

Tämä on ChatGPT-tekoälysovelluksen avulla kooste erikoissairaanhoidon keskittämisasiäsetuksen 4 §:n muutosehdotuksesta (psykoterapeuttisiin ja psykososiaalisiin menetelmiin liittyvä työnjako) 25.6.2025 noin klo 22 mennessä tehdyistä lausunnoista.

Analyyysi lausunnoista psykoterapiaan ja psykoterapeuttikoulutuksiin liittyen

Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriön valmisteleman erikoissairaanhoidon keskittämisasiäsetuksen muutosluonnoksen yhtenä osana esitettiin uusia järjestelyjä psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointiin, käyttöön ja osaamisen ylläpitoon. Lausuntopalvelussa annetuissa lausunnoissa useat tahot ottivat kantaa näihin ehdotuksiin, erityisesti psykoterapian asemaan sekä psykoterapeuttikoulutusten järjestämiseen liittyviin kysymyksiin. Yhteensä lausunnonantajia oli 80, mukaan lukien ammattijärjestöjä, yhdistyksiä, yliopistoja, viranomaisia ja muita organisaatioita.

Tässä raportissa analysoidaan lausunnoista ne kannanotot, jotka koskevat psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien käyttöä, menetelmien arviointia, psykoterapeuttien koulutusta sekä näiden hoitomuotojen asemaa hoitojärjestelmässä. Raportti kokoaa lausuntojen keskeiset yhteiset näkemykset, tunnistaa eroavat kannat tai painotukset eri lausunnonantajien välillä ja tiivistää yhteisen viestin siitä, miten psykoterapiaa ja psykoterapeuttikoulutuksia tulisi järjestää. Tarvittaessa on käytetty alalukuja ja korostettu keskeisiä havaintoja.

Yhteisiä näkemyksiä lausunnoissa

Lausunnoista nousee esiin useita yhdensuuntaisia huolenaiheita ja periaatteita psykoterapian ja psykososiaalisten hoitojen järjestämisestä:

Hoitomenetelmien monimuotoisuuden turvaaminen: Lähes kaikki asiantuntijatahot korostavat, että mielenterveyspalveluissa on varmistettava eri terapiamenetelmien kirjo asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin. Moni lausunto varoittaa keskittämisasiäsetuksen johtavan yhden menetelmän (erityisesti kognitiivisen lyhytterapian) ylikorostumiseen hoitokäytännöissä. Yhteinen näkemys on, ettei mielenterveyden hoitoa pidä kaventaa yhteen teoriaan tai hoitomalliin, vaan palvelujärjestelmän tulee tarjota monipuolisesti vaihtoehtoja potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden. Useat lausunnonantajat ehdottavatkin asetustekstiin lisättäväksi velvoitteen palveluiden ja menetelmien monimuotoisuuden turvaamisesta.

Tarve valtakunnalliselle koordinaatiolle – mutta laajapohjaisesti: Yleisesti lausunnoissa suhtaudutaan myönteisesti valtakunnalliseen yhteistyöhön ja koordinaatioon mielenterveyspalveluissa, jotta hoidon laatu, vaikuttavuus ja yhdenvertaisuus eri alueilla paranevat. Kansallisen tason tuki nähdään tärkeänä esimerkiksi yhtenäisten laatukriteerien, menetelmien arvioinnin ja seurannan kannalta. Kuitenkin lähes kaikki

asiantuntijat painottavat, että tällainen koordinaatio on toteutettava moniäänisesti ja moniammatillisesti – ei kapean toimijajoukon voimin. Lausunnoissa vaaditaan, että psykososiaalisten hoitomenetelmien valtakunnallisessa ohjauksessa ovat lakisääteisesti mukana kaikki keskeiset tahot: mm. yliopistot (erityisesti ne, jotka vastaavat psykoterapeuttikoulutuksesta), Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Palveluvalikoimaneuvosto sekä alan ammattijärjestöt ja koulutusorganisaatiot. Liiallista keskittämistä ja päätösvallan antamista yksinomaan HUSille tai muille yliopistosairaaloille vastustetaan laajasti, koska se lausuntojen mukaan kaventaisi asiantuntijapohjaa ja saattaisi ohjata palveluja yksipuolisesti. Yhteinen kanta on, että päätöksiä psykoterapiamenetelmistä ei pidä monopolisoida suppealle lääketieteen edustajien ryhmälle, vaan mukaan on saatava laaja asiantuntijajoukko eri aloilta.

Terminologian täsmentäminen ("psykososiaaliset menetelmät"): Useat lausunnonantajat kiinnittävät huomiota siihen, että asetusluonnoksessa käytetty termi "psykoterapeuttiset menetelmät" on epäselvä eikä vakiintunut. Koska psykoterapia on itsessään yksi psykososiaalinen hoitomuoto, pidettiin parempana käyttää kattokäsitteenä termiä "psykososiaaliset menetelmät", joka sisällyttää sekä psykoterapiat että muut psykososiaaliset interventiot. Lausuntojen mukaan tämä tarkennus poistaisi väärintulkinnan mahdollisuuksia ja heijastaisi paremmin alan monimuotoisuutta.

Näyttöön perustuvien menetelmien korostus: Lausunnonantajat ovat yhtä mieltä siitä, että psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitojen tulee nojata tutkittuun vaikuttavuusnäyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin. Esimerkiksi Suomen Psykologiliitto esittää, että asetukseen kirjataan nimenomaisesti vaatimus käytettävien menetelmien perustumisesta terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla näyttöön ja näyttöön perustuviin hoitosuosituksiin. Myös monet muut tuovat esiin, että tutkimusnäyttö lyhytinterventioiden tehosta on rajallista ja kohdistuu kapeisiin potilasryhmiin, joten hoitoja suunniteltaessa on oltava realistinen ja tieteeseen pohjaava ote. Yhteinen näkemys on, että menetelmien arviointi on tehtävä tieteellisesti perusteltuja kriteerejä noudattaen ja riippumattomien asiantuntijaelinten kautta, jotta varmistetaan hoitojen vaikuttavuus ja potilasturvallisuus.

Pitkäkestoisen hoidon tarpeen huomiointi: Useissa lausunnoissa painotetaan, että vaikka matalan kynnyksen lyhytterapeuttiset interventiot ovat tärkeitä, ne eivät saa syrjäyttää pidempikestoisten ja vaativampien hoitojen saatavuutta niitä tarvitseville potilaille. Esimerkiksi Tampereen psykoterapiayhdistys huomauttaa, ettei lasten ja nuorten terapian takuujärjestelmä (28 päivän hoitotakuu lyhythoidolle) saa estää harkitsemasta ja toteuttamasta pitkäkestoisempia terapioiden silloin, kun ne ovat tarpeen. Moni lausunto nostaa esiin, että kuntoutuspsykoterapia ja muut pitkäjänteiset psykososiaaliset kuntoutusmuodot ovat välttämättömiä erityisesti vakavammista häiriöistä kärsivien kohdalla, ja ne myös ehkäisevät esimerkiksi nuorten syrjäytymistä ja työkyvyttömyyttä tehokkaasti. Yhteinen huoli on, että liiallinen keskittyminen vain lyhyisiin hoitojaksoihin tai omahoito-ohjelmiin voi jättää osa potilaista vaille heidän tarvitsemaansa intensiivisempää hoitoa. Siksi lausunnoissa vaaditaan kokonaisvaltaista hoitojärjestelmää, joka kattaa sekä ennaltaehkäisevät matalan kynnyksen palvelut että erikoistuneemmat pitkäkestoiset terapian ja kuntoutuksen muodot.

Laaja-alainen valmistelu ja demokraattinen ohjaus: Moni toimija katsoo, että nyt esitetty muutos on valmisteltu liian kapea-alaisesti ja ilman riittävää eri tahojen kuulemistä. Huomiona mainitaan esimerkiksi, että lausuntopyyntönsä otsikossa ei alun perin edes mainittu psykoterapeuttisia tai psykososiaalisia

menetelmiä, mikä saattoi johtaa joidenkin asiantuntijatahojen jäämiseen lausuntomenettelyn ulkopuolelle. Psykoterapeuttialan järjestöt (kuten PSY ry) tuovat esiin huolen, että valmistelussa on ollut intressiristiriitoja: Terapiat etulinjaan -mallin kehittäjä on ollut keskeisessä roolissa selvityksessä, jolla muutosta perustellaan, ja tämä malli pyritään vakiinnuttamaan asetuksella ilman laajaa riippumatonta arviointia. Yhteinen vaatimus onkin, että näin merkittävät uudistukset tulee tehdä avoimesti, läpinäkyvästi ja parlamentaarista päätöksentekoa kunnioittaen. Useat lausunnot suosittelevat, että nyt ehdotettu asetusmuutos palautetaan uuteen valmisteluun, jossa kuullaan laajasti alan asiantuntijoita (mukaan lukien psykologian laitokset, kaikki keskeiset terapiayhdistykset ja hyvinvointialueet) ennen päätöksiä.

Yhteenvetona lausunnoista voidaan todeta vahva yhteisymmärrys siitä, että psykoterapian ja psykososiaalisten hoitojen kenttä on monialainen ja -muotoinen. Sen kehittäminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja erilaisia näkökulmia yhdistelevää ohjausta, jotta hoitopalvelut ovat jatkossakin vaikuttavia, asiakaslähtöisiä sekä yhdenvertaisesti saatavilla koko maassa.

Eroja ja ristiriitoja lausunnoissa

Vaikka yllä kuvatut periaatteet yhdistivät monia lausunnonantajia, kannoissa ilmeni myös joitakin selkeitä ristiriitoja ja painotuseroja. Seuraavassa eritellään keskeisimpiä eroavaisuuksia:

Keskittämisen kannatus vs. vastustus: Suurin jakolinja kulkee sen suhteen, tulisiko psykososiaalisten menetelmien arviointi- ja kehittämisvastuu keskittää HUSille/yliopistosairaaloille vai ei. Valtaosa lausunnonantajista – erityisesti psykologien, psykoterapeuttien ja terapiayhdistysten edustajat – vastustaa esitettyä keskittämismallia. Heidän mukaansa pykälän 4 § 6 luonnos on liian tulkinvarainen ja antaa HUS-yhtymälle kohtuuttoman korostuneen roolin, mikä syrjäyttäisi yliopistojen, THL:n ja muiden tahojen osuuden tavalla, joka ei ole linjassa nykyisen lainsäädännön kanssa. Esimerkiksi Psykoterapeuttiyhdistys PSY ry arvioi, että päätösvallan keskittäminen suppealle verkostolle voisi johtaa ”järjestelmävallan” kasvuun ja jopa siihen, että kyseiset osaamiskeskukset päättäisivät menetelmien käytöstä, koulutuksesta ja rahoituksesta ilman riittävää demokraattista valvontaa. Myös Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry – nimestään huolimatta – yhtyy tähän kritiikkiin ja katsoo, että nyky muodossaan asetusluonnos ohittaa yliopistojen ja THL:n roolin sekä voi johtaa hoitomenetelmien yksipuolistumiseen ja alueellisen itsehallinnon kaventumiseen.

Toisaalta muutamat lausunnonantajat puoltavat keskittämistä tai ainakin pitävät valtakunnallisen koordinaation vahvistamista tarpeellisenä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) lausui lyhyesti, että esitetty muutos on ”selkeä ja resurssien viisaaseen käyttöön ohjaava”. Myös Elinkeinoelämän keskusliitto (EK) kannattaa keskitettyä mallia: EK ehdottaa jopa kirjausta, jonka mukaan HUSille annettaisiin nimenomaisesti vastuu psykososiaalisten menetelmien arvioinnin, osaamisen ylläpidon sekä digitaalisten mielenterveyspalveluiden kansallisesta koordinoinnista. EK:n mielestä tehtävien keskittäminen yhdelle vastuutoimijalle on perusteltua ja selkeyttäisi vastuita, mikä olisi välttämätöntä palvelujen jatkuvuuden turvaamiseksi koko maassa. Myös jotkut viranomaislausunnot, kuten Pohjois-Suomen aluehallintovirasto, näkevät valtakunnallisen yhteistyön ja yhtenäisten käytäntöjen hyödyllisiksi alueellisten laatuerojen ja eriarvoisuuden ehkäisemiseksi. Yhteenvetona: suurin osa asiantuntija- ja ammattilaistahoista haluaa

hajautetumpaa, yhteistyöhön perustuvaa mallia, kun taas muutamat tahot (erityisesti hallinnon ja rahoittajatahojen puolelta) suhtautuvat suopeammin selkeään keskitettyyn koordinaatioon.

Lausuntojen painotusalueiden erot: Lausunnonantajien tausta vaikutti siihen, mihin seikkoihin he erityisesti kiinnittivät huomiota. Psykoterapeuttien ja psykologien järjestöt (kuten PSY ry, Suomen Psykologiliitto, Tampereen psykoterapiayhdistys, Ratkes ry) nostivat esiin potilaslähtöisyyden, hoidon moniarvoisuuden ja asiantuntijakentän laaja-alaisuuden. He varoittivat mm. lääketieteellisen viitekehyksen mahdollisesta ylikorostumisesta: psykoterapia ja muut psykososiaaliset hoidot eivät heidän mukaansa ole perinteisiä lääketieteen erikoisaloja, eikä niiden kehittäminen saa tapahtua vain medisiinisestä lähtökohdasta. Esimerkiksi PSY ry korosti psykoterapian inhimillistä ja moniulotteista luonnetta, jota ei voi täysin mitata biomedikaalisin kriteerein. Lääkärikuntaa edustavat tahot puolestaan painottivat sääntelyn selkeyttä ja rakenteiden toimivuutta: Suomen Lääkäriliitto huomautti, että asetuksen pykälärakenteessa 4 §:n sijaan valtakunnallisesta yhteistyöstä tulisi säätää 3 §:ssä, ja että koordinaatiovastuu olisi luontevaa antaa jollekin yliopistosairaallalle samalla tavoin kuin muissakin valtakunnallisissa tehtävissä. Lääkäriliiton huomiot olivat enemmän teknis-säädöksellisiä, eivät niinkään sisällöllisiä menetelmäkysymyksiä, mikä kuvastaa eroa painotuksissa: terapiatahot puhuivat hoidon sisällöistä ja periaatteista, kun taas lääketieteen edustajat keskittyivät hallinnollisiin rakenteisiin.

Koulutusvastuiden määrittely: Psykoterapeuttikoulutuksen järjestämisestä oltiin lausunnoissa pitkälti yhtä mieltä siinä, että yliopistojen rooli on keskeinen, mutta eroja tuli esiin siinä, kuinka tätä roolia haluttiin korostaa. Useat lausunnonantajat (esim. Psykologiliitto, Tampereen yliopiston lääketieteen tiedekunta, PSY ry) huomauttivat, että psykoterapeuttien koulutus on moniammatillinen ja monitieteinen kokonaisuus, josta yliopistot vastaavat lakisääteisesti. Niinpä koulutuksen ja menetelmien kehittämisen siirtäminen liiaksi hyvinvointialueiden tai sairaaloiden ohjattavaksi nähtiin ongelmallisena. Tampereen psykoterapiayhdistys esitti suoraan, että psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja osaamisen ylläpito tulisi kuulua psykoterapeuttikoulutuksesta vastaaville yliopistoille yhteistyössä yliopistosairaaloiden kanssa, koska hyvinvointialueilla itsellään ei ole tähän tarvittavia tutkimus- ja koulutusresursseja. Myös Kognitiivisen psykoterapian yhdistys korosti, että menetelmien arviointi, psykoterapeuttien koulutus ja osaamisen kehittäminen ovat luonteeltaan koulutuksellisia ja tieteellisiä tehtäviä, joista yliopistoilla on lakisääteinen vastuu – tätä asemaa asetus ei saa heikentää. Vastapainona tälle, joissakin lausunnoissa (esim. EK, eräät hyvinvointialueet) ei lainkaan tuotu esiin yliopistojen roolia, vaan puhuttiin yleisesti ”kansallisen tason” toimijoista. Ero näkyy myös suhtautumisessa hallitusohjelman kirjaukseen kaksiosaisesta psykoterapeuttikoulutuksesta: Mielenterveyspooli muistutti, että työnjaosta päätettäessä on huomioitava tämä tuleva koulutusuudistus ja määriteltävä koulutusvastuuyliopistojen rooli sen mukaisesti. Kaikki lausujat eivät tätä maininneet – osa keskittyi välittömään asetustekstiin, kun taas toiset katsoivat pidemmälle tuleviin koulutusjärjestelmän muutoksiin.

Erityiskysymykset (kieli ja alueellisuus): Muutama lausunnonantaja toi esiin näkökulmia, jotka eivät laajasti toistuneet muilla. Ruotsinkielisiä palveluja edustava Psykosociala förbundet r.f. painotti, että lasten ja nuorten terapiatakuun ja yleisemmin psykososiaalisten hoitojen koordinoinnissa on huomioitava kaksikielisyys: on varmistettava, että ruotsinkielisillä alueilla ja potilailla on yhtäläinen pääsy palveluihin, ja että yhteistyöalueet ja yliopistosairaalat pystyvät toimimaan sujuvasti myös ruotsin kielellä. Lisäksi muutamat lausunnot (erityisesti hyvinvointialueilta) poikkesivat painotuksiltaan: esimerkiksi Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue totesi lakonisesti pitävänsä asetusta selkeänä ja toimeenpantavana kokonaisuutena (mahdollisesti viitaten leikkaustoiminnan osioon), ottamatta tarkasti kantaa

psykoterapiakysymykseen. HUS-yhtymä itse lausui kannattavansa asetuksen tavoitteita, mutta katsoi muutosluonnoksen olevan sellaisenaan riittämätön edistämään niitä – HUS ilmeisesti olisi kaivannut vielä selkeämpiä tai voimakkaampia toimia tavoitteiden saavuttamiseksi. Nämä erityiskohdat heijastavat lausunnonantajien erilaisia rooleja: potilasjärjestöt ja kielivähemmistöjen edustajat tarkastelevat saavutettavuutta, kun taas palvelunjärjestäjät pohtivat, toteutuuko uudistuksella käytännössä sen tavoite.

Yhteenvedona eroista voidaan todeta, että ammattilaisten ja asiantuntijoiden enemmistö suhtautui kriittisesti keskitettyyn, kapea-alaiseen ohjausmalliin, kun taas muutamat hallinnon ja rahoittajatahot näkivät keskittämässä etuja yhdenmukaisuuden ja vastuunjaon selkeyden kannalta. Kaikki kuitenkin jakoivat tavoitteen parantaa mielenterveyspalvelujen laatua ja yhdenvertaisuutta – erimielisyys koski keinoja, joilla tähän päästään.

Yhteinen viesti psykoterapian ja koulutusten järjestämisestä

Lausunnot muodostavat kokonaisuutena vahvan viestin siitä, miten psykoterapiaa ja psykoterapeuttien koulutusta tulisi kehittää ja järjestää Suomessa. Keskeiset elementit tässä yhteisessä viestissä ovat:

Monimuotoinen ja asiakaslähtöinen hoitojärjestelmä: Mielenterveyspalveluiden järjestämisen on tuettava eri viitekehysten ja lähestymistapojen rinnakkaiselo. Yhden tietyn terapiamuodon tai -teorian ensisijaiseksi nostamista koko järjestelmässä pidetään haitallisena. Sen sijaan kansalaisille on taattava mahdollisuus saada tarpeenmukaista hoitoa joustavasti: lyhytinterventioita silloin kun ne riittävät, mutta myös pitkäkestoisempaa psykoterapiaa tai psykososiaalista kuntoutusta silloin kun ongelmat sitä edellyttävät. Hoitojen valikoiman tulee kattaa erilaiset menetelmät (myös esimerkiksi luovat terapiat kuten musiikki- ja kuvataideterapiat mainittiin osana valikoimaa) ja huomioida potilaiden yksilölliset toiveet, kulttuuritausta, ikäryhmän erityistarpeet sekä mahdollinen moniongelmaisuus. Yhteinen viesti on, että potilaslähtöisyys on asetettava keskiöön: hoitoa on saatava oikea-aikaisesti ja helposti, mutta laadusta tai sopivuudesta tinkimättä. Moni lausunto ehdottaakin potilaan valinnanvapauden ja vaihtoehtojen turvaamisen kirjaamista selvemmin osaksi asetusta.

Laaja-alainen yhteistyö ja riippumaton ohjaus: Psykoterapian ja psykososiaalisten menetelmien kehittämisessä on hyödynnettävä koko alan asiantuntemusta. Yhteinen näkemys on, että tulee perustaa rakenteita tai hyödyntää olemassa olevia elimiä (kuten THL, Palveluvalikoimaneuvosto, yliopistojen tutkimusryhmät, koulutusorganisaatiot) menetelmien arvioimiseksi, koulutussisältöjen kehittämiseksi ja parhaiden käytäntöjen levittämiseksi kansallisesti. Kansallinen koordinaatio on tarpeen esimerkiksi terapioiden vaikuttavuuden seurantaan ja yhtenäisten suositusten antamiseen, mutta sen toteutustavassa on huomioitava demokraattinen legitimitetti ja avoimuus. Lausuntojen perusteella halutaan välttää tilanne, jossa sisältöohjaus (mitä hoitoja julkisesti tuetaan ja koulutetaan) lipsahtaa hallinnollisella päätöksellä muutamien toimijoiden käsiin ilman laajaa poliittista ja tieteellistä keskustelua. Sen sijaan ehdotetaan esimerkiksi riippumattoman kansallisen asiantuntijaelimen perustamista tai THL:n roolin vahvistamista koordinoinnissa. Yhteinen viesti on, että ohjauksen tulee tapahtua moniammatillisessa yhteistyössä ja perustamalla tutkittuun tietoon, ei organisaatiopoliittisiin intresseihin. Hyväksyttävänä pidetään esimerkiksi yliopistollisten hyvinvointialueiden yhteistä verkostoa, jos siinä samalla varmistetaan kaikkien keskeisten

tahojen osallistuminen ja sovitaan työnjaosta selkeästi niin, että hyvinvointialueille jää liikkumavaraa toteuttaa palveluja tarkoituksenmukaisesti omalle väestölleen.

Psykoterapeuttikoulutuksen aseman vahvistaminen ja valvonta: Lausuntojen perusteella psykoterapeuttien koulutus tulee säilyttää yliopistojen koordinoimana, tieteelliseen tutkimukseen nivoutuvana koulutusohjelmassa. Yhteinen viesti on, että psykoterapeuttikoulutusten laatu ja monimuotoisuus on turvattava: koulutusten suunnittelussa tulee olla mukana eri terapiasuuntauksia edustavaa asiantuntemusta ja koulutusohjelmien akkreditoinnin/valvonnan kriteerit on yhdenmukaistettava. Hallitusohjelmassa linjatun kaksiporrasteisen koulutusmallin (perustason koulutus + syvempi erikoistumiskoulutus) nähdään toteutuvan vain, mikäli koulutusvastuuyliopistojen rooli määritellään selkeästi ja niitä resursoidaan tehtävään. Lausuntojen yhteinen huoli on, että mikäli hyvinvointialue tai HUS määrää, mitä menetelmiä koulutetaan, vaarantuu koulutusjärjestelmän periaate, jossa yliopistot itsenäisesti päättävät opetussisällöistä tieteiden ja ammattitaidon kehityksen pohjalta. Siksi esitetään, että asetustekstiin tehdään tarkennus: psykososiaalisten menetelmien koulutuksesta vastaavat yliopistot (perus- ja erikoistumiskoulutusten osalta) ja yliopistojen ensisijainen asema psykoterapiakoulutuksen järjestäjänä tunnustetaan myös asetuksessa. Yliopistosairaaloiden ja HUSin roolin toivotaan rajoittuvan koulutusten tukemiseen (esim. harjoittelupaikkojen tarjoaminen, yhteistyö tieteellisessä tutkimuksessa) sen sijaan, että ne ohjaisivat koulutusten sisältöä yksipuolisesti.

Yhdenvertaisuus ja saavutettavuus: Lausuntojen yhteinen tavoite on, että mielenterveyspalvelujen saatavuus paranee koko maassa. Lasten ja nuorten terapiatakuu nähtiin tässä tärkeänä askeleena, ja monet pitävät luontevana laajentaa terapiatakuu koskemaan myös aikuisväestöä tulevaisuudessa. Yhdenvertaisuuden edistämisessä korostuu ajatus, että riippumatta asuinpaikasta tai kieliryhmästä potilaille on tarjolla vaikuttavia hoitoja. Kansallisen tason ohjaukselta odotetaan tukea juuri tähän: tasalaatuisuuden varmistamiseen. Valtakunnallinen tuki ei kuitenkaan saa tarkoittaa paikallisten tarpeiden sivuuttamista. Lausunnonantajien yhteinen viesti on, että alueelliset erityispiirteet – esim. väestön ikärakenne, palvelutarpeen profiili tai kielivaatimukset – on huomioitava työnjaon suunnittelussa. Toimiva malli voisi esimerkiksi olla, että kansallinen elin (THL tms.) antaa suosituksia ja työkaluja menetelmien käyttöön, mutta hyvinvointialueet soveltavat niitä joustavasti oman alueensa olosuhteisiin. Olennaista on myös seurata yhdenvertaisuuden toteutumista: kerätä tietoa esimerkiksi siitä, missä määrin eri hoitomuotoja on saatavilla eri alueilla ja erilaisille asiakasryhmille, ja puuttua havaittuihin puutteisiin.

Jatkovalmistelu ja vaikutusten arviointi: Lopuksi lähes kaikki lausijat implisiittisesti tai eksplisiittisesti viestivät, että näin isossa uudistuksessa on edettävä huolellisesti. Yhteinen vaatimus on, että ennen kuin psykoterapiaa koskevat järjestämisvastuut muutetaan, tehdään kunnollinen vaikutusarviointi ja otetaan oppia piloteista ja kansainvälisistä kokemuksista (kuten Ison-Britannian IAPT-malli). Muutoksen tulisi tapahtua vaiheittain ja tutkimustietoon perustuen, jotta varmistetaan uudistusten todella parantavan hoitoa eivätkä ne johda tahattomiin kielteisiin seurauksiin (kuten hoitojen yksipuolistumiseen tai hoitoketjujen katkeamiseen). Moni lausunto katsoo, että nykyinen esitys on vajavainen juuri siksi, ettei siinä ole riittävästi ennakoitu tällaisia riskejä. Yhteinen viesti on, että avoin jatkovalmistelu moniäänisessä asiantuntijaryhmässä on paras keino varmistaa, että psykoterapian ja psykososiaalisten hoitojen järjestäminen uudistuu kestävästi ja kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla.

Päätelmät

Analysoitujen lausuntojen perusteella psykoterapiaa ja psykososiaalisia hoitomenetelmiä koskevassa sääntely- ja kehittämistyössä on syytä edetä harkiten ja vuorovaikutuksessa alan toimijoiden kanssa. Lausunnonantajilla on yhteinen tavoite: parantaa mielenterveyshoitojen saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta koko maassa. Keinoksi toivotaan vahvempaa valtakunnallista tukea ja yhteistyötä, mutta ei yhden totuuden tai yhden toimijan ehdoin. Pikemminkin viesti on, että mielenterveyspalvelujen tulee perustua moniarvoisuuteen, moniammatillisuuteen ja näyttöperustaisuuteen. Psykoterapeuttien koulutus ja menetelmien kehittäminen halutaan pitää kiinteässä yhteydessä tieteelliseen tutkimukseen ja yliopistojen koulutusvastuuseen. Samalla julkisen palvelujärjestelmän velvollisuutena on varmistaa, että eri puolilla Suomea ihmisillä on yhdenvertaiset mahdollisuudet saada heille soveltuvaa, tehokasta hoitoa – oli se sitten lyhytpsykoterapiaa, digitaalista itseapua, pitkäkestoista psykoterapiaa tai muu psykososiaalinen tukimuoto.

Eri lausunnoista muodostuva yhteinen viesti voidaan tiivistää seuraavasti: psykoterapia- ja mielenterveyspalveluiden järjestämistä on uudistettava yhteistyössä, ei keskittämällä. Tarvitaan rakenteita, jotka kokoavat yhteen lääketieteellisen, psykologisen ja sosiaalitieteellisen asiantuntemuksen, potilaskokemukset sekä alueelliset näkökulmat. Vain näin voidaan luoda hoitojärjestelmä, joka on sekä yhtenäinen laadultaan että monimuotoinen sisällöltään – ja joka lopulta palvelee parhaiten kansalaisten mielenterveyttä. Tämä edellyttää mahdollisesti lausuntopalautteen mukaista jatkovalmistelua: asetuksen termejä, vastuunjakoa ja yhteistyömuotoja on hiottava niin, että ne saavat laajan hyväksynnän ja vastaavat käytännön tarpeisiin. Lausunnonantajien näkemykset tarjoavat tähän selkeät suuntaviivat.

Kaikkien lausuntojen läpi kuuluva viesti on, että ihmisten mielenterveys on liian tärkeä asia yhden menetelmän tai yksittäisen organisaation monopolisoitavaksi. Sen sijaan tarvitaan laajapohjainen, dialoginen ja oppiva järjestelmä, jossa psykoterapian monet äänet ja kasvot voivat vaikuttaa – tutkittuun tietoon perustuen ja yhteistä tavoitetta kohti: entistä terveempi ja paremmin voiva väestö.