

Asia: VN/29418/2023

## Hallituksen esitysluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksiksi lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamiseksi

### Lausunnonantajan lausunto

#### 1. Edustaako vastaaja

Yliopistoa, ammattikorkeakoulua tai muuta oppilaitosta

#### 2. Toteuttaako ehdotettu säädöskokonaisuus tavoitetta lasten ja nuorten mielenterveyden varhaisen vaiheen tuen ja hoidon saatavuuden parantamisesta perustason palveluissa?

Ei, vaan tarvittaisiin ehdotetun sijaan ja/tai lisäksi seuraavia toimia [o Jotta kokonaisuus ei johtaisi puhelinkontakteilla kuittaantuvaan lain mukaiseen toimintaan, tulisi määritellä, etenkin 12-vuotiaiden ja sitä nuorempien lasten kohdalla perhekeskeiset toteuttamisen tavat, jotta hyvää tarkoitettava laki ei ylivastuullistaisi lapsia omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään kehitysvaihettaan vastaamattomalla tavalla. Tämä ei myöskään sulje nuoruusikäisten kohdalla pois tarvetta perheen huomioimiseen ja vastaanottoon erityisesti arvioinneissa. Tavoitteena tulisi olla, että kukin avuntarpeessa oleva olisi osallinen omassa asiassaan, mutta ei vääristyneesti vastuullistettu. o

Pyrkimys varhaisen vaiheen tuen ja hoidon saatavuuden parantamiseksi on ensiarvoisen tärkeä. Tarvitaan siis sekä matalan kynnyksen yhteydenottoa palvelua, että myös riittävän nopeasti koottavaa moniammatillista tilannekartoitusta terapeuttisen tuen tarpeen selvittämiseksi. o

Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi. o Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti. o Terapiatakuussa on paljon kannatettavaa, sillä lasten ja nuorten mielenterveystyötä ja -palveluita tulee tukea ja resursoida. Tällä hetkellä ne ovat aliresursoituja, joka on johtanut asiakkuuksien pallotteluun palvelusta toiseen. On myös selvää, että mielenterveyspalvelujen kysyntä ja tarve ovat lisääntyneet useiden vuosien ajan ja niiden järjestämisen kokonaisuudessa on havaittavissa merkittäviä ongelmia. Yksi tällainen selkeä ongelma, joka voisi osittain ratkaista tilannetta mielenterveystyön kannalta myönteisesti, on koulupsykologien saatavuuteen panostaminen. Tällä hetkellä koulupsykologeja ei ole riittävästi, jolloin heidän

tehtävänsä valuvat muille ammattilaisille ja jäävät hoitamatta. o SOTE -uudistuksen yksi, jonnekin kadonnut tavoite, oli mahdollistaa SO ja TE osapuolten välinen luonteva yhteistyö lainsäädäntöön kirjoitetuilla ratkaisuilla. Ellei sitä mahdollisteta, niin näillä ongelmilla on hyvä ennuste ja lisääntymismahdollisuus.]

### **3. Onko sääntely takuun piiriin kuuluvista psykososiaalisista interventioista terveydenhuoltolain 53 §:n ja opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:n säännöksissä soveltamisen kannalta toimiva?**

Ei, vaan säännöksiä olisi muokattava seuraavalla tavalla [o Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi. o Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti. o Interventioina käytettävien terapioiden ja psykososiaalisten tukitoimien määrittely ei pitäisi olla mekaanista (kaikille samanlaista), vaan tarpeen ja terapia- ja tukimuodon soveltuvuuden arviointiin perustuvaa. Ei esimerkiksi ole mitään mieltä lähettää puhumatonta tai niukkasanaista lasta tai nuorta verbaaliseen vuorovaikutukseen perustuvaan terapiaan, vaan tuollaisessa tapauksessa esimerkiksi musiikki- tai kuvataideterapian lähestymistavat voivat toimia paremmin. Useimpia terapiainterventiota voidaan toteuttaa myös lyhytterapeuttisena työskentelynä, joten käytettävien interventioiden määrittelyä voisi tarkistaa sisältämään myös ei-sanallista työskentelyä hyödyntävät terapiamuodot. Interventioiden monimuotoisuus ja riittävän saatavuuden varmistamisen kuuluu olla tähän säädöskokoelmaan sisäkirjoitettu. o Tiukka aikamääre, 28 vuorokautta, edellyttää sitä, että työhön soveltuvia ammattilaisia on riittävästi. Näin ei tällä hetkellä ole. Sosiaalityön näkökulmasta tämä saattaa tarkoittaa sitä, että sosiaalialan koulutuksen saaneita henkilöitä pikakoulutetaan työtehtäviin, jotka eivät ole heidän ammatillista ydinosaamistaan. Samalla on nähtävissä sosiaalisten ongelmien medikalisoitumisen riski, jolloin sosiaalityölle ominainen yhteisöllinen tuki ja yhteisöllisten työmenetelmien hyödyntäminen voi vähentyä merkittävästi. o Esityksessä ei myöskään riittävästi ja selkeästi tarkastella sellaisia rakenteellisen sosiaalityön näkökulmia, joissa tarkastelu kohdistuisi mielenterveyden haasteiden taustalla oleviin rakenteellisiin tekijöihin, kuten lapsiperheköyhyyteen ja sosiaaliturvan kysymyksiin, vanhempien työttömyyteen, aikuisten päihde- ja mielenterveyspalveluiden toimivuuden haasteisiin, peruskoulujen ja toisen asteen oppilaitosten henkilöstön resurssointiin tai koronavelkaan liittyviin haasteisiin. ]

### **4. Onko takuun piiriin kuuluvan psykososiaalisen hoidon aloittamisen enimmäisajan määrittely terveydenhuoltolain 53 §:ssä ja opiskeluterveydenhuoltolain 10 a §:ssä soveltamisen kannalta toimiva?**

Ei, vaan säännöstä olisi muokattava seuraavalla tavalla [o Osa hoidon pariin tulevista edellyttää esim. psykologista yksilöarviointia - sellaista ei määritä mikään osa, vaan korostaa lääkärin roolia, työmääriä nostavalla tavalla. Etenkin lapset oireilevat eksternalisoivilla käyttäytymisessä näkyvillä oireilla, eikä niistä voi suoraan johtaa sitä, mistä on kyse. Moniammatillinen työ, lapsen ja nuoren lähiverkoston huomioivalla tavalla tulisi kirjata alkuselvittelyjen yhdeksi olennaiseksi osaksi. o Tilanteen arviointi on jo tavallaan psykososiaalisen hoidon sisällä tapahtuvaa lainsäädännön mukaista toimintaa. Moniammatillinen arviointi on tarpeellista, koska perusterveydenhuollon lääkärikontaktilla ei välttämättä päästä vielä riittävän pitkälle. Moniammatillisen työskentelyn roolia täytyy korostaa ja että luodaan tarpeelliset konsultaation ja hoidon alulle saattamisen selkeät prosessit, joissa noudatetaan määriteltyjä aikarajoja. o Yksittäiset manualisoidut menetelmät

eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi. o Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti.]

## **5. Onko takuun piiriin kuuluvan mielenterveystyön palveluna annettavan psykososiaalisen tuen ja psykososiaalisten työmenetelmien määrittely sosiaalihoitolain 25 a §:ssä soveltamisen kannalta toimiva?**

Ei, vaan sitä olisi muokattava seuraavalla tavalla [o Nimettyihin manualisoituihin interventioihin siirtyminen mekanisoi työtä, vaikka samalla tuo selkeää rakennetta. Tämä olisi vältettävissä tarjolla olevien potilaspalautejärjestelmien käytöllä. Ei siis tyytyväisyyskyselyillä, vaan perustelluilla hyvinvointiin liittyvillä arviointimenetelmillä kuten nuoruusikäisten kohdalle sopivalla CORE-OM mittarilla (Clinical Outcomes in Routine Evaluation), josta on olemassa eri laajuisia, tilastollisesti luotettaviksi todettuja, versioita. o Psykososiaalinen tuki ja terapiat toimivat sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon rajapinnassa. Tarvittavien palvelun järjestämiseen on oltava sekä sosiaalipalvelujen että terveydenhuollon järjestelmien puolella yhtäläiset kriteerit ja menettelyt. On kiinnitettävä huomiota siihen, että oireet ovat vain yksi ulottuvuus ihmisen hyvinvoinnissa tai pahoinvoinnin tunnistamisessa. Samalla tavalla tärkeitä tunnistettavia asioita ovat myös toimintakyky ja koettu elämänlaatu. Kaikkien näiden vajeet ja niihin liittyvät ongelmat voivat ilmetä eri järjestelmien eri palveluissa. o Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi. o

Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti. o Käytännössä hyvinvointialue voisi päättää, kuka sosiaalihoiton ammattilainen antaa takuun piiriin kuuluvia mielenterveystyön kohdennettuja psykososiaalisia interventioita. Tätä henkilöstöä voisivat olla esimerkiksi sosiaalityön, sosiaaliohjauksen, perhetyön, kasvatus- ja perheneuvonnan sekä kuraattoripalveluiden henkilöstö. o

Jos asia jäisi hyvinvointialueiden päätettäväksi, on selvää, että tehtäviä sisällytetään sosiaalityön, sosiaaliohjauksen ja kuraattorityön osaksi. Sosiaalityön koulutus ei anna valmiuksia käyttää psykoterapioista johdettuja määrämuotoisia interventioita. Tällaisen koulutuksen lisääminen sosiaalityön koulutukseen ei myöskään ole mahdollista, sillä rajallinen opintopistemäärä ei sitä mahdollista. Sosiaalityön koulutus on ns. yleiskoulutus, eikä se kohdennu vain lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskentelyyn, vaan siinä tarkastellaan laajemmin kaikenikäisiä ja erilaisissa elämäntilanteissa eläviä ihmisiä ja heidän tarpeitaan. o Määrämuotoisten ja aikarajoitteisten työmenetelmien ei tule korvata yhteisölliseen ja ryhmätyöskentelyyn pohjautuvien työmenetelmien käyttöä. Kyse ei ole vain siitä, että yksilöitä tulee pyrkiä ”korjaamaan” terapeutin keinoin, vaan myös siitä, että yhteisön tulee olla kyvykäs toimimaan ja myös kannattelemaan kaikenlaisia jäseniä. Tämä on tärkeää esimerkiksi kouluympäristössä, jossa yhteisöllisellä koulukuraattorityöllä on pitkät perinteet. ]

## **6. Onko takuun piiriin kuuluvaa mielenterveystyön palvelua koskevan päätöksen toimeenpanon sääntely sosiaalihoitolain 45 §:ssä soveltamisen kannalta toimiva?**

Ei, vaan sitä olisi muokattava seuraavalla tavalla [o Palvelujärjestelmän yksiköiden nimet ovat hyvinvointialueilla toiset kuin aiemmat kunnallisesti järjestettyjen palvelujen yksiköillä. Joko tuohon esitykseen tai johonkin perustelumuihioon voisi lisätä, mitä aiempia palveluja kyseisillä tavoilla nimetyt kattavat. o Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi. o Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti. o Sosiaalityön näkökulmasta esimerkiksi koulukuraattori ei lähtökohtaisesti tee valituskelpoisia viranhaltijapäätöksiä asiakkuuksista, eikä asiakkaille antamistaan palveluista. Näin ollen kuraattorit eivät myöskään olisi niitä, jotka tekevät päätöksiä psykososiaalisen tuen antamisesta terapiatäkuukontekstissa. Mikäli kuraattoreilta edellytetään jatkossa lainsäädäntömuutosehdotuksen mukaista työtä, tulee kaikkien työsuhteet muuttaa virkasuhteiksi ja antaa kuraattoreille aito mahdollisuus toimia ammattieettisesti kestäväällä tavalla. Terapiatäkuun toteutuessa tällaisia "kuraattorimääräyksiä" alkaisi tulla aiempaa enemmän esimerkiksi terveydenhoitajilta tai lääkäreiltä, eikä kuraattoreilla itsellään ole enää mahdollisuuksia suunnitella omaa työtään. Mielestämme hallituksen esitysluonnoksessa kuvattu työmuoto ei sovellu ainakaan kuraattorityöhön. ]

## **7. Onko esitetty 2 a §:n sääntely valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta riittävä terveydenhuollon menetelmien osalta?**

Ei

### **Perustelut ja mahdolliset kehittämiss ehdotukset**

- o Pitäisi olla selkeää kuka valvoo mukaan otettavia menetelmiä ja niiden toteuttajia
- o Arvioinnin ja hoitoon ohjauksen ketjut epäselvät nykymuodossa
- o Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi.
- o Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti.
- o Yhteismenettelyt voivat parhaimmillaan tehostaa järjestelmän toimivuutta, mutta tämä edellyttää yhtenäisen toimintakuvauksen ja menettelyjen luomista. Tarvitaan koordinoiva taho, joka pystyy toimimaan palvelujen rajapinnassa.
- o Riskinä yhteistyösopimukseen liittyvään sääntelyyn on se, että tehty laaja, moniammatillinen yhteistyö sosiaalityössä vähenee. Tällä on tutkitusti merkitystä vaikuttavuuteen. Esimerkiksi kuraattorien ja opettajien kesken yhteistyö on jo nyt vähentynyt aiemmasta hyvinvointialuesiirtymän myötä. Tällöin terveydenhuollon "määräysvalta" suhteessa kuraattoreihin

helposti lisääntyy ja on mahdollista, että sosiaalityö medikalisoituu tämän myötä lisää, mikä ei ole tavoite.

o Näissä on menty tietty psykososiaalisten interventioiden ryhmä edellä. Varsin pitkään on tiedetty, että työskentelysuhde ammatillisen vuorovaikutuksen tilanteissa on se, joka useimmiten ratkaisee jo lähtöruudussa, onko mahdollista auttaa. Tämän vuoksi nimeltä mainitut interventiot voisivat olla esimerkkejä, ei niinkään kategorisesti ilmaistuja "oikeita" ratkaisuja.

o Yhteistyösuhteen toimivuus on ehkä tärkein tekijä ja se on todettu myös kaikkia terapeuttisia tukimuotoja yhdistäväksi tuloksellisuuden osatekijäksi. Tässä voisi uudelleen viitata sopivien interventioiden löytämisen tärkeyteen. Kategoriset määrittelyt eivät toimi reaalielämässä.

## **8. Onko esitetty 2 a §:n sääntely valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta riittävä sosiaalihuollon menetelmien osalta?**

Ei

### **Perustelut ja mahdolliset kehittämissuhteet**

o Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi.

o Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti.

o Kuten edellä jo todettiin, pitäisi näiden sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestelmien toimia yhtäläisesti terapiatakuuseen liittyvien tarpeiden tunnistamisessa, sopivan tuen löytämisessä ja tukitoimien prosessien toteuttamisessa.

o Alueellisen tasa-arvon tavoitteella olisi perusteltua mainita kunnallinen perheneuvonta (millä nimellä se Sote-Suomessa meneekään) yhtenä keskeisenä tahona sekä psykoterapiaa (psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden saaneiden henkilöiden toteuttamana, tai psykoterapeuttikoulutuksessa olevien työntekijöiden toteuttamana) että muita psykososiaalisia interventioita koskien.

## **9. Miten lasten ja nuorten terapiatakuun enimmäisaikojen toteutumisen seuranta olisi tiedonhallinnan näkökulmasta tarkoituksenmukaista toteuttaa?**

o Nimetyt psykososiaaliset interventiot ovat käteviä toteuttaa ja karuimmillaan johtavat interventioiden läpivientiin lain kirjaimen noudattamisen osoittamista ajatellen. Kysymyksen 5 vastauksessa korostettiin potilaspalautteen roolia luotettavaksi todistetuilla välineillä tehtäväksi. Näin on mahdollista saada pelkän toteutumisajan lisäksi tietoa siitä, onko interventio käynnistänyt mitään myönteistä kehitystä. Kyse ei ole siis pelkästään toteuttamisen enimmäisajasta, vaan toteuttamisen sisällöstä.

- o Toteuttamisen sisältö on merkittävästi tärkeämpi kuin määräajan täsmällinen täyttäminen sisällön kustannuksella. Tukimuodon soveltuvuus riippuu monista tekijöistä, joista terapiamuoto tai -tekniikka on vain yksi. Toimivan yhteistyösuhteen rakentuminen voi taas olla toisaalta kiinni käytetyn lähestymistavan mahdollisuuksista ja sen soveltuvuudesta asiakkaan tarpeisiin. Nopea tarveharkinta, tukiketjun määrittelemine, moniammatillinen arviointi ja perusteltu tukitoimen yksilöllinen määrittely voivat johtaa hyvään tulokseen. Minimiajan tavoittaminen ei saa johtaa seuraavan vaiheen pitkittymiseen ja jonotuksen lisääntymiseen.
- o Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi.
- o Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti.

## **10. Millaista kansallista ohjausta ja toimenpiteitä esitetyn lainsäädännön onnistunut toimeenpano mielestänne edellyttää?**

Esityksen perusteluissa sivulla 5 osoitetaan tietämys terapia -käsitteen yleisnimitysulottuvuudesta. Koska tässä ollaan säätämässä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja säätävää lakia tai muuttamassa olemassa olevaa lainsäädäntöä, niin tuntuu virheelliseltä, että käytetään tätä termiä erillään aiemmin säädetyistä hoitotakuumäärittelyistä. Ehdotammekin, että tämä valmisteilla oleva muutos tulee osaksi hoitotakuuta siten, että mikään määrittely ei johda potilasturvallisuuden tai potilaiden oikeusturvan vaarantamiseen käsitteiden väljän/puhekielisen käytön ja niiden kautta palvelujärjestelmään tarjoutuvien aukkojen ja porsaanreikien vuoksi. Lasten ja nuorten asemaa koskevat pykälät ovat mahdollisia kehitysvaiheiden erityispiirteet tunnistamalla ja tunnustamalla nostaa erillisiksi työ- ja eläkeikäisestä aikuisväestöstä.

Edelleen perusteluosassa sivulla 7 kuvataan kyselyä, jolla on pyritty keräämään tietoa siitä, millä tavoin lasten ja nuorten olisi helppo hakeutua tuen piiriin. Tässä suhteessa nuoruusikä ja lapsuus eroavat. Osalle nuoruusikäisistä on mahdollista hakea palveluja jo arkipäivän ympäristöjen kautta, esim. kouluterveydenhuollosta, kuraattorin tai koulupsykologin kautta tai lähestymällä opinto-ohjaajaa. Lapsille, s.o. esipuberteettia tai varhaisempia vuosia eläville, omien vanhempien ja/tai lähipiirin emotionaalisesti merkittävien aikuisten rooli palvelujen hakemisessa on huomattavasti keskeisempi, eikä se ole muuttunut tarpeettomaksi nuoruusikään tultaessakaan. Kehitystasoa vastaamattoman vastuun siirtäminen keskeisesti ja vain lapsuus- tai nuoruusikäisille itselleen muodostaa kohtuuttoman tilanteen, sillä näitten ikäryhmien edustajat joutuvat pohtimaan ilman läheisten tukea keskeisesti sitä, mistä perheensisäisistä asioista voi/saa ja on lupa puhua ja kertoa perheen ulkopuolisille.

Sivulla 41 osassa Nykytila ja sen arviointi esitys käsittelee psykoterapeuttikoulutusta ja kysymystä psykoterapeuteista. Psykoterapeuttikoulutusasetuksen muutos nykyiseen muotoonsa johti yksityissektorilla työskentelevien psykoterapeuttien koulutusten lisääntymiseen ja tyypillisesti julkisissa palveluissa työskentelevien perhepsykoterapeuttien koulutusten vähentymiseen, osin koulutusten korkeisiin kustannuksiin liittyen. Samalla hakijoiden kiinnostus on vähentynyt sen

vuoksi, että korkeista koulutuskuluista riippumatta hankittu perhepsykoterapeutin pätevyys ei näy julkisen sektorin tehtävissä palkkauksessa mitenkään tai juuri mitenkään. Tämän seurauksena nykyisin perhe- ja pariterapian psykoterapeuttikoulutuksen käyneet joko valitsevat pariopsykoterapeuttina toimimisen aikuisten auttamisen konteksteissa tai hankkivat yksilöpsykoterapeutin pätevyyden ensimmäisen pätevyytensä lisäksi. Molemmat ratkaisut johtavat osaamisen vähenemiseen julkisissa palveluissa. Tämän vuoksi olisi perusteltua, että julkisen sektorin psykoterapiana erityisesti lasten ja vaikeista psyykkisistä häiriöistä kärsivien nuoruusikäisten hoidossa keskeisten perhe- ja verkosto-orientoituneiden psykoterapioiden erityiskysymykset ratkaistaisiin. Perhe- ja verkostoterapioihin liittyy helposti virheellisiä uskomuksia niiden kustannusvaikutuksista mm. sen vuoksi, että usein työtä tehdään työparilla tai työryhmällä ja etenkin kotona toteutuva hoito voidaan joutua toteuttamaan vanhempien työaikojen ulkopuolella, joka merkitsee iltatöitä psykoterapeuteille. Yhdysvalloissa Russell Crane toteutti yhden osavaltion laajuisen hoidon kustannuksia kartoittavan tutkimuksen, jossa kahden vuoden jaksolla klinikassa toteutettu hoito ilman perheterapiaa (nuorten käyttäytymisen ongelmien hoitamiseksi) tuotti kustannukseksi 16260 dollaria. Kun hoitoon lisättiin klinikassa perheterapia, niin kustannukset laskivat 11116 dollariin. Kotona toteutetun perheterapian kulut olivat 1622 dollaria, joka on n. 10 % klinikassa ilman perheterapiaa toteutetusta hoidosta. (Crane, D. R. (2014) The Efficiency of Family Therapy. Kutsupuheenvuoro 1st European Conference on Systemic Research in Therapy, Education and Organisational Development. 6-8 March 2014, Heidelberg, Germany.) Tämä kuvastaa selkeästi sitä, että vietäessä hoito perheen omaan ympäristöön, saadaan mukaan kaikki perheenjäsenet, ympäristö on heille tuttu ja turvallinen ja mahdollisten sisarusten mukanaolo hoitotapahtumassa tekee mahdolliseksi saada nuoruusikäisten- ja lapsipotilaiden muutospyrkimykset tunnistetuiksi sekä tuetuksi ja näin vähentää tarvetta palata vakiintuneeseen ongelmakäyttäytymiseen ja sen rooliin. Esityksen näkökulmat huomioiden olisi olennaista huomioida siis perheen, siis myös sisarusten osuus vanhempien lisäksi, rooli muutoksen tukemisessa ja ylläpitämisessä. Yksilökeskeiset interventiot jättävät ikään nähden kohtuuttoman ikää ja kehitysvaihetta vastaamattoman vastuun lapsille omasta psyykkisestä hyvinvoinnistaan.

Terapiapalvelujen monimuotoisuuden tarpeen ymmärtäminen on olennainen asia: kaikille ei sovellu sama. Tämä tarkoittaa sitä, että on luotava ja ylläpidettävä riittävän laajaa palveluvalikoimaa ja erilaisia terapeutteja lähestymistapoja on oltava saatavilla. Tämä korostuu erityisesti lasten ja nuorten kohdalla, mutta liittyy myös aikuisten terapeutteihin tarpeisiin. Lyhyemmätkin interventiot voivat toimia hyvin, mutta on tarpeellista miettiä myös palvelujärjestelmän valmiudet vastata jatkotarpeiden määrittelyyn ja välttää tilanne, jossa takuu on toiminut, mutta palvelu loppuu vailla asianmukaista jatkosuunnitelmaa. Kansallinen eri terapiapalvelujen saatavuutta kartoittava tutkimus voisi olla tarpeellinen. Samalla voitaisiin kartoittaa, millaisia laadullisia eroja tunnistetaan (terapiamuodot, työskentelyasetelma, toimintayksiköiden luonne jne.). Terapian toteuttaminen on joka tapauksessa halvempaa kuin sen toteuttamatta jättämisestä aiheutuva inhimillinen kärsimys, lähipiirin traumatisoivat kokemukset, ylisukupolviset traumat ja kestäättömät seurannaiskustannukset koko yhteiskunnalle.

Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävää tukea, jota tarvitsisi.

Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti.

**11. Hallituksen keväällä 2024 tekemä päätös perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentämisestä 14 vuorokaudesta 3 kuukauteen tulee kiirettömän hoidon osalta vaikuttamaan ensimmäisen hoitotapahtuman järjestämisen enimmäisaikaan perusterveydenhuollossa. Edellyttäisikö tämä muutos toteutuessaan mielestänne muutoksia terapiatakuusäntelyyn?**

Kyllä

**Perustelut ja mahdolliset ehdotukset**

Arvioitavanani ollut esitys menee interventio edellä. Myös huolellisesti toteutettu yksilöarviointi, ja ainakin lapsen ollessa kyseessä, ja toivottavasti myös nuoruusikäisten kohdalla, perhetutkimuksen osana, toimii osana interventiota. Nykyisen esityksen lääkärikeskeisyys väijäämättä medikalisoii niitä hyvinvoinnin ongelmia, jotka pitkittyessään voivat kehittyä mielenterveyden vaikeammiksi häiriöiksi. Pitäisi nimetä moniammatillisesti toimitettava arviointijakso osaksi näitä kiireettömiä prosesseja, jotta tuettaisiin olemassa olevien voimavarojen tunnistamista ja uudelleen aktivoimista. Eikä myöskään akuuttihoitoon tarve poista psykologisen arvioinnin tarvetta ongelmien laadun kartoittamiseksi ja soveltuvuuden arvioimiseksi psykoterapiaan tai muuhun psykososiaaliseen interventioon. Perhekeskeisesti toteutettuna nämä ovat omiaan lyhentämään hoitojen kestoa ja alentamaan kustannuksia.

Nykyisiä jonotusaikoja ajatellen tuo 3 kuukauttakin on jopa kohtuullinen, vaikka hankalassa tilanteessa on sekin toki pitkä aika odottaa.

**12. Muu palaute liittyen hallituksen esitysluonnokseen**

Esityksessä käytetään termejä ”aikarajoitteiset interventiot” ja ”lyhytpsykoterapiat”, mutta mitä kaikkea ne pitävät sisällään tai mikä niiden kesto on, ei määritellä muutoin kuin käyntimäärillä 20–25.

Lyhytpsykoterapioissa tyypillisesti puhutaan rajoitetusta käyntimäärästä siten, että esim.

kognitiivisissa ja kognitiivis-analyttisissa lähestymistavoissa yläraja on 15-20 käyntiä, psykodynaamisissa ja psykoanalyttisissa lähestymistavoissa maksimi on 30 käyntiä ja perhekeskeisissä lähestymistavoissa 10 käyntiä. Käyntimäärä olisi tällöin sen määrittäjä, onko työskentely lyhyttä ja erot noiden kuvaamieni esimerkkien välillä ovat varsin isot. Toinen tapa määrittää on käynteihin kuluva aikajakso. Jos käyntejä on yksi viikossa, niin se antaisi keston haarukaksi n. 2,5 kk – puoli vuotta. Tätä hämärtää edelleen se, että psykodynaamisissa ja analyttisissa työtavoissa voi olla 2 käyntiä viikossa, jolloin kyse olisi n. 3,5 kk:n mittaisesta jaksosta ja perhekeskeisissä työtavoissa viikoittaiset käynnit ovat selvänä vähemmistönä tapaamisten frekvenssiä katsoen, jolloin kesto voi olla 8–12 kk, ja jonka kohdalla ei siis ajallisesti voi puhua enää lyhyestä, etenkin lapsipotilaiden kohdalla. Edellä kuvatun lisäksi on olemassa myös ryhmä ”ultralyhyet”, joista yhtenä esimerkkinä on Briteissä tutkittu 2+1 käyntiä laajuinen psykoterapia, jossa psykoterapeutin koulutustaustaa ja terapeuttista orientaatiota ei pyritä määrittämään tai



rajaamaan, vaan ainoastaan tuo käyntimäärä (2 käyntiä viikon välein + 1 käynti n. 2,5 kk:n jälkeen). (Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G.E. & Rees, A. (1999) Psychotherapy in Two-Plus-One Sessions: Outcomes of a randomized controlled trial of Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Therapy for subsyndromal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 201-211). Toinen esimerkki on myös maassamme toteutettu Käynti kerrallaan -psykoterapia, joka siis lyhimmillään voi olla 1 käynti. Kyseinen psykoterapia on kotimainen sovellus nk. Single-Session Psychotherapy menetelmästä. (Bloom, B.L. (2001) Focused Single-Session Psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 1, 75-86). Näistä kahdesta viimeisestä oppineet luonnollisesti kiistelevät, onko kyseessä psykoterapia, interventio tai ohjaus/neuvonta. Lainsäädäntö ei tietenkään voi mennä tämäntyyppisiin määritelmiin, mutta perustelumuistioissa tällaiset voivat tulla huomioiduiksi ja jopa nimetyiksi. Edellä kuvatut lyhytpsykoterapian muodot ovat vakiintuneiden psykoterapian muotojen sovelluksia, ja niiden toteuttaminen tuloksellisesti vaatii perusteellisen perehtymisen, ja laadukkaalla työnohjauksella varustetun koulutuksen tuottaakseen tutkimuksissa esiin saadun kaltaisia tuloksia.

Palvelujärjestelmän näkökulmasta esitys korostaa luonnollisesti terveydenhuollon perustason palveluiden roolia, mutta esim. se psykoterapeuttinen työ l. hoidot jotakin psykoterapian menetelmää käyttäen, jota kunnallisessa perheneuvonnassa eli perhe- tai kasvatusta- ja perheneuvoloissa on toteutettu, loistaa poissaolollaan. Valtakunnan eri osat ovat todennäköisesti tässä suhteessa varsin eri asemassa, mutta siellä, missä järjestelmä toimii, olisi mahdollista huomioida tämän toimivan käytännön asianmukainen resurssi jatkuvuuden turvaamiseksi.

Oppilas- ja opiskeluhoollon palvelut ovat vapaaehtoisia ja avoimia palveluita, joita on tarjolla kaikille oppilaille ja opiskelijoille ilman lähetettä. Oppilas- ja opiskeluhoollossa tärkeää on ennaltaehkäisevä työskentely. Sosiaalityön näkökulmasta on haasteellista, mikäli uusi ehdotettu ja samalla rajattu terapiapalvelu kirjataan asiakkaan suunnitelmaan ja siitä tehdään valituskelpoinen päätös. Tällöin vastuu sen toteuttamisesta voidaan osoittaa sellaisille ammattilaisille, joilla ei ole riittävää koulutusta terapiatyöskentelyyn. Lisääntyvä yksilöllinen terapia voi myös lohkaista merkittävän määrän työaika muun muassa ehkäisevältä ja yhteisölliseltä oppilashuolloilta. Palveluita jo nyt vaivaava poislähtämisen kulttuuri sekä työntekijäpula saattaa lisääntyä, jos ammattilaiset eivät koe terapiatakuun mukaista työskentelyä omakseen, koska työtä ei voisi hoitaa eettisesti kestäväällä tavalla.

Terapioiden ja psykososiaalisten hoitojen käyttö ja saatavuus ei voi olla vain vaikuttavuustutkimukseen perustuvaa. Harkinnanvaraisuutta käyttäen tilanteeseen ja tarpeeseen soveltuvaa terapiaa tulee olla, vaikkei hoitosuosituksista näy juuri jonkin tietyn diagnoosin osalta olisikaan. Terapioiden soveltuvuus ja toimivuus ei ole välttämättä kiinni näyttöpohjaisen tutkimuksen näytön tasosta. Asiakastyön rajapinnassa työskentelevillä tulee olla omaan tietoonsa ja asiantuntemukseensa liittyvä vapaus suositella terapiaksi ja psykososiaalisiksi tueksi asiakkaalle soveltuvaa ja hänen tarpeisiinsa vastaavaa interventiota. Tällainen periaate lisää myös hoidon saavutettavuutta ja laajentaa hoitomuotovalikoimaa.

Yksittäiset manualisoidut menetelmät eivät ole ratkaisu suurempaan osaan tarpeesta masennus ja ahdistusoireiden kohdalla. Riskinä on, että tavanomainen kehitykseen kuuluva tulkitaan oireiluksi ja

hoidetaan turhaan ja nimetään sairaudeksi. Ja toisaalta se, että lapsi ja nuori, jolla on todellisia vakavia oireita ei saa riittävästi tukea, jota tarvitsisi.

Pitäisi olla selkeästi terveydenhuollon ammattilaisten (esim. Valvira) arvioimana, että valitut menetelmät ovat riittävän kattavia ja joustavia esitettyyn tarpeeseen. Pitäisi olla valvottu ja arvioitu terapian toteuttajan taustaosaaminen ja taustakoulutus. Kolme suppeaa menetelmää ei vastaa psykososiaalisen tuen tarpeeseen kansallisesti.

Havila Marjo

Jyväskylän yliopisto - Psykologian laitos: yliopistonlehtori Aarno Laitila, yliopistonlehtori Katri Savolainen, yliopistonopettaja Suvi Eskelinen, apulaisprofessori Tuija Aro; Sosiaalityön oppiaineen kommentit: yliopistonlehtori Heidi Niemi;