

# Terapiatakuun toteuttamisen periaatteet yli 18-vuotiailla

LUONNOS hyvinvointialueiden yhteiseksi näkemykseksi terapiatakuun toteuttamisen keskeisistä periaatteista. v. 12.12.2024

## Terapiatakuulainsäädäntö

Lasten ja nuorten terapiatakuulainsäädännön tavoitteena on hallitusohjelman mukaisesti turvata lasten ja nuorten yhdenvertainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalsiin hoitoihin. Tavoitteena on parantaa mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä ja hoidon sekä tuen saatavuutta terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa.

Lasten ja nuorten terapiatakuu on voimassa 1.5.2025 alkaen ja koskee alle 23-vuotiaita. Lainsäädännössä lisätään terapiatakuuta koskevat säännökset terveydenhuoltolakiin (53§ ja 55§), Sosiaalihuoltolakiin (25§ ja 45§) sekä Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettuun lakiin (10§).

Terapiatakuun ydinsisällön muotoilu on Terveystieteiden ja Laissa korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollosta identtinen:

*Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito<sup>1</sup> on aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.*

Sosiaalihuoltolain muotoilu terapiatakuun ydinsisällöstä on hieman erilainen:

*Lisäksi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille on mielenterveystyön palveluna järjestettävä hyvinvointialueen määrittämällä tavalla psykososiaalista tukea, jossa käytetään psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia määrämuotoisia ja aikarajoitteisia psykososiaalisia työmenetelmiä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä on sovittava siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta muodostuu tarkoituksenmukainen kokonaisuus.*

Lisäksi hyvinvointialueiden yhteistyösopimusten sisältöä ja valmistelua koskevaa asetusta muutetaan lisäämällä siihen terapiatakuun toteuttamistapoja koskeva sopimisvelvoite YTA-tasoisesti:

*2 a § Sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönotto*

*Yhteistyösopimuksessa on sovittava ... ainakin terveydenhuoltolain 53 §:n ... ja sosiaalihuoltolain 25 § ... tarkoitettujen lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten*

---

<sup>1</sup> Tässä dokumentissa käytetään tiiviyn vuoksi termiä ”lyhytterapia” tarkoittamaan terapiatakuulain mukaista ”psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito”.

*perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon psykososiaalisten työmenetelmien käyttöönotosta ja käytöstä.*

*Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä on sovittava siten, että niistä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittava kokonaisuus.*

Lisäksi Terveydenhuoltolain mukaisessa ns. keskittämisasiasetuksessa (VnA 582/2017) on jo olemassa samankaltainen määräys, joka velvoittaa yliopistollisia hyvinvointialueita ja HUS-yhtymää arvioimaan ja ylläpitämään psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia hoitomenetelmiä terveydenhuollon osalta alueillaan

*4 § Alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen*

*Sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitetussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, on viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin huolehdittava seuraavista erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti:*

*6) psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito;*

*9) terveydenhuollon menetelmien arviointi valtakunnallisessa yhteistyössä;*

## Tämän suosituksen tavoite ja tarkoitus

Terapiatakuulainsäädännön toteuttaminen niin, että se aidosti ja asiakaslähtöisesti parantaa alle 23-vuotiaiden saamia mielenterveyspalveluita kokonaisuutenaan ei ole itsestään selvää. Keskeiset riskit liittyvät siihen, että

1. Resurssisyydestä joudutaan priorisoimaan terapiatakuun täyttymistä tarjoamalla vain kapeaa valikoimaa hoitoja. Tällöin ei muodostu aidosti yksilöllisiin tarpeisiin vastaavaa, monipuolista, tehokkaasti porrastettua ja yhteensovitettua palvelukokonaisuutta.
2. Hyvinvointialueet tai YTA-alueet lähtevät toteuttamaan terapiatakuuta alueittain eriytyvillä tai vaikeasti ylläpidettävillä psykososiaalisilla menetelmillä. Tällöin muodostuu palvelumalleja, joita voi olla vaikea ylläpitää pitkällä tähtäimellä. Psykososiaalisten menetelmien ylläpito edellyttää kyseiselle menetelmälle jatkuvan täydennyskoulutusjärjestelmän.

Lisäksi terapiatakuun toteuttamisen aikataulu on lainsäädännöstä johtuen tiukka ja lainsäädännössä on monia tulkinnanvaraisia asioita.

Tämän suosituksen tavoitteena vähentää edellä kuvattuja riskejä selkeyttämällä terapiatakuulainsäädännön sisältöä ja kuvaamalla hyvinvointialueiden laajasti hyväksyttävänä pitämiä tapoja toteuttaa terapiatakuu.

Suosituksen on tarkoitus toimia sekä hyvinvointialueiden että YTA-alueiden tukena näiden sopiessa terapiatakuun toteuttamisesta omilla alueillaan.

Suosituksen tavoitteena on kuvata erityisesti kansallisella tasolla terveydenhuollossa käytettyjä hoidon porrastuksen malleja, rakenteita, tukipalveluita sekä laajasti ja kustannustehokkaasti koulutettavissa olevia menetelmiä.

Pitkän tähtäimen tavoitteena on kansallisesti riittävän samankaltaisten palvelumallien, tukipalveluiden ja keskeisten psykososiaalisten menetelmien ylläpito yliopistollisten hyvinvointialueiden yhteistyössä. Tämä mahdollistaisi aluerajat ylittävän yhteiskehittämisen, benchmarkingin ja kustannustehokkaan menetelmäosaamisen ylläpidon sekä riittävän yhdenvertaiset palvelut asuinpaikasta riippumatta.

Suosituksessa kuvataan erityisesti:

- 1) Suomessa viime vuosina käyttöön otettu psykososiaalisten menetelmien porrastettu hoitomalli ja sen suhde terapiatakuun toteuttamiseen
- 2) Keskeisiä terapiatakuun toteuttamiseen liittyviä periaatteita, erityisesti terapiatakuun piiriin kuulumisen arviointi
- 3) Keskeiset, Suomessa useammalla hyvinvointialueella käytössä olevat näyttöön perustuvat ja terapiatakuun täyttävät psykososiaaliset menetelmät

Sekä muita keskeisiä terapiatakuun toteuttamiseen liittyviä käytännön asioita, joiden toteuttaminen eri alueilla suunnilleen samoilla tavoilla olisi arvokasta.

## Porrastettu hoidon malli ja terapiatakuu

Perustasolta saatavien psykososiaalisten menetelmien vahvistamista on tehty Suomessa kattavasti vuodesta 2020 mm. osana Tulevaisuuden sote-keskuksen, Terapiat etulinjaan -toimintamallin ja Psykososiaalisten menetelmien koordinaatorakenteiden kehittämistä.

Näiden hankkeiden tavoitteet ovat linjassa terapiatakuulainsäädännön tavoitteiden kanssa. On tärkeää, että terapiatakuun toteutus nähdään jatkumona jo pitkään tehdylle kehittämistyölle. Terapiatakuun pitkän tähtäimen onnistuminen edellyttää hankkeissa kehitettyjä yhteistyörakenteita, tukipalveluita ja koulutuksia.

Suomalaisessa porrastetussa hoitomallissa psykososiaaliset hoidot porrastetaan neljälle hoitojärjestelmän piirissä olevalle portaalle (1.–4. -portaat) sekä kaikille avoimiin palveluihin (0. portas). Tavoitteena on ylläpitää sellaista kustannusvaikuttavan palvelukokonaisuuden perusrakennetta, joka on riittävän vertailukelpoinen alueiden välillä, jotta yhteiskehittäminen ja yhteistyö onnistuu.

Porrastettu hoitomalli soveltuu suoraan terapiatakuun kuvaamiseen. Tiivistettynä:

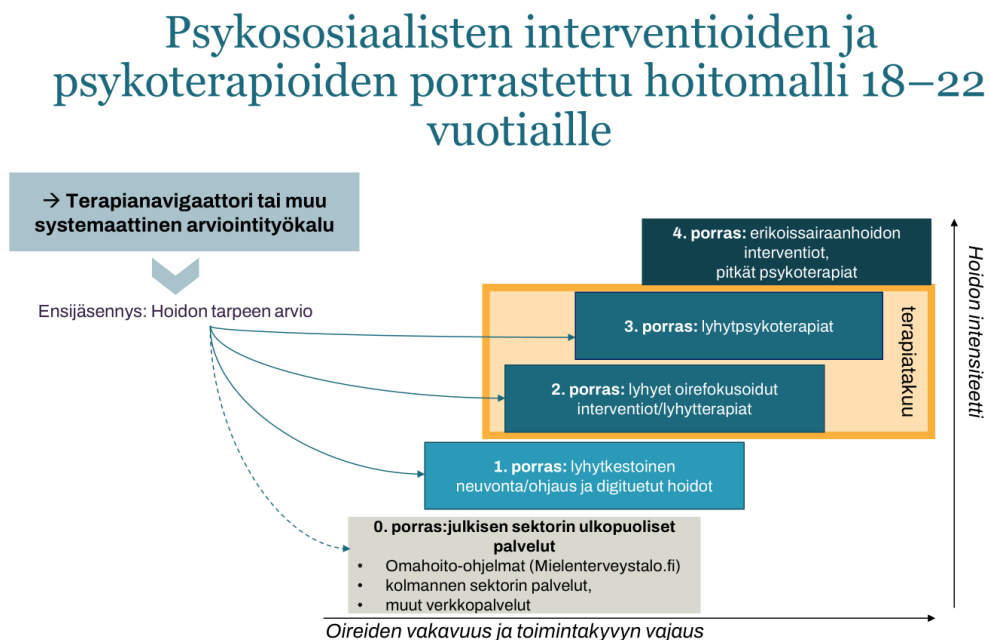
- Portas 1 kuuluu perusterveydenhuollon hoitotakuun piiriin
- Portaat 2–3 toteuttavat terapiatakuuta
- Portas 4 toteuttaa erikoissairaanhoidon hoitotakuuta

Porrastettu hoitomalli ei sinänsä linjaa käytettäviä menetelmiä eikä sitä, missä toimintayksikössä hoitoa annetaan. Hyvinvointialueet linjaavat itse, missä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä erilaisia interventioita annetaan.

Alueellinen lasten ja nuorten tuen ja hoidon porrastaminen vaatii pitkäjänteistä kaikkien toimialojen yhteistyötä. Ennen sen hyväksymistä hyvinvointialueen yhteiseksi linjaukseksi, on tarpeen kuulla kattavasti eri toimialueiden toimijoita.

Ideaalitapauksessa alueellinen koordinoituvastuu menetelmistä ja hoidon porrastuksesta olisi alueen terapiakoordinaattorilla sekä eri toimialojen vastuuhenkilöistä kootulla implementaatiotyöryhmällä, joilla on kokonaiskuva palvelukentästä ja -poluista.

Tuen ja hoidon porrastuksen aluekohtainen linjaus mahdollistaa yhteisen strategian ja toimii tukena henkilöstön koulutussuunnittelussa, oirekohtaisten hoitopolkujen luomisessa, sekä takaa yhdenvertaisen psykososiaalisen tuen saatavuuden asiakkaan asuinpaikasta riippumatta.



Porrastettu hoitomalli on yhdenmukainen [Perusterveydenhuollon avovastaanottotoiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö -konsensussuosituksen kanssa \(11/2022\)](#).

## Kuka kuuluu terapiatakuun piiriin?

*Lain tarkoituksena ei ole nostaa terapiatakuun piiriin kuuluvia psykososiaalisia interventioita lasten, nuorten tai perheiden ensisijaiseksi mielenterveystyön muodoksi, vaan hoidon ja tuen tarve olisi aina arvioitava yksilöllisesti. (perustelumuiotio s. 47)*

Kun oireet ovat lieviä ja toimintakyky kohtalaisen on hyvä, 18–22-vuotiasta asiakasta ei todennäköisesti tarvitse heti ohjata terapiatakuun piiriin. Tällöin asiakkaille usein riittävät 1. portaan psykososiaaliset hoidot.

Terapiatakuu on tarpeen huomioida lievässä ja keskivaikeassa oirekuvassa. Terapiatakuun piiriin kuuluvat porrastetun hoitomallin 2. ja 3. portaan mukaiset hoidot<sup>2</sup>.

Pääsääntöisesti, kun asiakkaan mieliala- tai ahdistuneisuusoireet ovat keskivaikeita, toimintakyvyssä ilmenee haasteita ja kyse on mielialaoireilusta, tulee asiakkaan mahdollisuuksien mukaan päästä terapiatakuun mukaiseen 2. tai 3. portaan hoitoon.

Niin ikään, jos mieliala- tai ahdistuneisuusoireilun rinnalla esiintyy korkeintaan keskivaikea riippuvuushäiriö, tai asiakas on jo noin vuoden sisällä saanut 1. portaan intervention ilman riittävää vastetta, asiakkaan tulee mahdollisuuksien mukaan päästä suoraan terapiatakuun mukaiseen interventioon.

Olisi suositeltavaa, että hyvinvointialueilla olisi tarjolla lyhytterapian lisäksi valikoima eri viitekehyksiin perustuvaa lyhytpsykoterapiaa suoraan perustason palveluista käsin.

Vaikeat oirekuvat, vakavat toimintakyvyn lasku tai tilanteet, joissa potilaan vointi ei korjaudu odotetusti kuuluvat pääsääntöisesti erityistason palveluiden ja erikoissairaanhoidon hoitotakuun piiriin<sup>3</sup>. Mikäli odotusajat erikoissairaanhoidon ovat pitkiä, voi kuitenkin olla hyödyllistä tarjota 1–3 portaan hoitoja perustasolta odotusaikana tai sovitusti erikoissairaanhoidon rinnalla.

Joissain tilanteissa saattaa oirekuva olla suhteellisen vakava, mutta toimintakyky edelleen kohtalainen niin, että erikoissairaanhoidon kriteerit eivät täyty. Myös tällöin voidaan terapiatakuun mukaista lyhytterapiaa tai lyhytpsykoterapiaa pitää mahdollisena hoitomuotona yksilöllisen arvion perusteella etenkin silloin, kun potilaalla ei ole aikaisempia hoitojaksoja.

Keskeistä on seurata hoidon vaikuttavuutta ja arvioida hoidon tarve uudestaan hoitojakson jälkeen. Yhden terapiatakuun mukaisen hoitomuodon läpikäynti ei tarkoita, että potilaalla ei olisi hoidon jälkeen enää oikeutta muihin hoitoihin, mikäli hänen häiriönsä ei hoidolla parantunut.

## Hoidon tarpeen arvion toteuttaminen

Oikea-aikainen ja oikeaan osuva hoidon ja tuen tarpeen arvio on välttämätön edellytys oikeiden hoitojen antamiselle. Hyvinvointialueet vastaavat siitä, että terapiatakuun piiriin kuuluvat

---

<sup>2</sup> Porrastetusta hoitomallista ks. tarkemmin: <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/porrastettu-hoitomalli-aikuisien-mielenterveyspalveluissa/> . LIITTEESSÄ on esitetty esimerkinomaisesti Helsingin lyhytterapiayksikön kriteerit toisen portaan hoitoihin ohjaamiselle.

<sup>3</sup> Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjakoa on määritetty Kiireettömän hoidon perusteissa vuodelta 2019 (STM julkaisuja 2019:2) sekä Käypä Hoito – suosituksissa erikseen keskeisille häiriöryhmille. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>

henkilöt ja heidän yksilöllinen hoidon tarpeensa tulee tunnistettua oikein. Keskeistä on turvata palveluiden toimiva kokonaisuus.

Tuen ja hoidon tarpeen arviointi tulisi nähdä toistuvana prosessina. Arviointi tulisi toteuttaa uudestaan hoitajakson jälkeen, jotta saadaan selvitettyä, onko hoito ollut riittävä vai ilmeneekö tarvetta toisentyypiselle hoidolle<sup>4</sup>.

Terapianavigaattori ja sen keräämien tietoja pohjalta toteutettu ensijäsennys-haastattelu auttavat terveydenhuollon ammattilaista oikeatasoisen hoidon ja ensisijaisen hoidon kohteen tunnistamisessa.

Ensijäsennyksessä Terapianavigaattorin keräämiä esitietoja käydään läpi yhdessä asiakkaan kanssa kokonaistilanteen, oireilun ja ongelmien vaikeusasteen, toimintakyvyn tason, hoidon kohteen ja hoitomieltymysten tarkentamiseksi. Ensijäsennyksen avulla terveydenhuollon ammattilainen tunnistaa terapiatakuun piiriin kuuluvat asiakkaat, eli ne joille 2. portaan näyttöön perustuvat lyhytterapiat tai 3. portaan lyhytpsykoterapiat ovat tarpeenmukainen hoito (lue lisää: [Terapianavigaattori ja ensijäsennys](#)).

## Yli 18-vuotiaiden psykososiaaliset menetelmät

Viime vuosien aikana hyvinvointialueille on koulutettu laajasti erilaisten lyhytterapiamenetelmien osaajia. Maailmassa on lukuisa määrä erilaisia psykososiaalisia menetelmiä, jotka voivat periaatteessa täyttää terapiatakuun vaatimukset.

Tässä ohjeessa ei pyritä kattavasti listaamaan kaikkia mahdollisia menetelmiä. Suosituksessa kuvataan keskeiset, useiden hyvinvointialueiden käyttämät menetelmät masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin ja -häiriöihin, jotka täyttävät terapiatakuun määritelmän ja ovat Käypä hoito -suositusten mukaisia.

Lähtökohtaisesti on suositeltavaa, että hyvinvointialueilla käytettäisiin pääosin samoja menetelmiä. Tämä helpottaisi pitkällä tähtäimellä menetelmien ylläpitoa, jatkokoulutusta, työnohjauksen järjestämistä ja tukea<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Jatkohoidon tarpeen arvioinnin prosessi ja työnjako perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välillä on tarpeen määrittää hyvinvointialuekohtaisesti, koska työnjako ja organisaatorakenteet vaihtelevat alueittain. Esimerkkimalli on esitetty liitteessä.

<sup>5</sup> Menetelmäosaamisen ja menetelmien aktiivisen käytön ylläpito pitkällä tähtäimellä on osoittautunut Suomessa aiemmin vaikeaksi ylläpitorakenteiden puuttumisen ja menetelmien laajan kirjon vuoksi. Tämän vuoksi on ns. keskittämisasiasetuksessa säädetty YTA-tasoisesta menetelmien arvioinnin ja osaamisen ylläpidosta, sekä rakennettu kansallinen terapiakoulutusala. Näiden tuella voidaan ylläpitää useita terapiatakuun toteuttavia menetelmiä. Ks. lisätietoja <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/>

Keskeisiä menetelmiä ja viitekehyksiä ovat:

Kognitiivisen käyttäytymisterapian (CBT) viitekehukseen pohjautuvista hoitomuodoista on eniten tutkimusnäyttöä terapiatakuun kannalta keskeisten häiriöryhmien hoidossa. Vahvimman näyttöpohjan, monikäyttöisyyden ja modulaarisuuden vuoksi CBT on osoittautunut hyvin soveltuvaksi perustason mielenterveyspalveluihin.

Suomessa on saatavilla monenlaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutuksia. Esimerkiksi kansallisella koulutuslupalla koulutettava kognitiivinen lyhytterapia. Aikuisten kognitiivinen lyhytterapia (KLT) sisältää hoitomallit *ahdistukseen, masennukseen, unettomuuteen, riippuvuuksiin, sosiaaliseen jännittämiseen ja paniikkihäiriöön*. Koulutukset ovat saatavilla maksutta kansallisen koulutuslupaan kautta<sup>6</sup>.

Depressioon sekä mielialahaasteisiin on kognitiivisen terapian lisäksi vahvaan näyttöön perustuva hoitovaihtoehto Interpersoonallinen terapia (IPT). Lisäksi masennuksen hoitoon perustasolla soveltunevat esimerkiksi käyttäytymisen aktivaatio, hyväksymis- ja omistautumisterapia ja ratkaisukeskeinen terapia (Käypä Hoito – suosituksessa näytönaste C).

Riippuvuuksien hoitoon perustasolla soveltuvat esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehysten lyhytkestoiset interventiot ja motivoiva haastattelu. Näistä on olemassa palveluvalikoimaneuvoston suositus<sup>7</sup>.

Unettomuuden hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä on todettu palveluvalikoimaneuvostossa palveluvalikoimaan kuuluvaksi<sup>8</sup>. Unettomuuden CBT-hoidon voi katsoa kuuluvan terapiatakuun piiriin, ellei unettomuutta saada hoidettua jollakin 1. portaan menetelmällä (ohjattu omahoito, unettomuuden nettiterapia).

Suomalaissa käypä hoito – suosituksissa kuvatut eri menetelmiin liittyvät näytönasteet on kuvattu tämän suosituksen liitteessä. Mikäli KH-suosituksia asiasta ei ole, on huomioitu UK/NICE – hoitosuositukset, koska ne ovat metodologisesti erittäin korkeatasoisia.

Huom! Tässä suosituksessa ei oteta kantaa harvinaisempien häiriöiden hoitomenetelmiin, vaan keskitytään edellä kuvattuihin yleisimpiin häiriöihin. Terapiatakuu ei kuitenkaan rajaudu tiettyihin häiriöihin, vaan laki koskee kaikkea perusterveydenhuoltoon kuuluvaa lyhytterapiaa tai lyhytpsykoterapiaa. Edellä kuvattujen menetelmien lisäksi pitää siis olla tarjolla hoitomuotoja myös monille muille häiriöryhmille.

---

<sup>6</sup> Lisätietoja kognitiivisen lyhytterapian koulutuksesta <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/kognitiivinen-lyhytterapia-aikuisille/>

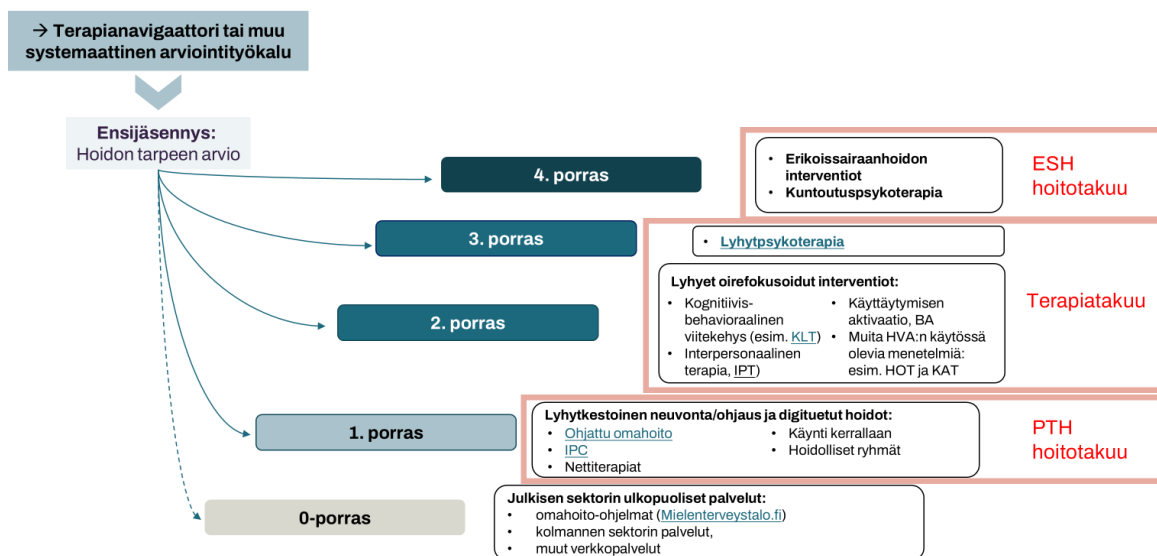
<sup>7</sup> Palveluvalikoimaneuvosto on tehnyt suositukset riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisista menetelmistä: <https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus> ja <https://palveluvalikoima.fi/huumeriippuvuuksien-hoidon-ja-kuntoutuksen-psykososiaaliset-menetelmat>

<sup>8</sup> <https://palveluvalikoima.fi/unettomuushairion-hoito-cbt-i->

Lyhytpsykoterapian eli 3. portaan hoitojen saatavuuden lisäämisessä suositellaan hyödynnettävän palvelusetelijärjestelmää<sup>9</sup>, koska se mahdollistaa useiden eri viitekehysten psykoterapian järjestämisen eri puolella maata. Esimerkiksi analytyttiset lyhytpsykoterapiat tulevat luontevimmin toteutettaviksi lyhytpsykoterapiana, koska niistä ei ole käytännössä saatavilla hoidon 2. portaalla toteutavissa olevina lyhytterapeutteja hoitomuotoja. Myös ryhmä-, pari- ja perheterapian mahdollisuudet on perusteltua huomioida.

KUVA: Terapiatakuun suhde pth- ja esh hoitotakuuseen sekä tavanomaisimmat käytössä olevat menetelmät

### Yleisimmin käytetyt terapiatakuun toteuttamiseen soveltuvat menetelmät yli 18-vuotiailla



## Terapiatakuun toteutumisen seuranta

Terapiatakuun toteutumisen seuranta on lakisääteinen velvoite hyvinvointialueille. Tiedot hoitotakuun toteutumisesta on julkaistava kuukausittain.

Terapiatakuun toteutumisen seuranta kyllä/ei – asteikolla ei kuitenkaan kuvaa merkittäväällä tavalla palvelujärjestelmän kykyä tuottaa todellista terveyshyötyä asiakkaille ja potilaille. Tämän vuoksi olisi hyvä, jos terapiatakuuta toteuttavilla organisaatioilla olisi riittävät työkalut arvioida psykososiaalisten hoitojen arkivaikuttavuutta osana rutiinitoimintaa.

Arkivaikuttavuuden seuranta mahdollistaa takuun toteuttamisen vaikutusten arvioinnin organisaatioiden palveluprosesseihin, resursseihin ja kustannuksiin.

<sup>9</sup> <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/lyhytpsykoterapia-ostopalvelusetelilla-ja-psykoterapian-laaturekisteri/>



Samojen mittareiden ja indikaattoreiden käyttö eri hyvinvointialueiden välillä mahdollistaisi kansainvälisen vertaiskehittämisen ja yhteistyön. Liitteessä on kuvattu suositus ideaalitapauksissa käytettävistä vaikuttavuusmittareista.

## LIITTEET:

### LIITE 1: Käypä hoito -suosituksissa suositeltavat psykoterapian viitekehykset ja näytönasteet (yli 18 v.)

#### Psykoterapian viitekehykset Käypä hoito-suosituksissa 07/2024: yli 18 v.

Psykoterapiviitekehys	Käypä hoito-suositus			
	Ahdistuneisuus häiriöt (01/2019)	Alkoholi ongelmat (08/2018)	Depressio (05/2024) – aikuiset	Huume ongelmat (09/2022)
Traumapsykoterapia	-	-	-	-
Ratkaisukeskeinen psykoterapia	-	-	<u>C</u>	<u>±</u>
Integratiivinen psykoterapia	-	-	<u>±</u>	-
Kognitiivinen ja käyttäytymispsykoterapia	Paniikkihäiriö: <u>A B B B</u> <u>C C C</u> Sos.fob.: <u>A A A B B C</u> GAD: <u>A A A A A B C</u>	<u>A</u> (motivoiva haastattelu)  <u>B</u>	<u>A A A A A A</u> <u>A B B B C C</u>	<u>B B</u> (kannabis) <u>B</u> (opioidit)
Pari- ja perhepsykoterapia	-	<u>B</u>	<u>B</u>	<u>±</u>
Psykodynaaminen psykoterapia	Paniikkihäiriö: <u>C</u> Sos.fob: <u>B</u> GAD: <u>C</u>	(PD terapioiden hyöty vähäistä: <u>± ± ± ± ± ± ±</u> )	<u>A B</u>	-
Psykoanalyttinen psykoterapia	<u>±</u>	-	-	<u>±</u>
Kognitiivis-analyttinen psykoterapia	-	-	<u>±</u>	-
Hahmopsykoterapia	-	-	-	-
Ryhmäpsykoterapia	<u>A</u> (KBT)	<u>B</u> (AA-ryhmät)	<u>A</u> (KBT) <u>C</u> (KBT, IPT)	<u>±</u> (AA- ja NA-ryhmät)
Muu huomio	<u>C</u> (IPT) <u>C</u> (HOT)	<u>A</u> (psykosos. hoito > ei hoitoa)	<u>A</u> (IPT) <u>C</u> (HOT)	<u>A B B</u> (viitekehyksestä riippumatta terapia>ei terapiaa)

**A/B/C/D** = näytön aste

**+** = maininta tai yksittäinen lähdeviite

**-** = ei mainintaa

## LIITE 2: Suositeltuja seurannan mittareita ja indikaattoreita

Suosittelut mittarit ja indikaattorit on koostettu seuraavista lähteistä ja suosituksista: ICHOM, WHO, NHS, THL, Käypä hoito -suositukset ja Psykoterapian laaturekisteri. Mittarilistausta on työstetty hyvinvointialueiden yhteisessä tiedolla johtamisen työryhmässä.

### Seurattavat indikaattorit:

- Viive yhteydenotosta hoidon tarpeen arviointiin (vrk)
- Viive hoidon tarpeen arviointiin interventioon (vrk)
- Palveluita odottavien lukumäärä (yhteydenotosta hoidon tarpeen arviointiin odottavat & hoidon tarpeen arviointiin interventiota odottavat)
- Interventioiden kohdeoire/-ongelma
- Apua hakevien aiempi psykososiaalinen hoito/tuki samaan kohdeoireeseen/-ongelmaan viimeisen vuoden aikana.
- Toteutettu palvelu (toimenpidekoodi)
- Käypä hoito-/PALKO-suositusten noudattaminen
- Interventioiden pituus (vrk & käyntimäärät)
- Muutos oireissa
- Muutos toimintakyvyssä (odottaa kansallista suositusta mittarista)
- Asiakaskokemus (THL-suositus, NPS)

### Käytettävät mittarit

Kohdeoire	Mittari	Häiriötason raja	Kliinisesti merkittävän muutoksen raja
Masennus	PHQ-9	10	≥ 5
Yleistynyt ahdistus	GAD-7	10	≥ 4
Sos. tilanteiden pelko	SPIN-FIN	19	≥ 10
Paniikki	PDSS-SR	≥ 9	≥ 5
Unettomuus	ISI	10	≥ 6
Riippuvuudet	Riippuvuuden kohteen mukaan määräytyvä mittari	Riippuvuuden kohteen mukaisesti.	Ei selkeää pisterajaa
Keskittymisvaikeudet	ASRS-18	Esim. AUDIT (miehet ≥ 8, naiset ≥ 6) Ei selkeää pisterajaa	Ei selkeää pisterajaa

## LIITE 3. Esimerkki jatkohoidon tarpeen arviosta terapiajakson jälkeen

### Ohjeita jatkohoidon tarpeen arviointiin eri tilanteissa

- Jos potilas kokee, että jatkohoidon tarvetta ei ole, päätetään hoito.
- Jos oireet ovat pudonneet merkittävästi JA oireet eivät ole häiriötasoisia, hoidon jälkeen:
  - Kannustetaan potilasta jatkamaan hoitoa itsenäisesti ja ottamaan yhteyttä jos tarvetta syntyy.
  - Tarjotaan tarvittaessa lyhyitä seurantapuheiluita voinnin kehittymisen monitoroimiseksi (esim. 2-3 krt./ 6kk)
- Jos oireet ovat pudonneet merkittävästi JA oireet ovat häiriötasoisia ja potilas kokee jatkohoidon tarvetta (eli osittainen, mutta riittämätön vaste)
  - Vaihtoehtoina: a) vaihdetaan hoitoa pysyen samalla portaalla tai b) ohjataan seuraavan portaan hoitoon
  - Suosituksena lääkärin arvio somaattisten syiden poissulkemiseksi ja lääkityksen arvioimiseksi
  - Vaatii eniten yksilöllistä arviota. Hanki lisätietoa 1-2 arviokäynnillä: onko potilas työssä, onko työkyky uhattuna, mikä on potilaan toimintakyky, mitkä ovat hoitoyksikkösi toimintamallit.
  - Osittaisvasteeseen ei tule tyytyä – jatkoarviointiin tulee tarttua johdonmukaisesti.
- Jos oireet ovat häiriötasoisia eikä vastetta ole hoidossa, ohjataan seuraavan portaan hoitoon (lääkärin arvio vaaditaan).
- Jos oireet ovat pudonneet JA potilaalla on muita häiriötasoisia oireita JA potilas kokee jatkohoidon tarvetta
  - Pysytään samalla hoidon portaalla ja toteutetaan eri hoitomalli pohtien esimerkiksi terapeutin tai hoidon toteutustavan vaihtamista (potilaan preferenssiä kuunnellen).
  - Tarvittaessa lääkärin arvio diagnostiikan ja hoitosuunnitelman tarkistamiseksi

#### LIITE 4. Esimerkki: Helsingin lyhytterapiayksikön kriteerit toisen portaan (KLT, IPT, KAT) hoidoille:

- Asiakkaan kokonaistilanne on arvioitu Terapianavigaattorilla tai muulla asianmukaisella arviolla
- Ensimmäisen portaan hoitomuotoa on kokeiltu viimeisen vuoden aikana ja todettu riittämättömäksi, tai arvioidaan ensimmäisen portaan hoidon olevan asiakkaalle sopimaton
- Asiakas omaa tarvittavan toimintakyvyn ja motivaation työskennellä ajankohtaisten haasteiden parissa aktiivisesti ja viikottaisesti
- Asiakas kykenee asettumaan yhteistyösuhteeseen vastavuoroisesti ja tarkastelemaan asioita eri näkökulmista
- Asiakas kykenee yhdessä työntekijän kanssa löytämään työskentelylle selkeän kohteen ja kokee muutoksen mahdollisena
- Asiakas kykenee pohtimaan ja sanallistamaan tunteitaan ja kokemuksiaan

Lisäksi työskentely edellyttää asiakkaalta kykyä löytää työskentelylle selkeä kohde, muutoksen kokemista mahdollisena, välitehtävien itsenäistä tekemistä tapaamisten välillä sekä sitoutumista kertaviikkoiisiin tapaamisiin.