

Asia: VN/16881/2025

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

Edustan

Klikkaa ja lisää otsikko valintakysymykselle

psykoterapiakoulutusta tuottava organisaatio

Miten esitys vastaa hallitusohjelman tavoitteisiin

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

Ei, miksi? [Kognitiivis-analyttinen psykoterapiayhdistys ry kannattaa hallitusohjelman tavoitteita vahvistaa psykoterapiapalvelujen saatavuutta ja madaltaa kynnystä psykoterapeuttikoulutukseen hakeutumiselle. KAT-yhdistys ei kuitenkaan kannata esitysluonnoksen toteutustapaa, jossa vastuu 1.portaan interventio-opetuksesta eli menetelmäkoulutuksesta olisi yliopistojen sijaan YTA-alueilla. KAT-yhdistys kannattaa OKM:n esittämää vaihtoehtoista toteutustapaa (esitysluonnos s. 30), jossa sekä järjestämis- että rahoitusvastuu on kokonaisuudessaan yliopistoilla, mutta koulutushoidot tehdään yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. Esitysluonnoksessa kuvattu toteutustapa ei uudista psykoterapeuttikoulutusta aidosti kaksiportaiseksi koulutusjatkumoksi, vaan luo 1-portaasta psykoterapeuttikoulutuksesta irrallisen uuden erikoispätevyyskoulutuksen, jota kutsutaan esityksessä psykososiaalisten menetelmien erikoispätevyudeksi. Esityksessä ei selkeästi määritellä, mihin kyseinen erikoispätevyys valmistaisi tai antaisi oikeuden. Sen asema sekä koulutusjärjestelmässä että palvelujärjestelmässä jääkin esityksessä epäselväksi ja mahdollisesti irralliseksi psykoterapiakoulutuksen 2. portaasta. KAT-yhdistys kannattaa, että 1. tason suorittaminen on edellytys 2. tasolle, ja portaiden välillä on pedagogisesti integroitu jatkumo Psykonet-mallin mukaisesti. Psykoterapeuttikoulutuksen 1.portaan ei tule olla minkään tietyn viitekehyksen mukainen, vaan antaa laaja-alainen osaaminen psykoterapeuttisista taidoista. Sen tulee olla yhdenvertainen pohja hakeutua minkä tahansa eri viitekehyksen mukaiseen psykoterapeuttikoulutukseen.]

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

Ei, miksi? [Esitys on liian suppea, menetelmäkeskeinen ja ei luo aidosti selkeää jatkumoa 1-portaan ja 2-portaan välille. Se pohjaa liiaksi ajatukseen, että psykoterapia tai perustasolla tarvittava psykoterapeuttinen osaaminen koostuisi yksittäisten menetelmien hallinnasta. Näin se ei aidosti vastaa siihen tarpeeseen, jota perustasolla mielenterveyden ammattilaisilta vaaditaan. Koulutuksen lähtökohtana tulee olla psykoterapeuttisten kaikille terapiamuodoille yhteisten taitojen opetus, joka tuottaa osaamista eri ikä- ja häiriöryhmien kanssa tehtävään mielenterveystyöhön myös asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden ja elämäntilanteen huomioiden. Tämä ei poissulje sitä, etteikö koulutuksessa voida myös tarjota ammattilaisille käytännön työkaluja ja menetelmiä. Perustason mielenterveyspalvelujen vahvistaminen edellyttää kuitenkin laaja-alaista, näyttöön perustuvaa opetusta psykoterapeuttisista taidoista.]

3) Tukeeko esitys lasten ja nuorten terapiatakuuta?

Kyllä, miksi? [Esitys tukee nykyisenkaltaisen lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamista, sillä esityksen mukainen koulutus on vastaavalla tavalla menetelmäkeskeinen, kuin nykyinen lasten ja nuorten terapiatakuu. Lasten ja nuorten terapiatakuun keskeisin ongelma on kuitenkin nimenomaan menetelmäkeskeisyys, minkä vuoksi se vastaa vain pienen osan apua tarvitsevien lasten ja nuorten tarpeisiin. Esitys toistaa siis samankaltaisia puutteita, joita nykyisellään lasten ja nuorten terapiatakuussa on kuten hyvinvointialueiden kapea valikoima erilaisia hoidollisia menetelmiä. Jotta terapiatakuu tavoittaisi suuremman osan apua tarvitsevista lapsista ja nuorista, se vaatisi, että psykoterapeuttikoulutuksen I taso tuottaisi laaja-alaista ja tutkimusperustaista osaamista myös kohdennetusti lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon. Lapset ja nuoret ovat erityisen haavoittuva asiakasryhmä, jonka hoidossa vahva kehityspsykologinen ymmärrys, systeminen malli sekä kyky rakentaa turvallinen terapeuttinen suhde ovat keskiössä.]

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? [1. portas ei muodosta yhtenäistä perustaa eikä siten toimi yhdenmukaisena koulutus pohjana myöskään 2. portaalle. Koulutuksen hyväksilukeminen on mahdollista vain saman viitekehyksen sisällä mikäli sen teoreettinen lähestymistapa ei ole integratiivinen, kehittyvään tutkimusnäyttöön sekä common factors -malliin perustuva. Esityksessä kaksiportaisuus jää näennäiseksi ja sen alkuperäinen ajatus pirstaloituu. Menetelmäkeskeinen ja oirefokusoitunut lähestymistapa ei myöskään vastaa sitä, mitä kansainvälinen psykoterapiatutkimus osoittaa tehokkaasta hoidosta. Suuret meta-analyysit kattaen kymmeniä tuhansia potilaita osoittavat, että psykoterapiat tuottavat vertailukelpoiset tulokset häiriöstä ja menetelmästä riippumatta (Cuijpers ym., 2021, 2024). Hoitotuloksen vaihtelua selittää ennen kaikkea terapeutti ja terapeuttinen allianssi, ei menetelmä (Johns ym., 2019). Tämä tutkimusnäyttö osoittaa, että 1. portaan koulutuksen perustaksi sopii paremmin laaja-alainen psykoterapeuttisten yhteisten taitojen opetus kuin yksittäisten menetelmäprotokollien hallinta: menetelmät toimivat vain, kun niiden alla on riittävä vuorovaikutuksellinen ja suhdetaidollinen perusta.]

Toteuttaako tällainen ensimmäisen tason koulutus palvelujärjestelmän tarpeiden mukaista koulutusta?

Ei, miksi? [Malli tällaisenaan vastaa nykyisten menetelmäkoulutusten tarpeisiin, mutta ei laajemmin mielenterveyspalveluita tarvitsevien ihmisten yksilöllisiin hoidon tarpeisiin. Esityksen valmistelussa viitataan myös Terapiat etulinjaan -hankkeeseen. KAT-yhdistys huomauttaa, että Terapiat etulinjaan hankkeesta ei ole toistaiseksi kuitenkaan julkaistu vertaisarvioituja vaikuttavuusjulkaisuja. Saatavilla olevat raportit ovat hankkeen sisäisiä itsearviointeja.]

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?

Koulutustarpeen arvio 2000-4000 koulutettavasta vuodessa vaikuttaa suurelta ja vaatii mahdollisesti vielä tarkennusta. KAT-yhdistys kannattaa psykonet-verkoston ehdotusta yliopistojen ja hyvinvointialueiden työnjaosta: 30 op + 15 op olisi pedagogisesti integroitu jatkumo, jossa teoria, taitoharjoittelu ja ohjattu asiakastyö kytkeytyvät selkeiden osaamistavoitteiden ja arviointikriteerien mukaisesti. Koulutussisältö perustuu ajantasaiseen tutkimusnäyttöön ja vastaa hyvinvointialueiden mielenterveyspalveluiden rakenteellisiin ja väestötason tarpeisiin sekä lasten ja nuorten terapiatakuuseen. Toteutus tapahtuu tiiviissä yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa, mutta yliopistot ovat koulutusvastuussa. Tämä selkeyttäisi työnjakoa ja yhteistyötä. Painopiste on eri ikäryhmille sovellettavien perustason psykososiaalisten interventioiden osaamisessa, sisältäen kykyä arvioida hoidon tarvetta, kohdentaa interventiota tarkoituksenmukaisesti ja seurata vaikuttavuutta. Kustannusrakenne on noin 215 €/op, eli noin 10 000 €/opiskelija ja 10 M€ / 1 000 opiskelijaa eri aloilta.

Rahoituksesta

Toteuttaako esitetty rahoitusmalli esityksen mukaisen koulutuskokonaisuuden toteuttamista?

Ei, miksi? [Esitys osoittaa rahoitusta yliopistollisia sairaaloita ylläpitäville hyvinvointialueille, HUS-yhtymälle ja yliopistoille ja näiden välinen vastuujako koulutuksen sisältöjen määrittelyssä jää osin tulkinnanvaraiseksi. Esitys voisi vahvistua olennaisesti, jos vastuujako tarkennetaan STM:n omien aiempien linjausten kanssa yhdenmukaiseksi. Kaksikanavainen rahoitusmalli pirstaloi 1.portaan koulutuksen kokonaisuutta, hankaloittaa koulutuksen jatkokehittämistä ja hämärtää koulutuksen vastuualueita. Rahoituksen tulisi kohdentua pitkäjänteisesti ja selkeästi yhdelle taholle, yliopistolle, joka tekee tiiviisti yhteistyötä hyvinvointialueiden kanssa.]

Muuta huomioita esitettyyn rahoituksen myöntämiseen ja maksamiseen liittyen?

-

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilön erikoispätevyys

Huomioita ehdotettuun erikoispätevyyteen ja sen rekisteröimiseen liittyen?

Mallissa jää epäselväksi, mitä kaikkea erikoispätevyys käytännössä tarkoittaisi ja mihin se antaisi oikeuden ja mihin ei. Olisi tärkeää määritellä selkeämmin, miten sen tuottama osaaminen on suhteessa tai eroaa muista sote-ammattilaisista sekä lyhytterapiakoulutetuista.

Muuta huomioitavaa esitykseen liittyen?

Huomiot

Kognitiivis-analyttinen psykoterapiayhdistys ry (KAT-yhdistys) - Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi (kaksiportainen psykoterapiakoulutus)

Vastaanottaja: Sosiaali- ja terveysministeriö, kirjaamo.stm@gov.fi

Diaarinumero: VN/16881/2025

Asia: Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (Kaksiportainen psykoterapiakoulutus)

Lausunnon antaja: Kognitiivis-Analyttinen Psykoterapiayhdistys ry (KAT-yhdistys ry)

Päiväys: 19.5.2026

Tiivistelmä

KAT-yhdistys ry kannattaa hallitusohjelman tavoitteita vahvistaa psykoterapiapalvelujen saatavuutta ja madaltaa kynnystä psykoterapeuttikoulutukseen hakeutumiselle. KAT-yhdistys ei kuitenkaan kannata esitysluonnoksen toteutustapaa, jossa vastuu 1.portaan interventio-opetuksesta eli menetelmäkoulutuksesta olisi yliopistojen sijaan YTA-alueilla. KAT-yhdistys kannattaa OKM:n esittämää vaihtoehtoista toteutustapaa (esitysluonnos s. 30), jossa sekä järjestämis- että rahoitusvastuu on kokonaisuudessaan yliopistoilla, mutta koulutushoidot tehdään yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa.

1. KAT-yhdistyksen lähtökohta

KAT-yhdistys ry on Suomessa toimiva kognitiivis-analyttisen psykoterapian yhdistys, joka edistää psykoterapian koulutusta, tutkimusta ja monisuuntauksellista yhteistyötä. Yhdistys on osa kansainvälistä CAT-yhteisöä (ICATA, ACAT); kognitiivis-analyttistä psykoterapiakoulutusta järjestetään yli 20 maassa, useimmissa yliopistosidonnaisesti.

Kognitiivis-analyttisen psykoterapian vaikuttavuusnäyttö on vahva. Hallam, Simmonds-Buckley, Kellett, Greenhill ja Jones (2021) raportoivat 25 tutkimuksen meta-analyysissä suuren pre-post -muutoksen toimintakyvyssä (ES = 0,86; 95 % CI 0,71–1,01). Wakefield, Delgadillo, Kellett, White ja Hepple (2021) osoittivat lyhyen kognitiivis-analyttisen protokollan tuottavan IAPT-kontekstissa kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian kanssa vertailukelpoiset efektit ahdistuksen ja masennuksen hoidossa.

2. Esityksen vahvistettavissa olevat kohdat

KAT-yhdistys nostaa esiin kolme kohtaa, joiden vahvistaminen toteuttaisi hallitusohjelman tavoitteet rakenteellisesti vahvemmin.

2.1 Koulutuksen sisällöllinen ohjaus ja yliopistojen rooli

Esitys osoittaa rahoitusta yliopistollisia sairaaloita ylläpitäville hyvinvointialueille, HUS-yhtymälle ja yliopistoille. Vastuujako koulutuksen sisältöjen määrittelyssä jää osin tulkinnanvaraiseksi. Esitys voisi vahvistua olennaisesti, jos vastuujako tarkennetaan STM:n omien aiempien linjausten kanssa yhdenmukaiseksi.

Erikoissairaanhoidon keskittämisasiäsetuksen 1.10.2025 voimaan tulleen perustelumuistion mukaan asetus koskee hyvinvointialueiden välistä työnjakoa, eikä sillä näin ollen ole vaikutusta yliopistojen ja muiden koulutusorganisaatioiden rooliin koulutuksen järjestäjinä. Perustelumuistion mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle ei ole keskitetty päätösvaltaa siitä, mitä menetelmiä yhteistyöalueella otetaan käyttöön. Perustelumuistio erottaa selvästi hyvinvointialueiden tehtävän menetelmien käyttöönoton arvioinnissa yliopistojen lakisääteisestä ensisijaisesta koulutusvastuusta.

Samana erottelun soveltaminen HE-luonnokseen lisäisi rakennejohdonmukaisuutta ja selkeyttäisi vastuita kentällä toimiville. Yliopistojen koulutusvastuun säilyttäminen koulutuksen sisältöjen määrittelyssä on perusteltua myös sillä, että yliopistovastuu turvaa koulutuksen tieteellisen perustan ja kriittisen riippumattomuuden palvelujärjestelmän tilannesidonnaisista tarpeista.

Esityksen valmistelussa on esitetty näkemys, jonka mukaan yliopistot eivät kykene tuottamaan riittävää koulutuskokonaisuutta palvelujärjestelmän tarpeisiin. KAT-yhdistys huomauttaa, että Psykonet-verkosto on esittänyt mallin, jossa 1 000 opiskelijaa eri aloilta voidaan kouluttaa yliopistovetoisesti 10 M€:n vuosibudjetilla (kohta 3). Pohjoismaiset yliopistot Tukholmassa, Osllossa, Kööpenhaminassa ja Bergenissä hallinnoivat vastaavia koulutusvolyymeja yliopistovetoisesti. Yliopistojen kapasiteettia koskeva näkemys ei ole rakenteellinen este vaan resurssien kohdentamiskysymys, johon Psykonet-malli vastaa konkreettisesti.

Esityksessä 45 op:n kokonaisuus sirpaloituisi 30 op teoriaopetukseen (yliopistot) ja 15 op menetelmäkoulukseseen (YTA-alueet / hyvinvointialueet), ja interventio-opetus tyypistyisi muutaman hyvinvointialueella jo käytössä olevan menetelmän kouluttamiseksi. Koulutuksen yhtenäinen pedagoginen rakenne hajoaa, eikä esitys tue tavoitetta luoda yhdenmukaista pohjaosaamista. Tämä ei vastaa Psykonet-verkoston esittämää aitoa pedagogisesti integroitua jatkumoa.

2.2 Tutkimusnäytön vahvempi huomioiminen koulutuksen sisällöissä

Korkean impact factorin kansainvälinen psykoterapiatutkimus 2018–2024 on tarkentanut käsitystä siitä, mistä psykoterapian vaikuttavuus rakentuu. Tämän näytön huomioiminen koulutuksen sisällöissä lisää koulutuksen vaikuttavuutta.

Eri psykoterapiamuotojen väliset erot ovat vähäisiä. Cuijpers ym. (2024, World Psychiatry) raportoivat 441 satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen ja 33 881 potilaan meta-analyysissä, että psykoterapiat tuottavat vertailukelpoisia tuloksia kahdeksassa eri häiriössä. Cuijpers ym. (2023, World Psychiatry) raportoivat 409 RCT:n ja 52 702 potilaan meta-analyysissä, että kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia ei ole muita psykoterapioita parempi masennuksen hoidossa ($g = 0,06$; 95 % CI 0–0,12). Cuijpers ym. (2021, World Psychiatry) raportoivat 331 RCT:n ja 34 285 potilaan network-meta-analyysissä, että psykoterapioiden välillä ei ole merkitseviä eroja. Leichsenring, Steinert, Rabung ja Ioannidis (2022, World Psychiatry) raportoivat 102 meta-analyysin, 3 782 RCT:n ja 650 514 potilaan umbrella-katsauksessa, että psykoterapian ja lääkehoidon välinen ero on käytännössä olematon ja että efektikoot ovat saavuttaneet kattoarvon.

Yhteiset tekijät - terapeuttinen allianssi, empatia, yhteistyösuhde ja sen katkosten korjaaminen - selittävät hoitotuloksesta merkittävästi enemmän kuin spesifit menetelmäainesosat (Wampold, 2015, World Psychiatry; Norcross & Lambert, 2019). Allianssi-tulos -korrelaatio on $r = .278$ (Flückiger ym., 2018, Psychotherapy; 295 tutkimusta, yli 30 000 potilasta) hoitomuodosta riippumatta. Terapeuttivaikutus selittää 5–8 % hoitotuloksen vaihtelusta, mikä on selvästi suurempi kuin menetelmävaikutus, joka on tyypillisesti noin 1 % (Johns, Barkham, Kellett & Saxon, 2019, Clinical Psychology Review). Psykodynaaminen psykoterapia on empiirisesti tuettu hoito yleisille mielenterveyshäiriöille (Leichsenring ym., 2023, World Psychiatry).

Vakavissa ja kompleksissa häiriöissä pitkäkestoinen, integratiivinen hoito tuottaa suuria vaikutuksia. Esimerkki: epävakaa persoonallisuushäiriön hoidossa yhdistetty yksilö- ja ryhmäskematerapia tuotti 495 potilaan satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa Cohen's $d = 1,14$ verrattuna tavanomaiseen hoitoon (Arntz ym., 2022, JAMA Psychiatry). Suomen psykoterapiakvaliteettirekisterin tulokset osoittavat, että pitkä psykoterapia tuottaa pitkän aikavälin parantumaa toimintakyvyssä (SOFAS, Hedge's $g = 0,65$), kun lyhyemmät interventiot tuottavat suurempia oire-efektejä ($g = 0,75-0,91$), mutta eivät pitkäaikaista toimintakykymuutosta (Stenberg ym., 2023, Nordic Journal of Psychiatry).

Britannian IAPT-mallin raportoidut tulokset ovat olleet kritisoidut riippumattomasti. Scott (2018, Journal of Health Psychology) raportoi 90 IAPT-asiakkaan strukturoidussa diagnostisessa haastattelussa, että vain 9,2 % asiakkaita ei enää täyttänyt diagnoosikriteerejä - kun ohjelman omat raportoidut "recovery"-luvut ovat olleet noin 50 %. Ero osoittaa, miten palvelutavoitteisiin sidottu mittaaminen voi tuottaa eri kuvan vaikuttavuudesta kuin riippumaton arviointi.

Vanderbilt II -tutkimus (Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder, 1993) osoitti, että manuaalipohjaisen koulutuksen jälkeen terapeuttien tekninen menetelmäuskollisuus parani, mutta vuorovaikutuksen lämpö heikkeni ja kielteiset vuorovaikutuspiirteet lisääntyivät. Heikoimmat vuorovaikutustaidot omaavat terapeutit omaksuivat menetelmän tekniikan eniten, mutta heidän asiakassuhteissaan esiintyi enemmän haitallisia prosesseja. Manualisoitu koulutus ilman vahvaa vuorovaikutustaitojen perustaa tuottaa pinnallista menetelmäuskollisuutta, joka peittää alleen hoidon vaikuttavuutta heikentäviä prosesseja. Terapeuttitaitojen kehittyminen edellyttää pitkää, ohjattua ja palautteistettua harjoittelua aidoissa asiakastilanteissa (Vaz ym., 2025). Tämä koko keskustelu on siis käyty kansainvälisessä psykoterapian tutkimuskirjallisuudessa jo läpi melkein 40 vuotta sitten.

Esityksen valmistelussa viitataan Terapiat etulinjaan -hankkeen kokemuksiin. KAT-yhdistys huomauttaa, että hankkeesta ei ole toistaiseksi (toukokuu 2026) julkaistu vertaisarvioituja vaikuttavuusjulkaisuja. Saatavilla olevat raportit ovat hankkeen sisäisiä itsearviointeja. Lähimpänä verrokkina toimii Suomen psykoterapialaaturekisteri (Stenberg ym., 2023), jonka tulokset eivät tue käsitystä, että lyhyt manualisoitu interventio tuottaisi pitkäaikaista toimintakyvyn paranemista. Esitysluonnoksen rakenteellisia valintoja ei voi tällä hetkellä perustella Terapiat etulinjaan -hankkeen vaikuttavuusnäytöllä.

Tämän tutkimusnäytön valossa 1.tason koulutuksen lähtökohtana tulee olla psykoterapeuttisten, kaikille yhteisten taitojen opetus, joka tuottaa osaamista kaikkien ikä- ja häiriöryhmien kanssa tehtävään mielenterveystyöhön niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon puolella ja luo vahvan pohjan erilaisten työmenetelmien hyödyntämiselle asiakkaiden tarpeen mukaisesti. Tämän lisäksi 1.portaan koulutuksessa voidaan tarjota ammattilaisille myös käytännön työkaluja eli menetelmiä - manualisoidut menetelmät kuuluvat siten koulutukseen täydentävinä elementteinä, eivät sen perustana. Tämä lähestymistapa vastaa pohjoismaista koulutusikäntäntöä (NORTRAS-konsortio,

University of Oslo); pohjoismaisessa vertailussa yhdessäkään maassa ei ole psykoterapeuttikoulutusta, jossa hyvinvointialueet ohjaisivat koulutuksen sisältöjä.

2.3 Aidon kaksiportaisuuden vahvistaminen

Esityksen mukaan 1. portaan suorittaminen ei ole edellytys 2. portaalle hakeutumiselle. Aidon kaksiportaisuuden - pedagogisesti integroidun jatkumon - vahvistaminen toteuttaisi esityksen oman kantavan tavoitteen koulutettavien yhdenmukaisesta pohjaosaamisesta. Konkreettinen rakenne tälle on esitetty Psykonet-verkoston mallissa (kohta 3 alla).

OKM:n esittämä toteutustapa on ainoa tapa varmistaa, että koulutuksesta tulee aidosti kaksiportainen jatkumo, ja että 1.porras antaa valmiudet kaikkien eri psykoterapiasuuntausten mukaisesti 2.portaan koulutukseen. Muutoin erikoispätevyyskoulutus jää irralliseksi osaksi koulutusjärjestelmää - koulutuskokonaisuudeksi, jolle ei ole selkeää paikkaa työelämässä eikä jatkokoulutuksessa.

Lisäksi 1. tason koulutuksen mahdollinen hyväksiluku 2. tasolle erityisesti samaan viitekehykseen kuuluvasta koulutuksesta käytännössä lyhentää myös psykoterapeuttikoulutusta. Tämä ei ole esityksen ilmoitettu tavoite ja ohjaa kenttää viitekehysellisten siiloutumien suuntaan.

3. Ratkaisu: OKM:n vaihtoehtoinen toteuttamistapa ja Psykonet-verkoston ehdotus

KAT-yhdistys kannattaa OKM:n esittämää vaihtoehtoista toteutustapaa (esitysluonnos s. 30), jossa sekä järjestämis- että rahoitusvastuu on kokonaisuudessaan yliopistoilla, mutta koulutushoidot tehdään yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. Tämä turvaa sen, että koulutuksen sisällöt pohjaavat tieteeseen ja tutkimukseen, ja että koulutuksen avulla voidaan tulevaisuudessa kehittää ja parantaa palvelujärjestelmää - muun muassa tuoda uusia menetelmiä - eikä ainoastaan vakiinnutaa palveluvalikoiman nykytila kouluttamalla hyvinvointialueilla jo nyt käytössä olevia menetelmiä.

Psykonet-verkoston ehdotus: 30 op + 15 op pedagogisesti integroitu jatkumo, jossa teoria, taitoharjoittelu ja ohjattu asiakastyö kytkeytyvät selkeiden osaamistavoitteiden ja arviointikriteerien mukaisesti. Koulutussisältö perustuu ajantasaiseen tutkimusnäyttöön ja vastaa hyvinvointialueiden mielenterveyspalveluiden rakenteellisiin ja väestötason tarpeisiin sekä lasten ja nuorten

terapiatakuuseen. Toteutus tapahtuu tiiviissä yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa, yliopistot koulutusvastuussa. Painopiste on eri ikäryhmille sovellettavien perustason psykososiaalisten interventioiden osaamisessa, sisältäen kykyä arvioida hoidon tarvetta, kohdentaa interventioita tarkoituksenmukaisesti ja seurata vaikuttavuutta. Kustannusrakenne on noin 215 €/op, eli noin 10 000 €/opiskelija ja 10 M€ / 1 000 opiskelijaa eri aloilta.

Esityksen valmistelussa viitataan terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittämismahdollisuuksia koskevaan selvitykseen (STM 2022). KAT-yhdistys huomauttaa, että kyseinen selvitys koskee terveydenhuollon sisältöohjauksen yleistä rakennetta - ei psykoterapeuttikoulutusta erikseen. Selvityksen päätelmiä menetelmien arvioinnin keskittämistä ei voi yksioikoisesti soveltaa koulutuksen sisällölliseen ohjaukseen, koska koulutus eroaa palvelutuotannon laadun ohjauksesta laadullisesti. Saman selvityksen päätelmät eivät siten tarjoa yksiselitteistä perustaa koulutuksen sisältöohjauksen siirtämiselle yliopistoilta hyvinvointialueille.

Koulutusjärjestelmän tehtävä on uudistaa kenttää, ei toistaa sitä. OKM:n malli on linjassa STM:n keskittämisasiäsetuksen perustelumuistion (1.10.2025) erottelun kanssa, vastaa pohjoismaista koulutuskäytäntöä ja on yhteensovittavissa hallitusohjelman tavoitteen kanssa.

4. KAT-yhdistyksen suositukset

KAT-yhdistys ry esittää, että:

1. Koulutuksen järjestämisvastuu ja sisällöllinen ohjaus säilyvät yliopistoilla. Hyvinvointialueet osallistuvat toteutukseen yhteistyökumppaneina, mutta sisältöjen määrittely tapahtuu yliopistovastuussa.
2. Rahoitus kanavoidaan kokonaisuudessaan yliopistoille selkeällä, ennustettavalla, monivuotisella mekanismilla - ei vuosittaisella valtion talousarvioesitykseen perustuvalla päätöksellä, joka ei tarjoa pitkäkestoiselle koulutukselle riittävää ennustettavuutta.
3. 1.portaan koulutuksen sisältö perustuu ajantasaiseen tutkimusnäyttöön ja painottaa yhteisten tekijöiden hallintaa manualisoitujen menetelmäprotokollien rinnalla. Koulutus säilyttää monisuuntauksellisen lähtökohdan, jossa eri psykoterapiaviitekehukset (kognitiivis-analyttinen, kognitiivis-behavioraalinen, psykodynaaminen, integratiivinen, perheterapeuttinen, ratkaisukeskeinen ja muut suuntaukset) ovat sisällöllisesti läsnä.

4. Aitoa kaksiportaisuutta vahvistetaan: 1. tason suorittaminen on edellytys 2. tasolle, ja portaiden välillä on pedagogisesti integroitu jatkumo Psykonet-mallin mukaisesti.

5. Valmisteluun otetaan mukaan keskeiset asiantuntijatahot eli Suomen psykoterapiayhdistykset sekä riippumaton, monialainen tieteellinen arvioiva työryhmä. Pohjoismainen koulutusvertailu (NORTRAS-konsortio) on otettava vertailupohjaksi.

Helsingissä 19.5.2026

Kognitiivis-Analyttinen Psykoterapiayhdistys ry

Mirka Lammi, puheenjohtaja

Juha Savolainen varapuheenjohtaja

Sami Kivikkokangas johtokunnan kouluttajajäsen

Lähteet

Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I. A., Ruths, F. A., Schweiger, U., Shaw, I. A., Zarbock, G., & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 287–299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>

Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I. A., & Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>

Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>

Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Quero, S., Plessen, C. Y., Ebert, D., Harrer, M., van Straten, A., & Karyotaki, E. (2024). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 23(2), 267–275. <https://doi.org/10.1002/wps.21203>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Hallam, C., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Greenhill, B., & Jones, A. (2021). The acceptability, effectiveness, and durability of cognitive analytic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(S1), 8–35. <https://doi.org/10.1111/papt.12286>

Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 434–440. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.434>

Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>

Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: An umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21(1), 133–145. <https://doi.org/10.1002/wps.20941>

Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., Rabung, S., & Steinert, C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22(2), 286–304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy Relationships That Work: Volume 1. Evidence-Based Therapist Contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.

Scott, M. J. (2018). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) - The need for radical reform. *Journal of Health Psychology, 23*(9), 1136–1147. <https://doi.org/10.1177/1359105318755264>

Stenberg, J.-H., et al. (2023). Finnish Psychotherapy Quality Register: Rationale, development, and baseline results. *Nordic Journal of Psychiatry, 77*(5), 459–469. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2150788>

Vaz, A., Rousmaniere, T., Boswell, J. F., Constantino, M. J., & Castonguay, L. G. (2025). Rethinking psychotherapy training and supervision: The case for deliberate practice. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23777>

Wakefield, S., Delgadillo, J., Kellett, S., White, S., & Hepple, J. (2021). The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case-control study. *British Journal of Clinical Psychology, 60*(3), 270–289. <https://doi.org/10.1111/bjc.12278>

Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology, 60*(1), 1–37. <https://doi.org/10.1111/bjc.12259>

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

Mirka Lammi
Kognitiivis-analyttinen psykoterapiayhdistys ry