

Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa -suositusluonnos

Efpn Suomen kansallinen verkosto ry:n kommentit

Kommentoi alla olevaa varsinaista suositusta.

Vaikuttavaksi todetut psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja niitä tulisi olla tarjolla osana tavoitteellista ja tarpeenmukaista hoitoa tai kuntoutusta eriasteisissa häiriöissä.

Suositus on tärkeä kannanotto psykoterapian asemaan terveydenhuollossa, keskeisenä osana mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoa. Käytettävien menetelmien tulee määräytyä potilaan yksilöllisistä tarpeista käsin. Tämä edellyttää monipuolista palvelutarjontaa ja palveluiden kehittämistä, erilaisten vaikuttavaksi todettujen psykoterapiamenetelmien kokonaisuutta, sekä terveydenhuollon perustasolla että osana em. palveluita. Suositusluonnoksessa on kuitenkin puutteita: eri psykoterapiamenetelmiä ei ole esitelty tasapuolisesti ja monien menetelmien kuvaukset ovat epäsuhtaisia ja virheellisiä. Lisäksi varsinaista psykoterapiaa ja psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmenetelmiä käsitellään suosituksessa hämärtävästi yhtenä ryhmänä, joskin näytönaspektit on koottu vain psykoterapioista.

On syytä tarkentaa, milloin kyseessä on varsinaista psykoterapeuttikoulutusta edellyttävä psykoterapiamenetelmä ja milloin kyse on menetelmästä, jonka käyttöönotto on mahdollista lyhyemmällä koulutuksella. Selvyyden vuoksi on hyvä kuvata lyhyesti suomalainen psykoterapeuttikoulutusjärjestelmä. Liitteen 2 psykoterapiakuvaukset on syytä tarkistuttaa asiiantuntijoilla. Psykodynaamisen psykoterapian kuvailu on vaillinainen ja vanhentunut eikä kaikkia Suomessa yleisesti käytettyjä menetelmiä ja niiden sovelluksia ei ole huomioitu (ks. esim. Valkonen ym. 2011. Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen 74/2011. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Kela; Huttunen, Kalska toim. 2015. Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim). Eniten käytetty psykodynaamisen psykoterapian muoto on pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia, ei kriisiterapia ja fokaaliterapia. Esittelystä puuttuu ja siihen tulisi siten lisätä seuraavat tiedot: psykodynaamista psykoterapiaa toteutetaan sekä pitkäkestoisena psykoterapiana että lyhytpsykoterapiana, myös näiden kuvaus; psykodynaaminen ryhmäpsykoterapia; paripsykoterapia ja perhepsykoterapia; lasten ja nuorten psykodynaamiset psykoterapiat; psykodynaaminen kuvataidepsykoterapia ja musiikkipsykoterapia. Kaikki ovat vakiintuneita ja vaikuttaviksi osoittautuneita hoitomuotoja.

Luonnoksessa on korostuneesti nostettu esiin tietyt psykoterapiamuodot, kuten kognitiiviset, ratkaisukeskeiset ja nettipsykoterapiat sekä ylipäättään lyhytkestoiset psykoterapiat. On viitattu valikoivasti niihin tutkimuksiin, joilla on voitu osoittaa em. psykoterapiamuotojen vaikuttavuutta. Keskittymällä yksipuolisesti vain tiettyihin psykoterapiamuotoihin aiheutetaan laajakantoisia seurauksia psykoterapian asemaan tulevaisuudessa. On riskinä, että psykoterapian ja psykoterapeuttikoulutuksen tarjonta tulee painottumaan vääristyneellä tavalla vain tiettyihin psykoterapiamuotoihin. Eri psykoterapiamuodot tulee olla esillä monipuolisesti, jotta potilaan yksilölliset tarpeet voidaan huomioida hänelle soveltuvaan psykoterapiamenetelmää valittaessa. Hoitojärjestelmässä varsinaisesta psykoterapiasta erillään toteutettavia psykoterapeuttisia hoitoja ja muita psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusinterventioita voivat toteuttaa työnohjauksen alaisina muutkin kuin koulutetut psykoterapeutit. Esittelyssä on listattu näitä menetelmiä virheellisesti psykoterapiana (esim. mindfulness, EMDR, ym.) On syytä tarkistuttaa kuvaukset ko. menetelmän asiantuntijoilla ja sisällyttää niihin myös taide-terapiat (esim. kuvataide-terapia ja musiikkiterapia). Riittävän koulutuksen, konsultaation ja työnohjauksen järjestämisen välttämättömyys olisi hyvä sisällyttää taustamuistioon.

Lasten ja nuorten osio on puutteellinen ja heikoktasoinen sisältäen yksittäisten neuropsykiatristen oireiden ja käytöshäiriön kuvausta. Kuvaus ei vastaa kliinistä todellisuutta. Fokus on virheellisesti kehityksellisen neuropsykiatrisen häiriön ja käytöshäiriön dikotomiassa, kun pitäisi puhua lapsuus- ja nuoruusiän tunne-elämän kehitykseen liittyvistä juuttumista/häiriöistä. Laaja-alaiset kehityshäiriöt ja vakava psyykinen häiriö mainitaan. Ahdistus, masennus, pakko-oireet, aggressio-ongelmat ja vuorovaikutuksen ongelmat eri ulottuvuuksineen eivät nouse esiin. Dynaaminen näkökulma puuttuu ja lapsen/nuoren tunne-elämän kehityksen kuvaus jää torsoksi.

Lasten ja nuorten hoitomuodoissa psykodynaamiset psykoterapiat sivuutetaan. Lasten hoidoissa mainitaan laaja-alaisen kehityshäiriöiden sekä vakavan psyykinen häiriön yhte-

ydessä lääkityksen merkityksen kasvaminen. Psykoanalyttisella hoidolla on näillä lapsilla merkittävä asema ja vaste hyvä. Varhainen puuttuminen mainitaan, mutta ei kuitenkaan psykoanalyttista varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaa. Vanhempien tuki on mainittu, mutta lapsen yksilöpsykoterapiaan olennaisesti ja välttämättömästi liittyvä vanhempainohjaus ei tästä ole ymmärrettävissä. Psykoanalyttisella lasten- ja nuorten yksilö- ja ryhmäpsykoterapialla on riittävän pitkät perinteet Suomessakin sekä hyvät hoitotulokset tullaakseen selkeämmin kuvatuiksi esityksessä. Kohdassa, jossa mainitaan, että psykodynaamisista psykoterapiaa käytetään käytöshäiriöisten nuorten hoidossa yleisesti, nostetaan esiin osastohoidon osuus sekoittavalla tavalla ja kuvaus muuntuu oudoksi. On myös syytä mainita selkeämmin aikuisten psykoterapian merkitys perheen lasten hyvinvoinnin edistämisessä vuorovaikutuksen muuttuessa. Lapsille ja nuorille tarjottu tarpeenmukainen hoito on ennaltaehkäisevää hoitoa. Kasvaa paremmin voivia aikuisia, joiden psykososiaalisten hoitojen tarve vähenee.

Lasten ja nuorten hoidossa ja kuntoutuksessa myös kuvataidepsykoterapia ja musiikkipsykoterapia varsinaisina psykoterapian muotoina ja kuvataide-terapia ja musiikkiterapia muina hoitomenetelminä ovat vakiintuneita ja vaikuttaviksi osoittautuneita hoitomuotoja ja ne tulisi sisällyttää suositusluonnokseen.

Tarvitsemme molemmat väylät – sekä tuloksellisen ja toimivan Kelan opiskelu- ja työkyvyn kuntoutuspsykoterapian että hyvät psykoterapiapalvelut maakunnissa – ja niiden tulee täydentää toisiaan. Lasten ja nuorten psykoterapiat tulisi myös saada Kelan kuntoutuspsykoterapian piiriin. Psykoterapeuttikoulutusten ja palvelurakenteen integraatio (alueellinen toteutus, määrät ja eri menetelmien saatavuus) on tärkeä asia, eikä toistaiseksi ole mitään valtakunnallista menettelyä sen suhteen. Psykoterapiapalvelujen saatavuuden turvaamiseksi psykoterapeuttikoulutusten tulisi saada yliopistollisen erikoistumiskoulutuksen asema ja siten valtion tuki, kun ne nykyisellään ovat yliopistollisia täydennyskoulutuksia, jolloin koulutuskustannukset jäävät opiskelijoiden itse

maksettaviksi. Yliopistojen psykoterapeutti-koulutuskonsortion asema tulisi virallistaa ja luoda yhteistyö palvelujärjestelmän kanssa.

Palko-suosituksen laatijoiden nimet on mainittu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etusivulla. Heistä ei kuitenkaan ole kerrottu enempää, esim. ammattia tai toimipaikkaa, mikä olisi kuitenkin tärkeä tieto sen arvioimiseksi, millaista psykoterapian asiantuntemusta tekijäkunnassa on ollut.

Kommentoi terveysongelman vakavuutta ja yleisyyttä.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt huonontavat potilaan elämänlaatua ja niihin liittyy riski syrjäytyä sosiaalisista suhteista. Ne vähentävät terveiden elinvuosien määrää ja elinajanodote on selvästi muuta väestöä alhaisempi. Ne aiheuttavat 60–70 % nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitoista. Ne ovat merkittävä lyhyt- ja pitkäkestoisen työkyvyttömyyden aiheuttaja ja yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisiä. Naisista noin 12 prosenttia ja miehistä noin 8 prosenttia on käyttänyt erään tutkimuksen mukaan terveydenhuoltopalveluita mielen-terveysongelmien vuoksi. Psykkinen kuormittuneisuus ja masennusoireet ovat lisääntyneet työikäisillä viime vuosina. Päihdeongelmista merkittävin on alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus.

Tämä on totta. Luonnoksesta puuttuu kuitenkin visio yhteiskunnan tilasta ja mielenterveyden tukipalvelujen tarpeesta tulevaisuudessa. Luonnoksessa keskitytään nykytilaa kuvaavien tilastojen analysointiin. Olisi paikallaan lisätä esitys myös ennaltaehkäisevän työn tarpeellisuudesta.

Kommentoi vaikuttavuutta.

Psykoterapioita ja monia muita psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmenetelmiä voidaan pitää kertyneen tutkimustiedon perusteella vaikuttavina oikein toteutettuina, joskin vaikuttavuudessa on vaihtelua eri sairausryhmien ja menetelmien välillä.

Yleisellä tasolla em. lausuma on kohdallaan,

mutta ei kovin käyttökelpoinen ilman perustelumuiston tarkennuksia. Tästä syystä sen merkitys korostuu. Vaikka suosituksen ei todeta ottavan kantaa psykoterapioiden ja psykososiaalisten menetelmien keskinäiseen paremmuuteen, perustelumuistiossa, sen liitteissä tehdään vertailuja, jotka perustuvat vaillinaiseen, valikoituun aineistoon ja yksinkertaistettuun vaikuttavuuden arviointiin. Tutkimusten laatua ei ole systemaattisesti arvioitu, mukaan ei ole otettu eri terapiamenetelmiä vertailevia tutkimuksia, monia terapiamenetelmiä ei ole huomioitu (mm. paripsykoterapia ja perhepsykoterapia, lasten ja nuorten psykodynaamiset psykoterapiat, kuvataidepsykoterapia ja musiikkipsykoterapia). Psykodynaamisen psykoterapian ja ryhmäpsykoterapian tutkimustuloksiin ei mainittavasti ole viittauksia, vaikka ko. tutkimuksia on helposti saatavilla, keskeisiä katsauksia on karsittu. Näin ollen suositusluonnoksessa annetaan virheellisiä väittämiä, esim. että psykodynaamisen lyhytpsykoterapian vaikuttavuudesta ei ole näyttöä masennuksen hoidossa (Ks. esim. Driessen et. al. 2015. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update.). Psykodynaamisen pitkäkestoisen psykoterapian vaikuttavuus persoonallisuushäiriöiden hoidossa tunnustetaan perustelumuistiossa, kuten tutkimustuloksissa ilmenee, mutta sen vaikuttavuus ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen hoidossa sivuutetaan (Dragioti ym. 2017, Knekt ym. 2010-2016/Helsingin psykoterapiatutkimus). Huomionarvoista ovat tuoreet katsaukset psykoanalyttisen psykoterapian vaikuttavuudesta; mm. Driessen et. al. 2015. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. Clin Psych Rev; Leichsenring ym. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review. Lancet Psychiatry 2015; Steinert ym. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? Am J Psychiatry 2017 sekä psykoanalyttisen ymmärryksen merkityksestä modernisissa mielenterveystyössä; Yakeley: Psychoanalysis in modern mental health practice, Lancet 2018; Solms, The scientific standing of psychoanaly-

sis. Br J Psych Intern 2018. Huomion arvoisia tutkimuksia psykodynaamisen ryhmäpsykoterapian vaikuttavuudesta ovat mm. Blackmore ym. (2012) Report on a systematic review of the efficacy and clinical effectiveness of group analysis/dynamic group psychotherapy, Group Analysis; Lorentzen ym. (2013) Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy, BJP; Burlingame ym. (2004) Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanism of change. In: Lambert MJ (ed) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th edn). New York: John Wiley and Sons; Lorentzen ym. (2014). Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. British Journal of Clinical Psychology. doi:10.1111/bjc.12065.

Esitetyt näytönasteluokitukset eivät kaikilta osin täsmää suomalaisiin Käypä hoito -suositusten näytönasteisiin, vaikka näin raportoidaan olevan. Esim. suositusluonnoksessa väitetään, että masennuksen hoidossa psykodynaamisen psykoterapian näytönaste on B, vaikka Käypä hoito -suosituksissa se on A. Valikoituja muiden maiden hoitosuosituksia ja hyvin valikoidusti niistä poimittuja yksittäisiä lausumia ja toisinaan vain yhteen katsaukseen perustuvia menetelmien välisiä vaikuttavuusväittämiä voidaan erheellisesti tulkita luotettaviksi ja systemaattisesti tehdyiksi.

Kiireessä tehtyyn katsaukseen ja perustelu-muistioon on jäänyt vaikuttavuuden arvioinnin tulkintaan liittyviä epätasällisyyksia, suoranaisia terminologisia ym. virheitä ja harhaanjohtavia tulkintoja, mm. mentalisaatioterapian luokittelu kognitiiviseksi terapiaksi. Mentalisaatioterapia on psykodynaamista ja sillä on saatu hyviä tuloksia sekä aikuisten että nuorten itsetuhoisuuden vähentämisessä.

Puhtaasti vaikuttavuuteen kohdistuva katsaus jättää huomiotta vaikuttavuutta ennustavien ja sitä muokkaavien tekijöiden mittavan merkityksen. Tämä näkökohta on syytä selvemmin nostaa esille. Vaikka työryhmän tehtävänä ei ollut niitä systemaattisesti kartoittaa, on syytä huomioida laajemmin sairausryhmää laajalajaisemmat (ns. transdiagnostiset) yksilölliset potilastekijät, mm. ongelmien vaikea-asteisuus-

den, samanaikaisten muiden psykiatristen häiriöiden, yksilöllisten odotusten ja hoidollisten/kuntoutuksellisten tarpeiden, persoonallisuustekijöiden ja soveltuvuuden merkitys sekä terapeuttisen yhteistyösuhteen toimivuuden merkitys sille, että psykoterapia osoittautuu tulokselliseksi.

Kommentoi turvallisuutta.

Tutkimuksissa raportoitiiin vain satunnaisesti psykoterapioiden turvallisuudesta. Niitä pidetään yleensä turvallisina. Tiedetään lisäksi, että potilaalle voi aiheuttaa haittaa mm. terapian keskeyttäminen, terapiamuodon väärä valinta, psykoterapeutin antamat väärät odotukset hoidon vaikuttavuudesta, psykoterapeutin työtavat ja terapiassa syntyvät valemuiotot. Terapiakäynit voivat aiheuttaa haitallista sairausleimaa erityisesti nuurilla potilailla.

Psykoterapian kielteisistä vaikutuksista, riittämättömästä hoitovasteesta ja terapian keskeyttämisestä on tuoreita katsauksia, joita olisi voinut hyödyntää suosituksessa. Varsinaisia kielteisiä vaikutuksia todetaan vain harvoin (katsausten mukaan keskimäärin n. 5–8 %); suosituksessa mainitut valemuiotot ovat hyvin marginaalinen ilmiö.

Palveluiden järjestämisen ja potilasturvallisuuden kannalta olennaisempaa on, että suuri osa potilaista jää erityisesti lyhytkestoisten hoitajaksojen jälkeen vaille hoitovastetta tai ei toivu häiriöstään. Perusteellinen alkuarvointi, hoidon aloituksen oikea-aikaisuus, perusteelliseen alkuarvioon pohjautuva soveltuvan hoitomuodon valinta, riittävän tiivis hoitosuhteen toimivuuden ja vaikutusten arviointi ja tarvittaessa hoitosuunnitelman tarkistus ovat keskeinen osa potilasturvallisuutta. Myös palvelujärjestelmän toimivuus (ja toimijoiden välinen yhteistyö) on tutkitusti keskeistä psykoterapian suotuisan etenemisen kannalta.

Luonnoksessa tulisi korostaa sitä, että psykoterapeutilla tulee olla adekvaatti koulutus siihen psykoterapiamuotoon, jota hän tarjoaa; esim. ratkaisukeskeinen psykoterapeutti ei voi tarjota psykodynaamista psykoterapiaa niin ikään ilman asianmukaista koulutusta. Potilaan on voitava luottaa siihen, että annettu

psykoterapia on kyseisen psykoterapiamuodon mukaista eivätkä käytetyt menetelmät ole ristiriitaisia. Yksityisten psykoterapian palveluntuottajien ammatillisen pätevyyden varmistaminen tulisi nostaa esille ja asettaa sille minimivaatimuksia. Esim. dokumentoitu osallistuminen säännöllisesti alan koulutuksiin ja oman työnohjauksen järjestämisvelvoite.

Yhteistyön ja tiedonkulun kehittäminen yksityisten palveluntuottajien ja julkisen sosiaali- ja terveyssektorin välille takaisi osaltaan potilasturvallisuutta.

Kommentoi kustannuksia ja budjettivaikutuksia.

Mielenterveys- ja päihdeongelmista aiheutuu kustannuksia paitsi suoraan sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä, myös välillisesti tuottavuuden menetyksestä, työkyvyttömyydestä, työttömyydestä ja sairastuneen ja omaisten kärsimyksen kautta. Kokonaiskustannuksista ei ole saatavilla yhtenäistä tietoa. Psykososiaaliset hoidot ovat luonteeltaan melko nopeasti vaikuttavia ja pyrkivät estämään mielenterveysongelmien pahenemista, millä on myönteisiä kokonaistaloudellisia vaikutuksia. Kaikista epäsuorista kustannuksista mielenterveys- ja päihdehäiriöiden osuus on suurin. Psykoterapioiden yhteenlasketut kustannukset olivat v. 2017 vähintään 100 milj. euroa ja kuntien kustantamien päihdehuollon palveluiden menot yli 200 milj.

Luvut psykoterapiaan käytetystä rahasta vuonna 2017 (noin 100 miljoonaa euroa) paljastavat sen, että Kelan kuntoutuspsykoterapia vastaa peräti 2/3 kaikesta suomalaisesta psykoterapiasta. Silti perustelumuistio pitää tätä ongelmana ja esittää, että Kelan kuntoutuspsykoterapian laajuus selittäisi ”terveydenhuollon hoidollisen psykoterapian” puutteet. Tämä vastakkainasettelu on virheellinen. Kuten EFPP Suomen kansallisen verkoston kannanotoissa on todettu, tarvitaan molemmat: ensi linjan nopeat ja lyhyemmät interventiot terveydenhuollon perustasolla mahdollisimman matalalla kynnyksellä ja vaikeahoitoisille potilaille riittävän intensiiviset ja hoitosuhteen jatkuvuuden takaavat hoitajaksot terveydenhuollossa sekä asianmukaiset pidemmät Kelan kuntouttavat psykoterapiat niille, jotka sitä tarvitsevat.

Kahden viikon sairauspäivärahan suuruisella summalla kustannetaan vuosi Kelan kuntoutuspsykoterapiaa, jonka turvin yli 80 % sitä saavista säilyttää työ- tai opiskelukykynsä tai se palautuu ja siten vältetään sairauspäiviä ja/tai ennenaikainen eläköityminen. Perustelumuistio myös esittää faktana, että ”Kelan kuntoutuspsykoterapioiden järjestämisen ja rahoituksen siirtoa kokeillaan”, vaikka sote-prosessin nykyisessä pisteessä hallitus ei ole antanut edes kokeilulakiesitystä eduskunnalle.

Nykyisillä resursseilla voidaan tehostaa psykoterapian saatavuutta ja alentaa kustannuksia myös alueellisesti lisäämällä mm. ryhmäpsykoterapian tarjontaa. Ryhmäpsykoterapia on kustannusvaikutuksiltaan tehokkain psykoterapian muoto, koska samalla hoitokerralla voidaan hoitaa useita potilaita yhden ryhmäpsykoterapeutin työpanoksella. Lisäksi kustannukset hoidettavaa potilasta kohden ovat selkeästi alempia kuin yksilöpsykoterapiassa. Olennaista ryhmäpsykoterapiassa on kuitenkin se, että ryhmää ohjaa koulutettu ryhmäpsykoterapeutti. Näin varmistetaan myös hoidollinen vaste.

Jotta voidaan saada aikaiseksi tavoiteltavaa kustannustehokkuutta, tulee koulutustarjonnan olla kattavaa ja monipuolista. Nykyjärjestelmä tuottaa esteitä jo pelkästään sen johdosta, että koulutuskustannukset nousevat ylivoimaiseksi suurelle osalle potentiaalisille koulutukseen hakijoille. Koska psykoterapian käyttö on pääosin julkisin varoin tapahtuvaa, tulisi myös koulutus saattaa valtion taloudellista tukea saavaksi yliopistolliseksi erikoistumiskoulutukseksi.

Kommentoi eettisyyttä ja taloudellisuutta kokonaisuutena.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat hoitamattomina merkittävä ongelma sairastuneen henkilön elämänlaadun kannalta. Niiden hoidossa ja kuntoutuksessa saadaan paljon hyötyä psykoterapioista. On ihmisarvoa kunnioittavaa ja yhdenvertaisuutta lisäävää varmistaa, että nämä hoito- ja kuntoutukselliset muodot ovat niiden saatavilla, jotka voivat niistä perustellusti hyötyä. Edelliseen liittyy myös sen varmistaminen, että mikäli potilaalla on vaikeuksia selviytyä hoidon kustan-

nuksista, huolehditaan potilaan taloudellisesta tuesta muilla käytettävissä olevilla keinoilla niin, etteivät hoitojen omavastuuosuudet muodostu hoidon saamisen esteeksi.

On tärkeää, että kaikkia psykoterapiamuotoja on tarjolla tasavertaisessa asemassa ja siten, että tarjottava psykoterapia vastaa mahdollisimman hyvin kunkin potilaan tarpeisiin. Samalla tulee kunnioittaa myös potilaan omaa arviota hänelle soveltuvasta psykoterapiasta.

Monikulttuurisuuden merkityksen lisääntyessä Suomessa, tulisi (perustelumui-
stiossa) myös kulttuuristen tekijöiden merkitys psyko-
terapian ja psykososiaalisen hoidon toteutuk-
sessa tulla mainituksi.

Yleisarviosi suosituksesta.

*Asteikolla 1–5: Kuinka hyödyllisenä pidät ehdotettua suositusta? Täysin hyödytön = 1 ...
Erittäin hyödyllinen = 5*

2

Perustele antamasi arvosana.

Keskeisin suosituksen viesti on, että tarpeenmukaista psykoterapiaa tulee olla tarjolla terveydenhuollossa. Tämä on tärkeä toteamus. Suositus ei kuitenkaan sellaisenaan ole riittävä ohjaamaan palvelutarjontaa ja perustelumui-
stion vakavat puutteet aiheuttavat riskin siitä, että eri psykoterapiamenetelmiä ei tulla huomioimaan tasapuolisesti. Monien menetelmien kuvaukset ovat epäsuhtaisia ja virheellisiä,

lukuisia keskeisiä menetelmiä on sivuutettu. Vaikka suosituksen ei todeta ottavan kantaa psykoterapioiden ja psykososiaalisten menetelmien keskinäiseen paremmuuteen, tehdään vertailuja, jotka perustuvat vaillinaiseen, valikoituun aineistoon ja yksinkertaistettuun vaikuttavuuden arviointiin.

Onko suositusluonnos mielestäsi ymmärrettävä? Ellei ole, kerro miten sitä voisi parantaa!

Parannusehdotukset ilmenevät tarkemmin aikaisemmissa kommentteissa

- kaikki psykoterapiamuodot ja hoitomenetelmät otettava tasavertaisesti mukaan luonnokseen ja määritelmät asiantuntijoiden tarkistamina
- vaikuttavuustutkimusten valinta ja tulkinta tarkistettava
- luonnoksen laatijoiden koulutus, ammatit ja toimipaikat esille kaikkien psykoterapiamuotojen riittävän asiantuntijuuden ja asiantunte-
muksen osoittamiseksi

Helsingissä 14.8.2018

Kirsi Huttula
Puheenjohtaja

Kommentteja laati työryhmä:

Kirsi Huttula, Olavi Lindfors, Merja Koskelainen, Johannes Lehtonen, Taru Kaivola, Tuomo Tikkanen, Aili Schulman, Nina Rita, Kaisa-Maria Leskinen, Arja Huttunen, Kari Kaarento, Sanna Aavaluoma, Jukka Aaltonen.