

Asia: VN/16881/2025

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

Edustan

Klikkaa ja lisää otsikko valintakysymykselle

yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue tai HUS

Miten esitys vastaa hallitusohjelman tavoitteisiin

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

Kyllä, miksi?

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

Kyllä, miksi?

3) Tukeeko esitys lasten ja nuorten terapiatakuuta?

Ei, miksi? [Esityksen tavoite on hyvä ja kannatettava: terapiatakuun toteuttamiseksi tarvittavia vaikuttavia psykososiaalisia hoito- ja työmenetelmiä tulisi saada laajemmin käyttöön perustason palveluissa. Erillisrahoitus ja maksuttomuus työntekijälle voi madaltaa kynnystä hankkia psykososiaalisten menetelmien osaamista osaksi omaa työtä, ja hyvinvointialueelle tarjota koulutusta laajemmalle joukolle ammattilaisia oman osaamiskeskuksen tukemana. Portaittaisen hoitomallin käyttöönottoa ja vaikuttavien psykososiaalisten hoitomenetelmien käyttöönottoa on jo tehty hyvinvointialueilla vuodesta 2021 hankerahoituksen turvin. Länsi-Suomen yta-alueelle on perustettu terapiatakuun rahoituksella pysyvään resurssiin perustuva osaamiskeskus, jonka tehtävänä on lisätä kolmella hyvinvointialueella osaamista terapiatakuun toteuttamiseen tarvittaviin menetelmiin. Tämän ehdotettavan lain toteutukseen myönnettävällä rahoituksella voidaan Länsi-Suomessa vahvistaa osaamiskeskusta menetelmäkoulutuksiin liittyvän menetelmäohjauksen tarjoamiseksi. Jotta kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen ensimmäinen porras parantaisi perustason mielenterveyspalveluja ja porrasteista hoitomallia, tulisi hyvinvointialueilla olla valta

valita vaikuttavaksi osoitetuista menetelmistä ne, mitä sen henkilöstö ottaa käyttöön. Nämä menetelmät kuvataan keskittämisasiasetuksen mukaisesti yta-sopimuksessa. Alustavien keskusteluiden perusteella yliopistoilla on ollut kriittinen suhtautuminen määrämuotoisiin interventioihin, psykoterapiakoulutukseen johtavana siellä ymmärtääksemme nähdään soveltuvammaksi geneerisempi lähestymistapa. Tavoite toteutuu vain, jos pääosa koulutettavista on hyvinvointialueen nykyisiä työntekijöitä ja vain jos ensimmäisen portaan psykoterapeuttimenetelmäopinnot aidosti varmistavat osaamiseen niihin menetelmiin, jotka kuuluvat terapiatakuun ja yta-sopimuksen piiriin, mikä siis edellyttäisi että yliopistot hyväksyvät terapiatakuun piiriin kuuluvien menetelmien kouluttamisen. Yta-sopimus ja siihen liittyvä koulutussitoutuminen koskee lisäksi kaikkia hyvinvointialueita, mikä näyttää olevan ongelmallista rahoituksen kohdentamista koskevan kirjauksen osalta ("koulutus perustuu yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän sekä yliopiston keskinäiseen sopimukseen"). Terapiatakuun toteutumisen seuranta edellyttää kirjaamista hyvinvointialueen tietojärjestelmään. Muiden kuin hyvinvointialueen työntekijöiden osalta kirjaaminen edellyttäisi, että hyvinvointialue antaa laitteet ja hoitovastuussa olevan tahon työntekijä tarkistaa kirjaukset. Tällainen järjestely voi olla ongelmallinen, ks myöhemmin. Vaikka tarkkaa osuutta terapiatakuun piiriin kuuluvista lapsista ja nuorista on vielä mahdoton arvioida, tämä on huomattavasti pienempi kuin psykiatrasta hoitoa tarvitsevien alle 23-vuotiaiden kokonaismäärä Varsinais-Suomessa. Eri tietolähteistä näyttää, että terapiatakuukäyntejä perustasolla on alle 100, kun lähetteitä erikoissairaanhoidon tässä ikäryhmässä tulee tuhansia vuodessa, eikä lähetteiden määrä ole laskenut terapiatakuun oltua nyt vuoden voimassa. Pidämme siis ilmeisenä, että palveluissa tarvitaan laajempaakin psykososiaalista osaamista, vain osa palvelutarpeesta hoituu perustasolla, ja että nykyistä terapiatakuun tiukkaa rajaamista vain tiettyihin hoitomuotoihin täytyy tarkastella jatkossa uudelleen.]

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?

Kyllä, miksi?

Toteuttaako tällainen ensimmäisen tason koulutus palvelujärjestelmän tarpeiden mukaista koulutusta?

Ei, miksi? [Kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen menetelmälähtöisyys ei ole riittävä perustason asiakas- ja potilaslähtöiseen ja yhdenvertaisesti apua tarjoavien mielenterveyspalveluiden kehittämiseen, koska suuri ryhmä potilaista tarvitsee yksilöllisempää, systemisempää tai moniammatillista, myös erikoissairaanhoidon palvelua. Tätä esitetty koulutusmalli osin tavoitteleeekin, mutta jää nähtäväksi, miten onnistutaan suunnittelemaan sisällöt riittävän konkreettisen menetelmäosaamisen ja sopivan laajapohjaisemman osaamisen turvaamiseksi niin, että kokonaisuus on kustannustehokas suhteessa käyttöönottokuluihin hyvinvointialueella. Toisaalta esitetty malli esitettyssä laajuudessa ja monitahoisesti suunniteltavana ei ole välttämätön terapiatakuun toteuttamiseen tai portaittaisen hoitomallin toteuttamiseen, vaan yta-alueen hyvinvointialueet voisivat vahvistaa työntekijöidensä osaamista määrämuotoisiin menetelmiin perustetun osaamiskeskuksen avulla. Osaamiskeskukselle myönnettävän erillirahoituksen avulla tätä voitaisiin toteuttaa nykyistä laajemmin ja vähäisemmin

hallinnointikustannuksin kuin nyt esitetystä mallissa. Toki tällöinkin voidaan yliopistoyhteistyössä arvioida menetelmien soveltuvuutta, tosielämän vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Hyvinvointialueiden perustehtävänä on terveyshyödyn tuottaminen terveydenhuollon palveluita tarvitseville asukkaille, ja varmistaa oman henkilöstön osaaminen. Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa on huomioitava uuden sosiaalihuoltolain tulevat muutokset, joka tulee lisäämään velvoitetta tarjota palveluja myös sosiaalihuollon palveluissa. Hyvinvointialueen kannalta merkittävin epärealistiselta tuntuva rooli on huomattava menetelmäohjauksen tarjoaminen. Asiakas- ja potilastyön resurssit eivät riitä siihen, että lisäksi koordinoidaan potilaita ja sosiaalihuollon asiakkaita sekä menetelmäohjausta perusopiskelijoiden ja yksityisen sektorin kouluttamisen tuomiin tarpeisiin. Resurssilaskelmissa on huomioitava, että hoitovastuu ei voi olla opiskelijoilla, ja hoitovastuussa olevan työ- tai virkasuhteisen ammattihenkilön tulee tarkistaa kaikki opiskelijan tekemät kirjaukset. Ensisijaisesti ohjaus olisi järjestettävissä työsuhteissa olevilla koulutettavilla. Ymmärrämme sen tavoitteen, että osaamisen laatua halutaan ainakin osalla ammattilaisista lisätä menetelmäkoulutusta laajemmin, mutta toisaalta perustasolla on varsin hyviä kokemuksia myös pelkän menetelmäkoulutuksen tuomasta lisähyödystä tiettyjen ammattiryhmien kohdalla. Hyvinvointialueilla on todennäköisesti intressi jatkaa menetelmäkoulutuksia nyt esitetyn mallin lisäksi samoin tai hiukan laajempaan kuin hankekaudella, ja esitykseen nyt sisällytetty menetelmäkokonaisuusosio ja sen toteuttamiseen tarvittava lisärahoitus riittäisi tähän tarkoitukseen. On tärkeää varmistaa kriteerit ensimmäisen portaan sisällöiksi niin, että ne voidaan akkreditoida useilla eri järjestämis- ja rahoitustavoilla. Lakimuutoksessa ei kattavasti kuvata tai oteta huomioon, mitä muita rahoitusmuotoja ja toimenpiteitä voidaan niin peruskoulutuksessa kuin julkisen sektorin palveluissa, yksityisellä sektorilla ja omalla rahoituksella hyödyntää toisaalta tämän lakiesityksen perusteiksi asetettujen tavoitteiden, toisaalta interventio- ja työnohjausosaamisen lisäämiseksi. Osana perustutkintoa tai muita erikoistumisopintoja suoritettujen terapiaopintojen ja laissa tarkoitettujen ensimmäisen portaan koulutuksen välinen ero ei itse lakitekstissä ole riittävän tarkasti kuvattu. Koulutuskokonaisuuden yleisopinnot lisäävät kouluttautumiseen käytettyä aikaa huomattavasti, lisäävät kustannuksia menetettynä työaikana ja tekevät toteutuksesta hyvinvointialueelle huomattavan monimutkaista verrattuna siihen, mitä nyt toteutetaan osaamiskeskuksesta. Saatava lisähyöty suhteessa mm. palkkakustannusten nousuun erikoispatenttien myötä jää nähtäväksi. Siltä osin kuin on kyse taustakoulutuksen täydentämisestä ja yleisistä valmiuksista psykoterapeuttiseen työhön, esitetystä mallista yliopiston nähdään turvaavan koulutuksen laatua, ja paras koulutusosaaminen löytyy sieltä. Rahoitus tulisi riittämään realistisemmin, jos yliopistot tekisivät keskenään työnjakoa eri menetelmäkoulutusten suunnittelussa tai viitekehysten tai ikävaiheiden tuomien tarpeiden huomioimisessa ja ylläpitämisessä. Toisaalta psykoterapiakonsortion ja/tai psykoterapiayhdistysten rakenteet voisivat luoda tälle hyvän pohjan. Samalla on huomioitava, että amk:t ovat jo luoneet erikoistumiskoulutukseen pohjaa sairaanhoitajien osalta, ja tätä voitaneen osin hyödyntää myös sosionomien kohdalla. Esitetty rahoitusmalli tähän on turhan monimutkainen ammattikorkeakoulujen ja niiden hyvinvointialueiden kannalta, jotka eivät ylläpidä yliopistollista sairaalaa. Esitetty rahoitusmalli on kovin työläs myös hyvinvointialueen kannalta. Olemme käyneet alustavia keskusteluja Turussa eri kouluttajatahojen kanssa. Yliopistojen valmistelut on tehty ajatellen etenkin psykologian perusopiskelijoita, mutta hyvinvointialueilla suurin koulutustarve on sairaanhoitajille ja kuraattoreille. Tulee olemaan huomattavan aikaa vaativaa päästä yksimielisyyteen esityksen mukaisesti sisällöstä ja rahoituksen jakamisesta yliopistojen, yta-alueen eri hyvinvointialueiden ja myös sairaanhoitajien ja sosionomien opinnoista vastaavien amk:n kanssa, sekä suomen- että ruotsinkielisistä koulutuksista, huomioiden kaikkien hyvinvointialueilla olevat ammattiryhmien, sijoittumisen ja koulutusmuotojen tarpeet. Hoidon saatavuuden kannalta on tarpeen huomioida se, että henkilöstön osaamisen vahvistaminen esitetyn laajuisella koulutuksella

(30 op = 810 t tai 45 op = 1269 tuntia) heikentää merkittävästi potilashoitoon käytettävää työpanosta, ellei tätä koulutukseen osallistumiseen liittyvää poissaoloa kompensoida hyvinvointialueille täysipainoisesti. Käytännössä hyvinvointialueelle tulee siis tarve sijaisten palkkaamiseen. Kolmen työntekijän kouluttaminen johtaisi jo 1 htv:n työpanoksen menetykseen. Sairaanhoidajien palkoissa laskettuna tämä tarkoittaisi noin 52 000 €:n lisäkustannuksia sijaisten palkkaamiseen. Lisäksi on syytä huomioida, että SOTE-sopimuksen ja KVTES:n piirissä esityksen mukaiset erityispätevyudet johtavat tyypillisesti korkeampaan palkkaan, jonka vuositason vaikutukset henkilöstökustannukseen huomioiden sairaanhoidajien ja kuraattorien määrät Varhassa nousisivat helposti 0,7 - 1,4 M€:on. Menetelmäohjaus täytyy toteuttaa sillä hyvinvointialueella, jolta työntekijä tulee. Tämä tulee muodostamaan suurimman kustannuserän jokaiselle hyvinvointialueelle, ei vain yliopistoklinikkaa ylläpitävälle hyvinvointialueelle. Esimerkiksi 8 sairaanhoidajan tehtävän muuttaminen asiantuntijan sairaanhoidajan tehtäväksi maksaa 16 000 euroa vuodessa, mutta panoksen käyttäminen työohjaukseen on pois osaavimpien ammattilaisten tekemästä potilastyöstä. Muiden kuin työsuhteessa hyvinvointialueeseen olevien koulutettavien (esitetystä lakitekstissä: "on edellä tarkoitetun taustakoulutuksen mukaisessa tutkintokoulutuksessa") menetelmäopintojen järjestäminen aiheuttaa hyvinvointialueille monenlaisia lisäkuluja, kuten opiskelijoiden suoran potilastyön ohjauksen ja valvonnan (opiskelijoiden kirjausten tarkastaminen mukaan luettuna), menetelmäohjauksen, lisääntyneiden tilatarpeiden sekä tietokoneiden ja -järjestelmien lisätarpeesta aiheutuvat kustannukset. Koulutettavien osalta hyvinvointialueiden täytyy varmistaa niin potilas- kuin työturvallisuus.]

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?

Hyvinvointialueella nähdään erityisen tärkeäksi ensisijaisesti siellä työskentelevien sairaanhoidajien ja kuraattorien menetelmäosaamisen lisääminen, sillä nämä ammattiryhmät ovat määrällisesti suurimmat ja ovat pystyneet tehokkaimmin hyödyntämään vaikuttavaksi osoitettuja interventioita. Hyvinvointialueella nämä edustavat karkean arvion mukaan 80% koulutustarpeesta.

Esitystä nyky muodossaan on vaikea toimeenpanna käytännössä rahoitusjärjestelmän monimutkaisuuden vuoksi. Tämä jättää suuria epävarmuuksia sen suhteen, onko se nyky muodossaan paras tapa edistää asetettuja tavoitteita. Esitetty rahoitusmalli soveltuisi parhaimmin yliopisto-opiskelijoiden kouluttamiseen, ja lisäksi tällöin valmiuksia toimia myöhemmin hyvinvointialueella. Samalla rahoitusmalli on erityisen ongelmallinen ja todennäköisesti tarpeettoman monimutkainen hyvinvointialueiden näkökulmasta, tarpeisiin kouluttaa omia ammattilaisia ja erityisesti sairaanhoidajia ja sosiaalihuollon ammattilaisia, jotka käytännössä voivat toteuttaa interventioita. Lakiin kirjoitetussa muodossa näyttäisi rahoituksen ulkopuolelle lisäksi jäävän se menetelmäkoulutus, johon ei sisälly yleisopintoja, mikä on hyvinvointialueiden kannalta ongelmallista.

Pahimmillaan nyky muotoinen esitys johtaisi hyvin moninaisiin sopimussuhteisiin, kuten useiden yliopistojen ja hyvinvointialueiden, yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen, hyvinvointialueiden ja ammattikorkeakoulujen, yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja muiden yta-alueen hyvinvointialueiden välisiin sopimussuhteisiin, joiden pitäisi samalla on keskenään synkronissa. Jos hyvinvointialueiden tulisi tuottaa menetelmäopintoja myös yksityissektorin toimijoiden kouluttamiseen, syntyisi myös näiden ja hyvinvointialueiden välisiä lukuisia sopimussuhteita.

Tällaisten neuvottelujen ja sopimusten koordinointi vaatii runsaasti aikaa johtajilta, juristeilta ja hankintapalveluista myös hyvinvointialueilla.

Esitetty rooli hyvinvointialueelle ei ole realistinen suhteessa perustehtävään. Hyvinvointialueen perustehtävä on huolehtia väestövastuulla sote-palveluista. Nyt esitetty koulutustehtävä haastaa perustehtävän suorittamista ja resursointia merkittävästi.

Koulutuspotilaat hyvinvointialueella rajoittuisivat käytännön syistä niihin, joita koulutettava hyvinvointialueen työntekijä voi tavata osana perustyötään. Tämä sama mahdollisuus rekrytoida potilaita perustyöstä on ammatinharjoittajalla ja yksityisen työntekijällä. Julkisella sektorilla potilaiden tulisi olla perustasolta huomioiden koulutusten tavoitteet, jolloin soveltuvien potilaiden tunnistaminen ja ohjaaminen tulee olemaan haastavampaa kuin erikoissairaanhoidossa. Lisäperusteena haluttomuudelle avata koulutuspotilasmahdollisuutta niille, jotka eivät ole työ- tai virkasuhteessa on potilasvastuu, potilastyöhön liittyvä tarve laitteille, tietojärjestelmille ja tietoturvalle sekä tiloille ja koordinaatiolle. Toisaalta tähänkään asti kouluttaja ei ole ottanut vastuuta koulutuspotilaiden hankkimisesta ja koordinoimisesta osana psykoterapiakoulutusta.

Menetelmäohjaajia ei ole hyvinvointialueilla tarpeeksi. Lisäkoulutus menetelmäohjaajaksi maksaa huomattavasti enemmän kuin menetelmäkoulutus. Kouluttautuminen menetelmäohjaajaksi edellyttää runsaasti kokemusta ko menetelmällä. Vie useamman vuoden ennen kuin ehdotetulle volyymille on riittävästi menetelmäohjaajia hyvinvointialueilla jo työskentelevässä henkilöstössä, ja nyt ehdotetaan, että hyvinvointialueella huolehdittaisiin myös yksityissektorin työntekijöistä ja perusopiskelijoista.

Jos hyvinvointialue järjestää menetelmäohjauksen niin, että työntekijä menetelmäohjaa osana omaa toimenkuvaa, menetelmäohjaus vie huomattavasti työaikaa ensin kouluttautumisessa ja sitten ohjaamisessa. Hyvinvointialue tavoittelee lisääntyvää tehokkuutta mittaamalla käyntimääriä, ja jos suuri osa henkilöstöstä käyttää aikaansa muuhun, täytyy muiden työntekijöiden tehdä nykyistä enemmän potilastyötä. Kyseessä on myös priorisointi parhaiden osaajien osaamisen kohdentumisesta potilastyöhön tai uusien osaajien kouluttamiseen.

Rahoituksesta

Toteuttaako esitetty rahoitusmalli esityksen mukaisen koulutuskokonaisuuden toteuttamista?

Ei, miksi? [Esitetyn koulutuksen rahoituksen tulee olla riittävää, pitkäjänteistä ja ennustettavaa. Hyvinvointialueen näkökulmasta rahoitusmallin tulee perustua siihen, että yliopistolla tai ammattikorkeakoululla on koulutusvastuu ja hyvinvointialue saa erillisen, täysimääräisen korvauksen kaikista koulutuksen toteuttamiseen liittyvistä kustannuksista.]

Muuta huomioita esitetyn rahoituksen myöntämiseen ja maksamiseen liittyen?

Varhalla on erityinen tarve kouluttaa psykososiaalisten menetelmien osaajiksi sairaanhoitajia ja sosionomeja, joilla ei ole yliopistotutkintoa. Ehdotetussa säätelystä, missä koulutusvastuu on yliopistolla jää epäselväksi, miten huomioidaan ammattikorkeakouluissa koulutettavat sote-ammattilaiset. Tämän ryhmän koulutuksen varmistaminen tulisi huomioida säätelystä.

Esitetyn koulutuksen rahoituksen tulee olla riittävää, pitkäjänteistä ja ennustettavaa. Hyvinvointialueen näkökulmasta rahoitusmallin tulee perustua siihen, että yliopistolla tai

ammattikorkeakoululla on koulutusvastuu ja hyvinvointialue saa erillisen, täysimääräisen korvauksen kaikista koulutuksen toteuttamiseen liittyvistä kustannuksista. Hyvinvointialueelle ei tule siirtää koulutusvastuuta eikä koulutuksen kustannusriskiä. Mikäli rahoitusmalli on ehdotetun kaltainen, jossa yliopistollisella hyvinvointialueella on vastaava rooli kuin lääketieteellisessä koulutuksessa, roolit ja korvausperusta tulee avata. Lisäksi on huomioitava, että yliopistolliselle hyvinvointialueelle syntyy tästä työtä.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilön erikoispätevyys

Huomioita ehdotettuun erikoispätevyyteen ja sen rekisteröimiseen liittyen?

Kannatamme kuraattorien ja sosiaalityöntekijöiden erikoispätevyyden mahdollistavaa esitystä. Uskomme olevan mahdollista huolehtia siitä, että menetelmien valinta kohdentuu siihen toimenkuvaan, mikä näillä ammattiryhmillä on julkisella sektorilla. Samalla he tarvitsevat muita enemmän perustietoa, joka liittyy terveydenhuoltoon soveltuvaan koulutukseen jo perusopinnoissa.

Sairaanhoitajien erikoistutkinto on suunniteltu nyt ehdotettua huomattavasti laajempaan, sisältäen ensimmäisen portaan psykoterapeuttikoulutuksen. Suunnitelmat on tehty AMK-verkostossa, ks yllä. Tämä pitää huomioida nimikkeen edellyttämän laajuuden määrittelyissä. Toisaalta jää epäselväksi, miten pelkän menetelmäkoulutuksen saavat ammattilaiset suhtautuvat esimerkiksi palkan suhteen ensimmäisen portaan koulutuksen saaneisiin.

Hallituksen esitys ei ota huomioon työkokemuksen merkitystä ennen menetelmäopintojen aloittamista. Nykymallissa menetelmäopintojen aloittamisen edellytyksenä on riittävät teoreettiset opinnot ja työkokemus kohderyhmän kanssa työskentelystä. Perusopiskelijoiden kohdalla tämä ei toteudu.

Muuta huomioitavaa esitykseen liittyen?

Huomiot

Palveluissa on tarve ruotsinkielisille menetelmäosaajille ja psykoterapeuteille. Länsi-Suomen yta-alueen kannalta tulisi olemaan haasteellista sopia rahoituksen jakamisesta suomen- ja ruotsinkielisen koulutuksen varmistamiseksi. Koska palvelualueilla on vakava vaikeus tarjota äidinkielenään ruotsia puhuvia psykoterapeutteja ja psykososiaalisia interventioita, pidetään erillisrahoituksen varmistamista laadukkaalle ruotsinkieliselle opetukselle ja ruotsinkielisten potilaiden koordinoimista tärkeänä. Psykoterapiakoulutuksen ruotsinkieliset tarpeet tulisi huomioida erikseen osana valtakunnallista koulutustarpeen arviointia. Ruotsinkielisen psykoterapiakoulutuksen kansallista koordinaatiota ja yhteistyötä tulee vahvistaa riittävän koulutuksen saatavuuden turvaamiseksi. Ruotsinkielisen koulutuksen järjestämisessä tulee huomioida sekä valtakunnallinen koulutustarve että nykyiset ruotsinkieliset koulutustoimijat. Haluamme erityisesti nostaa esiin, että Åbo Akademilla on keskeinen rooli ruotsinkielisen psykoterapiakoulutuksen järjestämisessä.

Heino Tolonen Tarja
Varsinais-Suomen hyvinvointialue