

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 [On positiivista, että lapsille ja nuorille säädetään vahvennetuista sosiaalihuollon palveluista. Helsingin yliopiston näkemyksen mukaan tämä hallitusohjelmaan kirjattu tavoite on erittäin positiivinen ja tarpeellinen. Varsinainen ehdotus sisältää kuitenkin vielä useita puutteita, jotka kuvataan alla olevassa listauksessa. 1) Vanhemmuuden ja perhevuorovaikutuksen tukemisen jääminen esityksen ulkopuolelle. Esityksessä mainitaan lyhyesti vanhemmille suuntautuva psykoedukaatio, mutta neuvolassa ja perheneuvolassa tehtävä lapsi-vanhempi-työ sisältää pääasiassa muuta(kin) kuin psykoedukaatiota. Perhe ja koti ovat lapsen keskeisin kasvuympäristö ja mielenterveyden perusta. Terapiatakuu olisi tulossa koskemaan jo 0-5-vuotiaita lapsia. Tuossa ikävaiheessa tehokkaita ja näyttöön perustuvia menetelmiä lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmiin ovat terapiapalvelut, joissa lapsen oireilua hoidetaan pääosin vanhempien kautta ja joissa interventio kohdistuu vahvasti vanhempi-lapsi-vuorovaikutukseen. Tutkimusnäytön perusteella erityisen tehokkaita ovat erilaiset perhekeskeiset interventiot, joita tarjotaan raskaus- ja vauva-ajalla ja joissa fokusoidaan esimerkiksi kiintymyssuhteiden ja itsesäätelyn kehittämiseen (esim. Barlow, Bennett, Midgley, Larkin & Wei, 2015). Esityksessä tulisikin vielä vahvemmin painottaa vanhemmuuteen ja perhevuorovaikutukseen kohdistuvia interventioita pienten lasten kohdalla. 2) Esityksessä ei riittävällä tavalla huomioida monioireisuutta ja -häiriöisyyttä. On varsin harvinaista, että lapsella tai nuorella olisi vain yhdentyypistä (neuro)psykiatrista oireilua; tyypillisesti samalla lapsella/nuorella on monia päällekkäisiä oireita tai häiriöitä. Oirekuva myös muuttuu usein iän mukana. Oireiden taustalla voi myös olla psykososiaalisia stressitekijöitä eikä kyseessä ole mikään varsinainen häiriö. Tästä johtuen mikään yksittäinen "vaikuttavaksi osoitettu psykoterapioihin perustuvan lyhytinterventio" ei useinkaan sellaisenaan vastaa lasten ja nuorten yksilöllisiin tarpeisiin. Kuitenkin tällä hetkellä esitys rakentuu pitkälti yksittäisten lyhytinterventioiden varaan, jotka on kehitetty tietyn yksittäisen oireen/häiriön hoitoon ja joissa yksilöllinen räätälöintimahdollisuus jää niukaksi. 3) Esitys ei

nykyisellään huomioi koulu- ja oppilaitospsykologien työn erityispiirteitä. Tutkimusnäytön valossa tehokkainta on varsinaisen kuntoutuksen/intervention lisäksi monialainen koulun, perheen ja eri terveydenhuollon toimijoiden välinen verkostotyö. Tiedetään, että koululla on aivan keskeinen rooli oireilua hoidettaessa: esimerkiksi kouluympäristön tekijät selittävät nuorten masennusoireilusta jopa 30-40 prosenttia (esim. Minkkinen, 2014; Shochet & Smith, 2014). Kouluissa ja oppilaitoksissa toimiva psykologi pyrkii ensi sijassa hoitamaan nuoren asioita osana verkostotyötä muiden koulun tai oppilaitoksen toimijoiden kanssa eikä työskentelyn pääpaino yleensä ole yhden yksittäisen "lyhytintervention" toteuttamisessa. Terapiatakuuesityksessä täytyykin vahvemmin huomioida koulujen kanssa tehtävä yhteistyö. 4) Esitys ei huomioi riittävästi neuropsykiatrisia häiriöitä (esimerkiksi ADHD, autismi, kielihäiriö, motorinen koordinaatiohäiriö) eikä niiden hoidossa keskeistä ammattiryhmää, neuropsykologeja. Esitys käsittelee neuropsykologista kuntoutusta vain Kelan vaativan tai harkinnanvaraisen kuntoutuksen kautta ja esityksessä unohdetaan, että neuropsykologista kuntoutusta on saatavilla myös hyvinvointialueiden omana palveluna tai ostopalveluna palvelusetelinä. Tämä olisi tarpeen täydentää esitykseen. 5) Esitys on menetelmäkeskeinen, ei tarvekeskeinen. Nykyisessä esityksessä terapiatakuu olisi ulottumassa vain kapeasti valittuihin menetelmiin, jotka on kuvattu termillä "vaikuttaviksi osoitetut psykoterapioihin perustuvat lyhytinterventiot". Suuri osa näistä interventioista on kaupallisesti lisensoituja. Terapiatakuun pohjaksi tämä määritelmä on kuitenkin harhaanjohtava tai jopa virheellinen. Se rajaa pois merkittävän määrän hyviä ja tehokkaita hoitomuotoja, joissa on päällekkäisiä sisältöjä "lyhytinterventioiden" kanssa, joista Suomessa on hyvää osaamista ja joita tarjotaan jo nyt toimivasti. Käytännössä ihan samoja hoitoelementtejä ja -sisältöjä on muissakin Käypä hoito -suositusten mukaisissa hoitomuodoissa, mutta nykyinen terapiatakuuesitys ei näitä tunnista (koska niitä ei kutsuta termillä "lyhytinterventio"). 6) Esityksessä tulisi ottaa kantaa, missä vaiheessa hoidon tavoitteet tai hoidon kannalta keskeinen arviointi toteutetaan. Nykyisellään esitys kuvaa, että hoito on aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve hoidolle on todettu. Esitys ei kuitenkaan erottele hoidon tarpeen arviointia sekä taustalla olevan ja hoidettavan syyn arviointia. Henkilöllä voi olla selkeä hoidon tarve, mutta tämä ei vielä tarkoita, että hoitotaho tietäisi keskeisen syyn, johon hoitotoimilla pyritään puuttumaan. Esityksessä tulisi täsmentää, miten soveltuvimman hoitomuodon arviointi tullaan toteuttamaan ja missä aikataulussa tämä tulisi toteuttaa. Mikäli hoitoonohjaus toteutetaan esimerkiksi oirekyselyiden perusteella selvittämättä varsinaista oireita aiheuttavaa]

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 [Esityksen merkittävin ongelma on se, millä tavalla on määritetty, mitkä psykososiaaliset interventiot kuuluvat terapiatakuun piiriin ja mitkä eivät. Esityksen nykymuotoista määrittelyä ei voida pitää toimivana ja sitä tulisi vielä muokata. Tällä hetkellä esitys on menetelmäkeskeinen eikä tarvekeskeinen. Nykyisessä esityksessä terapiatakuu olisi ulottumassa vain kapeasti valittuihin menetelmiin, jotka on kuvattu termillä "vaikuttaviksi osoitetut psykoterapioihin perustuvat lyhytinterventiot". Käytännössä tämä tarkoittaa tiettyjä nimettyjä interventioita, joiden tehokkuudesta on ehditty saada kansainvälistä tutkimusnäyttöä (esim. "Cool Kids"). Suuri osa näistä interventioista on kaupallisesti lisensoituja. Terapiatakuun pohjaksi tämä määritelmä on kuitenkin harhaanjohtava tai jopa virheellinen. Se rajaa pois merkittävän määrän hyviä ja tehokkaita hoitomuotoja, joissa on päällekkäisiä sisältöjä "lyhytinterventioiden" kanssa, joista Suomessa on hyvää osaamista ja joita tarjotaan jo nyt toimivasti. Koska lapsuudessa kehitys on monialaista ja monioireisuus tavallista, ei kapeaan oirekuvaan rajattu yksittäinen interventio ole useinkaan riittävä. Sen sijaan tarvitaan huolellinen hoidon tarpeen arvio ja sen perusteella yksilöllisiin tarpeisiin räätälöityjä laaja-alaisia interventioita

tai lähestymistapoja, jotka on arvioitu Käypä hoito -suosituksissa tehokkaiksi. Esimerkiksi (neuro)psykiatrinen hoito ei Suomessa pääasiassa pohjautu tiettyyn yksittäiseen interventioon vaan sisältää yksilöllisesti räätälöidyn kokoelman tehokkaiksi havaittuja tukimuotoja, joita erikoistuneet ammattilaiset tarjoavat ("hyvä hoito"). Nykyisessä terapiatakuuesityksessä monet Käypä Hoito -suosituksissa nimetyistä hoitomuodoista jäävät terapiatakuun ulkopuolelle. Esitystä tulisi muuttaa siten, että ne ja muu vastaava erityisammattilaisten toteuttama "hyvä hoito" huomioidaan. Laajoissa meta-analyyseissä on toistuvasti osoitettu, että "vaikuttaviksi osoitetut psykoterapioihin perustuvat lyhytinterventiot" (joihin terapiatakuu olisi nykyisellään ulottumassa) eivät vaikuttavuudeltaan eroa muusta "hyvästä hoidosta" (jollaista Suomessa on tarjottu tähän mennessä) (esim. Wampold, Minami, Baskin & Tierney, 2002; Tran & Gregor, 2016; Benish, Imel, Wampold, 2008). Osassa tapauksissa Suomen mallin mukainen "muu hyvä hoito" on jopa vaikuttavampaa kuin terapiatakuuesityksessä kuvatut lyhytinterventiot (esim. Budge, Moore, Del Re, Wampold, Baardseth, & Nienhuis, 2013; Spielmans, Gatlin & McFall, 2009). Suomen mallin kaltainen "muu hyvä hoito" vastaa teholtaan jopa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaavia hoitomuotoja (Linardon, Wade, de la Piedad Garcia, Brennan, 2017). On myös osoitettu, että terapiatakuuesityksessä mainittu IPC-menetelmä ei suomalaistutkimuksen mukaan ole vaikuttavampaa kuin Käypä hoito -suositusten mukainen "muu hyvä hoito" (Parhiala ym., 2020). Samoin tuoreessa suomalaistutkimuksessa todettiin, että ammattilaisten tarjoamat neuvolapsykologien palvelut ja vauvaperheiden terapeuttinen tuki paransivat perheiden hyvinvointia (Flykt ym., arvioitavana), mutta tällaiset tehokkaiksi havaitut tukimuodot olisivat nyt jäämässä terapiatakuun ulkopuolelle. Lisäksi lyhytinterventiot, joihin terapiatakuu olisi ulottumassa, eivät sisällä hoitoa kaikkiin mielenterveyden häiriöihin. Tämä myös tulee esiin esityksessä, mutta nykyisellään esimerkiksi syömishäiriöt jäävät kokonaan terapiatakuun ulkopuolelle, koska niihin ei ole esityksessä tarjottu "vaikuttavaksi osoitettua lyhytinterventiota". Syömishäiriöihin on kyllä olemassa suuri määrä muuta Käypä Hoito -suositusten mukaista hoitoa, joka vastaa teholtaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjaavia hoitomuotoja (Linardon, Wade, de la Piedad Garcia, Brennan, 2017), mutta terapiatakuu ei olisi ulottumassa niihin. Näin ollen nykyisen terapiatakuuesityksen myötä osa lapsista ja nuorista putoaisi terapiatakuun ulkopuolelle vain siksi, että heille sopivat ja tehokkaiksi havaitut hoitomuodot puuttuvat terapiatakuuesityksestä. Esitystä tulisi muokata siten, että nykyisin käytössä olevat yksilöllisiin tarpeisiin räätälöidyt laaja-alaiset interventiot tai lähestymistavat tunnustettaisiin vaikuttaviksi. Tämä vähentäisi myös joukkoa lapsia, joka olisi nyt vaarassa jäädä terapiatakuuesityksen ulkopuolelle. Lisäksi nykyinen terapiatakuuesitys sisältää osin käsitteellistä sekaannusta: esityksessä puhutaan rinnakkain "lyhytterapiasta" ja "psykoterapeuteista", vaikka "lyhytterapioita" voivat tarjota muutkin kuin psykoterapeutit. Nykyisellään merkittävä osa etenkin kompleksisesta oireilusta hoidetaan psykologin, psykiatrin tai muun mielenterveyden erityisammattilaisen tarjoaman Käypä hoito -suositusten mukaisen "hyvän hoidon" avulla. Terapiatakuuesitykseen on siis välttämätöntä sisällyttää Käypä hoito -suositusten mukainen "hyvä hoito", jotta esitetty laki ei hankaloittaisi nykyisiä hoitokäytäntöjä ja jopa heikentäisi lasten ja nuorten hoitoa.]

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

En osaa sanoa

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

Ei, vaan sitä olisi muokattava seuraavalla tavalla [Esityksen merkittävin ongelma on se, millä tavalla on määritetty, mitkä psykososiaaliset interventiot kuuluvat terapiatakuun piiriin ja mitkä eivät. Esityksen nykymuotoista määrittelyä ei voida pitää toimivana ja sitä tulisi muokata. Tällä hetkellä esitys on menetelmäkeskeinen eikä tarvekeskeinen. Nykyisessä esityksessä terapiatakuu olisi ulottumassa vain kapeasti valittuihin menetelmiin, jotka on kuvattu termillä "vaikuttaviksi osoitetut psykoterapioihin perustuvat lyhytinterventiot". Käytännössä tämä tarkoittaa tiettyjä nimettyjä interventioita, joiden tehokkuudesta on ehditty saada kansainvälistä tutkimusnäyttöä (esim. "Cool Kids"). Suuri osa näistä interventioista on kaupallisesti lisensoituja. Terapiatakuun pohjaksi tämä määritelmä on kuitenkin harhaanjohtava tai jopa virheellinen. Se rajaa pois merkittävän määrän hyviä ja tehokkaita hoitomuotoja, joista Suomessa on hyvää osaamista ja joita tarjotaan jo nyt toimivasti. Samat argumentit koskien erilaisia terapiamuotoja kuin mitä kohdassa 3 on esitetty koskevat myös tätä asiakohtaa (numero 5).]

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

Kyllä

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

Ei

Perustelut ja mahdolliset kehittämissuositukset

Esityksessä ei nykyisellään ole huomioitu yliopistojen ja korkeakoulujen roolia menetelmien osalta. Käytössä olevia ja käyttöön otettavia hoitomenetelmiä tulisi voida päivittää uuden tieteellisen tiedon kertymisen myötä. Esitys ei kuitenkaan tunnista yliopistojen ja korkeakoulujen roolia: korkeakoulut seuraavat uusinta tutkimustietoa Suomessa ja kouluttavat mielenterveyden ammattilaisia, kuten psykologeja, erikoispsykologeja ja psykiatrian erikoislääkäreitä, sekä koordinoivat psykoterapeuttikoulutuksia. Myös nykyinen Suomen hoitojärjestelmässä tehdystä vaikuttavuustutkimuksesta on tehty yliopistoissa ja korkeakouluissa (kuten IPC-menetelmän alustava tutkimus sekä Ihmeelliset vuodet ja Voimaperheet -menetelmien tutkimus).

Esitystä tulisi siis muuttaa siten, että hoitomenetelmien valinnassa tulisi huomioida myös korkeakoulut ja yliopistot. Tämä on tärkeää, koska vastuu monien lasten ja nuorten terapiatakuuseen liittyvien lähestymistapojen tai menetelmien kouluttamisesta ei voi jäädä vain hyvinvointialueille, vaan rahoitusta menetelmien käyttämiseen ja tutkimiseen tulisi ohjata myös yliopistoille ja korkeakouluille, jotka kouluttavat uusia ammattilaisia ja voivat turvata uusimman tutkimusperustaisen osaamisen saamisen jo peruskoulutuksen aikana. Jos esitys toteutetaan nyky muodossaan ja valmistuville terveydenhuollon ammattilaisille halutaan valmiudet käyttää lasten ja nuorten terapiatakuun sisältämiä menetelmiä, korkeakouluilla on oltava vastuuta ja roolia opetuksen sisällöistä ja toteuttamisesta. Tämä puolestaan edellyttää sitä, että korkeakouluilla on todellinen mahdollisuus vaikuttaa lasten ja nuorten terapiatakuun menetelmiin.

Esityksessä tulisi lisäksi huomioida, että yliopistot ja korkeakoulut vastaavat jo nykyisellään monista terveydenhuollon ammattilaisten täydennyskoulutuksista (kuten erikoispsykologikoulutukset,

psykoterapiakoulutukset ja erikoislääkärikoulutukset). Esityksessä tulisikin siis näkyä yliopistojen ja korkeakoulujen sekä hyvinvointialueiden yhteistyö lisä- ja täydennyskoulutusten toteuttamisessa sekä niiden valinnassa.

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

Ei

Perustelut ja mahdolliset kehittämissuhteet

Esityksessä ei nykyisellään ole huomioitu yliopistojen ja korkeakoulujen roolia menetelmien osalta. Käytössä olevia ja käyttöön otettavia hoitomenetelmiä tulisi voida päivittää uuden tieteellisen tiedon kertymisen myötä. Esitys ei kuitenkaan tunnista yliopistojen ja korkeakoulujen roolia: korkeakoulut seuraavat uusinta tutkimustietoa Suomessa ja kouluttavat mielenterveyden ammattilaisia, kuten psykologeja, erikoispsykologeja ja psykiatrian erikoislääkäreitä, sekä koordinoivat psykoterapeuttikoulutuksia. Myös nykyinen Suomen hoitojärjestelmässä tehdystä vaikuttavuustutkimuksesta on tehty yliopistoissa ja korkeakouluissa (kuten IPC-menetelmän alustava tutkimus sekä Ihmeelliset vuodet ja Voimaperheet -menetelmien tutkimus). Viittaamme muutoin kysymyksen numero 7 kohdalla esittämäämme.

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

Ei ehdotusta.

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

Onnistuneen toimeenpanon kannalta on välttämätöntä, että käytössä olevia ja käyttöön otettavia hoitomenetelmiä tulisi voida päivittää uuden tieteellisen tiedon kertymisen myötä. Esitys ei kuitenkaan tunnista yliopistojen ja korkeakoulujen roolia: korkeakoulut seuraavat uusinta tutkimustietoa Suomessa ja kouluttavat mielenterveyden ammattilaisia, kuten psykologeja, erikoispsykologeja ja psykiatrian erikoislääkäreitä, sekä koordinoivat psykoterapeuttikoulutuksia. Myös nykyinen Suomen hoitojärjestelmässä tehdystä vaikuttavuustutkimuksesta on tehty yliopistoissa ja korkeakouluissa (kuten IPC-menetelmän alustava tutkimus sekä Ihmeelliset vuodet ja Voimaperheet -menetelmien tutkimus).

Esitystä tulisi siis muuttaa siten, ettei vastuu hoitomenetelmien valinnasta olisi yksinomaan hyvinvointialueilla ja YTA-alueilla, vaan valintaan osallistuisivat myös mielenterveysalan ammattilaisia kouluttavat korkeakoulut ja yliopistot. Tämä on tärkeää, koska vastuu monien lasten ja nuorten terapiatakuuseen liittyvien lähestymistapojen tai menetelmien kouluttamisesta ei voi jäädä

vain hyvinvointialueille, vaan rahoitusta menetelmien käyttämiseen ja tutkimiseen ohjattaisiin myös yliopistoille ja korkeakouluille, jotka kouluttavat uusia ammattilaisia ja voivat turvata uusimman tutkimusperustaisen osaamisen saamisen jo peruskoulutuksen aikana. Jos esitys toteutetaan nyky muodossaan ja valmistuville terveydenhuollon ammattilaisille halutaan valmiudet käyttää lasten ja nuorten terapiatakuun sisältämiä menetelmiä, korkeakouluilla on oltava vastuu opetuksen sisällöistä ja toteuttamisesta. Tämä puolestaan edellyttää sitä, että korkeakouluilla on todellinen mahdollisuus vaikuttaa lasten ja nuorten terapiatakuun menetelmiin.

Esityksessä tulisi lisäksi huomioida, että yliopistot ja korkeakoulut vastaavat jo nykyisellään monista terveydenhuollon ammattilaisten täydennyskoulutuksista (kuten erikoispsykologikoulutukset, psykoterapiakoulutukset ja erikoislääkärikoulutukset). Esityksessä tulisikin siis näkyä yliopistojen ja korkeakoulujen sekä hyvinvointialueiden yhteistyö lisä- ja täydennyskoulutusten toteuttamisessa sekä niiden valinnassa.

Esitys ei myöskään nyky muodossaan huomioi, miten uusia tutkimusperusteisia hoitomenetelmiä tulisi kouluttaa jo terveydenhuollon peruskoulutuksissa, jotta valmistuvat ammattilaiset hallitsisivat mahdollisimman hyvin uusimmat tutkimusperustaiset hoitomenetelmät. Jos lasten ja nuorten terapiatakuu toteutetaan nyky muodossaan, valmistuvat opiskelijat tarvitsisivat välittömästi valmistumisensa jälkeen uusia maksullisia lisäkoulutuksia esityksen sisältämiin menetelmiin. Siksi esitystä tulisi muuttaa siten, ettei vastuu hoitomenetelmien kouluttamisesta olisi pelkästään hyvinvointialueilla, koulutusvastuu ja siihen liittyvää rahoitusta menetelmien käyttämiseen ja tutkimiseen ohjattaisiin myös korkeakouluille, jotka kouluttavat uusia ammattilaisia ja voivat turvata uusimman tutkimusperustaisen osaamisen saamisen jo peruskoulutuksen aikana.

Esityksessä tulisi myös huomioida, että nykyisessä hallitusohjelmassa lasten ja nuorten terapiatakuun toteutus on linkitetty psykoterapian kaksiportaisuuden toteuttamiseen (ja liittämiseen psykologikoulutusten yhteyteen). Esitys ei nykyisellään kuitenkaan ota kantaa kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen toteuttamiseen eikä koulutuksen sisältöön, mutta rajaamalla terapiatakuun sisältämiä menetelmiä tosiasiallisesti rajoittaa mahdollisuuksia toteuttaa psykoterapeuttikoulutuksen kaksiportaisuus. Tämä on ongelmallista, sillä samalla kun kaksiportainen psykoterapeuttikoulutus toteutetaan, sen pitäisi olla linjassa lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamisen kanssa. Jotta nykyinen esitys ei tosiasiaa rajoittaisi psykoterapeuttikoulutuksen kaksiportaisuuden toteuttamistapoja, nykyistä esitystä tulisi muuttaa menetelmäkeskeisestä tarvekeskeisemmäksi ja tunnistaa Suomessa käytettävien ja yksilöllisiin tarpeisiin räätälöityjen sekä mm. Käypä hoito -suosituksissa lähestymistavoiltaan vaikuttaviksi todettujen laaja-alaisten interventioiden vaikuttavuus.

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

Kyllä

Perustelut ja mahdolliset ehdotukset

Kolmen kuukauden viive lasten ja nuorten hoidon saamisessa haittaa ennaltaehkäisevän varhaisen hoidon vaikuttavuutta ja hyvin todennäköisesti vähentää niiden lasten määrää, jotka hyötyvät lyhyistä hoidoista. Lasten ja nuorten varhaisen hoidon tulee toteutua aikaisemmassa vaiheessa. Tulisi siis huolehtia lainsäädännöllisin keinoin, ettei tämä keväällä 2024 sovittu hoitotakuun höllennys vie pohjaa nyt valmistellulta lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamiselta.

12. Muu palaute liittyen hallituksen esitysluonnokseen

Esitys ei nykyisellään huomioi koulu- ja oppilaitospsykologien sekä neuvolapsykologien tai neuropsykologien työn erityispiirteitä. Kouluissa ja oppilaitoksissa toimiva psykologi pyrkii ensi sijassa hoitamaan nuoren asioita osana verkostotyötä muiden koulun tai oppilaitoksen toimijoiden kanssa eikä työskentelyn pääpaino yleensä ole ”vaikuttaviksi osoitetun psykoterapioihin perustuvan lyhytintervention” toteuttamisessa. Vastaava tilanne on esimerkiksi neuvolapsykologien, sekä neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivien lasten kanssa toimivien neuropsykologien kohdalla. Tämä tulisi tunnistaa ja huomioida esityksessä.

Vaarana kaupallisten lyhytinterventioihin keskittymisessä ja voimavarojen laittamisessa niiden levittämiseen on se, että lasten ja perheiden kokonaisvaltainen tukeminen jää puutteelliseksi. Monet oireilevat lapset ja heidän perheensä tarvitsevat pitkäjänteistä tukea, eikä yhdellä ”lyhytinterventiolla” saavuteta pitkäaikaisseurannassa useinkaan merkittävämpiä tuloksia kuin tavanomaisella, pitkäjänteisemmällä lähestymistavalla. Lyhytinterventiot tai muut interventiot tai terapiat, joissa käytetään tutkimusnäyttöön pohjautuvia menetelmiä ja periaatteita voivat kuitenkin olla tärkeä osa lapsen kokonaistukea ja hoitoa.

Tähän lausuntoon ovat osallistuneet ja antaneet näkemyksiä Helsingin yliopistosta Marjo Flykt, yliopistonlehtori, dosentti, Eino Partanen, yliopistonlehtori, dosentti, koulutusohjelman johtaja, Eeva Aronen, professori, Kati Peltonen, yliopistonlehtori Riikka Pyhälä-Neuvonen, yliopistonlehtori, dosentti Aino Saarinen, yliopistonlehtori, dosentti sekä Kati Rantanen, yliopistonlehtori.

Talonen Kirsi
Helsingin yliopisto