

Sari Sundvall-Piha, Antti-Jussi Pyykkönen & Kirsi Huttula

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry:n lausunto valtioneuvoston asetuksen muutoksesta

Kommentit erikoissairaanhoidon keskittämisasiasetuksen 4 §:n muutosehdotuksesta (psykoterapeuttisiin ja psykososiaalisiin menetelmiin liittyvä työnjako):

Mielestämme ei ole perusteltua eikä tarkoituksenmukaista psykoterapian, hyvinvointi-alueiden autonomian ja asiakkaiden näkökulmasta, että HUS ja yliopistosairaaloiden osaamiskeskukset saisivat asetuksella vallan määrätä, minkälaista psykoterapiaa ja psykososiaalista hoitoa hyvinvointialueiden toimesta tarjotaan. Asetusmuutos voisi olla vaarantamassa mielenterveyden hoitoa koko maassa.

Koko asiaa koskeva lisäys keskittämisasiasetukseen on tarpeeton: ko. lisäysehdotus keskittämisasiasetukseen tulee poistaa asetusluonnoksesta tarpeettomana.

Perustelut:

1. Valmistelu ei ole ollut riittävän laaja-alaista ja riippumatonta

Asetusmuutoksen valmistelussa on hyödynnetty sosiaali- ja terveysministeriön tilaamaa selvitystä, jonka sisällöllinen suuntautuminen pohjautuu yhden asiantuntijan näkemyksiin. Kyseinen asiantuntija toimii HUS Terapiat etulinjaan -hankkeen konsulttina ja on samalla ollut keskeisesti mukana kehittämässä mallia, jonka pysyvää käyttöönottoa asetuksella tavoitellaan. Tämä valmisteluasetelma herättää kysymyksiä selvityksen objektiivisuudesta ja riippumattomuudesta. Valmistelu on sisällöllisesti painot-

tunut yhden mallin näkökulmaan, eikä sen yhteydessä ole toteutettu kattavaa vuoropuhelua psykoterapian asiantuntijatahojen, koulutusorganisaatioiden tai hyvinvointi-alueiden kanssa. Seurauksena on riski, että päätöksenteko, koulutus ja arviointi keskittyvät yhdelle toimijataholle, mikä ei vastaa terveydenhuollon vakiintuneita periaatteita moniammatillisuudesta, avoimuudesta ja riippumattomuudesta.

Muutosesityksen taustalla vaikuttaa osaltaan tarve vakiinnuttaa Terapiat etulinjaan -hankkeen toimintamalli pysyväksi rakenteeksi sen määräaikaisen rahoituksen päättyessä. Tämä asettaa hankkeen toimijat tilanteeseen, jossa he osallistuvat mallin vakinaistamiseen, vaikka

ovat olleet keskeisesti mukana sen kehittämisessä ja toteutuksessa. Kyseinen asetelma muodostaa selkeän eturistiriidan, jota ei ole valmisteluprosessissa riittävästi tunnistettu tai käsitelty. Tällainen lähestymistapa heikentää päätöksenteon avoimuutta ja herättää perusteltuja kysymyksiä prosessin riippumattomuudesta ja luotettavuudesta.

Riippumattomuuden varmistaminen on erityisen tärkeää tilanteissa, joissa yksittäisen hankkeen tai mallin pysyvyyttä ajetaan osana asetusmuutosta.

2. Riskit asiantuntemuksen keskittymisestä yhdelle toimijaryhmälle

Esitetty muutos erikoissairaanhoidon keskittämisesetukseen herättää vakavaa huolta erityisesti psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitomuotojen aseman turvaamisesta osana julkista terveydenhuoltoa. Huolena on, että päätöksenteon ja arviointivastuun keskittäminen yhdelle toimijalle – erityisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille (HUS) ja sen yhteyteen perustettaville osaamiskeskuksille – johtaisi hoitokäytäntöjen linjaamiseen kapeasta näkökulmasta.

Tällainen malli saattaisi kaventaa asiantuntijuuden kirjoa, heikentää alueellista itsehallintoa ja vähentää moniäänisyyttä koulutuksen, tutkimuksen ja palvelujen kehittämisessä. Käytännössä on vaarana, että rajattu asiantuntijaryhmä, mukaan lukien Terapiat etulinjaan -hankkeen toimijat, päättää valtakunnallisesti siitä, mitkä psykoterapeuttiset ja psykososiaaliset menetelmät katsotaan rahoitus- ja koulutuskelpoisiksi sekä suositeltaviksi julkisessa terveydenhuollossa.

Psykoterapian kenttä on moniulotteinen ja edellyttää alueellista tuntemusta, monitieteistä lähestymistapaa ja riippumatonta arviointia. Mikäli hoitomuotojen valikointi keskitetään liiaksi, vaarana on palveluvalikon kaventuminen, potilaiden yksilöllisten tarpeiden sivuuttaminen sekä riippumattomien kouluttajien ja ammattilaisten aseman heikentyminen.

3. Psykoterapian kaventamisen riskit: kriittinen arvio HUS:n Terapiat etulinjaan -mallista

Psykoterapia ja psykososiaaliset hoitomuodot eivät edusta lääketieteen erikoisaloja, eikä niiden kehittäminen ja arviointi kuulu yksinomaan lääketieteellisille yksiköille. Psykoterapian moniulotteisuus sekä sen inhimilliset ja vuorovaikutukselliset vaikutukset eivät ole arvioitavissa yksinomaan biomedikaalisen lähestymistavan perusteella. Suomessa psykoterapian tutkimuksessa ja koulutuksessa keskeinen asiantuntijataho on yliopistojen yhteinen Psykonet-verkosto, jonka asema tulee huomioida kansallisessa ohjauksessa. Aivan välttämätöntä asiantuntemusta ja kokemusta on lääketieteen ohella ainakin psykoterapeuteja ja kouluttajapsykoterapeutteja kouluttavissa eri suuntausten organisaatioissa, THL:n koordinoimassa pitkäjänteisessä ja tutkimusmenetelmällisesti monimuotoisessa Helsingin psykoterapiatutkimuksessa (laadukas satunnaistettu kliininen koe jossa kansainvälisesti harvinaislaatuinen peräti 10 vuoden seuranta monipuolisin tulosuuttujin) sekä psykologian laitoksilla.

On myös ongelmallista, että määräaikaisen hankkeen mallia pyritään vakiinnuttamaan pysyväksi lainsäädännöksi ilman laajapohjaista arviointia. Terapiat etulinjaan -mallia ei ole tutkittu riittävästi. Mallia, johon se pohjaa (IAPT/ Talking Therapies UK), on tutkittu ja sen on todettu auttavan vain pientä osaa apua hakevista, lisäävän terveydenhuollon kustannuksia, työntekijöiden uupumusta ja potilastytymättömyyttä. Valtaosin oirekyselyihin perustuva arviointi- ja hoitohausmalli on riittämätön tunnistamaan potilaiden erityistason hoidollisia tarpeita.

Tutkimusnäytön perusteella kysymys sopivasta tai parhaasta hoidosta pitäisi olla potilaskohmainen eikä pelkästään diagnoosiryhmäkohtainen kysymys.

Tutkitusti vaikuttavia vaihtoehtoja on potilasryhmätasolla yleensä monia. Yksilötasolla eri

hoitomuotojen välillä voi olla ratkaisevia eroja hoitoon sitoutumisessa ja niiden tuloksellisuudessa. Esimerkiksi potilaan psykoterapiaan liittyvien toiveiden huomioonottaminen tulisi olla kiinteä osa näyttöön perustuvia hoitolinjauksia. Potilaan psykoterapiaan liittyvien toiveiden ohittaminen lähes kaksinkertaistaa hoitojen keskeytymisen, mikä on yhteydessä myös toteutuneiden hoitojen tuloksellisuuteen. Myös kotimainen Käypä hoito -näytönastekaus (2020) noteeraa psykoterapiapotilaan toiveiden huomioimisen yhteyden hoitoon sitoutumiseen ja sen tuloksellisuuteen parhaalla näytönasteella A. Potilaan kokemuksen huomioiminen on lisäksi painava eettinen kysymys.

Yhdysvaltain psykologiyhdistys APA (2005) linjaa psykososiaalisten hoitojen osalta, että näyttöön perustuva käytäntö edellyttää psykoterapioiden rct-kokeiden lisäksi asiantuntijan arvion kyseiden potilaan yksilöllisistä tarpeista ja mahdollisuuksista sekä potilaan piirteiden, kulttuurin sekä hoitoa koskevien toiveiden huomioimista hoidon suunnittelussa. Näiden tulosten valossa onkin ymmärrettävää, että muihin terveydenhoidon interventioihin verrattuna potilas on psykoterapiassa vähemmän passiivinen intervention kohde ja enemmänkin aktiivinen hoitoprosessin osapuoli *jo hoidon suunnittelusta alkaen*.

Vaikka yksityiset palveluntuottajat voivat valita tarjoamansa palvelut tai tuotteet vapaasti tai kapeastikin omien intressiensä pohjalta, julkisen hoitojärjestelmän tulee tavoittaa väestön yksilölliset ja monimuotoiset hoidon tarpeet ja muutoksen mahdollisuudet. Psykoterapiatutkimuksen mukaan ilman monipuolista hoitovalikkoa ja hoitomuodon yksilöllistä ja kollaboratiivista hoitoonohjausta sellainen ei kuitenkaan ole mahdollista. Hoitojärjestelmiä ei tule rakentaa kapean menetelmävalikon varaan. Suomessa Lasten ja nuorten terapiatakuun yhteydessä takuun tarkoittamat hoitomuodot tavoittavat tosiasiaissa siis vain murto-osan väestön hoidon tarpeista. Terapiatakuun takamat hoidot eivät siis *yhdenvertaisesti* eivätkä *vaikuttavasti* tavoita väestön hoidon tarpeita, apu jää varsin pistemäiseksi. Jos yksi taho

yrittää saada yksinään kattavaa, uskottavaa tai täsmällistä kokonaiskäsitystä esim. psykoterapioiden tutkimusnäytöstä, seurauksena saattaa pahimmillaan olla palveluvalikko joka vastaa vain osaan väestön tarpeista. Varoittavana esimerkkinä tällaisesta on esim. vähäisen konsensus useimmissa häiriöryhmissä neljän arvovaltaisen (Yhdysvaltain APA, NICE, Cochrane, Australian APS) näyttöön perustuvan hoitosuosituksen kesken. Hoitojärjestelmien tulee vastata väestön tarpeisiin eikä niin että potilaiden tulee taipua epätarkoituksenmukaisen jätkeihin hoitovalikoihin.

4. Asiakaslähtöisyyden ja hoitomuotojen moninaisuuden sivuuttaminen, riski potilaan valinnanvapauden kaventumisesta ja monopolin muodostumisesta

Luonnoksessa ei käsitellä eri hoitomuotojen kirjoa eikä varmisteta potilaan valinnanvapauden toteutumista. Mikäli menetelmien arviointi ja käyttöönotto keskitettäisiin HUS:in ja osamiskeskusten hallintaan, muodostuisi riski siitä, että hoitomuotojen saatavuus kaventuisi ja asiakaslähtöisyys heikentyisi olennaisesti. Potilaan oikeus osallistua itseään koskevaan hoitopäätöksen tekoon on turvattu laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Lain 6 §:n mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja mikäli hän kieltäytyy tietystä hoidosta, tulee häntä mahdollisuuksien mukaan hoitaa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Tämä oikeus edellyttää, että potilaalla on todellinen mahdollisuus valita erilaisten hoitomuotojen välillä. Jos hoitomenetelmien arviointi, koulutus ja käyttöönotto keskitettäisiin suppealle toimijajoukolle, vaarantuisi potilaan mahdollisuus valita itselleen sopivin hoitomuoto. Tällainen keskittäminen ei ainoastaan rajoittaisi potilaan valinnanvapautta, vaan myös kaventaisi hoito-tarjontaa ja asiakaslähtöisyyttä, mikä johtaisi potilaan hoidon laadun heikkenemiseen.

Johtopäätös

Ehdotettua keskittämisasetuksen muutosta ei voida pitää avoimeen, demokraattiseen ja

asiantuntevaan valmisteluun perustuvana. Muutoksella olisi huomattavia kielteisiä vaikutuksia psykoterapian ja psykososiaalisten hoitojen monimuotoisuuteen, saatavuuteen ja asiakaslähtöisyyteen. Esitämme, että koko asiaa koskeva lisäys keskittämisasiasetukseen on tarpeeton: ko. lisäysehdotus keskittämisasiasetukseen tulee poistaa asetusluonnoksesta tarpeettomana.

Helsinki 18.6.2025

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry puolesta

Sari Sundvall-Piha
Hallituksen puheenjohtaja
Psykologi, lasten, nuorten ja aikuisten
psykoanalyttikko IPA, kouluttajaperhepsyko-
terapeutti

Antti-Jussi Pyykkönen
Tutkimuksen edistämistyöryhmän jäsen
PsT, erikoispsykologi, lasten ja aikuisten
psykoterapeutti

Kirsi Huttula
Sote-työryhmän puheenjohtaja
TtM, kouluttajapsykoterapeutti, kuvataide-
psykoterapeutti

Lausunto lähdeviitteineen löytyy myös verkosta osoitteesta <https://www.efppsuomi.fi/wp-content/uploads/2025/06/EFPP-Suomi-Lausunto-erikoissairaanhoidon-keskittamisasiasetuksen-muuttamiseksi-18.6.2025.pdf>

