä lapselta tai nuorelta, vanhemmilta sekä muilta lähiaikuisilta ja opettajilta. Koska lapsi tai nuori voi käyttäytyä eri tilanteissa eri tavalla, vastaajien oirekyselylomakkeiden pistemäärät voivat joskus poiketa toisistaan merkittävästi. Oirekokonaisuuden hahmottamiseksi on sen vuoksi hyvä olla vähintään kaksi tietolähdettä. Kyselyt ja arviointiasteikot eivät kuitenkaan yksinään riitä diagnoosin asettamiseen. Se edellyttää aina lääkärin tekemää kliinistä haastattelua.

Kun tietoa kerätään oirekyselyillä, lapselle tai nuorelle sekä vanhemmalle annetaan aina niistä palautetta. Palautteen antajan tulee perehtyä riittävästi kyselyiden käyttöön ja tulkintaan.

Maksuttomat oirekyselylomakkeet (luvussa 6, taulukko 6.2 s. 210) ovat pääsääntöisesti saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankista. Sieltä löytyy myös tarvittava tieto oirekyselyiden ominaisuuksista ja käytöstä. VIIVI ja WEMWBS edellyttävät ennen käyttöönottoa rekisteröitymistä niiden käyttöä hallinnoivalle taholle. Useimmat arviointiasteikot ja oirekyselyt soveltuvat myös tukitoimista ja hoidosta saatavan vasteen seurantaan.

Pakolaistaustaisten lasten ja nuorten mielenterveysongelmien tunnistamisessa eivät pääväestölle suunnatut seulontalomakkeet ole aina toimivia. Niitä voidaan käyttää yksilöllisesti, tutkittavan valmiudet (esim. koulutus ja luku- ja kirjoitustaito) ja tutkittavien ja vanhempien tilanne huomioiden, keskustelun ja haastattelun pohjana, ei niinkään pisteyttämisestä saadun arvion vuoksi.

Paloma-käsikirja



Kouluikäisen laajat oirekyselyt:

SDQ (Vahvuudet ja vaikeudet, Strengths and Difficulties Questionnaire) (katso 6.1.1)
 VIIVI (FTF, Five to Fifteen) (katso 6.1.2)

Kouluikäisen toimintakyvyn arviointi:

LAPS Lapsen psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä (katso 6.1.3.1, liite 2)
 CGAS Psykkisen toimintakyvyn arviointi alle 18-vuotiaille (katso 6.1.3.2, liite 15)

Yläkouluikäisille soveltuvat lisäksi:

GMI Nuorten geneerinen mielenterveysinstrumentti (katso 6.1.4.2)
 WEMWBS Positiivisen mielenterveyden mittari (katso 6.1.4.1)

Kaikille, jos unen ongelmia:

Unikysely (liite 6b)

3.1.3 Lapsen tai nuoren haastattelu

Haastattelu voi olla haastateltavalle jännittävä ja ainutkertainen tilanne. Siksi on tärkeää luoda turvallinen ja avoin ilmapiiri heti tapaamisen alussa. Turvallisuutta voi tukea kertomalla lapselle ja nuorelle etukäteen haastattelun tavoite, sisältö ja kesto. Työntekijän vaitiolovelvollisuudesta ja haastattelun luottamuksellisuudesta kertominen ikävaiheen mukaisesti lisää myös haastateltavan luottamusta. Erikseen voi mainita haastateltavalle siitä, että hänen mielipiteistään tai ajatuksistaan ei kerrota vanhemmille tai koulussa toimittaessa opettajille, ellei hän itse toivo sitä. Kerrotaan myös, että jos haastattelussa tulee esille asioita, jotka vaarantavat lapsen tai nuoren terveyttä tai hyvinvointia, ne on kuitenkin kerrottava sellaisille aikuisille, joiden tehtävänä on häntä suojella. Lasta ja nuorta kannustetaan ja motivoidaan siihen, että asioita voidaan avoimesti käsitellä kaikkien niiden aikuisten kanssa, joilla on merkittävä rooli tutkimuksessa, hoidossa tai muutoksen aikaansaamisessa. Jos lapsen tai nuoren tapaaminen ei hänestä tai perheestä jostavista syistä onnistu, syy siihen kirjataan tutkimushavaintona.

Yleisperiaatteita haastattelussa

- ole kiinnostunut
- ohjaa keskustelua, tarkenna tarvittaessa
- kuuntele aktiivisesti
- kysy suoraan myös asioista, joita haastateltava näyttää välttelevän
- kysy suoraan itsetuhoisuudesta
- kerro selkeästi jatkotoimenpiteistä
- älä provosoidu.

Haastateltavan on hyvä antaa aloittaa keskustelu haluamastaan näkökulmasta asioihinsa tai huoliinsa, mikäli hän itse on siihen halukas. Haastattelija voi avata keskustelun esimerkiksi kysymällä, mitä asioita haastateltava haluaa erityisesti ottaa puheeksi tai mistä hän on huolissaan. Mikäli haastattelua edeltää yhteinen keskustelu vanhempien kanssa, kysytään ensin lapsen tai nuoren omaa näkemystä tilanteesta. Ellei lapsi tai nuori näihin kysymyksiin tuo esille omia keskustelunaiheitaan, voi haastattelun alussa kysyä ”helpoista” asioista, kuten harrastuksista ja vahvuuksista. Lapsille ja nuorille yleensä vaikeimmat asiat (esimerkiksi väkivallan kokemukset) käsitellään haastattelun keskivaiheilla, koska silloin tilanne ja haastattelija ovat jo tutummat. Lopussa on hyvä tehdä lapsen tai nuoren kanssa yhdessä jatkosuunnitelmaa ja jutella mukavammista asioista sekä kiittää häntä keskustelusta.

Haastattelu käydään vapaamuotoisena keskusteluna pitäen mielessä esitietojen ja oirekyselyiden valossa keskeiset aihealueet. Jos tutkittavalla on ulospäin suuntautuvia oireita, vuorovaikutus käynnistyy tavallisesti vaivattomasti. Suora oireista puhuminen ei kuitenkaan välttämättä ole helppoa. Haastattelua voi silloin painottaa enemmän kysymyksiin, jotka koskevat erilaisia vuorovaikutustilanteita kotona ja koulussa. Siten voi saada tietoa haastateltavan kiukun ja muiden tunteiden säätelyn, oman toiminnan ohjauksen ja tarkkaavuuden kehityksestä. Hyvin ahdistuneet tai arat haastateltavat hyötyvät työntekijän aktiivisuudesta. Apuna voi silloin käyttää esimerkiksi aiemmin täytettyä oirekyselyä, josta voi tehdä tarkentavia kysymyksiä. Lapsen tai nuoren vahvuuksista tai hyvin sujuvista asioista kysyminen on usein hyvä tapa rakentaa kontaktia.

Haastattelun tavoitteena on saada tarkka ja monipuolinen kuva ongelmasta, ei ratkaista sitä välittömästi. Haastattelun kuluessa havainnoidaan sanatonta viestintää. Asioista keskustellaan neutraalisti. Kun kysytään perheen elämäntilanteeseen liittyvistä kuormitustekijöistä, on hyvä selittää miksi on tärkeää puhua siitä eli millainen yhteys sillä voi olla oireiluun. Ongelma-alueista kysyessä kannattaa suosia avoimia kysymyksiä. Niihin saatuja vastauksia tarkennetaan tarvittaessa. Esille tulevista positiivisista asioista ja vahvuuksista annetaan myönteistä palautetta. Huonommin toimivista osa-alueista keskustellaan hienotunteisesti haastateltavan omaa näkökulmaa selvittäen. Tärkeää on myös kysyä, millaisin keinoin lapsi, nuori tai perhe on jo yrittänyt ratkaista tilannetta ja millainen vaste näistä toimista on saatu.

Vaikka uhkaavat tilanteet ovat äärimmäisen harvinaisia, hyvä käytäntö on, että jokaisessa työpisteessä kaikilla työntekijöillä on tiedossaan, miten saa tarvittaessa apua hälytetyksi. Huoneen kalusteiden järjestys on hyvä pitää sellaisena, että työntekijä voi tarvittaessa esteettä poistua tilanteesta. Jos tutkittavan mahdollinen aggressiivisuus on jo etukäteen tiedossa, voi haastattelutilanteen turvallisuuden varmistaa esimerkiksi pyytämällä mukaan toisen työntekijän.

Joskus haastateltava voi puhua uhkaavalla tavalla. Esimerkiksi väkivaltaa ja epäoikeudenmukaista kohtelua kokeneet saattavat reagoida voimakkaasti käytökseen, jonka he tulkitsevat epäkunnioittavaksi tai syrjiväksi. Uhkaavalta vaikuttavaa haastateltavaa kuunnellaan rauhallisesti, keskeyttämättä ja provosoitumatta. Haastattelijan rauhallisuus rauhoittaa myös kiihtynyttä haastateltavaa. Mikäli mahdollista, keskustelu ohjataan asioihin, joihin työntekijän on mahdollista vaikuttaa. Jos haastateltava ei pysty tilanteessa rauhoittumaan tunnetilastaan, haastattelua jatketaan myöhemmin.

Haastattelussa käsiteltävät asiat voi jäsentää esimerkiksi taulukossa 3.2 kuvattujen aihekokonaisuuksien mukaisesti. Koulu-terveydenhuollossa haastattelun voi jäsentää myös laajojen terveystarkastusten esitietolomakkeiden rakenteen mukaisesti ja täydentää tarvittavilta osin.

Kiusatuksi tulemisen tai turvallisuuskäyttäytymisen arviointia voi täydentää tarvittaessa antamalla lapsen tai nuoren täydettäväksi Tapahtumakyselyn (liite 4)

3.1.3.1. Mielenterveysoireiden syventävä arviointi

Lapsen tai nuoren täyttämien häiriökohtaisten oirekyselyiden vastauksia tarkennetaan tarvittaessa haastatellen. Siten täsmentyy, mitkä vastaukset vahvistavat häiriöepäilyä. Samalla varmistuu, onko vastaaja tulkinnut kysymyksiä virheellisesti. Keskustellen tarkennetaan tilannetta myös, mikäli vastaukset poikkeavat selvästi vanhempien vastauksista. Mikäli oirekyselyä ei ole vastaanotolla käytettävissä, voi oireilua kartoittaa oirekuvan mukaisesti esimerkiksi taulukossa 3.3 esitettyjen kysymysten avulla. Tarvittavat oirekyselyt annetaan silloin täytettäväksi ennen seuraavaa vastaanottokäyntiä.

3.1.4 Vanhempien haastattelu

Jos tutkimus on käynnistynyt vanhempien aloitteesta, on hyvä ensin pyytää vanhempia kertomaan heitä huolestuttavista asioista. Joskus vanhemmilla itsellään ei ole huolta lapsensa tilanteesta, mutta aloite tutkimukseen on tullut esimerkiksi koulun työntekijöiltä. Silloin on erityisen tärkeä kuulla vanhempien näkemys asiasta ja antaa tilaa heidän havainnoilleen lapsen tai nuoren toimimisesta kotiympäristössä. Kannattaa korostaa sitä, että kouluympäristössä lapsi tai nuori kohtaa hyvin erilaisia haasteita kuin kotona. Siksi heidän lapsensa voi toimia näissä ympäristöissä hyvin eri tavoin. Molemmista tehdyt havainnot ovat kuitenkin tosia. Lisäksi on hyvä kysyä, mihin lapsen oireilu koulussa vanhempien mielestä liittyy.

Vanhemmuuden kuormittavimpia tilanteita kartoitetaan esimerkiksi kysymällä, minkälaisia ovat hankalimmat tilanteet arjessa ja miten ne sujuvat lapsen tai nuoren kanssa. Lisäksi selvitetään millaisia kasvatukseen vanhemmat käyttävät esimerkiksi pettymystilanteissa tai lapsen tai nuoren vastustaessa vanhemman ohjeita. Vanhemmilta kysytään myös, millainen on heidän kokemuksensa suhteestaan lapseensa ja kokevatko he selviytyvänsä riittävän hyvin vanhemmuuden eri tehtävistä. Apuna näiden tehtävien jäsenyksessä voi käyttää [vanhemmuuden roolikarttaa](#). Keskustelun aikana arvioidaan vanhempien kykyä ymmärtää lapsensa viestejä ja tarpeita sekä vastata niihin hänen ikätasonsa ja erityisen tuen tarpeensa mukaisella tavalla.

Haastattelua voi teemoittaa esimerkiksi taulukon 3.4 mukaisesti. Vanhempien elämäntilanne ja oma terveys voivat vaikuttaa siihen, kuinka tarkat esitiedot on mahdollista saada. Esteitä voivat olla esimerkiksi vanhempien uupumus tai traumatisoituminen tai pettymykset tähän mennessä saatuun tukeen. Vanhempien ilmaisemaa tyytymättömyyttä aiempiin auttamisyhteyksiin on hyvä kuunnella rauhallisesti pyrkien selvittämään heidän omia näkemyksiään nyt tarvittavasta avusta. Myös vanhempia haastateltaessa kerrotaan tietojen luottamuksellisuudesta ja salassapidon käytännöistä.

Taulukko 3.2. Laaja-alaisen psykososiaalisen haastattelun sisällöt (perustuu HEEADSSS-haastatteluun)

H	Home Kotiolot	Keitä kodissa asuu Suhteet vanhempiin ja sisaruksiin Kodin säännöt Muut tärkeät ihmiset Elämänmuutokset perheessä, esimerkiksi perheen kokoonpanon muutokset (vanhempien ero, uusperhe, kuolema) Asumisjärjestelyt Asuminen kodin ulkopuolella
E	Education Koulunkäynti	Koulunkäynnin sujuminen Suhteet opettajiin Suhteet koulutovereihin Päryääminen suhteessa muihin Osallistuminen luokan toimintoihin Poissaolot Oppimis- ja keskittymisvaikeudet Tukitoimet Kiusatuksi tulo ja kiusaaminen
E	Eating, exercise Uni, liikunta, syöminen	Nukkumaanmeno-aika ja heräämisaika Iltarutiinit Unen saannin helppous ja unen laatu (heräileekö) Liikunnan määrä ja liikuntaharrastukset Syökö aamupalaa, syökö kouluruokaa Mitä syö kotona, ruokavalio Painon muutokset Mitä ajattelee painostaan ja ulkomuodostaan
A	Activities, Hobbies & Peer Relationships Vapaa-ajan toiminnot, harrastukset, ikätoverisuhteet	Onko hyvää ystävää, onko ystäväryhmää Tekeminen ystävien kanssa Harrastukset, mitä ja miten usein harrastaa. Mihin käyttää digilaitteita (puhelin, tabletti, tietokone, pelikonsoli, TV) Päivittäinen ruutu-aika/somessa vietetty aika Ikävät some-kokemukset esim. pornografian näkeminen Jääkö jotain tekemättä pelaamisen tai somettamisen vuoksi
D	Drug Use Päihteet	Energiajuomat, kofeiini ja kolajuomat Tupakka, sähkötupakka ja nuuska Alkoholi Lääkkeiden väärinkäyttö Huumeiden käyttö, määrä, tiheys, käyttötapa
S	Sexual Activity & Sexuality Seksuaaliterveys	Sukupuoli- ja seksuaali-identiteetti Seksuaalinen aktiivisuus ja ehkäisy
S	Safety/Risk from injury and violence Turvallisuuskäyttäytyminen	Pyöräily-/mopokypärän käyttö Auringolta suojautuminen Tapaturmat, vakavat loukkaantumiset, uhkarohkeus. Alakoululaisten runsas valvoton liikkuminen kaupungilla yksin Tuntemattomien some-kontaktien kanssa viestittely ja tapaamisten sopiminen, valokuvien tai omien tietojen lähettäminen Seksuaalinen häirintä, hyväksikäyttö tai väkivalta Humalaisen kyytiin meneminen Tappeluihin osallistuminen Poliisin kanssa tekemisiin joutuminen Kaltoinkohtelu Perheväkivalta
S	Suicide, Depression & Mental Health Mielenterveys ja itsemurhariski	Masennus, ahdistus, muut mielenterveysoireet Itsemurhariskin arviointi, katso taulukko 5.5

Taulukko 3.3. Syventäviä haastattelukysymyksiä mielenterveysoireista.

Mitä arvioidaan	Mahdollisia kysymyksiä
Ahdistusoireet ja ahdistushäiriöt katso tarkemmin luku 5.1	Onko sinulla ollut mielessäsi pelottavia asioita tai ajatuksia? Kuinka usein? Missä tilanteessa? Entä huolestuttavia asioita tai ajatuksia? Kuinka usein? Oletko näiden ajatusten vuoksi jättänyt tekemättä jotain tai menemättä jonnekin, esimerkiksi harrastukseen?
Yleistynyt ahdistuneisuus	Onko sinulla ollut hermostunut tai jännittynyt olo? Miten usein ja missä tilanteissa? Oletko ollut usein huolestunut joistain asioista? Onko sinulla ollut vaikeutta rentoutua? Onko sinulla ollut niin levoton olo, että on ollut vaikea rauhoittua tai pysyä paikallasi? Oletko pelännyt, että jotakin kauheaa voisi tapahtua?
Sosiaalisten tilanteiden pelko	Jännittääkö sinua uusissa tilanteissa, esimerkiksi esiintymistilanteissa? Jännittääkö olla tilanteissa, joissa on paljon muita, esimerkiksi koulun ruokalassa? Oletko jännityksen vuoksi jättänyt tekemättä jotain tai menemättä jonnekin? Onko toisille ihmisille puhuminen ollut jännityksen vuoksi vaikeaa tai mahdotonta?
Masennusoireet katso tarkemmin luku 5.2	Oletko tuntenut itsesi alakuloiseksi, surulliseksi tai toivottomaksi? Miten usein? Milloin viimeksi? Kuinka kauan sitä oloa kesti? Onko sinusta tuntunut siltä, ettei mikään kiinnostaisi tai että yleensä mukavatkaan asiat eivät tunnut kivoilta, esimerkiksi kaverien tapaaminen? Oletko ollut tavallista ärtyneempi? Oletko tuntenut itsesi tavallista väsyneemmäksi? Onko nukkuminen tai nukahtaminen ollut tavallista vaikeampaa? Oletko tarvinnut tavallista enemmän unta?
Syömishäiriöoireet katso tarkemmin luku 5.10	Mitä ajattelet ulkonäöstäsi ja painostasi? Oletko tyytyväinen painoosi? Onko painosi muuttunut viime aikoina? Oletko yrittänyt laihduttaa? Oletko itse tai onko joku muu ollut huolissaan syömisestäsi? Ajatteletko olevasi lihava, vaikka muut väittävät, että olet laiha? Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi? Oletko yrittänyt oksentaa, koska olet tuntenut olevasi epämiellyttävän kylläinen?
Ylivilkkaus-tarkkaamattomuusoireet katso luku 5.5	Onko sinun vaikea keskittyä koulussa? Onko sinun vaikea aloittaa koulutehtävien tekoa? Onko sinun vaikea keskittyä niiden tekemiseen? Saatko tehtävät tehtyä loppuun?
Käytöshäiriöoireet katso luku 5.4	Joudutko usein riitoihin tai tappeluihin toisten kanssa? Suututko helposti? Millaisissa tilanteissa sinun on vaikea toimia sääntöjen mukaan?
Autismikirjon oireet Nykimis- ja Pakko-oireet, Valikoiva puhumattomuus	Diagnoosi ei perustu yhtä painavasti lapsen tai nuoren haastatteluvastauksiin, vaan vanhempien kuvaukseen ja kouluympäristössä sekä haastattelussa havaittuihin käyttäytymisen piirteisiin.
Reaktiivinen ja traumaperäinen oireilu	Kysytään viimeaikaisista elämäntapahtumista ja kuormitustekijöistä, erityisesti muutoksista perhetilanteesta ja haastateltavan arjessa.

Taulukko 3.4. Kouluikäisen psykososiaalisten taustatietojen kerääminen vanhempien haastattelussa. Koulunkäynnin ja oppimisen osalta tiedot täydennetään opettajalta saatavalla tiedolla
*= LAPS-lomakkeen arviointiin kuuluva aihealue (ks. 3.2, sekä 6.1.3.1)

Vahvuudet	Kehityksen eteneminen (hyödyntäen olemassa olevia terveystietoja)
Mistä lapsensa ominaisuuksista vanhemmat ovat iloisia ja ylpeitä?	*Somaattinen, neurologinen ja psykososiaalinen kehitys, muun muassa <ul style="list-style-type: none"> • kognitiivinen taso
Mistä asioista lapsi tai nuori suoriutuu hyvin kotona tai koulussa?	*Mahdolliset kehitysviiveet, erityisesti kommunikaation, puheen ja kielen kehityksen osalta <ul style="list-style-type: none"> • perinnölliset ja synnynnäiset sekä muista syistä aiheutuneet kehitysviivästyvät tai kehityksen poikkeamat
*Miten lapsi tai nuori sopeutuu vaikeuksiin tai pettymyksiin?	
Toimintakyky ja hyvinvointi	Kasvuympäristön tilanne
Suhde vanhempiin ja sisaruksiin	Perheen vahvuudet ja sosiaalinen tukiverkosto, perheen kulttuuri-identiteetti
*Kaverisuhteet koulussa ja vapaa-ajalla <ul style="list-style-type: none"> • onko kaverisuhteita • onko kiinnostunut vuorovaikutuksesta • onko kykyä tehdä sosiaalisia aloitteita • onko kykyä ylläpitää toverisuhteita • onko taitoja ratkaista ristiriitoja • kiusaaminen • seurustelusuhdeet 	*Vanhemmuuden vahvuudet ja mahdolliset vaikeudet lapsen, nuoren ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa <p>Vuorovaikutuksen määrä ja kasvatuskäytännöt, muun muassa</p> <ul style="list-style-type: none"> • yhteinen tekeminen • tietääkö vanhempi missä ja kenen kanssa lapsi tai nuori liikkuu • perheessä käytössä olevat rajaamiskeinot • *vanhempien kasvatuserimielisyydet
*Arkitaidot kotona <ul style="list-style-type: none"> • syöminen ja ravitsemus • pesut ja WC-asiat • pukeutuminen • läksyt ja sovitut kotityöt • miten ottaa vastaan vanhemman ohjausta • mikä jää tekemättä 	*Perheen ja lähiverkoston mahdolliset kuormittavat tekijät <ul style="list-style-type: none"> • työttömyys ja työhön liittyvät muut ongelmat • taloudellinen ahdinko • uupumus • somaattinen sairastavuus perheessä • parisuhdeongelmat • vanhempien ero ja huoltajuuskiistat • lähiperheessä ilmenneet kriisitilanteet ja niiden vaikutus nyt ja aiemmin
*Arkitaidot koulussa <ul style="list-style-type: none"> • oppimismotivaatio • tarkkaavuus ja ryhmässä toimimisen taidot • kyky toimia yleisten ohjeiden ja odotusten mukaan • siirtymätilanteiden sujuvuus • mikä jää tekemättä 	*Vanhempien päihteiden käyttö <ul style="list-style-type: none"> • tämänhetkinen riskikäyttö ja päihdeongelmat
Turvallisuustaidot <ul style="list-style-type: none"> • tapaturma-alttius • uhkarohkea käyttäytyminen, vaarahakuisuus 	*Perheväkivalta <ul style="list-style-type: none"> • parisuhdeväkivalta • sisarusten välinen väkivalta • lapsiin kohdistuva väkivalta: kaikki kivun tuottaminen (mm. tukistus, luunapit ja läimäyttely; laiminlyönti; emotionaalinen väkivalta esim. uhkailu, halventaminen, kiusaaminen, alistaminen)
*Oppimisen ongelmat	Suku
Harrastukset	*Mielenterveyshäiriöt ja oppimisen erityisvaikeudet suvussa ja perheessä
Unen määrä ja laatu	
Liikunnan määrä	
*Somaattinen terveydentila	
Sukupuoli-identiteetin selkeys	
*Päihteiden käyttö <ul style="list-style-type: none"> • tämänhetkinen riskikäyttö ja päihdeongelmat 	

3.1.5 Lääkärin tekemä diagnostinen tutkimus

Diagnoosin asettaminen edellyttää lääkärin tekemää diagnostista tutkimusta, jonka perusteella häiriökohtainen hoito suunnitellaan. Muiden työntekijöiden siihen mennessä keräämä tieto on välttämätön perusta sille. Paikallisesti sovitaan miten ja kenen toimesta tieto kootaan lääkärin käyttöön (haastattelutieto, oirekyselyt pisteytettynä, aiemmat terveystiedot sisältäen muun muassa kehityspsykologiset tiedot sekä koulunkäyntiä ja oppimista koskevat tiedot). Perehtymällä aiemmin koottuihin kehitys- ja taustatietoihin sekä pisteytettyihin oirekyselyihin ennen vastaanottoa lääkäri saa suuntaviivoja diagnnoosille, jota hän tarkentaa haastatellen. Näin toimien haastatteluun tarvitaan noin puolen tunnin aika.

Aluksi tarkennetaan yhdessä keskustellen lapsen tai nuoren nykyistä vointia ja tarvittaessa täydennetään aiempia terveys- tai taustatietoja. Tämä keskustelu antaa lääkärille mahdollisuuden luoda kontaktia lapseen tai nuoreen jo ennen haastattelua. Se antaa tutkittavalle mahdollisuuden havainnoida lääkärinä, jolloin kahdenkeskisessä tilanteessa oleminen voi olla hänelle helpompaa. Työparityöskentelyssä toinen työntekijä voi jatkaa keskustelua vanhempien kanssa lääkärin haastattelussa tutkittavaa. Näin voidaan keskustella sellaisistakin kuormittavista asioista, joita vanhemmat eivät halua lapsensa tietoon. On kuitenkin hyvä käytäntö kysyä heti käynnin alussa tutkittavan toivetta lääkärin tapaamisen kulusta ja toimia sen mukaisesti. Erityisesti nuoret saattavat haluta tavata lääkärin kahden kesken ennen vanhempien tapaamista. Silloin keskustelut käydään toisessa järjestyksessä. Käynnillä annetaan kaikista oirekyselylomakkeista palaute lapselle tai nuorelle ja vanhemmille. Heidän kanssaan keskustellaan myös käytettävissä olevan tiedon perusteella asetettavasta työdiagnoosista. Diagnostinen arviointi jatkuu tarvittaessa luvussa 5 kuvatun mukaisesti.

3.1.5.1 Psyykkisen voinnin kuvaus

Tiedon keruu haastatellen antaa lääkärille mahdollisuuden havainnoida lasta tai nuorta. Huomiota kiinnitetään mahdollisiin poikkeamiin vuorovaikutustavassa, kontakti- ja ilmaisukyvyssä, tunnetiloissa ja ajatussisällöissä. Taulukkoa 3.5 voi tulostettuna käyttää haastattelutilanteessa nopeiden muistiinpanojen tekemiseen ja tiedon jäsentämiseen. Psyykkisen voinnin kliininen kuvaus sisältää edellä mainittujen havaintojen lisäksi oirekuvauksen ja toimintakyvyn arvion. Lisäksi se sisältää havainnot lapsen tai nuoren asenteesta ongelman selvittelyä kohtaan, kyvystä tunnistaa oma ongelmansa ja hoitomotiivista.

Diagnostisen käynnin valmisteluun kuuluu:

- Tarvittavien tiedon kulkuun liittyvien lupien pyytäminen ja aiempien terveystietojen tilaaminen
- Tarvittavat laboratoriotutkimukset, tarvittavat somaattiset mittaukset
- Oirekyselyiden pisteiden laskeminen tai muu kyselytieto
- Haastattelutietojen ja havaintojen kirjaaminen ja välittäminen lääkärille

Ennen diagnostista käyntiä lääkäri tarvitsee riittävästi aikaa jo koottuun tietoon (jos tehty käyntiä edeltävästi) perehtymiseen. Tämä on hyvä huomioida ajanvarauskäytännöissä.

Lääkärin tutkimukseen kuuluu:

- Lapsen tai nuoren haastattelu ja psyykkisen voinnin kuvauksen kirjaaminen
- Somaattinen status tilanteen mukaisessa laajuudessa
- Oirekyselyiden tulosten arviointi ja palautteen antaminen
- Yhteenveto käytettävissä olevan tiedon pohjalta, työdiagnoosi
- Lisätutkimusten suunnittelu (esimerkiksi häiriökohtaiset oirekyselyt, laboratoriotutkimukset, somaattiset lisätutkimukset)
- Tarvittaessa erikoislääkärin konsultaatiosta sopiminen

Taulukko 3.5. Lapsen ja nuoren psyykkisen tilan kuvauksessa huomioitavia piirteitä

Ulkoinen olemus ja käyttäytyminen tutkimustilanteessa	<ul style="list-style-type: none"> • olemus ja ulkonäkö: antaa ikätasoisen / ikätasoaan nuoremman / ikätasoaan vanhemman vaikutelman • ilmeet: tavanomaisia / ilmeissä ahdistuneisuutta, pelokkuutta, ärtyneisyyttä tai surullisuutta • tunnetilat: vaihtelevat nopeasti / tilanteeseen epäsoviva tunnetila, esim. puhuu iloisesti surullisesta tapahtumasta / vähäiset tunnereaktiot
Motoriikka	motorisesti rauhallinen / levoton, kiemurtelee tuolilla / levoton, liikuskelee huoneessa / jännittynyt/nykimisoireita
Puhe ja ilmaisykyky	<p>Äänenkäyttö, puheen sujuvuus ja selkeys, rytmi ja määrä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tavallinen äänenvoimakkuus / puhuu kovaäänisesti / poikkeuksellisen hiljaa • puhe rytmiltään tavallista / hidasta / nopeaa / vastaa viiveellä • puhe sujuvaa / änkytystä • artikulaatio selvää/epäselvää (miten) • puhe tavanomaista / runsasta / niukkaa / ei puhu <p>Puheen sisältö ja puhetapa</p> <ul style="list-style-type: none"> • ikätasoista / ikätasoa nuoremman vaikutelma / ikätasoa vanhemman vaikutelma • puhuu spontaanisti / vastaa vain kysymyksiin • looginen / ajatuksen juoksua vaikea seurata / vastaa ohi kysymysten / vie aktiivisesti puhetta omiin kiinnostuksen kohteisiinsa • kielen käytön piirteet (esim. lauseiden muodostaminen, sanojen käyttö oikeassa tarkoituksessa, vertauskuvien ymmärrettävyys ja tavanomaisuus, kiroilu, huumorin käyttö)
Vuorovaikutus ja keskittyminen haastattelutilanteessa	<ol style="list-style-type: none"> 1. suhtautuminen haastattelijaan: kiinnostunut/rajaton/vastahakoinen/aggressiivinen/varautunut/pelokas 2. ottaa katsekontaktia: suoraan / välttelevästi / hyvin intensiivisesti / ei ota katsekontaktia 3. keskittyminen: ikätasoista / häiriintyy herkästi / hyvin vähäistä
Kognitiiviset toiminnot	1. ymmärryskyky: iänmukaisesti kehittynyt / ikätasoa heikompi ymmärryskyky
Ajatuksenkulku ja aistitoiminnot	<ol style="list-style-type: none"> 1. ajatussisällöt: tavanomaisia, ikätasoisia / ilmenee epärealistisia pelkoja tai pakkoajatuksia / ajatuksen sisällöt muutoin vaikeasti ymmärrettävissä 2. todellisuudentaju: vaikuttaa normaalilta/poikkeavalta (miten?) 3. orientaatio aikaan ja paikkaan: normaali/poikkeava (miten?)

3.2 Kiireellisuuden ja kokonaistuen tarpeen arviointi

LAPS-lomakkeen avulla jäsennetty tilannekuva tuottaa käsityksen lapsen oireiden vakavuusasteesta ja kiireellisyydestä ja hänen toimintakyvystään. Se antaa kuvaa myös perheeseen ja ympäristöön liittyvistä tekijöistä. Sen avulla voi lisäksi arvioida ovatko tukitoimet kokonaan perustasolla toteutettavia ja minkälaista monialaista yhteistyötä tarvitaan. Jos kokonaispistemäärä kertyy pääosin perheen toimintakykyä ja kuormitustekijöitä kuvaavista kysymyksistä, tukitoimet painottuvat lastensuojeluun tai muihin sosiaalipalveluihin ja sen lisäksi mahdollisesti aikuisten mielenterveys- tai päihdepalveluihin. Useimmiten on aiheellista vähintään seurata lapsen tilannetta terveystalossa, perheneuvolassa tai koulun opiskeluhuollossa. LAPS-lomake esitellään kappaleessa 6.1.3.1.

Nuorten kohdalla voi apuna käyttää GMI-instrumenttia, joka ohjaa työskentelyä ja auttaa tunnistamaan vakavat mielenterveyshäiriöt. Se esitellään luvussa 6.1.4.2.

Toimenpiteiden kiireellisyyden arvioinnissa voi käyttää apuna myös taulukkoa 3.6, jossa liikennevaloja mukaillen hahmotellaan karkeasti kiireellisyyttä eri tilanteissa. Vihreälle alueelle sijoittuva psyykinen oireilu edellyttää tarvittavan tuen tai hoidon käynnistämistä, mutta ei uusia toimenpiteitä, jos tukea tai hoitoa on meneillään. Päihteiden käyttö on kuitenkin aina tarkemman tai uuden arvioinnin aihe.

Keltaiselle alueelle sijoittuva psyykinen oireilu edellyttää tuki- tai hoitotoimien aloittamista, tehostamista tai toisenlaista painottamista. Itsetuhoisten ajatusten vuoksi voidaan tarvita erikoislääkärin konsultaatiota. Mitä useampi keltainen arvio, sen kiireellisempää on tuki- tai hoitotoimien järjestäminen tai tehostaminen. Usein tarvitaan monialaista yhteistyötä.

Punaiselle alueelle sijoittuvat psyykkiset oireet edellyttävät yleensä erikoissairaanhoidon konsultaatiota ja usein päivityksellisen hoitoon ohjauksen tarpeen arviointia. Itsetuhoisuuden arviointia ja päivityksellisen hoitoon ohjauksen perusteita kuvataan tarkemmin häiriökohtaisesti luvussa 5. Punaiselle alueelle sijoittuvat tilanteet edellyttävät terveydenhuollon, sosiaalihuollon tai sote-palveluiden yhteisiä välittämiä tai viiveettömiä toimia. Aiemmasta merkittävästi heikentynyt koulussa suoriutuminen voi yksittäisenä ennakoida toimintakyvyn laaja-alaisempaa alentumista tai romahtamista ja edellyttää tilanteen arviointia yhteistyössä opiskeluhuollon kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon, opetustoimen, nuorisotoimen, sosiaalipalvelujen tai terveydenhuollon viranhaltijat tai työntekijät ovat lain mukaan velvollisia tekemään viipymättä lastensuojeluilmoituksen, jos he saavat tehtävässään tietää lapsesta tai nuoresta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttävät mahdollista lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Lastensuojeluilmoituksen tekemistä ja kaltoinkohtelua käsitellään tarkemmin liitteissä 5a ja 5b.

Jos epäillään lapsen tai nuoren suunnittelevan muiden vahingoittamista, arvioidaan uhan aste Uhka-seulalla (ks. 6.2.23). Työntekijällä on oikeus salassapidon estämättä oma-aloitteisesti ilmoittaa poliisille, jos hän on tehtävässään saanut tietoja, joiden perusteella hänellä syytä epäillä jonkun olevan vaarassa joutua väkivallan kohteeksi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 13§). Ilmoitusoikeus koskee sekä lapsiin että aikuisiin kohdistuvaa uhkaa.

Taulukko 3.6. Psykososiaalisten toimenpiteiden kiireellisyyden arviointi liikennevalomallilla (mukailen Cappelli M, Gray C, Zemek R, ym. 2012)

Psyykkiset ja käytösoireet	Itsetuhoisuus ja uhka muille	Kaverit	Koti	Koulunkäynti	Päihteet
Lievää ahdistuneisuutta, masennusta tai käytösoireita	Ei itsetuhoajatuksia Ei ajatuksia muiden vahingoittamisesta	Ei muutoksia	Lasta tai nuorta ja hänen kehitystään tukeva	Ei vaikeuksia	Ei käytä tai käyttää hyvin harvoin
Kohtalaista ahdistuneisuutta, masennusta tai käytösoireita	Itsetuhoajatuksia Muita uhkaavia ajatuksia	Aiempaa vähemmän kavereiden kanssa tai lisääntyneitä ristiriitoja kavereiden kanssa	Ristiriitoja kodin vuorovaikutussuhteissa	Suoriutuminen huonontunut tai toistuvia poissaoloja	Käyttää satunnaisesti
Huomattavan levoton, huolestunut tai onneton, tai ei toimintakykyä tai hallitsematon tai outoja ajatuksia	Itsetuhoajatuksia tai -tekoja Muita uhkaavia suunnitelmia tai valmisteluja	Vetäytyneet kavereistaan tai merkittäviä ristiriitoja kavereiden kanssa	Vanhemmuus heikentynyt, lapsen tai nuoren tarpeisiin nähden riittämätön tai vanhemman toiminnassa tai puheessa painottuu kielteinen suhtautuminen lapseensa	Suoriutuminen romahtanut aiempaan nähden tai jättäytyneet pysyvästi pois koulusta	Käyttää usein tai toistuvasti

3.3 Hoitosuunnitelma

Tutkimusvaihe päättyy hoitosuunnitelman laatimiseen. Se rakennetaan paikallisen palvelurakenteen mukaisesti noudattaen yhteisesti sovittuja käytänteitä.

Lapsen tai nuoren sekä vanhempien kanssa työstetään yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka koostuu yleisistä ja kohdennetuista tukitoimista vastuuhenkilöineen. Sen tulee olla sellainen, että perhe voi siihen sitoutua. Hoitosuunnitelma on hyvä voida käynnistää oleellisin osin viipymättä. Se voi sisältää rinnakkaisia ja peräkkäisiä osia.

Hoitosuunnitelmaan määritetään ja kirjataan kohdeoireet sekä nimetään hoidolla tavoiteltavat konkreettiset muutokset lapsen, nuoren tai perheen tilanteessa. Niiden perusteella voidaan arvioida, miten hoidosta ja tukitoimista saatava vaste näkyy arjessa. Suunnitelmaan kirjataan myös työnjako nimeämällä tukeen tai hoitoon osallistuvat henkilöt ja heidän tehtävänsä. Lisäksi kirjataan seurantakäynnin aika ja sovitaan osallistujat.

Sovitun hoitajakson tulee olla riittävän tiivis (esim. viikoittaiset käynnit) ja määrämittäinen, esimerkiksi noin 2–3 kuukautta. Jakson jälkeen tilanne arvioidaan uudestaan. Vastetta voidaan seurata arviointivaiheessa käytettyjä oirekyselyitä toistamalla.

Hoitosuunnitelmasta on hyvä antaa perheelle oma kappale. Tämä käytäntö tukee toisaalta työskentelyn läpinäkyvyyttä ja toisaalta sitouttaa kaikkia osallisia. Kun psyykkisesti oireilevan lapsen tai nuoren elämässä on huomattavaa kasvuympäristöstä lähtöisin olevaa kuormitusta, kokonaistuen suunnittelussa tarvitaan usein monialaista, verkostomaista työtettä.

Mikäli toivottua tai riittävää arjessa näkyvää vastetta tai muuta asetettua tavoitetta ei ole sovituksessa saavutettu, tarkistetaan hoitosuunnitelmaa ja konsultoidaan tarvittaessa erikoislääkäriä.

3.4 Jos yhteistyö ei käynnisty

Vanhemmat voivat joskus suhtautua varauksellisesti tai kielteisesti lapsensa tilanteen tarkempaan tutkimiseen tai ehdotetun tuen tai hoidon vastaanottamiseen, vaikka jollain muulla taholla olisi lapsesta tai nuoresta perusteltu huoli. Näissä tilanteissa on tärkeää antaa aikaa vanhempien näkemyksen ja ajatusten kuuntelemiselle ja keskustelulle. Vanhemman kokemus kuulluksi tuleminen lisää yhteistyön käynnistymisen mahdollisuutta.

Vanhempien varautuneisuuden taustalla voi olla useita tekijöitä. Kielteisiä ennakoasenteita tuki- ja hoitotoimiin voivat luoda tottumattomuus mielenterveyteen liittyvien asioiden käsittelyyn, leimautumisen pelko tai muilta kuultu tai mediasta saatu negatiivinen käsitys. Myös aiemmat omat huonot kokemukset mielenterveyspalveluista voivat vaikuttaa asenteisiin haitallisesti. Ellei vanhempi itse tuo kielteisiä käsityksiään tai huonoja kokemuksiaan esille, niistä voi suoraan kysyä. Epäonnistuneista yhteistyö- tai hoitokokemuksista keskusteleminen antaa mahdollisuuden arvioida sitä, voiko sama toistua nyt ehdotetussa työskentelyssä. Samalla tulee luontevasti keskusteluun myös se, minkälaisia tukitoimia vanhemmat tai perhe eivät halua. Vanhemmat saattavatkin kuvata aiemmin saamiaan palveluita kielteisesti yrittäessään kertoa, mitä toivovat uudelta palvelulta.

Joskus tutkimusten tarpeettomuutta perustellaan sillä, että lapsi tai nuori vain muistuttaa sukulaisiaan, esimerkiksi ”isä oli lapsena ihan samanlainen.” Sekin voi pitää paikkansa, mutta taustalla voi myös olla pelko siitä, että lapsessa, nuoressa tai perheessä nähdään tai paljastuu jotain vakavaa vikaa. Tieto lapsen tai nuoren oireilun laadusta, sen aiheuttamasta haitasta nykyhetkessä, merkityksestä hänen tulevaisuudelleen ja nykyisin saatavilla olevista tuki- ja hoitokeinoista voi auttaa vanhempaa muodostamaan uutta näkökulmaa ja myönteistä suhtautumista lapsensa tilanteeseen ja tarvittaviin toimenpiteisiin. Tarvittaessa keskustelun jatkamiseksi annetaan uusi aika, jolloin vanhemmat saavat aikaa myös tutkimus- tai tukitoimien harkitsemiseen.

Joskus lapsen tai nuoren oireilu johtuu vanhemman mielestä vain tai ensisijaisesti ympäristöstä. Silloin on luontevaa aloittaa tilanteeseen perehtyminen siitä ja käynnistää myös tarvittaessa verkostoyhteistyö. Esimerkiksi vain koulussa oireilevan lapsen tai nuoren kohdalla on hyvin tärkeää selvittää oppimisympäristön tilanne ja tutkia yksilöllisen tuen tarpeen arvioinnin ohessa voisiko koko luokan toiminnasta löytyä oireilua selittäviä tekijöitä.

Vanhempien oma kuormittuneisuus voi olla esteenä yhteistyön käynnistymiselle. Erityisesti monialaista yhteistyötä tarvitsevien lasten ja nuorten perheitä voivat kuormittaa samanaikaisesti usean perheenjäsenen ongelmat. Perheen kokonaistilanteen ja muiden velvoitteiden aiheuttamien aikataulujen huomioiminen on tärkeää tuki- tai hoitosuunnitelmaa tehdessä. Avun vastaanottamista voi edistää tuki- tai hoitokäyntien toteutuminen helposti saavutettavassa paikassa. Joissakin tilanteissa ilta-ajat, kotikäynnit tai etäyhteydet voivat madaltaa kynnystä riittävästi ja tarvittava tuki saadaan annettua.

Vanhemmat saattavat suhtautua varauksellisesti tarjottuihin toimenpiteisiin myös siksi, että tuen laatu voi tuntua vanhemmista epämurheelta. Jotkut voivat esimerkiksi kokea kahdenkeskiset tai perhekohtaiset keskustelut perustuvat tapaamiset vieraina, kun taas toiset haluavat juuri sen tyyppistä tukea. Esimerkiksi vanhempi, joka ei ole halukas vanhempainohjaukseen, saattaa kokea samanlaisessa tilanteessa olevien vanhempien vertaisryhmän itselleen sopivaksi tukimuodoksi. Oikeanlaisen tuen kohdentamiseksi yhteinen suunnittelu vanhempien kanssa on keskeistä. Mikäli tuen tai hoidon ajoitus ei ole perheelle sopiva, tai perheen kokonaistilannetta ei oteta riittävästi tuen suunnittelussa huomioon, oikeanlaisetkin toimenpiteet voidaan kokea vääriksi tai tarpeettomiksi.

Sitoutumista tuki- ja hoitotoimiin voi estää myös omin voimin ja keinoin selviytymistä korostava perhekulttuuri. Sen taustalla voi joskus olla vanhempien pelko uusista hankaluuksista, jos yhteistyössä rehellisesti kerrotaan perheen tilanteesta, taustoista tai ajankohtaisista ongelmista. Melko yleistä on huoli siitä, että tieto lapsen, nuoren tai perheen asioista leviää tarpeettomille tahoille. Työskentelyn luottamuksellisuus ja salassapitoperiaatteet poikkeuksineen onkin hyvä kuvata tuki- tai hoitoehdotusta tehtäessä. Myös tietämättömyys eri viranomaisten toiminnasta voi olla yhteistyön este. Vanhemmat voivat joissakin

tilanteissa perusteettomasti esimerkiksi pelätä, että lastensuojelu ottaisi heidän lapsensa huostaan, jos ongelmia lähdetäisiin työstämään esimerkiksi terveystalouksissa.

Jos perheessä on useita erilaisia tuen tarpeita, vanhemman tai muiden tahojen käsitys perheen tarvitsemista tukitoimien kiireellisyydestä tai järjestyksestä voi poiketa työntekijöiden käsityksestä. Silloin asiaa voi edistää ehdottamalla verkostoyhteistyön käynnistämistä kaikkien tarvittavien tahojen kesken. Yhdessä laaditaan pidempiaikainen suunnitelma tukitoimien aikataulusta ja järjestyksestä sekä tuki- ja hoitotoimien koordinoinnista vastuuhenkilöineen. Verkostoyhteistyön aikana arvioidaan eri vaiheissa tarvittavia tukimuotoja ja niiden oikeaa ajoitusta.

Monialaista ja useimmiten pitkäaikaista tukea tarvitsevien perheiden varautuneisuus tai kielteinen suhtautuminen tarjottuun hoitoon voi pohjata myös tukitoimien aiheuttamaan perheen arjen kuormittumiseen. Esimerkiksi eri palveluita edustavien työntekijöiden erilaisia käyntejä voi olla tiheästi. Annetun monialaisen tuen selkeä koordinointi, rytmittäminen ja eri palvelujen työntekijöiden työparityö esimerkiksi kotikäynneillä ovat keinoja vähentää perheen kuormittumista. Toistuvat kokemukset työntekijöiden vaihtumisesta vähentävät myös vanhempien yhteistyöhalua. Lisäksi eri palveluita edustavien työntekijöiden tehtävät ja toiminta ovat voineet jäädä vanhemmille epäselväksi ja työntekijöiden erilainen ammattisanasto voi hämmäntää. Joskus myös vanhempien käsitys perheen keskeisestä ongelmasta vaihtelee päivästä toiseen ja odotukset tukitoimista ja niistä saatavasta avusta voivat olla epärealistiset. Näissä perheissä avaintyöntekijästä (katso avaintyöntekijän tehtävät ja verkostoyhteistyö, 4.2.6) sopiminen voi olla yhteistyön sujumiselle selkeyttävää. Hän voi tukea perheen tietoisuutta tuki- tai hoitokokonaisuuden tavoitteista ja auttaa jäsentämään eri ammattilaisten osuutta tukikokonaisuudessa.

Joskus lapsen tai nuoren tutkimuksen, tuen tai hoidon tarve on ilmeinen, mutta vanhempi vastustaa tutkimuksien tai tukitoimien käynnistämistä. Kieltäytymisen taustalla voi olla halu salata jotain perhetason ongelmaa. Tällaisia syitä voivat olla esimerkiksi vanhemman päihdeongelma, perheessä ilmenevä väkivalta, hyväksikäyttö tai muu rikollinen toiminta. Työntekijän velvollisuutena on tällöin pyrkiä turvaamaan lapsen tai nuoren tarvitseman tuen tai hoidon saanti. Ellei siinä päästä eteenpäin, voi tulla kyseeseen lastensuojeluilmoituksen tekeminen.

Sosiaali- ja terveystoimen sekä opetustoimen työntekijällä on Lastensuojelulain 25 a § mukaisesti velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus, mikäli hän arvioi lapsen tai nuoren kasvun tai kehityksen olevan vaarantunut. Työntekijä voi pohtia asiaa oman esimiehensä kanssa, koulussa konsultoida kuraattoria, perheneuvolassa sosiaalityöntekijää tai suoraan lastensuojelun työntekijää kertomatta lapsen tai nuoren henkilöllisyyttä. Asiasta riippuen voi kysyä neuvoa myös muulta viranomaiselta, esimerkiksi poliisilta.

Vaitiolovelvollisuus ei estä tekemästä lastensuojeluilmoitusta. Lastensuojeluilmoitusmenettelyä on kuvattu liitteessä 5a.

3.5 Erityiskysymys: Koulunkäytikyyn arviointi

Perustuu Anita Puustjärven ja Ilona Luoman kirjoitukseen ”Mutta onko tämä lapsi koulukuntoinen? Koulunkäytikyyn arviointi ja tukeminen” (Lääkärilehti 2019).

Lapsen tai nuoren psyykinen oireilu voi näyttäytyä koulussa muun muassa oppimis- ja keskittymisvaikeuksina, vetäytyvänä, epäsosiaalisena tai aggressiivisena käyttäytymisenä sekä hankaluutena toimia ryhmässä ja noudattaa sääntöjä. Myös toistuvien poissaolojen taustalla voi olla psyykkistä oireilua. Koulunkäytikyky on kyky toimia kouluympäristössä kaikissa tilanteissa, opiskelukyky (taulukko 3.7) sen kanssa vain osittain päällekkäinen.

Aloite niin sanotun koulukuntoisuuden eli koulunkäytikyyn arviointiin liittyy usein siihen, että lapsi tai nuori toimii koulussa toistuvasti väkivaltaisesti. Taustalla on silloin usein neuropsykiatrisia ongelmia, jotka voivat johtaa sosiaalisten taitojen sekä tunteiden ja toiminnan säätelytaitojen puutteisiin. Ongelmalliselta vaikuttavan käytöksen taustalla voi myös olla traumakokemuksia tai masennusta tai se voi olla reagointia oppilaan kannalta sietämättömiin olosuhteisiin tai elämäntilanteeseen. Koulunkäytikykyä ei voi arvioida vain oireiden tai diagnoosin perusteella, vaan arvioinnissa otetaan huomioon lisäksi kouluympäristön ominaisuudet ja ongelmien tilannesidonnaisuus. Koulunkäytikyyn arvio tehdään monialaisesti, pääsääntöisesti opiskeluhoitoryhmässä. Sekä arvioinnissa että tukitoimien järjestämisessä tarvitaan perheen, terveydenhuollon sekä opetustoimen yhteistyötä ja usein myös sosiaalipalveluita.

Koulunkäytikykyyn vaikuttavia koululaiseen ja kouluun liittyviä tekijöitä sekä perhetekijöitä on kuvattu taulukossa 3.8. Useat osatekijät vaikuttavat paitsi koulunkäytikykyyn, myös toisiinsa.

Arvioinnin tekee haasteellisemmaksi se, että oireet ja toimintakyky voivat vaihdella, jolloin joissakin tilanteissa esimerkiksi ADHD-oireinen lapsi onnistuu toimimaan koulussa asianmukaisesti joissain tilanteissa ja toisissa ei. Kouluympäristön tekijät vaikuttavat: esimerkiksi keskittymistä ja tunteiden säätelyä on vaikeampi ylläpitää, jos koululaiselle on jäänyt epäselväksi, miten hänen odotetaan toimivan, ryhmä on suuri, melutaso korkea, tai jatkuvat muutokset tuottavat ylimääräistä kuormittumista.

Arvioinnissa tavoitteena on järjestelmällisesti kartoittaa lapsen tai nuoren koulunkäytikykyä alentavat tekijät sekä se, mitä muutoksia tarvitaan, jotta koulunkäytikyky paranisi. Kouluympäristöön liittyvien tekijöiden arvioinnissa on oleellista selvittää sekä läsnä olleen aikuisen tai aikuisten että lapsen tai nuoren näkökulmasta häiriötä aiheuttaneita tilanteita edeltäneet tapahtumaketjut ja niissä tapahtunut vuorovaikutus. Pelkkä lapsen tai nuoren käytöksen tai toiminnan kuvaus ”hermon mentyä” ei ole riittävä arviointia varten. Oppilaan haastatteleminen rauhallisessa tilanteessa voi soveltua esimerkiksi terveydenhoitajalle, jolla yleensä on neutraali ja luottamuksellinen suhde oppilaiden kanssa. Lapsen tai nuoren oman näkemyksen kuuleminen voi auttaa ymmärtämään hänen reagointiaan. Joskus voi olla hyötyä eikielellisen menetelmän, kuten piirtämisen, käytöstä selvittelyn apuna.

Lääkärin tehtävänä on selvittää lapsen psyykinen ja somaattinen terveydentila, niiden merkitys koulunkäynnin kannalta sekä lisätutkimusten, erikoislääkärin arvion tai sairaalahoidon tarve. Arvioitaessa väkivaltaikäytetytymisen riskiä tarvitaan tietoa oppilaan pettymysten ja kuormittumisen sietokyvystä, aiemmista väkivaltatilanteista sekä hänen oma käsityksensä viimeisimmän, arvioon johtaneen tilanteen syistä ja niiden seurauksista. Lapset ja nuoret pystyvät yleensä kuvaamaan melko luotettavasti toimintakykyään sekä mieliala- ja ahdistusoireitaan. Opettajan havainnot luokassa ilmenneistä käytösoireista ja luokan kokonaistilanteesta ovat välttämätön tieto. Opettajan ja psykologin yhteistyö on aiheellista oppimisen ja koululaisen opillisen koulutyöskentelyn sekä kouluympäristön tekijöiden vaikutuksen arvioinnissa. Kuraattorin osuus selvittelyssä voi painottua toisaalta yhteistyöhön vanhempien kanssa ja toisaalta kaverisuhteiden ja kiusaamisasioiden selvittelyyn. Kaikesta tiedosta kootaan monialaisessa asiantuntijaryhmässä kokonaisarvio, jossa otetaan huomioon lapsen tai nuoren psyykkisen oireilun piirteet, mahdollinen mielenterveyshäiriö tai neuropsykiatrisen häiriön ja sen vaikeusaste, edellä oleviin liittyvä oppilaan kuormittuminen tai erityisen tuen tarve kouluympäristössä sekä muut oppilasta kuormittavat tekijät.

Taulukko 3.7. Opiskelukyvyn arviointi (Puustjärvi ja Luoma 2019)

Opiskelukyvyn asteet
Hyvä oppimiskyky: <ul style="list-style-type: none">• Koulunkäynti ja oppiminen onnistuvat (tukitoimin)• Energiaa riittää koulunkäynnin lisäksi muuhunkin
Osittainen opiskelukyky: <ul style="list-style-type: none">• Oppiminen vaatii ponnisteluja ja vaatii voimavaroja• Alkaa ilmetä stressi- tai käytösoireita• Tukitoimet ovat tarpeen tai niitä joudutaan tehostamaan
Riittämätön opiskelukyky: <ul style="list-style-type: none">• Opiskelu ei onnistu tai vaatii kohtuuttomasti ponnisteluja• Käytös- tai tunneoireet estävät oppimista• Tukitoimet eivät auta, riitä tai niistä kieltäytyään

Taulukko 3.8. Koulunkäyntikykyyn vaikuttavia tekijöitä (Puustjärvi ja Luoma 2019)

Koulunkäyntikykyyn vaikuttavia tekijöitä
Koululaiseen liittyvät tekijät: <ul style="list-style-type: none">Kognitiivinen tasoOppimisen erityisvaikeudetOman toiminnan ohjauksen taidotOpiskelutaidotSosiaaliset taidotTunteiden ja käyttäytymisen säätelyn taidotAiemmat kokemuksetOdotukset ja asenteet koulunkäyntiä kohtaanKäsitys itsestä oppijanaMotivaatio koulunkäyntiinPsykykinen terveydentila
Fyysinen terveydentila <ul style="list-style-type: none">Yleinen hyvinvointi, vuorokausirytm
Kouluun liittyvät tekijät: <ul style="list-style-type: none">Koulun arvot, ilmapiiri ja asenteetOpetussuunnitelmaKäytetyt pedagogiset menetelmätOppilaisiin kohdistuvat odotuksetOpiskeluympäristöRyhmän kokoRyhmän vuorovaikutussuhteet, esim. kiusaaminenKouluun liittyvät kuormittavat tekijätOpettajan osaaminenOpettajan voimavaratTarjolla oleva tukiTarpeelliseksi arvioitujen tukitoimien toteutuminen
Elämäntilanteeseen liittyvät tekijät: <ul style="list-style-type: none">Vanhempien odotukset ja asenteet koulunkäyntiä kohtaanKoululaisen saaman huolenpidon ja vanhemmuuden laatuPerheeseen liittyvät kuormittavat tekijätKaverisuhteisiin liittyvät kuormittavat tekijätVapaa-ajan toiminnan vaikutus koulunkäyntiin

Tukitoimien tavoitteena on pyrkiä saamaan muutos riittävän monessa koulunkäyntikykyä alentavassa tekijässä siten, että oppilaan voimavarat riittävät koulunkäyntiin ilman työskentelyä haittaavia poikkeustilanteita. Suunnitelma laaditaan ottaen huomioon paitsi ratkaisuvaihtoehdot, myös se, millaiset ovat niiden seuraukset oppilaan, vanhempien, luokan, opettajan ja koulunkäynnin kannalta. Jos kotitalanne vie liikaa oppilaan voimia, selvitetään vanhempien kanssa siihen saatavilla oleva tuki. Sitä voivat tarjota esimerkiksi perheneuvola, sosiaalitoimen sosiaalihuoltolain mukainen perhetyö tai aikuisten mielenterveys- tai päihdepalvelut. Myös lastensuojelun kautta on saatavissa eriasteista tukea. Mikäli lastensuojeluilmoituksen perusteet täyttyvät, tulee se tehdä. Ilmoituksen voi tehdä myös yhteistyössä vanhempien kanssa. Lastensuojelun tukimuotoja kuvataan kappaleessa 2.2.3.

Lääkäri arvioi pelkästään lääketieteellisin perustein voiko sairauden paraneminen nopeutua sairausloman avulla. Jos sairauslomaan päädytään, on hyvä yhdessä huoltajien kanssa suunnitella, miten koululainen saa päivän aikana tarvitsemansa määrän aikuisen läsnäoloa ja tukea, sillä yksinolo kotona tai ainoastaan ikätovereiden seurassa oleminen ei tue vaikeuksista toipumista. Sen lisäksi arvioidaan sairausloman kesto ja se, millä tavoin kouluun palaamista tuetaan. Edellä olevat tulee huomioida myös silloin, kun terveydellisin perustein lyhennetään koulupäivää tai jos koululaisen opiskelu koulussa jää tauolle muulla perusteella. Tukisuunnitelma tavoitteinen, menetelmäinen ja vastuuhenkilöinen kirjataan ja sovitaan seurannasta.

Lähteet

- Bevington D, Fuggle P, Cracknell L ym. Adaptive mentalization-based integrative treatment. A guide for teams to develop systems of care. Oxford University Press 2017.
- Cappelli M, Gray C, Zemek R, ym. The HEADS-ED: a rapid mental health screening tool for pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics* 2012;130:e321–e327.
- Castaneda AE, Mäki-Opas J, Jokela S ym. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. Paloma-käsikirja; Ohjaus 5/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
- Gyllenberg D. Psykkiset häiriöt nuoruusiässä. *Duodecim* 2019;135:1321–3.
- HEADSS ADOLESCENT HEALTH CHECK. <https://www.som.uq.edu.au/media/418866/headss.pdf>
- Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. (toim). Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim, 2016.
- Nuori vastaanotolla. <https://www.oppiportti.fi/op/dvk00164>
- Puustjärvi A, Luoma I: Mutta onko tämä lapsi koulukuntoinen? Koulunkäyntikyvyn arviointi ja tukeminen. *Lääkärilehti* 2019; 74(3):114–120.
- Puustjärvi, A. 2017. Koulukuntoisuus/koulunkäyntikyky. Vaativa erityinen tuki esi- ja perusopetuksessa. Kehittämisyhmän loppuraportti. Opetus ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2017:34 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80629/OKM_34_2017.pdf
- Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, Tuomisto MT (toim): Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat. Kustannus Oy Duodecim, 2018.
- Lastensuojelulaki 25 a § <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasaa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>

4 Yleisiä tukea antavia toimintamalleja ja menetelmiä

4.1 Yleiset tukimenetelmät

Tässä kappaleessa esitellään yleisiä tukea antavia menetelmiä, jotka ovat hyödyllisiä kaikille lapsille ja nuorille, joilla on todettu mielenterveyden ongelmia tai jokin lievä tai keskivaikea mielenterveyden häiriö. Näitä tukimuotoja voi käyttää mielenterveyttä edistävässä ja häiriöitä ehkäisevässä palveluissa sekä osana hoitoa. Hoidollisissa palveluissa ne voi käynnistää heti selvittelyn alkaessa, vaikka selvää käsitystä lapsen tai nuoren ongelman luonteesta ei vielä olisi muodostunut. Kun ongelman luonne sekä tuen ja hoidon tarve on selvitetty, voidaan tukitoimiin liittää tarvittaessa häiriökohtaisia interventioita.

Aktiivinen työskentely tässä kappaleessa esitettävien menetelmien avulla on hyvä käynnistää myös sellaisissa tilanteissa, joissa on päädytty ohjaamaan lapsi tai nuori laajempiin selvittelyihin erikoissairaanhoidon tai odotetaan jonkin kohdennetun hoidon käynnistymistä.

Lapsen tai nuoren ongelmasta, kehitysvaiheesta ja kasvuympäristön tilanteesta ja tarpeista riippuen työskentelyä voi painottaa esimerkiksi ohjaukselliseen, keskustelupohjaiseen tai verkostopainotteiseen työskentelyyn. Häiriökohtaiset hoitolinjat kuvataan luvussa 5.

4.1.1 Kuormituksen keventäminen

4.1.1.1 Kuormituksen keventäminen kotona ja vapaa-ajalla

Oireilevan lapsen tai nuoren mielenterveyden tukeminen lähtee kuormituksen keventämisestä kotona, koulussa ja harrastuksissa. Rasitustekijöistä on hyvä kysyä suoraan lapselta tai nuorelta itseltään, esimerkiksi ensin avoimella kysymyksellä mieltä askarruttavista, huolestuttavista, pelottavista tai harmittavista asioista. Voi myös kysyä, minkä asian tai asioiden tulisi olla eri tavalla, jotta elämä olisi helpompaa. Lapsen tai nuoreen kohdistuvasta kiusaamisesta kysytään suoraan.

Kouluikäinen voi myös kuormittua esimerkiksi erillään asuvien vanhempien sopimista, lapselle hankalista asumisjärjestelyistä, ilman että vanhemmat sitä havaitsevat.

Rasitustekijöistä kysytään erikseen myös vanhemmilta, sillä esimerkiksi harrastukseensa vakavasti sitoutunut kouluikäinen ei aina itse tunnista kuormittuneisuuttaan. Liiallinen tai pakonomainen suorittaminen voi myös olla osa oirekäyttäytymistä (esim. syömishäiriöissä) ilman, että lapsi tai nuori sitä itse sellaiseksi kokee.

Lasta ja nuorta voivat joskus kuormittaa häneen kohdistuvat liialliset odotukset tai vaatimukset kodin piiristä. Häneltä saatetaan edellyttää ikätasoon nähden liian suurta vastuunottoa kodin asioista, joko konkreettisesti käytännön tasolla (esimerkiksi pienempien sisarusten hoidossa tai kotiaskareissa) tai tunnetasolla. Vanhemmat saattavat yliarvioida lapsen tai nuoren kykyä itsenäiseen toimintaan esimerkiksi yksin olemisessa tai omien asioiden hoitamisessa. Vanhemmat voivat myös tahtomattaan siirtää tai jakaa huolestuneisuutensa esimerkiksi omasta terveydentilastaan tai perheen taloustilanteesta lapselleen. Van-

hemmalta voi jäädä omista syistä huomaamatta sen kuormitusta lisäävä vaikutus lapsessaan. Vanhemmille on hyvä korostaa, että vaikka lapsi tai nuori vaikuttaisi tällaisista asioista kiinnostuneelta ja mahdollisesti jopa oma-aloitteisesti pyrkisi vanhempaansa niissä tukemaan, ei hänellä välttämättä ole psyykkisiä voimavaroja aikuisille kuuluvien asioiden vastaanottamiseen tai jakamiseen.

Lapselle tai nuorelle on hyvin kuormittavaa joutua riitelevien vanhempien väliin esimerkiksi vaikeissa eroriidoissa tai huoltajuuskiistoissa. Pahimmillaan vanhempi saattaa edellyttää lapselta liittoutumista toista vanhempaa vastaan. Lapsi tai nuori saattaa silloin joutua sietämään ja kannattelemaan mielessään ikätasoonsa nähden liiallista psyykkistä tunnekuormaa, eikä ehkä saa tilanteesta tarvitsemaansa tukea kummaltakaan vanhemmaltaan. Ongelman purkaminen (ja samalla lapsen kuormituksen keventäminen) voi olla haastavaa, koska vanhempia voi olla vaikea saada riittävään yhteistyöhön ja joustamaan omissa tarpeissaan. Vanhemmille on aiheellista näissä tilanteissa korostaa yhteistä vanhemmuutta. Tärkeää on myös tuoda esille sitä, että vanhempien kyvyttömyys sopia lapsensa asioista ja asettaa tämän kehitystarpeet etusijalle voi olla lapsen tai nuoren kehityksen merkittävin este. Riittämätön vanhemmuus tai kyvyttömyys yhdessä neuvotella ja sopia lastaan koskevista asioista voi myös olla esteenä joidenkin hoitomuotojen käyttöönotolle. Esimerkiksi psykoterapiahoitoa ei yleensä suositella lapselle tai nuorelle tilanteissa, jossa kasvuympäristöstä saatava tuki on epävarmaa.

Lapsella tai nuorella voi olla psyykkisen oirehtimisen (esim. masennustila) vuoksi vain vähän psyykkistä energiaa käytössään. Silloin tavanomainen ikävaiheelle sopiva kuormitus voi olla hänelle liiallinen. Kuormituksen keventäminen määrääjäksi erilaisin kodin ja koulun järjestelyin ja vapaa-ajan aktiviteetteja keventämällä voi olla tarpeen. Yksilökohtaiset erot siinä, missä määrin lapsi tai nuori tarvitsee apua esimerkiksi tunnesäätelyssä, toiminnanohjauksessa, sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa tai valmiudessa olla yksin, voivat olla suuret. Kuormittumista tapahtuu, jos aikuistuki jää lapsen tai nuoren tarpeeseen nähden riittämättömäksi, vaikka vanhemman tarjoama tuki sinänsä olisi määrältään ja laadultaan varsin tavanomaista.

Vanhemman mielenterveys- tai päihdeongelmat, vakavat psykososiaaliset ongelmat tai vakavat somaattiset sairaudet ovat lapselle tai nuorelle merkittävä kuormitustekijä. Näin on etenkin silloin, jos niihin liittyy vanhemman riittämätön hoito tai apu, tai ongelmien kieltämistä. Vanhemmuuden voimavarat voivat myös muutoin olla riittämättömät. Kappalessa 4.2.5 kuvattua Toimiva lapsi & perhe (TLP) -työskentelymallia voi käyttää näissä tilanteissa. Tavoitteena on varmistaa lapsen ja nuoren suotuisan kehityksen tarvitsema tuki ja ehkäistä yli sukupolvien siirtyviä ongelmia

Kuormituksen syiden purkaminen ja keventävät toimet edellyttävät usein toimenpiteistä sopimista useiden tahojen kanssa (lapsi tai nuori itse, vanhemmat, opettaja, rehtori, opiskeluhuoltoryhmä, harrastusten ohjaajat ja valmentajat, lastensuojelu jne.). Hyvä käytäntö on sopia selkeästi kuormituksen keventämisen keinoista, aikataulusta, seurannasta ja myös siitä, miten edetään jos sovitut toimet eivät tuo riittävästi apua.

Lapsen tai nuoren psyykinen kuormittuneisuus saattaa kytkeytyä keskeisesti perheen vaikeaan taloudelliseen tilanteeseen. Perheen ohjaaminen aktiivisesti asianmukaisesti tukipalveluihin voi joskus olla tarpeen.

Taulukko 4.1. Lapsen tai nuoren arjen mahdollisia kuormitustekijöitä ja niiden jatkoselvittely ja/tai tuki

Koulun opiskeluhollossa työskentelevät kouluterveydenhoitaja ja lääkäri sekä kuraattori ja psykologi. Joillakin paikkakunnilla myös psykiatrinen sairaanhoitaja työskentelee osana opiskeluhoitoa.

Lapsen tai nuoren arjen kuormitustekijöitä	Auttajatahoja	Auttamiskeinoja
Koulunkäyntiin liittyvät		
Opiskelukykyyn nähden liiallinen vaatimustaso (oppimisen erityisvaikeudet, kognitiivisen suorituskyvyn puutteet, heikot kielelliset valmiudet keskittymisen vaikeudet)	Opettaja, erityisopettaja, opiskeluhoito	Tehostettu tuki ja erityinen tuki, oppimistavoitteiden mukauttaminen sopivaksi, sopiva ryhmäkoko, taustalla olevien syiden selvittely ja tarvittaessa tuen järjestäminen luvussa 5 esitetyn mukaisesti
Kaverisuhteiden puute koulussa	Opiskeluhoito, vanhemmat	Yhteisöllisyyden edistäminen luokassa ja koulussa, koulun kerhot, välituntitoiminta
Vuorovaikutuksen pulmat oppilaan ja opettajan välillä	Opettaja, tarvittaessa mukana myös psykologi tai rehtori	Asian puheeksi otto keskustellen
Henkinen ja fyysinen väkivalta (kiusaaminen, seksuaalinen häirintä)	Opiskeluhoito, vakavat tapaukset myös lastensuojelu tai poliisi, yhteistyössä vanhempien kanssa	Kiusaamisen syiden selvittely ja estäminen sekä ennaltaehkäisy esim. Kiva koulu- menettelyä käyttäen
Vapaa-aikaan liittyvät		
Harrastustoiminnan kuormittavuus, tai muut liialliset vaatimukset suhteessa voimavaroihin ja omaan motivaatioon	Vanhemmat, harrastetoimintaan liittyvät aikuiset (esim.valmentajat), opiskeluhoito, psykologi, sairaanhoitaja perheneuvola	Keskustelu ja psykoedukaatio vanhempien ja harrastuksiin liittyvien aikuisten kanssa kuormituksen vähentämisestä ja lapsen/nuoren voimavaroista, yhteinen suunnitelma keventämisestä
Ikätasoon sopimattomien, erityisesti K18-pelien pelaaminen ja muun ikätasolle epäsopivan materiaalin katseleminen (esimerkiksi porno)	Vanhemmat, kavereiden vanhemmat, opiskeluhoito, sairaanhoitaja, psykologi, perheneuvola, lastensuojelu	Keskustelu ja psykoedukaatio vanhempien ja lapsen tai nuoren kanssa; vanhempien yhteistoiminta, joissain tilanteissa lastensuojelun tukitoimet
Henkinen ja fyysinen väkivalta (kiusaaminen, somekiusaaminen, seksuaalinen häirintä)	Opiskeluhoito, nuorisotyö, sairaanhoitaja, psykologi, perheneuvola, lastensuojelu, poliisi, yhteistyössä vanhempien kanssa	Kiusaamisen syiden selvittely ja estäminen, vanhempien yhteistoiminta, lastensuojelun tukitoimet, nuorisotyön ja erityisnuorisotyön tukimuodot
Kaverisuhteiden puute, yksinäisyys	Opiskeluhoito, nuorisotyö, järjestöt, seurakunnat, perheneuvola,	Koulun kerhot, järjestöjen ja seurakuntien kerho- ja ystävätoiminta, nuorisotyön, erityisnuorisotyön ja lastensuojelun tukimuodot, mm. tukihenkilö
Kotiympäristöön liittyvät		
Riittämätön uni	Kouluterveydenhuolto, sairaanhoitaja, vanhemmat	Psykoedukaatio unenhuollollisista asioista lapselle/nuorelle ja vanhemmalle, uni-interventio
Lapsen tai nuoren kehitystarpeisiin nähden aikuisen liian vähäinen saata-villa olo tai vähäinen yhdessä vietetty aika (vanhemman työsidonnaisuus, harrastukset tai ruuturiippuvuus)	Opiskeluhoito, sairaanhoitaja, psykologi, perheneuvola, lastensuojelu	Keskustelu vanhempien kanssa, psykoedukaatio lapsen/nuoren kehitystarpeista, perheneuvolatyöskentely, lastensuojelun tukimuodot, vanhemman oma hoitoonohjaus tarvittaessa

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla

Taulukko 4.1. jatkuu

Lapsen tai nuoren arjen kuormitustekijöitä	Auttajatahoja	Auttamiskeinoja
Kotiympäristöön liittyvät		
Ikätasoon nähden liiallinen vastuu jostain kodin toiminnoista tai asioista (esim. itsestä, lemmikeistä tai pikkusisaruksista huolehtiminen, aikuisen uskottuna oleminen)	Opiskeluhoolto, psykologi, perheneuvola, lastensuojelu	Keskustelu vanhempien kanssa, psykoedukaatio lapsen/nuoren kehitystarpeista, perheneuvolatyöskentely vanhemman oma hoitoonohjaus tarvittaessa
Vanhempien riittäisyys tai huoltajuuskiista, eron jälkeiset asumisjärjestelyt	Perheneuvola, lastenvalvoja, lastensuojelu	Keskustelu vanhempien kanssa, lastensuojelun tukimuodot, sovittelu
Vanhemman mielenterveysongelmat	Perheneuvola, lastensuojelu, vanhemman oma hoitava taho	Vanhemman hoitoonohjaus tai tuen tiivistäminen, verkostotyöskentely, lapsen tai nuoren tukikeskustelut, lastensuojelun tukimuodot
Vanhempien vakavat päihdeongelmat, perheväkivalta tai muu lapsen/nuoren turvallisuutta uhkaava perhetason ongelma	Lastensuojelu, sosiaalipalvelut, turvakoti, poliisi	Lapsen turvallisuuden varmistaminen, lastensuojelu tukimuodot, vanhempien hoitoon ohjaus
Lapsen tai nuoren omaan somaattiseen sairauteen liittyvä huoli ja kuormitus	Opiskeluhoolto, sairaanhoitaja, psykologi, perheneuvola	Sairauteen liittyvä psykoedukaatio lapselle/nuorelle ja vanhemmalle, sopeutumisvalmennus, potilasjärjestötoiminta
Lasta/nuorta kuormittava vanhemman somaattinen sairastaminen	Opiskeluhoolto, perheneuvola, sairaanhoitaja, vanhempaa hoitava taho	Vanhemman sairauteen liittyvä psykoedukaatio lapselle/nuorelle ja vanhemmalle, vanhemman sopeutumisvalmennus ja potilasjärjestötoiminta

4.1.1.2 Kuormituksen keventäminen koulussa – perusopetuslain mukainen oppimisen ja koulunkäynnin tuki

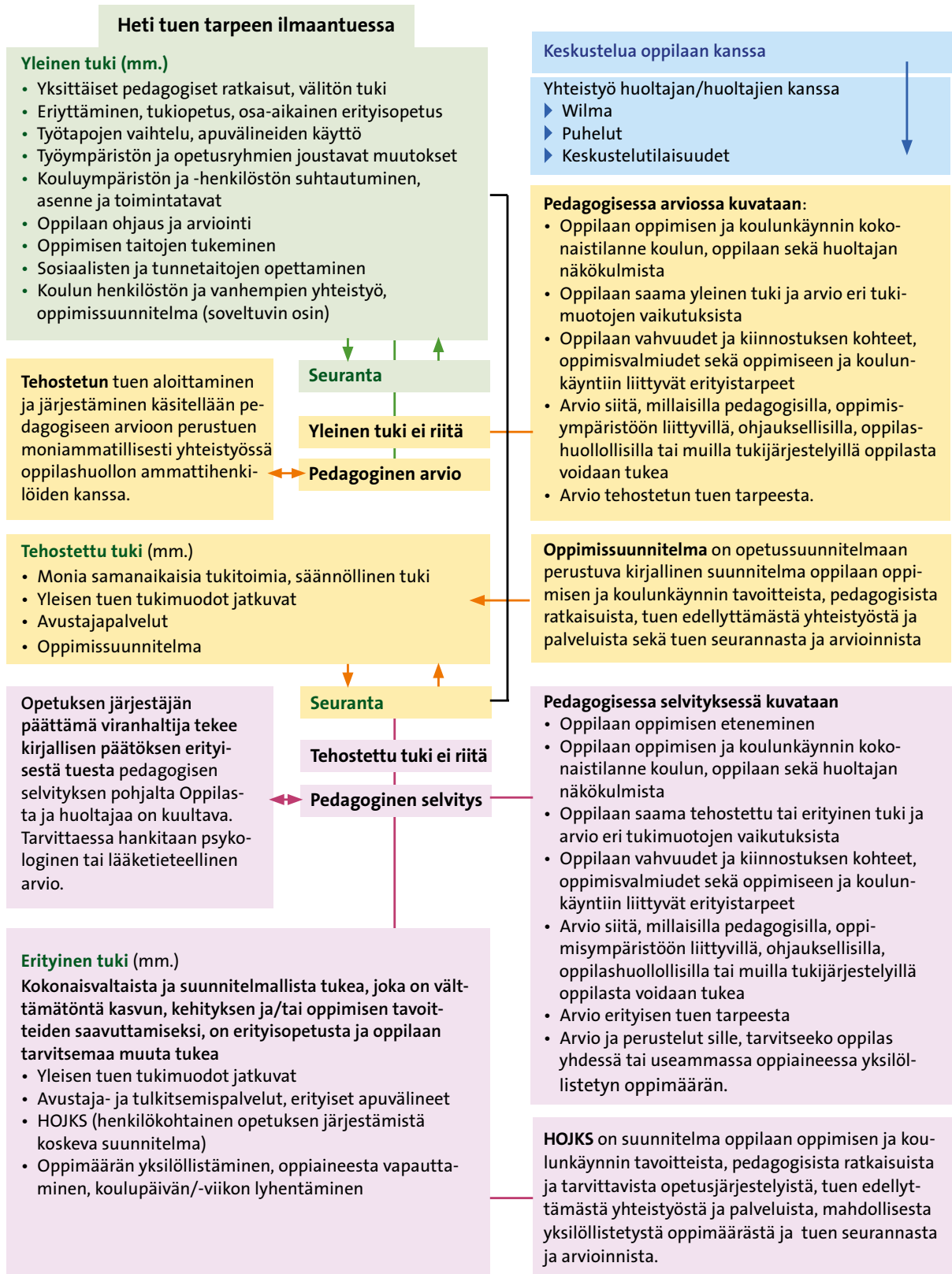
Aina kun kouluikäinen oireilee psyykkisesti, varmistetaan siitä, ettei oireiden taustalla ole oppimisen vaikeuksia, sillä esimerkiksi oppimisen erityisvaikeudet voivat jäädä joskus tunnistamatta. Koulussa annettavan oppimisen ja koulunkäynnin tuen kolme tasoa ovat yleinen, tehostettu ja erityinen tuki. Perusopetuslaissa säädettyjä tukimuotoja ovat esimerkiksi tukiovetus, osa-aikainen erityisopetus, tulkitsemis- ja avustajapalvelut sekä erityiset apuvälineet (kuvio 4.1).

Yleisellä tuella tarkoitetaan heti tarpeen ilmetessä tarjottavaa tukea. Tukeen kuuluu usein tukiovetusta, osa-aikaista erityisopetusta, eriyttämistä ja muita pedagogisia ratkaisuja.

Jos yleinen tuki ei riitä, oppilaalle tehdään pedagoginen arvio. Tehostetun tuen aloittaminen ja järjestäminen käsitellään pedagogiseen arvioon perustuen monialaisesti yhteistyössä opiskeluhoillon ammattihenkilöiden kanssa. Tehostettu tuki on säännöllistä tukea ja tyypillisesti oppilas hyödyntää useampaa tuen keinoa samanaikaisesti. Tehostettuun tukeen siirtyessä oppilaalle tehdään oppimissuunnitelma.

Jos tehostettu tuki ei riitä, tehdään oppilaalle pedagoginen selvitys ja kirjallinen erityisen tuen päätös. Erityinen tuki on kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista tukea, joka on välttämätöntä oppilaan kasvun, kehityksen ja/tai oppimisen tavoitteiden saavuttamiseksi. Erityistä tukea saavalle oppilaalle tehdään henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS). Oppilas saa systemaattisesti suunniteltua, vahvaa ja jatkuvaa tukea. Erityisen tuen päätöksessä oppilaan opiskelemaa oppimäärää voidaan tarvittavissa yksilöllistää eri oppiaineissa, koulupäivää tai -viikkoa lyhentää, jos koulunkäynnin katsotaan kuormittavan oppilasta liikaa.

Perusopetuslaissa säädetyn oppimisen ja koulunkäynnin tuen rinnalla oppilas voi tarvita myös yksilökohtaisen opiskeluhoillon tukea.



Kuvio 4.1. Oppimisen ja koulunkäynnin tuen malli POPS 2014 & POL 628/1998 mukaan.

Kiusaaminen Kouluterveyskyselyssä

Kouluterveyskyselyssä 2019 peruskoulun 4.–5.-luokkalaisista yli 7 % ilmoitti joutuneensa kiusatuksi vähintään kerran viikossa lukukauden aikana, 8.- ja 9.-luokkalaisista vastaavasti 5,5 %. Erityisryhmiin kuuluvia, kuten ulkomaalaistaustaisia, toimintarajoitteisia ja kodin ulkopuolelle sijoitettuja 8.- ja 9.-luokkalaisia kiusattiin yli kaksi kertaa useammin (13–23 %) kuin muita. Kiusaamisen selvittelyssä on hyvä muistaa, että se voi joskus täyttää esimerkiksi rikoslain pahoinpitelyn (21 luku 5 § ja 6 §), kunnianloukkauksen (24 luku 9 § ja 10 §) tai yksityiselämää loukkaavan tiedon levittämisen (24 luku 8 § ja 9 §) tunnusmerkit. Näissä tilanteissa asianomainen voi tehdä rikosilmoituksen. (Rikoslaki).

Peruskoulun 4.–5.-luokkalaisista yli 4 % oli vuoden aikana kokenut seksuaalista kommentointia, ehdottelua, viestittelyä tai kuvamateriaalin näyttämistä ja 1,6 % kokenut seksuaalista koskettelua tai painostamista kosketteluun vuoden aikana. 8.- ja 9.-luokkalaisista 21 % (tytöt 32 % ja pojat 8 %) oli kokenut häiritsevää seksuaalista ehdottelua tai ahdistelua. Seksuaalista väkivaltaa oli kokenut noin 10 % tytöistä ja 4 % pojista. Puhelimessa tai internetissä tapahtunutta seksuaalista ehdottelua tai ahdistelua oli kokenut tytöistä 27 %. Erityisryhmät, kuten ulkomaalaistaustaiset, toimintarajoitteiset, kodin ulkopuolelle sijoitetut ja seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvat kokivat seksuaalista häirintää yleisemmin kuin muut nuoret (28–43 %). Seksuaalinen häirintä on tasa-arvolaisissa kiellettyä syrjintää. Seksuaalirikosepäilyistä on ilmoitettava poliisille ja lastensuojeluun.

4.1.2 Unen huolto ja riittävän nukkumisen tukeminen

Juulia Paavonen

Unen huollolla tarkoitetaan nukkumistottumuksiin ja elämäntapoihin liittyviä unta ja vireyttä parantavia ohjeita. Unen huoltoa koskeva psykoedukaatio on tärkeä osa lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukemista erityisesti silloin, kun on todettu univaikeuksia.

4.1.2.1 Unenhuolto-ohjeet

Koululaisen unenhuolto-ohjeet on tarkoitettu itsehoidon tueksi lievissä unipulmissa, mutta ne ovat tärkeitä perusta myös varsinaisia, vaikeampia unioongelmia hoidettaessa. Ne tulostetaan perheelle kotiin vietäväksi.

Nukkumista tukevat unenhuollolliset keinot suunnitellaan tapauskohtaisesti keskittyen niihin seikkoihin, jotka vaikuttavat olevan juuri tämä lapsen tai nuoren kohdalla merkityksellisiä. Niitä ovat muun muassa säännöllinen vuorokausirytmä, sopiva iltarutiini, vuorokaudenaikaa myötäilevät valaistuksen vaihtelut, sähköisen median käytön rajoittaminen iltaisin, rauhallisen nukkumisympäristön rakentaminen, hyvä päivärytmi sekä liikunta tai ulkoilu sopivassa määrin ja sopivaan aikaan.

Iltarutiiniin voidaan sisällyttää esimerkiksi rentoutusharjoituksia (esim. Chillaa-sovelluksessa) tai valkoista kohina-ääntä (pehmeää ja tasaista ääntä, joka muistuttaa esimerkiksi tuulta (esim. Chillaa-sovelluksessa) tai rankkasadetta (löytyy ”white noise” -hakusanalla esim. Youtubesta), sekä tarpeen mukaan erilaisia ahdistuksen hallinnan keinoja. Myös huolihetki on tehokas tapa auttaa lasta tai nuorta hallitsemaan huolia nukkumaanmenotilanteessa. Nämä keinot ovat hyödyllisiä erityisesti, kun lapsella tai nuorella on vaikeutta rauhoittaa ajatuksia ennen nukkumaanmenoa.

Koululaisen unenhuolto-ohjeet

Aamu

1. Herää joka päivä suunnilleen samaan aikaan, myös vapaapäivinä (tällöin enintään 1–2 tuntia pidemmät unet) – aamuisin vuoteessa torkkumista kannattaa välttää.
2. Herättyäsi nouse ylös sängystä, älä jää aamulla viettämään aikaa tai loikoilemaan sänkyyn.
3. Heräämisessä auttavat kirkas valo, kunnon aamupala ja liikunta (esim. kävely).

Päivä

4. Pitkät päiväunet vaikeuttavat nukahtamista illalla, joten ne eivät ole suositeltavia.
5. Kolajuomat, energiajuomat ja kahvi heikentävät useimpien unta ja nukahtamista, joten niiden nauttimista klo 18 jälkeen tulisi välttää kokonaan ja vähentää niiden käyttöä myös päivällä.
6. Säännöllinen liikunta on hyvästä; vältä kuitenkin raskasta liikuntaa 3 tuntia ennen nukkumaanmenoa, sillä rehkiminen haittaa nukahtamista.
7. Pidä päivän aikana riittävästi taukoja, joiden aikana voit rentoutua ja tarvittaessa pohtia tai ratkoa huoliasi.
8. Pidä yllä vireyttäsi päivällä. Sitä voi tehdä monin tavoin: syömällä kevyitä välipaloja, pitämällä taukoja, hakeutumalla muiden seuraan, käymällä kävelyllä ja nauttimalla raittiista ulkoilmasta. Myös hyvä ja kirkas valaistus auttaa vireyden ylläpitämisessä.

Ilta ja yö

9. Rauhoitu ja rentoudu noin 1–2 tuntia ennen nukkumaanmenoa itsellesi mieleisellä tavalla.
10. Huolehdi säännöllisistä aterioista päivän aikana. Vältä syömistä klo 20 jälkeen. Älä juo iltaisin kovin paljon, jottei vessassa käynnin tarve herätä keskellä yötä.
11. Huolehdi siitä, että huone, jossa nukut, on riittävän rauhallinen. Lämpötilan tulee olla sopiva (huoneen tuuletus, lämpötila n. +20°C), samoin valaistuksen (valoisana vuodenaikana pimennysverhot).
12. Laita herätyskello sellaiselle paikalle, ettet näe sitä. Ajankulun seuraaminen voi alkaa ahdistaa. Älä myöskään vie puhelinta tai muita elektronisia laitteita makuuhuoneeseen.
13. Varaa sänky nukkumista varten: älä käytä sänkyä muihin toimintoihin kuten pelaamiseen, syömiseen, television tai elektronisten laitteiden katseluun.
14. Mene vuoteeseen vasta väsyneenä.
15. Rajoita vuoteessaoloaikaa ja varaa sille aikaa suunnilleen sen verran kuin nukut yleensä.
16. Älä yritä pakottaa itseäsi nukahtamaan, sillä mitä enemmän yrität nukahtaa, sitä enemmän vireystila nousee ja vaikeuttaa nukahtamista. Tee jotain, joka vie ajatukset pois nukahtamisesta ja myös tulevista töistä ja tehtävistä: nouse ylös sängystä esimerkiksi lukemaan tai kuuntelemaan musiikkia. Vuoteessa voi tehdä kuitenkin rentoutusharjoituksia (kuten hengityksen seuraaminen, lihasrentoutus tai merkityksettömän tavun toistelu mielessä kerran sekunnissa).

Huolihetki

Huolihetki on yksittäisistä mieltä rauhoittavista unenhuoltomenetelmistä toimivin. Siinä huolet ja keskeneräiset asiat kirjataan paperille ja niiden merkitystä tutkitaan 15–30 min ajan hyvissä ajoin ennen nukkumaan menoa, valinnan mukaan itsekseen tai varsinkin pienemmällä koululaisilla vanhemman kanssa. Huolta aiheuttavaa asiaa tutkitaan monelta kantilta: miksi asia on tärkeä, mikä on pahinta mitä voi tapahtua, mitä asialle voi tehdä, milloin asian voi yrittää hoitaa tai edes aloittaa sen hoitamista, jos asialle ei voi mitään niin miten sen voisi kestää jne. Kun huolihetki päättyy, sovi-taan että asian käsittelyä jatketaan seuraavana päivänä.



4.1.3 Lasten ja nuorten digitaalisen median käyttöön liittyvä ohjaus

Lapset ja nuoret altistuvat jatkuvasti koulussa, kotona ja muissa vapaa-ajan ympäristöissä toimiessaan perinteisen ja digitaalisen median eri muodoille. Perinteisen median (televisio, videot, elokuvat, pelit) käytön aiheuttamien haitallisten terveysvaikutusten tarkastelussa on kiinnitetty huomiota erityisesti katselun ja pelaamisen määrään ja sisältöön. Lapsia ja nuoria on pyritty ohjaamaan ikätasolleen sopivaan sisältöön luomalla ikärajoja ja suosituksia elokuvaan ja peleihin. Näiden noudattaminen ja valvonta on ollut pitkälti vanhempien vastuulla.

Viime vuosina digitaalinen (pelit, YouTube, blogit ja muut verkkojulkaisut) ja sosiaalinen (WhatsApp, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok ym.) media ovat tuottaneet aivan uudenlaisia mahdollisuuksia ja toisaalta myös riskejä. Pääsy digitaalisiin sisältöihin on tullut mahdolliseksi yhä nuoremmille lapsille. Tällä hetkellä suurimmalla osalla kouluikäisistä on käytössään oma älypuhelin, ja moni on lähes jatkuvassa yhteydessä erilaisiin digitaalisiin palveluihin.

Sosiaalinen media on tuottanut runsaasti erilaisia sovelluksia, joissa useissa käyttäjä on sovelluksen kautta vuorovaikutteisessa suhteessa muihin käyttäjiin. Käyttäessään sosiaalista mediaa käyttäjä myös tuottaa siihen sisältöä joko yksin tai interaktiivisesti muiden kanssa. Interaktiivisessa digipohjaisessa pelissä pelikumppanit voivat olla tuntemattomia ihmisiä eri puolilta maailmaa. Puhelinkeskustelun tai kasvokkain tapahtuvan vuorovaikutuksen sijasta vuorovaikutus voi tapahtua esimerkiksi Skypen tai Facetime-sovelluksen välityksellä. Lisäksi viestimisen ja viihdekäytön raja on hämärtynyt: esimerkkinä tästä vaikkapa osaksi televisio-ohjelmaa liitetty katsojan kommentointimahdollisuus.

4.1.3.1 Digitaalinen media ja psyykinen hyvinvointi

Sekä runsas digitaalisen median käyttö että käytön haitalliset sisällöt lisäävät kouluikäisen psykososiaalisia ja tunne-elämän ongelmia. Väkivaltaiset sisällöt saattavat nostaa vireystilaa, lisätä levottomuutta ja vihamielisyyttä ja joillakin lapsilla ja nuorilla olla traumaattisia, aiheuttaa pelkoja ja ahdistuneisuutta. Väkivaltaisia sisältöjä intensiivisesti kuluttavien lasten ja nuorten kyky empatiaan muita kohtaan saattaa heiketä ja väkivaltaisten ja ei-toivottujen käyttäytymismallien hyväksyminen lisääntyä.

Paljon digitaalista mediaa käyttävä lapsi tai nuori saattaa olla aktiivinen iltamyöhään ja mennä myöhemmin nukkumaan, jolloin unirytmiksi voi häiriintyä ja unta kertyä vähemmän. Älypuhelimien sinivalo saattaa vaikeuttaa nukahtamista ja heikentää unen laatua. Kehitystasolle sopimaton sisältö (esim. väkivaltaa sisältävät pelit ja ohjelmat) voi nostaa vireystilaa ja sen myötä vaikeuttaa nukahtamista ja heikentää unen laatua. Myös päiväaikainen runsas ruutu-aika vaikuttaa haitallisesti unen laatuun.

Lasten ja nuorten median käyttö voi viedä liikaa aikaa muilta psykomotorisen ja psykososiaalisen kehityksen kannalta tärkeitä asioilta (koulunkäynti, liikunta, muut harrastukset, vuorovaikutus ikätoverien tai perheenjäsenten kanssa). Tämän merkitys korostuu nuoremmilla lapsilla. Runsaaseen median käyttöön usein liittyvä passiivisuus muussa harrastamisessa ja liikunnan väheneminen voivat altistaa ylipainolle. Teknologian käyttö voi kuormittaa lasta ja nuorta (ns. teknostressi), esimerkiksi erilaisten ilmoitusten aiheuttamien toistuvien keskeytysten seurauksena. Kyky keskittyä voi heiketä. Lapset ja nuoret voivat kuormittua myös älylaitteisiin ja peleihin kehittyvän riippuvuuden vuoksi. Mediakasvatusseuran [Opas tasapainoiseen digiarkeen](#) -julkaisu herättelee myös vanhempaa pohtimaan median käyttöään ja sen vaikutuksia omaan ja läheisten hyvinvointiin sekä antaa vinkkejä tasapainoiseen digiarkeen.

Psykoedukatiivisen keskustelun taustaksi: Digitaalisen median etuja ja haittoja

Digitaalisen median käyttöön liittyy sekä hyötyjä että haittoja. Esimerkkeinä hyödyistä ovat oppimisen sovellukset, tiedon saatavuuden helpottuminen, sosiaalisen kontaktin ylläpitämisen helppous ja mahdollisuus saada sosiaalista tukea sekä mahdollisuus saada ja levittää terveyttä edistävää tietoa. Digitaalista mediaa hyödyntämällä esimerkiksi koulunkäynti ja terveydenhuollon käynnit on poikkeustilanteessakin ollut mahdollista toteuttaa etäyhteyksin. Lasten ja nuorten saamat hyödyt riippuvat pitkälti iästä ja kehityksen vaiheesta, median tyypistä ja käyttötavasta (esim. käyttääkö lapsi tai nuori mediaa ilman vanhempia vai vanhemman kanssa) sekä median sisällöstä. Parhaimmillaan digitaalinen media lisää lapsen tai nuoren tietoisuutta yhteiskunnan ja maailman tapahtumista sekä osallistumisen ja kommunikoinnin mahdollisuuksia.

Median käyttö voi tarjota arvokkaan tukiverkoston ja ikätoveriverkoston esimerkiksi somaattisesti sairaille tai vaikeasti liikuntarajoitteisille lapsille ja nuorille. Myös esimerkiksi sosiaalisesti arat tai omassa asuinympäristössään yksinäiset lapset ja nuoret voivat digitaalisen median avulla, esimerkiksi pelaa-misharrastuksen muodossa, ylläpitää kaverisuhteita ja kokea yhteenkuuluvuutta itselle sopivalla tavalla. Edelleen erilaisiin vähemmistöryhmiin tai erityisryhmiin kuuluvat lapset ja nuoret voivat asuinpaikasta riippumatta kommunikoida digitaalisen median kautta samassa tilanteessa olevien ikätovereiden kanssa, ilmaista vapaasti itseään ilman leimautumisen pelkoa, kokea hyväksyntää ja saada tukea ja erityisyyteensä liittyvää tietoa. Tällä on suuri merkitys erityisesti silloin, jos muu saatavilla oleva tuki on riittämätöntä tai puutteellista. Tällaisia erityistarpeita voi liittyä esimerkiksi lapsen tai nuoren seksuaaliseen suuntautumiseen, mielenterveyden häiriöihin tai vaikkapa ylipainoon.

Digipohjaiset menetelmät ovat arvokas lisä mielen-terveyden palveluvalikkoon, ja viime vuosina on kehitetty useita sovelluksia tuen tarjoamiseen, tiedon levittämiseen ja hoitoon. Digipohjaisten menetelmien ylivertaisena etuna on niiden helppo saatavuus sekä mahdollisuus käyttää palvelua missä ja milloin vain. Tässä oppaassa esitellään maksutta saatavilla olevia digitaalisia menetelmiä taulukossa 4.3 sekä osittain myös häiriökohtaisessa osiossa kunkin häiriön kohdalla.

Haitoista tavallisimpia ovat digitaalisilla alustoilla ilmenevä kiusaaminen, vihapuhe ja häirintä. Kouluikäisillä tavallisia kiusaamisen väyliä ovat esimerkiksi WhatsApp- ja Instagram-viestittely sekä pelitilanteisiin liittyvä kiusaaminen. Kohteeksi joutuvat usein erityisesti tytöt ja erilaisiin vähemmistöihin kuuluvat. Kiusattavalle haitallisten, ikävien tai väärin tietojen levittäminen tai valokuvien jakaminen on tavallista. Digitaalisuus mahdollistaa sen, että kiusaaja voi toimia anonyymisti missä vain ja milloin vain, jäämättä kiinni. Ulkopuolisilla, saati kiusatulla itsellään, saattaa olla vain vähän mahdollisuuksia pysäyttää tai estää kiusaaminen digitaalisissa välineissä.

Lasten ja nuorten altistuminen epäsojivalle tai haitalliselle, ikään sopimattomalle materiaalille tai vuorovaikutukselle on merkittävä ongelma, erityisesti arkaluonteisen, usein seksuaalisen kuva- tai tekstimateriaalin lähettäminen. Tähän voi liittyä lapsella tai nuorella ryhmäpainetta tai muuta painostusta ja erilaista kiristämistä. Se voi johtaa seksuaaliseen hyväksikäyttöön, esimerkiksi paljastamaan itseään kameran kautta tai tätäkin vakavampaan hyväksikäyttöön. Tilannetta on saattanut edeltää harmitto-maksi luultu nettikontakti valheellisen identiteetin esittäneeseen henkilöön. Sekä kodin että koulun tulee pyrkiä vahvistamaan lasten ja nuorten digikäyt-täytymisen taitoja ja valmiuksia suojautua kiusaa-mista ja hyväksikäyttöä vastaan. Lasten ja nuorten suojaaminen haitallisilta sisällöiltä (esim. pornogra-fia) ja rikollisuudelta nettiympäristössä on vakava yhteiskunnallinen haaste.

Digitaalisuuden varjopuolena voidaan pitää myös sen mahdollistamaa kohdennettua markkinointia. Lapsi tai nuori altistuu erilaisilla alustoilla asioides-saan jatkuvasti mainoksille. Kaupallisten tahojen mahdollisuudet tavoittaa tiettyjä kohderyhmiä ja osoittaa näille hyvin pitkälle räätälöityä mainontaa ovat kasvaneet. Instagramin ja blogien seuraamisen kautta voidaan myös lapsille ja nuorille luoda kulu-tuskäyttäytymistä muokkaavia tarpeita. Oman elä-män vertailu kaveripiirin ja seurattavien julkisuuden henkilöiden yleensä hyvin positiivisiin päivityksiin verkossa voi myös olla kuormittavaa ja vaikuttaa it-setuntoon haitallisesti.

4.1.3.2 Haitallisen käytön tunnistaminen

Psykoedukatiivinen keskustelu digitaalisen median käytöstä ja sen sisällöistä lapsen tai nuoren ja vanhempien kanssa on tärkeä osa kaikkia terveystarkastuksia. Se on myös oleellinen osa selvittelyä kouluikäisen oireillessa psyykkisesti.

Digitaalisen median käyttöä on hyvä kartoittaa erityisesti silloin, jos lapsen tai nuoren oirekuvassa on

- ahdistuneisuutta, mielialapulmaa, käyttäytymisen ongelmia, keskittymisvaikeutta
- unettomuutta tai unihäiriöitä (unettomuus voi lisätä älylaitteiden käyttöä ja älylaitteiden käyttö unettomuutta)
- sosiaalista eristäytymistä
- toistuvasti päänsärkyä, niska-hartiaseudun tai käsien kipuja.

Haitallista käyttöä kartoitettaessa selvitetään

- käytön määrä (kuinka usein, paljonko kerrallaan, tauotus)
- käytön laatu eli mitä käyttö on (pelaamista, somettamista jne.)
- käyttötilanteet (minkälaisissa tilanteissa, milloin ja kenen kanssa)
- käytön vaikutus muuhun arkielämään
 - lapsen/nuoren toimintakykyyn kotona, koulussa, vapaa-ajalla
 - perheen vuorovaikutussuhteisiin ja kaverisuhteisiin
 - unen laatuun ja määrään sekä vuorokausirytmiiin
 - ravinnon laatuun ja ruokailurytmiiin, liikunnan määrään
 - mielialoihin ja keskittymiskykyyn
 - keskeistä on arvioida, jääkö jotain tekemättä runsaan käytön vuoksi (läksyt, kaverisuhteet, nukkuminen, liikunta jne.)
- miten ongelmallinen käyttö ”hyödyttää” lasta tai nuorta (esimerkiksi tavallisen elämän haasteiden välttely, pitkästyminen sietäminen, tunteiden säätely, kielteisten tunteiden hallinta).

Vanhemmat voi ohjata [Päihdelinkin sivustolle](#), jossa he voivat tehdä vanhempien vastattavaksi tarkoitettua, lapsen ja nuorten nettiriippuvuutta arvioivan IAT-P-testin. Testi antaa arvion netinkäytön ongelmallisuuden asteesta.

Nuorten riippuvuutta älypuhelimien voi arvioida liitteenä olevalla Älypuhelimien riippuvuusasteikko SAS-SV (Smartphone addiction scale – short version for adolescents) -testillä.

Ongelmallinen pelaaminen

Lapsen tai nuoren ongelmallisen pelaamisen tunnistaa siitä, että pelaajan on itse vaikea hallita pelaamistaan, ja pelaaminen vaikuttaa jatkuvasti haitallisesti muuhun elämään. Usein ongelmalliseen pelaamiseen liittyy muita haasteita, esimerkiksi puutteita sosiaalisissa taidoissa, muuta mielenterveydellistä ongelmaa tai muutoin vaikea elämäntilanne. Pelaaminen on saattanut tarjota lapselle tai nuorelle pakotien muista huolista tai hankalasta tilanteesta. Ongelmallisen pelaamisen selvittämisessä tarvitaan usein monialaista tukea. Tilanteen hoidossa tavoitteena ei yleensä ole pelaamisen lopettaminen kokonaan vaan pelaamisen palauttaminen pelaajan hallintaan ja sovittaminen luontevasti muuhun elämään. Ratkaisu tulee kuitenkin tehdä yksilöllisesti.

Vinkkejä pelaamisen hallintaan

- Pelipäiväkirjan pitäminen auttaa hahmottamaan omaa pelaamista ja sen määrää. Sähköinen versio löytyy osoitteesta www.pelipaivakirja.fi
- Pelaamiselle on hyvä sopia aikataulu, jotta muut asiat tulevat hoidetuksi.
- Hälytys tauon tai lopettamisen merkiksi voi auttaa pelaamisen tauottamisessa tai lopettamisessa.
- Liikunta ja muut harrastukset ovat tärkeää vastapainoa pelaamiselle.
- Kavereita on hyvä tavata muuallakin kuin verkossa.

Lähde: Nuoret pelissä. Tietoa kasvattajille nuorten digitaalisesta pelaamisesta ja rahapelaamisesta. THL, 2016.

4.1.3.3 Keinoja lapsen tai nuoren digikäyttäytymisen ja pelaamisen hallintaan

Vanhemmilla on keskeinen rooli, kun pyritään löytämään tasapaino lapselle tai nuorelle sopivan ruutu- tai nettiajan ja muiden toimintojen välillä. Vanhempien tulee suojella lastaan haittavaikutuksilta valvomalla lapsen tai nuoren digilaitteiden käyttöä ja asettaen suojaavia rajoja sekä käyttömäärän että sisällön osalta.

Pelaamiselle ja digilaitteiden käytölle ei ole mitään yhtä oikeaa tuntimäärää. On hyvä tarkastella niitä osana lapsen tai nuoren tavanomaista arkea. Mikäli arkivelvollisuudet hoituvat ja lapsi tai nuori vaikuttaa muuten hyvinvoivalta ja pärjäävältä, ei pelaamisen tai digilaitteiden käytön rajaaminen tietysin aikamäärin ole välttämätöntä. Rajoittaminen on kuitenkin tarpeen, jos erilaisten digilaitteiden käyttö tai pelaaminen vaikuttaa liikaa muihin elämän osa-alueisiin. On tärkeää pyrkiä samalla laaja-alaisesti selvittämään runsaan digilaitteiden käytön ja pelaamisen taustalla olevia tekijöitä.

Tuntimäärän sijaan pelaamista voi säädellä esimerkiksi seuraavista näkökulmista:

- pelaamisen kokonaisvaltainen tarkastelu (”saa pelata, kunhan muu elämä ei kärsi”)
- pelaamisen jaksottaminen ajan tai pelin ominaisuuksien mukaan (”saa pelata korkeintaan tunnin” tai ”voi pelata yhden pelin kerrallaan”)
- pelaamisen suhteuttaminen muihin velvollisuuksiin ”ensin läksyt, sitten voi pelata”
- ilta-ajan rauhoittaminen (”pelit pitää lopettaa klo 21 mennessä”).

Lähde: Nuoret pelissä. Tietoa kasvattajille nuorten digitaalisesta pelaamisesta ja rahapelaamisesta. THL, 2016.

Riittävä fyysinen aktiivisuus, oikeanlainen ravitsemus, riittävä unen määrä, tavanomainen vuorokausirytmä, koulunkäynti ja mahdollisuus ikätoverikontakteihin ovat suotuisan psykososiaalisen kehityksen edellytyksiä. Mikäli jokin näistä osa-alueista kärsii digilaitteiden käytön vuoksi, tulee tilanteeseen puuttua yhdessä keskustellen ja yhteisistä säännöistä sopien.

On hyvä sopia selkeästi perheen sisäiset säännöt käytön määrästä, ajankohdasta (esimerkiksi ei puhelinta ruokapöytään, eikä illalla vuoteeseen) ja sisällöistä. Myös vanhemman tulee noudattaa yhdessä sovittuja sääntöjä ja antaa mallia hallitusta digilaitteiden käytöstä. Lasta ja nuorta tulee myös opastaa henkilötietojen ja arkaluontoisten tietojen suojaamisessa sekä suhtautumaan terveen kriittisesti mainontaan. Kodin pelisäännöistä tulee tehdä sellaiset, että kaikki osapuolet voivat niihin sitoutua.

Vanhempia voi ohjata tutustumaan Mannerheimin lastensuojeluliiton Vanhempainnettiin (mll.fi), jossa löytyy tietoa lasten ja nuorten netin käyttöön liittyvistä kysymyksistä.

Vanhemmat voivat edistää lapsen tai nuoren turvallista digikäyttäytymistä

- omalla esimerkillään
 - vanhempien oma tolkullinen älylaitteiden käyttö on välttämätön perusta pyrittäessä vähentämään digilaitteiden liiallista tai vääränlaista käyttöä
- sopimalla perheessä käytettävät yhteiset digilaitteiden käyttöä koskevat säännöt
 - jos vanhemmat asuvat kahdessa kodissa, säännöt tulisi olla samat molemmissa
 - kodin älylaitteista vapaiden alueiden (kuten ruokapöytä) määrittäminen
 - älylaitteiden käyttöä rajoittavat muut sopimukset, palveluiden rajoitukset
- mallittamalla ja opastamalla
 - älylaitteen tuottaman keskeytyksen huomiotta jättäminen
 - puhelimen äänetön-asetuksen käyttö tai sulkeminen
 - sovittujen käytäntöjen noudattaminen
- auttamalla puhelimen asetusten muokkaamisessa
 - ilmoitusasetusten muokkaaminen, eri äänten käyttö eri ilmoituksiin, ilmoitusten vähentäminen
- valvomalla käytön määrää ja sisältöjä
- huolehtimalla suosituskärajojen noudattamisesta
 - digitaalisissa peleissä ikämerkinnät eivät kerro pelin vaativuustasosta vaan viittaavat pelien sisältämään mahdolliseen haitalliseen materiaaliin
 - lapsen ja nuoren kanssa voi pohtia etukäteen, miten voi kieltäytyä, jos kaverin kotonona tarjotaan pelattavaksi ikätasolle sopimattomia pelejä
- olemalla kiinnostunut siitä mitä lapsi tai nuori digilaitteillaan tekee ja missä ympäristöissä asioi
- tutustumalla lapsen tai nuoren pelaamiin peleihin ja alustoihin, ja myös pelikavereihin
 - vanhemmat voivat etukäteen tutustua niihin peleihin, joita heidän lapsensa haluaa hankkia, esimerkiksi pelitrailereiden tai YouTuben pelivideoiden avulla tai kokeilemalla pelejä itse
- opastamalla henkilötietojen ja arkaluontoisten tietojen suojaamisessa
 - millaisia asioita itsestä voi ja millaisia ei pidä kertoa tuntemattomalle.
- puuttamalla herkästi liialliseen käyttöön
 - lapsen tai nuoren kanssa voi yhdessä tehdä suunnitelman älylaitteiden käytön asteittaisesta vähentämisestä, aloittaen hänen omista ehdotuksistaan helpoimmista ajankohdista.
 - sovitaan myös miten aikarajojen täyttymisestä muistutetaan (esim. vanhempi tai ajastin).
 - käyttöpäiväkirjan pitäminen voi tukea lasta tai nuorta tavoitteeseen pyrkimisessä
- järjestämällä ja tarjoamalla lapselle tai nuorelle muuta tekemistä tai ajanvietettä
 - älylaitteen käytön sijasta lapsen/nuoren kanssa suunnitellaan yhdessä muuta mieluista tekemistä kotipiiriin tavanomaisissa puitteissa
 - kun pyritään vähentämään käyttöä, lapsen tai nuoren motivaatiota voi vahvistaa esimerkiksi juhlistamalla tai huomioimalla sovittujen tavoitteiden saavuttamista hänelle mieluisalla tavalla - ei kuitenkaan lisää ruutuaikaa myöntämällä.
- huolehtimalla lapsen tai nuoren terveyttä edistävästä elämäntavoista (uni, liikunta, ravitsemus, päivärytmin säännöllisyys, ikätoverikon tuki).



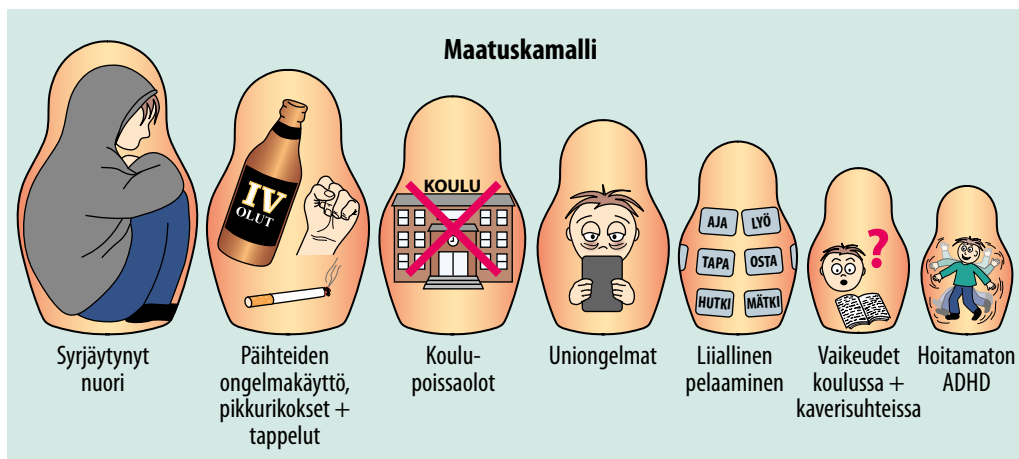
4.1.4 Psykoedukaatio lapselle, nuorelle ja vanhemmalle

Psykoedukaatiolla tarkoitetaan lapsen tai nuoren sekä hänen vanhempiansa tapaamisissa käytettävää työtappaa, johon kuuluu tavoitteellista tiedon jakamista, terveyden edistämistä ja työntekijän ohjaava työote. Tiedollinen sisältö koostuu toisaalta lapsuuden ja nuoruuden normaaliin ja poikkeavaan psykososiaaliseen kehitykseen, toisaalta mielenterveyshäiriöihin liittyvästä tiedosta. Työskentelyn sisältö rakentuu paitsi ongelman, myös lapsen tai nuoren meneillään olevan kehitysvaiheen mukaisesti.

Psykoedukaatiossa on olennaista tavoitteellinen työskentely, jonka painotus ja sisältö määräytyvät lapsen tai nuoren tuen tarpeesta lähtien. Tietoa annetaan sekä koululaiselle että vanhemmalle, yhdessä ja erikseen. Kouluympäristössä myös opettaja saattaa tarvita tietoa ongelman tai häiriön luonteesta ja keinoista oppilaan tukemiseksi.

Onnistunut psykoedukaatio edellyttää luottamuksellista, kuuntelevaa ja ymmärtävää työotetta sekä vahvuuksia huomioivaa ja hyödyntävää työskentelytapaa. Hoitovaiheessa ja mahdollisilla seurantakäynneillä perhettä tuetaan ja ohjataan toimimaan lapsen ja nuoren hoidon tukena. Psykoedukaatiossa painottuu silloin lapsen tai nuoren ja perheen voimavarojen hyödyntäminen ja ratkaisukeinojen löytäminen arjen pulmatilanteisiin. Hyvässä psykoedukaatiossa huomioidaan myös perheen ja vanhemman jaksaminen ja pyritään ohjaamaan vanhempia tarvittaessa hakeutumaan oman yksilöllisen tai perhetason avun piiriin.

Psykoedukaatiokäynnit on hyvä mallintaa siten, että käynneille on suunniteltuna tietty sisältö ja rakenne, jota sovelletaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Resurssien käytön näkökulmasta psykoedukaatioaineisto olisi hyvä koota alueellisesti, mielellään sähköisessä muodossa, ja sopia sen säännöllisestä päivittämisestä.



Kuva 4.1. Maatuskamallia voi käyttää havainnollistamaan sitä, kuinka tärkeää on puuttua ikätasoista toimintakykyä uhkaavaan oireiluun riittävän varhain.

Lähde: Kosola S. Tavallisten nuorten tavalliset vaivat: kenen niitä tulisi hoitaa ja millä resursseilla? Aikakauskirja Duodecim 2018;134(8):837–9. Kuvaa ei voi uudelleen käyttää ilman Aikakauskirja Duodecimin lupaa.

4.1.4.1 Ikätasoiset taidot ja valmiudet

Arvioitaessa oireilun merkitystä lapselle, nuorelle ja perheelle on tärkeä selvittää, miten ikätasoisesti hän toimii kotona. Vanhempien kanssa on hyvä yhdessä kartoittaa heidän lapsensa toimintakykyä ja suoriutumista arjen taidoissa ja verrata sitä samanikäisten ikäodotusten mukaiseen tasoon. Vanhempaa voi kannustaa omatoimisesti tutustumaan esimerkiksi Mannerheimin lastensuojeluliiton verkkosivuille (www.mll.fi). Niiltä löytää tietoa lapsen ja nuoren tavanomaisesta kehityksestä ikävaiheittain, ja myös tavallisimmista perheitä askarruttavista ongelmatilanteista ja kasvatuksellisista kysymyksistä.

Vanhemmilla ei aina ole realistista käsitystä siitä, minkälaisia arjen taitoja ja pärjäämistä lapselta tai nuorelta voi kussakin ikävaiheessa edellyttää. Häneltä saatetaan odottaa kehitysvaiheen ylittävää pärjäämistä ja valmiuksia koulussa, kotona ja vapaa-ajalla. Se kuormittaa lasta ja voi näkyä siinä, etteivät hänen kehitysvaiheensa mukaiset toiminnot, esimerkiksi koulunkäynti tai tunteiden ja käyttäytymisen hallinta sujukaan ikätasoisesti. Toisaalta lapsen tai nuoren iänmukainen kehitys voi estyä myös silloin, jos vanhempi huolehtii lapsensa asioista tavalla, joka ei vastaa tämän ikätasoa. Tällöin lapsen tai nuoren tavalliset arjen taidot eivät kehity riittävästi. Kumpikin tilanne voi heikentää hänen itsetuntoaan ja käsitystä omasta selviytymiskyvystään. Vanhempi tarvitsee silloin tietoa siitä, mistä asioista lapsen tai nuoren tulisi missäkin ikävaiheessa suoriutua ja toisaalta siitä, minkälainen toiminta vanhempana voisi kehitystä parhaiten tukea.

Kouluikäisen itsestä huolehtimisen taitoja voi selvittää kysymällä esimerkiksi peseytymisestä, ulkoasusta ja koulutarvikkeista huolehtimisesta, ja läksyjen tekemisestä ja kodin päivittäisiin askareisiin osallistumista. Suoriutumista voi arvioida kysymällä lapsen tai nuoren kyvystä jäädä kotiin yksin, laittaa itselleen välipalaa, kulkea omatoimisesti koulumatkat tai osallistua harrastustoimintaan.

Alakouluikäisen itsestä huolehtimisen taitoihin kuuluvat esimerkiksi herääminen herätyskellon tai kännykän hälytykseen, hampaiden pesu omatoimisesti, vaatteiden valitseminen koulupäivää varten, puukeutuminen, koulutarvikkeiden pakkaaminen reppuun seuraavaa koulupäivää varten sekä välipalan tekeminen. Alakouluikäinen pystyy myöntämään virheensä tai tunnustamaan tekonsa, jos on esimerkiksi sotkenut kotona. Pitkästyessään hän keksii itselleen tekemistä. Hän pystyy rauhoittumaan voimakkaista tunnetiloista.

Yläkouluikäisen nuoren käytännön taitoihin kuuluvat omasta hygieniasta huolehtimisen taidot ja valmiudet sekä omien tavaroiden pitäminen kohtuullisessa järjestyksessä. Yläkouluikäinen nuori pystyy tekemään tehtävät valmiiksi, kulkemaan itsenäisesti kouluun ajallaan, ja pitämään kiinni sovituista kotiintuloajoista. Hän kestää pitkästyä ja pystyy huolehtimaan kaverisuhteistaan. Nuoren taitoja arvioitaessa on huomioitava ikävaiheen mukainen vastustaminen ja esimerkiksi taitojen taantuma siisteydessä.

Arjessa tarvittavien taitojen ikätasoinen hallitseminen antaa lapselle ja nuorelle toistuvia pieniä kokemuksia selviytymisestä ja vahvistaa itsetuntoa. Jos taidot eivät ole ikätasolla, voi yhdessä vanhempien ja kouluikäisen kanssa tehdä suunnitelman siitä, miten perhe toimii ikätasoinen itsenäisyyden saavuttamiseksi eri toiminnoissa. Lähtötilanteen voi kirjata ja taidoissa etenemistä seurata esimerkiksi taulukon 4.2 mukaisesti. Itsenäisyystaitoja voi opettaa jäsentämällä toiminnan eri vaiheet ja mitä aikuinen toiminnalta odottaa sekä suullisesti että tarvittaessa kirjoittamalla ohjeet tai piirtämällä sarjakuvia toiminnan vaiheista. Muutos aloitetaan harjoittelemalla yhtä toimintoa kerrallaan, esimerkiksi aloittaen eniten arkea haittavasta tai perhettä kuormittavasta asiasta. Vanhempia muistutetaan myös siitä, että itsenäisyyden lisääntymisestä huolimatta lapsi tai nuori tarvitsee vanhemman kiinnostusta ja seuraa yhtä paljon kuin aiemminkin.

Jos lapsen tai nuoren vastuunotto asioista vaikuttaa poikkeuksellisen suurelta ikätasoon verrattuna, arvioidaan tapahtuuko se hänen omasta aloitteestaan vai johtuuko se vanhempien asettamista odotuksista. Kummassakin tapauksessa voi olla hyvä vanhempien kanssa arvioida, missä määrin vastuunotto kuormittaa lasta tai nuorta, ja tarvittaessa pyrkiä järjestämään perheen asiat niin ettei hän kuormitu liiallisesta vastuunotosta. Vanhemmille tuodaan toisaalta esiin se, että lapsen tai nuoren tuen tarve voi vaihdella esimerkiksi psyykkisen häiriön vaiheisiin liittyen, ja että vanhemmuuden riittävyttä arvioidaan aina suhteessa kunkin lapsen tai nuoren omiin kehitystarpeisiin.

Taulukko 4.2. Alakouluikäisen iänmukaisten taitojen arviointi osana psykoedukaatiota (mukailen Albano 2018). Taulukkoa voi käyttää myös iänmukaisten taitojen kehittymisen seurannassa

	Tarvitsee paljon apua	Tarvitsee jonkin verran apua	Ei tarvitse apua
Herääminen kännykän herätykseen tai herätyskellon soittoon			
Pukeutuminen			
Vaatteiden valitseminen koulupäivää varten			
Omatoiminen tekemisen löytäminen ja pitkästyksen sietäminen			
Ikätasoinen yksinolon kestäminen			
Omien tavaroiden pitäminen järjestyksessä			
Kaverisuhteiden hoitaminen			
Aamupalan tai välipalan tekeminen			
Hampaiden harjaus			
Suihkussa käynti			
Tehtävien loppuun tekeminen (koulussa, kotona)			
Sovittuun aikaan tulo (kouluun, kotiin)			

4.1.4.2 Häiriökohtainen psykoedukaatio

Jos oireet viittaavat johonkin tiettyyn häiriötasoiseen ongelmaan, lapselle, nuorelle ja vanhemmalle tarjotaan tietoa häiriön kulusta ja hoitovaihtoehdoista. Tavoitteena on parantaa heidän ymmärrystään tilanteesta tai ongelmasta ja lisätä sitoutumista mahdollisesti tarvittaviin tukitoimenpiteisiin ja hoitoon.

Luvussa 5 esitellään eri mielenterveyshäiriöitä. Kutakin häiriötä koskevan esittelyn alussa kuvataan kyseisen häiriön taustaa, kulkua ja erityispiirteitä. Myöhemmin samoissa kappaleissa esiteltävä tieto hoidon porrastuksesta ja hoitomenetelmistä kuuluu niin ikään häiriökohtaiseen psykoedukaatioon.

Lasta, nuorta ja vanhempaa voidaan ohjata myös omatoimiseen tiedonhakuun mielenterveysongelmista. Valtakunnallinen palvelunohjaussivusto Mielenterveystalo (www.mielenterveystalo.fi) tarjoaa omat sivut lapsille, nuorille ja aikuisille. Lapset saavat tietoa pelaamalla lapsille suunnattua tietovisaa tai katselemalla videoita. Nuorten mielenterveystalossa nuorelle tarjotaan mielenterveyteen, mielenterveysongelmiin ja palveluihin liittyvää tietoa sekä esitellään erilaisia oma apu -ohjelmia. Vanhemmille suunnatun huolinavigaattorin avulla vanhemmat voivat saada tietoa lasta koskettavasta pulmasta, määrittellä pulman vakavuusasteen ja löytää paikkoja, joista voi saada tukea ja apua. Myös ammattilaiset saavat sivustolta tietoa esimerkiksi hoitoonohjauksesta. Mielenterveystalosta löytyy koottuna kaikkien sairaanhoitopiirien hoito- ja palvelupaikat.

Verkosta löytyvää tukea mielenterveysongelmissa on koottu taulukkoon 4.3. Samassa taulukossa on myös linkkejä erilaisiin omahoito-ohjelmiin.

Nuorille suunnattu Sekasin-chat tarjoaa keskusteluapua mieltä askarruttavissa asioissa ja ongelmis- sa. Palvelua on kuvattu tarkemmin kappaleessa 4.2.1.5).

4.1.4.3 Sukupuoli-identiteettiin liittyvä psykoedukaatio

Sukupuolta voidaan ilmentää tai ilmaista eri tavoin. Mitä on pidetty kullekin sukupuolelle tyypillisenä pukeutumisena, käyttäytymisenä tai elehtimisena, on vaihdellut kulttuurista ja ajasta riippuen. Sukupuoli-identiteetillä tarkoitetaan henkilön omaa kokemusta sukupuolestaan. Jokainen kokee sukupuolensa yksilöllisesti. Useimmilla lapsilla ja nuorilla sukupuoli-identiteetti noudattaa kromosomiston ja sukupuolielinten mukaista sukupuolta. Oma kokemus ei kuitenkaan aina vastaa syntymässä määriteltyä sukupuolta. Lapsi tai nuori voi kokea olevansa vastakkaista sukupuolta fyysiseen sukupuoleen nähden tai kokea olevansa näiden väliltä tai sukupuoleton. Kaksijakoinen sukupuolen määrittely ei siis vastaa sukupuolen moninaisuuden kokemuksia, joita henkilöillä voi olla. Sukupuoli-identiteetin eri muotojen kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä ei tällä hetkellä tunneta tarkasti. Psykologisilla tai psykiatrisilla hoidoilla ei voida lasten tai nuorten sukupuolikokemusta muuttaa.

Terveydenhuollon ammattilaisten ei tule tehdä oletuksia henkilön kokemasta sukupuolesta tai seksuaalisesta suuntautumisesta. Mikäli lapsi tai nuori itse kokee seksuaaliseen suuntautumiseen tai sukupuoleen liittyviä asioita mieltä painavina tai arjen toimintakykyä haittaavina, tulee tilannetta kartoittaa tarkemmin ja tarvittaessa ohjata asianmukaisen tuen tai hoidon piiriin. Sukupuolen moninaisuuden huomioiminen on myös siksi tärkeää, että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat lapset ja nuoret voivat joutua kiusaamisen kohteeksi, jolloin tarvitaan eri ammattilaisten ja vanhempien puuttumista ja tukea.

- Sukupuoli-identiteetin häiriöllä tarkoitetaan sitä, että henkilö kokee vahvasti olevansa eri sukupuolta kuin hänen kehonsa on, ja tilanne aiheuttaa hänelle merkittävää kärsimystä tai haittaa. Usein tähän liittyy toivomus, että fyysisiä sukupuoliominaisuuksia korjattaisiin vastaamaan koettua sukupuolta.
- Transsukupuolisuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilö kokee olevansa vastakkaista sukupuolta.
- Muunsukupuolisuus käsittää laajasti muun tyyppiset kokemukset.
- Sukupuolidysforian käsitettä käytetään kuvaamaan eriaistaisia kokemuksia sukupuoli-identiteetin eroavuudesta biologisesta sukupuolesta ja tästä aiheutuvasta ahdistuksesta.
- Seksuaalinen suuntautuminen on erillinen käsite, jolla viitataan siihen, kehen ihminen ihastuu, rakastuu tai ketä kohtaan hän tuntee joko emotionaalista tai eroottista vetovoimaa.

Nuoruusiän kehitystehtäviin kuuluu identiteetin etsiminen sen eri osa-alueilla ja tavalliseen kehitykseen kuuluu identiteettikokeiluja. Kaikkiin lapsen tai nuoren biologisesta sukupuolesta eroaviin sukupuolikokemuksiin ei liity ahdistusta tai kärsimystä, eivätkä ne edellytä itsessään arvioita tai hoitoa.

Lapsilla esiintyy sukupuoli-identiteetin häiriönä omiin sukupuoliominaisuuksiin liittyvää epämukavuuden kokemusta. Lapsi voi ilmaista toivetta tai olla vakuuttunut siitä, että on tai tulee olemaan vastakkaista sukupuolta ja ilmentää tämän kokemuksen mukaista sukupuolta. Valtaosalla lapsuuden sukupuoli-identiteetin häiriö väistyy puberteetissa. Myöhempien sukupuolen korjaamisen fyysisten toimenpiteiden tarvetta ei voida ennustaa, ja tästä syystä lapsia ei ohjata sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin. Sen sijaan lapsi ja vanhemmat sekä muu kasvuympäristö voivat tarvita tukea siihen, miten lapsi voi turvallisesti tulla esiin kokemustaan. Hankalissa tilanteissa kannattaa konsultoida erikoissairaanhoidoa.

Lapselle ja nuorelle pitäisi mahdollistaa erilaiset kehityksen suunnat tulevaisuudessa. Häntä ei pidä painostaa mihinkään suuntaan, ei esimerkiksi kiirehtiä häntä omaksumaan koetun sukupuolen ominaisuudet (sosiaalinen transitio). Mikäli kokemus vastakkaisen sukupuolen identiteetistä lujittuu puberteetin alkaessa ja nuorelle ilmaantuu fyysiseen kehoon liittyvää ahdistusta tai se kasvaa, voidaan nuori ohjata

sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin. Tutkimustietoa on jonkin verran tällaisista tilanteista ja varhainen fyysinen interventio voi tulla kyseeseen.

Sukupuolidysforian kokemus voi ilmetä ensi kertaa vasta puberteetin käynnistyttyä. Nuoruusikäisten transsukupuolisuutta pidetään pysyvämpänä kuin lasten, mutta on haastava arvioida identiteetin yhden osa-alueen pysyvyyttä ja pitkäkestoisuutta varsinkin varhaisnuoruudessa, identiteetin kehityksen ollessa kesken. Nuorelle tulee antaa mahdollisuus rauhassa löytää oma identiteetti, sen ilmaisemisen tavat ja mahdollisuus muuttaa fyysisiin interventioihin liittyviä toiveitaan.

Nuoret, jotka kokevat tarvetta sukupuoli-identiteetin selvittelyihin ja pohtivat sukupuolensa uudelleen määrittelyä, ohjataan tätä asiaa varten valtakunnallisesti keskitettyihin sukupuoli-identiteetin tutkimusyksiköihin Tampereen tai Helsingin yliopistolliseen sairaalaan.

Sukupuoli-identiteettiin liittyvä hämmennys nuoruusiässä voi liittyä myös laajempaan identiteettihajaannukseen, laaja-alaisiin kehityshäiriöihin tai vakaviin psykiatrisiin sairauksiin. Tällöin nuori tarvitsee huolellista arviota, tukea ja hoitoa, joka ei voi keskittyä pelkästään sukupuolikokemuksen tutkimiseen.

Kaikki sukupuolidysforiaa kokevien nuorten ongelmat eivät selity sukupuolella. Vaikka nuori pohtii sukupuoltaan, tulee hänen saada asianmukaisia terveydenhuollon palveluita, koulunkäynnin tukea ja tarvittaessa lastensuojelun tai muita sosiaalihuollon tukitoimia.

4.1.5 Vanhempainohjaus

Vanhempien osuus on tuki- ja hoitokokonaisuudessa sitä tärkeämpi, mitä nuorempi lapsi on. Vanhempainohjauksessa syvennetään yleisessä ja häiriökohtaisessa psykoedukaatiossa käsitellyjä teemoja lapsen tai nuoren sekä perheen tarpeista lähtien.

Vanhempainohjaus on tavoitteellista työskentelyä vanhempien kanssa. Sen avulla pyritään antamaan vanhemmille lisää tietoa ja ymmärrystä oman lapsensa käyttäytymisestä ja ongelmista ja samalla edistämään vanhemmuustaitoja. Vanhempainohjaus pyrkii vahvistamaan vanhemman suhdetta lapseensa sekä löytämään uusia toimivampia keinoja huolenpitoon ja kasvatukseen.

Vanhempainohjauksessa käsitellään keskeisesti lapsen tai nuoren oireilun ilmenemistä ja sen vaikutuksia kaikkien perheenjäsenten arkeen. Samalla on välttämätöntä keskustella myös lapsen ja nuoren vahvuuksista ja toimivista puolista. Vanhempia ohjataan havainnoimaan ja harjoittamaan lapsensa mielenterveystaitoja, esimerkiksi ongelmanratkaisutaitoja, sosiaalisia taitoja sekä tunteiden tunnistamista ja niiden jäsentynyttä ilmaisua (katso kappale 4.2.2).

Käytännönläheinen vanhempainohjaus arjen sujumiseksi on keskeistä esimerkiksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriössä ja pakko-oireisessa häiriössä. Strukturoitu vanhempainohjaus on osoittautunut erityisesti lasten käytöshäiriöissä keskeiseksi osaksi hoitoa. Siihen on kehitetty useita mallitettuja, useimmiten kognitiivisen käyttäytymisterapian lähestymistapaan perustuvia vanhemmuustaitojen hoito-ohjelmia, kuten Ihmeelliset vuodet -ohjelmaperhe (kappale 7.4.3) sekä Voimaperheet-ohjelma (kappale 7.4.10). Ohjelmille yhteistä on toimivien vanhemmuustaitojen vahvistaminen. Niihin kuuluvat esimerkiksi selkeästi ilmaistut odotukset siitä, miten lapsen edellytetään toimivan tietyissä tilanteissa ja välittömän myönteisen palautteen antaminen lapsen toimiessa toivotulla tavalla. Samanaikaisesti vanhempaa ohjataan olemaan kiinnittämättä huomiota lapsen tai nuoren käytöksessä merkityksettömiin poikkeamiin toivotusta, koska vanhemman huomion saadessaan ne tavallisesti vain vahvistuvat. Lisäksi vanhempia tuetaan lisäämään myönteistä, hyväksyvää yhdessäoloa lapsen kanssa lapsen valitseman tekemisen äärellä. Se vahvistaa samalla lapsen myönteisiä tunteita vanhempiaan kohtaan. Ohjauksen tavoitteena on vanhemman hallinnan ja kyvykkyyden tunteen ja oman jaksamisen vahvistuminen ja perheen tunnelmapiiiriin koheneminen. Strukturoitujen hoito-ohjelmien etuna on, että niiden vaikuttavuus on tutkittu, rakenne on määritelty ja ne ovat opetettavissa eteenpäin.

Vanhempainohjauksen teemoja

Aivojen terveyden ylläpitäminen:

- riittävä uni
- terveellinen ruoka ja säännöllinen ruokailurytmi
- riittävä liikunta ja raitis ilma
- leikki ja mukava tekeminen vapaa-ajalla
- älylaitteiden käyttömäärät ja -tavat

Lapsen ja nuoren tarve turvallisuuteen:

- ennakoitava, säännöllinen elämänrytmi
- aikuisen saatavilla ja tavoitettavissa olo lapsen tai nuoren ikävaiheen mukaisesti
- suojeleminen ikätasoon sopimattomalta mediasisällöltä
- turvalliseen digi- ja somekäyttäytymiseen opastaminen
- suojeleminen aikuisten huuilta

Lapsen ja nuoren tarve kuulua johonkin:

- yhteinen, kaikista perheenjäsenistä mieluisalta tuntuva tekeminen
- mukavien yhteisten muistojen vaaliminen
- mahdollisuus tehdä ikätasoinen osuutensa kodin tehtävissä
- mahdollisuus nähdä hyviä käyttäytymismalleja
- sosiaalisten taitojen harjoittelu
- perhe- ja sukuhistorian tunteminen

Lapsen ja nuoren kannustaminen:

- onnistumisten muistaminen
- myönteisen odotuksen ääneen sanominen jonkin uuden edessä
- lapsen ja nuoren kiinnostusten ruokkiminen
- lapsen tai nuoren vahvuuksien edistäminen

Lapsen ja nuoren selviytymistaitojen kehittäminen

- ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu
- sosiaalisen median käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa toimiminen
- tunteiden tunnistamisen ja säätelyn harjoittelu
- oman toiminnan ohjaustaitojen harjoittelu
- ikätasoinen arjen taitojen harjoittelu
- ikätasoinen itsestä huolehtiminen
- lapsen ja nuoren tukeminen omien rajoitustensa hyväksymiseen ja toivon säilyttäminen niistä huolimatta.



Vanhempien kanssa työskentelyyn voi myös sisällyttää tilanteen mukaan jäljempänä kappaleessa 4.2.3 esiteltäviä keskusteluhoidon menetelmiä. Työskentelyn painotus voi esimerkiksi olla luonteeltaan tukea antavaa tai mukailta motivoivan keskustelun periaatteita. Aluksi on kaikissa tapauksissa hyvä sopia vanhemman kanssa yhteinen tavoite työskentelylle: määritellä keskeinen ongelma-alue, johon muu- tosta toivotaan, asettaa tavoite johon työskentelyssä pyritään ja miten sen tulisi arjessa näkyä, sekä sopia työskentelyn kestosta.

Työskentelyssä maahanmuuttaja- tai pakolaistaustaisten perheiden kanssa huomioitavaa:

Kutsut vastaanotolle lähetetään selkokielistä (mahdollisuuksien mukaan myös perheen äidinkiellellä). Kutsuissa on mukana myös puhelinnumero, johon voi tarvittaessa soittaa.

Perhettä motivoidaan ja sitoutetaan lapsen tai nuoren tutkimukseen tai hoitoon puhelimitse. Myös lapsen, nuoren tai vanhemman mahdolliselle tukihenkilölle (vanhemman niin toivoessa) tarjotaan mahdollisuutta soittaa työntekijälle.

Tapaamisia järjestetään tarvittaessa myös kotona tai muussa perheelle luontevassa paikassa.

Lääkehoidosta annetaan selkeät ohjeet, jotka toistetaan eri vastaanottokäynneillä. Tarvittaessa tueksi liitetään myös kuvasymbolit.



Vanhemmuuden roolien säilyttäminen voi olla maahanmuuttajaperheissä vaikeaa lasten oppiessa kielen ja uuden kulttuurin tavat aikuisia nopeammin. Toimintakykyä vanhempana saattavat heikentää myös vanhemman aiemmat vaikeat kokemukset, esimerkiksi kidutuksen kohteeksi joutuminen. On hyvä kuitenkin muistaa, että kaikki pakolais- tai maahanmuuttajataustaiset vanhemmat eivät ole psyykkisesti traumatisoituneita.

Kulttuurin ja palvelujärjestelmän vierauden lisäksi vanhemmat eivät aina ole tietoisia lasten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, esimerkiksi siitä, miten aikaisemmat traumaattiset kokemukset ja maahanmuuttoon liittyvä stressi voivat ilmentyä

lapsissa ja nuorissa. Maahanmuuttajataustaisille vanhemmille onkin annettava tarpeen mukaisesti psykoedukaatiota traumaattisten kokemusten seurauksena ilmenevistä oireista, laajemmin mielenterveydestä ja tietoa saatavilla olevista palveluista. Työskentelyssä annetaan käytännön esimerkkejä siitä, miten tilanteita voi hoitaa. Esimerkiksi lasten kasvatuksesta keskusteltaessa ei ainoastaan kerrota kuritusväkivallan lainvastaisuudesta, vaan tarjotaan myös keinoja kohdata uhmakas lapsi tai nuori. Vanhemman kanssa voi keskustella esimerkiksi siitä, miten voi itse rauhoittua haastavassa tilanteessa lapsensa kanssa, ja millä tavoin lasta tai nuorta voi tilanteessa rauhoittaa.

Paloma-käsikirja



4.2 Muita tukimenetelmiä

4.2.1 Verkkopohjaiset oma-apuhjelmat

Lasta, nuorta ja vanhempaa kannattaa ohjata tutustumaan ongelman luonteen mukaisesti erilaisiin itsehoitomenetelmiin ja häiriökohtaisiin omahoito-ohjelmiin. Työntekijän olisi hyvä tutustua etukäteen suositteliinsa verkkosivuihin.

4.2.1.1 Mun Mieli -sovellus alakouluikäisen mielen hyvinvoinnin edistämiseen

Mun Mieli on maksuton mielen hyvinvoinnin edistämisen sovellus koululaisille. Sovelluksessa esitetään hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä (liikunta, harrastukset, ruokailu, uni ja nukkuminen, ihmissuhteet, tärkeät asiat elämässä). Jokaisen vastauksen jälkeen tulee palaute siitä, miten tapa vaikuttaa terveyteen ja lopuksi sovellus tuottaa hyvinvointiyhteenvedon. Sovelluksessa on mahdollista saada myös ryhmän, esimerkiksi koululuokan hyvinvointia koskeva yhteenveto. Ryhmäkysely antaa mahdollisuuden ilmoittaa nimettömästi kiusaamisesta suoraan opettajan tai kuraattorin sähköpostiin.

4.2.1.2 Chillaa-ohjelma nuoren itsevarmuuden vahvistamiseen

Chillaa-ohjelma on suomalaisille nuorille suunnattu itsevarmuuden kehittämissovellus, joka auttaa ymmärtämään ja hyväksymään itseään ja vahvistamaan psyykkisiä selviytymiskeinoja arjen tilanteissa. Ohjelman voi maksutta ladata apps storesta tai androidin pelikaupasta. Ohjelmaa kuvataan yksityiskohtaisemmin ahdistuneisuushäiriöiden oirekohtaisen hoidon yhteydessä kappaleessa 5.1.6.3.

4.2.1.3 Oiva nuorille stressin lievitykseen

MIELI Suomen Mielenterveys ry:n mieli.fi-sivustolta löytyvän Oiva-hyvinvointiohjelman avulla voi lievittää stressiä ja tukea myönteistä mielialaa. Oivan harjoitukset auttavat keskittymään, olemaan läsnä, tunnistamaan itselle tärkeitä asioita ja käsittelemään ikäviä ajatuksia ja tunteita. Harjoitusten teko ei vaadi kirjautumista palveluun, mutta kirjautuneena voi merkitä suosikkiharjoitukset muistiin ja pitää vaikkapa päiväkirjaa tekemistään harjoitteista.

4.2.1.4 Toivo nuorille kriisistä selviytymiseen

MIELI Suomen Mielenterveys ry ja Nuorten Mielenterveystalo (HUS) ovat yhdessä kehittäneet nuorille suunnatun verkkopohjaisen Toivo oma-apu -ohjelman. Se pyrkii tukemaan nuorta vaikeissa elämäntilanteissa ja kriiseissä (www.mieli.fi, www.mielenterveystalo.fi). Ohjelma on jaettu erilaisiin osioihin, joihin liittyy tiedon lisäksi harjoituksia, äänitteitä ja videoita. Ohjelma sopii tueksi myös lasten ja nuorten kanssa työskenteleville sekä vanhemmille. Ohjelmassa tarjotaan kriisiin liittyvää tietoa muun muassa seuraavista aiheista: suru ja selviytymiskeinot; tunteet, ajatukset ja kehon tunteukset; stressinhallinta; perhe- ja kaverisuhteet, minäkuva ja sen muutos.

Ohjelmaa voi käyttää myös lievien traumaperäisten stressioireiden hoitamiseen, kun sitä käydään läpi yhdessä ammattihenkilön kanssa.

4.2.1.5 Sekasin-chat nuoren psyykkisen jaksamisen tueksi

Nuorille on tarjolla valtakunnallinen Sekasin-chat -keskustelupalvelu. Palvelu on maksutta saatavilla Sekasin.fi-verkkosivustolla sekä eri järjestöjen omilla sivustoilla. Chatissa on mahdollista keskustella mielenterveysalan ammattilaisten tai koulutettujen vapaaehtoisten kanssa mistä tahansa mieltä painavasta asiasta, esimerkiksi omasta olostaan, mielenterveyden pulmista, vaikeista tapahtumista elämässä tai avun hakemisesta. Sivustolla tarjotaan lisäksi tietoa mielenterveyden ongelmista sekä ohjausta apua tarjoaviin tahoihin.

4.2.1.6 Vanhemman psyykkisen jaksamisen tuki verkossa

Vanhempia voi tarvittaessa ohjata lisäksi verkkopohjaisiin ohjelmiin, esimerkiksi silloin, kun vanhempi on kuormittunut tai kun vanhemman voimia vie jokin oma kriisi.

MIELI Suomen Mielenterveys ry:n mieli.fi-sivustolta löytyvä Oiva-hyvinvointiohjelma soveltuu myös vanhemmille stressin lievitykseen ja hyvinvoinnin kohentamiseen.

[SELMA-oma-apuohjelma](#) on yksittäisen, järkyttävän tapahtuman kohdanneille aikuisille tarkoitettu 8 viikkoa kestävä oma-apuohjelma. SELMA tarjoaa erilaisia näkökulmia ja tehtäviä koetun kriisin käsittelemisen tueksi.

Taulukko 4.3. Verkosta saatava tieto, tuki ja terapiat

Oireet ja häiriöt	Tietoa ja tukea verkossa	Oma-apuohjelmat ja verkkoterapiat
Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • mieli.fi • Sekasin-chat keskustelupalvelu nuorille • nuortenlinkki.fi • Käypä hoito -potilasversio 	<ul style="list-style-type: none"> • Chillaa, ahdistuneisuuden omahoito-ohjelma • mielen terveystalo.fi : <ul style="list-style-type: none"> · ”Ahdistuksen kesyttäminen – työkaluja vanhemmalle” · Yhdessäselviydytaan.fi-sivusto: työkaluja vanhemmalle lapsen ahdistuksen hallintaan · Sosiaalisen ahdistuneisuuden nettiterapia yli 10-v. lapsille ja nuorille (edellyttää lähetettä)
Masentuneisuusoireet ja masennustila	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • mieli.fi • nuortenlinkki.fi • Käypä hoito -potilasversio 	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi: Masennuksen omahoito nuorille
Käytöshäiriöt	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • Käypä hoito -potilasversio 	
ADHD	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • Käypä hoito -potilasversio • ADHD-liitto.fi • adhd-tutuksi.fi 	
Autismikirjon häiriöt	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • autismlitto.fi 	
Unen pulmat ja unihäiriöt	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • MLL vanhempainnetti • mieli.fi: Unitehdas-nuorille suunnattu tietopaketti unesta 	
Syömishäiriöt	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • mieli.fi • nuortenlinkki.fi • SYLI chat Syömishäiriöliiton vertaistuki 	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi: <ul style="list-style-type: none"> · Irti ahminnasta -omahoito-ohjelma
Nykimisoreet ja Touretten oireyhtymä	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • tourette.fi 	<ul style="list-style-type: none"> • mieli.fi: rentoutus- ja tietoisuustaitoharjoitukset
Pakko-oireet	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • tourette.fi/ocd 	
Valikoiva puhumattomuus	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • valikvapuhumattomuus.info 	
Traumaperäiset oireet ja traumaperäinen stressihäiriö	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • mieli.fi • Käypä hoito -potilasversio 	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi: <ul style="list-style-type: none"> · Toivo-oma-apuohjelma nuorille kriiseistä selviytymiseen
Itsetuhoisuus ja itsen vahingoittaminen	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • nuortenlinkki.fi 	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi: <ul style="list-style-type: none"> · Vapaaksi viiltelystä -omahoito-ohjelma nuorille
Peliongelmat	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • MLL vanhempainnetti • mll.fi: Pelihaitat ja niiden ehkäisy • thl.fi: Nuoret pelissä • nuortenlinkki.fi 	
Päihteiden käyttö	<ul style="list-style-type: none"> • päihdelinkki.fi • nuortenlinkki.fi 	
Seksuaalinen suuntautuminen	<ul style="list-style-type: none"> • mielen terveystalo.fi • sinuiksi.fi 	

Taulukko 4.4. Vuorovaikutustaitojen opettaminen

Sosiaalisissa tilanteissa toimimisen taidot	Miten haen kaveria toimintaan mukaan Miten lähellä toista voin olla Mitä sanon ja teen jos joku kiusaa
Kommunikaatiotaidot	Katsekontakti Kuunteleminen Kysymyksiin vastaaminen ja niiden tekeminen Vuorotteleva keskustelu Tervehtiminen Kiittäminen Avun pyytäminen Selvennyksen pyytäminen hämmentävissä tilanteissa (esim. Mitä tarkoitat? Nyt en ihan ymmärtänyt? Mitä minun pitäisi tehdä? Vitsailenko?)
Pari- ja ryhmätöitä	Yhteistyön tekeminen
Toisen ihmisen asemaan asettumisen taidot	Toisen ihmisen havainnointi Sen miettiminen, miltä toisesta tuntuu eri tilanteissa

4.2.2 Vuorovaikutustaitojen, tunnesäätelyn ja toiminnanohjauksen tukeminen*

4.2.2.1 Vuorovaikutustaitojen opettaminen

Lapset ja nuoret hyötyvät sosiaalisten vuorovaikutustaitojen suorasta opettamisesta. Harjoittelussa lähdetään liikkeelle käytännön tarpeista eli opetetaan niitä taitoja, joissa havaitaan puutteita. Näitä voivat olla esimerkiksi tervehtiminen tai toimiminen ryhmä- ja muutostilanteissa. Opetettavat toimintatavat perustellaan, korostaen lapsen tai nuoren niistä myös itselleen saamaa hyötyä. Taitoja harjoitellaan useissa eri tilanteissa, jotta ne yleistyvät ja vakiintuvat. Pelkkä ryhmässä oleminen ei riitä ryhmätaitojen oppimiseen, vaan lapsi tai nuori tarvitsee opetusta ja ohjausta oppiakseen toimimaan sosiaalisissa tilanteissa.

Hyväksi koettuja keinoja näiden taitojen opettamisessa ovat muun muassa:

- sosiaalisten tilanteiden ja niihin liittyvien sääntöjen purkaminen osiin ja yksinkertaisiksi, selkeiksi ohjeiksi, jotka kuitenkin ovat yleistettävissä muihin tilanteisiin
- sosiaalisten tilanteiden läpikäyminen sarjakuvia tekemällä – samalla harjoitellaan toisen ihmisen asemaan asettumista (puhe- ja ajatuskuplat)
- kirjoitetut toimintaohjeet ja tarinat, jotka auttavat ennakoimaan uusia tilanteita ja sopeutumaan niiden vaatimuksiin
- aiemmin koettujen tapahtumien ja eri ihmisten näkökulmien läpikäyminen sarjakuvien ja tarinoiden avulla – samalla voi miettiä, mitä vastaavassa tilanteessa voisi seuraavalla kerralla tehdä ja sanoa
- roolileikkiharjoitukset ja mallittaminen.

Harjoittelussa tärkeää on kannustaminen ja positiivinen palaute. Lapselle neuvotaan, miten hänen tulisi toimia sen sijaan, että kertoo, miten ei pidä toimia (esim. ”kävele” vs. ”älä juokse”; ”piirrä paperiin” vs. ”älä piirrä pöytään”). Myönteistä palautetta tulisi antaa päivittäin moninkertaisesti enemmän kuin kielteistä. Konkreettinen palaute ja palkitseminen toivotusta käyttäytymisestä esimerkiksi tarrojen tai palautemerkkien muodossa (hymynaamat, rastit, peukuttaminen jne.) edistää osaltaan oppimista.

Koulussa tarjotaan tarvittaessa rauhoittumismahdollisuus oppilaalle, jolla on sosiaalisen taitojen puutteita, esimerkiksi antamalla tietyissä tilanteissa lupa viettää osa välitunneista sisällä tai osoittamalla

*Lähde: Ohjeita lasten ja nuorten sosiaalisten vuorovaikutustaitojen tukemiseksi. HYKS Lastenneurologia, neuropsykologit 2013. Osoitteessa mielenterveystalo.fi.

jokin sovittu paikka, jonne oppilas voi vetäytyä silloin, kun hän ei kestä ryhmässä olemista. Myös kotona hänellä tulisi olla mahdollisuus vetäytyä tarvittaessa rauhoittumaan, esimerkiksi koulupäivän jälkeen omaan huoneeseen tai omaan tilaan.

Jos lapsi tai nuori kokee itsensä hyvin yksinäiseksi ja kaipaa ystäviä, aikuiset voivat yrittää vaikuttaa siihen esimerkiksi järjestöjen kaveri- tai ystävätoiminnan taikka koulun, järjestöjen tai seurakuntien kerhotoiminnan avulla. On kuitenkin hyvä huomioida, että kaikki lapset ja nuoret eivät koe yksinäisyyttä, vaikka viettävätkin paljon aikaa itsekseen. Lapsen tai nuoren oma tarve kaverisuhteisiin ja aikuisten käsitys lapsen tarpeesta voivat poiketa toisistaan.

Sosiaaliset taidot

Sosiaaliset taidot koostuvat monista osataidoista. Näitä ovat muun muassa kyky tunnistaa ja ymmärtää sekä omia että toisten ihmisten tunteita sekä kyky asettua toisten ihmisten asemaan ja ottaa heidät huomioon. Osataitoja ovat edelleen kyky toimia vuorotellen ja yhteistyössä sekä sopeutua ohjaukseen ja tehdä kompromisseja. Sosiaalisten taitojen puutteellisuus vaikuttaa merkittävästi lapsen tai nuoren käyttäytymiseen arjen tilanteissa, ja näyttäytyy erityisesti ryhmätilanteissa, esimerkiksi koulussa ja harrasteryhmissä. Kodin tuttujen rutiinien mukaan toimiminen ja yhteistyö aikuisten kanssa saattavat sujua ryhmätilanteita paremmin.

Jos sosiaaliset taidot eivät riitä toimimiseen uusissa tilanteissa ja vuorovaikutuksessa muiden kanssa, voi lapsen tai nuoren koulunkäynti takkuilla hyvistä kognitiivisista edellytyksistä ja taidoista huolimatta. Ryhmässä oleminen voi olla heille hyvin kuormittavaa ja väsyttävää. Moni tarvitseekin päivittäisiä rauhoittumishetkiä.

Lapset ja nuoret, joilla on sosiaalisten taitojen puutteita, ovat alttiita kiusaamiselle. He saattavat toisaalta kokea aivan tavalliset tilanteet kiusaamisena, koska heidän on vaikea ymmärtää toisten aikomuksia ja sääntöjen tilannesidonaisuutta (esim. vaikka tönä ei saa, niin tungoksessa ja pallopeleissä tönimistä saattaa tapahtua). Toiset taas eivät tunnista tilanteita, joissa muut kiusaavat.

Vaikka lapsi tai nuori toimii ei-toivotulla tavalla puutteellisten taitojensa vuoksi, käytös saatetaan ymmärtää tahalliseksi. Näitä virheellisiä tulkintoja tapahtuu herkästi erityisesti niiden lasten ja nuorten kohdalla, joilla on neuropsykiatrisia häiriöitä, esimerkiksi ADHD tai autismikirjon häiriö.

Tunnesäätelykyky

Puutteellisten tunteiden säätelykeinojen vuoksi joidenkin lasten ja nuorten voi olla hankala tunnistaa ja nimetä omia tunteitaan ja myös tunnistaa toisten ihmisten tunteita ja mielialoja. Oman suutumuksen hillitseminen, omien tarpeiden ja toiveiden lykkääminen sekä omien ajatusten ja mielipiteiden ilmaisu tilanteeseen sopivalla tavalla voi olla vaikeaa.

Tunteet voivat näkyä äkkipikaisina kimpaantumisina tai lukkiutuvana murjottamisena. Lapsi tai nuori saattaa tulkita ryhmätilanteissa tapahtuneita asioita väärin tai liian voimakkaasti omasta näkökul-

mastaan käsin. Kyse on silloin vaikeudesta nähdä tilanteita toisten näkökulmasta, tulkita toisen ihmisen toimintaa ja hahmottaa syy-seuraussuhteita ja huomioida toiset, ei niinkään pahankurisuudesta tai empatian puutteesta.

Tunnetaitojen puutteellisuudesta aiheutuvat väärinkäsitykset ja toistuvat epäonnistumiset toverisuhteissa saattavat ilmetä eri tavoin: lapsi tai nuori saattaa esimerkiksi lakata puhumasta vieraille tai hän saattaa muuttua alavireiseksi, ahdistusherkäksi tai herkästi tulistuvaksi.

4.2.2.2. Tunnesäätelytaitojen ja tunneilmaisun opettaminen

Tunnetaitoja voi tukea esimerkiksi seuraavin keinoin:

- tunnesanavaraston laajentaminen ja tunteiden nimeämisen opettelu
- muiden ihmisten tunteiden tunnistamisen opettelu kasvoniilmeiden ja tilannetekijöiden perusteella
- tunteiden tunnistamisen ja ilmaisun harjoittelu peilin avulla
 - Apuna edellisissä voi käyttää lehtikuvia, mielenterveyden edistämisen oppaita tai erityisiä kuntoutusmateriaaleja. Näitä ovat esimerkiksi mieli.fi tuottamat kirjat Hyvää mieltä yhdessä – Käsikirja alakoululaisen mielenterveyden edistämiseen, Hyvän mielen koulu – Käsikirja yläkoululaisen mielenterveyden edistämiseen sekä mieli.fi-sivustolta ladattavat työvälineet (Tunnerobotti alakouluikäisille ja Tunteiden vuoristorata kouluikäisille).
- tunteiden moninaisuuden ja eri voimakkuuksien opettelu
 - Apuna voi käyttää esimerkiksi Papunetin tunnekuvia www.papunet.net
- syy-seuraussuhteiden sanoittaminen
 - Esimerkiksi: Sinua taitaa suututtaa nyt sen vuoksi, että..., Näytät olevan iloinen siitä, että...
- oman kehon fyysisten, kiukustumisesta kertovien vihjeiden (pulssi nousee, kädet menevät nyrkkiin...) tunnistamisen opettelu
 - kehon reaktiot opittuaan lapsi tai nuori voi pysähtyä miettimään, mitä kannattaisi tehdä ja voi siten oppia ehkäisemään malttinsa menetyksen
- omiin tunteisiin vaikuttamisen keinojen opettelu
 - esimerkiksi mikä auttaa rauhoittumaan tai mikä saa paremmalle mielelle silloin kun on surullinen
- lapsen tai nuoren aiemmin vaikeina kokemien tilanteiden ennakoiminen ja niihin vaihtoehtoisten tunteiden ilmaisutapojen miettiminen
 - esimerkiksi miten vastaavassa tilanteessa voi jatkossa toimia eri tavalla
- sen pohtiminen, miten muut näkevät lapsen tai nuoren kiukkuamisen, ja millaisia seurauksia hänen omalla toiminnallaan on tilanteeseen
 - esimerkiksi raivoaminen voi aiheuttaa sen, että kiusataan lisää
- sopivaan käyttäytymiseen kannustaminen ja siitä myönteisen palautteen antaminen.

Oman toiminnan ohjaus

Lapsella tai nuorella saattaa olla vaikeutta oman toimintansa jäsentämisessä ja ohjaamisessa, kuten sopivan toimintatavan valitsemisessa, aloittamisessa, tekemisen jatkamisessa ja loppuunsaattamisessa.

Arjessa nämä vaikeudet voivat näkyä esimerkiksi siten, että pukeminen, kouluun lähtö, ruokailutilanteet, läksyjen tekeminen ja muut päivittäiset toimet tapahtuvat hitaasti ja niissä eteneminen edellyttää vahvaa aikuisen ohjausta.

Lapsi tai nuori voi unohtua herkästi omiin ajatuksiin ja tekemisiin.

Siirtymätilanteet ovat usein vaikeita, ja niissä voi ilmetä omaehtoista käyttäytymistä ja eriasteista maltin menetyksiä.

4.2.2.3 Toiminnanohjauksen tukeminen

Hyvä keino toiminnanohjauksen taitojen kehittämiseen on ympäristön ja toiminnan jäsentäminen eli strukturointi. Jäsentämisen avulla tilanteista tehdään ennakoitavampia ja selkeämpiä. Jos ulkoista jäsenystä ei ole, lapsi tai nuori saattaa yrittää luoda sen itse. Tämä voi näyttäytyä kuitenkin omaehtoisuutena esimerkiksi koulussa tai perheen ulkopuolisille. Ennakoitavuuden puuttuminen saattaa myös johtaa lapsen liialliseen vetäytymiseen omien mielenkiinnon kohteiden pariin. Jäsentäminen, selkeät yhtenäiset säännöt ja tulevien tilanteiden ennakointi vähentävät omaehtoisuutta. Lapsi tai nuori ottaa esimerkiksi päiväjärjestyksen vastaan usein positiivisesti, sillä se tuo mukanaan hänen tarvitsemaansa ennakoitavuutta.

Toimiviksi koettuja keinoja toiminnan ohjauksen tukemiseen ovat muun muassa:

- tilanteiden ja tapahtumien ennakoiminen sekä suullisesti että tarvittaessa kirjoittamalla, tai piirtämällä kuvia tai sarjakuvia
- ympäristön, tilan ja ajan jäsentäminen sekä suullisesti että edellä mainituin havainnollisin keinoin (mitä tapahtuu, missä, milloin, kuinka kauan, ja mitä sitten tapahtuu)
- päivän kulun ja toimintojen jäsentäminen kuvitetun tai kirjoitetun päiväjärjestyksen avulla
 - apuna voi käyttää visuaalista tukea, esimerkiksi kuvakortteja (www.papunet.net).
 - päiväjärjestykseen merkitään näkyviin myös palkitsevat toiminnot, jotta lapsi tai nuori motivoituu harjoittelemaan vaikeita asioita
 - uusien asioiden kohdalla voi miettiä ”lisäpalkkiota” (esim. jokin mieluisa tekeminen)
- tehtävätilanteen jäsentäminen kirjallisen tehtäväjärjestyksen avulla
 - esimerkiksi kotiläksyjen teko: kirjat ja kynät esiin, tehtävä 1, tehtävä 2..jne., vaiheet rastitetaan yli sitä mukaa kun ne on tehty.
 - lähitavoitteiden avulla lasta tai nuorta voidaan tukea hänen epämieluisiksi kokemiensa asioiden harjoitteluun ja tekemiseen (”tehdään kolme kertaa”, ”tehdään siihen asti kunnes kello soi”)
 - vapaa-aikaa voi jäsentää esimerkiksi suunnitteleamalla välitunti tai muu vaativampi vapaa tilanne etukäteen
- itsenäisyystaitojen opettaminen jäsentämällä sekä suullisesti että tarvittaessa kirjoittamalla, tai piirtämällä kuvia tai sarjakuvia
 - esimerkiksi ohjeet omasta hygieniasta huolehtimiseen, itsenäiseen liikkumiseen ja muihin arjen tekemisiin
- kalenterin käytön opettaminen pidemmän ajan hahmottamisen tueksi.

4.2.3 Tukea antavat sekä muutosta ja sopeutumista edistävät keskustelumenetelmät lapsille, nuorille ja vanhemmille

4.2.3.1 Tukea antava keskustelu

Tukea antavaa keskustelua voi käyttää esimerkiksi masennus- ja ahdistusoireilun sekä lievempien ja lyhytkestoisten masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Siitä on hyötyä myös lasta tai nuorta kuormittavassa elämäntilanteessa, jolloin tukea antavaa keskustelua voidaan käyttää jaksamisen ja pärjäämisen tukemiseksi. Menetelmän hyödyllisyydestä on näyttöä esimerkiksi lievän ja vasta lyhyen aikaa kestäneen masennustilan hoidossa.

Työskentelyn aloittamisesta sovitaan yhdessä selkeästi. Lapsen tai nuoren kanssa sovitaan hoidon perusteesta (miksi tavataan, esim. oireilun tai ajankohtaisen kuormittavan tilanteen vuoksi) sekä tapaamisten määrästä ja hoidon kokonaisuudesta. Työskentelyn tavoitteena on tukea ja edistää lapsen tai nuoren tunteiden ja tunnetilojen ilmaisua, tehdä tilaa tunteille ja mahdollistaa ajatusten jakaminen.

Tukea antavassa keskustelussa keskitytään lapsen tai nuoren keskusteluun tuomiin asioihin, huoliin ja vaikeuksiin. Tiukkaa tavoitetta tai keskustelun teemoja ei tarvitse määritellä, vaan ne saavat muuttua lapsen tai nuoren tarpeen mukaisesti. Vaikka tavoitteena ei ole muuttaa käytöstä, muokata ajatusmalleja tai ratkaista ongelmia, voi tällaistenkin teemojen parissa työskennellä, jos se on tilanteeseen nähden luontevaa ja sopivaa.

Työntekijän puolelta kontaktin laatu on empaattinen, kunnioittava, aito ja kiinnostunut. Näin edistetään työskentelyn luottamuksellista ilmapiiriä. Mikäli lapsen tai nuoren on hankala aloittaa keskustelua, kannattaa siinä auttaa esittämällä hyvin avoimia kysymyksiä (esimerkiksi ”Kertoisitko perheestäsi, kavereistasi, lemmikeistäsi, harrastuksistasi jne.”).

Työntekijän omaan sanattomaan viestintään kannattaa kiinnittää huomiota, jotta se edistää eikä haittaa vuorovaikutusta. Keinoja tähän ovat muun muassa avoimen asennon käyttö (ei esimerkiksi vetäytyneenä taaksepäin kädet puuskassa, vaan hieman eteenpäin nojaten, kädet tuolin käsinojilla), asettu-

minen sopivalle etäisyydelle, toisen oman tilan tarvetta kuulostellen, katsekontaktin ylläpito sekä työntekijän oma tyyni ja rento olotila. Mikäli työntekijä haluaa tehdä samalla muistiinpanoja, voi lapselta tai nuorelta ensin tiedustella sopiiko se hänelle vai häiritseekö se häntä.

Tapaamisissa käytettäviä heijastavan kuuntelun tekniikoita ovat:

- aktiivinen kuuntelu, jakamattoman huomion antaminen toiselle
- keskeyttämisen välttäminen, toisen esille tuoman näkökohdan korjaamisen välttäminen
- avointen kysymysten käyttäminen (se kannustaa keskusteluun ja pohdintaan)
- selventävien kysymysten käyttäminen ja toisen sanoman toistaminen hiukan eri sanoin sen tarkistamiseksi, onko ymmärtänyt oikein
- myötäelämisen ilmaiseminen
- kannustaminen
- viimeisen sanan jättäminen toiselle
- toisen kertomaan reagoiminen siten, että hän tietää puhuvansa tärkeistä asioista (esim. tuo on tärkeä tietää; haluaisin kuulla lisää tuosta)
- tulkitsemisen välttäminen
- toisen tunteiden ja tunnetilojen nimeäminen ja aiheellistaminen (esimerkiksi ”Kuulostaa, että tilanne aiheuttaa sinulle ahdistusta”; ”Kuulostaa siltä, että tuo turhauttaa”; ”Miten pärjät tilanteen aiheuttaman ärtymyksen kanssa”)
- yhteinen pohdinta ja asian punnitseminen
- neuvomisen ja valmiiden vastausten välttäminen
- lapsen tai nuoren sekä hänen valintojensa tai päätöstensä tuomitsemisen ja arvottamisen välttäminen.

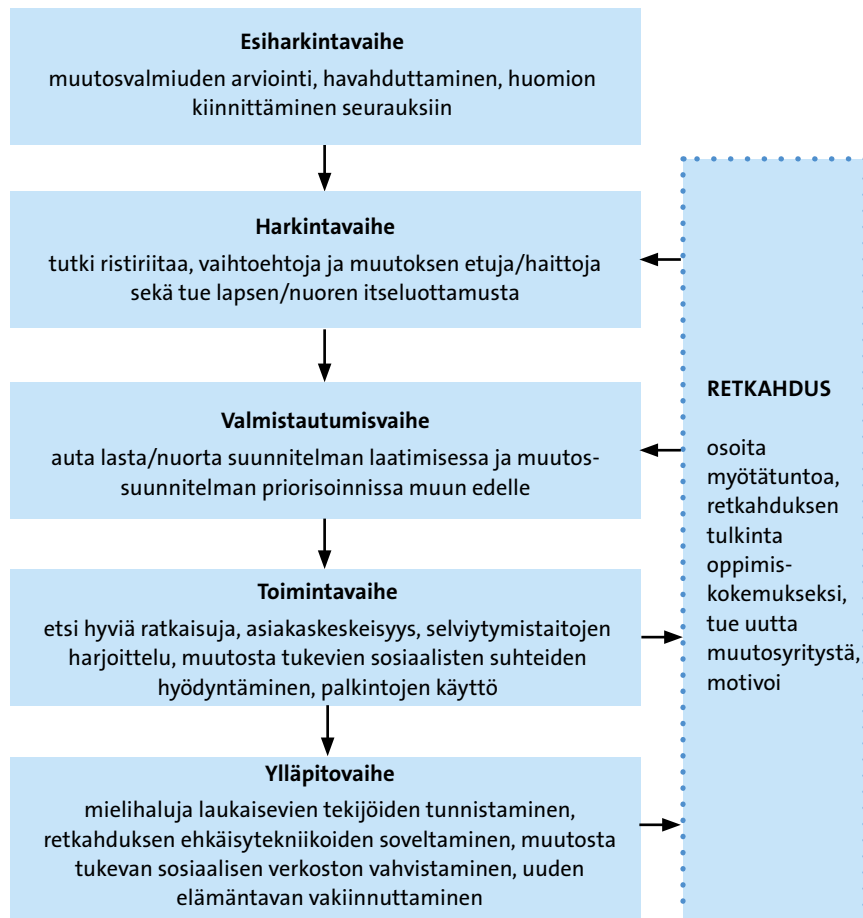
4.2.3.2 Motivoiva keskustelu

Motivoiva keskustelu on perusmenetelmä, joka on käyttökelpoinen kaikissa terveyden edistämiseen pyrkivissä kohtaamisissa. Moni työntekijä käyttääkin motivoivan keskustelun elementtejä arkisessa työssään ilman, että tiedostaa kyseessä olevan varsinainen menetelmä.

Motivoivaa keskustelua voi käyttää yläkouluikäisten ja vanhempien alakouluikäisten ongelmien ja häiriöiden hoidossa sekä työskentelyssä vanhempien kanssa. Sen tavoitteena on voimistaa henkilön sisäistä motivaatiota muutokseen. Motivaatio on moniulotteista ja vaihtelevaa, ei staattista tai pysyvää. Motivaatioon vaikuttaa esimerkiksi lapsen tai nuoren ja hänen sosiaalisen verkostonsa vuorovaikutus. Tärkeää on tutkia arvoja, työn tavoitteita, muutoksen merkitystä henkilölle ja hänen käytettävissään olevia voimavaroja. Työntekijän keskeisenä tehtävänä on herätellä ja voimistaa muutosmotivaatiota.

Motivaation voimistaminen tapahtuu tutkimalla ja selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ambivalenssia eli kahden vaiheilla oloa. Ambivalenssin sietäminen ja työstäminen tarjoamatta lapselle, nuorelle tai vanhemmalle valmiita ratkaisuja on motivoinnissa keskeistä. Motivoivaa keskustelua voi käyttää missä tahansa tilanteessa, jossa pohditaan käytöksen tai toiminnan muuttamista.

Motivoivan keskustelun taustalla ovat muun muassa kognitiivinen oppimismalli ja muutosvaihemalli. Muutoksen vaiheita ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe. Kaikissa näissä vaiheissa tuetaan lasta, nuorta tai vanhempaa, kannatellaan muutosprosessia ja ylläpidetään motivaatiota. Pysyvä muutos voi vaatia useampia läpikäytyjä muutosvaiheiden kierroksia: välillä voi tapahtua herpaantuminen ja paluu vanhaan käyttäytymismalliin.



Kuvio 4.2. Muutoksen vaiheet ja työskentelyn kohde eri vaiheissa.

Motivoivan keskustelun peruselementit ovat

- empatian ilmaiseminen
- nykyisen ja tavoiteltavan tilan välillä olevan ristiriidan voimistaminen
- todistelun ja väittelyn välttäminen
- vastarinnan kiertäminen
- lapsen, nuoren tai vanhemman omien kykyjen ja itseluottamuksen kohentaminen.

Motivoivan keskustelun käytön erityispiirteisiin kuuluu, että keskustelussa tähdätään konkreettisiin ja lyhyellä aikajänteellä tapahtuviin muutoksiin, huomioiden kehityksellinen vaihe tai esimerkiksi perheen kokonaistilanne. Hyvin pitkäkestoiset pysyvät muutokset eivät useinkaan ole mahdollisia. Esimerkiksi jonkin käyttäytymisen nimeäminen ongelmaksi saattaa olla lapselle tai nuorelle hankalaa ja estää häntä näkemästä mahdollisuuksiaan vaikuttaa käytökseensä. Hahmotettaessa lapselle tai nuorelle itselleen tärkeitä asioita voi häntä pyytää kuvaamaan tavallista päiväänsä ja esimerkiksi sitä, mitä kaikkea elen tapahtui. Sitoutua voi vain siihen, minkä itse kokee itselleen tärkeäksi.

Työntekijä kunnioittaa lapsen, nuoren tai vanhemman oikeutta valita itse omat tavoitteensa. Motivoivalla keskustelulla tavoitellaan sitä, että muutokseen pyrkivä on oman asiansa asiantuntija ja työntekijän tehtävänä on lähinnä kannustaa muutokseen ja tukea siinä. Tavoitteena on, että lapsi, nuori tai vanhempi alkaa itse puhua muutoksen puolesta. Tätä kutsutaan muutospuheeksi. Työntekijä voi tarjota neutraalisti tietoa tutkittavasta ja keskustelun kohteena olevasta ilmiöstä ja esimerkiksi hoitovaihtoehtoista, mutta välttää autoritääristä asiantuntijaksi asettautumista.

Motivoivan keskustelun toteuttamisen perusmenetelmiä ovat

- avoimet kysymykset
- myönteisen vahvistaminen
- heijastava eli reflektiivinen kuuntelu
- yhteenvedot.

Käytännön vinkkejä motivoivaan keskusteluun

Osoita empatiaa

- empatia on ymmärrystä ja myötätuntoa
- sanoilla, ilmeillä ja eleillä ilmaistua kiinnostusta
- annetaan ymmärtävää palautetta: ”Näytät siis ajattelevan, että...” ”Sinusta siis tuntuu... koska...” ”Jos ymmärsin sinua oikein, niin...”
- hyväksyntä edistää muutosta
- ambivalenssi (ristiriita) kuuluu kuvaan

Voimista ristiriitaa nykyisen ja toivotun tilanteen välillä

- muutosta motivoi havaittu ristiriita nykyisen käyttäytymisen ja lapselle/nuorelle tärkeiden tavoitteiden ja arvojen välillä
- lisää epäsuhtaa nykyisen ja toivotun tilan välillä
- auta lasta tai nuorta itse puhumaan muutoksen puolesta
- etuja ja haittoja ei tarvitse pohtia, jos nuori on jo tehnyt päätöksen

Vahvista uskoa muutoskykyyn

- lapsen tai nuoren usko muutoksen mahdollisuuteen on tärkeä motivaatiotekijä
- luottamus ja optimismi edistävät muutosta

Vältä väittelyä

- älä tyrkytä muutosta, vaan tarjoa vaihtoehtoja
- vaihda strategiaa, jos lapsi tai nuori vastustaa
- ratkaisut riippuvat ensisijaisesti lapsesta tai nuoresta

Vahvista ja tue

- ilmeillä, nyökkäyksillä ja mmm -äännähdyksillä
- anna myönteistä palautetta
- älä esitä kohteliaisuuksia, ellet voi olla vilpittömän

Tee avoimia kysymyksiä

- niihin ei voi vastata vain ”kyllä”, ”ei” tai ”en tiedä”
- ei sellaisia, joihin jo tiedät itse vastauksen

Käytä heijastavaa eli reflektiivistä kuuntelua

- esitä lisäkysymyksiä
- tarkista, oletko ymmärtänyt kuulemasi oikein
- kertaa eli toista toisin sanoin, mitä kuulit
- muotoile uudestaan sama asia synonyymein, voit määrittellä kuulemasi kevyesti uudelleen
- selvennä eli päättelee sanotun merkitystä
- heijasta tunteita eli kerro selventävä muunnelma, joka korostaa sanoman tunnepuolta
- vertauskuvia voi käyttää apuna

Tee tiivistelmiä ja yhteenvedoja kuulemastasi

- osoita, että olet kuunnellut lasta/nuorta
- vältä omien tulkintojesi lisäämistä

Lapsille ja nuorille vastustus on normaali kehityksellinen prosessi. Yksinkertaisin tapa vastata vastustukseen on heijastava kuuntelu. Lapsen tai nuoren syyt muutokseen voivat olla erilaiset kuin aikuisilla. Muutosvastustusta on havaittavissa lähes aina, kun motivoivaa keskustelua käytetään ja pyritään muutokseen.

Muutosvastustuksen ilmenemismuotoja ovat

- vastaan väittäminen
- keskeyttäminen
- negatiivisuus
- hyppiminen asiasta toiseen, myös sivujuonteisiin.

Vastustuksen ilmetessä työntekijän on varottava

- väittelyä ja kyseenalaistamista
- arvostelua ja syyttämistä
- kielteisistä seurauksista muistuttamista
- todistelua ja logiikalla vakuuttelua
- vastustuksen ”syiden” tulkittamista tai erittelyä
- auktoriteettiin nojautumista
- epäilyä tai sarkasmia
- lapsen, nuoren tai vanhemman päätöksenteon tukena voi käyttää täytettävää päätöksentekotaulukkoa, jonka avulla voi pohtia muutosta vaativan aiheen myönteisiä ja kielteisiä puolia sekä sitä, mitä muutoksesta voisi seurata.

Kun muutosprosessissa päästään vaiheeseen, jossa lapsi, nuori tai vanhempi pystyy itse näkemään muutoksen mukanaan tuomia hyviä asioita, alkaa hän itsekin puhua muutoksen puolesta. Muutoksen merkkejä puheessa:

Ongelman tunnistaminen

”Olen ehkä ottanut typerä riskkejä”

”En ole tullut ajatelleeksi, miten paljon pelaan”

Huolen ilmaiseminen

”Minua huolestuttaa se, että...”

”Herääminen on aina vain vaikeampaa”

Suorat tai epäsuorat muutosaikeet

”Minun on tehtävä tälle jotain”

”Miten muut pystyvät heräämään ajoissa?”

Muutosoptimismi ja sitoutuminen

”Luulen pystyväni siihen”

”Jos jotain päätän, teen sen myös”.

Yhdellä vastaanottokerralla on vain harvoin mahdollista käydä läpi useita muutosmotivaation vaiheita. Tapaamisia tarvitaan yleensä useita ja eteneminen tapahtuu pienin askelin.

Taulukko 4.5. Muutosta vaativan aiheen myönteisten ja kielteisten puolien sekä muutoksesta aiheutuvien haittojen ja myönteisten puolien jäsentäminen.

Kuvitteellisena esimerkkinä alakouluikäisen liiallinen pelaaminen

Mitä myönteistä olen saanut pelaamisesta? ”Saan pelissä kavereita, opin tietokonejuttuja, opin englantia”	Mitä haittoja tai menetyksiä pelaamisesta on seurannut? ”Vanhemmat valittaa koko ajan, tulee riitoja”
Mitä haittoja muutoksesta voisi seurata? ”Kaverit menee pelissä eteenpäin, en pääse mukaan porukkaan”	Mitä myönteistä muutoksesta voisi seurata? ”Ei varmaan väsyttäisi niin paljoa, vanhemmat ei valittaisi niin paljoa”

4.2.3.3. Ongelmanratkaisutaitojen tukeminen

Ongelmanratkaisutaitojen opettelu on havaittu monen tehokkaan psykoterapian ja intervention vaikuttavaksi osaksi. Taidokas ongelmien ratkaiseminen auttaa lapsia ja nuoria selviytymään paremmin vaikeuksiensa kanssa nyt ja myöhemmin. Ongelmanratkaisutaitoja voi opettaa ja harjoitella osana keskustelutapaamisia. Työskentely auttaa lasta tai nuorta löytämään erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja ongelmiinsa, valitsemaan tehokkaan toimintatavan ja toteuttamaan suunnitelman. Työskentely keskittyy ajankohtaiseen tilanteeseen ja ongelmaan, ei menneisyyden tapahtumiin. Menetelmä soveltuu toteutettavaksi vähintään kahden tapaamiskerran aikana. Menetelmä edellyttää kykyä ja motivaatiota tarkastella omaa tilannetta, ja työskentely tulee sovittaa lapsen tai nuoren kehitystason mukaisesti.

Menetelmän tavoitteena on:

- normalisoida ongelmia: ymmärtää, että erilaiset ongelmat ovat osa elämää ja tiedostaa, että ongelmat voivat olla ratkaistavissa
- ymmärtää ero murehtimisen ja ongelmien ratkaisemisen välillä
- tutkia ongelmien edessä nousevia riittämättömyyden kokemuksia ja huomata, että näistä vaikeista tilanteista voi syntyä uusia mahdollisuuksia
- olla realistinen sen suhteen, että ongelmanratkaisu vie aikaa
- käsitteellistää ongelmanratkaisun kuusi eri vaihetta ja käydä läpi nämä vaiheet
- harjoitella ongelmanratkaisun kuutta vaihetta oikean ongelman tai esimerkin avulla

Menetelmässä käydään ensin läpi yleisiä periaatteita:

- jatkuvat ongelmat voivat johtaa lisääntyneeseen stressiin, aiheuttaa kielteistä mielialaa ja vaikuttaa myös ihmissuhteisiin kielteisesti
- jos ongelmien ratkaiseminen ei onnistu, on tavallista tuntea itsensä toivottomaksi ja masentuneeksi
- ongelmanratkaisutaitojen avulla ongelmat voi jakaa käsiteltävissä oleviin pienempiin paloihin
- paloja tarkastellessaan voi päättää, mihin ongelman osaan tuntuu helpoimmalta ja mukavimmalta tarttua ensimmäisenä
- vaiheittaisen lähestymistavan avulla voidaan miettiä useita ratkaisuvaihtoehtoja yhteen ongelmaan, joista voi valita mieluisimman

Lapsen tai nuoren motivaatio työskentelyyn on hyvä selvittää ennen siihen ryhtymistä. Lisäksi työskentelyä aloitettaessa arvioidaan, soveltuuko tarkasteltava ongelma ratkaistavaksi ongelmanratkaisustrategioiden keinoin:

- onko todella olemassa ongelma, joka vaatii ratkaisemista?
- onko ongelma nyt ajankohtainen?
- onko ongelma sellainen, että lapsella tai nuorella on mahdollisuus vaikuttaa siihen?

Jos vastaus näihin kysymyksiin on kyllä, silloin ongelmanratkaisustrategioiden miettiminen voi olla tilanteen ratkaisemisessa hyödyllistä. Kaikki ongelmat eivät ole täydellisesti ratkaistavissa ja elämässä tulee vastaan tilanteita, joissa on vain vähän mahdollisuuksia toimia itse aktiivisena ratkaisijana. Omia selviytymiskeinoja voi kuitenkin lisätä jo sillä, että uskaltautuu tarkastelemaan, millaisia mahdollisia ratkaisukeinoja kyseiseen ongelmaan on olemassa.

Malli käydään lapsen tai nuoren kanssa läpi ja harjoitellaan jonkin ajankohtaisen ongelman ratkaisemista tapaamisen aikana. Ongelmanratkaisua voi harjoitella myös kuvitteellisen tehtävän avulla, esimerkiksi:

- liian monta kotitehtävää palautettavana ensi viikon loppuun mennessä
- riitaa parhaan ystävän kanssa ja nyt hän ei puhu minulle tai vastaa viesteihin.

Toisella tapaamiskerralla palataan siihen, miten ongelman ratkaiseminen sujui ja tarvittaessa muokataan toimintatapaa. Tavoitteena on, että lapsi tai nuori saa työskentelyn päätteeksi itselleen uuden toimintamallin, jonka avulla hän pystyy jatkossa itsenäisesti työstämään elämässään eteen tulevia ongelmia.

Menetelmä on yksityiskohtaisesti kuvattu liitteissä 7a ja 7b.

4.2.4 Kognitiiviset työmenetelmät

Mieliala muodostuu sekä yksilön sisäisistä että ulkopuolella olevista tekijöistä. Sisäisiä tekijöitä ovat ajatukset, tunteet, muistot, aistihavainnot ja erilaiset ylläkkeet. Ulkoisia mielialaan vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi nolatuksi tuleminen ja koulutehtäviin liittyvä kuormittuminen. Mieliala vaikuttaa siihen, miten kyseisenä hetkenä ajattelee maailmasta, muista ihmisistä ja itsestä. Tunnetilaan tai mielialaan voi liittyä myös kehon reagointia, esimerkiksi sydämen syketason nousua tai lihasten jännittyneisyyttä. Tunnetilat ovat tyypillisesti lyhytaikaisia ja ohimeneviä. Pitkittyessään erityisesti negatiiviset tunnetilat voivat estää lasta tai nuorta tekemästä asioita, joista hän pitää, tai vaikuttaa haitallisesti ihmissuhteisiin.

Ahdistuneisuus ja alakuloisuus ovat tavallisia oireita erityisesti nuoruusiässä. Lievinä ne kuuluvat normaaliin elämään, mutta pitkittyessään ja pahentuessaan ne voivat johtaa vakavampiin psyykkisiin sairauksiin, kuten masennus- tai ahdistuneisuushäiriöihin. Opettamalla tapoja hallita mielialojen vaihtelua, stressiä ja alakuloisuutta, voidaan estää vakavampaa sairastumista.

Tässä kuvatut kognitiiviset menetelmät auttavat hallitsemaan niin mielialojen ja tunnetilojen vaihtelua kuin myös lieviä masennus- ja ahdistusoireita. Menetelmät soveltuvat kehitysasteesta riippuen noin 9–10 vuoden ikäisille ja tätä vanhemmille. Pyrkimyksenä on kehittää lapsen tai nuoren joustavuutta ja opettaa häntä haastamaan itseään vaikealtakin tuntuvien ajatusten ja tunnetilojen kohtaamisessa. On tärkeää oppia hyväksymään vaikeiltakin tuntuvia tunnetiloja sen sijaan, että yrittäisi väkisin kontrolloida tai välttää niitä.

Työskentelyn tavoitteena on tukea lapsia ja nuoria

- ymmärtämään tunteiden olemassaolon merkitys sekä yhteys yksilön sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin
- ymmärtämään ajatusten, tunteiden, kehon reaktioiden ja käyttäytymisen yhteys toisiinsa
- ymmärtämään omien tunteiden ilmenemistä ja ilmenemisen voimakkuuden eroja eri tilanteissa
- rohkaistumaan tutkimaan omia tunteitaan aikaisempien kokemusten perusteella
- kokeilemaan erilaisia tapoja hyväksyä negatiiviset tunteet

Nämä menetelmät on tarkoitettu käytettäväksi vastaanotolla osana keskustelua. Menetelmistä voi valita ne, jotka soveltuvat tilanteeseen ja lapsen tai nuoren valmiuksiin.

Vaihe 1: Tunteiden, ajatusten, kehon reaktioiden ja toiminnan vuorovaikutus

Työntekijä ohjaa lasta tai nuorta kartoittamaan ja tutkimaan erilaisia tunteita, ajatuksia, käytöstä ja kehon tiloja sekä niiden välisiä yhteyksiä.

Tunteet

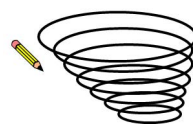
Tunteita voi toisinaan olla vaikea tunnistaa. Tunnistamista voi helpottaa tunteisiin liittyvien kehontunteusten tarkkailu: kireät olkapäät voivat viitata pelkoon tai ärtymykseen, raskas olo koko kehossa voi viitata masentuneeseen oloon ja sydämen tykytyks voi merkitä hermostumista tai jännittämistä.

Tunnetilat ovat tyypillisesti lyhytkestoisia ja vahvasti yhteydessä sekä ajatuksiimme että toimintaamme. Arjessa kohdatut tilanteet herättävät erilaisia tunteita: tunteet viriävät niin nopeasti ja automaattisesti, että niiden tulkitaan helposti olevan suoraa seurausta ulkoisista tapahtumista. Näin ei kuitenkaan ole, vaan ajatuksemme ja tulkintamme tilanteesta vaikuttavat siihen, mitä tunnemme.

Alakuloisuus on usein merkki siitä, että elämässä pitää hidastaa tahtia tai tehdä jokin muutos. Alakuloisuus voi johtaa siihen, että viettää vähemmän aikaa ystävien seurassa, tekee vähemmän itselle mieluisia ja hyvää oloa tuovia asioita tai jaksaa ponnistella vähemmän esimerkiksi koulutehtävissä väsymyksen ja motivaation laskun vuoksi. Jatkuvan alakuloisuuden seurauksena voi etäännyä kavereista tai koulussa voi kertyä liikaa tekemättömiä tehtäviä. Ajattelutapa voi muuttua negatiiviseksi. Mieliala alkaa laskea. Lapsi tai nuori alkaa kokea itsensä surulliseksi, innottomaksi, yksinäiseksi, epäonnistuneeksi ja tuntuu, että tulevaisuudella ei ole mitään hyvää tarjottavaa.

Työntekijä voi tarkastella lapsen tai nuoren kanssa piirtäen ja kirjoittaen oheisen laskukierteen avulla alaspäin mennyttä mielialaa:

- Mietitään tapahtumia, ajatuksia ja tekemistä tai tekemättä jättämistä, jotka ovat vaikuttaneet mielialan laskuun: mistä lähdettiin, mitä sitten tapahtui, miten tapahtumat etenivät (ja mahdollisesti vaikuttivat toisiinsa).
- On tärkeää pohtia myös, mihin kohtiin voi vaikuttaa muuttamalla omaa toimintaa.

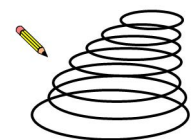


Ahdistus on merkki siitä, että on kohdattu jotain pelottavaa tai uhkaavaa: ajatuksia, tilanteita tai muistoja. Mielen automaattiset puolustusmekanismit yrittävät auttaa keskittämällä ajatukset huolestuttavaan asiaan. Samalla aktivoituu myös keho, esimerkiksi sydän lyö nopeammin. Tämän seurauksena olemme valmiita ja keskittyneitä taistelemaan tai pakenemaan koettua uhkaa. Uhan poistuttua mieli ja elimistö yleensä rauhoittuvat.

Joskus kuitenkin mieli jää murehtimaan ja stressaamaan koettua pelottavaa tai uhkaavaa asiaa, eikä kehokaan tunnu rauhoittuvan. Seurauksena voi kokea jännittyneisyyttä, stressiä, kuilun partaalla olemista eikä murehdittavaa asiaa saa pois mielestä. Ahdistuneisuus ja stressi kasaantuvat, jolloin helposti ajaututaan tilanteeseen, jossa alkaa vältellä jännittyneisyyttä aiheuttavia tilanteita tai paikkoja. Tämä saattaa johtaa tyytymättömyyteen ja yksinäisyyteen, koska ei pysty tekemään haluamiansa asioita.

Lapsen tai nuoren kanssa voi piirtäen ja kirjoittaen tarkastella oheisen kielteisen nousukierteen avulla stressin ja jännittyneisyyden kasaantumista.

- Pyydetään kuvaamaan erilaisia tapahtumia, ajatuksia ja tekemisiä tai tekemättä jättämisistä, jotka ovat vaikuttaneet stressiä ja jännitystä lisäävästi
- On tärkeää pohtia myös, mihin kohtiin voi vaikuttaa muuttamalla omaa toimintaa.



Ajatukset

Mieli työskentelee kaiken aikaa: ajattelee, analysoi ja arvottaa asioita ja tilanteita joita tapahtuu itselle (ympäristö ja ympäröivät tapahtumat) ja sisäistä kokemusmaailmaa eli omia tunteita, aistimuksia, muistoja ja ylläkköitä. Joskus mieli arvioi sisäisiä ja ulkoisia kokemuksia liian kielteisellä tavalla. Kun toimimme näiden kielteisten arvioiden pohjalta, voi seurata ongelmia. Näemme itsemme, toisemme ja maailman

epärealistisella tavalla. Ajatukset eivät siis ole tosiasioita, ja jonkin asian ajattelu ei tee siitä totta. Jonkun toisen sanoma asia tai ”totuus” ei välttämättä myöskään ole totta.

Keho

Fyysinen tuntemus vaihtelee paitsi tunteen mukaan, myös yksilöllisesti. Viha voi jyskyttää ohimolla, tuntua puristuksena käsivarsissa tai koko päässä. Ilo voi kuplia sydämessä tai keventää jalkojen painoa. Ahdistusta voi tuntoa esimerkiksi kurkussa kuristavana tunteena tai rinnan puristuksena. Sama tunne voi tuntua hieman eri tavalla, riippuen voimakkuudesta, muista samanaikaisista tunteista tai tilanteesta.

Tunnetta voidaan ajatella kemiallisena tapahtuma kehossa, jonka vaikutus aistitaan fyysisenä ja psyykkisenä kokemuksena. Joskus esimerkiksi vihan tunne kehossa jatkuu, vaikka siihen liittyvät ajatukset olisivatkin väistyneet – tunne ikään kuin elää kehossa omaa elämäänsä.

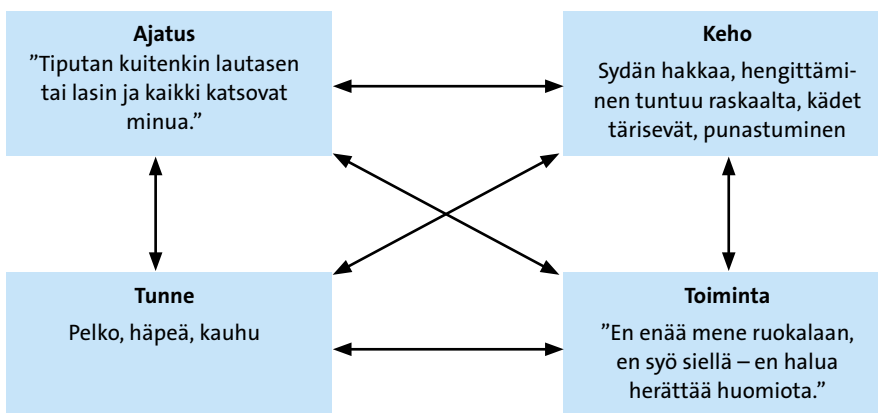
Toiminta

Erilaiset ajatukset ja tunteet saavat meidät käyttäytymään samassa tilanteessa eri tavoin: omaan vakuuttavuuteensa uskova ihminen todennäköisesti myös käyttäytyy tilanteessa itsevarmemmin. Ajatukset, tunteet ja toiminta ovat siis tällöin jatkuvasti yhteydessä toisiinsa. Muuttamalla toimintatapojaan voi samalla vaikuttaa ajatuksiin ja tunteisiin. Vastaavasti muokkaamalla ajattelumalleja voi vaikuttaa omiin tunteisiin ja muuttaa käyttäytymistä.

Lapsen tai nuoren kanssa voi keskustella toimintaan liittyen kysymällä

- ”Mitä asioita olet yrittänyt vältellä? Mitä et tee, vaikka haluaisit? Mitä olet lakannut tekemästä mielialan tai tunnetilojen vuoksi?”
- ”Mikä on sinulle tärkeää?”
- ”Mitä isoja tavoitteita sinulla on? Miten voit jakaa sen saavuttamisen pienempiin välitavoitteisiin?”
- ”Onko jotain uutta, mitä olet halunnut kokeilla?”
- ”Mikä asiaa pelottaa sinua eniten? Mikä pelottaa sinua vähiten?”

Kuviossa 4.3 on kuvitteellinen esimerkki tunteiden, ajatusten, kehon reaktioiden ja toiminnan yhteyksistä. Työntekijä voi havainnollistaa menetelmää tällä esimerkillä työskentelyn alussa. Esimerkin henkilöllä on negatiivinen ja hieman pelottavakin ajatus ruokalaan menosta. Keho reagoi tähän. Sekä ajatus että kehon reagointi vaikuttavat tunnetilaan, ja kaikki tämä johtaa muutokseen toiminnassa. Lasta tai nuorta voi pyytää pohtimaan, keksiikö hän vastaavan esimerkin joko omasta elämästään tai kuvitteellisesti.



Kuvio 4.3. Koulun ruokalassa asioiminen.

Vaihe 2: Työskentelyn kohteen valinta

Kun lapsi tai nuori on työntekijän tuella alkanut hahmottaa miten tunteet, ajatukset, kehon reaktiot ja toiminta vaikuttavat käsillä olevassa tilanteessa tai ongelmassa, voidaan valita sopiva työskentelyn kohde tai kohteet hänen omaan ongelmaansa tai elämäntilanteeseensa liittyen:

- jokin hyvinvointiin ajankohtaisesti vaikuttava asia tai tilanne
- rajattu aihe, joka on tunnistettu ensimmäisen vaiheen pohdiskelussa, ”ehkä minullekin on käynyt niin”
- asia, johon itse pystyy aktiivisesti vaikuttamaan
- asia, jota haluaa itse työstää ja johon haluaa muutosta.

Vaihe 3: Työskentely

Ennen työskentelyn aloittamista sovitaan yhdessä työskentelystä ja sen sisällöstä sekä kestosta. Lapsen tai nuoren oma motivaatio työskentelyyn on keskeistä.

Kognitiiviset työmenetelmät jaotellaan seuraavassa neljään osa-alueeseen: tunteet, ajatus, keho ja toiminta. Usein asioita ja ongelmia voi työstää näiden kaikkien osa-alueiden avulla (taulukko 4.6), mutta tilanteesta riippuen niistä voidaan hyödyntää vain yhtä tai muutamia – sellaisia, joiden työstämiseen lapsi tai nuori itse on valmis ja joihin vaikuttamalla muutos myös muihin osa-alueisiin voi olla mahdollinen. Tarkasteltava asia hahmotellaan yhdessä kuvion 4.3 mukaisesti. Harjoituksiin tutustutaan yhdessä, mutta niiden suorittaminen annetaan lapselle tai nuorelle kotitehtäväksi.

Tunteet

Tunteita voi oppia tarkkailemaan ja tunnistamaan esimerkiksi tunnepäiväkirjan (liitteet 8a–c) avulla. Tunnepäiväkirjan osioiden kanssa kannattaa työskennellä kahdella tai kolmella peräkkäisellä tapaamiskerralla. Tunnepäiväkirjatyöskentelyn avulla lapsi tai nuori oppii tunnistamaan joskus kovin epämääräiseltä tuntuvia tunteitaan ja mielialojaan ja niitä seuraavia automaattisia ajatuksia.

Ajatukset

Työntekijä voi auttaa lasta tai nuorta tunnistamaan ja muokkaamaan automaattisia ajatuksiaan joustavammaksi. Häntä voi myös ohjata testaamaan vaihtoehtoisia ajatusmalleja ja sitä kautta opettaa löytämään uusi tapa kohdata ja käsitellä ajatuksiaan.

Taulukko 4.6. Kognitiivisten osa-alueiden työstäminen

Osa-alue	Tavoite	Harjoitus
Tunteet	Tunnistaminen, sanoittaminen ja ymmärtäminen	Tunnepäiväkirja Tunnista tunteesi -harjoitus
Ajatukset	Liian kielteisten ajatusten tunnistaminen, uudelleen muotoilu, suhtautumisen muutos ja näkökulman vaihdokset	Haasta ajatuksesi -harjoitus
Keho	Havainnointi, hyväksyminen, hellittäminen ja hengittämällä rentoutuminen	Kehon reagoinnin tunnistaminen Syvähengitysharjoitus
Toiminta	Toimintopyrkimyksen havainnointi, toiminnan vaihtoehtoisuus, välttäminen vs. altistuminen ja hyvää oloa tuottavan toiminnan lisääminen	Myönteisen toiminnan harjoitus (Ongelmanratkaisun kuusi askelmaa -harjoitus – liite 7b)

Haasta ajatuksesi -tehtävän (liite 9) kanssa kannattaa työskennellä useammalla peräkkäisellä tapauksiskerralla. Tämä työskentelytapa on erityisen hyödyllinen, jos lapsella tai nuorella on taipumus tulkita kohtaamansa tilanteet kovin väärin, esimerkiksi erityisen kielteisenä tai tarpeettoman uhkaavana.

Keho

Työntekijä voi auttaa lasta tai nuorta tunnistamaan ja hyväksymään kehonsa reagointia erilaisissa tilanteissa. On tärkeää, että erilaiset koetut tunteet ja kehon reagoinnit normalisoidaan, jottei esimerkiksi sydämen sykkeen voimakas kiihtyminen tai hengityksen salpautumisen tunne aiheuta aiheutonta pelkoa ja huolestumista.

Kehon reagoinnin työskentely:

- jäsenetään yhdessä aiempia kokemuksia kehon reagoinnista
- rentoutumisharjoitukset
- tietoisuustaitojen harjoittelu (esimerkiksi [Terve oppiva mieli](#))
- hengitysharjoitukset (liite 10; harjoituksia sisältyy myös Chillaa- ja Toivo-ohjelmiin)
- keskustellaan siitä, että kehon reaktioihin voi vaikuttaa myös riittäväällä levolla, liikunnalla ja ravinnolla (esimerkiksi kofeiinin ja alkoholin välttäminen)
- suositellaan alakuloisuuteen kevyttä liikkumista luonnossa tai muussa mieluisassa ympäristössä
- suositellaan tarvittaessa ahdistukseen melko raskasta liikuntaa (josta jotkut saavat apua)

Toiminta

Toiminnan muuttaminen myönteisen toiminnan harjoituksen avulla (liite 11) on erityisen hyödyllistä, jos lapsi tai nuori on alkanut vähentää sosiaalista kanssakäymistään tai vältellä itselleen hankalana kokemiaan tilanteita. Työntekijä voi auttaa löytämään uuden tavan lähestyä tilannetta: mitä enemmän tilanteita välttää tai on tekemättä asioita, sitä vaikeampaa aloittaminen on. Seurauksena voi olla eristäytymistä ja ulkopuolelle jättäytymistä tai jäämistä.

Vaihe 4: Arviointi ja yhteenveto

Seuraavalla tapaamisella keskustellaan edellisen tapaamisen herättämistä ajatuksista käydään yhdessä läpi annetut kotitehtävät:

Miten suunnitellut kotitehtävät sujuivat?

- Ilmenikö ajatuksia tai tunnetiloja, jotka estivät tekemästä suunniteltua asiaa?
- Oliko lapsi tai nuori kyennyt jättämään hankalat tunteet huomiotta? Oliko jokin tavoite tai tehtävä liian iso? Voisiko tehtäviä tai tekemisiä jatkossa pilkkoa pienempiin osatehtäviin tai -tavoitteisiin?
- Miltä tuntui tehtävien tekemisen jälkeen? Entä koko viikon jälkeen?

4.2.5 Toimiva lapsi ja perhe -menetelmät

Toimiva lapsi ja perhe -menetelmät ovat lapsi- tai nuorikeskeisiä ehkäiseviä toimintamalleja. Menetelmiä voi käyttää tilanteissa, joissa vanhemmuuden voimavaroja verottaa jokin iso tekijä perheen arjessa, esimerkiksi

- vanhemman vakava fyysinen sairaus, mielenterveys- tai päihdeongelma, vankeus tai
- koululaisen käyttäytymiseen tai tunne-elämään liittyvät vaikeudet.

Menetelmien tavoitteena on rakentaa lapsen tai nuoren tueksi toimivia ihmissuhteita ja tukevaa arkipäivää sekä kotona että koulussa. Menetelmät eivät ole lapsen, nuoren tai vanhemman hoitoa. Tarvittavien lisäpalvelujen ja -avun tarve arvioidaan tapauskohtaisesti.

Lapset puheeksi -keskustelu ja -neuvonpito muodostavat kaksiosaisen rakenteen, joka voidaan toteuttaa tarpeen mukaan suppeana tai laajana. Aikuispalveluissa Lapset puheeksi -keskustelun avulla voidaan tuoda lapset ja vanhemmuus näkyvämmäksi osaksi vanhemman hoitoprosessia.

4.2.5.1 Lapset puheeksi -keskustelu

Lapset puheeksi -keskustelu koostuu 1–2–(3) tapaamisesta sosiaali- ja terveystieteiden työntekijän ja vanhemman tai vanhempien välillä. Vanhemman diagnoosi ei aseta esteitä keskustelun järjestämiselle, mutta keskustelu suositellaan käytäväksi vasta mahdollisen akuutin kriisivaiheen jälkeen. Jos vanhempi ei tilansa vuoksi pysty keskustelemaan lapsistaan, käydään keskustelu toisen vanhemman tai muun lapsia hoitavan henkilön kanssa. Keskustelu toteutetaan vanhemman kanssa sitten kun hän siihen pystyy. Lasten osallistuminen keskusteluun arvioidaan tilannekohtaisesti. Keskusteluissa käsitellään muun muassa vanhemman mielenterveyshäiriön ja sen keskeisten oireiden merkitystä arjessa ja perheen lasten reaktioita niihin. Lisäksi käsitellään häiriöstä puhumisen tärkeyttä. Työskentelyssä käytetään ”Miten autan lastani. Opas vanhemmille joilla on mielenterveyden ongelmia” -kirjasta ja ”Mikä meidän vanhempia vaivaa. Käsikirja nuorille joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia” -kirjasta.

Lapset puheeksi -keskustelua voi soveltaa myös vanhempien ja opettajan väliseen keskusteluun.

4.2.5.2 Lapset puheeksi -neuvonpito

Jos Lapset puheeksi -keskusteluissa nousee huoli lapsen tai nuoren pärjäämisestä tai hänen sosiaalisen verkostonsa hataruudesta, ehdotetaan Lapset puheeksi -neuvonpitoa. Neuvonpidon tavoitteena on aktivoida lapsen tai nuoren sosiaaliset verkostot tilanteessa, jossa toimiva arki edellyttää vahvempaa tai monialaisempaa tukea. Neuvonpidot ovat verkostokokouksia, jotka valmistellaan yhdessä vanhempien kanssa (mitä teemoja käsitellään, ketä kutsutaan mukaan ja kuka kutsuu, osallistuvatko lapset tai nuoret). Neuvonpitokäynnin vetäjän tehtävänä on selvittää, millaisia käytännön asioita osallistujat voivat tehdä tukeakseen lasta ja perhettä. Käytännön tuesta annetut lupaukset ja sitoumukset kirjataan ja sovitaan seurantaneuvonpidon ajankohta. Seurantaneuvonpidossa käydään läpi sovitut sitoumukset ja arvioidaan niiden toteutumista.

Osoitteessa www.mieli.fi/tlp on vapaasti saatavilla menetelmään liittyvä materiaali.

4.2.6 Verkostotyöskentely

Verkostotyö tarkoittaa yhteistyötä perheen ja lapsen tai nuoren asioissa mukana olevien eri palveluita edustavien työntekijöiden välillä. Verkostotyötä voidaan toteuttaa erilaisilla kokoonpanoilla (esimerkiksi lapsi tai nuori, vanhemmat, opettaja, terveydenhoitaja, perheneuvolan työntekijä, lastensuojelun työntekijä). Lähtökohtaisesti lapsi tai nuori on halutessaan mukana aina kun hänen asioitaan käydään läpi verkostotyön keinoin, kuitenkin kehitysvaiheesta ja tilanteesta riippuen.

Verkostotyöskentelyn tarkoituksena on

- saada lisää tietoa lapsen tai nuoren tilanteesta ja voinnista
- mahdollistaa lapsen ja nuoren itsensä kuulluksi tuleminen
- tukea häntä ja vanhempia
- edistää lapsen tai nuoren, vanhemman ja ammattilaisten välistä yhteistyötä
- löytää yhdessä keinoja siihen, kuinka kaikki osapuolet voivat tahoillaan edistää ongelmallisen tilanteen muuttumista hyvään suuntaan
- sopia selkeä työnjako verkoston eri jäsenien kesken
- sopia tukitoimista saatavan vasteen seurannan sisällöstä ja aikataulusta.

Verkostotyön onnistumisen yksi edellytys on se, että työntekijät tuntevat palvelujärjestelmän kokonaisuuden ja tietävät, mitä sen eri osissa tehdään. Toisten organisaatioiden tai yksiköiden perustehtävän, tavoitteiden ja lähestymistavan tunteminen auttaa ymmärtämään niitä edustavien työntekijöiden näkökulmaa ja suhteuttamaan oman toimintasektorin palvelut tuki- tai hoitokokonaisuuteen.

Kun aloitetaan lapsen tai nuoren koordinoitun tuen tai hoidon suunnittelua verkostokokouksissa, osallistujat vievät usein keskustelua ongelmiin ja voimavarojen sijasta tuovat esille esteitä tilanteen muuttumiselle. Vasta kun jokainen saa kokemuksen kuulluksi tulemisesta, voi keskustelun painopiste siirtyä voimavaroihin ja tulevaisuuteen. Koko työskentelyn ajan tarvitaan yhteistyöosaamista. Siihen kuuluvat esimerkiksi neuvottelutaidot ja kyky luoda sellainen ilmapiiri, jossa eri toimintoja edustavat työntekijät kuuntelevat paitsi perhettä, myös toisiaan kunnioittaen toistensa käytäntöjä, asiantuntemusta ja näkemystä. Yhteistyötä edistävät myös esimerkiksi

- jokaisen osallistujan selkeä kuvaus omista tavoitteistaan lapsen tai nuoren asioissa
- keskustelu erilaisista toimenpide-ehdotuksista ja niiden pohdinta eri näkökulmista, esimerkiksi vaikutuksista lyhyellä ja pitkällä aikavälillä sekä siitä, miten muiden toiminta voisi tukea ehdotettua toimenpidettä
- jokaisen verkostoon osallistuvan valmius kysyä muilta verkostoon kuuluvilta apua, jos oman toimintasektorin toimenpiteet eivät ole tuottanut riittävästi tulosta
- sujuvista tiedonkulkutavoista sopiminen.

Verkoston avaintyöntekijästä sopiminen voi olla hyödyllistä työskenneltäessä erityisesti monenlaisia apua tarvitsevien, mutta auttamisyhteyksiin varauksellisesti suhteutuvien perheiden kanssa. Lapsen tai nuoren tukemis- tai hoitoprosessia voi edistää merkittävästi se, että avaintyöntekijäksi sovitaan työntekijä, jolla on luottamuksellisin suhde perheeseen, lapseen tai nuoreen, vaikkakaan hän ei olisi nykyisen ongelman erityinen asiantuntija. Hän voi esimerkiksi poistaa mahdollisia ennakkoluuloja selventämällä perheelle yhteistyössä mukana olevien työntekijöiden roolit ja vastuut ja perusteet valittuihin tukitoimiin. Tuki- tai hoitokokonaisuudessa tarpeellisen uuden työntekijän tai toimijan mukaantulo voi samoin helpottaa avaintyöntekijän esitellessä tämän lapselle tai nuorelle ja hänen vanhemmilleen. Avaintyöntekijä pitää tarvittaessa sekä perheen että verkoston työntekijät ajan tasalla useista osista koostuvan tuki- tai hoitokokonaisuuden seuraavasta vaiheesta. Hän voi myös rohkaista autettavaa ottamaan muiden palveluiden tarjoamat mahdollisuudet vastaan esimerkiksi jos hoitovastuu siirtyy toimijalta toiselle (esim. perustasolta erikoissairaanhoidon tai päinvastoin).

Verkostotyöskentelyyn voi pyytää osallistumaan myös soveltuvien järjestöjen tai erilaisten yhteisöjen edustajia. Järjestöiltä, kirkolta ja vapaaehtoistyöstä saatavia tukipalveluita kuvataan liitteessä 1.

4.2.6.1 Jos verkostoyhteistyö ei suju

Kun verkostoyhteistyötä tekevät työntekijät, joilla on erilainen koulutus, erilainen ammattisanasto sekä erilainen vastuu suhteessa lapseen tai nuoreen sekä hänen perheeseensä, ovat yhteistyövaikeudet ja julkilausumattomat ristiriidat mahdollisia. Yhteisen käsityksen löytäminen lapsen tai nuoren tilanteesta ja yhteisen perustehtävän hoitaminen voi silloin vaikeutua. Varautuneen ilmapiirin ja viranomaisten yhteistyövaikeuksien välittyminen voi haitata tuki- tai hoitotyöskentelyn etenemistä erityisesti monialaista apua tarvitsevien perheiden kohdalla, joilla voi olla jo lähtökohtaisesti vaikeutta luottaa viranomaisverkostoon.

Haasteena voivat olla esimerkiksi epäselviksi jääneet tehtävät ja kokonaisvastuu. Monialaisen työryhmän työskentelyn pysyttämisessä perustehtävän mukaisena tai palauttamisessa siihen voi työvälineenä käyttää esimerkiksi yksinkertaista ruudukkoa. Verkostokokouksessa kirjataan siihen näkyviin jokaisen osallistujan käsitys ongelmasta, tarvittavista toimenpiteistä ja siitä, kuka niistä vastaa (taulukko 4.7). Näin voi selkeyttää kunkin toimijan tavoitteita ja verkoston vastuusuhteita. Ruudukkoa voi käyttää myös työntekijöiden kesken yleisessä yhteistyön kehittämisessä (esim. eri näkemysten ja mahdollisten väärinkäsitysten työstäminen, yhteistyön paremman sujuvuuden edellyttämien toimien havaitseminen jne.)

Verkoston yhteistyö kehittyy parempaan suuntaan, kun ymmärretään yhteistyövaikeuksien olevan luonnollinen osa prosessia – eikä merkki työskentelyn epäonnistumisesta – ja kiinnitetään tietoisesti huomiota työtapoihin. Toinen toisiinsa luottavan työryhmän

- ilmapiiri rento ja joustava, ei yhteen näkökulmaan jumittunut
- tavoitteena on ongelmien ratkaisu, ja sitä kohti työskennellessä kaikki osallistujat tuovat julki näkökulmansa ja kuuntelevat ja omaksuvat uusia näkökulmia muilta
- osallistujat jakavat omaa kokemustaan ja ovat kiinnostuneita toisten kokemuksista.
- jokainen osallistuja vastaa omasta toiminnastaan eikä pyri määrittelemään muitten suunnitelmia.

Taulukko 4.7. Esimerkki monialaisen työryhmän lähestymistapojen esille ottamisesta (Bevington ym. 2017 Dis-Integration Grid mukaan) Työntekijäsarakeita lisätään tarpeen mukaan.

	Lapsi tai nuori	Vanhempi	Työntekijä 1->n/ organisaatio 1->n
Selitys ”Mikä on ongelma” (Miksi se ilmenee?)			
Toimenpide ”Mitä pitäisi tehdä” (...se auttaisi...)			
Vastuu ”Kuka tekee mitä” (Kenen vastuulla sen tekeminen on?)			



4.2.7 Hyvä käytäntö: Resetti-ryhmätoiminta ja Resetti-perheluokat

Lähde: Pia Ruutu

Resetti-nimi on lyhenne menetelmän keskeisistä piirteistä: rentoutus, empatia, sopimus, ennakointi, taitojen harjoittelu, tuettu taito ja itsenäinen taito.

Resetti-ryhmätoiminnassa ja Resetti-perheluokilla tuetaan lasten ja nuorten arjen sujuvuutta kotona ja koulussa sekä kodin ja koulun yhteistyötä. Menetelmää voi käyttää koululaisten tukemiseen sekä yksilökohtaisesti että ryhmäinterventiona.

Resetti-toiminnassa vahvistetaan lapsen tai nuoren myönteisiä ja toivottuja käyttäytymismalleja sekä aikuisten valmiuksia kohdata erilaisia käytösoireita. Menetelmä hyödyntää useita lähestymistapoja, muun muassa myönteisen käytöksen tukemista. Resetti-menetelmää käytettäessä aikuisten ei tarvitse olla samaa mieltä lapsen tai nuoren käytökseen tai oireisiin vaikuttaneista asioista. Menetelmän käytön edellytyksenä on, että aikuisilla on riittävän yhteinen käsitys siitä, miten lasta tai nuorta autetaan. Lapsen tai nuoren aito osallistuminen ennakointiin ja päätöksentekoon on ratkaisevaa suunnitelman onnistumiselle.

Lapsen tai nuoren tuen tarve jäsenetään ja ennakoidaan tarkasti. Järjestettävä tuki suunnitellaan huolellisesti ja kohdennetaan yhdessä sovitulla tavalla. Ennen kodin ja koulun yhteistä tapaamista pohditaan lapsen tai nuoren kanssa hänen taitojaan ja voimavarojaan koulun arjessa (esim. avun pyytäminen, melun sietäminen, siirtymät). Yhteisessä tapaamisessa kirjataan erikseen lapsen tai nuoren oma, hänen läheistensä ja koulun aikuisten näkemys siitä, mistä toiminnoista lapsi tai nuori selviytyy hyvin, tai selviää ponnistelemalla joskin taitojen käyttäminen kuormittaa, ja mistä toiminnoista hänellä ei ole edellytyksiä selviytyä ilman aikuisen tukea tai apuvälineitä. Sitten valitaan tukea tarvitsevista toiminnoista 1–3 ensisijaisen huomion tarvitsevaa ja nimetään niihin liittyvät 1–3 keskeistä harjoiteltavaa taitoa tai tavoitetta. Lapsen tai nuoren tarvitsema tuki, käytettävät menetelmät, tarvittavat apuvälineet, tehtävät harjoitukset sekä seuranta sovitaan ja kirjataan.

Resetti-ryhmätoimintaa järjestetään kouluissa oppilaille kohdennetuissa ryhmissä tai koko luokan interventiona. Vanhemmille tukea tarjotaan dialogisissa vanhempainilloissa, vanhempien ryhmissä sekä lapsi-vanhempi-perheluokkatoiminnassa. Lapsi-vanhempi-perheluokassa työskennellään ohjatusti keskimäärin 10–12 viikon aikana. Aiheita voivat olla esimerkiksi kaveritaidot, keho ja tunteet sekä arjen sujuvuus. Vertaisryhmässä harjoiteltuaan vanhemmat tukevat tehokkaammin lapsensa taitojen kehittymistä kotona.

Resetti-ryhmiä ja -perheluokkia järjestetään koululla osana koulupäivää tai koulupäivän jälkeen. Toimintaa voi järjestää opetuksen ja opiskeluhuollon henkilöstön yhteistyönä sekä koulun ja perheneuvolan tai sosiaalitoimen ammattilaisten yhteistyönä.

Menetelmäkoulutusta Resettiin antaa Oppimis- ja ohjauskeskus Valteri.

Resettiä on kehitetty yhdessä osallistuvien perheiden ja kuntien, Helsingin yliopiston, HYKS lastenpsykiatrian, Opetushallituksen, Opetushallituksen kokeilukeskuksen sekä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

Kirjallisuutta ja lähteet

- Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment <https://manuals.annafreud.org/>
- Bevington D, Fuggle P, Cracknell L ym. Adaptive mentalization-based integrative treatment. A guide for teams to develop systems of care. Oxford University Press 2017.
- Castaneda AE, Mäki-Opas J, Jokela S ym. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. Paloma-käsikirja; Ohjaus 5/2018. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
- Haapasalo-Pesu K-M, Karukivi M. Unihäiriö kätkeytyy monen nuoren mielenterveysongelmiin. Duodecim 2012; 128:2319–25. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10638.pdf>
- Haravuori H, Muinonen E, Kanste O, Marttunen M. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.
- Karjalainen P, Santalahti P, Sihvo S. Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käytöshäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä? Duodecim 2016;132:967–74.
- Kosola S. Tavallisten nuorten tavalliset vaivat: kenen niitä tulisi hoitaa ja millä resursseilla? Duodecim 2018; 134:837–9.
- Kosola S, Moisala M, Ruokoniemi P (toim.): Lapset, nuoret ja älylaitteet – Taiten tasapainoon. Duodecim 2019.
- Kouluterveyskysely 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H ym. (toim.): Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim 2016.
- Nurmi R, Sillanpää A, Hannukkala M. Hyvää mieltä yhdessä -käsikirja alakoululaisen mielenterveyden edistämiseen. Mieli Suomen Mielenterveys 2014
- Ohjeita lasten ja nuorten sosiaalisten vuorovaikutustaitojen tukemiseksi. HYKS Lastenneurologia, neuropsykologit 2013. Osoitteessa www.mielenterveystalo.fi
- Opas tasapainoiseen digiarkeen, Mediakasvatusseura 2020. <https://mediakasvatus.fi/materiaali/opas-tasapainoiseen-digiarkeen/>
- Oppimisen ja koulunkäynnin tuki <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/oppimisen-ja-koulunkaynnin-tuki-oppiportti.fi>
- Paavonen EJ, Huurre T, Tilli M, ym. Brief behavioral sleep intervention for adolescents: An effectiveness study. Journal Behavioral Sleep Medicine 2016; 14:351–66. <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15420202.2015.1007993>
- <https://resilienceframework.co.uk/0>
- Paavonen EJ, Roine M, Korhonen P, Valkonen S, Pennonen M, Partanen J, Lahikainen AR. Media ja lasten hyvinvointi. Duodecim 2011; 127:1563–70.
- Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Määräykset ja ohjeet 96. Opetushallitus 2014.
- Perusopetuslaki 628/1998 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>
- Rintahaka P. Lasten ja nuorten unihäiriöt. Duodecim Terveysportti, Lääkärin käsikirja (9.10.2019) <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt00684>
- Saarenpää-Heikkilä O. Koululaisten uniongelmiä voidaan ehkäistä ennalta. Suomen Lääkärilehti 2009;64:35–41. <http://docplayer.fi/390189-Koululaisten-uniongelmiä-voidaan-ehkäistä-ennalta.html>
- Santalahti P, Mäki P, Välimäki M. Psykoedukaatio. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. (toim.): Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.
- Silvennoinen I ja Meriläinen M. Nuoret pelissä. Tietoa kasvatäjille nuorten digitaalisesta pelaamisesta ja rahapelämisestä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.
- Sinervo T, Juujärvi S, Niiranen V, ym. Mitä palveluiden yhteensovittaminen tarkoittaa sosiaali- ja terveyshuollon työssä? Talous ja yhteiskunta 2019; 2:36–41
- Seksuaalisuus puheeksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tuoksi/menetelmat/seksuaalisuus-puheeksi www.socca.fi
- Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T, ym. Two-Year Follow-Up of Internet and Telephone Assisted Parent Training for Disruptive Behavior at Age 4. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2018;57:658–68.
- Urrila AS, Pesonen A-K. Nuorten unen erityispiirteet ja ongelmat. Suom Lääkärilehti 2012;2827–33. <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/nuorten-unen-erityispiirteet-ja-ongelmat/>
- Terapiat Kelan kustantamat <https://www.kela.fi/terapiat>
- Toimiva lapsi ja perhe <https://mieli.fi/fi/kehitt%C3%A4mistoiminta/lapset-ja-nuoret/toimiva-lapsi-perhe-ty%C3%B6/lapset-puheeksi-lp-menetelm%C3%A4>

5 Häiriöiden tunnistaminen ja hoito

Tämä häiriökohtainen luku on tarkoitettu täydentämään luvussa 4 esitettyjä yleisiä tuki- ja hoitotoimia mielenterveyden ongelmiin. Tukitoimet aloitetaan niistä ja täydennetään soveltuvin osin häiriökohtaisissa kappaleissa esitettyjen suuntaviivojen mukaisesti. Molemmat luvut yhdessä muodostavat lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidon työkalupakin.

5.1 Ahdistuneisuushäiriöt

5.1.1 Tietoa häiriöistä

Ahdistuneisuus on tunnetila, johon voi liittyä sisäistä jännitystä, pelkoa, levottomuutta, huolestuneisuutta tai jopa paniikin tai kauhun kokemus. Ohimenevinä ja lievinä tunnetiloina nämä ovat lapsilla ja nuorilla tavallisia arkipäiväisiä kokemuksia ja liittyvät normaaliin kehitykseen.

Raja normaalin ja häiriötason ahdistuneisuuden välillä on liukuva, ja oireilu on suhteutettava lapsen tai nuoren kehitykselliseen vaiheeseen. Ahdistuneisuushäiriöstä on kyse, kun ahdistuneisuus aiheuttaa merkittävää subjektiivista kärsimystä tai toiminnallista haittaa.

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä: Lapsista ja nuorista noin 10–15 % kärsii ajankohtaisesti häiriötasoisesta oireilusta. Useimmat ahdistuneisuushäiriöt ovat tavallisempia tytöillä kuin pojilla. Ahdistuneisuushäiriöille on tavallista oheissairastavuus jonkin muun ahdistuneisuushäiriön tai masennushäiriöiden kanssa. Yleisiä samanaikaisesti esiintyviä häiriöitä ovat myös käyttäytymisen säätelyn häiriöt sekä nuoruusikäisillä päihdehäiriöt. Perinnöllisillä tekijöillä, temperamentilla, perhetekijöillä ja elämäntapahtumilla on vaikutusta ahdistuneisuushäiriöiden puhkeamiseen.

Ahdistuneisuushäiriöille on ominaista aaltoileva, vaikeusasteeltaan vaihteleva kulku. Oireilun ilmenemismuoto on tyypillisesti eri ikävaiheissa erilainen, ja oirekuva voi kehityksen kuluessa myös muuttua. Yksittäisten pelko-oireisten häiriöiden (ns. määräkohteiset pelot, kuten korkean paikan pelko, piikkikammo tai eläinpelko) tyypillinen ilmenemisikä on noin 6–7 vuotta ja eroahdistushäiriön noin 7–8 vuotta. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ilmenemisikä puolestaan on noin 10–12 vuotta ja sosiaalisten tilanteiden pelko alkaa yleistyä noin 11–13-vuotiailla. Paniikkihäiriö on lapsuusiässä harvainen, mutta alkaa yleistyä nuoruusiässä. Mitä vanhemmasta nuoresta on kyse, sitä enemmän oirehdinta alkaa muistuttaa aikuisten ahdistusoireilua.

Ahdistuneisuushäiriön varhainen tunnistaminen ja tilanteeseen puuttuminen on tärkeää. Diagnosoimattoman ja hoitamattoman ahdistuneisuushäiriön seurauksena lapsi tai nuori saattaa alkaa välttelemään oireita aiheuttavia tilanteita esimerkiksi kaverisuhteissa, harrastuksista tai koulussa, ja oireisto voi alkaa noidankehämäisesti ylläpitää itseään laajasti kokonaiskehitystä haittaavaan välttämiskäyttäytymiseen asti, josta koulusta poisjäänti on yksi muoto. Koska ahdistuneisuushäiriöllä on taipumus jatkaa aikuisuuteen, on sen varhainen hoito merkityksellistä lapsen tai nuoren persoonallisuuden kehittymisen ja koko myöhemmän mielenterveyden kannalta.

Hoidon suunnittelussa otetaan huomioon oireilun vakavuus, kesto, oireiden aiheuttama haitta tai toimintakyvyn lasku, välttämisoireiden laajuus sekä se, miten perhe tai läheiset vaikuttavat oireisiin. Läheiset voivat joko tukea toipumista tai ylläpitää oireilua, esimerkiksi välttämiskäyttäytymistä, omalla toiminnallaan.

5.1.2 Hoidon porrastus

Hoidon porrastusta määrittävät oireiden vakavuus, niiden aiheuttama toimintakyvyn lasku, mahdollisen välttämiskäyttäytymisen laajuus sekä samanaikaisten muiden häiriöiden olemassaolo.

Lievien ja komplisoitumattomien keskivaikeiden ahdistuneisuushäiriöiden diagnosointi ja hoidon aloitus tehdään perustasolla.

Lasten- tai nuorisopsykiatrista arviota tarvitaan, mikäli

- oireiluun liittyy merkittävää samanaikaissairastamista
- ahdistusoireet ovat selkeänä esteenä ikätasoisien kehityksen etenemiselle.
- oireilu ei hoito- ja tukitoimista huolimatta riittävästi helpotu
- lapselle tai varhaisnuorelle suunnitellaan lääkehoitoa.

Vakavasti ahdistunut lapsi tai nuori voi tarvita päivystyksellistä apua, jos

- ahdistus on voimakasta ja jatkuu poikkeuksellisen pitkään.

Akuuttihoitoa varten lapsi tai nuori ohjataan lasten- tai nuorisopsykiatriselle poliklinikalle tai päivystyspalveluihin paikallisen hoitomallin mukaisesti.

5.1.3 Keskeinen oirekuva

Ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät lapset ja nuoret saattavat ohjautua oirekuvansa vuoksi ensin somaattisiin tutkimuksiin tai esimerkiksi kouluterveydenhoitajan vastaanotolle; tyypillisiä ahdistuneisuuden ruumiillisia ilmenemismuotoja ovat toistuvat päänsäryt, vatsa- tai nivelkivut. Muita tyypillisiä oireita ovat muun muassa lisääntynyt murehtiminen, itkuisuus tai väsyneisyys. Lapsi tai nuori saattaa jättäytyä pois kaverisuhteista tai harrastuksista.

Koululuokassa opettaja ei välttämättä kiinnitä huomiota ”sisäänpäin” oireilevaan oppilaaseen, jollei tällä ole muita opettajan huomiota herättäviä oireita. Ahdistuneisuuteen liittyvät fyysiset oireet (unettomuus ja väsymys, seurauksena levottomuus, ärtyneisyys ja keskittymisvaikeudet) voivat kuitenkin

Taulukko 5. 1. Ahdistuneisuushäiriöiden tyypillisiä oireita

Psykkiset oireet	Keholliset oireet	Käyttäytymisoireet
<ul style="list-style-type: none"> • epävarmuus itsestä ja omasta osaamisesta • pelkotilat • katastrofi- ja huoliajatukset • paniikki tai kauhu • kuoleman ja hulluksi tulemisen tunteet • tukehtumisen tunne 	<ul style="list-style-type: none"> • sydämen tykytys • punastuminen • vapina • hikoilu • kuumat ja kylmät aallot • päänsärky • näön hämärtyminen • huimaus ja heikotus • hengityksen vaikeus • puristuksen tunne rinnassa • sormien ja kasvojen pistely tai tunnottomuus 	<ul style="list-style-type: none"> • välttämiskäyttäytyminen: lapsi tai nuori pyrkii kokonaan välttämään joutumista ahdistusta aiheuttaviin tai niitä muistuttaviin tilanteisiin • turvakäyttäytyminen: ahdistavassa tilanteessa lapsi tai nuori voi turvautua hallintakeinoihin (esim. poistuu paikalta), jotka pitkällä aikavälillä kuitenkin ylläpitävät ahdistuneisuutta • päihteiden käyttö: ahdistuneisuushäiriöistä kärsivä lapsi tai nuori voi yrittää hallita ahdistuneisuuttaan alkoholia tai päihteitä käyttämällä

merkittävästi heikentää lapsen tai nuoren oppimisen edellytyksiä koulussa. Ahdistusoireilu voi luokkatilanteissa näyttäytyä esimerkiksi oppilaan vähäisenä viittaamisena ja haluttomuutena vastata opettajan kysymyksiin vaikka oppilas tietäisikin vastauksen, oppilaan vaikeutena ilmaista omia mielipiteitä tai haluttomuutena esiintyä luokan edessä. Oppilas saattaa välttää esimerkiksi ääneen lukemista. Kouluruokalassa syöminen voi olla vaikeaa. Oppilas voi olla myös herkästi itkeskelevä tai jännittynyt tavallisissa luokkatilanteissa. Oppilas saattaa myös välituntisin jäädä kaverijoukon ulkopuolelle ja viettää aikaa itsekseen. Koulun jälkeenkään oppilas ei ehkä vietä aikaa luokkatoveriensä kanssa. Kouluun tuleminen ja sinne jääminen saattaa olla oppilaalle vaikeaa. Poissaoloja – sekä terveydellisistä syistä että muutoin – voi kertyä runsaasti. Runsaistiin tai lyhyessä ajassa nopeasti kertyviin, lyhyisiinkin poissaoloihin tulisi opettajan reagoida nopeasti tilanteen kroonistumisen estämiseksi.

5.1.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena

Oirekyselyitä tai arviointiasteikkoja ei yksinään tule käyttää diagnostisena välineenä, vaan diagnoosin asettaminen perustuu aina kliiniseen haastatteluun ja tilanteen kokonaisarvioon.

Oirekyselyiden väittämiä voi hyödyntää apukysymyksinä myös diagnostisessa haastattelussa, jolloin vastauksia voi samalla tarvittaessa tämentää.

5.1.4.1 SCARED (Screen for Child Anxiety Related Disorders)

Ahdistuneisuuden tutkimuksessa käytettäviä oirekyselyitä:

SCARED (Screen for Child Anxiety Related Disorders)

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale)

MiniSPIN (Mini-Social Phobia Inventory)

SCARED-oirekyselyllä arvioidaan 7–18-vuotiaiden lasten ja nuorten ahdistuneisuusoireita (paniikkioireet, somaattiset oireet, eroahdistus, sosiaalisten tilanteiden pelko, kouluvälttely sekä yleistynyt ahdistuneisuus). Sekä lapsi tai nuori että vanhemmat arvioivat oireilua viimeisen 3 kuukauden aikana. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–80 p. Yli 25 p voi viitata ahdistuneisuushäiriöön. SCARED on maksuttomasti saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankissa. Kyselystä lisää kappaleessa 6.2.18.

5.1.4.2 GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale)

GAD-7-oirekyselyllä arvioidaan nuoren yleisiä ahdistusoireita. Vastaja arvioi kuinka usein kyselyyn kuuluvat ongelmat ovat vaivanneet edeltäneen kahden viikon aikana.

Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–21 p. Pistemäärä 10 tai enemmän viittaa kohtalaiseen tai vaikeaan ahdistuneisuuteen ja edellyttää tarkempaa selvittelyä.

GAD-7 on maksuttomasti saatavilla Mielenterveystalon Mittaripankissa, jossa on suomen- ja englanninkielinen lomake, joka laskee pisteet. Kyselystä lisää kappaleessa 6.2.6.

5.1.4.3 MiniSPIN (Mini-Social Phobia Inventory)

Sosiaalisten tilanteiden pelkoa voi arvioida nuorilla MiniSpin-kyselyn kolmea kysymystä käyttäen:

Kuinka paljon seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua viimeksi kuluneen viikon aikana? Sanoisitko ei yhtään, vähän, kohtalaisesti, hyvin paljon vai äärimmäisen paljon?

- Nolostumisen pelko saa minut välttämään joidenkin asioiden suorittamista tai puhumista toisille ihmisille.
- Vältän tekemisiä, joissa olen huomion keskipisteenä.
- Nolostuneeksi tuleminen tai tyhmältä vaikuttaminen kuuluvat pahimpiin pelkoihini.

Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–12 p. Pistemäärä 6 tai enemmän viittaa sosiaalisten tilanteiden pelkoon.

MiniSPIN-mittari on osa laajempaa 17 kysymyksen SPIN-mittaria, joka löytyy Mielenterveystalosta.

5.1.5 Diagnoosi ja erotusdiagnoosit

Diagnoosi perustuu lapsen tai nuoren kliinisessä haastattelussa todettuihin oireisiin, joiden lukumäärä, vaikeusaste, kesto ja niiden aiheuttama haitta johtavat diagnoosiin tai sen pois sulkemiseen. Taulukossa 2 on esitelty eri ahdistuneisuushäiriöiden keskeisimmät ominaispiirteet. Melko tavallista on, että tutkitavalla täyttyy samanaikaisesti useamman ahdistuneisuushäiriön diagnosikriteerit. Lapsella tai nuorella voi olla myös merkittävää ahdistuneisuusoireilua, vaikka minkään tietyn ahdistuneisuushäiriön kriteerit eivät täyty. Tällöin voidaan hyvin käyttää diagnoosia ”määrittämätön ahdistuneisuushäiriö”.

Tavallisimmat erotusdiagnostiset tilat, jotka voivat esiintyä myös samanaikaisesti ahdistuneisuushäiriöiden kanssa:

- muut ahdistuneisuushäiriöt
- masennustilat ja muut mielialahäiriöt
- ADHD-oireilu
- somaattiset sairaudet somaattisen oireiston mukaisesti (astma, hypertyreosi, rytmihäiriöitä aiheuttavat tilat, neurologiset sairaudet, suolistosairaudet, fibromyalgia, jne.)
- syömishäiriöt
- päihdehäiriöt ja vieroitusoireet erityisesti nuoruusikäisillä (huom. krapula paniikkikohtauksen laukaisijana)
- lääkevaikutukset (esimerkiksi salbutamoli)
- kofeiinivaikutukset (kahvi, kolaajuomat, energiajuomat, urheilujuomat).

5.1.6 Hoito perustasolla

Lasten ja nuorten lievien ja keskivaikeiden ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa psykososiaaliset hoitomuodot ovat ensisijaisia, ja yleisistä toimintamalleista hyödyllisiä ovat muun muassa kuormituksen keventäminen, psykoedukaatio sisältäen digitaalisen median turvalliseen käyttöön liittyvän keskustelun sekä unen huolto-ohjeet, vanhempainohjaus, tukea antavat keskusteluhoidot sekä tunnesäätelytaitojen vahvistaminen. Niitä on esitelty luvussa 4.

Taulukko 5.2. Ahdistuneisuushäiriöiden keskeisimpiä piirteitä

Lapsuuden eroahdistushäiriö	F93.0	<p>Ahdistuksen pääaiheena on eron pelko, ja ahdistus on ensi kerran alkanut varhaislapsuudessa.</p> <p>Lapsi pelkää ja pyrkii välttämään eroa kiintymyksen kohteestaan. Erotilanteessa lapsen ahdistus näkyy monenlaisina tunne- ja käytösoireina kuten itkuna, takertumisena, kiukuna tai vaativuutena ja/tai fyysisinä oireina kuten vatsakipuna, pahoinvointina, sydämen tykytyksenä tai päänsärkynä.</p> <p>Eroahdistus on normaaliin erotilanteeseen liittyvään ahdistukseen verrattuna voimakkuudeltaan epätavallista, jatkuu tavanomaista kauemmin ja siihen liittyy huomattavia sosiaalisen toiminnan ongelmia.</p> <p>Eroahdistusoireet voivat alkaa stressitilanteissa (esim. koulun vaihto, kesäloman jälkeen, ystävien vaihduttua, koulukiusaamisen tai sairauden vuoksi).</p> <p>Eroahdistushäiriö on tavallinen esimerkiksi runsaiden koulupoissaolojen osatekijänä. Lapsuuden eroahdistushäiriötä pidetään varhain alkavan paniikkihäiriön yhtenä riskitekijänä.</p>
Lapsuusiän sosiaalinen ahdistushäiriö	F93.2	<p>Tätä diagnoosia käytetään, kun sosiaaliset pelot syntyvät varhaisvuosina ja ovat sekä epätavallisen voimakkaita että sosiaalista toimintaa haittaavia.</p> <p>Kehityshistoriasta ilmenee, että lapsi on varhaisvuosista asti pelännyt olla sosiaalisessa kanssakäymisessä muiden kuin läheisten ja tuttujen ihmisten kanssa.</p> <p>Häiriöön liittyy varovaisuutta vieraita ihmisiä kohtaan sekä sosiaalista pelkoa tai ahdistusta uusissa, oudoissa, sosiaalisesti uhkaavissa tilanteissa.</p> <p>Sosiaalinen ahdistuneisuus voi lapsilla ilmetä myös esimerkiksi niukkana puheena tai itkuisuutena.</p>
Lapsuusiän pelko- ja ahdistushäiriö	F93.1	<p>Tähän ryhmään kuuluu epätavallisen voimakkaita lapsuusiän pelkoja, jotka selvästi liittyvät kehitysvaiheeseen ja joita jossain määrin esiintyy useimmilla lapsilla, mutta joiden voimakkuus on poikkeavaa. Pelot estävät ikätasoisien toimintakyvyn.</p> <p>Esimerkiksi alakouluikäisillä eläinten tai hyönteisten pelot ym. voivat estää lapsen ulkoilun luonnossa tai liikkumisen kodin ulkopuolella.</p>
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	F93.80 F41.1	<p>Voimakas, yli puoli vuotta kestänyt liiallinen ahdistuneisuus ja huolestuneisuus monenlaisista asioista. Hallitsemattomat huolet, ärtyisyys ja hermostuneisuus liittyvät moniin arkisiin asioihin ja vaihteleviin kohteisiin.</p> <p>Lisäksi erilaisia kehollisia oireita on vaihtelevasti: vapinaa, lihasjännitystä, hikoilua, heikotusta, sydämentykytystä, huimausta, ylävatsavaivoja, uni- ja keskittymisvaikeuksia, levottomuutta, särkyjä ja väsymistä.</p> <p>Lapsilla ja nuorilla häiriön oirevalikoima on usein suppeampi kuin aikuisilla ja oireet autonomisen hermoston ylitoiminnasta ovat lievempiä.</p>
Paniikkihäiriö	F41.0	<p>Lapsilla harvinainen, mutta yleistyy nuoruudessa.</p> <p>Häiriön alkamista edeltää usein stressaava elämäntapahtuma, kuten läheisen kuolema tai sairastuminen, nuorella esimerkiksi seurustelusuhteen katkeaminen.</p> <p>Paniikkikohtaukset ovat odottamattomia kohtauksellisia ja uusiutuvia paniikkitiloja, jolloin henkilö kokee välitöntä uhkaa fyysiselle tai psyykkiselle turvallisuudelleen, ja pelkää menettävänsä kehonsa tai mielensä hallinnan.</p> <p>Kohtauksista seuraa jatkuva huoli uudesta kohtauksesta sekä huomattava pelko kohtauksen vaikutuksista tai seurauksista omaan terveyteen tai mieleen.</p> <p>Kohtausten toistuessa henkilö alkaa usein välttää tilanteita, joissa kohtauksia voisi esiintyä, tai paikkoja, joista voisi olla vaikea päästä pois kohtauksen yllättäessä.</p>
Sosiaalisten tilanteiden pelko	F40.1	<p>Tyypillisesti nuoruusiässä alkava häiriö, jolloin henkilö kokee voimakasta ja äkillistä ahdistuneisuutta sosiaalisissa tilanteissa; hän pelkää olla huomion kohteena, tulevaisuuden nolatuksi, tai olla arvioitavana.</p> <p>Sosiaaliset tilanteet aiheuttavat huomattavaa kärsimystä, joka johtuu tilanteiden aiheuttamasta ahdistuksesta, kohtuuttomasta itsekkyydestä tai omien taitojen ja pärjäämisen vähättelystä.</p> <p>Häiriöön liittyy usein itsetunnon laskua ja epämiellyttäväksi koettujen tilanteiden välttelyä.</p>
Määräkohteiset pelot	F40.2	<p>Usein jo lapsuusiässä alkavia pelkoja, jolloin henkilö pelkää voimakkaasti ja suhteettomasti jotakin yksittäistä ärsykettä, paikkaa tai tapahtumaa ja pelätyn ärsykkeen kohtaaminen aikaansaa voimakkaan ahdistustilan ja toisinaan paniikkikohtauksen. Pelon kohteena voivat olla mm. eläimet, korkeat paikat, ukkonen, pimeä, lentäminen, suljetut paikat, yleisen WC:n käyttö, tietyt ruuat, veren näkeminen.</p> <p>Pelko aiheuttaa usein välttämiskäyttäytymistä.</p>

5.1.6.1 Työskentely vanhempien kanssa

Ahdistuneisuushäiriön tyyppisiä oireita, ahdistuneisuutta lievittäviä toimintatapoja ja ahdistuneisuuden hoitomahdollisuuksia käsittelevät keskustelukäynnit lapsen tai nuoren, vanhempien ja perheen kanssa auttavat jäsentämään tilannetta ja saattavat usein helpottaa oireita. Perheen arki on saattanut ajautua tilanteeseen, jossa perheenjäsenet ovat tietoisesti tai huomaamattaan ylläpitämässä oiremuodostusta. Perheenjäsenet tarvitsevat tietoa ja varmistusta siihen, ettei oman käyttäytymisen normalisoiminen (esim. tiettyihin rituaaleihin mukaan menemisen lopettaminen) ole lapsen mielenterveydelle haitallista, vaikka se ohimenevästi voimistaisikin lapsen tai nuoren omaa oirehdintaa. Välttämiskäyttäytyminen pahentaa ahdistuneisuutta ja saattaa johtaa oireiden noidankehään. Sen muuttamiseksi tarvitaan paitsi tietoa häiriön ominaispiirteistä, myös suunnitelma siitä, miten välttämiskäyttäytymisestä opetellaan pois sopivien välitavoitteiden avulla. Vanhemmat tarvitsevat ohjausta siihen, miten tukea lasta tai nuorta asteittain kohtaamaan jännittäviä tai pelottavia asioita.

Lapsen tai nuoren paniikkioireet saattavat varsinkin ensimmäisiä kertoja ilmetessään olla sekä oireilevalle itselleen että hänen läheisilleen hyvin pelottavia ja turvallisuuden tunnetta horjuttavia kokemuksia. Pelko uudesta kohtauksesta voi lisätä lapsen tai nuoren ahdistuneisuutta ja välttämiskäyttäytymistä, ja siten kaventaa jokapäiväistä elämää. Lapselle, nuorelle ja vanhemmalle annettava tieto oireen hyvänlaatuisesta ja ohimenevästä luonteesta on tärkeää. Keskeistä lasten tai nuoren auttamisessa paniikkikohtauksen ilmetessä on vanhemman rauhallinen läsnäolo.

Alakouluikäisten lasten pelkojen kohtaamiseen voi myös soveltua käytettäväksi Mannerheimin Lastensuojeluliiton sivulta vapaasti ladattavissa oleva [Pelottaa!-työkirja](#).

Vanhemmalla on usein itselläänkin samanaikaista ahdistuneisuutta. Vanhempaa voi ohjata tutustumaan [Mielenterveystalon aikuisten osioon](#) ja siellä oleviin itsehoito-ohjelmiin. Mikäli vanhemman oireilu vaikuttaa merkittävästi uhkaavan hänen omaa toimintakykyään, on vanhempaa syytä kannustaa omaan hoitoon hakeutumiseen.

5.1.6.2 Miten auttaa lasta tai nuorta koulun arjessa

Lapsen tai nuoren kanssa voi pyrkiä keskustellen selvittämään, mitkä asiat tai tilanteet kouluympäristössä aiheuttavat eniten ahdistuneisuutta. Koulunkäynnin sujumisen helpottamiseksi voivat vanhemmat, opettaja ja muut työskentelyyn osallistuvat sopia tarvittavia määräaikaista erityisjärjestelyjä (esim. kokeiden suorittaminen toisessa ympäristössä, ryhmään liittymisen ja ryhmässä toimimisen tukeminen). Samalla voidaan laatia suunnitelma porrasteisesta ja aikataulutetusta tavoitetason nostamisesta ja aikuisen siihen antamasta tuesta. Kodin ja koulun arjessa on tärkeää toimia samaan suuntaan. Oireilua ei tule kummasakaan vahvistaa poikkeusjärjestelyjä pitkittämällä, vaan pyritään kohti yhdessä määritettyä tavoitetta. Sovittu tavoite voi olla esimerkiksi viittaaminen tunnilla tai kouluun jääminen. Opettajan rauhoittava ja rohkaiseva suhtautuminen on tärkeä. Onnistumisista annetaan myönteistä palautetta. Sosiaalisesti ahdistuneen lapsen tai nuoren toivetta työskentelypaikasta luokassa tai ryhmätyön yhteydessä kannattaa kuulla. Suunnitelman toteutumista seurataan ja tarkennetaan tarvittaessa.

Poissaolot voivat olla merkinä ahdistuneisuudesta. Toistuvissa poissaoloissa on erityisen tärkeä yhdessä kouluterveydenhuollon kanssa viiveettä arvioida, mitä toimia tarvitaan kouluuntulon helpottamiseksi ja ongelman pitkittymisen estämiseksi. Koululaisen runsaita poissaoloja ja niihin puuttumista käsitellään jäljempänä kappaleessa 5.15.

Miten rauhoittaa paniikkioireista kärsivää lasta tai nuorta?

Lapsella tai nuorella ilmeneviä paniikkioireita aikuinen voi helpottaa ennen muuta omalla rauhallisella läsnäololla. Samat neuvot sopivat niin vanhemmille kuin esimerkiksi opettajille tai muille koulun ja vapaa-ajan toimintaan liittyville aikuisille.

Paniikkikohtaukselle tyypillisesti oireet ja tunteukset kehittyvät äkillisesti ja saavuttavat huipunsa usein minuuteissa. Kohtaukset menevät itsestään ohi useimmiten vajaassa puolessa tunnissa. Oireet (sydämentykytys, rintakivut, hikoilu, vapina, hengengahdistus, tukehtumisen tai kuristumisen tunne, pahoinvointi, vatsavaivat, huimaus, pyörtymisen tunne, puutuminen, kihelmöinti, vilunväreet, kuumat aallot) voivat voimakkuudessaan herättää lapsessa tai nuoressa pelon kontrollin menettämisestä, sekoamisesta tai kuolemasta. Läsnä olevan aikuinen voi omalla empaattisella ja rauhallisella olemuksellaan ohjata lasta tai nuorta hengittämisen normalisoimiseen, vaikkapa hengit-

tämällä itse vierellä malliksi rauhallisella rytmillä. Samalla lapselle tai nuorelle voi sanallisesti rauhallisesti vakuuttaa, että paniikkikohtaus ei ole vaarallinen ja menee pian itseksensä ohi. Jos kuitenkin paniikki yltyy voimakkaaksi, aikuisen on tärkeää pysyä rauhallisesti lapsen tai nuoren rinnalla ja odottaa tyynesti että kohtaus menee ohi. Omalla hätäntymättömällä olemuksellaan aikuinen viestittää lapselle tai nuorelle, että tilanteessa kyllä pärjätään, ja siten vahvistaa lapsen tai nuoren turvallisuuden tunnetta.

Rauhallisemmassa vaiheessa lapsen tai nuoren kanssa on hyvä yhdessä etsiä jokin hänelle mieluisa hengitys- tai rentoutusharjoitus, jonka oppeja voi lapsi tai nuori yrittää soveltaa ahdistuksen tai paniikin yllättäessä. Tällaisia harjoitteita voi löytää esimerkiksi maksuttomasta Chillaa-sovelluksesta (ks. alla).

5.1.6.3 Verkkopohjaiset menetelmät

Verkkopohjaiset oma-apusivustot ovat hyödyllisiä ainakin lievässä oireilussa ja motivoituneiden nuorten ja vanhempien kanssa. Niihin ohjattaessa sovitaan selkeästi tilanteen seuranta-aika.

Chillaa, ahdistuneisuuden omahoito-ohjelma nuorille

Chillaa on tietokoneelle tai kännykälle maksutta App Storesta tai androidin pelikaupasta ladattava itsevarmuutta kehittävä ohjelma, joka sisältää visuaalisesti ohjatun hengitysrytmiharjoituksen, rentouttavaa ja nukkumista edistävää musiikkia, rentoutusharjoituksia sekä harjoituksia jännittäviin tilanteisiin (kuten tunnilla viittaamiseen, muiden edessä esiintymiseen, vierailulla kielillä puhumiseen, ryhmätöihin, onnistumisen paineeseen kokeissa ja urheilujoukkueessa, kouluruokailuun, vastakkaiselle sukupuolelle jutteleluun, vieraiden ihmisten kohtaamiseen tai asioiden hoitamiseen puhelimesta) sekä myönteiseen ajatteluun. Ohjelma soveltuu nuoruusikää lähestyville ja sitä vanhemmille.

Vanhemmille kohdennetut kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat ohjelmat

Keinoja lapsen ahdistuksen hallintaan tarjoavat vanhemmille kohdennetut kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaavat maksuttomat verkkopohjaiset ohjelmat.

Mielenterveystalosta löytyy [Ahdistuksen kesyttäminen – työkaluja vanhemmalle](#) -ohjelma. Ohjelma antaa tietoa ahdistuksen ilmenemismuodoista, tukea oman lapsen tai nuoren ahdistusta aiheuttavien tilanteiden tunnistamiseen ja Lasten mielenterveystaloon johtavan linkin kautta oireiden vakavuusasteen arvioimiseen. Ohjelma ohjaa vanhempia lapsen tai nuoren huoliajatuksien sekä niihin liittyvien ajatusvääristymien tunnistamisessa ja muokkaamisessa ja harjoittelemaan systemaattisesti ahdistusta aiheuttavista tilanteista selviytymistä. Ohjelma tukee samalla vanhempaa huomaamaan oman huolestuneisuutensa vaikutuksen lapsensa toimintaan.

Yhdessä selviydytään -työkalupakki on Turun yliopiston lastenpsykiatrian keskuksen ylläpitämä vanhemmille suunnattu sivusto, johon on koottu tietoa ahdistuneisuudesta, neuvoja hankalien tunteiden läpikäymiseen sekä yksinkertaisia harjoituksia, joilla helpottaa vanhemman omaa ja lapsen huolta. Se on saatavissa maksutta usealla kielellä osoitteesta yhdessaselviydytaan.fi.

Sosiaalisen ahdistuneisuuden nettiterapia lapsille ja nuorille

Mielenterveystalo.fi-osoitteesta löytyvä sosiaalisen ahdistuneisuuden nettiterapia lapsille ja nuorille on kahdeksan viikon kestoinen kognitiivis-käyttäytymisterapeuttinen hoito 10–17-vuotiaille. Ohjelma sisältää tietoa sosiaalisten tilanteiden pelosta sekä jännittävien tilanteiden kohtaamisharjoituksia. Lapsen tai nuoren tukena on koulutettu terapeutti, jonka kanssa viestitään ohjelman kautta. Terapia koostuu viikoittaisista, noin tunnin pituisista omaan tahtiin toteutettavista nettikäynneistä, joihin osallistuu nuori itsenäisesti tai yhdessä vanhemman kanssa. Niiden jälkeen terapeutti antaa palautetta harjoituksista. Terapia on asiakkaille maksuton, mutta siihen tarvitaan lääkärin lähete.

5.1.6.4 Kognitiiviseen ja käyttäytymisterapiaan pohjautuvat hoito-ohjelmat

Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiseen hoitomalliin perustuvat yksilö- tai ryhmämuotoiset hoidot ovat osoittautuneet tuloksekkaita. Hoidolle asetetaan selkeä tavoite, kuten oireiden väheneminen sovitussa oirekyselyssä, ja sen saavuttamista seurataan. Tavoite voi olla myös konkreettinen muutos käytöksessä, esimerkiksi muutos välttämiskäyttäytymisessä. Hoito on tiivis (yleensä viikoittaiset käynnit), ja määrämittainen, esimerkiksi noin 2–3 kuukautta. Sovitun hoidon jälkeen tilanne arvioidaan uudestaan.

Cool Kids lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa

Cool Kids (7-vuotiaasta alkaen peruskoulua käyville) on kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaava kaikkiin ahdistushäiriöihin suunnattu menetelmä. Nuorille tarkoitettu ohjelmasta käytetään myös nimeä Chilled. Hoitoon osallistuvat lapset, nuoret ja vanhemmat. Menetelmä soveltuu käytettäväksi sekä perheryhmille että yksittäisen perheen kanssa työskentelyyn. Ohjelma sisältää psykoedukaatiota ja harjoittelua erilaisten tehtävien kautta. Vanhemmat toimivat lastensa valmentajina. Ryhmäkertoja on viiden viikon aikana viikoittain, sen jälkeen kahden viikon välein vielä viisi kertaa.

Hoito-ohjelman käyttö edellyttää menetelmäkoulutusta ja sen ylläpito säännöllistä työnohjausta. Menetelmä ei sovi käytettäväksi, jos perheessä on isoja ongelmia, esimerkiksi ajankohtainen lastensuojelun tarve. Menetelmä auttaa huomattavasti niitä lapsia ja nuoria, joilla on sosiaalisten tilanteiden pelkoja.

5.1.6.5 Määrämittaiset psykoterapiat: Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT)

Vakavampia ahdistuneisuushäiriöitä hoidetaan psykoterapioilla; eniten tutkimusnäyttöä vaikuttavuudesta on kognitiivisista käyttäytymisterapioista.

Kognitiiviset käyttäytymisterapiat ovat ryhmä yksilö- tai ryhmähoitoja, jotka yhdistävät sekä käyttäytymisterapioiden että kognitiivisen terapian menetelmiä. Kognitiivinen lähestymistapa korostaa ajattelutoimintojen keskeistä välittävää roolia tunteiden ja käyttäytymisen muodostumisessa. Käyttäytymisterapian keskeisiä lähtökohtia ovat muun muassa hoidon pohjana käytettävä käyttäytymisanalyysi, toiminnallisten interventioiden (esim. altistaminen ja taitoharjoittelu) käyttö sekä oireilua ylläpitävien ympäristövasteiden tunnistaminen ja muokkaaminen oireiden vähentämiseksi. Useat KKT-muodot ovat mallinnettuja. Oireisto tai ongelma arvioidaan järjestelmällisesti yksilön, perheen ja ympäristön tasoilla. Työ kohdennetaan lapsen tai nuoren keskeisimpiin oireisiin, ja tavoitteena on niiden lievittyminen ja toimintakyvyn palautuminen. Terapiassa tutkitaan hoidettavan ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen välisiä vuorovaikutussuhteita perheessä, ikäoveripiirissä ja koulussa. Haitallisia tai huonosti toimivia ajattelun tai käyttäytymisen tapoja muokataan sekä opetellaan uusia, ympäristöön paremmin sopivia tapoja. Useimmat yksilöhoidot hyödyntävät eriasteisesti perhetyöskentelyä.

Viikoittaisia käyntejä on tavallisesti 8–16. Hoitojakson päättyessä arvioidaan, miten tavoitteet on saavutettu. Ongelman laajuus ja vaikeusaste vaikuttavat terapian suunniteltuun kesto.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian ryhmään kuuluvia hoitoja ovat esimerkiksi paniikkihäiriön hoitoon kohdennettu sekä lapsille että nuorille soveltuva Panic Control Treatment for Adolescents (PCT-A), ja sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmämuotoiseen hoitoon nuorille kohdennettu CBGT-A (Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents).

Kognitiiviset käyttäytymisterapiat edellyttävät toteuttajaltaan psykoterapiakoulutusta käytettävään menetelmään ja mahdollisuutta työnohjaukseen.

5.1.6.6 Lääkehoito

Mikäli psykososiaalisilla menetelmillä ei saada riittävää tai riittävän nopeaa hoitovastetta, voidaan hoitoon liittää lääkehoito. Alaikäisten ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitoon on vain muutama valmiste, jolla on niihin virallinen käyttöaihe. Lapsilla ja varhaisnuorilla lääkehoidon aloitus edellyttää yleensä erikoislääkärin arviota. Keski- ja myöhäisnuoruusikäisten (noin 15-vuotiaiden tai sitä vanhempien) ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidon voi aloittaa myös nuorten psyykenlääkehoitoon perehtynyt perusterveydenhuollon lääkäri tarvittaessa erikoislääkärinä konsultoiden (ks. Käypä hoito -suositus). Lääkehoidon seuranta voi toteutua ohjeistuksen mukaisesti perustasolla.

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito

Lääkehoidoksi suositellaan ensisijaisesti serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI), esimerkiksi fluoksetiinia tai sertraliinia.

Lääkehoito aloitetaan, mikäli selvää hoitovastetta psykososiaaliin hoitoihin ei ole todettavissa noin 1–2 kuukaudessa tai se jää aktiivisella psykoterapeuttisella hoidolla osittaiseksi. Hoitovaste tarkoittaa oireiden lievittymistä, mutta ei välttämättä kokonaan toipumista. Vaikeissa ahdistuneisuushäiriöissä lääkehoito voidaan liittää hoitoon heti hoidon alussa (jos oireilu aiheuttaa merkittävää kärsimystä tai merkittävästi vaikuttaa toimintakykyyn).

Vaikeissa ahdistuneisuushäiriöissä suositellaan lääkehoitoa yhdistettynä vaikuttaviin psykoterapeuttisiin hoitoihin.

Lääkehoidon tehon esiintulo voi vaatia 8–12 viikon lääkehoidon. Lääkehoidon vastetta ja siedettävyyttä tulisi seurata ensimmäisen kuukauden aikana viikoittain, sen jälkeen 2–4 viikon välein (tarpeen mukaan tiheämminkin) ensimmäisen kolmen kuukauden ajan lääkkeen aloituksesta ja sen jälkeen kolmen kuukauden välein.

Jos lääkehoito tehoaa, sitä suositellaan jatkamaan ainakin 6–9 kuukauden ajan; sen jälkeen se voidaan lopettaa vähitellen annosta laskien 1–2 kuukauden kuluessa lopetusoireiden välttämiseksi. Oireiden uusiutumisen vaara on suuri, jos hoito lopetetaan heti oireiden hävitessä. Joskus tarvitaan pitkäaikaisesta lääkehoitoa.

5.2 Masennusoireilu ja mielialahäiriöt

5.2.1 Tietoa häiriöistä

Masennusoireilua ja masennustiloja esiintyy kaikenikäisillä, mutta ne alkavat voimakkaasti yleistyä murrosiän käynnistymisen jälkeen. Masennustilojen esiintyvyys alle 13-vuotiailla on noin 2 %, mutta nuoruudessa niiden esiintyvyys on noin 5–8 %. Eriasteiset masennustilat ovatkin yksi nuoruusikäisten yleisimmistä terveysongelmista. Lapsuusiässä masennus on yhtä yleistä tytöillä ja pojilla, mutta murrosiän alkamisen jälkeen tyttöjen riski kasvaa suunnilleen kaksinkertaiseksi poikiin nähden. Masennustiloihin liittyy usein jokin muu samanaikainen mielenterveyden häiriö, useimmiten ahdistuneisuushäiriö.

Jopa 70 % masennustilan sairastaneista kokee uuden masennusjakson viiden vuoden kuluessa. Uusiutumisen heikentää ennustetta, ja mitä useampia masennusjaksoja on ollut, sitä suurempi on uusiutumisen riski myöhemmin. Uusiutumisen riskiä lisäävät epätäydellinen toipuminen aiemmasta masennusjaksosta, samanaikaiset oheissairaudet sekä elämäntilanteeseen ja ihmissuhteisiin liittyvät, oireilua ylläpitävät stressitekijät.

Perimä altistaa masennustiloille. Muita masennuksen syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat perheeseen tai ihmissuhteisiin liittyvät varhaiset menetykset ja kielteiset kokemukset, esimerkiksi läheisten omaisten tai ystävien menetys, seurustelusuhteen katkeaminen tai tiheät muutot.

Masennustilat haittaavat merkittävästi arkielämää ja saattavat hidastaa tai estää lapsen tai nuoren kehitystä myös sen liitännäisongelmien (kaverisuhteiden ongelmat, oppimiskyvyn heikentyminen ym.) kautta. Nuoruusiän masennustiloihin liittyy kohonnut itsetuhoisen käytöksen ja itsemurhan riski. Masennus voi heijastua vielä aikuisikään haitallisten terveysvaikutusten kautta. Siksi masennustilojen varhainen tunnistaminen ja hoitotoimien ripeä aloittaminen on tärkeää.

Masennuksen ennuste on sitä parempi, mitä varhaisemmin sitä päästään hoitamaan. Hoitoa tarvitaan silloin, kun masennusoireilu haittaa lapsen tai nuoren selviytymistä kotona, kaveripiirissä tai koulussa tai muutoin vaikeuttaa psyykkistä kehitystä. Myös masennuksen riskiryhmässä olevia lapsia tai nuoria kannattaa ohjata tukitoimien piiriin.

5.2.2 Hoidon porrastus

Lievät ja keskivaikeat masennustilat, joihin ei liity vaikeita samanaikaisia häiriöitä eikä vakavaa itsetuhoisuutta, voidaan hoitaa perustasolla. Riittävän pitkä seuranta-aika on suositeltava, jotta voidaan varmistua masennuksen helpottuneen tai tilanteen pitkittyessä tarvittaessa ohjata lapsi tai nuori jatkohoitoon erityistasolle.

Erikoislääkärin konsultaatio on tarpeen jos

- lievääasteinenkin masennus seurannassa pitkittyy
- aktiivisista tukitoimista huolimatta tilanne ei sovitussa ajassa helpotu.

Erikoissairaanhoidossa

- hoidetaan vakavat ja monioireiset häiriöt
- aloitetaan kouluikäisten lasten ja alle 15-vuotiaiden nuorten masennuslääkehoidot. Tätä vanhemmille nuorille masennuslääkehoidon voi aloittaa myös nuorten psyykenlääkehoitoon perehtynyt perusterveydenhuollon lääkäri (ks. Käypä hoito -suositus).
- Lapsen tai nuoren oireiden viitatessa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, tarkempi diagnostiikka ja hoidon aloitus tehdään erikoissairaanhoidossa.

Itsemurhavaarassa olevat lapset ja nuoret tulee päivystyksellisesti lähettää erikoissairaanhoitoon. Tarvittaessa turvaudutaan tahdosta riippumattomaan hoitoonohjaukseen käyttäen M1-lähetettä

5.2.3 Keskeinen oirekuva

Lasten ja nuorten masennuksen ja muiden mielialahäiriöiden yleiset piirteet ovat samat kuin aikuisilla. Lapsen ikä ja kehitysvaihe vaikuttavat kuitenkin oirekuvaan. Mitä vanhemmasta nuoresta on kyse, sitä enemmän masennuksen oirekuva muistuttaa aikuisten masennuksen kuvaa.

Alakouluikäisen masennus (7–12 v)

- toistuvat vatsakivut ja päänsäryt
- väsymys ja univaikeudet
- keskittymisvaikeudet, muita häiritsevä, levoton, uhmakas tai aggressiivinen käytös
- pellen rooli
- tarmon ja toimeliaisuuden puute
- heikentyneet koulusuoritukset
- vetäytyminen kaverisuhteista ja käytöksen passivoituminen
- ikätasoa nuorempi olemus
- kyllästynisyys, ikävystyneisyys ja ilottomuus, itkuisuus
- lisääntynyt riitaisuus
- huonommuuden kokemukset ja negatiivinen käsitys itsestä
- itsetuhoiset sisällöt puheessa
- psykomotorinen hidastuneisuus ja jähmeys (vaikeat masennukset).

Varhaisnuoren masennus (12–14 v)

- ruumilliset vaivat tavallisia (vatsakivut, päänsäryt, nivelkivut)
- lisääntynyt häiriökäyttäytyminen ja levottomuus
- riitaisuuden lisääntyminen (koti, kaverisuhteet)
- heikentyneet koulusuoritukset ja alisuoriutuminen
- riskikäyttäytyminen, esimerkiksi varhaiset seksi- ja päihdekokeilut
- itsearvostuksen lasku.

Masennus keskinuoruusiässä (15–17 v)

- oireilu kääntyy enenevästi sisäänpäin ja alkaa muistuttaa aikuisen masennusta
- kaverisuhteista vetäytyminen
- päihdekäyttäytyminen
- synkät ajatukset, alakuloinen ja pessimistinen ajattelu
- arvottomuuden tunteet
- itsetuhoisen ajattelun lisääntyminen.

5.2.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena

Oirekyselyiden pistemääriä ei voi yksinään käyttää diagnoosin perusteena, vaan diagnoosin asettaminen perustuu aina kliiniseen haastatteluun ja tilanteen kokonaisarvioon.

Oirekyselyiden väittämiä voi hyödyntää apukysymyksinä myös diagnostisessa haastattelussa, jolloin vastauksia voi samalla tarvittaessa täsmentää.

Nuorilla käyttökelpoinen työkalu on Nuorten geneerinen mielenterveysinstrumentti (GMI), joka ohjaa tiedonkeruun etenemistä ja soveltuvien kyselylomakkeiden ja arviointiasteikkojen käyttöä.

Oireiluun viittaavat vastaukset voi varmistaa haastatteleamalla. Mikäli seularaja ylittyy, tehdään laajempi jatkoarvio.

Masennuksen tutkimuksessa käytettäviä oirekyselyitä:

SMFQ-oirekysely lapsille ja nuorille

RBDI-mielialakysely nuorille

PHQ-2 ja PHQ-9-oirekyselyt nuorille

5.2.4.1 SMFQ (Mood and Feelings Questionnaire short version)

SMFQ-oirekyselyllä arvioidaan lasten ja nuorten masennusta. Lapsi tai nuori arvioi mielialaansa kahden viimeksi kuluneen viikon aikana. SMFQ on maksuttomasti saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankissa, jossa lomake laskee pisteet.

5.2.4.2. RBDI-mielialakysely (Raitasalo's modification of the short form of the Beck Depression Inventory)

RBDI-mielialakyselyllä arvioidaan koettua masennusoireilua, itsetuntoa ja myös ahdistuneisuutta. Ahdistuneisuutta RBDI-mielialakyselyssä arvioidaan yhdellä kysymyksellä, jonka tarkoitus on kiinnittää huomio mahdolliseen samanaikaiseen ahdistuneisuuteen. Nuori arvioi mielialaansa vastaamishetkellä. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–80 p. RBDI on maksuttomasti saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankissa. Kyselystä lisää luvussa 7.

5.2.4.3 PHQ-2

PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) soveltuu nuorille masennustilan seulontaan sekä muutoksen seurantaan. Kysely sisältää 2 kysymystä:

- Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana olet tuntenut itsesi alakuloiseksi, masentuneeksi, ärtyneeksi tai toivottomaksi?
- Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana olet kokenut mielenkiinnon puutetta tai vähäistä mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä?

Vastausvaihtoehdot ovat: ei ollenkaan (0 p), useina päivinä (1 p), enemmän kuin puolet ajasta (2 p) ja lähes joka päivä (3 p). Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–6 p. 3 p tai enemmän voi viitata masennustilaan. Katso myös luku 7.

5.2.4.4 PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Yhdeksän kysymystä sisältävällä PHQ-9-oirekyselyllä seulotaan nuorten masennusta ja arvioidaan ja sen vakavuusastetta. Nuori arvioi itse vointinsa kahden edellisen viikon aikana. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–27. 10 p tai enemmän viittaa masennustilaan (F32-33). PHQ-9 on maksuttomasti saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankissa, jossa lomake laskee pisteet. Katso myös kappale 6.2.14.

5.2.5 Diagnoosi ja erotusdiagnoosit

Lapsen tai nuoren haastattelussa kysytään masennusoireista ja ajankohtaisista kuormittavista tekijöistä kuten perheeseen ja ystävyyssuhteisiin liittyvistä muutoksista ja koulun tapahtumista. Mahdollisista itsemurha-ajatuksista kysytään suoraan esimerkiksi kysymyksellä: ”Onko sinulla ollut niin paha olla, että olet ajatellut vahingoittaa itseäsi tai tappaa itsesi?” (Katso myös kappale 5.3.1 Itsetuhoisuuden riskin arviointi.) Jos lapsi tai nuori myöntää näin olevan, tarkistetaan ovatko vanhemmat olleet tietoisia lapsen tai nuoren pahasta olostaan ja itsemurhavaarasta. Itsemurhalla uhkaileva tai itsetuhoisesti käyttäytyvä lapsi tai nuori ohjataan lääkärin arvioon. Lisäksi kysytään mahdollisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön poissulkemiseksi, onko tutkittava huomannut itsellään ylivilkkautta, ajatuksen rientoa, univaikeuksia, keskittymisvaikeuksia, tavallisesta poikkeavaa ärtyneisyyttä tai energian puutetta.

Mitä nuorempi lapsi, sitä tärkeämmässä roolissa on lähiaikuisilta saatava tieto lapsen nykytilanteesta ja mahdollisista kehityshistorian kuormitustekijöistä. Jos vanhemmat ovat havainneet lapsensa käytöksen muuttuneen, selvitetään heidän arvionsa muutokseen vaikuttaneista tekijöistä. Vanhemmilta tiedustellaan perheen elämään vaikuttavista kuormitustekijöistä ja elämäntapahtumista sekä ajankohtaisesta perhetilanteesta. Vanhemmilta kysytään myös heidän omasta tai lähisuvussa esiintyneestä mielialaoireilusta tai muusta psykiatrisesta sairastamisesta.

5.2.5.1 Diagnoosin perusteet

Mielialahäiriöiden diagnostiset kriteerit ovat samat kaikenikäisille. Masennustilan ydinoireet ovat masentunut mieliala, mielihyvän kokemuksen menetys ja uupumus. Ikävaiheelle tyypillisiä piirteitä on kuvattu edellä. Kliinisessä haastattelussa todettujen masennusoireiden lukumäärä, vakavuus, kesto ja oireiden aiheuttama kärsimys tai haitta johtavat diagnoosiin tai sen poissulkemiseen (taulukko 5.3).

Masennustilat luokitellaan lieviksi F32.0 (4–5 oireetta), keskivaikeiksi F32.1 (6–7 oireetta) tai vaikeiksi F32.2 (8–10 oireetta sekä kaikki oireet kohdasta B). Psykoottisessa masennuksessa (F32.3) esiintyy lisäksi harhaluuloja tai aistiharhoja. Toistuvassa masennuksessa (F33) sovelletaan vastaavia kriteerejä.

Taulukko 5.3. ICD-10:n mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan	
B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista:	<ol style="list-style-type: none"> Masentunut mieliala suurimman osan aikaa Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää Vähentyneet voimavarat, uupumus, tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuna) vähintään 4:	<ol style="list-style-type: none"> Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen Subjekttiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä päättämättömyytenä tai asioiden jähkailuna Psykomotorinen kiihtymys tai hidastuneisuus Unihäiriöt Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

5.2.5.2 Erotusdiagnoosit ja oheissairastavuus

Masennuksen kaltaisia oireita voivat aiheuttaa seuraavat erotusdiagnostiset psykiatriset tilat:

- ahdistusoireet ja ahdistuneisuushäiriöt
- syömishäiriöt ja syömishäiriöoireilu
- päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat; arvioinnissa huomioidaan, että päihteillä on mielialaa laskeva vaikutus
- ADHD
- käytöshäiriöt.

Erotusdiagnostisia laboratoriotutkimuksia

- verenkuva (PVK+TKD)
- tulehdusarvo (CRP)
- paastosokeri (fP-gluk)
- kilpirauhasen toimintakokeet (TSH, T4v)
- keliakiaseula
- virtsan huumeseula.

Masennustiloihin liittyy huomattavan suuri samanaikaissairastaminen. Oheissairaudet voivat esiintyä masennustilan kanssa samaan aikaan, edeltää tai seurata sitä. Tavallisia oheissairauksia ovat ahdistuneisuushäiriöt.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamiseksi korotetaan maanisten ja hypomaanisten oireiden esiintymistä. Tämä on tärkeää, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito eroaa masennustilojen hoidosta. Sukurasitus, masennukseen liittyvät psykoottiset oireet ja kohonnut mieliala masennuslääkehoidon sivuvaikutuksena sekä aiemmat kohonneen mielialan jaksot viittaavat kaksisuuntaisen mielialahäiriön riskiin. Häiriön diagnoosi varmistetaan erikoissairaanhoidossa, jossa myös akuuttihoito toteutetaan.

Masennusoireiden erottaminen oppimisvaikeuksista voi olla vaikeaa: masennustiloihin liittyvät oireet (mm. väsymys, muistiongelmat, päättämättömyys, keskittymiskyvyttömyys, hidastuminen) ja masennukseen usein liittyvä ahdistuneisuus voivat merkittävästi heikentää oppimiskykyä. Toisaalta oppimisen vaikeuksiin liittyvät negatiiviset kokemukset altistavat masennukselle.

Masennustilan diagnosointi ei edellytä laboratoriotutkimuksia, mutta ne voivat olla tarpeen somaattisen sairauden poissulkemiseksi. Somaattisista sairauksista esimerkiksi anemia, kilpirauhasen vajaatoiminta, infektiot ja tietyt neurologiset sairaudet (epilepsia, kasvaimet) voivat aiheuttaa masennuksen kaltaisia oireita.

Lapsilla ja nuorilla kannattaa muistaa myös suolistosairauksien, esimerkiksi keliakian mahdollisuus. Virtsan huumeseulan ottaminen voi nuorten kohdalla tulla harkittavaksi.

5.2.5.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Osalla masentuneista oirekuva voi myöhemmin kehittyä kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi (ks. seuraava sivu).

5.2.6 Hoito perustasolla

Masennusoireiden ja lieväasteisen masennustilan ensi vaiheen hoidossa kuormituksen keventäminen, psykoedukaatio sekä tukikeskustelut ovat usein riittävä apu. Lapsen tai nuoren tunnesäätely-, vuorovaihtus- ja ongelmanratkaisutaitojen vahvistaminen saattaa olla tarpeellista kehityksen suotuisan etenemisen varmistamiseksi. Unen riittävyys on tärkeä varmistaa. Yleisiä perustasolle soveltuvia työskentelymalleja on kuvattu luvussa 4. Siinä esitellyt tukitoimet voi käynnistää, vaikka masennusongelman tarkempi selvittely olisi vasta alussa.

Työskentelyn tulee olla tavoitteellista siten, että käynnistettävillä tukitoimilla sovitaan aikataulu ja tavoite, kuten konkreettinen muutos lapsen tai nuoren voinnissa, tai sovitussa masennusoirekyselyssä tapahtuva pisteiden väheneminen. Mikäli käynnistetyt tukitoimet osoittautuvat riittämättömiksi, tarkistetaan suunnitelmaa, tarvittaessa erikoislääkärin konsultoiden.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Lapsuus- ja nuoruusiässä ilmenevä masennus voi olla kaksisuuntaisen mielialahäiriön sairausjakso, jolloin lapsella tai nuorella ilmenee myöhemmin manian tai lievän manian (hypomania) jakso. Lapsen ja nuoren hypomaniajakso tai maniajakso muistuttavat aikuisen vastaavia sairausjaksoja, mutta voivat olla luonteeltaan jonkin verran poikkeavia. Osalla kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivistä nuorista häiriöön liittyy käytöshäiriöoireita.

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennusjaksot ja kohonneen mielialan vaiheet (hypomania/mania) vaihtelevat. Masennusjaksot ja kohonneen mielialan jaksot kestävät useista päivistä viikkoihin ja niiden välillä mieliala ja toimintakyky voivat olla normaaleja.

Masennusjakson oirekuva on samanlainen kuin masennustiloissa. Kohonneen mielialan jaksoja luonnehtivat lapsen tai nuoren normaalista käyttäytymisestä poikkeava toimeliaisuuden lisääntyminen, estoton käytös, mielialan perusteeton kohoaminen, ärtyneisyyden lisääntyminen, suuruuskuvitelmat sekä unen tarpeen väheneminen. Diagnoosin asettamisessa on tärkeää todeta oireiden jaksoittaisuus.

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastumista voivat edeltää ennakoivat oireet. Tällaisia voivat olla vaikeus tunnistaa ja säädellä omia mielialoja ja tunteita sekä estoton, pidäkkeetön käyttäytyminen. Tavanomaista voimakkaampi, kausittain vaihteleva tunnereagointi tapahtumiin tai toiminnan ohjauksen ongelmat ja keskittymisvaikeudet sekä ajattelun vaikeutuminen voivat edeltää sairastumista.

Epäiltäessä kaksisuuntaista mielialahäiriötä nuorella voi tunnistamisen tukena käyttää MDQ-mielialahäiriökyselyä (Mood Disorder Questionnaire Mielenterveystalo). Työntekijä esittelee kyselylomakkeen nuorelle ja antaa ohjeet sen täyttämiseksi. Vastaukset on tärkeä käydä yhdessä läpi. MDQ-mielialahäiriökysely on varsin herkkä, mutta ei tarkka. Vääriä positiivisia seulontatuloksia tulee herkästi. Positiivinen seulontatulokset edellyttääkin tarkempaa oirehistorian haastattelua ja näiden viitatussa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön varmistetaan diagnoosi erikoissairaanhoidossa.

Lasten ja nuorten kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mielialaa tasaavat lääkkeet ovat yhtä tärkeässä roolissa kuin aikuisten vastaavissa häiriöissä. Hoitoon kuuluu yleensä psykoedukaatio ja perheen tukeminen. Lääkehoitoon yhdistetään erityyppisiä psykososiaalisia hoitoja.

5.2.6.1 Työskentely vanhempien kanssa

Vanhempien osuus kouluikäisen masentuneen hoidossa on merkittävä. Mitä nuorempaa lasta hoidetaan, sitä tärkeämpi on vanhempien rooli. Työskentelyn tukena voi hyödyntää esimerkiksi Mielenterveystalo.fi- ja mieli.fi-sivustoilta löytyvää häiriökohtaista ja yleistä tietoa ikätasoisesta kehityksestä ja erilaisista perheissä ilmenevistä tavallisista pulmatilanteista. Tieto on hyödyllistä pohdittaessa lapsen, nuoren tai perheen kuormituksen keventämistä masennuksen ensi vaiheen tukitoimena. Pelkästään lapsen tai nuoren oman viikko-ohjelman tai koulutyön keventäminen ei yleensä riitä, vaan keventämistoimet ulotetaan myös perhetasolle. Kuormituksen keventämisessä tarvitaankin yleensä vanhempien vahvaa panostusta.

Masentunut lapsi ja nuori tarvitsee tuekseen aikuisen, joka on tunnetasolla käytettävissä, pystyy siemään lapsen kaikkia tunteita sekä osoittamaan kiintymystä ja huolenpitoa lasta kohtaan. Lisäksi on tärkeää, että vanhempi voi käytännössä olla enemmän läsnä lapsensa arjessa. Tätä tarvetta korostaa lapsen tai nuoren masennukseen usein liittyvä jaksamattomuus, passiivisuus ja vetäytyminen kaverisuhteista tai harrastuksista. Masentunutta kouluikäistä ei pidä jättää yksin, etenkin jos oirekuvaan liittyy epäily itsetuhoisuudesta. Lapsen tai nuoren tunnesäätely-, vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitojen vahvistamisessa vanhempien antama tuki näiden taitojen harjoittelulle kotona on oleellinen osa kuntoutuskokonaisuuksia.

Lapsen tai nuoren masennusoireilu voi liittyä koko perhettä koskeviin tapahtumiin tai perheen vuorovaikutuksen ongelmiin. Vanhempien kanssa on hyvä pohtia heidän omaa työ- tai harrastesidonnaisuuttaan ja perheen käytäntöjä esimerkiksi yhteisen ajan viettämisessä. Perhettä tuetaan järjestämään aikaa yhteiselle ruokailulle ja yhteiselle, kaikkien osallistujien mielestä mukavalle arkiselle tekemiselle tai harrastamiselle, samoin lapsen tai nuoren kanssa keskustelulle ja tämän kuulumisten aktiiviselle kuuntelulle. Vanhempien kanssa kartoitetaan myös perheen vuorovaikutustyyliä ja ongelmanratkaisutapoja sekä vanhempien parisuhteen tilaa. Jos näissä tunnistetaan pulmia, vanhempia ohjataan aloittamaan niiden työstäminen esimerkiksi perheneuvolassa. Mikäli vanhempien voimavarat tai mahdollisuudet tukea lasta tai nuorta vaikuttavat riittämättömiltä, voidaan yhteistyöhön pyytää mukaan muita perustason toimijoita, esimerkiksi lastensuojelu.

Jos vanhempi tuo esiin omia samantyyppisiä oireita, häntä kannustetaan tutustumaan Mielenterveystalo-sivuston omahoito-ohjelmiin tai mieli-fi-ohjelmiin, esimerkiksi Oiva-harjoitusohjelmaan. Tarvittaessa vanhempaa tuetaan hakeutumaan omaan hoitoon.

5.2.6.2 Miten auttaa lasta tai nuorta koulun arjessa

Masentunutta lasta tai nuorta voi tukea olemalla kiinnostunut hänestä ja antamalla matalalla kynnyksellä myönteistä, kannustavaa palautetta. Voimavaroja koulunkäyntiin selvitetään keskustelemalla yhdessä lapsen, nuoren ja vanhempien kanssa. Koulunkäynnin sujumisen helpottamiseksi voivat vanhemmat, opettaja ja muut työskentelyyn osallistuvat sopia tarvittavia määräaikaista erityisjärjestelyjä, esimerkiksi keventämällä koulutyön vaatimuksia erityisen kuormittaviksi koetuissa kouluaineissa tai vähentämällä annettavien kotitehtävien määrää. Yhteistyö vanhempien kanssa on tärkeää, jotta koulussa ja kodissa toimittaisiin samansuuntaisesti. Keskustellen kartoitetaan, mitkä ovat kouluympäristössä vaikeimmat tilanteet, ja mitä tukea lapsi tai nuori niihin toivoisi. Jos hän kokee esimerkiksi välitunnit tai ryhmässä olemisen vaikeaksi, mietitään mitä käytännön tukea niihin voi antaa. Säännöllinen koulunkäynti edistää jos sinänsä toipumista tuomalla rytmiä ja säännöllisyyttä arkeen. Vanhempien kanssa sovitaan riittävän tiiviistä yhteydenpidosta ja sen käytännöistä. On tärkeä pyrkiä havaitsemaan herkästi oireilun voimistuminen tai olemuksen tai käyttäytymisen muutos, jolloin yhteydenpito vanhempiin on erityisesti tärkeää.

5.2.6.3 Omahoito-ohjelmat

Yläkouluikäisiä nuoria voi ohjata omatoimisesti tutustumaan Mielenterveystalo.fi-sivuston nuorille suunnattuun masennuksen omahoito-ohjelmaan, joka tarjoaa tietoa ja välineitä masennusoireiden hallintaan. Ohjelma perustuu kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin.

5.2.6.4. Masennukseen kohdenneet hoito-ohjelmat

Lievästä masennustilasta ja pitkittyneistä lievistä masennusoireista kärsiville lapsille ja nuorille on kehitetty lyhyitä ja käsikirjaan perustuvia hoito-ohjelmia. Parhaiten tutkittuja hoitoja ovat yksilö- tai ryhmämuotoiset kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiseen pohjaavat tai interpersoonalliseen terapiaan perustuvat työskentelytavat. Näitä ohjelmia voivat toteuttaa menetelmäkoulutuksen saaneet terveydenhoitajat, psykiatriset sairaanhoitajat, psykologit ja sosiaalialan työntekijät riittävän työnohjauksen saadessaan.

Interpersonaalinen ohjaus (Interpersonal Counseling, IPC)

Kuudesta tapaamisesta koostuva interpersonaalinen ohjanta (Interpersonal Counseling, IPC) on interpersonaalisesta terapiasta (IPT-A) edelleen kehitetty lyhytahoito lievään ja enintään keskivaikeaan masennukseen. Kolmepäiväinen IPC-ohjannan peruskoulutus antaa valmiudet menetelmän käyttöön riittävän työnohjauksen tuella. Se on suomalaistutkimuksessa osoittautunut opiskeluhuollon eri työntekijäryhmien toteuttamana tehokkaaksi yläkouluikäisten nuorten lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa.

5.2.6.5 Määramittaiset psykoterapiat

Lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa käyttökelpoisia ovat myös erilaiset fokusoidut, yleensä 12–16 viikkoa kestävät lyhythoidot. Mikäli niillä ei saada riittävää vastetta, arvioidaan tiiviimmän hoidon, esimerkiksi intensiivisemmän psykoterapian ja tehokkaamman lääkehoidon, järjestämistä.

Kognitiivis-käyttätymisterapeuttinen ryhmä- tai yksilöterapia

Kognitiiviset käyttätymisterapiat ovat ryhmä yksilö- tai ryhmähoitoja, jotka yhdistävät sekä käyttätymisterapioiden että kognitiivisen terapian menetelmiä. Kognitiivisen käyttätymisterapian keskeinen ajatus on, että ihmisen ajatukset, tunteet ja käyttätyminen vaikuttavat kaikki toisiinsa ja että ihminen voi tietoisesti opetella toimimaan eri tavalla haastavassa tilanteessa. Terapiassa tutkitaan hoidettavan ajattelun, tunteiden ja käyttätymisen välisiä vuorovaikutussuhteita perheessä, ikäoveripiirissä ja koulussa. Haitallisia tai huonosti toimivia ajattelun tai käyttätymisen tapoja muokataan sekä opetellaan uusia, ympäristössä paremmin toimivia tapoja. Useimmat yksilöhoidot hyödyntävät eriasteisesti perhetyöskentelyä. Terapian toteuttajalta edellytetään psykoterapiakoulutusta ja mahdollisuutta työnohjaukseen.

Psykodynaaminen lyhytpsykoterapia

Psykodynaamisessa psykoterapiassa työskentely kohdentuu hoidettavan nykyiseen elämäntilanteeseen liittyviin mielikuviiin ja tunteisiin, joita terapiassa yhdessä selvennetään ja ymmärretään aikaisemman historian ja siitä mieleen nousevien muistojen avulla. Mielikuvia ja tunteita käytetään työvälineinä, kun käsitellään elämänmuutoksia, kasvun lapsessa tai nuorena aiheuttamia muutoksia sekä sisäisiä tai ulkoisia ristiriitoja. Psykodynaamisessa lyhytpsykoterapiassa työskentely kohdennetaan johonkin yksittäiseen ongelmaan tai toimintatapaan. Lapsen tai nuoren ja terapeutin tapaamisia on kerran viikossa, keskimäärin 20. Vanhempia tavataan yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Menetelmä soveltuu lasten ja nuorten masentuneisuuden hoitoon parhaiten silloin, kun muita samanaikaisesti hoitoa vaativia ongelmia ei ole. Terapian toteuttajalta edellytetään psykoterapiakoulutusta ja mahdollisuutta työnohjaukseen.

Interpersonaalinen psykoterapia (IPT-A) nuorille

IPT-A on mallinnettu menetelmä, jossa on oleellista tunteiden ja ihmisten välisen vuorovaikutuksen yhteyden ymmärtäminen. Tavoitteena on oireiden helpottuminen ja sosiaalisten taitojen ja ongelmanratkaisukyvyyn paraneminen sekä nuoruusiän kehitystehtävien mukainen edistyminen. Käyntejä on kerran viikossa 12, tarvittaessa 16 viikon ajan. Aloitusvaiheessa kartoitetaan nuoren oireet, läheisten ihmissuhteiden kuormittavat ja toimivat puolet ja muutokset sekä määritellään yhteisesti ongelma-alueet ja terapian tavoitteet. Terapiassa työstettäväksi valitaan korkeintaan kaksi voimakkaimmin oireisiin vaikuttavaa ongelma-alueita. Terapian keskivaiheilla työstetään tapahtumien yhteyttä tunteisiin ja esimerkiksi mahdollisia juuttumia kommunikaatiossa antaen opastusta kommunikaation perustaidoissa. Päätösvaiheessa arvioidaan hoidon tulosta ja pohditaan tulevaisuuden selviytymiskeinoja. Vanhemmat ovat mukana yhdessä alkuvaiheen istunnossa ja sen jälkeen joustavasti tarvittaessa. Terapeutti voi tavata tarpeen mukaan myös muita läheisiä ihmisiä ja tehdä yhteistyötä koulun kanssa. Oireiden helpottumista seurataan käyntikohtaisesti. Terapian toteuttajan ei tarvitse olla psykoterapeutti, mutta menetelmäkoulutus ja mahdollisuus työnohjaukseen tarvitaan.

Perhepsykoterapiat

Perheterapia yhdistää osaksi hoitoa aineksia useilta vuorovaikutuspsykologian alueilta ja useista psykoterapiamuodoista. Perheterapia kohdistuu vuorovaikutussuhteisiin lapsen, nuoren ja hänen vanhempiansa, sisarusten ja joskus myös laajemman sosiaalisen verkoston välillä. Perheterapiassa pyritään muutokseen sellaisissa vuorovaikutusmalleissa, jotka ylläpitävät psykopatologiaa ja ovat esteenä kehityksen suotuisalle etenemiselle. Muutokseen pyritään erityisesti perheen vuorovaikutuksen myönteisten voimavarojen kautta. Perheterapian tiheys ja kesto vaihtelee muutamasta käynnistä esimerkiksi 20 kerran viikoittaiseen hoitojaksoon. Terapian toteuttajalta edellytetään psykoterapiakoulutusta ja mahdollisuutta työnohjaukseen.

5.2.6.6 Lääkehoito

Lasten ja nuorten masennuksessa käytetään yleisimmin serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI-lääkkeitä), ensisijaisesti suositellaan fluoksetiinia.

Lasten ja varhaisnuorten masennuslääkehoidon aloittaa erikoislääkäri. Hoidon seuranta voi jatkua perustasolla erikoislääkärin ohjeistuksen mukaisesti.

Keskinuoruusiästä alkaen (15-vuotiaat ja sitä vanhemmat) masennuksen lääkehoidon voi toteuttaa nuorten psyykenlääkehoitoon perehtynyt perusterveydenhuollon lääkäri, tarvittaessa erikoislääkäriä konsultoiden.

SSRI-lääkkeiden aloitukseen liittyviä yleisimpiä haittavaikutuksia ovat päänsärky, pahoinvointi, erilaiset vatsavaivat, levoton olo tai ahdistuksen lievä lisääntyminen. Haittavaikutukset vähenevät tai loppuvat yleensä hoidon jatkuessa, ja niiden vuoksi hoitoa tarvitsee harvoin lopettaa. Lapsilla ja nuorilla SSRI-lääkkeiden käyttöön voi hoidon alkuvaiheessa liittyä itsemurha-ajatusten ja itsetuhoisten tekojen riski, minkä vuoksi lääkehoidon aloitusta on seurattava tiiviisti. Tällainen haitta on kuitenkin harvinainen, ja hoitamaton masennus on suurempi riski itsetuhoisuuden kannalta.

Toisinaan osittaisen hoitovasteen syynä on, että käytetyn lääkkeen annosta ei nosteta riittäväksi. Fluoksetiinin lopetusvaiheeseen liittyy harvemmin ongelmia, koska sen puoliintumisaika on pitkä. Toisinaan nuoret ”unohtavat” ottaa lääkityksen voidessaan paremmin. Mikäli nuori on täysin oireeton, ei ole mielekästä aloittaa lääkettä uudestaan vaan seurataan, kehittykö masennusoireisto uudestaan.

Masennustilaan liittyvä unihäiriö helpottuu yleensä oireiden muutoinkin lievittyttyä. Unettomuutta kannattaa kuitenkin hoitaa masennustilan hoidon rinnalla. Unettomuuden muita, masennukseen liittymättömiä syitä on hyvä tarkastella esimerkiksi unipäiväkirjan avulla. Lyhytaikaiseen käyttöön masennukseen liittyvissä univaikeuksissa voi käyttää melatoniinia 1–3 mg iltaisin tuntia ennen aiottua nukkumaanmenoaikaa otettuna viimeistään klo 23 tai toissijaisesti hydroksitsiinia 12, 5–25 mg x 1. Hydroksitsiinin isoihin annoksiin on yhdistetty pidentynyt QT-aika ja rytmihäiriöriski. Varsinaisten unilääkkeiden käytön kohdalla tulee olla kriittinen.

Masennustilan lääkehoito

Nuoren lievän tai keskivaikean masennustilan hoito aloitetaan pääsääntöisesti psykososiaalisin menetelmin. (Katso Käypä hoito -suositus)

Lääkehoidon periaatteita:

- Ellei hoitovastetta psykososiaaliin hoitoihin (oireiden lievittymistä, mutta ei tarvitse olla kokonaan toipunut) ole todettavissa aktiivisella hoidolla (4–6 vastaanottokäyntiä) 1–2 kuukauden jälkeen, suositellaan liittämään hoitoon serotoniinin takaisinoton estäjä (SSRI).
- Ensisijaiseksi lääkkeeksi suositellaan fluoksetiinia. Myös muita SSRI-lääkkeitä (etenkin essitalopraamia tai sertraliinia) voi käyttää.
- Lääkehoito suositellaan aloitettavaksi aikuisten suositusta pienemmällä annoksella, esimerkiksi fluoksetiini 5–10 mg x 1 viikon ajan ja sen jälkeen 10–20 mg x1.
- Hoitovasteen ja mahdollisten haittavaikutusten seurannan tulee olla tiivistä, aluksi viikoittaista.
- Lääkeannosta voi nostaa noin neljän viikon hoidon jälkeen (ad 30–40 mg), jos hoitovastetta ei todeta tai oireilu on lievittänyt vain vähän.
- Vakiintuneessa tilanteessa lääkehoidon seuranta voi jatkua perusterveydenhuollossa.
- Masennuslääkehoitoa on uusiutumisen ehkäisemiseksi aina syytä jatkaa noin puolen vuoden ajan vielä akuuttivaiheen jälkeenkin eli siitä ajankohdasta, kun koululainen on tullut oireettomaksi
- Oireiden uusiutumisen vaara on suuri, jos hoito lopetetaan heti oireiden hävitessä
- Hoitoannosta ei ole syytä pienentää ilman erityistä syytä
- Kun lapsi tai nuori on ollut puolen vuoden ajan yhtäjaksoisesti oireeton, lääkehoito voidaan sen jälkeen vähitellen annosta laskien lopettaa 1–2 kuukauden kuluessa

5.3 Itsetuhoisuus ja viiltely

Lapsen itsetuhoisuus voi ilmetä toistuvina onnettomuuksina, vaarasta piittaamattomana käytöksenä sekä itsemurha- ja kuolemanpuheina tai -yrityksinä. Masennukseen liittyvä itsetuhoisuus saattaa ilmetä kotoa karkailuna, alttiutena joutua toistuviin onnettomuuksiin sekä itsemurhapuheina ja myös -yrityksinä. Lasten itsemurhia pidetään usein tapaturmaisina. On kuitenkin huomattava, että lapsen itsensä tappamisella uhkailu riita- ja rajaamistilanteissa saattaa liittyä lapsen kehittymättömään tunteiden ilmaisukykyyn eikä varsinaiseen itsetuhoisuuteen.

Nuorilla itsemurhayritykset ja itsemurhat liittyvät erityisesti masennustiloihin ja päihdehäiriöihin sekä päihtymykseen tilannetekijänä, erityisesti pojilla myös epäsosiaaliseen oireiluun. Ainakin puolella masennusta sairastavista nuorista on itsemurha-ajatuksia ja noin kolmanneksella itsemurhayrityksiä.

Itsemurhayrityksen laukaisevana tekijänä on usein jokin ajankohtainen tapahtuma, kuten seurustelu- tai ystävyysuhteen katkeaminen, riita läheisen kanssa, koulunkäyntiin liittyvät vaikeudet, epäonnistuminen tai jokin pettymys. Näiden stressitekijöiden lisäksi itsemurhayrityksen vaaraa lisää paitsi aiempi itsemurhayritys, myös toistuva itsensä vahingoittaminen, kuten viiltely, vaikka siihen ei liittyisikään pyrkimystä oman kuoleman aiheuttamiseen. Itsemurhariski on korkeampi, jos masennukseen liittyy päihdeongelma. Itsemurhariskiä lisäävät myös perheessä ja ystäväpiirissä tapahtuneet itsemurhat.

Itsetuhoisuus on kattotermi, joka itsessään ei kuvaa kovin hyvin, mistä on kysymys. Itsetuhoisuus voi ilmetä itsemurha-ajatuksina, itsemurhasta puhumisena, keskeytyneenä itsemurhayrityksenä, itsemurhayrityksenä tai itsemurhana. Erilaiset itsetuhoiset ajatukset ja teot tulee arvioida ja kuvata eriteltynä mahdollisimman tarkasti (taulukko 5.4).

5.3.1 Itsetuhoisuuden riskin arviointi

Mielenterveyshäiriötä tai päihdeongelmaa epäiltäessä tulee arvioida myös itsetuhoisia oireita. Erityisen tärkeää on arvioida itsemurhavaara masennusta epäiltäessä.

Haastattelussa itsemurha-ajatuksista ja mahdollisista suunnitelmista kysytään suoraan. Itsemurhaan liittyvistä asioista kysyminen ei aiheuta itsemurha-ajatuksia tai lisää itsemurhan vaaraa. Itsemurha-ajatusten vakavuus ja pysyvyys, niihin liittyvän kuolemanpyrkimyksen voimakkuus, mahdolliset itsemurhasuunnitelmat tai muut valmistelut arvioidaan. Kysytään, mihin itsemurha-ajatukset liittyvät, ovatko ne mielessä koko ajan vai väistyvätkö ajatukset välillä. Myös mahdolliset aikaisemmat itsemurhayritykset selvitetään.

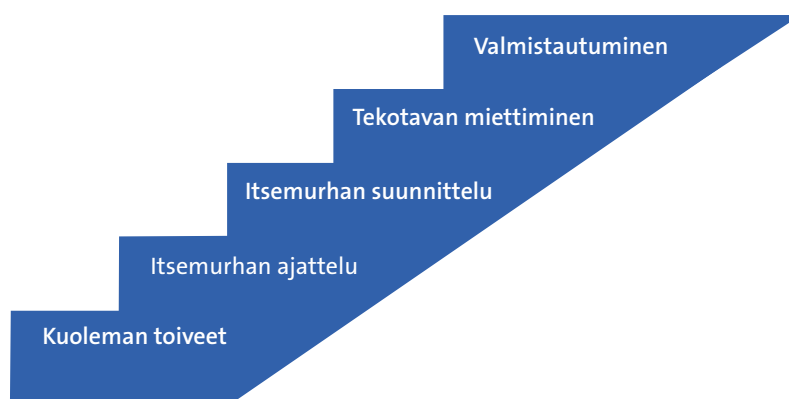
Haastattelun ja taustatekijöiden selvittelyn laajuus riippuu siitä, onko kyseessä arvio päivystykselliseen hoitoon lähettämisen tarpeesta, kiireellisyysarvio lääkärin vastaanottoajan varaamiseksi vai esimerkiksi masennuksen hoitoon liittyvä tilanne.

Taulukko 5.4. Itsetuhoisuuteen liittyvät termit

Itsemurha-ajatukset	Itsemurha-ajatukset, voivat vaihdella ohimenevistä jäsentymättömistä mielikuvista pitkään kestäviin, yksityiskohtaisiin itsemurhasuunnitelmiin. Itsemurhauhkaukset
Itsemurhayritys	Itseä vahingoittava teko tai käytös, jossa on ainakin jonkinasteinen aikomus kuolla teon seurauksena
Itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta	Yleisin käytetty tapa on viilteleminen, mutta myös muita tapoja voi esiintyä

Itsetuhoisuuden arvioinnissa huomattava

- kaikkiin viittauksiin itsemurhasta tulee suhtautua vakavasti
- itsemurha-ajatukset ja -aiheet otetaan aktiivisesti puheeksi
- kysytään suoraan asioiden oikeilla nimillä ja vältetään moralisointia
- kysytään, onko lapsi tai nuori aikaisemmin yrittänyt itsemurhaa tai muuten vahingoittanut itseään
- kysytään itsemurha-ajatusten voimakkuutta, toistuvuutta ja kestoja sekä ajatusten hallittavuutta
- arvioidaan lapsen tai nuoren kuolemanpyrkimyksen voimakkuus sekä se, onko hänellä itsemurhasuunnitelma tai onko hän tehnyt valmisteluja (kuvio 5.1)
- arvioidaan itsemurha-ajatusten vakavuutta: niiden vakavuusaste vaihtelee ja niihin liittyvä itsemurhariski on erilainen (taulukko 5.5)
- jäsennetään keskustelussa lapsen tai nuoren motiiveja
- Itsetuhoisuusarvio ja havainnot kirjataan
- pohditaan yhdessä vaihtoehtoisia keinoja ongelmien ratkaisemiseksi.



Kuvio 5.1. Itsemurha-ajatusten vakavuuden arviointi.

Osa muslimeista tulkitsee Koraanin kieltävän itsemurhan, mikä hankaloittaa itsetuhoisuudesta puhumista. Suorat kysymykset itsetuhoisuudesta eivät siksi aina selvitä tilannetta luotettavasti. Itsetuhoisuudesta kysyminen voi tuntua myös loukkaavalta, ellei sitä perustella hyvin. Sitä ei kuitenkaan loukkaamisen riskin vuoksi voi jättää kysymättä ja käsittelemättä.

Paloma-käsikirja



Taulukko 5.5. Itsetuhoisuuden arviointi: eriasteisiin itsemurha-ajatuksiin liittyvä riski

Tyyppi	Ajatus	Ajankohtainen itsemurhariski	Esimerkkikysymyksiä
Epäspesifiset kuolema-ajatukset	"Elämä ei ole elämisen arvoista"	Vähäinen	<ul style="list-style-type: none"> Oletko viime aikoina tai aiemmin ajatellut paljon kuolemaa? Oletko toivonut vakavaa sairastumista? Onko sinusta tuntunut siltä, että elämä ei ole elämisen arvoista? Koetko itsesi toivottomaksi?
Spesifiset kuolema-ajatukset	"Haluaisin kuolla"	Vähäinen	<ul style="list-style-type: none"> Lapset/nuoret, joilla on paha olla, toivovat joskus olevansa kuolleita tai ajattelevat, että olisi parempi, jos he olisivat kuolleita. Onko sinulla ollut koskaan tällaisia ajatuksia?
Itsemurha-ajatukset ilman itsemurha-intentiota	"Voisin tappaa itseni"	Kohonnut	<ul style="list-style-type: none"> Lapset/nuoret, joilla on samanlaisia oireita kuin sinulla, saattavat ajatella itsemurhaa tai itsensä vahingoittamista. Oletko sinä koskaan ajatellut sellaista? Oletko ajatellut itsemurhaa tai sen tekemistä? Milloin, miten usein? Pystytkö vastustamaan näitä ajatuksia?
Itsemurha-ajatukset, joihin liittyy itsemurha-suunnitelma	"Aion tappaa itseni"	Korkea	<ul style="list-style-type: none"> Oletko ajatellut, miten vahingoittaisit itseäsi? Mitä siitä seuraisi? Onko sinulla suunnitelma? Millainen?
Itsensä vahingoittaminen			
Ilman itsemurhatarkoitusta tapahtuva itseä vahingoittava käytös	"Paha ahdistunut olo helpottaa" "Ansaitseen rangaistuksen"	Vähäinen , jos ei muuta oiretta Kohonnut , jos lisäksi saman-aikaisia toivottomuuden tunteita, tai kuoleman toiveita ja halu vahingoittaa itseä	<ul style="list-style-type: none"> Oletko koskaan yrittänyt satuttaa itseäsi? Oletko esimerkiksi viillellyt tai raapinut itseäsi? Miksi teit niin? Kuinka usein?
Itsemurhayritykset	"Kuolen teon seurauksena" "Voin kuolla teon seurauksena"	Korkea , jos ajankohtainen (viimeisen 1–2 kk kuluessa) tapahtunut yritys TAI aiemmin tapahtunut yritys ja ajankoh- taisia itsemurha-ajatuksia Kohonnut , jos yrityksestä yli 2 kk ja itsetuhoisia ajatuksia Vähäinen , jos yrityksestä yli 2 kk ja ei ajankoh- taisia itsetuhoisia ajatuksia	<ul style="list-style-type: none"> Oletko koskaan vahingoittanut itseäsi tarkoituksella? Oletko yrittänyt itsemurhaa? Milloin? Mitä teit? Halusitko todella kuolla? Kuinka läheltä piti, että olisit toteuttanut sen? Oliko kukaan muu samassa huoneessa? Tai asunnossa? Kerroitko heille siitä etukäteen? Miten sinut löydettiin? Pyysitkö apua sen jälkeen? Olitko päähtynyt?

5.3.2 Hoidon porrastus

Itsemurhariskin arvio perustuu aina kokonaistilanteeseen. Perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa lasta ja nuorta, jonka itsetuhoisuuden riski arvioidaan vähäiseksi. Epäselvässä tilanteessa arvio hoitopaikasta tehdään erikoislääkärinä konsultoiden.

Lapsi tai nuori, jolla on jatkuvia itsemurha-ajatuksia tai itsemurhasuunnitelma, kuuluu kiireellisesti tai päivystyksellisesti erikoissairaanhoidon arvioon. Itsemurhaa yrittäneen nuoren arvio tehdään erikoissairaanhoidossa. Akuutti itsemurhariski on peruste päivystykselliselle sairaalahoitoon ottamiselle.

- **Vähäinen riski:**
perusterveydenhuollon tasoinen aktiivinen hoito, tarvittaessa ja epäselvissä tilanteissa lasten- tai nuorisopsykiatrin konsultaatio
- **Kohonnut riski:**
kiireellinen ohjaus erikoislääkärin/erikoissairaanhoidon arvioon
- **Korkea riski:**
päivystyksellinen ohjaus erikoissairaanhoidon.

Kouluikäisillä akuutti itsemurhariski voidaan katsoa edellytykseksi tahdosta riippumattomalle hoidolle. Alaikäisellä vakavan mielenterveyden häiriön edellytykset täyttävät esimerkiksi vakava itsemurhayritys, pakottavat itsemurhaimpulssit, selkeä itsemurhasuunnitelma, tai jos ei voida luottaa siihen, ettei lapsi tai nuori toimi itsetuhoisten impulssiensa tai suunnitelmiansa mukaan.

Toistuvasti ilman itsemurhapyrkimystä itseään vahingoittava lapsi tai nuori on hyvä ohjata vähintään lasten- tai nuorisopsykiatrin konsultaatioon, ja harkinnan mukaan ohjata laajempaan arvioon erikoissairaanhoidon tavanomaisen lähetekäytännön mukaisesti.

5.3.3 Tukitoimet perustasolla

Mikäli lapsen tai nuoren masennusta tai muuta mielenterveyden häiriötä jätetään hoitamaan tai seuraamaan perustasolla, on tärkeää varmistaa, että hänellä on riittävä vanhempien tai muiden aikuisten tuki käytettävissään kriisitilanteissa. Lievääkin itsetuhoisuutta epäiltäessä on vanhemmilta varmistettava, ettei kotona ole helposti saatavilla itsemurhayritysvälineitä, kuten lääkkeitä, teräaseita tai muita aseita. Turvasuunnitelmaan kuuluu myös lapsen, nuoren ja vanhempien kanssa sopiminen siitä, miten hoitoonohjaus toteutuu sujuvasti, jos vaikeaa itsetuhoisuutta ilmenee.

Lapsen tai nuoren kanssa voi pohtia, minkälaiset asiat hänen mielessään liittyvät esimerkiksi kuoleman toiveisiin ja mitkä asiat toisaalta puhuvat elämän puolesta. Lisäksi voi yhdessä tarkastella, onko tulevaisuudessa edes joitain myönteisiä odotuksia tai ihan konkreettisesti odotettavia mielekkäitä tapahtumia.

Keskeistä on rekrytoida tukiverkostoa, sillä läheisten tuki on tarpeen. Lapsi tai nuori saattaa toivoa, että huoltajille ei kerrota itsetuhoisista oireista. Tässä tulee kuitenkin pyrkiä avoimuuteen ja perustella syyt, miksi vakavien oireiden salaaminen vanhemmilta ei ole lapsen tai nuoren oman edun mukaista. Läheisille kertomiseen liittyvät huolet kannattaa kuitenkin nostaa puheeksi. Voi olla, että lapsi tai nuori ei halua huolestuttaa vanhempiaan, kasvattaa heidän taakkaansa tai hän pelkää heidän reaktiotaan. Tällöin kannattaa yhdessä suunnitella, mitä ja miten kerrotaan, ja varmistaa, että työntekijä on lapsen tai nuoren apuna tilannetta selvitellessä.

5.3.3.1 Lapsen tai nuoren turvasuunnitelma

Yksi itsetuhoisen lapsen tai nuoren turvatekijä on turvasuunnitelma, joka tehdään kirjallisesti paperille tai esimerkiksi puhelimeen tallennettuna:

- konkreettisia keinoja, joiden avulla voi rauhoittaa itseään silloin, kun olo on tuskainen, esimerkiksi:
 - musiikin kuuntelu
 - piirtäminen
 - lukeminen
 - päivätorkut
 - kävelylenkki
 - tanssiminen
 - hengityksen rauhoittaminen
 - sovitulle tukihenkilölle soittaminen
 - suosikkisarjan katsominen
- umpikujaan joutumisen kokemukset: missä tilanteissa näin tapahtuu ja millaisin keinoin voi yrittää ratkaista tällaisia ongelmatilanteita
- lista perheenjäsenistä tai muista läheisistä, jotka ovat käytettävissä, osaavat ja voivat tukea ns. hädän hetkellä (asiasta sovittava näiden henkilöiden kanssa etukäteen)
- päivystysjärjestelyt, eli mistä saa välittömästi apua (esimerkiksi sosiaali- ja kriisipäivystys, terveyskeskuspäivystys, lasten- tai nuorisopsykiatrinen päivystys, erilaiset palvelevat puhelimet ja chat-osoitteet, yleinen hätänumero 112).

Yllä kuvattujen turvataitojen ja -tekijöiden harjoittelu on osa hoitoa. Kun lapsi tai nuori on osannut toimia taidokkaasti hankalassa tilanteessa tai voinnissa, siitä annetaan positiivista palautetta ja pyritään vahvistamaan tätä käytöstä.

5.3.4 Viiltely

Viiltelystä ja muusta itsensä vahingoittamisesta on hyvä kysyä erikseen, kun arvioidaan lapsen tai nuoren itsetuhoisuutta.

Viiltely on lapsen tai nuoren yritys selviytyä psyykkisesti sietämättömästä olosta, eikä siihen yleensä liity suunnitelmaa itsensä tappamisesta. Viiltely voi olla kertaluonteista kokeilua, mutta se voi liittyä myös vakaviin kasvun ja kehityksen ongelmiin, mielensterveyshäiriöihin, kaltoinkohteluun, traumatisoitumiseen ja riskikäyttäytymiseen. Viiltely ja muu itsetuhoisen käyttäytyminen on aina merkki lapsen tai nuoren kuormittuneisuudesta ja keinottomuudesta säädellä tunteita. Se voi kertoa yleensä keinottomuudesta ilmaista pahaa oloa tai tunnistaa negatiivisia tunteita. Viiltely voi helpottaa oloa ja psyykkistä kipua ohjaamalla ajatukset fyysiseen kipuun.

Lapsi tai nuori voi viiltää itseään eri puolille kehoa joko näkyvästi tai vaatteilla piilotettaviin paikkoihin. Yleensä viiltely tapahtuu yksin ja salassa, mutta se voi myös olla julkista joko yksin tai ryhmässä. Viiltelyn on huomattu tarttuvan käyttäytymismallina esimerkiksi koulussa oppilaalta toiselle tai sosiaalisesta mediasta haetun vahvistuksen, tuen ja hyväksynnän kautta. Koska viiltely helpottaa tilapäisesti ahdistusta, siihen voi kehittyä riippuvuus. Viiltelyä harjoittavat voidaan karkeasti jakaa kokeilijoihin, lievästi itseään vahingoittaviin ja vakavasti itseään vahingoittaviin, jolloin viiltelystä on tullut automatisoitunut tapa hallita negatiivisia tunteita ja rentoutua.

Lapsi tai nuori voi kuvata viiltelevänsä, jotta kykenisi tuntemaan edes tuskaa muuten tyhjässä olotilassaan. Viiltelyllä voidaan pyrkiä hallitsemaan itseä, rankaisemaan itseä tai sillä voidaan tavoitella kontrollin tunnetta. Taustalla on harvoin halu kuolla, mutta toistuva viiltely lisää selvästi myöhemmän itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskiä. Muihin kuin näkyviin paikkoihin viiltelyn on osoitettu liittyvän tunne-elämän ongelmiin, dissosiativisiin oireisiin ja itsemurha-ajatuksiin.

Viiltelyyn tulee ripeästi ja myötätuntoisesti puuttua ja ohjata lapsi tai nuori yksilöllisen arvion jälkeen tarvittavan tuen piiriin. Mielenterveystalosta löytyy psykoedukatiivista tietoa viiltelystä lapselle, nuorelle ja vanhemmalle. Viiltelevän nuoren voi ohjata tutustumaan Nuorten mielenterveystalossa saatavilla olevaan Vapaaksi viiltelystä -omahoito-ohjelmaan. Ohjelma auttaa ymmärtämään, mistä viiltelystä on kyse, mitä tarkoitusta se palvelee ja miksi siitä on joskus vaikea päästä eroon. Ohjelma sisältää tehtäviä, joiden avulla viiltelijä voi toisaalta oppia ymmärtämään omaa käyttäytymistään ja toisaalta myös uusia taitoja, jotka auttavat elämään ilman viiltelyä. Toistuvasti itseään viiltelevä lapsi tai nuori ohjataan erikoislääkärin arvioon.

5.4 Käytöshäiriöt

5.4.1 Tietoa häiriöistä

Käytösongelmilla tarkoitetaan lasten tai nuorten käyttäytymiseen liittyviä oireita, jotka ovat ikätovereihin verrattuna runsaampia tai tyypiltään erilaisia ja aiheuttavat haittaa, mutta eivät ole määrältään tai laadultaan sellaisia, että voitaisiin todeta häiriö.

- Uhmakkuushäiriöllä tarkoitetaan vähintään puoli vuotta kestänyttä ikätasosta poikkeavaa vihaista, vastahankaista tai uhmaavaa käytöstä, jonka vuoksi lapsi joutuu hankaluuksiin koulussa tai vuorovaikutustilanteissa. Uhmakkuushäiriö edeltää usein käytöshäiriötä.
- Käytöshäiriöllä tarkoitetaan lapsuudessa tai nuoruudessa alkavaa pitkäaikaista ja laaja-alaista toisten oikeuksista ja hyvinvoinnista sekä yhteisön laeista, normeista ja säännöistä piittaamattomaa käyttäytymistä, joka heikentää yksilön toimintakykyä merkittävästi.

Käytösongelmat (kuten tottelemattomuus, aggressiivisuus ja vuorovaikutussuhteissa tulevat toistuvat ristiriitatilanteet) ja käytöshäiriöt ovat yleisiä lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmia. Käytöshäiriöitä esiintyy noin 3–8 %:lla kouluikäisistä lapsista ja noin 5–10 %:lla nuorista. Väestöpohjaisissa tutkimuksissa käytöshäiriöt ovat ainakin kaksi kertaa yleisempiä pojilla kuin tytöillä. Kansainvälisissä ja suomalaisissa tutkimuksissa käytöshäiriöiden esiintyvyys ei ole muuttunut merkittävästi viime vuosikymmeninä.

Käytöshäiriöiden oirekuva muuttuu iän mukana. Lapsuudessa uhmakkuus ja aggressiivisuus ovat tyypillisiä. Myöhäisessä lapsuudessa ja nuoruudessa esiintyy enenevässä määrin epäsosiaalista käyttäytymistä, kuten tahallista valehtelua, väkivaltaisuutta tai varastelua.

Käytöshäiriöiden tausta on monitekijäinen, ja häiriöiden kehittymiseen liittyy useita yhteisiä riskitekijöitä ADHD:n kanssa. Käytöshäiriöihin liittyy usein kehityksellisiä vaikeuksia (oppimishäiriöt, puheen ja kielen kehityshäiriöt), samanaikaisairastavuutta (esim. ADHD ja mielialahäiriöt) ja psykososiaalista kuormitusta. Nuoren käytöshäiriöön saattaa liittyä itsetuhoisuutta, päihdeongelma tai seksuaalisuuteen liittyvää riskikäyttäytymistä.

5.4.2 Hoidon porrastus

Käytöshäiriöitä hoidetaan lähtökohtaisesti avohoidossa.

Erikoislääkärin konsultaatio on tarpeen, jos lapsen tai nuoren käytöshäiriöoireilu on voimakasta ja toimintakyky huomattavasti heikentävää, jos siihen liittyy merkittävää oheissairastavuutta tai jos toteutetut tuki- ja hoitotoimet eivät ole auttaneet. Lasten- tai nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tehdään tarvittaessa laaja-alainen arvio, jossa huomioidaan erotusdiagnostiikka ja samanaikaisairastavuus. Osastojaksoa harkitaan vain akuuteissa tilanteissa ja silloin, kun sitä tarvitaan diagnosoimisen tarkentamiseksi tai lääkeshoidon aloitusta tai muutosta varten.

5.4.3 Keskeinen oirekuva

Lapset ja nuoret, joilla on käytösongelmia, tunnistetaan yleensä hyvin: he näkyvät ja kuuluvat kodin ja koulun arjessa ja joutuvat usein tappeluihin. Keskeinen oirekuva ilmenee havainnollisesti diagnostisissa kriteereissä

5.4.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena

SDQ-oirekyselyssä on viisi käytösoireita kuvaavaa väittämää. Erityisesti käytöshäiriötä kartoittavia koululaisen tai vanhemman täytettäviä oirekyselyjä ei ole.

5.4.5 Diagnoosi ja erotusdiagnoosit

Käytöshäiriöiden diagnoosi perustuu kliiniseen havainnointiin, kehitystietojen kartoittamiseen ja käytöshäiriöiden diagnostisten oirekriteerien täyttymiseen.

5.4.5.1 Uhmakkuushäiriö

Uhmakkuushäiriötä (F91.3) esiintyy tyypillisesti 9–10-vuotiailla lapsilla. Häiriössä esiintyy vähintään puoli vuotta kestäneitä oireita, jotka selvästi poikkeavat tavallisesta ikätasoisesta käyttäytymisestä. Lapset, joilla on uhmakkuushäiriö

- uhmaavat usein ja aktiivisesti aikuisten vaatimuksia ja sääntöjä
- tahallisesti ärsyttävät muita ihmisiä
- syyttävät muita ihmisiä omista virheistään ja vaikeuksistaan
- tulevat helposti vihaisiksi ja kaunaisiksi muita kohtaan ja ärsyyntyvät toisiin ihmisiin helposti
- menettävät helposti malttinsa
- usein aloittavat yhteenotot.

Näillä lapsilla on yleensä matala turhautumisen sietokyky. Yleensä heillä ilmenee huomattavaa työkeyttä, yhteistyökyvyttömyyttä ja auktoriteettien vastustamista. Usein tämä käytös on selvintä vuorovai-
kutustilanteissa lapsen hyvin tuntemien aikuisten ja samanikäisten lasten kanssa. Häiriön merkit voivat kuitenkin jäädä piiloon kliinisessä haastattelussa.

Uhmakkuushäiriön diagnoosia käytetään varoen varsinkin vanhemmilla lapsilla, koska kliinisesti merkittävään muuhun käytöshäiriöön tavallisesti liittyy uhmakkuushäiriön oireita. Monet asiantuntijat ovatkin sitä mieltä, että uhmakkuushäiriö on käytöshäiriöiden lieväasteinen muoto eikä laadullisesti erityyppinen häiriö. Uhmakkuushäiriö voi edeltää muuta käytöshäiriötä.

5.4.5.2. Käytöshäiriö

Käytöshäiriöille (F91) on ominaista toistuva tai alituinen epäsosiaalinen, aggressiivinen tai uhmakas käytös. Tällaisen käytöksen tulee olla pitkäaikaista (kuusi kuukautta tai enemmän) ja selvästi poiketa iänmukaisista sosiaalisista odotuksista. Käytös poikkeaa tavanomaisesta lapsekkaasta vallattomuudesta tai nuoruusiän kapinallisuudesta.

Käytöshäiriödiagnoosi voi perustua esimerkiksi seuraaviin käytöksen piirteisiin:

- tottelemattomuus
- toistuva valehtelu
- liiallinen tappeleminen tai kiusaaminen
- poikkeuksellisen tiukat ja vaikeat kiukunpuuskat
- raivokohtaukset
- luvaton koulusta poissaolo
- varastaminen
- ihmisiin tai eläimiin kohdistuva julmuus
- vakava omaisuuden tuhoaminen
- tulipalon sytyttäminen
- kotoa karkaaminen.

Mikä tahansa edellä mainittu käytös riittää diagnoosiin ollessaan runsasta. Yksittäiset asiaalliset tai rikolliset teot eivät kuitenkaan riitä, koska käytöshäiriössä kyse on pitkäaikaisesta käyttäytymisestä.

Käytöshäiriöt jaetaan oireiden vaikeusasteen perusteella

- lieviin (diagnoosiin vaadittavien oireiden lisäksi esiintyy vain muutamia tai ei yhtään lisäoiretta ja käytöshäiriö aiheuttaa vain vähäistä haittaa muille)
- keskivaikeisiin (jonkin verran tai kohtalaisesti käytöshäiriöitä ja haittaa muille henkilöille)
- vaikeisiin (diagnoosiin vaadittavien oireiden lisäksi useita oireita tai käytöshäiriö aiheuttaa huomattavaa haittaa muille).

Alkamisiän mukaan häiriöt jaotellaan edelleen kahteen muotoon:

- Lapsuusiässä alkanut häiriö: vähintään 1 käytöshäiriön oireista alkanut ennen 10 vuoden ikää.
 - Nuoruusiässä alkanut häiriö: käytöshäiriöt eivät ole alkaneet ennen 10 vuoden ikää.
- Lapsuudessa alkava häiriö on vakavampi ja pysyvämpi häiriömuoto.

ICD-10-tautiluokitus erottelee käytöshäiriöt seuraaviin alamuotoihin:

- **Perheensisäinen käytöshäiriö (F91.0)**
Häiriö rajoittuu perheen sisäisiin vuorovaikutussuhteisiin
- **Epäsosiaalinen käytöshäiriö (F91.1)**
Sosiaalisiin suhteisiin jäsentymätön tyyppi; yhdistelmä jatkuvaa epäsosiaalista tai hyökkäävää käytöstä ja huomattavaa laaja-alaista poikkeavuutta suhteissa muihin lapsiin tai nuoriin
- **Sosiaalinen käytöshäiriö (F91.2)**
Sosiaalisiin suhteisiin jäsentynyt tyyppi; erona muihin häiriöihin riittävien ja kestävien ystävyyssuhteiden olemassaolo ikätovereiden kanssa, mutta vertaisryhmä muodostuu usein henkilöistä, jotka ovat mukana epäsosiaalisessa toiminnassa.

ICD-10-tautiluokitus luokittelee vielä erikseen seuraavat käytöshäiriön ja muiden mielenterveyden häiriöiden yhdistelmät:

Masennusoireinen käytöshäiriö (F92.0)

Muu samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö (F92.8)

Hyperkineettinen käytöshäiriö (90.1)

5.4.5.3 Erotusdiagnoosi

Käytöshäiriöiden taustalla on usein oppimisvaikeuksia. Ennen käytöshäiriödiagnoosin asettamista selvitetään, onko koululaisella kehitysviive tai oppimisen ongelmia, jotka saattavat olla ongelmallisen käyttäytymisen taustalla.

Yksittäisten käytöshäiriöoireiden (esim. aggressiopurkausten) taustalla saattaa olla myös muu hoitoa tai huomioimista vaativa häiriö joka tulee ottaa huomioon diagnostisessa arvioissa. Näitä voivat olla esimerkiksi

- ADHD
- autismin kirjon häiriöt
- mielialahäiriöt
- sopeutumishäiriöt
- Touretten oireyhtymä
- traumaperäinen stressihäiriö
- päihdehäiriöt
- psykoosit
- somaattiset häiriöt (esim. unihäiriöt) tai neurologiset sairaudet (esim. epilepsia)
- puheen ja kielen kehityksen häiriöt
- oppimisvaikeudet (esim. lukivaikeudet)
- älyllinen kehitysvammaisuus.

Oppimisvaikeuksista saadaan tietoa kysymällä lapsen tai nuoren koulusuoriutumisesta häneltä itseltään, vanhemmilta ja opettajilta. Tarvittaessa tehdään erityisopettajan arvio ja koulupsykologin (tai muun psykologin) tutkimus, joka antaa kuvan lapsen tai nuoren kehitystasosta ja suoritusprofiilista. Jos oppimisvaikeuksia todetaan, otetaan käyttöön koulun tukitoimet. Jos taas tutkimuksissa havaitaan laaja-alaisia oppimisvaikeuksia tai viitteitä älyllisestä kehitysvammaisuudesta, lapsi tai nuori ohjataan lastenneurologiseen tutkimukseen alueellisessa hoitoketjussa sovitun mukaisesti. Koulun tarjoamia tukitoimia oppimisvaikeuksissa kuvataan kuviossa 4.1.

5.4.6 Hoito perustasolla

Käytösoireilun ja käytöshäiriöiden yleisiä tukimenetelmiä ovat kuormituksen vähentäminen, psykoedukaatio sekä vanhempainohjaus. Kokonaisuirekuvasta riippuen voi myös vuorovaikutustaitojen, oman toiminnan ohjauksen ja tunnesäätelytaitojen tukeminen olla tarpeen. Joskus tarvitaan perheen vuorovaikutukseen ja vanhemmuuteen kohdentuvia monialaisesti toteutettavia tukitoimia, jolloin yhteistyössä mukana voi olla sosiaalihuoltolain mukainen perhetyö tai lastensuojelu. Koulussa mahdollisen pedagogisen tuen lisäksi kiinnitetään huomiota luokan sääntöihin sekä niiden noudattamisen johdonmukaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Kiusaamiseen puuttuminen on tärkeää. Lapsi tai nuori, jolla on käytösoireita tai käytöshäiriö, on usein itsekin kiusaaja.

Käytöshäiriöiden hoidossa ensisijaisia menetelmiä ovat sosiaalisen oppimisen, kognitiivis-käyttäytymisterapeutin, kiintymyssuhdeteorian ja systeemisen viitekehyksen pohjalta kehitetyt hoito-ohjelmat. Hoito kohdentuu lapsilla pääasiassa vanhemmuustaitojen kehittämiseen, nuorilla nuoreen (yksilö- tai ryhmähoito), perheeseen, kehitysympäristöihin tai useampiin näistä tahoista samassa hoito-ohjelmassa. Se toteutetaan yksilöllisesti suunnitellussa, tarkoituksenmukaisessa kokonaisuudessa, johon lapsen, nuoren ja vanhempien lisäksi osallistuvat esimerkiksi terveydenhuolto, opettaja, opiskeluhuolto sekä perheneuvola ja muut sosiaalipalvelut.

Hoito edellyttää luottamuksellista vanhemman, lapsen ja nuoren aktiivista omaa toimijuutta vahvistavaa yhteistyösuhdetta ja jatkuvuutta. Hoidolle asetetaan yhdessä tavoitteet. Tavoite voi olla esimerkiksi jokin haluttu konkreettinen muutos käyttäytymisessä tai oireipistemäärän lasku SDQ-oirekyselyssä. Mikäli tilanne ei sovitussa ajassa helpotu, tehdään uusi arvio tarvittavista tukitoimista.

5.4.6.1 Vanhemmuustaito-ohjelmat

Vanhemmuustaito-ohjelmat soveltuvat alakouluikäisten lasten käytöshäiriöiden hoitoon. Työskentelyssä hyödynnetään kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä sekä sosiaalisen oppimisen periaatteita. Sopimalla hoidon tavoitteet yhdessä vanhemman kanssa varmistetaan, että vanhemmat saavat apua tärkeimmiksi kokemiinsa ongelmiin.

Kaikkien vanhemmuustaitojen kehittämiseen pyrkivien menetelmien pääperiaate on parantaa lapsen tai nuoren käytöstä ensisijaisesti lisäämällä myönteistä vuorovaikutusta lapsen tai nuoren ja vanhemman välillä ja toissijaisesti opettamalla vanhemmille rakentavia keinoja ongelmakäyttäytymisen hallitsemiseksi.

Opeteltavat vanhemmuustaidot ovat vanhemmalle helpommin omaksuttavissa, kun vanhempi ymmärtää niiden merkityksen lapsen kehityksen kannalta. Sen vuoksi menetelmissä annetaan tietoa lapsen iänmukaisesta kehityksestä ja oireiluun liittyvää psykoedukaatiota.

Kaikissa menetelmissä painotetaan vanhempien toiminnan johdonmukaisuutta ja lapsen hyvän käytöksen huomioimista ja kannustamista. Vanhempia kannustetaan palkitsemaan lasta hyvästä käytöksestä esimerkiksi yhteisen tekemisen muodossa.

Vanhempien ohjelman kanssa samanaikaisesti voi järjestää lapselle oirekuvan mukaisesti suunniteltua tukea. Vaikutusta tehostaa samoille periaatteille pohjaava toimintatapa koulussa (ks. kappale 8.4.1). Nuoruusikäisille tuloksellisimpia menetelmiä ovat nuorille itselleen, heidän vanhemmilleen ja heidän laajeneviin toimintaympäristöihinsä tarveharkintaisesti suunnatut psykososiaaliset interventiot.

Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmä

Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmä on tarkoitettu alakouluikäisten lasten käytöksen pulmien ja käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon.

Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmässä käsitellään kasvatukseen liittyviä aiheita ennakkoon luettavien tekstien, niistä käytyjen keskustelujen, videoesimerkkien, käytännön harjoittelun ja kotitehtävien avulla. Ensimmäisillä ryhmäkäynneillä vanhempia tuetaan ymmärtämään myönteisen yhdessäolon keskeinen merkitys lapsen ja vanhemman hyvin toimivan suhteen perustana. Sen jälkeen harjoitellaan uusia kasvatuksellisia keinoja, esimerkiksi täsmällistä myönteisen palautteen antamista, vähämerkityksisen huonon käytöksen huomiotta jättämistä sekä selkeää ja tehokasta rajojen asettamista. Vertaistuellana on keskeinen merkitys osallistujille. Ryhmänohjaaja soittaa ryhmäkertojen välillä jokaiselle perheelle.

Osallistujamäärä on enintään 10. Viikoittaisia ryhmäkertoja on 12–14. Ryhmän vakiojärjestelyihin kuuluu myös lastenhoidon järjestäminen sitä tarvitseville vanhemmille.

Menetelmän käyttö edellyttää menetelmäkoulutusta ja työnohjausta.

Voimaperheet

Voimaperheet-vanhempainohjausohjelmaa voi käyttää alle 9-vuotiaiden alakouluikäisten lasten käytösongelmien hoitona. Toistaiseksi menetelmästä on kertynyt vaikuttavuusnäyttöä käytösongelmien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä vain alle kouluikäisistä lapsista.

3–4 kuukautta kestävä hoito toteutetaan tarkoitukseen suunnitellun internet-sivuston avulla sekä puhelimitse. Perhe otetaan yksilöllisesti huomioon hoito-ohjelman toteutuksessa ja tavoitteet asetetaan yhteistyössä vanhempien kanssa. Hoidon aikana vanhemmat harjoittelevat vanhemmuuden taitoja perehtymällä verkkosivujen teksteihin, katsomalla erilaisia taitoja ja tilanteita havainnollistavia videoita sekä äänileikkeiden sekä runsaiden käytännön harjoitusten avulla. Viikoittainen puhelinkeskustelu koulutetun perhevalmentajan kanssa tukee vanhempien itseopiskelua ja päivittäistä taitoharjoittelua.

Kohderyhmänä ovat ensisijaisesti alakouluikäiset lapset, joilla on vanhemman tai ammattilaisen arvioimana käyttäytymiseen, uhmakkuuteen tai keskittymiseen ja tarkkaavaisuuteen liittyviä vaikeuksia. Hoito-ohjelmaan osallistuminen edellyttää lapsen vanhemmalta valmiutta sitoutua hoito-ohjelmaan sen keston ajaksi sekä riittävää suomen kielen taitoa.

Maksullisen Voimaperheet-ohjelman tuottaa Suomessa Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus, josta saa tarkempia tietoja.

5.4.6.2 Lääkehoito

Käytöshäiriöiden lääkehoitoa käsitellään [Käypä hoito](#) -suosituksessa.

Lääkehoitoa ei käytetä ensisijaisena hoitomuotona tai rutiiniluontoisesti käytösongelmiin tai -häiriöihin lapsilla tai nuorilla. Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden lääkehoitoa koskevia tutkimuksia on toistaiseksi tehty melko vähän, joten tutkimustieto psyykenlääkkeiden tehosta, haittavaikutuksista ja pitkäaikaisvaikutuksista on puutteellista. Käytöshäiriöiden lääkehoitoa harkitaan vain, jos asianmukaiset psykososiaaliset hoitomuodot tai samanaikaisairauksien hoito tai edellä mainittujen hoitojen yhdistäminen ei riitä hallitsemaan vaikeita käytösoireita. Perusterveydenhuollossa voidaan kuitenkin seurata erikoissairaanhoidossa tai erikoislääkärin konsultaation pohjalta käynnistettyä lääkehoitoa.

Koska psyykenlääkkeiden käyttö käytöshäiriöiden hoidossa kouluikäisillä poikkeaa usein virallisista käyttöaiheista, tulee lääkehoito perustella ja sen luonne kuvata lapselle, nuorelle ja hänen vanhemmilleen. Lisäksi hoidon perusteet kirjataan potilasasiakirjoihin ja järjestetään asianmukainen seuranta. Tehottomaksi osoittautunut tai haittoja aiheuttava lääkitys lopetetaan.

Yleisin lääkehoito on vaikean aggressiivisen käytöksen vuoksi aloitettu risperidonilääkitys. Risperidoni on psykoosilääke, joka voi lapsella ja nuorella aiheuttaa runsasta painonnousua ja vaikuttaa myös muutoin aineenvaihduntaan. Lääkehoidon seurantaan kuuluu säännöllinen painonseuranta, ravitsemusneuvonta ja laboratorioseuranta erikoislääkärin ohjeistuksen mukaisesti.

Käytöshäiriöihin liittyvien samanaikaisten sairauksien asianmukainen ja tehokas hoito, tarvittaessa myös lääkehoito, on tärkeää. Niiden hoito voi vähentää aggressiivista käytöstä.

Nuoren käytöshäiriössä lääkehoito saattaa osana muuta hoitoa edistää aggressiivisen ja impulsiivisen käyttäytymisen hallintaa sekä nuoren kykyä hyötyä psykososiaalisesta hoidosta.

5.4.6.3 Miten auttaa lasta tai nuorta koulun arjessa

Piia Karjalainen

Taustojen selvittäminen

1. Selvitä mitkä ympäristötekijät mahdollisesti aiheuttavat häiriökäyttäytymisen tai provosoivat käytöstä (esim. yllättävät muutokset, väärin mitoitettut vaatimukset, ryhmän kokonaistilanne, ystävyyssuhteet, kiusaaminen, ongelmat oppilaan ja opettajan välisessä vuorovaikutuksessa). Mieti myös, mitä taitoja oppilas tarvitsisi toimiakseen toisin.
2. Kysy oppilaalta, mikä hänen mielestään vaikeuttaa koulussa olemista ja miten häntä voisi auttaa.

Myönteinen vuorovaikutus

1. Näe lapsi tai nuori haastavan käytöksen takaa.
2. Kuuntele häntä aidosti ja osoita olevasi hänestä kiinnostunut.
3. Pyri löytämään oppilaan vahvuudet ja kiinnostuksen kohteet ja hyödynnä niitä opetuksessa ja muussa kanssakäymisessä.
4. Rakenna luottamussuhdetta antamalla oppilaalle mahdollisimman paljon vastuutehtäviä ja valinnanmahdollisuuksia, kuitenkin ikä- ja kehitystaso huomioon ottaen.
5. Kiinnitä huomio toivottuun käytökseen ja jätä mahdollisimman paljon huomiotta ei-toivottu käytös.
6. Keksi tapoja rohkaista oppilasta ja luo uskoa onnistumiselle sanomalla se ääneen.

Oppilasta tukeva toimintaympäristö

1. Kiinnitä huomiota ympäristön selkeyteen. Pyri tekemään siitä jäsennelty ja karsittu, mm. pitämällä tavarat tutuilla paikoilla ja osoittamalla paikat kuvilla.
2. Osoita oppilaalle oma vakituinen, rauhallinen työskentelypaikka.
3. Noudata mahdollisimman samana pysyvää päiväjärjestystä ja suosi rutiineja. Kuvalliset tunti- ja päiväjärjestykset sekä kuvitetut ohjeet tuovat lisäselkeyttä. Kerro ennalta mitä tapahtuu.
4. Anna yksi ohje tai tehtävä kerrallaan ja huomioi aloitusten ja lopetusten selkeys.
5. Aseta selkeät tavoitteet ja kerro mitä odotat toiminnalta tai käytökseltä.
6. Luo luokkaan selkeät säännöt ja pidä niistä kiinni johdonmukaisesti.
7. Pyri ennakoimaan ongelmat esimerkiksi siirtymissä tekemällä niistä mahdollisimman strukturoidut.

Haastavan käytöksen vähentäminen

1. Toimi johdonmukaisesti ja ennakoitavasti.
2. Kehu täsmällisesti ja välittömästi sitä käytöstä, jota haluat nähdä enemmän, ja kehu sitä säännöllisesti aina kun mahdollista. Kehu myös yrittämisestä.
3. Käytä apuna konkreettista palautetta, esimerkiksi palkkiojärjestelmää, uusien ja vaikeiden toimintatapojen opettelussa. Pidä tavoitteena, että ulkoisen palkkion tavoittelu muuttuu onnistumisen kokemusten myötä vähitellen sisäiseksi motivaatioksi.
4. Tue erityisesti sosiaalisten ja emotionaalisten taitojen harjoittelua.
5. Määritä etukäteen huonon käytöksen seuraukset. Mikäli oppilas rikkoo sääntöjä, muistuta häntä ensin oikeasta toiminnasta ja pyri ohjaamaan häntä siihen uudelleen. Jos ei-toivottu toiminta jatkuu, kerro seurauksista välittömästi. Totea sääntöjen rikkomukset ilman keskustelua tai kiistelyä.
6. Luo oppilaalle mahdollisuus rauhoittumiseen, mikäli hänellä on siihen tarvetta. Varmista kuitenkin ensin, että hän osaa rauhoittumisen tekniikat. Pysy myös itse rauhallisena ristiriitatilanteissa.

5.5 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ADHD

5.5.1 Tietoa häiriöstä

ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder) eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on yleinen lapsuudessa alkava ja usein aikuisuuteen saakka jatkuva neuropsykiatrinen oireyhtymä. Sitä sairastaa noin 5 % kouluikäisistä lapsista ja nuorista. Kuten muutkin neuropsykiatriset häiriöt, ADHD on merkittävästi yleisempi pojilla kuin tytöillä.

ADHD:n keskeisiä oireita ovat tarkkaavuuden ja aktiivisuuden säätelyn ongelmat sekä impulsiivisuus. Aktiivisuuden säätelyn vaikeus on tyypillisimmillään ylivilkkautta, mutta voi ilmetä myös aliaktiivisuutena, kykenemättömyytenä toimia ja hitautena. Lähes aina esiintyy myös toiminnan ohjauksen ongelmia ja usein tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeuksia. ADHD aiheuttaa usein vaikeuksia koulussa, opiskelussa ja sosiaalisissa suhteissa.

ADHD:stä voidaan erottaa kolme ilmiä: 1) Tarkkaamattomuuteen painottuva muoto, jossa esiintyy keskittymisvaikeuksia ilman impulsiivisuutta ja ylivilkkautta, 2) Yliaktiivis-impulsiivinen muoto, jossa ei ole merkittäviä keskittymisvaikeuksia sekä 3) Yhdistetty muoto, jossa on vaikeuksia kaikilla keskeisillä oirealueilla.

ADHD:n ensimmäiset oireet ilmenevät jo lapsuudessa, viimeistään alakouluikäisenä ja oireita esiintyy pitkäaikaisesti, yhtä aikaa ja eri ympäristöissä. Satunnaiset keskittymis-, yliaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireet ovat kouluikäisillä lapsilla ja nuorilla hyvin tavallisia, mutta ADHD:ssä oireita on paljon ja pitkäaikaisesti ja niistä on selkeästi haittaa toimintakyvylle. ADHD:n oirekuva vaihtelee iän ja kehitystason mukaan. Pysyvämpiä ydinoireita ovat usein tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet.

Perinnöllisten tekijöiden arvioidaan selittävän noin 60–80 % ADHD-alttiudesta. Raskaudenaikaisia riskitekijöitä ovat altistuminen äidin tupakoinnille, alkoholin käytölle tai päihteille sekä sikiöaikainen hapenpuute. Myös äidin raskaudenaikaisella voimakkaalla kuormittumisella sekä lääkkeiden käytöllä voi olla merkitystä. Perheeseen liittyvät riskitekijät, kuten vuorovaikutuksen ongelmat ja ristiriidat, lisäävät erityisesti uhmakkuus- ja käytösoireita ja heikentävät toimintakykyä, mutta eivät yksinään aiheuta ADHD:tä.

ADHD:n tunnistaminen ja tarvittavien hoitojen ja tukitoimien aloittaminen jo lapsuusiässä on tärkeää. Lapsella voi olla ADHD, vaikka muitakin toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia olisi tunnistettavissa. Samanaikaiset kehitykselliset ja psykiatriset häiriöt ovat tavallisia. ADHD:sta kärsivillä lapsilla tai nuorilla on usein eriaikaisia oppimisvaikeuksia. Hoitamaton ADHD lisää tapaturma-alttiutta ja on yhteydessä heikompaan suoriutumiseen opinnoissa ja työelämässä. Se lisää myös päihdehäiriön, syrjäytymisen ja rikollisuuden riskiä erityisesti samanaikaisen käytöshäiriön kanssa.

5.5.2 Hoidon porrastus

Perustaso toteuttaa ADHD-epäilyn alustavan selvittelyn ja tukitoimien käynnistämisen. ADHD hoidetaan pääsääntöisesti kiireettömän hoidon perusteiden ja alueellisessa hoitoketjussa sovitun mukaisesti. Metyylifenidaattihoito aloitetaan perusterveydenhuollossa alueellisen hoitoketjun mukaisesti, tarvittaessa erikoislääkäriä konsultoiden.

Erikoissairaanhoidon ohjataan, jos

- perusterveydenhuollon ja muiden perustason toimijoiden järjestämä tuki on osoittautunut riittämättömäksi
- tarvitaan tarkempaa erotusdiagnostista arviointia tai kokonaistilanteen arviota
- lääkehoitoa ei jostain syystä perustasolla pystytä aloittamaan
- lääkehoito on erityisen vaativaa
 - sopivaa lääkevalmistetta ei löydy
 - meneillään on muu samanaikainen, päätökseen vaikuttava lääkehoito
- ADHD-oireiluun liittyy muita merkittäviä tai vaikeutuvia psyykkisiä oireita, vaikeita käyttäytymisen häiriöitä, päihdeongelma tai lapsen, nuoren ja vanhemman välisiä merkittäviä vuorovaikutusongelmia.

Päivystyksellistä arviota saattaa edellyttää ADHD:sta kärsivän lapsen tai nuoren voimakas impulsiivisuus, jos se ilmenee itseä tai toisia vahingoittavana käytöksenä. Myös ADHD:n kanssa samanaikaiseen masennukseen liittyvä itsetuhoisuus voi olla syy päivystykselliseen arvioon. ADHD-lääkityksen aloittamiseen voi joskus liittyä päivystyksellistä arviota edellyttäviä sivuoireita kuten kiihtyneisyyttä ja aggressiivisuutta.

Mikäli epäillään samanaikaista neurologista sairautta tai kehitysvammaisuutta, tarvitaan lastenneurologin arvio.

5.5.3 Keskeinen oirekuva

Kouluikäisellä ADHD voi näkyä vaikeutena pysyä aloillaan tunneilla ja tätä vanhemmilla myös paikallaan oloa edellyttävien tapahtumien välttelynä. Oireita ei välttämättä ilmene lainkaan rauhallisessa ympäristössä, mielenkiintoisen tekemisen parissa ja vireystilan säätelyä tukevan liikuskelun ollessa mahdollista. Alisuoriutuminen koulunkäynnissä on kuitenkin tavallista. Tarkkaavuuden säätelyn vaikeus voi ilmetä omiin ajatuksiin vaipumisena, huolimattomuusvirheinä ja tavaroiden unohteluna, ajanhallinnan vaikeuksina tai myöhemmin taipumuksena tehdä toissijaisia asioita tärkeän tehtävän sijasta. Myöhästely, häiriöherkkyys ja vaikeudet annettujen tehtävien aloittamisessa ja loppuun tekemisessä ovat yleisiä. Impulsiivisuus voi näyttäytyä kyvyttömyytenä odottaa vuoroaan peleissä, leikeissä tai keskustelussa tai vaikeuksina kaverisuhteissa. Nopeat ja voimakkaat tunnereaktiot ovat tavallisia. Motivaatio vaikuttaa erityisesti keskittymiskykyyn. Ajoittain voi esiintyä myös ylikeskittymistä eli paneutumista kiinnostavaan asiaan siten, että ajan- ja tilannetaju häviävät.

5.5.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena

Vahvuuksia ja vaikeuksia kartoittava **SDQ**-kysely sekä motoriikkaa, toiminnanohjausta, hahmotusta, muistia, kielen kehitystä, sosiaalisia ja oppimisen taitoja kartoittava **Viivi** kuuluvat ADHD-diagnostiikan perusoirekyselyihin. Ne on esitelty kappaleessa 6.1.

5.5.4.1 ADHD-oirekysely (ADHD-Rating Scale IV)

ADHD-oirekyselyllä arvioidaan tarkkaavuutta, yliaktiivisuutta ja impulsiivisuutta. Vanhemmat ja opettaja arvioivat oireita viimeisten kuuden kuukauden aikana. Kokonaispisteiden vaihteluväli on sekä tarkkaamattomuuden että yliaktiivisuus-impulsiivisuuden osalta 0–27. Diagnoosi ei perustu pelkästään kyselylomakkeiden pisteytykseen. Pistemäärien yhteydestä diagnoosin todennäköisyyteen katso tarkemmin luku 6. [ADHD-oirekysely](#) on maksuttomasti saatavilla Terveysportissa.

5.5.4.2 Kesky-keskittymiskysely

Kesky-keskittymiskyselyä käytetään tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksien arviointiin. Diagnostinen käyttö on mahdollista vain terveydenhuollon työryhmissä, joissa on mukana lääkäri. Kesky-kyselyä ei esitellä tässä oppaassa laajemmin, koska se ei ole maksuttomasti käytettävissä.

5.5.5 Diagnoosi ja erotusdiagnoosit

ADHD-diagnoosi perustuu oireiden kartoittamiseen ja määritettyjen oirekriteerien täyttymiseen. Toimintakykyä arvioidaan eri ympäristöissä (kotona, koulussa, vapaa-ajalla), sillä diagnoosin asettaminen edellyttää, että oireita esiintyy useassa eri tilanteessa. Lapsen tai nuoren opinnoissa selviytyminen selvitetään (tieto opettajilta) ja mahdolliset oppimisvaikeudet tutkitaan (erityisopettaja, koulupsykologi). Lääkäri tekee somaattisen ja neurologisen tutkimuksen. Lähtökohtaisesti ADHD:n diagnoosi voidaan asettaa perustasolla.

5.5.5.1 Diagnoosin perusteet

ICD-10-tautiluokituksen määritelmän mukaisesti ADHD-diagnoosi edellyttää, että tutkittavalla ilmenee poikkeavaa keskittymiskyvyttömyyttä, hyperaktiivisuutta ja levottomuutta. Oireet ovat laaja-alaisia, useissa tilanteissa esiintyviä ja pitkäkestoisia, eivätkä johdu muista häiriöistä kuten autismista tai mielialahäiriöistä.

Keskittymiskyvyttömyys. Vähintään 6 seuraavista oireista on kestänyt vähintään 6 kuukautta, oireet häiritsevät toimintakykyä ja ovat lapsen tai nuoren kehitystasoon nähden poikkeavia:

1. Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai lapsi tai nuori tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä.
2. Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein.
3. Usein lapsi/nuori ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan.
4. Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita).
5. Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut.
6. Usein lapsi/nuori välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt.
7. Lapsi/nuori kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja.
8. Lapsi/nuori häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykkeistä.
9. Lapsi/nuori on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa.

Hyperaktiivisuus. Vähintään 3 seuraavista oireista on kestänyt vähintään 6 kuukautta ja oireet ovat häiritseviä ja lapsen tai nuoren kehitystasoon nähden poikkeavia:

1. Lapsi/nuori liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelee tuolillaan.
2. Lapsi/nuori lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä.
3. Lapsi/nuori juoksenteleee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena).
4. Lapsi/nuori on usein liiallisen äänekäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin.
5. Lapsi/nuori on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista.

Impulsiivisuus. Vähintään 3 seuraavista oireista on kestänyt vähintään 6 kuukautta ja oireet ovat haitaksi ja lapsen tai nuoren kehitystasoon nähden poikkeavia:

1. Lapsi/nuori vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
2. Lapsi/nuori ei usein jaksu seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.
3. Lapsi/nuori keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esimerkiksi tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin).
4. Lapsi/nuori puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä.

Häiriö alkaa viimeistään alakouluiässä. Diagnostisten kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa. Tavallisesti tarvitaan tietoa useammasta kuin yhdestä lähteestä. Esimerkiksi opettajan kertomus lapsen käytöksestä on yleensä välttämätön lisä vanhempien kertomuksiin.

Oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä.

Muu psykiatrinen diagnoosi ei ole este ADHD-diagnoosille silloin, kun on kyse selkeästi erillisistä, mutta samanaikaisista häiriöistä. Osa oireista voi olla myös päällekkäisiä.

Kaikista ilmenemismuodoista voi käyttää ICD-koodia F90.0. Tarvittaessa oireiden painottumisen voi ilmaista sen perään sanallisella tarkenteella.

5.5.5.2 Erotusdiagnoosi ja oheissairastavuus

Lapsista ja nuorista, jotka ovat saaneet ADHD-diagnoosin, jopa 75–80 %:lla on todettavissa jokin muu samanaikainen psykiatrinen häiriö tai nuorilla myös päihdehäiriö.

Ennen ADHD-diagnoosin asettamista tulee sulkea pois muut samantyyppistä oirekuvaa aiheuttavat syyt. Erotusdiagnoosin tukena voi hyödyntää muita häiriökohtaisia oirekyselyjä. Mikäli todetaan useampi häiriö, kohdennetaan tukitoimet niihin kaikkiin.

Seuraavat häiriöt saattavat aiheuttaa ADHD:n kaltaisia oireita, tai voivat esiintyä samanaikaisesti ADHD:n kanssa:

- muut neuropsykiatriset häiriöt, esimerkiksi autismitilaston häiriö
- ahdistuneisuushäiriöt, uhmakkuus- ja käytöshäiriö tai masennus
- pitkään jatkunut riittämätön unen saanti tai unihäiriöt. Toisaalta ADHD:n yhteydessä nukahtaminen on usein viivästynyt ja unen laatu heikentynyt.
- kielellinen erityisvaikeus, oppimisvaikeudet, motoriikan ja aistitoiminnan vaikeudet tai laaja-alaisempi kehitysviive.

Nuorilla erotusdiagnoosissa keskeisiä ovat mielialahäiriöt (masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö), psykoottiset häiriöt (esim. skitsofrenian ennako-oireet), ahdistuneisuushäiriöt, epävakaata tai epäsosiaalinen persoonallisuus sekä päihdehäiriö. ADHD on päihdehäiriön kehittymisen ja tupakoinnin riskitekijä.

Myös traumaattiset kokemukset tai ajankohtainen kuormitus (kiasatuksi tuleminen, perhetilanteen muutokset, menetykset, kaltoinkohtelu, kiintymyssuhteen häiriöt) voivat aiheuttaa samankaltaisia oireita. ADHD-oireet itsessään kuormittavat sekä altistavat minäkuvaan vaikuttaville negatiivisille kokemuksille sekä kaltoinkohtelulle.

Somaattisia erotusdiagnoosin syitä oireilulle voivat olla esimerkiksi epilepsia (poissaolo-kohtaukset), muut neurologiset sairaudet (esim. neurofibromatoosi) ja aivovamman jälkitila.

ADHD

ADHD-diagnoosin tekemisen muistilista

Täyttyvätkö oirekriteerit?

- 6/9 tarkkaamattomuusoiretta
- 6/9 impulsiivisuus/ylivilkkausoiretta
- Onko oireilu ollut pitkäaikaista (yli 6 kuukautta)?
- Onko oireita esiintynyt jo ennen kouluikää?

Esiintyykö oireita useassa eri tilanteessa, eri ihmisten kanssa?

- Onko oireita vaikeuttavia tai helpottavia tekijöitä?

Onko muita sairauksia, joilla oireet voisivat selittyä paremmin?

Onko lapsen/nuoren ja perheen elämäntilanne selvitetty riittävän tarkasti?

- ajankohtaiset ja pitkäaikaiset stressitekijät
- päivärytmi, nukkuminen, kasvatuskäytännöt
- perheen sisäiset ristiriidat
- vanhempien jaksaminen ja mahdolliset arjen hallintaan vaikuttavat ongelmat
- päihteiden käyttö (vanhemmat, nuori)
- väkivalta, kaltoinkohtelu ja muut traumat.

Onko sukuanamneesia selvitetty riittävän tarkasti (ADHD, autismikirjon häiriöt, puheenkehityksen ongelmat, oppimisvaikeudet, mielialahäiriöt, ja mahdollista lääkehoidon aloittamista varten sydänsairaudet, äkkikuolemat)?

Onko aiempia tutkimuksia?

Tarvitaanko lisätutkimuksia?

- psykologiset tutkimukset (ongelmia oppimisessa tai tunne-elämässä)
- puheterapeutin tutkimus (ongelmia puheen kehityksessä, ymmärtämisessä tai tuotossa)
- toimintaterapeutin arvio (motoriikan kehityksen viiveet, epäily aistiylherkkyydestä)
- muut tarvittavat tutkimukset (laboratorioko-keet, EEG, EKG, toisen erikoisalan konsultaatio).

Onko aiemmin kokeiltu jotakin hoitoa? Millainen on ollut teho?

Onko tukitoimet jo käynnistetty?

Onko seurannan vastuuhenkilöstä sovittu?

Lähde: Käypä hoito, taustamateriaali

5.5.6 Hoito perustasolla

ADHD:n hyvään hoitoon kuuluvat häiriökohtaisen tiedon tarjoaminen lapselle, nuorelle, vanhemmille ja muulle kasvuympäristölle, huolenpito yleisestä hyvinvoinnista (uni, liikunta, ravinto, myönteiset vuoro-vaikutussuhteet) sekä arjen selkeys, ennakointi ja säännöllisyys.

On tärkeää huolehtia lapsen tai nuoren riittävästä unen saannista. Mikäli unirytmien tai unen määrän kanssa on ongelmia, käynnistetään hoitotoimet luvussa 4 kuvatulla uni-interventiolla ennen kuin ADHD-diagnoosin perusteita voidaan arvioida.

Koulun tukitoimet ovat kuntoutuksessa keskeisessä roolissa. Ne käynnistetään heti kun oppilaalla havaitaan toimintakykyä ja oppimista haittaavia keskittymisen, tarkkaavuuden tai toiminnanohjauksen ongelmia. Niitä kuvataan luvussa 4. Mahdollisten oppimisvaikeuksien selvittäminen on tärkeää.

Psykososiaaliset hoidot voivat sisältää erilaisia toimintakykyä tukevia menetelmiä (ohjaus, ympäristön muokkaus), tukitoimia sekä taitojen harjoittelua yksin tai ryhmässä. Hoito on usein mielekkäintä toteuttaa laaja-alaisesti arjessa. Neuvonnan välineinä voidaan käyttää erilaisia esitteitä, videoita ja verkkosivustoja (ks. linkit esimerkiksi Käypä hoito -suosituksesta). Usein tarvitaan erilaisten hoitomuotojen yhdistämistä. Tarvittaessa hoitoon liitetään lääkehoito.

Samanaikaiset häiriöt, muut kokonaistilanteeseen vaikuttavat ongelmat sekä vanhempien ja koko perheen jaksaminen on otettava huomioon hoitosuunnitelmaa tehtäessä.

5.5.6.1 Työskentely vanhempien kanssa

Vanhempainohjauksella autetaan vanhempaa havainnoimaan lapsensa käytöstä ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä ohjaamaan käytöstä toivottuun suuntaan. Häiritseviä ympäristötekijöitä poistamalla ja lapsen tai nuoren käyttäytymistä ohjaamalla voidaan lievittää oireita ja lisätä onnistumisen kokemuksia. Vanhempien kanssa jäsennetään, miltä osin kodin käytänteissä on tarvetta selkeyttämiseen, rauhoittamiseen ja ennakoitavuuden lisäämiseen. Vanhempia voi motivoida tähän toteamalla, että kaikki perheenjäsenet hyötyvät erilaisista arjen sujuvuutta tukevista menetelmistä.

Keskittymis- tai tarkkaavuusongelmista kärsivän lapsen tai nuoren voi olla esimerkiksi vaikea jäsentää ajankulkua ja tulevia tapahtumia. Vanhempien johdonmukainen päivittäin toteutuva kannustava tuki lapselle arjen haastavissa tilanteissa (esim. siirtymätilanteet, läksyjen luku), on keskeisessä osassa kokonaiskuntoutuksessa. Hyvästä yöunesta, säännöllisestä ruokailusta ja päivittäisestä liikunnasta huolehtiminen helpottavat keskittymistä. Vastaavasti liikunnan ja unen puute sekä nälkä lisäävät oireita. Runsa tietokonepelien pelaaminen, älypuhelimien, tabletin ja television käyttö voivat lisätä levottomuutta ja keskittymisvaikeuksia, etenkin jos se vähentää nukkumiseen ja liikkumiseen käytettyä aikaa.

Lapsen tai nuoren voimakkaat tunnetilat (jännitys, suuttumus) sekä kuormittavat tilanteet (väärin mitoitettut vaatimukset, ristiriidat kotona, kiusaaminen) lisäävät oireita. Kuormittavinta perheelle voi olla lapsen tai nuoren oman toiminnan ohjauksen vaikeuksien yhdistyminen tunteiden säätelyn vaikeuksiin. Silloin toistuvat arkisten toimintojen epäonnistumisen kokemukset vahvoine kielteisine tunnereaktioineen johtavat helposti kielteisen vuorovaikutuksen kehään vanhempien ja lapsen/nuoren välillä, usein myös vanhempien välillä. Alakouluikäisten lasten kohdalla voi ohjata vanhemmat mallitettuihin vanhemmuustaitoihin edistävään ohjelmaan joko ryhmä- tai perhekohtaisesti toteutettuina. Näitä ovat esimerkiksi Ihmeelliset vuodet ja Voimaperheet-ohjelmat.

5.5.6.2 Miten auttaa lasta tai nuorta koulun arjessa

Mitä nuorempi lapsi on, sitä tärkeämpää on huolehtia siitä, että lapsen arkiympäristö (koulu ja koti) tukee keskittymistä. Vanhempien ja opettajan yhteistyö on erityisen tärkeää, jotta ennakointi, ohjeistaminen ja toimintamallit ylipäätään olisivat kotona ja koulussa riittävän yhtenevät ja selkeät.

Koulun erilaiset tukijärjestelyt parantavat ADHD-oireisten lasten ja nuorten toimintakykyä, ja ne aloitetaan heti ongelmien havaitsemisen jälkeen. Tukitoimien käynnistäminen ei edellytä diagnoosin asettamista. Tiivis yhteistyö koulun ja kodin (ja hoitavan tahon) kesken on tarpeen sekä tukitoimien suunnittelussa että toteutuksessa.

- Tavallisimpia koulutyössä hyödynnettäviä keinoja ovat strukturointi, tehtävien paloittelu pienempiin kokonaisuuksiin, ennakointi, välitön palaute sekä palkkiojärjestelmät. Myös häiritsemättömän, vireystilaa ylläpitävän liikunnan salliminen usein helpottaa tuntityöskentelyä (jumbpapallolla istuminen, sinitarran sormeilu jne.). Välituntien ja muiden vapaamuotoisten toimintojen riittävä ohjaus vähentää ristiriitatilanteita.
- Osa lapsista tarvitsee erityisjärjestelyjä, esimerkiksi pidennettyä vastausaikaa kokeissa, avustajan tukea, tilanne- tai ainekohtaista eriyttämistä tai pienryhmäopetusta.

5.5.6.3 Neuropsykiatrinen valmennus (coaching)

Neuropsykiatrinen valmennus (coaching) on arjessa tapahtuvaa ratkaisu- ja voimavarakeskeistä ohjausta. Se sisältää yleensä käyttäytymisen ohjauksen ja arjen hallinnan menetelmiä sekä taitojen harjoittelua. Tutkimuksellisesti saatua näyttöä menetelmästä ei toistaiseksi ole. Käyttö edellyttää menetelmäkoulutusta.

Keskittymättömän alakoululaisen tukeminen kotona ja koulussa

1. Selkeys, ennakointi ja arjen jäsentäminen

Kodin ja koulun arjessa voidaan käyttää kuvia jäsentämisen apuna. Kodin ja luokkahuoneen seinällä oleva kalenteri auttaa lasta hahmottamaan ajankulua, muistuttamaan tarpeellisista tehtävistä ja niiden järjestyksestä ja tukee toiminnanohjausta. Hyviä visuaalisia apuvälineitä ovat muun muassa piktokuvat ja visuaalinen kello ("Timer"). Vanhempi voi tehdä itsekin lapsen toiminnanohjausta tukevia visuaalisia ohjeistuksia, esimerkiksi toimintakortteja, vaikkapa askartelemalla ne yhdessä lapsen kanssa.

Jo edellisenä päivänä tai iltana voi lapselle kertoa mitä seuraavana päivänä tehdään, erityisesti jos tulossa on arkirutiineista poikkeavaa ohjelmaa. Ohjeet eivät saa olla liian yksityiskohtaisia. Kun tapahtuma on ajankohtainen, annetaan rauhallisesti selkeät, täsmälliset toimintaohjeet sopivasti pilkottuina ja näytetään omalla toiminnalla esimerkiksi siitä miten tulee toimia. Ohjeet sanallistetaan myönteiseen sävyyn jatkuvan kieltämisen sijasta.

Arjen toistuvatkin tilanteet saattavat vaatia runsaasti ennakointia ja pilkkomista ja toistoja ennen kuin arki sujuvoituu. Jos lapselle on haastava esimerkiksi koulussa jonottaminen ja oman vuoron odottaminen, voi sitä taitoa harjoitella säännöllisesti kodin arjen tilanteissa.

2. Keskittymistä helpottavat välineet

Lapsen kanssa voi sopia yhdessä sallituista keinoista ja apuvälineistä, joiden avulla lapsen on helpompi keskittyä kulloiseenkin tekemiseen. Tällaisia keinoja ovat muun muassa sinitarran muovailu, piirtäminen tai purukumin pureskelu kuuntelua vaativissa tilanteissa, nystyrätyynillä tai jumppapallolla istuminen työskennellessä tai ruokaillessa, kuulosuojaimet itsenäistä työskentelyä vaativissa tehtävissä, koulussa sermien ja oman pulpetin käyttö opiskelutilanteen rauhoittamiseksi.

3. Nopea myönteinen palaute ja palkitseminen

Lapselle tulisi pyrkiä antamaan välitön myönteinen palaute onnistumisesta aina kun siihen on aihetta, ja niin täsmällisesti sanottuna, että lapsi itse tietää mistä toiminnasta häntä keuhetaan. Välittöminä ja nopeina palkitsemisen keinoina voi tilanteesta riippuen käyttää sanallista kehumista ja peukuttamista, ja isomman tai erityistä ponnistelua vaatineen tehtävän jälkeen yhteistä mieluisaa tekemistä tai asiaa vanhemman kanssa (pelaamista, harrastamista tms.).

5.5.6.4 Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiseen lähestymistapaan pohjautuvat työskentelymallit

Sosiaalisten taitojen ryhmäohjaus

Lasten ja nuorten sosiaalisten taitojen ryhmämuotoisesta ohjauksesta on erilaisia sovelluksia. Yhteistä niille on määrämittäisyys, käyntejä on esimerkiksi 8–10 käyntikertaa. Ryhmämuotoisissa tapaamisissa tavoitteena voi olla parantaa vuorovaikutusta vertaissuhteissa sekä aikuisten kanssa toimiessa. Tähän pyritään muun muassa tarjoamalla tietoa sosiaalisista taidoista ja niiden käytöstä, parantamalla kielellisten ja ei-kielellisten vihjeiden tunnistamista, opettamalla joustavampaa käyttäytymistä ongelmallisissa tilanteissa sekä edistämällä taitojen yleistymistä. Yksilö- tai ryhmätoiminnan rinnalla voidaan tarjota samanaikaisesti vanhempainohjausta.

Tietoisen läsnäolon taitojen harjoittelu

Mindfulness (tietoisuustaidot, hyväksyvä tietoinen läsnäolo) on läsnä olemista ja havainnointia nykyhetkessä, tietoisena siitä mitä on juuri nyt. Tietoista läsnäoloa voidaan opettaa sekä koululaisille, joilla on ADHD, että heidän vanhemmilleen. Harjoitteissa voi keskittyä esimerkiksi jonkin aistikokemuksen (esimerkiksi hengityksen) tarkkailuun, ja tarkkaavuuden palauttamiseen siihen aina kun huomaa mieltänsä vaeltaneen. ADHD:n ydinoireisiin eli tarkkaamattomuuteen, yliaktiivisuuteen ja impulsiivisuuteen kohdennettuja ryhmämuotoisia Tietoisuustaito-interventioita on käytössä eri puolella Suomea (esimerkiksi kouluikäisille ja heidän vanhemmilleen tarkoitettut 8 viikon MyMind-ryhmät). Menetelmästä on saatua alustavaa näyttöä.

5.5.6.5 Lääkehoito

ADHD:n lääkehoito on oikein toteutettuna tehokasta ja turvallista. ADHD-lääkkeiden vaikutus perustuu dopamiini- ja noradrenaliinivälitteisten hermoratojen aktivoimiseen, mikä vähentää oireiden määrää lääkkeiden käytön aikana. Yksityiskohtainen ja ajantasainen ohjeistus lääkehoitoon löytyy [ADHD:n Käypä hoito -suosituksesta](#).

Ennen lääkehoidon aloittamista tehdään somaattinen statustutkimus ja kysytään mahdollisista suussa ilmenneistä sydän- ja verisuonisairauksista ja rytmihäiriöistä. Tarvittaessa otetaan EKG ja konsultoidaan kardiologia ennen lääkityksen aloittamista (ks. tarkemmin Käypä hoito -suositus).

5.5.6.6 Muut tukitoimet

Sopeutumisvalmennuskurssit ja vertaistuki

Ryhmämuotoisia psykoedukaation muotoja ovat ensitietopäivät ja sopeutumisvalmennuskurssit. Kurssit edistävät lapsen tai nuoren ja hänen perheensä sopeutumista sairauden mukanaan tuomiin muutoksiin tai kuntoutumaan siitä. Kurssilla tarjotaan tietoa ADHD:sta sekä tukea arjen toimintoihin ja niistä suoriutumiseen. Kouluikäisille suunnatut kurssit järjestetään perhekurssina, joille vanhemmat ja sisarukset voivat osallistua. Kurssit järjestetään useamman perheen ryhmille, jolloin myös vertaistukea on saatavilla.

Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen ja lähiomaisilleen järjestää muun muassa Kela. Kurssit ovat asiakkaalle perheineen maksuttomia ja niille haetaan lääkärin B-lausunnolla (www.kela.fi/kuntoutus).

Sosiaalipalvelujen kautta saatava tuki

Osa perheistä hyötyy sosiaalipalvelujen ja lastensuojelun tarjoamista tukimuodoista, esim. tukihenkilöstä, tukiperheestä tai perhetyöstä. Katso tarkemmin osa II.

Vanhemman hoitoonohjaus

Jos vanhemmalla itsellään on selkeästi haittaava ADHD, myös hän tarvitsee asianmukaisen hoidon ja kuntoutuksen. Koko perhe voi merkittävästi hyötyä lapsen tai nuoren hoitoon liittyvästä psykoedukaatiosta ja neuvonnasta ja sopeutumisvalmennuskursseista.

Käytettävät lääkkeet

Lääkehoidossa käytetään psykostimulantteja (metyylifenidaatti, lisdeksamfetamiini, deksamfetamiini), atomoksetiinia tai guanfasiinia.

- Stimulanttien vaikutus välittyy ensisijaisesti dopamiinivälitteisesti ja alkaa nopeasti, n. 30–60 min lääkkeen ottamisesta.
- Atomoksetiinin vaikutus välittyy pääasiassa noradrenaliinin kautta ja alkaa vähitellen 1–6 viikon kuluessa lääkehoidon aloittamisesta.
- Guanfasiini on alfa-2A-adrenergisten reseptorien agonisti, mutta vaikutus välittyy noradrenaliinin kautta ja alkaa 1–3 viikon kuluessa.
- Stimulanttilääkityksessä voidaan haluttaessa pitää lääketaukoja, atomoksetiini- tai guanfasiinihoidossa niitä ei suositella.



Lääkehoito aloitetaan yleensä metyylyfenidaatilla. Eri metyylyfenidaattivalmisteissa on erilainen määrä nopeasti ja hitaasti vapautuvaa lääkeainetta. Sen vuoksi eri valmisteiden vaikutusprofiilit eroavat toisistaan.

- Lääkevalmiste valitaan vaikutusajan ja toivotun maksimivaikutuksen ajoittumisen mukaan (mihin aikaan oireet ovat vaikeimmillaan).
- Lääkehoito aloitetaan pienellä annoksella, jota suurennetaan vastetta ja mahdollisia haittavaikutuksia seuraten; tavoitteena on riittävä teho ilman merkittäviä haittavaikutuksia.
- Lääkehoidon alkuvaiheessa tarvitaan tiivistä, jopa viikoittaista seuranta ja annoksen säätöä.
- Jos ensimmäinen kokeiltu valmiste ei tuota toivottua vastetta, voi olla perusteltua kokeilla vielä toista, vaikutusprofiililtaan erilaista metyylyfenidaattivalmistetta, jonka jälkeen tarvittaessa siirrytään joko lisdeksamfetamiiniin tai deksamfetamiiniin, atomoksetiiniin tai guanfasiiniin.

- Sopivan valmiste ja annoksen löydyttyä arvioidaan psyykkistä ja fyysistä kokonaistilannetta, hoitovastetta, lääkehoidon tarvetta ja annoksen riittävyttä seurantakäynneillä 3–12 kk:n välein. Rutiininomainen lääketauko ei ole välttämätön, vaikkakin se on hyödyllinen arvioinnin kannalta.
- Lääkityksen aikana seurataan kouluterveydenhuollossa säännöllisesti kasvunopeutta (paino ja pituus kasvukäyrillä arvioituna), syketaajuutta ja verenpainetta sekä mahdollisia haittavaikutuksia.



Tavallisimpia haittavaikutuksia stimulanteilla ja atomoksetiinilla ovat ruokahalun väheneminen, päänsärky, erilaiset lievät mahavaivat, käytösoireet (ärtyisyys, aggressiivisuus) sekä univaikeudet. Lievä pulssin nopeutuminen ja verenpaineen kohoaminen on tavallista. Näillä ei yleensä ole merkitystä verenkiertoelimistöltään terveiden koululaisten hoidossa. Verenpaineen seuranta on tärkeää erityisesti lääkehoidon alussa ja aina annosta nostettaessa. Guanfasiinin haittavaikutuksina voi esiintyä väsymystä, verenpaineen laskua, sydämen harvalyöntisyyttä, huimausta, pyörtymistäipumusta ja painonnousua. Se voi myös pidentää QT-aikaa. Jos lieviä haittavaikutuksia esiintyy, kokeillaan annoksen tai lääkkeen antoajan säätämistä tai valmisteiden vaihtoa. Tarvittaessa lääke lopetetaan, esimerkiksi QT-ajan pidentyessä.

- Osalla lapsista ja nuorista lääkehoidon tarve vähenee ajan myötä, mutta osa tarvitsee lääkehoitoa aikuisuudessaakin
- Lääkehoitoon liitetään yleensä muita hoitomuotoja.

Lähde: Käypä hoito

5.6 Autismikirjon häiriöt

5.6.1 Tietoa häiriöistä

Autismikirjon häiriöille luonteenomaisia ovat pysyvät puutteet sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja sosiaalisessa kommunikaatiossa sekä rajoittuneet, toistavat ja kaavamaiset käyttäytymispiirteet, kiinnostuksen kohteet ja toiminnat. Lieväasteisestakin autismikirjon häiriöstä kärsivällä lapsella tai nuorella saattaa olla puutteita kyvyissä toimia ryhmässä ja saada ystäviä, aloittaa ja ylläpitää keskustelua ja kertoa itsestään, ymmärtää, mitä muut ihmiset ajattelevat ja tuntevat, käyttää eleitä, ilmeitä ja katsekontaktia toisten kanssa puhuessaan sekä sopeutua muutoksiin ja uusiin tilanteisiin.

Autismikirjon häiriö on kehityksellinen poikkeavuus, jossa oireita esiintyy eriasteisesti häiriön vaikeudesta riippuen varhaisesta iästä lähtien. Sen syytekijät ovat moninaiset. Perinnöllisillä tekijöillä on keskeinen rooli, mutta myös muilla tekijöillä, kuten raskauden ja synnytyksen aikaisilla vaikeuksilla, voi olla osuus oirekuvan synnyssä. Viimeisimpien tutkimusten mukaan autismikirjon häiriöiden esiintyvyys on 1–3 %. Autismikirjon lieviin häiriöihin kuuluva Aspergerin oireyhtymä on pojilla selvästi yleisempi kuin tytöillä (4–5:1) ja voi tytöillä olla vaikeampi tunnistaa. Oireet vaihtelevat lievista vaikeisiin ja ovat kirjoitetaan laaja-alaisia ilmeten jokaisella yksilöllisellä tavalla. Lähes puolella lapsista ja nuorista, joilla on autismikirjon häiriö, on ydinoireiden lisäksi ainakin kaksi liitännäisoiretta.

Häiriötasoiseen oireiluun liittyy usein tietotaidollisia poikkeavuuksia, kuten erilaisia oppimisvaikeuksia. Noin neljällä viidestä on aistikokemusten (näkö, kuulo, tunto, haju) poikkeavuutta. Myös epilepsiaa ja liikunnallisen kehityksen viiveisyyttä esiintyy monella.

Tyypillisesti autismikirjon häiriöt havaitaan jo varhaisessa lapsuudessa. Lieväasteiset häiriöt, esimerkiksi Aspergerin oireyhtymä, sen sijaan tunnistetaan usein vasta esikouluvaiheessa tai kouluiässä, jolloin lapsen sosiaaliset kyvyt saattavat osoittautua riittämättömiksi kouluympäristössä vaadittaviin taitoihin nähden.

Lieväasteinenkin oirehdinta voi merkittävästi hankaloittaa kouluympäristössä ja vapaa-ajalla toimimista, ja toisaalta melko pienillä toimenpiteillä ja järjestelyillä voidaan merkittävästi edistää lapsen tai nuoren koulupolun ja kehityksen sujumista. Varhainen tunnistaminen on tärkeää, jotta arjen vaikeuksien hallinnan ja sosiaalisten ongelmien kasaantuminen voidaan estää ja sopivalla ohjauksella ja kuntoutuksella voidaan tukea itsenäistymistä ja myöhemmin työelämään sijoittumista. Lapsen ja nuoren koulupolun sujuvoittamisessa vanhemmilla, opettajilla ja muilla koulun aikuisilla on keskeinen rooli. Monet lapset tai nuoret, joilla on autismikirjon piirteitä, oppivat aikuisikään mennessä ainakin jossain määrin kompensoimaan toimintakyvyn vaikeuksiaan. Parhaimmillaan he voivat hyödyntää omia vahvuuksiaan suuntautumalla sellaiseen ammattiin tai tehtävään, jossa juuri näistä ominaisuuksista on etua.

5.6.2 Hoidon porrastus

Lieväasteisen autismikirjon oireilun tunnistaminen ja tukitoimien käynnistäminen kuuluvat perustason tehtäviin. Perusterveydenhuollon tehtävänä on myös tunnistaa toimintakykyä laajemmin haittaavat autismikirjon piirteet ja ohjata tällöin lapsi tai nuori lisätutkimuksiin erikoissairaanhoidon.

Erikoislääkärin kannanottoa tarvitaan hoitosuunnitelman tekoon niiden lasten ja nuorten kohdalla, joilla on autismikirjon oireiden lisäksi muulla tavoin toimintakykyä haittaavia neuropsykiatrisia oireita. Autismikirjon häiriöiden diagnostiikka tapahtuu erikoissairaanhoidossa.

Autismikirjon häiriöiden hoito tapahtuu kiireettömän hoidon perusteiden ja alueellisissa hoitoketjussa sovitun mukaisesti.

Autismikirjon häiriöistä kärsivät lapset ja nuoret ovat herkkiä muun muassa psykososiaaliselle kuormitukselle ja lääkkeiden sivuvaikutuksille, mikä voi altistaa voimakkaan aggressiiviseen, itseä vahingoittavaan tai itsetuhoiseen käytökseen. Näissä tilanteissa voidaan tarvita päivystyksellistä arviota. Päivystystilanteessa on tärkeä selvittää, onko oireilun tai oireiden vaikeutumisen taustalla mahdollinen somaattinen syy (esimerkiksi infektio).

5.6.3 Keskeinen oirekuva

Kouluikäisillä autismikirjon häiriön mahdollisuus on syytä pitää mielessä silloin, kun lapsen tai nuoren toimintakyvyssä on huomattavia puutteita, eikä koulu tai kodin arki solju sujuvasti toistuvien ristiriitojen, väärinymmärrysten, raivokohtausten, pelkojen, jumiutumisen, merkittävästi kapeutuneen ruokavali-
on tai mielenkiinnon kohteisiin oppoamisen vuoksi. Myös liitännäisoireet, kuten aistisäätelyn vaikeudet, voivat heikentää lapsen toimintakykyä. Esimerkiksi kouluympäristön äänet ja valaistus voivat merkittävästi kuormittaa joitakin lapsia ja nuoria.

Autismikirjon häiriöissä lapsella tai nuorella on eriasteista poikkeavuutta vastavuoroisessa sosiaalisessa kanssakäymisessä. Luonteva katsekontakti on usein hankalaa, ilmeiden ja eleiden käyttö voi olla vähäistä. Toisen asemaan asettuminen ja ”rivien välistä lukeminen” on vaikeaa. Sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmat kärjistyvät yleensä samanikäisten joukossa. Ryhmätyöt ja joukkueliikunta voivat tuottaa vaikeuksia. Oma näkökulma on hallitseva, eikä lapsella tai nuorella ole halua tai keinoja toimia ikäistensä kanssa tai se tapahtuu vain omilla ehdoilla. Lapsi tai nuori voi olla omissa oloissaan muiden seurassa.

Lapsen tai nuoren kommunikaatiossa ja puheessa ilmenee usein poikkeavuutta (esimerkiksi kirjakielen käyttö, omaperäiset ilmaisut, fraasipuhe), ja vuoropuhelutaidot ovat puutteelliset. Yleensä kielellinen taso on selvästi heikompi kuin ei-kielellinen. Lapsen tai nuoren toimintakyky voi olla huomattavan rajoittunut, esimerkiksi mielikuvitus- tai roolileikkeihin ei ole kykyä. Kiinnostuksen kohteet voivat olla epätavallisia tai kiinnostus epätavallisen voimakasta. Häiriöön voivat kuulua kaavamaiset vartalon tai käsien liikkeet. Myös maneerit, kuten käsien heiluttelu, etenkin innostuessa, ovat tavallisia. Huomattavaa kömpelyyttä voi esiintyä.

Pienet muutokset ympäristössä voivat aiheuttaa lapselle tai nuorelle huomattavaa tuskaisuutta. Muita tavallisia oireita ovat erilaiset pelot, uni- ja syömishäiriöt, raivokohtaukset, aggressiivisuus tai itsensä vahingoittaminen.

Aspergerin oireyhtymässä älyllinen ja kielellinen kehitys etenee – toisin kuin autismissa – yleensä normaalisti. Erityiskiinnostukset ovat usein hyvin intensiivisiä ja/tai kapea-alaisia. Kykyprofiili on monilla epätasainen. Ulkomuisti voi olla hyvä, mutta laajempi asioiden ymmärtämisen ja oman, tuottavan ilmaisun vaikeus voivat kuormittaa lapsen tai nuoren koulunkäyntiä sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteiden lisäksi. Lapsen kasvaessa varhaismurrosikäen alakoulun loppuvaiheessa tunteiden säätelyn ongelmat voivat lisääntyä, samoin ongelmat ikätovereiden kanssa. Varhaisnuori, jolla on autismikirjon piirteitä, ei esimerkiksi aina pysy ”joukon mukana” muiden samanikäisten kiinnostuessa esimerkiksi nuorisokulttuurista ja seksuaalisuudesta.

5.6.4 Diagnoosi

Autismikirjon häiriön diagnoosi perustuu käyttäytymisen tyypillisiin poikkeavuuksiin, oirekuvan kartoitukseen ja huolellisesti kerättyyn tietoon lapsen tai nuoren kehityksen kulusta. ASSQ-oirekysely (Autism Spectrum Screening Questionnaire) voi käyttää suuntaa-antavana ja keskustelua tukevana apuvälineenä silloin, kun mietitään autismikirjon häiriön mahdollisuutta. ASSQ-kysely on saatavilla Autismiliiton verkkosivulla. Kyselyä esitellään kappaleessa 6.2.3. Pelkästään sen perusteella ei kuitenkaan aseteta autismikirjon häiriön diagnoosia, vaan häiriön tarkempi diagnostiikka tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Diagnostiikkaan käytetään erityisiä diagnostisia haastattelumenetelmiä.

Nykyinen Suomessa käytössä oleva ICD-10-tautiluokitus erottelee Aspergerin oireyhtymän ja Lapsuusiän autismin omiksi häiriöikseen. Yhdysvaltalaisessa DSM-5 luokituksessa nämä häiriöt on yhdistetty yhdeksi kokonaisuudeksi, autismikirjon häiriöksi (Autism Spectrum Disorder; ASD). Samaa menettelyä noudattaa myös WHO:n vuonna 2018 julkaisema ICD-11.

Oheissairastavuus on autismikirjon häiriöissä tavallista. ADHD diagnosoidaan usein autismikirjon häiriön yhteydessä. Lapsella tai nuorella voi olla myös esimerkiksi oppimisvaikeuksia tai muita häiriöitä. Lääkehoitoa suunniteltaessa on oleellista ottaa huomioon muut samanaikaiset diagnoosit.

5.6.5 Hoito perustasolla

Autismikirjon häiriöiden psykososiaaliset hoidot voivat sisältää erilaisia toimintakykyä tukevia menetelmiä (ohjaus, ympäristön muokkaus) sekä taitojen harjoittelua yksin tai ryhmässä. Keskeistä on pyrkiä vaikuttamaan lapsen ja nuoren sosiaalisen vuorovaikutuksen taitoihin, itsesäätelyyn sekä koulunkäyntitaitoihin ja kognitiivisiin taitoihin. Pysyvien tulosten saavuttamiseksi hoito on välttämätöntä toteuttaa laaja-alaisesti arjessa. Samanaikaiset häiriöt, muut kokonaistilanteeseen vaikuttavat ongelmat sekä vanhempien ja koko perheen jaksaminen otetaan huomioon hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Tutkittua tietoa erilaisten psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuudesta autismikirjon häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa on vähän.

Psykoedukaatioissa painottuvat tiedon tarjoaminen autismikirjon häiriöistä sekä arjen sujuvoittamista tukevien käytännön keinojen pohtiminen yhdessä lapsen, nuoren ja vanhempien kanssa. Oleellinen osa kuntoutusta on auttaa lähiympäristön aikuisia (vanhemmat, koulun aikuiset, sukulaiset, jne.) toimimaan lapsen kanssa. Lapsen ja nuoren käyttäytymistä ohjaamalla ja poistamalla häiritseviä tekijöitä voidaan lievittää oireita ja lisätä onnistumisen kokemuksia arjessa. Määrätietoisella arjen toimintoihin vaikuttamisella voidaan tukea lapsen tai nuoren kehityksen suotuisaa etenemistä ja kohentaa koko perheen elämänlaatua.

Vanhempien ohjauksessa vanhempia kannustetaan jatkuvaan, päivittäin toteutuvaan, ennakoitavaan tapaan toimia lapsensa kanssa arjen tavallisissa ja erityisesti ongelmallisissa tilanteissa. Autismikirjon häiriöistä kärsivä koululainen hyötyy siitä, että aikuinen kykenee joustamaan häneen kohdistamissaan vaatimuksissa lapselle tai nuorelle mahdollisen vaatimustason löytymiseksi. Koko perheen on tärkeää miettiä, miten kodin arkea voisi selkeyttää ja rauhoittaa. Vanhempia voi motivoida tähän toteamalla, että kaikki perheenjäsenet hyötyvät erilaisista arjen sujuvuutta tukevista menetelmistä. Tärkeää on lisäksi huolenpito yleisestä hyvinvoinnista (uni, liikunta, ravinto, myönteiset vuorovaikutussuhteet) ja arjen säännöllisyyden vahvistaminen, sillä liikunnan ja unen puute, nälkä, voimakkaat tunnetilat (jännitys, suuttumus) sekä kuormittavat tilanteet (väärin mitoitettut vaatimukset, ristiriidat kotona, kiusaaminen) lisäävät oireita. Koska lapset ja nuoret, joilla on autismikirjon oireita tai häiriö, ovat tavanomaista alttiimpia liialliselle pelaamiselle älylaitteilla, on perheen pelaamista koskevien johdonmukaisten sääntöjen luominen ja noudattaminen tärkeää.

Autismikirjon häiriöiden hoidossa korostuu vuorovaikutus- ja tunnesäätelytaitojen vahvistamisen merkitys. Vuorovaikutuksen, tunnesäätelyn ja toiminnanohjauksen tukemista on kuvattu laajemmin kappaleessa 4.2.2. Taitojen oppiminen edellyttää lukuisia toistoja, tavallisesti kuukausien ja vuosien ajan.

Koulun tukitoimet ovat lapsen ja nuoren kuntoutuksessa keskeisiä. Ne käynnistetään heti, kun oppilaalla havaitaan toimintakykyä ja oppimista haittaavia vuorovaikutuksen, tunnesäätelyn tai toiminnanohjauksen ongelmia. Lapsen tai nuoren vaikeudet esimerkiksi koulun tavanomaisissa arjen muutos- ja siirtymätilanteissa voivat tarvita erityistä valmistelua ja aikuisen välitöntä tukea. Myös suuremmat siirtymä- ja muutosvaiheet – esimerkiksi koulun aloitus, alakoulusta yläkouluun siirtyminen, luokan tai opettajan vaihdokset – kannattaa suunnitella ja valmistella oppilaalle huolellisesti, ja varmistua myös tarpeellisen tiedon siirtymisestä. Mahdollisten oppimisvaikeuksien kartoittaminen on tärkeää. Ongelmien vaikeusasteesta riippuen lapsi tai nuori voi tarvita koulussa paljonkin tukea koulunkäyntiin, esimerkiksi pienryhmän, koulunkäyntiavustajan tai ohjattua aamu- tai iltapäivätoimintaa. Koulun tukimuotoja on kuvattu kappaleessa 4.1.1.2.

Autistimikirjon häiriötä sairastavan lapsen tai nuoren hoito ja arjen kuntoutus vievät paljon perheen voimavaroja, sillä lapsi tai nuori voi tarvita kotona runsaasti tukea, ohjausta ja valvontaa. Perheen jaksamisen tukeminen, vanhempainohjanta ja tarvittaessa vanhemman ohjaaminen oman tuen piiriin on tärkeää. Järjestöjen vapaaehtoistyönä tarjoama vertaistuki on siinä arvokas lisä.

5.6.5.1 Arjen muokkaus kotona ja koulussa kuntoutumista tukevaksi

Autismikirjon ongelmien lievittämisessä auttavat samantyyppiset toimintamallit kuin muissa neuropsykiatrisissa ongelmissa:

- Samankaltaisena toistuva päivärytmi helpottaa jäsentämään päivän kulkua ja tulevia tapahtumia.
- Arjessa voidaan käyttää kuvia jäsentämisen apuna. Kodin tai luokan päivä- tai viikkokalenteri, jossa tapahtumat on merkitty myös kuvina, auttaa lasta ja nuorta jäsentämään ja hahmottamaan ajankulua ja tukee toiminnanohjausta.
- Tulossa olevia tapahtumia ja tilanteita kuvataan tarkasti lapselle ja nuorelle etukäteen.
- Aikuinen auttaa pilkkomalla asioita pienempiin kokonaisuuksiin, helpommin omaksuttavaan muotoon.
- Muutokset päiväohjelmassa ennakoidaan puhumalla niistä etukäteen ja merkitsemällä ne päivä- tai viikkokalenteriin.
- Hyödyllisiä ovat myös palkkiojärjestelmät sekä konkreettiset apukeinot (esim. piktokuvat, visuaalinen kello ”Timer”).

Toiminnanohjauksen tukemista on kuvattu kappaleessa 4.2.2.3. Kuvien käytöstä löytyy vinkkejä monilta nettisivuilta (esimerkiksi www.papunet.net). Vaikeutta tuottavia tilanteita ohjaamaan voi tehdä tarakan kuvajärjestyksen (esim. pukeutumistilanne) tai käyttää kirjoitettuja listoja.

5.6.5.2 Sopeutumisvalmennuskurssit

Ryhmämuotoisia psykoedukaation muotoja ovat ensitietopäivät ja sopeutumisvalmennuskurssit. Kurssit edistävät lapsen tai nuoren ja hänen perheensä sopeutumista sairauden mukanaan tuomiin muutoksiin tai kuntoutumaan siitä. Kurseilla tarjotaan tietoa autismikirjon häiriöistä sekä tukea arjen toimintoihin ja niistä suoriutumiseen. Kouluikäisille suunnatut kurssit järjestetään perhekurseina, joille vanhemmat ja sisarukset voivat osallistua. Kurssit järjestetään useamman perheen ryhmille, jolloin myös vertaistukea on saatavilla.

Kela järjestää kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja lapsille, nuorille ja aikuisille sekä heidän perheilleen ja lähimaisilleen. Kurssit ovat asiakkaalle perheineen maksuttomia ja niille haetaan lääkärin B-lausunnolla.

5.6.5.3 Neuropsykiatrinen valmennus (Coaching)

Neuropsykiatrinen valmennus on koulutetun valmentajan antamaa kuntouttavaa ohjausta lapselle, nuorelle tai perheelle erilaisiin arjen haasteellisiin tilanteisiin. Se sisältää yleensä käyttäytymisen ohjauksen ja arjen hallinnan menetelmiä, taitojen harjoittelua sekä uusien myönteisten toimintatapojen kehittämistä. Valmennuksen lähtökohta on useimmiten ratkaisu- ja voimavarakeskeinen. Valmennuksesta saatavasta vasteesta ei ole tutkimusnäyttöä. Neuropsykiatrinen valmennus edellyttää toteuttajaltaan menetelmäkoulutusta.

5.6.5.4 Lääkehoito

Lääkehoito voi joskus olla tarpeen, ja sen suunnittelu kuuluu erikoislääkärille. Nukahtamisongelmiin voi käyttää melatoniinia.

Aspergerin oireyhtymä ja koululaistaidot

Tavallista on, että AS-piirteitä omaavalla koululaisella oppimisen taidot ovat ikätasoiset tai lähellä ikätasoa. Hän saattaa pärjätä erinomaisesti häntä kiinnostavissa aineissa. Sosiaaliset taidot ovat sen sijaan yleensä jäljessä ikätasosta. Osaksi syynä voi olla lapsen tai nuoren kokemus vuorovaihtuksen monimutkaisuudesta, koska hänelle on haastavaa tulkita muiden käyttäytymistä, ilmeitä ja eleitä.

AS-piirteisellä koululaisella saattaa olla vaikeuksia aloittaa keskusteluja ja tutustua muihin – muun muassa kasvojen tunnistaminen ja nimien oppiminen ryhmässä saattaa viedä tavallista pitempään. Muiden leikkiin tai työskentelyyn liittyminen saattaa olla vaikeaa myös puheen tasolla. Tämä voi johtua vaikeuksista sanojen painon ja ajoituksen ymmärtämisessä, kielen pikku yksityiskohtien tunnistamisessa, viestinnän käytäntöjen ja eleiden tulkinassa.

Heikko tunteiden ja oman käytöksen säätelykyky vaikeuttaa luokkatyöskentelyä ja toimimista ryhmässä. Lapsen ja nuoren toiminta ja kommunikaatio (esim. mustavalkoinen ajattelu, ehdoton rehellisyys ja suorapuheisuus) saatetaan herkästi virheellisesti tulkita kielteiseksi, vaikka kyse olisi tilanteissa vaadittavien sosiaalisten taitojen puutteellisesta hallinnasta. Asperger-piirteitä omaaville lapsille ja nuorille saattaa muodostua kielteinen maine luokkatoverien keskuudessa. Vapaa-ajan vietto ystävien kanssa tai harrastuksissa saattaa olla myös haastavaa, kun koulun rutiinien ja sääntöjen mukainen rakenne tilanteista puuttuu. Joillakin esiintyvä motorinen kömpelyys saattaa myös vaikeuttaa osallistumista aktiivisempiin toimintoihin.

5.7 Nykimisoireet ja Touretten oireyhtymä

5.7.1 Tietoa häiriöstä

Nykimisellä tarkoitetaan tahdotonta, nopeaa, toistuvaa ja rytmittömää liikettä tai ääntelyä, joka on äkillistä ja tarkoituksetonta. Lievät nykimisoireet (tic-oireet) ovat kouluikäisillä tavallisia: niitä esiintyy 10–25 %:lla alakouluikäisistä lapsista. Nykimisoire on valtaosin tilapäinen, muutaman viikon tai kuukauden kestävä vaiva, johon voi suhtautua maltillisesti. Nykimishäiriöiden vaikeusasteissa on kuitenkin huomattavaa vaihtelua. Toisessa ääripäässä on Touretten oireyhtymä, joka on harvinainen, pitkäaikainen ja vaikeimmillaan toimintakyvyttömäksi tekevä häiriö. Varsinaiset nykimishäiriöt ovat yleisempiä pojilla kuin tytöillä.

Nykykäsityksen mukaan nykimisoireiden ja -häiriöiden taustalla on keskushermoston motorisia toimintoja säätelevien hermoverkoston häiriö. Nykimisiä tuntuu mahdottomalta vastustaa, mutta ne ovat yleensä tukahdutettavissa joksikin aikaa. On tavallista, että lapsi tai nuori voi pinnistellä koulussa koko päivän oirehtimatta, mutta kotona jännitys voi purkautua voimakkaanakin pakonomaisena oireiluna. Stressi, ahdistus, kyllästyminen, väsyminen, ja kiihtyminen sekä elimistöä kiihdyttävät aineet kuten kofeiini ja stimulantit voivat vaikeuttaa oireita. Oireita vähentävät tilapäisesti lepo, uni, liikunta, kuume ja keskittyminen mieleiseen asiaan. Touretten oireyhtymä saattaa aiheuttaa usein oudolta tuntuvien oireidensa vuoksi hämmennystä muissa ihmisissä. Se voi johtaa häpeän tunteeseen, eriaistaiseen masentuneisuuteen sekä sosiaaliseen eristäytymiseen. Koulunkäynti ja ikätasoinen harrastuksiin osallistuminen voivat kärsiä huomattavasti.

5.7.2 Hoidon porrastus

Perustason tehtävänä on tunnistaa ne lapset ja nuoret, joilla nykimisoireet haittaavat oleellisesti jokapäiväistä elämää.

Toimintakykyä merkittävästi haittaavan ja muuta neuropsykiatrista samanaikaissairastamista sisältävän oireilun hoidon suunnittelu kuuluu erikoislääkärille.

Erikoissairaanhoidon kuuluu

- Touretten oireyhtymän tarkempi selvittely
- nykimishäiriöiden lääkehoidon suunnittelu
- äkillisesti alkaneet, voimakkaat tic-oireet voivat edellyttää päivystyksellistä tai muutoin kiireellistä erikoissairaanhoidon arviota mahdollisen taustalla olevan somaattisen syyn (esim. infektio) arvioimiseksi.

5.7.3 Keskeinen oirekuva

Nykimiset ovat äkillisiä, usein toistuvia, tahattomia, nopeita ja rytmittömiä liikkeitä tai ääntelyitä. Tavallisimmat nykimisoireet esitetään taulukossa 5.6.

Yksinkertaiset motoriset nykimiset ovat äkillisiä, lyhyitä yhden lihaksen tai lihasryhmän liikkeitä. Monimuotoiset motoriset nykimiset ovat useiden lihasryhmien laajoja, koordinoituja, perättäisiä liikkeitä. Monimuotoisille motorisille nykimisille on tyypillistä liikkeiden tarkoituksettomuus. Nykimiset voivat vaihdella kehon osasta toiseen ja tutkittavalla saattaa esiintyä sekä yksinkertaisia että monimuotoisia oireita.

Touretten oireyhtymässä lapsella tai nuorella ilmenee sekä toistuvia tahdottomia lihasten (motorisia) nykäyksiä että äännähdyksiä. Motoriset nykäykset vaihtelevat suurestikin sekä voimakkuudeltaan että luonteeltaan. Ne voivat ilmetä sekä raajojen että vartalon lihaksissa; tavallisimmin nykäykset ovat kuitenkin pään liikkeitä. Äännähdykset voivat olla luonteeltaan hyvinkin erilaisia – tahdottomia sanoja, naksahduksia, maiskutuksia, haukahduksia, niiskutuksia, pärskytyksiä, yskähdyksiä. Joskus harvoin tahdottomat sanat ovat luonteeltaan kirosanoja tai rivouksia. Motoriset nykäykset ja äännähdykset voivat ilmetä sekä samanaikaisesti että eri aikoina. Usein oirekuvaan liittyy erilaisia pakkoajatuksia ja pakkotoimintoja, joskus myös hyperaktiivisuutta ja impulsiivisuutta. Oireilussa esiintyy usein kausittaisuutta: hankalimmat ja oireettomat jaksot voivat vuorotella.

Taulukko 5.6. Tavallisimpia nykimisoireita

Yksinkertaisia motorisia nykimisiä	silmien räpyttely, kulmakarvojen kohottelu, nenän nyripistely, suun avaaminen, suupielten nykiminen, irvistäminen, huulien nuoleskelu, raajojen koukistelu, niskan nykiminen, olkapäiden kohottelu
Monimuotoisia motorisia nykimisiä	hyppely, tanssimaiset liikkeet, nilkuttaminen, toisten ihmisten liikkeiden matkiminen, itsen lyöminen
Yksinkertaisia äänellisiä nykimisiä	yskiminen, kurkun karauttelu, niiskuttaminen, viheltäminen, huokailu, haukottelu, rohina, tuhahtelu, koiran haukkumista muistuttava ääntely
Monimuotoisia äänellisiä nykimishäiriöitä	tiettyjen sanojen toistelu, omien äänien tai sanojen toistaminen, kaikupuhe, sosiaalisesti paheksuttavien sanojen käyttö (esim. tahaton kirosanojen tai seksuaalisten sanojen käyttö)

5.7.4 Diagnoosi

Diagnoosi perustuu esitietoihin ja kliiniseen tutkimukseen.

Väliaikainen nykimishäiriö (F95.0) kestää vähintään neljä viikkoa, mutta alle vuoden. Nykimiset voivat olla yksittäisiä tai monimuotoisia, äänellisiä tai motorisia. Niitä esiintyy useita kertoja päivässä, useimpina päivinä.

Pitkäaikainen motorinen tai äänellinen nykimishäiriö (F95.1) -diagnoosi voidaan asettaa, jos oireilu kestää yli vuoden. Oireet ovat joko motorisia tai äänellisiä. Niitä esiintyy useita kertoja päivässä, useimpina päivinä. Oireetonta aikaa on alle kaksi kuukautta.

Määrittämätön nykimishäiriö (F 95.9) täyttää yleiset diagnostiset kriteerit, mutta ei edellä olevien tai Touretten oireyhtymän diagnostisia kriteereitä.

Touretten oireyhtymässä (samanaikainen äänellinen ja motorinen monimuotoinen nykimishäiriö, F95.2) on sekä monimuotoisia motorisia että äänellisiä nykimisiä, ei välttämättä samanaikaisesti, mutta säännöllisesti yli vuoden ajan. Oireyhtymän diagnoosi perustuu perusteellisiin esitietoihin, oirekuvaukseen sekä neurologiseen ja psykiatriseen tutkimukseen. Samanaikaisten häiriöiden tunnistaminen (esim. ADHD, AS-kirjon häiriöt, pakko-oireinen häiriö) ja hoitaminen on tärkeää myös sopivan lääkehoidon valitsemisen kannalta.

5.7.5 Hoito perustasolla

Lapselle tai nuorelle kohdennettavia yksilöllisiä hoidollisia toimia ei tarvita, ellei nykimisoireista aiheudu merkittävää, jokapäiväistä haittaa. Yleisistä tukimenetelmistä psykoedukaatio ja kuormituksen keventäminen ovat keskeisiä nykimisoireiden ja -häiriöiden hoidossa. Huolellinen ongelman kartoittaminen ja tiedon tarjoaminen oireen vaarattomuudesta lapselle, nuorelle ja vanhemmille sekä kuormituksen keventäminen saattavat tuottaa riittävän avun. Jos kyse on lievistä tai satunnaisesta oireilusta, vanhemmille on hyvä korostaa, että oireilu saattaa ajan kuluessa itsestäänkin vähentyä, jos siihen ei kiinnitetä erityistä huomiota. Häiriötasoinen oireilu voi ajoittaisenakin esiintyessään aiheuttaa lapselle tai nuorelle eriaisteista ja usein huomattavaa kärsimystä.

5.7.5.1 Miten auttaa lasta tai nuorta kodin ja koulun arjessa

Perheelle, koululle ja mahdolliselle harrastusyhteisölle annettu tieto oireilun syntymekanismista, pakonomaisuudesta ja tahdosta riippumattomasta luonteesta voi hälventää ympäristön ihmettelyä ja lisätä ymmärrystä. Vanhemmille ja muulle lähipiirille on syytä myös todeta, että erilaiset rankaisut ja seuraamukset eivät poista nykimisoireita. Kouluympäristössä oireilu jätetään lähtökohtaisesti huomiotta. Oireita saattavat helpottaa suuresti muun muassa mahdollisuus tarvittaessa päästä purkamaan oireitaan johonkin yksityiseen tilaan, kotona esimerkiksi omaan huoneeseen tai koulussa johonkin sovittuun paikkaan luokkahuoneen ulkopuolelle. Perhettä voi myös ohjata tutustumaan verkkopohjaisiin rentoutusohjelmiin.

5.7.5.2 Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät ja rentoutustekniikat

Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisilla menetelmillä ja rentoutusharjoituksilla voidaan merkittävästi lievittää nykimisoireita. Suomessa on käytössä ollut esimerkiksi tavankääntämismenetelmä (Habit Reversal Treatment, HRT). Menetelmä edellyttää toteuttajalta psykoterapiakoulutusta ja työnohjausta.

Erilaiset rentoutustekniikat ja tietoisuustaito-interventiot voivat tuoda helpotusta oirehdintaan. Sopivia itsehoito-ohjelmia löytyy esimerkiksi mieli.fi- tai mielenterveystalo.fi-sivustoilta.

5.7.5.3 Lääkehoito

Vaikeissa nykimishäiriöissä (esim. Touretten oireyhtymässä) voidaan tarvita lääkehoitoa. Sen suunnittelu kuuluu erikoissairaanhoidon. Toistuvien lihasnykäysten aiheuttamien fyysisten kipujen hoito saattaa vaatia lääkehoitoa. Touretten oireyhtymän mahdolliset oheissairaudet (useimmiten ADHD tai pakko-oireinen häiriö) vaikuttavat lääkehoidon valintaan.

5.8 Pakko-oireinen häiriö

5.8.1 Tietoa häiriöstä

Pakko-oireista häiriötä esiintyy 1–3 %:lla kouluikäisistä. Se alkaa tavallisimmin 9–14 vuoden iässä, mutta oireita voi ilmetä jo ennen kouluikää. Pakko-oireityyppinen käyttäytyminen sinänsä (esim. sääntöjen tarkka noudattaminen, tunnussanat ja ylihuolehtivuus) on varsin tavallista noin 8–10-vuotiailla lapsilla. Häiriötasoisesta oireilusta on kyse, jos oireilua esiintyy päivittäin runsaasti ja siitä on lapselle, nuorelle tai läheisille merkittävää haittaa. Pakko-oireinen häiriö yleistyy nuoruusikää lähestyessä. Oireet lisääntyvät usein kuormittavissa elämänvaiheissa. Pakko-oireet voivat olla ohimeneviä, mutta niillä on taipumus kroonistua.

Pakko-oireisen häiriön syitä ei tunneta tarkasti, mutta perinnöllisillä ja neurobiologisilla tekijöillä näyttää olevan merkitystä häiriön etiologiassa. Varhaista diagnostiikkaa ja hoitoa pidetään ennusteen kannalta tärkeänä.

5.8.2 Hoidon porrastus

Lieväasteisen pakko-oireilun hoito kuuluu perustasolle. Erikoislääkärin konsultaatio on aiheellinen, jos oirekuva haittaa lapsen tai nuoren ikätasoisista toimintakykyä ja uhkaa kehityksen etenemistä, tai jos oireilu ei riittävästi lieviy yleistä tukimenetelmillä. Erikoissairaanhoidossa tehdään toimintakykyä merkittävästi haittaavan oireilun erotusdiagnostinen selvittely ja hoidon suunnittelu (lääkehoito, terapiat).

Äkillisesti alkavat, voimakkaat pakko-oireet tai esimerkiksi niihin liittyvä itsetuhoisuus voivat olla syy päivystykselliseen tai muutoin kiireelliseen arvioon.

5.8.3 Keskeinen oirekuva

Pakko-oireiseen häiriöön kuuluu joko pakkoajatuksia tai pakkotoimintoja tai molempia.

Pakkoajatuksukset ovat toistuvasti ja kaavamaisesti mieleen palaavia, ahdistavia, epämiellyttäviä ja vierailta tuntuvia ajatuksia, ylläkköitä tai mielikuvia. Ne liittyvät usein likaisuuden, saastumisen tai tartunnan pelkoon, itselle tai toiselle aiheutuvaan vahinkoon.

Pakkotoiminnot ovat toistuvia toimintaketjuja, rutiineja ja rituaaleja, joiden tarkoituksena on lievittää pakkoajatuksiin liittyvää ahdistuneisuutta pyrkimällä estämään jokin uhkaava tapahtuma. Tavallisimpia pakkotoimintoja ovat toistuva peseminen, asioiden tarkistaminen ja varmistelu, toimintojen toistaminen, pakonomainen koskettaminen sekä tavaroiden järjesteleminen.

5.8.4 Diagnoosin perusteet

Pakko-oireisen häiriön (F42) diagnoosi edellyttää huomattavaa oireiden esiintymistä (yli 1 tunti/päivä) ja vaikutusta toimintakykyyn.

ICD-10-tautiluokituksessa pakko-oireiset häiriöt luetaan kuuluviksi ahdistuneisuushäiriöihin, vaikka esimerkiksi niiden biologiset taustatekijät näyttävät poikkeavan muista ahdistuneisuushäiriöistä.

5.8.4.1 Erotusdiagnoosit ja oheissairastaminen

Pakko-oireisen häiriön oirekuva saattaa muistuttaa joskus psykoottista oireilua. Siitä poiketen pakko-oireisestä häiriöstä kärsivä tunnistaa ajatukset ja toiminnot oman mielen tuotoksiksi, vaikka ei niitä pystykään vastustamaan.

Äkillisesti alkavien pakko-oireiden yhteydessä erotusdiagnoosissa tulee huomioida myös streptokokki-infektion aiheuttaman PANDAS-oireyhtymän mahdollisuus.

PANDAS on Beeta-hemolyyttisen streptokokki-infektion aiheuttama immunologisen reaktion käynnistämä syndrooma (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcus), joka sisältää pakko-oireita, tic-oireita sekä mahdollisesti hyperaktiivisuutta. Nykykäsitys on, että PANDAS olisi merkityksellinen laukaiseva tekijä pienessä osassa pakko-oireisiä häiriöitä. Tutkimustieto asiasta on vielä niukkaa.

Pakonomaaisuutta esiintyy usein nykimishäiriöissä ja erityisesti Touretten oireyhtymässä. Häiriöt voivat esiintyä myös samanaikaisesti. Tyypillisiä oheissairauksia ovat lisäksi masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt ja käytöshäiriö.

5.8.5 Hoito perustasolla

Pakko-oireisen häiriön hoito on tarpeen silloin, kun oireista on merkittävää haittaa lapselle tai nuorelle.

Hoidossa ensisijaisina yleisinä tukimenetelminä ovat kuormituksen keventäminen ja psykoedukatio. Hoidossa voidaan käyttää myös kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä tarvittaessa SSRI-lääkitystä. Myös perheterapia voi tulla kyseeseen tapauksissa, jossa lapsen oireet alkavat vaikuttaa epäsuotuisasti perheeseen.

5.8.5.1 Miten auttaa lasta tai nuorta kodin ja koulun arjessa

Näkyvät pakko-oireet jätetään lähtökohtaisesti huomiotta. Vanhemmat ja perheenjäsenet tarvitsevat myös ohjausta siihen, etteivät he tue pakkoajatuksia tai -toimintoja omalla toiminnallaan. Muiden perheenjäsenten oman käyttäytymisen normalisoiminen (esimerkiksi tiettyihin rituaaleihin mukaan menemisen lopettaminen) on tärkeää, vaikka se ohimenevästi voimistaisikin pakko-oireisen lapsen tai nuoren omaa oirehdintaa.

Yhdessä lapsen tai nuoren, hänen vanhempiansa, opettajan ja kouluterveydenhuollon kesken voi suunnitella, mitä ja miten oireista kerrotaan luokalle. Lapselle tai nuorelle voi todeta, että mitä tahansa mieleen tulee, ajatukset ovat aina vaarattomia. Jos lapsi tai nuori niin toivoo, voidaan tukea hänen kykyään hallita pakonomaista toimintaa. Esimerkiksi pakonomaista käsienpesua voi yhdessä sopien pyrkiä rajaamaan esimerkiksi pesukertojen määrää tai kestoa rajaamalla tai viivyttämällä vähitellen pesemisen aloittamista. Erityisjärjestelyt esimerkiksi ruokailutilanteissa tai välituntikäyttäytymisessä mietitään tarvittaessa.

5.9 Valikoiva puhumattomuus

5.9.1 Tietoa häiriöstä

Valikoivasti puhumaton lapsi tai nuori puhuu joissakin tilanteissa, mutta on johdonmukaisesti puhumatta tietyissä sosiaalisissa tilanteissa. Tyypillisesti lapsi tai nuori puhuu kotona tai läheisten ystävien kanssa ja on puhumaton koulussa tai vieraiden ihmisten kanssa, mutta myös muita häiriömalleja esiintyy.

Oireet ilmenevät tavallisimmin vähitellen jo ennen kouluikää. Myöhemmin ilmenevän oireilun voi laukaista esimerkiksi kiusaamis- tai traumakokemus.

Valikoivan puhumattomuuden esiintyvyydeksi arvioidaan noin 0,1–2 %. Tyttöillä esiintyvyys on noin kaksinkertainen poikiin verrattuna. Valikoiva puhumattomuus on selkeästi yleisempää maahanmuuttajaperheissä, mikä johtuu mahdollisesti uuteen kulttuuriin sopeutumisen, toisen kielen omaksumisen ja omaan ikäryhmään liittymisen aiheuttamista haasteista.

Häiriön etiologiaa pidetään monitekijäisenä. Riskitekijöinä voivat olla perinnölliset tekijät, ympäristötekijät, lapsen temperamentti- ja kehitykselliset tekijät. Riskitekijöiden yhdistelmä on jokaisella lapsella erilainen.

Puhumattomuusoireilu alkaa ilmetä usein jo pikkulapsi-ikässä. Puhumattomuus voi helpottaa nuoruusiässä, mutta kommunikaatiovaikeudet ja taipumus ahdistua saattavat jatkua ja haitata toimintakykyä ja koulusuoriutumista. Kyse on yleensä pitkäaikaisesta häiriöstä. Varhainen hoito on tärkeää, jotta voidaan välttää puhumattomuuden jatkuminen aikuisiällä ja toisaalta estää oireilun laajentumisen esimerkiksi sosiaalisen ahdistuneisuuden tai muun psykiatrisen häiriön suuntaan.

Valikoiva puhumattomuus vaikuttaa yksilön mahdollisuuksiin tuntea kuuluvansa erilaisiin ryhmiin sekä osallistua niiden toimintaan. Pitkään jatkuessaan oirekuva vaikuttaa opinto- ja ammatilliseen suoriutumiseen ja laajemminkin yhteiskunnassa pärjäämiseen.

5.9.2 Hoidon porrastus

Valikoiva puhumattomuus hoidetaan kiireettömän hoidon perusteiden ja alueellisessa hoitoketjussa sovittun mukaisesti. Jos yleiset tukitoimet eivät tuo riittävää apua ja jos häiriö uhkaa ikätasoisista toimintakykyä, konsultoidaan erikoislääkärinä. Häiriön aiheuttaman toimintakyvyn aleneman ja mahdollisen oheissairastavuuden perusteella määrätty se, kuuluuko hoidon toteutus perustasolle vai erikoissairaanhoidon.

5.9.3 Keskeinen oirekuva

Häiriölle tyypillistä on johdonmukainen, tilannekohtainen puhumattomuus tai vähäpuheisuus. Lapsi tai nuori on usein herkästi ahdistuva ja huolestuva uusissa tilanteissa ja pyrkii välttämään niitä. Hän ei pysty tietyissä tai uusissa sosiaalisissa tilanteissa tuottamaan puhetta lainkaan tai vain hyvin niukasti. Vuorovaikutustaidot voivat olla keskimääräistä heikommat myös sellaisissa tilanteissa, joissa ei tarvitse puhua. Erityisesti aloitteiden tekeminen ja kaveriryhmään liittyminen voi olla vaikeaa. Vuorovaikutustilanteissa muiden kanssa nämä lapset ja nuoret voivat olla muutenkin varautuneita ja vetäytyviä.

Osalla valikoivasti puhumattomista lapsista ja nuorista on todettavissa kielellisen kehityksen häiriö, esimerkiksi puheen viivästymä tai ääntämishäiriöitä. Usein potilaalla on samanaikaisesti muita tunne-elämän häiriöitä. Eriasteinen ahdistuneisuus, vetäytyneisyys, tai uhmakas käytös, jotka liittyvät voimakkaaseen ahdistuneisuuteen ja yritykseen välttää ylivoimaisia tilanteita, ovat tavallisia liitännäisoireita. Samanaikaiset neuropsykiatriset oireet ovat melko tavallisia liitännäisoireita, kuten myös kastelu ja tuhriminen.

Puhumaton lapsi tai nuori saattaa ahdistuneisuutensa vuoksi vaikuttaa vuorovaikutustilanteissa ilmeettömältä tai jähmettyneeltä, mikä voidaan tulkita virheellisesti uhmakkuudeksi. Kuormittuminen koulupäivän aikana voi näyttytyä käytösongelmina kotona.

5.9.4 Diagnoosi

Diagnoosi valikoiva puhumattomuus (F94.0) asetetaan tyypillisen oirekuvan pohjalta. Mahdolliset oheissairaudet diagnosoidaan häiriökohtaisten käytäntöjen mukaisesti. Mikäli ilmenee viitteitä kielen- tai puheen kehityksen vaikeuksista, lapsi ohjataan puheterapeutin arvioon.

5.9.5 Hoito perustasolla

Tukitoimet tulisi aloittaa heti, kun valikoiva puhumattomuus todetaan. Valikoivan puhumattomuuden hoitotulokset ovat sitä paremmat, mitä aikaisemmin hoito aloitetaan. Jos puhumattomuus pitkittyy, lapsi omaksuu herkästi puhumattoman roolin, josta on vaikea luopua. Kodin, koulun ja vapaa-ajan ympäristöihin räätälöity, yhtenäisesti toteutettava vähittäinen altistaminen ahdistusta ja puhumattomuutta aiheuttaville tilanteille on hoidossa keskeisessä roolissa.

Valikoivasti puhumattomat koululaiset haluavat yleensä puhua, mutta eivät siihen kykene. Lapselle ja nuorelle on tärkeä kertoa, että hän ei ole ainoa, jolla on tällaisia vaikeuksia, eikä ole poikkeuksellista, että puhuminen tuntuu uudessa ympäristössä aluksi vaikealta. Koululaisen taipumus ahdistua puhumisesta edellyttävissä tilanteissa tai epämukavuusalueelle tultaessa määrittää sen, missä määrin häntä erilaisissa tilanteissa rohkaistaan käyttämään puheääntä kommunikaatiossaan tai puhumaan uusissa paikoissa ja tilanteissa. Kaikkea aloitteellisuutta vuorovaikutuksessa tuetaan, mutta puhumattomuus jätetään huomiotta ja kommunikoidaan muulla tavoin (esim. kirjoittaminen, sähköinen viestintä, kuvat). Puhumaan painostaminen voi lisätä lapsen tai nuoren kokemaa ahdistusta ja vaikeuttaa puhumattomuutta. Puhumattomuuden moittiminen tai siitä rankaiseminen ei edistä häiriöstä toipumista vaan hidastaa sitä.

Kodin, lähipiirin ja koulun arjessa luokka- ja välituntitilanteissa tapahtuva harjoittelu on tärkeää. Harjoittelun suunnitteluun ja toteuttamiseen tarvitaan siihen perehtynyt aikuinen. Harjoittelu tapahtuu altistamalla lasta turvallisessa tilanteessa, vähitellen haasteita lisäten. Perheen kanssa työskentely ja vanhempien saaminen mukaan arjen tilanteissa tapahtuvaan vähittäiseen siedättämiseen on oleellinen osa hoitokokonaisuutta. Oireiden lievittyminen on todennäköisempää, jos vanhempien (tai koko perheen) ja koulun aikuisten välillä päästään hyvään ja tiiviiseen yhteistyöhön.

5.9.5.1 Miten auttaa lasta tai nuorta kotona ja koulussa

Suosittelavimpana hoitomuotona pidetään altistusharjoitteita ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa yhdistettynä tiiviiseen perheen ja koulun kanssa työskentelyyn. Ohjattu altistusharjoittelu ja lapsen sosiaalisten taitojen vahvistaminen ovat hoidossa keskeisiä. Arjen tilanteissa tapahtuvilla harjoitteilla voidaan vähitellen ja tuetusti tukea lapsen tai nuoren kommunikointia puheen avulla. Jos perheen yleinen kommunikaatiotyyli tukee puhumattomuutta, voi perheterapiasta olla hyötyä.

Mahdollisten oheissairauksien hoito (kielelliset ongelmat, muu tunne-elämän ja käyttäytymisen oireilu) on tärkeää. Näissä tilanteissa hoidon painopiste määräytyy ensisijaisena näyttäytyvän ongelman perusteella.

Lääkehoito (yleensä fluoksetiini) tulee harkittavaksi, mikäli muilla tukitoimilla ja harjoitteilla ei saada vastetta. Lääkehoidon aloitus kuuluu erikoislääkärille; seuranta voi jatkua perustasolla.

Sopeutumisvalmennuskurssit, vertaistukiryhmät sekä erilaiset verkostotapaamiset antavat mahdollisuuden sekä puhumattomalle lapselle tai nuorelle että vanhemmille tavata muita samassa tilanteessa eläviä perheitä.

Sivusto valikoivapuhumattomuus.info tarjoaa tietoa puhumattomuudesta sekä ammattilaisille että vanhemmille.

Hyvän ympäristön luominen puhumattomuudella oireilevalle lapselle tai nuorelle

- Totea avoimesti lapsen/nuoren puhumisen vaikeus rennosti ja hyväksyen, samalla painottaen, että tilanne on väliaikainen.
- Vakuuta lapselle/nuorelle, että hän tulee kokemaan puhumisen helpompana, jos hän suhtautuu rauhallisesti ja yrittää edetä vain yhden askelen kerrallaan.
- Jos mahdollista, vieraile lapsen/nuoren kotona rakentaaksesi hyvän suhteen häneen ei-uhkavassa ympäristössä.
- Luo rento ilmapiiri rohkaistaksesi lasta/nuorta vuorovaikutukseen, niin ettei hän koe tulevana painostetuksi puhumaan, esim. vastaa lämpimästi lapsen/nuoren yrityksiin kommunikoida eleillä ja puhu lapselle kuin hän olisi puhunut.
- Anna lapsen/nuoren istua ja työskennellä koulussa niiden kavereiden kanssa, joiden kanssa hän puhuu kotona tai vapaa-ajalla.
- Ota käyttöön vaihtoehtoisia viestintäkeinoja (esim. osoittaminen, kuvan näyttäminen, valkotauluun piirtäminen) väliaikaiseksi tueksi tilanteisiin, joissa lapsi/nuori kokee puhumisen vaikeana (esim. isossa ryhmässä puhuminen, äidinkielen ja matematiikan tehtävät, joissa tarvitaan puhumista).
- Ota opetukseen mukaan koko luokalle tai pienryhmälle suunnattuja toimintoja, joissa ei vaadita puhumista, tee selväksi ennen aloittamista, että ei tarvitse puhua.
- Kutsu alakouluikäisten lasten vanhemmat osallistumaan luokan toimintaan, jotta he voivat helpottaa lapsen puhumista koulussa.
- Rohkaise vanhempia kutsumaan lapsen/nuoren luokkatovereita kylään koulun jälkeen ja lomien aikana;
- Valmista lasta/nuorta muutoksiin ja siirtymiin hyvin etukäteen valokuvilla, tutustumiskäynneillä ja kuvallisilla aikatauluilla.
- Vakuuta lapselle/nuorelle, ettet pyydä häntä vastaamaan kysymyksiin, lukemaan ääneen tai toimimaan, ellei hän viestitä sinulle haluaan tulla valituksi.
- Yritä löytää aikaa olla kahdestaan lapsen/nuoren kanssa luokan nurkassa tai toisessa huoneessa. Puhu yhdessäolon ajan ja kysele kysymyksiä enemmänkin itseltäsi kuin lapselta/nuorelta. Näin tarjoat lapselle/nuorelle mahdollisuuden ennemmin kuin odotuksen osallistua, esim. ´Hmm, mietin, mihinkähän tämä menee?´; ´Katsopas tätä! Luulen, että sinulla on yksi tällainen, eikö olekin?´
- Anna tehtäviä, jotka tarjoavat mahdollisuuden puhua tilanteissa, jotka tuntuvat lapsesta/nuoresta mahdollisesti vähemmän uhkaavilta, esim. ´Voitko viedä uuden oppilaan naulakoille ja näyttää hänelle, mihin hän voi laittaa reppunsa?´ tai ´Vie äiti aulaan ja näytä hänelle pienoismallit, joita olemme tehneet kokoelmaan´, tai ´Voitko auttaa (toista lasta) keräämään tavarat – hän ei ole varma, mitä hänen pitäisi tehdä´.
- Tue aktiivisesti lapsen/nuoren ystävyysuhteita ja varmista, etteivät toiset painosta lasta puhumaan ja ymmärtävät, että hän tulee puhumaan, kun on siihen valmis;.
- Käytä käsinukkeja, naamioita, äänellä toimivia leluja ja äänitettyjä viestejä vähentääksesi puhumisen pelkoa.
- Jos luokassa käytetään nimenhuutoa, salli myös viittaaminen, ota käyttöön koko luokkaa koskeva sosiaalinen toimintamalli tai kysy nimiä siten, että kaikki vastaavat yhteen ääneen.
- Varmista, että sukulaiset, muut opettajat, ruokalan henkilökunta ja iltapäiväkerhon ohjaajat ym. henkilökunta ymmärtävät lapsen/nuoren tarpeet ja omaksuvat asianmukaiset toimintatavat.

Maggie Johnson 2017 (alkuperäinen suomennos 2015 Outi Selin, päivitys 2017 Mia Sarvanne)

- Älä loukkaannu tai ärsyynny, jos/kun lapsi tai nuori pysyy vaiti.
- Älä ano, lahjo tai haasta lasta tai nuorta puhumaan, älä myöskään osoita, kuinka tärkeää sinulle on, että hän puhuu.
- Älä kysy suoria kysymyksiä, jotka asettavat lapsen tai nuoren huomion keskipisteeksi – erityisesti, jos muut katsovat ja odottavat vastausta.
- Älä katso suoraan lapseen/nuoreen, kun olet tarjonnut mahdollisuuden puhua.
- Älä ennakoi lapsen tai nuoren jokaista tarvetta.
- Älä anna erityishuomiota hiljaa olemisesta, vaan anna myönteistä palautetta yrityksestä kommunikoida, auttaa ja osallistua, missä muodossa se tapahtuukaan.

Maggie Johnson 2017 (alkuperäinen suomenos 2015 Outi Selin, päivitys 2017 Mia Sarvanne)

5.10 Syömishäiriöt

5.10.1 Tietoa häiriöistä

Syömishäiriöt ovat sekä ruumiin että mielen sairauksia. Syömishäiriössä lapsi tai nuori syö liian vähän tai hallitsemattomasti ja hänellä on ristiriitainen suhde ruokaan, omaan kehoonsa ja painoonsa. Oireet voivat uhata vakavasti fyysistä terveyttä, toimintakykyä sekä vaarantaa lapsen tai nuoren fyysisen ja psyykkisen kehityksen etenemisen. Syömishäiriöihin liittyy usein muita samanaikaisia mielenterveyshäiriöitä, mutta myös erilaisia somaattisia komplikaatioita. Vaikeisiin syömishäiriöihin liittyy kuolemanvaara.

Syömishäiriöihin kuuluvat:

- laihuushäiriö (anorexia nervosa)
- ahmimishäiriö (bulimia nervosa)
- epätyypillinen laihuushäiriö
- epätyypillinen ahmimishäiriö
- muut ja tarkemmin määrittämättömät syömishäiriöt kuten ahmintahäiriö (binge eating disorder).

Syömishäiriön tyyppi voi muuttua toiseksi sairastamisen aikana; noin kolmannes laihuushäiriöistä muuttuu ahmimishäiriöksi.

Syömishäiriöihin sairastutaan useimmiten 12–24-vuotiaana. Laihuushäiriöön sairastutaan keskimäärin nuorempana kuin ahmimishäiriöön. Sairastuneista valtaosa on tyttöjä. Usein lapset ja nuoret jatkavat koulunkäyntiään ja harrastuksiaan kuten aiemminkin ja kokevat voivansa erinomaisesti. Aliravitsemustilan toteaminen saattaa tulla vanhemmille yllätyksenä.

Syömishäiriöiden synty on monitekijäinen. Neurobiologiset, geneettiset, yksilönkehitykseen liittyvät sekä perhe- ja sosiokulttuuriset tekijät altistavat syömishäiriöoireille. Syömishäiriöille altistavia persoonallisuuden piirteitä ovat muun muassa taipumus perfektionismiin, pakko-oireiset piirteet, ahdistumisherkkyytensä sekä itsetunnon hauraus. Somaattisiin sairauksiin voi liittyä kohonnut syömishäiriön riski erityisesti, jos sairaus vaikuttaa painoon ja ruokahaluun ja jos sen hoito vaatii erityistä huomion kiinnittämistä syömiseen (esim. diabetes). Varhainen puberteetti lisää erityisesti tyttöjen ahmimishäiriön riskiä.

Häiriintyneestä syömisestä kärsivät tavoittelevat yleensä mahdollisimman pientä vartalon rasvapiitoisuutta, mutta pojista osa pyrkii lisäksi lihasmassan kasvattamiseen. Poikien syömishäiriöön liittyykin usein tyytymättömyys omaan lihaksikkuuteen, jota yritetään parantaa lihasmassaa kasvattavilla aineilla ja pakonomaisella kuntosalitreenaamisella.

Syömishäiriöt ovat vaikeahoitoinen ja vakava tautiryhmä. Laihuushäiriötä sairastavien potilaiden lähiajan ennuste on kohtalaisen hyvä, mutta pitkäaikaisennuste huonompi. Laihuushäiriöpotilaista 50–70 % toipuu somaattisesti täysin, 20–30 %:lla oireilu jatkuu ja 10–20 %:lla sairaus kroonistuu. Laihuushäiriössä kuolleisuusriski on noin 5 %. Kuolema johtuu yleisimmin nälkiintymiseen liittyvistä muutoksista tai itsemurhasta. Ahmimishäiriö on kulultaan usein jaksottainen tai aaltoileva, ja siitä toipuu kokonaan 45–55 % potilaista. Syömishäiriön tunnistaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, varhainen puuttuminen sekä varhainen hoitoonohjaus voivat lyhentää sairastamisaikaa ja parantaa ennustetta.

5.10.2 Hoidon porrastus

Perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluu

- syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen
- somaattinen ja psykiatrinen alkukartoitus ja kokonaistilanteen arviointi
- lievien häiriöiden hoito, tarvittaessa erikoislääkärin tukemana.

Erikoissairaanhoitoa konsultoidaan

- jos perustason hoidolla ei saavuteta riittävää muutosta syömishäiriökäyttäytymisessä ja painon laskun pysähtymistä
- jos suunnitellaan lääkettä
- psykoterapiahoidon tarvetta arvioitaessa.

Erikoissairaanhoitoon ohjataan tarkempaa diagnostiikkaa ja hoidon suunnittelua varten vakavat tai komplisoidut häiriöt.

Päivystyksellisesti erikoissairaanhoitoon ohjataan tilanteessa, jossa lapsella tai nuorella voidaan todeta jokin seuraavista

- BMI alle 11–13 kg/m² tai paino alle 70 % pituudenmukaisesta keskipainosta
- nopea laihtuminen (25 %:n painonlasku kolmessa kuukaudessa)
- vakava elektrolyytti- tai aineenvaihduntatasapainon häiriö (esim. S-K < 2.5mmol/l)
- systolinen verenpaine alle 70 mmHg tai syketaajuus alle 40/min tai EKG-muutokset

Osastohoitoa tarvitaan jos lapsella tai nuorella on

- vaikea aliravitsemustila
- hengenvaarallinen somaattinen komplikaatio tai muu samanaikainen vakava mielenterveydenhäiriö
- avohoito ei ole riittänyt.

Henkeä uhkaava aliravitsemustila hoidetaan somaattisella osastolla. Alaikäisen hoitoon lähettäminen on vakavan mielenterveyshäiriön perusteella mahdollista M1-lähetteellä, mikäli lapsen tai nuoren tila vaatii ehdottomasti hoitoa eikä hän ole valmis hoitoa vastaanottamaan.

Alueelliset hoitoketjut selkeyttävät hoidon organisaatiota ja porrastusta.

Syömisoireilua voi pitää lievänä, jos

- se on alkanut lähikuukausina, laihtuminen ei ole johtanut alipainoisuuteen tai oksentelua esiintynyt vasta muutamia kertoja.

Syömishäiriötä voi pitää lievänä, jos

- lapsella tai nuorella on laihtumista siten, että hän on alipainoinen tai ahmimis- ja oksentelukäyttäytymistä esiintyy lähes viikoittain.

Syömishäiriötä voi pitää vakavana, jos

- laihuushäiriön tai ahmimishäiriön kriteerit täyttyvät selvästi ja ahmiminen ja kompensatioikäyttäytyminen vaikuttavat hallitsemattomilta tai pakonomaisilta, tai
- syömisoireilun rinnalla on muu merkittävä mielenterveyshäiriö, päihdehäiriö tai merkittävää itsetuhoista ajattelua tai käytöstä.

5.10.3 Keskeinen oirekuva

Syömishäiriöiden tunnistamista vaikeuttaa se, että syömishäiriöiset eivät yleensä tuo itse esille oireitaan. Syömishäiriötä onkin työntekijän muistettava aktiivisesti epäillä ja ryhtyä sen mahdollisuutta selvittämään, jos siihen viittaavia oireita esiintyy. Epätyypillisiä tai osittaisia taudinkuvia voidaan todeta yhä nuoremmilla kouluikäisillä.

Kouluterveydenhuollon terveystarkastuksessa lapsi tai nuori riisutetaan tarkastusta varten, mikä helpottaa mahdollisen aliravitsemustilan tai muiden fyysisten muutosten tunnistamista. Myös kasvun taituminen tai pysähtyminen voidaan havaita terveystarkastusten yhteydessä. Tämän vuoksi syömishäiriön tunnistaa usein kouluterveydenhuollon terveydenhoitaja. Mikäli huoli herää muilla opiskeluhuollon työntekijöillä, lapsi tai nuori ohjataan herkästi kouluterveydenhoitajan tai lääkärin arvioon.

Syömishäiriön oireita voivat olla esimerkiksi taulukon 5.7 mukaiset asiat.

Ahminnan ja ylensyönnin ero

Ahminta: henkilö syö kohtauksenomaisesti kerralla suuren määrän ruokaa, syömiskäyttäytyminen on toistuvasti hallitsematonta ja henkilö kokee menettävänsä syömisen hallinnan.

Ylensyönti: henkilö syö kerralla suuren määrän ruokaa, mutta syöminen on koko ajan hallinnassa ja hän voi lopettaa sen halutessaan.

Taulukko 5.7. Syömishäiriön tunnistaminen perusterveydenhuollossa

Yleisiä varomerkkejä	<ul style="list-style-type: none"> • niukka ruokailu, ruoasta kieltäytyminen tai ruokavalion kapeneminen (esim. terveellisyysliiallinen korostuminen) • syöminen eri aikaan kuin muu perhe, vaatimus erilaisesta ruokavaliosta kuin muilla perheenjäsenillä • ajatukset jatkuvasti ruoassa, liikunnassa ja painontarkkailussa • hallitsemattomat ahmimiskohtaukset • toistuvat wc-käynnit ruokailun jälkeen (oksentaminen) • pakonomainen liikunta ja urheilu • fyysinen hyperaktiivisuus ja motorinen levottomuus • nopea laihtuminen (josta henkilö ei itse ole huolissaan) • tiheä itsensä punnitseminen • masentunut mieliala, mielialojen voimakas vaihtelu, ahdistuneisuus • eristäytyminen, elämän kapeutuminen, rutiinihakaisuus
Oireita, somaattisia löydöksiä ja komplikaatioita	<ul style="list-style-type: none"> • painonnousun pysähtyminen kasvuikäisellä • voimakas painonlasku • kylmät varpaat/sormet (akrosyanoosi) • heikentynyt kylmän sieto, lämmin pukeutuminen kompensaationa • hyperaktiivisuus (havaittavissa motorinen levottomuus) • kuukautiskierron häiriöt, kuukautisten loppuminen • murrosiän muutosten viivästyminen • ihonalaiskudos niukentunut • lihasvoima suhteellisesti heikentynyt • väsymys, heikkous • päänsärky • keskittymisvaikeudet • unihäiriöt • vatsakipu, ummetus tai ripuli • kuivuminen, turvotus • kuiva iho, lanugo-karvoitus, hiusten lähtö • pakonomaiseen liikuntaan liittyvät toistuvat rasitusvammat • osteopenia, osteoporoosi, toistuvia murtumia • puutumisoireet
Oksentelun aiheuttamat löydökset	<ul style="list-style-type: none"> • hammaskiilteen vauriot • sylkirauhasten ärtyminen/tulehtuminen • limakalvojen vaurioituminen suussa, nielussa ja ruokatorvessa ja mahassa • ruuansulatuskanavan motoriikan häiriöt • käsien iho rikki
Laboratoriokokeet ja mittaukset	<ul style="list-style-type: none"> • bradykardia eli hidas pulssi • hypotensio eli matala verenpaine • rytmihäiriöt (hypokalemia aiheuttaa) • hypokalemia, hyponatremia, hypokloremia, • metabolinen alkaloosi (oksentelun seurauksena) • metabolinen asidoosi (laksatiivien käyttö) • leukopenia • anemia (joskus) • lievästi koholla oleva seerumin amylaasi

5.10.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena

5.10.4.1 SCOFF-syömishäiriöseula

SCOFF kartoittaa laihuus- ja ahmimishäiriöiden tavallisimpia oireita ja se soveltuu hyvin syömishäiriöiden seulontaan ja tunnistamiseen perusterveydenhuollossa myös haastatellen.

1. Oksennatko tuntiessasi olosi epämiellyttävän kylläiseksi? (kyllä/ei)
2. Pelkäätkö menettäväsi hallinnan siihen, kuinka paljon syöt? (kyllä/ei)
3. Oletko laihtunut lähiaikoina yli kuusi kiloa 3 kk aikana? (kyllä/ei)
4. Tunnetko itsesi lihavaksi, vaikka muiden mielestä olet liian laiha? (kyllä/ei)
5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi? (kyllä/ei)

Vähintään kaksi kyllä-vastausta viittaa syömiskäyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, joita on syytä selvittää kanssa tarkemmin. On epätodennäköistä, että kaikkiin kysymyksiin kielteisesti vastannut kärsisi syömishäiriöstä.

SCOFF-seula löytyy esimerkiksi Mielenterveystalon Mittaripankista.

5.10.5 Diagnoosi

Syömishäiriöiden diagnostinen arviointi sisältää terveystottumusten, syömiskäyttäytymisen, psyykkisten oireiden ja somaattisen terveydentilan arvioinnin.

5.10.5.1 Terveystottumusten ja yleisen terveydentilan kartoitus

Syömishäiriötä epäiltäessä on tärkeää kartoittaa huolellisesti tutkittavan syömis- ja liikuntatottumuksia. Koulussa kartoituksen tekee luontevimmin terveydenhoitaja, esimerkiksi terveystarkastusten yhteydessä, jolloin voidaan samalla kiinnittää huomiota painon muutoksiin tai kuukautiskierron säännöllisyyteen. Syömishäiriöiden somaattista terveyttä uhkaavien oireiden vuoksi terveydenhoitajan ja lääkärin tiivis yhteistyö on tutkimus- ja hoitoprosessissa tärkeää.

Erityistä huomiota annetaan seuraaville asioille:

Syömistottumukset

Ruokavalio, ruokavalion rajoittaminen, ateriarytmi, suhtautuminen ruokaan, ahminta, oksentelu, salassa syöminen, sosiaalisessa tilanteessa syöminen (esim. pystyykö syömään koulun ruokalassa yhdessä muiden kanssa)

Liikuntatottumukset

Liikuntalajit, liikuntamäärät, liikunnan intensiteetti, pakkoliikunta

Somaattinen terveys

Paino, pituus, BMI (body mass index), verenpaine, pulssi
Ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden käyttö

Laaditaan kasvukäyrät, joissa havainnollistuvat muutokset painossa ja pituudessa. Kasvuiässä paino ei välttämättä laske; laihuushäiriöön voivat viitata painon nousun pysähtyminen ja vähitellen myös pituuskasvun pysähtyminen.

Esitiedot kuukautisista: koska alkaneet, säännöllisyys, muutokset kierrossa, hormonivalmisteiden käyttö, viimeinen paino jolloin kuukautiskierto oli normaali.

5.10.5.2 Lääkärin tekemät tutkimukset

5.10.5.2.1 Somaattinen tutkimus

- mittaus ja punnitus (punnitus alusvaatteissa)
- inspektio
 - suu ja hampaat (erityisesti suupieliin haavaumat)
 - lihaskato
 - iho (ihonalaisrasvan määrä, turvotukset, lanugo, viiltelyjäljet)
 - raajat: väri, lämpö
 - liikkuminen ja lihasvoima
 - riisuminen ja pukeminen
- keuhkojen ja sydämen kuuntelu
- verenpaine ja pulssi
- ihotunto ja refleksit
- puberteettikehityksen vaihe

Määrätään tarvittavat laboratoriokokeet, harkinnan mukaan:

- EKG
- perusverenkuva (PVKT)
- elektrolyytit (Na, K, Ca, Ca-ion, Pi)
- maksa-arvot (AFOS, ALAT)
- kreatiniini (Krea)
- prealbumiini (anoreksiassa).

Taulukko 5.8. Laihuushäiriön ja ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit

Laihuushäiriö F50.1

- A. Paino on ainakin 15 % vähemmän kuin pituuden mukainen keskipaino tai BMI korkeintaan 17.5
Esimurrosikäisen paino saattaa jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman varsinaista painon laskua.
- B. Painon lasku on itse aiheutettua välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi voi ilmetä liiallista liikumista, oksentelua ja ruokahalua hillitsevien tai nestettä poistavien lääkkeiden käyttöä.
- C. Henkilö kokee itsensä liian lihavaksi tai pelkää lihomista ja asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen. Ruumiinkuvan vääristymään liittyy voimakas lihavuuden pelko ja laihuuden yliarvostus.
- D. Murrosiän saavuttaneilla todetaan endokriinisen toimintahäiriön (hypotalamus-aivolisäke-sukurauhasakseli) seurauksena tytöillä kuukautisten poisjäänti ja pojilla seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemistä. Ennen murrosikää alkaneessa häiriössä murrosiän kehitys viivästyy tai pysähtyy. Endokriiniseen toimintahäiriöön voi liittyä myös kasvuhormonin, kortisolin, kilpirauhashormonin ja insuliinin erityksen poikkeavuuksia.
- E. Ahmimishäiriön kriteerit A ja B eivät täyty.

Ahmimishäiriö F50.2

- A. Toistuvat ylensyömisjaksot (suurten ruokamäärien syöminen lyhyessä ajassa) vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan
- B. Ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.
- C. Pyrkimys estää ruuan lihottavat vaikutukset oksentamalla, paastoamalla tai käyttämällä ulostus-, nesteenois- to-, kilpirauhas- tai ruokahalun hillintään tarkoitettuja lääkkeitä. Diabetesta sairastava saattaa jättää insuliinin ottamatta.
- D. Henkilö kokee itsensä lihavaksi tai pelkää lihomista, mikä johtaa usein alipainoisuuteen.

5.10.5.3 Erotusdiagnoosit ja oheissairastaminen

Tavallisimpia samanaikaisia häiriöitä ovat masennustilat, eri ahdistuneisuushäiriöt, psyykinen traumaatisoituminen ja nuorilla myös päihdehäiriöt. Taulukossa 5.9 kuvataan syömishäiriöiden keskeistä erotusdiagnoosiikkaa.

Tarkempi erotusdiagnoosiikka syömishäiriöoireilun rinnalla saattaa vaatia erikoissairaanhoidon tutkimuksia.

Somaattisessa erotusdiagnoosiikassa keliakia ja muut imeytymishäiriöt, kilpirauhasen toimintahäiriöt, diabetes ja tulehdukselliset suolistosairaudet voidaan yleensä poissulkea perusterveydenhuollossa ja muiden erotusdiagnoosisten vaihtoehtojen selvittely tulee harvoin kyseeseen.

Taulukko 5.9. Syömishäiriöiden erotusdiagnoosiikka

Psykiatrinen erotusdiagnoosiikka ja samanaikaissairastavuus	Somaattinen erotusdiagnoosiikka
<ul style="list-style-type: none"> • masennustilat ja muut mielialahäiriöt • pakko-oireinen häiriö • ADHD • psyykinen trauma, PTSD • päihdehäiriöt • somatisaatiohäiriö • psykoosit • persoonallisuushäiriöt (epävakaa, vaativa ja estynyt) • autismin kirjon häiriöt • sukupuolidysforia • hillitsemishäiriöt • itsetuhoisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • keliakia ja muut imeytymishäiriöt • kilpirauhasen toimintahäiriöt • diabetes (syömishäiriö voi myös olla diabeteksen hoitoa komplisoiva tekijä) • tulehdukselliset suolistosairaudet • infektiot • maligniteetit • huumeiden käytön komplikaatiot • HIV • Addisonin tauti

5.10.6 Hoito perustasolla

Syömiskäyttäytymisen ongelmassa varhainen hoitoon pääsy ja tehokas ravitsemustilan korjaaminen sekä aktiivinen hoito-ote liittyvät parempaan ennusteeseen. Moni paranee ilman erityistason hoitoa, ja perusterveydenhuollossa toteutettu ohjattu itsehoito voi tuoda riittävän avun. Vanhempien aktiivinen osallistuminen hoitoon on tärkeää, ja korostuu sitä enemmän, mitä nuoremasta koululaisesta on kyse. Lisäksi lapsen tai nuoren oma valmius ja motivaatio paranemiseen ja käyttäytymistapojen muutokseen on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luominen sekä psyykinen tuki käyttäytymisen muutokseen ovat hoidossa oleellisia. Oirekäyttäytymiseen liittyvää vastakkainasettela lapsen tai nuoren kanssa kannattaa välttää.

Lieväasteisessa syömisoireilussa voidaan aloittaa hoito terveydenhoitajan seurannalla sovitusti lääkärin konsultaation jälkeen. Hoidossa otetaan alkuvaiheessa käyttöön yleiset mielenterveysongelmien perustason toimintamallit – psykoedukaatio, kuormituksen keventäminen, vanhempainohjaus sekä tukea antavat tai motivoivat yksilökäynnit – joita on esitelty tarkemmin luvussa 4.

Lievät syömishäiriöt voidaan myös hoitaa perusterveydenhuollon hoitokokonaisuudessa, johon kuuluvat psykoedukaatio, somaattisen tilanteen huolellinen arviointi ja seuranta (mm. paino, pituus, BMI, verenpaine) sekä hoidolliset tukea antavat tai motivoivat keskustelut. Ohjaus ravitsemusterapeutin konsultaatioon saattaa olla tarpeen.

Syömishäiriöissä hoidon tavoitteena on

- korjata ravitsemustila
- säännöllistää syömiskäyttäytyminen
- lopettaa rajut laihdutusyritykset
- saada toistuva ahminta haltuun
- vähentää syömishäiriöoireita
- saada fyysistä terveyttä uhkaavat oireet loppumaan
- lievittää ja hoitaa psyykkisiä oireita
- vahvistaa kasvuympäristön (perheen) edellytyksiä tukea lapsen tai nuoren normaalia syömiskäyttäytymistä.



Hoitosuunnitelmassa, jonka tekevät perheen kanssa terveydenhoitaja ja lääkäri, sovitaan

- hoidon tavoitteet
- käytettävät menetelmät
- mitä oireita seurataan ja mitä tutkimuksia toistetaan
- hoito- ja seurantakäyntien määrä ja/tai hoidon alustava kesto
- seuraavat vastaanottoajat (terveydenhoitaja ja lääkäri).

Yhteistyötä tehdään lisäksi muiden toimijoiden kanssa

- yhteistyö opiskeluhuollon kanssa (kuormituksen keventäminen)
- ohjaus hammaslääkärille (hampaiden vauriot)
- psykologin tuki
- ravitsemusterapeutin asiantuntemuksen hyödyntäminen jos käytettävissä
- erikoislääkärin konsultaatiot ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon lähettäminen.

Taulukko 5.10. Perusterveydenhuollon toiminta syömishäiriön hoidossa

Laihuushäiriöoireilu	Ahmimisoireilu
<ul style="list-style-type: none"> • tiedon anto • motivoiva keskustelu • lapsen tai nuoren ohjaaminen terveelliseen, monipuoliseen, säännölliseen syömiseen (ruokapäiväkirja tukena) • somaattisen tilan seuranta (paino 1–2 kertaa viikossa, enintään 2 viikon välein, pulssi, RR, tarpeen mukaan lääkärin somaattinen status, EKG ja verikokeet) • mikäli ongelma ei lähde korjaantumaan tai paino laskee nopeasti, konsultoidaan erikoislääkärää (esim. 3–4 seurantakäynnin jälkeen) • lasten- tai nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon lähettäminen <ul style="list-style-type: none"> › lasten- tai nuorisopsykiatrin erikoissairaanhoidon yleensä ensisijainen, somaattiseen erikoissairaanhoidon läheteään uhkaavissa somaattisissa tilanteissa 	<ul style="list-style-type: none"> • tiedon anto • motivoiva keskustelu • lapsen tai nuoren ohjaaminen terveelliseen, monipuoliseen, säännölliseen syömiseen (ruokapäiväkirja ja oirepäiväkirja tukena) • täsmäsyömiseen ohjaus (säännöllinen ruokailu tukee ahmimiskohtausten hallintaa) • somaattisen tilan seuranta tarpeen mukaan • ahmimisen hallinnan oma-apu oppaat ja ohjelmat (esim. Mielenterveystalo) • mikäli ongelma ei lähde korjaantumaan (hallitsematon ahmimis-oksentelu-kierre) tai paino laskee nopeasti, konsultoidaan erikoislääkärää • lasten- tai nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon lähettäminen <ul style="list-style-type: none"> › lasten- tai nuorisopsykiatrin erikoissairaanhoidon yleensä ensisijainen, somaattiseen erikoissairaanhoidon läheteään uhkaavissa somaattisissa tilanteissa

5.10.6.1 Säännölliseen syömiseen tukeminen

Terveydenhoitaja tapaa lasta tai nuorta yhdessä tehdyn suunnitelman ja häiriön vaikeusasteen mukaisesti, alkuvaiheessa usein viikoittain. Käyntien tarkoituksena on tiedon anto, lapsen tai nuoren motivointi sekä tilanteen seuraaminen:

- muutokset syömistottumuksissa, ruokavaliassa ja liikunnassa
- ahminta, oksentelu, ulostus- ja nesteentorjuntalääkkeiden käyttö
- muutokset kuukautiskierrossa
- muutokset koulunkäynnissä ja ihmissuhteissa
- tutkimukset: paino, pituus, BMI, RR, pulssi
- laboratoriotulosten läpikäynti
- jatkohoidon suunnittelu, seuraavan ajan varaus
- perusterveydenhuollon lääkärin informointi tilanteesta.

Täsmäsyömis periaatteet laihdutuksen ja ahminnan noidankehän katkaisemiseksi

- **säännöllinen ateriarytmi:** ateriat ja välipalat noin 5 kertaa vuorokaudessa (3–4 tunnin välein)
- **riittävä energiataso:** energiavajetta ei saa olla
- **tavoitteen sanoittaminen:** syödään riittävän suuria annoksia, käytetään kaikkia ruoka-aineita (jatkuvat kieltäytymiset johtavat ahmintaan), myös lämpimiä ruokia ja hiilihydraattipitoista ruokaa
- **sallivuus:** ei mittaamista, punnitsemista tai rajoittumista vain joihinkin tuotteisiin.

Ruokapäiväkirja

Yläkouluikäisen nuoren ja kehitystasosta riippuen myös tätä nuoremman kanssa voi työskennellä ruokapäiväkirjan avulla, jos hänellä on ahmimishäiriön oireita tai ahmintaa. Laihuushäiriössä tarkkaa ruokapäiväkirjaa ei pidä käyttää, se voi jopa palvella sairauskäyttäytymistä. Laihuushäiriö-oireista lasta tai nuorta on paras kannustaa tavalliseen niin sanotun lautasmallin mukaiseen syömiseen.

Ruokapäiväkirjaa voi pitää paperille kirjaamalla, mutta lapsi tai nuori voi myös vaikka puhelimen kameralla ottaa kuvan kaikesta, mitä hän syö tai juo, ja näitä kuvasarjoja voidaan tarkastella vastaanotolla. Ruokapäiväkirjan avulla saadaan kuva siitä, millainen on ateriarytmi, millaisia ovat ateriamäärät ja toteutuuko ohjannan jälkeen säännöllinen ja sopivien tai riittävän isojen annosten syöminen. Ruokapäiväkirjan avulla voi tukea täsmäsyömistä, työstää lapsen tai nuoren kanssa säännöllisen syömisestä esteitä ja tekijöitä, jotka voivat edistää sitä. Lisäksi sen avulla voidaan pyrkiä tunnistamaan niitä tapahtumia tai tunnetiloja, jotka edeltävät ahmintaa tai laukaisevat sen.

5.10.6.2 Työskentely vanhempien ja lähiaikuisten kanssa

Vanhempien osallistuminen hoitoon on erittäin tärkeää, ja tiivis yhteistyö vanhempien kanssa on hyvä käynnistää heti, kun huoli kouluikäisen poikkeavasta syömiskäyttäytymisestä herää. Työskentely vanhempien kanssa ja heille annettava psykoedukaatio edellyttävät työntekijältä kokemusta ja tietoa syömishäiriöiden erityispiirteistä. Koska alkuvaiheen hoito kohdistuu ravitsemustilan korjaamiseen, vanhemmat tarvitsevat tietoa siitä, miten he omalla toiminnallaan voivat sitä kodin arjessa edistää. Keskustellen annetun psykoedukaation lisäksi vanhempia voi ohjata asiantunteville verkkosivuille (esimerkiksi Mielenterveys-talo tai Syömishäiriöliiton sivusto).

Harkinnan mukaan kouluyhteisön aikuisten (opettaja, kuraattori, opinto-ohjaaja, psykologi) informointi on yleensä tarkoituksenmukaista, kuitenkin tietosuoja-asiat huomioiden.

5.10.6.3 Miten auttaa lasta tai nuorta kouluympäristössä

Lasta tai nuorta, jolla on syömishäiriö, voi tukea auttamalla häntä asettamaan tavoitteet koulutyölle ja liikuntasuorituksille kohtuullisiksi ja antamalla myönteistä kannustavaa palautetta aina, kun suoritus on riittävä. Tiivis yhteistyö vanhempien ja kouluterveydenhuollon kanssa tarvitaan. Somaattisen ja psyykkisen voinnin perusteella arvioidaan säännöllisesti, missä määrin lapsi tai nuori voi osallistua luokkayhteisön tavanomaiseen toimintaan (välitunnit, koululiikunta, retket ym.) ja minkälaisia erityisjärjestelyjä tarvitaan. Kouluruokailutilanteiden järjestäminen ilmapiiriltään mahdollisimman myönteiseksi ja rennoiksi voi tukea lasta tai nuorta oireiden hallinnassa

5.10.6.4 Verkkopohjaiset itsehoitomenetelmät ja vertaistuki

Ahmintahäiriön hoitoon on nuorille käytettävissä suomen- ja ruotsinkielinen internetpohjainen ”[Irti ahminnasta](#)” -itsehoito-ohjelma.

Se sopii erityisesti nuorille ensi vaiheen hoidoksi ja voi osalle nuorista olla riittävä hoito.

5.10.6.4.1 Syömishäiriöliiton tukipuhelin ja chat

Syömishäiriöliiton alueelliset jäsenyhdistykset tarjoavat tukea ja toimintaa omilla alueillaan. Jäsenyhdistysten tarjoama tuki ja toimintamuodot vaihtelevat yhdistyksittäin.

Maksuton tukipuhelin palvelee syömishäiriötä sairastavia ja heidän läheisiään. Lisää tietoa ja yhteystiedot löytyvät Syömishäiriöliiton sivuilta.

5.10.6.5 Tukea antava keskustelu ja motivoiva keskustelu

Lievien syömishäiriöiden hoidossa erilaiset soveltavat terapeuttiset ja psykososiaaliset lähestymistavat ovat ensisijaisia. Keskustelumuuotoisia menetelmiä, muun muassa motivoivaa keskustelua ja tukea antavaa keskustelua, on kuvattu kappaleessa 4.2.3.

5.10.6.6 Psykoterapiat

Psykoterapiat kuuluvat ensisijaisesti erikoissairaanhoidon tasoiseen hoitoon, ja edellyttävät sitä, että ravitsemustila on korjautunut. Laihuushäiriön hoidossa käytetään eri terapiamuotoja, nykyisin useimmiten koko perheen kanssa työskentelyä tai perheterapiaa, yksilöterapiosta kognitiivista psykoterapiaa. Ahmimishäiriön hoidossa eniten tutkimusnäyttöä on kognitiivisesta psykoterapiasta. Psykoterapiatyöskentelyn ohessa seurataan tiiviisti fyysistä terveydentilaa, ja säännöllinen yhteistyö eri toimijoiden kesken on tärkeää. Psykoterapia lisätään hoitokokonaisuuteen erikoissairaanhoidon arvion perusteella.

5.10.6.7 Lääkehoito

Spesifistä lääkehoitoa syömishäiriöihin ei ole, mutta liitännäisoireita (esim. ahdistuneisuus, pakko-oireet, psykoottiset oireet) hoidetaan muun muassa psykoosi- ja masennuslääkkeillä. Lääkehoidon suunnittelu kuuluu erikoissairaanhoidon.

5.11 Unihäiriöt

Juulia Paavonen

5.11.1 Tietoa unesta ja sen häiriöistä

Ihmisen normaali unenlaatu tarkoittaa sitä, että hän nukahtaa nukkumaan mentyään yleensä alle puolessa tunnissa, unen laatu on kohtuullisen hyvä, eikä hän ole päivisin väsynyt. Lyhyet havahtumiset yöaikaan ovat normaali ilmiö, varsinkin jos niihin ei liity pitkittyvää valvomista. Kunkin ihmisen unen tarve on yksilöllinen; on luontaisesti lyhytunisia ja luontaisesti pitkäunisia ja näiden kahden ääripään välissä yöunensa nukkuvia. Useimmiten koululaiset tarvitsevat noin 8–10 tuntia unta vuorokaudessa. Unen tarve vähenee asteittain iän myötä, mutta unen tarve voi myös tilapäisesti lisääntyä esimerkiksi sairastelujen tai poikkeavan fyysisen rasituksen myötä.

Kaikilla ihmisillä on lisäksi oma sisäisen kellon tahdittama uni-valverytminsä, joka määrittää sen, miten virkeä ihminen on eri vuorokaudenaikoina. Monet kokevat olevansa joko aamu- tai iltaihmiä. Tämä ero on elimistön sisäisen kellon määrittämä, ei ainoastaan oma kokemus. Elimistön sisäinen kello voi myös olosuhteiden tai sairauden seurauksena edistää tai jättää.

Melatoniini on käpyrauhasen erittämä, vuorokausirytmien säätelyjärjestelmän ensisijainen hormoni, jonka eritystä tahdistaa valo vähentämällä melatoniinin muodostusta. Ulkoisesti annettulla melatoniinilla on kaksoisvaikutus: melatoniini sekä helpottaa nukahtamista että tahdistaa unirytmia.

Univaikeudet alentavat kognitiivista suoritustasoa: erityisesti tarkkaavaisuutta edellyttävät tehtävät ja muistitehtävät sujuvat heikommin. Univaikeudet lisäävät impulsiivisuutta ja keskittymisvaikeuksia mutta myös käytösoireita, masennusoireita ja ahdistuneisuutta.

Erilaiset unihäiriöt ovat tavallisia kouluikäisillä lapsilla. Nuoruusiän lähestyessä riski krooniselle univälille kasvaa, koska

- vuorokausirytmä siirtyy murrosiän myötä myöhempään
- sosiaaliset ja opiskeluun liittyvät tekijät lisäävät painetta ja houkutusta valvomiselle
- digitaalisen median käyttö voi osaltaan vaikeuttaa riittävän aikaista nukkumaanmenoa, aiheuttaa fysiologista aktivoitumista tai joidenkin elektronisten laitteiden (muun muassa TV, tietokone, tabletti, älypuhelin, pelikonsoli) valo voi ehkäistä melatoniinin eritystä.

5.11.2 Hoidon porrastus

Valtaosa unihäiriöistä on diagnosoitavissa ja hoidettavissa perusterveydenhuollossa. Erikoislääkärin kannanottoa edellyttää vaikea, toimintakykyä haittaava unihäiriö, johon annettu hoito ei ole auttanut. Erikoissairaanhoidon tutkimuksiin (unipolygrafia) lähetetään myös lapsi tai nuori, joka kuorsaa joka yö ja valittaa unen katkonaisuutta ja päiväväsymystä. Korvalääkärille lähetetään silloin, kun unihäiriöön liittyy suuret nielurisat. Narkolepsiaa epäiltäessä tutkimukset tehdään lastenneurologialla.

5.11.3 Keskeinen oirekuva

Unihäiriöitä ovat vuorokausirytmien häiriöt, unettomuus, unen aikaiset hengityshäiriöt ja muut nukkumiseen liittyvät erityishäiriöt (ns. parasomniat) (taulukko 5.11).

Vuorokausirytmien häiriöt ovat univalverytmien häiriöitä, jolloin lapsen tai nuoren nukkumisen ajoittuminen on viivästynyt tai aikaistunut tavanomaisesta, tai epäsäännöllinen. Nuorilla viivästynyt unirytmä on nykyisin yleinen ongelma, ja se selittää monen nuoren nukahtamisvaikeudet ja päiväväsymyksen. Arvioinnissa kuitenkin suljetaan pois nuoren itse aiheuttama valvominen.

Taulukko 5.11. Kouluikäisten unihäiriöt ja niiden tyypillisimmät ilmenemismuodot

Vuorokausirytmien häiriöt	Unettomuus	Parasomniat
<ul style="list-style-type: none"> Epäsäännöllinen unirytm Viivästynyt unijakso 	<ul style="list-style-type: none"> Primaarinen (ensisijainen) unettomuus Sekundaarinen (tois-sijainen) unettomuus 	<ul style="list-style-type: none"> Painajaiset tai yölliset kauhukohtaukset Unissakävely tai unissapuhuminen

Unettomuuden piirteitä ovat vaikeus saada unta tai pysyä unessa, virkistämätön yöuni tai liian aikainen herääminen aamulla. Unettomuuden taustalla on usein unta haittaavia tekijöitä kuten kuormittuneisuus, ahdistus, masennus, epäsäännölliset elintavat (vuorokausirytm), digitaalisen median erilaiset välineet (tv, kännykkä, tietokone, tabletti jne.) sekä kofeiinituotteet (kahvi, kola-juomat, energiajuomat). Lyhytaikainen (alle kuukauden kestävä) unettomuus liittyy usein elämäntilanteen huoliin, kuten sairastumiseen tai suruun. Lapsilla erilaiset nukkumaanmenoon ja nukahtamiseen liittyvät ohimenevät tai pitkäkestoisemmat pulmat ovat tavallisia. Esimerkiksi pienellä alakoululaisella voi olla nukahtamiseen tai yksin nukkumiseen liittyvää vaikeutta, jolloin lapsi nukkumaanmenon jälkeen tulee toistuvasti pois sängystä tai nukahtaa vain vanhempien sänkyyn tai vanhemman viereen.

Parasomnioihin kuuluvat unissakävely, unissa puhuminen, painajaiset, hampaiden narskuttelu nukkuessa, sekavuusherääminen ja yöllinen kauhukohtaus. Taipumus parasomnioihin korostuu silloin, kun univelkaa on kertynyt paljon.

5.11.4 Diagnoosi

Eri unihäiriöiden tunnistaminen on tärkeää hoitosuunnitelmaa laadittaessa, sillä unihäiriöiden hoito on syyn mukaista. Unihäiriön diagnostiikassa voi hyödyntää unihaastattelua (liite 6a), unikyselyä (liite 6b) sekä unipäiväkirjaa (liite 6c).

Unipäiväkirja

Lapsen ja nuoren unipäiväkirja (liite 6c) on keskeinen työkalu unioireiden tarkemmassa selvittämisessä. Se antaa tietoa unen määrästä, vuorokausirytmistä ja unen laadusta sekä auttaa määrittämään uniongelman vaikeusasteen. Unipäiväkirjaa täyttää tutkittava itse, tarvittaessa vanhemman avustamana. Unipäiväkirjan täyttöä ohjeistetaan riittävästi, jotta lapsi tai nuori ymmärtää, mitä siihen toivotaan merkittävän. Lapsi tai nuori täyttää unipäiväkirjaa sovitun ajanjakson ajan (yleensä kaksi tai kolme viikkoa), minkä jälkeen tavataan uudelleen tulosten tulkintaa varten ja henkilökohtaisen unisuunnitelman tekoa varten. Unipäiväkirja täytetään mahdollisimman tavanomaisen viikon aikana (ei esim. koeviikolla, lomalla tai matkalla).

Unipäiväkirjan perusteella arvioidaan koululaisen unirytmien säännöllisyys, keskimääräinen unen saanti ja unen laatu (nukahtamisvaikeudet, yöheräily ja valvominen yöaikaan). Tiedon perusteella annetaan jatkohoito-ohjeita. Useimmiten on edullista keskittyä kerralla vain yhteen tai kahteen seikkaan ja pohtia yhdessä lapsen tai nuoren kanssa miten niissä päästään eteenpäin. Tavoitteiden pitää olla riittävän pieniä jotta niiden saavuttaminen tuntuu mahdolliselta. Liitteessä 6d–g on neljä esimerkkiä unipäiväkirjan tulkitsemisesta ja ehdotuksia ongelman korjaamisesta.

Taulukko 5.12. Tyypillisimpien unihäiriöiden tutkiminen

Unihäiriö	Tutkimukset
Vuorokausirytmien häiriö (G47.0 tai F51.2)	hyvä taustahaastattelu unikyselyn avulla unipäiväkirjan pitäminen ja sen tulkitseminen
Unettomuus (F51.0)	hyvä taustahaastattelu unikyselyn avulla unipäiväkirjan pitäminen ja sen tulkitseminen
Parasomniat Unissakävely F51.3 Yölliset kauhukohtaukset F51.4 Painajaisunet F51.5 Muu määritelty ei-elimellinen unihäiriö F51.8	hyvä taustahaastattelu unikyselyn avulla

Vuorokausirytmien häiriöiden tyypillisimmät oireet ovat nukahtamisvaikeudet (jotka voivat näyttyä unettomuutena) ja päiväväsytys. Vuorokausirytmien häiriö -diagnoosi voidaan asettaa, kun häiriö haittaa selvästi henkilön toimintakykyä. Diagnoosin voi asettaa unipäiväkirjaseurannan perusteella. Vain harvoin tarvitaan tarkempia tutkimuksia.

Unettomuus diagnosoidaan haastattelun ja unipäiväkirjan perusteella. Unettomuuden oireita ovat vaikeus päästä uneen, päiväväsytys ja kokemus huonosti nukkumisesta. Nukahtamisvaikeus ei aina ole unettomuuden oire, vaan se voi johtua myös vuorokausirytmien häiriöstä, liian korkeasta vireystilasta nukkumaan mentäessä tai stressistä.

Primaarisen (ensisijaisen) unettomuuden taustalta ei löydy yksittäistä tunnistettavaa fyysistä tai psyykkistä selittävää tekijää. Siihen voi kuitenkin usein liittyä erilaisia unenhuollollisia puutteita tai muita arkisia kuormitustekijöitä, jotka voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai ympäristöstä johtuvia. Sekundaarinen (toissijainen) unettomuus puolestaan on fyysisen tai psyykkisen sairauden aiheuttama oire. Säännöllinen lääkitseminen (esim. metyyylifenidaatti, SSRI-lääkkeet ja jotkut muut keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet), kofeiini, alkoholi ja huumeet voivat aiheuttaa uniongelmaa. Tällöin on kyse sekundäärisestä unettomuudesta.

Unettomuuden erotusdiagnostiset vaihtoehdot ovat viivästynyt unijakso, sekundaarinen unettomuus (fyysisen tai psyykkisen sairauden aiheuttama oire) sekä väärät odotukset unta ja sen pituutta kohtaan. Näitä tulee pohtia varsinkin silloin, jos annettuun hoitoon ei tule vastetta.

Parasomniat eli unissakävely, unissa puhuminen, painajaiset, hampaiden narskuttelu, sekavuusherääminen tai yöllinen kauhukohtaus eivät yleensä häiritse unen saantia merkittävästi, sillä tyypillisesti niitä ilmenee melko harvoin ja kohtaukset ovat yleensä melko lyhyitä (5–10min). Mikäli parasomnioita ilmenee toistuvasti tai usein, ne voivat olla merkki muista unihäiriöistä tai psyykkisestä kuormittuneisuudesta, jolloin oireita voi olla yön mittaan hyvinkin runsaasti. Painajaisien ollessa kyseessä on hyvä sulkea pois psyykkisen trauman mahdollisuus.

5.11.4.1 Erotusdiagnoosit

Unihäiriöitä arvioitaessa tulee aina muistaa myös psyykkisen häiriön mahdollisuus. Esimerkiksi nukahtamisvaikeus voi johtua masennuksesta tai ahdistuksesta.

Unihäiriöihin liittyviä sairauksia

1. Obstruktiivinen hengityshäiriö

- keskeinen oire on kuorsaus, jonka lapsi tai nuori itse havaitsee levottomana ja katkonaisena unena, kuivana ja kipeänä kurkkuna aamulla tai väsymyksenä heti herättyessä
- vanhempien havainnot tutkittavan kuorsauksesta ovat tärkeä tieto
- mikäli joka yö kuorsaava koululainen valittaa unen katkonaisuutta ja päiväväsymystä, on hänet syytä lähettää tutkimuksiin erikoissairaanhoidon (unipolygrafiaharkintaa varten)
- suurten nielurisojen mahdollinen vaikutus obstruktion tarkistettava (ohjaus korvalääkärille)
- mikäli lapsi tai nuori on ylipainoinen, ylipainon hoito aloitetaan jo ennen erikoissairaanhoidon tutkimuksia

2. Neuropsykiatriset sairaudet

- keskeisiä oirekokonaisuuksia ovat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt ja autisismikirjon häiriöt
- nukahtamisvaikeudet ja yöheräily näyttäisivät esiintyvän tavallista useammin näiden oireiden yhteydessä
- hoidossa unenhuollollisista toimista (kappale 4.1.2) ja melatoniinista voi olla hyötyä

3. Mielensterveyshäiriöt

- unettomuus ja huonolaatuinen uni ovat keskeisiä piirteitä monissa mielensterveyden häiriöissä (mm. pelko-oireiset häiriöt, ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt), joten niiden mahdollisuus on otettava huomioon unettomuutta arvioitaessa
- mielensterveyshäiriöitä hoidetaan rinnakkain unihäiriön kanssa

4. Somaattiset sairaudet

- monet somaattiset sairaudet voivat häiritä unta aiheuttamalla esimerkiksi kipua tai stressiä
- huonossa hoitotasapainossa oleva astma, allergiat ja ihottumat voivat heikentää unen laatua
- epilepsia sekoittaa aivojen sähköistä toimintaa häiriten unta, mikäli kohtauksia esiintyy öisin

5. Narkolepsia G47.4

- keskeisiä oireita ovat voimakas ja asteeltaan vaihteleva päiväaikainen väsymys, johon voi liittyä pakonomainen nukahtamistaipumus ja katapleksia (lihastonuksen menetys voimakaan tunnereaktion kuten naurun yhteydessä)
- katkonainen yöuni, pienellä osalla esiintyy myös nukahtamisvaiheen halvausoireita ja hallusinaatioita
- diagnoosin teossa tärkein neurofysiologinen tutkimus on nukahtamisviivetestti; tutkimukset tehdään erikoissairaanhoidossa.

5.11.5 Hoito perustasolla

Diagnoosiin perustuvan hoitosuunnitelman tulee olla lapsen tai nuoren ikään ja kehitystasoon sopiva ja tavoitteiltaan realistinen. Hoidon tavoite kannattaa määritellä yhdessä lapsen tai nuoren kanssa hoitoa aloitettaessa. Unen huolto muodostaa välttämättömän perustan kaikkien unihäiriöiden hoidolle. Katso kappale 4.1.2, Unen huolto ja riittävän nukkumisen tukeminen.

5.11.5.1 Määrämittainen unen tukijakso

Ohjaukseen, tiedonantoon ja unipäiväkirjan käyttöön perustuvasta hoitomallista on hyötyä nuorten unihäiriöiden hoidossa. Tutkituista malleista kuvataan tässä esimerkiksi kouluterveydenhuoltoon hyvin soveltuva määrämittainen unen tukijakso (taulukko 5.13).

Hoitomallin toteuttajaksi on tässä kuvattu terveydenhoitaja, mutta se soveltuu myös muiden ammattihenkilöiden toteuttamaksi.

5.11.5.2 Vuorokausirytmien häiriöiden hoito

Vuorokausirytmien häiriöiden hoito perustuu ensisijaisesti unirytmien asteittaiseen korjaamiseen. Se onnistuu useimmiten hyvin ilman lääkettä, kunhan unenhuollollisista keinoista huolehditaan riittävästi vanhempien tuella. Erityisen tärkeitä ovat säännöllinen päivärytmi ja sen mukaiset valaistuksen vaihtelut. Tarvittaessa hoidon tukena voi käyttää melatoniinia. Lääkehoitoa voi harkita vaikeahoitoisissa tapauksissa ja tällöin lääkehoidon aloittamisesta on keskusteltava lapsen tai nuoren vanhempien kanssa.

Vuorokausirytmien häiriön korjaussarja:

- säännöllisestä päivärytmistä huolehtiminen
- unirytmien tasaaminen
- unirytmien asteittainen korjaaminen
- selkeistä valaistuksen vaihteluista huolehtiminen
 - aamuväläistys herättäessä
 - tarvittaessa kirkasvalolamppu noin 30 minuutin ajan heräämisen yhteydessä
 - illalla nukkumaan käydessä pimennysverhot (erityisesti kesällä).

5.11.5.3 Unettomuuden hoito

Tilapäiseen, yksittäisinä öinä ilmenevään unettomuuteen ei yleensä tarvita erityistä hoitoa, koska se useimmiten lievittyy nopeasti itsestään.

Pitkäaikaisen unettomuuden hoito

Hoito aloitetaan aina ohjaamalla ja neuvomalla unenhuollollisia keinoja. Nukkumista on syytä seurata unipäiväkirjalla, jonka avulla hoitoa voidaan suunnitella tarkemmin ja samalla havaita aktiivisesti unettomuutta ylläpitäviä tekijöitä. Hoitokokonaisuuteen kuuluvat esimerkiksi

- vuorokausirytmien tasaus
- unen huolto
- uniärsykkeiden hallinta: vuoteeseen mennään väsyneenä, noustaan ylös jos uni ei tule noin 15–30 minuutin aikana, minimoidaan unta haittaavat tekijät
- vuoteessa vietetyn ajan rajoittaminen: unipäiväkirjasta katsotaan nukkumisaika ja vain se aika vietetään vuoteessa; tavoitteena on lisätä unen jatkuvuutta ja parantaa sen laatua
- uneen liittyvien negatiivisten mielikuvien tunnistaminen ja niiden korvaaminen unta houkuttelevilla keinoilla, liian nukahtamisen yrittämisen välttäminen, huolten käsittely päivällä, huolihetki (katso kappale 4.1.2).
- rentoutustekniikat, mindfulness tai tietoisuustaitoihin perustuvat harjoitukset ja meditaatio. Lapsille ja nuorille sopivia rentoutusohjeita löytyy muun muassa Chillaa-ohjelmasta (katso 5.1.6.3) ja Mielenterveystalosta (esimerkiksi lihasten jännittäminen ja rentouttaminen, lihaskäytön harjoitus, hengitykseen ja sen seurantaan perustuvat rentoutukset).

Taulukko 5.13. Tukijakson eteneminen kouluterveydenhuollossa

Viikko 0	Ongelma tulee ilmi, taustatietojen selvittäminen unikyselyn avulla, unipäiväkirjan täytön opastus, unenhuolto-ohjeet, kannustus (30–60 min)
	<p>1. käynti, taustatietojen selvittäminen (terveydenhoitaja)</p> <ul style="list-style-type: none"> • haastattelun pohjana kouluterveydenhuollon unikysely • millainen unihäiriö on kyseessä: epäsäännöllinen rytmi, nukahtamisvaikeus, yöheräily, aikainen aamuherääminen, virkistämätön uni? • unihäiriön vaikeusaste: kauanko kestänyt, kuinka monena yönä ilmenee, miten vaikea-asteinen? • unta haittaavat tekijät: digitaalinen media, kofeiini, stressi, epäsäännölliset elämäntavat, masennus, ahdistus, alkoholi, huumeet • yhteys vanhempiin: lapsen, nuoren ja hänen vanhempiansa käsitykset uniongelmosta saattavat erota toisistaan selvästi, jonka vuoksi molempia on hyvä kuulla • tukijakson kulun ja sen eri osien läpikäynti • onko nyt oikea aika tukijaksolle: onko lapsi tai nuori itse valmis sitoutumaan, onko motivaatio kohdillaan, onko seuraavan kuukauden ajan tiedossa ”normaalia elämää” (ts. ei koeviikkoa, lomamatkaa, jne.)? Mikäli aika on nyt huono tai motivaatiota ei löydy, kontrollikäynti esim. kuukauden päähän jolloin uusi arvio hyvästä ajankohdasta • ohjeet unipäiväkirjan pitämistä varten ja unenhuolto-ohjeet kirjallisena, motivointi ja kannustus • lapset ja nuoret, joille uniongelmat aiheuttavat vaikeaa toimintakyvyn heikkenemistä tai joiden uniongelmat liittyvät muuhun ongelmaan tai häiriöön (esimerkiksi mielenterveyshäiriö, somaattinen sairaus tai päihteiden runsas käyttö) tulee ohjata tässä vaiheessa lääkärin vastaanotolle diagnostista arviota sekä mahdollisten erityistutkimusten ja erikoissairaanhoidon tarpeen arviota varten
Viikko 2	Välitapaaminen, häiriön määrittäminen, yksilöllinen unisuunnitelma, unipäiväkirjan täyttö jatkuu, motivointi, lääkärin informointi / paperikonsultaatio, melatoniinin aloitus (30 min)
	<p>2. käynti, välitapaaminen (terveydenhoitaja)</p> <ul style="list-style-type: none"> • unipäiväkirjaan tutustuminen ja tulkitseminen (mahdollisuuksien mukaan tutkittavaa voi pyytää tuomaan sen jo ennen vastaanottoa) • mahdollisen univajeen oireiden selvittäminen • arvio lapsen tai nuoren unen tarpeesta • unen/unimäärän riittävyys suhteessa unen tarpeeseen (ok, vähän alle, paljon alle unen tarpeen) • luontainen vuorokausirytm (aamu- vai iltavirkku) • unirytmän säännöllisyys (arki ja viikonloppu) • säännöllisen rytmän etsiminen, joka vastaa koululaisen unen tarvetta, koulunalkamisaikoja ja vuorokausirytmä (huomioitava myös hänen toivomansa rytmi) • unta haittaavat tekijät ja käytännön toimet niiden minimoimiseksi • yksilöllisen unisuunnitelman laatiminen, jossa rytmi vaihtelee korkeintaan 1 tunnin arjen ja viikonlopun välillä ja jolla pyritään takaamaan koululaiselle tunti enemmän unta kuin aiemmin niin, että se on lähempänä koulunkäyntiin soveltuvaa rytmä • melatoniini aloitetaan tässä vaiheessa jos sitä aiotaan käyttää, ohjaus sen annoksesta, ottoajasta ja säännöllisyydestä tärkeää • lääkärille tieto tukijakson aloittamisesta ja lähtötilanteesta (paperikonsultaatio, potilastietojärjestelmän viesti tms.)
Viikko 3	Kontrollisoitto, motivointi (5–10 min)
	<p>Kontrollisoitto (terveydenhoitaja)</p> <ul style="list-style-type: none"> • soitto sovitusti: tarkistetaan, että unipäiväkirjan täyttö sujuu ongelmitta ja tulee tehtyä; mikäli jäänyt kesken jätetään siitä mihin jäättiin • toteutuvatko sovitut toimenpiteet kohtuudella? • lapsen ja nuoren mahdollisiin kysymyksiin vastaaminen • motivointi, kannustus ja positiivisen palautteen antaminen • hyvien unirytmimuutosten huomioiminen, pienetkin sen arvoisia • melatoniini: onko nuori muistanut ottaa melatoniinia säännöllisesti oikeaan aikaan
Viikko 4–5	Arviointi, lääkärin vastaanottoaika mikäli ei vastetta, jatkotoimenpiteet, melatoniinin jatkon arviointi (30 min)
	<p>3. käynti, arviointi (terveydenhoitaja, tarvittaessa lääkäri)</p> <ul style="list-style-type: none"> • mitkä muutokset juuri tälle lapselle tai nuorelle tärkeitä (uniajan pidennys, rytmi, oireiden muutokset jne.) • mikä on ollut vaikeaa, mikä helppoa; yhdessä ratkaisujen miettiminen vaikeisiin kohtiin • hyvien unirytmimuutosten huomioiminen, pienetkin sen arvoisia • motivointi, kannustus ja positiivisen palautteen antaminen • seurannan jatkaminen vielä viikon verran jos tuntuu, että muutos on vasta tapahtumassa • melatoniinin vähentäminen/ lopettaminen • sovitaan, miten jatkossa toimitaan, kontrollikäynti esim. 2 kk:n päähän suositeltava (varmistetaan, ovatko saavutetut muutokset jääneet pysyviksi) • lääkärin vastaanoton tarpeen arvioiminen mikäli interventioista ei vastetta

Useimmiten hoidon voi aloittaa positiivisten rutiinien menetelmällä. Se sopii sekä lapsille että nuorille, varsinkin jos heillä on nukahtamisvaikeuksia iltaisin. Menetelmä perustuu rauhoittavaan iltarutiiniin ja unirytmien tilapäiseen myöhentämiseen. Seuraavassa esimerkki lapsen unettomuuden hoidosta. Menetelmää sovelletaan nuorille ikävaiheen mukaisesti

Positiivisten rutiinien menetelmä lapsen unettomuuden hoidossa, ohjeet työntekijälle:

- Tarkista, että lapsen päivärytmi on selkeä
- Selvitä unipäiväkirjan avulla, mihin aikaan lapsi yleensä nukahtaa. Jos rytmi on kovin epäsäännöllinen, ohjaa perhettä ensin säännöllistämään unirytmii niin, että se vastaa nykyistä uniaikaa (unirytmisissä ei tulisi olla enempää vaihtelua kuin yksi tunti).
- Suunnittele yhdessä perheen kanssa säännöllinen iltarutiini, jossa on 4–7 osaa ja kokonaiskesto 30–40 minuuttia. Rutiinin osat valitaan niin, että ne tukevat juuri tämän lapsen rauhoittumista (sopivia elementtejä esim. iltapala, iltapesut, huolihetki, iltalukeminen tai iltamusiikki, hyvän yön toivotukset).
- Ohjeista vanhempia seuraavasti:
 - Vanhemmat antavat lapselleen myönteistä ja kannustavaa palautetta onnistumisista rutiinin toteuttamisessa.
 - Vanhemmat viivästyttävät nukkumaanmenoaikaa tilapäisesti niin paljon, että rutiini alkaa sellaiseen kellonaikaan, että sen päätyttyä on lapsen tavallinen nukahtamisaika. On tarkoituskun, että näin saatava unimäärä on hieman alle lapsen unen tarpeen.
 - Jos lapsi ei nukahda rutiinin jälkeen nopeasti omaan sänkyyn (10 minuutin kuluessa), vanhemmat ohjaavat neutraaliin sävyyn hänet pois sängystä tekemään jotakin muuta, esimerkiksi selailemaan kirjaa hämärässä olohuoneessa.
 - Vanhemmat ohjaavat lapsen uudelleen vuoteeseensa 30–60 minuutin kuluttua.
 - Kun lapsi on nukahtanut kolmena peräkkäisenä iltana nopeasti iltarutiinin päätyttyä, vanhemmat aikaistavat rutiinia ja vuoteeseen menoaikaa 15 minuutilla.
 - Jos sen sijaan nukahtaminen ei ole onnistunut, ja lapsen on pitänyt nousta uudelleen vuoteesta, vanhemmat viivästyttävät rutiinin alkuaikaa edelleen 15–30 minuutilla. Pienen univelan syntyminen edistää nukkumaanmenon normalisoitumisen onnistumista.
- Näin jatketaan kunnes rytmi on sopiva. Kohtuullinen tavoite tälle lapselle arvioidaan etukäteen.
- Jos iltarutiinista ei ole apua, pohditaan yhdessä perheen kanssa, mikä osa ei toimi, miksi, ja mitä voisi tehdä toisin.

Pitkäaikaisen unettomuuden taustalla voi olla mielenterveyden ongelma, tavallisimmin masennus- tai ahdistusoireilu. Ongelman hoito korjaa myös unettomuutta. Pitkäaikaista unettomuutta hoidettaessa on muistettava arvioida myös lapsen tai nuoren mahdollisen säännöllisen lääkehoidon merkitys unettomuutta ylläpitävänä tekijänä.

Rutiinin rakentamisessa huomioitavaa

- On tärkeä, että vanhempi antaa myönteistä palautetta lapselle jokaisen vaiheen jälkeen.
- Iltarutiini tapahtuu aikuisjohtoisesti.
- Iltarutiinin vaiheet tukevat lapsen rauhoittumista sellaisessa järjestyksessä, että lapsen vireystila asteittain laskee rutiinin eri vaiheesta toiseen. Muutoin iltarutiiniin voi kuulua esimerkiksi iltasuihku, iltasatu, jutteluvartti, piirtämistuokio, rauhallisen musiikin tai rentoutusmusiikin kuuntelu, jalkahieronta tai muuta lapselle tai perheelle mieluista toimintaa.
- Jos juttelu tai iltasatu (tai joku muu osa) virkistää lasta (lapsi esimerkiksi aktivoituu juttelemaan lisää), sitä osaa ei kannata pitää rutiinin viimeisenä vaiheena.

Unirytmien ja unen määrän tasaaminen

1. Tätä käytetään kun lapsen tai nuoren uni-
valvetrytmi on epäsäännöllinen tai viivästynyt
siten, että tästä aiheutuu merkittävää haittaa
(esimerkiksi nukahtamisvaikeuksia, liian vä-
häinen unen saanti koulupäivinä tai päiväväs-
ymys). Hoidon seurannan apuna käytetään
unipäiväkirjaa. Hoitajakson aikana tulee vält-
tää päiväunia. Ennen hoidon aloitusta kes-
kustellaan lapsen tai nuoren kanssa siitä mikä
vaikuttaisi olevan hänelle sopiva unimäärä ja
millainen unirytmisi mahdollistaisi sen. Pyri-
tään löytämään sellainen tavoite, johon lap-
si tai nuori voi sitoutua. Esimerkiksi jos unen
tarpeeksi arvioidaan 9 tuntia, sopiva unirytmisi-
tavoite voisi olla esim. arkisin 22:30–07:30 ja
viikonloppuisin 23:30–8:30. Jos hoidon alussa
on paljon univelkaa, unen tarvetta on vaikea
arvioida. Tällöin kannattaa ensimmäiseksi ta-
voitella 30 minuutin lisäystä unimäärässä ja
arvioida tilanne uudelleen ensimmäisen ta-
voitteen saavuttamisen jälkeen ja keskustel-
la oliko muutos riittävä vai tarvitaanko vielä
enemmän unta.
2. Ensin unirytmisi säännöllistetään siten, että
se vastaa suunnilleen sitä rytmiä joka lapsel-
la tai nuorella on tällä hetkellä. Ohjeistetaan
häntä heräämään aamuisin aina suunnilleen
samaan aikaan arkisin ja viikonloppuisin sekä
menemään vuoteeseen noin 30 minuuttia en-
nen tavanomaista nukahtamisaikaa. Sopiva
heräämisaika määritellään yleensä koulun al-
kamisajankohtien mukaisesti. Vanhempia saa-
tetaan tarvitta avuksi varsinkin viikonloppuisin.
Unimäärä arkisin ja viikonloppuisin ei saisi
vaihdella enempää kuin 1(–2 tuntia).
3. Kun unirytmisi on säännöllinen, aikaistetaan
nukkumaanmenoaikaa asteittain kohti tavoit-
teena olevaa nukkumaanmenoaikaa. Aikaista-
minen voidaan toteuttaa esimerkiksi 10 tai 30
minuutin portain, kuitenkin niin, että seuraava
aikaistus voidaan toteuttaa vasta sitten, kun
nukahtaminen onnistuu melko nopeasti vuo-
teeseen menon jälkeen. Samalla aamuherää-
misen ajankohta pidetään vakiona. Useimmiten
sopiva tahti on noin tunti viikossa (ts. 10
min joka ilta tai 30 min joka kolmas päivä).
4. Kun sopiva rytmi on saavutettu, seurataan til-
annetta harvakseltaan ja tuetaan lasta/nuor-
ta pysymään sopivassa rytmissä.

5.11.5.4 Parasomnioiden hoito

Parasomnioiden hoitoon kuuluvat

- mahdollisten muiden unihäiriöiden toteaminen ja hoito
- vuorokausirytmien tasaaminen
- unen määrän lisääminen, erityisesti jos parasomnioita on usein tai ne pitkittyvät
- päiväaikaisen kuormitustekijöiden tunnistaminen ja vähentäminen

5.11.5.5 Lääkehoito

Unihäiriöiden hoidossa lääkehoito ei ole koskaan ensisijaista eikä yksistään riittävää. Yleisimmin käytetty lääke on melatoniini. Vaikeissa unettomuusoireissa lääkäri voi harkita muita lääkehoitoja (mm. H1 antihistamiiniseen vaikutukseen perustuva hydroksitsiini 25 mg x 1) lyhytaikaiseen alle 2 viikon käyttöön.

Melatoniniin käytön tulisi olla suunnitelmallista ja diagnoosiin perustuvaa. Kun melatonini aloitetaan, tulee määritellä mikä hoidon tavoite on, mitä annosta käytetään, mihin kellonaikaan lääke otetaan ja kuinka pitkään melatoninihoito jatkuu. Satunnaiskäyttöä ei suositella, sillä melatonini käyttö satunnaisesti, päivän aikana tai epäsäännöllisinä aikoina otettuna saattaa pahentaa univaikeuksia. Lisäksi se, että tilapäistä unettomuutta hoidettaisiin lääkkeellä, on väärä viesti lapsille: lääkkeen käytön sijasta tulee kertoa, että tilapäinen unettomuus on normaalia ja unenhuolto tehokkaampi keino sen hoitoon.

Käytettäessä melatoninia vuorokausirytmien siirtämisessä tulee vuorokausirytmiksi ensin saada säännölliseksi. Tavoitteena on säännöllinen heräämisaika lähtien nykyisestä rytmistä ja nukkumaan käyminen vasta väsyneenä. Vasta tämän jälkeen otetaan tarvittaessa melatonini hoidon tueksi.

Melatonini illalla otettuna aikaistaa unirytmisiä. Kouluikäisillä melatoninia suositellaan annoksella 0,5–3 mg x 1 otettuna noin 60 minuuttia ennen nykyistä, rytmien tasaamisen jälkeen saavutettua uni-aikaa (nukahtamisaikaa). Tavallisimmin aloitetaan annoksella 1 mg x 1. Sen jälkeen iltarytmisiä ja melatoniniin ottoa jankkohtaa siirretään asteittain aikaisemmaksi kohti tavoitteena olevaa toivottua unirytmisiä. Siirto voidaan toteuttaa esimerkiksi 10–15 minuuttia illassa, 30 minuuttia 3 päivän välein tai tunti viikossa. Samalla pidetään huolta siitä, että heräämisaika säilyy vakiona. Vaikka hoidon alkuvaiheessa lapsi tai nuori saattaa nukkua liian vähän, tilanne korjaantuu asteittain rytmien aikaistuksen myötä. Hoidon tehoa seurataan unipäiväkirjalla. Rytmisiä siirretään enimmillään tunti viikossa. Vaikutus näkyy vuorokausirytmisissä hitaasti.

Säännöllisesti päivittäin otettuna melatoninihoitoa jatketaan yleensä 1–3 kuukautta unirytmien korjaamisen tukena. Hoitovastetta seurataan ja vaikuttamaton lääkehoito lopetetaan.

Pitkäaikainen melatoniniin käyttö tulee kuitenkin joskus kyseeseen neuropsykiatriseen häiriöön liittyvässä unihäiriössä.

5.12 Stressi- ja traumaperäiset häiriöt

5.12.1 Tietoa häiriöistä

Lapset ja nuoret voivat oireilla monimuotoisesti reaktiona ympäristön muutoksiin tai traumaattisiin kokemuksiin. Muutokset ihmissuhteissa ja elämänolosuhteissa ovat aina kuormittavia ja edellyttävät sopeutumiskykyä, vaikka muutos merkitsisi muutosta parempaan. Muutos kuormittaa erityisesti silloin, kun sen koetaan johtavan tilanteen huononemiseen tai kun samanaikaisesti on meneillään useita muutoksia. Sopeutumista edistävät ennakoitavuus, mahdollisuus vaikuttaa tilanteeseen sekä ympäristöltä saatu tuki. Kohtuullinen kuormitus voi mahdollistaa psyykkisen kasvun ja kehityksen, mutta kuormittavat elämäntapahtumat voivat laukaista tai pahentaa eri mielenterveyden häiriöitä. Kuormittumisen seurauksiin vaikuttavat paitsi kuormittavan tekijän laatu sinänsä, myös lapsen tai nuoren ominaisuudet ja käytettävissä olevat voimavarat.

Noin joka neljäs lapsi tai nuori kokee merkittäviä kielteisiä kokemuksia ennen aikuisikää. Yksittäinen traumaattinen kokemus (ns. I-tyyppi trauma) on tapahtuma, johon liittyy kuolema tai vakava loukkaantuminen (esim. auto-onnettomuus), niiden uhka tai fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen (esim. vakava sairastuminen, pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö) joko itse koettuna tai toisen ihmisen kokeman näkeminen. Traumatisoiva tapahtuma ylittää henkilön psyykkisen kestokyvyn.

Sopeutumishäiriöt ovat tavallisimpia stressiin liittyviä häiriöitä. Ne ilmaantuvat kuormittavien, mutta ei poikkeuksellisten elämäntapahtumien yhteydessä kuukauden kuluessa tapahtumasta. Taustalla voivat olla esimerkiksi läheisen menettäminen, oma tai läheisen sairaus tai vammautuminen, ihmissuhderistiriidat, vanhempien ero tai muu kuormittava asia. Sopeutumishäiriöt ilmenevät ahdistus-, masennus- tai käytösoirein, mutta eivät ole niin vakavia kuin vastaavat häiriöt.

Akuutti stressireaktio on ohimenevä tila, joka ilmenee tuntien kuluessa äkillisestä traumaattisesta tapahtumasta. Akuuttia stressireaktiota ei pidetä mielenterveyden häiriönä vaan odotettuna oireiluna sietämättömien tapahtumien johdosta.

Vakavan traumakokemuksen jälkeen voi noin kolmasosalle lapsista ja nuorista kehittyä **traumaperäinen stressihäiriö** (posttraumatic stress disorder, PTSD). Heistä suurin osa toipuu spontaanisti, mutta noin kolmanneksella oireilu voi jatkua jopa vuosia. Moninkertaiseen traumatisoitumiseen liittyy korkeampi traumaperäisen stressihäiriön riski kuin yksittäisiin traumakokemuksiin.

Traumaattisesta tilanteesta jää tavanomaisten, sanallisesti kerrottavien muistikuvien lisäksi eri lailla tallentuneita, itsestään mieleen palautuvia muistoja. Ne voivat olla traumaan liittyneitä näkö-, kuulo- tai hajuhavaintoja, tunnetiloja tai fyysisiä ja motorisia muistikuvia. Näitä traumamuistoja ei tavallisesti voi tietoisesti sanallisesti muistaa. Sen sijaan ne palautuvat mieleen ”tietokoneviruksen lailla” silloin, kun jokin seikka (ns. traumamuistuttaja) ympäristössä (esim. haju tai näköhavainto) tai omassa olemisessä (esim. tunnetila) muistuttaa traumatilannetta. Seurauksena voi olla toistuvia, hyvin kuormittavia kokemuksia traumaattisen tilanteen toistumisesta tässä hetkessä. Ylivirittyneisyys ja pelokkuus ovat myös tavallisia traumakokemuksen seuraamuksia. Oireet voivat tuntua huolestuttavilta senkin vuoksi, että niihin voi liittyä pelkoa ”hulluksi tulemisesta”.

Kun lapsen tai nuoren elämänpiirissä on toistuvasti kielteisiä tapahtumia (esimerkiksi tärkeiden läheisten menetyksiä, ruumiillista tai henkistä väkivaltaa kuten koulukiusaaminen tai kotiväkivalta, vanhemmuuden vakavia puutteita, huoltajien päihderiippuvuutta), tapahtuu pidemmän ajan kuluessa toistuvaa traumatisoitumista (ns. II-tyyppin eli kompleksi trauma). Toistuvia vakavia ja pitkittyneitä traumakokemusten omaavien lasten ja nuorten oireet voivat olla monimuotoisia, ja yli puolella esiintyy muita samanaikaisia häiriöitä kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä.

Toksisella stressillä tarkoitetaan pitkäkestoista tai usein toistuvaa näihin tilanteisiin liittyvää stressivasteen aktivoitumista, joka vaikuttaa haitallisesti kehittyviä aivoja ja kehoa sääteleviin biologisiin prosesseihin. Moninkertaisen traumatisoitumisen yhteys sekä somaattisiin että psyykkisiin terveysongelmiin aikuisiässä on vahvasti osoitettu tutkimuksissa. Terveysvaikutusten on osoitettu olevan riippuvaisia haitallisten kokemusten määrästä.

”Kunniaan” liittyvä väkivalta ei ole sidoksissa tiettyyn maahan, etniseen ryhmään tai uskontoon, vaan sitä esiintyy monissa yhteisöissä ympäri maailmaa. Väkivallan tai sillä uhkaamisen taustalla voi olla esimerkiksi ystävystyminen tai seurustelu sellaisen henkilön kanssa, jota suku tai perhe ei hyväksy, siveettömäksi koettu pukeutuminen, liiallinen ”länsimaistuminen” tai pelkät huhut siveettömäksi koetusta käyttäytymisestä. Väkivalta voi ilmetä esimerkiksi tiukkana liikkumisen, pukeutumisen ja ystäväpiirin rajoittamisena, uhkailuna, painos-

tamisena, eristämisenä, pakottamisena, pakkoavioittona, raiskauksena tai muuna väkivaltana ja jopa ihmisen surmaamisena.

Aiempiä traumatisoivia kokemuksia voivat olla esimerkiksi joutuminen ympärileikatuksi tai seksuaalisesti hyväksikäytetyksi (esim. yksin matkustaneet pakolaislapset). Väkivallan kohteeksi joutuneet lapset ja nuoret eivät useinkaan pysty sanallistamaan kokemustaan tai uskalla siitä kertoa.

Paloma-käsikirja



5.12.2 Hoidon porrastus

Tavallisiin elämäntapahtumiin liittyvän kuormituksen ja oireilun jäsentäminen sekä näissä tilanteissa lapsen tai nuoren ja hänen perheensä tukeminen on perusterveydenhuollon ja muiden perustason toimijoiden tehtävä.

Perustason tehtävä on myös traumaattisten kokemusten jälkiseuraamusten lievittäminen tarjoamalla laajasti psykososiaalista tukea lapselle tai nuorelle yksilöllisesti ja perheelle kokonaisuutena, lapsen tai nuoren aktiivinen seuranta mahdollisen kehittyvän traumaperäisen stressihäiriön tunnistamiseksi, traumaperäisen stressihäiriön varhainen diagnostiikka sekä hoidon tarpeen arvio.

Perustasolla voidaan alkuvaiheen vakauttavan hoidon lisäksi hoitaa lapsen ja nuoren yksittäiseen traumakokemukseen liittyviä oireita silloin, kun hän on aiemmin ollut psyykkisesti vakaa eikä hänellä ole ollut elämässään muita merkittäviä riskitekijöitä. On kuitenkin tärkeää huomioida, että PTSD:n psykoterapeuttisten hoitomenetelmien käyttö edellyttää menetelmäkoulutusta ja menetelmän käyttöön kohdentuvaa työnohjausta.

Erikoislääkärin kannanotto hoitoon tarvitaan silloin, kun lapsella tai nuorella on

- ollut merkittäviä tunne- tai käyttäytymisoireita jo ennen traumaa ja siihen liittyvää stressihäiriötä
- arjessaan kuormittavia riskitekijöitä
- moninkertainen traumatisoituminen
- traumaperäinen stressihäiriö jatkunut kolme kuukautta.

Erikoissairaanhoidon päivystyksellistä arviota voi edellyttää akuutin stressireaktion erotusdiagnostiikka.

5.12.3 Keskeinen oirekuva

Äkillisen ja tiedossa olevan trauman, esimerkiksi kolarin, aiheuttamien oireiden tunnistaminen on helpompaa kuin esimerkiksi perheväkivallan aiheuttaman, yksittäisen tai toistuvan traumaattisen kokemuksen seurauksena syntyvien oireiden tunnistaminen. Tyypillisiä äkillisen trauman seurauksena ilmeneviä oireita ovat trauman uudelleen kokeminen mieleen tunkevinä muistitakaumina tai painajaisunissa, ja toisaalta traumakokemukseen liittyvien seikkojen unohtuminen sekä tapahtumaa muistuttavien olosuhteiden, tilanteiden ja ajatusten välttely, lisäksi yliviläisyys ja psyykinen turtuminen. Traumatisoitunut lapsi tai nuori voi olla ärtynyt, levoton ja säpsähtelevä ja hänellä voi olla erilaisia uniongelmia, kuten nukahtamisvaikeutta ja vaikeutta pysyä unessa.

Lisäksi voi ilmetä esimerkiksi mielialavaihtelua, voimakasta ahdistuneisuutta ja itsetuhoisuutta, impulsiivisuutta ja käytöshäiriöitä. Masennus ja ahdistuneisuusoireet ovat tyypillisempiä tytöille ja ulospäin suuntautuvat oireet pojille. Äkillisesti alkaneet keskittymisvaikeudet voivat olla kuormittavan tilanteen tai vakavan traumakokemuksen seurausta. Lapset saattavat esimerkiksi lopettaa kiinnostavan harrastuksen ja eristäytyä kavereista. Lapsen tai nuoren psyykinen kehitys voi hidastua tai pysähtyä. Nuorilla on lisäksi riski päihteiden haittakäyttöön.

Kompleksi eli moninkertainen traumatisoituminen voi aiheuttaa lapselle ja nuorelle sekä käyttäytymisen että tunne-elämän oireita. Toisin kuin yksittäisten, äkillisten tapahtumien seurauksena tulevilla traumailla, niillä ei välttämättä ole helposti tunnistettavaa tiettyä oirekuva. Käyttäytymisen hallinnan puute, aggressiivisuus, keskittymisvaikeudet, oppimisvaikeudet, masennus, ahdistuneisuus ja pelot voivat ilmentää moninkertaista traumatisoitumista, samoin erilaiset somaattiset oireet. Lapset voivat myös olla ylituttavallisia vieraita ihmisiä kohtaan. Nuorilla pitkittynyt tai toistuva traumatisoituminen voi olla lisäksi taustatekijänä erilaisessa holtittomassa käytöksessä, itsetuhoisuudessa, syömishäiriöissä, käytöshäiriöissä ja persoonan hajoamisen tuntemuksissa.

Moninkertaisesti traumatisoituneet lapset ja nuoret ovat alttiita dissosiativiseen oireiluun. Dissosiaatio-oireisto voi ilmetä esimerkiksi muistinmenetyksenä, erilaisina ruumiillisina oireina kuten kipulina tai tunnottomuutena, epätodellisenä olona tai muuna aistihäiriönä. Kaltoin kohdelluilla lapsilla on todettu toistuvan psyykkisen uhan alla dissosiativisen käyttäytymisen automatisoitumista, kipeiden asioiden mieleen lokeroimista ja itsestä etäännyttämistä.

5.12.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena

Seuraavassa esiteltävät oirekyselyt soveltuvat äkillisen, yksittäisen trauman (I-tyyppin trauma) aiheuttamien oireiden kartoitukseen. Niiden käyttö edellyttää, että sekä tutkittava että työntekijä tietävät selkeästi, mitä tiettyä tapahtumaa ollaan kartoittamassa ja että kyseinen tapahtuma on ollut traumaattinen. Tavallisen elämän kuormittavien tapahtumien arvioinnissa ei käytetä trauma-asteikkoja.

Traumaoireita kartoittavia oirekyselyitä ei tule käyttää psyykkisen oireilun seulamenetelmänä ilman huolellista esitietojen kartoitusta. Jos oireilun ja esitietojen perusteella syntyy epäily trauman mahdollisuudesta oireilun taustalla, voi arviointiasteikkoja käyttää diagnostiikan tarkentamisessa. On erityisen tärkeää, että mikäli kyselytietoa kerätään, tutkittavalle annetaan mahdollisuus keskustella vastauksista täyttämisen jälkeen.

5.12.4.1 CRIES-8 – traumaperäisten oireiden kysely lapsille (Children’s Revised Impact of Event Scale)

CRIES-8-kyselyllä arvioidaan lasten (8-vuotiaista alkaen) traumaperäisiä stressioireita. Lapsi arvioi kahdeksassa kysymyksessä oireitaan viimeisen viikon aikana. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–40. 17 p tai enemmän voi viitata traumaperäisen stressihäiriön ja kliinisesti merkittäviin ongelmiin. CRIES-8 on on maksuttomasti saatavilla [Children and war -säätiön sivuilta](#), jossa se löytyy yli 20 kielellä.

5.12.4.2 TSQ – traumaperäisten oireiden kysely nuorille (Trauma Screening Instrument)

TSQ-kyselyllä arvioidaan traumaperäisiä psyykkisiä oireita. Nuori vastaa kymmeneen kysymykseen aikaisintaan kolmen viikon kuluttua traumaattisesta kokemuksesta ja arvioi vointiaan viimeisen kahden viikon aikana. Vastausvaihtoehdot ovat kyllä tai ei. Traumaperäisen stressihäiriön riski on kohonnut, jos nuori on antanut kymmenestä kysymyksestä kuuteen tai useampaan kysymykseen ”kyllä”-vastauksen. Lomake on maksutta saatavilla [Mielenterveystalon ammattilais-osiossa](#)

5.12.4.3 Moninkertaisen traumatisoitumisen (II-tyyppin trauma) kartoittaminen

Moninkertaisen traumatisoitumisen (II-tyyppi) mahdollisuus ja traumaattisten kokemusten lukumäärä tulisi selvittää sitä herkemmin, mitä enemmän lapsi tai nuori oireilee. Jos lukuisat traumakokemukset ovat mahdollisia, voi liitteenä 12 a–c olevilla lomakkeilla kerätä lasten osalta vanhemmilta ja nuorelta myös itseltään tietoa traumakokemusten lukumäärästä. Traumakokemuksia kartoitettaessa on kouluikäisillä huomioitava myös koulukiusaamiskokemukset, joista kiusatun ei ole välttämättä helppo puhua.

Lapsen tai nuoren häiriökäyttäytymisen tai tarkkaavuushäiriöltä vaikuttavan oireilun taustalla voi olla traumatisoituminen. Traumatisoitunut lapsi tai nuori saattaa olla jatkuvasti tai vaihtelevasti yli- tai alivireystilassa, jolloin hänelle voi tulla kognitiivisia häiriöitä. Moninkertaisesti traumatisoitunut lapsi tai nuori voi olla yliherkkä muutoksille ja epäjärjestykselle.

Traumamuistuttajina voivat toimia esimerkiksi esineet, äänet tai liikkeet, ja niistä voi käynnistyä yllättäviä tunnereaktioita tai dissosiativinen tila. Dissosiativisessa tilassa lapsen tai nuoren havainto- ja toimintakyky heikkenevät.

Apuna voi tällöin käyttää liitteenä 4 olevaa tapahtumakyselyä, johon vastaaminen voi erityisesti pitkäaikaisesti kiusatuille toimia säästävämpanä tapana kertoa tuskallisesta ja nöyryyttävästä asiasta.

Moninkertaisesti traumatisoituneen lapsen tai nuoren hoitosuunnitelmaa laadittaessa konsultoidaan herkästi erikoislääkärinä.

5.12.5 Diagnoosi ja erotusdiagnoosit

Jos kouluikäisellä epäillään kuormituksen tai traumaattisen kokemuksen seurauksena alkanutta psykistä oireilua, selvitetään

- onko tutkittava kokenut traumaattisen tapahtuman ja millaisen
- onko tutkittava kokenut muuta huomattavaa kuormitusta viime aikoina
- millaisen merkityksen lapsi tai nuori itse antaa kokemukselleen
- ilmeneekö traumaperäisiä oireita
- mitkä ovat lapsen tai nuoren omat keinot sopeutua
- onko muita mielenterveyshäiriöiden oireita: ahdistuneisuus, masennustilat, pakko-oireet
- onko itsetuhoisuutta
- onko päihteiden käyttöä (erityisesti nuoret)
- vanhempien tilanne, perhetilanne ja vanhemmilta sekä muulta verkostolta saatavissa oleva tuki.

Riskitekijöinä tulee huomioida esimerkiksi aiemmat traumakokemukset ja puutteet vanhemmuudessa. Vanhemmat voivat arvioida lapsensa tilanteen paremmaksi kuin se tutkittavan omasta mielestä on. Sen vuoksi vanhempien kuulemisen ohella on erityisen tärkeää kuulla myös lasta tai nuorta suoraan. Turvallisessa tutkimustilanteessa alakouluikäinenkin lapsi useimmiten pystyy haastattelevalle aikuiselle kertomaan keskustellen tai toiminnallisesti (esim. piirtäen) traumaperäisen stressihäiriön oireista. Traumaattisista kokemuksista keskustellaan arviointivaiheessa kuitenkin vain sen verran kuin on välttämätöntä, eikä tarkemmin, ellei tutkittava itse niistä kerro. Silloin kuunnellaan myötätuntoisesti ja rauhallisesti. Hetken päästä voi kysyä, mikä tapahtuneessa oli pahinta; kysymys voi olla helpottava lapselle tai nuorelle. Vastaus kuunnellaan empaattisesti ja kommentoidaan tilanteen mukaisesti. Sen jälkeen todetaan, että tarkemmin näistä on mahdollisuus keskustella hoidon aikana.

Mikäli tutkittava on menettänyt traumaattisessa tilanteessa läheisensä, on siihen liittyvän surureaktion tunnistaminen tärkeää. Traumaperäistä stressihäiriötä epäiltäessä on otettava huomioon tarkkaavuus- ja ylivilkkaushäiriön (ADHD), ahdistuneisuushäiriön, masennustilan, pakko-oireisen häiriön, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja psykoottisen reaktion mahdollisuus. Trauman kokeneella voi olla entuudestaan jokin muu psyykinen häiriö. Trauman kokeneiden lasten päänsäryn ja vatsakivun mahdollinen somaattinen syy on poissuljettava. Psyykinen trauma aiheuttaa monesti myös muistin ongelmia.

5.12.5.1 Sopeutumishäiriö

Sopeutumishäiriöt (F43.2) ilmenevät kuukauden kuluessa kuormittavan tekijän vaikutuksen alkamisesta masennus-, ahdistus-, käytös- tai sekamuotoisin oirein. Oireet eivät täytä vaikeamman tai pitkäkestoisemman häiriön kriteerejä. Kouluikäisen suoriutumiskyky kotona, koulussa ja sosiaalisissa suhteissa voi olla aiempaan verrattuna alentunut. Lapsilla saattaa ilmetä regressiivistä käytöstä, kuten esimerkiksi yökastelua tai ikään nähden lapsellista puhetta ja nuorilla aggressiivista ja epäsosiaalista käytöstä tai itsetuhoisuutta. Sopeutumishäiriön oireet kestävät enintään 6 kk kuormittavan tapahtuman päättymisen jälkeen.

Traumaperäisiä diagnooseja käytettäessä lapsen ja nuoren oireilun traumaetiologiasta tulee olla varma tieto.

Taulukko 5.14. Stressi- ja traumaperäisten häiriöiden alku ja kesto

Diagnoosi	Alku	Kesto
Sopeutumishäiriö	4 viikon kuluessa tunnistettavasta tavalliseen elämään kuuluvasta psykososiaalisesta rasitustekijästä	enintään 6 kk sen jälkeen kun aiheuttaja on poistunut
Akuutti stressireaktio	nopea, minuuttien kuluessa traumaattisesta kokemuksesta	2–3 vrk
Akuutti stressihäiriö	4 viikon kuluessa traumaattisesta kokemuksesta	enintään 4 viikkoa (DSM 5)
Traumaperäinen stressihäiriö	6 kuukauden kuluessa traumaattisesta kokemuksesta (tyypillisesti 1 kk kuluessa)	vähintään 1 kk

5.12.5.2 Akuutti stressireaktio

Akuutti stressireaktio (F43.0) voi alkaa minuuteissa traumaattisen tapahtuman alettua. Oirekuva on monimuotoinen ja vaihteleva ja se on lähellä normaalia kriisireaktiota. Voimakkaat oireet ennustavat pitkittyvää reaktiota.

Akuutin stressireaktion oireet häviävät valtaosalta tunneissa tai päivissä. Erotusdiagnostisesti otetaan huomioon esimerkiksi fyysiset, autonomisen hermoston ylivireyttä aiheuttavat häiriöt sekä yleistynyt ahdistuneisuus, paniikkihäiriö ja stressialtistuksen aiheuttama muun psyykkisen häiriön uusiutuminen.

5.12.5.3 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäistä stressihäiriötä (F43.1) edeltää usein akuutti stressihäiriö, joka on alkanut heti vakavan trauman kokemisen jälkeen. Traumaperäisen stressihäiriön oireistoon kuuluu kuuden kuukauden kuluessa traumakokemuksesta alkanut trauman hallitsematon uudelleen kokeminen (taulukko 5.16). Oireet jatkuvat vähintään kuukauden ajan. Hoitamattomana tilanne voi johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen ja tunteiden kokemisen ja ilmaisun kapenemiseen.

Taulukko 5.15. Akuutin stressireaktion oireita

Akuutin stressireaktion oireita
Diagnostisia oireita
huomiokyvyn kapeutuminen
desorientaatio
sopimaton tai tarkoitukseton yliaktiivisuus
vetäytyminen sosiaalisista tilanteista
epätoivo tai toivottomuus
suuttumus tai sanalliset vihanilmaisut
kulttuuriin kuulumaton liiallinen tai hallitsematon suru
Tavallisia oireita
sydämentykytys
huimaus
käsien vapina
levottomuus
outouden tunne
ahdistuneisuus
uniongelmat
intensiivinen pelko
kauhu
avuttomuus
outo käytös
turtumus
Lasten oireita
epätodellisuuden tunne
loukkaantumisen ja kuoleman pelko
eroahdistus
vääristyneet havainnot
taantumisen
itkuisuus
kiukku- ja raivokohtaukset
syömisongelmat
somaattinen oireilu
kivut

Taulukko 5.16. Traumaperäisen stressihäiriön (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) altistus- ja oirekriteerit ICD-10 tautiluokituksessa (jossa käytetään nimitystä traumaperäinen stressireaktio)

1. Henkilöä on kohdannut poikkeuksellisen uhkaava tai katastrofaalinen (lyhyt- tai pitkäaikainen) tapahtuma, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa.
2. Tapahtumaan liittyen ilmenee jokin seuraavista: <ol style="list-style-type: none"> jatkuvia muistikuvia hetkellisiä voimakkaita takautumia painajaisunia ahdistuneisuutta olosuhteissa, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta
3. Henkilö pyrkii välttämään joutumista olosuhteisiin, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta, eikä tällaista (tilanteiden tai ajatusten) välttämistä ollut ennen traumaattista tapahtumaa.
4. Vähintään toinen seuraavista: <ol style="list-style-type: none"> Kykenemättömyys muistaa osittain tai kokonaan joitakin keskeisiä asioita traumaattisesta tapahtumasta TAI Jatkuvat psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireet; vähintään kaksi seuraavista: <ul style="list-style-type: none"> • unettomuus • ärtymys tai vihanpuuskat • keskittymisvaikeudet • lisääntynyt valppaus tai varuillaan oleminen • liiallinen säpsähtely

Nuorilla ylivireysoireena voi olla impulsiivinen riskikäyttäytyminen. Lapsilla, joilla on traumaattisia kokemuksia, esiintyy usein traumaperäisen stressihäiriön oirekuvan kaltaisia oireita, vaikka diagnostiset kriteerit eivät täytyisikään.

5.12.6 Hoito perustasolla

5.12.6.1 Akuutin kriisin kohtaaminen

Terveystieteiden tai opiskeluhuollon työntekijä voi joutua kohtaamaan kouluikäisen akuutin psyykkisen tai traumaattisen kriisin esimerkiksi jos lapsen tai nuoren läheinen ihminen äkillisesti ja odottamattomasti menehtyy tai jos koululainen joutuu seksuaalirikoksen tai pahoinpitelyn uhriksi. Tällöin työntekijän tehtävänä on kuunnella myötäeläen ja tukea, mutta samalla selvittää riittävästi mistä on kyse sekä lievemmissä tilanteissa järjestää seuranta ja tuki. Tarvittaessa lapsi tai nuori ohjataan saattaen asianmukaisen kriisituen tai muun hoidon piiriin.

Jos kouluikäinen joutuu pahoinpitely- tai seksuaalirikoksen kohteeksi, tehdään tapahtuneesta ilmoitus lastensuojelulle (joka vastaa alaikäisen turvallisuudesta) ja rikosilmoitus poliisille (joka vastaa rikoksen tutkimisesta). Terveystieteiden tai opiskeluhuolto voi joutua poliisin pyynnöstä avustamaan rikosasioihin liittyvissä tutkimuksissa, mutta ei koskaan oma-aloitteisesti tee rikostutkimusta.

5.12.6.1.1 Ensitoimet lapsen tai nuoren kohtaamisessa

Selvitä lyhyesti, mitä on tapahtunut

- käytä avoimia kysymyksiä
- kerää tietoa vain sen verran, että osataan valita tarpeellinen toimintatapa
- älä oleta, arvaile tai johdattele haastattellessasi
- kirjaa sanatarkasti, mitä ja miten olet kysynyt ja mitä lapsi tai nuori on vastannut
- jos kyseessä voi olla rikos, tee rikosilmoitus ja jätä se poliisin tutkittavaksi.

Selvittävässä haastattelussa huomioidaan, että traumaattisen tapahtuman yksityiskohtiin menevä keskustelu voi olla haitallinen kokemus. Jos haastateltava ei pysty säätämään tunnetilojaan ja viireysta-soaan tapahtumasta puhuessaan, siirrytään haastattelun aikana tarvittaessa vakauttamiseen esimerkiksi syvähengityksen avulla (katso harjoitus esim. Nuorten mielenterveystalo Toivo – kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille tai Chillaa-sovelluksen osiot Rauhoitu/Pika-avut/ Hengitä tai Paniikki).

Yhteys huoltajiin ja tukiverkoston varmistaminen

- soita välittömästi huoltajille
- läheisten tuki on aivan keskeinen tekijä kriiseistä toipumisessa

Yhteydenotto (suojelu ja oikeusturva) muihin viranomaisiin välittömästi, jos

- lapsen tai nuoren ympäristöstä kohdistuu häneen vaara → lastensuojeluilmoitus
- lapselta tai nuorelta puuttuu iän ja tarpeen mukainen huolto → lastensuojeluilmoitus
- lapseen tai nuoreen on kohdistunut rikos tai sitä on syytä epäillä → lastensuojeluilmoitus
- lapseen tai nuoreen on kohdistunut mikä tahansa seksuaalirikos tai henkeen ja terveyteen kohdistuva rikos (esim. pahoinpitely), tai sitä on syytä epäillä → ilmoitus poliisille ja → ohjaaminen sellaiseen terveydenhuollon yksikköön, jossa voidaan päivystyksellisesti dokumentoida esimerkiksi pahoinpitelyn seurauksena syntyneet vammat tai jossa voidaan tehdä seksuaalirikosnäytteiden otto.

Psyykkisen tuen järjestäminen

Psyykkisen ensiavun toimintaperiaatteet ohjaavat kaikkien työntekijöiden toimintaa akuutissa tilanteessa. Lapselle, nuorelle ja hänen vanhemmilleen tarjotaan tukea ja neuvontaa.

Psyykkiseen ensiapuun ja sen jälkeen annettavaan tukeen voi kuulua:

- fyysisistä ja psyykkisistä perustarpeista huolehtiminen, turvallisuuden turvaaminen
- käytännön asioiden selvittely, neuvonta ja tuen tarjoaminen
- inhimillisen ja tunkeilemattoman kontaktin, kuuntelun ja läsnäolon tarjoaminen
 - kokemuksen jakaminen ja kuulluksi tuleminen kokemus ovat keskeisiä auttamiskeinoja, sillä työntekijällä ei useinkaan ole nopeaa ratkaisua tilanteen muuttamiseksi eikä sitä yleensä edes odoteta
- tiedon antaminen mahdollisista reaktiotavoista traumaattisessa tilanteessa
 - lapsi tai nuori voi ihmetellä omia reaktioitaan (esim. ”miksi minä en itke”), kerrotaan, että se on normaalia, sillä jokainen reagoi omalla tavallaan ja omassa aikataulussaan, ja että suremiselle tulee oma aikansa
- voimakkaiden fyysisten ja psyykkisten stressivasteiden sekä ylivireyden rauhoittaminen
 - mallina oleminen: työntekijän rauhallinen ja ennakoitava käytös sekä turvallisen ilmapiirin luominen ovat keskeisiä, sillä kriisitilanteessa toisen henkilön hätä tarttuu helposti
 - tiedon antaminen siitä, että voimakkaan stressin aikana elimistön normaaleihin reaktioihin kuuluu voimakkaat stressivasteet, muun muassa pinnallinen hengittäminen, pulssin kohoaminen, tärinä ja lyhykestoinen unettomuus, eikä näitä stressivasteita tarvitse pelätä
 - tiedon antaminen siitä, miten stressivasteita voi helpottaa itse, esimerkiksi hengitystä rauhoittamalla (palleahengitys) ja opettamalla rauhallisessa tilanteessa syvähengitysharjoitus käytettäväksi olon vakauttamiseen
 - nuorille ja vanhemmille annetaan myös tietoa siitä, ettei alkoholi (tai muut päihteet) ole hyvä keino rauhoittaa itseä, vaan saattavat estää toipumista
- luonnollisten selviytymiskeinojen tukeminen
 - jos lapsella tai nuorella on tilanteessa oma, haittaa aiheuttamaton pyrkimys tai tapa sopeutua, jolla hän pärjää ja tuntee pääsevänsä eteenpäin, tuetaan tätä eikä ehdoteta jotain muuta, työntekijästä parhaalta tuntuvaa keinoa
- realistisen toivon ylläpitäminen
 - työntekijä ei voi luvata, että asiat helposti ratkeavat tai huono olo poistuisi heti
 - tärkeää on viestiä, että ihmisillä on tapana selviytyä, kukin omalla tavallaan, mutta ei surkutella eikä voitotella

- lapsen tai nuoren psyykkisen voinnin arvio
 - esimerkiksi aiemmin vakavasti psyykkisesti sairastaneet voivat tarvita kiireellistä tai päivystyksellistä psykiatrista arviota aiemman oireiston aktivoituttua.

Jatkotoimiin kuuluu

- aktiivisen seurannan järjestäminen ja sopiminen
 - mieluiten lapsen tai nuoren luonnollisessa ympäristössä, esimerkiksi kouluterveydenhuollossa
 - tapaamisia vastaanotolla tai muulla tavoin yhteydenpitoa kahdesti viikossa - kahden viikon välein, riippuen tilanteesta ja muista tukimuodoista
- tavanomaista korkeammassa oireiluriskissä olevan lapsen tai nuoren tunnistaminen, erityisesti läheisensä menettäneet ja vakavalle väkivallalle altistuneet
- tarvittaessa ohjaaminen muihin tukipalveluihin.

Kriisitilanteet ovat poikkeusolosuhteita, joissa jo opittu kielitaito voi olla riittämätön tilanteen selvittämiseen. Maahanmuuttaja- ja pakolaistaustaiset lapset, nuoret ja heidän vanhempansa voivat tarvita tulkkia tilanteen selvittämiseksi ja riittävän ja ymmärrettävän avun saamiseksi. On tärkeää huolehtia siitä, että tarvittava tieto annetaan selkokielellä ja mahdollinen kirjallinen materiaali tarjotaan selkokielisesti sekä mahdollisuuksien mukaan omalla äidinkielellä.

Paloma-käsikirja



5.12.6.2 Lapsen, nuoren ja vanhempien tukeminen

Traumaattisten tapahtumien jälkeen perhettä tuetaan tavanomaisen, ennakoitavan elämänrytmin jatkamiseen (ateria-ajat, nukkumaanmenoajat, koulunkäynti, harrastukset). Lapselle tai nuorelle ja vanhemmille annetaan psykoedukatiota traumaattisen kokemuksen seurauksena ilmenevästä oireilusta.

Lapselle tai nuorelle opetetaan fyysisten reaktioiden hallintakeinoja kuten syvähengitys eli palleahengitys ja juurruttaminen. Juurruttamisella tarkoitetaan esimerkiksi tässä ja nyt aistikokemuksiin keskittymistä (traumaattisten muistojen sijaan), vaikkapa nimeämällä ympäristön värejä tai muotoja tai tunnustelemalla omien jalkojen painoa alustaa vasten.

Vanhemmille järjestetään tuki- ja seurantakäyntejä, joilla ohjataan vanhempia tukemaan lastaan kotona arjen tilanteissa traumakokemukseen liittyvien tunne- ja käyttäytymisöireiden ilmetessä, esimerkiksi liitteen 13 ta-

paan.

Lapsen tai nuoren sekä vanhempien kanssa pyritään tunnistamaan arjessa (koulu, koti) olevat traumamuistuttajat ja harjoitellaan keinoja niiden ennakoinniseksi ja paremmaksi sietämiseksi.

Lapselle tai nuorelle järjestetään tuki- ja seurantakäyntejä, joilla käytetään tukea antavaa keskusteluhoitoa ja/ tai kognitiivisia työotteita sekä seurataan oireita.

Nuoren kanssa voi harjoitella **Taitoja mielen toipumiseen** -oppaan työskentelymallin mukaisesti mielen toipumista edistäviä taitoja 1–5 tapaamiskerralla (ongelmanratkaisutaitojen rakentaminen, positiivisen toiminnan edistäminen, reaktioiden hallinta, auttavan ajattelun edistäminen ja tukea antavien sosiaalisten kontaktien rakentaminen).

Miten auttaa lasta tai nuorta koulun arjessa

Kouluympäristössä traumakokemuksia omaavaa lasta tai nuorta tukee säännöllinen, ennakoitavissa oleva lukujärjestys ja siitä poikkeavien tapahtumien tiedottaminen etukäteen. Koulun aikuisten on hyvä olla tietoisia lapsen tai nuoren traumataustasta, jotta he voivat tarvittaessa paremmin tunnistaa traumamuistuttajaan (esim. jokin haju, ääni, liike tms.) liittyvän mahdollisesti oudolta tai kummalliselta näyttävän käytöksen tai reagoinnin. Esimerkiksi jos suunnitteilla on retki johonkin tiettyyn paikkaan, voi olla hyvä kuvata paikkaa mahdollisimman monen aistikanavan kautta etukäteen (esim. mitä näkyy, miltä kuulostaa, miltä tuoksuu jne.). Tarvittaessa mietitään koulutyölle asetettavien tavoitteiden alentamista tai koulutyön kuormittavuuden muuta vähentämistä.

Verkkopohjaiset menetelmät

Mielenterveystalon Toivo – kriisistä selviytymisen oma-apuohjelmaa (nuorille) tarjottaessa on työntekijän hyödyllistä seurata nuoren oireita ja kannustaa ohjelman käyttöön. Sitä voi myös käyttää lievien traumaperäisten stressihäiriöoireiden hoitona silloin kun nuori käyttää ohjelmaa yhdessä työntekijän kanssa.

Vertaistuki

Vertaisryhmiä esimerkiksi omaisensa menettäneille järjestävät MIELI Suomen Mielenterveys ry ja muut kolmannen sektorin toimijat, esimerkiksi seurakunnat.

5.12.6.3 Traumaperäisen stressihäiriön hoito

Traumaperäisten häiriöiden hoidosta katso tarkemmin Traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito -ohje.

Psykoterapeuttisiin menetelmiin perustuvat hoito-ohjelmat

Jos traumaperäisen stressihäiriön oireet ovat kestäneet yli 3 kuukautta, tulee tarjota traumafokusoituja hoitoja. Hoitoon osallistuvat lapsi tai nuori yksin ja myös vanhemman kanssa (ei kuitenkaan, mikäli vanhempi on itse väkivallan tekijä tai hänellä on vakavia mielenterveysongelmia). Traumahoitomenetelmien käyttö perustasolla edellyttää paitsi koulutusta menetelmään, myös työnohjausta, joka kohdentuu erityisesti sen käyttöön.

Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-CBT, TF-KKT)

Traumakeskeisiä kognitiivisia käyttäytymisterapioita pidetään ensisijaisena traumaperäisten stressioireiden hoitona. Ne lieventävät traumaperäisen stressihäiriön oireiden ohella myös mahdollisia samanaikaisia masennus- ja ahdistusoireita. Nopeasti traumatisoitumisen jälkeen aloitettuna psykoterapia nopeuttaa toipumista. Jos traumaperäisen stressihäiriön oireet ehtivät jatkua yli kuusi kuukautta, häiriö on vaikeammin hoidettavissa.

Traumafokusoidussa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa opetellaan rentoutumista, rauhoittumista, tunteiden ilmaisun ja hallinnan sekä selviytymistaitojen opettelua ja annetaan myös traumatietoutta. Traumaattisia tapahtumia käsitellään terapian keskivaiheessa. Hoidettavaa autetaan turvallisesti kohtaamaan hänen välttelemäänsä ja pois sulkemiaan muistoja tai niiden osia. Vanhemmille opetetaan vanhemmuustaitoja ja edistetään vanhemman ja hänen lapsensa kykyä keskustella traumaan liittyvistä muistoista ja niiden herättämistä tunteista. Vanhemman osallistuminen tähän hoitoon on keskeistä.

Menetelmä edellyttää toteuttajaltaan psykoterapiakoulutusta ja mahdollisuutta työnohjaukseen.

EMDR – silmänliiketerapia

Silmänliikkeillä pois herkistämistä ja uudelleen prosessointia eli lyhyemmin silmänliiketerapiaa (eye movement desensitization and reprocessing-menetelmä, EMDR) voidaan käyttää muun psykoterapeuttisen hoidon osana. Sen on todettu vähentävän traumaperäisen stressihäiriön oireita sekä yksittäisiä että pitkäkestoisia traumoja kokeneilla. Menetelmästä voi olla etua myös tilanteissa, joissa puutteellinen kielitaito haittaa kommunikaatiota. Sitä ei suositella trauman akuuttivaiheessa. Menetelmä edellyttää toteuttajaltaan psykoterapiakoulutusta ja mahdollisuutta työnohjaukseen.

Kaikissa terveydenhuollon ja myös koulun opiskeluhuollon toimipisteissä tulee olla helposti saatavilla kriisitilanteissa tarpeelliset yhteystiedot (tavallisten konsultaatio- ja hoitotoimihenkilöpuhelinnumerojen lisäksi):

- 112 (poliisi, ambulanssi)
- lastensuojelun päivystysnumerot virka-aikaan ja virka-ajan ulkopuolella
- sosiaali- ja kriisipäivystyksen yhteystiedot
- lastentautien päivystys
- lasten- tai nuorisopsykiatrisen päivystys
- turvatalot (SPR)
- rikosuhripäivystys
- kunnan paikallinen kriisitilanteissa tukea tarjoava toimija.

Kouluissa (opiskeluhoitoryhmässä) tulee etukäteen laatia suunnitelma koulua koskevia kriisitilanteita varten. Tällaisia ovat esimerkiksi oppilaan tai henkilökunnan jäsenen kuolema.

Narratiivinen altistusterapia (Narrative Exposure Therapy, NET / lapsille sovellettu KidNET)

Narratiivinen altistusterapia (NET) sopii useita vakavia traumatapahtumia kokeneille henkilöille. Altistusterapiassa hoidettavaa pyydetään toistuvasti puhumaan traumatapahtumista yksityiskohtaisesti, siten että hän kokee uudelleen kaikki tilanteeseen liittyvät tunteet, kehoistimukset ja aiemmin mieleen palautumattomat muistot, mutta tällä kertaa turvallisessa ja suojatussa, terapeuttisessa ympäristössä. Altistusterapiajaksossa on noin 10 käyntiä, niiden kesto on 90–120 minuuttia. Menetelmä edellyttää toteuttajaltaan psykoterapiakoulutusta ja mahdollisuutta työnohjaukseen.

Psykodynaaminen psykoterapia

Moninkertaisesti traumatisoituneet henkilöt eivät välttämättä hyödy perinteisistä traumainterventioista yhtä paljon kuin muut ja saattavat tarvita intensiivistä ja pitkäkestoista hoitoa, jonka suunnittelu kuuluu erikoissairaanhoidon arvioon perustuen, elämäntilanteen ja oirekuvan ollessa sopiva, voidaan näitä lapsia ja nuoria hoitaa esimerkiksi pitkällä psykodynaamisella psykoterapialla.

Lääkehoito

Lääkehoito on toissijainen hoitokeino traumausten hoidossa. Lääkehoitona ensisijaisia lääkkeitä ovat serotoniinin takaisinoton estäjät. Lääkehoidon aloitus kuuluu erikoislääkärille.

Seuranta osana trauman hoitoa

Trauman kokeneiden lasten ja nuorten tilannetta seurataan riittävän pitkään huomioiden erityisesti oireiden kehitysmuutoksia sekä toimintakyvyn muutokset. Trauman kokeneita kehoitetaan hakeutumaan uudelleen terveydenhuoltoon, mikäli oireilu aktivoituu tai toimintakyky merkittävästi heikkenee. Trauma-peräinen oireilu voi joskus kuukausien tai jopa vuosien jälkeen kehittyä huonompaan suuntaan, jolloin on tärkeä tarkastella ajankohtaisten oireiden mahdollista yhteyttä traumakokemuksiin.

5.13 Nuorten psykoosin kaltaiset oireet ja psykoosisairaudet

5.13.1 Tietoa häiriöstä

Psykoosin kaltaisilla oireilla tarkoitetaan varsinaisia psykoosin oireita lievempiä ja lyhytkestoisempia oireita. Ne ovat nuorilla suhteellisen yleisiä ja johtavat harvoin varsinaisen psykoosisairauden kehittymiseen. Oireet kuitenkin voivat liittyä vakavampaan psyykkiseen oireiluun, minkä vuoksi niitä on tärkeää kartoittaa. Oireiden merkityksen arvioinnissa huomioidaan nuoren kokonaistilanne.

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä. Krooniset psykoosisairaudet, niistä yleisimpänä skitsofrenia, ovat vaikeimpia mielenterveyden häiriöitä. Niitä esiintyy alle prosentilla nuorista. Nuorilla esiintyy myös lyhytkestoisia ja reaktiivisia psykooseja.

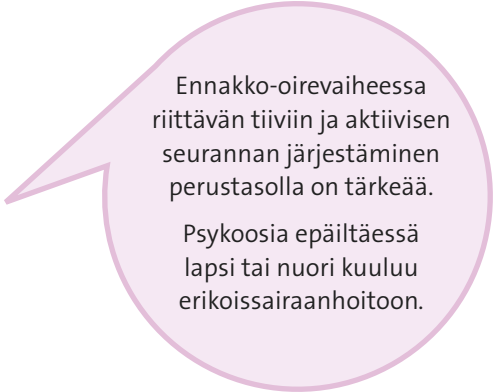
Psykoosisairaudet puhkeavat monesti nuoruudessa tai nuorena aikuisena. Nuoren ensimmäinen psykoosi voi merkitä skitsofrenian, psykoottisen masennuksen tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön alkamista. Toisaalta ensipsykoosi voi olla lyhytkestoinen tila, josta nuori toipuu. Yleensä ensipsykoosia edeltää pitkään kestävä epäspesifisten yleisten psyykkisten oireiden ja psykoosin kaltaisten oireiden värittämä ennako-oireilun vaihe. Oireita voi esiintyä kuukausien tai vuosienkin ajan ennen oireiden kehittymistä psykoottistasoiksi.

Nuoruudessa sairastumiselle altistaa erityisesti aivojen kypsymisvaihe ja laukaisevana tekijänä voivat olla tavallisetkin kehitykselliset haasteet, kuten aikuistumiseen tai seurustelusuhteeseen liittyvät vaikeudet. Myös päihitteet voivat aiheuttaa psykoosin. Erityinen riskitekijä tai laukaiseva tekijä voi olla huumausaineiden, esimerkiksi kannabiksen, käyttö. Erityiseen riskiryhmään kuuluvat nuoret, joiden lähisuvussa esiintyy psykooseja.

Psykoosia useimmiten edeltävä ennakko-oirevaihe tarjoaa mahdollisuuden tunnistaa psykoosiin sairastumassa oleva henkilö jo ennen ensimmäistä psykoottista vaihetta, ja varhainen hoito parantaa sairauden ennustetta. Psykoosisairauden ennakko-oireiden tunnistamisessa ja alkuvaiheen hoidossa perusterveydenhuollolla ja erityisesti kouluterveydenhuollolla on tärkeä rooli.

5.13.2 Hoidon porrastus

Jos nuorella on psykoosin kaltaisia oireita ilman merkittävää toimintakyvyn laskua, oireita voi jäädä seuraamaan perustasolla. Jos oireet pahenevat, nuorella alkaa olla vaikeuksia erottaa, mikä on totta ja mikä ei, jos nuoren toimintakyky heikkenee merkittävästi tai oireilu on jatkunut jo pidempään, nuori ohjataan erikoislääkärin arvioon ja tarvittaessa erikoissairaanhoitoon. Tällöin hoitokontaktia perustasolla tulee ylläpitää tiiviinä siihen asti, että hoito erikoissairaanhoidossa alkaa.



Ennakko-oirevaiheessa riittävän tiiviin ja aktiivisen seurannan järjestäminen perustasolla on tärkeää.

Psykoosia epäiltäessä lapsi tai nuori kuuluu erikoissairaanhoitoon.

5.13.3 Keskeinen oirekuva

5.13.3.1 Psykoosin kaltaiset oireet

Psykoosin kaltaisia oireita (outoja havaintoja, kokemuksia ja ajatuksia) esiintyy sekä lapsilla että nuorilla ilman yhteyttä psykoosiin. Ohimenevillä, lievillä psykoottistyyppisillä kokemuksilla ei ole kliinistä merkitystä. Oireiden merkityksen arvioinnissa huomioidaan nuoren kokonaistilanne, muun muassa kehityksen eteneminen ja toimintakyky eri ympäristöissä. Samantapainen oireilu voi siten olla ohimenevää nuoruusiän kipuilua tai psykoosin esioireilua. Esimerkiksi kiusatuksi tuleminen tai muut traumakokemukset voivat joskus olla oireilun taustalla. Kysyminen kokemuksista neutraaliin sävyyn toimii rauhoittavana normalisointina, koska se antaa viestin, että samanlaisia kokemuksia voi olla muillakin.

5.13.3.2 Psykoosisairauden ennakko-oireet

Tavallisia psykoosisairauden varhaisia ennakko-oireita ovat muun muassa ahdistuneisuus, mielialaoireet, keskittymisvaikeudet, univaikeudet, toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteista vetäytyminen. Oireita voi olla vaikea erottaa muiden lievempien ja yleisempien psykiatristen häiriöiden oireista. Lähellä psykoosiin sairastumista ja toimintakyvyn heiketessä oireilu alkaa enenevästi muistuttaa psykoosia. Nuorella voi tuolloin olla myös muun muassa itseä tai ympäristöä koskevia outouden ja muuntumisen tuntemuksia, havaintojen vääristymiä (esim. äänien kuulemisia), outoja kokemuksia esimerkiksi ajattelun (ajatusten salpautumista tai tuttujen sanojen kadottamista tms.) tai motoriikan alueella sekä epäluuloisuutta ja pelokkuutta.

5.13.3.3 Psykoosin oireet

Varsinaisen psykoosin oireita ovat muun muassa aistiharhat ja harhaluulot, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus (outo tai vaikeasti ymmärrettävissä oleva puhe tai toiminta), eristäytyminen ihmissuhteista, vaikeus kokea ja ilmaista erilaisia tunteita, puheen köyhtyminen, aloitekyvyttömyys ja tahdottomuus sekä kognitiivisten toimintojen puutosoireet, esimerkiksi tarkkaavaisuudessa ja toiminnan ohjauksessa.

5.13.4 Oirekyselyt diagnostiikan tukena

5.13.4.1 PQ-B (Prodromal Questionnaire – Brief Version)

Psykoosin kaltaisia oireita voi arvioida PQ-B-oirekyselyllä. Mielenterveystalossa saatavilla oleva lomake laskee pisteet, kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–84. Myönteinen vastaus vähintään seitsemään kysymykseen, tai kokonaispisteet 24 tai enemmän edellyttää tarkempaa selvittelyä. Katso tarkemmin luku 7.

5.13.5 Hoito perustasolla

Psykoottisen kaltaisen oireilun hoidon painopiste on varhaisessa tunnistamisessa ja varhaisessa hoidossa.

Oireiden hoidossa pyritään lasta tai nuorta häiritsevien oireiden lievittämiseen ja ikätasaisen kehityksen tukemiseen. Hoidossa on tasapainoiltava toisaalta kokemusten normalisoinnin ja ahdistuksen vähentämisen ja toisaalta oireiden tiiviin monitoroinnin ja riskistä informoimisen välillä. Kaikki psykoottistyyppinen oireilu ei ole nuorille itselleen häiritsevää eikä vaadi hoitoa.

Perustason työskentelyssä painottuvat säännöllisistä elämäntavoista huolehtiminen (uni, ravinto, liikunta) ja tiedon tarjoaminen oireilun luonteesta ja hyvinvointia edistävästä tekijöistä. Elämäntilanteen, traumojen ja perheympäristön kuormitustekijöiden sekä päihteiden käytön kartoittaminen ja niihin liittyvä psykoedukaatio ovat työskentelyssä keskeisessä roolissa. Seurannan tulee olla aktiivista ja riittävän tiivistä ja se voi tapahtua esimerkiksi tukea antavina keskusteluina.

Kognitiivisen terapian lähestymistapa sopii niin psykoosin kaltaisten kuin psykoositasoisten oireiden hoitoon. Kognitiivisen terapian toteuttaminen edellyttää psykoterapiakoulutusta käytettävään menetelmään ja mahdollisuutta työnohjaukseen. Tämä arvio tehdään erikoissairaanhoidossa.

5.14 Päihdeongelmat ja päihdehäiriöt

5.14.1 Tietoa häiriöistä

Kouluikäisillä päihteiden käytön aloittaminen liittyy usein sosiaaliseen ympäristöön sekä erityisesti nuorilla kehitysvaiheelle ominaiseen riskikäyttäytymiseen. Päihdeongelmilla ja päihdehäiriöillä (päihteen haitallinen käyttö ja päihderiippuvuus) on monen suuntaisia yhteyksiä muihin mielenterveyden häiriöihin. Mitä aikaisemmin kouluikäinen aloittaa päihteiden käytön ja mitä runsaampaa se on, sitä todennäköisemmin hän oireilee myös muulla tavoin psyykkisesti ja kärsii jostain muusta samanaikaisesta mielenterveyden häiriöstä. Yleisimpiä samanaikaisia häiriöitä ovat käytös- ja uhmakkuushäiriöt, masennus ja ahdistuneisuushäiriöt sekä ADHD.

Tupakka- ja nikotiinituotteet (nuuska) sekä alkoholi ovat kouluikäisten tavallisimmin käyttämiä päihteitä. Laittomista päihteistä eli huumeista tavallisimmin käytetty on kannabis, jota noin joka kymmenes yläkouluikäisistä on vähintään kokeillut.

Päihdeongelmien kehittyminen voidaan nähdä prosessina, jonka vaiheita ovat

- raittius
- kokeiluluonteinen päihteiden käyttö
- säännöllinen (”sosiaalinen”) päihdekäyttö
- päihteiden ongelmallinen käyttö (käytön seurauksena riitoja, ilmenee tapaturmia, väkivaltaista käytöstä tai harkitsemattomia seksuaalisuhteita ja alkoholin kohdalla suuria käyttöannoksia)
- päihdehäiriö (haitallinen käyttö ja riippuvuus).

Kouluikäisten päihdekäytön ja päihdeongelmien mahdollisimman varhainen tunnistaminen, puuttuminen ja hoidon aloittaminen ovat tärkeitä, koska ongelmiin voidaan silloin vielä vaikuttaa melko hyvin. Varhaisen puuttumisen kannalta on tärkeää tunnistaa altistavat ja suojaavat seikat, koska tavoitteena on pyrkiä aktiivisesti vahvistamaan suojaavia asioita ja vähentämään altistavien seikkojen vaikutusta. Oheishäiriöiden huomioiminen hoidossa parantaa ennustetta myös varsinaisten päihdehäiriöiden kohdalla. Erityisen tärkeää päihdehäiriöiden kehittymisen ehkäisemisessä on ADHD:n hyvä hoito.

5.14.1.1 Tupakka ja nuuska

Tupakkatuotteita ovat savukkeet, irtotupakka, sikarit ja nuuska. Tupakkaa voidaan käyttää myös esimerkiksi vesipiipussa.

Sähkösavuke (sähkötupakka, e-savuke) on sähköllä toimiva, tehdasvalmisteisen savukkeen käyttötappaa imitoiva laite. Sähkösavukelaitteita on sekä kertakäyttöisiä että useita kertoja käytettäviä malleja. Sähkösavukkeesta on olemassa nikotiinia sisältäviä ja nikotiinittomia versioita (myös nimellä e-karkki, e-shisha) sekä eri makuvaihtoehtoja.

Tupakointi on riippuvuusoireyhtymä, johon liittyy tapariippuvuuden ja fyysisen nikotiiniriippuvuuden lisäksi muitakin riippuvuuden muotoja (yhteenkuuluvuutta vahvistava sosiaalinen riippuvuus ja tunnereaktioihin liittyvä psyykinen riippuvuus), jotka osaltaan vahvistavat ja ylläpitävät tupakointia.

Tupakka on merkittävä riskitekijä suun terveydelle. Se heikentää elimistön puolustusjärjestelmää, ikenien verenkiertoa ja suun haavojen paranemista, lisää suusyövän riskiä sekä riskiä sairastua parodontiittiin eli hampaiden kiinnityskudossairauteen. Myös nuuskan käyttö aiheuttaa limakalvomuutoksia ja pitkään käytettynä ienvetäytymiä, ientulehdusta, parodontiittia ja hampaiden reikiintymistä. Tupakointi aiheuttaa hampaiden värjäytymistä ja pahanhajuista hengitystä. Tupakointi altistaa kurkku- ja keuhkosyövän kehittymiselle.

Sähkösavukkeiden ja niissä käytettävien nesteiden turvallisuutta ja haitattomuutta ei ole osoitettu. Niistä vapautuvasta höyrystä on löytynyt terveydelle haitallisia ja syöpävaarallisia aineita. Lisäksi niiden on todettu aiheuttavan kurkun ja suun ärsytystä. [Tietoa sähkösavukkeiden haitoista THL:n verkkosivulla.](#)

5.14.1.2 Alkoholi

Alkoholin ongelmakäyttö voidaan jakaa kolmeen luokkaan: alkoholin riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus.

Alkoholin riskikäyttöön (esim. nuorten humalajuominen) liittyy huomattava vaara saada alkoholin aiheuttamia haittoja. Riskikäyttö altistaa riippuvuudelle, muille alkoholin aiheuttamille sairauksille ja haitoille. **Alkoholin haitallisesta käytöstä** on kyse, jos juominen aiheuttaa haittoja ja henkilön juominen jatkuu niistä huolimatta. Usein haitalliset seuraukset näkyvät ihmissuhteissa. **Alkoholiriippuvuuden** tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa juomisen pakonomaisuus, vieroitusoireet ja toleranssin kasvu, mikä johtaa suurempiin käyttömääriin. Kyse on fyysisestä ja psyykkisestä riippuvuudesta.

5.14.1.3 Kannabis ja muut huumausaineet

Huumausaine tai huume tarkoittaa laitonta päihdettä. Nuorten yleisimmin käyttämä huume on kannabis. Lääkkeiden väärinkäyttö, muiden huumeiden käyttö ja sekakäyttö ovat selvästi harvinaisempia.

Kannabis on hampukasvista (*Cannabis Sativa*) saatavien erilaisten valmisteiden yleisnimitys. Kannabistuotteet, eli marihuana, hasis ja hasisöljy, vaihtelevat ominaisuuksiltaan, mistä johtuen käyttäjän voi olla vaikea arvioida elimistönsä tulevia annoksia.

Kannabiksen runsas käyttö nuoruusiässä voi vaikuttaa haitallisesti ja jopa pysyvästi aivojen kehitykseen, mielenterveyteen ja kognitiiviseen suoriutumiseen. Kannabiksen käyttö voi laukaista psykoosisairauden.

Alkoholi- ja tupakkalakien tarkoituksena on suojata kaikkia kasvu- ja kehitysikäisiä alle 18-vuotiaita tupakan ja alkoholin haitoilta. Huumausaineiden käyttö on huumausainelain mukaan laitonta kaiken ikäisillä.

Kannabiksen akuutti huumevaikutus on vaihteleva (piristävä tai lamaava, ja osittain annosriippuvainen). Vaikutus voi olla rauhoittava, rentouttava ja mielihyvän tunnetta tuottava. Muina vaikutuksina voi olla ruokahalun lisääntyminen, passiivisuus, naurukohtaukset, suun kuivuminen ja sidekalvojen verestys. Kannabiksella voi myös olla kerta-annoksena epämiellyttäviä ja vaarallisia vaikutuksia, kuten vainoharhaisuutta, paniikkikohtauksia ja ahdistusta. Kannabiksen käyttö lisää onnettomuusriskiä, sillä se heikentää ajan, paikan, nopeuden ja etäisyyden arviointia ja heikentää koordinaatio- ja reaktiokykyä sekä muistia.

Runsas ja pitkäaikainen kannabiksen käyttö on yhdistetty muun muassa pitkäaikaiseen vetämättömyyteen, ruokahalun häiriöihin, sosiaaliseen eristäytymiseen, muistin ja keskittymiskyvyn heikentymiseen, uuden oppimisen ja vaikeiden asioiden jäsentämisen vaikeutumiseen. Haitat ovat sitä vakavampia, mitä nuorempaan käyttö on alkanut, ja haitan määrä on myös suhteessa käytön määrään. Haitalliset vaikutukset hengityselimistöön liittyvät polttamiskäyttötapaan. Kannabista käyttävillä nuorilla on myös suurentunut riski muiden huumeiden käytön aloittamiseen.

Vieroitusoireet tulevat usein viiveellä ja niitä voi olla vaikea yhdistää kannabikseen. Vieroitusoireita ovat esimerkiksi ahdistus, ärtyneisyys, levottomuus ja unihäiriöt. Erotusdiagnostiikka kannabiksen käytön haitallisten vaikutusten, vieroitusoireiden ja itsenäisten muiden mielenterveyden häiriöiden välillä on vaikeaa. Noin kymmenesosa kannabiksen käyttäjistä tulee siitä riippuvaiseksi.

5.14.2 Hoidon porrastus

Kaikille lasten ja nuorten kanssa työskenteleville aikuisille kuuluu päihteiden käytön ehkäisy ja päihdeasioiden puheeksi otto. Esimerkiksi koulussa tulee olla päihteiden vastainen suunnitelma, johon sisältyy kuvaus ehkäisevästä työstä ja lisäksi sovitut toimintamallit mahdollisen päihteiden käytön esille tullessa.

Käytettävän päihteen laatu, käytön määrä ja tiheys (kokeilua vai säännöllistä käyttöä) ja käyttäjän ikä määrittävät sen miten ja kuka käyttöön puuttuu.

Alakouluikäisen nuuskan tai tupakan säännöllinen käyttö ja alkoholin tai kannabiksen kokeilukäyttö edellyttää vanhempien ja lastensuojelun välistä yhteistyötä ja usein monialaista työskentelyä, mahdollisesti erikoislääkärinä konsultoiden. Alakouluikäisen päihdekäyttö on aina haitallista.

Yläkouluikäisen nuoren ikä ja päihdekäytön luonne vaikuttavat toimenpiteiden ja oikean hoitopaikan määrittämiseen. Vanhempien osallistuminen työskentelyyn on tärkeää.

Nuoren tupakointiin ja nuuskaamiseen, alkoholin kokeilukäyttöön ja yksittäisiin kannabiskokeiluihin puuttuminen kuuluu perustason terveyspalvelujen ja opiskeluhuollon tehtäviin. Alkoholin ja kannabiksen säännöllistytään käyttöön puuttuminen tapahtuu yhdessä lastensuojelun kanssa.

Alkoholin haitallinen käyttö ja kannabiksen säännöllinen käyttö sekä päihdehäiriöt kuuluvat perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen (esim. nuorisoasema) ja lastensuojelun piiriin, tarvittaessa yhteistyössä opiskeluhuollon ja muiden sosiaalipalvelujen kanssa.

Muiden laittomien huumeiden kokeilukäyttö sekä lääkkeiden väärinkäyttö ovat perusteita nuoren ohjaamiseen päihdepalveluihin ja/tai erikoissairaanhoidon, yhteistyössä lastensuojelun kanssa. Muu samanaikainen mielenterveyden häiriö hoidetaan tässä luvussa kuvatussa häiriökohtaisen hoidon porrastuksen mukaisesti.

5.14.3 Keskeinen oirekuva

Päihteiden ongelmallinen käyttö voi olla kyseessä, jos kouluikäinen oirehtii esimerkiksi seuraavasti ja päihteiden käyttöä ei ole poissuljettu:

- sulkeutuneisuus
- masentuneisuus, ahdistuneisuus
- jatkuva väsymys, unettomuus
- ärtyneisyys tai vihamielisyys
- yhteistyöhaluttomuus.

Muita merkkejä voivat olla

- suhteet omiin perheenjäseniin huonontuvat äkisti
- ystäväpiiri vaihtuu, liikkuminen itseä vanhempien seurassa
- poissaolot lisääntyvät ja opillinen suoriutuminen heikkenee
- keskittymisvaikeudet
- mielenkiinto aiempiin harrastuksiin häviää
- ruokailu- ja nukkumistavat muuttuvat: valvoo öisin ja nukkuu päivisin
- ulkonäkö ja pukeutumistyyli muuttuvat äkillisesti
- rahaa kuluu aiempaa enemmän
- kotoa katoaa rahaa
- toistuvat tapaturmat.

Huumeiden käyttöön voi epäsuorasti viitata muutos nuoren käytöksessä, asenteissa ja arvoissa: miten nuori kohtaa läheisiään, miten puhuu heille, miten viettää aikaansa heidän kanssaan ja miten ilmaisee itseään. Nuori saattaa väistellä kysymyksiä, antaa tylyjä vastauksia, valehdella tai saada raivokohtauksia. Aikaisemmat tärkeät asiat ja mielenkiinnon kohteet eivät enää olekaan tärkeitä. Mielialat vaihtelevat. Opiskelumotivaatio saattaa äkisti heiketä. Käytön edetessä asiaa on vaikeampi salata ja nuoren lähipiiri saattaa havaita huumausaineiden käyttöön viittaavia muutoksia nuoren käyttäytymisessä, ulkoisessa olemuksessa, vapaa-ajan vietossa ja ystäväpiirissä. Nuorelta saattaa löytyä käyttöön liittyvää välineistöä.

5.14.4 Käyttö- ja oirekyselyt arvioinnin tukena

5.14.4.1 Nuuskatesti

Nuuskatestillä arvioidaan nikotiiniriippuvuutta. Se helpottaa myös nuuskan käytön puheeksi ottamista. [Nuuskatesti](#) on maksutta saatavilla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilla, myös osoitteesta [Päihdelinkki.fi](#), jossa lomake laskee pisteet ja antaa sanallisen arvion nikotiiniriippuvuuden vahvuudesta. Katso tarkemmin kappale 6.2.12.

5.14.4.2 HONC (Hooked On Nicotine Checklist)

HONC-kyselyllä arvioidaan nikotiiniriippuvuutta. Jo yksi piste kertoo siitä, että merkkejä riippuvuudesta on olemassa ja tupakoinnin hallinta on osin menetetty. Testi ei luokittele riippuvuustasoja. Mitä enemmän pisteitä koululainen saa, sitä pahemmin hän on ”koukussa” tupakkaan. HONC on maksutta saatavilla [Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilla](#). Katso tarkemmin kappale 6.2.7.

5.14.4.3 ADSUME

Adsumeaa käytetään päihteiden (alkoholi, tupakka, huumeet) käytön arviointiin ja riskikäytön tunnistamiseen. Nuori arvioi päihteiden käyttöään edeltävän vuoden ajalta. 7 p tai enemmän 14 vuotta täyttäneellä viittaa vähintäänkin riksikäyttöön. Kyselyä voi käyttää päihdeettömyyttä tukevan keskustelun tukiaineistona. ADSUME on maksuttomasti saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankissa ja Terveysportissa. Katso tarkemmin kappale 6.2.2.

5.14.4.4 AUDIT

Maailman terveysjärjestön kehittämä 10 kysymyksen AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) on todettu toimivaksi alkoholin ongelmakäytön tunnistajaksi. Nuori täyttää kyselyn arvioiden alkoholin käyttöään edeltävän vuoden ajalta. Alaikäisillä AUDITin ongelmia aiheuttavan käytön pisteraja on aikuisia matalampi, 5 p tai enemmän. AUDIT on maksuttomasti saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankissa, jossa lomake laskee myös pisteet. Katso tarkemmin kappale 6.2.4.

5.14.4.5 Kannabiksen käytön riskit -kysely

Kannabiksen käytön riskit -kyselyllä kartoitetaan kannabiksen käyttötapoja ja haittoja. Päihdelinkistä löytyvä lomake laskee pisteet ja antaa numeerisen arvon (0–39) sekä sanallisen arvion kannabiksen käytön riskeistä. Katso tarkemmin kappale 6.2.9.

5.14.5 Päihteiden haitallisen käytön tunnistaminen ja häiriöiden diagnostiikka

Kouluikäisillä päihteiden (nuuska, tupakka, alkoholi, huumeet) käytön seulonta kuuluu 8. luokan laajaan terveystarkastukseen, mutta sitä on hyvä tehdä myös muiden terveystarkastusten yhteydessä. Asiallisen tiedon tarjoaminen ja päihdekäytön terveysriskeistä kertominen sopivat luontevasti terveystarkastusten yhteyteen.

Perustason kaikissa palveluissa otetaan päihteet puheeksi aina kun huoli lapsen tai nuoren päihteen käytöstä herää. Esimerkiksi masentuneisuus, ahdistuneisuus tai unettomuus voivat selittyä alkoholin tai muiden päihteiden riskikäytöllä.

Tutkittavalta selvitetään haastatellen, itsearviointikyselyitä täydentäen seuraavat asiat:

- mitä päihdettä tai päihteitä tutkittava käyttää
- miten paljon päihteitä hän käyttää
- mitä haittaa käyttö aiheuttaa tutkittavan elämässä
- missä tilanteessa käyttö tapahtuu
- mitä voimavaroja tutkittavalla on.

Tilannearvio pohjautuu itsearviointilomakkeiden sekä keskustelun aikana muodostuneeseen käsitykseen ja huoleen lapsen tai nuoren voimavaroista sekä kokonaistilanteesta ikä ja kehitystaso huomioon otettuna.

Varsinaisten päihdehäiriöiden diagnoosikriteerit sopivat huonosti kuvaamaan alaikäisen haittoja aiheuttavaa päihteiden käyttöä. Alkoholin haitallisen käytön tai riippuvuuden taustalla olevan ongelmakäytön tulee määritelmän mukaan olla pitkäkestoista. Sen vuoksi esimerkiksi kertaluonteisen akuutin alkoholimyrkytyksen perusteella ei aseteta alkoholin haitallisen käytön diagnoosia, vaikka se on alaikäisellä vakava oire ja edellyttää hoidollista puuttumista. Päihdehäiriöiden diagnostiset kriteerit, haitallinen käyttö ja riippuvuusoireyhtymä esitellään yksityiskohtaisesti liitteessä 14.

Nuoren päihdeongelmien hoidossa keskeisiä asioita

- huolen puheeksi otto ja varhainen puuttuminen
- ongelmien kokonaisvaltainen käsittely
- nuoren voimavarojen vahvistaminen
- perheen ja ystäväpiirin merkityksen huomioiminen hoidossa
- muiden mielenterveyshäiriöiden asianmukainen hoito
- riskikäyttäytymisen ja riskitilanteiden minimointi sekä niiden seurausten hoito
- hoidossa tavoitteena päihhteettömyys.

5.14.5.1 Oheissairastaminen

Koska muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt ovat tavallisia päihteitä käyttävillä lapsilla ja nuorilla, laaja-alainen psykiatrinen arviointi on tarpeen sisältäen seulovia oirekyselyitä. Oppimisvaikeudet tulisi sulkea pois.

Tavallisimpia oheishäiriöitä päihdehäiriöiden ja ongelmien rinnalla ovat käytöshäiriöt, ADHD, masennustilat ja ahdistuneisuushäiriöt. Muu mielenterveyden häiriö voi edeltää, ilmaantua samanaikaisesti tai olla seurausta päihteiden käytöstä. Esimerkiksi traumaattiset kokemukset ja PTSD voivat olla riskitekijä päihdekäytölle, mutta toisaalta päihtymystila altistaa traumaattisille kokemuksille. Päihdehäiriöihin ja -ongelmiin liittyy myös itsetuhoista käytöstä. Muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt lisäävät tätä riskiä.

5.14.6 Hoito perustasolla

Päihteiden käytön laatu, määrä ja käyttäjän ikä määrittävät sen, minkälaisia toimia tarvitaan. Käyttäjän iästä ja käytön laadusta riippuu se, kuinka tiiviisti huoltajat otetaan mukaan työskentelyyn. Mikäli kyseessä on lapsi tai varhaisnuori, tilanteen selvittelyssä tehdään usein yhteistyötä lastensuojelun kanssa. Mikäli päihteiden käyttö vaarantaa lapsen tai nuoren terveyden tai turvallisuuden tai uhkaa suotuisan kehityksen etenemistä (esim. koulunkäynnin vaarantuessa), tulee tehdä lastensuojeluilmoitus (ks. liite 5a). Kouluikäisen päihdeongelman hoidon tavoitteena on päihhteettömyys.

Huolen puheeksi otto, varhainen puuttuminen ja psykoedukaatio ovat keskeisiä keinoja kouluikäisen tukemisessa päihhteettömyyteen. Päihteiden käytöstä keskustelu ja sen taustojen selvittäminen vastaanotolla on tärkeää ja toimii jo itsessään interventiona. Työntekijän on hyvä kuitenkin varautua vastarintaan ja edetä nuoren tahdissa. Psykoedukaatiivista keskustelua käydäänkin yhdessä nuoren kanssa asioita pohtien ja reflektoiden. Psykoedukaation sisältö räätälöidään nuoren tarvitseman tiedon perusteella yksilöllisesti.

Päihteiden käytöstä keskustellaan avoimesti, nuoren kokeilunhalu ymmärtäen. On tärkeää antaa tilaa nuoren omille ajatuksille ja käsityksille omasta päihdekäyttäytymisestään ja siihen mahdollisesti sisältyvistä riskeistä. Keskustelussa työntekijä antaa neutraalisti mutta selkeästi tietoa alkoholin kerta-käyttömääristä ja eri määrien vaikutuksista, yleisesti alkoholin vaikutuksista aivokudokseen, muistiin ja oppimiskykyyn. Päihteitä runsaasti käyttävän nuoren voi olla vaikea tunnistaa päihteistä aiheutuneiden haitallisten seurausten yhteyttä niiden käyttöön. Riskikäyttäjien kanssa onkin tarpeen keskustella humalajuomisen ja runsaan päihteiden käytön haitoista ja vaaroista (muistin menetys, riskien ottaminen, tapaturmiin, väkivalta- tai hyväksikäyttötilanteisiin joutuminen, estojen poistuminen, suojaamaton seksi, toleranssin kasvu ym.), samoin kuin muistuttaa sekakäytön vaaroista, esimerkiksi alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusten arvaamattomuudesta. Nuorta voi olla myös hyvä muistuttaa riskeistä silloin, kun nuorelle tarjotaan juomasekoituksia tai pillereitä, joiden koostumusta ja vahvuutta ei tiedetä. Keskuste-

Pakolais- ja maahanmuuttajataustaisilla lapsilla ja nuorilla ei ole aina riittävästi tietoa päihteistä, päihteiden käytön riskeistä ja rahapelaamisen riskeistä. He saattavat tarvita lisää tietoa esimerkiksi tupakoinnin haitoista sekä apua sen lopettamiseen

Paloma-käsikirja.



lussa kannustetaan samalla nuorta muutokseen päihdekäyttäytymisessään. Nuori helposti vertaa käyttämiään määriä muiden ympärillä olevien käyttöön ja vetoaa siihen, että muut käyttävät enemmän. Keskustelussa nuoren kanssa onkin hyvä tuoda esiin viime vuosi- na tutkimuksissa todettu tosiasiallinen kehitys nuorten päihdekäytössä: humalajuomista esiintyy yhä harvem- malla nuorella. Päihteiden käyttöön tavallisesti liittyvän vahvan sosiaalisen paineen vuoksi pohditaan tarvitta- essa yhdessä keinoja ja toimintatapoja tilanteissa, jois- sa päihteitä on tarjolla.

Nuoren kanssa keskustellen arvioidaan paitsi päih- teiden käyttöön liittyviä tekijöitä, myös nuoren käytet-

tävissä olevia voimavaroja. Keskustelussa voi noudattaa esimerkiksi motivoivan keskustelun periaatteita (ks. kappale 4.2.3.2). Keskeisiä aiheita ovat esimerkiksi nuoren sosiaaliset suhteet, harrastukset ja vapaa- ajan viettotavat, omat ja lähipiirin asenteet, itsetunto ja tietämys terveyteen liittyvistä asioista. Jos päih- dekäyttö on satunnaista, nuoren kanssa voi yhdessä pohtia satunnaisten kokeilujen syitä ja niihin liittyviä asioita. Psykoedukaatioon on aina hyvä sisällyttää myös voimaannuttavaa keskustelua hyvää oloa tuotta- vasta, päihteettömästä toiminnasta (ulkoilu, lukeminen, musiikki yms. rentoutuskeinot), ystävien ja per- heen kanssa olemisesta, riittävästä unesta ja muista hyvinvointia edistävästä elämäntavoista. Nuoren käy- tössä olevien voimavarojen vahvistaminen on tärkeää.

Nuorta voi ohjata omatoimisesti tutustumaan muun muassa [Nuorten mielenterveystalon](#), [Nuor- tenlinkin](#) tai [Päihdelinkin nuorten sivustoon](#). Keskustelun jälkeen sovitaan seurantakäynti. Nuoren koko- naistilannetta ja esimerkiksi poissaoloja seurataan tarvittaessa yksilökohtaisessa opiskeluhoitoryhmässä.

Yläkouluikäisille nuorille soveltuu käytettäväksi päihteidenkäytön mini-interventio, jota on esitel- ty aiemmin julkaistussa oppaassa [Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollos- sa](#). Oppaasta löytyy myös yksityiskohtaisempaa tietoa eri päihteistä. Nuorten päihdehäiriöiden hoidossa tehokkaimpia psykososiaalisia menetelmiä ovat motivoiva haastattelu, kognitiiviset käyttäytymisterapiat sekä monimuotoiset perheterapiat (esim. MDFT, multidimensional family therapy).

Päihderiippuvuuden kehittymisen todennäköisyyttä lisäävät perinnöllisten tekijöiden ohella mielen- terveyden häiriöt, haitalliset elämäntapahtumat ja epäedullinen ympäristö, kun taas hyvä sosiaalinen tuki ja psykologiset selviytymiskeinot ehkäisevät riippuvuuden kehittymistä. Siksi kokonaisvaltainen perhei- den ja nuorten tuki on tehokasta ehkäisevää työtä.

Nuorten päihdepalvelut

- kouluterveydenhuollon ja opiskeluhoollon ehkäisevät ja tukea antavat palvelut
- kunnasta tai kuntayhtymästä riippuen erilaiset walk in -tyyppiset lähinnä perustasolle sijoittuvat palvelut (päihdepsyakit, nuorisoasemat jne.)
- lastenpsykiatrinen ja nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoito
- nuorten päihdepsykiatriset yksiköt erikoissairaanhoidossa
- lastensuojelun nuorille päihteidenkäyttäjille tarkoitettut yksiköt.

5.15 Erityiskysymys: Runsaat koulupoissaolot

Parasta koulupoissaolojen ennaltaehkäisyä on kehittää koulun toimintakulttuuri osallistavaksi ja hyvinvointia tukevaksi. On tärkeää, että jokainen lapsi ja nuori tuntee kuuluvansa yhteisöön ja että koulussa tietoisesti edistetään oppilaiden vuorovaikutussuhteita. Koulun opiskeluhoitosuunnitelma sisältää myös suunnitelman poissaolojen varalle. Suunnitelmassa kuvataan toimenpiteet poissaolojen seuraamiseksi, niistä ilmoittamiseksi ja niihin puuttumiseksi.

Koulupoissaolojen seurannassa ja niihin puuttumisessa opettaja on avainhenkilö. Jos oppilaan poissaoloista herää huoli, se kannattaa ottaa keskusteluun vanhempien kanssa mahdollisimman aikaisin ja sopia yhdessä toimintatavoista niin koulussa kuin kotona. Myös kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa tiedustellaan poissaolojen määriä ja keskustellaan niiden syistä.

Opettaja voi tarvittaessa konsultoida opiskeluhoitopalveluja (oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 23§) ja yhdessä opiskeluhoitopalvelujen asiantuntijoiden kanssa sopia työnjaosta asian selvittämisessä. Opettajalla on myös lakisääteinen velvollisuus (oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 16§) ohjata oppilas psykologille tai kuraattorille, jos hän arvelee oppilaan tarvitsevan heidän palvelujaan. Kun tarvitaan opetushenkilöstön ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistettyä osaamista, on aiheellista koota monialainen asiantuntijaryhmä laissa säädetyllä tavalla. Ryhmä voi konsultoida tai pyytää tapaamiseen mukaan tarvittavia koulun ulkopuolisia yhteistyökumppaneita, esimerkiksi erikoissairaanhoidosta tai lastensuojelusta.

5.15.1 Taustalla olevien syiden selvittely

Runsaiden tai toistuvien poissaolojen taustalla voi olla hyvin erilaisia syitä. Joskus syy voi olla aikuisen mielestä vähäpätöinen mutta lapsen tai nuoren mielestä hyvin merkittävä asia. Se voi liittyä esimerkiksi vuorovaikutussuhteisiin koulun aikuisten tai kavereiden kanssa. Joskus esimerkiksi riisuutuminen ja suihkuun meneminen muiden nähden liikuntatuntien yhteydessä voi olla vaikeaa oppilaalle, jolla on esimerkiksi ruumiinrakenteeseen, puberteettikehitykseen tai seksuaali-identiteettiin liittyviä jännitteitä mielessään. Selvittelyn aluksi on tärkeää kuunnella rauhallisesti lapsen tai nuoren omaa käsitystä tilanteestaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä, ja pyrkiä yhdessä miettimään, mitkä tekijät lapsen tai nuoren mielessä tai koulun ja kodin arjessa tilanteeseen vaikuttavat. Perheeseen tai lähiyhteisöön voi liittyä sellaisia joko ohimeneviä tai pitkäaikaisia tekijöitä, jotka kuormittavat lasta tai nuorta ja estävät säännöllisen koulunkäynnin. Tuen tarpeen arvioimisessa keskeistä on silloin monialainen työskentely opiskeluhoitossa, tarvittaessa yhteistyössä sosiaalipalvelujen ja lastensuojelun kanssa.

Koulupoissaolojen taustalla olevien syiden selvittely edellyttää siten laaja-alaista kartoitusta, jossa huomioidaan esimerkiksi taulukossa 5.17 olevat asiat.

5.15.2 Mielenterveyden ongelmat runsaiden poissaolojen taustalla

Lapsen tai nuoren runsaat koulupoissaolot liittyvät usein mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin. Koulusta runsaasti poissa olevilla alakouluikäisillä yleisimmät mielenterveyden häiriöt ovat eri tutkimusten mukaan eroahdistushäiriö (50 %), sosiaalisten tilanteiden pelko (20–30 %) ja uhmakkuus- tai käyttöhäiriö (10–20 %). Nuorilla vastaavasti masennustila (40–50 %), sosiaalisten tilanteiden pelko (30–50 %) ja käyttöhäiriö (30–40 %) ovat tavallisimpia taustalla olevia mielenterveyshäiriöitä. Samanaikaisesti voi esiintyä useampi häiriö, mikä tulee huomioida tukitoimia suunniteltaessa. On myös tärkeää huomioida oppimisvaikeudet: niitä arvioidaan olevan 10–15 %:lla koulusta runsaasti poissaolevista lapsista ja nuorista. Oppimisvaikeuksien ja kiusaamisen poissulku taustasyynä on tärkeää.

Mielenterveysongelmia selvitettäessä voi edetä luvussa 3 esitetyn mukaisesti. Koska yleisimmät poissaoloihin liittyvät mielenterveysongelmat ovat ahdistuneisuus ja erilaiset masennustilat, kannattaa näitä oireita kartoittaa huolellisesti. Näiden arviointia on kuvattu häiriökohtaisessa luvussa 5.

Taulukko 5.17. Runsaiden koulupoissaolojen taustalla olevien syiden selvittäminen

Lapseen tai nuoreen liittyvät	Oppimiskyky (sisältäen oppimisvaikeuksien arvioinnin) Motivaatio Mielenterveys, erityisesti ahdistuneisuus ja masennus Fyysinen/somaattinen terveydentila Seksuaali-identiteettiin ja seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvät kysymykset
Kouluun liittyvät	Luokan ja koulun ilmapiiri, suhde opettajaan/opettajiin Koulussa ilmenevä kiusaaminen tai ongelmat kaverisuhteissa Turvallisuus Yhteistyökäytännöt
Perheeseen liittyvät	Kuormittavat tapahtumat Fyysinen sairastaminen Psykinen sairastaminen Taloudellinen tilanne Puutteellinen vanhemmuus ja kaltoinkohtelu
Kaveripiiriin liittyvät	Kaveripiirin asenteet Kiusaaminen vapaa-ajalla tai ongelmat kaverisuhteissa Kaveripiirin muut riskitekijät (esimerkiksi päihteet tai muu epäsosiaalinen käyttäytyminen, lintaaminen, kaveripiirin ikärakenne)

Vanhemmilta kootaan kyselytietoa lukujen 3 ja 5 suositusten mukaisesti. Vanhempien haastattelussa selvitetään muun tarvittavan tiedon lisäksi vanhempien asennoituminen poissaoloihin. Lisäksi kootaan opettajan/opettajien havainnot, tiedot tutkittavan koulusuoriutumisesta, koulussa ja luokassa tapahtuneet muutoksista (esim. resurssit, ryhmä) ja muista merkittävistä tapahtumista, miten luokassa tai koulussa menetellään oppilaan myöhästyessä sekä millaisia seuraamuksia poissaolosta aiheutuu. Opettajaa voi pyytää täyttämään SDQ- ja Viivi-lomakkeet arvioinnin tueksi.

Lasta tai nuorta haastatellessa on huomattava, että koululainen, jolla on sosiaalista ahdistusta, ei välttämättä itse kerro siitä. Joskus koulupäivään liittyvät käytännön vaikeudet voivat laukaista poissaoloja: esimerkiksi koulun ruokala ja muut suuret tilat saattavat ahdistaa sosiaalisesti ahdistusherkkiä oppilaita. Lapsen tai nuoren ajatuksia poissaolojen taustalla olevista tekijöistä arvioitaessa voi apuvälineenä käyttää SRAS-R-koulupoissaolokyselyä. Jos herää epäily kiusaamis- tai väkivaltakokemuksista poissaolon taustalla, voi apuna käyttää liitteessä 4 esiteltävää tapahtumakyselyä.

5.15.3 Milloin puuttua

Tutkimusten mukaan pitkittyneestä koulupoissaolosta voi seurata lapsen tai nuoren vakava sekä opillinen että sosiaalinen syrjäytyminen poissaolon syistä riippumatta. Jo muutaman viikon poissaolo edellyttää siksi aktiivisia toimenpiteitä tilanteen pysäyttämiseksi.

Yksi selkeä ja nopeaa puuttumista edistävä toimintatapa on seurata oppilaan kaikkien poissaolotuntien määrää (poissaolot sairauden ja muiden syiden vuoksi) ja reagoida tilanteeseen, kun se ylittää tietyn ennalta sovitun rajan. Toimenpiteiden suunnittelussa huomioidaan poissaolotuntien määrä (taulukko 5.18) sekä oppilaan kokonaistilanne ja keskeisin syy poissaolojen kertymiseen. Mikäli poissaolojen syynä on esimerkiksi oppilaan vakava ruumiillinen sairaus tai perheen lomamatka, tilanteeseen pysähtyminen ja tukitoimien suunnittelu on yleensä tarpeen, mutta eri lähtökohdista. Rutiininomainen reagointi poissaolotuntien kokonaismäärään mahdollistaa kuitenkin sen, että tukea tarvitsevien oppilaiden tilanne tulee arvioitua eikä poissaolojen määrä ei pääse kertymään oppilaan näkökulmasta kohtuuttoman suureksi ennen tukitoimien käynnistymistä.

Taulukko 5.18. Poissaolotuntien lukumäärä ja ehdotus tarpeellisista toimenpiteistä

Poissaolotunteja	Toimenpiteet
alle 30 t	Huoli puheeksi: Opettaja puhuu oppilaan ja huoltajien kanssa Opiskeluhooltohenkilökunnan konsultaatio matalalla kynnyksellä.
Yli 30 t	Perusteellinen kartoitus / lisätuen tarpeen arviointi: Opettaja kutsuu koolle neuvottelun/tapaamisen, johon osallistuvat oppilas ja huoltajat sekä muut heidän tarpeelliseksi katsomansa henkilöt
Yli 70 t	Lisäksi: Arvioidaan lastensuojeluilmoituksen tarve

5.15.4 Toimenpiteet

Tukitoimina voi käynnistää lapsen tai nuoren tilanteen edellyttämässä laajuudessa luvussa 4 esiteltyjä yleisiä psykososiaalisia toimia heti ongelman tultua ilmi, ja täsmentää tarjottavan tuen laatua tarkemman selvittelyn pohjalta. Jos häiriön taustalla arvioidaan olevan monenlaista tuen tarvetta, käynnistetään tukitoimet ensisijaiseksi arvioidusta ongelmasta ja tarkistetaan suunnitelmaa seurantatapaamisissa. Oppilaan mahdollisiin oppimisvaikeuksiin tarvittava tuki järjestetään. Jos taustalla on kiusaamista, siihen puututaan.

Työskentelylle asetetaan tavoitteet ja välitavoitteet, sovitaan seurantatapaamisista ja yhteydenpidon käytännöistä. Usein työskentelyssä tarvitaan verkostomaista tuotetta ja yhteistyötä esimerkiksi lastensuojelun tai erityisnuorisotyön kanssa. Erikoislääkärin tai erikoissairaanhoidon tuki on paikallaan vähintään konsultatiivisesti.

Jos syynä vaikuttaa olevan lapsen tai nuoren masennus, käynnistetään tukitoimet masennuksen hoitolinjan mukaisesti. Masentunut oppilas hyötyy usein määräaikaisesta kuormituksen keventämisestä niin koulutyöskentelyssä kuin vapaa-ajallaan. Jos taas oireet viittaavat uhmakkuus- tai käytöshäiriöön varmistetaan toisaalta koulun ja luokan ja toisaalta perheen sääntöjen ja menettelytapojen selkeys ja johdonmukaisuus, tarvittaessa työskentelemällä yhdessä esimerkiksi perheneuvolan, lastensuojelun tai erityisnuorisotyön kanssa. Jos keskeisenä syynä vaikuttaa olevan ahdistuneisuus, hyödynnetään systemaattisesti samansuuntaisia ahdistuneisuuden hallinnan, asteittaisen altistamisen ja palkitsemisen keinoja. Ahdistuneen lapsen tai nuoren kouluun paluuta helpottavaa työskentelyä kuvataan alla olevassa esimerkissä.

5.15.4.1 Esimerkki ahdistuneen lapsen tai nuoren tukemisesta

Lapsen tai nuoren tuen oikeaksi kohdistamiseksi on keskeistä tunnistaa työskentelyn kohdeoireet. Jos lapsen tai nuoren ahdistuneisuus on koulupoissaoloon vaikuttava tekijä, tunnistamiseen voidaan käyttää havainnointia ja arviointia käytännön tilanteissa. Sosiaaliseen ahdistuneisuuteen voi viitata esimerkiksi ääneen lukemisen tai viittaamisen vaikeus tai opettajalta avun pyytämisen vaikeus. Vastaavasti eroahdistukseen viittaavassa tilanteessa arviointitehtävä voi liittyä koulurakennukseen saapumiseen tai kotoalähtörutiineihin. Lapsi tai nuori voi arvioida käytettyyn tehtävään liittyvät tuntemuksensa esimerkiksi 10-portaisella asteikolla, jossa 10 merkitsee suurinta mahdollista ahdistuneisuutta tai epä mukavuutta ja 0 sen puuttumista täysin. Samaa mittaria voi käyttää seurannassa, kun arvioidaan oireiden helpottumista.

Vanhempien ja koulun eri työntekijöiden tehtävät lapsen tai nuoren tukikokonaisuudessa sovitaan suullisesti tai kirjallisesti yhdessä lapsen tai nuoren, vanhempien ja opettajan sekä usein myös koulupsykologin tai kuraattorin kanssa. Yksiselitteisenä tavoitteena on kouluun palaaminen ja koulunkäynnin normalisoiminen. Sopimuksessa määritellään lapsen tai nuoren oirekuvan perusteella, millä toimilla tavoitteisiin pyritään ja mitä palkkioita tai myönteisiä seuraamuksia onnistumisesta seuraa. Toisaalta mää-

ritellään myös seuraamukset siitä, jos lapsi tai nuori ei toimi sopimuksen mukaisesti. Kirjallinen toimitasopimus tukee perhettä noudattamaan sovittuja menettelytapoja. Sekä vanhemmat että oppilas voivat allekirjoittaa sopimuksen.

Lasta tai nuorta voidaan tukea esimerkiksi kognitiivisin menetelmin tai kognitiivisella käyttäytymisterapialla. Vanhemmalle on hyvä korostaa kouluunmenon tukemisen tärkeyttä: Vanhemman tulee toistuvasti ilmaista lapselleen haluavansa, että tämä lähtee kouluun. Jos oppilas pitää saattaa kouluun, saatto- ja kouluunvientitilanteet (minne oppilas saapuu, kuka ottaa hänet vastaan jne.) on hyvä yhdessä sopia etukäteen ja toimia sovitun mukaisesti.

Ahdistuneen lapsen tai nuoren altistaminen koulutyöskentelyyn on hyvä tehdä portaittaisesti, yksilöllisesti räätälöiden. Tavoitteena on tällöin ahdistusreaktion laimeneminen ja vähittäinen sammuminen. Porrastettu paluu kouluun voi tapahtua sovitusti esimerkiksi taulukon 5.19 mukaisesti.

Vanhempien kanssa työskentelyn tavoitteena on vähentää lapsen tai nuoren riippuvuutta aikuisista sekä edistää lapsen tai nuoren ikätasoisten taitojen ja sitä kautta itsetunnon kehittymistä. Jos vanhempi tekee lapsensa puolesta asioita, jotka tämä kokee vaikeiksi, vanhempi vahvistaa välttelykäyttäytymistä ja estää niistä suoriutumisen oppimista. Vanhempien osuudessa keskeisiä asioita ovat

- aktiivinen lapsen tai nuoren kuuntelu
- empatian osoittaminen lapsen tai nuoren kokemille tunteille
- selkeästi ja toistuvasti ilmaistu toive lapsen tai nuoren kouluun palaamisesta
- myönteisen palautteen antaminen tavoitteisiin pyrkimisestä eli kouluun menemistä ja saavutetuista osatavoitteista
- selkeät, rauhallisella äänellä annetut ohjeet
- lapselle tai nuorelle ilmaistun kritiikin vähentäminen
- rohkaiseminen ikätasoiseen toimintaan ja luottamus selviytymiseen muun muassa muistuttamalla aiemmista onnistumisista
- lapsen tai nuoren ongelmanratkaisutaitojen aktivoiminen.

Toivotunlaisen käyttäytymisen tukemiseksi vanhempaa voi neuvoa ottamaan käyttöön koulunkäyntiin liittyvän palkkio ja seuraamus -menettelyn. Palkkioita onnistumisista voivat olla esimerkiksi sanallinen kiitos ja halaus, tarrat, jokin mieluisa tekeminen vanhemman kanssa, yökyläily kaverin kanssa tai esimerkiksi peliajan lisääntyminen. Seuraamuksia voivat olla esimerkiksi eriasteiset rajoitukset puhelimen, netin, pelien, TV:n tai kirjojen käyttöön tai vapaa-ajan tekemisiin ja kaverien kanssa olemiseen.

Taulukko 5.19. Yksi esimerkki oppilaan porrastetusta koulutyöskentelyyn palaamisesta (voi hyödyntää myös tavoitteiden asettamisessa ja tilanteen seurannassa)

Koko päivän koulussa olo
Oppitunneille osallistumisen vähittäinen lisääminen
Valikoiduilla oppitunneilla mukana, lopun aikaa sovitusti muualla koulun tiloissa
Koko aamupäivän koulun tiloissa sovitusti
Käynti koulussa opettajan tai muu koulun aikuisen luona
Opettajan kanssa keskustelu puhelimesta / Skype-yhteydellä tms

Jos lapsi tai nuori kuitenkin jää kotiin, vanhempien tulisi huolehtia siitä, että kotona oleminen ei ole hänelle liian tyydyttävää, jotta se ei muodostu esteeksi kouluun paluulle. Poissaolotuntien ja -päivien aikana lapsen tai nuoren tulisi tehdä pääosin koulutehtäviä tai muita ”tylsä” töitä. Hänellä ei tulisi olla käytössään muuta ajanvietettä. Mikäli mahdollista, kotiin olisi hyvä järjestää joku aikuinen, joka ei kuitenkaan anna liikaa huomiota eikä ryhdy lapsen tai nuoren viihdyttäjäksi.

Opettaja voi helpottaa kouluun tuloa esimerkiksi ottamalla oppilaan henkilökohtaisesti vastaan sovitussa paikassa. Opettaja voi myös sopia oppilaan kanssa etukäteen siitä, miten oppilas voi koulussa ollessaan ilmaista opettajalle muiden huomaamatta omaa pahaa oloaan tai tuen tarvettaan. Oppilaan kanssa voi sopia myös mahdollisuudesta viettää osa koulupäivästä tarvittaessa luokkatilan sijasta muussa tilassa. Jos koulun ruokailutilanne on ahdistava, siihen voi sopia oppilasta helpottavia käytäntöjä. Jos luokassa ääneen puhuminen on oppilaalle ahdistavaa, opettajan kanssa voi sopia että oppilas saa olla osallistumatta suulliseen työskentelyyn. Mahdollisuus työskennellä tiettyjen oppilaalle mieluisten luokkatoverien kanssa voi lisätä oppilaan uskallusta tulla kouluun.

Lisätietoa ja lähteet

- Albano AM. When children refuse school. Back to school – Takaisin kouluun. Interventiot koulupoissaoloihin -seminaari 3.10.2018 Helsinki.
- Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet>
- Anis N, Aaltonen S, Keski-Rahkonen A. Liikunta ja syömis-häiriöt. *Duodecim* 2019;135:1249–55. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo15010.pdf>
- Aronen E, Suomalainen L. Traumaperäiset stressihäiriöt ja sopeutumishäiriöt. Kirjassa Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. (toim): Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016, s 336–44.
- Asarnow JR, Tompson MC, Klomhaus AM, ym. Randomized controlled trial of family-focused treatment for child depression compared to individual psychotherapy: one-year outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;10.1111/jcpp.13162.
- Castaneda AE, Mäki-Opas J, Jokela S ym. Pakolaisten mielen-terveyden tukeminen Suomessa. Paloma-käsikirja; Ohjaus 5, Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-100-3>
- Carr A. The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *J Family Therapy* 2014;36:107–157.
- Dumon E, Portzky G. Työkalupakki kouluille. Itsemurhien ehkäisy, toimenpiteet ja jälkihoito. *Euregenas* 2014. https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Koulujen+ty%C3%B6kalupakki_lopullinen.pdf/b722830b-14db-4018-8182-7d75b64ea67f
- Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU, ym. Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychology* 2017;46:303–330.
- Fagerström K: Snus, Snustest. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202001223023>
- Forti-Buratti MA, Saikia R, Wilkinson EL, Ramchandani PG. Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:1045–54.
- Gergov V, Ranta K, Lindberg N, ym. Korkeassa psykoosiriskissä olevien nuorten ja nuorten psykoottisten häiriöiden psykoterapeuttiset hoitomuodot: systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2015;70:2413–18.
- Haravuori H, Muinonen E, Kanste O, Marttunen M. Mielen-terveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveyden- huollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-722-0>
- Haravuori H, Luoma I. Traumafokusoidun kognitiivisen käytätymisterapian teho lasten ja 226 nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. *Duodecim, Käypä hoito -suositus*, 09.01.2020.
- James AC, James G, Cowdrey FA, ym. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders 232 in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD004690.

- Karjalainen P, Santalahti P, Sihvo S. Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käytöshäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä? *Duodecim* 2016;132:967–74.
- Kernberg PF, Ritvo R, Keable H. Practice Parameter for Psychodynamic Psychotherapy With Children, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51(5): 541–57.
- Kinnunen JM, Pere L, Raisamo S, ym. Nuorten terveystapatutkimus 2019 Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö sekä rahapelaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki 2019.
- Kosola S, Niemelä E, Niemelä S. Päihdekokeilut - normaalia nuoruutta vai alkava häiriö? *Duodecim* 2018;134:865–72. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/301394/duo14288.pdf?sequence=1>
- Kulvik T, Suominen S. Mitä itsemurhayrityksen jälkeen – työkalupakki klinikon käyttöön. *Suomen Lääkärilehti* 2015; 70:2151–5. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL352015-2151.pdf>
- Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki 2016.
- Käypä hoito -suositukset:
ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) <https://www.kaypahoito.fi/hoi50061>
Ahdistuneisuushäiriöt <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
Alkoholi-ongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
Depressio (masennustila) <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>
Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>
Kaksisuuntainen mielialahäiriö <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>
Käytöshäiriöt <https://www.kaypahoito.fi/hoi50118>
Syömishäiriöt <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101>
Traumaperäinen stressihäiriö <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080>
Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi40020>
Lapsen tukeminen perheen kriiseissä. <https://www.mll.fi/vanhemmille/tukea-perheen-huoliin-ja-kriiseihin/tue-lasta-perheen-kriisissa/>
- Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, ym. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:501–10.
- Lindberg N, Ranta K, Gergov V, ym. Nuorten käytöshäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot: kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2015;70:1913–18.
- Lindgren M, Manninen M, Kalska H, ym. Predicting psychosis in a general adolescent psychiatric sample. *Schizophr Res* 2014;158:1–6.
- Lindgren M, Therman S, Granö N. Nuorten psykoottistyyppisten oireiden kliininen merkitys. *Duodecim* 2016; 132:515–21.
- Marttunen M, Haravuori H, Miettinen J, ym. (2019) Masentunut nuori – miten tunnistan, arvioin ja hoidan perustasolla? *Suom Lääkäril* 2019; 74:1415–20.
- Marttunen M, vander Pahlen B. Päihdehäiriöiden kehittymistä voidaan ehkäistä. *Duodecim* 2013: 129:61–65.
- Marttunen M, Ranta K, Gergov V, ym. Nuorten depression psykoterauttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: systemaattiseen kirjallisuushakuun perustuva katsaus. *Suom Lääkäril* 2015;70:3111–24.
- Midgley N, O’Keeffe S, French L, ym. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base. *J Child Psychother* 2017;43:307–29.
- Mielenterveystalo.fi (linkki)
Nuorten linkki. <http://www.nuortenlinkki.fi/>
- Oud, M., De Winter, L., Vermeulen-Smit, E, ym. Effectiveness of CBT for children and 238 adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry* 2019; 57:33–45.
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1285/2013
Paavonen EJ, Saarenpää-Heikkilä O. Lapsuuden unihäiriöiden arviointi kliinisessä työssä. *Suomen lääkirilehti* 2012; 67(40):2805–11.
- Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014
Pirkanen M. Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi (ADSUME). 2010. https://thl.fi/documents/605877/3316838/adsume_kayttoohjeet.pdf/9dec081b-85a9-413a-9d55-03017b82d595
- Psykiatrian luokituskäsi- ja tautiluokitus ICD 10. Psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Ohjeita ja luokituksia 4 Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES 1997.
- Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki>
- Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, ym. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2018.
- Ranta K, Gergov V, Tainio V-M, ym. Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden psykoterauttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2015;70:1253–59.
- Ranta K, Parhiala P, Pelkonen R, ym. Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 90/2017 2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriön Kuntainfo 13a/2015. Uusi soveltamisohje oppilas- ja opiskelijahuoltolainsäädännän toteuttamisen tueksi. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uusi-soveltamisohje-oppilas-ja-opiskelijahuoltolainsaadannon-toteuttamisen-tuek-1.
- Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T, ym. Two-Year Follow-Up of Internet and Telephone Assisted Parent Training for Disruptive Behavior at Age 4. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57:658–68.
- Stenberg JH, Suvanto-Witikka R, Koivisto EM, Holi M, Joffe G. Irti pakko-oireista. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015.

- Strandholm T, Ranta K, Gergov V, ym. Nuorten itsetuhoisuuden ja epävakaiden piirteiden psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2016;71:717–23.
- Stumppi.fi tupakkatestijä. http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/harkitsijalle/testaa_itseesi
- Suomalainen L, Seilo N, Haravuori H, ym. Nuoren viilte-ly ja muu itsetuhoisuus käyttäytyminen. *Duodecim* 2018;134:857–64.
- Taitoja mielen toipumiseen (TMT). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/documents/974282/1449788/Taitoja+mielen+toipumiseen+TNT.pdf/78d91f5b-620c-480e-9145-2af6769d62c2>
- Terveysportti <https://www.terveysportti.fi/terveysportti/koti>
- Traumaterapiakeskus. <https://www.traumaterapiakeskus.com/>
- Työkaluja itsemurhien ehkäisyyn. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy/tyokaluja-itsemurhien-ehkaisyyn>
- Valikoiva puhumattomuus. <https://valikoivapuhumattomuus.info/>
- Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M, ym. Internet-delivered cognitive behavior therapy for 223 children and adolescents: A systematic review and meta-analysis *Clin Psychol Review* 2016;50:1–10.
- Viheriälä L, Rutanen M. Lasten psyykkisen trauman hoito. *Duodecim* 2010;126:2671–7.
- Webster-Stratton C. The incredible years. Parent, teacher, and children’s Training Series. Program Content, Methods, Research and Dissemination, 1980–2011. Incredible years Inc., USA, 2011.
- Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö.

OSA III

Menetelmät ja välineet

Luvut 6–8

6 Oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja

Kaikki tässä osassa mainitut arviointiasteikot ja oirekyselyt on esitelty jo luvussa 3 tai 5. Tämän luku toimii nopeasti käytettävänä hakemistona silloin, kun tarvitaan tietoa jonkin kyselyn ominaisuuksista.

Oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja käytetään häiriöiden tunnistamisen apuvälineinä. Diagnoosia ei kuitenkaan voi asettaa ilman kliinistä tutkimusta. Aina kun kerätään tietoa lomakekyselyllä, huolehditaan siitä, että vastaaja saa antamastaan tiedosta myös palautetta.

Esitellyt oirekyselyt ovat kaikki maksutta käytettäviä ja useimmat löytyvät Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankista (jatkossa Mielenterveystalo). On tärkeää perehtyä niiden käyttöön, hankkia tarvittaessa koulutusta ja varmistaa myös uusien työntekijöiden perehdytys. Paikallisesti ja alueellisesti sovittu yhteinen kyselyvalikko sujuvoittaa toimintaa.

6.1 Kokonaisoirekuvaa ja toimintakykyä kartoittavat kyselyt ja arviointiasteikot

Perustasolla käytettäviksi soveltuvia psyykkisiä oireita ja toimintakykyä kartoittavia laajoja oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja esitellään koosteena käyttötarkoituksittain taulukossa 6.1.

Taulukko 6.1. Kouluikäisten kokonaisoirekuvaa ja toimintakykyä kartoittavat yleisoirekyselyt ja arviointilomakkeet.

Kysely	Arvioitavat	Vastaaja	Käyttö	Mistä löytyy*
SDQ	lapset ja nuoret	11 v täyttänyt lapsi/nuori, vanhemmat ja opettaja alle 11-vuotiaat: vanhemmat ja opettaja	kokonaisoirekuvan ja prososiaalisen käyttäytymisen arviointi	Mielenterveystalon Mittaripankki (jatkossa tekstissä vain Mielenterveystalo)SDQ-kotisivu TOIMIA-tietokanta
VIIVI eli 5-15R, FTF	lapset ja nuoret	vanhemmat ja opettaja	neurokognitiivisen kehityksen arviointi	Viivi-verkkosivu
LAPS	lapset	työntekijä	kokonaisoirekuvan ja hoitopaikan arviointi	THL:n verkkosivu
GMI	nuoret	työntekijä	tiedon kokoamisen jäsentäminen ja tutkimus- ja hoitoprosessin ohjaus	Soccan verkkosivu
C-GAS	lapset ja nuoret	työntekijä	toimintakyvyn ja hoitopaikan arviointi	Hilmo Mielenterveystalo

*Verkko-osoitteet löytyvät luvun 6.1.1 lopusta

6.1.1 SDQ-kysely – Vahvuudet ja vaikeudet (Strengths and Difficulties Questionnaire)

Vahvuudet ja vaikeudet -kyselyä käytetään psykososiaalisesti oireilevien lasten ja nuorten arviointiin hyvin laajasti eri maissa. Se on todettu myös Suomessa kouluikäisillä luotettavaksi menetelmäksi.

Käyttötarkoitus

- tunne-elämän vaikeuksien arviointi
- käyttäytymisen vaikeuksien arviointi
- yliaktiivisuuden ja tarkkaavuuden ongelmien arviointi
- sosiaalisten suhteiden arviointi
- lapsen/nuoren vahvuuksien kartoitus
- mahdollisten vaikeuksien vaikutus elämään

Rakenne Yksisivuinen kysely sisältää 25 väittämää, jotka kuvaavat lapsen käytöstä. Kaksisivuisessa kyselyssä huomioidaan myös oireiden aiheuttama haitta lapsen toimintakyvylle.

Vastaaja 11 vuotta täyttäneet: vanhemmat, opettaja ja lapsi/nuori,
alle 11-vuotiaat: vanhemmat ja opettaja

Pisteiden laskeminen Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–40. Kunkin osa-alueen pistemäärä vaihtelee 0 ja 10 pisteen välillä. Kokonaispistemäärää ei voi laskea, jos yhden osa-alueen pistemäärä puuttuu. Osa-alueen pistemäärä voidaan laskea, jos ainakin kolmeen kysymykseen viidestä on vastattu.

Mielenterveystalon lomake sivulla ”Pisteytysavaimet ja normiarvot” laskee pisteet ja antaa vertailun normiarvoihin.

Tuloksen tulkinta

Vanhemman kysely	0–13 p häiriö epätodennäköinen
	14–16 p häiriö mahdollinen
	17–40 p häiriö todennäköinen
Opettajan kysely	0–11 p häiriö epätodennäköinen
	12–15 p häiriö mahdollinen
	16–40 p häiriö todennäköinen
Nuoren kysely	0–15 p häiriö epätodennäköinen
	16–19 p häiriö mahdollinen
	20–40 p häiriö todennäköinen

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion Mittaripankki www.mielenterveystalo.fi, SDQ:n kotisivut sekä TOIMIA-tietokanta

Kielet Yli 80 kieltä kotisivuilla, esimerkiksi suomi, ruotsi, viro, venäjä, arabia, somali, kurdi, farsi, thai, kiina, viittomakieli.

Muuta Suositeltavaa on käyttää kaksisivuista kyselyä, jossa huomioidaan myös oireiden aiheuttama haitta lapsen toimintakyvylle. Lomakkeesta on saatavilla myös seurantaan tarkoitettu versio Strengths and Difficulties Questionnaire Follow-up.

6.1.2 VIIVI-kysely (FTF, Five to Fifteen, 5-15R)

Käyttötarkoitus arvioi 5–17-vuotiaiden lasten ja nuorten

- motoriikkaa
- toiminnanohjausta
- hahmotusta
- muistia
- kielen kehitystä
- sosiaalisia taitoja
- oppimisen ongelmia

Vastaaja vanhemmat ja opettaja

Rakenne Laajahko kysely, jonka väittämiin vastataan kolmiportaisella asteikolla. Vaikeuksista aiheutuvaa haittaa arvioidaan neliportaisella asteikolla. Lomakkeessa on myös avoimia kysymyksiä.

Pisteiden laskeminen tehdään verkossa.

Tuloksen tulkinta

- tuloste näyttää graafisena tutkittavan sijoittumisen suhteessa normaalivaihteluun
- jos kaikki osiot ovat normaalivaihtelun puitteissa, ei yleensä tarvita jatkotutkimuksia
- poikkeava tulos voi viitata kyseisen toiminnon häiriöön tai olla osa laaja-alaisempaa tunne-elämän häiriötä ja tarvitaan lisätutkimuksia. Jos pisteet ylittävät 90 persentiilin rajan, kyseisen osa-alueen häiriö on mahdollinen ja tarkempi tutkimus on tarpeen.

Saatavilla www.5-5.org, TOIMIA-tietokanta

Kielet Vanhemman lomake: suomi, ruotsi, englanti, viro, venäjä, tanska, norja ja japani
Opettajan lomake: suomi, ruotsi, englanti, tanska ja norja.

Muuta Käyttäjän tulee hakea käyttöluupa osoitteesta www.5-15.org, TOIMIA-tietokanta työpaikkansa sähköpostiosoitteella. Kyselylomakkeen käyttäjät ovat ensisijaisesti psykologeja ja lääkäreitä. Muut ammattiryhmät voivat käyttää kyselylomaketta 5-15-sivustoon hyväksytyt käyttäjän ohjauksessa työskennellessään työryhmässä, jossa on tarvittava pätevyys kyselylomakkeessa saatujen tulosten tulkitsemiseen. Mittarista on yleiskuvaus myös TOIMIA-tietokannassa.

6.1.3 Työntekijän käyttöön tarkoitetut arviointiasteikot

6.1.3.1 LAPS-lomake – Lapsen psykososiaalisen terveyden arviointiasteikko

Käyttötarkoitus

- lapsen (13 v asti) psyykkisen voinnin ja oireiden sekä oireiden vakavuuden arviointi
- lapsen toimintakyvyn arviointi arjen eri ympäristöissä
- kehitykseen vaikuttavien perhe- ja ympäristötekijöiden arviointi
- lapsen ja perheen tuki- ja hoitotoimenpiteiden tarpeen sekä niiden kiireellisyyden arviointi
- tarvittavien tuki- ja hoitotoimien toteuttamistason määrittely (perusterveydenhuolto/ muut peruspalvelut/ peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon yhteistyö/erikoissairaanhoito/ muut erityispalvelut)

Rakenne 14 monivalintakysymystä, joihin ohjeistus lomakkeessa.

Vastaaja Työntekijä (keskustellen vanhemman kanssa ja muun käytettävissä olevan tiedon perusteella)

Arvioitava ajanjakso Tämänhetkinen tilanne

Pisteiden laskeminen Lomakkeen vastausvaihtoehdoissa näkyvillä olevat pisteet lasketaan yhteen.

Tuloksen tulkinta

- 4–7 p: lapsella tai perheellä on tuen, lisäselvittelyjen tai hoidon tarvetta perusterveydenhuollossa ja peruspalveluissa.
- 8 p tai enemmän: harkittava lastenpsykiatrasta konsultaatiota, lastenpsykiatriasia kuntaan tuotuja palveluita tai lapsen lähettämistä erikoissairaanhoidon lastenpsykiatriseen arvioon.
- Mikäli kokonaispistemäärä kertyy pääosin perheen toimintakykyä ja kuormitustekijöitä kuvaavista kysymyksistä (kysymykset 9–12), harkitaan ensisijaisesti perheen ohjaamista muiden erityispalveluiden piiriin (aikuisten mielenterveys- tai päihdepalvelut, lastensuojelu tai muu sosiaalitoimi).

Saatavilla Lomake ohjeineen löytyy osoitteesta www.thl.fi

Muuta LAPS-lomakkeen psykometrisiä ominaisuuksia on toistaiseksi tutkittu 4–9-vuotiaiden lasten arvioinnissa, ja tässä ikäryhmässä voidaan luotettavasti tunnistaa ja eritellä perusterveydenhuollon hoitoa ja erikoissairaanhoidon tarvitsevat psyykkisesti oireilevat lapset.

6.1.3.2 CGAS – Psykososiaalisen toimintakyvyn arviointi alle 18-vuotiaille

Käyttötarkoitus Psykologisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi

Rakenne Toimintakykyä arvioidaan jatkumolla 1–100 pistettä, jaoteltuna 10 pisteen välein erilaisiin, sanallisesti kuvattuihin toimintakykytasoihin

Vastaaja Työntekijä

Arvioitava ajanjakso Edeltävä viikko

Pisteiden laskeminen Valitaan tutkittavan alinta toimintakykyä vastaava pistehaarukka, esimerkiksi 70–61.

Tuloksen tulkinta Lapset ja nuoret, joiden toimintakyky CGAS-asteikolla arvioiden on > 60, hoidetaan lähtökohtaisesti perusterveydenhuollossa.

Saatavilla CGAS-arviointiasteikko on liitteenä tässä oppaassa (liite 15).

Muuta Psyykkinen terveys lisääntyy jatkumon toisessa päässä (paljon pisteitä) ja vastaavasti psyykkinen oireilu toisessa päässä (vähän pisteitä). Somaattisista tai ympäristösyistä johtuvia toimintakyvyn laskuja ei huomioida.

6.1.4 Yläkouluikäisille lisäksi soveltuvat arviointimenetelmät

6.1.4.1 Positiivisen mielenterveyden mittari WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale)

Käyttötarkoitus positiivisen mielenterveyden (mielen hyvinvoinnin) arviointi tai seuranta 13 vuotta täyttäneillä

Rakenne 14 kysymystä (saatavilla myös lyhyempi 7-osioinen versio)

Vastaaja Nuori

Arvioitava ajanjakso Edeltävät kaksi viikkoa

Pisteiden laskeminen Lomake laskee pisteet. Vastausten pistemäärät: En koskaan 1 p, harvoin 2 p, silloin tällöin 3 p, usein 4 p, koko ajan 5 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 14–70.

Tuloksen tulkinta Ei katkaisupisteitä, suurempi pistemäärä kuvaa suurempaa mielen hyvinvointia.

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion Mittaripankki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos www.thl.fi.

Kielet suomi, englanti

Muuta Mittaria voi käyttää osana hoidon vaikutusten seuranta seuraamalla myös positiivisen mielen-terveyden muutosta hoidon aikana. Suomalaisia normiarvoja ei ole määritetty. Mittarin käyttöä hallinnoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Oikeuden mittariin käyttöön voi hakea täyttämällä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilta löytyvän lomakkeen.

6.1.4.2 Nuorten geneerinen mielenterveysinstrumentti GMI

Käyttötarkoitus

Mielenterveyden ongelmien ja häiriöiden varhaisen tunnistamisen, niiden vakavuuden ja hoidettavuuden arvioinnin helpottaminen.

Rakenne Sähköinen lomake, jossa on sähköiset linkit arviointimenetelmiin ja muihin apuvälineisiin

Vastaaja Työntekijä(t)

Arvioitava ajanjakso Lomaketta voi täyttää vaiheittain nuoren eri käyntikerroilla.

Tuloksen tulkinta GMI ei ole kysely, vaan ohjaava apuväline nuoren kokonaistilanteen vaikeusasteen arvioinnissa tai saate nuoren siirtyessä toimijalta toiselle, tai vain muistilista. Lomake auttaa tunnistamaan vakavan mielenterveyden häiriön oireet ja myös jäsentämään nuoren mielenterveyden arviota läpi koko palveluketjun.

Saatavilla Soccan (Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus) verkkosivulta <http://www.socca.fi>

Muuta GMI voi toimia joko sähköisenä tai tulostettuna lomakkeena. GMI huomioi eri ammattiryhmi- en välillä tapahtuvat tiedonsiirtoon liittyvät luvat.

6.2 Häiriö- ja ongelmakohtaisia oirekyselyitä aakkos- järjestyksessä

Häiriökohtaisia oirekyselyitä ja arviointiasteikkoja esitellään koosteena käyttötarkoituksen mukaan tau- lukossa 6.2 ja tekstissä aakkosjärjestyksessä.

Taulukko 6.2. Häiriökohtaiset psyykkisten oireiden arviointilomakkeet ja oirekyselyt

Kysely	Arvioitavat	Vastaaja	Käyttö	Mistä löytyy
Häiriökohtainen				
Masennus				
PHQ-2	nuoret	nuori	seulonta	osa III, sivu 219
PHQ-9	nuoret	nuori	seulonta, vakavuusasteen arviointi	Mielenterveystalon Mittaripankki, jatkossa tekstissä vain Mielenterveystalo Käypä hoito -sivusto
RBDI	nuoret	nuori	seulonta	Mielenterveystalo
SMFQ	lapset	lapsi/nuori	seulonta	Mielenterveystalo
Kaksisuuntainen mielialahäiriö				
MDQ	nuoret	nuori	seulonta	Mielenterveystalo
Ahdistuneisuus				
GAD-7	nuoret	nuori	yleistyneen ahdistuneisuus- häiriön seulonta, seuranta	Mielenterveystalo
SCARED	lapset ja nuoret	lapsi/nuori	seulonta	Mielenterveystalo
MiniSPIN	nuoret	nuori	sosiaalisen tilanteiden pelon seulonta	osa III, sivu 219

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla

Taulukko 6.2. Häiriökohtaiset psyykkisten oireiden arviointilomakkeet ja oirekyselyt. jatkuu...

Kysely	Arvioitavat	Vastaaja	Käyttö	Mistä löytyy
ADHD				
ADHD-RS-IV	lapset ja nuoret	vanhemmat ja opettaja	ADHD-oireiden arviointi	Mielenterveystalo Duodecim, ADHD Käypä hoito -suositus
AS-kirjon häiriöt				
ASSQ	lapset ja nuoret	vanhemmat ja opettaja	autismikirjon oireiden arviointi	Autismiliiton verkkosivut
Syömishäiriöt				
SCOFF	nuoret	nuori itse tai työn-tekijä haastatellen	syömishäiriön arviointi	Mielenterveystalo Terveysportti
Traumaoireet				
• I-tyyppi				
TSQ	nuoret	nuori	PTSD:n seulonta	Mielenterveystalo
CRIES 8	lapset ja nuoret	lapsi/nuori	trauma-peräisten oireiden arviointi	Children and War -säätiön verkkosivu
Psykoosiriski				
PQ-B	nuoret	nuori	psykoottisten oireiden arviointi	Mielenterveystalo
Seuranta				
YP-CORE	11–16-vuotiaat	lapsi/nuori	oireet hoidon aikana	Mielenterveystalo
WEMWBS	nuoret	nuori	positiivisen mielen-terveyden arviointi	Mielenterveystalo esit- tely kappaleessa 6.2.4.1 s. 209
Muut				
• Itsetuhoisuuden arviointi				
PHQ kysymys 9	nuoret	nuori	itsetuhoisuuden asteen arviointi	Mielenterveystalo
RBDI kysymys 7	nuoret	nuoret	itsetuhoisuuden arviointi	Mielenterveystalo
• Koulupoissaolo				
SRAS-R	lapset ja nuoret	lapsi/nuori vanhemmat	koulupoissaolotyyppin arviointi	Soccan verkkosivu
• Päihteiden käyttö				
ADSUME	nuoret	nuori	päihteiden käytöstä käytävän keskustelun pohjaksi	THL:n verkkosivu Mielenterveystalo
AUDIT	nuoret	nuori	alkoholin riskikäytön tunnistaminen	Mielenterveystalo TOIMIA-tietokanta
• Kannabiksen käyttö				
Kannabiksen käytön riskit	lapset ja nuoret	lapsi tai nuori	kannabiksen käytön riskien tunnistaminen	Päihdelinkki
• Nikotiiniriippuvuus				
Nuuskatesti	lapset ja nuoret	lapsi tai nuori	nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen	Päihdelinkki
HONC	nuoret	nuori	nikotiiniriippuvuuden tunnis- taminen unen ja nukkumisen	THL:n verkkosivu
• Uni ja nukkuminen				
Unipäiväkirja	lapset ja nuoret	lapsi tai nuori	kartoitus	Liite 6c
• Pelaaminen				
IAT-P	lapset ja nuoret	vanhemmat	nettiriippuvuus	Päihdelinkki
• Puhelinriippuvuus				
SAS-SV	nuoret	nuori	puhelinriippuvuuden tunnistaminen	Liite 16 tässä oppaassa
• Vaarallisuuden arviointi				
UHKA-seula	nuoret	työntekijä	väkivaltaisen aggressiivisuu- den arviointi	Mielenterveystalo

Verkko-osoitteet löytyvät luvun 6.1.1. lopusta

6.2.1 ADHD-oirekysely (ADHD-Rating Scale IV)

Käyttötarkoitus aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oireiden arviointi

Rakenne 18 väittämää, jotka liittyvät yliaktiivisuus-, impulsiivisuus- tai tarkkaamattomuusoireisiin ja perustuvat DSM-luokituksen oirekriteereihin.

Vastaaja vanhemmat ja opettaja tai työntekijä haastattelun perusteella

Arvioitava ajanjakso viimeiset 6 kk

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: harvoin tai ei koskaan 0 p, joskus 1 p, usein 2 p, hyvin usein 3 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–54 p. Sekä tarkkaamattomuuskysymysten että yliaktiivisuus-impulsiivisuuskysymysten kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–27.

Tuloksen tulkinta

ADHD-diagnosi on todennäköinen, jos pisteitä on vähintään

- 5–7-vuotiaat:
Tytöt: tarkkaamattomuus 12 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 13 p, yhteispisteet 24 p
Pojat: tarkkaamattomuus 15 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 17 p, yhteispisteet 30 p
- 8–10-vuotiaat:
Tytöt: tarkkaamattomuus 12 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 9 p, yhteispisteet 20 p
Pojat: tarkkaamattomuus 15 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 15 p, yhteispisteet 27 p
- 11–13-vuotiaat:
Tytöt: tarkkaamattomuus 13 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 9 p, yhteispisteet 20 p
Pojat: tarkkaamattomuus 18 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 16 p, yhteispisteet 34 p
- 14–18-vuotiaat:
Tytöt: tarkkaamattomuus 12 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 10 p, yhteispisteet 22 p
Pojat: tarkkaamattomuus 11 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 11 p, yhteispisteet 27 p

ADHD-diagnosi on epätodennäköinen, jos pisteet jäävät alle seuraavien rajojen

- 5–7-vuotiaat:
Tytöt: tarkkaamattomuus 8 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 9 p, yhteispisteet 18 p
Pojat: tarkkaamattomuus 11 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 12 p, yhteispisteet 22 p
- 8–10-vuotiaat:
Tytöt: tarkkaamattomuus 8 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 7 p, yhteispisteet 14 p
Pojat: tarkkaamattomuus 12 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 10 p, yhteispisteet 22 p
- 11–13-vuotiaat:
Tytöt: tarkkaamattomuus 19 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 6 p, yhteispisteet 16 p
Pojat: tarkkaamattomuus 14 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 10 p, yhteispisteet 23 p
- 14–18-vuotiaat:
Tytöt: tarkkaamattomuus 9 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 6 p, yhteispisteet 14 p
Pojat: tarkkaamattomuus 11 p, yliaktiivisuus-impulsiivisuus 8 p, yhteispisteet 19 p

Karkeampana arviointimenetelmänä voidaan käyttää usein tai hyvin usein -vastausten määrää sekä tarkkaamattomuuskysymyksiin että yliaktiivisuus-impulsiivisuus-kysymyksiin, jolloin vähintään kuusi pistettä molemmissa voi viitata ADHD-oireiluun.

Saatavilla ADHD:n Käypä hoito www.kaypahoito.fi.

Muuta Parittomat kysymykset ovat tarkkaamattomuuteen ja parilliset yliaktiivisuuteen-impulsiivisuuteen liittyviä. Pisterajoja ei ole validoitu Suomessa.

6.2.2 ADSUME nuorten päihdemittari

Käyttötarkoitus Yli 13-vuotiaiden nuorten päihteiden käytön arviointi (alkoholi, tupakka, huumeet), riskikäytön tunnistaminen sekä päihteettömyyttä tukevan keskustelun tukimateriaalina

Rakenne 17 kysymystä, jotka liittyvät päihteiden käytön määrään ja tiheyteen, seurauksiin, syihin ja sosiaaliseen tukeen sekä altistumiseen.

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso edeltävä vuosi

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehtojen määrä on erilainen eri kysymyksissä.

Kysymysten 1–9 pisteet lasketaan yhteen. (Huomaa, että kysymyksen numero 2 suurin pistemäärä, summapistee, on 20. Eli jos nuori käyttää montaa päihdettä, niin kaikkien pisteet huomioidaan kokonaisuudessa)

Mikäli nuori käyttää muita päihteitä kuin alkoholia, kysymysten 2–3 pisteet lasketaan vielä erikseen yhteen ja arvioidaan muiden päihteiden käyttöä myös näiden pisteiden perusteella.

Päihteiden käyttöä ja sen seurauksia kuvaavien kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–35 p. Sähköinen lomake laskee pisteet

Tulosten tulkinta:

Mikäli nuori käyttää muita päihteitä kuin alkoholia, kysymysten 2–3 pisteet lasketaan erikseen yhteen.

Alkoholi ja tupakka 1)	Muut päihteet 2)	Kuvaus päihteiden käytöstä
0–3 p.	0 p.	Raittius tai kokeilukäyttö
4–6 p.	1–5 p.	Toistuva käyttö/ huume-kokeilut
7–9 p. (14–15-vuotiaat)	6 p.	Riskikäyttö Voi liittyä haitallisia seuraamuksia ja toleranssin kasvun vaara
10 p. (14–15-vuotiaat)	≥ 7 p.	Vaarallinen suurkulutus/ haittoja aiheuttava käyttö Käyttöön liittyy vakavia riskejä, jotka vaarantavat nuoren terveyttä ja kehitystä

1) Kysymysten 1–9 pisteet lasketaan yhteen

2) Kysymysten 2 ja 3 pisteet lasketaan erikseen yhteen, mikäli nuori käyttää muitakin kuin alkoholia ja tupakkaa

Alkoholin käytön osalta pisteet ja toimintasuositus eroavat iän mukaan. Päihteiden käytön seurauksia (kysymykset 5–9) arvioidaessa ei tarvitse erotella, mikä seurauksista johtui alkoholin tai muiden päihteiden käytöstä. Yhteispistemäärän tulkinnassa tarkastellaan nuoren kanssa, kertyivätkö pisteet runsaasta päihteiden käytöstä vai haitallisista seurauksista.

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion Mittaripankki, [Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivu](#).

Kielet suomi, ruotsi

6.2.3 ASSQ – autismikirjon häiriön seulonta (Autism Spectrum Screening Questionnaire)

Käyttötarkoitus autismikirjon häiriön seulonta (alakouluikäiset)

Rakenne 27 väittämää, jotka liittyvät autismikirjon piirteisiin ja niiden seurauksiin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa

Vastaaja vanhemmat ja opettaja

Arviointiajanjakso ei määritettyä aikajaksoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ei pidä paikkansa 0 p, pitää jossain määrin paikkansa 1 p, pitää paikkansa 2 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–54.

Tuloksen tulkinta

Jos opettajan ja vanhemman/vanhempien vastauksista yhteensä kertyy 30 p tai enemmän, on autismikirjon häiriö mahdollinen.

Saatavilla [Autismiliiton verkkosivu](#)

Kieli suomi

Muuta Autismikirjon häiriön diagnoosi tehdään erikoissairaanhoidossa haastattelumenetelmillä.

6.2.4 AUDIT-kysely – alkoholin käytön arviointi (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Käyttötarkoitus Alkoholin riskikäytön tunnistaminen (ajankohtainen alkoholinkäyttö ja alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat ja seuraukset), kulutus, riippuvuus, haitat

Rakenne 10 kysymystä, jotka liittyvät alkoholin kulutukseen, alkoholiriippuvuuteen ja alkoholin aiheuttamiin haittoihin.

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso edeltävä vuosi

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot eri kysymyksissä on 3 tai 5. Vaihtoehtojen saamat pisteet ovat näkyvillä lomakkeessa. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–40. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta

Nuorilla 5 p tai enemmän viittaa riskikäyttöön.

Saatavilla [Mielenterveystalo, ammattilaisosion Mittaripankki, TOIMIA-tietokanta](#)

Kielet suomi, ruotsi, englanti. Mittaripankissa linkki useille kielille.

Muuta AUDIT on alun perin kehitetty ja käytetään aikuisille alkoholiriippuvuuden ja riskikäytön seulomiseksi. Suomalaisten nuorten aineistossa haitallisen alkoholin seulontarajaksi ehdotetaan ≥ 5 pistettä ja mikäli on kyse nuoremmasta nuoresta (14-v ja nuoremmat), kannattaa jo tätäkin matalampien pisteiden kohdalla kartoittaa alkoholin käyttöä tarkemmin haastatellen.

6.2.5 CRIES 8 – lasten traumaperäisten oireiden kysely (Children’s Revised Impact of Event Scale)

Käyttötarkoitus traumakokemukseen liittyvän oireilun kartoitus

Rakenne 8 kysymystä, jotka liittyvät tietyn traumaattisen kokemuksen muistamiseen tai välttelyyn.

Vastaaja lapsi (alkaen 8-vuotiaista)

Arviointiajanjakso edeltävä viikko

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ei ollenkaan 0 p, harvoin 1 p, joskus 3 p, usein 5 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–40.

Lisäksi voi laskea kaksi erityyppisiä oireita mittaavaa oirekokonaisuutta: tunkeutuvat oireet (kysymysten 1, 3, 6 ja 7 summa) ja välttämisoireet (kysymysten 2, 4, 5 ja 8 summa).

Tuloksen tulkinta

Kokonaispistemäärä 17 p tai enemmän voi viitata kliinisesti merkittäviin ongelmiin ja traumaperäiseen stressihäiriöön.

Saatavilla Children and War -säätiön sivuilla

Kielet yli 20 kieltä, mm. suomi, ruotsi, norja, tanska, englantia, saksa, ranska, arabia, kurdi, farsi, ukraina ja venäjä.

Muuta Kyselyllä kartoitetaan tiettyyn traumaattiseen tapahtumaan (esimerkiksi liikenneonnettomuus, väkivallan kohteeksi joutuminen ym.) liittyviä oireita. Sekä vastaajan että tuloksen tulkitsijan tulee tietää, mihin tapahtumaan liittyviä oireita arvioidaan. Diagnoosi edellyttää kliinistä arviota.

6.2.6 GAD-7 – yleisen ahdistuneisuushäiriön oirekysely (Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale)

Käyttötarkoitus

yleistyneen ahdistuneisuushäiriön seulonta

Rakenne 7 kysymystä, jotka kartoittavat seuraavia koettuja tuntemuksia:

Hermotuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kireyden tunne

Kykenemättömyys lopettaa tai hallita huolestumista

Liiallinen huolestuneisuus erilaisista asioista

Vaikeus rentoutua

Niin levoton olo, että on vaikea pysyä aloillaan

Taipumus harmistua tai ärsyyntyä helposti

Pelko siitä, että jotakin kauheaa saattaisi tapahtua

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso kaksi edeltävää viikkoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ei lainkaan 0 p, useana päivänä 1 p, suurimpana osana päivistä 2 p, lähes joka päivä 3 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–21. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta

0–4 p: vähäinen ahdistuneisuus

5–9 p: lievä ahdistuneisuus

10–15 p: kohtalainen ahdistuneisuus

16–21 p: vaikea ahdistuneisuus

Kokonaispistemäärä 10 tai enemmän: yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on mahdollinen.

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion Mittaripankki, TOIMIA-tietokanta

Kielet suomi, ruotsi ja Mittaripankin linkin kautta lukuisia muita, muun muassa tanska, norja, englanti, ranska, saksa, venäjä, turkki, arabia ja kiina.

Muuta Seuloo myös muita ahdistuneisuushäiriöitä (paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, PTSD).

6.2.7 HONC-nikotiiniriippuvuuskysely (Hooked On Nicotine Checklist)

Käyttötarkoitus nikotiiniriippuvuuden arviointi

Rakenne 10 kysymystä, jotka liittyvät tupakointiin ja ilman tupakkaa olemiseen

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso ei määritettyä aikajaksoa

Pisteiden laskeminen Vastausvaihtoehdot: ei 0 p, kyllä 1 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–10.

Tuloksen tulkinta

Jo 1 piste kertoo siitä, että merkkejä riippuvuudesta on olemassa ja tupakoinnin hallinta (autonomia) on osin menetetty. Mitä enemmän pisteitä, sitä enemmän on nikotiiniriippuvainen.

Saatavilla THL:n verkkosivulta www.thl.fi

Kieli suomi

6.2.8 IAT-P-nettiriippuvuuskysely

Käyttötarkoitus nettiriippuvuuden arviointi

Rakenne 20 kysymystä, jotka liittyvä netin käyttöön ja sen haittoihin

Vastaaja Vanhempi

Arviointiajanjakso ei määritettyä aikajaksoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ei koskaan tai ollenkaan, hyvin harvoin, harvoin, melko usein, usein, aina tai hyvin usein. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta

Sähköinen lomake antaa numeerisen ja sanallisen arvion netin käytön haitallisuudesta.

Saatavilla Päihdelinkki

Kieli suomi

Muuta Lisäksi kysytään ikä ja sukupuoli, joihin voi jättää myös vastaamatta.

6.2.9 Kannabiksen käytön riskit

Käyttötarkoitus kannabiksen käytön riskien arviointi

Rakenne 7 kysymystä, jotka liittyvät kannabiksen käyttötapoihin ja haittoihin

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso Joissakin kysymyksissä kolme edeltävää kuukautta, joissakin kysymyksissä ei määritettyä aikajaksoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot eri kysymyksissä vaihtelevat. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–39. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta

Sähköinen lomake laskee numeerisen arvon ja sanallisen arvion kannabiksen käytön riskeistä.

Saatavilla [Päihdelinkki](#)

Kieli suomi

Muuta Lisäksi kysytään ikä ja sukupuoli, joihin voi jättää myös vastaamatta. Lomakkeessa on tarkentava ohje kysymykseen 2–5 vastaamiseksi. Testitulossivun kautta pääsee kannabiksen käytön lopettamisesta ohjaavaan oppaaseen.

6.2.10 MDQ – kaksisuuntaisen mielialahäiriön kysely (Mood Disorder Questionnaire)

Käyttötarkoitus kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulonta

Rakenne Yksi 13-osainen kysymys mielialan kohoamiseen liittyvästä oireilusta, yksi oireiden yhtäaikaista esiintymisestä ja yksi mielialasta seuranneista haitoista.

Vastaaja nuori itse (työntekijä voi myös kirjata haastatteluvastaukset)

Arviointiajanjakso ei määritettyä aikajaksoa (”onko koskaan ollut?”)

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot 1. kysymyksen kaikkiin osiin sekä 2. kysymykseen ”kyllä” ja ”ei”. Kolmannen kysymyksen vastausvaihtoehdot ovat ”ei ongelmia”, ”vähäisiä ongelmia”, ”kohtalaisia ongelmia” ja ”vakavia ongelmia”.

Tuloksen tulkinta

Seula on positiivinen, jos ensimmäisestä kysymyksestä tulee vähintään seitsemän ”kyllä”-vastausta ja toiseen osaan (oireiden samanaikainen esiintyminen) on vastattu ”kyllä” ja kolmanteen osaan (oireiden aiheuttamien ongelmien vakavuus) on vastattu 3 ”kohtalaisia” tai 4 ”vakavia” (hypomaniassa riittää vastaus 2 ”vähäisiä”)

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion Mittaripankki www.mielenterveystalo.fi.

Kielet suomi, ruotsi, englanti

Muuta Perusterveydenhuollossa MDQ:n käyttö on suositeltavaa, jos

- masennusoireisella potilaalla on esiintynyt lisääntyneen aktiivisuuden kausia
- masennuksen vaste hoitoon on huono tai
- syntyy epäily kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä.

Jos MDQ-seulan tulos on positiivinen, kartoitetaan esitiedot huolellisesti ja varmistetaan diagnoosi erikoissairaanhoidossa.

6.2.11 Mini-SPIN – nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden kysely (Mini-Social Phobia Inventory)

Käyttötarkoitus sosiaalisten tilanteiden pelon seulonta

Rakenne Kolme kysymystä:

- Nolostumisen pelko saa minut välttelemään joidenkin asioiden suorittamista tai puhumista toisille ihmisille
- Vältän tekemisiä, joissa olen huomion keskipisteenä
- Nolostuneeksi tuleminen tai tyhmältä vaikuttaminen kuuluvat pahimpiin pelkoihini

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso edeltävä viikko

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei yhtään” 0 p, ”vähän” 1 p, ”kohtalaisesti” 2 p, ”hyvin paljon” 3 p, ”äärimmäisen paljon” 4 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli 0–12 p

Tuloksen tulkinta

Yhteispistemäärä 6 tai enemmän viittaa sosiaalisten tilanteiden pelkoon.

Muuta Mini-SPINin kysymykset ovat 17 kysymystä käsittävän SPIN-oirekyselyn (sosiaalisen ahdistuneisuuden kysely) kysymykset 6, 9 ja 15). SPIN on saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosion Mittaripankissa.

Kielet suomi, englanti

Kysely on validoitu Suomessa nuorilla.

6.2.12 Nuuskatesti-nikotiiniriippuvuuskysely

Käyttötarkoitus Nikotiiniriippuvuuden arviointi

Rakenne Kuusi nuuskan käyttötapoja koskevaa kysymystä

Vastaaja lapsi tai nuori

Arviointiajanjakso nykyhetki

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot vaihtelevat eri kysymyksissä. Pistemäärät ovat näkyvillä lomakkeessa ja eri kysymyksistä voi saada 0–3 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–10.

Tuloksen tulkinta

1 p: hyvin vähäinen nikotiiniriippuvuus

2–3 p: vähäinen nikotiiniriippuvuus

4–5 p: kohtalainen nikotiiniriippuvuus

6–7 p: voimakas nikotiiniriippuvuus

8–10 p: erittäin voimakas nikotiiniriippuvuus

Saatavilla

Julkari; myös [Päihdelinkki](#), jossa lomake laskee pisteet ja antaa sanallisen arvion nikotiiniriippuvuuden vahvuudesta.

Kieli suomi

6.2.13 PHQ-2 – lyhyt mielialakysely (Patient Health Questionnaire-2)

Käyttötarkoitus masennuksen seulonta

Rakenne Kaksi kysymystä:

- Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana olet tuntenut itsesi alakuloiseksi, masentuneeksi tai toivottomaksi?
- Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana olet kokenut mielenkiinnon puutetta tai vähäistä mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä?

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso kaksi edeltävää viikkoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei ollenkaan” 0 p, ”useina päivinä” 1 p, ”enemmän kuin puolet ajasta” 2 p, ”lähes joka päivä” 3 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–6 p.

Tuloksen tulkinta

Summapistemäärä 3 p tai enemmän edellyttää tarkempaa masentuneisuuden arviointia.

Muuta Kysymykset ovat PHQ-9-oirekyselyn kaksi ensimmäistä kysymystä. Kysymykset ovat saatavilla samoilla kielillä kuin PHQ-9, ks. alla.

6.2.14 PHQ-9-mielialakysely (Patient Health Questionnaire-9)

Käyttötarkoitus Masennuksen seulonta ja sen vakavuusasteen arviointi

Rakenne Yhdeksän kysymystä, jotka kartoittavat masennuksen tavallisia oireita

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso kaksi edeltävää viikkoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei ollenkaan” 0 p, ”useina päivinä” 1 p, ”enemmän kuin puolet ajasta” 2 p, ”lähes joka päivä” 3 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–27. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta

0–4 p: normaali mieliala

5–9 p: lieviä masennusoireita

10–14 p: lievääasteinen masennustila (F32-33 kriteerit yleensä täyttyvät)

15–19 p: keskivaikea masennustila

20–27 p: vaikea-asteinen masennustila

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion Mittaripankki www.mielenterveystalo.fi.

Kielet suomi, ruotsi, Mielenterveystalon Mittaripankin linkin kautta saatavilla erittäin monilla kielillä

Muuta PHQ-9 perustuu DSM-IV:ssa asetettuihin masennuksen diagnostisiin kriteereihin, joiden lisäksi on yksi yleisen toimintakyvyn heikkenemistä arvioiva kysymys.

6.2.15 PQ-B – psykoosin kaltaisten oireiden kysely (Prodromal Questionnaire – Brief Version)

Käyttötarkoitus psykoosin kaltaisten oireiden arviointi

Rakenne 21 kysymystä pääosin positiivisista oireista

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso edeltävä kuukausi

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei” 0 p tai ”kyllä”, jolloin vastaaja valitsee tarkentavan vaihtoehdon, jotka pisteytään: ”vahvasti samaa mieltä” 4 p, ”samaa mieltä” 3 p, ”neutraali” 2 p, ”eri mieltä” 1 p, ”vahvasti eri mieltä” 1 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–84. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta Nuori ohjataan tarkentavaan tutkimukseen, jos kyllä-vastaus vähintään seitsemään kysymykseen, tai kokonaispisteet 24 pistettä tai enemmän.

Saatavilla Mielenterveystalon ammattilaisosio, [Mittaripankki](#)

Kielet suomi ja englanti

Muuta Oirekyselyn perusteella ei määritellä psykoosiriskiä tai aseteta diagnoosia.

6.2.16 RBDI-mielialakysely (Raitasalo's modification of the short form of the Beck Depression Inventory)

Käyttötarkoitus masennusoireilun vaikeusasteen arviointi

Rakenne 14 kysymystä, joista 13 liittyy masennusoireisiin ja yksi (kyselyn kysymys 14) ahdistuneisuusoireisiin.

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso nykyhetki

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot 1 ja 2: 0 p, 3: 1 p, 4: 2 p, 5: 3 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–39. Masennusoireiden voimakkuutta kuvaava summapistemäärä lasketaan kysymyksistä 1–13.

Tulosten tulkinta

0–4 p: ei masennusoireita tai vain erittäin lieviä oireita

5–7 p: lieviä masennusoireita

8–15 p: keskivaikeita masennusoireita

16 p tai enemmän: vaikeita masennusoireita

Samanaikasta ahdistuneisuutta kartoitetaan kysymyksellä 14. Mikäli ilmenee viitteitä ahdistuneisuudesta, täydennetään arviota esimerkiksi GAD-7-mittarilla.

Saatavilla [Terveysportti](#)

Kieli suomi

Muuta Jos summapistemäärä on viisi tai enemmän, tarkennetaan oirekuvausta haastattelulla. Erityistä huomiota kiinnitetään itsemurha-alttiuteen (kysymys 7).

6.2.17 SAS-SV-älypuhelinriippuvuuskysely (Smartphone Addiction Scale – Short Version for Adolescents)

Käyttötarkoitus älypuhelinriippuvuuden arviointi

Rakenne 10 väittämää, jotka liittyvät puhelimen käyttötapoihin, käytön haittoihin tai tuntemuksiin silloin, kun puhelinta ei voi käyttää

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso ei määritettyä aikajaksoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”vahvasti eri mieltä” 1 p, ”eri mieltä” 2 p, ”hieman eri mieltä” 3 p, ”hieman samaa mieltä” 4 p, ”samaa mieltä” 5 p, ”vahvasti samaa mieltä” 6 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 10–60 p.

Tuloksen tulkinta

Työillä 33 p tai enemmän ja pojilla 31 p tai enemmän voi viitata älypuhelinriippuvuuteen.

Saatavilla Liitteenä 14

Kieli suomi

6.2.18 SCARED-ahdistuneisuuskysely (Screen for Child Anxiety Related Disorders)

Käyttötarkoitus lasten ja nuorten ahdistuneisuuden arviointiin

Rakenne 41 kysymystä, jotka liittyvät paniikkioireisiin, somaattisiin oireisiin, eroahdistukseen, sosiaalisten tilanteiden pelkoon, koulun välttelyyn ja yleistyneeseen ahdistuneisuuteen.

Vastaaja lapsi tai nuori, vanhemmat

Arviointiajanjakso kolme edeltävää kuukautta

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei lainkaan totta” tai ”tuskin koskaan totta” 0 p, ”jossain määrin totta” tai ”toisinaan totta” 1 p, ”erittäin totta” tai ”usein totta” 2 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli 0–80. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Osa-asteikot ovat: yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (kysymykset 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33 ja 37), eroahdistus (kysymykset 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ja 31), sosiaalisten tilanteiden pelko (kysymykset 3, 10, 26, 32, 39, 40 ja 41), koulun välttely (kysymykset 2, 11, 17 ja 36) sekä paniikkihäiriö tai merkittävät somaattiset oireet (kysymykset 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ja 38).

Tuloksen tulkinta

Yli 25 p voi viitata ahdistuneisuushäiriöön.

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion [Mittaripankki](#)

Kielet suomi, englanti, muita kieliä mittarin kehittäjien sivuilla www.pediatricbipolar.pitt.edu

Muuta Tutkittaessa 8–11-vuotiaita lapsia on suositeltavaa, että aikuinen selittää kaikki kysymykset lapselle tai lapsi täyttää kyselyn aikuisen seurassa ja aikuisen auttaessa tarvittaessa. Diagnoosi pohjautuu aina laajempaan diagnostiseen arviointiin.

6.2.19 SCOFF-syömishäiriökysely (The SCOFF Questionnaire; S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food)

Käyttötarkoitus syömishäiriön seulonta

Rakenne Viisi kysymystä, jotka liittyvät syömisen aiheuttamiin tuntemuksiin, tunteisiin, ajatuksiin ja laihutumiseen. Kysymykset voi esittää myös haastatellen.

1. Oksennatko tuntiessasi olosi epämiellyttävän kylläiseksi? kyllä/ei
2. Pelkäätkö menettäväsi hallinnan siihen kuinka paljon syöt? kyllä/ei
3. Onko Sinulla hiljattain ollut 3 kk kestänyttä jaksoa, jolloin laihtuit yli kuusi kiloa? kyllä/ei
4. Tunnetko itsesi lihavaksi, vaikka muiden mielestä olet liian laiha? kyllä/ei
5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi? kyllä/ei

Vähintään kaksi kyllä-vastausta viittaa syömiskäyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, joita on syytä selvittää henkilön kanssa tarkemmin.

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso nykyhetki

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei” 0 p, ”kyllä” 1 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–5 p.

Tuloksen tulkinta

Syömishäiriötä on aiheellista epäillä, jos kaksi viidestä vastauksesta on kyllä-vastauksia. On epätodennäköistä, että 0 p saanut kärsisi syömishäiriöstä.

Saatavilla Syömishäiriöiden Käypä hoito -suositus, Mielenterveystalon [Mittaripankki](#)

Kielet suomi, englanti

Muuta

Kasvuikäisillä lapsilla SCOFF-syömishäiriöseulan kohta 3 (Oletko laihtunut yli kuusi kiloa viimeisen kolmen kuukauden aikana?) ei yksin anna riittävää kuvaa tilanteesta vaan kasvun taittuminen tai pysähtyminen on aina tutkittava (Käypä hoito-suositus)

6.2.20 SMFQ-mielialakysely (Mood and Feelings Questionnaire: Short Version)

Käyttötarkoitus masentuneisuuden seulonta

Rakenne 13 masentuneisuuteen liittyvää väittämää

Vastaaja lapsi tai nuori

Arviointiajanjakso kaksi edeltävää viikkoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei pidä paikkaansa” 0 p, ”toisinaan” 1 p, ”pitää paikkansa” 2 p. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–26. Lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta Korkeat pistemäärät viittaavat siihen, että masennusoireilua on syytä tutkia tarkemmin.

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion [Mittaripankki](#)

Kielet suomi ja englanti

Muuta Oirekyselyä yksinään ei saa käyttää masennus-diagnoosin asettamiseen.

6.2.21 SRAS-R-koulupoissaolokysely

Käyttötarkoitus koulupoissaoloa selittävien tekijöiden kartoitus

Rakenne 24 kysymystä, jotka liittyvät koulupoissaoloa selittäviin tekijöihin:

- tarve välttää kouluun liittyviä, kielteisiä tunnetiloja (ahdistuneisuus-masentuneisuus) aiheuttavia asioita tai tilanteita, tai yleisesti ahdistunut olo (kysymykset 1, 5, 9, 13, 17 ja 21)
- tarve välttää epämiellyttäviä sosiaalisia ja/tai arviointitilanteita (kysymykset 2, 6, 10, 14, 18 ja 22)
- tarve hakea huomiota läheisiltä (kysymykset 3, 7, 11, 15, 19 ja 23)
- tarve hakea tuntuvasti palkitsevia tilanteita koulun ulkopuolelta (kysymykset 4, 8, 12, 16, 20 ja 24)

Vastaaja lapsi tai nuori ja vanhemmat

Arviointiajanjakso viime päivät

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei koskaan” 0 p, ”harvoin” 1 p, ”joskus” 2 p, ”puolet ajasta” 3 p, ”tavallisesti” 4 p, ”melkein aina” 5 p, ”aina” 6 p. Pistemäärät ovat näkyvissä kyselylomakkeessa kysymysvaihtoehtojen kohdalla.

Tuloksen tulkinta

Jokaisesta vastauslomakkeesta lasketaan erikseen kunkin koulupoissaoloa selittävän tekijän yhteispistemäärä, joka osoittaa mikä tai mitkä tekijät selittävät vahvimmin lapsen tai nuoren koulupoissaoloa hänen itsensä ja vanhempien arvioimana.

Saatavilla Soccan (Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus) verkkosivu <http://www.socca.fi>.

Kielet suomi ja ruotsi.

Muuta Soccan verkkosivulla on myös arviointiohje. Lomakkeet voi täyttää myös puhelimitse tai sähköpostin välityksellä. Pienille alakoululaisille tai lapsille, joilla on oppimisvaikeuksia, voi olla tarpeellista lukea kysymykset ääneen. Koulupoissaolokysely antaa tietoa mahdollisesta poissaolon syystä, mutta sitä ei pidä käyttää ainoana lähteenä. Lisäinformaatio muista lähteistä on tärkeää huomioida.

6.2.22 TSQ – traumaperäisten oireiden kysely (Trauma Screening Instrument)

Käyttötarkoitus traumaperäisen stressihäiriön seulonta

Rakenne 10 kysymystä, jotka liittyvät traumakokemuksen palautumiseen mieleen ja ylivireyteen

Vastaaja nuori

Arviointiajanjakso edeltävä viikko

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot: ”ei” ja ”kyllä”. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta

Traumaperäisen stressihäiriön riski on kohonnut, mikäli vastauksissa esiintyy 6 tai enemmän kyllä-vas-
tauksia.

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion [Mittaripankki](#)

Kielet suomi, englanti.

Muuta Seula täytetään aikaisintaan kolme viikkoa traumaattisen tapahtuman jälkeen. Diagnoosi edellyttää myös kliinistä tutkimusta.

6.2.23 UHKA-seula – väkivaltariskin arviointi

Käyttötarkoitus

- väkivallalla uhanneen nuoren väkivaltariskin kiireellinen arviointi
- hoidon tai muun intervention tarpeen ja sen kiireellisyyden arviointi

Seulaa käytetään tilanteissa, joissa nuori on uhannut väkivallalla (esimerkiksi koulussa) ja tarvitaan kiireellinen kannanotto sekä väkivaltariskin suhteen että uhkaajan hoidon tai intervention tarpeeseen.

Rakenne 13 kysymystä, jotka koskevat muun muassa uhkaajan asenteita ja psyykkistä tilaa sekä muita arvioinnissa keskeisiä seikkoja.

Vastaaja työntekijä, käyttäen nuoren haastattelun lisäksi nuoren verkostosta saatavilla olevia tietoja
Arviointiajanjakso: ei määritettyä aikajaksoa

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot ”ei” ja ”kyllä”.

Tuloksen tulkinta

Kohdista 1–10 täyttyy muutama: väkivallan uhka on jonkin verran kohonnut, ohjataan polikliinisiin lisätutkimuksiin, ensikäyntiaika hoitotakuun puitteissa

Kohdista 1–10 täyttyy useampi/kaikki: väkivallan uhka on merkittävästi kohonnut, ohjataan polikliinisiin lisätutkimuksiin, ensikäyntiaika mahdollisimman nopeasti (viikon sisällä)

Kohta 11, 12 tai 13 täyttyy: väkivallan uhka on korkea tai välitön, ohjataan päivystykselliseen arvioon erikoissairaanhoidon.

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion [Mittaripankki](#)

Kieli suomi

Muuta Auttaa uhkatilanteissa arvioimaan, onko väkivallan uhka todellinen ja jos on niin täytyykö tilanteeseen puuttua välittömästi.

6.2.24 YP-CORE – hoidon seurantakysely (Young Person’s Clinical Outcomes in Routine Evaluation)

Käyttötarkoitus voinnin seuranta psykoterapian tai muun psykososiaalisen hoidon aikana

Rakenne 10 väittämää, jotka liittyvät koettuun hyvinvointiin, oireisiin ja ongelmiin, toimintakykyyn, sosiaaliseen vuorovaikutukseen sekä riskiin itselle ja muille

Täyttävä 11–16-vuotias lapsi tai nuori

Arviointiajanjakso edeltävä viikko

Pisteiden laskeminen

Vastausvaihtoehdot:

kysymyksissä 1,2,4,6,7,8,9: ”ei lainkaan” 0, ”vain satunnaisesti” 1, ”toisinaan” 2, ”usein” 3 ”enimmäkseen tai koko ajan” 4,

kysymyksissä 3,5, ja 10: ”ei lainkaan” 4, ”vain satunnaisesti” 3, ”toisinaan” 2, ”usein” 1, ”enimmäkseen tai koko ajan” 0. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–40. Sähköinen lomake laskee pisteet.

Tuloksen tulkinta

Raja-arvona kliinisen ja ei-kliinisen väestön välillä käytetään 14 p (perustuu englantilaiseen aineistoon).

Saatavilla Mielenterveystalo, ammattilaisosion [Mittaripankki](#)

Kieli suomi

Muuta Suomalaisia normitietoja ei ole toistaiseksi saatavilla.

Lisätietoa ja lähteet

Mielenterveystalo Ammattilaisosio/Mittaripankki

Toimia-tietokanta

www.5-15.org

Autismiliitto

Children and war -säätiö

Päihdelinkki

Socca

Terveysportti

THL:n verkkosivut

7 Näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä

7.1 Menetelmien näyttöön perustuva arviointi ja evidence based -käytännöt

Terveydenhuoltolain (1326/2010, 8 §) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Sosiaalihuoltolain 15 §:ssä edellytetään, että sosiaalityön vaikuttavuutta seurataan.

Näyttöön perustuva toiminta (Evidence-Based Practice, EB) -termillä tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan tieteellisen tiedon harkittua käyttöä sosiaali- ja terveystieteiden asiakasta koskevissa päätöksissä. Näyttöön perustuvan toiminnan avulla vähennetään riskiä käyttää rajallisia resursseja palveluihin, joiden teho on huono tai puuttuu, tai jotka voivat olla suorastaan haitaksi. Näyttöön perustuvalla toiminnalla turvataan myös palveluiden yhdenvertaisuutta, kun samansisältöistä hoitoa on tarjolla joka puolella maata. Eettisestäkin näkökulmasta tarkasteltuna hoidon tulee olla parhaaseen mahdolliseen tietoon pohjautuvaa.

Näyttöön perustuva työmenetelmä on edellä kuvattua näyttöön perustuvaa käytäntöä tai toimintaa suppeampi käsite. Työmenetelmää voidaan kutsua näyttöön perustuvaksi silloin, kun sen on tietyssä väestössä osoitettu toimivan paremmin tietyn häiriön tai ongelman hoidossa tai ennaltaehkäisyssä kuin kontrolliryhmän saama hoito. Työmenetelmän soveltaminen käytäntöön sekä juurruttaminen ja ylläpitäminen ovat myös keskeinen osa näyttöön perustuvaa toimintaa.

Myös näyttöön perustuva toiminta perustuu lapsen tai nuoren ja hänen perheensä aitoon kohtaamiseen, vuoropuheluun ja hyvään yhteistyösuhteeseen. Se onnistuu vain, kun lapsen tai nuoren ja vanhemman toiveet ja tarpeet tulevat kuulluksi ja kun tutkimusnäyttö sekä työntekijän ammattitaito ja kokemus huomioidaan.

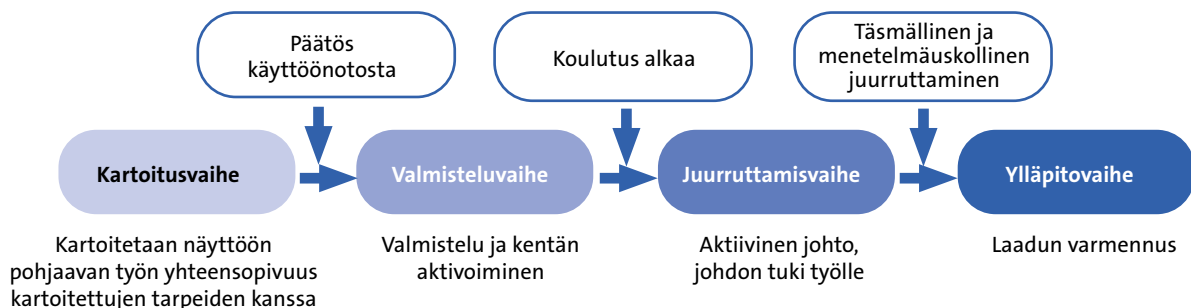
Tasokkaat meta-analyysit ja systemaattiset katsaukset sekä satunnaistetut kontrolloidut (RCT) tutkimukset tuottavat selkeintä näyttöä työmenetelmien vaikuttavuudesta. Heikoin näyttö saadaan tapauskertomusten ja ilman verrokkiryhmää tehtyjen pienten ryhmätutkimusten perusteella. Muut tutkimusasetelmat sijoittuvat näiden välille. Luotettavaa tietoa löytyy Kasvun tuki -sivustolta, Käypä hoito -suosituksista (taulukko 7.1) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ohjeista ja suosituksista.

Menetelmien käyttöönotto onnistuu parhaiten huolellisesti suunnittelemalla (kuvio 7.1).

Taulukko 7.1. Menetelmien vaikuttavuuden tutkimusnäytön aste Käypä hoito -suosituksissa

Näytön varmuusaste Käypä hoito -suosituksissa	Selitys	Käypä hoito -koodi
Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita (1) tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset	A
Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelpollisia (2) tutkimuksia	B
Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelpollinen tieteellinen tutkimus	C
Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tutkimukseen perustuvia näytön vaatimuksia	D

1: Menetelmällisesti tasokas = vahva tutkimusasetelma (kontrolloitu koeasetelma tai hyvä epidemiologinen tutkimus); tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin
2: Kelpollinen = täyttää vähimmäisvaatimukset tieteellisten menetelmien osalta; tutkittu väestö ja käytetyt menetelmät soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin.



Lähde: Kouvonen, P. & Laajasalo, T. 2019. Näyttöön perustuva työ lasten kasvun tukena – miten johtaa juurtumista? Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö; Aarons, Hurlburt & Horwitz 2011 pohjalta

Kuvio 7.1. Näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton vaiheet.

7.2 Kasvun tuki -sivusto

Kasvun tuki -sivustolle kootaan tietoa lasten ja nuorten psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia edistävien menetelmien vaikuttavuudesta. Sivustolla esitellyt menetelmät on arvioitu seuraavin kriteerein:

- Kohderyhmänä ovat perheet, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia.
- Työmenetelmien teoreettinen viitekehys pohjautuu ajankohtaiseen tutkimustietoon lasten ja nuorten kehityksestä.
- Menetelmillä on selkeästi määritelty kohderyhmä, teoreettinen perusta ja Suomessa saatavilla oleva koulutus.
- Menetelmien eettisessä arvopohjassa näkyy asiakaslähtöisyys, osallistavuus, vuorovaikutuksellisuus ja voimaannuttavuus.

7.3 Käypä hoito -suositukset

Käypä hoito -suositukset ovat Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten laatimia riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Hoitosuosituksia sovelletaan suomalaisen käytäntöön soveltuvia perusteltuja kannanottoja. Niiden avulla voidaan lisätä hoitokäytäntöjen yhdenmukaisuutta ja siten edistää potilaiden yhdenvertaisuutta.

Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian aloilta on käytettävissä seuraavat suositukset:

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (lapset ja nuoret)

Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret)

Syömishäiriöt (lapset ja nuoret)

Traumaperäinen stressihäiriö (lapset ja nuoret)

Ahdistuneisuushäiriöt (nuoret)

Depressio (masennustila) (nuoret)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö (nuoret)

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito (nuoret)

Tässä luvussa kuvataan eri oire- ja häiriöryhmissä perustasolla käytettäväksi soveltuvia mielenterveyden ongelmien hoitomenetelmiä (kooste taulukossa 7.2), joiden vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä.

Taulukko 7.2. Näyttöön perustuvia mielenterveysongelmien tuki- ja hoitomenetelmiä eri oire- ja häiriöryhmissä

Oireet ja häiriöt	Menetelmät
Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt	Cool Kids (7-v alkaen) Kognitiivinen käyttäytymisterapia KKT
Pakko-oireinen häiriö	Kognitiivinen käyttäytymisterapia KKT
Masentuneisuusoireet ja masennustila	IPC-ohjaus (nuoret) IPT-A (nuoret) Kognitiivinen käyttäytymisterapia KKT Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia
Käytösoireet ja käytöshäiriö	Voimaperheet (lapset) Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmä (lapset)
Posttraumaattiset oireet ja posttraumaattinen stressihäiriö	EMDR Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia TF-KKT Narratiivinen altistusterapia

Psykoterapiahoito saattaa olla täysin vieras hoitomuoto toisesta kulttuurista tulevalle henkilölle. Maahanmuuttajataustaiselle perheelle uutta voi olla myös esimerkiksi länsimainen taipumus yksilökeskeiseen työskentelyyn ja henkilökohtaisen terapiasuhteen merkityksen korostaminen hoidossa. Potilas ja hänen perheensä voivat kokea epäkunnioittavana, jos kaikkia merkityksellisiä henkilöitä (perheenjäsenet, suku, muu yhteisö) ei oteta mukaan hoitoon. Yksilöterapeuttisen hoidon ohella voi olla hyödyllistä käyttää perheterapeuttisia työmalleja.

Paloma-käsikirja



7.4 Hoitomenetelmiä aakkosjärjestyksessä

7.4.1 Cool Kids lasten ja nuorten ahdistuneisuuden ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa

Menetelmän kuvaus Cool Kids (nuorille myös nimellä Chilled) on kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaava kaikkiin ahdistushäiriöihin suunnattu ryhmä- tai perhekohtainen menetelmä.

Kohderyhmä Yli 7-vuotiaat lapset sekä nuoret.

Työmenetelmän kuvaus Hoitoon osallistuvat sekä lapset tai nuoret että vanhemmat. Ohjelma sisältää psykoedukaatiota ja harjoituksia. Vanhemmat toimivat lastensa valmentajina. Kaksi tuntia kestäviä ryhmäkertoja on viiden viikon aikana viikoittain, sen jälkeen kahden viikon välein vielä viisi kertaa.

Soveltuvuus Menetelmä soveltuu käytettäväksi sekä perheryhmille että yhden perheen kanssa työskentelyyn. Menetelmä ei sovi käytettäväksi jos perheessä on isoja ongelmia, esimerkiksi ajankohtaisten lastensuojelun tukitoimien tarve. Menetelmä auttaa huomattavasti silloin, jos oireena on sosiaalisten tilanteiden pelko tai pakko-oireet.

Näyttö Menetelmää on tutkittu useissa tutkimuksissa; 16 tutkimuksen meta-analyysissä sen on todettu vähentävän merkittävästi ahdistuneisuusoireita sekä lapsen että aikuisen raportoimana.

Edellyttää työntekijältä Menetelmäkoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

7.4.2 EMDR-menetelmä traumaperäisten oireiden hoidossa (Eye Movement Desentisization and Reprocessing)

Menetelmän kuvaus EMDR on traumaterapeuttinen menetelmä, jossa hyödynnetään kognitiivisen käyttäytymisterapian elementtejä sekä terapiatilanteessa tuotettuja bilateraalisia ärsykeitä.

Kohderyhmä Lapset ja nuoret

Työmenetelmän kuvaus Menetelmässä nostetaan traumaattinen muisto aktiivisesti mieleen ja sen herättämiä tunteita ja ajatuksia arvioidaan ja työstetään. Traumamuistojen käsittelyssä käytetään apuna kehon kummallekin puolelle aiheutettuja ärsykeitä, esimerkiksi puolelta toiselle siirtyviä silmien liikkeitä. Rauhoittavia ja turvallisia mielikuvia ja lasta hoidettaessa vanhemman mukana oloa käytetään vaikeiden kokemusten työstämisen tukena. Käyntikertojen määrä vaihtelee yksilöllisen tilanteen mukaan.

Soveltuvuus Menetelmä soveltuu perustasolla erityisesti yksittäisten traumaattisten kokemusten hoitoon. EMDR:n käyttöä ei suositella trauman akuuttivaiheessa. Sitä voi käyttää myös kroonisen traumatisoitumisen hoidossa ja osana hoitoa esimerkiksi hoidettaessa kompleksista traumatisoitumista kognitiivisella käyttäytymisterapialla (TF-KKT).

Näyttö Menetelmästä on B-luokan näyttöä. Katso taulukko 7.1 ja Käypä hoito.

Edellyttää työntekijältä Menetelmäkoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

7.4.3 Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmä käytöksellään oireilevien alakouluikäisten vanhemmille

Menetelmän kuvaus Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmässä vanhemmat saavat keinoja lapsensa hyvän käytöksen vahvistamiseksi ja huonon käytöksen sammuttamiseksi.

Kohderyhmä Käytöksellään oireilevien ja käytöshäiriöisten alakouluikäisten lasten vanhemmat

Työmenetelmän kuvaus Kasvatukseen liittyviä aiheita käsitellään ennakkoon luettavien tekstien, niitä käytyjen keskustelujen, videoesimerkkien, käytännön harjoittelun ja kotitehtävien avulla. Ensimmäisillä käynneillä vanhempia tuetaan ymmärtämään myönteisen yhdessäolon merkitys lapsen ja vanhemman hyvin toimivan suhteen perustana. Sen jälkeen harjoitellaan uusia kasvatuksellisia keinoja. Ryhmässä opittuja taitoja harjoitellaan kotona. Ryhmänohjaaja tukee oppimista viikoittaisilla puhelinsoitoilla. Vertaistuellla on myös keskeinen merkitys. Osallistujamäärä on 10–14 vanhempaa. Viikoittaisia, noin kahden tunnin kestoisia ryhmäkertoja on 12–20. Ryhmän järjestelyihin kuuluvat välipalan tarjoaminen ja lastenhoidon järjestäminen sitä tarvitseville vanhemmille. Vaikutusta tehostaa, jos lapsen luokassa käytetään myös myönteisiä ohjauskeinoja lapsen kanssa toimittaessa. Jos lapsen käytös on erityisen haastavaa tai hänellä on käytöshäiriö, on suositeltavaa järjestää lapsille oma ryhmä PienryhmäDino-menetelmää käyttäen.

Soveltuvuus Menetelmä ei sovellu perheille, joissa on perheväkivaltaa.

Näyttö Menetelmästä on A-luokan näyttöä. Katso taulukko 7.1 ja Käypä hoito.

Lisätietoa Ryhmässä jokaiselle perheelle annetaan kirja Carolyn Webster-Stratton: Ihmeelliset vuodet – Ongelmanratkaisupuopas 2–8-vuotiaiden lasten vanhemmille. Profami 2010.

Edellyttää työntekijältä Menetelmäkoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

7.4.4 Interpersoonallinen psykoterapia (IPT-A) masentuneille nuorille

Menetelmän kuvaus IPT-A on mallinnettu menetelmä, jossa on oleellista tunteiden ja ihmisten välisen vuorovaikutuksen yhteyden ymmärtäminen. Tavoitteena on oireiden helpottuminen ja sosiaalisten taitojen ja ongelmanratkaisukyvyyn paraneminen sekä nuoruusiän kehitystehtävien mukainen edistyminen.

Kohderyhmä Masentuneet nuoret

Työmenetelmän kuvaus Käynnejä on kerran viikossa 12, tarvittaessa 16 viikon ajan. Aloitusvaiheessa kartoitetaan nuoren oireet, läheisten ihmissuhteiden kuormittavat ja toimivat puolet ja muutokset, sekä määritellään yhteisesti ongelma-alueet ja terapian tavoitteet. Terapiassa työstettäväksi valitaan korkeintaan kaksi voimakkaimmin oireisiin vaikuttavaa ongelma-aluetta. Terapian keskivaiheilla työstetään tapahtumien yhteyttä tunteisiin ja esimerkiksi mahdollisia juuttumia kommunikaatiossa antaen opastusta kommunikaation perustaidoissa. Päätösvaiheessa arvioidaan hoidon tulosta ja pohditaan tulevaisuuden selviytymiskeinoja. Vanhemmat ovat mukana yhdessä alkuvaiheen istunnossa ja sen jälkeen joustavasti tarvittaessa. Terapeutti voi tavata tarpeen mukaan myös muita läheisiä ihmisiä ja tehdä yhteistyötä koulun kanssa. Oireiden helpottumista seurataan käyntikohtaisesti.

Soveltuvuus Menetelmä ei sovellu väkivaltaisille nuorille.

Näyttö Menetelmästä on A-luokan näyttöä nuorten masennuksen akuuttivaiheessa. Katso taulukko 7.1 ja Käypä hoito.

Edellyttää työntekijältä Menetelmäkoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

7.4.5 IPC-ohjaus yläkouluikäisille, joilla on masennusoireita tai masennus (Interpersonal Counselling)

Menetelmän kuvaus Masennuksen ennaltaehkäisyyn sekä hoitoon kehitetty ohjelma, joka perustuu IPT-A-terapiaan.

Kohderyhmä Nuoret, joilla on masennusoireita, lievä tai keskivaikea masennustila

Työmenetelmän kuvaus Masennuksen ajatellaan olevan reaktio ihmissuhteissa ilmeneviin kuormittaviin tekijöihin ja niiden muodostamiin ongelmiin. Työskentely kohdennetaan nuoren kannalta keskeiseen stressitekijään seuraavista neljästä: suru, roolimuuutos, ihmissuhderistiriidat ja yksinäisyys tai arkuus. Käyntijaksolla nuorelle tarjotaan tukea masentuneisuuteen, autetaan nuorta tunnistamaan voimavaroja ja masennusta laukaisseet tekijät sekä ratkaisemaan ihmissuhteita kuormittavia tekijöitä. Työskentelyssä käytetään ihmissuhdekarttaa ja välitehtäviä sekä opetellaan keskeisen ihmissuhdeongelman ratkaisutaitoja. Ohjausjakso käsittää yhden arviokäynnin ja kuusi käyntiä.

Soveltuvuus Menetelmä soveltuu perustasolla esimerkiksi opiskeluhuollossa käytettäväksi.

Näyttö Menetelmästä on näyttöä aikuisten hoidossa perusterveydenhuollossa. Suomessa tehdyssä kouluterveydenhuollossa toteutetussa tutkimuksessa IPC oli vähintään yhtä vaikuttava kuin erikoissairaanhoidon tukema tavoitteellinen, viikoittainen ja oireita säännöllisesti seuraava psykososiaalinen hoito.

Edellyttää työntekijältä Menetelmäkoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

7.4.6 Kognitiiviset käyttäytymisterapiat (KKT, CBT)

Menetelmän kuvaus Kognitiiviset käyttäytymisterapiat ovat ryhmä yksilö- tai ryhmähoitoja, jotka yhdistävät sekä käyttäytymisterapian että kognitiivisen terapian menetelmiä. Kognitiivinen lähestymistapa korostaa ajattelutoimintojen keskeistä välittävää roolia tunteiden ja käyttäytymisen muodostumisessa. Käyttäytymisterapian keskeisiä lähtökohtia ovat muun muassa käyttäytymisanalyysin muodostaminen hoidon pohjaksi, toiminnallisten interventioiden käyttö (esim. altistaminen ja taitoharjoittelu) sekä oireilua ylläpitävien ympäristövasteiden tunnistaminen ja muokkaaminen oireiden vähentämiseksi. Useat KKT-muodot ovat mallinnettuja.

Kohderyhmä Lapset ja nuoret, joilla on ahdistuneisuutta tai ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireita, masennusoireita tai masennustila tai Touretten oireyhtymä. Traumaperäisen stressihäiriönehkäisy ja hoito.

Työmenetelmän kuvaus Käyntejä on tavallisesti 8–16, kerran viikossa. Oireisto tai ongelma arvioidaan sekä yksilön että perheen ja ympäristön tasoilla. Työn kohteena ovat lapsen tai nuoren keskeisimmät oireet ja tavoitteena on niiden lievittyminen ja toimintakyvyn palautuminen. Terapiassa tutkitaan hoidettavan ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen välisiä vuorovaikutussuhteita, muokataan haitallisia tai huonosti toimivia ajattelun tai käyttäytymisen tapoja sekä opetellaan uusia, ympäristöön paremmin sopivia. Useimpiin yksilöhoitoihin kuuluu eriasteisesti perhetyöskentelyä. Hoidon päättyessä arvioidaan miten tavoitteet on saavutettu. Tarvittaessa voidaan terapiaa tällöin jatkaa, eli hoidettavan ongelman laajuus ja vaikeusaste vaikuttavat terapian suunniteltuun kesto.

Soveltuvuus Vanhemmilla tulee olla valmius osallistua hoitoon. Kognitiivisen käyttäytymisterapian näkökulmaa ja menetelmiä voidaan käyttää työntekijän koulutuksesta riippuen tavanomaisessa tukea antavassa keskustelussa.

Näyttö Kognitiivisen käyttäytymisterapian näytönaste eri häiriöissä vaihtelee ja eri kognitiivisen käyttäytymisterapian muotojen näytönaste vaihtelee. Esimerkiksi nuorten masennustilan akuuttivaiheessa näyttö on A ja ylläpitovaiheessa B, nuorten ahdistuneisuushäiriöissä A ja lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa B, kouluikäisten käytöshäiriöoireissa B (Katso Käypä hoito suosituksen).

Edellyttää työntekijältä Psykoterapiakoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

Lisätieto Käytössä on useita kognitiivisen käyttäytymisterapian sovelluksina kehitettyjä yksilö- ja ryhmämuotoisia hoitoja esimerkiksi paniikkihäiriön, traumojen ja sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoon. Tässä luvussa esitellään tarkemmin kognitiivisen käyttäytymisterapian muodoista Narratiivinen altistus-terapia ja Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia.

7.4.7 Narratiivinen altistusterapia (Narrative Exposure Therapy, NET / lapsille sovellettu KidNET)

Menetelmän kuvaus Narratiivinen altistusterapia on kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto henkilöille, joilla on traumaperäisiä stressioireita tai -häiriö useiden vakavien traumakokemusten seurauksena (esimerkiksi perheväkivalta).

Kohderyhmä Lapset 8-vuotiaista alkaen sekä nuoret.

Työmenetelmän kuvaus Altistusterapiassa käyntikertoja on noin 10, ja niiden kesto on 90–120 minuuttia. Hoidettavaa pyydetään toistuvasti puhumaan traumatapahtumista yksityiskohtaisesti, siten että hän kokee uudelleen kaikki tilanteeseen liittyvät tunteet, kehoaistimukset ja implisiittisen muistin osat, mutta tällä kertaa turvallisessa ja suojatussa, terapeuttisessa ympäristössä.

Soveltuvuus Soveltuu myös maahanmuuttajalapsille ja -nuorille

Näyttö Menetelmästä on saatu B-luokan näyttöä traumakeskeisten KKT-hoitojen meta-analyyseissa, katso taulukko 7.1. Tuoreessa suomalaisessa lapsilla ja nuorilla tehdyssä kliinisessä RCT-tutkimuksessa menetelmä vähensi PTSD-oireita tehokkaammin kuin tavanomainen hoito (katso Peltonen ja Kangaslampi 2019).

Edellyttää työntekijältä Psykoterapiakoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

7.4.8 Lyhyt psykodynaaminen lyhytpsykoterapia masennustilan hoidossa

Menetelmän kuvaus Psykodynaamisessa psykoterapiassa työskentely kohdentuu hoidettavan nykyiseen elämäntilanteeseen liittyviin mielikuviin ja tunteisiin, joita terapiassa yhdessä selvennetään ja ymmärretään aikaisemman historian ja siitä mieleen nousevien muistojen avulla.

Kohderyhmä Lapset ja nuoret

Työmenetelmän kuvaus Psykodynaamisessa lyhytterapiassa työskentely kohdennetaan johonkin yksittäiseen ongelmaan tai toimintatapaan. Tapaamisia on kerran viikossa, keskimäärin 20.

Soveltuvuus Menetelmä soveltuu lasten ja nuorten masentuneisuuden hoitoon ja parhaiten silloin, kun muita ongelmia ei ole. Sitä voi käyttää myös ajankohtaiseen elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien yhteydessä.

Näyttö Menetelmästä on saatu C-luokan näyttöä nuorilla masennustilan akuuttivaiheessa. Katso taulukko 7.1 ja Käypä hoito.

Edellyttää työntekijältä Psykoterapiakoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

7.4.9 Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT, TF-CBT)

Menetelmän kuvaus Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia on traumakokemusten ja traumaperäisen stressihäiriön hoidon mallinnettu ohjelma.

Kohderyhmä Kouluikäiset lapset ja nuoret.

Työmenetelmän kuvaus Hoitajakso käsittää 8–20 tapaamiskertaa, pituus ja sisältö räätälöidään hoidettavan kehitysasteen ja trauman laadun mukaan. Sama terapeutti työskentelee sekä hoidettavan että hänen vanhempansa kanssa. Terapian ensimmäisen kolmanneksen aikana valmistellaan lasta tai nuorta traumakertomuksen laatimiseen psykoedukaation, tunteiden ja ajatusten tunnistamisen, rentoutumisen ja ahdistuksen hallintakeinojen opetteluun avulla. Terapian keskivaiheilla kootaan niin sanottu traumakertomus (ajallisesti ja loogisesti etenevä kertomus traumaattisesta tapahtumasta), missä yhteydessä käsitellään hoidettavan traumaan liittyviä tunteita, ajatuksia ja uskomuksia. Terapiajakson loppupuolella lapsi tai nuori lukee yhteistapaamisessa vanhemmalleen traumakertomuksensa, jota käsitellään yhdessä. Loppuvaiheessa käydään myös läpi turvataitoja.

Soveltuvuus Menetelmä soveltuu myös kompleksien traumojen hoitoon. Menetelmän käyttö edellyttää vanhemmalta riittävää valmiutta tukea lastaan.

Näyttö Menetelmästä on saatu A-luokan näyttöä. Katso taulukko 7.1 ja Käypä hoito.

Edellyttää työntekijältä Psykoterapiakoulutus ja työnohjaus menetelmän käyttöön tarvitaan.

7.4.10 Voimaperheet: Vanhempainohjausohjelma alakouluikäisten lasten käytösongelmien hoitoon

Menetelmän kuvaus Voimaperheet-hoito-ohjelmaa käytösoireilevien lasten vanhemmille toteutetaan Suomessa Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksen kautta mallinnetusti verkossa ja puhelimen välityksellä.

Kohderyhmä Menetelmä on kehitetty alle kouluikäisille lapsille, joilla on vanhemman tai ammattilaisen arvioimana käyttäytymiseen, uhmakkuuteen tai keskittymiseen ja tarkkaavaisuuteen liittyviä vaikeuksia.

Työmenetelmän kuvaus Tavoitteet asetetaan yhdessä vanhempien kanssa. Ohjelma toteutetaan perheelle yksilöllisesti perhevalmentajan ohjauksessa tarkoitukseen suunnitellun verkkosivuston avulla. Verkkosivujen tekstin ohella käytössä on videoita ja äänileikkeitä, jotka havainnollistavat erilaisia taitoja ja tilanteita. Lisäksi vanhemmat harjoittelevat käytännössä vanhemmuuden taitoja. Viikoittainen, perheille sopivana aikana tapahtuva puhelinkeskustelu perhevalmentajan kanssa tukee vanhempien itseopiskelua ja taitoharjoittelua. Hoito-ohjelma kestää 3–4 kuukautta, minkä jälkeen hoidon vaikutusta ylläpidetään seurantapuheluilla.

Soveltuvuus Voimaperheet-ohjelma soveltuu alle 10-vuotiaiden alakoululaisten käytöshäiriön ehkäisyyn ja lievien käytösoireiden hoitoon. Osallistuminen edellyttää lapsen vanhemmalta valmiutta sitoutua hoito-ohjelmaan sen keston ajaksi sekä riittävää suomen kielen taitoa. Vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta häiritsevä kehityksellinen viive voi häiritä hoito-ohjelman vaikutusta.

Näyttö Menetelmästä on saatu A-luokan näyttöä alle kouluikäisten lasten käytösoireilun hoidossa. Katso taulukko 7.1. ja Käypä hoito. Alakouluikäisten lasten hoidosta ei ole toistaiseksi tutkimusnäyttöä.

Lisätietoja Ohjelma on maksullinen. Lisätietoja saa Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksesta, josta käsin Voimaperheet-menetelmä myös toteutetaan.

Lisätietoa ja lähteet

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7
- Käypä hoito -suositukset:
- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) <https://www.kaypahoito.fi/hoi50061>
 - Käytöshäiriöt <https://www.kaypahoito.fi/hoi50118>
 - Syömishäiriöt <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101>
 - Traumaperäinen stressihäiriö <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080>
 - Ahdistuneisuushäiriöt <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
 - Depressio (masennustila) <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
 - Kaksisuuntainen mielialahäiriö <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>
 - Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7
- Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU, ym. Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychology* 2017;46:303–330
- Goodyear I, Reynolds S, Barrett B, ym. Cognitive behavioural therapy and short term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicenter, pragmatic, observer-blind, randomized controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry* 2017;4:109–19
- Kasvun tuki <https://www.kasvuntuki.fi/>
- Kouvonen, P. & Laajasalo, T. 2019. Näyttöön perustuva työ lasten kasvun tukena – miten johtaa juurtumista? Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö. [kasvuntuki.fi/implementationtiopas](https://www.kasvuntuki.fi/implementationtiopas)
- Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym. toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016
- Lääkärin käsikirja <https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>
- Mielenterveystalo <https://ammattilaiset.mielenterveystalo.fi/Sivut/etusivu.aspx>
- Matthew P, Mychailyszyn MP.”Cool” Youth: A systematic review and comprehensive meta-analytic synthesis of data from the Cool Kids - family of intervention programs. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 2017;2:105–15
- Nuorten mielenterveystalo <https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/Pages/default.aspx>
- Peltonen K, Kangaslampi S. Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial with narrative exposure therapy. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10:1, 1558708, DOI: 10.1080/20008198.2018.1558708 <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558708>
- Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, ym. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2018
- Ranta K, Parhiala P, Pelkonen R, ym. Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 90/2017* 2018
- Sosiaalihuoltolaki <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaali+huoltolaki>
- Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T, ym. Two-Year Follow-Up of Internet and Telephone Assisted Parent Training for Disruptive Behavior at Age 4. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57:658–68.
- Terveydenhuoltolaki <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/potilas-laakarisuhte/tieteellinen-naytto-ja-hoitopaatokset/>

8 Mielensterveyttä edistäviä menetelmiä

8.1 Peruskouluikäisten lasten ja nuorten mielensterveyttä edistävät menetelmät

Lasten ja nuorten mielensterveyden edistämiseksi tarkoitettuja menetelmiä on tarjolla runsaasti ja uusia kehitetään jatkuvasti. Vahvaa tutkimusnäyttöä vaikuttavuudesta on kuitenkin tarjolla vain verrattain harvoista interventioista. Suurin osa menetelmistä on kehitetty kouluympäristöön. Yleisesti interventiot voidaan luokitella kuuteen eri ryhmään sen mukaan, kenelle toimenpiteet kohdennetaan (kuvio 8.1).

Osa menetelmistä edistää työntekijöiden tunne-, vuoro vaikutus- ja mielensterveysosaamista. Yhteistä tämän kaltaisille menetelmille on se, että ne tarjoavat työntekijöille koulutustilaisuuksien ja/tai opaskirjojen avulla välineitä ja toimintatapoja erilaisiin vuoro vaikutustilanteisiin lasten, nuorten ja heidän huoltajiensa kanssa. Tällaisia toimintatapoja voivat olla esimerkiksi eläytyvä kuuntelu, huolen puheeksi ottaminen tai lasten erilaisten kasvuhaasteiden kohtaaminen.

Toisen ryhmän muodostavat menetelmät, joiden tavoitteena on vahvistaa lapsen ja nuoren mielensterveyttä: vuoro vaikutus-, empatia-, tunteiden säätely-, tietoisuus-, turva- ja ongelmanratkaisutaitoja sekä arjen hallintaa ja selviytymisen keinoja. Näitä taitoja harjoitellaan osana koulun arkea, eri oppituntien ja toimintatuokioiden aikana.

Kolmannen ryhmän muodostavat vertaistoimintaa ja osallisuutta lisäävät menetelmät. Niiden tavoitteena on edistää lasten osallisuutta heitä koskevissa asioissa sekä vahvistaa yhteisöllisyyttä. Tavoitteena on myös, että lapset saavat vaikuttaa itseään koskeviin asioihin ikätasoaan vastaavalla tavalla.

Neljänten ryhmään kuuluvat toimintamenetelmät, jotka kehittävät koko yhteisön – esimerkiksi koulu yhteisön – toimintakulttuuria. Tavoitteena on kehittää koko yhteisön arvopohjaa ja toimintaa sellaiseksi, että mielensterveyden ja hyvinvoinnin tukeminen huomioidaan päivittäisissä toimissa lasten ja nuorten kanssa.

Viidennen ryhmään kuuluvat toimintamallit, jotka kohdennetaan esimerkiksi lapsiin ja nuoriin, joilla on suurentunut riski mielensterveyshäiriöön tai jo havaittavissa olevia mielensterveyden tai hyvinvoinnin ongelmia. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi vanhemman sairastuessa mielensterveyden häiriöön, mutta niitä käytetään myös muissa perheen haastavissa elämäntilanteissa.

Kuudenteen ryhmään kuuluvat menetelmät, joilla pyritään kehittämään ja vahvistamaan sektorirajat ylittävää toimintaa – esimerkiksi kouluterveydenhuollon ja kunnan mielensterveyspalvelujen yhteistyötä – lasten ja nuorten mielensterveyden edistämiseksi.

Seuraavassa esitellään tutkitusti soveltuviksi ja vaikuttaviksi todettuja mielensterveyden edistämisen menetelmiä jokaisesta ryhmästä. Esiteltäviksi on kerätty menetelmät, joiden soveltuvuudesta ja/tai vaikuttavuudesta on saatavissa tutkittua tietoa (poissulkien ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt sekä gradut). Suurin osa menetelmistä on tarkoitettu koulussa käytettäväksi, mutta mukana on myös esimerkiksi lastensuojeluun sekä nuoriso- ja sosiaalityöhön sopivia menetelmiä.

Materiaalia yhteisöllisen opiskeluhuollon toteuttamiseen ala- ja yläkouluissa

MIELI ry on kehittänyt yhteistyössä koulutyön asiantuntijoiden ja ammattilaisten kanssa materiaalia oppilaiden mielenterveyden edistämiseen. Yhteiskehittämisen myötä koulutusmallit ja -aineistot ovat vastanneet suoraan koulutoimijoiden arjen tarpeeseen ja samalla antaneet tukea ja osaamista mielenterveystaitojen opettamiseen opetussuunnitelman mukaisesti.

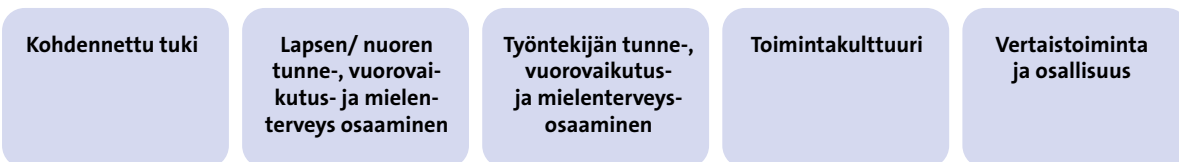
Hyvää mieltä yhdessä -opetusaineisto ja koulutuskokonaisuus on kehitetty mielenterveyden edistämiseen alakouluissa. Opetusaineisto nojautuu vuonna 2014 voimaan astuneen perusopetuksen opetussuunnitelman perusteisiin. Siinä huomioidaan myös uusi oppilas- ja opiskelijahuoltolaki sekä koulurauhaa koskeva lakiuudistus vuodelta 2014. Aineisto ja siihen liittyvä käsikirja antaa opettajalle ja opiskeluhoollolle välineitä mielenterveyden opettamiseen ja yhteisöllisen opiskeluhuollon toteuttamiseen. Materiaali tarjoaa teoriaa, työkaluja ja oppilaiden kanssa tehtäviä harjoituksia mielenterveyden edistämiseksi. Materiaalista löytyy myös vinkkejä kodin ja koulun väliseen yhteistyöhön. [Hyvää mieltä yhdessä -aineiston](#) saa osallistumalla koulutukseen.

Hyvän mielen koulu -käsikirja tarjoaa yläkoulun aikuisille tietoa ja välineitä mielenterveyden edistämiseen oppitunneille ja koko kouluyhteisön mielen hyvinvoinnin lisäämiseen. Materiaali tukee opetussuunnitelman sisältöjen mukaista opetusta sekä yhteisöllisen opiskeluhuollon toteuttamista.

MIELI ry on kehittänyt opetuskokonaisuuden yläkoulun terveystiedon opetuksen oppilaiden mielenterveystaitojen edistämiseksi. [Materiaali pohjautuu terveystiedon opetussuunnitelman perusteisiin ja käsittelee mielenterveystietoihin ja -taitoihin liittyviä tavoitteita ja sisältöjä.](#) Materiaali sisältää valmiita tuntisuunnitelmia harjoitukseen.

Hyvinvoinnin vuosikello on työkalu, joka on suunniteltu peruskoulujen monialaisen yhteisöllisen hyvinvointityön toteuttamiseen vuositasona. Vuosikelloon sisältyy vaihtuvien teemojen mukaisia hyvän mielen tunteja, joiden avulla koko koulu voi harjoitella mielen hyvinvointiin, sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja elämänhallintaan liittyviä taitoja.

Mielenterveyttä edistävät menetelmät



Kuvio 8.1. Mielenterveyttä edistävät menetelmät lapsilla ja nuorilla (lähde: Anttila ym. 2016 mukailen).

8.2 Kohdennettua tukea tarvitseville kehitetyt menetelmät

8.2.1 Icehearts

Menetelmän kuvaus Icehearts on pitkäkestoinen varhaisen tuen toimintamalli niiden lasten auttamiseksi, joista on jo varhaiskasvatuskäisenä herännyt erityinen huoli. Toimintamalli tarjoaa lapselle ryhmämuotoisen liikuntaharrastuksen ja pyrkii ennaltaehkäisemään osattomuutta, koulunkäynnin vaikeuksia ja lastensuojelupalvelujen tarvetta sekä huostaanottoja. Lapsen koulunkäynnin tukeminen on keskeinen osa tukitoimia. Tavoitteena on kohdentaa tukea lapsille, joilla on kohonnut riski jäädä syrjään koulunkäynnistä, harrastamisesta ja lasta kannattelevista ihmissuhteista. Toiminnan tavoitteena on edistää lapsen sosiaalisia taitoja ja tarjota lapselle luotettava, läsnä oleva ja turvallinen aikuinen, joka tukee joukkueeseen kuuluvia lapsia läpi lapsuuden ja nuoruuden nivelvaiheiden.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat 6–18-vuotiaat lapset ja nuoret (erityisesti pojat), joista on esikoulussa, peruskoulussa tai kuntien sosiaalitoimessa herännyt erityinen huoli (käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöt, perheen vaikea tilanne). Toteuttajana ovat Icehearts-kasvattajat.

Työmenetelmän kuvaus Icehearts ry:n palkkaama Icehearts-kasvattaja kokoaa esikouluikäisistä lapsista yhteistyössä päivähoidon, esikoulun ja peruskoulun henkilöstön kanssa urheilujoukkueen ja sitoutuu ohjaamaan sekä tukemaan lasta joukkueessa ja koulunkäynnissä 12 vuoden ajan. Icehearts-kasvattaja tekee yhteistyötä koulun sekä muiden tukiverkoston kanssa. Lapselle tarjotaan liikuntaharrastus sekä luotettavan aikuisen tuki niin koulussa kuin vapaa-aikana.

Näyttö Icehearts-pitkittäistutkimuksessa Icehearts-kasvattajat raportoivat positiivisia muutoksia erityisesti lasten sosiaalisissa taidoissa, kaverisuhteissa, itsetunnossa sekä mielialassa. Toiminta tuki myös perheiden jaksamista. Koulujen henkilöstön haastatteluiden perusteella toiminta hyödyttää niin tukeaa tarvitsevaa lasta koulussa pärjäämisessä kuin myös koko kouluyhteisöä.

Soveltuvuus Icehearts-toimintaa on ollut Suomessa yli 20 vuotta, ja se kattaa noin 700 lasta 50 joukkueessa 14 paikkakunnalla (elokuussa 2020). Toiminta on arvioitu niin perheiden kuin koulujen henkilöstön näkökulmasta soveltuvaksi ja vaikuttavaksi toimintamalliksi. Icehearts-toiminta kunnassa rahoitetaan kaksijakoisesti. Se on kansainvälisesti ja kansallisesti palkittu toimintamalli lasten ja nuorten hyvinvoinnin lisäämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

Lisätietoa Icehearts

8.2.2 SISUKAS-toimintamalli

Menetelmän kuvaus SISUKAS on sijaishuollon sosiaalityön yhteistyömalli sijoitetun lapsen koulunkäynnin tueksi. Se pyrkii ehkäisemään sijoitettujen lasten syrjäytymistä tiivistämällä lastensuojelun, sijaisvanhempien/vanhempien ja koulun välistä yhteistyötä. Menetelmä perustuu Ruotsissa kehitettyyn Skolfamin®-toimintamalliin ja se tarjoaa työkaluja alakouluikäisten sijoitettujen lasten koulunkäynnin ja psykososiaalisen hyvinvoinnin varhaiseen tukemiseen, suojaavien tekijöiden vahvistamiseen sekä moni- toimijaisen yhteistyön haastaviin solmukohtiin.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat pitkäaikaisesti perhehoitoon sijoitetut 6–12-vuotiaat lapset. Toteuttajana on moniammatillinen tiimi (konsultoiva sosiaalityöntekijä, psykologi, erityisopettaja).

Työmenetelmän kuvaus SISUKAS-tiimi kartoittaa sijoitetun lapsen vahvuudet ja tuen tarpeet pedagogisen ja psykologisen tutkimuksen avulla. Lapsen verkosto toteuttaa tukitoimet ja tiiviin seurannan. Kahden vuoden kuluttua kartoitukset uusitaan tukitoimien vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Näyttö Suomessa tehdyn arviointitutkimuksen perusteella menetelmä edisti oppilaiden psykososiaalista hyvinvointia ja oppimistuloksia. Kansainvälisissä kokeellisissa tutkimuksissa menetelmän on todettu

parantavan lasten kognitiivisia kykyjä. Lapset kokivat tulleen kuulluiksi ja saaneensa apua. Lapsen verkosto koki varhaisen puuttumisen, systemaattisuuden ja tiiviin yhteistyön hedelmälliseksi.

Soveltuvuus Toimijoilta kerätyn palautteen perusteella työskentelymalli on nähty tarpeellisenä ja hyödyllisenä välineenä edistää koulun, kodin ja lastensuojelun välistä yhteistyötä sekä lapsen osallisuutta. Menetelmä on saanut vuoden 2016 Talentian Hyvä käytäntö -palkinnon ja sijoittui toiseksi THL:n TERVE-SOS-palkintokilpailussa. OKM:n vuonna 2015 asettama Vaativan erityisen tuen kehittämissuositusta suosittaa loppuraportissaan menetelmän hyödyntämistä monialaisen yhteistyön kehittämisessä.

Lisätietoa [Sijoitettu lapsi koulussa -tukimalli](#)

8.2.3 Aggression replacement training (ART)

Menetelmän kuvaus ART-menetelmä on Yhdysvaltalaisen Goldsteinin ja Glickin kehittämä menetelmä, jonka tavoitteena on kehittää lapsen ja nuoren moraalista ajattelua, itsehillintää ja sosiaalisia taitoja.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat 12–17-vuotiaat, erityisesti epäsosiaalisesti (aggressiivisesti tai liiallisen vetäytyvästi) käyttäytyvät nuoret. Toteuttajana on esimerkiksi opettaja tai muu ART-koulutuksen käynyt ammattilainen.

Työmenetelmän kuvaus Menetelmä sisältää strukturoituja, toiminnallisia ryhmäharjoituksia, koulutuksen sekä oppaan. Intervention vähimmäispituudeksi suositetaan 10 viikkoa, ja tapaamisia on kolme viikossa. Tapaamiskertojen välillä nuoret harjoittelevat kotitehtävien avulla. Ryhmää ohjaa kaksi koulutettua ohjaajaa.

Näyttö Ohjelmaa on tutkittu kansainvälisissä tutkimuksissa ja sen on todettu vähentävän ongelmakäyttäytymistä ja vahvistavan sosiaalisia taitoja kouluikäisillä lapsilla kvasikokeelliseen tutkimusasetelmaan perustuen.

Soveltuvuus ART-menetelmän käyttö edellyttää 2,5 päivän koulutusta, josta vastaa Suomen ART-yhdistys. Menetelmän katsotaan soveltuvan hyvinkin erilaisiin ympäristöihin: kouluihin, nuorisopsykiatriaan, lastensuojelulaitoksiin sekä nuorisotyöhön.

Lisätietoa [Suomen ART ry.](#)

8.2.4 Aggression portaat

Menetelmän kuvaus Aggression portaat on Väestöliitossa laadittu opetusmateriaali aggression hallintaan ja väkivaltaisen käyttäytymisen ehkäisemiseen. Tavoitteena on ohjata lapsen tai nuoren käytöstä rakentavien vaihtoehtojen suuntaan ja tarjota sitä kautta mahdollisuus luopua väkivaltaisista valinnoista. Menetelmän tavoitteena on myös se, että lapsi tai nuori saavuttaa terveen itsearvostuksen ja itsesäätelyn, tunnistaa omat rajansa ja saa mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen viiteryhmän kanssa.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat 1–25-vuotiaat lapset ja nuoret sekä perhevalmennukseen osallistuvat vanhemmat. Materiaali on porrastettu ikäryhmittäin ja se sopii esimerkiksi koulujen ja perhevalmennuksen ammattilaisten käyttöön.

Työmenetelmän kuvaus Oppimateriaali tarjoaa kouluille eri-ikäisille suunnattuja oppituntikonaisuuksia, vinkkejä keskustelunaiheiksi, valmiita harjoitustehtäviä, kotitehtäviä, oppilaiden itsearviointia varten tarkoitettuja monisteita sekä materiaalia vanhempainilta varten. Oppituntikohtaiset ohjeet käsittelevät aggression tunnetta, väkivaltaa, riitelytaitoja sekä rauhoittumista ja rentoutumista.

Näyttö Aggression portaat -opetuksen on todettu Suomessa tehdyssä väitöskirjatutkimuksessa tukevan oppilaiden sosioemotionaalisen kompetenssin kehittymistä, erityisesti tunne- ja itsesäätelytaitoja. Kokeelliseen tutkimusasetelmaan perustuva tutkimus osoitti, että menetelmä vaikutti positiivisesti lasten ja

nuorten tunne- ja itsesäätelytaitojen ja myönteisten tunnekokemusten kehittymiseen sekä toisiinsa kohdistuvan fyysisen väkivallan vähenemiseen.

Soveltuvuus Aggression portaat -opetusohjelmaan perustuva interventio-ohjelma tarjoaa kouluille ja opettajille konkreettisen välineen kehittää uuden opetussuunnitelman mukaisesti oppilaiden tunne- ja vuorovaikutustaitoja. Ohjelma ja materiaali on arvioitu soveltuvaksi ja vaikuttavaksi.

Lisätietoa Cacciatore 2007, Hintikka 2016.

8.3 Lasten ja nuorten tunne-, vuorovaikutus- ja mielenterveysosaamista kehittävät menetelmät

8.3.1 FRIENDS

Menetelmän kuvaus FRIENDS on lasten ja nuorten mielen hyvinvointia edistävä sekä ahdistusta ja masennusta ehkäisevä ohjelma. Ohjelma opettaa tunnistamaan ja käsittelemään tunteita, kannustaa myönteisiin ajattelumalleihin sekä tarjoaa selviytymiskeinoja vastoinkäymisten ja pettymysten kohtaamiseen. Tavoitteena on vahvistaa minäkuvaa ja itsetuntoa sekä lisätä uskoa omaan pärjäävyyteen. Ohjelman on kehittänyt australialainen psykologian professori Paula Barrett, ja se perustuu kattavaan tieteelliseen tutkimukseen, arviointiin ja käytännön kokemuksiin.

Kohderyhmä Ohjelmasta on neljä eri versiota eri-ikäisille: Fun FRIENDS -ohjelma 4–8-vuotiaille, Lasten FRIENDS -ohjelma 9–12-vuotiaille, Nuorten FRIENDS -ohjelma 13–16-vuotiaille ja Aikuisten FRIENDS -ohjelma yli 16-vuotiaille. Toteuttajina ovat lasten tai nuorten kanssa toimivat ammattilaiset esimerkiksi päiväkodeissa, kouluissa sekä nuoris- ja sosiaalityössä. Ohjelmaa voidaan hyödyntää myös yksilötyössä.

Työmenetelmän kuvaus Ohjelma koostuu kahdestatoista tapaamisesta, joissa keskustellaan ja tehdään harjoituksia. Harjoitusten avulla etsitään konkreettisia keinoja selviytyä huolta tai pelkoa aiheuttavista arkipäivän tilanteista. Menetelmä perustuu kokemukselliseen ja vertaisoppimiseen. Lasten ja nuorten -ohjelmissa tarjotaan myös materiaalia lasten vanhemmille. Ohjelman vetäjinä voivat toimia FRIENDS-koulutuksen läpikäyneet henkilöt, esimerkiksi opettajat tai terveydenhuollon tai nuorisotyön ammattilaiset.

Näyttö Ohjelmasta on tehty kansainvälisesti lukuisia kokeellisiin tutkimusasetelmiin perustuvia vaikuttavuustutkimuksia ja näyttö ohjelman vaikuttavuudesta on vakuuttava. Ohjelman on todettu olevan tehokas menetelmä ahdistushäiriöiden ehkäisemiseksi riippumatta siitä, toteuttaako ohjelmaa FRIENDS-koulutettu luokanopettaja vai psykologi.

Soveltuvuus Ohjelma on ollut Suomessa käytössä vuodesta 2006 lähtien. Ohjelman käyttö osana omaa työtä edellyttää ohjaajakoulutuspäivään osallistumista. Suomessa ohjelman materiaalin tuottajana ja kouluttajaorganisaationa toimii Aseman Lapset ry. Ohjelma on yksi eniten tutkituista ja käytetyistä mielen-terveyden häiriöitä ehkäisevistä ohjelmista maailmanlaajuisesti. Maailman terveysjärjestö (WHO) suosittelee ohjelman käyttöä.

Lisätietoa Friends-ohjelma

8.3.2 Elämisentaitoja – Lions Quest

Menetelmän kuvaus Elämisentaitoja – Lions Quest -ohjelma on kasvattajille suunnattu tieteellisesti tutkittu koulutusohjelma, joka antaa käytännön työkaluja oppilasryhmien ryhmäyttämiseen ja elämintaitojen harjoitteluun. Tavoitteena on tukea ja vahvistaa lasten ja nuorten terveellisiä elämäntapoja, tunne- ja vuorovaikutustaitoja sekä auttaa lasta ja nuorta henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamisessa.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat 5–25-vuotiaat lapset ja nuoret. Eri ikäryhmille on omat materiaalit.

Työmenetelmän kuvaus Koulutusohjelman keskeiset teemat painottuvat lasten ja nuorten itseluottamuksen, tunne-, vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitojen sekä hyvinvointiosaamisen vahvistamiseen. Yksilöiden rinnalla huomiota kiinnitetään ryhmän keskinäiseen dynamiikkaan ja ilmapiiriin rakentumiseen. Menetelmän toteuttajana voivat toimia opettajat, koulunkäynninohjaajat tai vapaa-ajanohjaajat.

Näyttö Opettajien arvioimana menetelmä vahvistaa oppilaiden tunne- ja vuorovaikutustaitoja, parantaa luokan ilmapiiriä sekä lisää opettajan ryhmätuntemusta Suomessa toteutettujen tutkimusten mukaan. Kansainvälisissä, kvasikokeellisiin tutkimusasetelmiin perustuvissa tutkimuksissa menetelmällä on todettu olevan positiivinen vaikutus luokan ilmapiiriin, oppilaiden käyttäytymiseen sekä ongelmanratkaisukykyihin.

Soveltuvuus Lions Quest -koulutusohjelmaa on toteutettu maailmanlaajuisesti lähes 40 vuoden ajan noin sadassa maassa. Suomessa menetelmää on toteutettu yli 25 vuoden ajan. Kaksipäiväistä koulutusta tarjoaa Suomen Lions-liitto ry.

Lisätieto Lions quest -ohjelma

8.3.3 b-ohjelma (Tietoisuustaidot koulussa)

Menetelmän kuvaus Tietoisuustaidoilla tarkoitetaan tietoista hyväksyvää läsnäoloa ja tarkkaavaisuuden suuntaamista kyseessä olevaan hetkeen. Niillä pyritään edistämään sekä kykyä pysähtyä ja rauhoittua että myös oppimisen taitoja, sosioemotionaalista hyvinvointia sekä tunteiden säätelyä.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat ala- ja yläkoulun oppilaat, toteuttajina opettajat.

Työmenetelmän kuvaus Tietoisuustaito-ohjelma sisältää yhdeksän 40–60 minuutin mittaista viikoittain pidettävää oppituntia. Ohjelman standardisoidut harjoitukset kehittävät oppilaiden tietoisuustaitoja, tunteiden tunnistamista ja hallintaa sekä läsnäoloa ja tarkkaavaisuutta. Harjoitukset tehdään koulutettujen ohjaajan johdolla luokahuoneissa sekä itsenäisesti kotona.

Näyttö Suomessa toteutetussa, kokeellisen tutkimusasetelmaan perustuvassa 12–15-vuotiaille tehdyssä tutkimuksessa menetelmän todettiin lisäävän psyykkistä joustavuutta sekä vähentävän masennusta. Sosioemotionaalinen toimintakyky parani ainoastaan 7.-luokkalaisilla. Menetelmän vaikutukset ovat tutkimuksen mukaan selkeämpiä tytöillä kuin pojilla. Tietoisuustaitojen säännöllinen harjoittaminen lisäsi hyvinvointihyötyjä. Kansainvälisissä tutkimuksissa tietoisuustaitoharjoitusten on nähty kehittävän muun muassa emotionaalista tasapainoa, onnellisuutta, myötätuntoa ja sosiaalisia taitoja.

Soveltuvuus Kouluhenkilökunnan ja oppilaiden tietoisuustaitopohjaisten hyvinvointiohjelmien kehittämiseksi myönnettiin määräraha vuosille 2016–2018. Hankkeessa pyrittiin kouluttamaan kouluhenkilökuntaa tietoisuustaitopohjaiseen hyvinvointiohjelmaan oppilaille sekä henkilöstölle sekä jalkauttamaan ohjelmat koululuokkiin. Hankkeessa tutkittiin myös ohjelmien toteutettavuutta ja soveltuvuutta. Tutkimuksen mukaan tietoisuustaitokoulutuksen osallistajat olivat tyytyväisiä ohjelmaan, ja osallistajat kokivat koulutuksen hyödyllisenä suhteessa omaan hyvinvointiinsa.

Lisätieto Terve ja oppiva mieli -tutkimushanke

8.3.4 Älyä tunteet – apukäsi lasten tunnetaitojen vahvistamiseen

Menetelmän kuvaus Älyä tunteet -menetelmä on Norjassa kehitetty, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva psykoedukaatiomenetelmä mielen hyvinvoinnin tukemiseen ja tunnesäätelytaitojen vahvistamiseen. Se auttaa lasta työstämään arjessa kohdattuja vaikeita ajatuksia ja vahvoja tunteita.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat alakouluikäiset lapset. Toteuttajina ovat opettajat, opiskeluhoolto tai muut lasten kanssa toimivat ammattilaiset, jotka ovat saaneet koulutuksen menetelmään.

Työmenetelmän kuvaus Älyä tunteet -materiaalissa käydään lapsen kanssa läpi perusasioita tunteista; niiden tarkoituksesta, voimakkuuseroista ja tuntumisesta kehossa. Materiaalissa käydään myös läpi, miten ajatukset vaikuttavat tunteisiin sekä esitellään toimintatapoja erilaisiin arkisiin tilanteisiin, jotka voivat helpottaa vaikeista asioista puhumisessa. Materiaaliin kuuluu kirja, lapsille suunnatut tekstit ja tehtävät sekä nuket harjoittelun tueksi.

Näyttö Menetelmä on todettu vaikuttavaksi niin hoidossa kuin mielenterveysongelmien ehkäisyssä lukuisissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Suomessa menetelmän vaikuttavuudesta ei ole vielä tutkittua tietoa.

Soveltuvuus Menetelmä soveltuu varhaiskasvatukseen, kouluun, opiskeluhooltoon, terveydenhoitoon, lastensuojeluun tai kotiin oma-apukäyttöön. Käyttöönotto on maksutonta. Menetelmän koulutusta sekä materiaalia tarjoaa Pesäpuu ry. Suomessa toimintamalli on ollut käytössä kouluissa sekä yksilökäytössä sijaisperheissä. Pesäpuu ry:n kouluttamia henkilöitä on maassamme n. 700.

Lisätietoa Pesäpuu ry.

8.3.5 Draamamenetelmiin pohjautuva ohjelma

Menetelmän kuvaus Lasten ja nuorten sosioemotionaalista hyvinvointia tukeva ohjelma pohjautuu draamateorioihin ja sosiokognitiiviseen teoriaan. Tavoitteena on parantaa luokan sosiaalisia suhteita sekä oppilaiden sosiaalista kompetenssia.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat alakouluikäiset lapset. Toteuttajina ovat opettajat tai kouluterveydenhoitajat.

Työmenetelmän kuvaus Ohjelma voidaan toteuttaa esim. koululuokalle. Se sisältää erilaisia draamaharjoituksia, vanhempainiltoja sekä vanhempien ja lasten yhteisiä tehtäviä. Toteuttajina toimivat opettajat yksin tai yhdessä kouluterveydenhoitajan kanssa.

Näyttö Suomessa toteutettu kvasikokeellinen tutkimus osoitti, että menetelmän avulla voidaan vahvistaa oppilaiden sosiaalista kompetenssia, erityisesti empatiakykyä, parantaa sosiaalisia suhteita sekä vähentää kiusaamista.

Soveltuvuus Menetelmän käyttöönotto vaatii menetelmään perehtymistä. Koulutusta ei koordinoi mikään tahon.

Lisätietoa Kempainen ym. 2010; Joronen ym. 2013

8.4 Työntekijöiden tunne-, vuorovaikutus- ja mielenterveysosaamista kehittävät menetelmät

8.4.1 Ihmeelliset vuodet -ryhmänhallintamenetelmä

Menetelmän kuvaus Ihmeelliset vuodet -ryhmänhallintamenetelmä sisältää vaikuttavaksi todettuja myönteisiä kasvatukseen keinoja, joita menetelmäkoulutuksen avulla saadaan strukturoidusti ammattikasvatustajien käyttöön. Menetelmä on tarkoitettu varhaiskasvatukseen henkilöstölle, esi- ja alakoulujen opettajille, erityisopettajille ja muille lasten kanssa työskenteleville ammattilaisille. Menetelmän avulla edistetään lasten sosiaalisia taitoja, tunteiden säätelyä, kouluvalmiutta sekä pyritään vähentämään johdonmukaisesti aggressiivista, levotonta ja häiritsevää käytöstä lapsiryhmässä. Menetelmää voidaan käyttää myös yksilötyössä.

Kohderyhmä Kohderyhmää ovat esiopetus- ja alakouluikäiset lapset sekä alakoulujen opettajat. Kohdeena ovat toisaalta kaikki lapset, toisaalta erityisesti lapset, joilla on käytöksen ongelmia tai käytöshäiriöitä.

Työmenetelmän kuvaus Opettajien menetelmäkoulutuksessa kehitetään ja vahvistetaan ammatillista työtettä siten, että opettaja käyttäisi lapsiryhmän ohjaamisessa myönteisiä, strukturoituja ryhmänhallinnan keinoja. Menetelmäkoulutuksessa käytetään mm. rooliharjoituksia, vuorovaikutusvideoita ja erilaisia opettajan työhön nivoutuvia välitehtäviä sekä ammatillisen vertaisryhmän tukea. Ryhmänhallintamenetelmässä lapsen positiivista käytöstä vahvistetaan suunnitelmallisesti palautteen ja palkitsemisen avulla, negatiivista käytöstä vähennetään tekemällä siitä mahdollisimman vähän palkitsevaa. Ei-toivottua käytöstä vähennetään tutkitusti tehokkailla keinoilla, joita ovat esimerkiksi huomiotta jättäminen ja rauhoittumisaika (”time out”). Lisäksi voidaan käyttää seuraamuksia, kuitenkin harkiten ja harvoin.

Näyttö Menetelmästä on runsaasti tutkimusnäyttöä. Kokeellisiin tutkimusasetelmiin perustuvien tutkimusten tulokset antavat kohtalaisen näytön siitä, että menetelmä vähentää lasten käytösongelmia. Tutkimusten mukaan käytösongelmaisten 3–7-vuotiaiden lasten käytösongelmat ovat vähäisempiä sekä ryhmävainnoinnin että opettajien ja vanhempien raporttien perusteella niihin lapsiin verrattuna, joiden opettaja ei käytä menetelmää lapsiryhmän kanssa työskennellessään.

Soveltuvuus Menetelmän on arvioitu soveltuvan hyvin Suomen olosuhteisiin. Menetelmän käyttöönotto vaatii koulutusta. Ryhmänhallintamenetelmän käyttöönotto on erityisen suositeltavaa niissä luokissa, joissa on käytösongelmaisia tai käytöshäiriöisiä lapsia ja joiden vanhemmat saavat ryhmämuotoista Ihmeelliset vuodet -vanhemmuuden tukea. Molemmista interventioista kasvatuskäytänteet perustuvat samoihin tutkittuihin periaatteisiin, jolloin lasta päästään tukemaan tehokkaasti hänen eri kehitysympäristöissä.

Ammattikasvatustajien kuuden päivän mittaista ryhmänhallinnan menetelmäkoulutusta koordinoidaan Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksesta.

Lisätieto Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskus, kati.granlund@utu.fi; [Ihmeelliset vuodet -ryhmänhallintamenetelmä](#)

8.4.2 Kannustava vuorovaikutus -ohjelma (ICDP – International Child Development Programme)

Menetelmän kuvaus Kannustava vuorovaikutus -ohjelman tavoitteena on tukea ja edistää vanhempien sekä perheiden parissa työskentelevien ammattihenkilöiden lapsinäkemystä, sensitiivisyyttä ja vuorovaikutustaitoja. Ohjelma auttaa aikuisia omaksumaankin terveyttä edistävän suhtautumistavan lapsiin. Se perustuu uusimpaan kehityspsykologiseen ja neuropsykologiseen tietämykseen sekä oppimisen ja vuorovaikutuksen teorioihin.

Kohderyhmä Kaikenikäiset lapset ja nuoret (0–18 vuotta). Ohjelman kohderyhmänä ovat kuitenkin ensisijaisesti aikuiset, jotka toimivat lapsen/lasten kanssa esimerkiksi varhaiskasvatuksessa, koulussa, lasten terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa.

Työmenetelmän kuvaus Ohjelma rakentuu kahdeksaan eri teemaan, jotka keskittyvät lapsen tunnetason kehitykseen, kognitiiviseen kehitykseen sekä moraaliseen kehitykseen ja lapsen itsesääteilykykyyn. Ohjelman vanhempainryhmät koostuvat 6–8 viikoittaisesta strukturoidusta ryhmätapaamisesta, jotka toteutetaan yleensä 5–10 vanhemman ryhmässä. Ryhmässä tuetaan vanhempien kykyä olla herkempi kuulemaan ja vastaanottamaan lapsen ajatukset. ICDP-periaatteita voidaan soveltaa myös koulussa ja erityisopetuksessa analysoimalla arkisia tilanteita ja lapsen ilmauksia ICDP-periaatteiden ja empaattisen samaistumisen kautta.

Näyttö Ohjelmalla on todettu olevan positiivinen vaikutus muun muassa vanhemmuustaitoihin ja -strategioihin.

Soveltuvuus Ohjelman käyttöönotto vaatii koulutuksen, joka on kolmitasoinen. Koulutusta koordinoi ja kehittää ICDP Suomi ry. Suomessa mallia käytetään muun muassa sivistystoimessa, sijaishuollon laitosten- ja perhehoidossa, lastensuojelun tehostetussa perhetyössä, lapsi- ja perhesosiaalityössä sekä Ensi- ja turvakotiyhdistyksen palveluissa. Menetelmän on arvioitu olevan kansallisiin tarpeisiin soveltuva.

Lisätietoa [Kasvun tuki -sivusto](#)

8.4.3 Toimiva koulu

Menetelmän kuvaus Toimiva koulu on vuorovaikutustaitoja kehittävä menetelmä koulun työntekijöille. Toimiva koulu -kurssilla opitaan luomaan turvallisia ja toimivia vuorovaikutussuhteita ja tarttumaan häiritsevään käyttäytymiseen rakentavasti. Toimiva koulu -kurssi on osa Thomas Gordonin kehittämää kansainvälistä koulutusjärjestelmää.

Kohderyhmä Lasten ja nuorten kanssa työskentelevät koulu yhteisön jäsenet. Kurssin toteuttavat Toimiva Koulu -ohjaajat.

Työmenetelmän kuvaus Toimiva koulu -kurssi koostuu kahdeksasta noin 3 oppitunnin kestoisesta teemasta. Lyhyiden luento-osuuksien jälkeen harjoitellaan opeteltavia taitoja roolityöskentelyn, pienryhmäharjoitusten ja keskustelujen avulla.

Näyttö Suomessa toteutetun kvasikokeelliseen tutkimusasetelmaan perustuvan vaikuttavuustutkimuksen mukaan kurssi kehittää opettajan tunne- ja vuorovaikutustaitoja, parantaa opettajien kokemaa hyvinvointia ja vahvistaa oppilaiden autonomisuutta ja toimijuutta

Soveltuvuus Tutkimusten mukaan ohjelma soveltuu niin luokan- kuin aineopettajille. Toimiva koulu -kurssia tarjoaa Nuori kirkko -palvelujärjestö.

Lisätietoa [Toimiva koulu -kurssi](#)

8.5 Koulu yhteisön toimintakulttuuria kehittävät menetelmät

8.5.1 KiVa Koulu©

Menetelmän kuvaus KiVa Koulu on Turun yliopistossa opetus ja kulttuuriministeriön rahoituksella kehitetty toimenpideohjelma kiusaamisen ehkäisemiseksi ja siihen puuttumiseksi.

Kohderyhmä Kohderyhmänä on koko koulu, toteuttajina opettajat.

Työmenetelmän kuvaus Ohjelma sisältää materiaalit opettajille, oppilaille ja vanhemmille, digitaaliset työkalut ja oppimisympäristöt. Ohjelmaan kuuluu myös sähköinen oppilaskysely, jonka avulla koulu saa tietoa tilanteestaan. Ohjelman yleiset toimenpiteet kohdistuvat kaikkiin oppilaisiin ja ovat pääasiassa kiusaamista ehkäiseviä. Kohdennetut toimenpiteet otetaan käyttöön kiusaamistapauksen tullessa ilmi. Ohjelman yleiset toimenpiteet pitävät sisällään 10 kaksoistuntia sekä ensimmäisellä että neljännellä luokalla. Yläkouluun siirryttäessä oppitunnit vaihtuvat KiVa-teemoiksi, joita koulu voi toteuttaa eri tavoin, esimerkiksi oppitunteina tai kokonaisina teemapäivinä. Ohjelmaa toteuttavat koulut perustavat työn tueksi vähintään kolmen opettajan tai muun aikuisen muodostaman työryhmän, KiVa-tiimin.

Näyttö Ohjelmaa ja sen vaikuttavuutta on tutkittu lukuisissa tutkimuksissa. Ohjelman on todettu olevan yksi tehokkaimmin kiusaamista ehkäisevistä ohjelmista. Sen on todettu vähentävän kiusaamista sekä lisäävän kouluviihtyvyyttä. Tutkimusten mukaan ohjelmaan osallistuneilla on vähemmän ahdistuneisuusoireita.

Soveltuvuus Ohjelma on ollut syksystä 2009 lähtien kaikkien suomalaisten perusopetusta tarjoavien koulujen saatavilla. Suomessa ohjelmaa toteuttaa yli 900 koulua. Ohjelman käyttö on maksullista ja mak-su määräytyy koulun oppilasmäärän mukaan.

Lisätietoa [KiVa-koulu](#)

8.5.2 ProKoulu

Menetelmän kuvaus ProKoulu on käyttäytymisen ongelmien ennaltaehkäisyyn kehitetty koko koulun toimintamalli. ProKoulu on lyhenne sanoista Positiivisesti Ryhmässä Oppiva Koulu. Toimintamalli perustuu käyttäytymispsykologiseen teoriaan, ja sillä pyritään tukemaan positiivista käyttäytymistä, yhteisöllisyyttä ja koulun voimavarojen kohdistamista käyttäytymisen ongelmien ennaltaehkäisyyn.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat koulun oppilaat sekä opettajat. Toimintamalli tarjoaa myös erityiseen tukeen sopivia menetelmiä.

Työmenetelmän kuvaus ProKoulu on toimintamalli, jossa koululle tarjotaan tutkimukseen perustuvia menetelmiä työrauhaongelmien ja käyttäytymisen pulmien ennaltaehkäisemiseen sekä ongelmatilanteiden ratkaisemiseen. Oheismateriaalin lisäksi koulu saa oman ProKoulu-ohjaajan, joka tukee toimintamallin toteutuksessa. Toimintamalli toteutuu kouluissa seuraavien vaiheiden kautta: 1) Koulu sitoutuu yhdessä ohjaamaan käyttäytymistä, 2) määritetään yhdessä oppilaiden ja huoltajien kanssa keskeiset käyttäytymisodotukset, 3) tehdään käyttäytymisodotuksista selkeät toimintaohjeet koulun eri tilanteisiin, 4) opetetaan toimintaohjeet oppilaille, 5) ohjataan käyttäytymistä positiivisella palautteella ja käytetään yleisesti sovittua palkkiojärjestelmää, 6) puututaan ei-toivottuun käyttäytymiseen yhteisesti sovituilla tavoilla, 7) uudistetaan tehostetun ja erityisen tuen ryhmät oppimista tukevaksi, 8) kehitetään toimintakulttuuria koulusta koottuun tietoon perustuen. Yleisen tuen lisäksi on kehitetty myös menetelmiä tehokkaampaan yksilölliseen tukeen.

Näyttö Toimintamallia on tutkittu ja kokeiltu Suomessa vuodesta 2013 lähtien yli 60 koulussa. ProKoulu eli School Wide Positive Behavioral Intervention and Supports (SWPBIS) -toimintamalleja on tutkittu erityisesti Yhdysvalloissa ja Euroopassa. Satunnaistetuilla ja muilla kokeellisilla tutkimusasetelmilla tehdyissä tutkimuksissa on havaittu muun muassa, että menetelmä parantaa koulun ilmapiiriä, vähentää oppilaiden ongelmallista käyttäytymistä ja parantaa luokan oppimisilmapiiriä. Se vaikuttaa positiivisesti erityisesti riskiooppilaisiin ja vähentää kasvatustieteiden ja erityisopetuksen tarvetta. Suomessa toteutetun vaikuttavuustutkimuksen mukaan ProKoulu-toimintamalli vähentää käyttäytymisen häiriöitä opettajien arvioiden mukaan ja lisää heidän kollektiivista pystyvyyttään käyttäytymisen ohjaamisessa.

Soveltuvuus ProKoulu-hankkeessa oli mukana 60 suomalaista koulua. Tutkijaryhmä levittää toimintamallia Niilo Mäki -instituutin kautta tarjoamalla kouluille ja kunnille tukea toiminnan kehittämisessä. Kunnat maksavat osallistumisesta. Kehittämistyö on noin kolmen vuoden prosessi. Tuki koululle sisältää materiaalit ja ohjauksen koulun Pro-tiimille noin 8 kertaa lukuvuodessa sekä koulutukset koulun henkilökunnalle kaksi kertaa lukuvuodessa.

Lisätieto ProKoulu-toimintamalli

8.5.3 Yhteispeli

Menetelmän kuvaus Yhteispeli on koulun työntekijöiden sekä asiantuntijoiden yhteistyönä kehitetty suomalaiseen kouluun soveltuva tunne- ja vuorovaikutustaitoja kehittävä menetelmä. Tarkoituksena on kehittää koulujen toimintatapoja enemmän lasten tunne- ja vuorovaikutustaitoja tukeviksi. Tavoitteena on vahvistaa lasten tunne- ja vuorovaikutustaitoja, hyvinvointia ja mielenterveyttä.

Kohderyhmä Kohderyhmänä on koko kouluyhteisö. Toteuttajina ovat opettajat, rehtorit ja vanhemmat.

Työmenetelmän kuvaus Toimintamalli sisältää erilaisia työmenetelmiä koulun eri osa-alueille: luokkaan, kodin ja koulun yhteistyöhön, koulun kehittämiseen, työyhteisölle sekä esi- ja alkuopetuksen yhteistyöhön. Toimintaa ohjaa opas sekä koulutukset.

Näyttö Suomessa toteutetussa ei-kokeellisessa arviointitutkimuksessa työvälineiden hyödyt olivat nähtävissä kodin ja koulun välisen yhteistyön parantumisena, lasten sosioemotionaalisten taitojen kohenemisena sekä kiusaamisen vähentymisenä. Satunnaistetussa kokeelliseen tutkimusasetelmaan perustavassa vaikuttavuustutkimuksessa 3. luokan pojilla havaittiin psykologisten ongelmien vähenemistä sekä yhteistyötaitojen paranemista.

Soveltuvuus Menetelmän turvallisuutta ja soveltuvuutta on arvioitu tutkimuksessa ja sen on todettu olevan hyödyllinen ja soveltuva suomalaiseen kouluun. Opettajat pitivät menetelmään kuuluvia toimintatapoja omiin työtapoihinsa sopivina ja hyödyllisinä lapsille. Lapset pitivät toimintatapoja mielekkäinä ja osallistuivat toimintaan mielellään. Vaikuttavuuden saavuttaminen edellyttää tarpeeksi intensiivistä toteutusta. Yhteispeli-koulutusta koordinoi Niilo Mäki Instituutti.

Lisätieto Niilo Mäki -instituutti, Yhteispeli-koulutukset

8.5.4 Kodin ja koulun yhteistyö

Menetelmän kuvaus Menetelmän tavoitteena on kehittää opettajien ja vanhempien välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä sekä tutustuttaa vanhempia toisiinsa. Menetelmällä pyritään luomaan pohjaa luokan verkostoitumiselle ja kasvatuskumppanuudelle. Menetelmää kehitettiin Mukava-hankkeessa (2002–2005).

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat opettajat, vanhemmat ja opetustoimi. Toteuttajana ovat opettajat.

Työmenetelmän kuvaus Menetelmään sisältyy vanhempien kouluvierailuja, luokka- ja koulukohtaisen vanhempainverkostojen muodostamista sekä opetustoimen ja vanhempien tapaamisia.

Näyttö Hankkeen yhteydessä tehdyn arviointitutkimuksen mukaan kokeilukouluissa yhteistyö kodin ja koulun välillä tiivistyi.

Soveltuvuus Hankkeessa rakennettiin hyviä käytäntöjä esimerkiksi maahanmuuttajaoppilaiden perheille.

Lisätietoa Tietoa Mukava-hankkeesta

8.5.5 Luontevahvuuksien opetusohjelma

Menetelmän kuvaus Menetelmä perustuu vahvuuspedagogiikkaan eli pyrkimykseen tietoisesti keskittyä siihen, mikä kussakin oppilaassa on toimivaa ja hyvää. Menetelmällä pyritään kehittämään myönteistä, myötätuntoista ja voimavaroja tukevaa koulukulttuuria. Menetelmällä pyritään auttamaan oppilaita huomaamaan ja kehittämään omia ja muiden luontevahvuuksia sekä tukemaan myönteistä luokkailmapiiriä.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat peruskouluikäiset lapset ja heidän opettajansa. Toteuttajina ovat opettajat.

Työmenetelmän kuvaus Menetelmää toteuttavat opettajat luokissaan oppitunteina. Vahvuuksilla vahvaksi on 16 oppitunnin interventio. Oppilaiden ydinvahvuuksien löytämisessä on apuna tieteellisesti validoitu VIA-vahvuusmittari. Menetelmään sisältyy luontevahvuusoppimateriaalia. Yhtenä menetelmänä on tämän lisäksi laaja-alaisten taitojen ansioluettelo (positiivinen CV).

Näyttö Suomessa toteutetussa kvasikokeellisessa interventiotutkimuksessa menetelmän todettiin edistäneen ryhmäytymistä ja luokkahenkeä. Opettajien mukaan luokassa oli havaittavissa myönteisiä muutoksia oppilaiden toiminnassa yksilö- ja ryhmätasolla.

Soveltuvuus Menetelmää ja materiaalia on kehitetty ja tutkittu niin ala- kuin yläkouluikäisille sekä erityistä tukea tarvitseville oppilaille. Positiivinen CV voitti Sitran Ratkaisu100 -haastekilpailun vuonna 2017.

Lisätietoa PositiivinenCV

8.5.6 Pysyvät pienryhmät

Menetelmän kuvaus Pysyvien pienryhmien toimintamalli on yhteisöllisyyttä kehittävä toimintamalli. Tavoitteena on vähentää oppilaiden yksinjäämistä ja kiusaamista, kehittää oppilaiden vuorovaikutustaitoja sekä edistää opettajan ryhmädynamiikan tuntemusta.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat ylä- ja alakoulun oppilaat ja opettajat. Toteuttajina ovat opettajat.

Työmenetelmän kuvaus Luokka jaetaan 4–7 oppilaan ryhmiin, jotka pysyvät yhdessä lukukauden ajan.

Näyttö Suomessa tehdyn ei-kokeellisen tutkimuksen mukaan toimintamalli vähentää yksinjäämistä, tukee myönteistä vuorovaikutusta oppilaiden kesken, edesauttaa uusien ystävyysuhteiden syntymistä sekä tarjoaa mahdollisuuden sosiaalisten taitojen oppimiseen osana jokapäiväistä koulutyötä.

Soveltuvuus Tutkimuksen mukaan enemmistö oppilaista pitää toimintaa myönteisenä. Pienryhmiä on tutkittu yläkoulun oppilailla, mutta menetelmän arvioidaan soveltuvan myös alakouluun.

Lisätieto Asanti & Seppinen 2016, Niemi ym. 2012.

8.6 Lasten vertaistoimintaa ja osallisuutta tukevat menetelmät

8.6.1 Kummi- ja tukioppilastoiminta

Menetelmän kuvaus Menetelmä on kehitetty oppilaiden ala- ja yläkoulun aloituksen tueksi Mannerheimin lastensuojeluliitossa. Tarkoituksena on luoda kouluun yhteisöllisyyttä sekä edistää uusien oppilaiden turvallista koulun alkua ehkäisemällä kiusaamista ja yksinäisyyttä.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat alakoulun 1. ja yläkoulun 7. luokan oppilaat. Toteuttajina ovat 5.–6. ja 8.–9. luokkien oppilaat, opettajat sekä koulun muut työntekijät.

Työmenetelmän kuvaus Alakoulussa 5.–6. luokan oppilaat toimivat koulunsa aloittavien oppilaiden kummioppilaina ja yläkoulun 8.–9. luokan oppilaat 7.-luokkalaisten tukioppilaina.

Näyttö Tukioppilastoimintaa kartoittavassa arvioinnissa todettiin, että toiminta auttaa uusia oppilaita sopeutumaan kouluun sekä ehkäisee kiusaamista.

Soveltuvuus Toiminta kattaa lähes kaikki Suomen koulut. Mannerheimin lastensuojeluliitto tarjoaa kouluille koulutusmateriaalia toiminnan käynnistämiseen, ylläpitämiseen sekä arviointiin.

Lisätieto MLL:n tukioppilastoiminta

8.6.2 VERSO-vertaissovittelu

Menetelmän kuvaus Verso on kouluille, oppilaitoksille ja oppimisyhteisöihin kehitetty sovittelukäytäntö, jossa korostuu oppilaiden omakohtainen osallisuus ja aktiivinen toimijuus. Tavoitteena on harjoitella toisen ihmisen näkökulman ymmärtämistä, kehittää sosiaalista ongelmanratkaisua ja vuorovaikutustaitoja sekä lisätä oppilaiden osallisuutta.

Kohderyhmä Kohderyhmänä ovat koulun oppilaat ja opettajat. Toteuttajina ovat oppilaat ja opettajat.

Työmenetelmän kuvaus Koulutetut, riidan osapuolia hieman vanhemmat oppilaat eli vertaissovittelijat sovittelevat muiden oppilaiden välisiä konflikteja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Vertaissovittelijat toimivat fasilitaattoreina, joilla ei ole valtaa antaa rangaistuksia tai tehdä päätöksiä, vaan he auttavat osapuolia itse löytämään tilanteeseen ratkaisun niin, että konflikti ei enää jatku tai toistu. Mikäli vertaissovittelu ei johda toivottuun tulokseen, ohjataan tapaus aikuisjohtoiseen sovitteluun tai muuhun koululla käytössä olevaan menettelyyn. Sovittelijoiden toimintaa tukee VERSO-ohjelman kouluttama vapaaehtoisista henkilökunnan jäsenistä muodostuva tiimi.

Näyttö Arviointitutkimusten mukaan vertaissovittelu auttaa pitämään sovittelussa annetut lupaukset, lisää ristiriitatilanteiden havaitsemista ja selvittämistä sekä lisää oppilaiden osallisuutta.

Soveltevyys Sovittelutoimintaa on toteutettu ja kehitetty Suomessa vuodesta 2000 lähtien. Ulkopuolisen arvioinnin perusteella toimintamuoto soveltuu hyvin kouluille. Verrattain lyhyt koulutus tarjoaa riittävät eväät toiminnan käyttöönottoon. Koulutusta koordinoi VERSO-ohjelma.

Lisätietoa [Verso-ohjelma](#)

Lähteet

- Anttila N, Huurre T, Malin M, Santalahti P. Mielenterveyden edistäminen varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen – Katsaus menetelmiin ja kirjallisuuteen Suomessa. Työpäperi 1/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-613-1>
- Appelqvist-Schmidlechner K, Kekkonen M. Icehearts on enemmän kuin urheilujoukkue. Tuloksia THL:n pitkittäistutkimuksesta. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-465-3>.
- Appelqvist-Schmidlechner K, Kekkonen M, Wessman J & Sarparanta T. Jääsydämet. Icehearts-toiminnassa aloittavien lasten psykososiaalinen hyvinvointi ja arviot toiminnan vaikuttavuudesta yhden vuoden seurannassa. Raportti 6/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-892-0>
- Appelqvist-Schmidlechner K, Liski A, Pankakoski M ym. Together at School Intervention Programme. A pilot study on the feasibility and perceived benefits of a programme focusing on improving socio-emotional skills among schoolchildren in Finland. *International Journal of Mental Health* 2016;18:127–43.
- Asanti R, Seppinen H-L Pysyvät pienryhmät hyvinvoinnin ja yhteisöllisyyden rakentajina yläkoulussa. Julkaisussa: Ahtola A. (toim.) Psykkinen hyvinvointi ja oppiminen, PS-kustannus 2016, 208–42.
- Barrett P, Duffy A, Dadds M ym. Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69:135–141.
- Barry M, Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2007.
- Barry M. (2001) Promoting positive mental health: theoretical frameworks for practice. *International Journal of Mental Health Promotion* 3, 2543.
- Bradshaw C, Mitchell M, Leaf P. Examining the effects of School-Wide Positive Behavioral Interventions and Supports on student outcomes: Results from a randomized controlled effectiveness trial in elementary schools. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2010;12: 133–148.
- Bradshaw C, Waasdorp T, Leaf P. Examining variation in the impact of School-Wide Positive Behavioral Interventions and Supports: Finding from a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Educational Psychology* 2015;107 (2): 546–557.
- Cacciatore R. Aggression portaat. Opetusmateriaali kouluille. Helsinki: Opetushallitus, 2007.
- Cattan M, Tilford S (Eds). *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach* Berkshire, UK: Open University Press, 20016.
- Durbeej N, Hellner C. Improving school performance among Swedish foster children: A quasi-experimental study exploring outcomes of the Skolfam model. *Children and Youth Services Review* 2017;82:466–476.
- Gellin M. (2011) *Sovittelu koulussa*. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Gol-Guven, M. The effectiveness of the Lions Quest Program: Skills for Growing on school climate, students' behaviors, perceptions of school, and conflict resolution skills. *European Early Childhood Education Research Journal* 2017; 25:575–94.
- Hannukkala M. Facing life and the future. Case study on Life Skills – course in the 9th class of secondary school. Licentiate thesis, Faculty of Education, University of Helsinki, 2003.
- Haravuori H, Muinonen E, Kanste O, Marttunen M. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-722-0>
- Hintikka J. Sopeutumattomien oppilaiden tunne- ja itse-sääätelytaitojen kehittyminen: Oppilaiden ja opettajien arvioita ja kokemuksia Aggression portaat -interventiossa. Turku: Turun yliopiston julkaisuja C 416, 2016.
- Joronen K, Konu A, Rankin S ym. Draamaohjelman vaikutus oppilaiden sosiaalisiin suhteisiin ja kiusaamiskokemuksiin alakoulussa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2013;50:139–49.
- Kasvun tuki. Vaikuttavan varhaisen tuen tietolähde -verkkosivusto. <https://www.kasvuntuki.fi/>
- Kekkonen M, Appelqvist-Schmidlechner K, Sarparanta T. Icehearts koulun kumppanina. Julkaisussa: Gissler M, Kekkonen M & Känkänen P (toim.). Nuoret palveluiden pauloissa – Nuorten elinolut -vuosikirja 2018. Teema 30. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: PunaMusta Oy 2018, 179–192. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-200-0>
- Kemppainen J, Joronen K, Rantanen A ym. Draama-intervention vaikutukset 4.- ja 5.-luokkalaisten oppilaiden sosiaaliseen kompetenssiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010;47:164–73.
- Keyes C. Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? *Ageing International* 2005;30:88–104.
- Kiilakoski T. Parempihan se on että sovitellaan ku että ei sovitella.” Vertaissovittelu, konfliktit ja koulukulttuuri. Vertaissovittelun ulkopuolinen arviointiraportti. Verkojulkaisuja 30. Nuorisotutkimusverkosto, 2009.
- Kiviruusu O, Björklund K, Koskinen H-L ym. Short-term effects of the Together at school intervention program on children's socio-emotional skills: a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychology* 2016;4:27.
- Koposov K, Gundersen K, Svartdal F. Efficacy of aggression replacement training among children from North-West Russia. *The International Journal of Emotional Education* 2014;6(1):14–24.
- Kärnä A, Voeten M, Little T, ym. Effectiveness of the KiVa antibullying program: Grades 1–3 and 7–9. *Journal of Educational Psychology* 2012;105:535–51.
- Käsikirja. Icehearts. Helsinki: Suomen Icehearts ry, 2016.

- Launonen L, Pohjola, K, Holma P. Kodin ja koulun yhteistyö voimavaraksi! Teoksessa L. Launonen & L. Pulkkinen (toim.) Koulu kasvuyhteisönä - kohti uutta toimintakulttuuria. Jyväskylä: PS-kustannus 2004, s. 91-111.
- Matschek-Jauk M, Krammer G, Reicher H. The life-skills program Lions Quest in Austrian schools: implementation and outcomes. *Health Promotion International* 2018;33:1022–32.
- Metsäpelto R-L, Pulkkinen L, Tolvanen A. A school-based intervention program as a context promoting socioemotional development in children. *European Journal of Psychology of Education* 2010;25:381–98.
- MHP Konsortio. Mielenterveyden edistäminen kouluissa. Työpäpaperi 24/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-949-7>
- Niemi P, Asanti R, Seppinen H-L. Pysyvät pienryhmät oppimisyhteisöinä yläkoulussa – oppilaiden ja opettajien kokemuksia kehittämisohjelmasta. *Kasvatus* 2012;4:391–405.
- Oraluoma E, Väliavaara C (toim.). Sijoitetun lapsen koulunkäynnin tukeminen, SISUKAS-työskentelymallin vaikuttavuuden arviointi. Pesäpuu ry, tutkimuksia 2. Jyväskylä: Pesäpuu ry, 2016.
- Peura J (toim.) Tukioppilastoiminnan arviointi. Mannerheimin lastensuojeluliitto, 2012.
- Pulkkinen L. Mukavaa yhdessä – Sosiaalinen alkupääoma ja lapsen sosiaalinen kehitys. Jyväskylä: PS-kustannus, 2002.
- Pulkkinen L, Launonen L. Eheytetty koulupäivä: Lapsilähtöinen näkökulma koulupäivän uudistamiseen. Helsinki: Edita, 2005.
- Sørli MA, Ogden T. School-Wide Positive Behavior Support – Norway: Impacts on problem behaviour and classroom climate. *International Journal of School & Educational Psychology* 2015;3 (3):202–217.
- Talvio M. How do teachers benefit from training on social interaction skills? Research Report 361. Academic Dissertation. University of Helsinki, 2014.
- Vaatava erityinen tuki esi- ja perusopetuksessa Kehittämisyhmän loppuraportti Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2017:34, Kehittämisehdotus 7, 2017, s. 26. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80629/OKM_34_2017.pdf
- Vuorinen K, Erikivi A, Uusitalo-Malmivaara L. A character strength intervention in 11 inclusive Finnish classrooms to promote social participation of students with special educational needs. *Journal of Research in Special Educational Needs* 2019;19(1):45–57.
- Williford A, Boulton A, Noland B ym. Effects of the KiVa Anti-bullying Program on Adolescents' Depression, Anxiety, and Perception of Peers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2012;40:289–300.

Liitteet

Liite 1.	Esimerkkejä kolmannen sektorin tarjoamista lasten ja nuorten mielenterveyttä tukevista ja edistävistä palveluista	252
Liite 2.	LAPS-lomake	254
Liite 3.	Nuorten kiireettömän hoidon arviointilomake	257
Liite 4.	Tapahtumakysely	260
Liite 5a.	Lastensuojeluilmoituksen perusteet ja ilmoituksen tekeminen käytännössä	263
Liite 5b.	Lapsen kaltoinkohtelu – tietoa ja määritelmiä	268
Liite 6a.	Unihaastattelu	270
Liite 6b.	Unikysely	271
Liite 6c.	Unipäiväkirja	276
Liite 6d–g.	Neljä esimerkkiä erilaisista unipäiväkirjoista ja niiden tulkinnasta ja toimenpiteistä ongelman korjaamiseksi:	277
	d. Jatkuvasti aamuisin myöhästelevä lapsi tai nuori	
	e. Paljon pelaava lapsi tai nuori	
	f. Lapsi tai nuori, jolla yö- ja päivärytmi on sekaisin	
	g. Masentunut lapsi tai nuori	
Liite 7a.	Ongelmanratkaisusuunnitelman tekeminen ja arviointi	281
Liite 7b.	Ongelmanratkaisun kuusi askelmaa -työskentelylomake	283
Liite 8a–c.	Tunnepäiväkirjan käyttö tunteiden tunnistamisen harjoittelussa:	285
	a. Tunteiden tunnistamisen harjoittelusta	
	b. Tunnepäiväkirjan käyttö tunneharjoittelussa	
	c. Tunteiden tunnistamisen lisäharjoituksia	
Liite 9.	Haasta ajatuksesi -harjoitus	288
Liite 10.	Kaksi hengitysharjoitusta	290
Liite 11.	Myönteinen toiminta -harjoitus	291
Liite 12a.	Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 6–12-vuotiaan lapsen vanhemmille	293
Liite 12b.	Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 13–19-vuotiaan nuoren vanhemmille	294
Liite 12c.	Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 13–19-vuotiaille	295
Liite 13a.	Kouluikäisen pakolaistaustaisen lapsen tukeminen traumatisoivien kokemusten jälkeen: neuvoja vanhemmalle	296
Liite 13b.	Kouluikäisen pakolaistaustaisen nuoren tukeminen traumatisoivien kokemusten jälkeen: neuvoja vanhemmalle	298
Liite 14.	Päihdehäiriöt, päihteiden haitallinen käyttö ja riippuvuus: diagnostiset kriteerit	299
Liite 15.	CGAS psyykkisen tilan arviointi 0–17-vuotiaille	301
Liite 16.	Älypuhelimien riippuvuusasteikko SAS-SV (Smartphone addiction scale – short version for adolescents)	302

Liite 1. Esimerkkejä kolmannen sektorin tarjoamista lasten ja nuorten mielenterveyttä tukevista ja edistävistä palveluista

Toiminta	Järjestäjä
Kylämummit ja -vaarit (toimivat kouluissa)	Mannerheimin lastensuojeluliitto
Aamu- ja iltapäivätoiminta (ohjattu toiminta 1.–2.-luokkalaisille koulupäivän jälkeen klo 16 tai 17 asti)	Suomen evankelisluterilainen kirkko
Lasten ja vanhempien harrastekerhot	Mannerheimin lastensuojeluliitto
Aikuinen -lapsi toiminta (leiri-, retki- tai ryhmätoimintaa 14 vuotta täyttäneille ja sitä nuoremmille lapsille ja heidän vanhemmalleen, isovanhemmalleen tai kummilleen)	Suomen evankelisluterilainen kirkko
Kaveritoiminta (esimerkiksi yksinäisille lapsille ja nuorille)	Mannerheimin lastensuojeluliitto
Verkkoystävät	Suomen Punainen Risti
Nuorisoryhmät (eri sisältöistä toimintaa 13–17-vuotiaille, aiheina SPR, erilaiset kampanjat, elokuva- ja peli-illat; lisäksi teemaryhmiä kuten nuorten ensiapuryhmät ja humanitaarisen oikeuden ryhmät.)	Suomen Punainen Risti
RedNet-kerhot ja -leirit (SPR:n ensiapu- ja ystävätoimintaan sekä kansainväliseen työhön tutustumista 7–17-vuotiaille).	Suomen Punainen Risti
Leirit ja päiväleirit (7–14-vuotiaille, koulujen loma-aikoina ja viikonloppuisin)	Suomen evankelisluterilainen kirkko
Perhekummitoiminta (tuki lapsiperheille)	Mannerheimin lastensuojeluliitto
Ystäväksi maahanmuuttajaäidille -toiminta (tuki äideille ja heidän lapsilleen)	Mannerheimin lastensuojeluliitto
Perheiden virkistystoiminta (AS-kirjon lapsille/nuorille ja perheille)	Autismiliitto ry:n jäsenyhdistykset
Vertaisosaajan antama vertaistuki (AS-kirjon lasten vanhemmille ja perheille)	Autismiliitto ry
Lukumummit ja -vaarit kouluissa (lasten lukutaidon edistäminen)	Mannerheimin lastensuojeluliitto
Terhokerhot (sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja eri sukupolvien kohtaamista)	Suomen Punainen Risti / Mannerheimin lastensuojeluliitto
Netari (nettinuorisotalo, mahdollisuus yksityiseen keskusteluun koulutetun ammattilaisen kanssa chatissa tai WhatsApp:issa)	Pelastakaa Lapset ry
Lasten ja nuorten puhelin, chat ja puhelimen kirjepalvelu (7–20-vuotiaille, maksuton)	Mannerheimin lastensuojeluliitto
Kirkon keskusteluapu nuorille ja koululaisille (www.kirkonkeskusteluapua.fi; palveleva puhelin, chat, netti tai kirje, koulutettujen vapaaehtoistyöntekijöiden keskusteluapu ja kysymyksiin vastaaminen, myös ruotsin kielellä).	Suomen evankelisluterilainen kirkko
Nuorten netti (tukea 12–17-vuotiaille nuorille)	Mannerheimin lastensuojeluliitto
Nettisaapas (www.saapas.fi; sosiaalisessa mediassa (Instagram, Youtube, Suomi 24, tukinet) toimiva tuki nuorille.)	Suomen evankelisluterilainen kirkko
Nettitupu (www.tupu.help.fi; luotettavan aikuisen keskustelukumppanin auttamispalvelu koululaisille)	Suomen evankelisluterilainen kirkko
Ttila (www.ttila.fi; viikoittainen nuorten juontama lähetyks Youtube-kanavalla, jossa turvallisessa nettiympäristössä voi pohtia elämän tärkeitä aiheita, noin 9–13-vuotiaille.)	Suomen evankelisluterilainen kirkko

Toiminta	Järjestäjä
Sekasin-chat nuorille (mielenterveysalan ammattilaisen tai koulutetun vapaaehtoistyöntekijän antamaa tukea nuorille, avoinna joka päivä)	MIELI Suomen Mielenterveys ry
Poikien puhelin (tukea pojille)	Väestöliitto
Ristiohjain -pelistriimauskanava (twitch.tv/ristiohjain; viikoittain keskustelua kirkon työntekijän kanssa ja pelistriimaus pelimaailmassa eläville nuorille.)	Suomen evankelisluterilainen kirkko
SYLI-chat ja tukipuhelin (kokemusasiantuntijoiden kanssa lapsille ja nuorille, joilla on syömishäiriö)	Syömishäiriöliitto
Vanhempain puhelin, vanhempainnetti, chat ja kirjepalvelu (maksuton)	Mannerheiminlastensuojeluliitto
Kirkon perheneuvonta (41 neuvontakeskusta, maksuton koulutettujen työntekijöiden keskusteluapu vanhemmille ja lapsille perheeseen ja parisuhteeseen liittyvissä asioissa, ajanvaraus)	Suomen evankelisluterilainen kirkko
Nettiturvakoti (tietoa väkivallasta ja chat 5 päivää viikossa lapsille ja nuorille)	Ensi- ja turvakotien liitto
Kriisiapu, turvakotitoiminta (perhe- ja lähisuhteessa väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneille)	Ensi- ja turvakotien liitto
Kriisipuhelin (tukea elämän kriisitilanteissa, kaikenikäisille)	MIELI Suomen Mielenterveys ry
Kriisikeskustoiminta, ohjatut sururyhmät, perhekurssit (22 keskusta, traumaattisten kriisien alkuvaiheen hoito vaikeassa elämäntilanteessa tai äkillisessä kriisissä oleville perheille)	MIELI Suomen Mielenterveys ry

Liite 2. LAPS-lomake.

LAPS-LOMAKE

1

Lapsen psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä 4–15-vuotiaille

Lapsen nimi	Henkilötunnus
Lomakkeen täyttäjän nimi ja virka-asema	
Täyttöpäivämäärä ja toimipaikka	

Valitkaa kunkin kysymyksen kohdalla lapsen tämänhetkistä tilannetta parhaiten kuvaava vaihtoehto. Kussakin kysymyksessä huomioidaan yksi, vakavin vaihtoehto. Ohjeet sivuilla 2–3.

<p>1. Kehitys ikätasoon nähden Ei viivästymää eikä sen riskiä..... 0 Vähäinen viivästymä tai viivästymän riski..... 1 Kohtalainen tai vakava viivästymä 2</p> <p>2. Toimintakyky kotiympäristössä (päivittäisten toimien sujuminen, oireilun vaikutus) Ei ongelmia..... 0 Vähäisiä ongelmia..... 1 Kohtalaisia tai vakavia ongelmia..... 2</p> <p>3. Toimintakyky päivähoitossa/koulussa ja oppiminen Ei ongelmia..... 0 Vähäisiä ongelmia..... 1 Kohtalaisia tai vakavia ongelmia..... 2</p> <p>4. Toimintakyky ystävien kanssa ja muissa sosiaalisissa suhteissa (päivähoito, koulu, vapaa-aika, harrastukset) Ei ongelmia..... 0 Vähäisiä ongelmia..... 1 Kohtalaisia tai vakavia ongelmia..... 2</p> <p>5. Vanhempien kyky säädellä lapsen tunne-elämää ja käytöstä (päivittäisten toimien sujuminen, oireilun vaikutus) Ei ongelmia..... 0 Vähäisiä ongelmia..... 1 Kohtalaisia tai vakavia ongelmia..... 2</p> <p>6. Sisäänpäin suuntautuvat oireet (esim. ilottomuus, masentuneisuus, kiinnostuksen vähäisyys, vetäytyminen, ahdistuneisuus) Ei oireita..... 0 Vähäisiä oireita..... 1 Kohtalaisia tai vakavia oireita..... 2</p> <p>7. Ulospäin suuntautuvat oireet (esim. uhmakkuus, aggressiivisuus, levottomuus, häiritsevä käytös) Ei oireita..... 0 Vähäisiä oireita..... 1 Kohtalaisia tai vakavia oireita..... 2</p>	<p>8. Vakavan mielenterveyshäiriön epäily tai itsetuhoisuuden tai muiden vahingoittamisen riski Ei epäilyä, ei riskiä..... 0 Vähäinen epäily tai riski 4 Kohtalainen tai vakava epäily tai riski..... 8</p> <p>9. Perheen toimintakyky tai lapseen vaikuttavat perhetekijät Ei ongelmia / ei tiedossa..... 0 Vähäisiä ongelmia..... 1 Kohtalaisia tai vakavia ongelmia..... 2</p> <p>10. Onko lapsen perheessä tai lähisuvussa esiintynyt mielenterveyden häiriötä? Ei / ei tiedossa..... 0 Kyllä, sisaruksilla tai lähisuvussa..... 1 Kyllä, vanhemmalla..... 2</p> <p>11. Päihteiden käyttö Ei ongelmia / ei tiedossa..... 0 Riski- tai ongelmakäyttöä vanhemmalla 2 Päihteiden käyttöä lapsella..... 2</p> <p>12. Perheväkivalta Ei / ei tiedossa..... 0 Sisarusten välillä 1 Kyllä, vanhempien välillä tai lapsiin kohdistuvaa..... 2</p> <p>13. Aiemmin todettu lapsen erityisen tuen tarve (kehityksellinen, psykososiaalinen) Ei tarvetta / ei tiedossa..... 0 Lievä tai ohimenevä..... 1 Kohtalainen tai voimakas, pitkäaikainen tai jatkuva..... 2</p> <p>14. Onko vanhemmalla huolta lapsensa tunne-elämästä, käyttäytymisestä, keskittymisestä tai toisten kanssa toimeen tulemisestä? Ei huolta..... 0 Vähäistä huolta..... 1 Kohtalaista tai vakavaa huolta..... 4</p>
---	---

KOHTIEN 1–14 PISTEMÄÄRÄ YHTEENSÄ _____

LAPS-LOMAKE

2

Lapsen psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä 4–15-vuotiaille

OHJEET

Kaikki kysymykset, jotka ilmentävät huolta lapsen tai perheen tilanteesta on huomioitava. Yksittäinenkin huoli otetaan puheeksi vanhempien kanssa, arvioidaan huolen vaikutusta lapsen psykososiaaliseen terveyteen ja kehitykseen sekä arvioidaan mahdollista tuen tarvetta.

Kokonaispistemäärä 4–7 viittaa lapsen tai perheen tuen, lisäselvittelyjen tai hoidon tarpeeseen perusterveydenhuollossa ja peruspalveluissa (päivähoito, esikoulu, oppilashuolto, perhetyö). Yhteistyöverkoston kokoaminen lapsen tuen ja hoidon suunnitteluun ja sen toteutukseen on tärkeää.

Kokonaispistemäärä 8 tai enemmän viittaa siihen, että on harkittava lastenpsykiatrista konsultaatiota, lastenpsykiatrisia kuntaan tuotuja palveluita tai lapsen lähettämistä erikoissairaanhoidon lastenpsykiatriseen arviointiin. Mikäli kokonaispistemäärä kertyy pääosin perheen toimintakykyä ja kuormitustekijöitä kuvaavista kysymyksistä (kysymykset 9-12), on ensisijaisesti harkittava perheen ohjaamista muiden erityispalveluiden piiriin (aikuisen mielenterveys- tai päihdepalvelut, lastensuojelu tai muu sosiaalitoimi).

Monissa arviointilomakkeen kysymyksissä arvioidaan kuvattua oireen tai ongelman vaikeusastetta. *Vähäiset oireet/ongelmat* ovat yleensä tunnistettavia, mutta ne eivät vaikeuta lapsen tai perheen toimintakykyä. *Kohtalaiset ja vakavat oireet/ongelmat* heikentävät lapsen tai perheen toimintakykyä, tuottavat kärsimystä ja vaativat tarkempaa arviota sekä tuen tai hoidon järjestämistä. Lapsen toimintakykyä verrataan odotettavissa olevaan tavanomaiseen ikätasoiseen selviytymiseen ja taitoihin eri tilanteissa.

1. Kehitys ikätasoon nähden

Yleisarvio lapsen kehityksellisestä tilasta. Tässä huomioidaan perinnölliset ja synnynnäiset sekä muista syistä aiheutuneet kehitysviivästymät tai kehityksen poikkeamat, lapsen neurologinen ja kielellinen kehitys, kognitiivinen taso ja psykososiaalinen kehitys.

2. Toimintakyky kotiympäristössä (päivittäisten toimien sujuminen, oireilun vaikutus)

Päivittäisten toimien sujuvuuteen kuuluvat ikätasoiset itsestä huolehtimisen taidot kuten ruokailu, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, wc-käynnit, pukeutuminen ja nukkuminen. Lapsen kyky säädellä käytöstään ja tunne-elämäänsä ilmenee kotiympäristössä erityisesti turhautumis- ja pettymytilanteissa sekä siinä, miten hän ottaa vastaan vanhemman ohjausta. Tässä huomioidaan myös omista ikätasolle sopivista tehtävistä, kuten kotitöistä ja koulutöistä, huolehtimisen taito.

3. Toimintakyky päivähoidossa/koulussa ja oppiminen

Tässä arvioidaan lapsen oppimisen edellytykset ja siihen vaikuttavat tekijät kuten oppimiskyky, oppimismotivaatio, tarkkaavuus ja ryhmässä toimimisen taidot. Huomioidaan myös lapsen kyky toimia yleisten ohjeiden ja odotusten mukaan sekä siirtymätilanteiden sujuvuus.

4. Toimintakyky ystävien kanssa ja muissa sosiaalisissa suhteissa (päivähoito, koulu, vapaa-aika)

Lapsen sosiaalisia taitoja suhteessa ikätovereihin arvioidaan päivähoidossa, koulussa, vapaa-ajalla ja harrastuksissa. Tässä huomioidaan, onko lapsi kiinnostunut vuorovaikutuksesta, onko hänellä kyky tehdä sosiaalisia aloitteita ja kyky ylläpitää toverisuhteita sekä onko hänellä taitoja ratkaista ristiriitoja.

5. Vanhempien kyky säädellä lapsen tunne-elämää ja käytöstä (päivittäisten toimien sujuminen, oireilun vaikutus)

Vanhemmalta kysytään, miten arjen haastavat tilanteet sujuvat lapsen kanssa. Keskustellaan tunnetilojen jakamisesta lapsen kanssa; ilojen jakamisesta, lohduttamisesta, rauhoittamisesta ja lapsen negatiivisten tunnetilojen sietämisestä. Keskustellaan siitä, millaisilla kasvatustoimilla vanhemmat ohjaavat ja rajaavat lapsensa käytöstä esimerkiksi pettymytilanteissa tai lapsen vastustaessa vanhemman ohjeita. Keskustellaan vanhemman kanssa arvioidaan hänen kykyään ymmärtää lapsen viestejä ja tarpeita sekä vastata niihin ikätasoon sopivalla tavalla. Arvioidaan, onko vanhemman kokemus suhteestaan lapseen yleensä ottaen myönteinen ja kokeeko vanhempi selviytyvänsä riittävän hyvin lapsensa tunteiden ja käytöksen säätelyssä lapsen ikätasoisien tarpeiden mukaan. On otettava huomioon myös lapsen erityisen tuen tarpeen vaikutus. Isompien lasten kohdalla vanhempien kyky säädellä lapsen tunne-elämää ja käytöstä näkyy myös lapsen omalla kykyllä säädellä tunneilmaisuaan ja käytöstään eri tilanteisiin sopivilla ja sosiaalisesti hyväksytyillä tavoilla.

LAPS-LOMAKE

3

Lapsen psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä 4–15-vuotiaille

6. Sisäänpäin suuntautuvat oireet (esim. ilottomuus, masentuneisuus, kiinnostuksen vähäisyys, vetäytyminen, ahdistuneisuus)

Oireet on täsmennetty arviointilomakkeessa.

7. Ulospäin suuntautuvat oireet (esim. uhmakkuus, aggressiivisuus, levottomuus, häiritsevä käytös)

Oireet on täsmennetty arviointilomakkeessa.

8. Vakavan mielenterveyshäiriön epäily tai itsetuhoisuuden tai muiden vahingoittumisen riski

Vakavalla mielenterveyshäiriöllä tarkoitetaan lapsen itsetuhoisuutta, psykoottisuutta tai sen epäilyä, vakavia impulssikontrollin häiriöitä, vakavia syömishäiriöitä tai päihdehäiriöitä.

Itseä vahingoittavaksi käytökseksi luetaan lapsen puheet itsensä vahingoittamisesta, suunnitelmat tai suorat pyrkimykset vahingoittaa itseään sekä itseä vahingoittavat teot. Tapaturma-alttius, toistuvat tapaturmat ja kyvyttömyys suojella itseään ikätasoisesti ovat itseä vahingoittavaa käytöstä.

Muiden vahingoittamisen riski on kohonnut, mikäli lapsi on muiden vahingoittamisella tai käyttäytyy muita vaarantaen. Vakavaa käytösoireilua ovat esimerkiksi hyökkäävyys, tulien sytyttely ja julmuus eläimiä kohtaan. Todentaju on heikentynyt, mikäli lapsi ei pysty erottamaan ikätasoisesti rajaa toden ja kuvitellun välillä tai hänellä on outoja ajatuksia tai epätavallisen voimakkaita pelkoja.

Kohtalaiset tai vakavat ongelmat näissä asioissa vaativat pikaista tarkempaa tutkimusta ja hoitoa. Nämä oireet vaativat sekä psykiatrista että usein myös lastensuojelullista arviota ja hoitoa.

9. Perheen toimintakyky tai lapseen vaikuttavat perhetekijät

Tässä arvioidaan monenlaisia perheen toimintakykyyn tai lapseen vaikuttavia kuormitustekijöitä: työttömyys, työhön liittyvät muut ongelmat, taloudellinen ahdinko, somaattinen sairastavuus perheessä, vanhempien kasvatuserimielisyydet, parisuhdeongelmat, vanhempien ero, huoltajuuskiistat, uupumus, perhekriisit. Otetaan huomioon myös aiempien tai ajankohtaisten traumaattisten kriisien vaikutus. Perheen mielenterveys- ja päihdeongelmat arvioidaan kysymyksissä 10 ja 11.

10. Onko lapsen perheessä tai lähisuvussa esiintynyt mielenterveyden häiriöitä?

Otetaan huomioon tämänhetkiset ja aiemmat mielenterveyden häiriöt.

11. Päihteiden käyttö

Päihteellä tarkoitetaan alkoholia, erilaisia huumausaineita ja päihtymystarkoituksessa käytettäviä lääkkeitä. Lapsilla päihteiden käyttöön lasketaan myös tupakointi. Erityisesti tupakoinnin varhainen aloittaminen on riski lapsen terveille kehitykselle.

Huomioidaan tämänhetkinen riskikäyttö tai päihdeongelmat. Molempien vanhempien päihteiden käyttöä arvioidaan: mitä päihteitä käytetään, kuinka paljon ja kuinka usein. AUDIT -kyselyn käyttö on suositeltavaa. Vanhemman kanssa arvioidaan, miten vanhempien päihteiden käyttö vaikuttaa lapseen. Tarvittaessa vanhempaa tuetaan ja häntä ohjataan päihdepalvelujen piiriin.

12. Perheväkivalta

Perheväkivaltaan lasketaan kuuluvaksi parisuhdeväkivalta, lapsiin kohdistuva väkivalta ja sisarusten välinen väkivalta. Fyysistä väkivaltaa on kaikenlainen kivun tuottaminen toiselle, myös fyysinen kurittaminen kuten tukistus, luunapit ja läimäyttely. Perheväkivallaksi luetaan fyysisen väkivallan lisäksi lapsen laiminlyönti ja emotionaalinen väkivalta kuten halventaminen, kiusaaminen, alistaminen tai uhkailu.

13. Aiemmin todettu lapsen erityisen tuen tarve (kehityksellinen, psykososiaalinen)

Selvitetään, onko lapselle aiemmin suositeltu erityistä tukea tai onko lapsi saanut kehityksellistä, kielellistä tai psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta: puheterapia, päivähoidon tai koulun tukitoimet, toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus, mielenterveyspalvelujen tai lastensuojelun tukitoimet.

Lieväksi tuen tarpeeksi luetaan ohimenevä peruspalvelujen avulla korjaantuva tilanne.

Kohtalaiseksi ja voimakkaaksi tuen tarpeeksi luetaan tilanteet, joissa lapsen oireet tai hänen kehitykseensä vaikuttavat riskitekijät ovat vaatineet pidempiä tukea tai hoitoa. Voimakkaaseen tuen tarpeeseen voi liittyä myös lapsen äkillinen vakava oireilu tai jatkuva tuen tarve psyykkisen häiriön vuoksi.

14. Onko vanhemmalla huolta lapsensa tunne-elämästä, käyttäytymisestä, keskittymisestä tai toisten kanssa toimeen tulemisesta?

Vanhemmalta kysytään, onko hänellä huolta mistä tahansa lapsensa hyvinvointiin liittyvästä asiasta tai onko vanhempi huolissaan lapsella mahdollisesti jo todetusta vaikeudesta.

Liite 3. Nuorten kiirettömän hoidon arviointilomake

Kiirettömän hoidon perusteet erikoissairaanhoidossa

- Arviointilomaketta voidaan käyttää nuorten terveystarkastuksissa ja ongelmatilanteita arvioidessa apuna hoidon tason ja muiden interventioiden tarpeen harkinnassa. Yli 10 mutta alle 45 pistettä saattaa edellyttää interventioita paitsi perusterveydenhuollosta myös sosiaalitoimelta, opiskeluhuollosta tai muilta viranomaisilta. Kriteerejä voidaan hyödyntää myös erikoissairaanhoidon lähetettäessä.
- Erikoissairaanhoidon pääsyn kriteerien täyttyminen arvioidaan erikoissairaanhoidossa. Hoitoon pääsyn perusteena on, että nuorella todetaan jokin psykiatrinen häiriö (voidaan asettaa jokin tautiluokituksen mukainen psykiatrinen diagnoosi) ja kriteereillä mitattuna ylittyy 50 pisteen raja.
- Perusterveydenhuollon käyttäessä kriteereitä läheteharkinnan tukena tulee psykiatrista häiriötä voida perustellusti epäillä. Diagnoosin varmistaminen voi tapahtua erikoissairaanhoidossa.

Oireet ja riskit

(arvioi jokainen alakohta seuraavasti: ei lainkaan, lieviä, kohtalaisia, vakavia oireita tai riskejä)

- 25 pistettä: Ainakin yksi luetelluista oireista tai riskeistä on vakava tai kohtalainen:
 - Vaara itselle
 - Vaara muille
 - Psykoottisia oireita
 - Sisäänpäin suuntautuneita oireita (kuten masennus, ahdistuneisuus, poikkeava ja vahinkoa aiheuttava syömiskäyttäytyminen)
 - Ulospäin suuntautunut tai tuhoava käyttäytyminen (kuten väkivaltainen, poikkeavan aggressiivinen tai uhmakas käyttäytyminen, tulipalojen sytyttely, vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen)
 - Haittaa aiheuttavaa päihteiden käyttöä
 - Nuoruusiän kehityksen viivästyminen tai lukkiutuminen

Toimintakyvyn aleneminen

(arvioi jokainen alakohta seuraavasti: ei lainkaan, lievä, kohtalainen tai vakava alenema)

- 25 pistettä: Ainakin yhdellä luetelluista toimintakyvyn alueista on alenema tai ongelma on kohtalainen tai vakava (tai CGAS arvio 41–50 tai alle 40):
 - Toimintakyky on alentunut koulutyössä
 - Toimintakyky on alentunut sosiaalisissa ja ystävyys-suhteissa.
 - Toimintakyky on alentunut kotiympäristössä ja suhteessa vanhempiin
 - Toimintakyky on alentunut iänmukaisessa itsestä huolehtimisessa
 - Nuori eristäytyy kotiin, syrjäytymiskehitys alkamassa
 - CGAS* tai GAF** arvio (ei alenemaa yli 60, vähäistä alenemaa 51–60, kohtalaista alenemaa 41–50, vakavaa alenemaa <40).

Muut keskeiset riskitekijät

(arvioi jokainen alakohta seuraavasti: ei lainkaan, lievä, kohtalainen tai vakava ongelma)

- 20 pistettä: Ainakin yksi luetelluista riskitekijöistä on vakavan tasoinen
- 10 pistettä: Ainakin yksi luetelluista riskitekijöistä on lievä tai kohtalainen
 - Ongelmia perheen kyvyssä tukea nuorta
 - Nuorella on sopeutumisvaikeutta aiheuttava tai psykiatrista hoitoa mutkistava ruumiillinen sairaus
 - Nuorella on kaksi tai useampia samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä
 - Vanhemman vakava mielenterveyden häiriö, etenkin psykoosisairaus, tai vanhemman vakava päihdehäiriö

Ennuste ilman erikoistason psykiatrista hoitoa

(hyvä, kohtalainen, huolestuttava, huono)

- 30 pistettä: Huono
- 25 pistettä: Huolestuttava

*CGAS = alaikäisten Global Assessment Scale 1

** GAF = Global assessment of functioning

Erikoissairaanhoidon hoitodikaatit nuorisopsykiatriassa

Päädiagnoosi:	Lisädiagnoosit:				Pisteytys
Kriteeri	Vakavuus / voimakkuus				Erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatriseen hoitoon kuuluvat nuoret, joille 1. Voidaan asettaa tautiluokituksen mukainen psykiatrinen diagnoosi JA 2. jotka saavat 50 tai enemmän pistettä seuraavista:
	Ei lainkaan	Vähäinen	Kohtalainen	Vakava	
I Oireet ja riskit					25 pistettä
Vaara itselle					Ainakin yksi oire tai riski on vakava tai kohtalainen
Vaara muille					
Psykoottiset oireet					
Kehitys ikätasoon nähden: viivästyminen tai sen uhka					
Sisäänpäin suuntautuneita oireita (kuten masennus, ahdistuneisuus, poikkeava ja vahinkoa aiheuttava syömiskäyttäytyminen)					
Ulospäin suuntautunut tai tuhoava käyttäytyminen (kuten väkivaltainen, poikkeavan aggressiivinen tai uhmakas käyttäytyminen, tulipalojen syyttely, vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen)					
Haittaa aiheuttavaa päihteiden käyttöä					
II Toimintakyvyn aleneminen					25 pistettä
Toimintakyky on alentunut koulutyössä					Ainakin yhdellä toimintakyvyn alueella alenema tai ongelmat ovat kohtalaisia tai vakavia (CGASissa / GAFissa luokat 41–50 ja <40)
Toimintakyky on alentunut sosiaalisissa ja ystävyyssuhteissa					
Toimintakyky on alentunut kotiympäristössä ja suhteessa vanhempiin					
Toimintakyky on alentunut iänmukaisessa itsestä huolehtimisessa					
Nuori eristäytyy kotiin, syrjäytymiskehitys alkamassa					
CGAS / GAF -arvio	>60	51–60	41–50	<40	
III Muut keskeiset riskitekijät					10 pistettä
Ongelmia perheen kyvyssä tukea nuorta					Ainakin yksi muu keskeinen riskitekijä on vakavan tason
Nuorella on sopeutumisvaikeutta aiheuttava tai psykiatrista hoitoa mutkistava ruumiillinen sairaus					
Nuorella on kaksi tai useampia samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä					
Vanhemman vakava mielenterveyden tai päihdehäiriö					
IV Ennuste ilman erikoistason psykiatrista hoitoa	Hyvä	Kohtalainen	Huolestuttava	Huono	40 pistettä: Huono 25 pistettä: Huolestuttava

Liite 4. Tapahtumakysely

<p>Helsingin yliopiston lastenpsykiatrialla professori Eeva Arosen työryhmässä v. 2015 kehitetty 8-13-vuotiaiden lasten kielteisiä kokemuksia kartoittava kysely pohjautuen Nuorisorikollisuus (NRK) – kyselyyn ja Kiddie-Sads haastattelun traumaattiset kokemukset osioon. Kysely tarkoitettu kliiniseen käyttöön.</p> <p><u>Tapahtumakysely lapsille ja nuorille</u></p> <p>Seuraavassa kysytään kokemuksista, joita lapsille ja nuorille on saattanut tapahtua. Valitse Kyllä, jos sinulle on tapahtunut näin. Valitse Ei, jos sinulle ei ole tapahtunut näin.</p>		
	On tapahtunut	Ei ole tapahtunut
1 Onko kukaan koskaan tahallaan vahingoittanut tavaroitasi kuten pyörääsi, mopoasi, vaatteitasi tai muuta sinulle kuuluvaa omaisuutta?	Kyllä	Ei
<i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden eli viimeisen vuoden aikana siis viime vuoden _____ jälkeen?</i>	Kyllä	Ei
2 Onko kukaan koskaan varastanut tai yrittänyt varastaa sinulta jotain käyttämällä väkivaltaa tai uhkaamalla sillä?	Kyllä	Ei
<i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä	Ei
3 Onko kukaan koskaan muuten varastanut sinulta jotain?	Kyllä	Ei
<i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä	Ei
4 Onko kukaan koskaan kiusannut sinua koulussa tai koulumatkalla?	Kyllä	Ei
<i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä	Ei
5 Onko kukaan koskaan uhannut vahingoittaa sinua fyysisesti, kuten uhannut lyödä, tukistaa tai potkia?	Kyllä	Ei
<i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä	Ei
6 Onko kukaan koskaan käynyt fyysisesti kimppuusi, kuten lyönyt, potkinut tai käyttänyt jotakin asetta?	Kyllä	Ei
<i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä	Ei
7 Onko kukaan koskaan tahallisesti uhkaillut sinua tai kohdistanut sinuun väkivaltaa puhumasi kielen, ihonvärisi, uskontosi tai mielipiteittesi vuoksi?	Kyllä	Ei
<i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä	Ei
Käännä – kysely jatkuu toisella puolella!		

8	Onko vanhempasi (äiti, isä, äitipuoli, isäpuoli) koskaan rankaissut sinua ruumiillisesti, kuten tukistanut, läimäyttänyt tai muulla tavalla? <i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä Kyllä	Ei Ei
9	Onko kukaan koskaan uhkaillut tai tietoisesti loukannut sinua teksti- tai whatsapp-viestillä, sähköpostilla tai internetissä? <i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä Kyllä	Ei Ei
10	Onko kukaan aikuinen (tai joku sinua yli 5 vuotta vanhempi) koskaan lähennellyt sinua? Kuten kosketellut sinua yksityisistä paikoista tai pakottanut sinut seksiin? <i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä Kyllä	Ei Ei
11	Oletko koskaan ollut vakavassa onnettomuudessa kuten auto-onnettomuudessa, tai tulipalossa tai myrskyssä? <i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä Kyllä	Ei Ei
12	Oletko koskaan nähnyt kun kotisi aikuiset haukkuvat toisiaan, paiskovat tavaroita, uhkaavat tehdä pahaa toisilleen tai satuttavat toisiaan? <i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä Kyllä	Ei Ei
13	Oletko koskaan saanut kivuliasta tai pelottavaa hoitoa kun olet ollut hyvin sairas tai pahasti loukkaantunut? <i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä Kyllä	Ei Ei
14	Onko sinulle koskaan tapahtunut jotakin muuta pelottavaa tai pahaa? Mitä:	Kyllä	Ei
	<i>Onko sinulle tapahtunut näin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?</i>	Kyllä	Ei

Ohjeistusta lomakkeen täyttöön:

- Lapsi täyttää lomakkeen itse aikuisen läsnäollessa.

- Mikäli lapsi tarvitsee apua, kysymykset voidaan lukea lapselle ääneen. Ikätason huomioiden lapselle voi selittää kysymyksiä – kuitenkin pitäen mielessä, ettei tule johdatelleeksi lasta.

- Aikamääreitä voi lapselle selventää esim viim. 12kk vertaamalla edelliseen luokkasteeseen tms (esim 4. luokkalainen, kun olit 3:lla luokalla jne)

- Erityisestä syystä kyselyn täyttäminen voidaan jättää kesken (lapsi ahdistuu, lapsen yleisvointi ei salli jatkamista, kieltäytyy) tai mikäli lapsen vointi ei ajankohtaisesti salli kyselyn täyttämistä lainkaan, jätetään lomake täyttämättä.

- Jos lapsi raportoi lomakkeeseen tapahtumia, niitä tarkennetaan kliinisiin indikaatioin avoimin kysymyksin. Noudatetaan oman yksikön ohjeistusta huomioiden lastensuojelu -ja poliisi-ilmoitusten teko velvollisuudet.

- **Lastensuojeluilmoitus ja/tai ilmoitus poliisille tehdään ilmoitusveloitteen täytyessä**

Liite 5a. Lastensuojeluilmoituksen perusteet ja ilmoituksen tekeminen käytännössä

Ilmoitusvelvollisuus ja lastensuojeluilmoituksen perusteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon, opetustoimen, nuorisotoimen, sosiaalipalvelujen tai terveydenhuollon palvelujen tuottajan sekä opetuksen tai koulutuksen järjestäjän palveluksessa olevat viranhaltijat tai työntekijät ovat lain mukaan velvollisia tekemään viipymättä lastensuojeluilmoituksen, jos he ovat tehtävässään saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttävät mahdollista lastensuojelun tarpeen selvittämistä.

Lastensuojeluilmoituksen voi tehdä lisäksi kuka tahansa epäillessään, että on tarpeen selvittää, voiko joku lapsi tai nuori huonosti. Ilmoituksen voivat tehdä myös lapsi tai nuori itse tai hänen vanhempansa. Jos lastensuojeluilmoituksen perusteet täyttyvät, ilmoitus tehdään viipymättä. Jos on epävarma siitä, miten tulisi toimia, voi ennen ilmoituksen laatimista konsultoida lastensuojelua kertomatta vielä lapsen tai nuoren henkilötietoja.

Lastensuojeluilmoituksen perusteena olevia tilanteita esitellään taulukossa 1.

Salassapitosäännökset eivät ole este lastensuojeluilmoituksen tekemiselle. Ilmoituksen tekemiseen on veloitettu se henkilö, joka on saanut tietää mahdollisesta lastensuojelun tarpeesta. Ilmoituksen tekemistä ei saa viivästyttää siirtämällä ilmoituksen tekeminen esimerkiksi esimiehelle. Lastensuojeluilmoituksen tekemistä ei voi viivästyttää tai jättää tekemättä myöskään sillä perusteella, että arvioi tai tietää jonkun muun tahon jo tehneen samasta asiasta ilmoituksen. Toisen tahon ilmoitusvelvollisuus ei siis poista omaa ilmoitusvelvollisuutta. Ilmoitusvel-

Taulukko 1. Lastensuojeluilmoituksen perusteena olevia elämäntilanteita

Lastensuojeluilmoituksen perusteita
Lapsen tai nuoren kohteluun liittyvät
<ul style="list-style-type: none"> • tarpeiden ja iänmukaisen hoivan laiminlyönti • heitteillejätto • muu hyvinvointia vaarantava puute tai • osaamattomuus hoidossa tai huolenpidossa • pahoinpitely, sen epäily tai uhka • seksuaalinen hyväksikäyttö, sen epäily tai uhka
Lapsesta tai nuoresta huolehtivan aikuisen tilanteeseen liittyvät
<ul style="list-style-type: none"> • päihdeongelmat • mielenterveysongelmat • oman hoidon laiminlyönti • jaksamattomuus • arjen tukiverkon puuttumisen aiheuttama • lapsen tai nuoren hyvinvoinnin vaarantuminen
Lapsen tai nuoren omaan käytökseen ja terveyteen liittyvät
<ul style="list-style-type: none"> • jatkuva koulunkäynnin laiminlyöminen • päihteiden käyttö • mielenterveyden ongelma • itsetuhoisuus • rikokset
Muut, esimerkkejä
<ul style="list-style-type: none"> • lapsen tai nuoren kehitykseen todennäköisesti vaikuttavat vakavat vuorovaikutusongelmat • lapsi tai nuori joutuu kantamaan ikätasoonsa nähden suhteetonta vastuuta esim. vanhemman sairauden vuoksi • perheen erittäin heikko taloudellinen tilanne, joka vaarantaa lapsen tai nuoren huolenpitoa ja kehitystä

Ks. liite Lapsen kaltoinkohtelu, s 268, tai tietoa aiheesta [THL:n verkkosivuilla](#).

vollisuutta ei myöskään poista se, että kyseinen lapsi tai perhe on jo lastensuojelun asiakkaana. Ilmoitusvelvollisilla ei ole lain mukaan myöskään harkintavaltaa siten, että he voisivat jättää lastensuojeluilmoituksen tekemättä koska itse arvioivat, ettei ilmoitus todennäköisesti tule johtamaan välittömiin lastensuojelutoimenpiteisiin, esimerkiksi kiireelliseen sijoitukseen. Lastensuojeluilmoitus tehdään viipymättä myös silloin, kun asianosaiset vastustavat ilmoitusta, mutta lastensuojelulain 25 §:n kriteerit täyttyvät.

Tietoja, jotka ovat jo tulleet esille yhteisessä verkostotapaamisessa lastensuojelun työntekijöiden kanssa, ei tarvitse erikseen ilmoittaa lastensuojeluun. Lastensuojeluilmoituksen tekijälle ei ilmoituksen tekemisen johdosta synny oikeutta saada salassa pidettävää tietoa lastensuojelusta.

Lastensuojeluilmoituksen tekeminen käytännössä

Ilmoitus tehdään aina ensisijaisesti lapsen tai nuoren asuinkunnan sosiaalitoimistoon. Kiireellisissä tilanteissa tai virka-ajan ulkopuolella ilmoitus voidaan tehdä kunnan sosiaalipäivystykseen tai hätäkeskukseen (112). Jos tilanne on kiireellinen eikä lapsen asuinkuntaa tai kunnan lastensuojelun yhteystietoja ei ole mahdollista saada selville, voi soittaa hätänumeroon 112.

Lastensuojeluilmoituksen voi tehdä:

- puhelimitse
- kirjallisesti lomakkeella tai
- käymällä virastossa henkilökohtaisesti.

Lastensuojeluviranomaisen on otettava ilmoitus vastaan sen muodosta riippumatta. Tietojen arkaluontoisuuden vuoksi ilmoitusta ei pidä lähettää suojaamattomassa sähköpostissa. Joissakin kunnissa voi olla käytössä sähköinen, verkossa täytettävä ja lähetettävä ilmoituslomake, jota voi käyttää ilmoituksen tekemiseen (lomake sivulla 266). Kuntien verkkosivuilta löytää yhteystiedot ja mahdolliset tarkemmat ohjeet ilmoituksen tekemiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilta löytyy lastensuojeluilmoituslomake, jonka voi täyttää ja tulostaa. Lomaketta voi käyttää, jos se helpottaa ilmoituksen tekemistä tai jos haluaa varmistaa, että ilmoitus kirjataan sanatarkasti oikein.

Ilmoitusvelvollinen antaa ilmoituksen tehdessään yhteystietonsa, jotta tietoja voidaan tarpeen mukaan täydentää. Ilmoitukseen on myös mahdollista myöhemmin liittää tähän kiinteästi liittyviä asiakirjoja. Erityisen nopeasti tieto on välitettävä sellaisissa tapauksissa, joihin liittyy rikos.

Lastensuojeluilmoituksen sisältö

Lastensuojeluilmoituksen tulee sisältää:

- tiedossa olevat lapsen tai nuoren henkilötiedot
- ilmoituksen syy (tapahtumat, syyt/perusteet ilmoituksen tekemiselle).

Lisäksi voi mainita, onko perheelle kerrottu ilmoituksen tekemisestä.

Lastensuojeluilmoituksen tekemisen käsittely perheen kanssa

Lastensuojeluasian vireille laittamisessa on aina pyrittävä yhteistyöhön lapsen ja vanhempien kanssa. Perheen kanssa yhteisymmärryksessä tehty lastensuojeluilmoitus turvaa paremmin yhteistyötä jatkossakin ja siten palvelujen jatkuvuutta. Jos toinen vanhempi ei ole lapsen huoltaja, ei hänelle voida luovuttaa salassa pidettävää tietoa, joka koskee lasta tai toista vanhempaa. Yhteydenotto lastensuojeluun tehdään siis huoltajavanhemman kanssa.

On yleensä suositeltavaa vähintään kertoa etukäteen ilmoituksen tekemisestä asianosaisille. On kuitenkin tilanteita, jolloin näin ei suositella toimittavan. Esimerkiksi kiireellisen lastensuojelun tarpeessa olevasta lapsesta tai nuoresta tehdään ilmoitus välittömästi. Jos herää epäily lapsen tai nuoren kasvuympäristössään kohdistuneesta pahoinpitely- tai seksuaalirikoksesta, otetaan yhteyttä lastensuojeluun ilman keskustelua vanhempien tai lapsen/nuoren kanssa. Vanhempiin ei myöskään oteta yhteyttä silloin, jos yhteydenotto vaarantaisi lapsen tai nuoren hyvinvoinnin. Ilmoitusvelvollinen työntekijä ei voi tehdä nimetöntä ilmoitusta. Vanhemmalla ja lapsella tai nuorella on tällöin oikeus saada ilmoittajan henkilöllisyys myöhemmin tietoonsa.

Lastensuojeluilmoituksen kirjaaminen

Tieto lastensuojeluilmoituksen tekemisestä ja sen sisällöstä kirjataan lasta koskeviin asiapapereihin. Terveydenhuollossa merkintä tehdään lapsen potilaskertomukseen ja koulussa joko yksilökohtaisen opiskeluhoitotyön rekisteriin tai tietyn opiskeluhoillon ammattihenkilön (terveydenhoitaja, koulupsykologi, koulukuraattori) ylläpitämään rekisteriin riippuen siitä, kuka ilmoituksen on tehnyt ja miten sitä on käsitelty.

Lastensuojelun toiminta lastensuojeluilmoituksen jälkeen

Kun asia on tullut vireille lastensuojelussa, on lastensuojelussa välittömästi arvioitava kiireellisen lastensuojelun tarve. Lisäksi on tehtävä sosiaalihoitolain mukainen palvelutarpeen arviointi, jollei arvion tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä selvitetään myös lastensuojelun tarve, ellei asia ole selvästi luonteeltaan sellainen, ettei lastensuojelun tukitoimia tarvita.

Lisätietoa ja lähteet

[Lastensuojelun käsikirja](#)

Hallituksen esitys eduskunnalle lastensuojelulaiksi 252/2006 vp (Finlex)

Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihoitolain mukainen palvelutarpeen arviointi, jollei arvion tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä selvitetään myös lastensuojelun tarve, ellei asia ole selvästi luonteeltaan sellainen, ettei lastensuojelun tukitoimia tarvita. 164/2014 vp (Finlex)

Räty T. Lastensuojelulaki. Käytäntö ja soveltaminen. Helsinki, Edita 2015.

Saastamoinen K. Lapsen suojele viranomaisten ja muiden toimijoiden välisenä yhteistyönä. Käsikirja arjen toimintaan. Helsinki, Edita, 2016.



**LASTENSUOJELUILMOITUS LsL 25 §
Ilmoitusosa**

LASTENSUOJELUILMOITUKSEN ILMOITUSOSA

Lastensuojeluilmoitus _____ / _____ 20_____

Otetaan vastaan kirjallisena tai suullisena (s-postilla tai henkilökohtainen käynti)

Ilmoituksen tekijä täyttää lomakkeen niiltä osin, kuin mitä hänellä on tiedot olemassa.

Lapsen nimi	Ikä	Henkilötunnus
Osoite ja yhteystiedot		

Lapsi on		
äidin	isän	muun huoltajan kanssa.
Huoltajan nimi	Henkilötunnus	
Osoite ja yhteystiedot		
Huoltajan nimi	Henkilötunnus	
Osoite ja yhteystiedot		

Lastensuojeluilmoituksen sisältö (kuvaa omin sanoin)

1 (2)

Onko lapselle kerrottu lastensuojeluilmoituksesta?

kyllä ei ei tietoa

Lisätietoja: _____

Onko lastensuojeluilmoituksesta ilmoitettu huoltajalle tai huoltajille?

kyllä ei ei tietoa

Lisätietoja: _____

Ilmoituksen tekijä	Virka-asema/ammattinimike ja toimipaikka
Yhteystiedot	

Ilmoituksen tekijä on yksityishenkilö, joka kieltää antamasta tietoja ilmoittajasta asiaan osalliselle

Syy: _____

Ilmoittajataho

ilmoitus on tehty nimettömänä	perheneuvola
lapsi itse	mielenterveyspalvelut
lapsen vanhempi tai huoltaja	lastensuojelulaitos
muu perheen jäsen	perhehoitaja
muu omainen/sukulainen	turvapaikan hakijoiden vastaanotto toiminta
muu yksityinen henkilö	sosiaalipäivystys
lasten- tai äitiysneuvola	muu sosiaalipalvelun tuottaja
päivähoito	muu terveydenhuollon palvelujen tuottaja
kotipalvelu	poliisitoimi
sosiaalityöntekijä	seurakunnan tai muun uskonnollisen yhdyskunnan palveluksessa tai luottamustoimessa oleva henkilö
koululaisten aamu- tai iltapäivätoiminta	häätäkeskus
opetustoimi tai muu opetuksen tai koulutuksen järjestäjä	palo- ja pelastustoimi
kouluterveydenhuolto	rikosseuraamuslaitos
nuorisotoimi	tulli
päihdehuolto	rajavartiolaitos
terveydenhuollon ammattihenkilö	ulosottoviranomainen
lasten- ja nuorten psykiatrinen hoito	muu taho

Muu taho, mikä: _____

Ilmoittajataho ei ilmene ilmoituksesta

Ilmoitus on vastaanotettu _____ / _____ 20____

Ilmoituksen vastaanottaja
Virka-asema/ammattinimike

2 (2)

Liite 5b. Lapsen kaltoinkohtelu – tietoa ja määritelmiä

Lapsen kaltoinkohtelu

Lapsen kaltoinkohtelu on vanhempien tai muiden aikuisten toimintaa, joka vahingoittaa lasta henkisesti tai fyysisesti. Lapsen kaltoinkohtelun kohdalla varhainen puuttuminen on ensiarvoisen tärkeää. Mahdollisimman aikainen puuttuminen ehkäisee ongelmien kasaantumista ja pahentumista sekä katkaisee väkivallan kierteen.

Lapsen kaltoinkohtelun tyypit

Lapsen kaltoinkohtelu sisältää kaikki ne vanhempien tai muiden aikuisten teot ja tekemättä jättämiset, jotka aiheuttavat lapselle vahinkoa. Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä tai henkistä pahoinpitelyä, seksuaalista hyväksikäyttöä tai hoidon laiminlyöntiä. Myös kuritusväkivalta on lapsen kaltoinkohtelua.

Kaltoinkohtelu voi kohdistua suoraan lapseen itseensä tai lapsi voi altistua muiden väliselle väkivallalle. Lähisuhde- ja perheväkivallan eri muodot esiintyvät usein yhtä aikaa. Jos perheessä esiintyy parisuhdeväkivaltaa, on lapsilla suuri riski joutua kaltoinkohdeksi. Lapsen pitkäaikainen sairaus tai vamma lisää lapsen riskiä joutua kaltoin kohdeksi.

Fyysinen pahoinpitely

Lapsen fyysinen pahoinpitely on vanhemman tai muiden aikuisten lapsen kohdistamaa fyysistä väkivaltaa, joka vahingoittaa lapsen terveyttä tai aiheuttaa hänelle kipua.

Fyysinen pahoinpitely ilmenee esimerkiksi lyömisenä, potkimisena, ravisteluna, polttamisena tai lapsen huumamisena kemiallisilla aineilla. Tyypillisiä pahoinpitelyvammoja ovat mustelmat, palovammat, luunmurtumat, pään alueen vammat ja sisäelinvammat. Pahoinpitelyvammojen mahdollisimman varhainen tunnistaminen on tärkeää. Fyysinen pahoinpitely voi johtaa kuolemaan.

Lapsen lieväkin pahoinpitely on yleisen syyttäjän alainen rikos
39/1889, 16 § (Finlex)

Kuritusväkivalta

Kuritusväkivalta on fyysistä väkivaltaa, jolla aikuinen pyrkii kipua tai epämukavan olon aiheuttaen rankaisemaan tai säätelämään lapsen käyttäytymistä. Kuritusväkivalta tarkoittaa esimerkiksi läpsimistä, tönimistä, repimistä, tukistamista, luunappien antamista, nipistämistä tai läimäyttämistä. Kuritusväkivalta voi olla joko harkittu kasvatus tapa tai johtua aikuisen uupumuksesta ja väsymyksestä tai mielenterveys- tai päihdeongelmasta.

Käsitys kuritusväkivallan oikeudenmukaisuudesta vaihtelee eri maissa ja kulttuureissa. Suomessa kuritusväkivalta kiellettiin lailla vuonna 1983.

Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta 361/1983, 1§ (Finlex)

Henkinen pahoinpitely

Henkinen pahoinpitely sisältää teot, joilla on haitallinen vaikutus lapsen psyykkiselle ja tunne-elämän kehitykselle. Henkinen pahoinpitely on esimerkiksi huutamista, nimittelyä tai hylkäämisellä uhkailua. Henkistä väkivaltaa aiheuttava aikuinen ei tarjoa lapselle lapsen kehitykselle välttämätöntä välittävää ja kannustavaa kasvuympäristöä. Myös fyysisellä väkivallalla uhkailu on henkistä väkivaltaa.

Seksuaalinen hyväksikäyttö

Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö on kaltoinkohtelua, jossa lapsi kokee vanhempien tai muiden aikuisten taholta kehitystään ja koskemattomuuttaan vahingoittavan seksuaalisen teon.

Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö voi olla esimerkiksi lapsen houkuttelemista seksuaalisiin tekoihin, lapsen sukupuolielinten koskettelua, lapsen pakottamista katsomaan aikuisten välistä seksuaalista toimintaa tai lapsen altistamista ikään kuulumattomalle seksuaaliselle toiminnalle ja kuvamateriaalille internetin kautta.

- Lapset ja digitaalinen media (Pelastakaa Lapset ry)
- Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen (Käypä hoito)
- Seksuaali- ja pahoinpitelyrikosepäilyjen ilmoitusvelvollisuus (Lastensuojelun käsikirja)

Nuoreen kohdistuva seksuaaliväkivalta

Lasten psyykkistä ja fyysistä kehitystä suojataan rikoslaiilla, eikä heidän vähäistä elämäkokemustaan tai kehittymättömyyttään saa käyttää hyväksi. Lapsen hyväksikäyttöön syyllistynyt henkilö ei siten voi välttää vastuutaan vetoamalla lapsen seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen, vaan lapsen oikeus suojeluun voittaa.

Suostumuksellisen seksin ikäraja on 16 vuotta. Kun lapseen tai nuoreen kohdistuu seksuaaliväkivaltaa, lastensuojelu- ja rikosilmoituksen tekemisen raja on 18 vuotta.

Vastuu hyväksikäytöstä on aina aikuisella, eikä hän voi vapautua vastuusta vedoten tietämättömyyteensä asioiden oikeasta tilasta kuten lapsen todellisesta iästä. Aikuisen täysi vastuu ei myöskään vähenny, vaikka alaikäinen olisi itse ollut aloitteen tekijä.

Perustarpeiden laiminlyönti

Lapsen perustarpeiden laiminlyönti voi ilmetä esimerkiksi terveydenhoito-ohjeiden noudattamatta jättämisenä, asianmukaiseen terveydenhoitoon hakeutumisen laiminlyöntinä, lapsen huonona hygieniana, tarjotun ravinnon vähäisyytenä ja emotionaalisten tarpeiden laiminlyöntinä.

Perustarpeiden laiminlyöntiä on myös piittaamattomuus suojelun ja turvan takaamisesta lapselle, esimerkiksi piittaamattomuus lapsen altistumisesta huumeille ja ympäristön vaaroille sekä koulunkäynnin epäminen.

Väkivallalle altistuminen

Eläminen perheessä, jossa joku perheenjäsenistä käyttäytyy väkivaltaisesti, altistaa lapsen kaikille väkivallan haitallisille vaikutuksille. Vaikka väkivalta ei kohdistu suoraan lapseen, saa väkivaltainen ilmapiiri aikaan pelkoa ja turvattomuutta sekä pitkään jatkuvana voi altistaa monille sairauksille.

Lapsi oppii usein myös itse ratkaisemaan ristiriitoja väkivallalla. Puuttuminen väkivaltaisessa kasvuympäristössä elävän lapsen tilanteeseen on välttämätöntä lapsen kehityksen turvaamiseksi.

Kemiallinen pahoinpitely

Kemiallisella pahoinpitelyllä tarkoitetaan sitä, että lapselle annetaan huumaavaa lääkeainetta tai alkoholia. Itkevää vauvaa on esimerkiksi saatettu rauhoittaa unilääkkeellä tai oluella. Jos lapsi on epäselvästä syystä unelias, sekava tai hänen tajunnantasonsa vaihtelee, tulisi kemiallisen pahoinpitelyn mahdollisuus pitää mielessä.

Lähde

[Lapsiin kohdistuva väkivalta -sivu](#)

Liite 6a. Unihaastattelu

Unihaastattelun runko

- Unen pulmat tai univaikeudet
 - nukahtamisvaikeus: kuinka usein nukahtamisvaikeuksia ilmenee, kauanko yleensä nukahtaminen kestää, paljonko se vaihtelee,
 - yöheräily: kuinka usein yöheräilyä esiintyy, kuinka monta kertaa yössä heräilee, paljonko heräilyn määrässä on vaihtelua,
 - yövalvominen: ilmeneekö yöheräämisten yhteydessä, vaikeuttaa nukahtaa uudelleen, miten usein sitä ilmenee, paljonko valvoo yöaikaan, kuinka paljon valvomisen määrä vaihtelee
 - koettu unen laatu (onko uni virkistävää ja koetaanko se riittäväksi)
- Vuorokausirytmäisyys (nukkumaanmeno- ja heräämisajat arkisin ja viikonloppuisin; onko rytmi säännöllinen vai epäsäännöllinen)
- Unen määrä, paljonko nukkuu keskimäärin, vaihteleeko uniaika
- Päiväaikaiset univajeen oireet (esim. väsymys aamulla ja päivällä, keskittymisvaikeudet)
- Muut unioireet (esim. kuorsaaminen, painajaisunet, parasomniat)

Ulkoiset uneen ja nukkumiseen vaikuttavat tekijät:

- Ilta- ja päivärutiini perheessä
- Nukkumisympäristö (millainen, onko jotakin joka haittaa nukkumista)
- Valaistusolosuhteet kotona (iltaisin ja aamuisin)
- Elektronisen median käyttötottumukset iltaisin
- Lääkitys, joka saattaisi vaikuttaa uneen
- Ruumiilliset sairaudet ja oireet jotka voivat vaikuttaa uneen
- Liikunta (päivisin, iltaisin, haittaako vai tukeeko nukahtamista)
- Kofeiinituotteet (esim. energijuomat)
- Mahdollinen samanaikaissairastaminen, erityisesti eroahdistus ja nukkumaanmenoon liittyvät pelot
- Vanhempien/lapsen oma käsitys unihäiriön syystä

Lisäksi selvitetään kuinka pitkään ongelma on jatkunut ja miten sitä on aiemmin yritetty hoitaa.

Liite 6b. Unikysely

Unikysely on tarkoitettu apuvälineeksi selvittäessä kouluikäisten univaikeuksien vaikeusastetta, taustoja ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kyselyn avulla voidaan varmistua siitä, että kaikki oleellinen tulee kartoitettua ja vastausten avulla voidaan määrittää unihäiriön vakavuutta. Kysymykset voidaan esittää sellaisenaan tutkittavalle tai se voidaan harkinnan mukaan antaa hänelle täytettäväksi ennen vastaanotolle tuloa. Suositeltavaa on kuitenkin käyttää sitä haastattelurunkona vastaanottotilanteessa. Useimmiten on haastateltava myös vanhemmat, sillä lapsen tai nuoren oma käsitys ja mielikuva nukkumisestaan ei välttämättä vastaa todellisuutta.



Unikysely

Täytä kysely huolellisesti vastaten jokaiseen kohtaan. Monivalintakohdissa ympyröi *sopiva vaihtoehto*, tarvittaessa voit täydentää vastausta alla olevaan tilaan.

Taustatiedot

Nimi: _____ Ikä: _____ vuotta

- Luokka: _____
- Miten koulunkäyntisi on sujunut viimeisen kuukauden aikana?
*erinomaisesti * hyvin * kohtalaisesti * heikosti*
- Onko sinulle sovittu jotain tukitoimia, oletko esimerkiksi saanut tukiopetusta, opiskellut erityisopettajan kanssa tai oletko pienryhmässä?

- Vaikuttavatko uniongelmat mielestäsi koulutyöhösi? Millä tavoin?

- Keitä perheeseesi kuuluu? Kenen kanssa asut?

- Onko sinulla jokin pitkäaikaissairaus?

- Käytätkö säännöllisesti tai usein (viikoittain) jotakin lääkettä, mitä?

Perhetilanne

- Onko perheessäsi ollut elämänmuutoksia viime aikoina (muutto, sairastuminen, avioero, kuolema, jne.)?

- Onko perhetilanteessasi jotakin, mikä tuntuu vaikealta?

- Onko sinulla ongelmia tai huolia, jotka liittyvät kavereiden kanssa olemiseen?

Nukkumisympäristö

- Onko huone, jossa nuket *viihtyisä * rauhallinen * meluisa * häiritsevän valoisa * kuuma * kylmä* ** muuten epämukava, miten?*

- Onko huoneessa, jossa nuket elektroniikkaa

*TV * tietokone * tabletti * puhelin * muuta helposti huomion vievää?*

- Nukahdatko yleensä omaan sänkyysi vai jonnekin muualle (minne)?

- Nukutko huoneessa yleensä yksin? *kyllä * en*

→ Mikäli et, onko muiden vuorokausirytmistä tai esimerkiksi kuorsaamisesta sinulle haittaa?

- Käykö joku perheenjäsenesi vuorotyössä?

Nukkumistapa

- Mihin aikaan menet yleensä arkisin nukkumaan? _____
- Mihin aikaan heräät yleensä arkisin? _____
- Mihin aikaan menet yleensä nukkumaan viikonloppuisin? _____
- Mihin aikaan heräät yleensä viikonloppuisin? _____
- Kuinka nopeasti nukahdat yleensä? *alle 15 min * 15-30 min * 30-60 min * yli 1 h*
- Noustuasi ylös sängystä aamulla tunnetko itsesi virkeäksi?
*useimpina aamuina * muutamana aamuna viikossa * harvoin, noin kerran viikossa * en koskaan*

Unen aikaiset ilmiöt ja unen häiriöt

- Heräätkö öisin?
*en * satunnaisesti * korkeintaan kahtena yönä viikossa * kolmena tai useampana yönä viikossa*
→ Jos heräät kolmena tai useampana yönä viikossa:
 - montako kertaa yössä? _____
 - kuinka pian nukahtamisen jälkeen heräät? _____
 - kuinka nopeasti nukahdat uudestaan? *alle 15 min * 15-30 min * 30-60 min * yli 1 h*
 - onko heräämiseen joku selvä syy, esimerkiksi pissahätä? _____
- Liittykö nukahtamiseesi käsien tai jalkojen liikuttamisen tarvetta tai pakkoa?
*ei * kyllä, korkeintaan kerran viikossa * kyllä, useamman kerran viikossa*
- Käveletkö unissasi? *en * kyllä, korkeintaan kerran viikossa * kyllä, useamman kerran viikossa*
- Puhutko unissasi? *en * kyllä, korkeintaan kerran viikossa * kyllä, useamman kerran viikossa*
- Kuorsaatko? *en * ehkä * kyllä*
→ Jos kuorsaat, onko sinulla hengityskatkoja yöllä? *ei * ehkä * kyllä*
- Narskutatko hampaitasi unissasi? *en * ehkä * kyllä*
- Näetkö painajaisia? *en * kyllä, korkeintaan kerran viikossa * kyllä, useamman kerran viikossa*
- Liittykö nukahtamiseesi tai yöuneesi muuta huomion arvoista (esimerkiksi outoja aistimuksia nukahtamisvaiheessa, halvaustuntemusta tai putoamisen tuntemusta, oudonkin oloisia oireita)?

Päivärytmi

- Millainen päivittäinen ruokailurytmisi on?

*useimpina päivänä säännöllinen * muutamana päivänä viikossa säännöllinen * epäsäännöllinen*

- Ulkoiletko vapaa-ajallasi? *kyllä * en*

→ Kuinka monena päivänä viikossa? _____

- Onko sinulla harrastuksia, mitä? _____

→ Kuinka monena päivänä viikossa? _____

→ Miten usein sinulla on urheiluharjoituksia klo 19 jälkeen? _____

- Moneltako tulet yleensä illalla kotiin? _____

Oireet päivisin

- Oletko väsynyt päivisin?

*en koskaan * harvoin, noin kerran viikossa * muutamana päivänä viikossa * useimpina päivinä*

- Oletko väsyneempi kuin ystäväsi? *kyllä * en*

- Torkahteletko yllättäen kesken päivää? *kyllä * en*

- Nukutko päiväunia?

en koskaan.. harvoin, noin kerran viikossa * muutamana päivänä viikossa * useimpina päivinä*

Uneen vaikuttavat tekijät

- Käytätkö kofeiini-tuotteita (kahvi, cola-juomat, energiajuomat)? *kyllä * en*

→ Jos kyllä, montako kertaa päivässä ja kuinka paljon?

- Miten paljon arvioit käyttäväsi päivittäin elektronista mediaa (pelaaminen, nettisurffailu, sosiaalinen media, videot, jne.)? _____

→ Estääkö niiden käyttäminen nukkumaan menoa? *kyllä * ei*

→ Aiheuttavatko ne arkipäivässäsi ongelmia? *kyllä * ei*

→ Tuleeko aiheesta riitaa kotona tai ystävien kanssa? *kyllä * ei*

- Kuinka usein käytät alkoholia? _____
→ Kuinka monta annosta kerralla tavallisesti? _____
- Käytätkö kannabista? *kyllä * en*
→ Jos kyllä, kuinka usein? _____
- Käytätkö muita huumaavia aineita? *kyllä * en*
→ Jos kyllä, mitä ja kuinka usein? _____
- Käytätkö rauhoittavia tai unilääkkeitä päihtymis- tai rentoutumistarkoituksessa? *kyllä * en*

Liite 6c. Unipäiväkirja







Unipäiväkirja

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

PVM	ILTA					YÖ					AAMU ja AAMUPÄIVÄ					ILTAPÄIVÄ					UNEN LAATU 1-5 asteikolla	MUUTA			
	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13			14	15	16

Ohjeet:

Täyttöohjeet:

-  nukuttu aika (myös päiväunet)
-  vuoteeseen meno
-  ylösnousuaika
-  lyhyt herääminen yöllä

- Unen laatu:
- 1 erittäin huono
 - 2 huono
 - 3 ei hyvä eikä huono
 - 4 hyvä
 - 5 erittäin hyvä, virkistävä

Liite 6d. Esimerkki unipäiväkirjan tulkinnasta: jatkuvasti aamuisin myöhästelevä lapsi tai nuori

PVM	ILTA			YÖ			AAMU ja AAMUPÄIVÄ			ILTAPÄIVÄ			UNEN LAATU 1-5 asteikolla	MUUTA												
	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05			06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	
MA																			7,5t						4	
TI																			7,5t						4	päänsärky
KE																			8t						5	
TO																			7t						5	
PE																			7,5t						3	
LA																			8t						5	bileet
SU																			8t						4	

Laske unentarve → keskimäärin noin 8 tuntia/ yö. Vaihteluväli pieni.

TAVOITE	<ul style="list-style-type: none"> * päästä ylös sängystä klo 07, jotta ehtii kouluun klo 08 * nukkua noin 8 tuntia/ yö
Vaihe 1	<i>Unirytmien vakautus:</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös sängystä klo 08, - sänkyyn klo 00.30 - nukkumaan klo 01 - uniaikatavoite noin 7 tuntia/ yö
Vaihe 2	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Unirytmien aikaistaminen pienin askelin (10 min/ pvä):</i> - joka aamu herätys ja ylös klo 07 - sänkyyn klo 23.30 - nukkumaan klo 00 - uniaikatavoite noin 7 tuntia/ yö
Vaihe 3	<i>Univajeen kompensatio:</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 07 - aikaistetaan nukkumaanmenoa pienin askelin, tavoite klo 22.30–23.00 - unta 8 tuntia/ yö

Liite 6e. Esimerkki unipäiväkirjan tulkinnasta: paljon pelaava lapsi tai nuori

2. Pelaaja

PVM	ILTA			YÖ			AAMU ja AAMUPÄIVÄ				ILTAPÄIVÄ				UNEN LAATU 1-5 asteikolla	MUUTA										
	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07			08	09	10	11	12	13	14	15	16	
MA																									4	Battery
TI																									2	Päänsärky Burana
KE																									5	Battery
TO																									3	
PE																									3	Päänsärky Burana
LA																									4	Battery
SU																									5	Battery

Laske unentarve → keskimäärin noin 8,5 tuntia/ yö. Vaihteluväli suuri.

TAVOITE: <ul style="list-style-type: none"> * päästä ylös sängystä klo 07, jotta ehtii kouluun klo 08 * nukkua noin 8 tuntia (-8,5 tuntia)/ yö * melatoniini ensisijaisesti nukahtamista helpottavana lääkkeenä lähellä nukkumaanmenoaikaa 	
Vaihe 1	<i>Rytmin säännöllistäminen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös sängystä klo 09, - sänkyyn klo 00.30 - nukkumaan klo 01 - uniaikatavoite noin 8 tuntia/ yö
Vaihe 2	<i>Rytmin aikaistaminen -1tunti (pienin askelin (10 min/ päivä):</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 08, - melatoniini klo 23, - sänkyyn klo 23.30 - nukkumaan klo 00 - uniaikatavoite noin 8 tuntia/ yö
Vaihe 3	<i>Rytmin aikaistaminen -1tunti (pienin askelin 10 min/ päivä):</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 07 - melatoniini klo 22, sänkyyn klo 22.30 - nukkumaan klo 23 - uniaikatavoite noin 8 tuntia/ yö
Vaihe 4	<i>Univajeen kompensatio:</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 07 - melatoniini klo 21.30 - aikaistetaan nukkumaanmeno pienin askelin, tavoite klo 22.30–23.00 - unta 8.5 tuntia/ yö (uniaikatavoite noin 8.5 tuntia/yö)

Liite 6f. Esimerkki unipäiväkirjan tulkinnasta: lapsi tai nuori, jolla yö- ja päivärytmi on sekaisin

3. Yö ja päivä sekaisin

PVM	ILTA			YÖ			AAMU ja AAMUPÄIVÄ			ILTAPÄIVÄ			UNEN LAATU 1-5 asteikolla	MUUTA													
	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05			06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16		
MA																								9 t	3		
TI																									8,5 t	4	
KE																									10 t	3	
TO																									10 t	2	
PE																									9,5 t	5	
LA																									9 t	3	
SU																									9 t	4	

Laske unentarve → keskimäärin noin 9 tuntia/ yö. Vaihteluväli kohtuullisen pieni.

TAVOITE:	
<ul style="list-style-type: none"> * päästä ylös sängystä klo 07, jotta ehtii kouluun klo 08 * nukkua noin 9 tuntia/ yö * melatoniini ensisijaisesti rytmin aikaistamiseksi noin 4-5 tuntia ennen tavallista uniaikaa 	
Vaihe 1	Rytmin aikaistaminen -1tunti: <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös sängystä klo 10 - melatoniini klo 23 - sänkyyn klo 01.30 - nukkumaan klo 02 - uniaikatavoite noin 8 tuntia/ yö
Vaihe 2	Rytmin aikaistaminen -1tunti (pienin askelin 10 min/ päivä): <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 09, - melatoniini klo 22 - sänkyyn klo 00.30 - nukkumaan klo 01 - uniaikatavoite noin 8 tuntia/ yö
Vaihe 3	Rytmin aikaistaminen -1tunti (pienin askelin 10 min/ päivä): <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 08 - melatoniini klo 21 - sänkyyn klo 23.30 - nukkumaan klo 00 - uniaikatavoite noin 8 tuntia/ yö
Vaihe 4	Rytmin aikaistaminen -1tunti (pienin askelin 10 min/ päivä): <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 07 - melatoniini klo 20 - sänkyyn klo 22.30 - nukkumaan klo 23 - uniaikatavoite noin 8 tuntia/ yö
Vaihe 5	Univajeen kompensatio: <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 07 - melatoniini klo 20 - sänkyyn klo 21.30 - nukkumaan klo 22 - uniaikatavoite noin 9 tuntia/yö
Vaihe 6	Tilanteen vakautus: <ul style="list-style-type: none"> - kuten edellä - melatoniinin tauotus noin 1 kk jälkeen

Liite 6g. Esimerkki unipäiväkirjan tulkinnasta: masentunut lapsi tai nuori

4. Masentunut

PVM	ILTA			YÖ			AAMU ja AAMUPÄIVÄ			ILTAPÄIVÄ			UNEN LAATU 1-5 asteikolla	MUUTA											
	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05			06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
MA																					5 h			2	
TI																					7 h			1-2	
KE																					7 h			2	
TO																					6 h			2	
PE																					6 h			1	
LA																					6,5 h			2	
SU																					6 h			3	

Masennusta tulee hoitaa rinnakkain uniongelman kanssa, kouluterveydenhuollon lääkäri mukaan hoitoon!
Laske unentarve → nukkunut n. 6 h/ yö, tarve todennäköisesti n. 8 h/ yö. Vaihteluväli suuri.

TAVOITE: * päästä ylös sängystä klo 07, jotta ehtii kouluun klo 08 * nukkua n. 8 h/ yö	
Vaihe 1	<i>Unenhuolto:</i> <ul style="list-style-type: none"> - sänky vain nukkumista varten - huolihetki alkuillasta - sänkyyn vasta kun väsyttää
Vaihe 2	<i>Rytmin tasaus:</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys klo 08, - ylös klo 08.20 - päiväunet heti koulun jälkeen max 30 min ja heti ylös sängystä - melatoniini klo 23 - sänkyyn klo 00.30 - nukkumaan klo 01
Vaihe 3	<i>Rytmin aikaistus -1 h:</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 07 - ei päiväunia, - aikaistetaan nukkumaanmenoa pienin askelin (10 min/ pvä) - melatoniini klo 22.30 - sänkyyn klo 23.30 - nukkumaan klo 00
Vaihe 4	<i>Rytmin aikaistus -1 h:</i> <ul style="list-style-type: none"> - joka aamu herätys ja ylös klo 07 - aikaistetaan nukkumaanmenoa edelleen pienin askelin - melatoniini klo 21.30 - sänkyyn kello 22.30 - nukkumaan klo 23 - uniaikatavoite 8 h/ yö

Liite 7a. Ongelmanratkaisusuunnitelman tekeminen ja arviointi

Lapselle tai nuorelle annetaan tuloste (liite 7b), jossa kuvataan ongelmanratkaisun kuuden askelman sisältö ja jossa on kirjaamistilaa ongelmanratkaisun harjoittelemiseksi. Kerrotaan, että kyseessä on kuusivaiheinen ongelmanratkaisusuunnitelma, joka on aiemmin havaittu tehokkaaksi tavaksi toimia ongelmien ratkaisemiseksi. Yhdessä työntekijän kanssa käydään läpi kukin vaihe ensin yleisellä tasolla ja sitten sopivan oikean ongelman tai keksityn esimerkin kanssa.

Työtavan kuusi vaihetta ovat:

1. Tunnista ja määrittele ongelma ja päätä, kenen ongelma on kyseessä
2. Aseta tavoite
3. Aivoriihi – tee lista mahdollisista ratkaisuvaihtoehdoista
4. Arvioi ja valitse paras ratkaisuvaihtoehto
5. Tee suunnitelma ja toteuta se
6. Arvioi ja muokkaa suunnitelmaa

Vaihe 1: Tunnista ja määrittele ongelma ja päätä, kenen ongelma on kyseessä

Työntekijä auttaa lasta tai nuorta määrittelemään, mitä ongelmaa tai asiaa hän haluaa työstää. Määrittelyn tulisi olla niin yksityiskohtainen ja käytännönläheinen kuin mahdollista. Jotta ongelma tulee ymmärrettyä riittävän hyvin ja voidaan päättää, onko se hyvä valinta ongelmanratkaisua varten, kannattaa kysyä riittävän monta kysymystä. Samalla kun työntekijä näin kysymyksillään auttaa jäsentämään ajatuksia, selkiytyy se, kannattaako kyseistä ongelmaa työstää vai valita joku toinen ongelma työskentelyn kohteeksi.

Lasta tai nuorta voi ohjeistaa työstämään ajatuksiaan:

- ”Ongelmanratkaisun ensimmäinen vaihe on määrittellä työstettäväksi valitsemasi ongelma niin tarkasti kuin mahdollista.”
- ”Jos ongelmasi on liian monimutkainen, katsotaan voimmeko jakaa sen sopiviin paloihin.”
- ”Suurelta vaikuttava ongelma voidaan usein jakaa pienemmiksi ongelmiksi, jotka on helpompi ratkaista.”
- ”Käytä riittävästi aikaa siihen, että määrittelet käsiteltävän ”palasen” tarkasti. Näin sen työstäminen on helpompaa.”
- ”Kun olet jakanut yhden ongelman kahteen tai kolmeen palaseen, älä anna sen haitata, että ongelman kaikkia osia ei ehkä ole mahdollista ratkaista kerralla.”

Jos lapsi tai nuori on valinnut ongelman, jota hänen ei ole mahdollista ratkaista, pyydetään häntä valitsemaan uusi ongelma, jota käsitellä. Työntekijä voi auttaa määrittelemään, kenen ongelma on kyseessä, sanomalla:

- ”Kenen ongelma on kyseessä?”
- ”Onko tämä sellainen ongelma, joka sinun kuuluisi ratkaista vai kuuluuko tehtävä jollekulle muulle?”
- ”Onko kyse jostain sellaisesta, joka tapahtuu sinulle tai sinun ja jonkun muun välillä? Vai esiintyykö ongelma lähinnä muilla ihmisillä tai heidän välillään?”

Vaihe 2: Aseta tavoite

Työntekijä pyytää lasta tai nuorta määrittelemään, mitä hän haluaa ja tarvitsee, mutta myös mitä hän pelkää tai mistä hän on huolissaan. Mitä tarkemmin lapsi tai nuori kykenee määrittelemään tavoitteensa, sitä helpompaa hänen on tunnistaa käytännön vaiheita ratkaisua varten. Työntekijä rohkaisee lasta tai nuorta miettimään, millaisia tarpeita ja huolia hänellä on. Työntekijä auttaa lasta tai nuorta määrittämään ongelmansa sellaisella tavalla ja tasolla, johon voidaan yhdessä etsiä muutosta.

Vaihe 3: Aivoriihi

Lasta tai nuorta kannustetaan keksimään mahdollisimman monta tapaa tavoitteeseen pääsemiseksi. Häntä voi ohjata työskentelyyn esimerkiksi seuraavasti:

- Aivoriihi tarkoittaa, että keksit niin monta vaihtoehtoa kuin mahdollista ongelman ratkaisemiseksi. Sen tarkoitus on auttaa sinua keksimään ideoita, joita et ole vielä tullut ajatelleeksi.”
- ”Ota mukaan niin hyvät kuin huonotkin ideat. Älä vielä arvioi tai arvostele ratkaisuja, vaikka miettisitkin jokaisen ratkaisun mahdollisia seurauksia. Kirjoitit vain vaihtoehdot tehtäväpaperiin.”
- ”Miten ystäväsi, perheenjäsenesi tai opettajasi käsitelisi tällaista ongelmaa?”

Työntekijä auttaa ratkaisujen muokkaamisessa ja muuntelemisessa. Vaihtoehtoja voivat olla esimerkiksi

- ongelman hallittavissa olevien osien käsitteleminen
- ratkaisut, jotka ovat kokemuksen mukaan toimineet vastaavassa tilanteessa ja niiden jatkokehittäminen
- tavat, joilla lapsi tai nuori itse on ratkaissut asian aiemmin
- tavat, joilla tilannetta voidaan muuttaa
- uusien taitojen oppiminen vaikeita tilanteita varten
- avun tai tuen saaminen muilta ihmisiltä

Vaihe 4: Arvioi ja valitse paras ratkaisuvaihtoehto

Lasta tai nuorta pyydetään valitsemaan mielestään paras tai parhaat tai todennäköisesti parhaat ratkaisuvaihtoehdot. Seuraavaksi arvioidaan kutakin mahdollista ratkaisua ja sen myönteisiä ja kielteisiä seurauksia tehtäväpaperille. Eri vaihtoehtojen hyvistä ja huonoista puolista keskustellaan yhdessä. Tärkeää on myös lapselle tai nuorelle että hän voi vaikuttaa vain omaan käyttökseen ja toimintaansa. Paras ratkaisuvaihtoehto ei nojaa pelkästään toisten toimintaan.

Vaihe 5: Tee suunnitelma ja toteuta se

Vaikka lapsi tai nuori löytäisikin useita ratkaisuja ongelmaansa, rohkaistaan häntä ottamaan pieniä askelia ja välttämään epärealistista toimintasuunnitelmaa. Työntekijän rooli on auttaa suunnitelman ja valintojen tekemisessä. Tarkoituksena on, että suunnitelma on – vaikka vain osittain – toteutettavissa, käytännöllinen ja hyödyllinen ongelman ratkaisemisen kannalta. Usein paras ratkaisu on yhdistää eri vaihtoehtoja, jotka vastaavat vaiheessa 2. määriteltyä tavoitetta.

Työntekijä auttaa myös pohtimaan, millaisia mahdollisia esteitä suunnitelman toteutukselle on tiedossa. Tiedetään, että seuraavalla kerralla tullaan tarkastelemaan valittujen toimien etenemistä, lapsen tai nuoren omaa toimintaa ongelman ratkaisussa ja saavutettuja tuloksia. Työntekijä korostaa harjoittelun ja lisäavun pyytämisen hyötyjä. Lasta ja nuorta rohkaistaan olemaan tyytyväinen kaikkiin yrityksiin ja ponnisteluihin, joilla hän pyrkii saavuttamaan tavoitteitaan.

Työntekijä voi sanoa esimerkiksi:

- ”Tässä vaiheessa valitaan paras ratkaisu ja testataan sitä.”
- ”Katso tekemääsi vaihtoehtojen listaa uudelleen ja mieti, miten paljon apua niistä olisi.”
- ”Voit valita vaihtoehtoja, jotka vaikuttavat järkeviltä ja joista arvelet olevan apua ja jotka haluaisit toteuttaa.”
- ”Lopullinen suunnitelmasi voi muodostua listalla olevien vaihtoehtojen yhdistelmästä.”
- ”Millaisiin tekoihin voit sitoutua seuraavina päivinä? Mitä olisit valmis tekemään jo tänään tai huomenna?”

Vaihe 6: Arvioi ja muokkaa suunnitelmaa

Lasta tai nuorta on hyvä opastaa arvioimaan itsenäisesti, miten hänen suunnitelmansa toteuttaminen on edennyt. Toisella tapaamiskerralla palataan aiempaan ongelman määrittelyyn ja siihen, millaiseen suunnitelmaan päädyttiin. Samalla arvioidaan ongelmanratkaisumenetelmän toimivuutta ja lopputulosta:

- ”Toteutitko suunniteltua osin tai kokonaan?”
- ”Mitä siitä seurasi? Muuttuiko mikään?”
- ”Mikä oli suunnitelmassa hyvää ja toimivaa?”
- ”Mikä meni huonosti?”
- ”Mitä olisit tehnyt toisin ja miten?”
- ”Miten haluaisit muokata tätä suunnitelmaa?”

Liite 7b. Ongelmanratkaisun kuusi askelmaa -työskentelylomake

Ongelmanratkaisun kuusi askelmaa

Ongelman ratkaisu on tässä menetelmässä jaettu kuuteen vaiheeseen. Jokaisessa laatikossa on vihjeitä tai ideoita vaiheen läpi käymiseksi. Mitä enemmän ongelmasta on tietoa käytettävissä, sen parempi. Ongelmanratkaisun eri vaiheet voi käydä läpi itsenäisesti, mutta myös terveydenhoitajan, lääkärin, vanhemman tai ystävän kanssa.

1. Tunnista	<p>Määrittele ongelma niin tarkasti kuin mahdollista</p> <p>Mitä ongelmaa haluat työstää ensimmäisenä? Jos sinun täytyy valita useista ongelmista, kysy itseltäsi: ”Mikä näistä asioista vaivaa minua eniten? Pitäisikö jotakin asiaa käsitellä aikaisemmin kuin muita? Paheneeko jokin ongelma entisestään?” Onko kyseessä todella minun ongelmani? ”Tapahtuuko se minulle? Tapahtuuko se minun ja jonkun muun välillä? Tapahtuuko se jollekulle toiselle?” Kuva ongelma selkeästi. Jos kyse on monimutkaisesta ongelmasta, kirjaa tähän ”pala” tai osa, jota voit käsitellä ensiksi.</p> <p>Mikä on ongelma?</p> <p>Miksi se on ongelma?</p> <p>Milloin ja miten se ilmenee?</p> <p>Kuka/ ketkä liittyvät tähän ongelmaan?</p> <p>Voiko ongelman jakaa osiin?</p> <p>Pystytkö kuvaamaan, miten ongelman voi käytännössä huomata?</p>
2. Tavoite	<p>Aseta tavoite</p> <p>Ongelmanratkaisu on helpompaa, kun asetat selkeän tavoitteen, jota kohti pyritään.</p> <p>Mitä haluat tehdä ongelmalle?</p> <p>Mitä sinä tarvitset sen ratkaisemiseksi?</p> <p>Mitä toivoisit tapahtuvan?</p> <p>Mikä saisi sinut voimaan paremmin?</p> <p>Pystytkö sanoittamaan tavoitteen havaittavaksi käytökseksi tai toiminnaksi (itsesi tai muiden), johon sinä pystyt vaikuttamaan?</p>
3. Aivoriihi	<p>Tee lista kaikista mahdollisista ratkaisuvaihtoehdoista</p> <p>Yritä keksiä 5–8 vaihtoehtoa tavoitteeseesi pääsemiseksi. Mitä enemmän vaihtoehtoja on, sen parempi. Anna mielikuvitukselle ja luovuudelle valta tässä kohdin, yksinkertaiset tai kaukaa haetut vaihtoehdot voivat osoittautua parhaiksi. Älä arvioi tässä kohdassa mikä olisi paras vaihtoehto, ei ole olemassa hyviä tai huonoja vaihtoehtoja. Mitä ehdottaisit ystävällesi vastaavassa tilanteessa?</p> <p>Mahdolliset ratkaisuvaihtoehdot:</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p>

4. Arvioi ja valitse	Valitse paras ratkaisuvaihtoehto														
	Muista, että voit vaikuttaa suoraan vain omaan toimintaasi ja käytökseesi.														
	Valitse kohdan 3. ratkaisuvaihtoehtoista 3 mielestäsi parasta vaihtoehtoa; hylkää järjettömät ja vähemmän toivottavat ratkaisuvaihtoehdot.														
	Listaa valitsemasi ratkaisuvaihtoehdot itsellesi mieluisassa järjestyksessä:														
	1.														
	2.														
	3.														
	Listaa kunkin vaihtoehdon hyvät ja huonot puolet, erityisesti sen toteuttamisen kannalta:														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numero</th> <th>Hyvät puolet</th> <th>Huonot puolet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Numero	Hyvät puolet	Huonot puolet	1.			2.			3.		
	Numero	Hyvät puolet	Huonot puolet												
1.															
2.															
3.															
5. Suunnittele ja toteuta	Tee suunnitelma ja laita se käytäntöön														
	Suunnitelma kannattaa pilkkoa pienempiin ja helpommin saavutettaviin osiin, jolloin sen toteuttaminen on helpompaa.														
	Tee suunnitelma, jota voit toteuttaa lähipäivinä.														
	Tänään														
	Huomenna														
	Ylihuomenna														
	Tällä viikolla														
	Ensi viikolla														
Toteuta suunnitelmasi ja laita suunnitelma käytäntöön!															
6. Arvioi	Arvioi ja muokkaa														
	Suunnitelmaa ja sen toteutumista kannattaa arvioida.														
	Mikä edisti ja mikä esti sen toteuttamista?														
	Mikä toimi ja mikä ei toiminut?														
	Pitääkö suunnitelmaa muokata? Miten?														
Jos tarpeen, palaa kohtaan 3 ja valitse toinen ratkaisuvaihtoehto.															

Liite 8a–c. Tunnepäiväkirjan käyttö tunteiden tunnistamisen harjoittelussa

Liite 8 a. Tunteiden tunnistamisen harjoittelusta

Tunteita voi toisinaan olla vaikea tunnistaa. Tunnistamista voi helpottaa tunteisiin liittyvien kehon tuntemusten tarkkailu. Toinen tapa helpottaa tunteiden tunnistamista on miettiä, pystytkö huomaamaan 3 erilaista tunnetta, jotka sinulla on yhden päivän aikana. Voit valita tunnelistasta tunnetiloja ja kirjoittaa muistiin tilanteita, joissa olet tuntenut kyseisiä tunteita. Mikäli tunteiden ja tunnetilojen tunnistaminen ja nimeäminen ovat sinulle helppoja, voit hypätä osaan 2.

Tunteita ja tunnetiloja			
masentunut ahdistunut surullinen epävarma hermostunut pettynyt	nolo ylpeä inhottaa kauhistunut vihainen innostunut	raivostunut loukkaantunut onnellinen tyytyväinen syyllinen pelokas rakastava	hävettää ärtynyt turhautunut riemastunut nöyryytetty uupunut jännittynyt stressaantunut

Kirjaa yhden päivän aikana erilaisia tunteita, mitä sinulla on. Mikä tilanne tai tapahtuma edelsi tunnetta? Onko tunne mielessä vai kehossa vai molemmissa?

Tilanne	Tunne
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Liite 8b. Tunnepäiväkirjan käyttö tunneharjoittelussa.

Tunnepäiväkirjan avulla arvioit esimerkiksi viikon aikana kokemiesi tilanteita ja ja tunnistaat niihin liittyviä tunteita ja mielialoja. Mitkä asiat tuottavat sinulle mielihyvää, ja mitkä asiat vaativat voimavaroja? Minkälaisia tunteita niihin liittyi? Mieti päivittäisiä tapahtumia ja tilanteita sekä niihin liittyviä tunteitasi. Jatka harjoituksen tekoa yhden tai kahden viikon ajan. Arvioi ensin eri tapahtumien ja toimintojen vaikutusta tunteisiisi. Lopuksi arvioi, kuinka voimakas tunne on (0–10, 0=olematon, 10=voimakas)

Päivä	Tilanne, tapahtuma, toiminta	Tunne	Tunteen voimakkuus (0–10)
Esimerkki-päivä	Bussilla matkustaminen Kouluun tulo Ruokatauko	Jännitys, ahdistus Ilo, epävarmuus Turhautuneisuus	3 7 5

Liite 8c. Tunteiden tunnistamisen lisäharjoituksia

Olet aiemmin harjoitellut eri tilanteisiin liittyviä tunteiden ja näiden voimakkuuksien arviointia. Tämä harjoitus vie sinut pidemmälle, työskentelemään tunteiden ja ajatusten vuorovaikutuksen kanssa. Tätä päiväkirjaa voi pitää jaksottain tai niin pitkään, että opit tunnistamaan mielessäsi tilanteisiin liittyvät nopeat tunnereaktiot ja automaattiset ajatukset sekä opit tarkastelemaan näitä usein liian yksipuolisia ajatuksia joustavammin.

	1. tilanne, tapahtuma tai toiminta	2. tilanne, tapahtuma tai toiminta	3. tilanne, tapahtuma tai toiminta	4. tilanne, tapahtuma tai toiminta
Tunne ja sen voimakkuus (0–10)	<i>Heti tilanteen perään tullut</i>			
Automaattinen ajatus tai oletus	<i>Mitä ajattelit, kun sinusta alkoi tuntua tältä? Mielikuvia? Mikä ajatus tai oletus oli tärkein tunteen kannalta?</i>			
Ajatusta tukevat todisteet				
Todisteet, jotka eivät tue ajatusta tai oletusta				
Vaihtoehtoiset ajatukset	<i>Kirjaa vaihtoehtoinen tai tasapainoisempi ajatus tai oletus</i>			
Tunteen voimakkuus nyt (1–10)				

Liite 9. Haasta ajatuksesi -harjoitus

HAASTA AJATUKSESI -HARJOITUS

Liite 9

Mielessä oleva ajatus:

1. Pysähdy ja ota mielessäsi askel sivuun tai taakse tilanteestasi – katsele sitä ulkopuolisen silmin

2. Ota muutama rauhallinen hengenveto

3. Havainnoi, mitä tapahtuu

Mitä tapahtuu juuri nyt?

Missä minun huomioni on?

Mitä minä ajattelen? Mikä ajatus kävi juuri mielessäni?

Mitä aistimuksia havaitsen kehossani?

Perustuuko tämä ajatus tosiasiaan (faktaan) vai mielipiteeseen?

Miltä se saa minut tuntemaan?

Älä arvostele itseäsi siitä, mitä tapahtuu vaan kuvaa tunteet, mielikuvat, ajatukset, kehon tuntemukset ja aistimukset joita koet

4. Laita asiat oikeaan perspektiiviin

Onko tämä ajatus tai uskomus totta?

Liioittelenko minä? Onko reaktioni oikeassa suhteessa varsinaiseen tapahtumaan nähden?

Minkä merkityksen annan tälle asialle, kun se saa minut reagoimaan näin?

Voiko tämän tilanteen tulkita tai selittää jotenkin toisin?

Ajatuksesi saattaa juontaa joihinkin yksittäisiin ja yksipuolisiin tiedon palasiin.

Mikä olisi tasapainoisempi tapa ajatella tästä asiasta, kun on ottanut huomioon kaiken todistusaineiston, ei pelkästään kielteistä?

Onko tämä tärkeää vielä viikon, kuukauden tai vuoden kuluttua? Olenko silti OK, vaikka asia olisi totta?

Miten todennäköistä on, että tämä (pelkoni) todella toteutuu?

Mitä tapahtuisi, jos en enää uskoisikaan tähän?

Mitä hyötyä tai haittaa seuraa siitä, että ajattelen näin? Saako se minut saavuttamaan tavoitteeni paremmin?

Mitä joku muu ajattelisi tästä tilanteesta? Minkä neuvon antaisin ystävälleni?

5. Toimi sen mukaan mikä toimii ja on hyödyllistä

Minkälaisen arvojen ja periaatteiden mukaisesti haluaisin toimia?

Mikä olisi minulle parasta?

Miltä minusta ja muista tuntuisi, kun olisin reagoinut tietyllä tavalla?

Kun olet punninnut ajatusta ja testannut sitä, voit valita tasapainoisemman ajattelutavan tilanteessa.

Liite 10. Kaksi hengitysharjoitusta

Harjoittele syvähengitystä

Syvähengitys tunnetaan myös vatsahengityksenä. Sen tavoitteena on auttaa sinua hengittämään helpommin ja vähemmällä vaivalla ja tuntemaan itsesi rennoksi. Lue ensin ohjeet läpi, jotta voit keskittyä seuraavaksi seuraamaan hengitystäsi.

1. Makaa tasaisella alustalla tai istu mukavasti, anna käsien olla rentona sylissäsi. Laita yksi käsi rintakehälle ja toinen juuri kylkiluiden alapuolella vatsalle. Tämä auttaa sinua hahmottamaan rintakehän ja vatsan liikettä hengityksen aikana
2. Hengitä rauhallisesti sisään nenän kautta niin, että vatsalla oleva kätesi kohoaa. Rintakehällä oleva kätesi pysyy lähes paikallaan. Kun keuhkot tuntuvat täysiltä, pysähdy hetkeksi ja huomioi paineen tunne vatsassasi.
3. Hengitä ulos suun kautta. Kun hengität ulos, rentouta vatsalihaksesi ja anna niiden painua sisään, työntäen ilmaa ulos keuhkoista. Huomaa, miten paine laskee. Käsi rintakehällä pitäisi edelleen pysyä melko paikallaan. Pysähdy jälleen hetkeksi ennen uutta sisäänhengitystä.

Kun tätä hengitystekniikkaa harjoittelee ensimmäisen kerran, on usein helpompi olla makuulla. Kun tekniikan oppii, tätä voi harjoitella helposti myös istuen.

Harjoittele rauhoittumista hengitystä pidentämällä

Kuuntele omaa oloasi harjoituksen aikana. Tarkoitus on hengittää rauhallisesti ja rennosti. Pidätteleminen, pinnisteleminen ja lihasten jännittäminen voivat haitata. Lyhennä tai pidennä sisäänhengitystä, taukoa ja uloshengitystä sen mukaan, mikä tuntuu hyvältä ja rauhoittavalta. Opittuasi tekniikan tee harjoitus useampi kerta päivässä ja hengitä 10–15 kierrosta jokaisella harjoituskerralla.

1. Ota mukava asento tuolissa, ja istu siten, että selkäsi on kokonaan tuettuna (harjoitus ei onnistu, jos siihen liittyy minkäänlaista pinnistelyä). Älä pidä käsivarsiasi, käsiäsi tai jalkojasi ristissä, jottei niissä ole jännitystä. Käsiä voi pitää vatsan päällä. Anna jalkapohjien levätä lattialla siten, että tunnet, miten saat lattiasta tukea. Voit pitää silmiäsi auki tai sulkea ne sen mukaan, kumpi on sinusta rauhoittavampaa.
2. Havainnoi omaa hengitystäsi. Hengitys usein hidastuu jo siitä, että siihen kiinnittää huomiota.
3. Hengitä hiukan tavallista hitaammin sisään nenän kautta suun ollessa kiinni ja laske esimerkiksi neljään tai viiteen. Hengityksen pitää säilyä mukavana. Keskity vatsan laajenemiseen, kun hengität sisään (eli syvähengitä).
4. Pysähdy hetkeksi. (Myöhemmin tätä hengityksen lepoa voi pidentää mutta missään tapauksessa ei saa pinnistellä/pidätellä väkisin hengitystä.)
5. Hengitä hitaasti ulos nenän tai suun kautta samalla, kun lasket esimerkiksi viiteen (yy-kaa-koo-nee-vii).
6. Nyt tee tämä sarja itsekseksi omaan tahtiisi aluksi viisi kierrosta ja palaa sitten normaaliin hengitystapaan.

Liite 11. Myönteinen toiminta -harjoitus

Mieluisia asioita tekemällä olo ja mieliala vähitellen kohenevat, ja siitä saa lisää energiaa. Tähän voi mennä aikaa, eikä se välttämättä aluksi tunnu hyvältä. Alkuun pääset valitsemalla päivittäin muutaman pienen toiminnon, jotka saavat sinut voimaan paremmin ja ajattelemaan itsestä myönteisemmin. Lisäksi voit ottaa pidemmän tähtäimen suunnitelmia, jotka pilkkotaan pienemmiksi välitavoitteiksi. Voi kokeilla ihan uusia asioita tai kohdata pikkuhiljaa pelottavia tai mielialaan vaikuttavia asioita. On kuitenkin tärkeää jatkaa rauhassa merki-tyksellisen ja mukavan tekemisen parissa päivittäin. Käytä tehtäväpaperia apunasi myönteisen toiminnan valitsemiseen, ajan varaamiseen sitä varten ja sen suunnitteluun.

1. Tunnista ja suunnittele yksi tai useampia toimintoja tai harrastuksia

Käy läpi alla olevaa listaa. Valitse listalta kiinnostava tekeminen tai harrastus, tai käytä listaa apunasi uusien harrastusten ja tekemisen keksimisessä. Voit myös lisätä listaan joitakin sellaisia asioita, jotka toimivat aikaisemmin ja saivat olosi tuntumaan paremmalta.

Valitse vähintään kaksi asiaa: asia, jota voi tehdä yksin ja asia, jota tehdään toisten kanssa.

Ehdotuksia mielekkääksi tekemiseksi - valitse sinulle sopivia ja keksi itse lisää			
Kotona tehtävät asiat	Ulkona tehtävät asiat	Sosiaalinen toiminta	Muiden auttaminen
Kirjan lukeminen	Kävelyllä käyminen	Ystävälle soittaminen	Ystävän auttaminen jossa-
Piirtäminen	Juokseminen	Ystävien kanssa oleskelu	kin työssä
Maalaaminen	Puistossa käyminen	Uuden harrastuksen oppi-	Ystävän lemmikin hoita-
Lehden lukeminen	Koiran ulkoiluttaminen	minen	minen
Valokuvaaminen	Valokuvaaminen	Sähköpostin lähettäminen	Asioiden hoitaminen van-
Musiikin kuunteleminen	Uiminen	Tekstiviestittely	hemman ihmisen puolesta
Elokuvan katseleminen	Patikointi	Blogin tai vlogin pitäminen	Kotiaskareissa auttaminen
Päiväkirjan kirjoittaminen	Pyöräily	Chattailu	Vapaaehtoistyö
Pelaaminen	Cross-fit	Joukkuepelin pelaaminen	Ystävän kuulumisten kysy-
Käsityöt	Salilla käyminen	Tanssiminen	minen
Saunominen	Museossa, teatterissa,	Kuorossa laulaminen	
Kylpy	elokuvissa, konsertissa	Mopon rassaaminen kaverin	
Ruuan valmistaminen	käyminen	kanssa	
Leipominen	Kampaajalla tai parturissa	Lauta- tai nettipelin pela-	
Nukkuminen	käyminen	minen	
Siivoaminen	Kalastaminen	Joukkuelajin harrastaminen	
Kaapin tai laatikon järjestä-	Kirjastossa käyminen		
minen	Kirpputorilla käyminen		
Askartelu	Luonnossa kävely		
Valokuvien katselu	Kahvilassa käyminen		

Valintani:

- _____
- _____

2. Varaa tekemiselle aikaa kalenterista

Valitse päivä ja aika, jolloin voit tehdä yhtä tai useampaa näistä harrastuksista tai tekemisistä (vaikka vain lyhyen aikaa) seuraavalla viikolla. Kirjoita ne alla olevaan kalenteriin.

Maanantai	
Tiistai	
Keskiviikko	
Torstai	
Perjantai	
Lauantai	
Sunnuntai	

Varmista, että voit ryhtyä tekemään asiaa kirjoittamalla muistiin, mitä muuta saatat tarvita (tuo tarvikkeet; varmista, että ystävä on käytettävissä; tarkista, että puisto on auki).

3. Miten meni?

Arvioi miten suunnitellut tekemiset menivät
Oliko ajatuksia tai tunnetiloja, jotka estivät sinua tekemästä suunnittelemaasi asiaa?
Voitko haastaa nuo ajatukset? Tai antaa hankalien tunteiden vain olla?
Oliko joku tavoite tai tehtävä liian iso? Voiko tehtävien tai tekemisen jatkossa pilkkoa pienempiin osatehtäviin tai -tavoitteisiin?
Miltä sinusta tuntui tehtävien tekemisen jälkeen? Entä koko viikon jälkeen?

Liite 12a. Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 6–12-vuotiaan lapsen vanhemmille

Mukailtu CYW Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-Q) Child © Center for Youth Wellness 2015, vapaa käännös Eeva Huikko

Lapsen nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Vastaaajan nimi : _____ Suhde lapseen (äiti, isä, muu huoltaja,ym): _____

Päivämäärä: _____

Monilla lapsilla on elämänsä aikana ollut erilaisia kuormittavia tapahtumia, joilla voi olla vaikutusta heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Tämän kyselyn tiedot auttavat lääkäriä lapsesi terveyden arvioinnissa ja tuen suunnittelussa.

Lue ensin alla olevat **väittämät**. **Laske sitten yhteen** lapseesi sopivien väittämien **lukumäärä** ja kirjoita numero ruutuun. **ÄLÄ** kuitenkaan merkitse **mitkä kohdat** sopivat.

1) **KUINKA MONI väittämä osassa 1 sopii lapseesi?**

Kirjoita yhteenlaskettu lukumäärä viereiseen ruutuun



Osa 1. Lapseni elämän aikana ...

- hänen vanhempansa tai huoltajansa ovat eronneet
- joku hänen perheenjäsenistään tai samassa kodissa asuneista henkilöistä on ollut masentunut, psyykkisesti sairas tai yrittänyt itsemurhaa
- hän on asunut samassa kodissa henkilön kanssa, jolla on alkoholi- tai huumeongelma
- joku hänen perheenjäsenistään tai samassa kodissa asunut henkilö on ollut vankilassa
- hän on nähnyt tai kuullut perheenjäsenen tai samassa kodissa asuvien satuttavan tai uhkaavan satuttaa toisiaan
- perheenjäsen tai samassa kodissa asuva henkilö on loukannut, nöyryyttänyt tai nolannut pelottavalla tavalla häntä TAI toiminut siten, että hän on pelännyt, että häntä satutetaan ruumiillisesti
- joku on töinnyt häntä, tarttunut häneen kovakouraisesti, lyönyt häntä tai heittänyt häntä jollakin TAI häntä on lyöty niin kovaa, että häneen on jäänyt jälkiä tai hän on saanut vammoja
- joku on kosketellut seksuaalisessa tarkoituksessa hänen intiimialueitaan tai pyytänyt tai pakottanut lasta koskettamaan seksuaalisesti omia intiimialueitaan
- hän on jäänyt useammin kuin kerran ilman ruokaa, vaatetusta, asuinpaikkaa tai hänellä ei ole ollut ketään, joka olisi suojellut häntä
- hän on usein kokenut jäävänsä ilman tukea, rakkautta ja/tai turvaa

2) **KUINKA MONI väittämä osassa 2 sopii lapseesi?**

Kirjoita yhteenlaskettu määrä viereiseen ruutuun



Osa 2. Lapseni elämän aikana ...

- häntä on kiusattu ja/tai syrjitty koulussa
- häntä on usein kohdeltu huonosti, kiusattu tai syrjitty ulkonäön, vammaisuuden, rodun, seksuaalisen suuntautumisen, syntymäpaikan tai uskonnon vuoksi
- hänelle on tehty vaikea lääketieteellinen toimenpide tai hänellä on ollut henkeä uhkaava sairaus
- hän on usein nähnyt väkivaltaa naapurustossa tai koulun lähistöllä
- hän on ollut sijoitettuna kodin ulkopuolelle
- hänen vanhempansa tai huoltajansa on kuollut
- hän on joutunut eroon vanhemmastaan tai huoltajastaan maahanmuuton seurauksena

Liite 12b. Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 13–19-vuotiaan nuoren vanhemmille

Nuoren nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Vastaajan nimi : _____ Suhde nuoreen (äiti, isä, muu huoltaja,ym): _____

Päivämäärä: _____

Monilla nuorilla on elämänsä aikana ollut erilaisia kuormittavia tapahtumia, joilla voi olla vaikutusta heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Tämän kyselyn tiedot auttavat lääkäriä nuoresi terveyden arvioinnissa ja tuen suunnittelussa.

Lue ensin alla olevat **väittämät**. **Laske sitten yhteen** nuoreesi sopivien väittämien **lukumäärä** ja kirjoita numero ruutuun. **ÄLÄ** kuitenkaan merkitse **mitkä kohdat** sopivat.

3) KUINKA MONI väittämä osassa 1 sopii nuoreesi?

Kirjoita yhteenlaskettu lukumäärä viereiseen ruutuun



Osa 1. Lapseni elämän aikana ...

- hänen vanhempansa tai huoltajansa ovat eronneet
- joku hänen perheenjäsenistään tai samassa kodissa asuneista henkilöistä on ollut masentunut, psyykkisesti sairas tai yrittänyt itsemurhaa
- hän on asunut samassa kodissa henkilön kanssa, jolla on alkoholi- tai huumeongelma
- joku hänen perheenjäsenistään tai samassa kodissa asunut henkilö on ollut vankilassa
- hän on nähnyt tai kuullut perheenjäsenten tai samassa kodissa asuvien satuttavan tai uhkaavan satuttaa toisiaan
- perheenjäsen tai samassa kodissa asuva henkilö on loukannut, nöyryyttänyt tai nolannut pelottavalla tavalla häntä TAI toiminut niin, että hän on pelännyt, että häntä satutetaan ruumiillisesti
- joku on töninyt häntä, tarttunut häneen kovakouraisesti, lyönyt häntä tai heittänyt häntä jollakin TAI häntä on lyöty niin kovaa, että häneen on jäänyt jälkiä tai hän on saanut vammoja
- joku on kosketellut seksuaalisessa tarkoituksessa hänen intiimialueitaan tai pyytänyt tai pakottanut lasta koskettamaan seksuaalisesti omia intiimialueitaan
- hän on jäänyt useammin kuin kerran ilman ruokaa, vaatetusta, asuinpaikkaa tai hänellä ei ole ollut ketään, joka olisi suojellut häntä
- hän on usein kokenut jäävänsä ilman tukea, rakkautta ja/tai turvaa

4) KUINKA MONI väittämä osassa 2 sopii lapseesi?

Kirjoita yhteenlaskettu määrä viereiseen ruutuun



Osa 2. Lapseni elämän aikana ...

- häntä on kiusattu ja/tai syrjitty koulussa
- häntä on usein kohdeltu huonosti, kiusattu tai syrjitty ulkonäön, vammaisuuden, rodun, seksuaalisen suuntautumisen, syntymäpaikan tai uskonnon vuoksi
- hänelle on tehty vaikea lääketieteellinen toimenpide tai hänellä on ollut henkeä uhkaava sairaus
- poika- tai tyttöystäväni on uhkaillut minua tai pahoinpidellyt minua sanallisesti tai fyysisesti
- hän on usein nähnyt väkivaltaa naapurustossa tai koulun lähistöllä
- hän on ollut sijoitettuna kodin ulkopuolelle
- hänen vanhempansa tai huoltajansa on kuollut
- hän on joutunut eroon vanhemmastaan tai huoltajastaan maahanmuuton seurauksena
- hän on ollut pidätettynä tai vangittuna

Liite 12c. Kuormittavien ja traumaattisten kokemusten lukumääräkysely 13–19-vuotiaille

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Päivämäärä: _____

Monilla nuorilla on elämän aikana ollut erilaisia kuormittavia tapahtumia, joilla voi olla vaikutusta heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Tämän kyselyn tiedot auttavat lääkäriä terveytesi arvioinnissa ja tuen suunnittelussa.

Lue ensin alla olevat väittämät. **Laske sitten yhteen** omaan elämääsi sopivien väittämien **lukumäärä** ja kirjoita numero ruutuun. **ÄLÄ** kuitenkaan merkitse **mitkä kohdat sopivat**.

5) **KUINKA MONI asia osassa 1 on tapahtunut sinulle?**

Kirjoita yhteenlaskettu lukumäärä viereiseen ruutuun



Osa 1. Koko elämäni aikana jossain vaiheessa ...

- vanhempani ovat eronneet
- joku perheeni jäsenistä tai samassa kodissa asuneista ihmisistä on ollut masentunut, psyykkisesti sairas tai yrittänyt itsemurhaa
- olen asunut samassa kodissa henkilön kanssa, jolla on alkoholi- tai huumeongelma
- joku perheeni jäsen tai samassa kodissa asuneista ihmisistä on ollut vankilassa
- olen nähnyt tai kuullut perheeni jäsenten tai samassa kodissa asuvien satuttavan tai uhkaavan satuttaa toisiaan
- perheeni jäsen tai samassa kodissa asunut henkilö on loukannut, nöyryyttänyt tai nolannut pelottavalla tavalla minua TAI toiminut niin, että olen pelännyt, että minua satutetaan ruumiillisesti
- joku on tarttunut minuun kovakouraisesti, lyönyt minua tai heittänyt minua jollakin painavalla esineellä TAI minua on lyöty niin kovaa, että minuun on jäänyt jälkiä tai olen saanut vammoja
- joku on koskettellut seksuaalisessa tarkoituksessa minun intiimialueitani tai pyytänyt tai pakottanut minua koskettamaan omille intiimialueilleen seksuaalisella tavalla
- olen jäänyt useammin kuin kerran ilman ruokaa, riittävää vaatetusta, asuinpaikkaa tai minulla ei ole ollut ketään joka olisi suojellut minua
- olen usein jäänyt ilman tukea, rakkautta ja/tai turvaa

6) **KUINKA MONI väittämä osassa 2 sopii omaan elämääsi?**

Kirjoita yhteenlaskettu lukumäärä viereiseen ruutuun



Osa 2. Koko elämäni aikana jossain vaiheessa ...

- minua on kiusattu ja/tai syrjitty koulussa
- minua on usein kohdeltu huonosti, kiusattu tai syrjitty ulkonäön, vammaisuuden, rodun, seksuaalisen suuntautumisen, syntymäpaikan tai uskonnon vuoksi
- minulle on tehty vaikea lääketieteellinen toimenpide tai minulla on ollut henkeä uhkaava sairaus
- poika- tai tyttöystäväni on uhkaillut minua tai pahoinpidellyt minua sanallisesti tai fyysisesti
- olen ollut sijoitettuna kodin ulkopuolelle
- minun vanhempani on kuollut
- olen usein nähnyt väkivaltaa naapurustossa tai koulun lähistöllä
- olen joutunut eroon vanhemmastani tai huoltajastani maahanmuuton vuoksi
- olen ollut pidätettynä tai vangittuna

Liite 13a. Kouluikäisen pakolaistaustaisen lapsen tukeminen traumatisoivien kokemusten jälkeen: neuvoja vanhemmalle

Lapsen reaktio	Miten vanhempi voi auttaa	Esimerkkejä: Mitä voi tehdä ja sanoa
Hämmennys siitä mitä on tapahtunut	Selitä selkeästi mitä on tapahtunut, aina kun lapsi kysyy. Vältä selityksessä lasta pelottavia yksityiskohtia. Korjaa, jos lapsella on väärinkäsityksiä siitä, että vielä nytkin on vaaraa. Muistuta lasta siitä, että ihmiset tekevät töitä perheiden suojelemiseksi ja perheesi voi saada enemmän apua jos tarvitsee. Kerro lapselle mitä hän voi olettaa tapahtuvan seuraavaksi.	”Tiedän, että toiset lapset sanoivat, että jotain kamalaa voi sattua uudestaan, mutta me olemme nyt turvallisessa paikassa.” Vastaa uudelleen ja uudelleen lapsesi kysymyksiin (ärsyyntymättä) ja rauhoita häntä siitä, että perhe on turvassa Kerro mitä tapahtuu seuraavaksi
Syällisyudentunteet Kouluikäisillä lapsilla voi olla huolta siitä, että he olivat jotenkin vastuussa tapahtuneesta tai heidän olisi pitänyt voida estää tapahtumat. He eivät välttämättä uskalla puhua näistä huolistaan muille.	Tarjoa lapselle tilaisuuksia puhua huolenaiheistaan. Kerro miksi tapahtumat eivät olleet lapsen syy.	Ota lapsi viereesi. Selitä, että ”Tällaisen onnettomuuden jälkeen monet lapset ja vanhemmat miettivät, ’Mitä olisin voinut tehdä eri lailla?’ Tai ’Olisiko minun pitänyt voida tehdä jotain?’ Se ei tarkoita sitä, että he ovat syyllisiä siihen mitä tapahtui” ”Kukaan ei olisi voinut auttaa Vaaria. Se ei ollut sinun syyksi”
Pelko tapahtuman toistumisesta ja reaktiot asioihin, jotka muistuttavat siitä	Auta lasta tunnistamaan ns. muistuttajat eli asiat, jotka muistuttavat tapahtuneesta (ihmiset, paikat, äänet, hajut, tunteet, ajankohdat) ja selitä ero niiden ja itse tapahtuman välillä. Muistuta niin usein kun lapsi sitä tarvitsee, että hän on turvassa. Suojele lasta tapahtumasta kertovilta uutisilta tai muulta medialta, sillä se voi laukaista pelon tapahtuman toistumisesta.	Kun lapsi huomaa, että tapahtuma tulee mieleen, sano ”Yritä sanoa itsellesi, että olen järkyttynyt, koska minulle tuli mieleen meidän rikottu talomme, kun luin katastrofista, mutta nyt meidän taloamme ei voida rikkoa. Olen toisessa maassa ja olen turvassa”. ”Nyt on pidettävä tauko netissä olemisesta” Istu lapsesi kanssa uutisten katsomisen aikana. Pyydä häntä kertomaan mitä hän näki uutisissa. Oikaise väärinkäsitykset.
Tapahtumasta kertominen tai sen leikkiminen uudestaan ja uudestaan	Anna lapsen puhua tai leikkiä. Kerro lapselle sen olevan normaalia Rohkaise positiivisia ongelmanratkaisuja leikeissä tai piirroksissa	”Teet paljon piirustuksia siitä mitä tapahtui. Monet lapset tekevät niin”. ”Voisi auttaa, jos piirtäisit miten ihmiset pääsevät sopuun toistensa kanssa”.
Pelko siitä, että ei kestä tunteitaan	Järjestä lapselle turvallinen paikka, jossa ilmaista pelkonsa, vihansa, surunsa jne. Anna lapsen itkeä tai olla surullinen; älä odota hänen olevan rohkea tai vahva.	”Kun pelottavia asioita tapahtuu, ihmisillä on vahvoja tunteita, esimerkiksi voi olla vihainen kaikille tai tosi surullinen. Haluaisitko istua tässä huovan alla kunnes olosi on parempi?”
Univaikkeudet Painajaisunet, pelko nukkua yksin, vaativat nukkua vanhempien kanssa	Anna lapsen kertoa painajaisunistaan. Selitä niiden olevan normaaleja ja että ne jäävät pois. Älä pyydä lasta kertomaan painajaisien yksityiskohtia liian tarkasti. Väliaikaiset nukkumajärjestelyt voi tehdä; suunnittele lapsen kanssa normaaleihin nukkumistapoihin palaaminen	”Se oli pelottava uni. Mietitään mistä hyvistä asioista voit nähdä unta ja minä hieron selkäsi kunnes nukahdat uudelleen.” Voi nukkua meidän makuuhuoneessa muutaman seuraavan yön. Sen jälkeen olemme kauemmin kanssasi huoneessasi ennen nukahtamistasi. Jos sinua pelottaa, voidaan puhua siitä.”

Lapsen reaktio	Miten vanhempi voi auttaa	Esimerkkejä: Mitä voi tehdä ja sanoa
Huoli omasta ja muiden turvallisuudesta	Auta lasta kertomaan huolistaan ja anna hänelle paikkansapitävää tietoa	Tee ”huolilaatikko”, jonne lapsi voi laittaa kirjoittamansa huolilaput. Sovi aika, jolloin niitä katsotaan yhdessä, ratkotaan ongelmia ja löydetään huoliin vastauksia.
Muuttunut käytös Epätavallisen aggressiivinen tai levoton käytös	Rohkaise lasta menemään vapaa-ajan harrastuksiin ja liikkumaan turhautumisen ja tunteiden	”Tiedän, että et tarkoittanut paiskoa ovea. On kurjaa tuntee olonsa noin vihaiseksi”. ”Mitä jos mentäisiin kävelyille? Joskus liikunta auttaa vahvojen tunteiden kestämisessä”
Ruumiilliset vaivat Päänsärky, mahakivut, lihaskivut joille ei näytä olevan mitään syytä	Selvitä, onko vaivoihin ruumiillinen syy. Ellei ole, tee lapsen olo mukavaksi ja vakuuta sen olevan normaalia Pysy asiallisena, liika huomio voi lisätä vaivoja.	Varmista, että lapsi nukkuu riittävästi, syö hyvin, juo tarpeeksi vettä ja saa riittävästi liikuntaa. ”Mitäs jos istuisit tuolla? Kerro kun voit paremmin, niin pelataan korttia”.
Vanhempien reaktioiden ja toipumisen vahtiminen Lapsi ei halua vaivata vanhempia omilla huolillaan	Anna lapselle mahdollisuuksia puhua omista tunteistaan ja sinun tunteistasi Ole niin rauhallinen kuin pystyt, jotta lapsen huolet eivät lisäänty	”Nilkkani on murtunut, mutta se tuntuu nyt paljon paremmalta, kun ensihoitaja satoi sen. Oli varmaan pelottavaa nähdä minua sattuvan.”
Huoli muista uhreista ja heidän perheistään	Rohkaise lasta tekemään jotain rakentavaa toisten hyväksi, mutta älä kuormita häntä kohtuuttomalla vastuulla	Auta lasta huomaamaan ikätasoiset ja mielekkäät tekemiset (esim. pienemmistä lapsista huolehtiminen)

Liite 13 b. Kouluikäisen pakolaistaustaisen nuoren tukeminen traumatisoivien kokemusten jälkeen: neuvoja vanhemmalle

Nuoren reaktio	Miten vanhempi voi auttaa	Esimerkkejä: Mitä voi tehdä ja sanoa
Välinpitämättömyys, häpeä, syyllisyys	Varaa turvallista aikaa keskusteluun nuoren kanssa tapahtumista ja hänen tunteistaan Korosta sitä, että tällaiset tunteet ovat yleisiä ja korjaa liialliset itesyytökset realistisilla selvityksillä siitä, mitä itse asiassa olisi voinut tehdä	”Monet nuoret – ja aikuiset tuntevat samalla tavalla, ovat vihaisia ja syyttävät itseään siitä että olisi pitänyt tehdä enemmän. Tämä ei ole sinun vikasi.”
Tietoisuus peloista, haavoittuvuudesta, pelko epänormaalliksi leimatuksi tulosta	Auta nuorta ymmärtämään, että nämä tunteet ovat yleisiä Edistä toipumisaikana suhteita perheenjäseniin ja sukulaisiin sekä kavereihin tuen saamiseksi	”Minusta tuntui samalta. Olin peloissani ja avuttomana. Useimmat ihmiset tuntevat niin kun joku onnettomuus tapahtuu, vaikka näyttäisivät ulospäin rauhallisilta.” ”Minun kännykkäni toimii taas, kokeile jos saat Peten kiinni, niin kuulet miten hän voi.” ”Ja kiitos siitä, että pelasit pikkusiskosi kanssa, hän voi nyt paljon paremmin.”
Päihteiden käyttö, onnettomuusaltis käytös	Auta nuorta ymmärtämään, että hänen käyttöksensä on vaarallinen tapa ilmaista tapahtuman aiheuttamia vahvoja tunteita (kuten vihaa) Rajoita alkoholin ja lääkkeiden saantia Seuraa jonkin aikaa tarkemmin, minne nuori on menossa ja mitä hän aikoo tehdä	”Monet nuoret ja jotkut aikuiset tuntevat olevansa tällaisen onnettomuuden seurauksena vihaisia ja poissa tolaltaan. He ajattelevat, että juominen tai lääkkeiden ottaminen auttaa jollain tavalla. On ihan normaalia tuntea sillä tavoin, mutta ei ole hyvä ajatus toimia niin.” ”Näinä aikoina on tärkeää että tiedän, missä olet ja miten saan sinuun yhteyden.” Vakuuta nuorelle, että tämä ylimääräinen tarkistelu on väliaikaista, kestää vain siihen asti kun tilanne on vakiintunut.
Pelot tilanteen toistumisesta ja reaktiot tapahtuneesta muistuttaviin asioihin	Auta nuorta tunnistamaan tapahtuneesta muistuttavat asiat (ihmiset, paikat, äänet, hajut, tunteet, vuorokaudenaika) ja selvennä ero tapahtuneet ja sen jälkeen ilmenevien muistuttajien välillä Selitä nuorelle, että onnettomuudesta kertovat uutiset voivat laukaista toistumispelon	”Kun tapahtuma tulee mieleesi, voisit yrittää sanoa itsellesi, että ”Olen poissa tolaltani nyt sen vuoksi, että muistin sen, mutta nyt on erilaista, koska ei ammuta ja olen turvassa.”” Ehdota ”Uutisten katsominen voi tehdä olosi huonommaksi, koska ne näyttävät samoja kuvia uudelleen ja uudelleen. Mitä jos sulkit sen nyt?”
Äkilliset muutokset ihmissuhteissa Nuoret voivat vetäytyä vanhemmistaan, perheestä ja jopa kavereista; he voivat reagoida vahvasti siihen miten vanhemmat suhtautuvat kriisiin	Selitä, että ihmisten välisten suhteiden kuormittuminen oli odotettavissa. Korosta, että jokainen tarvitsee toipumisaikana tuekseen perhettä ja kavereita. Vastaa omista tunteistasi	Puhu enemmän perheen kesken siitä, miten kukin perheenjäsen voi. Sano ”Se, että olemme nyt äkäisiä toisillemme, on ihan normaalia, siihen nähden mitä olemme kokeneet. Minusta me hoidamme asioita mahtavasti. On hyvä, että meillä on toisemme.” Voit sanoa ”Arvostan sitä, että pysyit rauhallisena kun veljesi kiljui eilen illalla. Hän heräili myös yöllä.” ”Anna anteeksi, että olin ärtyisä sinulle eilen. Minä yritän enemmän että pysyisin rauhallisena.”
Jyrkät asennemuutokset	Selitä, että katastrofin jälkeen ihmisten asenteet usein muuttuvat, mutta usein palaavat ajan kuluessa entiselleen	”Me olemme kaikki kovan paineen alla. Kun ihmisten elämän tällä tavalla menee sekaisin, kaikki pelkäävät enemmän ja ovat vihaisempia – jopa täynnä kostonhimoa. Nyt ei ehkä näytä siltä, mutta meistä kaikista tuntuu paremmalta kun päästään takaisin jäsentyneempiin rutiineihin.”
Huoli muista uhreista ja heidän perheistään	Rohkaise nuorta tekemään jotain rakentavaa toisten hyväksi, mutta älä anna hänen kuormittaa itseään kohtuuttomalla vastuulla	Auta nuorta huomaamaan ikätasoiset ja mielekkäät tekemiset (esim. kaupassa käynti)

Lähde: Paloma-käsikirja/Bundes Psychotherapeuten Kammer 2016. Vapaa käännös: Eeva Huikko
Ohjeita on saatavilla www.bptk.de-sivustolla usealla eri kielellä: englanti, arabia, kurdi, persia.

Liite 14. Päihdehäiriöt, päihteiden haitallinen käyttö ja riippuvuus: diagnostiset kriteerit

Päihdehäiriöt ICD-10	
F10.1	Alkoholin haitallinen käyttö
F10.2x	Alkoholiriippuvuus (alkoholin aiheuttama riippuvuusoireyhtymä)
F10.9	Määrittämätön alkoholin käytön aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö
F1x.1	Lääkkeen tai päihteen haitallinen käyttö
F1x.2x	Lääkkeen tai päihteen käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä
F1x.9	Lääkkeen tai päihteen käytön aiheuttama määrittämätön elimellinen aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö
<p>Kolmas merkki: 1 opioidit; 2 kannabinoideit; 3 rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet; 4 kokaiini; 5 muut piristeet (esim. amfetamiini, metamfetamiini, metyyliifenidaatti); 6 hallusinogeenit (esim. LSD, psilosybiini, sienet); 7 tupakka; 8 liuotainaineet (esim. gamma ja lakka); 9 useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käyttö (Tätä ryhmää käytetään, kun häiriön tiedetään liittyvän joidenkin muiden kuin edellä mainittujen psykoaktiivisten aineiden äskettäiseen käyttöön (esim. ekstaasi, designerit) tai kahden tai useamman psykoaktiivisen aineen käyttöön, kun on mahdotonta arvioida, minkä aineen osuus on tärkein).</p> <p>Viides merkki: ajankohtainen tilanne, esim. on tällä hetkellä vieroittautunut tai jatkuva käyttö.</p>	

Päihteiden haitallinen käyttö

Terveydelle haitallinen psykoaktiivisen aineen käyttötapa. Haitta voi olla ruumiillinen (esim. aineen suonensisäisestä annostelusta seuraava maksatulehdus) tai mielenterveydellinen (esim. runsaasta alkoholinkäytöstä johtuvat masennusjaksot). Diagnoosin asettamiseksi vaaditaan, että käyttäjälle on aiheutunut todellinen mielenterveyden tai ruumiillisen terveyden vaurio.

Diagnostiset kriteerit:

- Selvä näyttö siitä, että aineen käyttö on aiheuttanut ruumiillisen tai psyykkisen haitan mukaan lukien heikentynyt arvostelukyky tai häiriintynyt käyttäytyminen, joka voi johtaa kyvyttömyyteen ihmissuhteissa tai aiheuttaa haitallisia seuraamuksia niissä.
- Haitan luonne tulee olla selvästi todettavissa (ja määriteltävissä).
- Aineen käyttöä on kestänyt vähintään kuukauden ajan tai sitä on tapahtunut toistuvasti 12 kuukauden aikana.
- Häiriö ei täytä minkään muun samaan päihteeseen liittyvän samaan aikaan esiintyvän mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön kriteerejä (poikkeuksena äkillinen päihtymystila F1x.0).

Riippuvuusoireyhtymä

Yhden tai useamman aineen käyttö tulee henkilölle huomattavasti tärkeämmäksi kuin aiemmin tärkeät käyttäytymisen muodot. Oireet ilmenevät käyttäytymisen tasolla sekä älyllisissä ja fysiologisissa toiminnoissa. Riippuvuusoireyhtymän keskeinen piirre on vastustamaton tai ainakin voimakas halu käyttää ainetta. Päihteen käytön pakonomaisuus on usein havaittavissa henkilön yrittäessä lopettaa tai kontrolloida aineen käyttöä. Riippuvuusoireyhtymä voi liittyä tiettyyn aineeseen, aineryhmään tai joukkoon useita erilaisia aineita.

Diagnostiset kriteerit:

Vähintään kolme seuraavista on todettu yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan tai, mikäli yhtämittaiset ajanjaksot ovat kuukautta lyhyempiä, toistuvasti viimeksi kuluneen vuoden aikana:

- (1) Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta.
- (2) Kyky kontrolloida aineen käytön aloittamista ja lopettamista tai käytettävän annoksen määrää on heikentynyt. Tällöin ainetta käytetään usein suurempia määriä, tai pidemmän ajan kuin oli tarkoitus, tai todetaan jatkuva halu aineen käyttöön, tai yritykset vähentää tai kontrolloida aineen käyttöä epäonnistuvat.
- (3) Fysiologinen vieroitusoireisto, kun aineen käyttö loppuu tai vähenee, mistä on osoituksena aineelle tyypilliset vieroitusoireet tai saman tai läheisesti sukua olevan aineen käyttö vieroitusoireiden vähentämiseksi tai välttämiseksi.
- (4) Osoitus sietokyvyn kasvusta: tarvitaan esimerkiksi selvästi aikaisempaa suurempia annoksia päihtymystilan tai toivotun vaikutuksen saavuttamiseksi, tai aineen käyttöä seuraa selvästi aiempaa heikompi vaikutus, kun käytetään ainetta jatkuvasti samalla annoksella.
- (5) Keskittyminen aineen käyttöön, mikä ilmenee muiden tärkeiden mielihyvän lähteiden tai kiinnostuksen kohteiden laiminlyöntinä tai siten, että aikaa kuluu runsaasti aineen hankkimiseen, käyttämiseen tai sen vaikutuksista toipumiseen.
- (6) Aineen jatkuva käyttö huolimatta sen selvästi haitallisista seurauksista, mistä osoituksena on käytön jatkuminen, vaikka henkilö on tietoinen haitan luonteesta ja suuruudesta. Psykoaktiivisten aineiden käyttötapojen kapeutumista pidetään myös tyypillisenä piirteenä. (Esim. henkilö juo alkoholijuomia samalla tavalla arkipäivisin ja viikonloppuisin välittämättä sosiaalisista säännöistä, jotka yleensä säätelevät juomiskäyttäytymistä).

Liite 15. CGAS psyykkisen tilan arviointi 0–17-vuotiaille

GAS PSYKKISEN TILAN ARVIOINTI ALLE 18-VUOTIAILLE

Arvioi nuoren toimintakykyä CGAS-asteikolla arviointihetkeä edeltävän viikon alimman tason mukaisesti. Huomioi psykologinen ja sosiaalinen toimintakyky kuvitellulla jatkumolla, missä psyykinen terveys ja sairaus ovat äärikohdissa. Somaattisista tai ympäristösyistä johtuvia toimintakyvyn laskuja ei huomioida.

100–91 Erittäin hyvä toimintakyky useilla alueilla

(kotona, koulussa, tovereiden kanssa), elämänongelmat eivät näytä aiheuttavan vaikeuksia. Toiset haluavat mielellään olla tämän lapsen tai nuoren kanssa hänen monien positiivisten ominaisuuksiensa takia. Ei oireita.

90–81 Kaikissa suhteissa hyvä toimintatase, ei oireita tai vain vähäiset oireet

esim. lievä hermostuneisuus ennen kokeita, kiinnostunut monista asioista ja paneutuu niihin, sosiaalisesti pärjäävä, yleensä elämäänsä tyytyväinen, ainoastaan arkipäiväisiä ongelmia ja huolia (esim. tilapäisiä ristiriitoja muiden perheenjäsenten kanssa).

80–71 Vain vähäinen toimintakyvyn heikkeneminen – jos oireita esiintyy, ne ovat tilapäisiä

ja psykososiaalisiin stressitekijöihin nähden odotettavissa olevia (esim. keskittymisvaikeuksia perheriidan jälkeen); vain vähäinen toimintakyvyn heikentyminen sosiaalisissa suhteissa tai koulussa tai opiskelussa (esim. tilapäisesti jäljessä koulutyössä).

70–61 Jonkin verran vaikeuksia yksittäisellä toiminta-alueella – joitakin lieviä oireita tai joitakin vaikeuksia kyvyssä toimia sosiaalisissa suhteissa, koulussa tai opiskelussa

esim. mielialan lasku tai lievä nukahtamisongelma tilapäinen koulupinnaus tai varastelu oman perheen piirissä; pääasiallisesti suhteellisen hyvin toimiva, on merkityksellisiä suhteita muutamiin henkilöihin.

60–51 Vaihteleva toimintakyky – kohtalaisia oireita tai ajoittain vaikeuksia kyvyssä toimia sosiaalisissa suhteissa tai koulussa tai opiskelussa

esim. lattea tunteiden ilmaisu tai monimutkainen puhe tai yksittäiset paniikkikohtaukset vain vähän ystäviä tai ristiriitoja tovereiden kanssa koulussa tai työssä.

50–41 Vakava toiminta-kyvyn alenema yhdellä tai kohtalainen usealla alueella – vakavia oireita tai vakavasti alentunut kyky toimia sosiaalisissa suhteissa tai koulussa tai opiskelussa

esim. itsemurha-ajatuksia tai vaikeita pakko-oireita tai toistuvia näpistelyjä ei ole ystäviä tai keskeyttää koulunkäynnin tai opiskelun, ei pysy työssä.

40–31 Selviä toiminnan häiriöitä useilla alueilla, kuten koulussa tai opiskelussa tai suhteissa perheenjäseniin tai arvostelukyvyssä tai ajattelussa tai mielialassa, tai tiettyjä häiriöitä realiteettitilanteissa ja kommunikaatiokyvyssä

esim. ilmaisee ajoittain itseään epäloogisesti tai epäselvästi tai epäasiallisesti, masentunut lapsi välttelee ystäviään tai laiminlyö velvollisuuksiaan perheessä tai ei suoriudu koulu- tai opiskelutehtävistään tai ryhtyy jatkuvasti tappelemaan itseään nuorempien lasten kanssa tai epäonnistuu koulussa tai on kotona uhmaainen ja torjuva.

30–21 Toimintakyvyn lähes kaikilla osa-alueilla tai harhaluulot ja aistiharhat vaikuttavat merkittävästi käyttäytymiseen tai vakavasti alentunut kommunikaatio- tai arvostelukyky

esim. ajoittain hajanainen tai käyttäytyy hyvin epäasiallisesti tai jatkuvia itsemurha-ajatuksia makaa sängyssään kaiken päivät, tai ei käy koulua tai ei opiskele tai ei ole harrastuksia tai ei ystäviä.

20–11 Valvonnan tarve – on tietty vaara, että lapsi tai nuori vahingoittaa itseään tai muita tai ei kykene ajoittain huolehtimaan omasta siisteydestään tai vakava kommunikaatiokyvyn häiriö

esim. itsemurhayritys ilman selvää kuolemantoitetta tai usein väki-vaaltainen tai maanisesti kiihtynyt enimmäkseen sekava, tai mutistinen, puhumaton, tuhrii ulosteella.

10–01 Jatkuvan valvonnan tarve – on vaara, että lapsi tai nuori aiheuttaa itselleen tai muille vahinkoa tai on jatkuvasti kykenemätön huolehtimaan omasta siisteydestään tai vakava itsemurhayritys, johon liittyy kuolemantoi.

Liite 16. Älypuhelimien riippuvuusasteikko SAS-SV (Smartphone addiction scale – short version for adolescents)

	Vahvasti eri mieltä	Eri mieltä	Hieman eri mieltä	Hieman samaa mieltä	Samaa mieltä	Vahvasti samaa mieltä
	1 p	2 p	3 p	4 p	5 p	6 p
1. Suunniteltu toiminta jää toistuvasti tekemättä älypuhelimien käytön takia						
2. Koulussa on vaikea keskittyä tehtävien tekoon tai muuhun työskentelyyn älypuhelimien käytön takia						
3. Kiputilat ranteissa tai niskassa puhelimen käytön yhteydessä						
4. Vaikeus seisokella tai istuskella jossain ilman puhelinta kädessä						
5. Kärsimätön, ärtynyt tai levoton olo ilman puhelinta						
6. Puhelin on mielessä silloinkin kun sitä ei juuri sillä hetkellä käytetä						
7. Puhelimen käytön jatkuminen tiiviinä vaikka se on jo haitannut arjen toimia						
8. Puhelimen jatkuva tarkistaminen jotta mikään keskustelu tai viesti ei jäisi huomaamatta Twitterissä, Facebookissa tai muualla somessa						
9. Puhelimen käyttö toistuvasti pidempään tai useammin kuin oli tarkoitus						
10. Läheiset huomauttelevat puhelimen liiallisesta käytöstä						

Tulkinta: Summapisteen katkaisuraja tytöt 33 pistettä, pojat 31 pistettä

[Tutkimustietoa tulosten tulkinnasta](#)