

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.

Ei, miksi? [Esitys lisää ensimmäisen portaan tason koulutettujen määrää, mutta he eivät tuota psykoterapiapalveluita, vaan toteuttavat psykososiaalisia työmenetelmiä. Kuitenkin sisällyttämällä psykososiaalinen menetelmäosaaminen sairaanhoitajien erikoistumiskoulutukseen on mahdollista lisätä palveluiden saatavuutta merkittävästi. Esitys saattaa lisätä toisen portaan käyneiden määrää ja heidän tuottamiaan psykoterapiapalveluita, mikäli se helpottaa 1-tasolta 2-tasolle siirtymistä. Varsinaisen psykoterapiakoulutuksen hinta ei kaksiportaisuuden vuoksi merkittävästi alene. Toisaalta kun ensimmäisen portaan palvelut toimivat, joka on jo nyt nähtävissä, eivät toisen portaan palvelut ruuhkaudu. Psykoterapian saatavuus on jo nyt parantunut, joka näkyy psykoterapeuttien parempana saatavuutena, heille, jotka psykoterapiaa tarvitsevat. Hyvinvointialueet ovat jo täydennyskouluttaneet merkittävässä määrin työntekijöitään perustason mielenterveyspalveluissa tarjottaviin menetelmiin, ja tähän on käytettävissä toimivat keinot ja prosessit. Siksi lakiesitys tuskin merkittävästi muuttaa nykytilannetta. Riskinä on, että ensimmäisen portaan maksuttomuus ja sen hyväksyminen osaksi psykoterapeuttipintoja kapeuttaa psykoterapioiden tarjontaa Suomessa. Tämä voi toteutua, jos pohjakoulutus (ykkösporras) on kaikilla saman tyyppistä viitekehystä, eikä psykoterapeuttipiskelijoita ohjaudu tasaisesti erityyppisiin opintoihin. On potilaiden etu, että psykoterapiakentän tarjonta pysyy monipuolisena ja potilaille saadaan yksilöllisesti heidän tarpeisiinsa vastaavaa hoitoa. Näkisimme erittäin tärkeänä, että lakiesityksessä ja lainsoveltamisesityksessä käytetään psykoterapia-termiä oikein kuvaamaan sitä, että vasta kaksivaiheisen koulutuksen kokonaan suorittanut psykoterapeutti voi antaa varsinaista psykoterapiaa. Psykoterapeutin nimike on nimikesuojattu. Lyhytterapiakoulutus tai ensimmäisen

tason psykososiaalisten menetelmien koulutus ei vastaa laajuudeltaan varsinaista psykoterapeutin pätevyyttä.]

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

Kyllä, miksi? [Esitys tukee perustason mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja porrasteisen hoitomallin toteutumista, mikäli koulutuskokonaisuus sovitetaan vastaamaan palvelujärjestelmän tarpeita. Koulutuksen toimeenpanon tulee tukea perusterveydenhuollon ydintehtäviä, erityisesti nopeaa hoitoon pääsyä sekä vaikuttavien ja määräaikaisten hoitajaksojen toteuttamista. Koulutuksen toteutus ei saa muuttaa perustason potilaspriorisointia. Koulutus ei saa määrätä hoitopolkuja, hoitajaksojen kestoja tai palveluihin pääsyn vaan koulutuksen tulee vastata potilaiden tunnistettuihin tarpeisiin. Hyvinvointialueen psykososiaalisten menetelmien on muodostettava toimiva, järkevästi porrastettu kokonaisuus. Pirkanmaan hyvinvointialueen on ylläpidettävä toteuttamiskelpoisen laajaa menetelmävalikoimaa ja Pirkanmaan hyvinvointialueen tulee itse kyetä päättämään mitä menetelmiä Pirkanmaan Hyvinvointialueella käytetään. Tavoitteiltaan esitys vastaa Pirkanmaalla tunnistettuun tarpeeseen vahvistaa psykososiaalisten menetelmien osaamista ja parantaa hoitoon pääsyä peruspalveluissa. Koulutus tulee kohdentua ammattiryhmiin, joiden rooli perustason palveluissa on keskeinen. On kuitenkin tärkeää, että koulutus vahvistaa olemassa olevaa ammatillista osaamista eikä muodosta erillistä, irrallista toimintaa. Riskinä on, että koulutus määrittelee, mitä terapioiden tuotetaan ja siten mitä sairauksia hoidetaan (koska koulutettavien täytyy saada harjoitella oppimaansa). Tarjottavien hoitojen valinnan ja potilaiden priorisoinnin täytyy säilyä hyvinvointialueen terveydenhuollon ammattilaisilla.]

3) Tukeeko esitys lasten ja nuorten terapiatakuuta?

Ei, miksi? [Esitys tukee lasten ja nuorten terapiatakuun toteutumista, mikäli ensimmäisen portaan koulutus valmistaa ammattilaisia toimimaan nimenomaan terapiatakuulainsäädännön mukaisten perustason interventioiden tarjoajana ja mikäli opetus on kohdentunut lasten ja nuorten terapioihin. Lasten ja nuorten terapiat eroavat aikuisten terapioiden kanssa. Lisäksi menetelmien tulee soveltua perustason palveluiden käyttöön. Lasten ja nuorten terapioiden tarve on määrällisesti pienempää kuin aikuisten, mutta sitäkin tärkeämpää on terapian oikea aikaisuus ja sopivuus. On tärkeää, että opettavat terapiat on valittu määrällisesti ja laadullisesti oikein. Arviomme mukaan ei ole uskottavaa, että 15 opintopisteen menetelmäopinnot riittäisivät valmentamaan sekä lasten, nuorten että aikuisten hoitamiseen. Näin ollen lakiesityksessä pitäisi jotenkin määrittää, että myönnettävä todistus ja osaaminen kattaa vain tietyn ikäryhmän hoidon.]

Esityksen mukaan kaksiportaisen psykoterapiakoulutuksen ensimmäisen tason 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? [Ensimmäisen tason koulutuksen on oltava kokonaisuudessaan, myös opettavien menetelmien osalta, riittävän laaja-alaista, jotta koulutuksen jatkovaiheessa ammattilaiset voivat sujuvasti jatkaa opintojaan erityyppisiin suuntauksiin. Koulutuksen perustasolla on hyvä opiskella käsikirjojen avulla toteutettavia terapioiden, mutta on riski jatkokoulutusmahdollisuuksien kannalta,

jos tämän opetuksen osuus on sisällöltään liian yksipuolinen. Perustasolla on kyettävä laajaan menetelmäopetukseen, jossa on valinnanvaraa ja joka tuottaa erityyppisiä osaajia. Tällä tai jollakin muulla tavalla tulisi ratkaista se, ettei koulutus ole liian tasapäistävä ja lähiajan työllistymistä tukevaa, mutta laajoja jatkokoulutusmahdollisuuksia heikentävää. Suomessa tarvitaan jatkossa lisää perusmenetelmiä osaavia ammattilaisia, mutta myös lisää pidemmälle koulutettuja, erityyppisiä psykoterapioita tarjoavia ammattilaisia. Lähtökohtaisesti kuitenkin 30 + 15 opintopisteen malli vaikuttaa toimivalta. Esitetty 30 opintopistettä on jo vakiintunut psykoterapiakoulutukseen edellytettävien opintojen laajuudeksi ja sen toteuttamiselle on toimiva malli. Psykoterapeuttisia menetelmiä ei voi oppia ilman merkittävää harjoittelua, ja esitykseen olisi hyvä kirjata selkeästi, miten varmistetaan 15 opintopisteen toteutuminen potilastyöhön. Tällaisenaan esitys ei tule kuitenkaan merkittävästi helpottamaan toisen portaan psykoterapiakoulutukseen liittyviä koulutuskustannuksia. Nykyisellään Pirkanmaan Hyvinvointialueen vaikean taloustilanteen vuoksi työnantajan ei ole mahdollista osallistua toisen portaan psykoterapiakoulutusten kustannuksiin, ja jos tämänkaltainen uusi koulutusmalli otetaan käyttöön, rahoitusta saavien, koulutuksesta vastaavien tahojen, on osoitettava hyvinvointialueille niiden koulutuksen harjoittelun toteuttamiseen tarvitsema rahamäärä täysimääräisenä.]

Toteuttaako tällainen ensimmäisen tason koulutus palvelujärjestelmän tarpeiden mukaista koulutusta?

Kyllä, miksi? [Koulutus tukee perustason osaamisen lisäämistä määrällisesti ja parantaa psykososiaalisten hoitojen saatavuutta. Koulutus vastaa palvelujärjestelmän tarpeisiin edellyttäen, että se toteutetaan tiiviisti osana olemassa olevia palveluprosesseja ja hyvinvointialueella on mahdollisuus vaikuttaa käyttöön koulutettaviin menetelmiin. Menetelmien tulee soveltua sosiaali- ja terveyskeskusten toimintaympäristöön ja koulutukseen liittyvä asiakas-/potilastyö tulee integroida olemassa oleviin hoitopolkuihin. Koulutuksen ei tule ohjata palvelujärjestelmää koulutuksen tarpeista käsin, vaan sen tulee tukea palvelujärjestelmän toimivuutta ja tarpeita. Lisäksi on tärkeää varmistaa, että koulutus on riittävän laaja-alaista ja mahdollistaa jatkokoulutuspolut, jotta ammattilaisten osaaminen ei kavennu liikaa yksittäisiin menetelmiin. Liiallinen menetelmäpainotus voi heikentää mahdollisuuksia jatkokouluttautumiseen ja osaamisen monipuoliseen kehittymiseen. Riskinä perusterveydenhuollon järjestämisen kannalta on koulutuksen saaman rahoituksen vaihtelu vuositasolla. Rahoituksen vaihtelu voi tarkoittaa merkittävää vaihtelua koulutusta saavien määrässä ja tämä johtaa tuotettavien terapioiden määrän vaihteluun. Tämä ei sovi yhteen hyvinvointialueen järjestämisvastuun kanssa ja siksi näiden asioiden kytkeminen toisiinsa on hankalaa hyvinvointialueen toiminnan suunnittelun näkökulmasta.]

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?

Hyvinvointialueiden tehtäväksi on suunniteltu riittävän potilasmäärän varmistaminen, koulutuspotilaiden tarkoituksenmukainen ohjautuminen ja palveluprosessit sekä ohjaus- ja perehdytysresurssit koulutusta suorittaville ammattilaisille. Hyvinvointialue vastaisi hoitokokonaisuuksien jatkuvuudesta, mikä korostaa tarvetta integroida koulutus kiinteästi osaksi normaalia palvelutuotantoa. Oleellista on, että hyvinvointialueilla säilyy todellinen vaikutusmahdollisuus koulutettavien määrään ja koulutuksen sisältöihin suhteessa paikallisiin palvelutarpeisiin, ja että hyvinvointialueille osoitetaan riittävä rahoitus näiden tehtävien hoitamiseksi.

Esitys edellyttää merkittäviä tarkennuksia erityisesti hyvinvointialueiden resurssien, vastuiden ja vaikutusmahdollisuuksien sekä sopimusprosessin osalta. Ilman näitä täsmennyksiä on riski, että koulutuksen käytännön toteutus kuormittaa palvelujärjestelmää liiallisesti. Nykymuodossaan hyvinvointialueen näkökulmasta on esityksen perusteella käytännössä mahdoton ennakoita miten koulutuskokonaisuus tulisi toteutumaan.

Vaihtoehtoisesti vastuita myös koulutuksen käytännön toteutukseen liittyvistä elementeistä voidaan rajata enemmän yliopistolle ja mahdollistaa joustava yhteistyö hyvinvointialueiden kanssa.

Koulutettavien määrä vaikuttaa vuositasolla suurelta. Nykyisellään koulutetaan noin 500 psykologia vuosittain, eikä liene ole tarkoituksenmukaista, että heille kaikille annetaan myös psykoterapeutti koulutus jatkossa. Jossain kohtaa on mietittävä, kuinka monta koulutuksen saanutta palvelujärjestelmä pystyy hyödyntämään, ettei kouluteta ylitarjontaa.

Rahoituksesta

Toteuttaako esitetty rahoitusmalli esityksen mukaisen koulutuskokonaisuuden toteuttamista?

Ei, miksi? [Koulutuskokonaisuuden toteuttaminen edellyttää hyvinvointialueelta ohjaavan henkilöstön työpanosta, infrastruktuuria sekä vastuuta potilasturvallisuudesta ja hoidon jatkuvuudesta. Näitä vaikutuksia ei voida kattaa nykyisestä perustason kapasiteetista ilman haitallisia vaikutuksia palvelutuotantoon ja tämä tulisi huomioida myös rahoituksessa. Palvelujärjestelmän näkökulmasta pitkäjänteinen suunnittelu olisi selkeästi parempi vaihtoehto sen sijaan, että koulutuksen käytännön toteutus ja budjetointi vaatii vuosittaista suunnittelua. Hyvinvointialueen on palkattava henkilökuntaa ja varattava tiloja ja muita resursseja, mikä edellyttää pitkäjänteistä sitoutumista ja suunnittelua. Mallissa hyvinvointialueelle on tulossa uusia opetukseen liittyviä tehtäviä. Näiden rahoituksen tulee olla täysimääräistä ja ennakoitavaa, jotta hyvinvointialue voi sitoutua järjestämään tarvittavat harjoittelumahdollisuudet. Erityisen avoimeksi jää, miten yhteistyö ammattikorkeakoulujen kanssa toteutuisi; ne kuitenkin kouluttavat keskeisen 1-tason kohderyhmän eli hoitohenkilökunnan. Ehdotettu malli sitoo toimijoita yhteen vaikeasti ennakoitavalla tavalla, eikä mahdollista joustavaa toiminnan ja opetuksen kehittämistä. Mallissa rahoituksen vaihtuessa tulee huomattava määrä työtä paitsi rahoituksen haussa myös toiminnan sopeuttamisessa rahoituksen muutoksiin. Olisi hyvä tarkastella voisivatko opetukseen liittyvät tehtävät olla selkeästi keskitettyinä opetusta järjestävälle korkeakoulu yhteisölle. Tällöin hyvinvointialue vastaisi osaltaan selkeämmin vain siitä rakenteesta, jossa potilaita ja asiakkaita muutenkin hoidetaan.]

Muuta huomioita esitettyyn rahoituksen myöntämiseen ja maksamiseen liittyen?

Esitys rahoituksen jakautumisesta ja muuttumisesta vuosittain aiheuttavat toimintaan epävarmuutta ja lisäävät byrokratiaa. Hyvinvointialueen arvion mukaan ylivoimaisesti suurin osa koulutukseen liittyvistä kustannuksista tulee mallissa harjoittelun ja työnohjauksen kustannuksista ja kohdentuu siten hyvinvointialueelle. Itse teoriakoulutus voidaan tuottaa hyvinkin kustannustehokkaasti.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilön erikoispätevyys

Huomioita ehdotettuun erikoispätevyyteen ja sen rekisteröimiseen liittyen?

Hyvinvointialueen kannalta ei ole selvää, minkälaista lisäarvoa uusi erikoispätevyys sinänsä alueelle tuo. Tällä hetkellä vaikuttaa siltä, että koulutuksesta on tulossa oppilaitoksittain ja ammattiryhmittäin varsin vaihteleva. Tämä voi johtaa siihen, että hyvinvointialueet eivät voi päätellä henkilön todellista osaamista erityispätevyyden perusteella. Uudistus ei myöskään takaa osaamisen jäämistä hyvinvointialueiden käyttöön. Kuitenkin koska terapeutti ei ole nimikesuojattu termi, erityispätevyyden rekisteröiminen antaa mahdollisuuden erotella yliopistojen tarjoaman ensimmäisen portaan terapiakoulutuksen käyneet muista itseään terapeuteiksi kutsuvista henkilöistä, joilla on sertifioidun koulutustausta.

Muuta huomioitavaa esitykseen liittyen?

Huomiot

Psykososiaalisten hoitojen lisäkoulutus on lähtökohtaisesti myönteistä. On keskeistä, että hoito on suunnitelmallista, sen toteutumista ja vaikuttavuutta seurataan ja että käytettävissä on monipuolinen hoitovalikoima. Yksi hoitomuoto ei sovellu kaikille potilaille, eikä hoidon pidä yksipuolistua. Tämän vuoksi on tärkeää turvata korkeakoulu-yhteisön koulutuksellinen autonomia ja varmistaa koulutuksen riittävä laaja-alaisuus. Suomessa tarvitaan samanaikaisesti sekä perustason menetelmäosaajia että pidemmälle koulutettuja psykoterapian asiantuntijoita. Terapeuttien ja psykoterapeuttien koulutukseen liittyviä asioita ja tutkimustoimintaa tulee mielestämme koordinoita kaikkien yliopistoyhteisöjen muodostaman verkoston avulla.

Yhteenvetona toteamme, että Pirkanmaan hyvinvointialueen näkökulmasta on kokonaisuutenaan epäselvää, missä määrin ehdotus hyödyttää varhaista hoitoon pääsyä. Uuden mallin hyödyt jäävät riippuvaiseksi vaikeasti ennakoitavan hyvinvointialue-Yliopisto-Ammattikorkeakoulu-valtio – neuvotteluprosessin lopputuloksesta. Malli sisältää myös merkittäviä riskejä. Tällä hetkellä hyvinvointialue kykenee täydennyskouluttamaan omaa henkilökuntaansa alueen tarpeen mukaisesti.

Tämän vuoksi esitämme, että esitystä ei tällaisenaan viedä eteenpäin, vaan palautetaan uudelleen valmisteltavaksi.

Lähteenmäki Riikka

Pirkanmaan hyvinvointialue - sosiaali- ja terveystoimintajohtaja Taru Kuosmanen

