

# Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle

**Helmikuu 2018**

Valtioneuvoston selvitys-  
ja tutkimustoiminnan  
julkaisusarja 90/2017

# KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija ja julkaisuaika</b>	Valtioneuvoston kanslia, 9.2.2018		
<b>Tekijät</b>	Ranta Klaus, Parhiala Pauliina, Pelkonen Riitta, Seppälä Timo T., Mäklin Suvi, Haula Taru, Nikula Minna, Mäkinen Mauno, Rintamäki Teija, Marttunen Mauri		
<b>Julkaisun nimi</b>	Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle		
<b>Julkaisusarjan nimi ja numero</b>	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 90/2017		
<b>Asiasanat</b>	nuoret, nuorten mielenterveyspalvelut, hoitoketjut, masennus, perusterveydenhoito, erikoissairaanhoido, nuorisopsykiatria, palvelujärjestelmän integraatio, varhainen tuki, näyttöön perustuva hoito, opiskeluhuolto		
<b>Julkaisuaika</b>	Helmikuu, 2018	<b>Sivuja</b> 102	<b>Kieli</b> Suomi

## Tiivistelmä

HUSin, Helsingin yliopiston, Espoon kaupungin ja THL:n yhteishankkeessa saatiin hyviä tuloksia mielenterveysintervention tuomisessa yläkoulujen opiskeluhuoltoon nuorten lievän ja keskivaikean masennuksen hoitamiseksi. Kokeilu osoitti, että kouluissa kyetään hoitamaan nuorten depressiota.

Kaikkiaan 66 Espoon yläkoulujen työntekijää – koulukuraattoreja, -psykologeja ja -terveydenhoitajia – koulutettiin vuosina 2016–2017 antamaan oppilaille niin sanottua IPC-hoitoa. IPC on lyhennetty, kuusi tapaamiskertaa sisältävä sovellutus interpersoonallisesta terapiasta (IPT), joka on käytännönläheinen, terapiamalli masennuksen hoitoon.

Sekä työntekijät että nuoret itse arvioivat, että IPC-hoito tuotti nuorille merkittävän masennusoireiden vähentymisen. Vaikutus säilyi ja osin tehostui 3 kuukauden ja 6 kuukauden seurannassa. Vain 8 prosenttia kaikista hoidetuista nuorista ohjattiin seurannassa lopulta erikoissairaanhoidon. Hoidoissa ei todettu haittavaikutuksia tai merkittäviä turvallisuusriskejä.

Hankkeen yhteydessä tehtiin myös rekisteritutkimus, joka osoitti, että lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon avohoito on lisääntynyt lähes samassa suhteessa kuin vuodeosastohoito on laskenut vuosina 2016–2014 kaikissa pääkaupunkiseudun kaupungeissa.

## Liite 1 Nuorten mielenterveysinstrumentti kouluun

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2015 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

# PRESENTATIONSBLAD

**Utgivare & utgivningsdatum** Statsrådets kansli, 9.2.2018

**Författare** Ranta Klaus, Parhiala Pauliina, Pelkonen Riitta, Seppälä Timo T., Mäklin Suvi, Haula Taru, Nikula Minna, Mäkinen Mauno, Rintamäki Teija, Marttunen Mauri

**Publikationens namn** Depression bland tonåringar, vårdkedjor i mentalvård och integrerad implementering av evidensbaserad intervention till skolhälsovård

**Publikationsseriens namn och nummer** Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 90/2017

**Nyckelord** ungdomar, ungdomspsykiatri, mentalvård hos unga, vårdkedjor, depression, integration av hälso- och socialvård, tidig intervention, evidensbaserad intervention, skolhälsovård, interpersonal counselling

**Utgivningsdatum** Februari, 2018      **Sidantal** 102      **Språk** Finska

## Sammandrag

Ett projekt för att implementera en evidensbaserad intervention IPC (*Interpersonal Counselling, dvs. Interpersonlig handledning*) för tidig behandling av lindrig eller medelsvår depression hos unga i högstadieskolorna i Esbo ledde till ett bra resultat. Projektet genomfördes av HUS, Helsingfors Universitet, Esbo stad och THL. En kontrollerad provning förevisade att det är möjligt att behandla depression i skolan.

Sammanlagt 66 anställda i Esbo högstadieskolor (skolkuratorer, -psykologer, -hälsovårdare) utbildades i IPC åren 2016–2017. IPC är en förkortad version av interpersonal terapi. Det är en praktisk orienterad behandling med sex individuella besök och lämpar sig för många yrkesgrupper.

Både de utbildade och ungdomar själva upplevde att IPC behandling resulterade i en signifikant minskning av symptomen. Effekten behölls, delvis även förstärktes ytterligare i 3 månads och 6 månads uppföljningen. Endast 8 procent av alla hänvisades till den specialiserade sjukvården i uppföljningen. Behandlingen konstaterades inte medföra några biverkningar eller betydande säkerhetsrisker.

En registerundersökning visade tydligt att öppenvården inom den specialiserade sjukvården har ökat i nästan samma förhållande som vården på vårdavdelning inom den specialiserade sjukvården har minskat i Esbo, Vanda och Helsingfors under åren 2006–2014.

## Bilaga 1 Instrument för bedömning av vårdbarhet för psykiska symptomen i skolan

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2015 ([tietokayttoon.fi/sv](http://tietokayttoon.fi/sv)).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

## DESCRIPTION

<b>Publisher and release date</b>	Prime Minister's Office, 9.2.2018		
<b>Authors</b>	Ranta Klaus, Parhiala Pauliina, Pelkonen Riitta, Seppälä Timo T., Mäklin Suvi, Haula Taru, Nikula Minna, Mäkinen Mauno, Rintamäki Teija, Marttunen Mauri Magna		
<b>Title of publication</b>	Adolescent depression, critical paths, and integrated implementation of evidence-based intervention to primary level		
<b>Name of series and number of publication</b>	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 90/2017		
<b>Keywords</b>	adolescents, child and adolescent psychiatry, youth mental health services, critical paths, depression, integration of health and social services, early intervention, evidence-based interventions, school health care, interpersonal counselling		
<b>Release date</b>	February, 2018	<b>Pages</b> 102	<b>Language</b> Finnish

### Abstract

A collaboration project between HUS, University of Helsinki, City of Espoo and THL yielded good results from implementing a structured mental health intervention to secondary schools for the treatment of mild and moderate depression in adolescents. A controlled trial showed that it is possible to treat depression in the school.

In all, 66 workers from all secondary schools of Espoo – school social workers, psychologists, nurses – were trained to deliver interpersonal counselling (IPC) in the years 2016–2017. IPC is a shortened version of interpersonal therapy, a six-session, practically oriented therapeutic intervention for treatment of depression.

Based on reports from both adolescents and the IPC counsellors the IPC intervention resulted in a clinically significant reduction in depressive symptoms. The effect was maintained, even partially strengthened at 3 month and 6 months follow-up. Only 8 per cent of all treated adolescents were referred to secondary level services during the follow-up period. No harmful effects or significant risk incidents occurred during the treatment.

A register study linked with this project showed that outpatient treatment in the secondary psychiatric services for children and adolescents has increased almost in the same ratio as inpatient treatment has decreased in the years 2006–2014 in the cities of Espoo, Vantaa, and Helsinki.

### Appendix 1 The mental health assessment instrument for secondary schools

This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2015 ([tietokayttoon.fi/en](http://tietokayttoon.fi/en)).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



# SISÄLLYS

<b>1. NUORTEN MIELENTERVEYDEN HOIDON KEHITTÄMISTARPEET</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1. Nuorten mielenterveyspalvelut perustasolla, erikoissairaanhoidossa ja palveluketjuna</b> .....	<b>10</b>
Palveluiden nykytilanne .....	10
Nuorten mielenterveyspalveluja ja -ketjuja koskevan tiedon puute .....	11
Nuorten masennus ja sen seuraukset.....	12
Palveluketjut ja tiedolla ohjaaminen .....	13
Suomalaiset nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämissuunnitelmat ja -tarve .....	13
<b>1.2. Hankkeen tavoitteet</b> .....	<b>14</b>
<b>2. OPISKELUHUOLTO MIELENTERVEYSTYÖN TOTEUTTAMISYMPÄRISTÖNÄ</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1. Nykytilanne Suomessa</b> .....	<b>17</b>
Kouluterveydenhuolto ja oppilashuolto mielenterveysinterventioiden toteuttamispaikkana .....	17
Opiskeluhoito ja sitä määrittävä lainsäädäntö.....	17
Hoidon määrittely, tarve sekä yksilöllinen vs. yhteisöllinen opiskeluhoitotyö .....	18
<b>2.2. Integroiva palvelujen kehittäminen nuorten masennuksen hoidossa</b> .....	<b>19</b>
Vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio koulun mielenterveystyössä .....	19
Johdon sitoutuminen ja operatiivisten johtajien mukanaolo IPC-hankkeessa .....	20
Intervention toteuttamistavan valinta.....	21
Nuorten interpersoonallinen ohjanta (IPC) .....	21
Interpersoonallisen ohjannan sisältö ja työtavat .....	22
Koulutusyhteistyö .....	24
<b>2.3. Espoon yhteistyörakenteiden luominen</b> .....	<b>24</b>
Palveluanalyysi .....	24
Yhteistyörakenteiden luominen.....	26
Implementaatioprojektia ylläpitävä henkilöstö .....	28
<b>2.4. IPC: n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimus ja levittämismallinnus</b> .....	<b>29</b>
Tutkimusasetelma .....	29
Hoitoon ohjattavat nuoret .....	30
Käytetyt arviointimittarit ja tutkimukseen sisään ohjaaminen .....	31
Opiskeluhoitotyöntekijöille suunnatut mittarikoulutukset .....	33
Soveltuvuushaastattelussa tehdyt arvioinnit.....	33

Tutkimushankkeen vaikutukset menetelmän levittämiseen.....	33
IPC -menetelmäkoulutuksen ja -työnohjauksen mallinnus .....	35
Opiskeluhuollon ammattiryhmien saaminen mukaan yhteistyöhön .....	36
<b>3. IPC:N IMPLEMENTAATIO.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1. Implementaation 1. vaihe: lukuvuosi 2016–2017.....</b>	<b>37</b>
IPC -ryhmän menetelmäkoulutus.....	37
IPC -menetelmätyönohjaukset ja hoitojen toteutus.....	38
TTO -ryhmän palaute: tavanomaisesta työstä käydyt keskustelut.....	39
Yhteinen peilipinta: käyttäjien ydinryhmä .....	40
Hankkeen näkyminen kouluilla .....	41
Nuorten kertyminen hoitoon.....	41
<b>3.2. Implementaation 2. vaihe: syksy 2017.....</b>	<b>43</b>
Toinen IPC -koulutus ja kansallinen IPC-päivä.....	43
IPC -menetelmän jatkon turvaaminen .....	43
Syksyn 2017 menetelmätyönohjaus ja booster -päivät.....	45
IPC:n ylläpito Espoossa.....	46
<b>3.3. IPC:n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen tulokset .....</b>	<b>46</b>
Kuvailevat tiedot ja ryhmävertailun alkutilanne .....	46
Interventioiden tuottamat muutokset oireilussa .....	47
Nuorten kokemukset menetelmän soveltuvuudesta .....	49
Työntekijöiden kokemukset menetelmän soveltuvuudesta .....	49
Yhteenveto IPC:n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen tuloksista.....	50
<b>4. MIELENTERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ LAPSILLA JA NUORILLA.....</b>	<b>53</b>
4.1. Rekisteritutkimuksen lähtökohta.....	53
4.2. Aineisto ja menetelmät .....	54
Aineisto .....	54
Tutkimusjoukon määrittäminen ja mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen rekisteriaineistosta.....	55
Kustannusten arviointi .....	55
<b>4.3. Rekisteritutkimuksen tulokset .....</b>	<b>56</b>
Poikkileikkaustarkastelu: erikoissairaanhoidon piirissä olleet alaikäiset ja heidän diagnostinen jakaumansa vuosina 2006–2014 .....	56
Poikkileikkaustarkastelu: sairaanhoidon kokonaiskustannukset jonkin F -diagnoosin saaneilla alaikäisillä vuosina 2006–2014.....	59
Sairaanhoidon kokonaiskustannukset mielenterveyden häiriön diagnoosin saanutta lasta/nuorta kohden vuosina 2006–2014.....	60

Sairaanhoidon kokonaiskustannukset diagnoosiryhmittäin vuosina 2006–2014.....	61
Diagnoosiryhmäkohtainen kustannustarkastelu lapsilla ja nuorilla.....	62
Vuosittaisten kohorttien tarkastelu .....	69
Terveystuon palvelujen käyttö F -päädiagnoosia edeltävän vuoden aikana.....	71
Sairaanhoidon kumulatiiviset kustannukset vuosi ennen ja kaksi vuotta F -diagnoosin asettamista ja kaksi vuotta sen jälkeen .....	73
Johtopäätökset rekisteritutkimuksesta .....	80
<b>5. YHTEENVETO JA KANSALLISET SUOSITUKSET .....</b>	<b>84</b>
<b>5.1. Psykososiaalisten menetelmien levittäminen palvelujärjestelmässä .....</b>	<b>84</b>
IPC:n implementaation onnistuminen ja havainnot prosessista .....	84
IPC:n jatkuvuus ja tarvittavat työvälineet: koulun mielenterveysinstrumentti .....	85
Rekisteritutkimuksen anti kansalliseen jatkotutkimukseen ja -kehittämiseen.....	88
<b>5.2. Valtakunnalliset suositukset palveluihin: mitä voidaan oppia .....</b>	<b>88</b>
Psykososiaalisten menetelmien implementaatiossa huomioitavia näkökohtia.....	89
Varhaisen tuen ja hoidon tehostaminen .....	91
Vaativien ja erityispalvelujen roolin täydentäminen peruspalveluja tukevaksi.....	93
Vaikuttavien menetelmien käyttöönoton lisääminen .....	93
LIITE 1. Nuorten mielenterveysinstrumentti kouluun .....	96
<b>LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA.....</b>	<b>98</b>

Käytettyjä käsitteitä ja termejä:

*ADRS*: Adolescent Depression Rating Scale: työntekijän arviointiasteikko nuoren masennusoireiden alan ja voimakkuuden arvioimiseksi (pistearvojen vaihteluväli 0-60 pistettä)

*AUDIT*: Nuoren alkoholin käyttöä kartoittava kyselylomake (pistearvojen vaihteluväli 0-40 pistettä)

*Avohilmo*: Vuodesta 2011 alkaen käytössä oleva, perusterveydenhuollon avohoidon kattava hoitoilmoitusjärjestelmä

*BDI-21*: Masennusoireita kartoittava 21 -kysymyksinen itsearviointilomake (pistearvojen vaihteluväli 0-63 pistettä)

*Booster -päivä*: Menetelmän keskeisiä periaatteita koskeva kertaus

*C-GAS*: työntekijän arviointiasteikko nuoren toimintakyvyn arvioimiseksi (pistearvojen vaihteluväli 0-100 pistettä)

*CYP IAPT*: *The Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies Programme*. Isossa-Britanniassa lasten ja nuorten psykososiaalisia menetelmiä levittävä kansallinen organisaatio

*Disseminaatio*: hoitomenetelmän levittäminen

*HILMO*: THL:n ylläpitämä erikoissairaanhoidon hoito-ilmoitusrekisteri

*Horizontaalinen integraatio*: hoitojärjestelmän samalla toimintatasolla (esimerkiksi perusterveydenhuollossa) olevien palvelujen yhteensovittamisen ja yhteistyön lisääminen

*Implementaatio*: hoitomenetelmän levittäminen tiettyihin palveluihin

*Integroitu toimintamalli*: organisaatioita ja toimijoita yhdistävä työtap

*IPC*: intersosiaalinen ohjanta, 6 käynnin yksilömuotoinen masennuksen lyhytinterventio.

*IPT-A*: nuorten masennuksen 12 kerran hoitomenetelmä

*Koulu/opiskelijaterveydenhuolto*: Kouluterveydenhoitajien ja koululääkäreiden työ kouluissa

*K-SADS-5*: puolistrukturoitu diagnostinen haastattelu tavallisimpien mielenterveyden häiriöiden määrittämiseksi

*Kluster-randomointi*: Ryvästetty satunnaistaminen. Ei yksittäiset asiakkaat, vaan tietyt asiakaskaiden osajoukot (esimerkiksi tiettyyn toimipaikkaan tulevat) satunnaistetaan saamaan joko tutkittavaa hoitoa tai vertailuhoitoa

*LAPE-hanke*. Valtioneuvoston kärkihankkeeksi vuosille 2016–2018 asettama lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma.

*Menetelmätyönohjaus*: Menetelmän oppimisen tukemiseksi suoritettava kokeneelta työntekijältä saatu hoitomenetelmään liittyvä ohjaus

*Opiskeluhoito*: Koulu/opiskeluterveydenhuollon ja oppilashuollon muodostama kokonaisuus

*Oppilashuolto*: Psykologi- ja kuraattoritoimintaan pohjautuva kouluilla tapahtuva psykososiaalinen, tukea antava yksilöllinen ja yhteisöllinen työ

*OT-keskus*: LAPE -kärkihankkeessa määritelty vaativimman tason osaamisyksikkö, sijaitsee viidellä yliopistosairaanhoidopiirin alueella, terveydenhuollossa yliopistosairaalassa

*Psykososiaalinen interventio*: Psykoterapeuttinen tai laajempaan ryhmään vuorovaikutuksellisia, sosiaalisia tai toiminnallisia menetelmiä kuuluva hoitomuoto (sis. mm. psykoedukaatio, perheinterventio, ryhmäinterventio, luova interventio, arkielämän taitojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, kognitiiviset kuntoutusohjelmat)

*Soveltuvuututkimus, feasibility study*. Tutkimus jossa arvioidaan menetelmän hyödyllisyyttä, hyväksyttävyyttä ja sovellettavuutta aiotussa koeryhmässä

*Vaikuttavuustutkimus, effectiveness study*: Satunnaistettu, hoitoa vertailuhoitoon kontrolloidussa koeasetelmassa arvioiva tutkimus todellisessa terveydenhuollon hoitotilanteessa

*Vertikaalinen integraatio*: hoitojärjestelmän päällekkäisillä toimintatasoilla (esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tasoilla) olevien palvelujen yhteensovittaminen ja yhteistyön lisääminen

*YP-CORE*: Nuoren yleistä ja emotionaalista hyvinvointia mittaava, lyhyt 10 -kysymyksinen itsearviointilomake (pistearvojen vaihteluväli 0-40 pistettä)



*Kiitokset:*

Margareta Fellman-Hämäläinen, Lohja  
Vera Gergov, Hyks  
Risto Heikkinen, Valvira  
Eija-Inkeri Kailassuo, Espoon kaupunki  
Tuomas Karjalainen, Espoon kaupunki  
Jarmo Kontunen, Mikkeli  
Tarja Koskinen, KYS  
Annette La Greca, University of Florida, USA  
Roslyn Law, Anna Freud Center / CYP IAPT, London, UK  
Katri Makkonen, Espoon kaupunki  
Kristiina Mämmi, Hyks  
Hannele Otranen, Espoon kaupunki  
Kirsi Raunela, Espoon kaupunki  
Anne Salminen, Espoon kaupunki  
Eetu Salunen, Espoon kaupunki  
Raija Vanhatalo, Espoon kaupunki  
Merja von Schantz, Espoon kaupunki  
Paul Wilkinson, University of Cambridge, UK

Espoon IPC -ohjaajat  
Hyksin IPC -työnohjaajat  
Projektin kyselyihin osallistuneet Espoon kaupungin työntekijät  
Interventioihin, haastatteluihin ja kyselyihin osallistuneet nuoret

# 1. NUORTEN MIELENTERVEYDEN HOIDON KEHITTÄMISTARPEET

## 1.1. Nuorten mielenterveyspalvelut perustasolla, erikoissairaanhoidossa ja palveluketjuna

### Palveluiden nykytilanne

Suomalaisten nuorten mielenterveyden oireiden ja häiriöiden hoitoon tarkoitettut palvelut ovat kokonaisuudessaan, ja erityisesti nuoria lähinnä olevissa lähi- (perus) palveluissa rakenteellisesti ja toiminnallisesti pirstaleisia. Lähipalvelut koostuvat esimerkiksi koulujen terveydenhuollosta ja oppilas- ja opiskelijahuollosta, perheneuvoloista, nuorten matalan kynnyksen mielenterveyspisteistä tai kriisiasemista, nuorisoneuvoloista ja nuorisosasemista, ja paikoin, mutta yleensä melko vähäisessä määrin, terveyskeskusten palveluista. Koko palveluketjun, ja erityisesti mielenterveystyötä koskien lähipalveluiden haavoittuvuuskohta on muun muassa monihallinnollinen rakenne: palvelut on hallinnollisesti sijoitettu osin sosiaalihuollon, osin terveydenhuollon ja osin sivistystoimen alaisuuteen, mikä vaikeuttaa toimintojen ja hoitojen/tuen järjestämisen moniammatillista koordinoitua sekä palveluiden kehittämistä (STM, 2012; Aula ym., 2016).

Esimerkiksi yhteisten ja vaikuttavien, nuorten mielenterveyden hoitoon kohdistuvien työmenetelmien vakiinnuttaminen lähipalveluihin on ollut varsin haasteellista, koska mielenterveystyölle ei ole rakentunut toiminnallista, ammattiryhmien yli ulottuvaa koordinaatiota. Nuorten tukimuotoja tai interventioita ei johdeta koordinoitusti, edes silloin kun kyse on mielenterveyden häiriöistä: eri hallinnonalat määrittelevät tehtäviään eri tavoin vaikka asiakkaat voitaisiin katsoa yhteiseen ryhmään kuuluviksi (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2017). Monin paikoin esimerkiksi koululääkärin tehtäväksi on havaittu jäävän vain lähetteen kirjoittaminen erikoissairaanhoidon lähipalvelujen ns. horisontaalisen, ammattiryhmiä yhdistävän integraation puuttuessa. Lähipalveluissa on ollut vaikeaa hahmottaa kuka ottaisi vastuun nuoresta asiakkaasta esimerkiksi, kun hän kärsii alkavista, lievistä tai enintään keskivaikeista mielenterveyden oireista – toimijat toimivat liian erillään ja erityisesti yhteistyön tekemisen rakenteet ovat puutteellisia (Hammarberg & Klemetti, 2016; Hermanson ym., 2015).

Erikoissairaanhoidon keskitetty ja moniammatillinen palvelujärjestelmä, sairaanhoitopiirien nuorisopsykiatrian poliklinikat ja osastot, kattavat nuorten kehityksellisesti järjestetyn hoidon ja vastaavat vaikeiden, monin paikoin myös keskivaikeiden häiriöiden hoidosta (Ranta ym., 2008; Pylkkänen & Haapasalo-Pesu, 2017), mutta järjestelmä on monin paikoin ruuhkautunut lähetemäärien kasvaessa vuosi vuodelta (THL, 2017). Ruuhkautumisen syytä ei yksityiskohdaisesti tunneta. Vaikuttavia tekijöitä ovat todennäköisesti ainakin seuraavat: nuorten mielenterveyden häiriöiden suuri kokonaisesiintyvyys - noin 20 %, ja häiriöiden ilmaantuvuuden nousu nuoruusikäen mennessä (Patel ym., 2007; Kessler ym., 2007), häiriöiden tunnistamisen parantuminen, edellä mainittu lähipalveluiden koordinoinnin vaikeus, ja mahdollisesti myös mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuuteen ja esiintyvyyteen nähden puutteellinen perusterveydenhuollon ja muiden psykososiaalisten palvelujen resurssointi (Wiss ym., 2017) tai näiden resurssien vähäinen allokointi nuorten mielenterveystyöhön.

Palvelujen kokonaisuuden tehostamiseksi Suomessa on tehty avauksia kehittää nuorten palvelujen ns. vertikaalista integraatiota eli erikoissairaanhoidon ja perustason yhdessä työskentelyä, esimerkiksi matalan kynnyksen yksiköillä, jossa työskentelee ammattilaisia molemmilta palvelutasoilta, ns. Sihti -palvelut (Laukkanen ym., 2009), tai erikoissairaanhoidon organisoimia liikkuvia ja konsultoivia perustasolle / kouluihin ulottuvia palvelukonsepteja, kuten JERI-hanke ja sen kokemusten pohjalta kehitetty Hyks-Varhain -toiminta (Granö, 2016; Lidström, 2014). Palvelujen suuri kysyntä ja organisoinnin vaikeudet ovat johtaneet myös lisääntyvään kysyntään sille, että erikoissairaanhoidon tulisi peruspalveluiden tueksi konkreettisilla toimintamuodoilla. Hallituksen LAPE-kärkihankkeen hankesuunnitelmassa mainitaan erityisesti erityispalveluista saatavan tuen tarve kouluihin, mutta myös suunniteltaviin lähi/peruspalveluiden ns. perhekeskuksiin mielenterveystyössä (Aula ym., 2016). Käytännössä mielenterveystyön määrittelyn ja asiantuntijuuden erilaiset hahmottamistavat eri palvelujärjestelmän tasoilla ja koko mielenterveyden palveluketjun puutteellinen vertikaalinen koordinaatio vaikeuttavat hoidon antamista (Mertsola ym., 2017).

On selvää, että lasten ja nuorten palvelujärjestelmään, kuten kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyy tulevana vuosina kustannuspaineita, ja kaikkein tarkoituksenmukaisin palveluiden kehittämistapa olisi päällekkäisten palveluiden vähentäminen, hoitojen ohjauksen parantaminen ja varhaisten, vaikuttavien ja kustannustehokkaiden hoitojen saaminen nuorten lähipalveluissa (Aula ym., 2016; THL, 2017). Vaikuttaisi tärkeältä pyrkiä vaikuttamaan sekä havaittuihin horisontaalisen että vertikaalisen koordinaation puutteisiin toiminnan kehittämisessä.

## Nuorten mielenterveyspalveluja ja -ketjuja koskevan tiedon puute

Koordinaation ongelmien taustalla vaikuttaa keskeisesti myös tiedon puute koko perustasolta erikoissairaanhoidon ulottuvan hoitoketjun toimivuudesta, taloudellisuudesta ja hoitojen vaikuttavuudesta. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten palveluista ei ole tehty tutkimuksia, joissa käytettävät aineistot kattaisivat palvelujen käytön läpi koko sosiaali- ja terveydenhuollon. Näin ollen Suomessa ei ole toiminnan suunnitteluun tarvittavaa perustietoa mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten palveluketjujen toimivuudesta, vaikuttavuudesta, eikä liioin kustannuksista (Peltola ym., 2011).

Tämä tuntuu erityisen haitalliselta, sillä viime vuosina on havaittu että valtaosa aikuisten mielenterveyden häiriöistä alkaa nuoruudessa. Samoin on havaittu, että ne ovat nuorten sairauksista kaikkein yleisimpiä ja että ne aiheuttavat kaikista sairauksista merkittävimmässä määrin toimintahaittaa nuorille (Patel ym., 2007; Whiteford ym. 2013). Suomessa nuorten mielenterveyden hoito on yhä enenevästi ohjautunut erikoissairaanhoidon (Pylkkänen, 2013; THL, 2017), minkä seurauksena se ruuhkautuu. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla jopa 9 % nuorten ikäluokista on viime vuosina ollut erikoissairaanhoidon asiakkaana, mikä on erikoisalujen joukossa poikkeuksellista. Kliinisten hoitoketjujen toimintaa ja tarkoituksenmukaisuutta tunnetaan puutteellisesti, vaikka eri puolella Suomea onkin rakennettu paikallisia hoitoketjuja erilaisiin nuorten mielenterveyden häiriöihin ja ongelmatyyppeihin (ks. esim. Haravuori, 2017). Hoitoketjujen haavoittuvuutta tulisikin vähentää ja niiden pysyvyyttä lisätä koko palvelut kattavilla säännöllisillä sopimusrakenteilla (Tapiola ym., 2017).

Uusia järjestelmiä ja hoitoja käyttöönotettaessa on tärkeää ulottaa vaikuttavuusarviointi myös hoitoketjun eri portailta tehtyjen interventioiden vaikuttavuuden arvioimiseen (Beidas & Kendall, 2014; Clark, 2013). Yksi Suomen lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden merkittävimmistä puutteista on, että palveluissa, läpi perustason ja erikoissairaanhoidon nuoret eivät saa näyttöön perustuvia, tehokkaita hoitoja. Esimerkiksi masennuksen vaikuttavien hoitojen

puute on todettu suomalaisessa hoitojärjestelmässä niin aikuisilla kuin nuorillakin (Hämäläinen ym., 2009; Kaltiala-Heino ym., 2010; Gergov ym., 2013).

Myös ohjausjärjestelmät nuorten psykososiaalisiin hoitoihin – näitä ovat kaikki vuorovaikutusta hyödyntävät ja psykoterapeuttiset hoidot - ovat vielä kehittymättömiä (Gergov ym., 2013; Tapiola ym., 2017). Pikemminkin kuin pitkiin, laajasti teoreettisesti orientoituneihin psykoterapiakoulutuksiin ja niiden tuottamiin laajoihin osaamisvalmiuksiin, painotusta tulisi kohdistaa helpommin terveydenhuollossa levitettäviin eli disseminoitaviin menetelmiin ja niiden lyhyempiin koulutuksiin (Beidas & Kendall, 2014; Clark, 2013; Clark ym., 2017). Lähtökohdan tulisi psykososiaalisten hoitojen levittämisessä olla ohjelma- eli metodilähtöinen pikemminkin kuin perinteinen ns. kouluttajalähtöinen lähestymistapa (Beidas & Kendall, 2014; Clark ym., 2017).

## Nuorten masennus ja sen seuraukset

Eri mielenterveyden häiriöiden oireista masentuneisuuden oireet kuuluvat kaikkein yleisimpiin nuoruudessa esiintyviin: yli 20 % nuorista kokee masennusoireita. Jopa 5-10 % kokee kliinisesti määriteltävissä olevia masennusjaksoja ja 1-2 %:lla nuorista masennus on pitkäaikaista (Marttunen & Karlsson, 2014). Masennuksesta kärsivistä nuorista 40 - 80 %:lla on lisäksi joku muu liitännäishäiriö, yleisimmin ahdistuneisuus-, päihde- tai käytöshäiriö (Marttunen ym., 2015). Nuoruudessa alkanut masennusoireilu jatkuu usein aikuisuuteen ja siihen liittyy kohonnut itsemurhariski, riski uuteen masennusjaksoon, sairaalajaksoihin ja psykososiaalisiin ongelmiin (Weissman ym., 1999). Varhaisen puuttumisen ja intervention tiedetään liittyvän parempaan ennusteeseen toipua häiriöstä (Christiana ym., 2000). Näin masentuneisuus jollain tasolla koskee joka viidettä nuorta. Masennuksesta kärsiviä nuoria kohdataan kaikissa yläkouluissa ja toisen asteen kouluissa. Joillakin nuorilla lievät masennusoireet helpottuvat kehityksen mukana, mutta merkittävä osa näistä nuorista tarvitsee kohdennettua tukea oireiden lievittämiseen (Marttunen & Kaltiala-Heino, 2014).

Mielenterveyden häiriöiden tiedetään olevan vahvasti yhteydessä nuorten syrjäytymiseen (Scott ym., 2013). Syrjäytyneen nuoren aiheuttamiksi yhteiskunnallisiksi kustannuksiksi on arvioitu karkeasti 1,2 miljoona euroa, hieman laskutavasta riippuen. Noin kuudellakymmenellä prosentilla pitkäaikaisesti syrjäytyneistä nuorista on mielenterveydenhäiriön diagnoosi, lähes yhtä suurella osalla on mielenterveydenhäiriöön hoitoon liittyvä lääkitys (Aaltonen, Berg & Ikäheimo, 2015). Epäselvää tosin on, missä määrin ensin ilmaantuvat mielenterveyden häiriöt aiheuttavat syrjäytymistä ja missä määrin puolestaan jo tapahtunut syrjäytyminen aiheuttaa sekundaarisesti mielenterveyden häiriöitä. Nuoret itse ja ammattilaiset ovat sitä mieltä, että nuorten sairaudet pitäisi hoitaa ensisijaisesti – ennen puuttumista muihin ongelmiin (Aaltonen ym., 2015).

Masennusjaksot aiheuttavat yksilöä ja hänen lähiympäristöään koskevan kärsimyksen lisäksi myös merkittäviä (lisä)kustannuksia yhteiskunnalle (Beecham, 2014; Fergusson ym., 2007; Lucas ym., 2013; Peltola ym., 2011; Whiteford ym., 2013; Wright ym., 2016). Kansainvälinen tutkimus osoittaa, että masennukseen tulisi puuttua varhaisessa vaiheessa, jo lievien masennusoireiden ilmetessä (Horowitz & Garber, 2006) sekä hoitaen näitä oireita kohdennetusti (Mufson ym., 2004a). Puuttamalla masentuneisuuteen jo varhain, voidaan ehkäistä siitä koituvia, edellä mainittuja riskejä ja kustannuksia (Marttunen & Karlsson, 2014). Tuoreen kansainvälisen tutkimuksen mukaan masennuksen hoito maksaa itsensä yhteiskunnalle noin viisinkertaisena takaisin (Chisholm ym., 2016). Nuorten masennuksen näyttöön perustuvia hoitoja ovat vahvimmin kognitiivinen käyttäytymisterapia ja interpersoonallinen terapia (Marttu-

nen ym., 2015; Zhou ym., 2015), joista molemmista on kansainvälisessä kehittämis- ja tutkimusprojekteissa edelleen kehitetty myös koulussa järjestettäväksi soveltuvia hoito-ohjelmia (Mufson ym., 2004b; Mufson ym., 2004c; Stark ym., 2013; Young ym., 2012).

Edellä esitetyn perusteella näyttää selvältä, että nuorten masennuksen varhaiseen tunnistamiseen sekä puuttumiseen tulisi panostaa. Lasten ja nuorten masennuksen aiheuttamat kustannukset ovat huomattavia, ja normaaliväestöön verrattuna näyttäisivät yhdistyvän muiden terveys-, koulu- ja sosiaalipalvelujen käytön lisääntymiseen (Lynch & Clarke, 2006; Peltola ym., 2012). Tutkimus viittaa myös siihen, että lasten ja nuorten lievään masennukseen suunnatut interventiot ovat kustannustehokkaita ja vähentävät muiden palvelujen käyttöä (Lynch & Clarke, 2006). Näin nuoria kokeva tutkimustieto on kaikkiaan samansuuntaista kuin tieto, joka on kertynyt lähelle asiakkaita vietyjen psykososiaalisten hoitokeinojen vaikuttavuudesta aikuisten masennuksen hoidossa (Clark ym., 2017).

### **Palveluketjut ja tiedolla ohjaaminen**

Niin ikään käsillä olevaa hanketta valmisteltaessa havaittu puute on, että Suomessa ei ole ollut saatavilla sellaisia mielenterveyden ongelmista tai häiriöistä kärsivien nuorten palvelujen tutkimuksia, joilla voitaisiin havainnoida koko mielenterveyden hoitoketjun toimintaa, hoitojen vaikuttavuutta tai taloudellisia vaikutuksia palvelujen eri tasoilla. Tällaisissa tutkimuksissa käytettävien aineistojen tulisi kattaa palvelujen käyttö läpi koko sosiaali- ja terveydenhuollon. Toimivan nuorten mielenterveyden palvelujärjestelmän luomiseksi on välttämätöntä hankkia yksityiskohtaista ja kohdennettua tietoa annetuista palveluista ja hoidoista niin taloudellisesti, toiminnallisina hoitoketjuina kuin myös yhdistettynä muiden palveluiden käyttöön. Tutkimuksen tulee kohdistua niin perustasolla kuin erikoissairaanhoidonkin tasolla annettuihin palveluihin ja hoitoihin. Lisäksi tarvitaan annettujen interventioiden kustannuksiin ja tuloksellisuuteen kohdistuvaa tutkimusta.

### **Suomalaiset nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämisohjelmat ja -tarve**

Valtioneuvoston vuosille 2017–2018 käynnistämässä LAPE -kärkihankkeessa on asetettu tavoitteeksi suunnata lasten ja nuorten palveluiden painopistettä perustasolle, varhaiseen ongelmien tunnistamiseen ja interventioihin. Hankkeessa tavoitellaan lisäksi palvelujen integroimista niin, että pirstaleisuus ja eri toimintojen päällekkäisyys vähenisivät ja eri toimijoiden yhteistyö lisääntyisi. Hankkeessa palvelut jaetaan perus- tai lähipalveluihin (kouluissa ja perhekeskuksissa), erityistason palveluihin (mm. erikoissairaanhoido) ja viidelle alueelle keskitettäviiin ns. OT-keskuksiin eli osaamis- ja tukikeskuksiin (Aula ym., 2016). Terveystuollon osalta valtioneuvoston elokuussa 2017 antama asetus määrittelee osaamiskeskusten sijoittuvan yliopistosairaalaan ylläpitäviin sairaanhoitopiireihin. Asetuksessa määritellään myös viidelle yliopistosairaanhoitopiirille tehtäväksi vastata psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitomenetelmien arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpidosta (Valtioneuvosto, 2017).

Suomessa järjestösektorille, pääosin määräaikaisten hankerahojen turvin on ohjautunut suurrehko rooli lasten ja nuorten mielenterveyden hoitomenetelmien levittämisessä. Tämä kuvaa sitä, että julkiselle sektorille ei ole syntynyt vaativalta tasolta aina perustasolle asti ulottuvaa vaikuttavien hoitojen ohjausjärjestelmää. Tällaisen rakentamista kattavasti Suomen viiden yliopistosairaalan alueille ns. OT -keskuksiin on esitetty hallituksen LAPE-kärkihankkeessa (Tapiola ym., 2017). Jotta mikä tahansa mielenterveyden hoitomenetelmä voisi juurtua, palvelujärjestelmän eri tasoilla resursseja, tehtävämäärittelyä, ajankäyttöä ja sitä kautta hoitoja

johtavien ja ohjaavien, ”manageroivien” viranomaisten osallistuminen koordinoituun päätöksentekoon on tärkeää ja kriittistä. Julkiselle sektorille ei ole kuitenkaan toistaiseksi muodostunut tapaa sopia nuorten mielenterveyden hoidossa toiminnallisesti ja menetelmällisesti järkevästä työnjaosta ja vaikuttavien hoitojen järjestämisestä peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon kesken.

Syksyllä 2017 annetun valtioneuvoston asetuksen mukaan yliopistosairaanhoidopiirien ohjausvaikutusta psykoterapioiden ja psykososiaalisten hoitojen koordinaatioon on selvennetty. Tämä antaa jatkossa mahdollisuuden integratiiviseen työhön eri palveluntuottajien välillä myös nuorten mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin kohdistettujen psykososiaalisten interventioiden ja psykoterapioiden levittämisessä. Yliopistosairaanhoidopiireillä on suunnitteleva ja yhteen sovittava rooli psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien toteuttamisessa omilla ns. erä -alueillaan, mikä on yhdenmukaista niihin suunniteltujen OT-keskusten toimintojen kanssa (Valtioneuvosto, 2017).

Suomessa ei ole tietojemme mukaan juurikaan tehty lähipalveluihin, erityisesti kouluterveydenhuoltoon ja oppilashuoltoon kohdistuvaa tutkimusta, jossa olisi arvioitu siellä tehtyjen mielenterveysinterventioiden vaikuttavuutta. Näin ei tiedetä, voisivatko esimerkiksi masennukseen kohdennetut varhaisinterventiot olla samalla tavalla tehokkaita nuorten masennusoireiden hoidossa, kuten on havaittu esimerkiksi USA:ssa ja Australiassa tehdyissä tutkimuksissa (Mufson ym., 2004b; Maag ym., 2009; Stark ym., 2013). Paitsi hoitojen vaikuttavuuden arvioinnin niiden oikeissa toteuttamisympäristöissä, myös hoitomenetelmien pysyvyyden arvioinnin ja sen seurannan tulisi olla rutiininomaista. Tutkimusorientaationsa, erityisvastuualueilla olevan koordinaatoroolinsa sekä hoitoketjuroolinsa takia yliopistosairaaloilla ja yliopistoilla voidaan nähdä keskeinen rooli tässä toiminnassa (Tapiola ym., 2017).

Niin ikään Suomessa puuttuu tietoa ylipäätään ammattihenkilöiden mahdollisuuksista hoitaa nuorten depressiota oppilashuollossa: ovatko hoidot sovellettavissa, kyetäänkö ne soveltamaan koulun arkeen, ottavatko oppilaat ne vastaan? Lisäksi tarvitaan käytännön tietoa siitä, kuinka voitaisiin tehdä vertikaalista ammatillista yhteistyötä erikoissairaanhoidon palveluntuottajien ja oppilashuollon kesken nuorten masennuksen hoidossa.

## 1.2. Hankkeen tavoitteet

Lähtökohtana hankehakemukselle olivat havainnot nuorten mielenterveyden häiriöiden puutteellisesti koordinoitusta palvelujärjestelmästä, sen toiminnan ja kustannusvaikuttavuuden puutteellisesta ymmärtämisestä sekä näyttöön perustuvien, vaikuttavien hoitomuotojen puutteesta. HUS / Hyks nuorisopsykiatrian, Helsingin yliopiston ja Espoon kaupungin yhteiselle kliiniselle IPC -hankkeelle asetettiin kaksi tavoitetta:

- 1) Hankkeessa implementoidaan nuorten depression näyttöön perustuvasta hoidosta, interpersoonallisesta terapiasta edelleen kehitetty lyhythoitto, Interpersonal Counseling (IPC), eli *interpersoonallinen ohjanta*, yläkoulujen opiskeluhoitoon. Hankkeessa tehdään myös vaikuttavuustutkimus kuuden tapaamisen pituisen IPC:n vaikuttavuudesta oppilashuollossa nuorille, joilla on todettavissa lievä-keskivaikea masennustila. Samalla opiskeluhoiton henkilöstöä koulutetaan tunnistamaan masennusta, käyttämään strukturoitua hoito-otetta sekä systemaattista oireiden ja toimintakyvyn arviointia erikoissairaanhoidon tuella.

- 2) Hankkeessa luodaan myös yleinen malli siitä, miten nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon ja lähipalvelujen integroituun koulutukselliseen yhteistyöhön ja työnohjaukseen pohjautuva nuorten mielenterveyden häiriön psykososiaalinen hoitointerventio voidaan toteuttaa nuorten lähellä yläkoulun opiskeluhollossa.

Näiden päätavoitteiden lisäksi tälle kliiniselle implementaatiohankkeelle muodostui opiskeluholloin käytännön toimintaympäristöön kohdistuvana hankkeena aluksi vain osin hahmotettuja, sittemmin monelta osin vasta hankkeen käynnistyttyä tarkentuneita osatavoitteita ja lisäselvitystä vaativia kysymyksiä. Nämä kohdistuvat koko palvelujärjestelmään ja hoidon järjestämisen tapoihin nykytilanteessa ja kouluissa. Näitä voitiin tarkastella teemallisesti hankkeessa saatujen kokemusten kautta. Näitä lisäkysymyksiä olivat esimerkiksi:

- a) Millä keinoilla voidaan parhaiten tehostaa nuorten varhaisen tuen ja mielenterveyden hoidon antamista kouluissa siten, että hoidon ja tuen tarve tunnustetaan ja hoito toteutetaan nykyistä aikaisemmin ja vaikuttavammin?
- b) Millä keinoilla opiskeluholloin, ja yleisemmin peruspalvelujen osuutta nuorten mielenterveyden häiriöiden hoidossa voidaan lisätä?
- c) Miten vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa voidaan lisätä ja edistää kouluissa ja matalan kynnyksen lähi/peruspalveluissa?
- d) Miten sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluilla voidaan parantaa kaikkein heikoimmassa asemassa olevien asemaa ja tulevaisuuden mahdollisuuksia?
- e) Miten nykyisten erikois- ja erityispalvelujen roolia voidaan muuttaa peruspalveluja enemmän tukevaksi?
- f) Miten integroidulla mielenterveystyön toimintamallilla voidaan parantaa palvelujen vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta?

Hankkeen kolmas päätavoite oli THL:n toteuttaman rekisterihankkeen kautta arvioida nuorten mielenterveyden hoitoketjun toimivuutta, taloudellisuutta sekä erillisten toimintojen vaikuttavuutta:

- 3) Hankkeessa luodaan toiminnallinen ja taloudellinen peruseraportti nuorten mielenterveyden häiriöiden hoitoketjuista ja hoidon kustannuksista kolmessa suuressa kaupungissa, Espoossa, Vantaalla ja Helsingissä. Raportissa käytettyä metodiikkaa voidaan jatkossa käyttää myös muualla hoitoketjujen kokonaisuuden arvioinnissa nuorten mielenterveystyön suunnittelun tukena.

Lasten ja nuorten mielenterveysongelmien palveluiden ja hoidon huolellinen nykytilan tarkastelu on tärkeää, jotta esimerkiksi mielenterveysinterventioiden tarve voidaan osoittaa oikeaan kontekstiinsa. Tämän hankeosion tavoitteena olikin määrittää kokonaiskuva, ns. nykytila, mielenterveysongelmista kärsivien lasten ja nuorten palveluketjujen toimivuudesta, vaikuttavuudesta ja kustannuksista vuosina 2006–2014. Rekisteripohjainen nykytilan tarkastelu jakautui kahteen alaosaan, joiden yksityiskohtaiset tavoitteet olivat:

- a) Kuvailta alle 18-vuotiaiden, erikoissairaanhoidossa määritellyistä mielenterveyden häiriöistä kärsivien lasten ja nuorten terveydenhoitopalvelujen (mukaan lukien perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon avohoito ja vuodeosastohoito sekä lääkkeiden käyttö) käyttöä ja kustannuksia sekä niissä tapahtuneita muutoksia vuosina 2006–2014.

b) Selvittää palvelujen järjestämiseen ja tuotantoon liittyviä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä palveluketjujen toimivuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin. Kustannuksia kuvataan niin kalenterivuositaisiin potilasmääriin kuin tietyiltä vuosilta poimitujen kohorttien seurantaan perustuen.



## 2. OPISKELUHUOLTO MIELENTERVEYSTYÖN TO- TEUTTAMISYMPÄRISTÖNÄ

### 2.1. Nykytilanne Suomessa

#### Kouluterveydenhuolto ja oppilashuolto mielenterveysinterventioiden toteuttamispaikkana

Nuori viettää suurimman osan ajastaan koulussa. Koulu on myös paikka, jossa kaikki suomalaiset nuoret viettävät aikaansa sosioekonomiseen tai kulttuuriseen taustaan katsomatta. Apua tarvitsevat, lieviistä tai alkavista mielenterveyden häiriöiden oireista kärsivät nuoret ovat tavoitettavissa kouluissa ja heitä olisi siellä mahdollisuus ohjata matalalla kynnyksellä ja viiveettä myös kohdennettuun mielenterveysinterventioon. Välitön puuttuminen tuo vaikuttavuusetuja, ja koulu kontekstina voi parhaimmillaan mahdollistaa myös ammattityöntekijöiden välisen yhteistyön (Fredriksson ym., painossa). On myös joitakin viitteitä siitä, että nuoret toivovat mielenterveyden hoitoa läheltä itseään: syksyllä 2017 toteutetussa kyselyssä yli 500 espoolaiskouluissa opiskelevaa nuorta vastasi kysymykseen, minkälaisia mielenterveyspalveluita he itselleen toivoisivat. Paikka, josta palveluja toivottiin kaikkein useimmin löytyvän, oli koulu (Kaivolainen ym., julkaisematon havainto).

Suomessa on levitetty ja kouluissa on otettu käyttöön joitakin nuorten, pääosin häiriöiden ennaltaehkäisyyn tai lieviin oireisiin kohdistuvia mielenterveyden hoitomenetelmiä, esimerkiksi masennukseen, ahdistuneisuuteen tai käytöshäiriöihin (Laajasalo & Pirkola, 2012; Haravuori ym., 2017). Varsinaisia kontrolloituja vaikuttavuus- tai soveltuvuustutkimuksia on Suomessa tehty nuorten hoitojen luonnollisissa toteuttamisympäristöissä varsin vähän, saati sillä tavoin, että menetelmän levittämisen koordinoitiin osallistuisivat yhteistyössä mielenterveyspalveluja antavien ammattiryhmien operatiiviset johtajat eri hoitoketjun portailta, millä voitaisiin ajatella olevan vaikutusta menetelmien pysyvyydelle.

#### Opiskeluhoolto ja sitä määrittelevä lainsäädäntö

Peruskouluissa kouluterveydenhuollon ja muun oppilashuollon yhteisen työskentelyn ja hoitomenetelmien implementaation esteenä ovat olleet myös lainsäädännölliset seikat. Tällä hetkellä perusopetuksessa toimivaa koululääkärien ja kouluterveydenhoitajien tekemää terveydenhuollon työtä määrittelee eri lainsäädäntö kuin toisen asteen oppilaitoksissa (lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa) työskentelevillä opiskelijaterveydenhuollon työntekijöillä. Peruskouluissa puhutaan kouluterveydenhuollosta, toisen asteen oppilaitoksissa opiskelijaterveydenhuollosta.

Keskeinen ero näillä eri ikäisten nuorten terveydenhuollon toimijoilla (kouluterveydenhoitajilla ja -lääkäreillä) on, että terveydenhuoltolaissa kouluterveydenhoidon tehtäviin ei mainita kuuluvaksi sairauksien hoitoa tai mielenterveyden häiriöiden hoitoa, kun taas toisen asteen opiskeluterveydenhuollon tehtäviin ne kuuluvat. Peruskouluissa kouluterveydenhuollon tehtäväksi määritellään terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, erityisen tuen antaminen tai tutkimusten tarpeen tunnistaminen (Haravuori ym., 2017; Hermanson ym., 2015). Edellä mainittu ero ei ole perusteltu ainakaan nuorten mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuuden kannalta: nuorten yleisimmät ja toiminnallista haittaa aiheuttavat häiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja depressiot yleistyvät jo nuoruusikään tullessa, ei vasta toiselle asteelle siirryttäessä (Kessler ym., 2007; Lawrence ym., 2015; Sourander & Marttunen, 2017; Patel ym., 2007).

Toisen asteen oppilaitosten terveydenhuollosta määritellään laissa seuraavalla tavalla: ”Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvia, terveydenhuoltolain 17 §:n 2 momentin 3 kohdassa tarkoitettuja terveyden- ja sairaanhoitopalveluja ovat 2 ja 3 luvussa säädettyjen terveystarkastusten ja terveysneuvonnan lisäksi, esimerkiksi *mahdollisten mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus*”. Näin kaikkineen terveydenhuoltolain (1326/2010) 17 §:n mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, mukaan lukien mielenterveys- ja päihdetyö (STM, 2011). Myös opiskeluterveydenhuoltoa koskevassa selvityksessä (STM, 2012:18) todetaan, että mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kiinteä osa opiskeluterveydenhuollon sekä ehkäiseviä että sairaanhoidollisia palveluja.

Peruskouluissa toteutettavan kouluterveydenhuollon toiminta puolestaan on tämänhetkisen lainsäädännön mukaan ensisijaisesti ehkäisevää terveydenhuoltoa, sen tehtäväksi ei ole määritelty sairaanhoitoa. Sairaanhoidon katsotaan tässä lainsäädännössä toteutuvan joko muualla perustasolla tai erikoissairaanhoidossa. Muualla perustasolle, esimerkiksi terveyskeskuksiin ei ole kuitenkaan kehittynyt merkittäviä nuorten mielenterveyden palvelurakenteita ja palvelut ovat varsin pisteittäisiä, mikä saattaa johtaa läheteiden ruuhkautumiseen erikoissairaanhoitoon (THL, 2017).

Peruskoulun oppilashuollon (tämä koostuu kouluterveydenhuollon lisäksi koulupsykologeista ja -kuraattoreista) toimintaa määritellään vuoden 2014 alusta voimaan tulleessa oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa. Laissa käytetään termiä *opiskeluhuolto*, joka sisältää sekä perusopetuslaissa tarkoitetun oppilashuollon että lukiolaissa ja ammatillisesta koulutuksesta annetussa laissa tarkoitetun opiskelijahuollon. Laissa määritellään opiskeluhuollon tehtäväksi turvata varhainen tuki sitä tarvitseville. Laki määrittää opiskeluhuollon tarkoituksena olevan opiskelijan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisen ja ylläpidon sekä niiden edellytysten lisäämisen yhteisössä.

Opiskeluhuolto määritellään oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa ensisijaisesti yhteisöllisenä, mutta oppilaalla tulee olla oikeus yksilölliseen opiskeluhuoltoon. Laissa todetaan, että psykologi- ja kuraattoripalveluilla edistetään koulu- ja opiskeluyhteisön hyvinvointia, yhteistyötä opiskelijoiden perheiden ja muiden läheisten kanssa sekä tuetaan opiskelijoiden oppimista, hyvinvointia sekä sosiaalisia ja psyykkisiä valmiuksia. Edelleen siinä määritetään että opiskelijalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti opiskeluhuollon psykologin tai kuraattorin kanssa määräjassa, ja että psykologin tai kuraattorin arvion perusteella opiskelijalla on oikeus saada riittävä tuki ja ohjaus hänen opiskeluunsa ja kehitykseensä liittyvien vaikeuksien ehkäisemiseksi ja poistamiseksi. Tarvittaessa opiskelija on ohjattava saamaan muita opiskeluhuollon palveluja sekä muuta erityisen tuen tarpeessa olevia lapsia ja nuoria tukevaa toimintaa.

Yllä olevista lakiteksteistä on nähtävissä että koulu/opiskeluterveydenhuoltoa ja oppilas/opiskelijahuoltoa määrittelevät termit ovat varsin erilaisia, mikä mahdollistaa erilaiset tulkinnat tehtävistä. Vuoden 2014 oppilas- ja opiskelijahuoltolaki kuitenkin määrittää *opiskeluhuollon kokonaisuuden*: ”Opiskeluhuoltoon sisältyvät koulutuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukainen opiskeluhuolto sekä opiskeluhuollon palvelut, joita ovat psykologi- ja kuraattoripalvelut sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut.” Siten laki korostaa myös opiskeluhuollon toiminnallista kokonaisuutta ja monialaista yhteistyötä.

## **Hoidon määrittely, tarve sekä yksilöllinen vs. yhteisöllinen opiskeluhuoltotyö**

THL:n tuoreessa, vuonna 2017 julkaisemassa selvityksessä tehtiin havainto, että koko peruskoulun opiskeluhuoltopalvelujen henkilöstön eli terveydenhoitajan, lääkärin, psykologin ja kuraattorin työpanos kohdentuu kouluissa pääasiassa yksilökohtaiseen opiskeluhuoltotyöhön

laissa ensisijaiseksi katsotun yhteisöllisen opiskeluhoollon sijasta. Psykologit ja kuraattorit käyttivät yhteisölliseen työhön keskimäärin 20 prosenttia ja terveydenhoitajat 15 prosenttia työajastaan (Wiss ym., 2017).

Ei tiedetä miksi näin on, mutta edellä esitetyn nuorten mielenterveyspalvelujen rakennetta ja sairastavuutta koskevan lyhyen katsauksen perusteella voidaan pitää mahdollisena että nuorten terveystarpeiden ja mielenterveyden häiriöiden suuri määrä, ja toisaalta mielenterveystyön koordinoinnin puutteet voisivat kenties selittää opiskeluhoollon työn painottumista yksilötyöhön aiottua enemmän. Tämän hankkeen rekisteriosion perusteella on mahdollista selvittää joitakin tekijöitä, jotka liittyvät nuorten mielenterveyden häiriöiden palveluiden toimittamiseen ja kustannuksiin. Nämä tulokset saattavat tuoda joitakin näkökulmia myös tähän kysymykseen.

Etenkin yläkouluissa toiminnallinen jakolinja muodostuu helposti psykologi- ja kuraattoritoiminnan ja kouluterveydenhuollon väliin: jo erilaiset tehtävärakenteet ja tehtävämäärittelyt tekevät yhteistyöstä todennäköisesti hankalaa. Erityisesti hoitojen ohjaamiseen ja toteuttamiseen ei ole lain pohjalta - eikä todennäköisesti myöskään ammattikuntien erilaisten käsitteiden ja yhteistoiminnallisuuden puutteen pohjaltakaan - selkeitä vastuunmäärittelyjä. Onkin mahdollista että kaikki edellä kuvatut seikat osaltaan vaikuttavat siihen, miksi vaikuttavaksi osoitettujen, strukturoitujen psykososiaalisten mielenterveysinterventioiden koordinoitu tuottaminen kouluissa ei ole yleisempää.

## 2.2. Integroiva palvelujen kehittäminen nuorten masennuksen hoidossa

### Vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio koulun mielenterveystyössä

Tämän valtion rahoittaman hankkeen masennuksen hoitoa kehittävässä IPC -osahankkeessa kehitettiin Espoon yläkoulujen kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon ja sen johdon yhteistyötä Hyksin erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa, eli *vertikaalista integraatiota*. Eri tasoilla toimivien ammattilaisten yhteistyö tapahtui monella tasolla: 1. projektiryhmässä Hyksin hankejohdon ja Espoon opiskeluhoollon johtavien työntekijöiden kesken, 2. suorina projektiin osallistuneiden erikoissairaanhoidon ja opiskeluhoollon ammattihenkilöiden tapaamisina, 3. opiskeluhooltoon vietyinä mittarikoulutuksina ja 4. erikoissairaanhoidon työnohjaajien suoraan menetelmätyönohjauksena opiskeluhoollon työntekijöille. Koska projektia valmisteltiin yhdessä, myös valittavan intervention toteuttamisen tapaan vaikuttivat molempien organisaatioiden johdon yhteistyö ja kouluilta saadut tiedot. Yhteistoimijuutta erikoissairaanhoidon ja opiskeluhoollon kesken oli myös molempien toimijoiden rooli oppijana kansainvälisessä koulutuksessa.

Sekä johdon tapaamisten, opiskeluhoollon henkilöstölle suunnattujen kyselyiden ja suorien keskustelujen kautta projektissa havainnointiin myös koulussa toimivien ammattihenkilöiden nykyistä tapaa toteuttaa nuorten mielenterveystyötä tai siihen liitännäistä työtään. Tieto oli tärkeää kun arvioitiin, minkälaista työmuotoa kouluille oli mahdollista rakentaa. Samoin koulujen antamat tiedot olivat tärkeitä sen kannalta, miten projektikauden loppua kohden voitiin parhaiten pyrkiä tukemaan IPC -menetelmän ylläpitoa kouluilla.

Oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon eri ammattiryhmien tuominen yhteen ja yhteisen menetelmän ääreen toteutti myös *horisontaalista integraatiota*: koulun eri ammattiryhmien keskinäisen yhteistyön lisäämistä. Oman näkökulmansa tähän toivat eri ammattiryhmiltä

saatu suora palaute ja projektiryhmässä ammattiryhmien esimiesten kanssa käyty keskustelu. Projekti tuottikin havaintoja, joiden pohjalta oli mahdollista hahmottaa mahdollisia puutoskohtia tai onnistumisia ammattiryhmien välisessä yhteistyössä. Yksi tällainen havainto oli se, että joidenkin käytännön työjärjestelyihin liittyvien seikkojen ohella opiskeluhuollon ammattiryhmien keskinäisten yhteistyörakenteiden ja -foorumien puuttuminen johti ammattityöntekijöiden jäämiseen paljolti yksin työssään. Tästä saattoi työntekijälle seurata vaikeus arvioida, minkälaisia nuoria hän kykenisi itse turvallisesti tapaamaan/hoitamaan, ja/tai rajoituksia siihen kenen kanssa hän voisi neuvotella, jos ongelmatilanteita tai kysymyksiä ilmenee.

## **Johdon sitoutuminen ja operatiivisten johtajien mukanaolo IPC-hankkeessa**

HUS:in puolelta Hyks nuorisopsykiatrian linjajohtaja Klaus Ranta käynnisti yhteistyön Espoon kaupungin terveystalouden johtajan Eetu Salusen kanssa hankehakemusta valmisteltaessa keväällä 2015. Tätä kautta avautui yhteys myös Espoon terveys-, sosiaali- ja sivistystoimen ylimpään johtoon. Espoon ylimmän johdon sitoutuminen oli luonnollisesti koko Espoossa tapahtuvan toiminnan edellytys. Hankerahoituksen varmistuttua suunnittelutyöhön tulivat mukaan Espoon opiskeluhuollon ja terveydenhuollon operatiivisista johtajista terveydenhoidon päällikkö Raija Vanhatalo, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon ylilääkäri Katri Makkonen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen päällikkö Eija-Inkeri Kailassuo, kouluterveydenhoitajien esimies Hannele Otranen, sivistystoimesta oppilashuollon päällikkö ja kuraattorien esimies Merja von Schantz sekä oppilashuollon johtava psykologi, psykologien esimies Kirsi Raunela. He tulivat mukaan HUS:in koordinoimaan hankkeen projektiryhmään yhdessä hankkeessa rekisteritutkimusta tekevän THL:n edustajien kanssa.

Aiempien suomalaisten nuorten hoitojen implementaatiokokemusten ja projektiryhmän keskustelujen pohjalta päätettiin keväällä 2016, että nuorten masennuksen hoitoon tarkoitettu, kuuden käynnin mittainen interpersoonallinen ohjanta (IPC) valitaan yksilömuotoisena implementoitavaksi menetelmäksi mahdollisimman monessa Espoon peruskoulun yläkoulussa - sekä oppilashuollossa (psykologit ja kuraattorit) että kouluterveydenhuollossa (kouluterveydenhoitajat). Menetelmän valinnassa painoivat depression yleisyys nuorilla (Sourander & Marttunen, 2017), interpersoonallisen terapian vaikuttavuusnäyttö nuoruusikäisten depression hoidossa (Marttunen ym., 2015; Zhou ym., 2015), sekä soveltuvuus koulussa tehtävään työskentelyyn (Mufson ym., 2004a, Mufson ym., 2004b, Young ym., 2012).

Ammattiryhmistä tulivat yläkouluille tarjottavaan koulutusprojektiin mukaan kouluterveydenhoidosta ne kouluterveydenhoitajat, joiden työnkuvaan oli mahdollista sisällyttää lyhyitä tapaamisjaksoja. Koulukuraattorit ja -psykologit työskentelevät Espoossa sivistystoimen sektorilla. Heidän osaltaan arvioitiin, että oli mahdollista tarjota IPC -menetelmää laajasti halukaille koulutettavaksi. Koululääkärien tehtävänkuva ei kohdistu yksilölliseen hoitoon, mutta oli nähtävissä että depressio-oireiden hoidossa kouluissa tulisi olla mahdollista saada koululääkärien konsultaatioita. Tämän vuoksi yhteistyön tekemistä myös koululääkärien kanssa painotettiin. Koululääkärit arvioivat monesti rutiininomaisesti tilanteita, joissa nuoren tilanne hankaloituu ja lähetettävä erikoissairaanhoidon harkitaan – pohdinta oli sen suuntaista, että miksi ei tällaista lääkärin arviointia voitaisi kääntää myös sen suuntaiseksi konsultaatioksi, jonka turvin koulun opiskeluhuollon ammattihenkilö voisi saada tukea myös sille, että nuorta voi edelleen hoitaa koulussa.

## Intervention toteuttamistavan valinta

Yksi tekijä, joka tutkimusnäytön ohella vaikutti intervention tyypin valintaan oli, että aiemmin Suomessa oppilashuoltoon viedyistä ryhmämuotoisista masennuksen hoidon varhaisista interventioista (mm. Maestro -ohjelma) oli kertynyt kokemus ryhmien melko hankalasta sovittamisesta koulujen arkeen sekä vaikeudesta rekrytoida mukaan nuoria. Toinen seikka, jolla oli painoarvoa, oli intervention pituus. Espoon koulupsykologeilla keskimääräinen ja tyypillinen työskentelyjakso oli noin viiden käynnin mittainen. Kuraattoreilla käytössä oli ennemminkin tarpeenmukainen lähestymistapa nuorten psykososiaalisiin tai kaverisuhteiden ongelmiin ja usein lyhyempi, muutaman käynnin mittainen tapaamisten järjestämisen tapa.

Opiskeluhollossa nuorten tapaamisissa käytettiin harvoin mittareita tai mielenterveyden häiriön oireiden arvioimiseen ja niiden hoitoon tavoitteellisesti perustuvaa lähestymistapaa. Kouluterveydenhoitajien työssä korostuivat laajat oppilaiden fyysiseen terveydentilaan kohdistuvat tarkastukset ja aikaresurssin niukkuus, mikä puolsi määrämittaista ja helposti yksilöllisesti käyttöön otettavaa työtapaa. Ylipäättään moni seikka puolsi lyhyen, yksilömuotoisen intervention valintaa kouluilla.

Keväällä 2016 projektiryhmässä arvioitiin myös perustason matalan kynnyksen mielenterveyshoitoa tarjoavan nuorisopoliklinikka Nupolin toimintaprofiilia verrattuna koulujen terveydenhuoltoon ja oppilashuoltoon. Yhteiseksi kannaksi tuli, että Nupoli täydensi samatyypisellä profiililla kouluilla tapahtuvaa työskentelyä nuorten lievien ja enintään keskivaikeiden oireiden hoidossa, joten sen toivottiin voivan myös osallistua. Maaliskuussa 2016 Nupoli otettiin mukaan IPC -hankkeeseen, myös siksi että osan nuorista asiakkuus oli mahdollista toteuttaa paremmin siellä. Näin IPC:stä tuli yhteinen menetelmä Espoon nuorten lähipalveluihin.

## Nuorten interpersoonallinen ohjanta (IPC)

Espooseen implementoitavaksi menetelmäksi valittiin kuuden käynnin mittainen *interpersoonallinen ohjanta*, IPC (Interpersonal Counselling). IPC on lyhennetty versio interpersoonallisesta terapiasta (Interpersonal Therapy, IPT). IPT on alun perin 1980 -luvulla aikuisille kehitetty masennuksen hoitoon tarkoitettu lyhytterapia, jonka kesto on IPC:hen nähden kaksinkertainen, 12–16 käyntiä (Weissman ym., 2000; Kontunen ym., 2007). Yhdysvaltalainen Laura Mufson työryhmineen muokkasi IPT:stä 1990 -luvulla nuorille kehityksellisesti sovelletun kahdentoista kerran hoitomenetelmän, IPT-A:n (Interpersonal Therapy for Adolescents; Mufson ym., 2004a; Kontunen, 2017). Se on vaikuttava nuorten depression hoitomuoto (Marttunen ym., 2015; Zhou ym., 2015).

IPT-A:ta lyhytkestoisempi IPC kehitettiin masennuksen ennaltaehkäisyyn ja lievien, enintään keskivaikeiden masennusoireiden hoitamiseen, sekin alun perin aikuisille peruspalveluiden potilaille (Weissman & Klerman, 1993). Interpersoonallinen ohjanta sisältää arviointikäynnin lisäksi enintään kuusi varsinaista tapaamista. IPC:n vaikuttavuudesta on olemassa tutkimusnäyttöä aikuisten hoidossa perusterveydenhuollossa (Judd ym., 2004; Menchetti ym. 2014). IPC:tä on niin ikään onnistuneesti levitetty kansainvälisissä hankkeissa muiden kuin psykoterapiakoulutuksen saaneiden ja myös muiden kuin terveydenhuollon toimijoiden työkaluksi aikuisten depressiivisten oireiden ja depression hoidossa (Weissman ym., 2014).

IPC -ohjantaa on viime vuosina viety ja koulutettu myös Suomessa perusterveydenhuollon terveydenhoitajille työtavaksi aikuisten masennuksen hoidossa. Tässä yhteydessä menetelmän vaikuttavuutta on myös tutkittu. Kontusen ym. (2016) suomalaisessa tutkimuksessa pe-

rusterveidenhuollon sairaanhoitajien tuottama IPC oli yhtä tehokas interventio aikuisten lievän/keskivaikean masennuksen hoitoon kuin erikoissairaanhoidon työntekijöiden tuottama IPT.

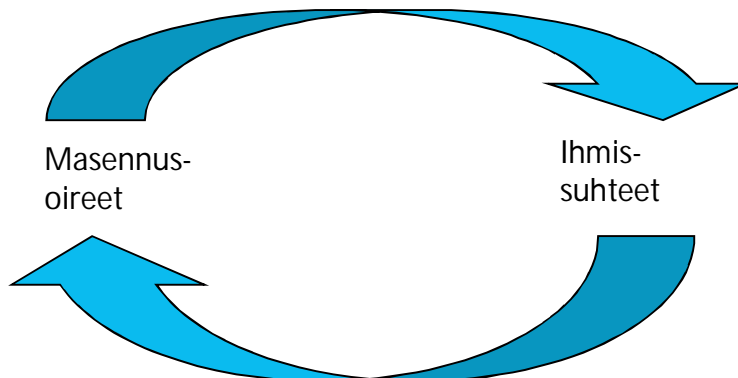
IPC -interventio on lyhyt, se ei vaadi pitkää teoreettista koulutusta ja sen pääperiaatteet ovat helposti ymmärrettävissä ja omaksuttavissa myös muun kuin psykiatrisen koulutuksen saaneille henkilöille (Weissman, 2014). Näiden tulosten perusteella sekä koulu- ja oppilashuollon toimintatapoja arvioinnin pohjalta voitiin olettaa IPC -intervention olevan sovellettavissa eri koulutusohjelmilla omaavien ammattihenkilöiden käyttöön oppilashuollossa.

Nuorilla IPC:n kehittäminen on ollut kansainvälisestikin hitaampaa kuin aikuisilla. Isossa-Britanniassa toimivan CYP IAPT (Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies) -organisaation kansallisen IPT-A koordinaattorin, tri Roslyn Law:n konsultatioiden kautta ilmeni, että IPC -ohjelmaa oli kokeiltu siellä vasta ensimmäisiä kertoja. Vuonna 2015 Isossa-Britanniassa tästä lyhytohjelmasta oli käynnistetty ensimmäinen soveltuvuusarviointi. Nuorten IPC pohjautuu suoraan nuorten interpersoonalliseen psykoterapiaan. Englannissa oli tuotettu tri Paul Wilkinsonin kirjoittama nuorille tarkoitettu hoitokäsikirja, jonka tekijä ystävällisesti antoi HUS:ille käännettäväksi ja käytettäväksi.

### Interpersoonallisen ohjannan sisältö ja työtavat

Sekä IPT-A:ssa että IPC:ssä taustateoria on sama: masentuneisuus ajatellaan reaktiona ihmissuhteissa ilmeneviin stressitekijöihin ja niiden muodostamiin ongelmiin. Kun nämä ihmissuhteiden ongelmakohdat saadaan tunnistettua ja aktiivisesti ratkaistua, masennusoireet lievitvät eikä pitkäkestoiselle hoidolle ole tarvetta (Weissman ym., 2014; ks. kuva 1). IPC:ssä nuorelle tarjotaan myös tukea masentuneisuuteen, autetaan nuorta tunnistamaan masentuneisuuden laukaisseet tekijät ja ratkaisemaan elämän interpersoonallisia stressitekijöitä. Tämän lisäksi tunnistetaan nuoren resurssit.

Kuva 1. IPC: Interpersoonallisen terapian keskeinen komponentti on kaksisuuntainen yhteys interpersoonallisten, so. lähi-ihmissuhteiden ja masennusoireiden välillä:



Ihmissuhteiden stressitekijät on eritelty IPC:ssä sijoittuviksi jollekulle neljästä alueesta: suru, roolimuuutos, ihmissuhderistiriidat sekä yksinäisyys tai arkuus. Interventio etenee nuorelle keskeisen ongelma-alueen käsittelyn kautta. Masentuneisuuden tulisi helpottua, kun nuorella tunnistettu, sen hetkinen keskeisin ihmissuhteiden ongelma saadaan intervention kuluessa

ratkaistua. Interventiossa hyödynnetään erilaisia työtapoja: ihmissuhdekartan muodostamista, välitehtäviä ja -tavoitteita, sekä keskeisen ihmissuhteiden ongelma-alueen ratkaisemisstrategioita. Intervention aikana työskennellään yhteistyössä nuoren kanssa kiinnittäen huomio myös nuoren lähipiiriin (ks. kuva 2.)

Kuva 2. Nuorille jaettu tiivistelmä IPC:n rakenteesta ja kulusta



#### MITÄ ON INTERPERSONAALINEN OHJAUS JA NEUVONTA (IPC)?

Interpersoonallinen ohjaus ja neuvonta sisältää kuusi tapaamista. Tapaamiset etenevät vaiheittain.

Tapaamisten tavoitteena on helpottaa ihmissuhteisiin ja/tai elämäntilanteeseen liittyviä vaikeuksia. Työskentelytavan tarkoituksena on auttaa sinua havaitsemaan vaikeuksiin liittyviä stressitekijöitä ja ratkaisemaan niitä niin, että ongelmat helpottuisivat. Englannin kielessä tästä työskentelytavasta käytetään lyhennettä IPC (Interpersonal counselling). Tutkimusten mukaan sen on todettu vahvistavan stressitilanteista selviytymisen taitoja. Tämän työskentelytavan avulla on mahdollista oppia ymmärtämään paremmin omaan elämäntilanteeseen liittyviä muutoksia ja ihmissuhdevaikeuksia.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla kartoitit yhdessä ohjaajasi kanssa vointiasi. Selvitätte myös viime aikoina elämässäsi tapahtuneita muutoksia. Tarkastelette myös läheisissä ihmissuhteissasi koettuja vaikeuksia tai läheisiltä saamaasi tukea.

Toisella käynnillä kartoitatte tarkemmin sinulle tärkeiden ihmissuhteiden eri puolia sekä ihmissuhteissa mahdollisesti tapahtuneita muutoksia. Muodostatte näistä asioista yhdessä ohjaajasi kanssa kuvan, jonka yhteyksiä peilaatte stressin ja vaikeuksien alkamisen aikaan. Usein koetut vaikeudet liittyvät johonkin seuraavista: 1) elämänmuutokset (esim. koulun alkaminen tai sen päättyminen, koulun/asuinpaikan vaihtaminen, sairastuminen, vanhempien ero), 2) ristiriidat tärkeissä ihmissuhteissa (esim. kaverisuhteissa, seurustelussa, koulussa, kotona, sukulaisten kanssa), 3) suru läheisen menetyksestä (joku läheisesi on kuollut) tai 4) yksinäisyys, jolloin vaikeuksia kohdatessa ei ole voinut saada tukea muilta.

Keskivaiheessa (tapaamiset 3, 4 ja 5) työskentelet ohjaajasi kanssa niiden keskeisten ongelmien ratkaisemiseksi, joihin päädyitte ensimmäisellä ja toisella tapaamiskerralla. Ohjaajasi pyrkii auttamaan sinua kuuntelemalla ja tekemällä kysymyksiä, joiden tarkoituksena on selventää ongelmien luonnetta ja ongelmien yhteyttä vointiin. Ohjaaja voi antaa sinulle mielekkäitä välitehtäviä, joiden tuloksia tarkastelette yhdessä seuraavalla tapaamiskerralla.

IPC:n päätöskerralla arvioitte tilannettasi yhdessä. Samalla sovitte joko viikoittaisten tapaamisten päättämisen tai seurantakäynnin tapaamisajankohdasta tai ajan ilmoittamisesta. Mikäli tilanteesi sitä edellyttää, voitte keskenänne sopia jatkotyöskentelystä tai tarvittaessa ohjaamisesta eteenpäin riittävän avun saamiseksi.

## Koulutusyhteistyö

Jo ennen projektikautta HUS:issa selvitettiin suomalaista kouluttajayhteistyötä ja sovittiin hankkeeseen yhteistyö suomalaisen IPT -asiantuntijan Jarmo Kontusen kanssa, joka oli jo useita vuosia ollut Hyks nuorisopsykiatrian IPT-A:ta toteuttavan tiimin työhajaaja. HUS oli myös yhteydessä IPT:stä kehitettyjen koulumuotoisten sovellutusten asiantuntijaan Floridassa, USA:ssa, tri Annette La Grecaan. USA:sta saatiin arvokkaita evästyksiä koulumuotoisten IPT -sovellusten käytännön toteuttamisesta.

Koulutusyhteistyön kannalta ratkaisevaa oli yhteistyön rakentuminen Ison-Britannian CYP IAPT -organisaatiossa Lontoon Anna Freud Centerissä toimivan tri Roslyn Law:n kanssa. Hän yhdisti projektin laajempaan IPT-A -koulutusverkostoon ja rakensi yhteistyön myös tri Paul Wilkinsonin kanssa, joka oli käynnistämässä samanaikaisesti Englannissa pilottitutkimusta IPC:n soveltuvuudesta nuorille. Myönteiset tutkimustulokset IPT-A:n sekä sen kouluihin istutettujen sovellusten vaikuttavuudesta (Mufson ym., 2004b, c; Young ym., 2016), aiemmat suomalaiset implementaatiokokemukset kouluista sekä espoolaiskoulujen kanssa käydyt neuvottelut toimintaympäristön mahdollisuuksista kaikki vaikuttivat lopulta siihen, että projektissa päätettiin että Espooseen implementoidaan IPC pitempikestoisen IPT-A:n sijaan.

Paul Wilkinsonin nuorten hoitoon sovittaman kuuden tapaamiskerran IPC-manuaali käännettiin hänen luvallaan HUS:issa suomalaisen opiskeluhoollon käyttöympäristöön sopivaksi. Tri Roslyn Law:n kanssa rakennettiin sitten yhdessä koulutuskokonaisuus, joka vastasi niitä tarpeita ja mahdollisuuksia mitä espoolaiskouluilla oli.

## 2.3. Espoon yhteistyörakenteiden luominen

### Palveluanalyysi

Ennen kuin mitään interventiota voidaan viedä organisaatioon tuloksellisesti, on otettava selvää sen senhetkisistä työtavoista ja toiminnasta. Koulu ja opiskeluhoollon toimintaympäristönä sisältävät monia organisaatioita, rakenteita, ammattikuntia, toimintatapoja, sovittuja tehtävänkuvia ja ammattikäytäntöjä, jotka tulee ottaa huomioon. Myös kouluja yhteisönä ja työpaikkana hallinnoiva opetustoimi ja kunnan opetusvirasto säätelevät sitä, mitä kouluissa voidaan tehdä. Kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon toimintaa säätelevät useat, osin erilliset, osin rinnakkaiset lainsäädännöt (mm. oppilas- ja opiskelijahuoltolaki, sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki; ks. Luku 1). Nämä eivät aina ole sellaisessa suhteessa toisiinsa, joka mahdollistaisi samantyyppisen työskentelyn yli ammattikuntien. Yläkouluissa toimivia ammattikuntia ovat oppilashuollon koulukuraattorit ja koulupsykologit sekä kouluterveydenhuollon terveydenhoitajat ja koululääkärit.

Vuoden 2014 oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) edistää opiskelijoiden oppimista, terveyttä ja hyvinvointia sekä osallisuutta ja pyrkii ehkäisemään ongelmien syntymistä ja turvaamaan varhaisen tuen sitä tarvitseville. Oppilashuollon ammattihenkilöt ovat Suomessa viime vuosina toteuttaneet melko laajamittaisesti lasten ja nuorten yksilökohtaista ohjausta ja neuvontaa (Wiss ym., 2017), mutta yhtä strukturoitua tutkittuun tietoon perustuvaa, lieviin mielenterveyden oireisiin kohdennettua menetelmää ei Espoossakaan ollut yhteisesti käytössä.



Tietoa lainmukaisesta työskentelystä opiskeluhollossa siis oli, mutta tarkempi kuva kunkin ammattikunnan työn sisällöistä oli hankittava suoraan Espoosta implementaation onnistumista varten. Hankkeessa pyrittiin näin ensiksi saamaan ajantasaista tietoa työmuodoista Espoon opiskeluhollossa. Oli tärkeää selvittää kuinka pitkiä oppilaiden tapaamisjaksoja eri ammattikunnilla oli, mitä menetelmiä heillä sillä hetkellä oli käytössään, kuinka hoidolliseksi he kokivat työnsä, kuinka paljon he kohtasivat nuorten mielenterveyden ongelmia ja mitkä käytännöt ohjasivat eri ammattikuntia lainsäädännön ohella.

Tätä varten hankkeessa tehtiin keväällä 2016 opiskeluhollossa työntekijöille (kouluterveydenhoitajat, -psykologit ja -kuraattorit) sähköinen kysely, jossa kysyttiin työn sisällöistä, sillä hetkellä käytössä olevista työskentelymenetelmistä sekä muun muassa tyypillisestä tapaamisfrekvensseistä ja tapaamisjaksojen pituuksista. Kyselyllä selvitettiin, soveltuisiko IPC -menetelmä käyttöön otettavaksi oppilashuollossa ja mitä sen implementoimisessa olisi otettava huomioon. Kyselyn pohjalta saatiin monenlaista tietoa. Kolmen eri ammattikunnan vastaukset ilmensivät eroja työkuvien sekä työtapojen painotuksissa.

Kouluterveydenhoitajat kohtasivat vastaanotoillaan nuoria, joita eivät syystä tai toisesta voineet lähettää eteenpäin toiselle työntekijälle, vaan nuoret kävivät hyvin erilaisten syiden takia vastaanotolla (esim. päänsärky yms.). Tällöin saman ajan voisi käyttää myös systemaattisemmin. Kouluterveydenhoitajilla ei ole useinkaan psykiatrasta lisäkoulutusta tai psykoterapeutiksiin / psykososiaalisiin interventioihin liittyvää osaamista, elleivät he ole hankkineet sitä täydennyskoulutuksena. Kyselyyn vastanneiden kouluterveydenhoitajien mukaan he eivät kokeneet työnkuvaansa kuuluvan tiiviitä interventioita tai niille ei koettu olevan aikaa. Tämä on ymmärrettävää kouluterveydenhoitajien työtä säätelevän lainsäädännön ja heidän suorittamiensa laajojen universaalien, kaikki koululaiset kattavien terveystarkastusten takia.

Koulukuraattori on koulutukseltaan joko sosiaalityöntekijä tai sosionomi. Koulukuraattori on vuorovaikutuksen ja sosiaalisten suhteiden asiantuntija koulussa. Koulukuraattori on myös koulun sosiaalityöntekijä, joka konsultoi opettajia lastensuojeluasioissa ja tekee yhteistyötä lastensuojelun kanssa tarvittaessa. Työn tavoitteena on edistää koulun ja kodin yhteistyötä sekä oppilaiden psykososiaalista hyvinvointia ja myönteistä kokonaiskehitystä sosiaalityön keinoin. Työn keskiössä on oppilas osana sosiaalista ympäristöään, jolloin koulussa puuttavia asioita ovat vertaissuhteet (esim. yksinäisyys tai luokan ilmapiirin tukeminen), perhetilanteet (esim. vanhempien erotilanteet), koulunkäynnin pulmat (huolestuttavat poissaolot tai vapaa-ajan ongelmat) ja äkilliset muutokset nuoren elämässä.

Koulupsykologi on koulutukseltaan psykologi ja perehtynyt lapsen ja nuoren kehitykseen, psyykkiseen ja sosio-emotionaaliseen hyvinvointiin sekä oppimiseen ja koulunkäyntiin liittyviin kysymyksiin. Koulupsykologin työtä säätelevät lait terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lisäksi työtä ohjaavat psykologien ammattieettiset säännöt. Koulupsykologin työn tavoitteena on auttaa oppilaita koulunkäynnissä sekä edistää heidän kokonaisvaltaista hyvinvointiaan. Työn painopisteenä on lapsen psyykkisen kasvun ja kehityksen arviointi ja tukeminen, ja työn keskiössä on useimmiten yksilö. Asioita, joihin koulupsykologi puuttuu ovat mm. tunne-elämän oireilu (pelot, alakuloisuus, stressi), käytöshäiriöt ja keskittymisvaikeudet, oppimisvaikeudet ja koulunkäynnin erityisjärjestelyt, kehitykseen liittyvät vaikeudet sekä äkilliset muutokset ja kriisit.

Sekä koulukuraattoreiden että -psykologien työ sisälsi oppilashuoltolain mukaista yhteisöllistä työtä, johon kuuluu mm. moniammatillisissa ryhmissä työskentely, teeman mukaisten oppituntien pitäminen ja oppituntien havainnointi ja luokkatyöskentelyyn osallistuminen sekä opettajien konsultointi. Molempien ammattikuntien työ painottui ongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja niihin puuttumiseen. Työ sisälsi myös oppilaiden yksilötapaamisia, tapaa-misaika on

lain mukaan järjestettävä määräajassa. Espoossa oppilaiden yksilötapaamiset olivat pääasiassa nuoren tukitapaamisia, ja yhteydenotosta vanhempiin keskusteltiin nuoren kanssa. Tarvittaessa nuori ohjattiin koulun ulkopuolisen tuen piiriin. Psykologin tapaamiset saattoivat sisältää myös psykologin tutkimuksia ja arvioita nuoren tilanteesta. Psykologit ja kuraattorit tapasivat kyselyn perusteella nuoria keskimäärin noin kerran kahdessa viikossa, koulupsykologit kuraattoreita useammin myös kerran viikossa. Tapaamisten määrä vaihteli tilanteen mukaan noin kolmesta kahdeksaan.

Niin koulukuraattorin kuin koulupsykologinkin työ oli myös yhteistyötä eri ammattilaisten kanssa. Siihen kuului yhteistyö koulun muun oppilashuoltohenkilökunnan sekä koulun muun henkilökunnan kanssa, tarvittaessa myös koulun ulkopuolisten työntekijöiden kanssa (mm. ammattihenkilöt perheneuvolasta, lastenpsykiatriasta, lastenneurologiasta, toiminta- ja puheterapeutit, lastensuojelun työntekijät). Lisäksi työhön kuuluivat ammattikuntakohtaisten tiimien tapaamiset noin kaksi kertaa kuukaudessa sekä koko ammattikunnan yhteiset tapaamiset kerran kuussa. Molemmat työntekijäryhmät kirjasivat tapaamisensa asiakastietojärjestelmä Auraan.

Yhtäläisyyksiäkin koulupsykologien ja koulukuraattorien vastauksissa löytyi: nuorten mielen-terveyden ongelmista kohdattiin eniten ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, joihin yleisimmin tarjottiin yksilökäyntejä. Yksilökäyntejä tarjottiin tyypillisimmin kahden viikon välein, keskimäärin viisi kertaa oppilasta kohden. Käytössä oli vastausten mukaan useita välineitä yksilökäynneillä, tunnekorteista mielialan mittaamiseen. Tyypillisin tapa toimia oli kuitenkin keskustelu nuoren kanssa. Yksittäisillä ammattilaisilla oli käytössään erilaisia interventiotapoja, mutta yhtä yhtenäistä menetelmää ei ollut. Useimmat raportoivat, että mitään menetelmää mielen-terveyden ongelmien kohtaamiseen ei ollut. Kyselyn kautta tuli ilmi, että erityisesti terveydenhoitajilta puuttui keinoja kohdata mielen-terveyden ongelmista kärsiviä nuoria: tyypillisin tapa työskennellä heille oli ollut nuoren eteenpäin lähettäminen. Suurimmat syyt tähän olivat terveydenhoitajien ammatillisessa koulutuksessa ja työn painottumisessa terveystarkastuksiin.

Koulukuraattoreiden ammatillinen ja koulutuksellinen viitekehys on sosiaalitieteisiin ja sosiaalihuollon käytänteisiin liittyvää. Työ sivuaa mielen-terveyden hoitoa, esimerkiksi yksilön kokemuksia vaikeuksia sosiaalisissa suhteissaan. Työssä painotetaan yksilön asemaa omassa sosiaalisessa kentässään. Sinänsä on huomionarvoista, että IPC -interventio menetelmänä painottaa nimenomaisesti nuoren masennusoireiden yhteyttä heidän ihmissuhteisiinsa ja sosiaaliseen ympäristöönsä. Myös tämän vuoksi IPC -menetelmä voisi olla soveltuva ja omaksuttavissa oleva työtapa myös sosiaalialan pohjakoulutuksen saaneille ammattihenkilöille.

Kaiken kaikkiaan palveluanalyysin ja ammattihenkilöiden kyselyn kautta ilmeni tarvetta IPC:n kaltaiselle työmenetelmälle. Asiasta keskusteltiin myös projektiryhmän kokouksissa keväällä 2016, tuolloin selviteltiin ammattiryhmien esimiesten kantaa IPC-menetelmän käyttöönottoon.

## Yhteistyörakenteiden luominen

Ennen hankkeen käynnistymistä täytyi luoda yhteistyön tekemisen foorumit ja rakenteet sitä varten. Hanke oli monihallinnollinen, moniammatillinen ja palvelujärjestelmän tasoja ja sektoreita ylittävä, joten menetelmän implementoimisessa oli otettava lukuisia toimijoita huomioon (kuva 3). Opiskeluhuollon kokonaisuus on moniammatillinen. mukana oli niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollonkin ammattikuntia, sisältäen lisäksi toimijoita kunnan kahdesta eri or-

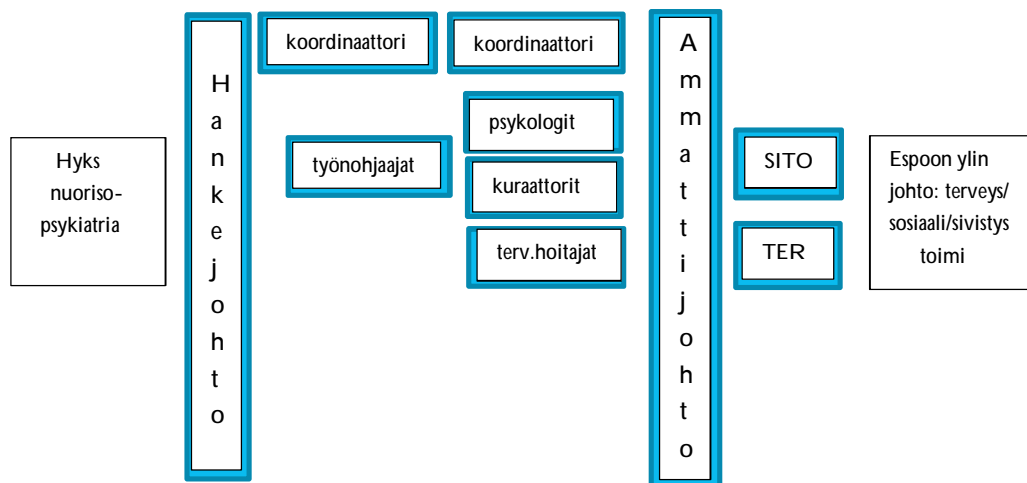
ganisaatiosta: sivistystoimesta sekä sosiaali- ja terveystoimesta. Lisäksi mukaan otettu Nu-  
poli oli oma, nuorten lieviin mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin apua ja hoitoa tarjoava  
erillinen yksikkönsä.

Lisäksi yhteistyöhön tuli ottaa mukaan koulu organisaationa, sillä oppilashuolto on osa koulun  
toimintaa. Tästä huolimatta oppilashuollon työntekijät eivät toimi rehtorin alaisuudessa, vaan  
heillä on kullakin oman ammattikunnan esimies. Kuraattoreilla ja psykologeilla on esimie-  
hensä sivistystoimen puolella ja terveydenhoitajilla sosiaali- ja terveystoimen puolella. Rehtori  
kuitenkin viime kädessä vastaa oman koulunsa oppilashuollon toiminnasta. Oli myös huomi-  
oitava, että kuraattorit, psykologit ja terveydenhoitajat työskentelevät usealla koululla, suurin  
osa kahdella tai kolmella koululla Espoossa.

HUS:ista implementaatioon osallistuivat erikoissairaanhoidon toimijat Hyks nuorisopsykiatrian  
johdosta ja henkilöstökunnasta. Kaikkiaan mukana oli ammattilaisia useasta eri organisa-  
tiosta, ammattikunnasta ja fyysisestä sijaintipaikasta. Kattava periaate oli yhteistyö yli eri am-  
mattikuntien ja organisaatioiden, jota haluttiin tukea ja tehdä näkyväksi. Painotettiin sitä, että  
erilaisissa työympäristöissä jokaisella ammattilaisella on kuitenkin yhteinen tavoite: nuorten  
hyvinvointi ja sen edistäminen. Haasteita joissakin tapauksissa aiheuttivat tilajärjestelyt ja  
muutokset koulujen tilaratkaisuissa. Eri ammattikuntien työntekijät joutuvat ajoittain käyttä-  
mään samoja työhuoneita eri päivinä.

Hankkeessa painotettiin lisäksi koko ajan mielenterveystyön palvelujärjestelmän kehittämistä-  
voitteena yhteistyön lisäämistä yli ammattirajojen. Opiskeluhollossa niin kuraattoreille, ter-  
veydenhoitajille kuin psykologeillekin tuli yhtäläinen mahdollisuus ottaa IPC -menetelmä käyt-  
töön oman työnsä yhteydessä. Yhteys erikoissairaanhoidon ja nuorisopsykiatrian työntekijöi-  
hin vahvistui säännöllisissä Hyks nuorisopsykiatrian järjestämässä ryhmämuotoisissa IPC -  
työnohjauksissa. Tavoitteena oli madaltaa eri järjestelmätasojen välistä yhteistyön kynnystä,  
ja lisätä mielenterveyspalvelujen integraatiota siten, että erikoissairaanhoidon ja perustervey-  
denhuolto voisivat toimia entistä luontevammin yhteistyössä.

Kuva 3. Hankkeen toimijat (SITO = Espoon sivistystoimi, TER = Espoon terveydenhuolto)



## Implementaatioprojektia ylläpitävä henkilöstö

**IPC -projektikoordinaattorit:** IPC -osahankkeen toteuttamisen mahdollistavia henkilövalintoja alettiin toteuttaa heti vuoden 2016 alussa. Hanketta koordinoimaan rekrytoitiin projektikoordinaattori sekä HYKS:iin että Espoon kaupunkiin varmistamaan hyvän yhteistyön syntyminen ja paikallisten olosuhteiden tunnistaminen ja huomioon ottaminen. Kaksi 50 % työajalla toimivaa projektikoordinaattoria aloittivat työnsä. Hyks nuorisopsykiatrian osastonhoitaja Riitta Pelkonen vastasi hankehallintoon, IPC -intervention koulutukseen ja työnohjaukseen liittyvistä asioista. Koulupsykologi Pauliina Parhiala Espoon kaupungilta vastasi Espoossa tehtävästä IPC:n implementoimisen koordinaatiosta ja intervention tutkimukseen liittyvistä asioista.

**Projektiryhmä:** Vuoden 2016 alusta muodostettiin myös valtionhanketta kokonaisuudessaan koordinoiva projektiryhmä, johon HUS:in toimijoiden lisäksi Espoon kaupungin puolelta kuuluivat Raija Vanhatalo, Katri Makkonen, Hannele Otranen, Merja von Schantz, Kirsi Raunela sekä Eija-Inkeri Kailassuo. Mukana projektiryhmässä olivat myös THL: n rekisteriosahankkeesta vastaava tutkimuspäällikkö Timo T. Seppälä sekä tutkijat Taru Haula sekä Suvi Mäkilin. Projektiryhmä kokoontui koko hankekauden aikana 10 kertaa, noin kerran kahdessa kuukaudessa. Projektiryhmässä käytiin läpi sekä IPC- että rekisteriosahankkeiden etenemistä että niiden käytännön toteuttamiseen liittyviä asioita. IPC -osahankkeen onnistumisen kannalta säännöllinen yhteys Espoon ammatillisiin johtajiin oli tärkeää.

**IPC-osahankkeen operatiivinen ydinryhmä:** Niin ikään projektikauden alussa muodostettiin IPC -hankkeen operatiivinen ydinryhmä, jossa olivat mukana hankejohtaja Klaus Ranta, ylilääkäri Risto Heikkinen sekä projektikoordinaattorit. Ydinryhmän työskentelyyn osallistui myös osin PsL Jarmo Kontunen IPC-kouluttajana ja IPC -työnohjaajien työnohjaajana. Edelleen ydinryhmässä toimivat eri tehtävissä osan hankekaudesta PsL Vera Gergov, ylihoitaja Teija Rintamäki, ylilääkärit Tarja Koskinen ja Minna Nikula, osastonylilääkäri Mauno Mäkinen sekä Espoosta psykologi Tuomas Karjalainen. Ydinryhmä kokoontui koko hankekauden aikana 1-2 kertaa kuukaudessa. Ydinryhmän tehtävänä oli huolehtia osahankkeen ja tutkimushankkeen konkreettisesta läpiviennistä.

**Tutkimusryhmä:** IPC: n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen suunnittelusta ja etenemisestä vastasi tutkimusryhmä, johon kuuluivat Klaus Ranta, professori Mauri Marttunen Helsingin yliopistosta (HY), Pauliina Parhiala, sekä asiantuntijoina Jarmo Kontunen ja Vera Gergov. Heidän lisäksi tutkimusasetelmaa suunniteltiin yhdessä hankkeen kansainvälisten partnereiden kanssa. Tutkimusryhmä vastasi tutkimuksen tiedonkeruun suunnittelusta, tutkimusasetelman luomisesta, muista tutkimuksen suorittamisen yksityiskohdista sekä raportoinnin suunnittelusta ja itse tutkimuksessa suoritettavista analyyseistä.

**Työnohjausryhmä:** Projektin oli tarpeen muodostaa myös Espooseen vietävän IPC -työnohjauksen suorittamista koordinoiva työnohjausryhmä. Sitä veti projektikoordinaattori Riitta Pelkonen. Työnohjausryhmään kuuluivat myös Jarmo Kontunen sekä Espooseen tuotettavasta IPC -menetelmätyönohjauksesta toteutuksesta vastanneet Hyks nuorisopsykiatrian IPT-A -koulutetut psykologit, sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät. Jälkimmäiset saivat projektin kuluessa koulutuksen yhdessä Espoolaisten koulutettavien kanssa heille tuttua IPT-A:ta lyhyempään IPC- työskentelyyn Roslyn Law:in kahden päivän työpajassa. Työnohjausryhmä tapasi säännöllisesti, 10 kertaa vuodessa hankkeen toiminta-aikana.

**Käyttäjien ydinryhmä:** Lisäksi projektiryhmässä sovittiin Espoossa toimivasta IPC-hankkeen käyttäjien ydinryhmästä, joka koostui projektikoordinaattoreista, oppilashuollon työntekijöiden

sekä Nupolin työntekijöiden edustajista. Mukaan saatiin myös nuorisoedustajia yhdeltä yläkoululta sekä lukiosta Espoosta. Käyttäjien ydinryhmä muodostettiin vuoropuhelun tehostamiseksi hankkeesta käyttäjiin ja käyttäjiltä hankkeeseen. Käyttäjien ydinryhmässä käsiteltiin muun muassa hankeviestintään liittyviä asioita.

## 2.4. IPC: n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimus ja levittämismallinnus

### Tutkimusasetelma

Ennen kuin IPC:n implementointi voitiin käynnistää, oli suunniteltava tutkimusasetelma, jolla intervention soveltuvuutta ja käytettävyyttä (feasibility) sekä vaikuttavuutta (effectiveness) voitaisiin arvioida Espoon yläkouluissa, aiotussa suomalaisessa ympäristössä, samanaikaisesti hoidon levittämisen kanssa. IPC: n soveltuvuuden ja käytettävyyden arvioimiseksi oli kerättävä suunnitelmallisesti palautetta ja kokemuksia sekä oppilailta, joille menetelmää sovellettiin sekä niiltä opiskeluhuollon työntekijöitä, jotka käyttivät menetelmää. IPC:n vaikuttavuuden arvioimiseksi sen masennusoireisiin tuottamaa vastetta arvioitiin suhteessa vertailukelpoiseen, aktiiviseen verrokkihoitoon, joka ei sisältänyt IPC:n menetelmiä.

Soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen suunnittelu aloitettiin keväällä 2016. Suunnittelu kattoi tutkimusasetelman ja implementaatiomallin rakentamisen sekä lisäksi tutkimuksessa käytettävien arviointi- ja mittausmenetelmien valinnat. Tutkimusta varten haettiin tutkimusluvut HUS:in eettiseltä toimikunnalta, Espoossa kaupungin sivistystoimelta ja sosiaali- ja terveystoimelta. Kansainvälisiä hankepartnereita konsultoitiin kouluille suunnatun interventiotutkimuksen kysymyksissä sekä siitä miten käytännön reunaehdot ja mahdollisuudet huomioiva menetelmäkoulutus ja työnohjaus saataisi mahdollisimman tehokkaasti tuottamaan IPC -kompetensseja espoolaisille opiskeluhuollon työntekijöille.

Tutkimusasetelmaksi valittiin kluster–randomoitu verrokkitutkimus, jossa kaikki Espoon yläkoulut hoitoa toteuttavina yksikköinä satunnaistettiin antamaan joko IPC:tä tai samanpituista kuuden käynnin verrokkihoitoa, joita sitten verrattiin toisiinsa. Näin näitä kahta hoitoa antavat työntekijät eri kouluilla pysyivät suhteellisen riippumattomina toisistaan ja IPC -hoitoja voitiin verrata niiden työntekijöiden antamiin hoitoihin, jotka eivät tutkimusperiodilla olleet tekemisissä IPC:n kanssa. Tutkimusajaksi päätettiin lukuvuosi 2016–2017.

IPC:n verrokkihoidoksi päädyttiin määrittelemään samanpituinen, aktiivinen hoito, joka vastaisi likiarvoisesti kouluissa toteutettavissa olevaa hoitoa, vaikka palveluanalyyssissa olikin käynyt ilmi että yhteisesti määritellyjä interventioita ei juuri ollut käytössä. Verrokkihoidoksi määriteltiin hoito, jossa työntekijät saattoivat vapaasti käyttää kaikkia niitä työotteita ja menetelmiä, joita heille oli perus- tai lisäkoulutuksiansa myötä kertynyt ("tavanomainen työote", TTO), ja jota he saattoivat tältä pohjalta soveltaa nuoren masennuksen hoidoksi. Nuoren masennusoireistoa, muita oireita ja toimintakykyä monitoroitiin ja mitattiin TTO -hoidossa samalla tavalla kuin IPC-ohjannassakin, ja työntekijät saivat koulutuksen näihin arviointimenetelmiin.

Asetelmassa TTO -verrokki-interventiota tekevät työntekijät eivät saaneet olla liian tietoisia IPC -menetelmästä, jotta voitiin vertailla kahta mahdollisimman riippumatonta ryhmää. Näin ollen IPC -koulutus toteutettiin kahdessa aallossa vuoden välein. Espoon kaupungin kaikki

yläkoulut ja nuorisopoliklinikka Nupoli yhtenä, kouluihin verrannollisena matalan kynnyksen perustason hoitoa toteuttavana tutkimuspisteenä olivat kaikki mukana satunnaistamisessa.

Näin eri yläkoulujen opiskeluhoillon psykologit, kuraattorit, kouluterveydenhoitajat kouluillaan sekä Nupolin työntekijät (sairaanhoitajat, psykologit) toteuttivat joko IPC- tai TTO-interventiota satunnaistuksen tuloksesta riippuen. Tutkimusasetelmassa IPC -tutkimuspaikaksi satunnaistuksessa päätyneiden tutkimuspisteiden (eli koulujen) työntekijät saivat IPC -koulutuksen heti elokuussa 2016, implementaation ensimmäisessä aallossa. Nuoret saivat joko IPC- tai TTO -intervention koulunsa mukaan. Koulujen satunnaistamisessa oli mahdollista kontrolloida joitakin ulkoisia tekijöitä (alueen väestön sosioekonominen status, mahdollisesti hankkeeseen sitoutuneiden työntekijöiden määrä/koulu) ja siten odotettavissa olevaa näihin tekijöihin liittyvää virhettä. Lukuvuonna 2016–2017 TTO -interventiota toteuttaneet työntekijät koulutettiin IPC -interventioon toisessa koulutusaallossa elokuussa 2017, soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen aineistonkeruun loputtua. Tutkimusasetelma muodostettiin yhteistyössä HUS:in, Helsingin yliopiston ja kansainvälisten partnereiden kanssa.

## Hoitoon ohjattavat nuoret

Niin IPC- kuin TTO -verrokkihoitoon tulon kriteeriksi määritettiin oppilaalla todettu DSM-5 -diagnoosiin mukainen, vaikeusasteeltaan joko lievä tai enintään keskivaikea masennustila. Tämä varmistettiin Espoon projektityöntekijän tekemällä K-SADS-5 -haastattelulla. Näitä masennustiloja DSM-5 -luokituksessa ovat lievän tai keskivaikean masennustilan episodit, pitkäaikainen lieväoireinen masennus eli dystymia sekä tarkemmin määrittelemätön masennustila (APA, 2013).

Hoitoon ottamisen poissulkukriteerejä olivat nuoren vaikea-asteinen masennus, selvä tai akuutti itsetuhoisuus, vaikea-asteinen ja ensisijaista hoitoa edellyttävä ahdistuneisuushäiriö, akuutti päihteen käyttö, muu lastensuojelun tarve tai sellaista vaativa nuoren perheen tai muun viiteryhmän tilanne, tai hyvin matala toimintakyky. Samanaikainen muu mielenterveyden häiriö ei sen sijaan ollut poissulkukriteeri, ja nuorilla sai esiintyä heillä tavallisia, muita kuin vaikea-asteisia ahdistuneisuus- tai käytöshäiriöitä. Mikäli tutkimuksesta poissulkemista vaativia vakavia oireita todettiin joko alkuarvion, tutkimushaastattelun tai myöhempien tapaamisten aikana, nuori sovittiin ohjattavaksi viipymättä oireiden mukaisesti tarvittavan hoidon piiriin.

Nuoret tulivat opiskeluhoillon työntekijän interventioon täysin samojen reittien kautta, joita he normaalistikin ohjautuivat yksittäisen opiskeluhoillon työntekijän vastaanotolle. Tällaisia reittejä olivat: opettajan suorittama ohjaaminen, muun opiskeluhoillon työntekijän suorittama ohjaaminen, nuoren oma tai perheen toive keskusteluista tai koulun suorittamissa seulonnoissa tai muussa keskustelussa havaittu mielialan alentuminen. Kun työntekijälle syntyi suorittamassaan arvioinnissa kuva siitä, että nuorella voisi olla lievä tai enintään keskivaikea masennusoireisto, hän konsultoi Espoossa toimivaa hankkeen projektikoordinaattoria ja keskustelun pohjalta nuori ohjattiin koordinaattorin suorittamaan diagnostiseen haastatteluun sopivuuden varmistamiseksi. Samassa yhteydessä sovittiin nuoren ja vanhempien suostumuksen hankkimisesta tutkimukseen osallistumiselle.

## IPC-interventio ja ”tavanomainen työote” (TTO)

Interpersoonallinen ohjanta on aikarajattua (1 arviointikäynti + 6 hoitokertaa), ja siinä keskitytään nykyhetken ongelmiin. Ensimmäinen kerta on ongelma-alueen arviointi- ja määrittelykerta, ja loput kerrat määritellyn ongelma-alueen käsittelykertoja. Toimintamalli on esitetty tarkemmin Weissmanin (Weissman ym., 2014) pohjalta Paul Wilkinsonin muokkaamassa ja

HUS:in suomentamassa käsikirjassa. IPC:n tavoitteena on lieventää masentuneisuutta ja parantaa ihmissuhteissa toimimista keskittymällä neljästä ongelma-alueesta yhteen (suru, ristiiriita, roolimuutos tai yksinäisyys / eristäytyneisyys) ja kehittämällä strategioita ongelmien ratkaisemiseksi (Weissman ym., 2014; Kontunen ym., 2017).

Tässä hankkeessa määritelty TTO eli tavanomaiseen työotteeseen perustuva interventio oli työskentelyä siltä pohjalta ja niillä metodein joita opiskeluhoillon työntekijöillä oli käytössään normaalin ammatillisen osaamisensa pohjalta kun he työskentelevät nuorten kanssa. TTO -intervention käyntikertojen määrä määriteltiin hoidon ”annostus” -muuttujan kontrolloimiseksi aivan saman pituiseksi kuin IPC:n (arviointikäynti ja kuusi tämän jälkeistä käyntiä). Myös TTO -intervention yhteydessä toteutetut arvioinnit ja niissä käytettävät arviointimenetelmät säädeltiin samoiksi kuin IPC:n yhteydessä tehtävät arvioinnit. TTO katsottiin päättyneeksi ja loppuarvioinnit tehtiin kuuden hoitokäynnin jälkeen vaikka hoito olisi jatkunutkin muussa muodossa.

On selvää että oireiden mittaamisen, työn tavoitteellisuuden ja masennusoireiden monitoroinnin osalta TTO -interventio ei vastannut tavanomaista oppilashuollon käytäntöä, erityisesti kuraattorien ja kouluterveydenhoitajien ryhmässä. TTO -ryhmän kanssa käydyissä tapaamisissa näistä ammattiryhmistä tuotiinkin selvimmin esiin, että käynneille ei useinkaan ollut tapana asettaa tavoitteita nimenomaisesti masennusoireiden lievittymisen suhteen. Käynneillä oli useimmiten muita tavoitteita, esimerkiksi nuoren kaverisuhteisiin liittyvien ongelmien selvittämien. Käyntien tavoite saattoi myös olla enemmän seurantaluentoinen tai kannatteleva, ja niiden tarkoitus oli selvittää pärjäsiikö nuori ilman lähetettä eteenpäin jatkohoitoon tai tulisiko hänet sinne lähettää.

Projektissa päätettiin, että kaikki yläkouluissa työskentelevät projektiin sitoutumaan halukkaat oppilashuollon työntekijät ja Nupolin työntekijät saivat osallistua projektiin, jossa toteutettiin samanaikaisesti sekä tutkimushanke että kaikille tarjottava IPC -menetelmäkoulutus, jälkimmäinen siis kahdessa aallossa, joko syksyllä 2016 tai syksyllä 2017.

## Käytetyt arviointimittarit ja tutkimukseen sisään ohjaaminen

Tutkimushankkeen suunnitteluvaiheessa valittiin joukko arviointimittareita nuoren masennusoireiston, toimintakyvyn ja yleisen oirekuvan kartoittamiseksi ja arvioimiseksi. Lisäksi hankekoordinaattorin suorittamaa tutkimuksen sisäänottohaastattelua varten määriteltiin instrumentit diagnoosin arvioimiseksi ja päihdekäytön poissulkemiseksi.

**Masennusoireet:** Nuoren mielialan alentumista ja hänen mahdollista soveltuvuuttaan tutkimukseen arvioitiin seulontaluonteisesti Mielialakyselyllä (R-BDI; Raitasalo, 2007). Se on Suomen oloihin Aaron Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty 13 -kysymyksinen masennusoireita kartoittava nuoren itsearviointi-instrumentti, jota käytetään yleisesti kouluterveydenhuollossa Suomessa. Mikäli nuori sai R-BDI:stä 5 pistettä tai yli, hänen soveltuvuuttaan arvioitiin tarkemmin hänen kanssaan ja hänen suostumuksensa mukaan yhdessä hankekoordinaattorin tutkimushaastattelussa.

Työntekijät arvioivat sekä IPC- että TTO -interventioiden kuluessa nuoren masennusoireiston vaikeutta 1., 4. ja 6. hoitokäynneillä Adolescent Depression Rating Scalen (ADRS; Revah-Levy ym. 2007) avulla. ADRS -arviointiasteikko antaa työntekijälle käsityksen nuoren masennusoireiston laajuudesta ja vakavuusasteesta ja soveltuu oireiston seurantaan. Niin ikään molempien interventioiden hoitokäynneillä 1., 4. ja 6. nuori arvioi itse omia masennusoireitaan 21-kysymyksisen Beck Depression Inventoryn (BDI-21; Beck ym., 1961) avulla. Mittari on laajasti käytetty masennuksen itsearviointi-instrumentti.

**Toimintakyky:** Työntekijät arvioivat nuoren yleistä toimintakykyä Child Global Assessment Scalen (C-GAS; Shaffer ym., 1983) avulla 1., 4. ja 6. hoitokäynnillä. Arviointiasteikko antaa kuvan sekä nuoren oireilusta että toimintakyvystä ja sen avulla kyetään suhteuttamaan nuoren vointia hänen toimintakykynsä ja seuraamaan tässä suhteessa nuoren hoidosta saamaa vastetta. Nuorten toimintakyvyn arviointi toistettiin myös 3 ja 6 kk seurantakäynneillä.

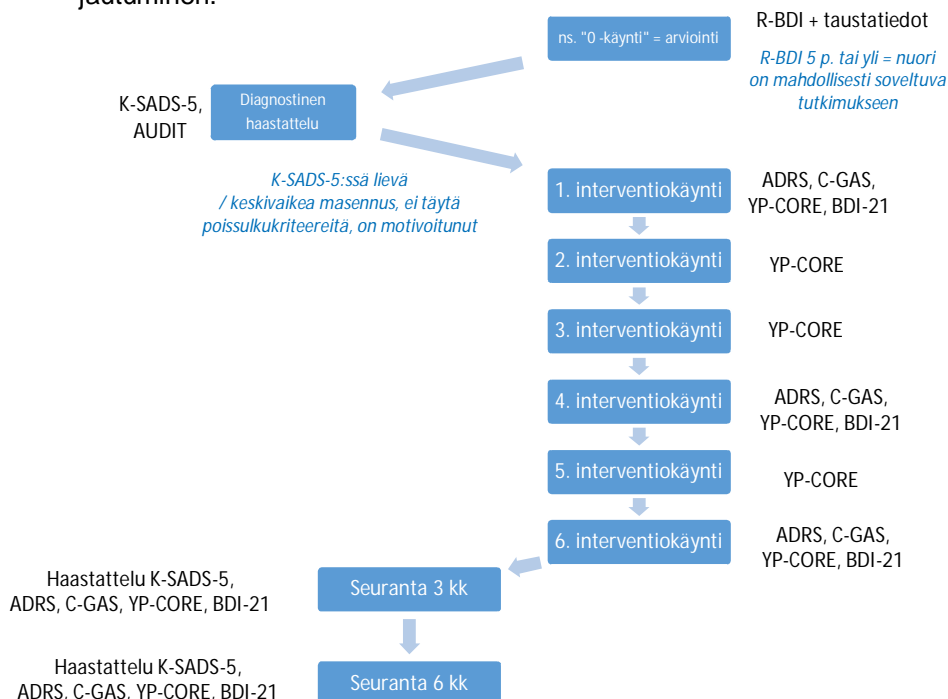
**Yleinen oirekuva ja hoitovaste:** Intervention aikana nuori täytti jokaisen hoitokäyntinsä jälkeen itsearviolomakkeen Young Person's Clinical Outcomes for Routine Evaluation (YP-CORE; Twigg ym., 2010). YP-CORE on kymmenen osion itsearviointimenetelmä psykoterapian vasteen seuraamiseen. Nuori arvioi siinä hyvinvointiin erilaisten yleisten oireiden kautta.

**Päihteiden käyttö:** Nuoren mahdollista päihteiden käyttöä arvioitiin tutkimushankkeessa sen poissulkemiseksi, ettei oireistoon myötävaikuttaisi puuttumista vaativa alkoholin tai muun päihteen käyttö. Tutkimushaastattelun yhteydessä nuori täytti myös alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi AUDIT -itsearviointikyselyn (Babor ym., 2001). Niin alkoholin kuin muidenkin päihteiden mahdollista käyttöä arvioitiin myös diagnostisessa K-SADS-5 haastattelussa.

**Diagnostinen arviointi:** Nuoren ohjaututtua tutkimushaastatteluun, hänen soveltuvuutensa tutkimusasetelman mukaiseen työskentelyyn varmistettiin suorittamalla puolistrukturoitu diagnostinen haastattelu K-SADS-5 (ks. Kaufman ym., 1997). Sen perusteella arvioitiin mahdollisten mielialahäiriöiden ja muiden häiriöiden osalta DSM-5:n mukaisten diagnostisten kriteerien täyttyminen, ja siis vahvistettiin joko lievääasteisen tai enintään keskivaikean masennuksen diagnoosi. Nuoren tutkimuksesta saamaan tietoon perustuva kirjallinen suostumus pyydettiin nuorelta ja lisäksi hänen huoltajaltaan.

Diagnostinen K-SADS-5 haastattelu toistettiin myös 3 kk ja 6 kk hoitojen päättymisestä. Näissä tapaamisissa toistettiin myös mielialan ja toimintakyvyn arviointi (ADRS, C-GAS) projektikoordinaattorin toteuttamana sekä nuoren itsearvioinnit (BDI-21 ja YP-CORE). Ks. kuva 4 tutkimuksessa suoritetuista mittauksista käynneittäin.

Kuva 4. IPC: n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimus: arvioinnit, arviointivälineet ja nuoren ohjautuminen.





## Opiskeluhuollon työntekijöille suunnatut mittarikoulutukset

Kaikille halukkaille opiskeluhuollon ja Nupolin työntekijöille, mutta erityisesti kaikille hankkeeseen sekä tutkimukseen mukaan lähteneille oppilashuollon kuraattoreille, psykologeille ja kouluterveydenhoitajille annettiin yhden päivän mittainen koulutus käytettävien arviointimenetelmien hallintaan sekä nuorten lievän ja keskivaikean masentuneisuuden tunnistamiseen ja arvioimiseen. Tämä arviointikoulutus vaadittiin kaikille hankkeeseen osallistuville työntekijöille pohjakoulutukseksi, sillä samoja arviointimenetelmiä käytettiin riippumatta siitä tekeekö työntekijä IPC-ohjausta vai kontrolli-interventio TTO:ta. Koulutetut arviointimenetelmät kattoivat kaikki tutkimuksessa käytetyt, opiskeluhuollon työntekijöiden käynneillä käytettäväksi sovitut mittarit. Ne olivat joko oppilaan itsearviointilomakkeita tai työntekijän täytettäviä arviointilomakkeita, yhteensä 5 erilaista instrumenttia (R-BDI, BDI-21, YP-CORE, ADRS, C-GAS). Osa lomakkeista oli entuudestaan tuttuja, osa täysin uusia lomakkeita työntekijöille.

## Soveltuvuushaastattelussa tehdyt arvioinnit

Seurantahaastattelun yhteydessä toteutettiin myös hoitojen koettua soveltuvuutta ja hyödyllisyyttä koskeva laadullinen arviointi. Se koostui puolistrukturoidusta tutkimushaastattelusta niin nuorille kuin IPC:tä ja TTO:ta toteuttaneille työntekijöillekin. Näillä haastatteluilla pyrittiin saamaan esille niin ohjattavien kuin ohjaajienkin kokemus hoitomenetelmien sekä arviointilomakkeiden käyttökelpoisuudesta ja hyväksyttävyydestä koulussa toteutettuna (ns. *feasibility assessment* eli menetelmien soveltuvuusarviointi).

Tähän laadulliseen, osin strukturoituun haastatteluun osallistuivat kaikki seuranta-haastatteluun pyydytetyt nuoret ja heidän ohjaajansa. Tutkimusinstrumenttina, niin IPC- kuin TTO -hoitoon erikseen muotoiltuina, oli hoitoa koskeva kysely joka oli teemoiltaan modifioitu laadullisessa psykoterapiatutkimuksessa käytössä olevasta Client Change Interview Schedule -instrumentista (Elliott & Rodgers, 2008). Kysymykset keskittyvät esimerkiksi nuoren voinnin tarkasteluun, itse IPC -ohjanta / TTO -prosessin läpi käymiseen, manuaalin käyttöön, tutkimukseen sekä nuoren keskeyttäessä ennen kuudetta tapaamista myös tämän osatekijöihin.

## Tutkimushankkeen vaikutukset menetelmän levittämiseen

Implementaatioprojektiin liittyvä tutkimushanke sisälsi itsessään useita vaiheita. Nämä olivat samalla koko hankkeen toteuttamiseen liittyviä mahdollisia rasitetekijöitä. Yksi tällainen tekijä oli se, että työntekijät, jotka saivat IPC -koulutuksen, joutuivat sitoutumaan samalla myös menetelmän soveltuvuutta ja vaikuttavuutta arvioimaan tutkimukseen. Vaikka varsin suuri joukko Espoon opiskeluhuollon työntekijöitä, kaikista ammattiryhmistä ja kaikilta yläkouluilta saatiinkin mukaan hankkeeseen, tämä menettely saattoi vaikuttaa joidenkin työntekijöiden kieltäytymiseen IPC -menetelmäkoulutuksesta opettelusta, sillä se satoi työntekijöiden aikaa enemmän kuin pelkkä koulutus ja työnohjaus olisivat vieneet. Lisäaikaa veivät tässä suhteessa esimerkiksi nuoren tutkimushalukkuuden selvittäminen, mittausten suorittaminen ja toimittaminen tutkijoille sekä soveltuvuushaastatteluihin osallistuminen työntekijänä.

Toisaalta koulutushankkeen aikana toteutetun tutkimuksen yhteydessä nuoren arviointia ja systemaattista työtapaa joutui todella opettelemaan. Onkin mahdollista että ainakin osalla ammattihenkilöillä sellainen implementaatiomalli, joka olisi sisältänyt vain IPC -menetelmäkoulutuksen ja työnohjauksen, olisi voinut vaikuttaa siihen että oppimisprosessin menetelmän tekemiseen olisi ottanut asenteellisesti kevyemmin. On myös korostettava, että IPC-ohjantaan jo itseensä sisältyy työtapana se, että hoidon aikana nuoren masennuksen oireita mita-

taan toistuvasti. Näin samanaikaisen tutkimusprojektin mittaava ja masennusoireita monitoroiva työtapa saattoi tehostaa IPC:n mukaista toimintaa. Tämän työtavan ero tavanomaisiin työtapoihin perustuvaan työskentelyyn oli oletettavasti vielä suurempi.

## Opiskeluhuollon työntekijöiden rekrytointi

Heti vuoden 2016 alussa projektia ylläpitävien ryhmien muodostamisen ohella aloitettiin myös IPC:n implementaation käytännön pohjustustyö Espoon opiskeluhuollossa ja nuorisopoliklinikka Nupolissa, jotta IPC:n käytäntöön vieminen tulisi mahdolliseksi. Pohjustus aloitettiin kaikille yläkoulujen työntekijöille suunnatulla, koko hanketta ja IPC -työtappaa esittelevällä infotilaisuudella. Tammikuun -16 infotilaisuudessa oli paikalla 70 Espoon oppilashuollon työntekijää, kuraattoreita, psykologeja, terveydenhoitajia. Infotilaisuudessa puhuivat hankejohtaja Klaus Ranta koko valtionhankkeesta, ylilääkäri Risto Heikkinen masentuneisuudesta ja siihen puuttumisesta sekä Jarmo Kontunen IPC -menetelmästä.

Tammikuun 2016 infotilaisuus toimi koko IPC -osahankkeen lähtölaukauksena. Sen pohjalta monien opiskeluhuollon työntekijöiden kiinnostus hankkeeseen heräsi. Infotilaisuuden jälkeen hankkeeseen alustavasti sitoutumaan halukkaiden ammattihenkilöiden nimiä kartoitettiin sähköisesti. Kysyttiin, ketkä olisivat valmiita sitoutumaan hankkeeseen, saamaan IPC-koulutuksen kahdessa aallossa, joko syksyllä 2016 tai syksyllä 2017 riippuen kumpaan ryhmään kuuluvat satunnaistamisen jälkeen. Hankkeeseen osallistuminen edellytti myös soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimukseen osallistumista.

Hankkeen toinen infotilaisuus ja ilmoittautujalistan kerääminen pidettiin maaliskuun 2016 lopussa. Toisen infotilaisuuden tarkoituksena oli sekä motivoida työntekijöitä että antaa tietoa tulevasta hankkeesta. Tilaisuudessa esiteltiin hankkeen aikataulua ja etenemistä, käytännön järjestelyitä ja tutkimus- ja implementaatioprosessin etenemistä. Samoin infotilaisuudessa aloitettiin hankkeen toiminnan edistämiseksi muodostettavan käyttäjien ydinryhmän kokoaminen. Käyttäjien ydinryhmään toivottiin kahta työntekijää jokaisesta ammattikunnasta. Maaliskuussa hankkeesta myös tiedotettiin hankkeesta sosiaalisessa mediassa sekä Nuorten mielenterveystalossa että HYKS Psykiatrian Facebook-sivuilla.

Maaliskuisen infotilaisuuden jälkeen suurin osa hankkeeseen osallistuvista työntekijöistä oli varmistunut. Mukaan saivat ilmoittautua kaikki halukkaat yläkoulujen opiskeluhuollon ja poliklinikka Nupolin työntekijät. Työntekijät joutuivat odottamaan valikoituisivatko he satunnaisuudessa alkusyksyllä 2016 toteutettavaan IPC -koulutuksen ensimmäiseen aaltoon vai joutuisivatko he odottamaan koulutusta vuoden. Kaikkien hankkeesta kiinnostuneiden työntekijöiden kohdalla seuraavan syksyn työskentely nimenomaan tietyllä yläkoululla ei ollut vielä loppukeväällä varmistunut. Mukaan haluavan työntekijän oli työskenneltävä seuraavalla syksyllä nimenomaan yläkoululla, koska hanke kohdistui 13–16 -vuotiaisiin nuoriin. Varmistusta kouluista opiskeluhuollon työntekijöille jouduttiin odottamaan aina juhannuksen tienoille asti.

Koulujen opiskeluhuollon työntekijöiden tilanne on vaihtuvainen monista syistä johtuen. Merkittävimpiä näistä syytekijöistä ovat erilaiset rakenteelliset ja organisatoriset muutokset kouluissa. Koulujen koko saattaa muuttua muun muassa vaihtuvista oppilasmääristä johtuen tai koulujen yhdistymisten tai muuttojen takia. Tällöin työntekijöiden koulut saattavat vaihtua. Yhdellä työntekijällä ei voi olla liian suurta oppilasmäärää tai erityisen vaikeita kouluja. Seuraavan syksyn jakoa mietitään vuosittain aina keväisin. Osa työntekijöistä myös vaihtaa työpaikkaa tai jää tai palaa esimerkiksi äitiys- tai vuorottelu vapaille / vapailta.

IPC -implementaatiohankkeeseen sitoutui mukaan Espoossa kevätkauden 2016 loppuun mennessä lopulta yhteensä 54 työntekijää: 23 kuraattoria, 19 psykologia ja 10 terveydenhoitajaa yhteensä 28:ta Espoon yläkoulusta sekä 2 työntekijää Nupolista. Poliklinikka Nupolia kohdeltiin satunnaistamisessa yhtenä tutkimuspaikkana, kuten yhtä koulua. Yhdestä koulusta oli 1-4 oppilashuollon työntekijää mukana. Enemmänkin työntekijöitä olisi halunnut mukaan, mutta koska nämä työntekijät työskentelivät pelkästään alakouluilla tai toisen asteen kouluilla, heidän tapaamansa oppilaat eivät kuuluneet tämän hankkeen kohderyhmään.

Toisaalta kaikki yläkoulujen oppilashuollon työntekijät eivät halunneet mukaan omien työtilanteidensa takia. Moni koki työtaakkansa jo valmiiksi niin suureksi, ettei aikaa hankkeelle olisi ollut, vaikka esimiesten tuki heillä olikin. Tämä korostui esimerkiksi terveydenhoitajien kohdalla. Heitä on oppilashuollossa eniten, mutta mukaan tulleista ammattiryhmistä vähiten - heistä vain 10 osallistui mukaan hankkeeseen. Osalle hankkeeseen kahdeksi lukuvuodeksi sitoutuminen oli ylipäättään liian paljon. Toiset taas eivät nähneet IPC-menetelmää itselleen sopivaksi ja jättäytyivät siitä syystä hankkeesta.

Listan varmistuttua päästiin suorittamaan koulujen satunnaistaminen, minkä jälkeen tieto omasta koulutusryhmästä ilmoitettiin kaikille mukana oleville. Koulujen satunnaistamisen jälkeen lukuvuoden 2016–2017 IPC -ryhmään tuli 28 työntekijää ja TTO -ryhmään 26 työntekijää.

## **IPC -menetelmäkoulutuksen ja -työnohjauksen mallinnus**

Alkukeväästä 2016 muotoiltiin myös Espoon opiskeluhuollon työntekijöille suunnattavan IPC-menetelmäkoulutuksen malli yhteistyössä hankejohdon, hankkeen ydinryhmän ja tri Roslyn Law:n kanssa. Koulutuksen ajankohdaksi valittiin elokuu 2016 Espoon koulujen lukuvuoden alkamisen yhteydessä. IPC -menetelmäkouluttajat olivat Iso-Britannian CYP IAPT -organisaatiossa IPT-A:n kansallisesta levittämisestä vastaava Roslyn Law sekä PsL Jarmo Kontunen. IPC:n levittämiseen ja koulutukseen tarvittavat materiaalit ja tarvikkeet osin käännettiin, osin rakennettiin. Samoin soveltuvat arviointilomakkeet valittiin.

Keväällä 2016 muodostettiin niin ikään Hyks nuorisopsykiatrian menetelmätyönohjaajien ryhmä Riitta Pelkosen johdolla. Työnohjauksen muodoksi sovittiin joka toinen viikko tapahtuva 2,5 tunnin työnohjaus 4-5 koulutettavan pienryhmissä, jotka nimettiin jo ennen koulutusta. Näin koulutus sai käytännön raamit: asiantuntevat ja kokeneet metodikouluttajat Englannista ja Suomesta, suomeksi käännetyn manuaalin, jonka mukaan IPC etenee, ja joka toinen viikko tapahtuvan menetelmätyönohjauksen.

## **Koulujen informointi**

Projektin onnistumisen kannalta oli tärkeää olla yhteydessä paitsi opiskeluhuoltoon myös koko kouluyhteisöön, jotta implementointi onnistuisi. Koulun oppilashuolto on osa koulujen toimintaa, jolloin oli tarkoituksenmukaista huomioida implementoimisessa myös koulujen henkilökunta. Yläkoulujen rehtoreita informoitiin hankkeen käynnistymisestä alkusyksystä 2016 jokaisyksyisen rehtori-infon yhteydessä oppilashuollon päällikön Merja von Schantzin toimesta. Jokaiselle hankkeen työntekijälle annettiin tehtäväksi hankkeen puheeksiotto oman koulunsa opiskeluhuollossa, riippumatta siitä kuuluiko oma koulu IPC- vai TTO -ryhmään.

Syksyn 2016 aikana koulujen eniten käyttämään viestintävälineeseen Wilmaan laitettiin ilmoitus tai viesti oman koulun tiedoilla hankkeeseen liittyen. Myöhemmin koulusihteereiden kautta laitettiin tietoa masentuneisuudesta ja sen tunnistamisesta myös opettajille jaettavaksi. Rehtoreita olisi haluttu informoida jo keväällä 2016 ennen hankkeen konkreettista käynnistymistä, mutta heitä oli vaikea tavoittaa. Tässä tuli esille tiedonkulun vaikeus opetusvirastossa, sillä suoraan ei voitu olla rehtoreihin yhteydessä, vaan opetusviraston henkilöiden kautta.

## Opiskeluhuollon ammattiryhmien saaminen mukaan yhteistyöhön

IPC -hankkeen aikana eteen tuli joitakin yhteistyön haasteita: osaan voitiin varautua etukäteen, osassa hankeryhmä / ydinryhmä ei kyennyt informoimaan laajaa joukkoa espoolaisia riittävän kattavasti, nopeasti tai ajoissa. Yksi viestintäkatkos tapahtui ennen ensimmäistä infotilaisuutta. Ammattiryhmät ehtivät kuulla hankkeen käynnistymisestä esimiehiltään vain joitakin päiviä ennen tammikuun IPC -infotilaisuutta, ja joillekin syntyi (ei aiottu) vaikutelma, että hanke käynnistyisi heti infotilaisuuden jälkeen. Osa henkilöstöä koki tämän ymmärrettävästi ylhäältä määräytymiseksi: hanke käynnistyisi riippumatta siitä, olisivatko työntekijät valmiita sitoutumaan siihen. Itse tilaisuudessa heille kuitenkin tiedotettiin tilaisuudessa projektiin osallistumisen olevan vapaaehtoista. Hanke alkoi hahmottua kevään infotilaisuuksien ja sähköpostin välityksellä jaetun materiaalin kautta.

Yksi ammattityöntekijöiden sitoutumishaaste oli, se että menetelmän vaikuttavuuden kontrolloitu arvioiminen sekä kerrallaan koulutettavissa olevien koulutus- ja työntekijäryhmien optimaalinen koko molemmat edellyttivät kahta koulutusaaltoa. Tämä tarkoitti että IPC:n koulutus tapahtuisi kahdessa ryhmässä, joista ensimmäinen koulutettaisiin syksyllä 2016 ja toinen syksyllä 2017. Tämä herätti osassa opiskeluhuollon työntekijöissä hämmennystä siitä, että koulutusta ei olisikaan tarjolla heti kaikille ja toisaalta olisi sitouduttava yli lukuvuodeksi. Osa työntekijöistä koki, että hanke sitoutti työskentelyä liikaa, eikä siihen näin ollen voinut lähteä mukaan. Osa puolestaan pelästyi työtehtävien muokkautumista, että työn vapaa luonne muuttuisi erikoissairaanhoidon sääntelemäksi. Olihan hanke esitetty erikoissairaanhoidon toimesta alkavaksi.

Maaliskuun infotilaisuudessa ja loppukevään 2016 mittarikoulutuksessa korostettiin tutkimuksen vaikuttavuuden arvioinnin tärkeyttä, laajan työskentelypohjan merkitystä sekä Espoon sitoutumisen merkittävää roolia menetelmän pilotoimisessa Suomeen tämän kriittisyyden lieventämiseksi. Hankkeen projekti- ja ydinryhmälle jäi työstettäväksi työntekijöiden motivaation ylläpitäminen myös seuraavana syksynä sekä se, miten erityisesti tukea hankkeeseen osallistumisessa vasta seuraavana vuonna IPC:hen koulutettavaa, vuoden 2016–2017 TTO-ryhmää. Hankkeessa siis samanaikaisesti sekä koulutettiin ja implementoitiin uusi menetelmä oppilashuoltoon että käynnistettiin menetelmän soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimus. Näiden kahden asian yhtäaikaisuus tuotti projektille haasteita, joiden voittamiseen ei ollut olemassa mallia etukäteen.

## 3. IPC:N IMPLEMENTAATIO

### 3.1. Implementaation 1. vaihe: lukuvuosi 2016–2017

IPC:n käyttöönoton eli implementaation ensimmäinen vaihe toteutettiin lukuvuoden 2016–2017 aikana. Lukuvuoden alussa, elokuussa 2016 yhteensä 28 ensimmäisen koulutusaallon opiskeluhuollon ja Kupolin (Kupoli satunnaistui ensimmäiseen koulutusaaltoon) työntekijää saivat työpajamuotoisen IPC -menetelmäkoulutuksen. He aloittivat ensimmäiset hoidot heti tämän jälkeen, samoin myös ryhmämuotoiset menetelmätyönohjaukset käynnistyivät. ”Tavanomaista työotetta” (TTO) toteuttaviksi satunnaistuneiden koulujen projektiin osallistuneet työntekijät aloittivat vastaavasti TTO -hoidot tutkimuksen sisäänottokriteerit täyttävillä nuorilla. Sekä IPC- että TTO -hoitojen puitteet olivat itse hoitomenetelmää lukuun ottamatta samoja: hoidot sisälsivät arviointitapaamisen ja enintään kuusi varsinaista yksilötapaamista sekä samojen arviointi- ja seurantalomakkeiden systemaattisen täyttämisen. Tapaamisia sai olla nuoren ja ohjaajan yhteisellä päätöksellä myös vain viisi, mikäli nuoren masennuksen havaittiin merkittävästi helpottuneen tässä ajassa.

Molempiin ryhmiin kuuluvien koulujen työntekijät saivat työskentelynsä tukea koko lukuvuoden ajan. IPC -ryhmään kuuluvat työntekijät osallistuivat Hyks nuorisopsykiatrian työnohjaajien toteuttamaan ryhmämuotoiseen IPC -menetelmätyönohjaukseen kahden viikon välein. TTO -ryhmälle annettiin Hyks nuorisopsykiatrian tukea määrävälein toteutetuissa koko ryhmän yhteisissä tapaamisissa, jossa he saattoivat vapaamuotoisesti keskustella hoitoon ottamisesta ja sen toteuttamisesta.

Lisäksi kaikilla työntekijöillä oli tarvittaessa mahdollisuus olla yhteydessä molempiin projekti-työntekijöihin sekä Hyksin nuorisopsykiatrehin nuoren soveltuvuuden arvioinnissa. Espoon kaupungin projektikoordinaattori olikin usealle työntekijälle entuudestaan tuttu työtoveri. Espoon projektikoordinaattori suoritti lisäksi kaikille mukaan esitetyille nuorille diagnostisen haastattelun ennen tutkimukseen ottamista. Tällä varmistettiin että nuorella oli joko lievä tai keskivaikea kliininen masennus. Näin ollen sopivaksi arvioidun nuoren löydyttyä oli myös luonnollista olla yhteydessä projektikoordinaattoriin.

#### IPC -ryhmän menetelmäkoulutus

Lukuvuosi 2016–2017 käynnistyi IPC -ryhmään satunnaistettujen työntekijöiden kolmipäiväisellä IPC -menetelmäkoulutuksella elokuussa. Jo ennen koulutusta koulutettavat oli jaettu työnohjausryhmiin sillä periaatteella, että kukin ryhmä sisälsi mahdollisimman monipuolisesti eri ammattikuntia ja eri alueilla Espoossa työskenteleviä ohjaajia. Menetelmäkoulutuksen ensimmäinen päivä koostui Jarmo Kontusen johdattavasta nuorten masennuksen hoitoon ja interpersoonallisen terapian perusperiaatteisiin. Kaksi seuraavaa päivää koostuivat Roslyn Law:in simultaanitulkattavasta, runsaasti käytännön harjoitteita sisältävästä työpajamuotoisesta koulutuksesta nuorten IPC: n tekniikoihin.

Menetelmäkoulutuksen yhteydessä koulujen tuleville IPC-ohjaajille jaettiin ohjannan tukena käytettävä materiaali. Tähän materiaaliin kuului HUS:in kääntämä IPC -manuaali, Roslyn Law: n ja Jarmo Kontusen luentomateriaalit sekä Roslyn Law:n kirja Defeating Teenage Depression nuorten masentuneisuuden hoitamisesta IPT-A:n ja IPC:n periaattein. Lisäksi IPC -

ryhmän koulutettaville jaettiin erillinen opas tutkimusprosessin kulusta. Opas sisälsi nuorten arviointilomakkeet ja tutkimuksen prosessikuvauksen.

## **IPC -menetelmätyönohjaukset ja hoitojen toteutus**

IPC -menetelmätyönohjaukset toteutettiin kahden viikon välein, 2,5 tunnin kestoisina ja ryhmämuotoisesti. Yhteen työnohjausryhmään osallistui viisi-kuusi Espoon opiskeluohjelmien työntekijää. Työnohjausta antoivat kussakin ryhmässä 1-2 Hyks nuorisopsykiatrian IPT-A ja IPC-koulutettua, menetelmään perehtynyttä työnohjaaja. Menetelmätyönohjaus fokusoitiin nimenomaan IPC -menetelmän oppimisen tueksi yhden lukuvuoden ajaksi. Työnohjaussessioissa käytiin ohjaavaa keskustelua mm. IPC -menetelmän soveltamisesta, hoitoon soveltuvien nuorten tunnistamisesta, IPC -hoidon vaiheittaisesta etenemisestä, hoidossa käytettävien arviointilomakkeiden hyödyntämisestä sekä hoidossa käytettävistä tekniikoista ja harjoituksista. Välillä puitiin myös tutkimusprosessiin liittyviä asioita.

Ammattiryhmien esimiehet olivat antaneet hyväksyntänsä työnohjaukselle ja siihen käytetyille aikaresurssille. Työntekijät osallistuivat työnohjauksiin korkealla läsnäoloprosentilla. Espoon IPC -ohjaajat aloittivat heille tarjoutuneiden nuorten hoitamisen välittömästi kun hankkeeseen soveltuva ja hoitoon motivoitunut nuori oli ohjautunut heille. Hankkeen loppuvaiheessa Espoon työntekijät antoivat saamalleen IPC -menetelmätyönohjaukselle runsaasti kiitosta, vaikka työnohjaukseen käytettiinkin melko paljon aikaa.

Hyksin menetelmätyönohjaajilla oli puolestaan oma, jatkuva työnohjauksensa Jarmo Kontuselta noin kerran kuukaudessa. Näissä työnohjaajien työnohjauksissa käsiteltiin myös koulutushankkeen asioita Riitta Pelkosen johdolla.

## **TTO -ryhmälle annettu tuki**

Samantyylinen projektiopas, joka oli jaettu IPC-ryhmälle, jaettiin myös tavanomaisen työotteen pohjalta työskentelevälle TTO -ryhmälle. Sillä pyrittiin ohjeistamaan ja varmistamaan se, että tutkimusprojektiin kuuluvien arviointilomakkeiden käyttö olisi samanlaista molemmissa ryhmissä. Myös TTO -ryhmän työntekijät osallistuivat keväällä 2016 kaikille opiskeluohjelmien työntekijöille suunnattuun mittari- ja arviointikoulutukseen. TTO -ryhmälle ei järjestetty erikseen työnohjausta hankkeen puolesta, sillä soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen vertailuasetelman kannalta heidän oli tarkoituksenmukaisinta toimia mahdollisimman paljon normaalitilanteessa käyttämiensä työskentelymenetelmien pohjalta. He saattoivat kuitenkin jatkaa muita työnohjauksiaan samalla tavalla kuin he aiemminkin normaalisti työssään tekivät.

Myös TTO -ryhmässä esiintyi erilaista hankkeeseen ja tutkimusasetelmaan liittyvää kysymisen tarvetta ja ajoittaista epätietoisuutta. Hankkeen projektiryhmässä ja IPC:n ydinryhmässä keskusteltiin parasta tapaa tukea myös TTO -ryhmäläisiä. Selvittelyn tuloksena päädyttiin siihen, että TTO -työntekijät eivät tarvitse pienryhmämuodossa toteutuvaa tukea, vaan pikemminkin joitakin yhteisiä aikoja koko TTO -ryhmän kysymyksiä varten. Näin muodostuivat TTO -ryhmän tapaamiset, joita ehti olla lukuvuonna 2016–2017 toteutetun tutkimushankkeen aikana kolme: syksyllä 2016 yksi ja keväällä 2017 kaksi. Näissä TTO -tapaamisissa oli mukana koko hankkeen ydinryhmä sekä kutsuttuina koko TTO -ryhmä ja heidän esimiehensä.

## TTO -ryhmän palaute: tavanomaisesta työstä käydyt keskustelut

TTO -ryhmän antama palaute oli hankkeen kannalta tärkeää myös koulujen opiskeluhuollon tavanomaisten toimintatapojen ymmärtämiseksi. Jo ensimmäisessä TTO -tapaamisessa puheenaiheeksi nousi työntekijöiden raportoimana heidän oman tavanomaisen työtapaansa erillaisuus hankkeessa määriteltyn kuuden tapaamisen strukturoituun TTO -työskentelyyn verrattuna. Oman tavanomaisen työskentelytavan koettiin sisältävän enemmän kerroksia ja toisaalta myös ennakoimattomiin tilanteisiin vastaamista kuin tutkimusprosessissa määritelty TTO -työskentely nuoren masennusoireiden parissa. Arviointilomakkeiden määrän ja niiden tuoman struktuurin koettiin muuttavan omaa tavanomaista työtä ja pakottavan suunnittelemaan työtä enemmän. Myös tapaamiskertojen rajatun määrän koettiin lisäävän työskentelyn suunnitelmallisuutta.

Osa TTO -ryhmän työntekijöistä kertoi hankkeen myötä etsineensä enemmän tietoa masentuneisuudesta tietäessään suuntaavansa tukea nimenomaan masentuneille nuorille. Moni totesi, että TTO -interventio tuntui hankalalta, koska heillä ei ollut yhtä nimettyä menetelmää takana tukemassa, kuten IPC -ryhmällä. Tapaamisissa tuotiin esiin myös muutokset, jotka TTO -työskentely toi mukanaan verrattuna työntekijöiden aiempaan tapaan työskennellä. Nuorten tilanne tuli kartoittaa ennen tapaamisten käynnistymistä: oli erillinen masennusta arvioiva tapaaminen sekä projektikoordinaattorin diagnostinen haastattelu. Lisäksi nuoren oireita ja vointia seurattiin TTO -interventiossa tiheämmin kuin tavanomaisesti oli totuttu. Tämän havaittiin johtavan myös siihen, että nuori saattoi myös itse alkaa seurata omaa vointiaan.

Syksyn 2016 TTO -tapaamisessa esitettiin paljon kysymyksiä. Ryhmää pohditutti muun muassa se, miten tavanomaisesta työstä koostuvasta interventiosta kerrottaisiin vanhemmille. Myös vanhemmilta oli saatava lupa osallistua tutkimukseen. Samalla heille täytyi kertoa, mistä on kyse: nuoren osallistumisesta tutkimushaastatteluun, ja tämän jälkeen tavanomaisesta työskentelystä nuoren masennusoireiden hoitamiseksi. Tiedottaminen ja luvan saaminen koettiin haastavaksi, sillä vanhemmille oli kerrottava sekä tutkimuksesta että nuoren masentuneisuudesta. Jälkimmäinen saattoi tulla vanhemmille myös uutena asiana. Masentuneisuudesta kertominen tuntui hankalalta, koska monet työntekijät eivät olleet tottuneet puhumaan "lääketieteen termein".

Tapaamisessa sovittiin, että myös alakuloisuus -termiä voi käyttää masentuneisuuden lisäksi ja osin tilallakin keskustelussa vanhempien kanssa. Työntekijöitä rohkaistiin normalisoimaan vanhemmille masennusoireita kokevan nuoren tilannetta ja avaamaan masennusta käsitteenä, joka kuvaa tiettyjen oireiden esiintymistä yhdessä. Lisäksi korostettiin sitä, että tällaisiin oireisiin on hyödyllistä puuttua varhain. Tapaamisen aikana selvisi, että TTO:sta puhuminen tuntui haastavalta etenkin työntekijöille, jotka eivät olleet vielä löytäneet tutkimukseen sopivaa nuorta. Toisaalta ohjaajat, jotka olivat saaneet vanhemmilta kieltävän vastauksen, suhtautuivat varautuneesti uusiin yrityksiin. Tapaamisesta välittyi kuitenkin pääosin innostunut ja odottava tunnelma, sillä ryhmä halusi saada kokemuksia myös TTO:n tyypisestä työskentelystä.

Kevään 2017 TTO -ryhmän ensimmäisessä tapaamisessa puhututtivat osin samat asiat kuin ennen vuodenvaihdettakin. Puhuttiin arviointilomakkeista, niiden käytön opettelusta, prosessin hyödyistä nuorille sekä työntekijöiden kokemuksista. Arviointilomakkeiden opettelu ja käyttö saattoi alkuun tuntua raskaalta, mutta niitä käyttäneet työntekijät kokivat lomakkeiden kuitenkin tukevan tapaamisia. He eivät ajatelleet lomakkeita vain tutkimusvälineinä. Arviointilomakkeiden koettiin lisäävän ammatillisuutta myös ilman nimettyä työskentelymenetelmää. TTO -tapaamisissa koettiin olevan jo hieman ohjaava rakenne: lomakkeiden täyttäminen, tapaamisten säännöllisyys sekä viimeisen tapaamisen arviointilottuvuus.

Edelleen työntekijöitä puhututti TTO: n tuoma muutos aikaisempaan työotteeseen. Tämä tuli esille etenkin kuraattoreiden tuomana. Monella ei ollut ollut aiemmin nuorten kanssa sellaisia tapaamisia, joiden tavoitteena olisi ollut oireiden hoitaminen tai vaikeampien oireiden ehkäi-

seminen. Aikaisemmin työote oli painottunut enemmän nuorten hankalien tilanteiden ja olosuhteiden arviointiin, ja sitä kautta mahdollisesti tarvittavan eteenpäin lähettämisen tarpeen arviointiin. Kuraattoreiden erilainen pohjakoulutus nousi myös yhdeksi puheenaiheeksi. Eräät työntekijät kokivat että kuraattorin työssä ollut yhteiskunnallinen ja sosiaalinen ulottuvuus oli jossain määrin vastakkainen nyt käytetyn, yksilöön kohdistuvaan työtapaan nähden. Toisaalta myös monet kuraattorit kokivat, että hoidollinen ulottuvuus on työssä tärkeää.

Myös tammikuun 2017 tapaamisessa sopivan nuoren löytymisen vaikeus turhautti. Ongelmiksi koettiin muun muassa nopea yhteydenotto vanhempiin, uuden ja vieraan ihmisen tapaaminen diagnostisen haastattelun yhteydessä, luottamuksen saavuttaminen TTO:n ehdottamiseksi sekä nuoren motivoiminen mukaan ylipäättään. Haastavaa koettiin olevan erityisesti sekä tutkimuksen että tavanomaiseen työtapaan pohjautuvan työskentelyn ehdottaminen nuorelle. Tässä heijastui myös TTO -työtä tekevien epävarmuus IPC-ohjantaa tekeviin verrattuna.

### **Yhteinen peilipinta: käyttäjien ydinryhmä**

Käyttäjien ydinryhmä oli perustettu jo keväällä 2016, mutta vasta syksyllä 2016 ryhmän toiminta pääsi vauhtiin. Käyttäjien ydinryhmässä oli esillä hankkeen yleisiä asioita, ei asioita hoitojen yksityiskohdista. Sattumalta ryhmään valikoituivat kuraattori ja terveydenhoitaja sekä IPC- että TTO -ryhmistä sekä kaksi psykologia TTO -ryhmästä. Nupolin edustaja kuului IPC -ryhmään. Ryhmässä käsiteltiin hankkeen ajankohtaista tilannetta, tulevia hankeasioita sekä työntekijöiden kokemuksia ja kysymyksiä. Niin ikään kyettiin jakamaan ja käsittelemään kokemuksia molemmista ryhmistä sekä välittämään tietoa eteenpäin.

Käyttäjien ydinryhmä kokoontui hankkeen toimintakauden aikana yhteensä 8 kertaa, kolme kertaa syyslukukaudella 2016 ja kevätlukukaudella 2017 sekä kaksi kertaa syksyllä 2017. Kolmessa tapaamisessa oli mukana myös kaksi edustajaa Espoon nuorisovaltuustosta kertomassa näkemyksiään ja ottamassa kantaa nuorten tilanteeseen. Nuorisovaltuuston edustajat saatiin mukaan hankkeen käyttäjien ydinryhmään nuorisovaltuuston kokouksen kautta. Riitta Pelkonen kävi valtuuston kokouksessa esittelemässä Espoon IPC -hanketta, jossa hanke sai aikaan innokasta keskustelua nuorten parissa.

Ryhmässä käsiteltiin myös tiedotusasioita sekä hankkeen markkinointia eteenpäin kouluille. Syksyn 2016 tapaamisissa suunniteltiin hankkeen esittelyä omissa koulussa opettajien yhteisissä kokouksissa ja koulujen yhteisessä Wilma -tiedotteessa. Esillä oli myös tiedotus sosiaalisessa mediassa. Kevään 2017 tapaamisissa käsiteltiin opettajien uutiskirjettä ja sen jakelua. Ryhmässä käsiteltiin myös sitä, millä tavoin rehtoreita saataisi informoitua, koska muulla tavoin opettajakuntaa olisi vaikeaa informoida. Päädyttiin siihen, että psykologien esimies Kirsi Raunela vei asian esille rehtoreiden johtoryhmän kokouksessa.

Ryhmässä käytiin läpi myös eri ammattikuntien työtilanteita ja ammattikäytäntöjen eroja. Terveydenhoitajien mahdollisuus toteuttaa interventioita nousi aika-ajoin keskusteluun, sillä työn luonteeseen ei tavanomaisesti kuulunut kuuden kerran mittaisia tapaamisjaksoja vaan yhdenkahden käynnin arviointitapaamisia. Työnkuvista oli toki otettu selvää jo aikaisemmin järjestetyissä kyselyissä ja keskusteluissa ammattijohdon kanssa, mutta nyt erot tulivat näkyviin hyvin konkreettisesti. Osa terveydenhoitajista koki työnkuvaansa kuuluvan nimenomaan arvioinnin ja eteenpäin lähettämisen, yleensä kuraattorille tai psykologille. Tässä hankkeeseen osallistuminen ohjasi heitä uuteen ja erilaiseen työskentelytapaan.

Osa terveydenhoitajista oli myös alun perin työskennellyt interventiomuotoisesti, jolloin myös TTO:n mukainen työtapa onnistui paremmin. Tässä yhteydessä keskusteltiin myös ajan kulu-



essa tapahtuneista muutoksista työnkuvassa, sillä aikaisemmin terveydenhoitajilla oli ollut aikaa myös interventioiden tekemiseen. Terveystarkastusten tultua yhä painottuneemmiksi osaksi työtä työaika oli kulunut lähinnä niihin, jolloin aikaa tiiviille tapaamisille ei ole enää ollut. Kuitenkin suuri osa oli kiinnostunut IPC -menetelmästä ja melko moni osallistui hankkeeseen. Toisaalta ammattikunnista terveydenhoitajia oli mukana ammattikunnista vähiten, mikä oli osoitus heidän kiireisestä työnkuvastaan.

## Hankkeen näkyminen kouluilla

Hankkeen aikana toiminta kouluissa ja nuorisopoliklinikka Nupolissa pysyi muutoin normaalina, mutta hankkeessa mukana olevien oppilashuollon sekä Nupolin työntekijöiden oli nyt kiinnitettävä enemmän huomiota nuorten masennusoireiluun. Hankkeen käynnistymisestä olivat tietoisia myös muut koulun ja oppilashuollon työntekijät, ja myös heillä oli mahdollisuus ohjata nuoria hankkeen työntekijöille. Kukaan hankkeen työntekijä oli tiedottanut hankkeen käynnistymisestä oman koulunsa opiskeluhuollossa. Koulujen viestintävälineen Wilman tiedotussivulle lisättiin infokirje vanhempia varten. Rehtoreiden infotilaisuudessa elokuussa 2016 informoitiin myös rehtoreita uudesta hankkeesta oppilashuollossa. Lisäksi jokaisen ammattiryhmän omissa kokouksissa nousi tasaisin väliajoin keskustelua hankkeesta ja tietoa välitettiin ylipäättään kaikille sidosryhmille riippumatta halusiko hankkeesta kuulla vai ei. Hankkeesta siis pyrittiin tekemään näkyvä ja tärkeä monilla suunnilla.

## Nuorten kertyminen hoitoon

Ensimmäiset nuorten tutkimushaastattelut toteutuivat syyskuun alussa 2016. Näitä diagnostisia arviointihaastatteluja kertyi projektikoordinaattorille tutkimushankkeen alusta lähtien tasaisesti keskimäärin kolme viikossa. Ensimmäiset IPC- ja TTO -interventiot alkoivat siten ennen syyslokua 2016. Syyslokun 2016 jälkeen Espoon yläkouluissa otettiin ensimmäistä kertaa käyttöön sähköinen Hyvinvointikartasto, joka on tarkoitettu kahdeksaluokkaisille nuorille heidän hyvinvointinsa laajempaan tarkasteluun (Vähätalo & Kallio, 2013). Hyvinvointikartasto sisältää muun muassa masennuksen arviointilomakkeena R-BDI:n, saman lomakkeen, jota käytettiin IPC -hankkeessa seulomaan alustavasti masennusoireiden osalta nuoren soveltuvuutta interventioon. Mikäli R-BDI tuottaa korkeita pistemääriä Hyvinvointikartastossa, liikennevalomerkit ohjaavat terveydenhoitajaa puuttumaan asiaan. Terveydenhoitajan oli tavattava kaikki punaisen ja keltaisen liikennevalomerkin tuottaneet nuoret.

Hyvinvointikartaston ajateltiinkin seulovan lievää masennusta potevat 8 -luokkalaiset ja mahdollistavan sen, että heidät saadaan hankkeessa varhaisen intervention piiriin. Hyvinvointikartaston kautta tulikin mukaan noin kolmasosa tutkimuksen nuorista, loput nuoret joko hakeutuivat itse hankkeessa mukana oleville työntekijöille (osa tuli ikätoverin ohjaamana, osa vanhempien) ja osa nuorista tuli mukaan 7- tai 9-luokkien terveystarkastuksista. Terveydenhoitajien rooli ohjaamisessa näytti korostuvan tutkimushankkeen aikana.

Selvät piikit nuorten ohjautumisessa interventioihin havaittiin marraskuun 2016 sekä helmikuun 2017 aikana. Suurin osa hankkeen työntekijöistä ehti tehdä hankkeen tutkimusosion aikana, lukuvuonna 2016–2017 vain yhden intervention, muutamat työntekijät kaksi, ja vain pari työntekijää kolme. Saadut, yhteensä 49 interventiota olivat asetettua tavoitetta vähemmän. Hankkeessa tavoitteena oli ollut saada yhtä tutkimushankkeeseen osallistuvaa työntekijää kohti kaksi interventiota lukuvuodessa: yksi syyslukukaudella, yksi kevätlukukaudella. Ai-

neistonkeruun päätyttyä todettiin olevan myös muutamia työntekijöitä, jotka eivät olleet saaneet yhtään nuorta mukaan tutkimukseen. Yleinen huoli hankkeessa mukana olevilla työntekijöillä oli, että oli vaikeaa löytää sopivia nuoria mukaan tutkimukseen. Tämä oli yllättävä havainto oireiden yleisyyteen nähden.

Osa työntekijöistä koki ohjautumisen helpoksi ja sujuvan tavalliseen tapaan. Osa työntekijöistä kuitenkin koki samanaikaisen tutkimusprojektin vaikuttavan nuorten motivoitumiseen, erityisesti projektikoordinaattorin suorittaman erillisen tutkimushaastattelun liittäminen työskentelyyn koettiin hankalaksi. Osalle työntekijöistä vaikeuksia tuotti vanhemman suostumuksen pyytäminen, sillä kaikki nuoret eivät olleet heti tähän valmiita. Oppilailla on oikeus hakea apua oppilashuollon palveluista ilman vanhempien tietoa asiasta tilanteissa, jotka eivät vaadi oppilashuoltolain mukaan välitöntä puuttumista. Lisäksi joidenkin nuorten kohdalla vanhemmat eivät antaneet lupaa osallistua tutkimukseen, vaikka nuori olisi ollut motivoitunut. Jostakin syystä melko yleinen kokemus oli, että projektiin soveltuvia, lievästi tai keskivaikeista masennusoireista kärsiviä nuoria ei yksinkertaisesti tuntunut kouluilta löytyvän.

Monilla työntekijällä oli kokemus, että nuorilla oli jo ensitapaamisessa liian vakavia oireita, ja että heidät oli heti arviointitapaamisen päätteeksi pyrittävä lähettämään eteenpäin koululääkärille ja sieltä mahdollisesti edelleen erikoissairaanhoidon. Työntekijöiden kokemus oli, että moni nuorista hakeutuu avun piiriin vasta vakavien oireiden ilmetessä tai oireiden kasautuessa. Kokemuksessa näytti olevan myös alueellisia eroja. Joistain kouluista löytyi helpommin projektiin soveltuvia, lievästi tai keskivaikeasti oireilevia nuoria, kun taas toisissa kouluissa näyttivät painottuvan vakavammin oireilevat nuoret.

Osin myös masennuksen arviointi koettiin vaikeaksi, sillä se ei ole ollut tyypillinen lähtökohta nuorten tukemisessa oppilashuoltotyössä. Masennusta saatettiin arvioida vasta myöhemmin, jolloin nuorta oli ehditty "hoitaa" (eli tukea oppilasta jo käyntimääräisesti liikaa tutkimuksen näkökulmasta). Masennusta seulovaa RBDI -lomaketta ei myöskään aina uskallettu käyttää heti ensimmäisellä tapaamiskerralla, sitä ei ollut totuttu käyttämään näin. Tässä näkyi myös pohjakoulutukseen liittyviä eroja: esimerkiksi psykologit olivat olleet perinteisesti "mielialan asiantuntijoita" koulussa, jolloin myös masennuksen tunnistaminen oli heille muita tutumpaa. Kaikki hankkeessa mukana olleet kuitenkin kokivat ennen tutkimushankkeen alkamista järjestetyn arviointi- ja mittarikoulutuksen hyväksi, ja oppineensa siellä uusia menetelmiä sekä ylipäätään uutta masentuneisuuden tunnistamisesta.

Eroja näytti olevan myös interventioryhmien välillä, sillä IPC-ryhmässä ilman nuorta jäi vain kolme työntekijää, kun taas TTO -ryhmässä ilman jääneitä työntekijöitä oli 10. Syynä voi osittain olla motivaatio, sillä käytännössä kaikki olisivat halunneet IPC -metodikoulutuksen jo ensimmäisessä aallossa syksyllä 2016. Tämä näkyi osittain myös työntekijöiden palautekommenteissa. IPC -ryhmässä metodikoulutus nosti motivaatiota ja koulutetut odottivat että pääsisivät pian kokeilemaan metodia ja hyötymään työnohjauksesta. Heillä oli luultavasti työnohjauksen ja metodin turvin myös enemmän uskallusta ottaa mukaan tutkimushankkeeseen hieman vaikeammin oireilevia nuoria TTO -ryhmän työntekijöihin verrattuna. Kun TTO -ryhmässä varsinaista menetelmää ei ollut, menetelmä täytyi "luoda" arviointilomakkeiden ympärille itse. Moni tavanomaista työtä tekevä koki, että varsinaisen menetelmän puuttuminen vaikeutti myös tutkimushankkeeseen soveltuvien nuorien löytymistä. Osa myös koki, ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa hankkeelle ja tutkimukseen soveltuva nuori saattoi jäädä tästä syystä löytymättä. Todellisia eroja ryhmien välillä näytti olevan. Tästä huolimatta kuitenkin kaikki työntekijät eivät kokeneet ollenkaan vaikeuksia nuorten ohjaamisessa tutkimushankkeeseen.

## 3.2. Implementaation 2. vaihe: syksy 2017

Implementaation toisessa vaiheessa, syksyllä 2017 aiemmin TTO -ryhmään kuuluneet työntekijät saivat samanlaisen IPC -menetelmäkoulutuksen kuin ensimmäisen aallon IPC-ryhmä oli saanut edeltävänä syksynä. Tutkimushankkeen seuranta haastattelut aiemmin hoidetuille nuorille jatkuivat syksyllä 2017. Tässä implementaation toisessa vaiheessa tärkeäksi nousi myös suunnitella tarkemmin, miten IPC -menetelmä saadaan pysymään Espoon kaupungin omana toimintana vuona 2018, kun Hyksin panostus vähenee projektin loppuessa. Syksyn 2017 alussa oli jo soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen tulosten alustavien analyysien jälkeen tiedossa, että IPC -menetelmä näyttää alkuperäisten tutkimusten valossa hyödyllisenä nuorten lievän tai keskivaikean depression hoitomenetelmänä.

### Toinen IPC -koulutus ja kansallinen IPC-päivä

Implementaation toinen vaihe käynnistyi elokuussa 2017 kansallisen IPC-koulutuspäivän merkeissä. Kansallisessa koulutuspäivässä oli mukana noin sata IPC -menetelmästä kiinnostunutta ammattilaista Uudeltamaalta ja muualta Suomesta. Espoosta osallistuivat sekä ensimmäisen koulutusaallon että tulevat, toisen koulutusaallon IPC -ohjaajat. Roslyn Law luennoi tälle laajemmalle yleisölle IPC -menetelmän taustoista ja sovelluksesta nuorille, Jarmo Kontunen puhui menetelmän käytöstä Suomessa ja hankejohtaja Klaus Ranta kertoi koko Espoon hankkeesta sekä IPC:n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen alustavista tuloksista.

Kansallista päivää seurasi syksyä 2016 vastaava kaksipäiväinen Roslyn Law:n workshop -muotoinen ja käytännön harjoittelua painottava IPC -menetelmäkoulutus toiseen koulutusaaloon kuuluville Espoon opiskeluhuollon työntekijöille. Tällä kertaa koulutettavana oli 35 Espoon työntekijää. Heistä 27 oli kuulunut edeltävänä lukuvuonna TTO -ryhmään ja kahdeksan oli siten uutta IPC -hankkeeseen osallistujaa. Heille kaikille järjestettiin Hyksin tuottama IPC -menetelmätyönohjaus kahden viikon välein vuodeksi eteenpäin.

### IPC -menetelmän jatkon turvaaminen

Hankkeen tutkimusvaihe päättyi oppilaiden IPC -soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimukseen rekrytoimisen osalta toukokuun lopussa 2017. Lukuvuoden 2016–2017 kattaneessa tutkimuksessa projektikoordinaattori oli varmistanut omalla työpanoksellaan nuoren sopivuuden interventioon tekemällä diagnostisen K-SADS-5 -haastattelun. Tutkimusvaiheen loppumisen jälkeen IPC-menetelmästä oli tarkoitus tulla yhä enenevässä määrin osa Espoon oppilashuollon tavanomaisia palveluja. Kun nuorille ei syksyllä 2017 enää tehty tutkimushaastatteluja, ja Espoon kouluissa toimi jo viitisenkymmentä IPC-menetelmäkoulutuksen saanutta työntekijää, tuli eteen kysymys: miten koulutuksen saaneet työntekijät rutiiniossaan nyt itse varmistautuisivat siitä, että he ohjaavat IPC -interventioon oikean tyyppisiä, lievistä tai enintään keskivaikeasta masennuksesta kärsiviä nuoria.

Ohjautuminen uusille IPC -ohjaajille näyttöä syksyllä 2017 hitaampana kuin syksyllä 2016, vaikka myös tämän toisen koulutusaallon IPC -ohjaajille oli järjestetty kerran kahdessa viikossa tapahtuva menetelmätyönohjaus. Yksi mahdollisuus tehostaa interventioon ohjautumista oli, että työntekijät itse arvioisivat projektioppaan, IPC:n käsikirjan sekä R-BDI:n turvin

keiden nuorten kanssa toteuttaa IPC-ohjausta. Hyksin tuottamissa mittarikoulutuksissa keväällä 2016 henkilöstölle oli tuotettu myös tietoa masennuksen vakavuusasteen arvioimisesta. Projektin kuluessa oli käynyt kuitenkin selväksi että laajamittaista tottumusta tai työtapaa masennusoireiden vakavuuden arvioimiseksi ei kouluissa ollut käytössä.

Asiaa käsiteltiin syksyllä 2017 hankkeen projektiryhmässä. Ilmiö näyttäytyi siten, että kouluissa oli vaikea sopia yhtenäisistä ja yhtenäisesti sovituista ja noudatetuista arviointitavoista havaittaessa, että nuorella oli mahdollinen depressio tai muu mielenterveyden häiriö. Lisäksi lukuvuoden 2016–2017 kattaneessa tutkimusprojektissa oli määritelty tiettyjä reunaehtoja nuoren sopivuuteen, kuten "sallittujen" tapaamisten määrä ennen IPC -ohjausta. Näistä ei olisi tarvinnut enää välittää syksyllä 2017, mutta ne saattoivat sotkea joidenkin työntekijöiden ajattelua edelleen.

Nuorten ohjautuminen IPC:hen ilman työntekijöiden ympärillä ollutta tutkimustiimiä osoittautui syksyn 2017 kuluessa selkeäksi haasteeksi. Projektiryhmän kokouksessa käsiteltiin haastetta myös ammattikuntien johtajien kanssa. Ammattityöntekijöiden oli selvästi laajassa mitassa vaikeaa suorittaa itse arviointia nuoren sopivuudesta IPC -ohjantaan. Näyttäytyi todennäköiseltä että erilaiset työkuultuuriin liittyvät tekijät, joita jo aiemmin saaduissa työntekijöiden palautteissa oli tullut esiin, saattoivat vaikuttaa ilmiöön. Yksilöllinen oireiden vaikeusarviointi oli toisaalta harvinaista, ja se oli toisaalta myös työskentelyä, jonka kaikki ammattihenkilöt eivät edes kokeneet kuuluvan osaksi omaa työtään. Näemme näillä havainnoilla olevan merkitystä tulevaisuuden implementaatioiden suunnittelun kannalta.

Yksi projektiryhmän keskustelujen kautta muodostunut havainto oli myös se, että opiskeluhuollon työntekijät ja ammattiryhmät kokonaisuutena toimivat varsin erillään toisistaan. Työntekijöiden hajaantuminen eri kouluille muodosti monia yksinäisiä ja erillisiä työskentely-ympäristöjä, joissa oli varmasti vaikeaa ylläpitää systemaattista työtettä. Kouluissa ei ollut työryhmämäisiä rakenteita, jotka olisivat voineet tukea mielenterveyden arviointia tai oireiden hoitoa. Eräessä projektiryhmän kokouksessa ammatillisten johtajien kanssa havaittiin esimerkiksi, että Espoon kouluilla ei esimerkiksi ollut tiedossa yhtenäistä käytäntöä tilanteeseen, jossa nuori raportoi itsetuhoisia ajatuksia. Tällaisessa tilanteessa uusien työtapojen ylläpito tai käyttäminen voi ymmärrettävästi olla vaikeaa.

Hankkeen ydinryhmässä alettiin tästä syystä miettiä konkreettisia apuvälineitä siihen, miten voitaisiin tukea koulutettujen IPC -ohjaajien päätöstä aloittaa IPC -interventio. Kysymys ohjaamisesta näyttäytyy myös hankkeen kannalta lähipalveluiden mielenterveyden johtamisen kysymyksenä: kuka johtaa ja linjaa kenelle mitäkin interventiota tarjotaan? Ovatko ammattiryhmien ammattikuntien väliset suhteet järjestetty niin, että yleisistä nuorten mielenterveyteen liittyvistä käytännöistä ja hoidoista sopiminen on mahdollista?

Hyks:issä oli samaan aikaan kokeiltavana kuntien peruspalveluihin kehitetty, nopeaan lyhytpsykoterapiaan ohjaukseen kehitetty nuoren arviointilomake. Sillä sekä kartoitettiin nuorilla ne oireet ja ongelmat jotka muodostivat aiheen lyhytkestoiseen psykoterapiaan, että seikat jotka muodostivat sille esteen, kuten esimerkiksi nuoren ympäristössä esiintyvä ja huomiota vaativa vakava pahoinvointi tai vakavasti puutteellinen ympäristön tai perheen tuki. Lomakkeessa oli monia samoja tekijöitä, joita IPC -käsikirjassa oli eritelty IPC:tä aloitettaessa arvioitaviksi, mutta systemaattisemmin ja eritellymminkin kuvattuna.

Ydinryhmässä päätettiin muokata lomaketta IPC:hen ohjaamisen tarpeisiin vs. ylilääkäri Minna Nikulan johdolla. Lomake tiivistettiin puolentoista sivun mittaiseksi arviointilomakkeeksi. Tähän arviointilomakkeeseen oli koottu oleellimmat hoidon aloittamiseen liittyvät asiat useasta näkökulmasta katsottuna (nuoren oireet, toimintakyky ja ympäristöstä saatu

tuki) sen arvioimiseksi, soveltuuko nuori IPC -interventioon. Lomake ohjaa työntekijän ajattelua systemaattiseen nuoren arvioinnin suuntaan, ja työntekijää olemaan myös tarvittaessa yhteydessä muiden ammattilaisten sekä koululääkärien kanssa. Lisäksi lomakkeeseen on kirjoitettu auki ja kuvattu ongelmia tai oireita, jotka ovat poissulkukriteereitä IPC:n ajankohtaiseen aloittamiseen, kuten esimerkiksi nuoren vakava-asteinen masennus tai päihdehäiriö. Esitämme tämän koulujen mielenterveysinstrumentin liitteessä 1.

On nähtävissä että tästä IPC -soveltuvuusinstrumentista olisi muokattavissa edelleen koulujen geneerinen mielenterveysinstrumentti, joka voisi palvella koululla tapahtuvan kaiken tyyppisten mielenterveysinterventioiden arviointivälineenä. Tällöin lomakkeella voitaisiin arvioida ketkä nuorista ovat ylipäättään soveltuvia koululla tapahtuvaan, perustason interventioon. Tällaisen mielenterveysinstrumentin käytön voisi yhdistää nuoren eri tyyppisen oireilun kohdalla tiettyihin oireseuloihin tai mittareihin, esimerkiksi epäillyn masennuksen kohdalla R-BDI:n täyttämiseen, kun taas nuoren mahdollista ensisijaista ahdistuneisuusoireilua epäiltäessä instrumentin liitteeksi voitaisiin täyttää joku kouluihin soveltuva ahdistuneisuutta arvioiva oiremittari, esimerkiksi SCAS tai GAD-7 (ks. [www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi)). Näin kouluille rakentuisi menettelytapoja jotka mahdollistaisivat mielenterveysinterventioiden suorittamisen: mittari, joka arvioisi geneerisesti koulussa suoritettavan mielenterveysintervention suorittamisen edellytyksiä ja siihen liitettävä oiremittari, joka varmistaisi että oireita on arvioitu riittävästi.

## Syksyn 2017 menetelmätyönohjaus ja booster -päivät

Syksyn 2017 toisen aallon IPC -menetelmäkoulutuksen jälkeen jatkui edeltävän syksyn tapaan myös Hyksin tuottama IPC -menetelmätyönohjaus työnohjausryhmissä. Menetelmätyönohjaus toimii koko lukuvuoden 2017–2018 IPC -ohjaajien tukena menetelmän haltuunotossa. Menetelmätyönohjaus toteutui tälläkin kertaa kahden viikon välein. Ensimmäisen aallon IPC-ryhmään kuuluneille työntekijöille ei enää tarjottu joka toinen viikko tapahtuvaa työnohjausta, vaan tilalle rakennettiin kaksi menetelmän käytön ylläpitoa tukevaa booster -päivää syksyille 2017. Booster -päivät pitivät sisällään yhden työnohjausiltapäivän samoissa työnohjausryhmissä kuin edeltävänä lukuvuonna. Päivien aikana käytiin läpi IPC -ohjaajien sen hetkisiä mahdollisia IPC -asiakkuuksia, annettiin mahdollisuus kerrata menetelmään liittyviä tekniikoita ja käydä läpi kysymyksiä menetelmän soveltamisesta.

Paikalla ensimmäisessä booster-iltapäivässä oli 15 ensimmäisen koulutusaallon IPC -ohjaajaa sekä heidän työnohjaajansa. Myös hankkeen ydinryhmä oli paikalla. Iltapäivän aikana käytiin läpi hankkeen ajankohtainen tilanne ja lyhyesti tuloksia. Lisäksi iltapäivässä esiteltiin edellä mainittu kouluihin tarkoitettu IPC -interventioon sisään ottamisen edellytysten täyttymisen arvioimislomake (koulujen mielenterveysinstrumentti), josta keskusteltiin yhteisesti. Lomake lähetettiin päivän jälkeen kommenttikierrokselle ensimmäisen aallon IPC -ohjaajille, ja sovittiin että he kokeilisivat lomakkeen käyttöä ja toimivuutta käytännön työssään. Palautteen perusteella lomaketta sovittiin vielä tarvittaessa muokattavaksi koko IPC -hankkeen päätöstapahtumaa varten. Työntekijöiden kommentit arviointilomakkeen käytettävyydestä olivat lupavia.

Syksyn toisen booster-päivän yhteydessä pidettiin koko IPC -hankkeen päätöstapahtuma Espoossa joulukuussa 2017. Tapahtumassa käytiin läpi IPC -intervention soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta sekä hoitojen seurannasta saatuja tuloksia. Kaikki menetelmäohjauksen sekä työnohjauksen läpikäyneet saivat todistukset IPC -menetelmän hallinnasta, samoin myös työnohjaajille jaettiin todistukset.

## IPC: n ylläpito Espoossa

Hankkeen yhtenä tärkeänä tavoitteena oli suunnitella malli, jotta IPC -menetelmä pysyisi ja ylläpidettäisiin Espoossa vielä hankkeen toimintakauden jälkeenkin. Samoin hankkeesta saadut kokemukset auttavat mallintamaan tekijöitä, jotka mahdollistavat vastaavat implementaatioprojektit myös muualla maassa. Tätä mallinnusta esitellään tämän raportin luvussa 5. Espoossa HYKS nuorisopsykiatria tukee menetelmän pysyvyyttä myös jatkossa, muun muassa menetelmätyönohjaus jatkuu kevään 2018 loppuun asti.

Kaikkien psykososiaalisten menetelmien ylläpitoa varten tarvitaan jatkuvaa menetelmäkoulutusta ja menetelmätyönohjausta. Jatkossa suuri kysymys on, kuinka tukea menetelmän itsestä soveltamista tilanteessa, jossa erikoissairaanhoidon osallisuus on hankekautta merkittävästi vähäisempi, esimerkiksi silloin kun erikoissairaanhoidon koulutusfunktio ja työnohjausresurssit suunnataan vuorostaan muille alueille. Tällöin nousevat sellaiset kysymykset kuten: onko alueille, joilla on jo olemassa IPC -peruskoulutuksen saaneita työntekijöitä syytä kehittää implementaation seuraavassa vaiheessa omaa työnohjausosaamista ja -kompetensseja (eli kouluttaa alueille niiden omia työnohjaajia)?

Tämä tarkoittaisi jatkossa suomalaisten IPC -koulutusten muokkaamista sellaisiksi, että ne sisältäisivät IPC -ohjaajien peruskoulutuksen ohella sellaisia lisäelementtejä, joiden avulla alueille, joissa on esimerkiksi koulutettuja IPC -ohjaajia tai vaihtoehtoisesti nuorten kanssa IPT-A:ta jo pitkään käyttäneitä työntekijöitä, voitaisiin kouluttaa näistä ammattihenkilöistä valittuja, alueiden omia tulevia IPC -menetelmätyönohjaajia. Näin jatkossa toteutettavat IPC -koulutuskierrokset sisältäisivät aina myös työnohjaajakoulutusta tähän erikseen rekrytoitaville työntekijöille. Projektin loppuvaiheessa tällaisen jatkokoulutuksen suunnittelu oli aloitettu vuodelle 2018.

## 3.3. IPC: n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen tulokset

### Kuvailevat tiedot ja ryhmävertailun alkutilanne

IPC: n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen aineistoa kuvailevat tiedot esitetään taulukossa 1 ja kuvassa 3. Lukuvuonna 2016–2017 toteutettuun tutkimukseen saatiin mukaan lopulta 49 nuorta: 29 IPC -intervention saanutta ja 20 TTO -intervention saanutta nuorta.

Luvut on tässä esitetty niiden oppilaiden kohdalta, jotka ovat suorittaneet intervention loppuun asti (ns. completer -analyysi). Interventioihin otettujen nuorten oireisto oli vertailussa olevissa kouluissa etukäteen määritelty samantasoiseksi: nuoren depression tuli olla asteeltaan joko lievä tai keskivaikea. Tutkittavien nuorten ADRS- ja BDI-21 -pistemäärissä oli kuitenkin joitakin eroja interventioryhmien välillä. Hoidon alussa työntekijän ADRS- asteikolla arvioimat masennusoireet olivat IPC -interventioon tulleilla nuorilla keskimäärin kliinistä masennusta vastaavia, pistemäärien keskiarvon ollessa 18.1 pistettä (kliininen katkaisupiste on 15 pistettä tai enemmän). TTO -ryhmään otettujen keskiarvo oli 14.45 pistettä (ks. Revah-Levy ym., 2007). Myös BDI-21:ssä oli samansuuntaiset erot ryhmien välillä (Taulukko 1). Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkittäviä.

Taulukko 1. Arviointilomakkeiden pistemäärät IPC- ja TTO -ryhmissä: hoidon alku, loppu ja 3 kk seuranta.

Ajankohta	IPC					TTO				
	1. Käynti	6. Käynti	3kk seuranta	Piste-ero	Alku-3kk Efekti-koko	1. Käynti	6. Käynti	3 kk seuranta	Piste-ero	Alku-3kk Efekti-koko
Mittari	M (min-max)	M (min-max)	M (min-max)			M (min-max)	M (min-max)	M (min-max)		
ADRS	18.10 (6-37)	11.48 (0-43)	11.34 (1-38)	6.76	0.79	14.45 (7-34)	6.90 (2-19)	10.00 (0-39)	4.45	0.57
BDI-21	18.55 (7-49)	11.83 (0-37)	12.55 (0-48)	6.00	0.54	15.30 (0-32)	8.70 (0-22)	9.25 (1-34)	6.05	0.67
YP-CORE	16.10 (7-26)	10.55 (0-35)	10.62 (1-30)	5.48	0.77	15.30 (2-27)	6.75 (0-18)	9.05 (0-23)	6.25	0.97
C-GAS	67.1 (35-88)	73.07 (45-95)	75.04 (43-95)	7.93	0.72	66.15 (55-90)	77 (55-95)	74.75 (62-85)	8.60	0.96

Taulukossa 2 on esitetty nuorten kategorisen diagnostisen arvioinnin tulokset tutkimuksen alun puolistrukturoidussa K-SADS-5 -haastattelussa. Taulukosta voidaan havaita, että IPC -interventioon otettiin TTO -interventioon nähden enemmän nuoria, joiden masennustila oli keskivaikea, ja vähemmän niitä nuoria, joiden masennustila oli lievä. Lievistä masennustiloista (lievä masennusjakso, tarkemmin määrittämätön masennus, dystymia) kärsineiden nuorten osuus IPC -intervention saaneista oli  $8/29 = 28 \%$ , TTO -intervention saaneista  $8/20 = 40 \%$ . Vastaavasti IPC -intervention saaneista  $9/31 = 31 \%$  ja TTO -intervention saaneista  $3/20 = 15 \%$  kärsi alkutilanteessa keskivaikeasta masennuksesta. Tästä jaottelusta ovat erikseen koodatut alkavat masennustilat pois. Näitä oli molemmissa ryhmissä runsas 40 %. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kategoriset masennusdiagnoosit K-SADS-5 haastattelun mukaan IPC- ja TTO -ryhmissä hoidon alussa ja 3 kk seurannassa.

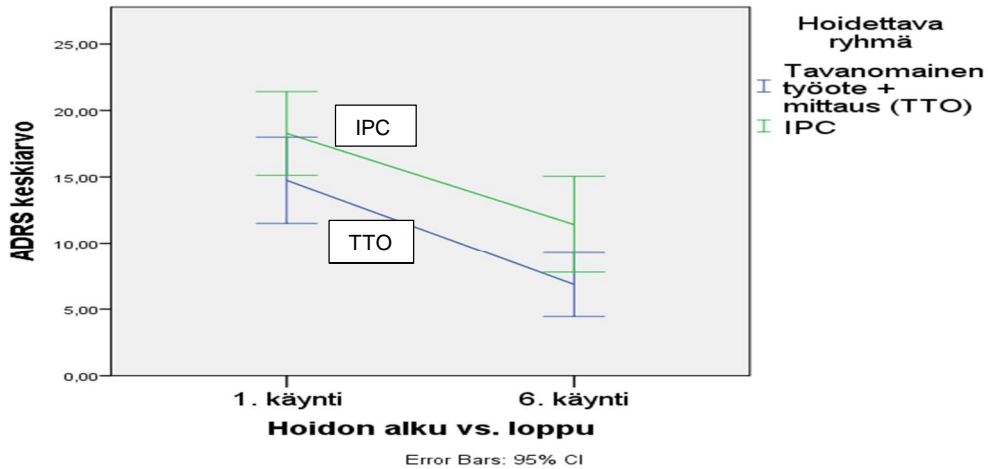
Lähtötilanne	IPC	TTO	3 kk seuranta	IPC	TTO
Alkava masennus	12	9	Ei masennusta	12	8
Dystymia	2	4	Kliininen remissio	7	6
Lievä	6	4	Vähäiset oireet	4	4
Keskivaikea	9	3	Lievä	3	0
			Keskivaikea	1	1
			Vaikea	2	1
Yhteensä	29	20		29	20

## Interventioiden tuottamat muutokset oireilussa

Hoidon alku – hoidon loppu:

Kuten Taulukosta 1 ja Kuvasta 5 on havaittavissa, masennusta kuvaavat arviointi- ja pisteytysinstrumenttien pisteet laskevat molemmissa ryhmissä kuuden hoitotapaamisen aikana. Työntekijöiden suorittamissa ADRS -arvioinnissa alku-loppupistemäärien erotus on sekä IPC- että TTO -ryhmässä arvioituna tällä asteikolla kliinisesti merkittävän muutoksen kriteerit täytävää (yli viisi pistettä; ks. Revah–Levy ym., 2007). Molempien interventioryhmien pistemäärät putoavat alkutilanteisiin nähden samassa suhteessa (Kuva 5).

Kuva 5. Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) -asteikolla kuvattu työntekijän arvioima nuoren masennusoireiden muutos 1. hoitokerrasta 6. hoitokertaan graafisesti kuvattuna.



Myös yleisiä oireita ja hyvinvoinnin muutosta mittaavalla YP-CORE -kyselyllä arvioituna nuorten tilanne kohentui alku-lopputilanteen välillä molemmissa interventoryhmissä. Samoin toimintakyvyssä C-GAS -arviointiasteikon avulla arvioituna tapahtui paranemista molemmissa interventoryhmissä. (Taulukko 1.)

3 kk ja 6 kk seurannat:

Taulukosta 1 voidaan todeta, että masennuksen voimakkuus ADRS- arviointiasteikolla laskee IPC -intervention saaneilla marginaalisesti edelleen 3 kk seurannassa, kun TTO -ryhmässä masennusoireet osittain palautuvat. BDI-21 -mittarilla arvioituna molemmissa interventiossa pistemäärien taso on 3 kk seurantatapaamisessa noin lopputilannetta vastaava molemmissa ryhmissä.

Aivan hankeajan lopulla valmistuneessa 6 kk seurannassa todettiin, että ADRS -instrumentilla arvioituna IPC -intervention saaneilla jatkui tasainen masennusoireiden lieveneminen edelleen hoidon lopusta 3 kk kautta 6 kk seurantaan. TTO -interventoryhmässä 6 kk seurannan loppupistemäärät asettuivat noin intervention loppuvaihetta vastaavalle tasolle. Kuuden kuukauden seurannassa BDI-21 -itsearviointilomakkeella mitattuna 3 kk seurannassa todetun molemmissa ryhmissä tapahtuneen pistemäärien laskun pysähtymisen jälkeen BDI-21 pistemäärät kääntyivät uudelleen vähenemiseen ja 6 kk seurannassa pistemäärät ovat selkeästi hoidon loppuvaihetta alemmalla tasolla molemmissa ryhmissä. Kaiken kaikkiaan tulokset osoittavat intervention vaikutuksen pysyvyyttä nuoren masennusoireisiin molemmissa ryhmissä.

Myös yleistä oireilua ja hyvinvoinnin muutosta mittaavan YP-CORE -instrumentin pistemäärät laskivat seurannassa molemmissa ryhmissä merkittävästi kuvastaen nuorten parantunutta vointia: pistemäärä asettui 6 kk seurannassa noin hoidon loppua vastanneelle tasolle TTO -interventoryhmässä, ja hoidon loppuvaihetta alemmaksi IPC -interventoryhmässä. Toimintakykyä mittaava C-GAS puolestaan nousee lähes kymmenyksen verran kokonaisuudessaan 6 kk seurannassa: molempien ryhmien tulos 3 ja 6 kk seurannassa kuvaa vain tilapäisiä vaikeuksia toimintakyvyssä.



On huomattavaa, että IPC-ryhmässä sekä masennusta että yleisiä oireita kuvaavat pistemäärät lähtevät kaiken kaikkiaan korkeammalta tasolta. Nämä erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä, osittain ryhmien pienestä koosta johtuen. Myöskään seurannassa erot eivät ryhmien välillä eivät pääsääntöisesti olleet merkitseviä. Molemmissa ryhmissä tapahtui kuitenkin merkitsevää muutosta pisteiden vähentymisen suhteen. Tätä kuvaavat Taulukossa 1 esitetyt efektitkoot (alku – 3 kk). Vaikuttavuuden efektitkokoja 0.50 voidaan pitää kohtalaisena ja efektitkokoja 0.80 suurena.

Tulokset osoittavat, että nuorten lieviä-keskivaikeita oireita kyetään onnistuneesti hoitamaan oppilashuollossa systemaattisella työtavalla. Vasteeltaan mitatut IPC -hoidot olivat suurimaksi osaksi tekijöidensä ensimmäisiä, ja tutkimus herättääkin jatkotutkimuksen aiheen: kun menetelmää käytetään tilanteissa, jossa IPC-ohjaajat ovat kokeneita ja tehneet useita hoitoja, onko menetelmän teho edelleen todettua parempi?

### **Nuorten kokemukset menetelmän soveltuvuudesta**

Nuorten kokemuksia sekä interpersoonallisen ohjannan että TTO:n soveltuvuudesta ja menetelmän antamasta tuesta itselle kysyttiin ensimmäisen seuranta-haastattelun yhteydessä 3 kk intervention päättymisen jälkeen. Haastateltuja IPC:hen osallistuneita nuoria oli 8, TTO -intervention saaneita nuoria oli 9. IPC -intervention saaneista nuorista 4 (50 %) totesi olonsa melko hyväksi, TTO -ryhmästä 8 (89 %) koki samoin. IPC -intervention saaneista nuorista kaksi (25 %) koki vointinsa hyväksi, kun TTO -intervention saaneista näin raportoi yksi (11 %). IPC -ryhmässä yksi nuori (12,5 %) koki vointinsa erittäin hyväksi, ja yksi (12,5 %) edelleen surulliseksi.

Molemmissa interventoryhmissä nuoret kokivat keskustelemisen, kuulluksi tulemisen ja omista asioista kertomisen itseä auttaneiksi asioiksi. TTO-ryhmässä korostui puhumisen merkitys, kun taas IPC -ryhmässä käytössä olleet välitehtävät ja ohjanatatapaamisilla tehdyt tehtävät sekä toimiminen eri tilanteissa nousivat nuorten vastauksissa tärkeiksi auttaviksi tekijöiksi.

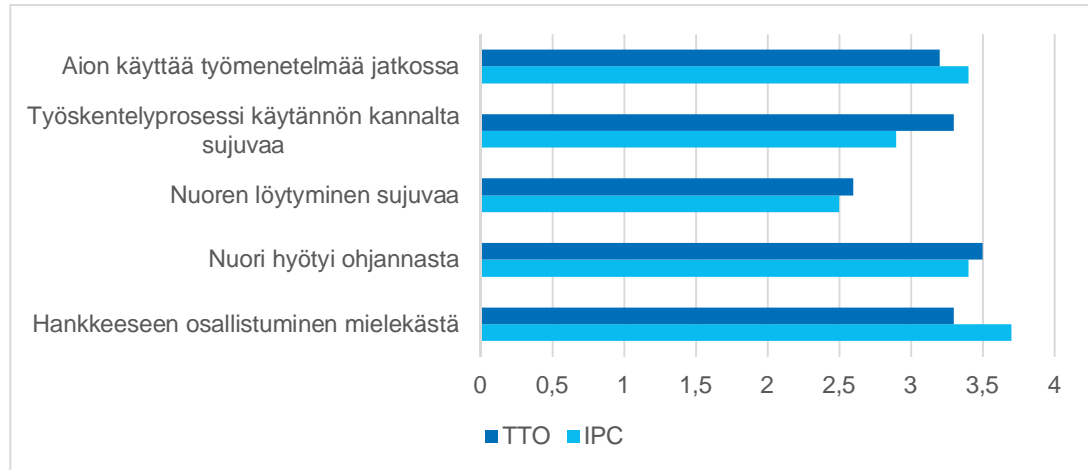
### **Työntekijöiden kokemukset menetelmän soveltuvuudesta**

Opiskeluhuollon työntekijöiden kokemuksia tuli esiin monilla foorumeilla. Kokemuksia kartoitettiin yhteisissä tapaamisissa sekä strukturoidusti keväällä 2017 ensimmäisen koulutusaallon työntekijäryhmille toteutetussa kyselyssä. Sekä TTO -ryhmän että IPC -ryhmän vastaukset on esitetty kuvassa 4. Molemmissa ryhmissä hankkeeseen osallistuminen koettiin mielekkääksi, IPC -ryhmässä hieman enemmän kuin TTO -ryhmässä. Haasteellisimmaksi asiaksi nousi nuoren löytyminen ja sitouttaminen prosessiin molemmissa ryhmissä. Työskentelyprosessi koettiin hieman sujuvammaksi TTO -ryhmässä.

Avoimissa vastauksissa IPC -ryhmässä työnohjaus sekä työmenetelmä saivat kiitosta ja koettiin mielekkäiksi. Ryhmässä koettiin myös että alkavaakin masennusta potevia nuoria pystytään jatkossa kohtaamaan paremmin. Projektin kuluessa tulleet muutokset ja työskentelymateriaalien paljous puhututti IPC -ryhmässä, ja myös ohjeistus koettiin välillä epäselväksi. Myös työntekijöiden vastauksissa tuotiin esille, että IPC-prosessista hyötyvien nuorten löytämiseksi ja identifioimiseksi tarvittaisiin kouluun välineitä.

TTO -ryhmässä tuotiin esiin työskentelyprosessista hyötyminen muun muassa tapaamisten suunnitelmallisuuden sekä arviointilomakkeiden käyttämisen kautta. Myös TTO -tapaamiset koettiin positiivisina mahdollisuuksina kokemusten jakamiseen. Yksi vastaaja toi esiin suunnitelmallisen työn sekä seurantalomakkeiden käytön kuulumista myös tavanomaiseen työtapaan. Kuuden kerran määrämittaiset tapaamiset eivät yhden vastaajan mukaan kuuluneet tavanomaiseen oppilashuoltotyöhön resurssien takia. TTO -ryhmän avoimissa vastauksissa TTO -ryhmään valikoituminen IPC -ryhmän sijaan harmitti osaa vastaajista.

Kuva 6. Espoon yläkoulujen opiskeluhoollon työntekijöiden työskentelymenetelmiä koskevat arvioinnit jaoteltuina IPC- ja TTO- interventiota antaneisiin vastaajiin.



### Yhteenveto IPC:n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen tuloksista

Kaiken kaikkiaan IPC:n soveltuvuus- ja vaikuttavuustutkimuksen tuloksia voidaan pitää erittäin myönteisinä ja rohkaisevina sen suhteen, kuinka hoidettavissa nuorten masennus on strukturoiduin menetelmin perustasolla, tässä erityisesti koulujen opiskeluhoollissa. Hankkeen tulokset ovat myös myönteisiä lyhyen strukturoidun menetelmän implementoimisen mahdollisuudesta opiskeluhoollon palveluihin. Tulostemme rajoituksena on se, että hankkeajan puitteissa ei ollut mahdollista selvittää implementaation pitkäaikaisvaikuttavuutta järjestelmätasolla eikä itse menetelmän pysyvyyttä tai vaikutusta laajemmin palvelujärjestelmässä.

Nuorten masennusoireet vähenivät niin työntekijöiden kuin heidän itsensäkin arvioimana ja nuorten yleinen hyvinvointi ja toimintakyky kohenivat jo kuuden tapaamisen aikana. Muutos pysyi, osittain myös jopa vahvistui edelleen puolen vuoden seurannassa. 6 kk seurannan välisessä tuloksella näyttää samanlaiselta sekä erillisen arvioijan suorittaman arvioinnin, diagnostisen haastattelun että nuorten omien raportointien näkökulmasta. Loppujen lopuksi vain muutamien nuoren oireet olivat edelleen kuuden kuukauden seurannassa säilyneet. Tässä ajassa vain neljä nuorta 49:stä (8 %) oli ohjattu edelleen erikoissairaanhoidon piiriin.

Tässä otoksessa saatujen tulosten pohjalta ei voida osoittaa IPC -intervention olleen TTO -interventiota vaikuttavampaa nuorten masennuksen hoidossa. Taustalla on todennäköisesti useita tekijöitä. Ensinnäkin tutkimusaineisto muodostui arvioimimme IPC-hoitajien osalta käytännössä lähes kokonaan Espoon IPC -ohjaajien kaikkein ensimmäisistä IPC -interventioista. Voidaan perustellusti argumentoida, että minkä tahansa psykososiaalisen menetelmän hallitsemiseksi vaaditaan useita toistoja: tutkimustulokset havainnollistavat siis harjoittelun alku-

vaiheessa annettujen interventioiden vaikuttavuutta. Siihen nähden saavutetut alku-loppumittausten ja seurantamittausten väliset selvät erot ja efektikoot näyttävät IPC -ryhmässä erinomaisilta.

Toiseksi tutkimuksen ryhmäkoot jäivät valitettavasti toivottua pienemmiksi, joten muutokset yhdenkin nuoren kohdalla vaikuttavat huomattavasti ryhmien keskiarvoihin. Kolmas tuloksiin oletettavasti vaikuttava tekijä on se, että nuorten masennusoireiden vaikeusasteessa oli jonkin verran eroja interventoryhmien välillä: IPC -interventoryhmässä oli keskimäärin enemmän vaikeammin oireilevia nuoria kuin TTO -ryhmässä.

Kaikkiaan niin nuorten masennusta kuin heidän yleisoireita kuvaavat pistemääränsäkin laskevat tilastollisesti merkittävästi molemmissa ryhmissä. Tuloksissa ei ole kuitenkaan voitu pienen ryhmäkoon vuoksi huomioida yhtä aikaa esiintyvien muiden oireiden ja häiriöiden vaikutusta tuloksiin. Esimerkiksi masennuksen kanssa samanaikaisella ahdistuneisuushäiriöllä näytti olevan hidastavaa vaikutusta nuorten saamien masentuneisuutta kuvaavien pistemäärien alenemiseen. Näitä nuoria oli enemmän IPC -interventioon valikoituneilla nuorilla.

Tulokset kertovat myös TTO -intervention hyödyllisyydestä sellaisena, kuin TTO tässä tutkimusasetelmassa määriteltynä ja toteutettuna oli. Määrämittainen ja tavoitteellinen, nuoren masennusoireilua ja hyvinvointia tiiviisti arvioiva sekä nuorta arviointiin osallistava ja kohdennettu interventio näyttää olevan hyödyllinen interventio nuorten lieviin, osin jopa keskivaikeisiin masennustiloihin opiskeluhollossa. Tämä tarkoittaa myös sitä, että työ jota opiskeluhollossa kyetään tekemään, työtä edelleen strukturoiden ja tavoitteellistaen muodostaa myös hyvän pohjan nuorten lievien mielenterveyden häiriöiden hoidolle. Tavallisesti opiskeluhollossa tapaamisia ei mitata yhtä paljon eikä nuorta tavata yhtä tiivisti tai kohdennetusti kuuden kerran ajan, mutta mikäli tällaiseen työskentelyyn päästään, tulokset ovat rohkaisevia.

Interpersoonallisen ohjannan vaikuttavuutta olisi hyödyllistä arvioida menetelmään vielä pidempään käytännössä perehtyneiden työntekijöiden toimittamana jatkotutkimuksissa. Tällä hetkellä menetelmä näyttää lisäävän myös ohjaajien luottamusta omiin taitoihin, sillä myös keskivaikeita masennusoireita uskallettiin sen turvin hoitaa. Tämän mahdollistumisessa merkittävää oli keskeisesti myös IPC -menetelmätyönohjauksen saamisen mahdollisuus.

Nuorten epätasainen kertyminen ryhmiin sekä vaikeimmin oireilevien nuorten valikoituminen pääasiassa IPC -interventioon voivat kertoa siitä, että sekä menetelmän tarjoama tuki (IPC -interventio) että menetelmätyönohjaus ovat yhdessä merkityksellisiä. Tutkimuksen tekemisessä tuli esiin, kuinka vaikeaa ylipäätään oli löytää sopivia nuoria tutkimukseen ja erityisesti TTO -interventioon. Esille tuli työntekijöiden huoli siitä, ettei heillä ole tarjota nuorelle samantaista tukea kuin IPC -ryhmässä, koska taustalla ei koettu olevan menetelmän antamaa tukea. Toisaalta tulokset osoittivat että ne työntekijät, jotka uskaltautuivat ottamaan nuoren tavoitteelliseen, määrämittaiseen oireita monitoroivaan, mutta pohjimmitaan jo olemassa oleviin työtapoihin pohjautuvaan interventioon, saivat hyviä tuloksia.

Näin laajasti ottaen sekä menetelmän että säännöllisen menetelmätuen tarjoamisella näyttää olevan vaikutusta siihen, keitä nuoria kyetään hoitamaan koulujen opiskeluhollossa, perustasolla ja keitä nuorista mahdollisesti lähetetään eteenpäin erikoissairaanhoidon. Vaikuttaa siltä, että opiskeluholllon työntekijöiltä puuttuu uskallusta kohdata vaikeammin oireilevia nuoria. Mittarikoulutus, jonka myös TTO:ta antaneilla kouluilla toimivat oppilashuollon työntekijät saivat, koettiin kuitenkin usean työntekijän raporteissa vielä riittämättömänä, vaikka niissä 20:ssä interventioissa, jossa mittaroitua ja oireita monitoroivaa TTO -interventiota tehtiin, tulos oli hyvä.

Uskalluksen puutteen taustalla saattavat vaikuttaa hankkeessa havaitut niin horisontaalisten kuin vertikaalistenkin yhteistyörakenteiden puutteet. Hankkeessa kyettiin lisäämään yhteistyötä konsultoivassa ja ohjaavassa roolissa olevaan erikoissairaanhoidon. Koulun opiskelu- huollon monien ammattiryhmien keskinäisen yhteistyön lisääminen näyttäytyy vähintään yhtä tarpeellisena. Hankkeessa tuli myös ilmi että tämän yhteistyön järjestämisessä on haasteita. Näitä työn järjestämisen haasteita ja vaikeuksia voitaisiin tarkastella myös siitä optimismia luovasta näkökulmasta, että nuoret näyttävät reagoivan varsin positiivisesti masennuksen hoitoon kouluissa. Merkittävää paranemista ja hyvinvoinnin lisääntymistä on mahdollista saada aikaiseksi jos yhteistyö saadaan sujumaan.

## 4. MIELENTERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ LAP- SILLA JA NUORILLA

### 4.1. Rekisteritutkimuksen lähtökohta

Tässä raportin osiossa tarkastellaan alle 18 -vuotiaiden mielenterveyden häiriöitä sairastavien lasten ja nuorten terveystalouden käyttöä ja kustannuksia sekä niissä tapahtuneita muutoksia ajanjaksona 2006–2014. Potilasmääriä, palvelujen käyttöä sekä kustannuksia tarkastellaan kuntatasolla kolmen kaupungin - Helsingin, Espoon, ja Vantaan - alueilla. Kustannusten muodostumista kuvataan niin kalenterivuositaisiin potilasmääriin kuin tietyiltä vuosilta poimittujen kohorttien seurantaan perustuen.

Suomessa ei ole tehty aiemmin vastaavaa tutkimusta yhtä hienojakoisella ja moniulotteisella aineistolla. Tutkimus tarjoaa arvokasta tietoa merkittävän potilasryhmän kokonaiskustannusten kehityksestä talousalueena ja väestökattavuudeltaan merkittävältä alueelta. Lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon kustannusvaikuttavuuden tutkimiseksi on pystyttävä määrittämään sekä kokonaiskustannukset ja niiden ajallinen kehitys että hoidon vaikuttavuus. Vain siten voidaan tarkastella mahdollisten hoitotapakäytäntöjen vaikutuksia saavutettuihin hoitotuloksiin. Yhtäläisesti toteutettu alueellinen vertailu on ainoa tapa oppia parhaista käytännöistä ja saada niukka taloudellinen resurssi hyödynnettyä mahdollisimman tehokkaasti.

Vertailua ei voi tehdä, ellei vertailtava tutkimusaine ole yhdenmukaisesti tuotettu. Nyt käsillä oleva raportin luku tarjoaa erittäin pitkältä aikajänteeltä kokonaisaineistosta tuotettua tietoa, joka antaa selkeän kuvan lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon taloudellisesta kehityksestä, tilasta, panostuksista ja mahdollistaa kysymyksen asettelun sellaisille jatkotutkimuksille, joiden tavoitteena on tuottaa tietoa hoidon kustannusvaikuttavuudesta.

Rekisteriaineistosta tehtävää tarkastelua varten lasten ja nuorten ICD-10 -tautiluokituksessa määritellyt mielenterveyden häiriöt jaoteltiin kliinisten asiantuntijoiden ehdotusten pohjalta seuraaviin ryhmiin:

- F10-F19 *Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
- Psykoottiset häiriöt (F20-F29 *Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuus-häiriöt* + F31 *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*)
- Masennushäiriöt ja määrittämättömät sekä pitkäaikaiset mielialahäiriöt (F32-F34 *Masennustila, Toistuva masennus, Pitkäaikaiset mielialahäiriöt* + F39 *Määrittämätön mielialahäiriö*)
- Ahdistuneisuushäiriöt (F40-F43 *Pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt, Muut ahdistuneisuushäiriöt, Pakko-oireinen häiriö, Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt* + F93 *Lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt - pois lukien kategoria F93.89*)
- Elimellisoireiset, unihäiriöt, sosiaalisen vuovaikutuksen häiriöt ja muut häiriöt. (F45 *Elimellisoireiset häiriöt* + F51 *Ei-elimelliset unihäiriöt* + F94 *Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuovaikutuksen häiriöt* + F54 *Muulla luokitettuun häiriöön tai sairauteen liittyvä psyykinen tekijä tai käytöstekijä* + F98 *Muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat toiminto- tai tunnehäiriöt*)

- Syömishäiriöt (F50 *Syömishäiriöt*)
- Persoonallisuushäiriöt (F60-69 *Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt*)
- Kehitysvammaisuus (F70-79 *Älyllinen kehitysvammaisuus*)
- Psykkisen kehityksen häiriöt (F80-89 *Psyykkisen kehityksen häiriöt*)
- Neuropsykiatriset häiriöt (F90 *Hyperkineettiset häiriöt*, F95 *Nykimishäiriöt*)
- Käytöshäiriöt (F91 *Käytöshäiriöt*+ F92 *Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt*)
- Identiteettihäiriö tai kehitykselliset vaikeudet (F93.89 *Muu lapsuuden tunnehäiriö*)

Ryhmiä jaoteltiin pyrittiin hahmottamaan hoidollisesti ja käsitteellisesti merkityksellisiä yläluokkia. Luokka F93.89 (Muu lapsuuden tunnehäiriö; identiteettihäiriö) erotettiin luokasta F93 omaksi ryhmäksi, koska sen ei varsinaisesti katsota kuuluvan ahdistuneisuushäiriöihin ja suomalaisessa kliinisessä käytössä se usein tarkoittaa nuorella pitkäaikaista persoonallisuuden piirteissä olevaa problematiikkaa.

## 4.2. Aineisto ja menetelmät

### Aineisto

Tutkimusaineisto muodostettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveys- ja sosiaalitalouden tutkimusyksikön (CHESS) Peruspalvelujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset -hankkeessa ("Peruspalveluhanke") kootuista rekisteriaineistoista. Aineistot sisältävät tietoja Espoon, Helsingin ja Vantaan asukkaiden sosiaali- ja terveystalouden käytöstä vuosina 2006–2014. Peruspalveluhankkeessa perusterveydenhuoltoa koskevat tiedot on kerätty vuosilta 2006–2011 kuntien omista rekistereistä ja vuosilta 2012–2014 avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo). Sekä kuntien että Avohilmon tiedot sisältävät yksilötason tietoja käynneistä terveyskeskuksessa, mukaan lukien neuvolakäynnit ja kouluterveydenhuollon käynnit. Erikoissairaanhoidon sekä lasten syntymää koskevat tiedot on liitetty vastaavalta ajanjaksolta hoitoilmoitusrekisteristä (mukaan lukien erikoissairaanhoidon avohoito) ja syntymärekisteristä. Yksityissektorin käytöstä maksettuja korvauksia, erityiskorvattavia lääkkeitä sekä lääkkeitä vuosina 2006–2014 koskevat tiedot ovat peräisin Kelan rekistereistä.

Tutkimusaineistoon on siten poimittu ja yhdistetty tietoja ajanjaksolta 2006–2014 seuraavista rekistereistä:

- THL: Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri (Hilmo), Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri (Avohilmo, vuodesta 2012 lähtien), Syntyneiden lasten rekisteri
- Kansaneläkelaitos: korvausoikeuksien tietokanta, sairaanhoitokorvaustietokanta (Eri-tyiskorvausoikeudet, Kelan korvaamat reseptiläkkeet ja yksityisen sektorin avopalvelut)
- Tilastokeskus: kuolemansyyrekisteri

- Helsingin, Espoon ja Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon avohoitoa koskevia rekisteritietoja vuosilta 2006 - 2011

## **Tutkimusjoukon määrittäminen ja mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen rekisteriaineistosta**

Mielenterveyden häiriöitä sairastavat alle 18-vuotiaat lapset ja nuoret poimittiin aineistoon erikoissairaanhoidon niiden vuodeosastojaksojen ja avohoitokäyntien perusteella, joiden päädiagnoosiksi oli kirjattu jokin ICD-10-tautiluokituksen luvun 5 (Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt F00-F99) mukainen diagnoosi. Näille henkilöille poimittiin henkilötunnuksen avulla terveydenhuollon palvelujen ja lääkkeiden käyttötiedot.

Kalenterivuositaiseen, esiintyvyyteen perustuvaan tarkasteluun sisällytettiin kunakin vuonna kaikki alle 18-vuotiaat, joilla oli mielenterveyden häiriöön viittaava päädiagnoosi. Mikäli samalla henkilöllä oli näitä diagnooseja useampia, ryhmiteltiin tämä vuoden ensimmäisen mielenterveyden häiriöön viittaavan diagnoosin mukaan. Tässä hankkeessa erityisen mielenkiinnon kohteena ovat 13–17-vuotiaat nuoret.

Ilmaantuvuuteen perustuvaan kohorttiseurantaan poimittiin kunakin vuonna vain ne alle 18-vuotiaat, joilla oli kyseisenä vuonna ensimmäinen mielenterveyden häiriöön viittaava päädiagnoosimerkintä ajanjaksolla, jolta hoitoilmoitukset poimittiin (1996–2014).

Kukin henkilö huomioitiin tarkastelussa vain yhdessä päädiagnoosin mukaisessa ryhmässä, ts., henkilö pysyi poiminta-ajankohdan mukaisessa diagnoosiryhmässä, vaikka päädiagnoosi muuttui seurantavuosina. Kohortteja seurattiin ensimmäisestä mielenterveyshoitojaksosta vuosi taaksepäin ja kaksi vuotta eteenpäin riippumatta siitä, milloin potilaan ensimmäinen F-päädiagnoosi oli annettu.

## **Kustannusten arviointi**

Mielenterveyden häiriöitä sairastavien nuorten terveydenhuollon palvelujen ja lääkkeiden käyttö arvoitettiin niiden kustannusten arvioimiseksi. Palvelujen kustannuksia koskevat tiedot saatiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveys- ja sosiaalitalouden yksikössä muodostetuista erikoissairaanhoidon kustannustiedoista (kuvattu yksityiskohtaisesti PERFECT -hankkeen menetelmäraportissa, Peltola ym. 2011), Peruspalvelujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset -hankkeesta muodostetusta kustannusaineistosta sekä terveydenhuollon yksikkökustannuksia koskevista raporteista (Kapiainen ym. 2014). Kelan korvaamien reseptilääkeostojen ja yksityisten avohoitopalveluiden kustannustiedot saatiin Kelan korvausrekistereistä.

Kustannuksiin sisältyy F-päädiagnoosin perusteella poimittujen henkilöiden kaikki (myös mielenterveyden häiriöihin liittymätön) käytetyistä rekistereistä ilmenevä palvelujen ja lääkkeiden käyttö. Tarkastelun ulkopuolelle jäivät sellaiset palvelut, joista ei ole saatavilla rekisteritietoja. Merkittävimmät näistä ovat tässä potilasryhmässä potilaiden kokonaan itse kustantamien lääkkeiden tai yksityisten palveluiden ja opiskelijoiden terveydenhuollon (YTHS) käyttö. Lisäksi joistakin mielenterveyden häiriöitä sairastavien lasten ja nuorten usein käyttämistä palveluista, kuten koulukuraattorin ja psykologin tapaamisista, sekä yksityisen terveydenhuollon terapioiden, ei tule kirjauksia käytettyihin rekistereihin.

Kustannukset esitetään vuositasen tarkastelussa kokonaiskustannuksina kussakin kaupungissa sekä keskimääräisinä kustannuksina henkilöä kohden vuodessa. Kohorttiaineistosta on

lisäksi laskettu keskimääräiset kustannukset päivää kohti ajanjaksolla vuosi ennen ensimmäistä F -päädiagnoosia ja kaksi vuotta sen jälkeen, ja nämä esitetään kumulatiivisina kustannuksina. Eri vuosien kustannukset esitetään vuoden 2014 hintatasossa.

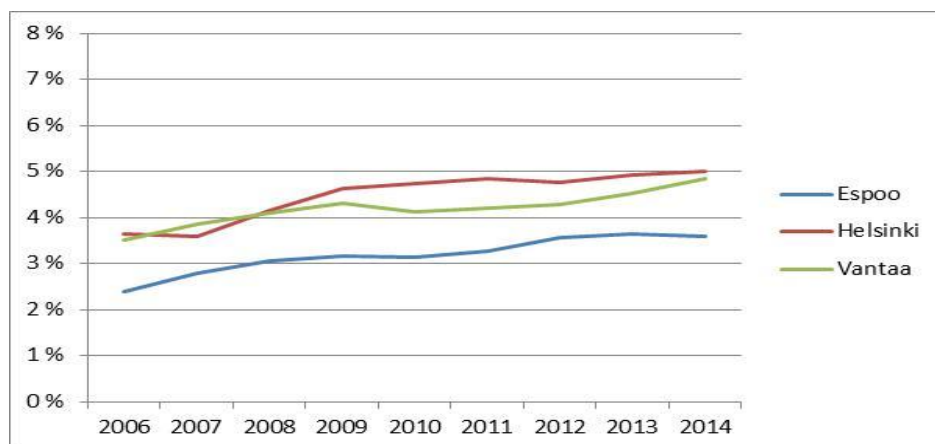
### 4.3. Rekisteritutkimuksen tulokset

#### Poikkileikkaustarkastelu: erikoissairaanhoidon piirissä olleet alaikäiset ja heidän diagnostinen jakaumansa vuosina 2006–2014

F-päädiagnoosin saaneiden lasten ja nuorten osuus (alle 18-vuotiaat) samanikäisestä väestöstä on tarkasteluajanjaksona kasvanut kaikissa kolmessa kaupungissa. Vuonna 2014 tämä suhteellinen osuus oli matalin Espoossa ja korkein Helsingissä (kuva 7). F-päädiagnoosin saaneiden 0–12 -vuotiaiden lasten osuus ikäryhmästään oli kaikissa kaupungeissa ja koko tarkasteluvälillä alhaisempi kuin 13–17 -vuotiaiden nuorten osuus ikäryhmästään. Sekä lapsilla että nuorilla F-päädiagnoosin saaneiden osuus kasvoi kaikissa kaupungeissa, mutta myös molemmissa ikäryhmissä erikseen tarkasteltuna osuus oli matalin Espoossa ja korkein Helsingissä (kuva 8).

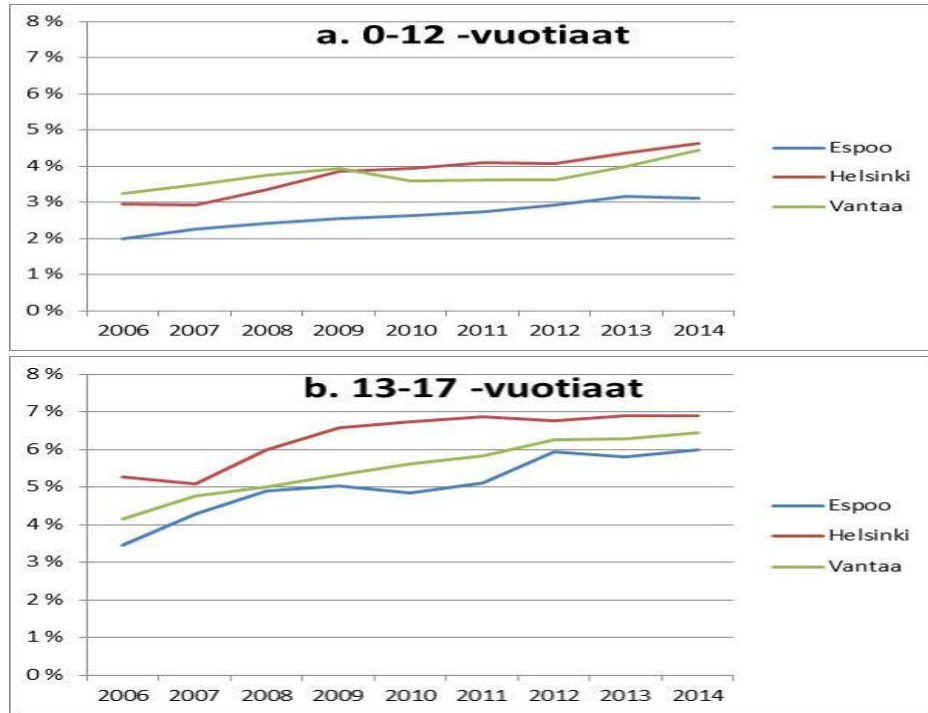
Kun tarkastellaan nuorten ikäryhmää ja poikkileikkausaineistoja jakson alusta (vuosi 2006) jakson loppuun (vuosi 2014), mielenterveyden häiriön saaneiden nuorten osuus koko ikäluokasta kasvoi Espoossa 71 % (3,5 % - 6 %), Vantaalla 56 % (4.1 % - 6.4 %) ja Helsingissä kolmasosan (33 %) (5.2 % - 6.9 %). Kasvu oli siis merkittävää kaikissa kunnissa, mutta kasvun suhteellinen muutos vaihteli merkittävästi pääkaupunkiseudun eri suurissa kaupungeissa (ks. kuvan 7 alempi kuvaaja b). Lasten osuus ikäryhmästään kasvoi vastaavasti vuosina 2006 – 2014 Espoossa 55 % (2,0 % - 3.1 %), Vantaalla 36 % (3.3 % - 4.5 %) ja Helsingissä 62 % (2.9 % - 4.7 %). (Kuva 8.)

Kuva 7. F-päädiagnoosin saaneiden alle 18-vuotiaiden lasten ja nuorten osuus samanikäisestä väestöstä Espoossa, Vantaalla ja Helsingissä vuosina 2006–2014.





Kuva 8 (a, b). F-päädiagnoosin saaneiden 0–12 -vuotiaiden lasten ja 13–17 -vuotiaiden nuorten osuus samanikäisestä väestöstä Espoossa, Vantaalla ja Helsingissä vuosina 2006–2014.



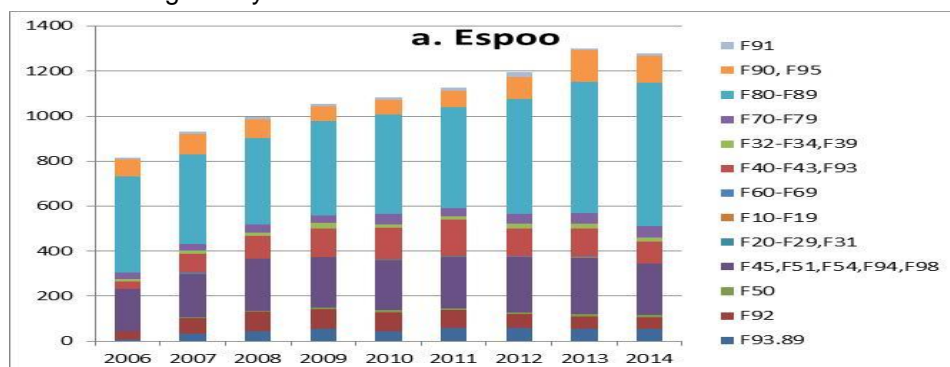
(Lähteet kuvat 7 ja 8: Hoitoilmoitusrekisteri, Sotkanet).

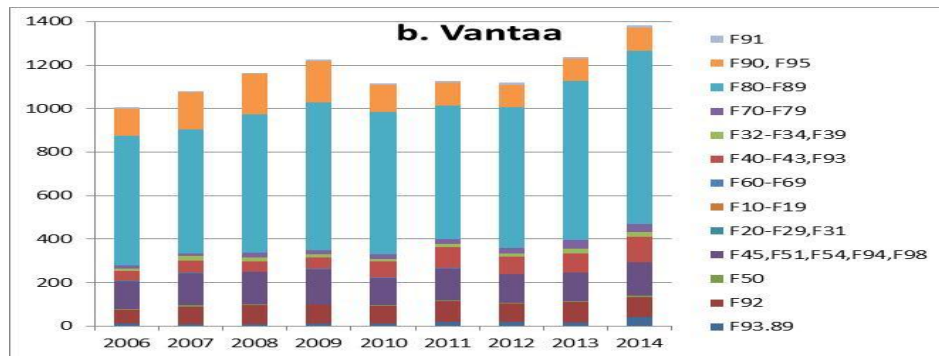
Erikoissairaanhoidon hoitoilmoitusrekisteristä tunnistettuja mielenterveyden häiriöistä kärsiviä nuoria on ikäryhmään suhteutettuna Espoossa lähes kaksinkertainen määrä (100 %), Helsingissä noin 50 % enemmän ja Vantaalla hieman alle 50 % enemmän kuin 0-12 -vuotiaita lapsia omassa ikäryhmässään. Lasten ikäkohorttien suuremman määrän ja häiriöiden erilaisen jakauman takia (ks. alempana) lapsilla oli enemmän hoitorekistereihin tulleita eri henkilöitä.

Häiriöiden jakauma:

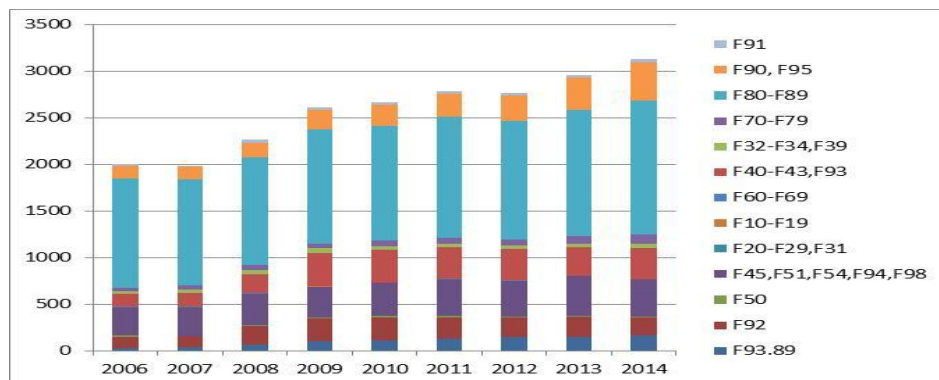
Alle 13 -vuotiaiden lasten yleisimmät F-päädiagnoosit olivat psyykkisen kehityksen häiriöitä (F80-F89), elimellisoireisia / uni- / sosiaalisen vuorovaikutuksen / muita häiriöitä (F45, F51, F54, F94, F98), neuropsykiatrisia häiriöitä (F90, F95) sekä ahdistuneisuushäiriöitä (F40-F43, F93, pois lukien F93.8) (kuvat 9 ja 10). Hieman pelkistäen, yleisimmät häiriöt lapsilla olivat näin joko psyykkisen kehityksen häiriöitä, neuropsykiatrisia häiriöitä tai ahdistuneisuushäiriöitä. Tämän lisäksi toisena mainittuun ”yhdistelmäluokkaan”, eli erilaisia kapea-alaisempia oirekuvia sisältävään häiriöluokkaan kuuluvat oireet ovat ryhmänä lapsilla myös yleisiä.

Kuva 9 (a, b). F -päädiagnoosin saaneiden 0-12 -vuotiaiden lasten lukumäärä Espoossa ja Vantaalla diagnoosiryhmittäin vuosina 2006–2014.





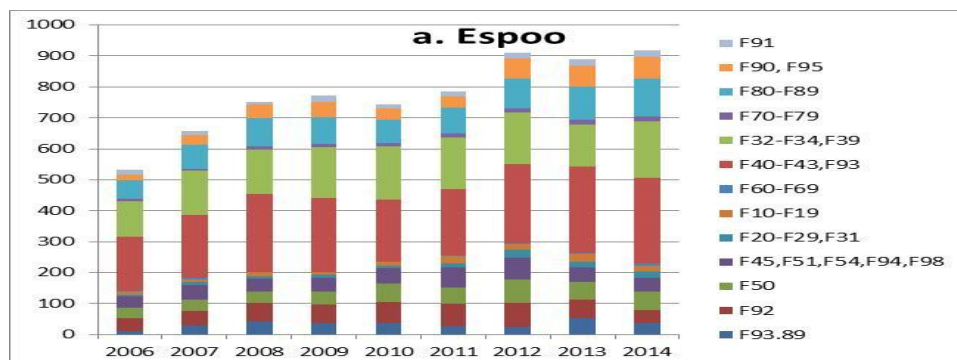
Kuva 10. F-päädiagnoosin saaneiden 0-12 -vuotiaiden lasten lukumäärä Helsingissä diagnoosiryhmittäin vuosina 2006–2014.

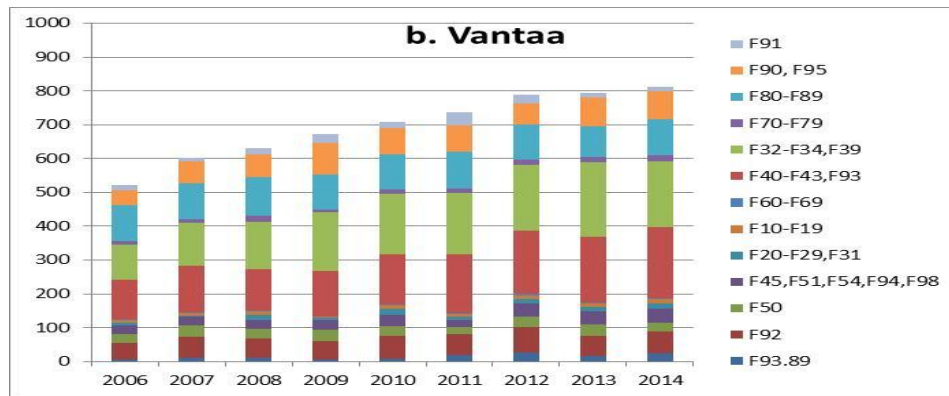


Lasten ikäryhmässä psyykkisen kehityksen häiriöt (sinivihreä väri) muodostavat tarkastelujakson loppupuolella Helsingissä ja Espoossa lähes puolet kaikista hoidetuista häiriöistä, Vantaalla yli puolet. Tämä suuri luku selittää myös lasten palvelujen piirissä olleiden rekistereihin päätyneiden henkilöiden suuren määrän. Psyykkisen kehityksen häiriöiden luokkaan luetaan esimerkiksi jo varhain lapsuusiässä ilmenevät puheen ja kielen (F81), oppimisen (F82) ja motorikan häiriöt (F83), joita hoidetaan terveydenhuoltopalveluiden eri erikoisaloilla ja tasoilla.

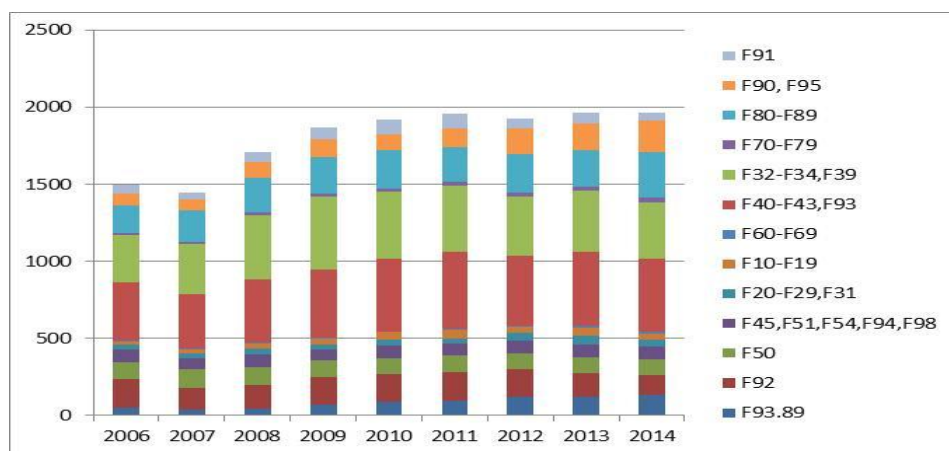
Sen sijaan 13–17 -vuotiailla nuorilla yleisimpiä häiriöitä olivat ahdistuneisuushäiriöt (F40-F43, F93, pois lukien F93.8), seuraavaksi masennus ja pitkäaikaiset/muut mielialahäiriöt (F32-F34, F39), ja vasta näiden jälkeen psyykkisen kehityksen häiriöt (F80-F89) ja neuropsykiatriset häiriöt (F90, F95) (kuvat 11 ja 12). Näin nuoruusikään tullessa tulee esiin ahdistuneisuushäiriöiden sekä masennus- ja mielialahäiriöiden korkea ilmaantuvuus ja esiintyvyys.

Kuva 11 (a, b). F -päädiagnoosin saaneiden 13–17 -vuotiaiden nuorten lukumäärä Espoossa ja Vantaalla diagnoosiryhmittäin vuosina 2006–2014.





Kuva 12. F-päädiagnoosin saaneiden 13–17 -vuotiaiden lukumäärä Helsingissä diagnosiryhmittäin vuosina 2006–2014.



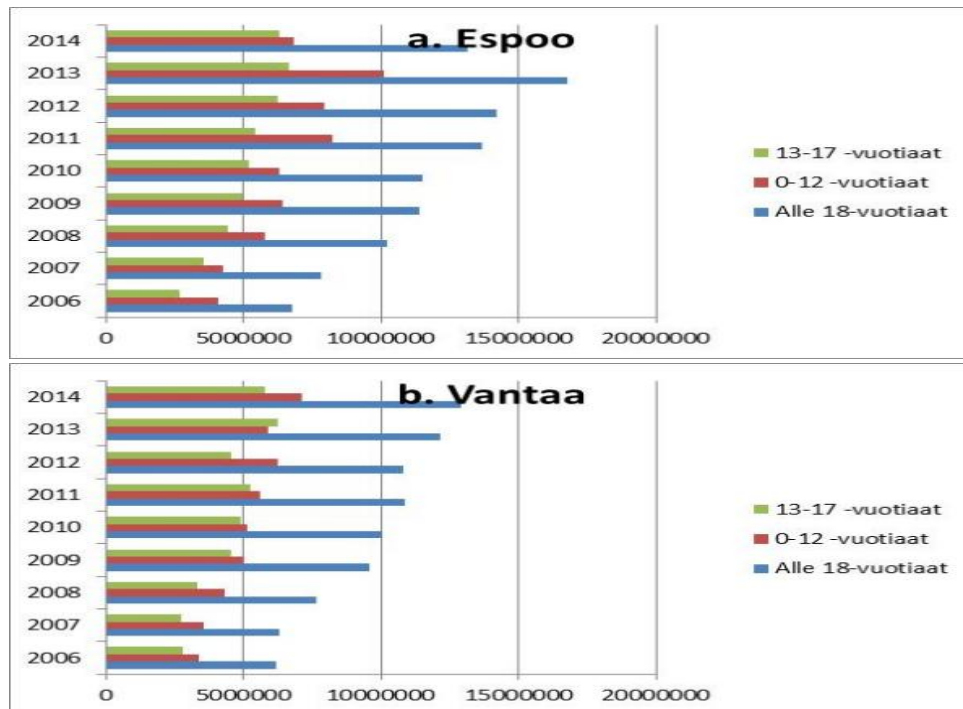
Siten tämän rekisteriaineiston perusteella nähdään hoidon piirissä olleilla lapsilla ja nuorilla odotetun kaltainen muutos, joka vastaa epidemiologisten tutkimusten havaintoja nuoruusiässä lisääntyvistä ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöistä. Lasten ikäryhmässä psyykkisen kehityksen häiriöiden suuri osuus selittyy sillä että tähän kategoriaan luetaan myös hyvin yleiset oppimisen ja puheen kehityksen häiriöt. Visuaalisesti tämä muutos näkyy kuvissa 8-11 pylväiden sini-keltaisen päävärin (0-12 -vuotiaat, kuvat 9 ja 10) muutoksena puna-vihreäksi (13–17 -vuotiaat, kuvat 11 ja 12) lapsuusiästä nuoruusiikään tultaessa.

Kolmas havainto on, että käytöshäiriöiden (esitetään tässä kahdella värillä F91 = käytöshäiriöt ja F92 = käytös- ja tunnehäiriöt) esiintyvyys molemmissa ikäryhmissä on hieman alempi, erityisesti puhtaiden käytöshäiriöiden osalta kuin mitä epidemiologisten tutkimusten perusteella voisi odottaa - samoin päihdehäiriöiden esiintyvyys nuorilla (ks. lasten ja nuorten epidemiologiasta Sourander & Marttunen, 2017). Tätä havaintoa voi selittää näiden nuoren ohjautuminen sosiaalihuollon palveluihin ja puutteelliset kyvyt sitoutua sairaanhoidon palveluihin (Lehto-Salo, 2009).

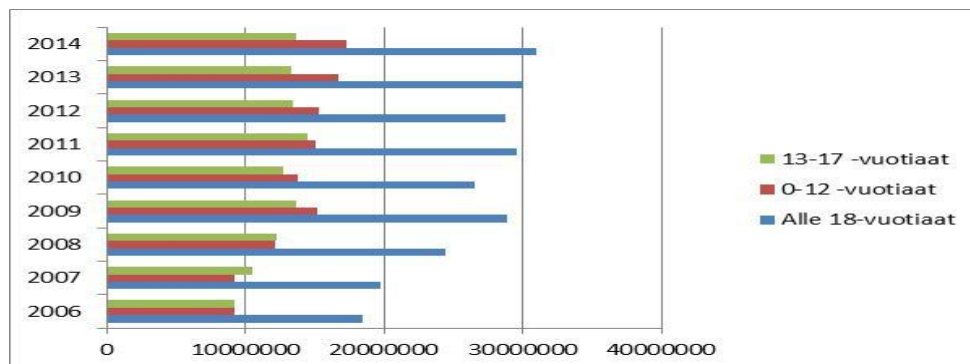
### Poikkileikkaustarkastelu: sairaanhoidon kokonaiskustannukset jonkin F -diagnoosin saaneilla alaikäisillä vuosina 2006–2014

F -päädiagnoosin saaneiden lasten ja nuorten sairaanhoidon kokonaiskustannukset ovat yhtenä ryhmänä tarkasteltuna kasvaneet Vantaalla tasaisesti, Helsingissä ja Espoossa portaittain, ja pienentyneet Espoossa viimeisenä tarkasteluvuotena. Helsingissä kustannuskehitys on ollut tasaisinta. 0-12 -vuotiaiden lasten hoidon kokonaiskustannukset olivat pääosin nuorten kustannuksia korkeammat tarkasteluvälillä ja vuonna 2014. (Kuvat 13 ja 14).

Kuva 13. F-päädiagnoosin saaneiden lasten ja nuorten sairaanhoidon kokonaiskustannukset Espoossa ja Vantaalla vuosina 2006–2014.



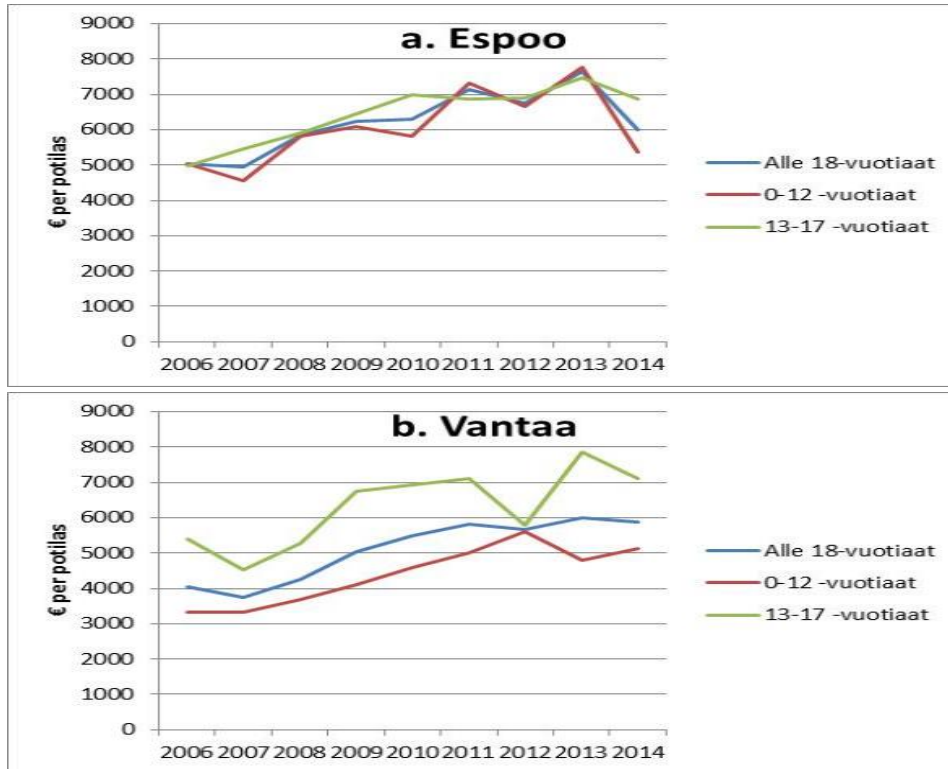
Kuva 14. F-päädiagnoosin saaneiden lasten ja nuorten sairaanhoidon kokonaiskustannukset Helsingissä vuosina 2006–2014.



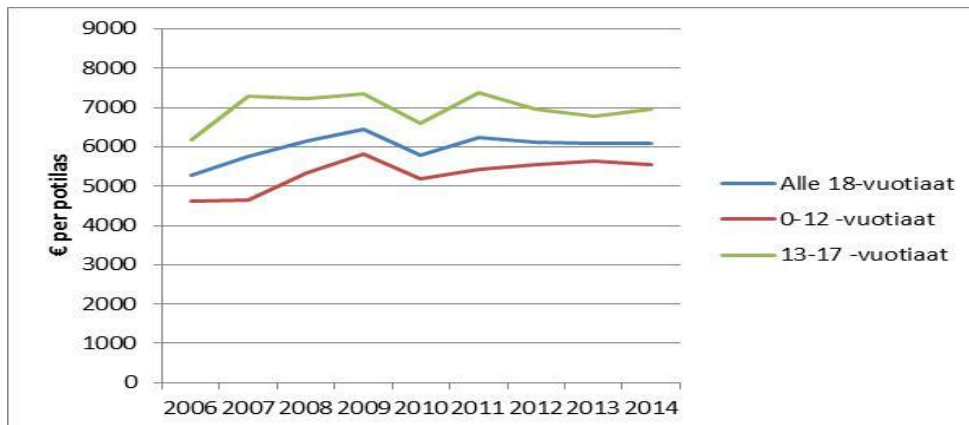
### Sairaanhoidon kokonaiskustannukset mielenterveyden häiriön diagnoosin saanutta lasta/nuorta kohden vuosina 2006–2014

Myös F-päädiagnoosin saanutta lasta/nuorta kohti lasketut sairaanhoidon kustannukset ovat tarkasteluajanjaksolla pääasiassa kasvaneet kaikissa kaupungeissa (kuvat 15 ja 16). Helsingissä kustannuskehitys on ollut tasaisinta. 13–17 -vuotiaiden nuorten osalta päädyttiin noin 7000 euron kustannuksiin nuorta kohden kaikissa kaupungeissa, tarkasteluvälillä suurin muutos oli Espoossa ja Vantaalla, 30 - 40 % kasvu, kun se Helsingissä oli noin 10 %. 0-12 -vuotiaiden lasten ryhmässä päädyttiin vuonna 2014 noin 5100 - 5500 euron kustannuksiin lasta kohden. Espoossa kustannusnousu oli alhaisinta, viimeisenä vuonna tapahtuneen laskun johdosta hieman alle 10 %. Sen sijaan Vantaalla kasvu oli yli 50 % ja Helsingissä noin 20 %.

Kuva 15. Sairaanhoidon kustannukset F-päädiagnoosin saanutta lasta/nuorta kohti Espoossa ja Vantaalla vuosina 2006–2014.



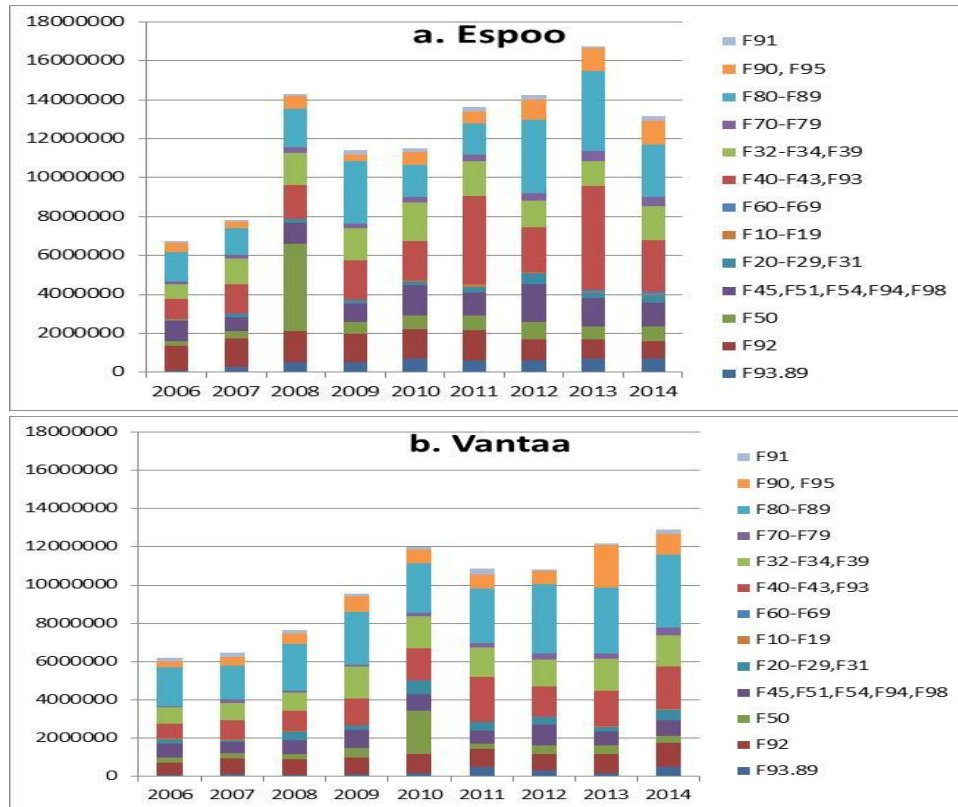
Kuva 16. Sairaanhoidon kustannukset F -päädiagnoosin saanutta lasta/nuorta kohti Helsingissä vuosina 2006–2014.



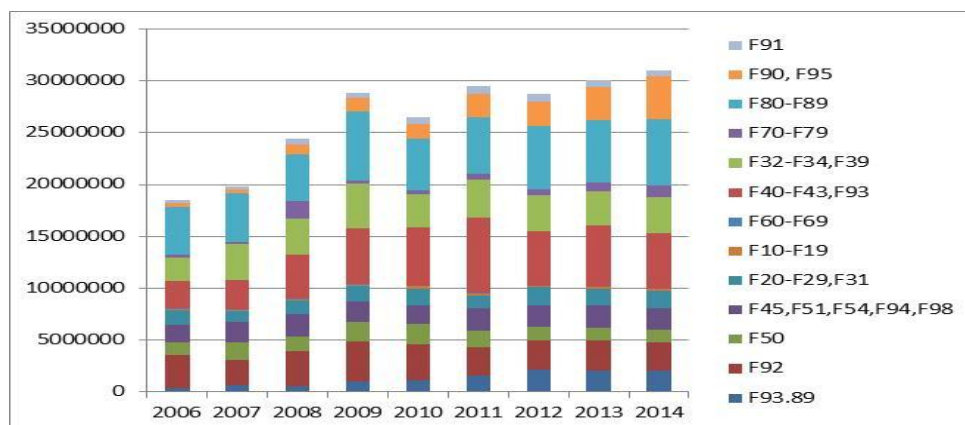
### Sairaanhoidon kokonaiskustannukset diagnoosiryhmittäin vuosina 2006–2014

Kun tarkastellaan kaikkia alle 18 -vuotiaita lapsia ja nuoria yhtenä ryhmänä, sairaanhoidon kokonaiskustannukset olivat vuonna 2014 korkeimmat seuraavissa ryhmissä: Psykkisen kehityksen häiriöt (F80-F89), Ahdistuneisuushäiriöt (F40-F43 & F93), Masennus- ja mielialahäiriöt (F32-F34 & F39), Neuropsykiatriset häiriöt F90 & F95 ja Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt (F92) (kuvat 17 ja 18). Kustannukset vastaavat neljää suurinta lasten ja nuorten häiriöiden ryhmää. Samanaikaisten käytös- ja tunnehäiriöiden aiheuttama kokonaiskustannukset ovat myös merkittäviä.

Kuva 17. F -päädiagnoosin saaneiden alle 18-vuotiaiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset Espoossa ja Vantaalla diagnoosiryhmittäin vuosina 2006–2014.



Kuva 18. F-päädiagnoosin saaneiden alle 18-vuotiaiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset Helsingissä diagnoosiryhmittäin vuosina 2006–2014.



## Diagnoosiryhmäkohtainen kustannustarkastelu lapsilla ja nuorilla

Kustannuksia tarkasteltiin erikseen muutaman yleisimmän ja kliinisesti tarkoituksenmukaisen diagnoosiryhmän osalta. 13–17 -vuotiaiden nuorten osalta tarkasteluun valittiin vuonna 2014 potilasmääriltään isoimmat ryhmät, joita olivat suuruusjärjestyksessä ahdistuneisuushäiriöt (ryhmä F40-F43, F93, pois lukien F93.89) ja masennus ja mielialahäiriöt (ryhmä F32-F34, F39). 0-12 -vuotiaiden lasten osalta tarkasteltavaksi valittiin tavallisimmat neuropsykiatriset

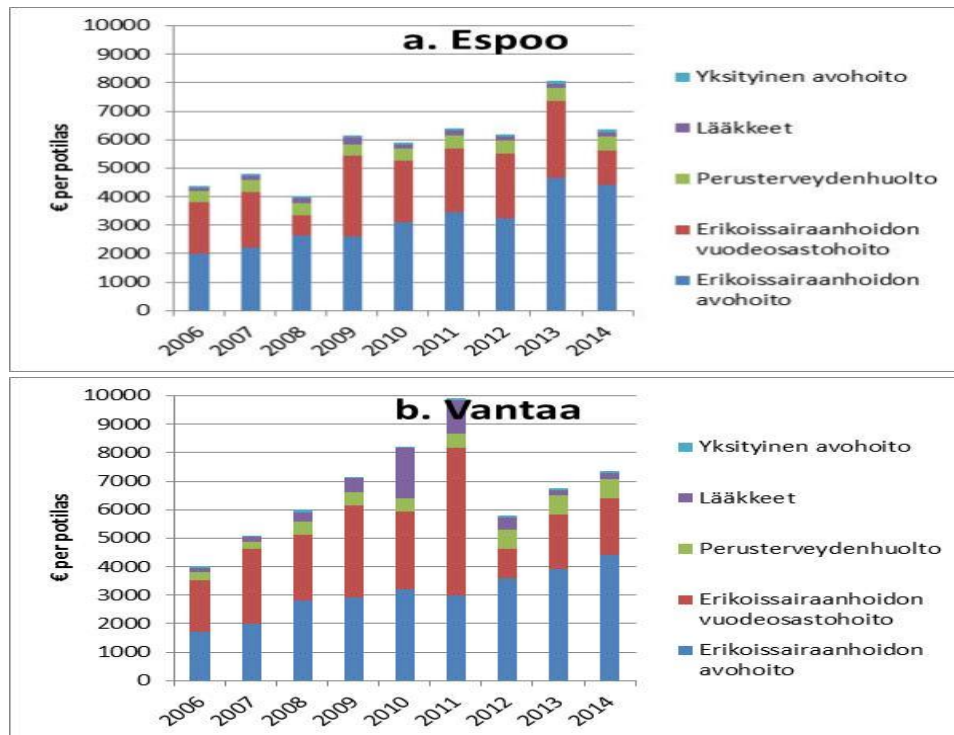
häiriöt sisältävä ryhmä (sisältäen ryhmät F90 hyperkineettiset ja F95 nykimishäiriöt), jossa sairaanhoidon kokonaiskustannukset havaittiin potilasmääriin suhteutettuna korkeiksi.

Nuorten ahdistuneisuushäiriöt:

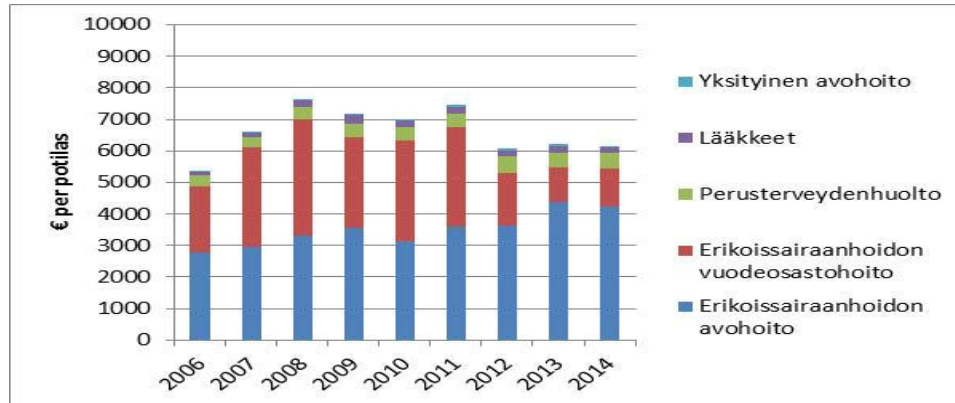
Ahdistuneisuushäiriöiden ryhmään luettavan päädiagnoosin saanutta 13–17 -vuotiasta kohti lasketut kustannukset ovat tarkasteluajanjaksona olleet tasaisimmat ja viimeisinä vuosina matalimmat Helsingissä. Ahdistuneisuushäiriöiden vuodeosastohoito on vähentynyt ja avohoito on lisääntynyt kaikissa kaupungeissa. Kokonaiskustannukset ovat kasvaneet Espoossa ja Vantaalla, vuoden 2014 taso on kuitenkin noin vuoden 2009 tasolla huolimatta viimeisten vuosien joistakin heilahteluista. Helsingissä kustannukset ovat laskeneet vuonna 2012 ja pysyneet suhteellisen tasaisena seuraavina vuosina (kuvat 19 ja 20).

Avosairanhoidon kustannukset ovat kasvaneet tasaisesti joka kaupungissa ja vuodeosastohoidon kustannukset ovat pienentyneet. Kaikkein selvin erikoissairanhoidon vuodeosastohoidon kustannusten väheneminen on todettavissa Helsingissä. Perusterveydenhuollossa syntyneet kustannukset ovat hyvin pieniä erikoissairaanhoidon nähden; ne ovat noin 8-10 -kertaa pienempiä suhteutettuna yksin erikoissairanhoidon avohoidon kustannuksiin. Yksityisen avohoidon osuus kustannuksista on erittäin pieni. (Kuvat 19 ja 20.)

Kuvat 19 (a, b). Sairanhoidon kokonaiskustannukset ahdistuneisuushäiriöryhmän (F40-F43, F93 - ei F93.89) päädiagnoosin saanutta 13–17 -vuotiasta kohti Espoossa ja Vantaalla vuosina 2006–2014.

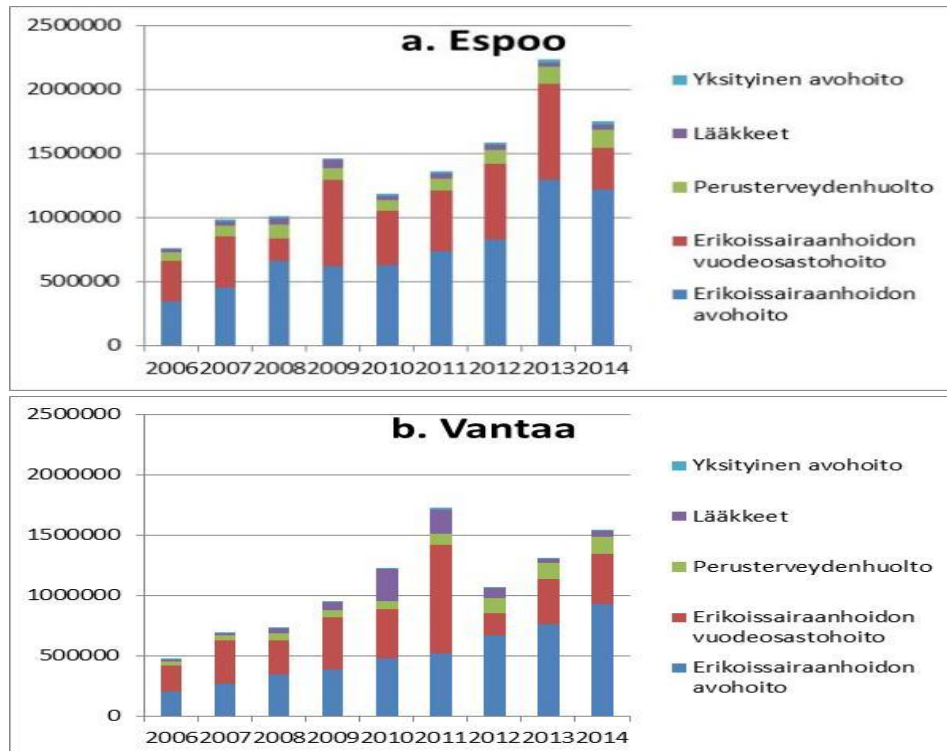


Kuva 20. Sairaanhoidon kokonaiskustannukset ahdistuneisuushäiriöryhmän (F40-F43, F93, ei F93.89) päädiagnoosin saanutta 13–17 -vuotiasta kohti Helsingissä vuosina 2006–2014.



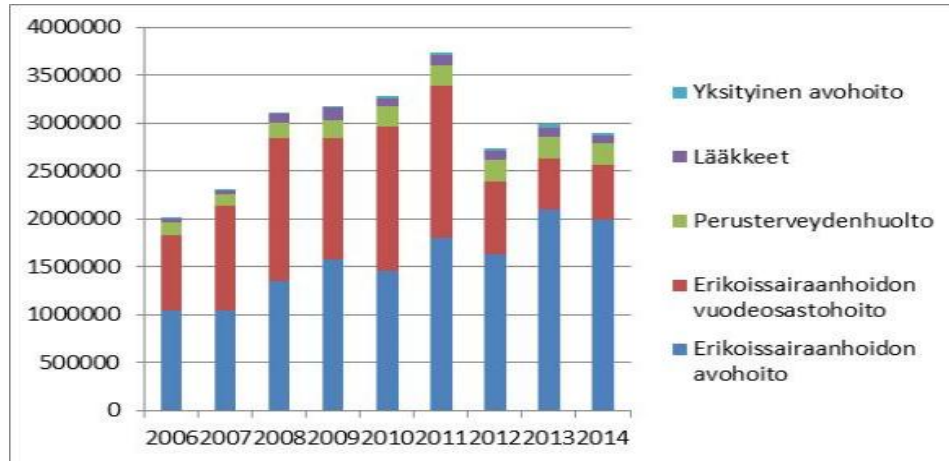
Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoidon kokonaiskustannukset pääkaupunkiseudun kaupungeissa esitetään kuvissa 21 ja 22. Espoossa vuodeosastohoidon kustannukset ovat laskeutuneet vuonna 2014, Vantaalla ja Helsingissä jo vuonna 2012. Erikoissairaanhoidon avohoidon kustannukset ovat lisääntyneet tasaisesti kaikissa kaupungeissa. Perusterveydenhuollon kustannukset ovat erikoissairaanhoidon kustannuksista noin kymmenesosan kaikissa kaupungeissa (kuvat 21 ja 22).

Kuvat 21 a ja b. Ryhmään ahdistuneisuushäiriöt (F40-F43, F93, ei F93.89) sisältyvän päädiagnoosin saaneiden 13–17 -vuotiaiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset Espoossa ja Vantaalla vuosina 2006–2014.





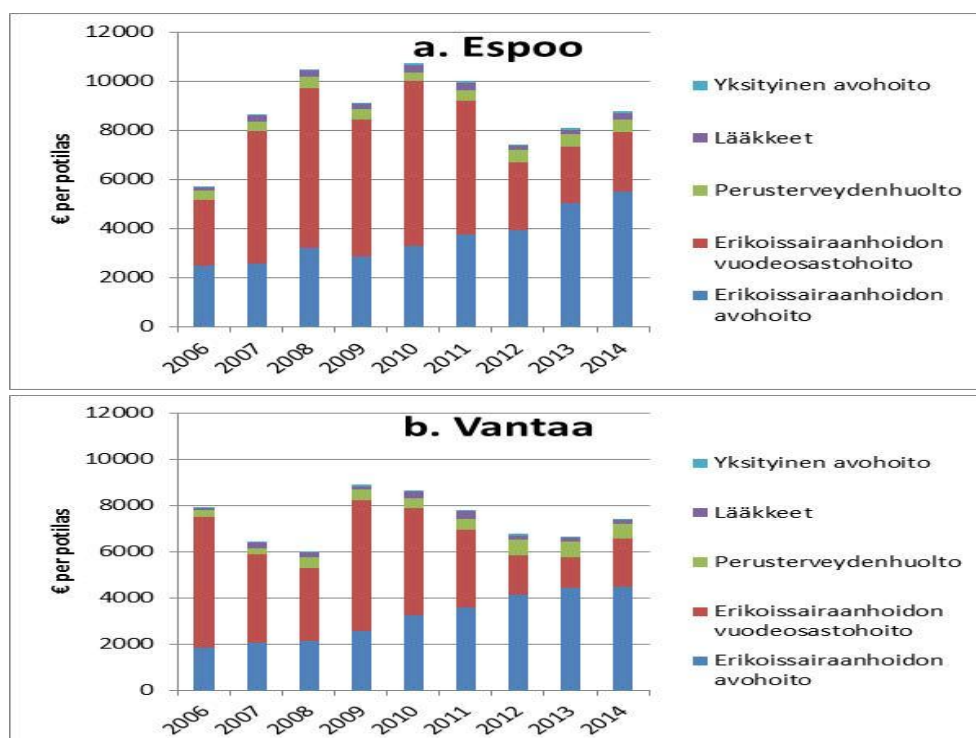
Kuva 22. Ryhmään ahdistuneisuushäiriöt (F40-F43, F93, mutta pois lukien F93.89) sisältyvän päädiagnoosin saaneiden 13–17 -vuotiaiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset Helsingissä vuosina 2006–2014.



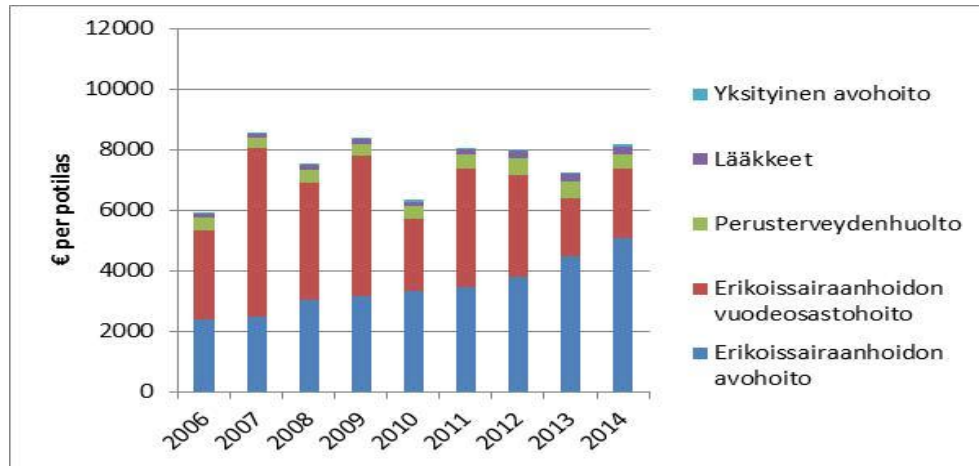
Nuorten masennus ja pitkäaikaiset/muut mielialahäiriöt:

Masennukseen liittyvän päädiagnoosin saanutta 13–17 -vuotiasta kohti lasketut kustannukset ovat tarkasteluajanjaksona olleet pääosin korkeimmat Espoossa (kuvat 23 ja 24). Koko tarkasteluvälillä nuorta kohden lasketut kokonaiskustannukset pienenevät hieman Vantaalla, Helsingissä ne kasvoivat noin 40 % ja Espoossa noin 50 %, kasvu on kuitenkin vuoteen 2006 nähden, kasvu on käytännössä pysähtynyt vuoden 2007 tasoon näissä kaupungeissa. Avohoidon kustannusosuus on kasvanut tasaisesti ja vuodeosastohoidon osuus on pienentynyt joka kaupungissa, joskin vuodeosastohoidon kustannuksissa on ollut enemmän hypähtelyä.

Kuva 23 (a, b). Sairaanhoidon kustannukset masennukseen liittyvän päädiagnoosin (F32-F34, F39) saanutta 13–17 -vuotiasta kohti Espoossa ja Vantaalla vuosina 2006–2014.

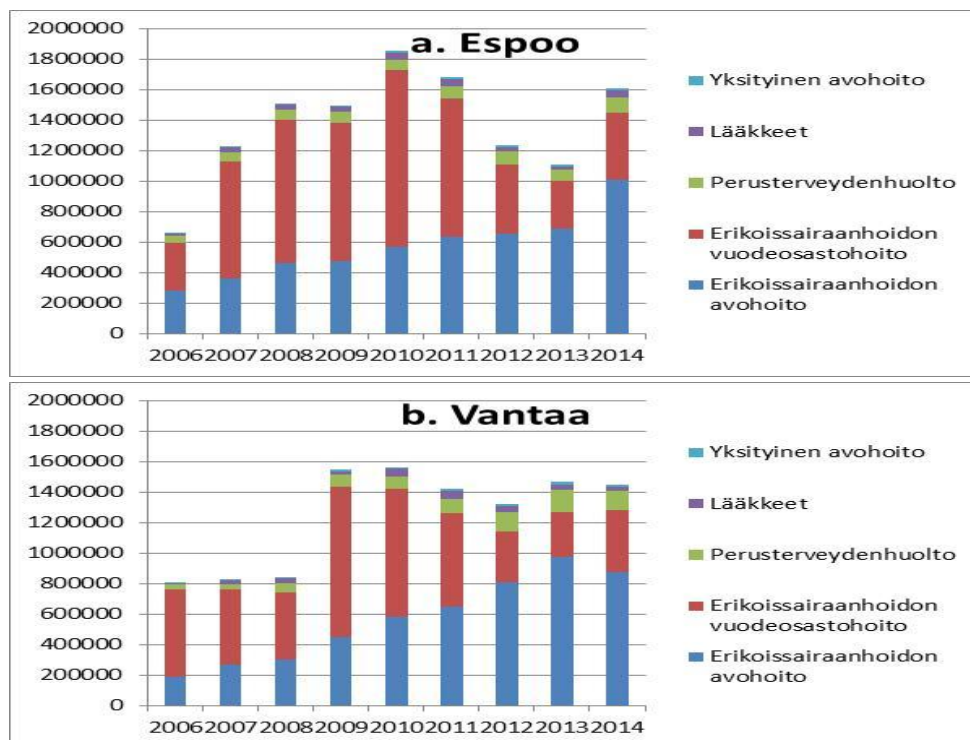


Kuva 24. Sairaanhoidon kustannukset masennukseen liittyvän päädiagnoosin (F32-F34, F39) saanutta 13–17 -vuotiasta kohti Helsingissä vuosina 2006–2014.

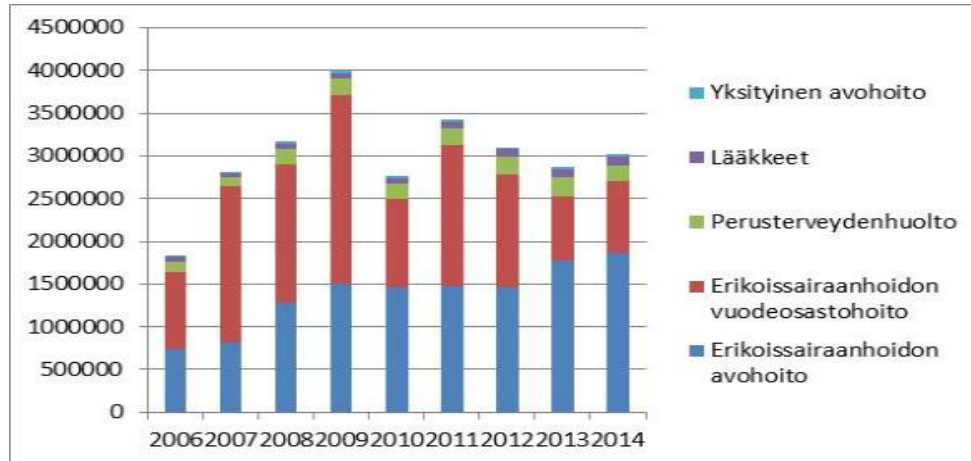


Sama kehitys on nähtävissä nuorten masennuksen sairaanhoidon kokonaiskustannuksissa (kuvat 25 ja 26), joskin Vantaalla vuodeosastohoidon kustannukset ovat nousseet äkisti vuonna 2009. Tarkasteluajanjakson viimeisinä vuosina kokonaiskustannukset ovat pysyneet Vantaalla ja Helsingissä suhteellisen tasaisina eivätkä ole nousseet vuoden 2009 tasosta vuoteen 2014 mennessä. Espoossa kokonaiskustannukset ovat nousseet vain hieman vuoden 2009 tasosta vuoteen 2014 mennessä. Perusterveydenhuollon osuus masennuksen hoidon kokonaiskustannuksista jää kaikissa kaupungeissa alle kymmenesosaan.

Kuvat 25 (a, b). Masennukseen liittyvän päädiagnoosin (F32-F34, F39) saaneiden 13–17 -vuotiaiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset Espoossa ja Vantaalla vuosina 2006–2014.



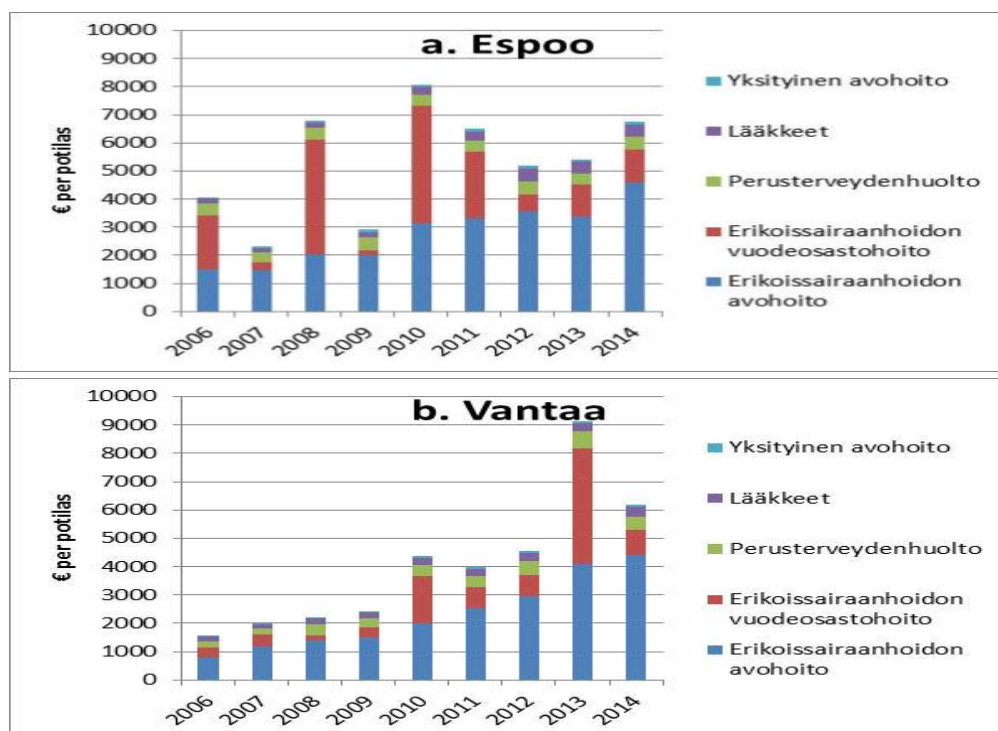
Kuva 26. Masennukseen liittyvän päädiagnoosin (F32-F34, F39) saaneiden 13–17 -vuotiaiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset Helsingissä vuosina 2006–2014.



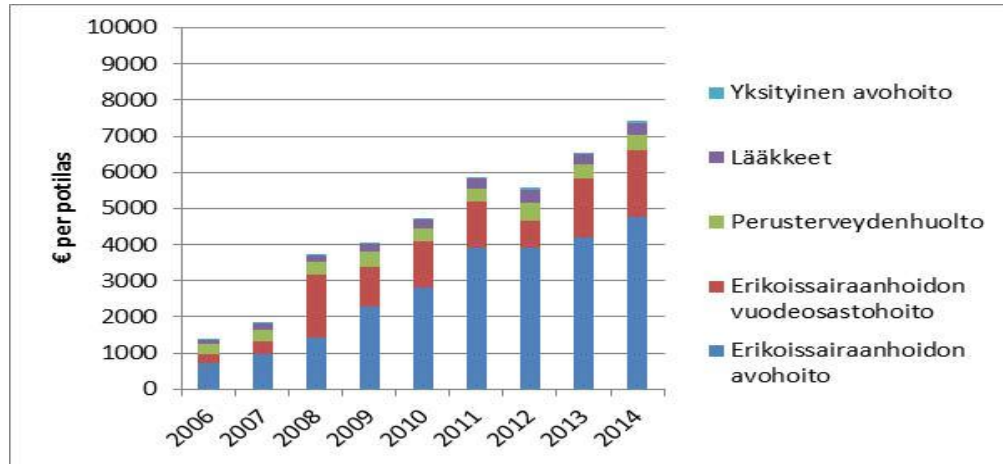
Lasten neuropsykiatriset häiriöt:

Lasten neuropsykiatrisista häiriöistä yleisimpiin, hyperkineettisiin ja nykimishäiriöihin liittyvän päädiagnoosin saanutta 0–12 -vuotiasta kohti lasketut kustannukset ovat tarkasteluajanjakson alkuvuosina olleet matalimmat Helsingissä, mutta kasvaneet siellä nopeimmin ollen vuonna 2014 kaupungeista korkeimmat. Erikoissairaanhoidon avohoidon potilaskohtaiset kustannukset ovat kasvaneet tasaisesti joka kaupungissa. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaskohtaiset kustannukset ovat viimeisiä vuosia lukuun ottamatta vaihdelleet Espoossa ja Vantaalla, edellisessä tasaantuen. Helsingissä vuodeosastohoidon kustannukset ovat vähitellen kasvaneet. Perusterveydenhuollon osuus kustannuksista on pieni (Kuvat 27 ja 28).

Kuva 27 (a, b). Sairaanhoidon kustannukset hyperkineettisiin ja nykimishäiriöihin liittyvän päädiagnoosin (F90, F95) saanutta 0–12 -vuotiasta kohti Espoossa ja Vantaalla vuosina 2006–2014.

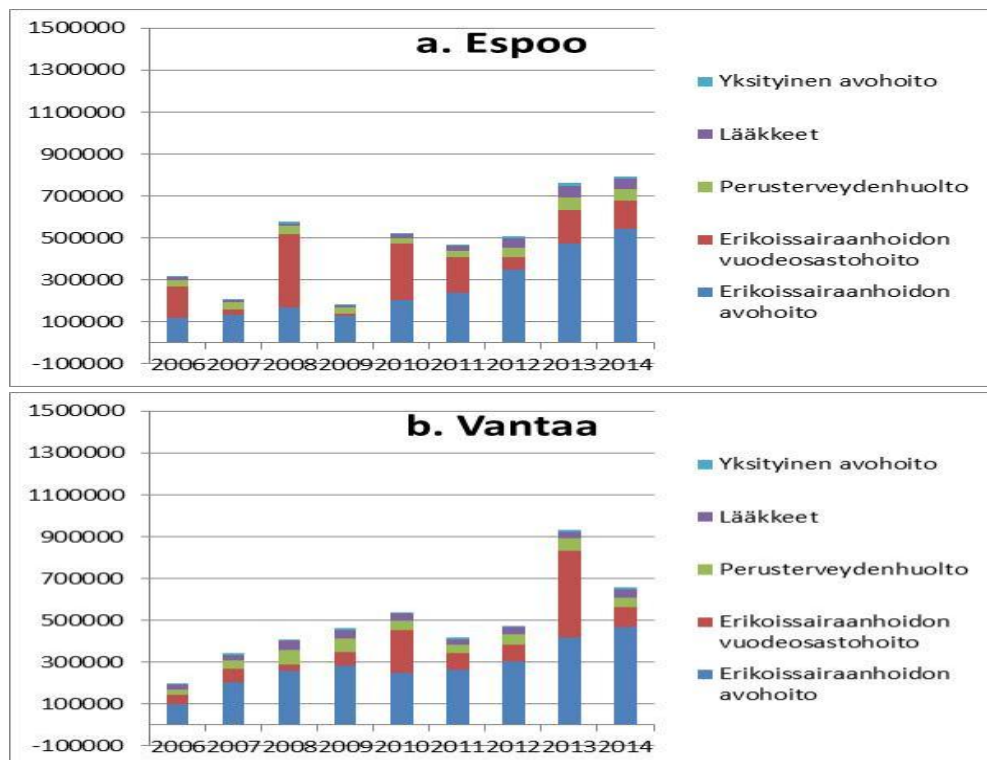


Kuva 28. Sairaanhoidon kustannukset hyperkineettisiin ja nykimishäiriöihin liittyvän päädiagnoosin (F90, F95) saanutta 0–12 -vuotiasta kohti Helsingissä vuosina 2006–2014.

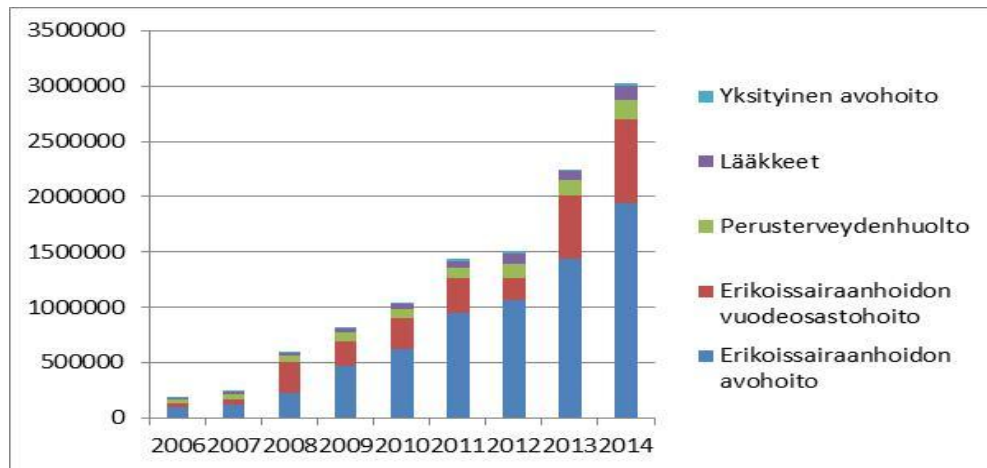


Lasten neuropsykiatristen häiriöiden hoidon kokonaiskustannukset pääkaupunkiseudun kunnissa esitetään kuvissa 29 ja 30. Kustannukset ovat kasvaneet joka kaupungissa, mutta eniten Helsingissä, jossa kokonaiskustannukset vuonna 2014 (noin 3 000 000 eur) ovat lähes nelikertaiset Espooseen (noin 800 000 eur) ja lähes viisinkertaiset Vantaaseen (runsas 600 000 eur) nähden, eli selkeästi enemmän kuin väestökohtaiset erot. Vuodeosastohoidon kokonaiskustannukset ovat vaihdelleet Espoossa ja Vantaalla suuresti. Perusterveydenhuollon osuus kokonaiskustannuksista on kaikissa kaupungeissa pieni, noin kymmenesosan (Kuvat 29 ja 30).

Kuva 29 (a, b). Hyperkineettisiin ja nykimishäiriöihin liittyvän päädiagnoosin (F90, F95) saaneiden 0–12 -vuotiaiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset Espoossa ja Vantaalla vuosina 2006–2014.



Kuva 30. Hyperkineettisiin ja nykimishäiriöihin liittyvän päädiagnoosin (F90, F95) saaneiden 0–12 -vuotiaiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset Helsingissä vuosina 2006–2014.



### Vuosittaisten kohorttien tarkastelu

Aineistosta muodostettiin vuosittain kohortteja siten, että kunkin vuoden kohortissa on kyseisenä vuonna ensimmäisen F-päädiagnoosinsa saaneet lapset ja nuoret. Kaiken kaikkiaan aineistossa on 25 855 lasta ja nuorta ja kunkin vuoden (2006–2014) kohorttiin kuuluu hieman alle 3 000 lasta ja nuorta. Läpi koko tarkastelujakson kunakin vuonna yleisin diagnoosiryhmä on 0-12 -vuotiailla lapsilla ollut F80-F89 Psykkisen kehityksen häiriöt, nuorilla puolestaan yleisimpiä diagnooseja olivat ahdistuneisuushäiriöt sekä masennukseen ja pitkäaikaisiin/muihin mielialahäiriöihin luettavat häiriöt. Kuntien välillä ei ollut merkittäviä eroja tiettyjen diagnoosien yleisyydessä.

Lasten vuosikohortit:

Kaikissa kolmessa kaupungissa erikoissairaanhoidon jollakin mielenterveyshäiriöihin viittavalla diagnoosilla päätyneiden 0-12 -vuotiaiden lasten määrä on kasvanut vuosien 2006–2014 välisenä aikana. Vuosittain uusien potilaiden määrä vaihtelee jonkin verran, mutta jakson alusta (2006) loppuun (2014) verrattuna kasvu oli huomattavasti suurempaa Espoossa ja Vantaalla (molemmissa 31 %) kuin Helsingissä (3 %). Tarkkaavaisuus- tai nykimishäiriödiagnoosilla erikoissairaanhoidon tulevien lasten määrä sen sijaan vaihtelee kaupunkien välillä: Helsingissä F90- tai F95 -diagnoosien määrä on yli kaksinkertaistunut, Vantaalla se on laskenut ja Espoossa pysynyt tasaisena. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Uusien erikoissairaanhoidon F-diagnoosin saaneiden lasten (0-12 -vuotiaat) määrä kunakin vuonna Espoossa, Helsingissä ja Vantaalla vuosina 2006–2014.

	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
<b>Espoo</b>									
Kaikki uudet F-diagnoosit yhteensä	<b>423</b>	474	452	403	356	369	359	381	322
Neuropsykiatriset häiriöt (F90, F95)	<b>31</b>	49	29	28	20	31	24	43	27
<b>Vantaa</b>									
Kaikki uudet F-diagnoosit yhteensä	<b>462</b>	431	360	332	285	370	372	374	354
Neuropsykiatriset häiriöt (F90, F95)	<b>25</b>	21	27	20	22	47	56	71	43
<b>Helsinki</b>									
Kaikki uudet F-diagnoosit yhteensä	<b>995</b>	957	841	897	808	944	936	770	975
Neuropsykiatriset häiriöt (F90, F95)	<b>119</b>	99	74	84	64	65	78	45	49

#### Nuorten vuosikohortit:

Tarkasteltaessa 13–17 -vuotiaiden nuorten ikäryhmää havaitaan että noin 2/3:aa uusista F-päädiagnooseista liittyy heillä ahdistuneisuushäiriöihin tai masennukseen ja pitkäaikaisiin/ muihin mielialahäiriöihin luettaviin häiriöihin. Tässä jakaumassa ei ole merkittäviä eroja kuntien välillä: näiden kahden häiriöryhmän osuus kaikista häiriöistä oli vuonna 2014 Espoossa ja Helsingissä molemmissa 64 %, Vantaalla se oli 73 %. Näiden häiriöryhmien osuus kaikista häiriöistä tarkastelluissa kaupungeissa on myös pysynyt karkeasti ottaen yhtä suurena kahdeksan vuoden aikana. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Ensimmäisen erikoissairaanhoidon F-diagnoosin saaneiden nuorten (13–17 -vuotiaat) määrä kunakin vuonna Espoossa, Helsingissä ja Vantaalla vuosina 2006–2014.

	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
<b>Espoo</b>									
Kaikki uudet F-diagnoosit yhteensä	<b>264</b>	292	319	268	234	281	267	261	224
Masennus ja mielialahäiriöt (F32-F34, F39)	<b>78</b>	73	86	68	65	81	67	64	52
Ahdistuneisuushäiriöt (F40-F43, F93, ei F93.89)	<b>91</b>	101	104	84	71	93	96	84	86
<b>Vantaa</b>									
Kaikki uudet F-diagnoosit yhteensä	<b>217</b>	241	263	218	206	231	223	179	225
Masennus ja mielialahäiriöt (F32-F34, F39)	<b>77</b>	87	91	76	82	91	79	56	77
Ahdistuneisuushäiriöt (F40-F43, F93, ei F93.89)	<b>81</b>	70	77	67	64	73	55	52	77
<b>Helsinki</b>									
Kaikki uudet F-diagnoosit yhteensä	<b>530</b>	609	559	626	594	643	620	462	528
Masennus ja mielialahäiriöt (F32-F34, F39)	<b>164</b>	178	171	184	186	192	194	155	155
Ahdistuneisuushäiriöt (F40-F43, F93, ei F93.89)	<b>176</b>	191	161	197	165	200	188	134	161

## Terveystuollon palvelujen käyttö F-päädiagnoosia edeltävän vuoden aikana

Lasten neuropsykiatriset häiriöt:

Tarkkaavaisuus- tai nykimishäiriöihin viittaavalla päädiagnoosilla erikoissairaanhoidon tulleiden 0-12 -vuotiaiden lasten terveystuollon käyttö F-päädiagnoosia edeltävän vuoden aikana oli hyvin samankaltaista eri kunnissa ja läpi koko tarkasteluajanjakson. Perusterveystuollon käyntejä (mukaan lukien neuvola ja kouluterveydenhuolto) lapsilla oli vuodesta ja kunnasta riippumatta: keskimääräisten käyntien lukumäärän vaihteluväli koko jaksolla oli 2-9. Vuonna 2014 vaihteluväli kaupunkien keskimääräisissä käynneissä oli 5-8. Erikoissairaanhoidon avokäyntejä näillä lapsilla oli yhdestä kahteen, mutta vuodeosastohoito käyttö ennen diagnoosin asettamista oli todella harvinaista.

Taulukko 5. Tarkkaavaisuus- tai nykimishäiriöiden takia erikoissairaanhoidon tulleiden lasten (0-12 -vuotiaat) terveystuollon palvelujen käyttö F90 tai F95 -päädiagnoosia edeltävän vuoden aikana.

	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
<b>Espoo</b>									
Pth-käyntejä keskimäärin	5	7	6	6	8	9	6	9	4
Esh -avokäyntejä keskimäärin	1	1	2	2	1	2	1	3	2
Esh-vuodeosastohoitopäiviä keskimäärin	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Vantaa</b>									
Pth-käyntejä keskimäärin	8	9	8	7	7	6	7	5	2
Esh-avokäyntejä keskimäärin	1	2	1	2	1	1	1	2	1
Esh-vuodeosastohoitopäiviä keskimäärin	0	0	0	0	0	0	0	1	0
<b>Helsinki</b>									
Pth-käyntejä keskimäärin	8	7	8	7	7	8	6	6	3
Esh-avokäyntejä keskimäärin	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Esh-vuodeosastohoitopäiviä keskimäärin	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nuorten ahdistuneisuushäiriöt:

Perusterveystuollon keskimääräisissä käynneissä ei ollut kaupunkien välillä suuria eroja myöskään, kun tarkasteluun otettiin ahdistuneisuushäiriöiden (F40-F43, F93) vuoksi hoitoon päätyneet nuoret. Perusterveystuollon käyntejä oli vuonna 2014 keskimäärin 8-10 kaikissa kaupungeissa, mikä oli joitakin enemmän kuin neuropsykiatrisista häiriöstä kärsivillä lapsilla. Kouluterveydenhuollon käynnit kyettiin jaottelemaan koululääkäreiden ja kouluterveydenhoitajan käynteihin: kolmen viimeisimmän vuoden aikana kaikissa kaupungeissa lääkärikäyntejä oli keskimäärin yksi, terveystuollon käyntejä 4-5. Lievä lisääntyvä trendi näyttyy ennen F-diagnoosin asettamista toteutettujen perusterveystuollon käyntien kokonaismäärän nousussa kussakin kaupungissa vuodesta 2006 vuoteen 2014, selvimmin Vantaalla.

Vuodeosastohoito oli harvinaista myös näissä ryhmissä F-päädiagnoosia edeltävän vuoden aikana, mutta erikoissairaanhoidon avokäyntejä oli kaikkiaan hieman enemmän kuin neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivillä lapsilla. Ne vähentyivät tarkasteluaikana kaikissa kaupungeissa. Espoossa erikoissairaanhoidon avokäyntejä diagnoosia edeltävästi oli keskimäärin hieman enemmän kuin Helsingissä ja Vantaalla, kuntien vaihteluväli vuonna 2014 oli 1-4. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Ahdistuneisuushäiriön takia (F40-F43, F93, pois lukien F93.89) takia erikoissairaanhoidon kunakin vuonna tulleiden nuorten (13–17 -vuotiaat) terveydenhuollon palvelujen käyttö F-päädiagnoosia edeltävän vuoden aikana.

	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
<b>Espoo</b>									
Kaikki pth -käynnit keskimäärin (sis. kouluterveydenhuollon)	9	8	8	7	8	7	8	7	4
Lääkärikäyntejä kouluterveydenhuollossa	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Hoitajakäyntejä kouluterveydenhuollossa	4	3	4	4	4	4	5	4	2
Esh -avohoitokäyntejä	4	3	3	4	5	5	6	8	6
Esh -vuodeosastohoitopäiviä	0	1	1	1	1	0	1	1	0
<b>Vantaa</b>									
Kaikki pth -käynnit keskimäärin (sis. kouluterveydenhuollon)	10	11	10	7	6	9	5	4	2
Lääkärikäyntejä kouluterveydenhuollossa	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Hoitajakäyntejä kouluterveydenhuollossa	5	5	5	4	2	5	2	1	0
Esh -avohoitokäyntejä	1	3	2	3	3	2	7	5	5
Esh -vuodeosastohoitopäiviä	2	2	0	3	0	1	1	2	2
<b>Helsinki</b>									
Kaikki pth -käynnit keskimäärin (sis. kouluterveydenhuollon)	8	9	9	8	8	7	7	7	4
Lääkärikäyntejä kouluterveydenhuollossa	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Hoitajakäyntejä kouluterveydenhuollossa	4	5	5	5	5	5	4	5	2
Esh -avohoitokäyntejä	2	2	3	3	2	4	4	4	3
Esh -vuodeosastopäiviä	1	1	1	1	1	1	2	1	0

Nuorten masennus ja pitkäaikaiset ja muut mielialahäiriöt:

Perusterveydenhuollon keskimääräisissä käynneissä ei ollut kuntien välisiä eroa myöskään, kun tarkasteluun otettiin masennuksen tai muiden mielialahäiriöiden (F32-F34, F39) vuoksi erikoissairaanhoidon päättyneet nuoret: kolmen viime vuoden aikana kaupungeissa toteutui tasaisesti keskimäärin 8-9 käyntiä. Kuten ahdistuneisuushäiriöissäkin, koululääkäriin käyntejä on toteutunut kaikissa kaupungeissa keskimäärin yksi, kouluterveydenhoitajan käyntejä 4-5. Masennuksen hoidossa samanlaista perusterveydenhuollon kokonaiskäyntien lisääntyvää trendiä kuin ahdistuneisuushäiriöissä ei ole selkeästi todettavissa, ja pääosin noin vuodesta 2008 alkaen ollaan kokonaiskäynneissä 2014 tasolla.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito oli harvinaista myös tässä ryhmässä F-päädiagnoosia edeltävän vuoden aikana. Erikoissairaanhoidon avokäynneissä nähtiin sama vähenevä aikatrendi kuin ahdistuneisuushäiriöiden kohdalla, vuonna 2014 kaupunkien vaihteluväli oli 1-



2. Espoossa avokäyntejä oli keskimäärin hieman enemmän kuin Helsingissä ja Vantaalla. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Masennuksen tai muiden mielialahäiriöiden (F32-F34, F39) takia erikoissairaanhoidon kunakin vuonna tulleiden nuorten (13–17 -vuotiaat) terveydenhuollonpalvelujen käyttö F-päädiagnoosia edeltävän vuoden aikana.

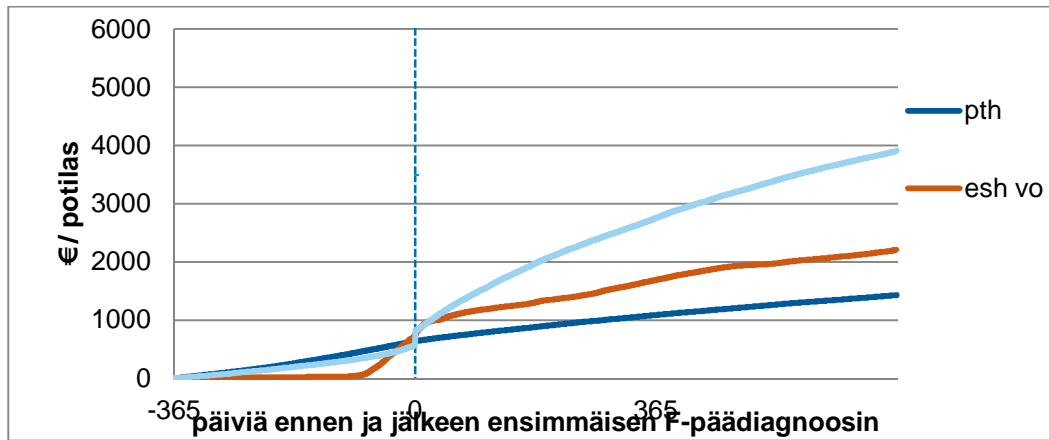
	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
<b>Espoo</b>									
Kaikki pth -käynnit keskimäärin (sis. kouluterveydenhuollon)	9	8	9	9	8	6	8	7	4
Lääkärikäyntejä kouluterveydenhuollossa	1	1	1	1	0	0	1	1	0
Hoitajakäyntejä kouluterveydenhuollossa	5	4	5	5	3	4	5	4	2
Esh -avohoitokäyntejä	2	3	2	4	4	3	4	6	6
Esh -vuodeosastohoitopäiviä	0	0	0	1	0	0	0	1	0
<b>Vantaa</b>									
Kaikki pth -käynnit keskimäärin (sis. kouluterveydenhuollon)	8	9	9	10	8	8	6	4	2
Lääkärikäyntejä kouluterveydenhuollossa	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Hoitajakäyntejä kouluterveydenhuollossa	5	5	4	5	4	4	3	1	0
Esh -avohoitokäyntejä	1	2	1	2	3	3	2	4	3
Esh -vuodeosastopäiviä	0	0	0	1	1	0	0	1	3
<b>Helsinki</b>									
Kaikki pth -käynnit keskimäärin (sis. kouluterveydenhuollon)	9	9	9	8	7	9	9	7	5
Lääkärikäyntejä kouluterveydenhuollossa	1	1	1	1	1	0	1	1	0
Hoitajakäyntejä kouluterveydenhuollossa	5	5	5	5	5	5	5	4	3
Esh -avohoitokäyntejä	2	1	1	1	1	2	4	3	4
Esh -vuodeosastopäiviä	0	0	0	0	0	0	0	2	1

## Sairaanhoidon kumulatiiviset kustannukset vuosi ennen ja kaksi vuotta F -diagnoosin asettamista ja kaksi vuotta sen jälkeen

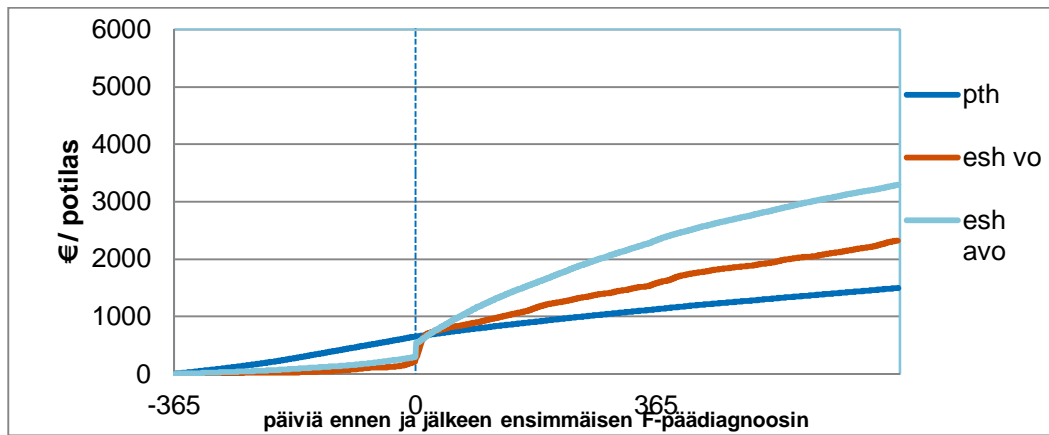
0-12 -vuotiaat lapset:

Kaupunkien välillä oli eroja kustannusten kumuloitumisessa ajassa vuosi ennen F-päädiagnoosia ja kaksi vuotta sen jälkeen. F-päädiagnoosin saaneiden 0-12 -vuotiaiden lasten keskimääräiset kumulatiiviset kustannukset potilasta kohti kohosivat tarkasteluajanjaksolla Espoossa huomattavasti korkeammiksi kuin Helsingissä tai Vantaalla. Lisäksi kaupunkien välillä oli eroja siinä, miten kustannukset jakautuivat eri kustannusryhmiin ajassa: Espoossa vuodeosastohoidon kustannuksia kertyi potilaille ennen ensimmäistä F-päädiagnoosijaksoa enemmän kuin Helsingissä tai Vantaalla. Koko kolmen vuoden seurannan aikana vuodeosastohoidon kustannukset olivat alhaisimmat helsinkiläisillä lapsilla. Perusterveydenhuollon kumulatiivisissa kustannuksissa ei kaupunkien välillä ollut suuria eroja, mutta myös ne olivat alhaisimmat Helsingissä. Erikoissairaanhoidon avohoidon kustannuksia kertyi Vantaalla vähemmän kuin Espoossa tai Helsingissä. (Kuvat 31–33.)

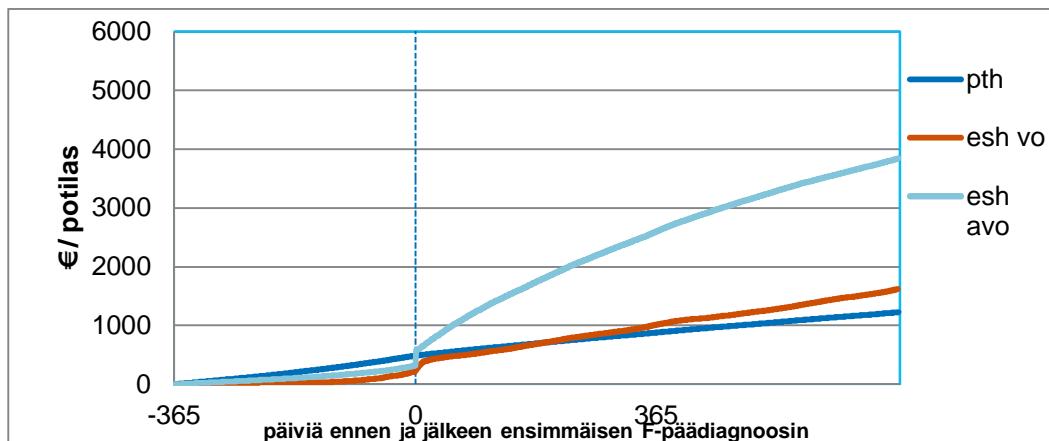
Kuva 31. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin lasta kohti Espoossa (mukana kaikki F-päädiagnoosin saaneet 0-12 -vuotiaat).



Kuva 32. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin lasta kohti Vantaalla (mukana kaikki F-päädiagnoosin saaneet 0-12 -vuotiaat).



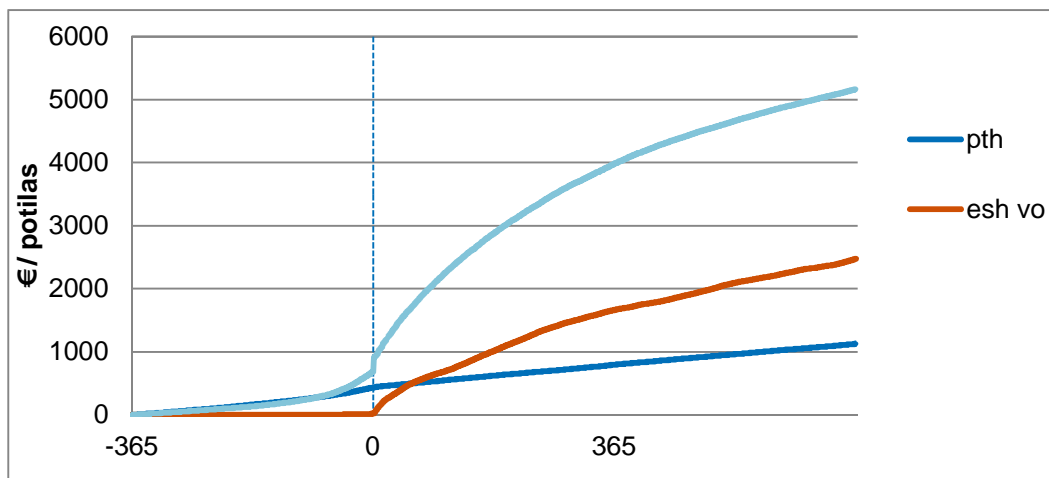
Kuva 33. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin lasta kohti Helsingissä (mukana kaikki F-päädiagnoosin saaneet 0-12 -vuotiaat).



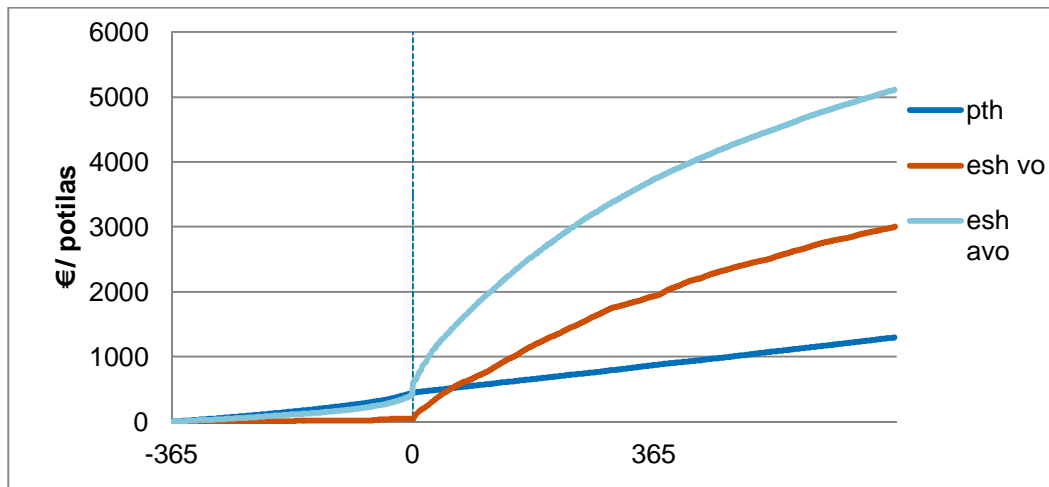
13–17 -vuotiaat nuoret:

Erikoissairaanhoidon kumulatiiviset kustannukset olivat 13–17 -vuotiailla nuorilla potilasta kohden kaiken kaikkiaan alhaisemmat kuin lapsilla. Kumulatiivisesti kustannuksia kertyi seuranta-aikana hyvin samankaltaisesti kaikissa kolmessa kunnassa, ja kustannukset ennen ensimmäistä F-päädiagnoosia olivat melko pieniä. Espoossa erikoissairaanhoidon avokäynneistä kertyi seuranta-ajanjaksolla suuremmat kustannukset kuin vuodeosastohoidosta. Helsingissä ja Vantaalla erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon kustannukset olivat melko samansuuruisia, osastohoidon vähän avohoitoa suuremmat. (Kuvat 34–36.)

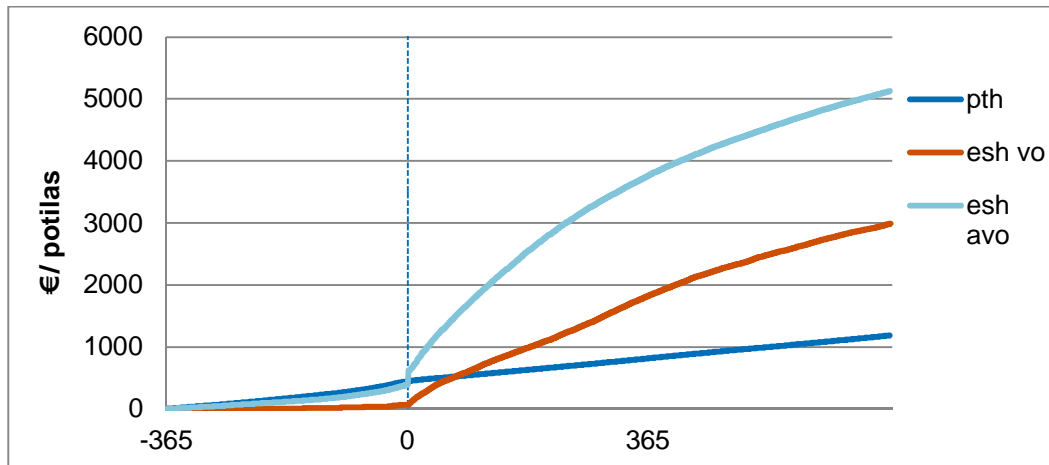
Kuva 34. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin nuorta kohti Espoossa (mukana kaikki F-päädiagnoosin saaneet 13–17 -vuotiaat).



Kuva 35. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin nuorta kohti Vantaalla (mukana kaikki F-päädiagnoosin saaneet 13–17 -vuotiaat).



Kuva 36. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin nuorta kohti Helsingissä (mukana kaikki F-päädiagnoosin saaneet 13–17 -vuotiaat).



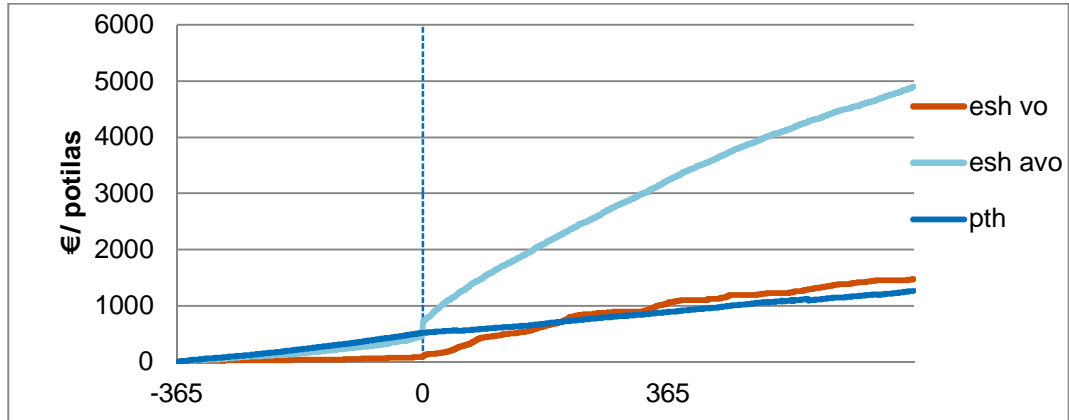
Kumulatiivisissa kustannuksissa ei ole mukana niitä lapsia ja nuoria, joiden kustannukset poikkesivat merkittävästi keskimääräisistä kustannuksista (eli olivat yli kolme kertaa keskihajan verran keskimääräisiä kustannuksia suuremmat). Kaiken kaikkiaan näitä poikkeavan kalliita potilaita oli 301 (1 % koko aineistosta): lapsista 77 (0,5 %) ja nuorista 224 (2 %).

Kumulatiivisia kustannuksia tarkasteltiin myös erikseen tietyissä diagnoosiryhmissä. 0-12 -vuotiailla lapsilla näitä tarkasteltiin neuropsykiatristen häiriöiden (luokat F90 hyperkineettiset häiriöt ja F95 nykimishäiriöt) ryhmässä. 13–17 -vuotiailla nuorilla tarkastelu tehtiin ahdistuneisuushäiriöiden ryhmässä (luokat F40-F43, ja F93, pois lukien koodi F93.89) sekä masennuksen ja muiden mielialahäiriöiden (luokat F32-F34, F39) ryhmässä.

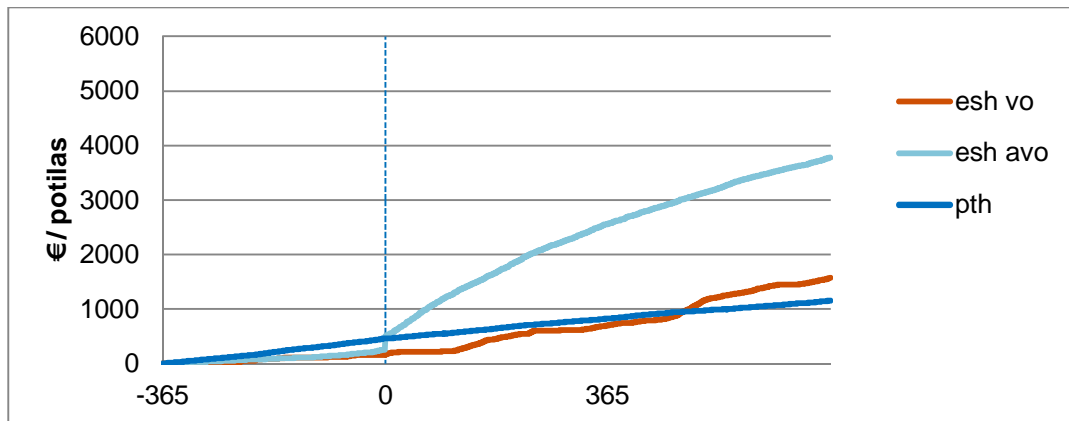
Lasten neuropsykiatristen häiriöiden kumulatiiviset kustannukset:

0-12 -vuotiaiden lasten neuropsykiatristen häiriöiden aiheuttama perusterveydenhuollon kustannuskehitys ennen ja jälkeen F-diagnoosin oli samankaltaista, ja melko vähäistä kokonaiskustannuksiin nähden kaikissa kaupungeissa. Kokonaiskustannukset ennen F-diagnoosia olivat matalat ja samansuuntaiset kaikissa kaupungeissa. Pääosin F-diagnoosin asettamisen jälkeen syntyneistä kokonaiskustannuksista nähdään, että Helsingissä kumulatiiviset kokonaiskustannukset ja sekä erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon että avohoidon kokonaiskustannukset olivat kaikkein korkeimmat. Espoossa erikoissairaanhoidon avohoidon kustannuskertymä oli suurempi kuin Vantaalla. (Kuvat 37–39.)

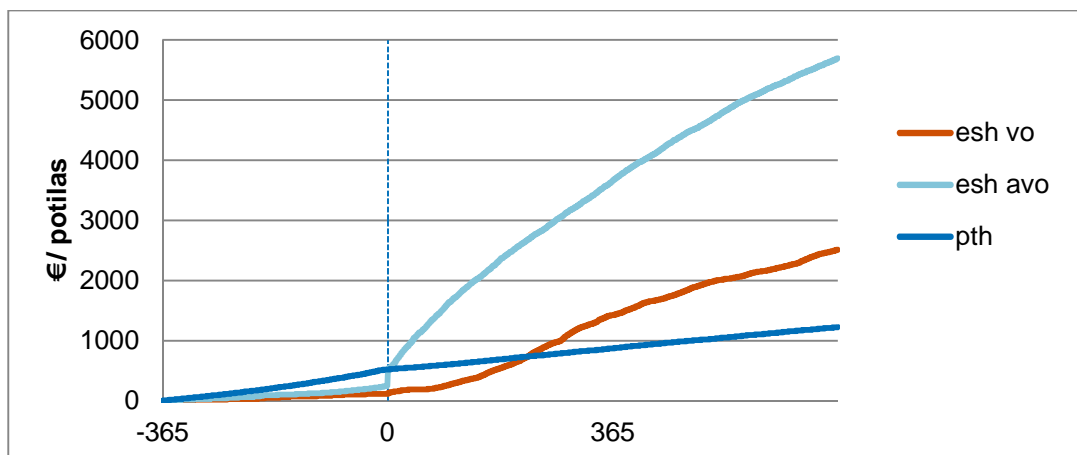
Kuva 37. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin lasta kohti Espoossa, kun tarkastelussa 0-12-vuotiaat lapset, joilla päädiagnoosina F90 Hyperkineettiset häiriöt tai F95 Nykimishäiriöt.



Kuva 38. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin lasta kohti Vantaalla, kun tarkastelussa 0-12-vuotiaat lapset, joilla päädiagnoosina F90 Hyperkineettiset häiriöt tai F95 Nykimishäiriöt.



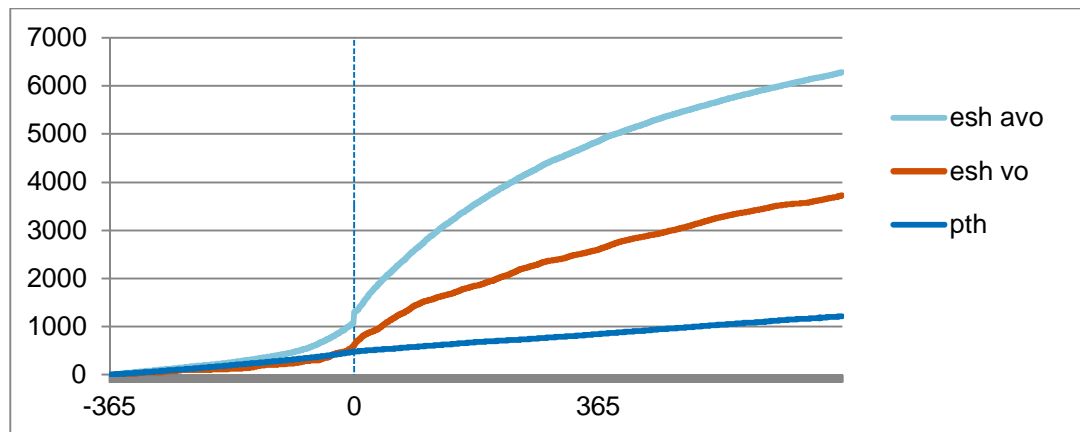
Kuva 39. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin lasta kohti Helsingissä, kun tarkastelussa 0-12-vuotiaat lapset, joilla päädiagnoosina F90 Hyperkineettiset häiriöt tai F95 Nykimishäiriöt.



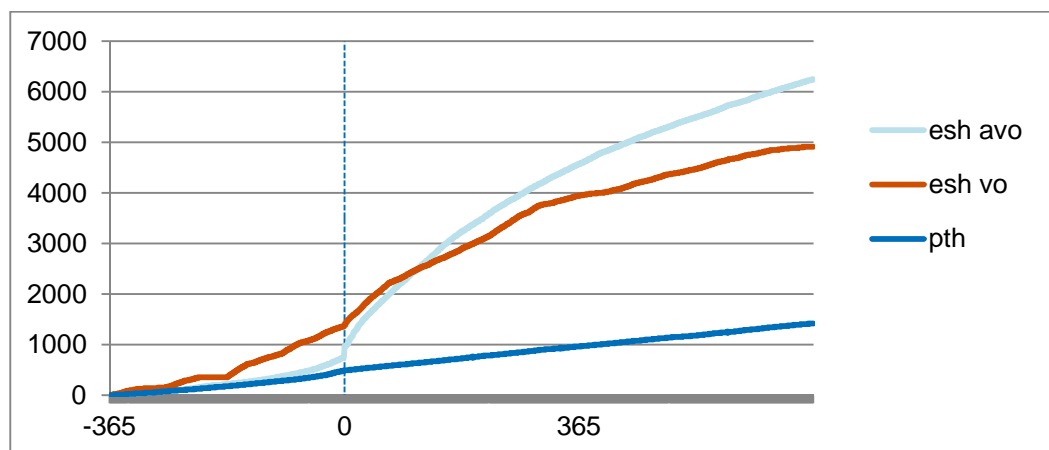
Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden kumulatiiviset kustannukset:

13–17 -vuotiaiden nuorten ahdistuneisuushäiriöiden aiheuttama perusterveydenhuollon kustannuskehitys ennen ja jälkeen F-diagnoosin asettamista oli melko vähäistä kokonaiskustannuksiin nähden kaikissa kaupungeissa. Kokonaiskustannukset ennen F-diagnoosia olivat matalat ja samansuuntaiset kaikissa kaupungeissa, paitsi Vantaalla aiheutui muita kaupunkeja enemmän erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon kustannuksia. Pääosin F-diagnoosin asettamisen jälkeen syntyneistä kokonaiskustannuksista nähdään, että kaikissa kaupungeissa erikoissairaanhoidon avohoidon kustannukset olivat osastohoidon kustannuksia suuremmat, ja samalla tasolla keskenään. Erikoissairaanhoidon osastohoidon kumulatiivisissa kustannuksissa oli eroja siten, että ne olivat Helsingissä korkeimmat, ja Vantaalla korkeammat kuin Espoossa. (Kuvat 40–42.)

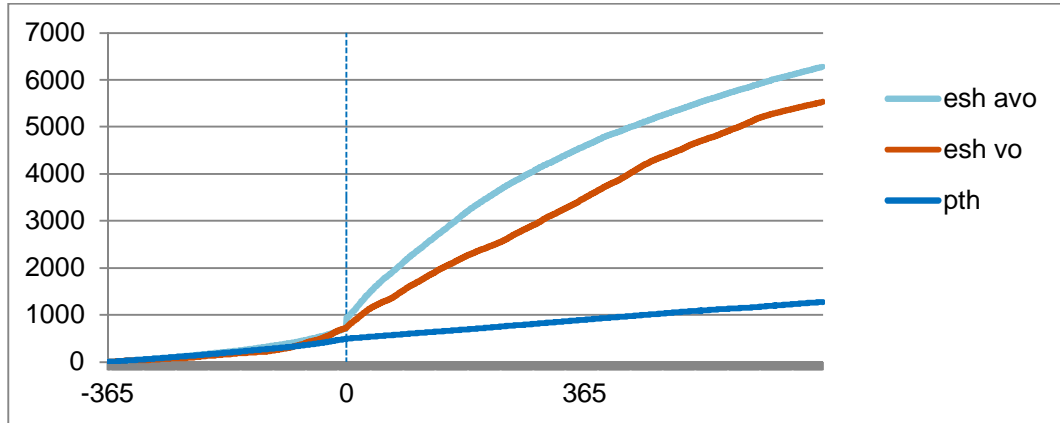
Kuva 40. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin potilasta kohti Espoossa, kun tarkastelussa 13–17-vuotiaat nuoret, joilla päädiagnoosina ahdistuneisuushäiriö (F40-F43 tai F93, ei F93.89).



Kuva 41. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin potilasta kohti Vantaalla, kun tarkastelussa 13–17-vuotiaat nuoret, joilla päädiagnoosina ahdistuneisuushäiriö (F40-F43 tai F93, ei F93.89).



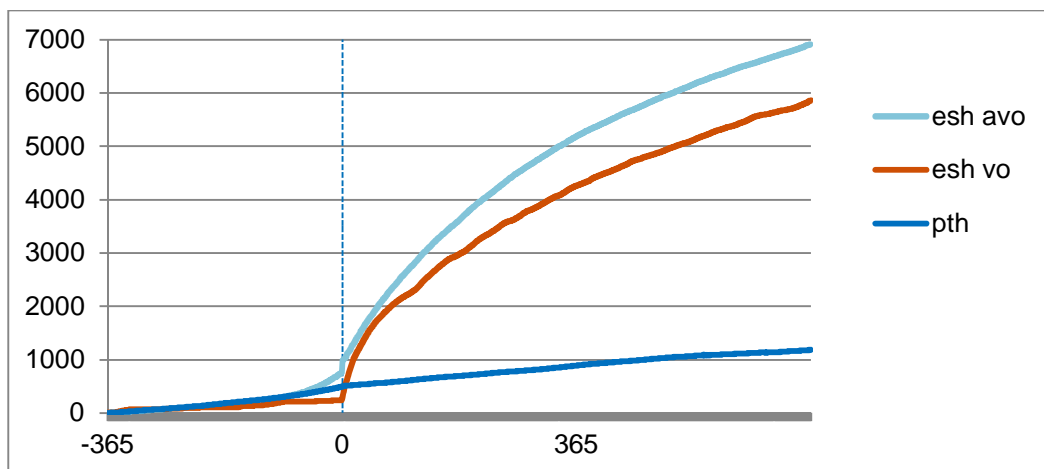
Kuva 42. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin potilasta kohti Helsingissä, kun tarkastelussa 13–17-vuotiaat nuoret, joilla päädiagnoosina ahdistuneisuushäiriö (F40-F43 tai F93, ei F93.89).



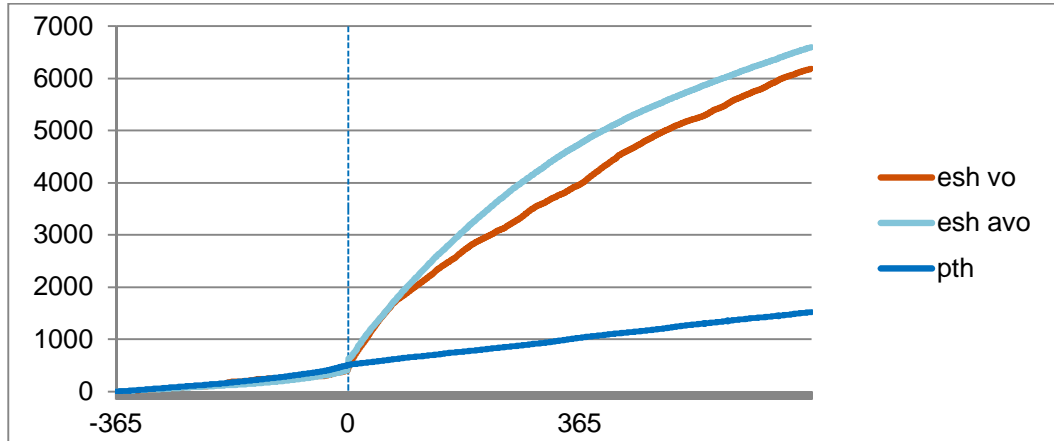
#### Nuorten masennus ja mielialahäiriöt:

13–17 -vuotiaiden nuorten masennus- ja mielialahäiriöiden aiheuttama perusterveydenhuollon kustannuskehitys ennen ja jälkeen F-diagnoosin asettamista oli melko vähäistä kokonaiskustannuksiin nähden kaikissa kaupungeissa. Kokonaiskustannukset ennen F-diagnoosia olivat matalat kaikissa kaupungeissa. Pääosin F-diagnoosin asettamisen jälkeen syntyneistä kokonaiskustannuksista nähdään, että kaikissa kaupungeissa erikoissairaanhoidon avohoidon kustannukset olivat osastohoidon kustannuksia suuremmat. Erikoissairaanhoidon avohoidon ja vuodeosastohoidon kustannukset olivat suhteellisen lähellä toisiaan kaikissa kaupungeissa, ja siten myös erikoissairaanhoidosta koituneet kokonaiskustannukset. (Kuvat 43–45.)

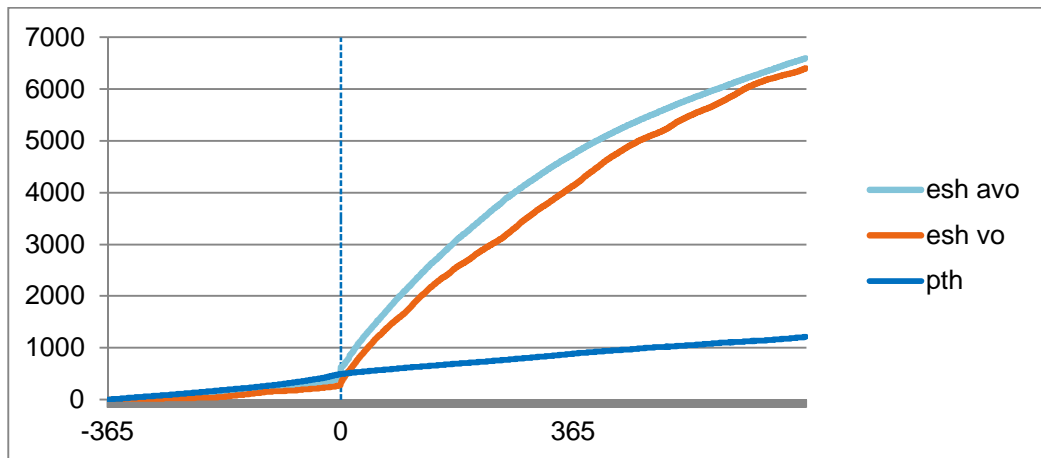
Kuva 43. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin potilasta kohti Espoossa, kun tarkastelussa 13–17-vuotiaat nuoret, joilla päädiagnoosina F32-F34 tai F39.



Kuva 44. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin potilasta kohti Vantaalla, kun tarkastelussa 13–17-vuotiaat nuoret, joilla päädiagnoosina F32-F34 tai F39.



Kuva 45. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon (esh vo), erikoissairaanhoidon avokäyntien (esh avo) sekä perusterveydenhuollon (pth) kumulatiiviset kustannukset keskimäärin potilasta kohti Helsingissä, kun tarkastelussa 13–17-vuotiaat nuoret, joilla päädiagnoosina F32-F34 tai F39.



### Johtopäätökset rekisteritutkimuksesta

Tutkimuksen metodologia: Tämä tutkimus on ensimmäinen käytetyllä tarkkuustasolla Suomessa tehty selvitys kustannuskehityksestä lasten ja nuorten mielenterveyspotilaiden osalta vuosina 2006–2014. Metodinsa puolesta rekisteritutkimus on puhtaasti kuvaileva, eikä löydöksillä voida suoraan selittää havaittuja eroja. Rekisteritutkimuksen löydöksiä voidaan kuitenkin pohtia tiedossa olevan lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyy- ja ilmaantuvuuslukujen muutoksen sekä joidenkin tiedossa olevien pääkaupunkiseudun palvelujärjestelmämuutosten kautta (ks. seuraava kappale). Rekisteritutkimusta on jatkettava vastataksemme kysymykseen, miten mielenterveyshäiriöiden hoito jatkuu nuorten saavutettua täysi-ikäisyyden.



Tuloksia lukiessa ja tulkittaessa on syytä ottaa huomioon ja korostaa sitä, että hoitoon liittyvät kustannukset sisältävät potilaan saaman kaiken hoidon ja tämä kustannus ei välttämättä ole (kokonaisuudessaan) seurausta tarkastellusta mielenterveyden häiriöstä eli asetetusta ja rekisteristä tunnistetusta diagnoosista. Näin ollen esitetyistä kokonaiskustannuksista tai kumulatiivisia sairaanhoidon kustannuksia kuvaavista luvuista ei voi tehdä johtopäätöstä, että kustannukset olisivat yksinomaan mielenterveyden häiriön aiheuttamia kustannuksia. Tämän selvittämiseksi tulisi tehdä vertailu saman ikäisiin nuoriin, joilla ei ole mielenterveyden häiriötä. Valittu tarkastelutapa antaa kuitenkin mahdollisuuden harhattomaan vertailuun ryhmän sisällä ja kaupunkien välillä.

Samoin voidaan olettaa, että tarkasteltavat potilasryhmät ovat kaupunkien välillä kohtuudella saman sisältöisiä, vaikka taustaominaisuuksissa vaihtelua onkin. Tämä havaitsematon muutuja lisää tarkastelumme satunnaisvaihtelua, mutta sen kokoluokka voidaan olettaa samansuuruiseksi ryhmästä riippumatta, eli mielenterveyden häiriöstä riippumattomia sairauksia ilmaantuu samalla todennäköisyydellä kaikissa ryhmissä ja tarkastelluilla alueilla.

Myös eri terveydenhuollon tasojen, so. erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon kustannuksia on tarkasteltu samalla tavalla eri kaupungeissa. Perustasolla kirjataan tietoja kouluterveydenhuollosta, sen sijaan oppilashuollon (psykologit ja kuraattorit) kirjaamiset eivät tule rekisteritutkimuksessa näkyviin, mikä on yksi rekisteritutkimuksen puute. Kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämiseen koulu/opiskeluterveydenhuollon ja oppilashuollon kesken tulisikin jatkossa kiinnittää huomiota.

Erityisesti tulosten tulkinnassa ja johtopäätöksiä tehtäessä on tästä seikasta johtuen otettava huomioon se, että vaikka mielenterveysongelma olisi saatu hoitoon jo perustasolla aikaisessa vaiheessa, potilaalla voi siitä riippumatta olla - mielenterveysongelmaan liitännäiseen tai siitä riippumattomaan syyhyn liittyen - sairaanhoidon kustannuksia tarkastelussamme. Vastaava seikka tulee muistaa myös kumulatiivisia kustannuskuvaajia tarkasteltaessa. Harha korostuu niissä potilasryhmissä, jotka ovat kooltaan pieniä. Tällöin sattumanvarainen kallista hoitoa vaativa muu sairaus, esimerkiksi syöpä, johtaa siihen, että kyseisen ryhmän kumulatiiviset kustannukset nousevat keskimääräistä rivakammin eikä se ole mielenterveyssairauden aiheuttamaa.

Tarkastelussa ei ole myöskään otettu huomioon eri päädiagnooseista koostettujen yhteisryhmien välistä vaihtelua eri kaupungeissa. Ryhmät on kuitenkin muodostettu kliinisesti mielekkäiksi kokonaisuuksiksi ja voidaan olettaa, että ne itsessään edustavat kohtuullisen luotettavasti kokonaisuutta vertailukelpoisesti alueiden välillä.

On myös syytä pitää mielessä, että vaikka kyse on ICD-10 -häiriöluokituksessa F -koodein määritellyistä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä, havaitut luvut eivät kuvasta vain (eivät myöskään määritelmällisesti) mielenterveyden häiriöitä tai toteutuneita psykiatrisen palvelujärjestelmän palveluita ja niiden kustannuksia vaan toteutuneita terveydenhoitopalveluita ja niiden kustannuksia ylipäätään. Esimerkiksi lapsilla yleisimmän pääluokan F80-F89 (psykkisen kehityksen häiriöt) häiriöihin luetaan mm. puheen ja kielen, oppimiskyvyn ja motoriikan kehityshäiriöt, joihin tarjotaan runsaasti sairaanhoitoa myös psykiatrisen palveluketjun ulkopuolella, erityisesti lastenneurologiassa tai yleislääketieteessä.

Mielenterveyden häiriöiden epidemiologia ja tiedossa olevat palvelujärjestelmän rakenne-  
muutokset:

Kun katsotaan sekä F-diagnoosin saaneiden lasten että nuorten ikäryhmäkohtaisia osuuksia omista väestöryhmistään sekä tämän osuuden kasvua aikavälillä 2006–2014, lienee perusteltua sanoa, että ainakin lasten ja nuorten häiriöiden *tunnistaminen* terveydenhuoltojärjestelmässä on parantunut. Tätä tukee välillisesti myös se, että kaupungeissa jossa lähtötilanteessa oli matalin määrä F-diagnoosin saaneita, prosentuaalinen nousu oli kaikkein suurinta. Kaupunkikohtaiset erot F-diagnoosin esiintyvyydessä mahtuivat nuorilla yhden prosenttiyksikön sisään, lapsilla kaupunkien vaihteluväli oli (matalammissa frekvensseissä) noin 1,5 prosenttiyksikköä.

Vaikka tässä rekisteritutkimuksessa ovatkin mukana vain, ne, jotka ovat käyneet erikoissairaanhoidossa, luvut ovat edelleen melko kaukana epidemiologian mukaisista esiintyvyyksistä, lapsilla noin 15 % ja nuorilla noin 20 % (Sourander & Marttunen, 2017). Tutkimus osoittaa lisäksi hyvin tarpeen tutkia lasten ja nuorten ikäryhmiä erikseen, sillä F-koodien perusteella nousevat lapsilla ja nuorilla esiin suurimmalta osin eri häiriöryhmät.

Nuorten osalla kustannusten painottuminen avohoitoon on voimistunut vuoden 2012 jälkeen ja tämä todetaan myös erikseen ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen hoidossa. Havainto vastaa tuolloin pääkaupunkiseudulla erikoissairaanhoidossa tehtyjä merkittävän suuria tehtyjä henkilöstösiirtoja osastohoidosta avohoitoon. Kumulatiivisissa kustannuskäyrissä (12 kk ennen erikoissairaanhoidossa tehtyä diagnoosia – 24 kk sen jälkeen) on merkittävää että nuorilla perusterveydenhoitoa kuvaava kustannuskäyrä ei muuta kulkuaan mitenkään diagnoosin jälkeen, vaan jatkaa samansuuntaisesti, hyvin lievässä nousussa päätyen loppuvaiheessa edelleen yhdistettyyn erikoissairaanhoidon kustannusosuuteen verrattuna hyvin pienen osaan kokonaiskustannuksista. Tätä löydöstä lienee melko ristiriidatonta tulkita siten, että perusterveydenhuolto ei osallistu diagnoosin teon jälkeen F-diagnoosin saaneiden kohdalla hoitoon enempää kuin sitä ennenkin.

Sekä ahdistuneisuushäiriöiden että masennuksen/mielialahäiriöiden erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ja vuodeosastopäivät ennen F -diagnoosin asettamista ovat vähentyneet vuodesta 2006 vuoteen 2014. Pääkaupunkiseudun nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmä on vuoden 2012 alusta painottunut uusien TAK -poliklinikoiden myötä nopeaa nuoren arviointia painottavaan suuntaan, joka korreloi nähdyn muutoksen kanssa.

Taulukoissa, joissa kuvataan nuorten erikoissairaanhoidon diagnoosin asettamista edeltävää vuotta ja perusterveydenhuollon käynnit kouluterveydenhuollon osalta hoitajan ja lääkärin käynteihin jakaen, voidaan hahmottaa että sekä ahdistuneisuushäiriöiden että masennuksen/mielialahäiriöiden häiriöryhmissä kouluterveydenhoitajan käynnit muodostavat noin puolet perusterveydenhuollon käynneistä, ja koululääkärillä on tyypillisesti viime vuosina ollut keskimäärin yksi käynti. Kun erikoissairaanhoidon mennessään lääkärin läheteellä, vahvistavat havainnot tulkintaa, jonka mukaan koululääkärin rooli hoidossa on vähäinen, todennäköisesti lähinnä lähettäjän rooli. Löydökset myös täydentävät ja laajentavat aiempia toteutettuja kartoituksia, joissa esimerkiksi terveysasemien rooli alle 18 -vuotiaiden mielenterveyden hoidossa on havaittu vähäiseksi (Hermanson ym., 2015).

Lasten kohdalla erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito tuotti nuoriin verrattuna tarkasteluvälillä enemmän kustannuksia jo ennen erikoissairaanhoidon F-diagnoosia, mikä viittaa erilaiseen tapaan (mahdollisesti enemmän tutkimukselliseen) käyttää osastohoitoa, tai kustannukset tulevat muun erikoisalnan vuodeosastohoidosta. Kysymys viittaa lisätutkimuksen tarpeeseen esimerkiksi näiden myöhemmin F-diagnoosien saaneiden lasten osastohoitajaksilla asetettujen diagnoosien jakauman suhteen tai siinä poikkeavatko tällaiset diagnoosit niiden

lasten diagnooseista, jotka eivät myöhemmin saa lainkaan F-diagnoosia. Mahdollisiin hoitotapoihin liittymisen hypoteesia vahvistaa epäsuorasti se, että kaupunkien välillä oli melko suurta vaihtelua osastohoidon kumuloiduissa kustannuksissa, ollen Espoossa korkeimmillaan. Kuitenkin esimerkiksi neuropsykiatristen häiriöiden kohdalla, edellä mainitut erot olivat erisuuntaisia – Helsingin kustannukset olivat sekä erikoissairaanhoidon osasto- että avohoidossa korkeimmat.

## 5. YHTEENVETO JA KANSALLISET SUOSITUKSET

### 5.1. Psykososiaalisten menetelmien levittäminen palvelujärjestelmässä

#### IPC: n implementaation onnistuminen ja havainnot prosessista

Hankkeen kliinisessä IPC -osahankkeessa asetettiin kaksi tavoitetta. Projektikokemusten perusteella tarkoituksena oli luoda yleinen malli, jolla nuorten psykososiaalisia hoitoja voidaan levittää koulujen terveyden- ja oppilashuoltoon ja yleisemmin perustasolle. Toisena tavoitteena oli pilotoida yksi näyttöön perustuva lyhyt hoito-ohjelma, IPC, nuorten masennuksen hoitoon yläkouluihin.

IPC -osahankkeen onnistumisesta voidaan tehdä viisi havaintoa.

- 1) Nuorten lieviin mielenterveyden häiriöihin kohdistettujen, näyttöön perustuvien lyhytkestoisien hoitomenetelmien, kuten esimerkiksi IPC:n, tuominen koulukontekstiin keskelle nuorten arkea on saavutettavissa erikoissairaanhoidon ja kunnan opiskeluhoillon koordinoitulla yhteistyöllä.
- 2) Interpersoonallinen ohjanta eli IPC näyttäytyy kouluihin soveltuvana ja nuorten masennusoireiston hyödyllisenä hoitona hankkeessa pilotoitulla tavalla tehtynä. Tulokset osoittavat kaikilla tasoilla (hoitovaste oireisiin, nuorten kokemukset, työntekijöiden kokemukset) että kouluissa voidaan tällä lyhytinterventiolla hoitaa nuorten lievien, jopa keskivaikeiden masennustilojen oireita, ehkäistä vaikeampien oireiden muodostumista ja välttää näin oireilevien nuorten lähettämistä erikoissairaanhoidon.
- 3) Myös opiskeluhoillon työntekijöiden tavanomaisiin työkeinoihin nojaava, masennusoireistoon kohdistettu tavoitteellinen lyhytinterventio on hyödyllinen nuorten lievän depression hoidon silloin kun siihen yhdistetään nuoren masennusoireiston aktiivinen arviointi ja hoidon vasteen seuranta tässä hankkeessa kuvatulla tavalla suoritettuna.
- 4) Tietoa ja koulutusta nuorten hoitoon soveltuvista arviointimenetelmistä ja nuorten masennusoireiden vakavuusasteen arvioinnista on hyödyllistä tuottaa opiskeluhoillon, kuten myös koko koulun henkilökunnalle.
- 5) Hoitomenetelmien ylläpito opiskeluhoilossa vaatii onnistuakseen: a) menetelmällistä koulutustukea ja riittävän pitkäkestoista työnohjausta, b) kunnissa sekä terveydenhoidon, sosiaalitoimen että sivistystoimen ylimmän johdon sitoutumista samoin kuin kaikkien ammattiryhmien johdon sitoutumista, c) opiskeluhoillon eri ammattiryhmien yhteistyötä tukevia yhteisiä rakenteita, käytänteitä ja vastuutahon nimeämistä ja d) hoitoihin ohjaamisen instrumentteja. Nämä ovat kansallisen implementaatiomallin perusosat. Erittelemme näitä toimenpidetarpeita tarkemmin edempänä kohdassa 5.2.

Espoon IPC -hanke alkoi laajoilla yhteisillä infotilaisuuksilla, jossa tietoa jaettiin kaikille opiskeluhoillon työntekijöille. Hanke- ja menetelmäkonsepti oli olemassa, mutta opiskeluhoillon työntekijöiltä ei edellytetty henkilökohtaista sitoutumista ensimmäisissä tilaisuuksissa. Heiltä koottua tietoa käytettiin hyödyksi intervention toteuttamistavan tarkemmassa määrittelyssä. Hankkeen alussa kohdattiin myös joidenkin opiskeluhoillon työntekijöiden epäilyksiä erikoissairaanhoidon ”ulkoa” tai ”ylhäältä” määrittelemästä tavasta työskennellä kouluissa. Useilla

infotilaisuuksilla sekä hankkeeseen rekrytoiduista työntekijöistä koostetulla käyttäjien ydinryhmällä pyrittiin motivoimaan työntekijöitä ja näyttämään, että ollaan yhteisellä asialla nuorten hyväksi.

Hankkeen toiminta-aikana IPC:tä toteutettiin motivoituneesti ja mukana olleet työntekijät olivat pääosin innostuneita menetelmän oppimisesta. Haasteita tuottivat muun muassa hankkeeseen ja hoitojen toimittamiseen liittynyt ohjeistuksen eläminen ja muutostarpeet toiminta-aikana. Monimutkaisen ja laaja-alaisen hankkeen koossapito oli myös hankkeen johdolle haastava tehtävä. Opiskeluhuollon työntekijät kokivat niin hoidon arviointitutkimukseen liittyvien arviointilomakkeiden kuin itse työtavan omaksumisessa ja opiskelussa olevan jo melko paljon työtä. Luultavasti tästä johtuen jotkut työntekijät kokivat koulutuksen myös raskaaksi. Alkuun epävarmuutta koettiin myös koko hankkeen toteutumisesta vaikka mukaan ilmoitettuihin runsaasti työntekijöitä. Lopulta kokemukset hankkeesta olivat positiivisia. Suurin osa IPC -koulutuksen käyneistä raportoi aikovansa käyttää menetelmää myös tulevaisuudessa.

Hankkeen loppua lähestyttäessä projektiryhmän huolenaiheeksi muodostui IPC:n toteuttamisen pitkäjänteisyys opiskeluhuollon palveluissa hankekauden jälkeen - ilman projektikoordinaattoreiden ja projektiryhmän säännöllisen tapaamisten hankkeen tuomaa tukea. Ensimmäisessä tutkimushankkeen jälkeisessä booster -päivässä, marraskuussa -17 kävi ilmi, että muutamalla lukuvuonna -16–17 ensimmäisessä koulutusaallossa koulutetulla IPC -ohjaajalla ei ollut vielä kukaan alkanut IPC -ohjausta, ja että niistä jotka olivat jo toteuttaneet edellisenä lukuvuotena ohjauksen, monelle ei nyt ollut uutena lukuvuonna löytynyt vielä uutta ohjattavaa nuorta. Ero aiempaan nähden oli syksyllä -17 se, että Espoon projektikoordinaattori ei enää henkilökohtaisesti ottanut vastaan kaikkia IPC -interventioon harkittavia nuoria.

On mahdollista että menetelmän pysyvyyteen liittyvät kysymykset liittyvät opiskeluhuollon rakenteellisiin tekijöihin. Ei olisi toivottava lopputulos, että kuvatus kaltaisen implementaatiohanke toimisi vain väliaikaisena "liimana" joka yhdistää opiskeluhuollon eri ammattiryhmien työntekijöitä. Pikemminkin, toivottavaa olisi että ammattikunnat löytäisivät kuvatus kaltaisten implementaatiohankkeiden yhteydessä toisensa nuorten mielenterveyden hoidossa ja heidän välilleen alkaisi syntyä yhteistyötä ja konkreettisia käytänteitä esimerkiksi interventioon ohjaimisen määrittelyssä.

On minkä tahansa menetelmän implementaation onnistumisen kannalta ratkaisevaa, miten pitkäjänteisesti menetelmää käytetään jatkossa. Vain näin voidaan jatkossa päästä varhaisen intervention tuottamiin merkittäviin hyötyihin. Näitä ovat mm. suoraan nuorille koitua etu hoidon saamisen nopeutumisesta, varhaisen hoidon tuottama hoitovasteen tehostuminen ja hoidon kustannusten vähentyminen. Jatkossa etuja voitaisiin arvioida esimerkiksi sitä mittaamalla vähentääkö IPC -menetelmän käyttö masennuksen takia erikoissairaanhoidon tehtyjen lähetteen määrää ennen-jälkeen vertailussa alueellaan.

### **IPC:n jatkuvuus ja tarvittavat työvälineet: koulun mielenterveysinstrumentti**

Kysymys IPC:n jatkuvuudesta tuli työstettäväksi osahankkeessa syksyllä 2017, siinä vaiheessa, kun nuorten tutkimushanke oli päättynyt. Havaitimme että nuorten hoitoon kertymisen vaikeuden takana kouluissa vallitsi epävarmuutta siitä kuka (so. minkälainen nuori) voidaan ottaa IPC -hoitoon. Hankkeeseen liittyvän tutkimusprojektin tiedonkeruun aikana (8/2016 – 6/2017) hankekoordinaattorin vastuulle oli määriteltävä IPC:hen otettavien nuorten sisäänotto ja heidän sopivuutensa varmistaminen. Opiskeluhuollon henkilöstö toimi yhteis-

työssä hänen kanssaan, useimmiten soittaen tai henkilökohtaisesti varmistaen että tutkimusosiassa määritelty diagnostiset kriteerit ja tutkimuksen muut sisäänotto/poissulkuehdot täyttyvät.

Syksyllä 2017 todettiin, että toisen aallon IPC -ohjaajilla oli epätietoisuutta siitä, keitä he voivat hoitaa – siitä huolimatta että heille jaettiin sama, ensimmäisen koulutusaallon ohjaajien saama materiaali, jossa määriteltiin hoitoon otettavien nuorten profiili. Kysymys näyttäytyy osaksi myös seuraavasti: kun projektikoordinaattori ei tehnyt ”varmistavaa” diagnostista arviota, mutta nuoresta oli kuitenkin tehty lomakearvioita, jälkimmäisten ei kuitenkaan koettu tuottavan varmuutta keitä nuorista voidaan yksiselitteisesti hoitaa. Kenellä nuorista on varmasti hoidon tarve lievien tai enintään keskivaikeiden masennusoireiden takia? Ovatko esimerkiksi tietyt lomakepisteet riittäviä? Tällöin tullaan kysymykseen mielenterveysarviointiin riittävän menettelytavan ja osaamisen turvaamisesta opiskeluhuollossa: kuka voi arvioida, ja millä menetelmin sitä, kuka nuorista on soveltuva hoitoon?

On syytä muistaa, että esimerkiksi kouluterveydenhoidon tehtäviä määrittelevän lainsäädännön ennaltaehkäisyä painottava muotoilu ei nykyisellään rohkaise mielenterveyden häiriöiden hoitamiseen, mikä voi heijastua siihen, että hoitamisen mahdollistamiseen liittyviä järjestelyjä ei tehdä kouluissa (ks. tämän raportin Luku 2.) Samaan todennäköisesti vaikuttavat opiskeluhuollon ammattikuntien välillä olevat käsitteellistämistapojen erot siinä, miten nuorten ongelmat määritellään. Ei ole varmastikaan laajasti määritelty eikä sovittu, mikä rooli on sillä (vai voiko olla roolia lainkaan), että nuori arviotaisiin edes karkeasti diagnostisesti. Tämä periaatteessa mahdollistaisi kuvailevan määrittelyn siitä kärsiikö nuori lievistä / enintään keskivaikeasta masennuksesta. Näin tullaan pian kuitenkin kysymykseen, että muilla ammattikunnilla kuin lääkäreillä ei ole koulutusta eikä tottumusta, ei välttämättä edes motivaatiota toimia diagnostisten arvioiden pohjalta. Mikä olisi muunlainen, laajemmin hyväksyttävissä oleva tapa varmistua hoidon tarpeesta ja oireiden sopivuudesta?

Niin pitkään kun vastaukset yllä mainittuihin kysymyksiin puuttuvat, olisi todennäköisesti ainoa mahdollisuus sopia *selkeät, paikalliset operationaaliset kriteerit* hoitoon ottamiselle. Nämä eivät perustuisi laajaan diagnostiseen tutkimukseen vaan karkeampaan, lomaketiedolla ja haastattelulla saatuun arvioon, joka tuottaisi riittävän varmuuden siitä että nuorella on masennusoireita, mutta samalla sen, että oireet eivät ole liian vaikeita hoidettaviksi koulussa. Erilaisten menetelmien käyttöönoton tueksi olisi myös välttämätöntä samalla sopia paikalliset konkreettiset toimintatavat ammattikuntien yhteistyössä, jossa sovittaisi miten tämä soveltuvuus/vakavuusarviointi tehtäisi, ja miten ammattikunnat voisivat tässä tukea toisiaan.

Vastaavanlaisia sovittujen käytänteiden tarpeita havaittiin myös muussa kohtaa projektin aikana. Esimerkiksi vuonna 2016 IPC -projektiryhmässä havaittiin, että Espoon kouluissa oli toisistaan poikkeavia, ja monilta osin puuttuvia käytänteitä siitä, miten toimia kun kohdataan nuoren itsetuhoisia ajatuksia tai itsetuhokäyttäytymistä. Havaittiin että yhtä yhtenäistä käytäntöä asiasta ei ollut olemassa. IPC -projektissa sovittiin että mallinnus toimintatavasta voidaan tehdä yhteistyössä Espoon koululääkärien ja HUS:ista konsultoivan ylilääkäriin kesken. Etenkin masentuneilla nuorilla kuolemaan ja itsetuhoisuuteen liittyvät ajatukset ovat varsin tavallisia, ja niiden vakavuuden arvioinnin tarve on jatkuva. Miten yksittäinen työntekijä voi varmistua että hänen on turvallista jatkaa esimerkiksi omilla käynneillään, kehen hän voi olla yhteydessä konsultoidakseen oireiden vakavuudesta?

Laajemmalla tasolla havainnot uskoaksemme heijastavat oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon muodostaman opiskeluhuollon kokonaisuuden jo rakenteissa olevia horisontaalisen integraation puutteita. Nämä estävät suoraan lievien-keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoa kouluissa. Kun ammattikunnat toimivat hyvin erillisesti, eivät tiimirakenteissa, työn-

tekijät jäävät helposti yksin jopa hankalasti oireilevien nuorten kanssa. Koululääkärien ammattikunnalla on koulutusta ja tottumusta diagnostiseen arviointiin, muilla ammattiryhmillä ei. Kuitenkin karkeampaa, ja riittävää ”diagnostista” valmiutta voitaisiin helposti kouluttaa laajemmin eri ammattiryhmille (vastaamaan kysymykseen kuinka vaikeita: lieviä, keskivaikeita, vai vaikeita mielenterveyden oireita kohtaamallani nuorella on). On kuitenkin laajalti kokonaisuudessaan ratkaisematta, missä muodossa nuorten mielenterveyden häiriöiden arviointi kouluissa tulisi toteuttaa erilaisten hoitointerventioiden tekemisen pohjaksi. Lisäksi esiin tulevat myös vastuukysymykset hoitoa toteutettaessa. Niiden ratkaiseminen hoidon mahdollistavalla tavalla vaatii todennäköisesti myös lainsäädännöllisiä määrittelyjä hoidon mahdollistamisesta kouluissa.

Kun tällaiset muutokset ovat hitaita ja havaitsimme tarpeen tehostaa nuorten ohjautumista hoitoon, tarvittiin ratkaisu. Jotta nuorten psykososiaalinen / psykoterapeuttinen lyhythoito olisi mahdollista opiskeluhollossa, tulisi henkilöstöllä olla käytössään *geneerinen* (= yleinen, kaikkiin oireisiin soveltuva) mielenterveysoireiden arviointimenetelmä. Tällainen menetelmä on rakennettavissa lyhyen lomakkeen muotoon soveltumaan opiskeluhoitoon, mutta myös muualle nuorten peruspalveluihin. Sen on tarkoitus vastata kysymykseen:

*”Voinko minä hoitaa tätä nuorta koulussa, yhteistyössä muiden koulun ammattiryhmien kanssa, sillä tavoin että hoito on turvallista, oireet ovat soveltuvia (eivät liian vaikeita), ja että minun antamani hoito voi olla riittävä ja yksinomainen hoito tälle nuorelle”.*

Muotoilimme hankekauden lopussa tätä tarkoituspäätä varten tiiviin nuorten mielenterveyden arviointilomakkeen (ks. Liite 1). Sen tulisi tuottaa työntekijälle käsitys:

1. nuoren mielenterveysoireiden vaikeudesta
2. nuoren toimintakyvystä
3. nuorta haittaavista / suojaavista ympäristötekijöistä ja niiden merkityksestä oireistolle.

Arvion pohjalta voidaan sitten ohjautua valitsemaan koulussa joko

- a) yksilöön kohdistuva mielenterveysinterventio (kuten masennuksessa IPC)
- b) perheen / ympäristön tuen mobilisoiva interventio

tai näiden yhdistelmä.

Lisäksi lomakkeessa tulee olla kohta sille että jos työntekijä on epävarma, kehen ottaa yhteyttä, esim. koululääkäri.

Kun ajatellaan tällaista nuorten geneerisen lomakkeen käyttöä, voidaan ajatella, että yleiseen arviointimenetelmään voidaan nuoren ongelman tyypistä riippuen yhdistää esimerkiksi yksi oiremittari. Jos kyse on pääsääntöisesti masennuksen epäilystä, työntekijä voi täyttää esimerkiksi masennuksen oiremittarin (RBDI tai BDI-21). Jos kyse on ahdistuksen epäilystä tämä lisäksi täytettävä oiremittari voisi olla esimerkiksi SCAS tai GAD-7 (ks. [www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi)). Kokemuksemme mittaamisen, arvioinnin ja määrittelyn suorittamisen tärkeydestä ovat yhdensuuntaisia kansainvälisen tutkimuksen kanssa. Erittäin laajamittainen Iso-Britannian kansallinen IAPT -hanke on osoittanut lähes 500 000 potilaan aineistossa, että mitä huolellisemmin mielenterveyden hoitoa antavat matalan kynnyksen hoitopaikat suorittavat arviointia ja mittausta, sitä paremmat ovat hoidon tulokset (Clark ym., 2017).

## Rekisteritutkimuksen anti kansalliseen jatkotutkimukseen ja -kehittämiseen

Rekisteritutkimuksessa havaittiin, että palveluketjut ovat lapsilla ja nuorilla erilaisia. Ne heijastavat epidemiologista siirtymää lapsuudesta nuoruuteen tultaessa. Lasten palveluketjuissa keskeisimmät häiriöt ovat psyykkisen kehityksen häiriöitä ja neuropsykiatrisia häiriöitä. Nuorilla tärkeimmät hoidettavat häiriöt ovat ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöitä. Tässä raportissa kuvattu metodologia näyttäytyisi hyödyllisenä tapana hahmottaa mahdollisia kuntien välisiä eroavaisuuksia palveluketjun toiminnassa ja eri tyyppisten keskeisten häiriöryhmien palveluissa.

Yksi selkeä havainto oli, että perusterveydenhuollon rooli on sekä lasten että nuorten mielen-terveyden hoidossa kaiken kaikkiaan vähäinen. Ilmiö näyttäytyy koko tarkasteluvälillä, ja kertoo siitä että lasten ja nuorten mielenterveystyö kasautuu erikoissairaanhoidon. Peruspalvelujen tehostaminen on tarpeen, mutta lainsäädännöllisesti ja organisatorisesti tulee voida määritellä siihen osallistuvat tahot, ja tukea vielä erityisesti heidän keskinäistä yhteistyötään. Rekisteritutkimus osoittaa myös rekistereistä tunnistettujen, erikoissairaanhoidon kirjaimien F-diagnoosien tasolla sen, että lasten ja nuorten mielen-terveyden häiriöiden tunnistaminen on lisääntynyt. Tämä lisäys näyttäytyy suurempana kuin terveydenhuollon eri tasojen työnjaon muutos.

Lapsilla todettiin vuosina 2006–2014 kaupunkien välistä vaihtelua kumuloituvissa kokonaiskustannuksissa ja esimerkiksi neuropsykiatristen häiriöiden kustannuskehityksessä. Löydökset painottavat tarvetta määritellä hoitoketjuja yhdenmukaisesti. Yksi havainto rekisteritutkimuksen aikasarjoista oli se, että tarkasteluvälillä viimeisinä vuosina lasten ja nuorten mielen-terveyden häiriöitä hoidettiin varhaisia vuosia enemmän erikoissairaanhoidossa avohoidossa. Niin nuorten kuin lasten ryhmissä kumuloituva kustannusten kehitys toteutui kuitenkin pääosin mielen-terveyden häiriön toteamisen jälkeen ja silloin nimenomaan käytännössä erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon rekistereistä todentuva vähäinen rooli toisaalta tukee käytännön havaintoja hoitojen vähyydestä kouluissa. On otettava huomioon, että oppilas- huollon psykologien ja kuraattorien työtä ei tässä rekisteritutkimuksessa saatu näkyviin – yhteisten tietopohjien luominen olisikin kipeästi tarpeellista.

## 5.2. Valtakunnalliset suositukset palveluihin: mitä voidaan oppia

Käytännön työskentelyyn ja kokemuksiin nojaavat suosituksemme ovat käytännössä identtisiä Valtiontalouden tarkastusviraston vuonna 2017 julkaiseman raportin (Lasten mielen-terveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa) lähinnä rakenteellisella tasolla liikkuvien suositusten kanssa. Kaksi ensimmäistä kolmesta valtiontalouden tarkastusviraston suosituksista kuuluu näin:

1. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetus- ja kulttuuriministeriön tulee ohjauksellaan varmistaa, että sote -uudistuksen yhteydessä kouluterveydenhuollon palvelut kiinnittyvät kouluissa opiskeluhuollon osaksi.
2. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee kehittää kouluterveydenhuollon monialaista sidosryhmäyhteistyötä siten, että palveluketjujen saumattomuus turvataan ja eri toimijoiden välinen tiedonkulku paranee. Palveluiden saumattomuutta ja matalaa kynnystä voitaisiin tukea myös kouluille tuotavilla erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluilla.



## Psykososiaalisten menetelmien implementaatiossa huomioitavia näkökohtia

Saatujen kokemusten pohjalta voidaan eritellä tiettyjä toimenpiteitä (ks. myös edellisen kapaleen kohta 5), jotka joko auttoivat tai olivat toisaalta haasteellisia IPC-hoito-ohjelman implementaatiossa. Näiden kokemusten pohjalta voidaan hahmottaa konkreettiset perustasolla tai kouluissa toteutettavien psykososiaalisten hoitomenetelmien implementaatiota tukevat askelmat myös muualla Suomeen vastaavan tyyppisten ohjelmien levittämiseksi.

**Toimiviksi** osoittautuneita, IPC:n implementaatiota auttaneita toimenpiteitä, jotka arvioimme myös vastaavissa hankkeissa valtakunnallisestikin tärkeiksi, olivat:

1. Kunnan **ylimmän sosiaali- ja terveydenhoidon ja sivistystoimen johdon kanssa käytiin varhaisessa vaiheessa keskustelu ja saavutettiin heidän myönteinen sitoutumisensa hankkeeseen**. Havaittiin, että tämän sitoutumisen viestintä toi hankkeelle ”työrauhan”, kun työntekijöiden tai väliportaan johdon ei tarvinnut epäröidä voidaanko hanketta viedä eteenpäin kouluissa.
2. Kunnan oppilashuollossa ja kouluterveydenhuollossa (= opiskeluhoillossa) saavutettiin **kaikkien ammattiryhmien operatiivisen johdon myönteinen sitoutuminen implementaatiohankkeeseen**. Tämä varmisti suoraan itse työntekijöille uuteen toimintaan vaadittavan aika- ja tilaresurssien (vs. muut työtehtävät) osoittamisen itse uudelle työtavalle, sen vaatimaan arviointi- ja metodikoulutukseen sekä metodin työnohjaukseen. Tämä on erityisen tärkeää, sillä kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon työntekijöillä on monia tehtäviä, ja kyseessä on selvästi priorisointia vaativa, strateginen valinta.
3. **Projektityöntekijöiden palkkaaminen sekä kuntaan että erikoissairaanhoidon** varmisti kahdenvälisen dialogin. Projektissa tulee toimia työntekijöitä sekä kunnan että erikoissairaanhoidon organisaatioista ja heillä tulee olla suora yhteys sekä erikoissairaanhoidon että kunnan ylläpitämän toiminnan operatiiviseen johtoon resurssien varmistamiseksi.
4. **Ennakoivat informaatiotilaisuuudet** depression (tai vastaavasti muun valitun mielen-terveyden häiriön) tunnistamisesta ja sen hoidosta lisäsivät tietoisuutta masennuksen oireista ja sen yleisyydestä. Tiedon lisääminen oli nuorten depression tunnistamisen kannalta erittäin tärkeää ja mahdollisti nuorten paremman ohjautumisen interventi-oon.
5. **Tutkimushankkeen liittäminen** mukaan helpotti hoidon aloittamista ja oikeiden nuorten löytämistä projektin alkuvaiheessa. Mittaamisen tulokset voivat merkittävästi motivoida työntekijöitä. Liian raskas tutkimusprojekti voi kuitenkin olla myös rasite, ja uuden työtavan tutkimus voidaan muissa implementaatioympäristöissä toteuttaa myös tässä hankkeessa raportoitua tutkimusta kevyemmin, esimerkiksi ilman vertailuryhmää toteutettavana kartoituksena. Tässä Espoon hankkeessa oli tarkoitus kerätä primaaritietoa valtakunnalliseen tiedon tarpeeseen IPC -menetelmän vaikuttavuudesta kontrollihoitoon verrattuna.
6. **Arviointivälinekoulutukset opiskeluhoilun työntekijöille ja depressio-oireiden mittaamisen tarpeellisuuden korostaminen olivat hyödyllisiä**. Havaintojen mukaan jo nuorten depressio-oireiden toistuva mittaaminen paransi myös tavanomaisen toiminnan systemaattisuutta ja toi sille suuntaa. Mittaaminen ja oireiden arviointi hankkeessa levitettyssä laajuudessa ei ole ollut opiskeluhoilossa tapana. Tulokset osoittavat sen hyödyllisyyttä myös työntekijöiden oman työotteen tehostamisessa.

7. **Säännöllinen ja riittävän pitkäkestoinen menetelmätyönohjaus** paransi paitsi osaamista metodiin, myös selkeästi opiskeluhuollon työntekijöiden luottamusta osaa-miseensa hoitaa masennusta.
8. **Opiskeluhuollon ammattiryhmien johdon ja erikoissairaanhoidon keskinäiset tapaamiset** olivat tärkeitä.

Haasteellisiksi osoittautuneita, implementaatiota hidastaneita tekijöitä olivat havaintojemme mukaan seuraavat (*suluissa on ehdotuksemme ongelman ratkaisuksi*):

1. Koulujen oppilashuollossa ja terveydenhuollossa on kehittymättömät käytännöt mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten oireiden hoitamisesta. Ei selvästikään ollut yhtä tapaa kohdata masennusoireista nuorta, vaan tapa määräytyi ammattiryhmäkohtaisesti tai yksilöllisesti. Ilmiö saattaa johtua kehittymättömästä yksilöhoidon traditiosta, resursseista ja eri tavalla hahmotetuista tehtävänkuvista esimerkiksi oppilashuollon eri tehtäviin liittyen. Tämä aiheuttaa epätietoisuutta hoidon antamisen ”oikeutuksesta” joko suhteessa oman työnkuvan muihin tehtäviin tai oman ammattiryhmän käytäntöihin. (*Pyritään edistämään koulun kaikkien ammattiryhmien yhteistä vuoropuhelua ja tapaamisia, joissa sovitaan käytänteistä*).
2. Esh:n osalta hanketyö suoritettiin oman toimen ohella (poislukien yksi projektikoodinaattori). Tämä asetti aikataulupaineita hankejohdolle, hankkeen ydinryhmälle ja IPC-metodityönohjaajille. Tiedottamisen systematiikka kärsi jonkin verran aikaresurssoinnin puutteesta: isojakin periaatepäätöksiä jouduttiin tekemään nopeassa tahdissa ja ilman mahdollisuutta keskustella huolellisesti opiskeluhuollon johdon kanssa. Erikoissairaanhoito ei voi reaalisesti toteuttaa samanaikaisesti useita eri puolille kohdistuvia implementaatiohankkeita alueellaan, vaan koulutuksia tulee koordinoida kokonaisuutena. (*Implementaatiohankkeet tulee resursoida tarpeenmukaisesti myös esh:n puolelta.*)
3. Tutkimushankkeen kahden koulutusaallon asetelma aiheutti osalle työntekijöille motiivitusvaikeuksia. Ongelma on voitettavissa, sillä se liittyy hankkeessa toteutettuun suomalaiseen IPC:n vaikuttavuustutkimukseen, jota ei tarvitse toistaa kaikkialla. Hyödyllistä olisi silti arvioida jatkuvasti implementoitavan hoidon hyödyllisyyttä. (*Kartoitetaan hoidon hyödyllisyyttä tarpeellisessa määrin.*)
4. ”Ylhäältä-alas” -asetelman vaikutus: osa työntekijöistä – erityisesti ne, jotka eivät osallistuneet lopulta hankkeeseen pelkäsivät saavansa runsaasti lisätehtäviä oman muun työnsä lisäksi. Niin ikään osa pelkäsi, ettei heillä ole enää mahdollisuutta lähettää nuorta erikoissairaanhoidon, jos he ottavat nuoren itse interventioon. Palvelujärjestelmän portaiden välillä vaikuttaa tehtävänjakoon liittyviä pelkoja ja erilaisia käsitteitä. (*Tarvitaan paljon vuoropuhelua esh:n ja opiskeluhuollon välillä, keskustelutilaisuuksia.*)
5. Koulujen työntekijöiden keskuudessa oli runsasta vaihtuvuutta. Myös erikoissairaanhoidossa oli työntekijöiden vaihtuvuutta. (*Työolosuhteita on kehitettävä ja työn mielekkyyttä lisättävä molemmissa.*)
6. Kouluissa ei ollut toimivaa ns. horisontaalista integraatiota. Ammattiryhmät eivät olleet tottuneet tekemään yhteistyötä, työtä tehtiin yksin ja työntekijät ”jäivät” yksin. Toiminta ei ollut kokonaisuudessaan koordinoitua koulun tasolla niin että kaikkien ammattiryhmien yhteistä osaamista olisi voitu käyttää, tieto ei kulkenut, ja toisia tukevat

käytänteet puuttuivat. (Kuten kohta 1: *pyritään edistämään koulun kaikkien ammattiryhmien yhteistä vuoropuhelua ja konkreettisia tapaamisen areenoita, joissa voidaan sopia käytänteistä.*)

7. Koulun mielenterveystyöhön ei ollut muodostunut yhtä vastuun ottavaa tahoa, joka vastaisi hoitojen tai menetelmien ylläpidosta. Kuka vastaa lopulta siitä, että nuoren masennusta hoidetaan? (*Tarvitaan lainsäädännöllistä ohjeistusta.*)
8. Erikoissairaanhoidon ja lähipalveluiden välistä puuttui säännöllinen, hoitoketjua konkreettisesti ylläpitävä keskusteluyhteys, joka mahdollistaisi porrasteisen mielenterveystyön (stepped care). (*OT -keskusten yhteyden muodostetaan maakunnallisia mielenterveystyön neuvottelukuntia, joissa kuntien operatiivisella johdolla on mahdollisuus neuvotella OT-keskuksen kanssa säännöllisesti hoitoketjuista, hoitojen käytöstä ja sen vaatimista toimenpiteistä omassa kunnassa.*)

## Varhaisen tuen ja hoidon tehostaminen

Hankkeen tulokset osoittavat, että nuorten mielenterveystyön lähipalveluita voidaan tehostaa harkitun ja huolellisesti valitun menetelmän turvin. IPC -interventiota voi toteuttaa ilman aikaisempaa terveydenhuollon tai psykiatrista pohjakoulutusta. Näin opiskeluhuollossa monet ammattihenkilöt voivat käyttää menetelmää ja saada siinä osin tukea myös työtovereiltaan. Yhteinen menetelmäkoulutus lisää yhteistyötä yli ammattirajojen. Sen taustalle tarvitaan ammattijohdon laaja sitoutuminen.

Hankkeen aikana luotiin uutta myös oppilashuollon tavanomaiseen työotteeseen. Mittarikoulutusten myötä siihen tuli aikaisempaa enemmän struktuuria ja arviointia, tiheämpiä tapaamisia sekä tavoitteellisuutta ja määrämittaisuutta. Työntekijät raportoivat palautteissaan että tulivat suorittamaan nuorten masennuksen arviointia ja mittaamista aiempaa enemmän.

Tuen saannin varhentamiseksi tarvitaan nuorten mielenterveyden oireiden parempaa tunnistamista opiskeluhuollossa. Opiskeluhuollon henkilökunnan tietämys masennuksesta on vaihtelevaa: psykologeilla, sairaanhoitajilla ja lääkäreillä osaamista saadaan peruskoulutuksen kautta, sosiaalialan koulutuksen saaneilla kuraattoreilla joko jatkokoulutuksen tai oman kiinnostuneisuuden myötä. Lienee tarpeen lisätä myös koulun muun henkilökunnan tietämystä masentuneisuudesta tai yleisesti mielenterveydestä: myös he voisivat ohjata nuoria eteenpäin opiskeluhuollon palveluiden piiriin.

Nuorten tulisi ideaalitulanteessa ohjautua mahdollisimman helposti IPC -interventioon. Tämä ei kuitenkaan osoittautunut aivan yksinkertaiseksi Espoossa. Yksi hankkeen tuloksista oli, että yleisimmin nuoret ohjautuivat IPC:hen mukaan terveystarkastuksen tai sähköisen terveystarkastuksen kautta. Osa nuorista hakeutui vastaanotolle itse, ja usein tällöin hänellä oli ollut oireita jo pidemmän aikaa. Monesti nuoret tarvitsivat tuekseen ikätoverin tai kaverin. Yleinen huoli opiskeluhuollossa oli se, ettei uusia, lievästi oireilevia nuoria ohjautunut vastaanotoille. Voi olla, että oppilashuollon työntekijöiden oli edelleen hankala tunnistaa masennuksen oireita tai esiintyi kynnystä aloittaa IPC -ohjanta uutena työtapana.

## Peruspalvelujen vahvistaminen lasten ja nuorten mielenterveystyössä

Käsillä olevassa hankkeessa on nähty, että myös perustasolla ja kouluilla voidaan tehdä vaikuttavaa mielenterveystyötä. Aiempia tutkimuksia nuorten masennuksen hoidon vaikuttavuus-

desta ja sovelluskelpoisuudesta koulujen peruspalveluissa ei tietääksemme ole tehty, ainakaan tässä mittakaavassa. Hankkeessa saatiin näyttöä että paitsi IPC:llä, myös lyhyellä ja suunnitelmallisella, viikoittain toteutetulla tapaamisjaksolla jonka yhteydessä arvioidaan ja monitoroidaan säännöllisesti nuoren vointia, voidaan helpottaa nuorten masennusta. Mittari- ja metodikoulutuksilla ja työnohjauksella voidaan edistää peruspalveluiden työntekijöiden luottamusta omiin taitoihinsa, ajattelun muutosta ja tiivistä yhteistyötä muiden yhteisönsä työntekijöiden kanssa. On kuitenkin paljon rakenteellisia esteitä, jotka tulee voittaa, jotta mikä tahansa implementoitu menetelmä voisi pysyä yllä opiskeluhollossa.

Hankkeen aikana kävi ilmi, että oppilashuollon työntekijät välttävät sanaa "hoito" Kuitenkin yhteisessä keskustelussa lievien häiriöiden hoidollisen ja ennaltaehkäisevän/tukea antavan intervention ero voi lopulta näyttäytyä melko pienenä. Lieviä, enintään keskivaikeita masennusjaksoja esiintyy nuorilla yleisesti. Esimerkiksi psykologien tyypillisten käyntijaksojen pituus ei eroa IPC -intervention pituudesta. Hoidon vs. tuen/ennaltaehkäisyn määrittelyn vaikeus juontuu todennäköisesti useasta asiasta: yksintyöskentelystä, lainsäädännöstä, opiskeluholllon resursseista kaikkiin työtehtäviin nähden, sekä toimintakulttuurista. Hankkeen yksi päälöydös onkin, että koulussa kyetään hoitamaan toimivan metodin ja työnohjauksen tukemana jopa nuorten keskivaikeaa masennusta. Nuoret siis reagoivat myönteisesti aikaiseen ja osuvaan hoitoon. Varhaista hoitoa ja tukea voidaan tehostaa paitsi resurssillisäyksiin, lisäämällä yhteistyötä yli ammattirajojen.

Oppilashuolloissa on totuttu työskentelemään yksin. Tämä on merkittävä kuormitustekijä. Jopa osin myös lainsäädäntö vahvan oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa määritellyn yksilön suojan kautta painottaa yksilötyön näkökulmaa. Espoossa oppilasmäärät työntekijää kohti ovat suuria, kuraattoreilla ja psykologeilla on kouluillaan noin 800–1000 oppilasta ja useita kouluja, joihin työtä jaetaan. Opiskeluhollossa ei ole aina helposti toteutettavia mahdollisuuksia työskennellä tiiminä tai edes työparina. Lisäksi Espoossa koulujen käytettävissä olevat työhuoneet vaikuttavat esimerkiksi siihen, voivatko kuraattori ja psykologi olla samana päivänä samalla koululla, toisinaan huonetta jakaa myös koululääkäri.

Oppilashuollon työntekijöiden työkentän laajuus vaikeuttaa työn kohdentamista mielenterveystyöhön. Esimerkiksi kouluterveydenhoitajien työssä aikaresurssin käyttävät valtaosin laajat terveystarkastukset. Näissä kohdataan kaikki nuoret, mutta mielenterveyden ongelmat eivät välttämättä tule tarkastuksissa ilmi tai jo seulottuihin ja todettuihin oireisiin ei pystytä reagoimaan. Tarkastukset painottavat fyysistä terveydentilaa, vaikka mielenterveyden huomiointi onkin lisääntynyt. On mahdollista että mielenterveyden häiriöt nuorten kaikkein yleisimpänä sairausryhmänä (Patel ym., 2007) eivät ole nykyisissä käytännöissä saavuttaneet sellaista painoarvoa, jota niiden yleisyys ja häiriöistä seuraava haitta edellyttäisi.

Strategisia, keskusteltuja, ja tietoon perustuvia kannanottoja ja linjauksia tarvitaan siten keskustelussa nuorten mielenterveystyön asemasta ja lievien häiriöiden hoidon asemasta kouluissa ja perustasolla. Tarvitaan keskustelua ja linjauksia ennaltaehkäisyn, hoidon ja yksilöllisen vs. yhteisöllisen työotteen painopistealueista. Keskustelua tulisi ohjata tutkimuksellinen näyttö primaari- ja sekundaariprevention eduista, nuorten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä, palvelujärjestelmän toiminnasta ja siinä olevista päällekkäisistä ja (toisiaan täydentävistä, vs. toisiaan toistavista; vaikuttavista vs. vaikuttamattomista) interventioista. Uutta tietoa tarvitaan päätöksen teon pohjaksi.

Espoon IPC:n implementaatiohankkeen kokemusten pohjalta suosituksemme on, että nuorten mielenterveyden hoidon mahdollistamiseksi kouluterveydenhuoltoon ja oppilashuoltoon luotaisiin ammattiryhmien yhteistyöhön perustuva, vähintäänkin säännöllisiin konsultaatiokäy-

täntöihin pohjautuva, mutta optimaalisemmin myös yhteisiin koulutuksiin ja tapaamisiin perustuva opiskeluhuollon työryhmärakenne. Sille tulisi määritellä vastuutaho, joka ylläpitää nuorten mielenterveystyötä.

Nuorten mielenterveystyön toteuttamiseksi tarvittaisiin integroitua kliinistä johtamista, joka määrittelee koulussa tehtävän hoitamisen rajat. Jotta ”pois lähettämisen kulttuuri” voitaisi kääntää hoidon mahdollistavaksi kulttuuriksi, peruspalveluissa ja lähipalveluissa, kuten kouluilla, tarvitaan yhdessä sovitut määrittelyt siitä keitä nuoria on lupa hoitaa, mahdollista hoitaa ja turvallista hoitaa. Tämä edellyttää kaikkien ammattiryhmien yhteistä sitoutumista nuorten lievien-keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Koululääkärien roolin kehittämistä konsultoivaan ja enemmän yhteistoiminnalliseen suuntaan muiden ammattiryhmien kanssa tulisi edistää.

### **Vaativien ja erityispalvelujen roolin täydentäminen peruspalveluja tukeväksi**

Hankkeen toiminta-aikana jatkuvan, dialogisen ja keskusteleavan yhteistyön merkitys on korostunut. Kokonaisuudessaan kehittämishankkeesta on todettavissa, että niin vertikaalisesti integratiivisilla toimenpiteillä (= erikoissairaanhoidon osaamisen tuominen perustason toiminnan tukemiseen ja hoitoketjun osaksi ottamiseen) että horisontaalisesti integratiivisilla toimenpiteillä (kaikkien ammattiryhmien yhteinen koulutus ja yhteisten käytäntöjen luominen) voidaan edistää nuorten mielenterveyden, erityisesti masennuksen varhaista ja vaikuttavaa hoitoa koulussa. Hoito näyttäytyy tällä tavoin tuotettuna nuorille hyödyllisenä.

Kuten tässä hankkeessa, yliopistosairaanhoidopiirien alueella on mahdollista tuottaa (LAPE - hankkeessa kuvattujen OT-keskusten toimintana) tuloksellista kliinistä tutkimusta yhteistyössä kuntien kanssa toteutettavissa hankkeissa. Tämä mahdollistaa tiedon kertymisen suomalaisissa lähipalveluissa nuorille soveltuvista ja hyödyllisistä mielenterveyden häiriöiden hoidoista. Yliopistosairaalassa sijaitseva OT-keskus (vaativa taso) vastaa tiedollisesta ja tutkimuksellisesta ohjauksesta, ja sen toiminta kytkeytyy erikoissairaanhoidon (erityispalvelut) rooliin hoitoketjussa. Tähän hoitoketju -yhteistyöhön voidaan tuoda perustason palvelut mukaan koordinoitulla hoitoketjujen rakentamisen yhteistyöllä, kun huolehditaan yhteistyön foorumeista (Tapiola ym., 2017).

### **Vaikuttavien menetelmien käyttöönoton lisääminen**

Hankkeen turvin kyettiin istuttamaan eli implementoimaan Suomessa täysin uusi IPC -menetelmä opiskeluhuollossa käytettäväksi, ja samalla tutkimaan valitun menetelmän vaikuttavuutta nuorten masentuneisuuden hoidossa. IPC -menetelmän käyttöönotto alkoi onnistuneesti, vaikka menetelmän käyttöön ei päästykään aiotussa laajuudessa: nuorille lopulta toteutettujen interventioiden määrä lukuvuonna 2016–2017 Espoossa oli keskimäärin vain noin yksi interventio / työntekijä / lukuvuosi. Siihen, että hankkeessa päästiin tähänkin lopputulokseen, vaadittiin erittäin paljon kaikilla tasoilla tehtyä työtä.

Tässä kuvatun kaltaisen implementaatiohankkeen ylläpito vaati erillisrahoituksen, jolla voitiin palkata kaksi puoliaikaista projektikoordinaattoria kahden vuoden ajaksi. Tämän lisäksi sekä erikoissairaanhoidossa että Espoon kaupungissa tehtiin hyvin paljon tämän resurssin ulkopuolista työtä. Työ koostui sekä erikoissairaanhoidon (johto, esimiehet, työnohjaajat, asiantuntijat) ja Espoon kaupungin työntekijöiden (johto, esimiehet, IPC -ohjaajat) aika- ja siten

myös palkkaresursseista. Hankkeen loppuessa voitiin todeta, että käyttöön saatiin nuorten masennusoireisiin hyötyä tuottava ja suomalaisissa koulujen olosuhteissa sovellettavissa oleva menetelmä.

Tämä valtionhanke kuvaa toimintaa, joka käytännössä toteuttaa LAPE-kärkiohjelmassa kaavailtua OT -keskustoimintaa, jossa yhteistyössä hoitoketjussa olevien kuntamanagereiden ja esimiesten kanssa suunnitellaan ja levitetään potentiaalisesti vaikuttavia hoitoja, ja arvioidaan niiden vaikuttavuutta suomalaisessa toimintaympäristössä (Aula ym., 2016; Tapiola ym., 2017).

Hanke osoittaa konkreettisesti, että nuorten mielenterveyden vaikuttavaa hoitoa voidaan tuottaa nuorten lähipalveluissa, esimerkiksi koulujen opiskelijahuollossa. Nähdäksemme vaikuttavia hoitoja ja edellytyksiä niiden pysyvyydelle omissa ympäristöissään voidaan tuottaa suomalaisessa kontekstissa, integratiivisessa yhteistyössä, seuraavin käytännön ehdoin.

1. *Alueellinen koordinaatio tarvitaan.* Suomessa jokaiseen maakuntaan muodostetaan säännöllinen ammatillinen koordinointifoorumi paitsi nuorten mielenterveyden hoitoketjujen muodostamiseksi, myös hoitoketjussa mainittujen mielenterveyden hoitojen koordinoimiseksi ja toteuttamiseksi. Tämän paikaksi on luonnollinen alueellisesta psykoterapioiden arvioinnista ja osaamisen ylläpidosta huolehtiva yliopistosairaala (Valtioneuvosto, 2017), joka toimii yhteistyössä myös psykoterapeuttikoulutuksien järjestämistä vastaavan yliopiston kanssa. OT -keskuksia suunnitellaan viidelle yhteistyö (erva-) alueelle, mutta ne ovat yhteistyössä myös sekä keskenään että oman alueensa maakuntiin, mikä vähentää tarvetta suomalaisiin päällekkäisiin suunnitteluihin ja vähentää alueellista erilaisuutta tehdyissä ratkaisuissa (Aula ym., 2016; Tapiola ym., 2017). OT -keskukseen muodostettava koordinaatiota toteuttava ”neuvottelukunta” antaa valmiuksia jatkossa yhä enemmän ohjata eri tasoisia ja pituisia psykoterapeuttisia koulutuksia ja menetelmiä oikeisiin, niille parhaiten soveltuviin ympäristöihin. (-> **OT-keskuksen yhteyteen muodostetaan koordinoiva alueellinen neuvottelukunta, jossa sovitaan minne, mitä ja millä tukikeinoin kukin lasten ja nuorten mielenterveyden hoitomuoto implementoidaan.**)
2. *Lähipalveluiden tulee toimia yhtenä kokonaisuutena.* Kuntiin muodostetaan kunnallinen yhteistyön foorumi, joissa nuorten lähipalveluiden ammattiryhmät sopivat, yhteisistä käytänteistä nuorten mielenterveystyössä ja lievien-keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Täällä sovitaan selkeästi siitä vastuutahosta perusterveydenhuollossa, joka kantaa vastuun nuorten lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidosta, mutta myös yhteistyön tekemisen muodoista mielenterveyden hoidossa (-> **Opiskeluhoitoon ja perustason yksiköihin muodostetaan moniammatillinen koordinaatio ja kunnan nuorten mielenterveystyön malli ja toiminnan johtamisen malli. Kun lisätään LAPE -hankkeen periaatteiden mukaisesti painotusta lähipalveluihin, lainsäädännöllisellä ohjauksella voi olla tarpeen selkeyttää vastuutahojen määrittelemiseksi, esimerkiksi millä ryhmillä on vastuu osallistua lievien-keskivaikeiden mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten hoitoon).**
3. *Hoitojen implementaatioon sijoitetaan tarvittava määrä resursseja julkisiin palveluihin.* Sekä OT-keskustasolle että peruspalveluihin sijoitetaan implementaatiotoiminnan edellyttämä työntekijäpanos. Tämä henkilöstöpanos riippuu kulloinkin implementoitavasta toiminnasta. Resursseja tulee tarkastella valtakunnallisesti: on tarpeen ja järkevää sijoittaa hoitomuotojen implementaatioon tarvittavia resursseja suoraan hoitoketjujen ohjaukseen, ei hoitoketjujen ulkopuolelle, esimerkiksi järjestötoimintaan (muuten kuin toimittajan roolissa). Kenties laajimmassa valtiollisessa psykososiaalisten ja

psykoterapeuttisten hoitojen implementaatiohankkeessa, Iso-Britannian IAPT:ssa on saavutettu laajaa vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta kansallisesti keskitetyllä, tieteelliseen tietoon pohjautuvalla asiantuntijaohjauksella ja sekä yliopistollisiin koulutusjaksoihin että paikallisessa ympäristössä tapahtuvaan työnohjattuun harjoitteluun pohjautuvalla psykososiaalisten hoitojen koulutusohjelmalla sekä paikallistasolta raportoitujen hoitovasteiden avoimella raportoinnilla (Clark ym., 2017). Saavutetut terveyshyödyt ovat edellyttäneet myös kansallista resurssointia sekä hoitojen ohjaamiseen että niiden kouluttamiseen (Layard & Clark, 2015).

On selvää että kuntien paikallistason mielenterveystyön pirstaleisuuden ja pienten yksikkökokojen takia kuntien itsenäinen kyky ohjata vaikuttavien hoitojen levittämistä on hyvin pieni. Kokonaisuudessaankin Suomen pieni koko edellyttää koulutussuunnittelun keskittämistä riittävän asiantuntijuuden saamiseksi kokoon sekä vaikuttavien psykososiaalisten interventioiden ja psykoterapeuttisten hoitojen levittämisen ohjaamiseen, koulutusten tuottamiseen että interventioiden vaikuttavuuden osoittamiseen. Uskoaksemme näin toimimalla on mahdollista lähteä tavoittelemaan Suomessa nuorten terveyshyötyjä ja niihin liittyviä taloudellisia säästöjä, jotka ovat seurausta päällekkäisten, ei-vaikuttavien tai toimintaympäristönsä juurtumattomien toimintatapojen lakkauttamisesta (-> **Sekä LAPE -hankkeessa kehitettävien OT -keskusten ohjaus- ja koulutusfunktio että perustasolla tehtävä mielenterveystyö alkaviin häiriöihin tulee resursoida tarpeenmukaisesti. Siinä tulee ottaen huomioon sekä nuorten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys että kansainväliset, palvelujärjestelmän keskitetystä ohjauksesta saadut tutkimustulokset hoitojen vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantumisesta. Ohjaukseen käytettävä resurssi saadaan takaisin hoitojen onnistumisena, terveyshyötyjen kautta sekä päällekkäisten ja tehottomien toimenpiteiden vähentymisenä.**)

4. *Hoitojen ohjauksessa tarvitaan managerien sitoutumista.* Minkä tahansa implementoitavan hoidon vakauttamisessa tulee olla mukana johtajat sekä OT-tasolta (yliopistosairaalat), erityistasolta (erikoissairaanhoido) että lähipalveluiden tasolta (koulut ja mielenterveyden matalan kynnyksen palvelupisteet). Erityisesti silloin, kun tuodaan uusia hoitomuotoja, tarvitaan tarkoituksenmukainen resurssi myös ensi kierroksen koulutukseen ja ylläpitoon. OT-keskukset (viidellä alueella) tai alueellinen erikoissairaanhoido (maakunnissa) eivät voi toimia nykyisillä henkilöstöresursseillaan alueidensa jokaisessa kunnassa samanaikaisesti hoitoja suunnittelevana, ylläpitävänä ja työnohjaavana, vaan niiden roolin tulee olla implementaatiota käynnistävä. Kun uusi hoitomuoto on saatu perustettua, jatkossa huolehditaan sen ylläpitoon vaadittavien osaamiskompetenssien kehittymisestä alueella OT-keskuksen koordinoimana (Valtioneuvosto, 2017). Peräkkäisiä saman menetelmän koulutuskierroksia suunniteltaessa tulee noudattaa portaittaista etenemistapaa, jossa hoidon osoittauduttua vaikuttavaksi, alueellisia keskeisten ammattihenkilöiden kompetensseja hoidon kouluttajana ja työnohjaajana toimimiseen lisätään kontrolloidulla ja laadunohjatulla tavalla. (-> **Managerien sitoutuminen tapahtuu alueellisessa mielenterveystyön koordinoitavissa maakunnallisessa neuvottelukunnassa, jossa kunnalliset managerit ovat osallisina. Hoitojen levittämisessä pyritään vähitellen alueiden tulemiseen omavaraisiksi vaikuttavien hoitomuotojen suhteen lisäämällä asteittain alueiden omaa työnohjaaja- ja kouluttajavarantoa.**)

## LIITE 1. Nuorten mielenterveysinstrumentti kouluun

### NUOREN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
------	---------------

### TAUSTATIEDOT

Nuoren suhde huoltajaan / huoltajiin	<input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Kohtalainen <input type="checkbox"/> Heikko <input type="checkbox"/> Ei yhteyttä
Nuoren elämäntilanne (asuminen, arki) on vakaa	<input type="checkbox"/> Hyvin <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti <input type="checkbox"/> Vähäisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
Todettu oppimisvaikeuksia <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Jos kyllä, mitä	Koulun tukitoimet

### HOIDOLLISET TIEDOT

Aikaisempia mielenterveysongelmia <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin: _____ mitä: _____	
Aikaisempi hoitokausi mielenterveysasioissa <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, tarkenna milloin, kuinka pitkä jakso, mitä pitänyt sisällään / minkälaista tukea saanut:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Perus / kouluterveydenhuolto:</li> <li>Erikoissairaanhoido <input type="checkbox"/> Osasto <input type="checkbox"/> Avohoito</li> </ul>	
Uusi akuutti lastensuojelullinen ongelma <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Lastensuojelutarpeen arviointi <input type="checkbox"/> Valmis <input type="checkbox"/> Kesken

### PSYKKISET OIREET JA TOIMINTAKYKY

Kuvaile nuoren keskeisimmät oireet (voit halutessasi käyttää nuolta kuvamaan oireiden viimeaikaista suuntaa; ↑↓)	Oireilu häiritsee arjessa (C-GAS)
1. _____	<input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain
2. _____	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
3. _____	<input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain
4. _____	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
5. _____	<input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain
	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
	<input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain
	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
	<input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikoittain
	<input type="checkbox"/> Satunnaisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
Tämänhetkisten oireiden kesto: <input type="checkbox"/> alle 12 kk <input type="checkbox"/> yli 12 kk	
R-BDI -pisteet: Nuori/Nuorella on...	
psykoottinen <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	itsehoidon/vakava masennus <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
aliravitsemus <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	akuutti/kroonistunut päihdeongelma <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
	vaikea ahdistus <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Nuori/Nuorella on..	
Kykenee huolehtimaan arkiaskareista ja hygieniasta itse	<input type="checkbox"/> Hyvin <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti <input type="checkbox"/> Vähäisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
Jos koulussa/opiskelijana koulunkäynti/opiskelu toteutuu	<input type="checkbox"/> Hyvin <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti <input type="checkbox"/> Vähäisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
Harrastuksia/mielekästä tekemistä vapaa-ajalla	<input type="checkbox"/> Hyvin <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti <input type="checkbox"/> Vähäisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
Sosiaalisia suhteita	<input type="checkbox"/> Hyvin <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti <input type="checkbox"/> Vähäisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan

### VALMIUDET OHJANTAAN

<b>Nuoren työskentely- ja muutosvalmius</b> Nuori tunnistaa, että hänellä on vaikeuksia	<input type="checkbox"/> Hyvin <input type="checkbox"/> Kohtalaisesti <input type="checkbox"/> Vähäisesti <input type="checkbox"/> Ei lainkaan
Valmius keskustella/työstää ongelmiaan toisen kanssa	<input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Kohtalainen <input type="checkbox"/> Vähäinen
Kyky ja mahdollisuus sitoutua ohjantaan tällä hetkellä	<input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Kohtalainen <input type="checkbox"/> Vähäinen
Haluaa muutosta ensisijaisesti itsen ja omaan toimintaan	<input type="checkbox"/> Paljon <input type="checkbox"/> Osittain <input type="checkbox"/> Vähän
Tarkenna nuoren omia käsityksiä omasta tilanteestaan ja odotuksista ohjannan suhteen	

### ARVIOINNISSA VOI KÄYTTÄÄ TUKENA (merkitse pisteet)

YP CORE:
ADRS:
AUDIT, mikäli vaikea määritellä päihdeongelmaa

### PÄIVÄMÄÄRÄ, TÄYTTÄJÄN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS

Päivämäärä	Täyttäjän allekirjoitus ja nimenselvitys
------------	--



---

**Käsitteitä:**

Psykoottinen: Nuorella on selkeitä aistiharhoja tai harhaluuloja, joita hän itse pitää todellisina tai toimii niiden mukaisesti

Itsetuhoinen: Nuorella on toistuvaa vakavaa itsetuhoista käyttäytymistä tai itseä vahingoittavia tekoja, vaikeasti hallittavia itsemurha-ajatuksia tai esille tulee itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä

Vakava masennus: Nuoren masennusoireet ovat niin voimakkaita, etteivät ole enää hallittavissa ja oireet merkittävästi häiritsevät sosiaalista toimintakykyä sekä koulunkäyntiä (esim. runsaasti poissaoloja)

Aliravitsemus: Nuori jättää toistuvasti aterioita väliin, nuorella on voimakas lihomisen pelko tai jatkuva käytös, joka estää painon nousun, vaikka on merkittävästi alipainoinen, oman painon tai kehon muodon kokeminen on häiriintynyt

Akuutti / kroonistunut päihdeongelma: Alkoholia/päihteitä käytetään toistuvasti tai niiden käyttöön on voimakas tarve/himo, eikä käytön vähentäminen onnistu, alkoholin/päihteiden käyttö vaikuttaa sosiaaliseen toimintakykyyn tai koulunkäyntiin (esim. nuori tulee kouluun humaltuneena/päihtyneenä)

Vaikea ahdistus: Ahdistuneisuusoireet (paha/ahdistunut olo, fyysiset oireet) ovat voimakkaita ja jatkuvia, nuori välttelee toistuvasti tilanteita, paikkoja, kohteita ja esineitä tai toimintoja ahdistuneisuuden tai pelon takia ja ahdistus merkittävästi häiritsee sosiaalista toimintakykyä sekä koulunkäyntiä (esim. ei kykene olemaan jollain oppitunnilla)

---

**ÄLÄ ALOITA IPC OHJAUSTA:**

Jos nuorella / nuori on psykoottisia oireita, itsetuhoisuutta, vakava masennus, vaikeita ahdistusoireita, akuutti / kroonistunut päihdeongelma, aliravitseminen tai akuutti lastensuojelullinen ongelma, jonka lastensuojelutarpeen arviointi on kesken, IPC ei sovellu käytettäväksi.

**KESKUSTELE (KOULU)LÄÄKÄRIN TAI PSYKOLOGIN KANSSA IPC OHJAUKSEN SOVELTUVUUDESTA:**

Jos nuoren arvioinnissa tulee esiin hänen oireidensa selkeästi toimintakykyä alentava vaikutus ja lisäksi muita riskitekijöitä (vrt. lomakkeen harmaat kohdat), keskustele (koulu)lääkärin kanssa nuoren hoitoon ohjauksesta.

# LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

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

<http://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/nuoretluukulla.pdf>

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Aula, M K, Juurikkala, V, Kalmari H, Kaukonen, P, Lavikainen, M, Pelkonen, M (2016). Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74904/Rap\\_ja\\_muist\\_29\\_2016.pdf?sequence=1](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74904/Rap_ja_muist_29_2016.pdf?sequence=1)

Babor, T F, Higgins-Biddle, J C, Saunders, J B, Monteiro, M G (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for Use in Primary Health Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Beecham, J (2014.) Annual research review: child and adolescent mental health interventions. Interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55, 714-732.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12216/pdf>

Beck, A T, Ward, C, Mendelson, M (1961). Beck depression inventory (BDI). Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Beidas, R S, Kendall, P C (2014). Dissemination and Implementation of evidence-based practices in child and adolescent mental health. Oxford: Oxford University Press.

Chisholm, D, Sweeny, K, Sheehan, P, Rasmussen, B, Smit, F, Cuijpers, P ym. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry, 3, 415-424.

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(16\)30024-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(16)30024-4.pdf)

Christiana, J M, Gilman, S E, Guardino, M, Mickelson, K, Morselli, P L, Olfson, M, ym. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. Psychological Medicine, 30, 693-703.

Clark, D M (2013). Developing and disseminating effective psychological treatments: science, practice and economics. Canadian Psychology, 54, 12-21.

Clark, D M, Canvin, L, Green, J, Layard, R, Pilling, S, Janecka, M (2017). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. Lancet (available online).

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)

Cuijpers, P, Geraedts, A, vanOppen, P, Andersson, G, Markowitz, J C, van Straten, A (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. American Journal of Psychiatry, 168, 581-592.

Gergov, V, Lindberg, N, Tainio, V-M, Marttunen, M (2013). Nuorten ostopalvelupsykoterapiat – mitä ostetaan ja kenelle. Suomen Lääkärilehti, 68, 3239-3244.

Granö, N, Karjalainen, M, Ranta, K, Lindgren, M, Roine, M, Therman, S (2016). Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. Psychiatry Research, 237, 9-16.

Elliott, R, Rodgers, B (2008). Client Change Interview Schedule (v5). Glasgow: University of Strathclyde.

Fergusson, D, M, Boden, J M, Horwood, L J (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. British Journal of Psychiatry, 191, 335-342.

Fredriksson J, Tuomisto M, Koskinen M, Ranta K. Lasten ja nuorten mielenterveystyö lähipalveluissa. Kirjassa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, Tuomisto M, toim. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat: työvälineitä kouluihin ja klinikoihin. Kustannus Oy, Duodecim, painossa.

Hammarberg, L, Klemetti, R (2016). Nuorten palvelujen järjestämisen malleja Manner-Suomessa. Puhelehtikokousten raportti. Työpöytä 34/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131367/URN\\_ISBN\\_978-952-302-750-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131367/URN_ISBN_978-952-302-750-3.pdf?sequence=1)

Haravuori, H, Muinonen, E, Kanste, O, Marttunen, M (2017). Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa: Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Helsinki: THL.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131873/URN\\_ISBN\\_978-952-302-722-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131873/URN_ISBN_978-952-302-722-0.pdf?sequence=1)

Hermanson, E, Kosola, S, Kuortti, M, Haravuori, H (2015). Yleislääkärin rooli nuorten mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti, 70, 809-813.

Horowitz, L J, Garber, J (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 401–415.

Judd, F, Weissman, M, Davis, J, Hodgins, G, Piterman, L (2004). Interpersonal counselling in general practice. Australian Family Physician, 33, 332–337.

Hämäläinen, J, Isometsä, E, Sihvo, S, Kiviruusu, O, Pirkola, S, Lönnqvist, J (2009). Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. Depression and Anxiety, 26, 1049–1059.

Kaivolainen, V ym. (julkaisematon). Espoolaisten nuorten toiveet mielenterveyspalveluista. Pääkaupunkiseudun LAPE-hankkeen seminaarissa esitetty raportti. Helsinki: marraskuu, 2017.

Kaltiala-Heino, R, Ranta, K, Fröjd, S (2010). Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 126, 2033–2039.

Kapiainen, S, Väisänen, A, Haula, T (2014). Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114683/THL\\_RAPO3\\_2014\\_web.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114683/THL_RAPO3_2014_web.pdf?sequence=1)

Kaufman, J, Birmaher, B, Brent, D, Rao, U, Flynn, C, Moreci, P ym. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children - present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 980-988.

Kontunen, J (2017). Interpersoonallinen psykoterapia. Kirjassa: Kumpulainen, K, Aronen, E, Ebeling, H, Laukkanen, E, Marttunen, M, Puura, K, Sourander, A, toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kontunen, J, Karlsson, H, Larmo, A (2007). Interpersoonallinen psykoterapia – depression fokusoitu hoitomenetelmä. Helsinki: Edita.

Kontunen, J, Timonen, M, Muotka, J, Liukkonen, T (2016). Is interpersonal counselling (IPC) sufficient treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT). Journal of Affective Disorders, 189, 89-93.  
[http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(15\)30561-9/fulltext](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(15)30561-9/fulltext)

Laajasalo, T, Pirkola, S (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN\\_ISBN\\_978-952-245-686-1.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN_ISBN_978-952-245-686-1.pdf?sequence=1)

Laukkanen, E, Kemppi, T, Kylmä, J, Airaksinen, A, Henttonen, A, Haatainen, K (2009). SIHTI-interventio. Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 11/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085333>

Law, R (2016). Defeating teenage depression: getting there together. London: Robinson.

Lawrence, D, Johnson, S, Hafekost, J, Boterhoven de Haan, K, Sawyer, M, Ainley, J (2015). The mental health of children and adolescents. Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. Canberra: Department of Health.

[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/\\$File/child2.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/$File/child2.pdf)

Layard, R, Clark, D M (2014). Thrive: the power of evidence-based psychological therapies. London: Allen Lane.

Lehto-Salo, P (2011). Koulukoti - nuoren toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämishaasteena. Jyväskylän studies in education, psychology and social research 414. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36670/9789513944353.pdf?sequence=1>

Lidström, M (2014). Yhteistä työtä. Hyks-nuorisopsykiatrian avohoidon ja koulujen oppilashuoltotyöryhmien yhteistyö Helsingissä. Helsinki: Diakonia ammattikorkeakoulu. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/82243/lidstrom\\_mirva\\_HELSENKI.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/82243/lidstrom_mirva_HELSENKI.pdf?sequence=1)

Lucas, N, Bayer, J K, Gold, L ym. (2013). The cost of healthcare for children with mental health difficulties. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 171, 495–498.

Lynch, F L, Clarke, G N (2006). Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. American Journal of Preventive Medicine, 31, 143-151.

Maag, J W, Swearer, S M, Toland, M D (2009). Cognitive-behavioral interventions for depression in children and adolescents. Meta-analysis, promising programs, and implications for school personnel. Kirjassa: Mayer M J, van Acker R, Lochman, J E, Gresham, F M, toim. Cognitive-behavioral interventions for emotional and behavioral disorders. School-based practice. New York: The Guilford Press.

Marttunen, M, Kaltiala-Heino, R (2014). Nuorisopsykiatria. Kirjassa: Lönnqvist, J, Henriksson, M, Marttunen, M, Partonen, T, toim. Psykiatria. 11., uudistettu painos. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.

Marttunen, M, Karlsson, L (2014). Masennusoireilu ja masennustilat. Kirjassa: Marttunen, M, Huurre, T, Strandholm, T, Viialainen, R, toim. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Helsinki: THL.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL\\_OPA025\\_2013.pdf?sequence](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence)

Marttunen, M, Ranta, K, Gergov, V, Strandholm, T, Ehrling, L, Tainio, V-M, Lindberg, N (2015). Nuorten depressioiden psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: systemaattiseen kirjallisuushakuun perustuva katsaus. Suomen Lääkärilehti, 46, 3111–3116.

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230020/SLL462015\\_3111.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230020/SLL462015_3111.pdf?sequence=1)

Menchetti, M, Rucci, P, Bortolotti, B, Bombi, A, Scocco, P, Kraemer, H C ym. (2014). Moderators of remission with interpersonal counselling or drug treatment in primary care patients with depression: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 204,144–150.

Mertsola, J, Talvenkorpi, J, Santanen, J, Tapiola, M (2017). Poislähtämisen kulttuurista kohti aitoa osallisuutta! Vertikaalinen integraatio lasten, nuorten ja perheiden erityis- ja vaativan tason palvelujen LAPE-työpajoissa 2016 Kirjassa: Erityis- ja vaativan tason palvelujen työpajaprosessin raportti: osana lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa. Työpaperi 26/2017. Helsinki: THL.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017\\_26\\_Ty%C3%B6pajaprosessit\\_1.6.17\\_web.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017_26_Ty%C3%B6pajaprosessit_1.6.17_web.pdf?sequence=3)

Mufson, L, Dorta, K, Moreau, D, Weissman, M (2004a). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents, Second Edition. New York: The Guilford Press,

Mufson, L, Pollack Dorta, K, Olfson, M, Weissman, M M, Oakwood, K (2004b). Effectiveness research: transporting interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) from the lab to school-Based Health Clinics. Clinical Child and Family Psychology Review, 7, 251–261.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15648279>

Mufson, L, Pollack, D K, Wickramaratne, P, Nomura, Y, Olfson, M, Weissman, M M (2004c). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Archives of General Psychiatry, 61, 577–584.

Patel, V, Flisher, A J, Hetrick, S, McGorry, P (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302–13.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60368-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60368-7/fulltext)

Peltola M, Juntunen, M, Häkkinen, U, Rosenqvist, G, Seppälä, T T, Sund, R (2011). A methodological approach for register-based evaluation of cost and outcomes in health care. *Annual Medicine*, 42, 4-13.

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/07853890.2011.586364?needAccess=true>

Pylkkänen, K (2013) Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus. Laadun osa-alueet, mittarit, hyvän laadun kriteerit ja niiden toteutuminen. NALLE-projektin loppuraportti. Helsinki: Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistys.

[http://www.nuorisopsykiatrisen-yhdistys.org/wp-content/uploads/2013/09/SNPY\\_laatusuositus\\_1013.pdf](http://www.nuorisopsykiatrisen-yhdistys.org/wp-content/uploads/2013/09/SNPY_laatusuositus_1013.pdf)

Pylkkänen, K, Haapasalo-Pesu, K-M (2017). Nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmä. Kirjassa: Kumpulainen, K, Aronen, E, Ebeling, H, Laukkanen, E, Marttunen, M, Puura, K, Sourander, A, toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ranta, K, Kaltiala-Heino, R, Rantanen, P, ym. (2008). Nuorisopsykiatria – moderni lääketieteen erikoisala. *Suomen Lääkärilehti*, 50, 4408–4409.

[https://lpsy.s3.amazonaws.com/bin/A458\\_komm8.pdf?Signature=mO%2ByFewiKjPME2mme-kibu4AEyKs%3D&Expires=1517345242&AWSAccessKeyId=AKIAJN5CL4BEC72QVEFA](https://lpsy.s3.amazonaws.com/bin/A458_komm8.pdf?Signature=mO%2ByFewiKjPME2mme-kibu4AEyKs%3D&Expires=1517345242&AWSAccessKeyId=AKIAJN5CL4BEC72QVEFA)

Raitasalo, R (2007). Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Revah-Levy, A, Birmaher, B, Gasquet, I, Flissard, B (2007). The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*, 7:2.

Scott, J, Fowler, D, McGorry, P, Birchwood, M, Killackey, E, Christensen, H ym. (2013). Adolescents and young adults who are not in employment, education, or training. *BMJ*, 347, 5270.

Shaffer, D, Gould, M S, Brasic, J, ym. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228–1231.

Sourander, A, Marttunen, M (2017). Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Kirjassa: Kumpulainen, K, Aronen, E, Ebeling, H, Laukkanen, E, Marttunen, M, Puura, K, Sourander, A, toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Stark, K D, Streusand, W, Arora, P, Patel, P (2013). Childhood depression: The ACTION treatment program. Kirjassa: Kendall, P C, toim. Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures. Fourth edition. New York: The Guilford Press.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Julkaisuja 2012: 24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tapiola, M, Oranen, M, Ranta, K, Känkänen, P, Tenhunen, T (2017). Vaativan tason palvelujen ja palvelurakenteiden uudistaminen. Kirjassa: Erityis- ja vaativan tason palvelujen työpajaprosessin raportti: osana lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa. Työpaperi 26/2017. Helsinki: THL.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017\\_26\\_Ty%C3%B6pajaprosessit\\_1.6.17\\_web.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017_26_Ty%C3%B6pajaprosessit_1.6.17_web.pdf?sequence=3)

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

THL (2017). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti 21/2017. Helsinki: THL.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134729/Tr21\\_17.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134729/Tr21_17.pdf?sequence=1)

THL. Erityis- ja vaativan tason palvelujen työpajaprosessin raportti: osana lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa. Työpaperi 26/2017. Helsinki: THL.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017\\_26\\_Ty%C3%B6pajaprosessit\\_1.6.17\\_web.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017_26_Ty%C3%B6pajaprosessit_1.6.17_web.pdf?sequence=3)

Twigg, E, Barkham, M, Bewick, B M, Mulhern, B, Connell, J, Cooper, M (2010). The Young Person's CORE: development of a brief outcome measure for young people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9, 160-168.

- Valtioneuvosto (2017). Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä.  
[http://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA\\_erikoissairaanhoido\\_22.8.pdf/69ce484f-db8f-46e9-abc9-a2c6bf892395](http://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_erikoissairaanhoido_22.8.pdf/69ce484f-db8f-46e9-abc9-a2c6bf892395)
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2017). Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 3/2017. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto.  
[https://www.vtv.fi/files/5792/3\\_2017\\_Lasten\\_mielenterveys\\_ongelmien\\_ehkaisy\\_kouluterveydenhuollossa.pdf](https://www.vtv.fi/files/5792/3_2017_Lasten_mielenterveys_ongelmien_ehkaisy_kouluterveydenhuollossa.pdf)
- Vähätalo, M, Kallio, T J (2013). Tietojohdaminen hyvinvointialalla - nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen internet-pohjaisilla menetelmillä. Sarja/Särise KR-1:2013. Turku: Turun Kauppakorkeakoulu.
- Weissman, M, Klerman, G (1993). Interpersonal counseling for stress and distress in primary care settings. Kirjassa: Klerman, G L, Weissman, M M, toim. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Weissman, M, Markowitz, J, Klerman, G (2000). Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York: Basic Books.
- Weissman, M M, Wolk, S, Goldstein, R B, Moreau, D, Adams, P, Greenwald, S, ym. (1999). Depressed adolescents grown up. JAMA, 281, 1707–1713.
- Weissman, M, Hankerson, S, Scorza, P, Olfson, M, Verdelli, H, Shea, S, ym. (2014). Interpersonal Counseling (IPC) for depression in primary care. American Journal of Psychotherapy, 68(4), 359-383.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4603528/pdf/nihms-719551.pdf>
- Whiteford, A H, Degenhardt, L, Rehm, J, Baxter, J A, Ferrari J A, Erskine, E H, ym. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 382,1575–1586.
- WHO. (2005). Mental Health Atlas 2005. Geneve: WHO.  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhatlas05/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/)
- Wiss, K, Halme, N, Hietanen-Peltola, M, Ståhl, T (2017). Perusopetuksen opiskeluhuollon tilannekuva 2017 – Yhdenvertaisuus haasteena yksilökohtaisessa ja yhteisöllisessä työssä. Tutkimuksesta tiiviisti 23, syyskuu 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135219/TuTi\\_Opiskeluhuollon%20tilannekuva\\_fi-nal.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135219/TuTi_Opiskeluhuollon%20tilannekuva_fi-nal.pdf?sequence=1)
- Wright, D R, Katon, W J, Ludman, E, McCauley, E, Oliver M, Lindenbaum, J ym. (2016). Association of adolescent depressive symptoms with health care utilization and payer-incurred expenditures. Academic Pediatrics, 16, 82-89.
- Young, J F, Kranzler, A, Gallop, R, Mufson, L (2012). Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: effects on school and social functioning. School Mental Health, 4(4), 254–264.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564646/pdf/nihms436944.pdf>
- Young, J F, Benas, J S, Schueler, C M, Gallop, R, Gillham, J E, Mufson, L A (2016). Randomized depression prevention trial comparing Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training to group counseling in schools. Preventive Science, 17, 314-24.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467441/pdf/nihms867166.pdf>
- Zhou, X, Hetrick, S E, Cuijpers, P, Qin, B, Barth, J, Whittington, C J, ym. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. World Psychiatry, 14, 207-22.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471978/pdf/wps0014-0207.pdf>

VALTIONEUVOSTON  
SELVITYS- JA  
TUTKIMUSTOIMINTA

[tietokayttoon.fi](http://tietokayttoon.fi)

ISSN 2342-6799 (pdf)  
ISBN 978-952-287-502-0 (pdf)

