

Asia: VN/16881/2025

Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta

Edustan

Klikkaa ja lisää otsikko valintakysymykselle

ammattillinen tai tieteellinen järjestö

Miten esitys vastaa hallitusohjelman tavoitteisiin

1) Tukeeko esitys tavoitteita vahvistaa psykoterapiapalveluiden saavutettavuutta uudistamalla psykoterapeuttikoulutusta kaksiportaiseksi ja säätämällä ensimmäisen portaan koulutus maksuttomaksi.

Ei, miksi? [Esityksen tavoitteet ovat kannatettavia, mutta ehdotettu toteutusmalli on niin ongelmallinen, että Psykiatriyhdistys ei usko sen parantavan suomalaisen palvelujärjestelmän toimivuutta. Riskit päivittäiselle kehitykselle ovat merkittäviä. Suomen Psykiatriyhdistys pitää tärkeänä psykososiaalisten hoitojen saatavuuden vahvistamista ja henkilöstön terapeuttisen osaamisen lisäämistä perustason palveluissa. Esitetty koulutusmalli ei kuitenkaan muodosta selkeää, johdonmukaista eikä potilasturvallisuuden näkökulmasta riittävän tarkasti säädeltyä kokonaisuutta, jotta sen voisi olettaa parantavan palveluiden saatavuutta. Keskeinen ongelma on, että esityksessä jää loppujen lopuksi epäselväksi, mitä ensimmäisen portaan koulutus tosiasiallisesti pätevöittää tekemään, mikä on koulutuksen kliinisen osaamisen tavoitetaso, miten osaaminen osoitetaan ja varmistetaan ja kuka vastaa koulutuksen laadusta, koulutettavien menetelmien vaikuttavuudesta ja niiden soveltuvuudesta suomalaiseen järjestelmään. Perusongelma on, että esitys pyrkii ratkaisemaan liian monia, keskenään yhteensopimattomia tavoitteita samaan aikaan. Näitä ovat esimerkiksi lyhytinterventioiden lisääminen, psykoterapeuttikoulutuksen uudistaminen, osaavan henkilöstön saatavuusongelmien ratkaiseminen, terapiatakuun toteuttaminen, kustannusten hillintä ja psykoterapiakoulutuksen hinnan lasku. Näiden tavoitteiden yhteensovittaminen on todennäköisesti mahdotonta ja tavoitteiden selkeämpi priorisointi olisi välttämätöntä. Psykiatriyhdistyksen näkökulmasta keskeisen tavoitteen pitäisi olla suomalaisen mielenterveyspalvelujärjestelmän tukeminen. Psykoterapiakoulutuksen kehittäminen pitäisi irrottaa esityksestä kokonaan, samoin yliopistojen tutkintojen antamiseen liittyvä rooli sekä peruskoulutukseen liittyvät muutokset. Tämä edellyttäisi valmistelun aloittamista uudelleen eri periaatteilla: keskittyen vain hyvinvointialueiden täydennyskoulutusroolin tukemiseen. Nykyisellään

esitys sisältää merkittävän riskin psykoterapiakentän ja osaamisrakenteiden hämärtymisestä. Suomessa psykoterapeuttikoulutuksen siirtäminen yliopistojen vastuulle ja psykoterapeutin ammattinimikkeen sääntely ovat lisänneet koulutuksen laatua, yhdenmukaisuutta ja potilasturvallisuutta. Nyt ehdotettu järjestelmä uhkaa purkaa tätä kehitystä luomalla epäselvän väliportaan ilman riittävästi määriteltyä osaamista, vastuuta ja valvontaa. Yliopistojen vastuuta psykoterapiakoulutuksesta pitäisi vahvistaa ja selkeyttää. Psykiatrian näkökulmasta perustason psykososiaaliset hoidot eivät ole ensisijaisesti koulutuspoliittinen vaan psykiatriaan liittyvä kliininen, organisatorinen ja potilasturvallisuuteen kiinnittyvä kysymys. Terveystaloin perusteella on annettu useita asetuksia ja määräyksiä, joiden perusteella palveluvalikoiman määrittely ja psykososiaalisten menetelmien osaamisen ylläpito on palvelujärjestelmässä organisoitu.]

2) Tukeeko esitys mielenterveyspalveluiden saatavuuden parantamista kehittämällä perustason mielenterveyspalveluja ja porrasteista hoitomallia?

Ei, miksi? [Esityksen tavoitteena oleva perustason mielenterveyspalvelujen vahvistaminen on tärkeää. Suomen Psykiatriyhdistys pitää tärkeänä porrasteisten hoitomallien kehittämistä sekä näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitojen saatavuuden lisäämistä. Esityksessä ei kuitenkaan vakuuttavasti osoiteta, että ehdotettu koulutusmalli olisi tehokas tai tarkoituksenmukainen tapa saavuttaa nämä tavoitteet. Mielenterveyspalveluiden portaittaista hoitomallia on kehitetty jo pitkään ilman nyt esitettyä kaksiportaista psykoterapeuttikoulutusta. Hyvinvointialueet ovat toisaalta tehneet tiivistä kansallista yhteistyötä mallien kehittämisessä ja henkilökuntansa kouluttamisessa, toisaalta rakentaneet kunkin alueen omiin olosuhteisiin, henkilöstörakenteeseen ja osaamiseen soveltuvat mallit. Näiden mallien ylläpidon kannalta on keskeistä, että hyvinvointialueella on saatavilla itse valitsemilleen henkilöille riittävästi koulutuksia ko. alueen käyttämiin hoitomenetelmiin. Näin ollen malli, jossa hyvinvointialue ei voi päättää koulutetuista henkilöistä eikä koulutettavista menetelmistä, ei todennäköisesti tue julkisten mielenterveyspalveluiden saatavuuden kehittämistä. Perustason mielenterveyspalveluiden saatavuudessa ja prosessien sujuvuudessa on monia ongelmia. Henkilökunnan täydennyskoulutus on näistä kuitenkin pienimmästä päästä. Hyvinvointialueille on lisäksi viime vuosina rakentunut toimivia kansallisia ja alueellisia ratkaisuja. Nämä sisältävät pääosin 15 op tai tätä lyhyempiä, hyvin spesifejä menetelmäkoulutuksia. Hyvinvointialueiden näkemysten mukaan nyt ehdotettu 30 op + 15 op kokonaisuus on tarpeettoman laaja useimmille ammattiryhmille. Uusi, epäselvästi määritelty koulutus rakenne ei helpota hyvinvointialueiden todellisia haasteita. Suomen Psykiatriyhdistys katsoo, että perustason mielenterveyspalvelujen kehittämisen tulisi perustua kokonaisvaltaiseen ja laaja-alaiseen palveluprosessien kehittämiseen. Menetelmäosaamisen ylläpito on vain yksi osa monimutkaisen palvelukokonaisuuden pitkäjänteistä kehittämistä, eikä sitä siksi pidä irrottaa muusta hyvinvointialueen kokonaisvastuulla olevasta kehittämisestä.]

3) Tukeeko esitys lasten ja nuorten terapiatakuuta?

Ei, miksi? [Esitys ei takaa sitä, että sen mukainen koulutus tuottaisi riittävän pätevyyden toteuttaa terapiatakuun täyttämiseen tarvittavia hoitoja. Lasten ja nuorten psykososiaaliset hoidot poikkeavat merkittävästi aikuisten hoidosta ja edellyttävät selkeää erikoistumista näiden menetelmien hoitoon. Keskeistä terapiatakuu-lainsäädännön mukaan olisi kouluttaa selkeitä, näyttöön perustuvia, määrämuotoisia psykososiaalisia menetelmiä. Esityksessä ei määritellä lasten ja nuorten hoitoihin liittyviä osaamisvaatimuksia, koulutuksen sisältöjä, eikä kliinisen ohjauksen vaatimuksia. Terveystaloin mukaan palvelujärjestelmä linjaa, mitkä menetelmät täyttävät terapiatakuun ja kuuluvat julkiseen palveluvalikoimaan. Käytännössä hyvinvointialueet ovat jo ratkaisseet terapiatakuun toteuttamiseen tarvittavan osaamisen kehittämisen viime vuosina siihen

myönnettyjen merkittävien hankerahoitusten turvin. Uutta, rinnakkaista koulutusjärjestelmää ei terapiatakuun toteuttamiseen tarvita.]

Esityksen mukaan kaksiportaisen psykoterapiakoulutuksen ensimmäisen taso sisältäisi yhtenäiset edellytykset tuottavan teoreettisen koulutuksen (30 op) lisäksi menetelmällisten opintojen kokonaisuuden (15 op), joka voisi sisältää koulutusta lyhytinterventioihin tai eri psykoterapiasuuntauksille ja -muodoille yhteisiin terapeuttisiin taitoihin

Toteuttaako tällainen ensimmäisen tason koulutus kaksiportaisen psykoterapiakoulutuksen tavoitetta?

Ei, miksi? [Kuten esityksestä käy selville, kyseessä ei oikeastaan ole ”kaksiportainen psykoterapiakoulutus” siinä merkityksessä, että se automaattisesti toimisi osana psykoterapiakoulutusta. Koulutus sijoittuisi hyvin erilaisiin koulutus- ja ammattirakenteisiin (erikoislääkärikoulutukseen, psykologikoulutukseen, sairaanhoitajien koulutukseen, sosiaalialan koulutuksiin) mutta näiden osaamisperustat, kliiniset vastuut ja työnkuvat eroavat merkittävästi toisistaan. Psykiatriyhdistyksen näkemyksen mukaan psykososiaalisten menetelmien koulutusten onnistumisen edellytys on koulutuksen soveltuvuus juuri kyseisen ammattiryhmän muun koulutuksen sekä työroolin osaksi. Käytännössä kaikille em ammattiryhmille pitäisi räätälöidä oma, erillinen koulutuksensa – mitä esitys ei huomioi. Mikäli esitys etenee, ko. koulutus tulee Psykiatriyhdistyksen näkemyksen mukaan sisällyttää psykiatrian alojen erikoislääkärikoulutukseen, mutta tämä edellyttää psykiatialle räätälöityä, psykiatrian oppialan toteuttamaa menetelmäkoulutusta. Yhdistys ei näe ongelmia tämän toteuttamisessa, koska psykiatrian erikoislääkärikoulutus on ylivoimaisesti pisin mielenterveysalan koulutus. Riskinä on lisäksi, että uusi järjestelmä heikentää nykyisen psykoterapeuttikoulutuksen selkeyttä ja uskottavuutta. Keskeiset kysymykset jäävät esityksessä avoimiksi: miten ensimmäisen portaan koulutus suhteutuu psykoterapeuttikoulutukseen, tuottaako se oikeuksia tai hyväksilukuja myöhempään psykoterapeuttikoulutukseen ja miten koulutusten laadullinen yhdenmukaisuus varmistetaan? Huomioiden koulutuskentän nykyinen hajanaisuus Psykiatriyhdistys pelkää, että tämä uusi pätevyys voi sekoittaa kenttää entisestään sen sijaan, että se vahvistaisi psykoterapiakoulutusten roolia ja selkeyttä.]

Toteuttaako tällainen ensimmäisen tason koulutus palvelujärjestelmän tarpeiden mukaista koulutusta?

Ei, miksi? [Esityksen perusteella jää epäselväksi, ketä koulutetaan ja mihin menetelmiin. Palvelujärjestelmällä on aina yksittäisiin ammattihenkilöihin kohdistuvia täydennyskoulutustarpeita: tiettyihin toimipisteisiin tarvitaan tietynlaista osaamista. Palvelujärjestelmän näkökulmasta vain järjestelmä, jossa hyvinvointialueet itse määrittävät koulutettavat henkilöt ja menetelmät vastaa tarpeeseen. Psykiatriyhdistyksen mielestä tähän uudistukseen kohdennetut rahat tulisi kohdentaa korvamerkitysti hyvinvointialueiden täydennyskoulutustarpeiden tukemiseen. Suomessa on toimivia paikallisia, YTA-tasoisia ja kansallisia malleja täydennyskoulutuksen toteuttamiseksi; näiden pysyvyyden turvaaminen tukisi palvelujärjestelmän tarpeiden mukaista koulutusta, terapiatakuuta ja palveluiden pitkän tähtäimen saatavuuden kehittämistä ylipäättään. Yliopistot ovat ehdottaneet, että nyt perustettava erityispätevyys sisällytettäisiin peruskoulutustasolle, esimerkiksi psykologien peruskoulutuksiin. Psykiatriyhdistyksen näkökulmasta koulutus soveltuu vasta täydennys/jatkokoulutustasolle, kuten lääkäreiden erikoistumiskoulutuksiin, erikoispsykologikoulutuksiin tai sairaanhoitajien jatko/täydennyskoulutukseksi.]

Palvelujärjestelmien tarvitsemien lyhytinterventioiden vuosittaiseksi koulutustarpeeksi on arvioitu noin 2 000 - 4 000 koulutettavaa vuodessa. Millaisessa yliopistojen ja hyvinvointialueiden työnjaossa ja yhteistyössä lyhytinterventioiden koulutus tulisi toteuttaa, jotta se toteutuisi määrällisesti ja laadullisesti riittävänä? Mahdollistaako esitys tarkoituksenmukaisen työnjaon ja yhteistyön?

Esitys jättää auki, miten muut kuin yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä ovat mukana sopimassa koulutustarpeista ja koulutuksen sisältämän harjoittelun järjestämisestä.

Hoitohenkilökunnan kouluttaminen on keskeinen osa psykososiaalisten menetelmien osaamisen kehittämistä. Tämän myötä ammattikorkeakoulut ovat palvelujärjestelmälle tärkeä yhteistyökumppani koulutusten järjestämisessä. Ammattikorkeakoulujen rooli ja rahoitus tulisi käsitellä esityksessä nykyistä selkeämmin.

Rahoituksesta

Toteuttaako esitetty rahoitusmalli esityksen mukaisen koulutuskokonaisuuden toteuttamista?

Ei, miksi? [Esitetty rahoitusmalli on ymmärrettävä siitä näkökulmasta, että se pyrkii toteuttamaan kaikkia esitykselle asetettuja – mutta keskenään yhteensopimattomia – tavoitteita samaan aikaan. Käytännössä mallin käytännön toteutumista on neuvotteluprosessien vuoksi mahdoton ennakoida, mikä ei ole hyväksyttävä tilanne lainvalmistelun laadun ja uskottavuuden kannalta. Erilliseen vuosittaiseen neuvotteluun perustuva rahoitusmalli lisää hallinnollista kuormitusta ja luo jatkuvaa epävarmuutta koulutuksen toteuttamisesta. Psykososiaalisten menetelmien osaamisen kehittäminen toimivaksi kokonaisuudeksi palvelujärjestelmässä vie aina vuosia joten tämänkaltainen epävarmuus ei ole hyväksyttävää. Psykososiaalisten menetelmien koulutus ei koostu pelkästään teoriakoulutuksesta, vaan siihen liittyy kliininen harjoittelu, työhöjaus, osaamisen arviointi, kouluttajien koulutus, laadunvalvonta ja hallinnollinen koordinointi. Näiden kustannukset tulevat olemaan huomattavia. Erityisen ongelmallista on, että hyvinvointialueiden odotetaan käytännössä toteuttavan merkittävä osa koulutuksesta samaan aikaan, kun mielenterveyspalvelut ovat jo nykyisellään voimakkaasti kuormittuneita. Esitys ei sisällä uskottavaa arviota siitä, miten koulutuksen vaatima työpanos sovitetaan yhteen kliinisen palvelutuotannon kanssa. Lisäksi jää epäselväksi, miten koulutuksen laadunvarmistus rahoitetaan ja miten estetään tilanne, jossa koulutuksen laatu ja erityisesti potilasharjoittelun määrä heikkenee taloudellisten paineiden vuoksi. Riski tälle on erittäin suuri tilanteessa, jossa yliopisto saa määrittää koulutuksen sisällön ilman todellista vastuuta potilasturvallisuudesta tai menetelmäosaamisesta. Tämän huolen estämiseksi Psykiatriyhdistys esittää, että koulutukseen sisällytettävän kliinisen harjoittelun vaatimus kirjoitetaan esitykseen nykyistä sitovammin niin, että edellytettävä suora potilastyöaika ja työhöjausmäärä kirjataan asetukseen tuntimääräisesti - kuten psykoterapeuttikoulutuksissa nykyäänkin. Toinen keskeinen korjattava asia on ammattikorkeakoulujen roolin selkeyttäminen. Nyt kuvatus koulutuksen keskeinen kohderyhmä eivät palvelujärjestelmän näkökulmasta ole yliopistokoulutetut, vaan ammattikorkeakouluista valmistuvat sairaan- ja terveydenhoitajat sekä sosionomit. Näin ollen ammattikorkeakoulujen roolista ja rahoituksesta tulisi säätää esityksessä selkeästi.

Psykiatriyhdistyksen näkökulmasta malli, jossa koko rahoitus myönnetään yliopistosairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle täydennyskoulutusten toteuttamiseen voisi ratkaista myös tämän ongelman. Hyvinvointialue voisi tällöin ostaa täydennyskoulutuksia niin halutessaan joko yliopistoilta tai ammattikorkeakouluilta.]

Muuta huomioita esitettyyn rahoituksen myöntämiseen ja maksamiseen liittyen?

Esityksessä ehdotetussa rahoitusmallissa koulutukseen osoitettaisiin rahoitusta yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle hyvinvointialueelle ja HUS-yhtymälle sekä yliopistolle, jolla on psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusvastuu (psykoterapeuttikoulutusta järjestävä yliopisto). Rahoituksen todellinen jakautuminen edellyttää vaikeasti hahmotettavaa neuvotteluprosessia. Esityksessä on tuotu esille vaihtoehtoisia rahoitusmalleja. Yhdeksi vaihtoehtoiseksi malliksi on esitetty koulutuksen rahoituksen kohdentaminen yksinomaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle hyvinvointialueelle ja HUS-yhtymälle. Suomen Psykiatriyhdistys kannattaa tätä mallia. Se asettaisi esityksen selkeään linjaan muun terveydenhuollon lainsäädännön, erityisesti ns. keskittämisasiäsetuksen ja YTA-yhteistyötä koskevien määräysten kanssa. Psykososiaalisten menetelmien ylläpitoa pyritään ensisijaisesti toteuttamaan YTA-yhteistyörakenteiden avulla. Näiden yhteistyörakenteiden ylläpito olisi valtion kokonaistalouden kannalta edullista, mutta hyvinvointialueiden taloustilanne johtaa kuitenkin käytännössä osaoptimointiin ja jo rakennettujen yhteistyörakenteiden purkautumiseen. Rahoituksen kohdentaminen suoraan Yliopistollisille hyvinvointialueille ja HUS yhtymälle näiden kansallisiin täydennyskoulutustehtäviin olisi merkittävä parannus palvelujärjestelmän toimivuudelle. Yliopistollisille hyvinvointialueille kohdennettu rahoitus toimisi vain, mikäli samalla säädetään yliopistollisille hyvinvointialueille ja HUS yhtymälle selkeä velvollisuus huolehtia kaikkien hyvinvointialueiden riittävästä täydennyskoulutuksesta psykososiaalisten menetelmien osalta (esim osana keskittämisasiäsetusta tai yta-sopimusta).- Jos rahoitus jaetaan yliopistojen ja palvelujärjestelmän välillä, tulee suurin osa rahoituksesta joka tapauksessa kohdentaa palvelujärjestelmässä toteutettavan harjoittelun laadukkaaseen toteuttamiseen. Psykoterapeuttisia taitoja ei voi oppia ilman riittävää määrää ohjattua harjoittelua.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilön erikoispätevyys

Huomioita ehdotettuun erikoispätevyyteen ja sen rekisteröimiseen liittyen?

Suomen Psykiatriyhdistys kannattaa sosiaalihuollon ammattihenkilöille laajennettavan erityispätevyyden perustamista, kuten myös psykiatrisen erikoissairaanhoidajatutkimuksen palauttamista mitä pikimmin. Erityisesti mielenterveyspalveluissa tämänkaltaiselle erityispätevyydelle voisi olla selkeä tarve.

Toisaalta, kuten edellä on todettu, nykyinen esitys ei kuitenkaan takaa, että tästä erityispätevyydestä tulee palvelujärjestelmän kannalta hyödyllinen. Tämä edellyttäisi merkittävästi yksityiskohtaisempaa valmistelua ennen esityksen hyväksymistä.

Muuta huomioitavaa esitykseen liittyen?

Huomiot

-

Väyrynen Tommi
Suomen Psykiatriyhdistys