

Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmenmistarpeet, niihin kuuluvien hoitomuotojen käyttö ja toteutus sekä toimenpiteet niiden saatavuuden turvaamiseksi

Tiivistelmä

Sote-ministerityöryhmä päätti syksyllä 2022 selvityksestä, jossa täsmennetään uusien psykososiaalisten menetelmien ja lyhytpsykoterapian määritelmiä ja arvioidaan näiden hoitomuotojen roolia perusterveydenhuollossa sekä lisäkoulutus- ja lisärahoitustarpeita näihin hoitomuotoihin pääsemiseksi kuukauden sisällä hoidontarpeen arviosta. Myös eduskunta on lausumassaan edellyttänyt tätä kokonaisuutta koskevaa arviointia terapiatakuuta koskevaa kansalaisaloitetta käsitellessään.

Psykososiaalisten menetelmien kirjo on hyvin laaja, eikä käsitteistö ole täysin vakiintunutta Suomessa tai kansainvälisesti. Oleellista on, että terveydenhuollon on viestittävä varsinaisesta psykoterapiasta ja muista psykososiaalisista hoidoista niin, että potilas ymmärtää annettavan palvelun luonteen.

Perusterveydenhuollolla on ensisijainen vastuu ehkäisevästä terveydenhuollosta sekä niiden mielenterveyden häiriöiden hoidosta, joiden hoitoon ei vaikeusasteen tai komplisoivien tekijöiden vuoksi tarvita erikoissairaanhoidoa. Perusterveydenhuoltoon kuuluu psykososiaalisten hoitomenetelmien käyttö hoidon porrastuksen mukaisesti. Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt kattavat valtaosan perustason interventioiden tarpeesta. Tilanteessa, jossa palvelujen tarjonta vastaa palvelutarpeeseen, laskennalliset ja mittaluokaltaan realistiset arviot näiden interventioiden tarpeen vastaamisen vuositasoinen operatiivisista kustannuksista ovat noin 170–250 miljoonaa euroa. Tämänkaltainen panostus voisi jonkin verran korvata jo nykyisin Kelan tuella toteutettavaa psykoterapiaa ja muita mielenterveyden häiriöiden interventioita. Näin ollen mahdolliset lisäkustannukset tarpeeseen vastaamisesta eivät olisi täysimääräisesti uusia kustannuksia julkiselle taloudelle. Kansainvälisten kokemusten perusteella tavoitetaan pääseminen nykytilasta edellyttää vähintään kahden hallituskauden ajalle jaksottuvaa toimenpiteiden jatkumoa, joka jatkaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa aloitettua kehittämistyötä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus on heikentynyt voimakkaasti viime vuosina koko maassa. Vaalikaudella 2019-2023 on koulutusta lisätty merkittävästi. Tietopohjan haasteiden ja ennakointitoiminnan kehittymättömyyden vuoksi ei vielä ole mahdollista laatia numeerisia laskelmia tulevaisuuden koulutustarpeesta. Koulutuslisäyksien tarpeen ja mahdollisuuksien arviointi ja pidemmän aikavälin ennakointi kussakin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmässä tehdään vuonna 2023. Koulutusmäärien lisääminen edellyttää lisäresursseja koulutuksen järjestäjille. Psykoterapiakoulutuksen kehittämisestä on julkaistu ehdotukset sosiaali- ja terveysministeriön tilaamassa selvityksessä syksyllä 2022.

Erillisestä psykoterapian ja muiden psykososiaalisen hoitojen hoitoon pääsyn enimmäisajasta säättäminen muusta hoitotakuulainsäädännöstä poikkeavalla tavalla voi osoittautua hankalaksi muun muassa sen takia, että tulisi määritellä, mitkä menetelmät psykososiaalisten menetelmien

laajasta kirjosta ovat erillishoitotakuun piirissä. Lainsäädäntömuutosten, jos niitä kuitenkin halutaan tehdä, aika on vasta, kun palvelujärjestelmä kykenee tarjoamaan palveluja riittävän suurella kapasiteetilla.

Taustaa

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta päätti yhdistää eduskunnalle 22.10.2019 jätetyn terapiatakuuta koskevan kansalaisaloitteen käsittelyn perusterveydenhuollon seitsemän päivän hoitotakuuta koskevan hallituksen esityksen käsittelyyn. Eduskunta hyväksyi 16.11.2022 hoitotakuuta koskevat terveydenhuoltolain ja siihen liittyvien lakien muutokset. Näihin sisältyi kiireettömään hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentuminen fyysisissä ja psyykkisissä terveysongelmissa, mutta ei erillistä psykososiaalisiin hoitomuotoihin pääsyn määräaikaa. Samalla eduskunta hyväksyi lausuman, jonka mukaan eduskunta edellyttää, että hallitus selvittää erilaisten psykososiaalisten menetelmien ja lyhytpsykoterapian määritelmien täsmentämistarpeet, arvioi näiden hoitomuotojen käyttöä ja toteutusta sekä tarvittaessa ryhtyy toimenpiteisiin näiden hoitomuotojen saatavuuden turvaamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö totesi hoitotakuuta koskevan hallituksen esityksen eduskuntakäsittelyn yhteydessä, että terapiatakuualoitteen toteuttamisen edellyttämistä lyhyistä psykososiaalisista tai psykoterapeuttisista hoidoista oli tehty kustannuspainelaskelmia. Niiden mukaan arvio terapiatakuualoitteen edellyttämästä resurssitarpeesta oli moninkertainen kansalaisaloitteessa esitettyyn arvioon (35 miljoonaa euroa vuodessa) nähden. Ministeriön käsityksen mukaan terapiatakuu –kansalaisaloitteen toteutettavuuden keskeinen ongelma oli se, ettei saatavilla ole tarpeeksi henkilöstöä esityksen toteuttamiseen. Psykososiaalisia hoitumuotoja on otettava käyttöön pitkäjänteisen kehittämisen kautta.

Sote-ministerityöryhmä päätti perusterveydenhuollon hoitotakuun hallituksen esitysluonnoksen käsittelyn yhteydessä selvityksestä, jossa täsmennetään uusien psykososiaalisten menetelmien ja lyhytpsykoterapian määritelmiä ja arvioidaan näiden hoitomuotojen roolia osana perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja. Psykososiaalisten menetelmien ja lyhytpsykoterapian osalta tuli selvittää, millaisia lisäkoulutus- ja lisärahoitustarpeita vaatisi, että niihin pääsy voitaisiin jatkossa taata kuukauden sisällä hoidontarpeen arviosta.

Tämä selvitys vastaa sote-ministerityöryhmän toimeksiantoon. Selvityksen arviot lisäkoulutus- ja lisärahoitustarpeista pohjautuvat päivitettyihin kustannuspainelaskelmiin sekä Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyys ja saatavuus –ohjelmassa kerättyyn tietoon.

Selvitys valmisteltiin 7.11.2022 – 7.2.2023. Alustavat, vuonna 2021 tehdyt kustannuspainelaskelmat päivitettiin selvityksen yhteydessä. Kokonaisuuteen ovat osallistuneet sosiaali- ja terveysministeriöstä lääkintöneuvos Helena Vormaa, neuvotteleva virkamies Johanna Alatalo (vuonna 2021), lääkintöneuvos Kaisa Halinen, lääkintöneuvos Tapani Hämäläinen, ylilääkäri Tuula Kiesepää, erityisasiantuntija Tia-Maria Kirkonpelto, sosiaalineuvos Juha Luomala, erityisasiantuntija Mikko Meuronen, hallitusneuvos Merituuli Mähkä, erityisasiantuntija Hannele Tanhua, lääkintöneuvos Kimmo Tarvainen sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta ylilääkäri Outi Linnaranta ja tutkimusprofessori, yksikönpäällikkö Jaana Suvisaari.

Psykososiaalisten menetelmien käsitteet

Aiheen rajaus

Psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien kirjo on laaja. Se käsittää lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden ja muiden psykoterapiatekniikoihin perustuvien menetelmien ohella muun muassa psykoedukaation eli koulutuksellisen terapian, luovien terapioiden, ammatillisen kuntoutuksen, kognitiivisen kuntoutuksen ja sosiaalisten ja arkielämän taitojen harjoittelun menetelmiä ja ohjelmia. Myös sosiaalihuollossa käytetään psykososiaalisia työmenetelmiä.

Tässä osiossa käsitellään psykososiaalisten menetelmien sanastoa laajasti. Seuraavissa, hoidon saatavuutta ja henkilöstöä koskevissa osioissa keskitytään suppeammin terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan psykologiseen vuorovaikutukseen perustuviin menetelmiin, joita ovat psykoterapiat ja muut psykoterapeuttisiin tekniikoihin perustuvat hoidot.

Käsitteistä

Psykososiaalisten menetelmien käsitteistö ei ole täysin vakiintunutta Suomessa eikä kansainvälisesti. Alla olevaan taulukkoon on koottu psykososiaaliin menetelmiin, psykoterapiaan ja terapiaan liittyvää käsitteistöä.

Taulukko.

| | |
|---------------------------------|--|
| Psykososiaalinen | Sekä psyykkiset että sosiaaliset tekijät huomioon ottava. |
| Psykososiaalinen tuki | Tuetaan yksilön omia voimavaroja ja hänelle ominaisia selviytymiskeinoja. Äkillisten järkyttävien tilanteiden psykososiaaliseen tukeen kuuluvat terveydenhuollon akuutti kriisityö ja sosiaalihuollon sosiaalityönä ja sosiaaliohjauksena annettu välitön tuki. |
| Psykososiaalinen menetelmä | Psykososiaaliset hoitomenetelmät ja sosiaalihuollon psykososiaaliset työmenetelmät. |
| Psykososiaalinen hoitomenetelmä | Monimuotoisia toimia, joilla edistetään potilaan terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia pyrkimällä vaikuttamaan hänen tiedon käsittelyynsä, tunteiden hallintaansa tai käyttäytymiseen. Näihin kuuluvat muun muassa psykoedukaatio (koulutuksellinen |

| | |
|--|--|
| | <p>terapia), perhepohjainen hoito, psykoterapiat ja määrämuotoiset psykoterapiatekniikoihin perustuvat hoidot, jota voivat antaa kyseiseen hoitomenetelmään koulutetut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tai psykoterapeutit (muun muassa lyhyet psykososiaaliset hoidot, esimerkiksi nuorten masennusoireisiin suunnattu intersoonallinen ohjanta (IPC) ja ahdistuneisuuden Cool Kids -interventio).</p> |
| <p>Psykoterapia</p> | <p>Tavoitteiltaan kohdennettu ja teknisesti spesifi psykososiaalinen hoitomenetelmä, jota asianmukaisesti koulutettu psykoterapeutti (suojattu ammattinimike) toteuttaa vakiintuneisiin psykologisiin menetelmiin perustuen potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti joko aikarajoitteisena lyhytkestoisena tai pitkäkestoisena hoitona.</p> |
| <p>Sosiaalihuollon psykososiaalinen työmenetelmä</p> | <p>Sosiaalihuollon asiakkaalle annettu psykososiaalinen tuki, jossa ei ole kyse mielenterveyden oireiden tai häiriön hoidosta, vaan psykososiaalista hyvinvointia vahvistavista tiedoista ja taidoista. Jotkin psykososiaaliset hoitomenetelmät soveltuvat sosiaalihuollon työmenetelmiksi tilanteissa, joissa terveydenhuollon hoitoa ei vielä tarvita. Sosiaalihuollon interventio voi myös olla hoitoa täydentävä (esimerkkinä perhe- tai verkostopohjainen ohjelma).</p> |
| <p>Terapia</p> | <p>Sisältyy sanana useisiin eri hoito- ja kuntoutusmuotoja tarkoittaviin termeihin, esimerkkeinä psykoterapia, toimintaterapia, puheterapia.</p> |
| <p>Interventio</p> | <p>Tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa väliintuloa, toimenpidettä jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan, hyvinvointiin tai käyttäytymiseen. Esimerkiksi psykososiaaliset menetelmät ovat interventioita.</p> |

Määritelmällisesti psykososiaalinen hoito tarkoittaa erilaisia terveydenhuollon monimuotoisia toimia, joilla edistetään potilaan toimintakykyä ja hyvinvointia^{1, 2}. Ne sisältävät omahoidon tukea, arjen psykososiaalista tukea, erilaisia hoitomenetelmiä ja spesifejä psykoterapioita. Psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat käyttökelpoisia sekä ennaltaehkäisyssä että hoidossa. Psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat terveydenhuollon menetelmiä, ja hoidon sisältö tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Niitä voidaan soveltuvin osin käyttää myös sosiaalihuollon ammattilaisten työmenetelminä.

Varsinaisia psykoterapioita toteuttavat asianmukaisesti koulutetut psykoterapeutit. Psykoterapeutti on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattinimike.

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen sisällöissä on käytännössä esiintynyt epäselvyyttä varsinkin rajanvedossa psykososiaalisten hoitojen sekä sosiaalihuollon psykososiaalisen työn välillä. Rajanvetoa on selvennetty mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistuksen yhteydessä (HE 197/2022 vp). Terveydenhuollon intervention ensisijaisena tarkoituksena on hoito tai lääkinnällinen kuntoutus toimintakyvyn ja suoriutumisen tukemiseksi, vaikka niihin sisältyisi potilaan muun elämäntilanteen käsittelyä ja sosiaalisia taitoja edistävää kuntoutusta. Sosiaalihuollon interventioiden tarkoituksena on yksilön, perheen tai yhteisön toimintakyvyn, sosiaalisen hyvinvoinnin ja turvallisuuden ja osallisuuden edistäminen tai elämäntilanteen ja ongelmien selvittäminen. Palveluja annettaessa on otettava huomioon myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeus toimia laillistetun tai nimikesuojatun ammattihenkilön tehtävissä. Jos sosiaalihuollon ammattihenkilö osallistuu toimintayksikössä asiakkaiden hoitoon, esimerkiksi antamalla psykososiaalista hoitoa, työnantajan on varmistettava, että henkilöllä on riittävä koulutus ja osaaminen kyseisen hoidon toteuttamiseen.

Käsitteiden täsmentämistarpeista

Yleiskielessä terapia-sanaa käytetään usein yleisnimityksenä kaikille psykoterapioille, muille psykososiaalisille hoidoille ja yleensä keskusteluavulle. Terapeutti-nimikkeen käytöstä ei ole säädetty, joten teoriassa kuka tahansa voi tarjota terapeutin palveluita. Käytännössä terapia-sanalla viitataan myös esimerkiksi vaihtoehtohoitoihin, joita annetaan terveystalvelujen ulkopuolella. Terapeutti-nimikettä saattaa myös käyttää henkilö, jolla on koulutusta psykoterapiaan, mutta ei oikeutta psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön.

¹ Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto. Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Palveluvalikoimaneuvoston perustelumuuisto 1.11.2018. <https://palveluvalikoima.fi/psykoterapiat-ja-muut-psykososiaaliset-hoito-ja-kuntoutusmenetelmat-mielenterveys-ja-paihdehairioiden-hoidossa>

² Lönnqvist J. Psykososiaaliset hoitomuodot. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria, 12. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim 2017; 775-841.

Kun ero varsinaisen psykoterapian, muun psykososiaalisen hoidon ja terveystalveluiden ulkopuolisten vaihtoehtoisten välillä ei ole yleisessä kielenkäytössä selkeä, terveydenhuollon on viestittävä varsinaisesta psykoterapiasta ja muista psykososiaalisista hoidoista niin, että potilas on aina tietoinen annettavan palvelun luonteesta. Vakiintunutta käsitteistöä esimerkiksi lyhyille psykoterapiateknikoihin perustuvilla hoidoilla ei ole, joten tällaiseen varsinaista psykoterapiaa suppeampaan interventioon koulutuksen saaneen työntekijän antamasta hoidosta käytetään usein yleisluontoista hoito-sanaa, esimerkiksi "ahdistuneisuuden lyhythoito", "lyhyt ahdistuneisuuden hoitomenetelmä".

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on selventänyt käsitteistöä Mielenterveys-verkkosivuillaan.³

Hoidon nykytilanne ja kehittämistoimet

Mielenterveyden palvelujärjestelmä

Perusterveydenhuollolla on ensisijainen hoitovastuu mielenterveyden lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidosta sekä vakavien häiriöiden ylläpito- tai seurantatyypisistä hoidosta. Perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluvat myös ehkäisevän ja varhaisen hoidon hoitomenetelmien hallinta ja käyttö, mielenterveyden tukeminen sekä potilaiden perheenjäsenten ja läheisten mielenterveyden tukeminen. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyskeskuksia, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä mahdollisia perusterveydenhuollon erillisiä mielenterveystyöryhmiä. Kouluterveydenhuoltoon ei kuitenkaan sisälly lakisääteisiä sairaanhoitopalveluja, vaan kouluikäisten olisi saatava nämä palvelut muualta perusterveydenhuollosta. Työnantajat voivat halutessaan mahdollistaa yleislääkäritasoisien työterveyshuoltopainotteisen sairaanhoidon työpaikan työntekijöille. Tämä sairaanhoito voi sisältää psykososiaalista hoitoa työterveyshuoltosopimuksessa määritellyn mukaisesti. Lisäksi psykoterapiapalveluja saadaan yksilöiden tai työpaikkojen omalla kustannuksella tai heidän ottamiensa vakuutusten kautta yksityisiltä terveydenhuollon palveluntuottajilta.

Psykiatrisen erikoissairanhoidon alat vastaavat vakavien tai komplisoituneiden häiriöiden hoidosta. Sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoitoon sisältyy biologisten ja psykososiaalisten hoitomenetelmien käyttö hoidon porrastuksen mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2019 julkaistuissa yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa esitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon hoidon porrastus ja työnjako, joka soveltuvin osin koskettaa myös työterveyshuoltoa. Perusterveydenhuollolle kuuluvat sen mukaan muun muassa mielenterveyden tukeminen, ehkäisevän hoidon menetelmät erikoissairanhoidon tukemana sekä tavallisimpien oireiden ja häiriöiden ensisijainen hoitovastuu erikoissairanhoidon tukemana. Erikoissairanhoidolle kuuluvat suosituksen mukaan esimerkiksi keskitetysti koottua osaamista edellyttävien psykososiaalisten hoitomuotojen tarjoaminen

³ <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut>

perustason hoitovastuulla oleville potilaille sekä riittävän laajan näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitojen valikoiman järjestäminen perustason hoitovastuulla oleville potilaille.

Psykososiaalisen hoidon saatavuus

On arvioitu, että noin 120 000 – 140 000 henkilöä tarvitsisi vuosittain masennus- tai ahdistushäiriön ilmaantumiseen vastaavan psykososiaalisen intervention (psykoterapiaa tai lyhyen psykososiaalisen hoidon) (Liite: Kustannuspainelaskelma). Käytettävissä oleva tieto toteutuneesta hoidosta on puutteellista, mutta voidaan arvioida, että minimissään yli 80 000 henkilöä sai vuonna 2021 interventiota johonkin ongelmaan, joko psykoterapiana tai lyhyenä psykososiaalisena hoitomenetelmänä. Vertailussa on hyvä huomata, että palveluja saavien joukossa on henkilöitä, joiden hoito on alkanut jo aikaisempina vuosina, ja jatkuu edelleen.

Alla kuvataan psykoterapian ja lyhyiden psykososiaalisten hoitojen määrällistä jakautumista eri toimijoiden kesken.

Hyvinvointialueilla on terveydenhuoltolain mukainen velvollisuus järjestää psykoterapiaa osana sairaanhoitoa ja lääkinällistä kuntoutusta. Julkinen terveydenhuolto toteuttaa vastuullensa kuuluvat psykoterapiapalvelut itse tai ostopalveluina. Toiminnan määrästä ei ole olemassa tilastoitua tietoa, mutta se on huomattavasti vähäisempää kuin Kelan psykoterapioiden määrä. Osana monikanavarahoituksen purkua valmisteleavan asiantuntijatyöryhmän työtä tehtiin maaliskuussa 2021 kysely sairaanhoitopiireille niiden järjestämästä psykoterapiasta. Vastauksia saatiin 14 sairaanhoitopiiristä, mutta moninaisten järjestäjien (sairanhoitopiirit ja sairaanhoitopiirin alueen kunnat), järjestämistapojen ja tilastoinnin ongelmien vuoksi vastaukset olivat ainoastaan suuntaa antavia. Psykoterapioita järjestettiin omana tuotantona, ostopalveluna ja palveluseteleillä. Psykoterapioiden määrä oli melko vähäistä ja vaihteli sairaanhoitopiirien välillä.

Viime vuosina perinteistä psykoterapiaa ovat täydentäneet sähköiset psykoterapiat, verkkoterapiat, joiden käyttö on lisääntynyt vuosittain. Verkon kautta psykoterapiaa sai vuonna 2021 yli 14 000 henkilöä.

Lyhyiden psykososiaalisten hoitojen saatavuutta kehitetään parhaillaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelmassa. Hoitoa sai vuonna 2021 noin 1840 nuorta. Toiminta on sen jälkeen laajentunut määrällisesti ja kaikkiin ikäryhmiin ja laajentuu edelleen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelmassa vuoden 2023 loppuun saakka sekä Kestävän kasvun ohjelmassa vuosina 2023-2025. Vuoden 2022 loppuun mennessä on Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelmassa koulutettu 400 ahdistuksen hoitoon pätevoitynyttä Cool Kids -osaajaa, arviolta 250 ammattilaista HUS/Terapiat etulinjaan luoman kognitiivisen terapian ohjelman mukaisesti sekä 1700 masennuksen ehkäisyyn ja hoitoon pätevoitynyttä IPC-osaajaa. Tähänastisen kokemuksen perusteella noin 70 prosenttia IPC- menetelmään koulutetuista työntekijöistä on ottanut menetelmän käyttöön. Jos kukin heistä hoitaa tavoitteen mukaisesti neljä nuorta vuodessa, voidaan arvioida, että vuoden 2022 loppuun mennessä annetulla IPC-koulutuksella pystytään tarjoamaan apu 4750 nuorelle vuosittain.

Hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää kuntoutusta, jos lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kelan tehtävänä. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa korvataan 16–67-vuotiaille työ- tai opiskelukyvyyn tukemiseksi tai parantamiseksi, jos asianmukaisesti diagnosoitu mielenterveyden

häiriö uhkaa henkilön työ- tai opiskelukykyä. Korvaaminen edellyttää, että henkilö on mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen ollut vähintään kolme kuukautta asianmukaisessa hoidossa. Lisäksi Kela järjestää psykoterapiaa vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Vuonna 2021 kuntoutuspsykoterapian saajia oli 60 756 henkilöä ja vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnetyn psykoterapian saajia 4305 henkilöä.

Lisäksi psykoterapiapalveluja järjestetään yksityisesti ja jonkin verran myös työterveyshuollon tarjoamana. Toiminnan laajuudesta ei ole saatavissa tilastoitua tietoa.

Tavoitteena on, että erikoissairaanhoidon käytön ja kuntoutuspsykoterapian tarve vähenevät jonkin verran siinä vaiheessa, kun perustason hoitopalvelut ovat laajentuneet kattaviksi ja toimivat tehokkaasti. Siitä, voidaanko perustasolla nopeasti saatavilla lyhythoidoilla ja lyhytpsykoterapioilla vähentää pitkien psykoterapioiden tarvetta, ei ole olemassa kotimaista tai ulkomaista tutkimustietoa. Voidaan olettaa, että lyhyet hoidot varhain tarjottuna ovat osalle potilaita riittävä hoito. Edellytyksenä kuitenkin on, että lyhythoitoja on saatavilla tarvetta vastaavasti ja nopeasti ja että niitä toteuttaa osaava henkilöstö. Tärkein peruste lyhyiden hoitojen ottamiselle laajaan käyttöön on kuitenkin se, että näin hoidon piiriin saadaan alkavat ja lievät mielenterveyden häiriöt, jotka nykytilanteessa ovat pitkälti hoidon ulkopuolella, vaikka aiheuttavat työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä.

Lyhyiden psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuus riippuu myös oikeasta potilasvalinnasta eri hoitomuotoihin. Osalle potilaista riittää yleinen psykososiaalinen tuki, osa tarvitsee sairauden luonteen tai vaikeusasteen vuoksi suoraan pitkäkestoista psykoterapiaa tai muun tyyppistä hoitoa. Helsingin psykoterapiatutkimuksesta seurattiin lyhyisiin ja pitkiin psykoterapioihin satunnaistettuja tutkimushenkilöitä^{4,5}. Kymmenen vuoden seurannan aikana kaikkiaan yli puolet tutkimushenkilöistä sai lisäpsykoterapiaa, ja lyhyiden psykoterapioiden jälkeen osuus oli suurempi kuin pitkän psykoterapian jälkeen.

Henkilöstön osaaminen ja saatavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus on heikentynyt voimakkaasti viime vuosina koko maassa. Myös koronapandemia on vaikuttanut monin tavoin alan työvoimaan niin kysynnän kuin kuormituksenkin osalta. Vaje koskee lähes kaikkia ammattiryhmiä ja koko maata.

⁴ Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jaske L, Laaksonen MA, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. *J Affect Disord* 2011;135: 221-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.024>

⁵ Knekt P, Virtala E, Härkänen T, Vaarama M, Lehtonen J, Lindfors O. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine* 2016;46:1175–1188. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S0033291715002718>

Erityisen huolestuttava vaje on **sairaanhoitajista** koko maassa; koko maan tasolla kaivattaisiin julkisella sektorilla jo nyt yli 8 000 uutta sairaanhoitajaa.⁶ Vuoden 2021 lopussa Suomessa oli työikäisiä laillistetut ammattioikeudet omaavia sairaanhoitajia 114 140 (sisältäen ensihoitajat) ja terveydenhoitajia 24 232. Vuonna 2020 yli 75 000 henkilöä työskenteli sairaanhoitajan ammateissa (sisältäen myös amk-ensihoitajat, kättilöt, terveydenhoitajat). Avointen työpaikkojen määrä oli alkuvuonna 2022 kaikkiaan 8051 ja työttöminä tai lomautettuina oli 1268 henkilöä. Kättilöistä ja terveydenhoitajista ei ole juurikaan vajetta.

Vajetta selittänee se, että viime vaalikausilla ei sairaanhoitajakoulutusta ole juurikaan lisätty. Kunnissa ja kuntayhtymissä on vakansseja lisätty jonkin verran joka vuosi.

Sairaanhoitajien eläköityminen on varsin suurta tällä vuosikymmenellä. Viiden seuraavan vuoden kuluessa on arvioitu eläköityvän noin 8500 sairaanhoitajaa, joista julkiselta sektorilta noin 7000. Sairaanhoitajien eläkeikä on noin 63,8 vuotta.

Koulutuspaikan sairaanhoitajatutkintoon vastaanottaa vuosittain vajaa 5000 henkilöä. Kuluvalla vaalikaudella sairaanhoitajien koulutuspaikkoja lisätty määräaikaisesti 1000:lla vuosina 2020-2022. Lisäys näkyy työmarkkinoilla vuodesta 2024 alkaen. Aloituspikat saadaan täytettyä, ja koulutuksen läpäisevyys on hyvä (n. 80 %).

Yleisesti ottaen **lääketieteen** eri alojen erikoislääkärien kokonaismäärä on kasvanut vuosina 2015–2021 noin 8 %, mutta erikoislääkärimäärä on laskenut muun muassa lastenpsykiatrian ja psykiatrian (aikuispsykiatrian) erikoisaloilla. Psykiatrian erikoisalojen lääkärien kokonaismäärän ennakoidaan vähenevän nykytasosta ennustejaksolla 2021–2035. Psykiatrian (aikuispsykiatrian) erikoisalalla lääkäreitä olisi vuonna 2035 lähes kymmenesosa nykytasoa vähemmän. Erikoistumiskoulutusten lisäksi tilanteeseen vaikuttaa se, että psykiatrian erikoisaloilta lähes 70 % nykyisistä erikoislääkäreistä saavuttaa eläkeiän (65-vuotta) vuoteen 2035 mennessä⁷.

Tällä hetkellä työikäisiä (aikuis)psykiatreja on Suomessa alle 900. Psykiatreja on valmistunut vuosina 2010-2020 keskimäärin 30/vuosi. Viime vuosina valmistuvien määrä on ollut nousussa, mutta alan arvioituun tarpeeseen (noin 1100 psykiatria vuonna 2035) tarvittaisiin lähes 80 valmistuvaa vuosittain. Erikoislääkäreiden rekrytointi sairaaloiden ja avoterveydenhuollon palvelukseen on ollut jo vuosia vaikeaa. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkärivaje julkisessa terveydenhuollossa on suuri – lääkärimäärä ei vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. Lastenpsykiatreja on nyt noin 220 ja nuorisopsykiatreja 160. Vuonna 2035 tarvittaisiin vähintään 100 lastenpsykiatria ja 50 nuorisopsykiatria enemmän kuin tällä hetkellä. Tämä edellyttäisi noin 25 valmistuvaa lastenpsykiatrian erikoislääkäriä vuosittain sekä vähintään 13 valmistuvaa nuorisopsykiatrian erikoislääkäriä vuosittain.

⁶ Keva (2021). [Kuntien työvoimaennuste 2030](#).

⁷ Rellman, Johanna; Ruokonen, Hellevi; Pietilä, Mikko; Kortelainen, Kati; Ojala, Kati; Parmanne, Piitu (2022). Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164401>

STM:n Terveystieteiden ammattihenkilöiden neuvottelukunnan yhteydessä itsenäisesti toimivassa Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaostossa on juuri päivitetty koulutuksen toimenpideohjelma. Koulutusmäärien ohjaus on yksi toimenpiteistä. Tarve lisätä koulutettavia kaikille psykiatrian aloille on tunnustettu ja toimenpiteitä näiden alojen houkuttelevuuden lisäämiseksi nostettu ohjelmaan. Erikoislääkärikoulutuksen ohjausta tulee kehittää esimerkiksi kohdentamalla rahoitusta vahvistettaville erikoisaloille, kuten psykiatrian alojen erikoislääkärikoulutukseen⁸.

Ammattioikeuden omaavia **psykologeja** oli vuonna 2022 reilu 9 000 (Valvira). Heistä työllisiä vuonna 2020 oli 5 529 henkilöä.⁹ Alkuvuonna 2022 psykologien avoimia työpaikkoja oli lähes 600 ja työttömiä ja/tai lomautettuja henkilöitä 158¹⁰. Kevan arvion mukaan vaje on huomattavasti suurempi pelkästään julkisella sektorilla, jossa psykologeja tarvittaisiin 1040 henkilöä lisää.¹¹ Vaje on runsainta haja-asutusalueilla ja pienissä alle 100 000 kaupungeissa, jotka ovat kaukana yliopistokaupungeista. Lisäksi vaje opiskeluhollossa on huomattava. Opiskeluhollossa, perusterveydenhuollon sosiaali- ja terveyskeskuksissa, varhaiskasvatuksessa sekä lastensuojelussa on yhteensä noin 1000 kokonaan uutta vakanssia, jotka pitäisi perustaa ja joihin tarvitaan psykologi¹².

Työllisiä **sosiaalityöntekijöitä** vuonna 2020 oli 10 901 henkilöä¹³. Vuonna 2022 avoimia työpaikkoja oli koko Suomessa 1063. Työttömiä tai lomautettuja oli puolestaan 272 henkilöä.¹⁰ Kevan arvion mukaan julkiselle sektorille tarvittaisiin sosiaalityöntekijöitä lisää 2655 henkilöä.¹¹ Maisteri- tai kandidaattipinnot pääaineena sosiaalityö aloittaa vuosittain noin 500 opiskelijaa. Koulutusta on lisätty vuodesta 2016, jolloin aloittajia oli n. 400 henkilöä.¹⁴

Vuoden 2021 lopussa alkanut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden poikkihallinnollinen ohjelma on strategisesti merkittävä henkilöstön osaamisen, riittävyyden ja pysyvyyden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla on valmisteltu vuoden 2022 aikana täysin uusi henkilöstöpulan helpottamista ja alan veto- ja pitovoiman lisäämistä vahvistava strateginen tiekarttaohjelma vuosille 2022–2027. Ohjelmassa toteutetaan vuoden 2023 loppuun mennessä noin 50 riittävyyttä, saatavuutta ja pysyvyyttä parantavaa toimenpidettä. Lisäksi kuluvalle vaalikaudella on henkilöstön koulutusta lisätty merkittävästi. Henkilöstövajeeseen voidaan kuitenkin vain rajallisesti vastata koulutuspaikkoja lisäämällä. Lisäksi nuorisoiäluokkien

⁸ Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallinen toimenpideohjelma vuosille 2023–2027. STM 2023:1. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164540>

⁹ Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastotiedote (2023). <https://stat.fi/julkaisu/cktw35s04dru0b553lzi7aci>

¹⁰ TEM työnvälitystilastot (2022). <https://www.ammattibarometri.fi/>

¹¹ Keva (2021). Kuntien työvoimaennuste 2030.

¹² Psykonet (2021). <http://www.psykonet.fi/>

¹³ [Opetushallinnon tilastopalvelu Vipunen \(2022\)](#).

pieneneminen johtaa kilpailuun koulutettavista. Tarvitaan toimia, jotka parantavat hajanaista tietopohjaa, vahvistavat osaamista ja parantavat hyvän työn tekemisen edellytyksiä. Näiden lisäksi on parannettava työn vaikuttavuutta digitalisaatiolla, vaikuttavuusperusteisella ohjauksella ja väestön palvelutarpeisiin vastaavilla sujuvilla palvelukokonaisuuksilla ja palveluketjuilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden -ohjelma päättyy maaliskuun lopussa 2023, mutta ohjelman aikana valmisteltuja edellä mainittuihin teemoihin liittyviä toimia seurataan ja toimeenpannaan strategisen tiekarttaohjelman mukaisesti vuoteen 2027 asti.

Psykoterapeuttien saatavuus

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi keväällä 2022 selvitystyön nuorisopsykiatrian professori, emerita Eila Laukkaselta psykoterapiakoulutuksen nykytilasta ja haasteista sekä koulutuksen muuttamisesta maksuttomaksi. Selvitys on julkaistu STM:n julkaisusarjassa lokakuussa 2022¹⁵.

Psykoterapeutit ovat nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka rekisteröidään Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran ylläpitämään terveydenhuollon ammattihenkilöiden Terhikki-rekisteriin. Psykoterapeutin ammattinimikkeen omaavia oli vuonna 2022 yhteensä 8763 henkilöä. Heistä yli kolmasosa (35,5 %) oli yli 65-vuotiaita¹⁶.

Nimikesuojauksen edellyttämästä psykoterapeuttikoulutuksesta, koulutukseen pääsyn edellytyksenä olevista koulutuksista sekä koulutuksen sisällöstä ja laajuudesta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan lainsäädännössä, terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 2 a §:ssä. Asetuksen nojalla psykoterapeuttikoulutusta ei kuitenkaan ole säädetty yliopiston tehtäväksi, eikä sosiaali- ja terveysministeriö ole osoittanut rahoitusta koulutuksen järjestämiseen.

Psykoterapeuttikoulutus on tutkinnon jälkeistä koulutusta, jota yliopistot toteuttavat nykyisin maksullisena täydennyskoulutuksena. Opetus- ja kulttuuriministeriö ei vastaa psykoterapeuttikoulutuksen säädöspohjasta, ohjauksesta tai rahoituksesta. Opetus- ja kulttuuriministeriö on arvioinut vuonna 2007, että rahoitusedellytykset sekä korkeakoulujärjestelmän ja korkeakoulujen tutkintojen kehittämislinjaukset eivät tue psykoterapeuttikoulutuksen järjestämistä tutkintoon johtavana koulutuksena, vaan se tulee toteuttaa edelleen tutkintoa täydentävänä koulutuksena.

Selvityksen mukaan nykytilan haasteena on mm. että koulutukset ohjautuvat markkinaehtoisesti ja ohjattavuus palvelujärjestelmän tarpeiden mukaisesti on vaikeaa. Koulutusten määrät, laatulementit ja suoritettavat koulutukset ohjautuvat enemmän koulutukseen hakeutumisesta käsin kuin koulutus- tai palvelutarpeista. Tutkimustoiminta ja tutkimusyhteys sekä yhteys

¹⁵ Psykoterapiakoulutuksen nykytila ja haasteet ja tarvittavat toimenpide-ehdotukset. Selvitystyö (STM 2022:19) <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9995-4>

¹⁶ AVOINDATA.FI. (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. <https://www.avoindata.fi/data/fi/dataset/sosiaali-ja-terveydenhuollon-ammattihenkilot>

psykiatriaan ja psykologiaan on niukka. Siten koulutus ei vastaa yhteiskunnallisiin tarpeisiin ja osaltaan ylläpitää sekä alueellista että sisällöllistä epätasapainoa palveluiden saatavuudessa.

Välittömiksi kehittämisehdotuksiksi on nostettu psykoterapiakoulutuksen pysyvän aseman vakiinnuttaminen yliopistossa. Tämä vaatii mm professuurin, jonka tehtäviin kuuluu vastata psykoterapeuttikoulutuksesta sekä psykoterapian tutkimuksesta. Tämä vahvistaisi mahdollisuuksia koulutuksen kehittämistyöhön ja tutkimustoimintaan. Koulutuksen aseman virallistaminen loisi jatkuvuuden, joka mahdollistaisi laadun, koulutuksen sisällön ja kustannustehokkuuden kehittämisen. Koulutuksen muuttaminen yliopistoja velvoittavaksi erikoistumiskoulutukseksi virallistaisi myös yliopistojen yhteisen psykoterapeuttikonsortion aseman yhteistyö- ja ohjaavana tahona. Lisäksi on selvitettävä, miten psykoterapeuttikoulutuksen määrää voidaan lisätä. Psykoterapian kysyntä on kasvanut, ja ammattinimikkeen omaavista psykoterapeuteista lähes 36 prosenttia on yli 65 vuoden ikäisiä.

Tarvitaan myös yliopistoille suunnattu rahoitus psykoterapeuttikoulutukseen. Jos koulutuksen asema vakiinnutetaan yliopistossa ja budjetoidaan perusrahoitus suunnittelijoiden virkoihin, tämä vaikuttaa suoraan opiskelijoilta perittäviin kustannuksiin. Rahoitusratkaisu voi mahdollisesti olla kaksitahoinen: perusrahoitus virkoihin yliopistossa ja erillisrahoitus psykoterapeuttikoulutuksiin, jotka on suunniteltu ottaen huomioon kunkin alueen väestön tarpeet. Yksi mahdollisuus on myös opiskelijan opintotieteiden teoriaopintoihin ja työnhajauskustannukset terveydenhuollon taholta, jos koulutuspotilaat tulevat sitä kautta.

Koulutuksen järjestäminen erikoistumiskoulutuksena edellyttää lainsäädännöllisiä muutoksia. Keskeisin muutos vaadittaisiin koulutuksen järjestämisvelvollisuutta koskevaan yliopistolainsäädäntöön yliopiston tehtävien ja niiden yliopistorahoituksessa huomioimisen osalta. Tarvittaisiin myös säädökset yliopistolle suunnattavasta rahoituksesta, perusrahoitus ja mahdollinen erillisrahoitus koulutuskohtaisesti. Valtakunnallisen psykoterapeuttikonsortion asema tulisi virallistaa samoin kuin psykoterapeuttikoulutuksen koordinaatioryhmät, joiden kautta vaadittavaa ohjausta voidaan toteuttaa. Lainsäädäntötyö edellyttää yliopistolainsäädännön asiantuntijan jatkotyötä.

Säädöksissä tulisi huomioida, että myös muulta kuin ylemmän korkeakoulututkinnon taustalta voi tulla tähän erikoistumiskoulutukseen. Valtakunnallisen yliopistojen psykoterapeuttikonsortion antaman suosituksen mukaan psykoterapeuttikoulutuksen hakukelpoisuuden edellytyksenä on ylempi korkeakoulututkinto, ammattikorkeakoulututkinto tai opistotason tutkinto, joka johtaa soveltuvaan laillistettuun terveydenhuollon ammattiin. Hakuperusteena olevaan perustutkintoon tulee sisältyä tai perustutkinnon lisäksi tulee olla suoritettuna vähintään 30 opintopisteen psykiatrian ja/tai psykologian opinnot. Soveltuvia laillistettuja terveydenhuollon ammatteja ovat lääkärin, psykologin ja sairaanhoitajan ammatit. Erikoistapauksessa hakijan perustutkinnon ja työkokemuksen perusteella myös muu ylempi korkeakoulututkinto tai sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto voidaan katsoa soveltuvaksi perustutkinnoksi. Jos koulutus pohjaa halutaan supistaa tai laajentaa, tarvitaan erillinen lisäselvitys, jossa huomioidaan monipuolisesti psykoterapeutin tehtävän vaatimukset ja koulutusratkaisujen vaikutukset.

Meneillään oleva kehittäminen

Tulevaisuudessa sekä julkisen talouden että hyvinvointialueiden talouden kestävyys, kuten myös muiden toimialojen henkilöstötarve ja nuorisoikäluokkien pieneneminen, asettavat rajoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrälle. Toisaalta väestön ikääntyminen lisää palvelutarvetta. Vaalikaudella 2019-2023 on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutusta lisätty merkittävästi. Yksittäisen ammattiryhmän tilanteen tarkastelu ei kuitenkaan anna kokonaiskuvaa tilanteesta ja koulutustarpeesta. Henkilöstöä koskevan tietopohjan haasteiden ja ennakoitotoiminnan kehittymättömyyden vuoksi ei vielä ole mahdollista laatia numeerisia laskelmia koulutustarpeesta. Poikkeus tästä ovat erikoislääkärit, joiden koulutustarve on tiedossa. On kuitenkin tärkeää identifioida ne ammattiryhmät, joissa on syytä varautua ensi vaalikaudella pysyvään koulutuspaikkojen lisäämisen määräaikaisten koulutuslisäysten jälkeen.

Kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollosta seuraavan 10 vuoden aikana vuosittain eläköityy 17 000-20 000 ja valmistuu 21 000-24 000 työntekijää. Laskennallisesti valmistuvien määrä kattaa eläköitymisen, mutta on huomioitava myös muutokset väestön palvelutarpeessa sekä muusta kuin eläköitymisestä johtuvat poistumat.

Pysyvien ja määräaikaisten koulutuslisäyksien tarpeen ja mahdollisuuksien arviointi ja pidemmän aikavälin ennakointi kussakin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmässä tehdään vuonna 2023. Sen pohjalta toteutetaan mahdolliset koulutusmäärien lisäämiset. Koulutusmäärien lisääminen edellyttää lisäresursseja korkeakouluille sekä ammatillisen koulutuksen järjestäjille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä koskevan tietopohjan haasteita on arvioitu keväällä 2022. Tällä hetkellä tiedot ammattilaisten saatavuudesta ja riittävydestä ovat hajautuneena eri organisaatioiden tietolähteisiin, tiedontuotantotapa on kirjava eikä kattavaa kokonaiskuvaa ole saatavilla. Suurin osa julkaistavista ammattilaisten määrää koskevista tiedoista perustuu samoihin ensisijaisiin tietolähteisiin, joista merkittävin on Tilastokeskuksen työssäkäyntitilasto. Suomessa työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät eri sektoreilla ja osa heistä on työsuhteessa samanaikaisesti useammalla työnantajalla, mikä vaikeuttaa ammattilaisten määrän seurantaa. Vuodesta 2023 eteenpäin tietopohjaa on tarkoitus eri tavoin parantaa.

Nykytilassa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tarpeen arviointi ja ennakointi on jakautunut usealle kansalliselle ja alueelliselle toimijalle. Myös henkilöstön tarpeen ennakkoinnin sisällöllistä kehittämistyötä tehdään parhaillaan eri tahoilla. Henkilöstö- ja koulutustarvetta on tarpeen tarkastella kokonaisuutena, joka sisältää julkisesti rahoitetun ja järjestetyn (tuotantotavasta riippumatta) sekä kokonaan yksityisen palvelutuotannon. Valtioneuvosto on päättänyt loppuvuodesta 2022 VN TEAS hankkeen Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötarpeen määrällinen ennakointi toteuttamisesta 3/2023 – 3/2024. Hanke on suunniteltu ja ohjataan eri ministeriöiden yhteistyönä. Hankkeessa selvitetään (1) sote-henkilöstön ennakkoinnin nykytilanne ja sen kehittämistarpeet sekä (2) laaditaan projektiolaskelmia ennakkoinnin toimintamallien rakentumiselle tulevaisuudessa. Henkilöstö- ja koulutustarpeen arvioinnin tueksi hankkeessa laaditaan ammattikohtaiset (ja mahdollisesti hyvinvointialuekohtaiset) projektiolaskelmat huomioiden mm. eläköityminen, tutkintotuotos, työttömyys, ammattisiirtymät ja muuttoliike. Lisäksi laaditaan mallinnuksia, jotka yhdistävät henkilöstötarpeen ennakointiin ennusteita väestön palvelutarpeen muutoksista sekä huomioivat mm. muiden toimialojen koulutustarpeita.

Osaamisen vahvistaminen, työnjako ja lisäkoulutustarpeet

Mielenterveyden häiriöiden hoidossa tarvitaan yleis- ja erikoislääkärien ohella psykologeja sekä mielenterveyden hoitoon lisäkoulutusta saaneita muita sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä, kuten sairaanhoitajia. Ammattilaisten koulutusta tulee kehittää siten, että se mahdollistaa hoidon painopisteen siirtämisen alkuvaiheen peruspalveluihin. Psykososiaalisten menetelmien käyttö kuuluu sekä perusterveydenhuollolle että erikoissairaanhoidolle. Perusterveydenhuollossa ei juurikaan ole valmiiksi näiden menetelmien osaamista, vaan henkilöstöä on koulutettava niihin. Osaamisen vahvistamisen tarve koskee eniten sairaanhoitajia. Samalla perustason psykososiaalisten menetelmien saatavuutta rajoittaa henkilöstövaje, erityisesti vaje sairaanhoitajista.

Varsinaisten psykoterapioiden saatavuutta rajoittaa koulutettujen psykoterapeuttien määrä. Psykoterapeuttikoulutuksen tarjoaminen soveltuvin osin julkisesti toteutettuna ja rahoitettuna on tarpeen, jotta pystytään vastaamaan psykoterapeuttitarpeeseen. Lisätietoa tarvitaan mahdollisuudesta toteuttaa psykoterapiakoulutusta porrasteisesti, ja mitä se tarkoittaisi kyseeseen tulevien eri ammattiryhmien kohdalla.

Kuluvalla vaalikaudella on linjattu, että sairaanhoitajakoulutusta lisätään vuosina 2021-22 tuhannella uudella koulutuspaikalla. Vaikka tämä tavoite on jopa ylitetty, tehdyt määräaikaiset koulutuslisäykset eivät kata tämänhetkistä sairaanhoitajavajetta. Toisaalta hyvinvointialueiden palvelu- ja henkilöstörakenteen ratkaisut saattavat jossain määrin vähentää tarvetta. Säädosmuutoksista erityisesti iäkkäiden palveluiden hoitajamitoitus lisää sairaanhoitajien tarvetta, mikä on huomioitu kuluvan vaalikauden koulutuslisäyksissä. Perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentaminen lisää sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien tarvetta vuosittain 200-450 henkilöä vuosina 2023-2026. Tätä ei vielä ole huomioitu koulutusmäärissä. Mahdollisen sairaanhoitajakoulutuksen lisäyksen suuruuden arvioiminen on mahdollista aikaisintaan syksyllä 2023, jolloin on kohtuullisen hyvä tieto sekä määräaikaisten koulutuslisäysten vaikutuksista sekä ainakin alustavaa tietoa hyvinvointialueiden tilanteesta. Lisäksi on pohdittava psykiatrisen, mielenterveys- ja päihdehoitotyön erikoistumiskoulutuksen järjestämistä hyödyntäen klinisen hoitotyön erikoisaloja koskevaa STM:n selvitystä.

Lääkäreitä on sinänsä saatavilla työmarkkinoilla ja lääkärien koulutusmäärissä on tapahtunut tarpeeseen vastaavaa kehitystä. Valtakunnallisella tasolla arvioituna lääkärien tosiasialliseen saatavuuteen vaikuttavat kuitenkin monet tekijät, kuten erilaiset kohtaantohaasteet. Näitä ovat alueellisen kohtaannon ja ammatillisen kohtaannon haasteet sekä erilaiset kannustin- ja informaatiohaasteet. Lääkäreitä ei esimerkiksi ole hakeutunut riittävästi etenkin julkiselle sektorille toimimaan lääkäreinä terveyskeskuksissa tai tietyillä lääketieteen erikoisaloilla. Lääkäreiden koulutuspaikkoja on lisätty määräaikaaisesti vuoteen 2022 saakka ja jatkossa on arvioitava maltillisen koulutuslisäyksen tarve.

Psykiatrian alojen erikoislääkärien määrä on sekä tarvetta pienempi että yhä vähenemässä nykytasosta lähivuosien aikana. Tarkoituksenmukainen työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä voi vähentää erikoissairaanhoidon tarvetta jonkin verran edellyttäen, että perusterveydenhuollossa on henkilöstöä tarpeen mukaisesti. Joka tapauksessa psykiatrian

alojen erikoislääkärikoulutukseen hakeutumista on pystyttävä lisäämään, jotta voidaan turvata vakavasti sairastuneiden hoito, hoitoketjut ja palvelukokonaisuudet perusterveydenhuollon ja muiden tahojen kanssa sekä tahdosta riippumaton hoito ja siihen sisältyvä julkisen palvelujärjestelmän virkalääkäreille kuuluva julkisen vallan käyttö. Erikoislääkärikoulutuksen ohjausta on kehitettävä siten, että kohdennetaan rahoitusta erityisesti psykiatrian alojen erikoislääkärikoulutukseen. Rahoituksella voidaan erikoislääkärikoulutukseen sisällyttää soveltuva osa psykoterapiakoulutusta. Erikoislääkäriin täytyy hallita erikoisalansa biologisten ja psykososiaalisten hoitojen kokonaisuus. On myös pohdittava, tarvitaanko uusi päihdelääketieteen erikoisala, perusteena kansanterveydellinen merkitys ja tarvittava erityisosaaminen.

Psykologeista on merkittävä vaje, vaikka psykologeja valmistuu Suomessa enemmän kuin heitä jää eläkkeelle, ja psykologikoulutuksen sisäänottomäärät ovat viime vuosina lisääntyneet entisestään. Näin ollen psykologien saatavuus paranee entisestään. Psykologien saatavuuteen vaikuttavat kuitenkin etenkin kohtaantohaasteet, kun asiantuntijat ja työpaikat eivät kohta. Psykologien tarve vaihtelee sekä alue- että alakohtaisesti. Perustutkinnon suorittaneet sijoittuvat lähtökohtaisesti yliopistokaupunkien läheisyyteen ja isoihin kaupunkeihin heti valmistumisensa jälkeen, mistä johtuen hakijoita kauemmas ei tunnu riittävän. Maltillista koulutusmäärien lisäystä on syytä jatkaa. Olisi myös arvioitava psykoterapeuttisten taitojen ja lyhyiden psykososiaalisten interventioiden osaamisen sisältyminen psykologien perustutkintokoulutukseen ja psykoterapiakoulutuksen tarjoaminen soveltuvin osin osana psykologitutkintoa.

Sosiaalityöntekijävaje on suuri. Koulutus ei näyttäisi kattavan edes vuotuista eläköitymistä. Toisaalta sosiaalityöntekijöitä työllistyy merkittävässä määrin muualle kuin julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Maltillista koulutusmäärän lisäystä on syytä jatkaa.

Lisärahoitustarve

Liitteenä olevassa lyhytinterventioiden kustannuspainelaskelmassa on tehty herkkyystarkasteluja masennus- ja ahdistushäiriöiden perustason interventioiden kustannuksista tilanteessa, jossa palvelujen tarjonta vastaa palvelutarpeeseen. Masennus- ja ahdistushäiriöt kattavat valtaosan perustason interventioiden tarpeesta. Laskennalliset, mittaluokaltaan realistiset arviot näiden interventioiden tarpeen vastaamisen vuositaso operatiivisista kustannuksista liikkuvat noin 170–250 miljoonan euron välillä.

Lyhytinterventioiden palvelutarpeeseen vastaaminen voisi jonkin verran korvata jo nykyisin Kelan tuella toteutettavaa psykoterapiaa sekä hyvinvointialueiden toteuttamaa psykoterapiaa ja muita mielenterveyden häiriöiden interventioita. Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa on saanut vuonna 2021 noin 45 000 aikuista ja noin 15 000 nuorta. Kuntoutuspsykoterapian kustannukset Kelalle ovat olleet vuonna 2021 noin 107 miljoonaa euroa, joka ei sisällä asiakkaiden maksamia omavastuuosuuksia. Kuntoutuspsykoterapia vastaa lyhytinterventioita pidempiaikaisen kuntoutuksen tarpeeseen, ja osa Kelan tukea saaneista on saanut rahoitusta kuntoutuspsykoterapiaan kaksi tai kolme vuotta. Kaiken kaikkiaan Kelan tukeman kuntoutuspsykoterapian nykytilan suhteuttaminen lyhytinterventioiden palvelutarpeeseen vastaamiseen vaatii tarkastelun jatkamista, kun asiaa valmistellaan eteenpäin. Mahdolliset lisäkustannukset lyhytinterventioiden tarpeeseen vastaamisesta eivät siis olisi täysimääräisesti

uusia kustannuksia julkiselle taloudelle, mutta joka tapauksessa välittömät kustannukset olisivat arvion mukaan huomattavasti Terapiatakuu-aloitteessa tehtyjä arvioita suurempia. Kansainvälisten kokemusten perusteella lyhytinterventioiden palvelutarpeeseen vastaaminen edellyttää vähintään kahden hallituskauden ajalle jaksottuvaa toimenpiteiden jatkumoa, joka jatkaa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa aloitettua kehittämistyötä. Tänä aikana on tärkeää myös hankkia tutkittua tietoa perustason interventioiden yleistymisen julkista taloutta vahvistavista vaikutuksista, joihin on viitattu myös Terapiatakuu-aloitteessa.

Lyhytinterventioiden palvelutarpeeseen vastaaminen edellyttää terveydenhuollon henkilöstön lisäkouluttamista interventiomenetelmiin sekä jo koulutetun henkilöstön ajoittaisia täydennyskoulutuksia. Se aiheuttaa kertaluontoisia kustannuksia. Esimerkiksi nuorten masennukseen soveltuvan IPC-intervention vaatima lisäkoulutus edellyttää arvion mukaan yhteensä noin 80 tunnin opiskelua ja menetelmäohjausta, mikä sairaanhoitajan tuntiansioilla tarkoittaisi noin 1 500 euron kustannusta. Mainitussa liitteessä henkilötyövuositarpeiden arviot ovat noin 2 000 henkilötyövuoden luokkaa, ja vastaavan henkilömäärän perehdyttäminen IPC-menetelmään tarkoittaisi noin 3 miljoonan euron kustannusta. Jos yksittäiselle työntekijälle yhden IPC-menetelmää vastaavan menetelmän koulutus on riittävää, ja henkilöstön vaihtuvuus ja menetelmäkoulutuksen päivittäminen aiheuttaisivat noin neljäsosan tästä kertaluonteisesta kustannuksesta, vuosittaiset lisäkoulutuksen ja täydennyskoulutuksen kustannukset olisivat vakiintuneessa tilassa noin 700 000 euroa.

Hyvinvointialueiden operatiivisten ja lisäkoulutuskustannusten lisäksi perustason mielenterveyden häiriöiden interventioiden tarpeeseen vastaaminen edellyttää psykososiaalisten menetelmien alueellisesta koordinaatiosta, mukaan lukien koulutuksesta ja työnohjauksesta, vastaavien osaamiskeskusten ylläpitoa, joiden kustannukset olisivat yhteensä noin 7 miljoonaa euroa vuodessa.

Lainsäädäntö

Terveydenhuoltolain palveluja koskeva lainsäädäntö

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevista mielenterveyden palveluista sekä hoitoon pääsystä terveydenhuollon palveluihin säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010).

Terveydenhuoltolain 27 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden mielenterveyden hoito, johon 1 momentin mukaan kuuluu:

- 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön, perheen ja muiden läheisten psykososiaalinen tuki ja sen yhteensovittaminen;
- 2) mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen, tutkimus, hoito ja lääkinällinen kuntoutus monimuotoisina palveluina.

Pykälän 2 momentin mukaan mielenterveyden hoitoa saavalle potilaalle on turvattava hänen tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuus. Mielenterveyden hoitoa on toteutettava myös perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon yhteistyönä. Potilaan siirtyessä

terveydenhuollon toimintayksiköstä toiseen tai sosiaalihuollon laitos- tai asumispalveluihin on turvattava tarpeenmukaisen hoidon jatkuvuus.

Pykälän 3 momentin mukaan mielenterveyden hoito on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä hyvinvointialueella ja kunnissa tehtävän mielenterveyden edistämisen kanssa.

Terveydenhuoltolaissa säädetään myös muun ohella sairaanhoidon palveluiden järjestämisestä (24 §) sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta (16 ja 17 §) sekä opiskeluhuollon psykologipalveluista (17 a §).

Hoitoon pääsy (hoitotakuu)

Hoitoon pääsemisestä kiireettömään perusterveydenhuoltoon säädetään vielä 31.8.2023 asti terveydenhuoltolain 51 §:ssä siten, että hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystieteelliseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteelliseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Eduskunta on hyväksynyt muutokset hoitoon pääsyn enimmäisaikojen (niin sanottu hoitotakuu) tiukentamiseksi (HE 74/2022 vp). Jatkossa 51 §:ssä säädettäisiin yhteyden saamisesta perusterveydenhuollon yksikköön ja hoidon tarvetta koskevasta arviosta. Pykälän mukaan toiminta tulee järjestää siten, että potilas voi arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana saada yhteyden perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada saman päivän aikana yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimuksia potilas tarvitsee. Tämän arvion hoidon tarpeesta tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Siirtymäaikana 31.8.2027 asti arvion voi tehdä myös nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on tehtävään riittävä pätevyys.

Uudessa 51 a §:ssä säädetään hoitoon pääsystä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. Kun tutkimuksen tai hoidon tarve on todettu, tulee ensimmäinen hoitotapahtuma järjestää siirtymäkautena 1.9.2023–31.10.2024 seuraavan 14 vuorokauden sisällä ja 1.11.2024 lähtien seitsemän vuorokauden sisällä. Jatkossa puhutaan selvyiden vuoksi seitsemän vuorokauden enimmäisajasta lainsäädäntömuutoksia kuvaillessa.

Seitsemän vuorokauden enimmäisajassa tulee järjestää ensimmäinen hoitotapahtuma, kun potilaan hoidon hakeutumisen syynä perusterveydenhuollon kiireettömässä sairaanhoidossa on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja arvioinnissa todetaan lääketieteellisesti tarpeelliseksi antaa hoitoa. Hoidon voi toteuttaa lääkärin lisäksi myös muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Hyvinvointialueen on hankittava palveluita muilta palveluntuottajilta, jos se ei kykene antamaan hoitoa laissa säädetyissä enimmäisajoissa. Hyvinvointialueen on hoidon tarvetta arvioidessaan arvioitava myös sitä, pystyykö se tuottamaan tutkimukset ja hoidon enimmäisajassa. Arvioinnissa tulee myös arvioida sitä, tarvitseeko potilas tutkimusta tai hoitoa nopeammin kuin seitsemässä vuorokaudessa.

Uudessa 51 a §:ssä säädetään lisäksi, että jos tutkimuksen tai hoidon tarpeesta tehdyn arvion perusteella potilas on ohjattu muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle, ja ammattihenkilö toteaa lääkärin tutkimuksen tai hoidon tarpeen, tämä lääkäriin pääsy on toteutettava seuraavan seitsemän vuorokauden sisällä.

Seitsemän vuorokauden enimmäisaika perusterveydenhuollossa ei koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia, perusterveydenhuollossa toimivan muiden lääketieteen erikoisalojen kuin yleislääketieteen erikoislääkärin vastaanotokäyntejä eikä hoitotapahtumia, jotka tehdään yksinomaan laadittavan todistuksen tai lausunnon saamiseksi. Enimmäisaika ei myöskään koske terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja kuten terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia eikä muita ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palveluita.

Uuden 51 a §:n 4 momentin mukaan perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden, joita ei koske seitsemän vuorokauden enimmäisaika, ensimmäinen hoitotapahtuma tulisi järjestää potilaan terveydentila, työ- opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja ennakoitavissa oleva sairauden tai vamman kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa yhteydenotosta ja 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

Kun arvioidaan lain soveltamista mielenterveyden hoitoon, voidaan todeta, että hoitoon pääsyn sääntely koskee erityisesti hoitoon hakeutumista, eli pääsyä lääkäriin tai, jos diagnoosiin perustuvalla hoidolla ei siinä vaiheessa ole tarvetta, pääsyä hoitajan tai esimerkiksi psykologin suoravastaanotolle. Jos 51 §:n mukaisen hoidon tarpeen arvion perusteella potilaan hoito voidaan aloittaa suoraan potilaan oirekuvan mukaisesti esimerkiksi elämäkriisin tai lievien mielialaoireiden takia tällaisella suoravastaanotolla, hoitoa koskee seitsemän vuorokauden hoitotakuu. Lisäksi sääntely turvaa pääsyn lääkärin vastaanotolle, jos tässä ensimmäisessä käynnissä todetaan tarve lääkärivastaanotolle.

Kuten edellä on todettu, palvelut, joita ei koske seitsemän vuorokauden hoitotakuu, tulee järjestää kohtuullisessa ajassa enintään kolmen kuukauden kuluessa 51 §:n mukaisesta arviosta taikka hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Käytännössä 51 §:n mukaisen arvioinnin perusteella potilasta ei suoraan lähetetä psykoterapiaan tai muuhun sellaiseen hoitoon, jota ennen tarvitaan diagnostista arviota mielenterveyteen liittyvien palvelujen saamiseksi, vaan potilas ohjataan ensin lääkärin vastaanotolle. Lääkärin johdolla tehdään hoitosuunnitelma, jonka mukaan tarvittava jatkohoito toteutetaan.

Kuvattu sääntely ei suoraan tarkoita, että esimerkiksi psykoterapiaan on päästävä kolmessa kuukaudessa ensimmäisestä yhteydenotosta, koska 51 a §:n 4 momentissa on vaihtoehtoisena toteuttamistapana antaa hoito hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Esityksen perusteluissa on korostettu, että hoito on toteutettava hyvän hoitokäytännön mukaisesti. Sääntely

hoitosuunnitelman mukaisesta hoidosta ei oikeuta esimerkiksi jaksottamaan hoitokäyntejä hyvän hoitokäytännön vastaisesti. Jatkohoito ja hoidon kokonaisuus on toteutettava lainsäädännön sekä kansallisten terveydenhuollon ja lääketieteellisten suositusten mukaisesti. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden¹⁷ mukaan potilaan arvioinnin ja hoidon aloituksen olisi aina toteuduttava nopeasti häiriön ja sen psykososiaalisten seurausten vaikeutumisriskin vuoksi, lukuun ottamatta joitakin pitkäaikaisiin ominaisuuksiin tai oirekuviin liittyviä tutkimusjaksoja.

Hoito voi tarkoittaa, paitsi terveyskeskuksessa toimivan ammattilaisen antamaa hoitoa, myös esimerkiksi palvelusetelillä toteutettua lyhytpsykoterapiaa tai verkkoterapiaa.

Erikoissairaanhoidon hoitotakuusta säädetään terveydenhuoltolain 52 §:ssä. Henkilön ottaminen sairaalaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Terveydenhuoltolain 53 §:ssä säädetään erillisestä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden hoitotakuusta erikoissairaanhoidossa. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikoja koskeva sääntely koskee myös Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa (laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta (695/2019) sekä vankiterveydenhuoltoa (vankeuslaki 767/2005 ja tutkintavankeuslaki 768/2005). YTHS tuottaa vain perusterveydenhuollon palveluja.

Kiireellinen hoito

¹⁷ Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. STM 2019:2. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161496>

Kiireellisestä hoidosta säädetään terveydenhuoltolain 50 §:ssä. Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on hyvinvointialueen annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisen hoidon antamista varten hyvinvointialueen on järjestettävä vastaanotto toiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Hyvinvointialueen on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyöstä säädetään terveydenhuoltolain 50 a §:ssä. Kiireellisen hoidon edellyttämän arvion yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve. Terveydenhuolto toteuttaa psykososiaalista tukea kiireellisissä tilanteissa yhdessä sosiaalipäivystyksen kanssa. Sosiaalipäivystys vastaa kiireellisissä tilanteissa psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtamisesta ja yhteen sovittamisesta. Mielenterveyspalveluja tarvitsevan potilaan hoidon ja palvelujen jatkuvuus on turvattava osana terveydenhuollon päivystystä ja sosiaalipäivystystä.

Psykososiaalisesta tuesta äkillisissä järkyttävissä tilanteissa säädetään lain 50 b §:ssä. Terveydenhuollon psykososiaalisella tuella äkillisissä järkyttävissä tilanteissa tarkoitetaan akuuttina kriisityönä annettavaa välitöntä tukea yksilölle, perheelle ja yhteisölle sekä tuen yhteensovittamista. Psykososiaalista tukea äkillisissä järkyttävissä tilanteissa toteutetaan kriisipäivystyksenä ja osana terveydenhuollon muuta toimintaa.

Sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut

Sosiaalihuollon yleislaki on sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Sosiaalihuoltolaissa säädetään hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevista palveluista, kuten mielenterveystyöstä (25 §).

Sosiaalihuoltolain 25 §:n 1 momentin mukaan sosiaalihuollon mielenterveystyöllä tarkoitetaan hyvinvointialueen sosiaalipalveluja ja muuta yksilöön ja yhteisöön kohdentuvaa toimintaa, jolla vahvistetaan yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, vähennetään ja poistetaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä sekä vastataan psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen.

Pykälän 2 momentin mukaan sosiaalihuollon mielenterveystyöhön kuuluvat neuvonnan ja ohjauksen lisäksi 14 §:ssä tarkoitetut sosiaalipalvelut (kuten sosiaalityö ja sosiaaliohjaus) joko yleisinä sosiaalipalveluina tai erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen vastaavina palveluina. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki sekä yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen.

Pykälän 3 momentin mukaan palveluja annettaessa ja kehitettäessä on huomioitava perheen ja muiden läheisten lain 11 §:ssä tarkoitettu tuen tarve. Lapsen oikeudesta saada välttämättömät sosiaalipalvelut säädetään 13 §:ssä.

Pykälän 4 momentin mukaan sosiaalihuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä hyvinvointialueella ja kunnissa tehtävän mielenterveyden edistämisen kanssa.

Sosiaalihuoltolain 25 a §:n mukaan mielenterveystyön palveluilla tarkoitetaan erityisesti psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvaan tuen tarpeeseen kohdennettuja palveluja. Sellaisina on järjestettävä ainakin asumispalveluja sekä niiden yhteydessä annettavaa sosiaaliohjausta, sosiaalityötä ja sosiaalista kuntoutusta.

Sosiaalihuollon mielenterveystyön palvelut täydentävät muita 14 §:ssä tarkoitettuja yksilön mielenterveyden tukemiseksi tarvittavia (yleisiä) sosiaalipalveluja.

Sosiaalihuoltolaissa ei säädetä palveluiden saamisen enimmäisajoista.

Lain 29 §:ssä säädetään hyvinvointialueen veloitteesta järjestää sosiaalipäivystys ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi kaiken ikäisille. Lain 29 a §:n mukaan sosiaalipäivystys toteuttaa psykososiaalista tukea kiireellisissä tilanteissa yhdessä terveydenhuollon kanssa. Sosiaalipäivystys vastaa kiireellisissä tilanteissa psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtamisesta ja yhteen sovittamisesta. Lain 29 b §:ssä säädetään sosiaalihuollon psykososiaalisesta äkillisissä järkyttävissä tilanteissa. Sillä tarkoitetaan sosiaalityönä ja sosiaaliohjauksena annettavaa välitöntä tukea yksilölle, perheelle ja yhteisölle sekä tuen yhteensovittamista. Psykososiaalista tukea äkillisissä järkyttävissä tilanteissa toteutetaan sosiaalipäivystyksessä ja osana sosiaalihuollon muuta toimintaa.

Psykososiaalisten hoitojen hoitoon pääsyn lainsäädännön tarkentamiseen liittyviä näkökohtia

Eduskunnan käsittelemässä Terapiatakuu-kansalaisaloitteessa (KAA 10/2019 vp) ehdotettiin, että lakiin lisättäisiin uusi säännös, jonka mukaan perusterveydenhuoltoon sisältyy mielenterveyden häiriöiden soveltuva psykoterapia ja muu psykososiaalinen hoito. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollossa toteutettava mielenterveyden häiriön tarpeelliseksi todettu psykoterapia tai muu psykososiaalinen hoito on järjestettävä neljän viikon sisällä siitä, kun hoidon tarve on arvioitu jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Kuten sosiaali- ja terveysvaliokunta mietinnössään (StVM 21/2022 vp) toteaa, terveydenhuoltolaissa säännellään hoitoon pääsyä jossain määrin erilaisista lähtökohdista käsin suhteessa terapiatakuuta koskeviin aloitteisiin. Hallituksen esityksen ehdotukset koskevat keskeisesti hoitoon pääsyn ensi vaihetta (1. ja eräissä tapauksissa 2. hoitotapahtuma). Terapiatakuualoitteen lähtökohta on yhden tietyn hoitomuodon, psykoterapian tai muun psykososiaalisen hoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikaa, kun hoitotakuusäntely koskee hoitoon pääsyä palveluiden piiriin yleisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö totesi valiokunnalle antamassaan lausunnossa, että olisi poikkeuksellinen sääntelytapa säätää yhden hoitomuodon hoitoon pääsystä erikseen. Voidaan esittää kysymys, onko perusteltua säätää juuri mielenterveyden hoidon tietyn hoitomuodon saamisesta erikseen ja nopeammin. Tällainen erillistakuu voisi nostaa esiin toiveen säätää muunlaisillekin terveysongelmille ja hoitomuodoille yksityiskohtaisempia hoitomuotojen alkamisen enimmäisaikoja. Käytännössä kuitenkin sääntelytapa, jossa laajasti eri terveysongelmille säädettäisiin omia määräaikojaan, olisi mahdoton toteuttaa.

Ministeriön lausunnossa tuodaan esiin erillisen psykoterapiaa ja psykososiaalisia hoitoja koskevan erillishoitotakuun toteuttamisen kannalta haasteellisena se, että perusterveydenhuollossa mielenterveyden häiriöt ja somaattiset sairaudet esiintyvät usein samoilla henkilöillä, ja on arvioitu, että perusterveydenhuollon potilaista mielenterveyden häiriötä esiintyy 25–35 prosentilla. Samoilla lääkärin ja hoitajan vastaanotoilla otetaan usein kantaa niin somaattisiin sairauksiin kuin mielenterveyden häiriöiden hoitoon, vaikka perusterveydenhuollossa on lisäksi olemassa erillisiä mielenterveystyöntekijöitä ja työryhmiä. Tämän takia on perusteltua ja hoitoa selkeyttävää toimia samojen peruseriaatteiden pohjalta mielenterveyshäiriöiden ja somaattisten sairauksien hoidossa.

Jos kuitenkin poliittinen tahtotila on se, että psykoterapiapalveluissa ja muissa psykososiaalisissa hoidoissa säädetään nimenomainen enimmäisaika sille, milloin tällainen hoitomuoto tulee aloittaa, on ratkaistava, mistä lähtien enimmäisaikaa aletaan laskea. On käytännössä toimimaton ratkaisu sitoa tietyn hoitomenetelmän käytön aloittamisen enimmäisaika terveydenhuoltolain 51 §:n mukaiseen hoidon tarpeen arviointiin, kuten hoitotakuusääntelyn lähtökohta muuten on. Mainitussa 51 §:n mukaisessa vaiheessa potilas ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon terveysongelmansa takia, ja hänelle annetaan aika lääkärille tai muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Potilas saattaa olla terveysongelmansa takia hoidon piirissä pitkäänkin, jos ensin päädytään käyttämään muuta hoitomuotoa ja vasta sen jälkeen tulee esiin psykoterapian tai muun psykososiaalisen intervention tarve. Säädetäessä enimmäisaika psykoterapian tai muun vastaavan hoito- tai kuntoutuspalvelun saamiselle enimmäisaika tulisi sitoa esimerkiksi siihen, että lääkäri on todennut tarpeen tällaiselle hoitomuodolle.

Lainsäädäntöä tarkentaessa tulisi myös määritellä, mitä hoitoja erillistakuun piiriin kuuluisi. Kuten tässä selvityksessä on tuotu esiin, psykososiaalisten menetelmien kirjo on hyvin laaja, eikä käsitteistö ole täysin vakiintunutta Suomessa tai kansainvälisesti. Kun lailla luotaisiin oikeus päästä tiettyyn hoitomuotoon tietyssä määräajassa, tulisi olla selvää, mitä hoitoja oikeus koskee.

Tässä selvityksessä on tuotu esiin, että riittävän hoitokapasiteetin kasvattaminen vie vuosia. Lainsäädäntömuutosten, jos niitä tehdään, aika on vasta silloin, kun on koulutettu riittävästi osaajia antamaan hoitoa. Hoitotakuulainsäädännön muutoksia ei toisin sanoen katsota olevan tarve tai mahdollistakaan tehdä lyhyellä aikavälillä.

Psykoterapiat ja psykososiaaliset hoidot ovat hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvia palveluita, eikä terveydenhuoltolain tai sosiaalihuoltolain mielenterveyspalveluita koskevaan sääntelyyn arvioida kohdentuvan täsmennystarpeita. Mielenterveyspalveluita koskeva lainsäädäntö on uudistettu 1.1.2023 lukien, ja tärkeää on seurata sen toimeenpanon toteutumista.

Liite: Painelaskelmia lyhytinterventioiden resurssitarpeesta