

Terapiat
etulinjaan

Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja



**Euroopan unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

Lukijalle

Terapiat etulinjaan -toimintamallilla, sote-uudistuksella ja terapiatakuulla on pitkä yhteinen historia. Vuonna 2020 hanketta perustettaessa sote-uudistusta oli valmisteltu jo pitkään. Sote-uudistuksen keskeisiä tavoitteita ovat alusta asti olleet peruspalveluiden vahvistaminen, hoitoon pääsyn parantaminen ja hoitoketjujen sujuvoittaminen palveluita integroimalla, sekä yhdenvertaisuuden ja vaikuttavuuden lisääminen. Terapiatakuu-kansalaisaloite halusi lain voimalla varmistaa, että mielenterveyspalvelut eivät jäisi uudistuksessa jalkoihin, vaan hoitoon pääsy todella toteutuisi.

Toisaalta nämä tavoitteet eivät olleet suomalaista keksintöä, eivätkä kehitystarpeet koskeneet vain Suomea. Esimerkiksi WHO oli jo pitkään korostanut mielenterveyden keskeistä roolia kansanterveyden osana, ja kannustanut kehittämään mielenterveyspalveluista kokonaisvaltaisempia, peruspalvelupainotteisempia ja koko väestön kattavia. Samoin tekee Suomen Mielenterveysstrategia, jota Terapiat etulinjaan -toimintamalli osaltaan toteuttaa. Kansainvälisesti erilaisten porrastettujen hoitomallien, perustasolle sopivien terapiamuotojen sekä digituuttujen mielenterveyspalveluiden kehitys, tutkimus ja käyttöönotto ovat suuren tutkimuskiinnostuksen kohteena.

Vuonna 2020 oli selvää, että terapiatakuun säätäminen nopealla aikataululla ilman valmisteluja olisi luultavasti johtanut vaikeuksiin. Vähintään se olisi johtanut hallitsemattomaan ostopalveluiden käyttöön. Nyt, keväällä 2025, edellytyksen mielenterveyspalveluiden uudistumiselle ovat todella paljon paremmat: hyvinvointialueet on perustettu ja saatu toimiviksi, vaikuttavien terapiamuotojen osajia on koulutettu, Suomeen sopivat porrastetun hoitomallin periaatteet sovittu, ja monia hyvinvointialueita tukevia digi- ja tukipalveluita on saatu valmiiksi kansallisessa yhteistyössä. Ajatukset perustason mielenterveyspalveluiden vahvistamisesta, vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin pääsyn nopeuttamisesta ja systemaattisesti porrastetusta hoitojärjestelmästä on yleisesti hyväksytty palvelujärjestelmän kehitystavoitteiksi.

Tämän käsikirjan tavoitteena on kuvata Terapiat etulinjaan -toimintamallin keskeiset periaatteet ja palvelut. Se on syntynyt historiallisen suuren valtiollisen panostuksen ja pitkäjänteisen hanketyön tuloksena, jota perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseksi on tehty yhteistyössä kaikkien hyvinvointialueiden kesken. Työhön ovat osallistuneet mielenterveysalan asiantuntijat eri puolilta Suomea, alueilla kehittämistyötä eteenpäin puskeneet terapia- ja interventiokoordinaattorit, hanketyöntekijät sekä kuormittavan työtilanteen ja organisaatiomuutosten keskellä asiakastyötä tekevät ammattilaiset. Laajuudessaan kyseessä on selkeästi suurin tällä vuosituhanella toteutettu mielenterveyspalvelujärjestelmän uudistamishanke.

Toivomme, että käsikirja avaa lukijalleen, mitä Terapiat etulinjaan -toimintamallilla tavoitellaan, mihin periaatteisiin ja näyttöön se perustuu, mistä palveluista se koostuu ja miten hyvinvointialueet ja muut palveluntuottajat voivat hyödyntää sitä järjestäessään Suomeen mahdollisimman vaikuttavia ja yhdenvertaisia mielenterveyspalveluita. Mielenterveyden ongelmista on muodostunut Suomen keskeinen kansanterveydellinen ongelma, jonka nykyiseen tasoon meillä ei ole inhimillisesti eikä taloudellisesti varaa.

Terapiat etulinjaan -toimintamalli ja palvelukokonaisuus on rakennettu tiiviissä kansallisessa yhteistyössä; yhteistyö ja yhteiskehittäminen on ollut keskeinen osa työn onnistumista. Tämän tiiviin yhteistyön turvaaminen on epäilemättä tärkein asia, josta tulisi pitää kiinni myös vuodesta 2026 eteenpäin. Mielenterveyspalvelujärjestelmä on erittäin monimutkainen kokonaisuus, jonka kehittämisessä pysyvä yhteistyö alueiden ja toimijoiden välillä on korvaamaton. Pienessä maassa laadukkaiden digitaalisten mielenterveyspalveluiden kehittäminen on käytännössä kustannustehokasta vain kansallisen yhteistyön turvin.

Terapiat etulinjaan on sekä toimintamalli että palvelukokonaisuus. Se ei ratkaise kaikkia mielenterveyspalvelujärjestelmän ongelmia, eikä ota kantaa esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai kuntoutukseen. Se on kuitenkin selkeä visio paremmin toimivasta palvelujärjestelmästä ja käytännön tiekartta sinne pääsemiseksi. Mikäli kansallinen yhteistyö jatkuu Suomessa yhtä vahvana kuin vuosina 2020–2025, voi Suomi nousta mielenterveyspalveluiden kansainväliseksi edelläkävijäksi mielenterveyskriisin sijaan!

Käsillä oleva käsikirja on ensimmäinen versio toimintamallin kokonaisuuden kuvauksesta. Se on tarkoitettu toisaalta kokonaiskuvan muodostamiseksi, ja toisaalta käytännönläheiseksi käsikirjaksi mielenterveyspalveluiden kehittämisestä ja järjestämisestä vastaaville henkilöille. Käsikirja täydentää verkkosivustolta www.terapiatetulinjaan.fi löytyviä yksityiskohtaisempia toimintamallin ja palveluiden kuvauksia. Käsikirjaa ja verkkosivustoa päivitetään jatkossa säännöllisesti mallin ja palveluiden kehittyessä.

Ensimmäisessä versiossa on epäilemättä paljon parannettavaa, ja ensimmäinen päivitys onkin tarkoitus tehdä jo kesällä 2025. Siksi kaikki palaute ja parannusehdotukset käsikirjaa koskien ovat erityisen arvokkaita ja otetaan kiitollisina vastaan!

Helsingissä 18.3.2025

Samuli Saarni

Hankejohtaja, Terapiat etulinjaan -toimintamalli, HUS

Psykiatrian professori, Tampereen yliopisto

Käsikirjan ovat kirjoittaneet Terapiat etulinjaan -toimintamallin asiantuntijat.

Julkaistu 19.3.2025

Tiedustelut ja palautteet: terapiatetulinjaan@hus.fi

Sisällys

Lukijalle	2
TERAPIAT ETULINJAAN -TOIMINTAMALLIN IDEA	9
1. Miksi Terapiat etulinjaan -toimintamallia tarvitaan?	9
1.1. Vakava kansanterveys- ja kestävyysvajeongelma.....	9
1.2. Palvelujärjestelmä ei pysty vastaamaan kysyntään	10
1.3. Lasten ja nuorten terapiatakuu ei riitä ratkaisuksi	11
1.4. Mitä mielenterveyskriisin korjaamiseksi voidaan tehdä?	12
2. Terapiat etulinjaan -toimintamallin idea ja tavoitteet	14
2.1. Kansallinen yhteiskehittäminen.....	14
2.2. Psykososiaalisten hoitojen ja palvelujen porrastaminen	15
2.3. Ammattilaisten työtä tukevat digitaaliset ratkaisut	15
2.4. Tiedolla johtaminen ja vaikuttavuuden arviointi	16
3. Terapiat etulinjaan ja terapiatakuun toteuttaminen	17
3.1. Lasten ja nuorten terapiatakuu	17
3.2. Kansalliset suositukset terapiatakuun toteuttamisen tueksi.....	17
TERAPIAT ETULINJAAN -TOIMINTAMALLIN KESKITETYT PALVELUT	19
4. Kansallinen yhteiskehittäminen ja koordinointi.....	19
4.1. Kansallisen yhteistyön rakenteet.....	19
4.2. Kansallinen yhteistyö käytännössä	20
4.3. Kansallisen yhteistyön jatkuvuus	21
5. Psykososiaalisten interventioiden ja hoitojen porrastus	22
5.1. Järjestöt porrastetussa hoitomallissa.....	23
6. Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu kansalaisille ja ammattilaisille.....	24
6.1. Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelun sisällöt kansalaisille	24
6.2. Mielenterveystalon sisällöt ammattilaisille.....	25
6.3. Mielenterveystalosta viestiminen	25
7. Terapia- ja Interventionavigaattorit, Lasten navigaattori sekä ensijäsennys.....	26
7.1. Navigaattorijärjestelmien periaatteet.....	27
7.2. Ensijäsennyksen periaatteet ja ensijäsennyskoulutukset	28
8. Koulutustoiminta.....	29
8.1. Verkkipedagogiikka koulutustoiminnan pohjana	30

8.2.	Koulutusportfolio	30
8.3.	Koulutusinterventioiden toteuttaminen palautetietoisesti	31
8.4.	Menetelmäohjaus ja menetelmäohjaajakoulutus.....	32
8.5.	Koulutuksen jälkeinen mentorointi	33
9.	Lyhytpsykoterapia ostopalvelusetelillä ja psykoterapian laaturekisteri	34
9.1.	Laaturekisteri auttaa seuraamaan hoitojen vaikuttavuutta	35
10.	Tiedolla johtaminen ja arkivaikuttavuus	36
10.1.	Arkivaikuttavuutta kehitetään vertaiskehittämällä.....	36
10.2.	Alueellista kehittämistä tukevat kansalliset tukipalvelut	37
10.3.	Kansallinen vaikuttavuuden yhteiskehittämisverkosto	38
	TOIMINTAMALLI AIKUISTEN PALVELUISSA	40
11.	Toimintamallin alueelliset käyttöönoton ja ylläpidon rakenteet	40
11.1.	Terapiakoordinaattorin työ	40
11.2.	Esihenkilöiden valmennus ja kansallinen verkosto	42
12.	Alueellinen porrastettu hoitomalli	42
12.1.	Porrastettu hoitomalli aikuisten palveluissa.....	43
12.2.	Porrastetun hoitomallin ylläpitäminen hyvinvointialueella.....	45
13.	Mielenterveystalo.fi:n aikuisille suunnatut sisällöt	45
13.1.	Mielenterveystalo.fi:n työyhteisösivut	46
14.	Terapianavigaattori ja ensijäsennys	47
14.1.	Mikä on Terapianavigaattori?	47
14.2.	Mitä ensijäsennys on?	48
14.3.	Ensijäsennyksen järjestäminen käytännössä	49
15.	Menetelmät aikuisten palveluissa.....	51
15.1.	Ohjattu omahoito aikuisille	51
15.2.	Nettiterapia aikuisille.....	54
15.3.	Interpersonaalinen ohjanta (vuorovaikutusohjanta, IPC) aikuisille.....	56
15.4.	Interpersonaalinen terapia (IPT) aikuisille	58
15.5.	Tunnekeskeinen pari-interventio	60
15.6.	Kognitiivinen lyhytterapia aikuisille	62
15.7.	Motivoiva haastattelu	67
15.8.	Ostopalvelupsykoterapiat aikuisille	68
15.9.	Muut menetelmät.....	68

15.10. Koulutusportfolion kehittäminen	68
16. Tiedonkeruu, tiedolla johtaminen ja arkivaikuttavuuden edistäminen	69
16.1. Aikuisten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot.....	70
16.2. Tavoitteet hoitoon pääsulle ja vaikuttavuudelle.....	71
TOIMINTAMALLI LASTEN JA NUORTEN PALVELUISSA	72
17. Toimintamallin alueelliset käyttöönoton ja ylläpidon rakenteet	73
17.1. Interventiokoordinaattorin työ	73
17.2. Implementaatiotyöryhmä	75
18. Alueellinen porrastettu tuen ja hoidon malli	76
18.1. Lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen ja hoitojen porrastus	76
18.2. Esimerkki lasten ja nuorten porrastetusta hoitomallista.....	77
19. Mielenterveystalo.fi:n lapsille, nuorille ja perheille suunnatut sisällöt	79
19.1. Kouluyhteisösivut	80
20. Lasten navigaattori ja ensijäsennys	80
20.1. Mikä on Lasten navigaattori?	80
20.2. Mitä on lasten kanssa tehtävä ensijäsennys?	81
20.3. Ensijäsennyksen järjestäminen lasten palveluissa	82
21. Nuorten Interventionnavigaattori ja ensijäsennys	83
21.1. Mikä on nuorten Interventionnavigaattori?	83
21.2. Mitä on nuoren kanssa tehtävä ensijäsennys?	84
21.3. Nuorten Interventionnavigaattorin käyttöönotto nuorten palveluissa	84
22. Menetelmät lasten palveluissa	86
22.1. Pienten lasten ohjattu omahoito.....	86
22.2. Lasten ohjattu omahoito	88
22.3. Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio	90
22.4. Lasten kognitiivinen lyhytterapia	93
22.5. Muut menetelmät.....	96
23. Menetelmät nuorten palveluissa.....	98
23.1. Nuorten ohjattu omahoito	98
23.2. Nettiterapiat.....	100
23.3. Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio	100
23.4. Interpersonaalinen ohjanta IPC nuorille.....	100
23.5. Interpersonaalinen terapia IPT	102

23.6.	Nuorten kognitiivinen lyhytterapia	104
23.7.	Muut menetelmät.....	107
23.8.	Koulutusportfolion kehittäminen lasten ja nuorten palveluissa.....	107
24.	Tiedonkeruu, tiedolla johtaminen ja vaikuttavuus arkitoiminnassa	108
24.1.	Nuorten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot.....	109
24.3.	Lasten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot.....	110
24.4.	Vaikuttavuuden tavoitteet	111
TERAPIAT ETULINJAAN -TOIMINTAMALLIN KÄYTTÖÖNOTTO JA YLLÄPITÄMINEN		112
25.	Roolit ja vastuut muutostyössä.....	112
26.	Käyttöönoton vaiheet	113
26.1.	Neuvotteluvaihe.....	113
26.2.	Valmisteluvaihe	114
26.3.	Toteutusvaihe.....	114
26.4.	Ylläpito- ja jatkokehittämisvaihe.....	115
26.5.	Riskienhallinnan työkalu	117
HANKKEESTA PYSYVÄKSI TOIMINNAKSI		118
27.	Kansalliset yhteiskehittämisverkostot.....	118
27.1.	Johdon verkosto	118
27.2.	Verkostot aikuisten palveluissa	118
27.3.	Verkostot lasten ja nuorten palveluissa	119
28.	Psykososiaalisten tuen ja hoitojen porrastus.....	121
29.	Navigaattoripalvelut ja ensijäsennys	121
30.	Koulutustoiminta.....	122
31.	Hoitovalikoiman laajentaminen ja vaikuttavuuden seuranta: palveluseteli, laaturekisteri ja nettiterapiat.....	123
32.	Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu.....	124
33.	Tiedolla johtaminen ja vaikuttavuuden arviointi	124
JULKAISUT JA KIRJALLISUUSKATSAUKSET.....		126
LIITTEET		127
Liite 1. Kognitiivisten menetelmien menetelmäohjaajaksi hakemisen kriteerit		127

Liite 2. Interpersonaalisten menetelmien menetelmäohjaajaksi hakemisen kriteerit	128
Liite 3. Menetelmäohjaajien ohjaajien kriteerit	129
Liite 4. Aikuisten palveluissa Käypä hoito -suositukseen sisältyvät näytönastekatsaukset psykoterapiaviitekehysistä.	130
Liite 5. Aikuisten palveluissa käytettävät mittarit ja niiden raja-arvot, viitteistetty taulukko	133
Liite 6. Lasten ja nuorten palveluissa Käypä hoito -suositukseen sisältyvät näytönastekatsaukset psykoterapiaviitekehysistä.	135

TERAPIAT ETULINJAAN -TOIMINTAMALLIN IDEA

Tässä osiossa kerrotaan, miksi mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittäminen on välttämätöntä ja miksi Terapiat etulinjaan -toimintamallia kannattaa hyödyntää kehittämisessä. Kuvaamme toimintamallin keskeiset periaatteet ja niiden kautta tavoiteltavat hyödyt.

1. Miksi Terapiat etulinjaan -toimintamallia tarvitaan?

Mielenterveyden häiriöt muodostavat keskeisen kansanterveys- ja kestävyysvajeongelman Suomessa. Häiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset on Mielenterveysstrategiassa arvioitu olevan 11 miljardia euroa vuodessa¹, josta vain neljäsosa on hoidon suorina kustannuksia. Varhaisvaiheen psykososiaalisten hoitojen kustannukset ovat hyvin pieniä suhteessa mielenterveyden häiriöiden aiheuttamiin haittoihin. Aiemmissä tutkimuksissa masennuksen ja ahdistuksen varhaisen hoidon on arvioitu säästävän kustannuksensa takaisin jopa 3–6-kertaisesti. Silti näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitojen saatavuutta ei ole aiemmin saatu korjattua.

1.1. Vakava kansanterveys- ja kestävyysvajeongelman

Mielenterveyden häiriöt ovat yleinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen ja sairauspäivärahan hakemiseen. Mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä kääntyi kasvuun 2015 ja ohitti tuki- ja liikuntaelinten häiriöt vuonna 2019 yleisimpänä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syynä. Vuonna 2023 yli 5600 henkilölle myönnettiin työkyvyttömyyseläke mielenterveyssyistä. Luku vastaa 32 %:ia kaikista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä.²

Sairauspäivärahaa mielenterveyden häiriöiden vuoksi saavien määrä kääntyi kasvuun vuonna 2016, ja vuonna 2023 heitä oli yli 100 000. Nykyisin kolmannes sairauspäivärahoista myönnetään mielenterveyden häiriöiden vuoksi. Etenkin ahdistuneisuushäiriöt tässä joukossa ovat lisääntyneet merkittävästi³. Mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden kasvu koskee kaikkia Suomen maakuntia, vaikka kasvunopeus vaihtelee alueittain⁴.

Koronapandemia pahensi entisestään tilannetta sekä vaikeuttamalla hoitoon pääsyä että vaikuttamalla eri mekanismeilla kielteisesti erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyteen. Masennus ja ahdistuneisuus vaikuttavat lapsilla ja nuorilla lisääntyneen pandemian aikana

¹ Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma 2020 s.30: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053> (viitattu 14.3.2025)

² Eläketurvakeskuksen verkkouutinen 7.3.2024 – Lähes 18 000 jäi työkyvyttömyyseläkkeelle: [Lähes 18 000 jäi työkyvyttömyyseläkkeelle - Eläketurvakeskus](https://www.elaketurvakeskus.fi/tyo-ja-elaketoiminta/2024/03/07/elaketurvakeskus-lahes-18000-jai-tyokyvyttömyyseläkkeelle) (viitattu 14.3.2025)

³ Kelan tietotarjottimen tietopaketti sairauspoissaoloista 19.1.2024: <https://tietotarjotin.fi/tietopaketti/2699253/tietopaketti-sairauspoissaolot> (viitattu 14.3.2025)

⁴ Perhoniemi, R., Blomgren, J. & Jäppinen, S. Pitkien sairauspoissaolojen kehitys maakunnittain 2010–2019. Yhteiskuntapolitiikka 87 (2022):1 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143959/YP2201_Perhoniemiym.pdf?sequence=1&isAllowed=y

useimmissa maissa.⁵ Toisaalta, työikäisillä tilanteen paheneminen vaikuttaa vuoden 2024 lukujen mukaan pysähtyneen, mutta on yhä ennätyksellisen korkealla tasolla⁶.

1.2. Palvelujärjestelmä ei pysty vastaamaan kysyntään

Suomalainen mielenterveyspalvelujärjestelmä on tukkeutunut eri tasoilla: peruspalveluissa, erikoissairaanhoidossa ja Kela-rahoitteisessa kuntoutopsykoterapiassa on pitkiä viiveitä. Syynä on toisaalta palveluiden räjähdysmäinen kysynnän kasvu 2010-luvulla ja toisaalta pirstaleinen rahoitus- ja palvelujärjestelmä, jossa tehdään paljon päällekkäistä työtä, ja joka vaikuttavien peruspalveluiden riittämättömyyden vuoksi on painottunut pitkiin, raskaisiin hoitoihin ja kuntoutukseen.

Hoitoon pääsyn tehostaminen on tunnistettu yhdeksi keskeisimmäksi strategiaksi masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden tautitaakan vähentämisessä. Masennus ja ahdistuneisuushäiriöt ovat kuitenkin yleistyneet niin paljon, että perinteisten hoitomallien ja erikoissairaanhoidovetoisten järjestelmien resurssit eivät tule riittämään. Siksi masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidon painopistettä on siirrettävä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Samalla mahdollistuu hoitojen aiempaa nopeampi aloittaminen - mutta vain mikäli hoidon tarve tunnistetaan peruspalveluissa oikein ja vaikuttavia hoitoja on tarjolla.

Psykoterapeuttisten hoitojen reaali maailman vaikuttavuuden kannalta koko hoitojärjestelmän toimivuus on keskeistä. Tehokkaimmalta vaikuttaa ns. porrastettu hoitomalli, jonka mukainen toiminta lisää vaikuttavuutta masennus- ja ahdistuneisuushäiriöissä merkittävästi.

Hoitoon pääsyn ja eri hoitovaiheiden viiveet ovat usein pitkiä. Perinteisessä vastaanottotyössä pelkästään hoidon tarpeen arviointiin kuluu useita viikkoja. Pahimmillaan apua hakeva lähetetään arvion jälkeen eri yksikköön, jossa arviointi tehdään uudelleen. Pitkän arviointiprosessin jälkeen apua hakeva siirtyy jonottamaan hoitoa, jonne pääsy voi kestää jälleen jopa kuukausia. Kun hoitojen käynnistyminen viivästyy, hoitojen vaikuttavuus laskee ja riski häiriöiden kroonistumiselle kasvaa. Tämä lisää sairauspoissaoloja ja erikoissairaanhoidon kysyntää.

Vaikka tavallisiin mielenterveyden häiriöihin on olemassa monia vaikuttavia psykososiaalisia interventioita, niiden saatavuus mielenterveyspalveluissa ei ole vastannut kysyntää. Lisäksi yhteisesti sovittuja toimintamalleja hoidon järjestämisestä ei ole ollut ja palveluissa on ollut suurta vaihtelua alueellisesti ja ammattilaisten välillä. Apua hakevan asiakkaan kannalta tämä tarkoittaa sitä, että on täysin sattumanvaraista ja asuinkunnan palveluista riippuvaista, mitä hoitoa hän tulee saamaan. Lyhyellä aikavälillä lääkehoito ja psykoterapia ovat yhtä tehokkaita masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitamisessa, mutta pitkällä aikavälillä psykoterapia vaikuttaa vähentävän häiriön uusiutumista tehokkaammin kuin lääkehoito.

Suomalainen hoitojärjestelmä on perinteisesti painottanut kansainvälisesti ainutlaatuisella tavalla pitkiä psykoterapioita, mikä johtuu Kelan kuntoutusrahoitusjärjestelmästä sekä

⁵ Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, WMA., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. S. L., & Sourander, A. A Systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur J Child and Adol Psych* 2022 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9373888/pdf/787_2022_Article_2060.pdf (viitattu 14.3.2025)

⁶ Kelan tiedote 28.1.2025: Mielenterveysperusteisten sairauspoissaolojen kasvu pysähtyi vuonna 2024. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/70847590/mielenterveysperusteisten-sairauspoissaolojen-kasvu-pysahtyi-vuonna-2024?publisherId=69820426&lang=fi> (viitattu 14.3.2025)

lyhyempien hoitomallien vähäisestä saatavuudesta. Vuodesta 2010 kuntoutusterapian saajien määrä on nelinkertaistunut, 15 000:sta yli 64 000:een. Samalla Kelan terapiakorvaukset ovat nousseet 23 miljoonasta 105 miljoonaan, johon ei ole vielä laskettu potilaiden omavastuita⁷.

Palvelujärjestelmän toimivuutta on toisaalta myös haastava mitata. Seuranta tehdään lähinnä lähetemääristä ja jonotustilanteista. Potilastietojärjestelmät eivät ole tukeneet tiedolla johtamisen tarpeita. Myöskään mielenterveyspalveluiden kulttuuri Suomessa ei ole ohjannut hoidon tavoitteiden asettamiseen ja systemaattiseen vaikuttavuuden seurantaan. Kuntoutuksena rahoitettujen psykoterapioiden kohdentumista ei ohjata eikä niiden yksilötason vaikuttavuutta seurata systemaattisesti osana julkisten terveyspalveluiden kokonaisuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että erilaisten hoitojen ja interventioiden hyödyistä tai haitoista ei kerry systemaattista ryhmätason vertailukelpoista tietoa, jolla palveluita voisi kehittää ja jotta potilaat ja kuntoutujat saisivat entistä parempaa ja kustannusvaikuttavampaa hoitoa.

1.3. Lasten ja nuorten terapiatakuu ei riitä ratkaisuksi

Vaikka lasten ja nuorten terapiatakuu on sysäys oikeaan suuntaan, takuulaki itsessään ei ratkaise palvelujärjestelmän ongelmia. Jos näin olisi, psykososiaalisiin hoitoihin pääsyn olisi pitänyt olla turvattu jo perusterveydenhuollon hoitotakuun ja erikoissairaanhoidon hoitotakuun perusteella. Syyt ovat lakeja monimutkaisemmat eivätkä ratkea yksinomaan lainsäädännöllä.

Kuntapohjaisessa hajautetussa järjestelmässä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kokonaisuuden hahmottaminen on ollut mahdotonta, eikä ennaltaehkäisyn ja hoidon menetelmiä ole kehitetty kansallisessa yhteistyössä. Järjestelmään on syntynyt paljon välejä, joihin huonosti voivat lapset ja nuoret ovat voineet pudota.

Terapiatakuu voi toteutua lasten ja nuorten edun mukaisesti vain osana toimivaa kokonaisuutta: matalan kynnyksen hoitoja pitää olla tarjolla ennen terapiatakuuta ja vaativampia hoitomuotoja sen jälkeen. Lapsilla ja nuorilla on myös monimutkaisia ongelmia esimerkiksi vaikeisiin perhetilanteisiin liittyen. Niiden korjaamiseen terapiatakuun mukaiset hoidot eivät yksin riitä.

Terapiat etulinjaan -toimintamalli lähtee siitä, että oikea-aikainen ja vaikuttava psykososiaalinen hoito kuuluu Suomen lainsäädännön, terveydenhuollon etiikan ja kestävyysvajeenkin ratkaisemisen näkökulmista samanarvoisesti kaikenikäisille. Ihmisryhmien saaman hoidon erottelu iän tai työssäkäyntistatuksen perusteella ei ole kestävä.

[STM on laatinut terapiatakuun toteuttamisen avuksi ohjeistuksen](#), jossa syvennyttään lainsäädännön soveltamiseen. Lisäksi hyvinvointialueet ovat laatineet ohjeistuksen, joka syventyy soveltuvien hoitomuotojen valintaan.

⁷ Kelan kuntoutustilasto 2024. <https://tietotarjotin.fi/uutinen/991217/kuntoutuspsykoterapiaa-saavia-toistaiseksi-ennatysmaara-kustannusten-kasvu-on-tasaantunut-viime-vuosina?q=terapia> (viitattu 14.3.2025)

1.4. Mitä mielenterveyskriisin korjaamiseksi voidaan tehdä?

Mielenterveyden kriisin korjaamisen vaikeus ei ole haasteiden tai ratkaisujen tunnistamisessa vaan siinä, että laajojen muutosten tekeminen monimutkaisessa järjestelmässä on vaikeaa. Järjestelmä on sote-uudistuksen jälkeenkin rakenteiltaan monimutkainen ja rahoitukseltaan monikanavainen. Lisäksi siinä on useita palveluntuottajia. Kun resursseja lisätään yhdessä paikassa, helposti vain siirretään pullonkauloja ja haasteita toisiin kohtiin.

Terapiat etulinjaan -toimintamallin lähtökohta on, että suomalaisen mielenterveyspalvelujärjestelmän korjaamiseen tarvitaan sekä pitkän tähtäimen strategista tukea että nopeasti käyttöön saatavia toimenpiteitä.

Tämä tarkoittaa mm. seuraavaa:

- Mielenterveyden palvelut on porrastettava nykyistä systemaattisemmin. Oikein porrastettu hoitomalli lisää järjestelmän vaikuttavuutta ja tehostaa resurssien käyttöä.
- Erityisesti on panostettava nopeasti alkavien, vaikuttavien ja digituettujen hoitomuotojen laajaan käyttöönottoon, jotta hoitoon pääsy saadaan turvattua.
- Vaikuttavien ja nopeasti alkavien hoitojen on oltava yhdenvertaisesti kaikkien suomalaisten saatavilla asuinpaikasta riippumatta. Kansalaisille on tarjottava välineitä, jotka tukevat heidän osallisuuttaan ja ymmärrystään hoidoista.
- Kaikkien sote-ammattilaisten on saatava tukea ja ohjausta tekemäänsä mielenterveysyöhön.
- Alueen hoitopolkuja sekä hoitoprosesseja on seurattava systemaattisesti. Kertyvä aluekohtainen tieto sekä alueiden välisten tietojen vertailtavuus rakentavat perustan palvelujärjestelmän kehittämiselle.
- Tarvitaan kansallisia digitaalisia tukipalveluita ja yhteiskehittämistä, koska ongelmat ovat monimutkaisia ja yhteisiä kaikille hyvinvointialueille. Yhteiskehittäminen säästää resursseja erityisesti yhä monimutkaistuvien digitaalisten mielenterveyspalveluiden kehittämisessä.

Kirjallisuutta

Catarino, A., Harper, S., Malcolm, R., Stainthorpe, A., Warren, G., Margoum, M., et al. Economic evaluation of 27,540 patients with mood and anxiety disorders and the importance of waiting time and clinical effectiveness in mental healthcare. *Nat Mental Health*. 2023 Sep;1(9):667–678.

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424.

Clark, D.M. Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *AnnuRevClinPsychol*. 2018; 14(Journal Article):159–83

Cuijpers, P. Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2017;58(1):7–19.

Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C.Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis

including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115.
<https://doi.org/10.1002/wps.21069>

Jeitani, A., Fahey, P.P., Gascoine, M. et al. Effectiveness of stepped care for mental health disorders: An umbrella review of meta-analyses. *Personalized Medicine in Psychiatry* 2024; 47–48:100140 <https://doi.org/10.1016/j.pmip.2024.100140>

Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J.P.A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: An umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21(1), 133–145.
<https://doi.org/10.1002/wps.20941>

Rivero-Santana, A., Perestelo-Perez, L., Alvarez-Perez, Y., Ramos-Garcia, V., Duarte-Diaz, A., Linertova, R., ... & PECUNIA Group. (2021). Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 294, 391–409.

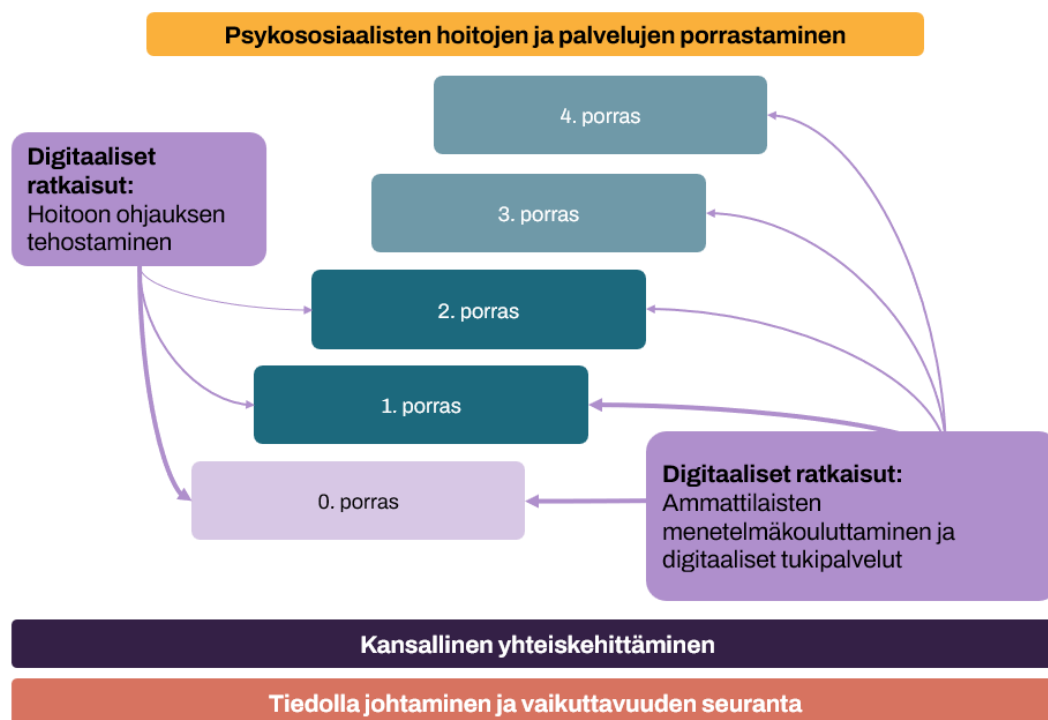
Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression—stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 168, 107–118.

2. Terapiat etulinjaan -toimintamallin idea ja tavoitteet

Terapiat etulinjaan -toimintamalli tarjoaa konkreettisia ratkaisuja mielenterveyskriisin selättämiseen ja systemaattisen tavan kehittää psykososiaalisten hoitojen prosessia. Toimintamalli tähtää siihen, että jokaisella etulinjan sote-ammattilaisella on työkaluja tukea asiakkaan mielenterveyttä. Näin varmistetaan, että ihminen saa tukea nopeasti, riippumatta siitä mistä hän hakee apua.

Terapiat etulinjaan -toimintamallin keskiössä ovat

- kansallinen yhteiskehittäminen
- psykososiaalisten hoitojen ja palvelujen porrastaminen
- ammattilaisten työtä tukevat digitaaliset ratkaisut
- tiedolla johtaminen ja vaikuttavuuden seuranta.



Kuva 1: Terapiat etulinjaan -toimintamallin ratkaisut: kansallinen yhteiskehittäminen, psykososiaalisten hoitojen ja palvelujen porrastaminen, digitaaliset ratkaisut, tiedolla johtaminen ja vaikuttavuuden seuranta.

2.1. Kansallinen yhteiskehittäminen

Mielenterveyden häiriöistä on tullut Suomen keskeinen kansanterveysongelma ja kriisi, joka on ratkaistavissa vain kansallisella yhteistyöllä. Kehittämällä yhteisiä toimintamalleja, hoitoketjuja, digipalveluita ja koulutuksia voidaan kehittää järjestelmää paljon tehokkaammin kuin jokaisen hyvinvointialueen toimiessa yksin. Yhteiskehittäminen säästää resursseja. Samalla päästään kohti yhdenvertaisempia ja tasa-arvoisempia palveluita.

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa keskitettyjen palveluiden tiimi sekä hyvinvointialueiden toimijat tekevät tiivistä yhteistyötä, jotta löydettäisiin parhaat mahdolliset ratkaisut ja muilta alueilta kertynyttä tietoa ja oppeja voitaisiin hyödyntää.

Yhteiskehittäminen työtä toteuttavien ammattilaisten, esihenkilöiden, johdon ja toimintaa kehittävien osapuolien välillä on kaiken ydin. Jokaisella sidosryhmällä tulee olla keinot ottaa ratkaisut omakseen, osallistua niiden jatkokehittämiseen ja viestiä niistä.

Psykososiaalisten hoitojen saatavuuden parantamisessa ei ole kyse vain uusista menetelmistä tai digitaalisista työkaluista. Nämä ovat tärkeitä ratkaisun osia. Lopulta kyse on ensisijaisesti toiminnan muuttamisesta: siitä, että ammattilaiset itse muotoilevat työtään omasta mielestään helpommaksi, tehokkaammaksi ja mielekkäämmäksi uusia ratkaisuja hyödyntäen.

Yhteiskehittämistä on kuvattu tarkemmin käsikirjan luvussa 4.

2.2. Psykososiaalisten hoitojen ja palvelujen porrastaminen

Psykososiaalisten hoitojen ja palvelujen porrastuksen perusajatuksena on, että palvelut järjestetään jatkumoksi: mitä korkeammalla portaalla ollaan, sitä monimutkaisempiin tilanteisiin hoito on tarkoitettu ja sitä intensiivisempää tarjottu hoito on. Apua tarvitsevalle tarjotaan ensisijaisesti sellaista näyttöön perustuvaa hoitoa, joka kuormittaa häntä itseään ja palvelujärjestelmää mahdollisimman vähän.

Porrasteisen palvelujärjestelmän edut on osoitettu kansainvälisissä tutkimuksissa. Suurelle osalle apua tarvitsevista riittää nopeasti alkava lyhyt interventio. Tällöin resursseja riittää myös intensiivisempiä ja pidempiä hoitoja tarvitseville.

Hoidon porrastus on riippuvainen siitä, mihin toimintaympäristöön sitä sovitetaan. Lasten, nuorten ja aikuisten porrasteiset mallit voivat erota toisistaan, mutta peruseriaate porrastuksen taustalla on yhtenevä. Portaiden sisältö voi myös vaihdella alueellisesti, mutta keskeistä on, että alueellinen palveluvalikoima kattaa jokaisen portaan aina matalimman kynnyksen interventiotyöskentelystä erikoissairaanhoidon ja kuntoutuspsykoterapioihin.

Terapiat etulinjaan -toimintamalliin kuuluvien matalan kynnyksen tuki- ja hoitomuotojen ja digiratkaisujen hyödyntäminen tukee porrasteisen palvelujärjestelmän rakentamista hyvinvointialueella.

Hoidon ja palvelujen porrastuksesta voi lukea lisää tämän käsikirjan luvusta 5. Aikuisten mielenterveyspalveluiden hoitojen porrastusta on kuvattu luvussa 12 ja lasten ja nuorten porrastettua tuen ja hoidon mallia luvussa 18.

2.3. Ammattilaisten työtä tukevat digitaaliset ratkaisut

Digitaaliset ratkaisut lisäävät palveluiden saatavuutta asiakkaille asuinpaikasta riippumatta. Lukuisissa tutkimuksissa on osoitettu, että digitaalisesti tuetuilla hoidoilla on merkittävä vaikutus lievien, keskivaikeiden ja vakava-asteisten mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Lisäksi on huomattu, että digituetuilla ratkaisuilla voidaan helpottaa ja sujuvoittaa ammattilaisten tekemää työtä.

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa hyödynnettävät keskeiset digitaaliset ratkaisut ovat kaikille kansalaisille avoin Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu, hoitoon ohjausta sujuvoittavat

Terapianavigaattori ja Interventionavigaattorit sekä koulutusjärjestelmä ja Mielenterveystalo.fi:n ammattilaisten osio.

Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu on kaikille avoin palvelukokonaisuus, jonka tarkoituksena on tukea kansalaisten mielenterveyttä ajasta ja paikasta riippumatta. Palvelu sisältää mm. tietosivuja, omahoito-ohjelmia ja omaa vointia kartoittavia kyselyitä. Mielenterveystalo.fi:stä löytyy myös ammattilaisten osio, joka tarjoaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille tietoa ja omaa työtä tukevia työvälineitä.

Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelua on kuvattu tarkemmin tämän käsikirjan luvussa 6.

Terapia- ja Interventionavigaattorit ovat hoitoonohjauksen tueksi suunnitellut digitaaliset kyselyt. Ne täytetään joko ennen ammattilaisen tapaamista tai yhdessä vastaanotolla. Navigaattoreiden tarkoituksena on kartoittaa apua hakevan tilannetta ja oireita kokonaisvaltaisesti ja tehokkaasti. Kun hoidon ja tuen tarpeen arvio voidaan tehdä useamman käyntikerran sijaan yhdellä tapaamisella, asiakas pääsee hänelle sopivaan interventioon nopeammin ja myös ammattilaisilla vapautuu enemmän aikaa interventioiden toteuttamiseen.

Terapia- ja Interventionavigaattoreita, Lasten navigaattoria sekä ensijäsennystä on kuvattu yleisesti käsikirjan luvussa 7. Lisäksi Terapianavigaattoria on kuvattu luvussa 14, Lasten navigaattoria luvussa 21 ja nuorten Interventionavigaattoria luvussa 22.

Koulutustoiminta mahdollistaa ammattilaisille joustavan tavan opiskella psykososiaalisia menetelmiä. Oppimisessa hyödynnetään verkkopedagogiikkaa, jonka avulla varmistetaan koulutuksen matalat kustannukset, osaamisen ylläpito sekä kouluttautumisen tasainen laatu ja alueellinen joustavuus. Koulutustoiminta tarjoaa interventiota laajasti eri kohderyhmille.

Koulutustoimintaa on kuvattu tarkemmin luvussa 8. Lisäksi Terapiat etulinjaan -toimintamallin aikuisille suunnatut menetelmät on kuvattu luvussa 15, lasten menetelmät luvussa 23 ja nuorten menetelmät luvussa 24.

2.4. Tiedolla johtaminen ja vaikuttavuuden arviointi

Terapiat etulinjaan -toimintamallin keskiössä on vaikuttavuusperustaisuus. Se tarkoittaa, että käytettävissä olevia resursseja pyritään käyttämään yhdenvertaisesti, kestävästi ja läpinäkyvästi niin, että jokainen apua hakeva voi hyötyä paremmista hoitotuloksista ja -kokemuksista.

Vaikuttavuustietoa kerätään ja hyödynnetään, jotta organisaatiossa toteutettavat muutokset voidaan juurruttaa pysyvästi käyttöön ja työtä kehittää jatkuvasti. Ilman vaikuttavuustietoa ei voida tietää, tuottavatko palvelut arvoa asiakkaille ja potilaille.

Vaikuttavuustiedon keräämisessä ja hyödyntämisessä on kyse myös kulttuurinmuutoksesta, jossa palveluiden vaikuttavuus nostetaan tärkeäksi toimintaa ohjaavaksi arvoksi. Jotta muutos voisi onnistua, tarvitaan kaikkien organisaation toimijoiden panostusta vaikuttavuustiedon hyödyntäjinä. Vaikuttavuustieto palveleekin kaikkia organisaation rooleja aina arjen kliinisestä päätöksenteosta johdon strategiaan ratkaisuihin.

Palveluiden vaikuttavuuden määrittämisen ja arjen kehittämisen mahdollistajia ovat kansallinen yhteistyö, yhteisymmärrys vaikuttavuuden mittareista ja indikaattoreista sekä vertaiskehittäminen.

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa vaikuttavuustiedon kerääminen on ollut keskiössä toiminnan alusta alkaen. Tavoitteena on sekä toimintamallin ratkaisujen vaikuttavuuden kattava arviointi että toimivien tiedolla johtamisen arjen käytänteiden kehittäminen yhteistyössä alueiden kanssa. Arjen käytänteiden tarkoitus on tukea vaikuttavuustietoon perustuvassa

johtamisessa. Vaikuttavuustiedolla johtaminen vaatii pitkäjänteistä kehittämistyötä organisaation kaikilla tasoilla. Terapiat etulinjaan -toimintamalli ylläpitää suosituksia mielenterveys- ja päihdepalveluiden vaikuttavuuden indikaattoreista ja mittareista.

Tiedolla johtamisen kokonaisuutta on kuvattu käsikirjan luvussa 10.

3. Terapiat etulinjaan ja terapiatakuun toteuttaminen

Terapiat etulinjaan -toimintamallin kehittämisen yksi keskeisistä tavoitteista on ollut rakentaa ratkaisuja, jotka mahdollistaisivat vuonna 2020 lanseeratun terapiatakuu-lakialoitteen toteuttamisen käytännössä.

Vaikka nyt säädetty terapiatakuu-laki koskee vain lapsia ja nuoria, Terapiat etulinjaan -toimintamallin lähtökohtana on, että oikea-aikainen ja vaikuttava psykososiaalinen hoito kuuluu samantarvoisesti kaikenikäisille. Tämän toimintamallin avulla se on myös mahdollista toteuttaa. Ihmisryhmien saaman hoidon erottelu iän tai työssäkäyntistatuksen perusteella ei ole kestävä.

3.1. Lasten ja nuorten terapiatakuu

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

Lasten ja nuorten terapiatakuu on voimassa 1.5.2025 alkaen ja koskee alle 23-vuotiaita. Lainsäädännössä lisätään terapiatakuuta koskevat säännökset terveydenhuoltolakiin (53§ ja 55§), sosiaali- ja terveyslakiin (25§ ja 45§) sekä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettuun lakiin (10§). Lisäksi hyvinvointialueiden yhteistyösopimusten sisältöä ja valmistelua koskevaa asetusta muutetaan lisäämällä siihen YTA-tasoinen terapiatakuun toteuttamistapoja koskeva sopimisvelvoite.

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

3.2. Kansalliset suositukset terapiatakuun toteuttamisen tueksi

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut terapiatakuun lainsäädännön soveltamisoppaan, jossa kuvataan lainsäädännön tulkintoja ja palveluiden järjestämisen periaatteita tarkemmin. STM ei ota kantaa hoidon sisältöön.

Vastuu hoidosta ja hoitomenetelmistä on hyvinvointialueilla. Tämän järjestämisvastuun tueksi yliopistolliset hyvinvointialueet ovat keskittämisasiasetuksen nojalla laatineet kansalliset suositukset lasten ja nuorten terapiatakuun toimeenpanoon mm. menetelmävalintoja koskien. Suositukset koskevat alle 23-vuotiaiden mielenterveyspalveluita ja tarjoavat konkreettisia suuntaviivoja terapiatakuun toteuttamiseen. Ne sisältävät periaatteita mm. alueellisen

porrastetun hoitomallin rakentamiseen ja hoidon ja tuen tarpeen arvioon sekä suositukset keskeisistä ylläpidettävistä psykososiaalisista menetelmistä.

Alle 18-vuotiaille ja 18–22-vuotiaille on laadittu erilliset suosituksensa, koska käytettävissä menetelmissä on hieman eroja.

Suositukset on laadittu yliopistollisten hyvinvointialueiden asiantuntijoiden yhteistyönä keskitämisesetuksen mukaisesti, ja niiden valmistelussa on kuultu kaikkia hyvinvointialueita.

Suosituksien taustalla ovat vuodesta 2020 kansallisessa yhteistyössä toteutetut psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton tukihankkeet, joissa Terapiat etulinjaan -toimintamallin periaatteita on viety käytäntöön aluekohtaiset tilanteet ja tarpeet huomioiden. Suositukset ovat yhteneväiset tässä käsikirjassa esitettyihin Terapiat etulinjaan -toimintamallin periaatteisiin.

Linkit terapiatakuun suosituksiin:

[Terapiatakuun toteuttamisen periaatteet alle 18-vuotiailla terveydenhuollossa](#)

[Terapiatakuun toteuttamisen periaatteet yli 18-vuotiailla terveydenhuollossa](#)

[Sosiaali- ja terveysministeriön ohje: Säännökset lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten pääsystä perusterveydenhuollon lyhytpsykoterapiaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon määrämuotoisiin lyhytinterventioihin.](#)

TERAPIAT ETULINJAAN -TOIMINTAMALLIN KESKITETYT PALVELUT

Tässä luvussa kuvataan Terapiat etulinjaan -toimintamallin toteuttamisen mahdollistavat verkostot, palvelut ja työkalut.

Osio sisältää seuraavat alaluvut:

- Kansallinen yhteiskehittäminen ja koordinointi
- Psykososiaalisten interventioiden ja hoitojen porrastus
- Mielenterveystalo.fi-palvelu kansalaisille ja ammattilaisille
- Terapia- ja Interventionavigaattorit, Lasten navigaattori sekä ensijäsennys
- Koulutustoiminta
- Lyhytpsykoterapia palvelusetelillä ja psykoterapian laaturekisteri
- Tiedolla johtaminen ja arkivaikuttavuus.

4. Kansallinen yhteiskehittäminen ja koordinointi

Mielenterveyden häiriöistä on tullut Suomen keskeinen kansanterveysongelma ja kriisi, joka on ratkaistavissa vain kansallisella yhteistyöllä. Kehittämällä yhteisiä toimintamalleja, hoitoketjuja, digipalveluita ja koulutuksia ja järjestelmää voidaan kehittää paljon tehokkaammin kuin jokaisen hyvinvointialueen toimiessa yksin. Yhteiskehittäminen säästää resursseja. Samalla päästään kohti yhdenvertaisempia ja tasa-arvoisempia palveluita.

Kansallista yhteistyötä on rakennettu osana Terapiat etulinjaan -toimintamallia vuodesta 2020 lähtien Etelä-Suomen yhteistyöalueella ja kansallisesti vuodesta 2022, kun Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamat yhteistyöaluekohtaiset psykososiaalisten menetelmien koordinaatiohankkeet alkoivat. Kuitenkin käytännössä vasta hyvinvointialueiden perustaminen vuonna 2023 on viimein mahdollistanut yhteiskehittämisen koko maassa. HUSin tehtävä on ollut koordinoita kansallista yhteistyötä.

4.1. Kansallisen yhteistyön rakenteet

Hankerahoituksen mahdollistamana Terapiat etulinjaan -toimintamallin kantavaksi rakenteeksi muodostettiin kansallinen ja YTA-kohtaisten osaamiskeskusten verkosto. Sen tehtävänä on edistää vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien ja digitaalisten mielenterveyspalveluiden saatavuutta valtakunnallisesti. Tämä keskittämisasetuksen mukainen rakenne on osoittautunut välttämättömäksi kansallisen yhteistyön tukena ja tehostajana.

Koordinaatiohankkeiden aikana YTA-kohtaiset hankepäälliköt vastasivat oman yhteistyöalueensa hankkeen johtamisesta ja toimivat tärkeänä linkkinä kansallisen kehittämisen ja oman yhteistyöalueensa välillä. Hankkeiden päättymisen jälkeen yliopistosairaalavetoiselle yhteistyöalueiden sisäiselle kehittämis- ja koordinointityölle ei ole ollut rahoitusta. Tämän vuoksi YTA-yhteistyön rakenteet ja käytännöt vaihtelevat tällä hetkellä merkittävästi kunkin alueen tilanteen mukaan.

Tällä hetkellä kansallisiin yhteistyörakenteisiin kuuluvat

- Terapiat etulinjaan -hanketoimisto, joka palvelee kaikkia hyvinvointialueita
- hyvinvointialueiden terapia- ja interventiokoordinaattoriverkostot
- yliopistollisten hyvinvointialueiden psykiatrian ja perustason mielenterveyspalveluiden johtajien yhteistyöryhmät erikseen aikuisten sekä lasten ja nuorten palveluiden edustajille
- kansallinen lasten, nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden johdon verkosto, johon kuuluvat kaikki hyvinvointialueet.

4.2. Kansallinen yhteistyö käytännössä

Kansallisen yhteistyön periaatteet perustuvat selkeään työnjakoon Terapiat etulinjaan -keskitetyn hanketoimiston ja hyvinvointialueiden toimijoiden välillä.

Terapiat etulinjaan -hanketoimistolla ja HUS psykiatrialla on päävastuu digitaalisten palveluiden, kuten Terapia- ja Interventionavigaattoreiden ja sähköisen koulutusalan teknisestä ja sisällöllisestä kehittämisestä sekä kansallisten verkostojen koollekutsumisesta ja koordinoinnista.

Kunkin eri palvelun tai kehittämishankkeen vastuuhenkilöt, esimerkiksi porrastetun hoitomallin, koulutustoiminnan, terapia- ja interventiokoordinaation, Terapia- ja Interventionavigaattoreiden, sekä tiedolla johtamisen projekti- ja kehittämispäälliköt vastaavat omien vastuualueidensa verkostoista ja tiedonkulusta.

Hyvinvointialuekohtaisilla koordinaattoreilla on keskeinen rooli Terapiat etulinjaan -toimintamallin palvelujen ja uusien menetelmien käyttöönotossa sekä kansallisessa ja YTA-kohteisessa yhteistyössä. Menetelmä-, terapia-, ja interventiokoordinaattorit ovat toimineet linkkinä ammattilaisten, esihenkilöiden, palvelupäälliköiden, alueellisten hankkeiden ja kansallisen hanketoimiston välillä.

Koordinaattorit ovat oman alueensa ja palvelukenttänsä erityisasiantuntijoita, ja heillä on yhteydet alueen toimijoihin sekä kansallisiin kehittämisverkostoihin. Koordinaattorin tehtävä on tukea ammattilaisia uusien työvälineiden ja menetelmien käytössä sekä auttaa alueitaan porrastetun hoitomallin rakentamisessa ja juurruttamisessa alueelliset erityistarpeet huomioiden. Työhön liittyy myös aluekohtaisen kehitystyön yhteensovittamista ja menetelmäohjausta. Työnkuvan painotukset ovat erilaiset aikuisten sekä lasten ja nuorten palveluissa tai toisaalta alueen mukaan.

Yliopistosairaaloita ylläpitävien hyvinvointialueiden yhteistyöryhmissä tavoitteena tunnistaa yhteisiä linjauksia tai kansallista koordinaatiota edellyttävät aihe- ja tehtäväalueet ja sopia näiden jatkotyöstämisestä esimerkiksi muissa työryhmissä. Yliopistosairaaloiden linjajohto on myös kutsuttu toimintamallin sisällön kehittämistyöhön. He ovat voineet valita haluamansa edustajat, jotka ovat olleet aktiivisesti mukana yhteistyössä.

Hyvinvointialueiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden linjajohdolla on merkittävä rooli Terapiat etulinjaan -toimintamallin mukaisen kehittämisen mahdollistajana omalla alueellaan, sillä he määrittävät strategisia linjauksia ja toiminnan tavoitteita. Kansallista yhteistyötä pidetään johdossa erittäin tärkeänä, koska mielenterveyspalvelujen ongelmat ovat yhteisiä kaikille hyvinvointialueille. Yhteisistä haasteista ja ratkaisusta keskustellaan mm. kansallisissa mielenterveys- ja päihdepalveluiden johdon yhteistyöseminaareissa.

Taulukossa 1 on kuvattu kansalliset ja YTA-tasoiset tukipalvelut Terapiat etulinjaan -toimintamallissa.

Prosessin osa	Kansalliset tukipalvelut	YTA-tasoiset tukipalvelut
Digitaaliset omahoitopalvelut 24/7	Mielenterveystalo: tekninen kehittäminen ja sisältökehittäminen	Digitaalisten omahoitopalveluiden integroiminen alueellisiin asiointialustoihin ja käyttöönottojen tuki, asiantuntijat sisältökehittämiseen
Digitaaliset ammattilaispalvelut 24/7	Mielenterveystalo: ammattilaisten palvelualustan ylläpito ja sisältökehittäminen, verkostot	Kuten edellä
Hoidon tarpeen arvio ja hoitoon ohjaus	Terapia- ja Interventionavigaattoreiden sisältökehittäminen, tekninen kehitys ja ylläpito, integrointi alueellisiin ja kansallisiin järjestelmiin	Asiantuntijat sisältökehittämiseen, hoidon tarpeen arviointijärjestelmien integrointi alueen palvelujärjestelmään ja ylläpito
Hoitoprosessien ja porrastetun hoitomallin kehittäminen ja tuki	Terapia/interventiokoordinaattoreiden kansallinen tuki ja koulutukset (koordinaattoriakatemia), toimintamallin arviointi ja kehittäminen, palvelusetelikäsikirja yms.	HVA-kohtaiset terapia- ja interventiokoordinaattorit, palveluketjujen yhteiskehittäminen YTA/HVA-kohtaisesti, osaamisen ylläpito ja kehittäminen
Terapiakoulutukset ja osaamisen ylläpito	Kansallisen terapiakoulutusjärjestelmän sisältökehittäminen, ylläpito ja tekninen kehitys, kansallinen koulutusten koordinointi ja toteutus	Asiantuntijat sisältökehittämiseen, YTA-kouluttaminen ja osaamistarpeiden seuranta, menetelmäohjauksen ja mentoroinnin järjestäminen
Vaikuttavuuden, laadun, saatavuuden seuranta ja tiedolla johtaminen	Yhteiset periaatteet, mittarit, tavoitteet ja analyysimallit, kansallisen benchmarkingin toteutus ja alueiden tuki	YTA-tasoinen vaikuttavuuden seuranta, benchmarking, vertaiskehittäminen, tiedolla johtamisen tuki

Taulukko 1: Kansalliset ja YTA-tasoiset tukipalvelut Terapiat etulinjaan -toimintamallissa

4.3. Kansallisen yhteistyön jatkuvuus

Terapiat etulinjaan -toimintamallin kantavana ajatuksena on ollut kansallisten yhteistyörakenteiden, toimintatapojen ja palveluiden vakiinnuttaminen pysyväksi hankeajan jälkeen. Kaikki palvelut ja rakenteet on toteutettu niin, että kansallinen yhteistyö ja yhteiskehittäminen tulee edullisemmaksi ja tehokkaammaksi kuin kunkin hyvinvointialueen erikseen tekemä kehitystyö.

Vuosina 2020–2022 palveluiden vakiinnuttaminen osaksi linjaorganisaatioita ei ollut käytännössä mahdollista, koska hyvinvointialueita ei vielä ollut olemassa. Organisaatorakenteet alkoivat vakiintua vasta syksyllä 2023, mutta samalla hyvinvointialueiden talous alkoi voimakkaasti kriisiytyä.

Hyvinvointialueiden vaikea rahoitustilanne ja nykyinen lainsäädäntö eivät erityisesti kannusta sellaiseen pitkäjänteiseen kansalliseen yhteistyöhön, jota mielenterveyspalveluiden uudistaminen edellyttää. Tämä käsikirja pyrkii osaltaan osoittamaan, miksi kansallinen ja YTA-tasoinen tiivis yhteiskehittäminen on kansalaisten palveluiden onnistumisen kannalta niin tärkeää.

5. Psykososiaalisten interventioiden ja hoitojen porrastus

Porrastetulla hoitomallilla pyritään parantamaan palvelujärjestelmän vaikuttavuutta eli hoitotuloksia sekä kustannusvaikuttavuutta eli resurssien riittävyyttä. Tehokkaasti porrastettu hoitomalli parantaa hoitotuloksia merkittävästi useiden meta-analyyysien mukaan.

Hoidon porrastaminen tarkoittaa sitä, että mielenterveyden häiriöihin kehitetyt interventiot ja hoidot, kuten näyttöön perustuvat lyhytterapiat ja psykoterapiat, porrastetaan niiden intensiteetin mukaisesti.

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa psykososiaalisten interventioiden ja psykoterapioiden porrastus kohdistuu ensisijaisesti yleisimpien mielenterveyden häiriöiden, kuten ahdistuksen ja masennuksen, hoitojen järjestämiseen hyvinvointialueilla. Sama perusrakenne soveltuu myös harvinaisempien hoitojen porrastukseen. Porrastettu malli ei ota kantaa eri toimijoiden (perusterveydenhoito, erikoissairaanhoido, sosiaalihuolto, opiskeluhuolto) työnjakoon vaan pyrkii kuvaamaan ideaalin hoitojen järjestämismallin, joka voidaan toteuttaa monin eri tavoin.

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa apua tarvitsevalle tarjotaan ensisijaisesti sellaista interventiota tai hoitoa, joka on todennäköisesti asiakkaan yksilöllisessä tilanteessa riittävää. Mikäli interventio ei ole riittävä, tarjotaan korkeamman portaan hoitoa. Hoidon on myös tärkeä päästä alkamaan riittävän nopeasti, ettei apua tarvitsevan oireilu ehdi pahentua odotusaikoina.

Hoidon porrastus on riippuvainen siitä, mihin toimintaympäristöön sitä sovitetaan. Lasten, nuorten ja aikuisten porrasteiset mallit voivat erota toisistaan, mutta peruseriaate porrastuksen taustalla on yhtenevä.

Suomalaisessa porrastetussa hoitomallissa on alueellisesti 3–4 porrasta ja 0-porras. Tavoitteena on, että porrastuksen perusrakenne on hyvinvointialueilla yhtenäinen, vaikka sisällöt voivatkin alueittain vaihdella. Yhteinen perusrakenne on edellytys palveluprosessien ja niiden tukipalveluiden kansalliselle kehittämiselle ja yhteistyölle.

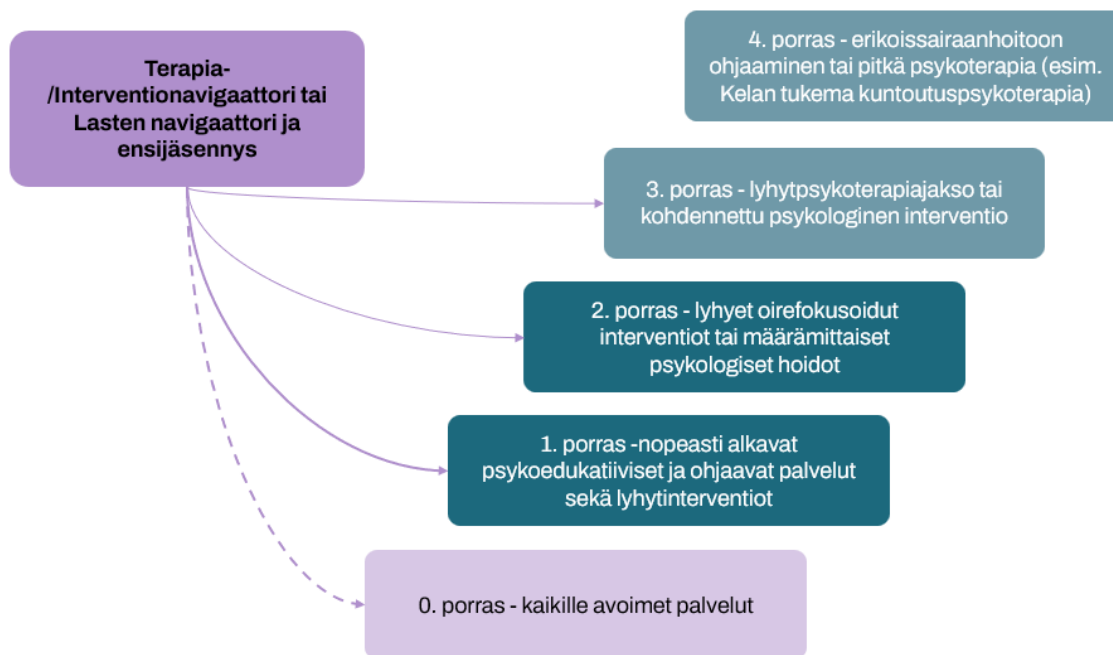
0-porras: kaikille avoimet palvelut. Lievistä tai keskivaikeista mielenterveyden oireista kärsivä tai hänen läheisensä hyödyntää itsenäisesti omahoitomateriaalia esim. Mielenterveys-talo.fi-verkkopalvelusta. Oireet eivät edellytä kontaktia terveydenhuoltoon.

1. porras: nopeasti alkavat psykoedukatiiviset ja ohjaavat palvelut sekä lyhytinterventiot (1–5 käyntiä)

2. porras: lyhyet oirefokusoidut interventiot tai määrämittaiset psykologiset hoidot (5–10 käyntiä)

3. porras: lyhytpsykoterapiajakso tai kohdennettu psykologinen interventio (10–20 käyntiä)

4. porras: erikoissairaanhoidon ohjaaminen tai pitkä psykoterapia (esim. Kelan tukema kuntoutuspsykoterapia)



Kuva 2: Porrastetun hoitomallin perusrakenne

Portaiden sisältö voi vaihdella alueellisesti osaamisesta ja olosuhteista riippuen, mutta keskeistä on, että alueellinen palveluvalikoima kattaa jokaisen portaatan aina matalimman kynnyksen interventiotyöskentelystä erikoissairaanhoidon ja kuntoutuspsykoterapioihin. Hoitovalikoimassa tulee olla Käypä hoito -suositusten tai muiden konsensusuositusten mukaisia interventioita. Porrastetussa hoitomallissa myös seurataan hoidon vaikuttavuutta valioiduilla oiremittareilla.

Prosessin osa	Kansalliset tukipalvelut	YTA-tasoiset tukipalvelut
Hoitoprosessien ja porrastetun hoitomallin kehittäminen ja tuki	Terapia-/interventiokoordinaattoreiden kansallinen tuki ja koulutukset (koordinaattoriakatemia), toimintamallin arviointi ja kehittäminen, palvelusetelikäsikirja yms.	HVA-kohtaiset terapia- ja interventiokoordinaattorit, palveluketjujen yhteiskehittäminen YTA/HVA-kohtaisesti, osaamisen ylläpito ja kehittäminen

5.1. Järjestöt porrastetussa hoitomallissa

Sosiaali- ja terveystieteiden järjestöillä on merkittävä rooli mielenterveyspalvelujärjestelmässä. Moni järjestö tarjoaa ennaltaehkäiseviä palveluita, kuten tietoa, neuvontaa ja keskustelutukea. Ne toimivat siis sosiaali- ja terveyspalveluiden ohella yhtenä ensilinjan toimijana, johon mielenterveydestään huolehtiva asiakas voi olla yhteydessä etsiessään itselleen tukeaa ensimmäistä kertaa. Järjestötoimijoiden tietoa palveluista ja niihin ohjautumisesta on tärkeää pitää yllä. Näin järjestöt pystyvät ohjaamaan asiakasta esimerkiksi täyttämään

Terapianavigaattorin ja kannustaa ottaman yhteyttä terveydenhuoltoon, jotta hänen tilanteeseensa päästään eteenpäin.

Järjestöt tarjoavat myös erilaisia yksilö-, pari-, ja ryhmäinterventioita, jotka voivat sijoittua hoidon ja tuen porrastuksessa 1. ja jopa 2. portaalle. Kun järjestöjen palvelut on huomioitu alueen hoitojen porrastuksessa ja palveluvalikoimassa, asiakas voidaan ensijäsennyksessä ohjata entistä paremmin hänelle sopivan ja oikeatasoisen hoidon tai tuen piiriin. Alueen järjestötoimijoita on mahdollisuus myös kouluttaa Terapiat etulinjaan -toimintamallin menetelmiin.

Järjestöillä on selkeä ja merkittävä rooli myös silloin, kun asiakkaan hoidot loppuvat. Tällöin järjestöt auttavat etenkin arjessa kiinni pysymisessä. Ne voivat tarjota mm. yhteisöllistä arkea rytmittävää toimintaa, palveluohjausta ja neuvontaa sekä vertaistukea. Mielensterveyshäiriöisten läheiset ja omaiset jäävät palvelujärjestelmässä monesti ilman tukea. Järjestöillä on keskeinen rooli heidän tukemisessaan ja edunvalvonnassaan.

6. Mielensterveytalo.fi-verkkopalvelu kansalaisille ja ammattilaisille

Mielensterveytalo.fi on verkkopalvelu, joka tarjoaa mielensterveyteen liittyvää tietoa sekä kansalaisille että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Palvelusta hyötyvät myös oireilevan läheinen sekä sosiaali- ja terveysalan opiskelijat.

Mielensterveytalo.fi-verkkopalvelun ylläpidosta vastaa HUS. Palvelua kehitetään jatkuvasti tarpeiden ja palautteen mukaan. Jatkuva kehittäminen mahdollistaa uusien sisältöjen sujuvan tuottamisen. Useita sisältöjä tuotetaan myös yhteistyössä eri organisaatioiden kanssa.

Koska Mielensterveytalo.fi on kaikille avoin palvelu, sen merkitys on kansanterveyden edistämisenä merkittävä. Sen sisältöjä käytetään kattavasti ympäri Suomea ja myös ulkomailta käsin. Mielensterveytalo.fi-verkkopalvelun sisältöjä on käännetty useille kielille. Koko sivusto on käännetty ruotsiksi, ja tämän lisäksi joitakin tietosivuja ja omahoito-ohjelmia on käännetty myös esimerkiksi englanniksi ja saameksi.

6.1. Mielensterveytalo.fi-verkkopalvelun sisällöt kansalaisille

Kansalaisille avoimeen Mielensterveytalo.fi-verkkopalveluun ei vaadita rekisteröitymistä tai kirjautumista. Se tarjoaa apua ja tukea useisiin mielensterveyteen liittyviin kysymyksiin nopeasti. Palvelun sisällöt on järjestelty teemoittain, ja ne ovat käytössä maksutta.

Itsenäisesti käytettynä Mielensterveytalo.fi-verkkopalvelun sisällöt sijoittuvat porrastetussa hoitomallissa 0-portaalle, eli palveluihin, joita voi käyttää itsenäisesti ja joihin voi hakeutua jo ennen varsinaista yhteydenottoa sote-palveluihin. Vuonna 2024 Mielensterveytalo.fi:ssä vierailtiin 4,52 miljoonaa kertaa.

Mielensterveytalo.fi-verkkopalvelusta löytyy tietoa mielensterveydestä ja sen edistämisestä. Sivuilta löytyy myös omaan vointiin liittyviä kyselyitä. Palvelusta löytyy laajasti erilaisia omahoito-ohjelmia, joiden avulla voi saada helpotusta omiin oireisiin ja elämäntilanteeseen tai tukea omaa hyvinvointia.

Omahoito-ohjelmat ja tietosivut

Mielenterveystalon **omahoito-ohjelmat** tarjoavat luotettavaa apua ja tukea erilaisiin elämäntilanteisiin ja oireisiin. Omahoito-ohjelmat ovat laadukkaita ammattilaisten luomia kokonaisuuksia. Ne toimivat erinomaisesti yksilöiden ja ryhmien psykoedukaatioissa, koska sisällöt tarjoavat tietoa, auttavat helpottamaan oireilua ja ohjaavat jatkoon. Niitä voivat käyttää sekä itse oireilevat että heidän läheisensä. Ammattilaisten kohdalla Mielenterveystalo.fi:n sisältöjä hyödyntämällä sujuvoitetaan työtä ja vähennetään työkuormaa.

Mielenterveystalo.fi:ssä on yli 50 omahoito-ohjelmaa ja niitä löytyy aikuisille, nuorille, lapsille sekä perheille suunnattuina. Lasten omahoito-ohjelmat on rakennettu käytettäväksi yhdessä vanhemman tai huoltajan kanssa.

Omahoito-ohjelmat lisäävät ymmärrystä oireista ja tarjoavat keinoja oman tilanteen helpottamiseen. Monille omahoito-ohjelmien tarjoama psykoedukaatio on riittävä tuki. Mielenterveystalon omahoito-ohjelmat antavat apua myös tilanteisiin, joissa muuta hoitoa joutuu odottamaan. Lisäksi helposti verkosta löytyvistä materiaaleista saa tukea toteutetun hoidon tai intervention jälkeen.

Mielenterveystalon **tietosivuilta** löytyy laajasti tietoa mm. erilaisista elämäntilanteista sekä mielen hyvinvoinnista ja sen vahvistamisesta. Esimerkiksi ikääntyneille suunnatut tietosivut ja materiaalit on koottu yhteen, jolloin niitä on helppo selata. Mielenterveystaloon on tuotettu omat tietosivut koulu- ja työyhteisöille.

Esimerkkejä aikuisille suunnatuista omahoito-ohjelmista ja teemasivuista on koottu käsikirjan kohtaan 13.

Esimerkkejä lapsille ja nuorille suunnatuista omahoito-ohjelmista ja teemasivuista on koottu käsikirjan kohtaan 19.

6.2. Mielenterveystalon sisällöt ammattilaisille

Mielenterveystalon ammattilaisten osio on tarkoitettu kaikille suomalaisille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille. Palveluun kirjaututaan sote-ammattikortilla, organisaation tunnuksilla tai verkkopankkitunnuksilla.

Ammattilaisten osiossa on

- yli 100 sähköistä mittaria
- koulutuksia esimerkiksi mittareiden käyttöön
- koulutuspäivien tallenteita
- runsaasti oppaita esimerkiksi ryhmähoitojen toteuttamiseen ja potilaan kohtaamiseen.

Ammattilaiset voivat hyödyntää Mielenterveystalon sisältöjä myös toteuttaessaan Terapiat etulinjaan -toimintamallin mukaista ohjattua omahoitoa. Lisätietoa ohjatusta omahoidosta löytyy käsikirjan menetelmäosioista.

6.3. Mielenterveystalosta viestiminen

Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelusta viestiminen on tehty mahdollisimman vaivattomaksi. Palvelu löytyy osoitteesta www.mielenterveystalo.fi, ja sinne ohjautuvaa linkkiä voi jakaa ajanvarauskirjeiden ja -tekstiviestien yhteydessä, potilasohjeissa, potilaskertomuksissa ja

verkkosivuilla. Verkkosivujen linkin voi lisätä suoraan esimerkiksi hyvinvointialueen verkkosivuille tai muihin materiaaleihin, jolloin Mielenterveystalon sisältöihin pääsee käsiksi helposti.

Palvelun markkinoinnissa voi hyödyntää seuraavia palveluita:

- **Materiaalipankki**
Mielenterveystalo.fi/materiaalipankki-sivustolta löytyy erilaisia tulostettavia materiaaleja, painotuotteita, sähköisiä bannereita esimerkiksi verkkosivuille sekä sähköisiin infotauluihin lisättäviä esityksiä.
- **Tiedottaminen ja kouluttaminen**
Jokaisella Terapia etulinjaan -toimintamallin sekä Mielenterveystalo.fi-palvelun kansallisen koordinaattoriverkoston ammattilaisella on ymmärrys palvelusta ja sen tarkoituksesta. Hyvinvointialuekohtaisten koordinaattorit tulevat mielellään kertomaan palvelusta. Heidän yhteystietonsa löytyvät osoitteesta www.mielenterveystalo.fi/yhteystiedot.
- **Sosiaalisen median palvelut**
Mielenterveystalo.fi löytyy Instagramista ja Facebookista. Sosiaaliseen mediaan tuotetaan paljon sisältöjä, jotka tarjoavat tietoa ja vinkkejä erilaisiin tilanteisiin ja oireisiin. Hyvinvointialue voi jakaa helposti mielenterveystalon sisältöjä omassa kanavissaan.

Prosessin osa	Kansalliset tukipalvelut	YTA-tasoiset tukipalvelut
Digitaaliset omahoitopalvelut 24/7	Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelun tekninen kehittäminen ja sisältökehittäminen	Digitaalisten omahoitopalveluiden integroiminen alueellisiin asiointialustoihin ja käyttöönottojen tuki ja asiantuntijat sisältökehittämiseen
Digitaaliset ammattilaispalvelut 24/7	Mielenterveystalo.fi-ammattilaisten palvelualueen ylläpito ja sisältökehittäminen sekä verkostot	Kuten edellä

7. Terapia- ja Interventionavigaattorit, Lasten navigaattori sekä ensijäsennys

Oikea-aikainen ja -tasoinen hoitoonohjaus on keskeinen osa toimivaa mielenterveysongelmien hoitoprosessia. Panostamalla prosessin alkuun saadaan koko hoitoprosessista mahdollisimman sujuva.

Hoitoprosessin alku tuottaa usein ongelmia palveluiden järjestäjälle: Tuen tarpeen arviointiin ja hoitoonohjaukseen saatetaan panostaa tarpeettoman paljon tai liian vähän. Palvelujen arvioinnin yhteiset käytännöt voivat olla ammattilaisille epäselvät, ja usein tehdään myös päällekkäistä työtä.

Apua hakevalle aikuiselle, nuorelle tai perheelle arviointiin liittyvistä ongelmista seuraa hoidon alkamisen viivettä tai turhia ja haitallisia hoitoyrityksiä. Arviointiaikaa voi joutua odottamaan pitkään ja arviointiin käytetään useita vastaanottokäyntejä. Pahimmassa tapauksessa asiakas ei ole saanut tarvitsemiaan palveluita tai tukea odotusaikana.

Erityinen haaste on monialaisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erilaisten julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoonohjauksen vaihtelu. Hoidon tarpeen arvioinnin tavat sekä tarjottava hoito vaihtelevat asiointikanavan perusteella eivätkä määriyty asiakkaan tarpeen perusteella. Ideaalitapauksessa asiakas päätyy riittävän nopeasti vaikuttavaan hoitoon riippumatta siitä, minkä asiointikanavan, ammattiryhmän tai organisaation kautta hän apua hakee.

Tarpeeton vaihtelu hoidon tarpeen arvioinnissa, hoitoon ohjauksessa ja hoitoprosessin alkupäässä aiheuttaa asiakkaille koituvan haitan lisäksi merkittävää resurssien hukkaa. Hoidon lähtemistä väärään suuntaan voi olla vaikea tai mahdoton korjata jälkikäteen. Siksi hoitoketjun alkupään selkiyttäminen ja tehostaminen on erityisen tärkeää.

7.1. Navigaattorijärjestelmien periaatteet

Hoitoonohjauksen sujuvoittamiseksi sekä ammattilaisten ja apua hakevien tukemiseksi on kehitetty aikuisille Terapianavigaattori, 13–19-vuotiaille nuorille Interventionavigaattori (”Nuorten navi”) sekä lapsiperheille Lasten navigaattori (”Lasten navi”). Kehitystyö on tehty yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. Navigaattorit kokoavat hoitoon ja tuen piiriin ohjauksen kannalta olennaisimman tiedon apua hakevan tilanteesta parhaimmillaan jo ennen ammattilaisen ensitapaamista. Kun tuen ja hoidon arvio hoidetaan kattavasti ja tehokkaasti, interventio voidaan aloittaa nopeasti heti ensijäsennyksen, eli navigaattorin tulosten läpikäymisen ja tarkentamisen, jälkeen. Tämä auttaa lyhentämään palvelujen jonoja ja asiakkaita saamaan heille sopivaa tukea tai hoitoa ilman, että tilanteet ja ongelmat kärjistyvät.

Navigaattorit sisältävät kysymyksiä yleisimmistä terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä. Aikuisten Terapianavigaattorissa ja nuorten Interventionavigaattorissa käytetään myös kansallisesti suositeltuja oiremittareita yleisimpien mielenterveysongelmien kartoittamiseen. Navigaattorit eivät tee automatisoituja johtopäätöksiä, terveysneuvontaa tai profiloitua, eivätkä ne ohjaa tai suosittele suoraan tiettyjä hoitoja vastauksien perusteella. Ammattilainen tekee johtopäätökset ja hoitoonohjauksen ensijäsennyksellä asiakkaan toiveet huomioiden.

Läpinäkyvyyden lisäämiseksi kaikki navigaattoreiden täyttäjät saavat vastauksistaan koosteen. Täyttäjän vastaukset koostetaan yhteen koosteraporttiin, josta ilmenee oirepisteiden määrä ja oiretaso. Täyttäjä voi myös tarkastella jokaista vastaustaan ns. laajan raportin kautta. Kyselystä saadun koodin avulla vastaaja voi palata tarkastelemaan vastauksiaan kuukauden ajan.

Navigaattoreiden käyttö on sekä apua hakevalle että hyvinvointialueille tai muualla toimiville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille anonyymiä ja maksutonta. Navigaattoreiden hyödyntäminen ei vaadi uusia integraatioita tai teknistä kehitystä, koska ne ovat itsenäisiä verkkosivuja. Myös tiedon siirtäminen onnistuu ilman integraatioita siten, että navigaattorin täyttänyt asiakas toimittaa ammattilaiselle vastaustensa koodin, jolla ammattilainen näkee kaikki samat tiedot kuin täyttäjänkin. Navigaattoreihin on rakennettu sisään ominaisuus, jolla koosteraportin tiedot on helppo kopioida sähköiseen potilas- tai asiakastietojärjestelmään.

Navigaattoripalveluita kehitetään jatkuvasti. Aikuisten Terapianavigaattori on ollut pisimpään käytössä, ja sen käyttö on vakiintunutta. Nuorten ja lasten Interventionavigaattorit ovat käyttöönotto- ja pilotointivaiheissa. Sisältöihin voi tulla vielä parannuksia, mutta hyvinvointialueet pääsevät testaamaan järjestelmien soveltuvuutta omiin palveluketjuihinsa.

Vuodesta 2026 alkaen navigaattoripalveluiden teknisestä toteutuksesta vastaa DigiFinland. Navigaattorien kliinisten sisältöjen kehityksestä, ensijäsennyskoulutuksesta ja käyttöönoton tuesta hyvinvointialueille vastuu on HUS Psykiatrialla.

7.2. Ensijäsennyksen periaatteet ja ensijäsennyskoulutukset

Potilaan tai asiakkaan ensimmäinen tapaaminen ja hoidon tarpeesta keskustelu ammattilaisen kanssa on merkityksellinen tapahtuma. Arviointikeskustelu ei ole vain neutraali tiedonkeruutilanne, vaan se on myös merkittävästi hoitosuhteeseen ja hoitoon vaikuttava toimenpide. Tätä kutsutaan navigaattorien yhteydessä ensijäsennykseksi. Ensijäsennyksessä käydään läpi navigaattorin tulokset, tarkennetaan vastauksia ja selvennetään, ovatko jotkin navigaattorin kyselyiden ulkopuolelle jäävät asiat asiakkaan tilanteen kannalta olennaisia. Samalla luodaan pohjaa hoitosuhteelle ja selvitetään, minkälaisiin hoitomuotoihin asiakas voisi sitoutua.

Navigaattoreiden ja ensijäsennyksen avulla tunnistetaan asiakkaat, jotka voidaan ohjata matalan kynnyksen nopeasti alkaviin, tiiviisti toteutettuihin lyhyihin psykososiaalisiin hoitoihin ja heidät, joiden tilanne vaatii tarkempaa arviota ja/tai pidempikestoisempaa hoitoa, kuten psykoterapiaa. Asiakkaiden ohjaaminen eteenpäin edellyttää käytännön tasolla sitä, että alueelliset psykososiaaliset hoidot porrastetaan ja määritellään selkeästi, jotta asiakas voidaan myös tosiasiallisesti ohjata heti oikeaksi arvioituun hoitoon.

Terapiat etulinjaan -toimintamalli järjestää ensijäsennyskoulutuksia sekä lasten, nuorten että aikuisten palveluiden ammattilaisille. Koulutukset sovitaan aina palveluita tarjoavan tahon kanssa. Niihin voivat osallistua ammattilaiset, joiden työnkuvaan kuuluu ohjata mielenterveyden oireista tai häiriöistä kärsiviä asiakkaita psykososiaalisen hoidon tai tuen piiriin. Ensijäsennyskoulutukseen sisältyy verkko-opintoja, taitoharjoittelua ja lopputesti. Ensijäsennyskoulutuksessa ammattilaiset oppivat syventämään ja soveltamaan navigaattoreista saatua tietoa tavalla, joka tukee oikeatasoisen hoidon tai tuen valintaa. Navigaattoreiden ja ensijäsennyksen käyttöönotto edellyttää myös ammattilaisten kouluttamista oman alueen psykososiaalisten interventoiden sekä tuen ja hoitojen porrastukseen ja valikoimaan.

Tarkempaa tietoa eri navigaattoreiden ja ensijäsennyksen hyödyntämisestä käytännössä on esitetty tämän käsikirjan ikäryhmäkohtaisia palveluita käsittelevissä luvuissa 14, 21 ja 22.

Prosessin osa	Kansalliset tukipalvelut	YTA-tasoiset tukipalvelut
Hoidon ja tuen tarpeen arvio ja hoitoonohjaus	Terapia- ja Interventionavigaattoreiden sisältökehittäminen, tekninen kehitys ja ylläpito, integrointi alueellisiin ja kansallisiin järjestelmiin	Asiantuntijat sisältökehittämiseen, hoitoonohjauksen järjestelmien integrointi alueen palvelujärjestelmään ja ylläpito

8. Koulutustoiminta

Terapiat etulinjaan -koulutustoiminnan tavoitteena on ylläpitää sisällöiltään tarpeenmukaista, pedagogisesti laadukasta ja alueellista omistajuutta korostavaa koulutusjärjestelmää. Koulutukset perustuvat

- verkko-oppimiseen
- koulutusinterventioiden toteuttamiseen palautetietoisesti
- menetelmäohjaukseen.

Tavoitteena on, että kaikki hyvinvointialueet voivat vaikuttavasti ja pienin kustannuksin ylläpitää ja kehittää henkilöstönsä osaamista ja tätä kautta palveluiden ja suositusten mukaisten hoitojen yhdenvertaista saatavuutta. Moderni verkkopedagogiikka auttaa mahdollistamaan matalat koulutuskustannukset, osaamisen ylläpidon sekä kouluttautumisen alueellisen joustavuuden.

Terapiat etulinjaan -koulutustoiminnan verkko-opinnot on rakennettu Mielenterveystalo.fi-koulutuslustoille, joka vaatii henkilökohtaisen käyttäjätunnuksen. Koulutuksiin osallistutaan alueellisissa ryhmissä tai yksikkökohtaisesti.

Koulutusportfolio ei pyri olemaan tyhjentävä, eli se ei sisällä kaikkia mahdollisia vaikuttavaksi osoittavia hoitomuotoja, joita kansalaisille olisi joissakin tilanteissa perusteltua tarjota. Tavoitteena on tuottaa koulutukset yleisimpien häiriöryhmien vaikuttavuudeltaan parhaiten dokumentoituihin hoitomuotoihin niin, että osaamista voidaan pysyvästi ylläpitää kohtuullisin kustannuksin.

Vuodesta 2021 lähtien yli 10 000 ammattilaista on käynyt jonkin Terapiat etulinjaan -koulutustoimintaan sisältyvän koulutuksen tai suorittaa sitä parhaillaan. Jatkovana rakenteena koulutustoiminnassa on mahdollista kouluttaa vuosittain joustavasti 1000–2000 näyttöön perustuvien menetelmien osajaa.

Vastuu koulutusten järjestämisestä jakautuu siten, että Terapiat etulinjaan -toimintamalli yhteistyössä kunkin menetelmän erityisosaajien kanssa vastaa koulutusten teoriasisällöistä, rakenteista ja valmistuneiden sertifiointista. Kouluttava taho, esimerkiksi hyvinvointialue, vastaa koulutusten muusta läpiviennistä, esimerkiksi ohjauksen järjestämisestä, opiskelijoiden etenemisen seurannasta ja menetelmän alueellisesta juurtumisesta.

Koulutettavalla ryhmälle nimetään vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on seurata kyseisen ryhmän opiskelun etenemistä sekä järjestää tai organisoida alueelliset taitoharjoittelun rakenteet.

Prosessin osa	Kansalliset tukipalvelut	YTA-tasoiset tukipalvelut
Terapiakoulutukset ja osaamisen ylläpito	Kansallisen terapiakoulutusjärjestelmän sisältökehittäminen, ylläpito ja tekninen kehitys sekä kansallinen koulutusten koordinointi ja toteutus	Asiantuntijat sisältökehittämiseen, YTA-kouluttaminen ja osaamistarpeiden seuranta sekä menetelmäohjauksen ja mentoiminnin järjestäminen

8.1. Verkkopedagogiikka koulutustoiminnan pohjana

Kaikissa Terapiat etulinjaan -koulutuksissa hyödynnetään laaja-alaisesti verkkopedagogiikkaa ja oppimisen digitaalisia ratkaisuja. Digitaalinen oppimisympäristö takaa koulutustoiminnan tasaisen ja korkean laadun, koulutussisältöjen jatkuvan päivittämisen sekä käyttäjien palautteen huomioimisen.

Koulutusosalusta sisältää kaikki työkalut, joita ammattilainen tarvitsee interventioiden toteuttamiseen ja seurantaan. Lisäksi verkko-opiskelu mahdollistaa sen, että

- koulutuksia on mahdollista järjestää osana kiireistä arkea: kalenteriin ei tarvitse varata pitkiä koulutuspäiviä, koska opiskelu toteutuu pienissä pätkissä silloin, kun kalenterissa on tilaa
- alusta on käytettävissä myös pitkään koulutusten päättymisen jälkeen ja tarjoaa työvälineen jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen
- ohjaajien ja kouluttajien kanssa vietetty aika voidaan omistaa kokonaan taitoharjoittelulle.

Koulutusosalustalla olevat koulutukset on rakennettu hierarkkisesti ja modulaarisesti, mikä ohjaa opiskelijaa kouluttautumisessa, helpottaa osakokonaisuuksien hahmottamista ja tukee keskeisten sisältöjen kertaamista. Verkko-opinnoissa hyödynnetään useita erilaisia sisältönäköymiä, esimerkiksi tekstiä, kuvia, videoita sekä erilaisia oppimisaktiviteetteja, kuten kyseilyitä ja reflektiivisiä tehtäviä, joita käyttäjä voi täyttää suoraan koulutusosalustalla.

8.2. Koulutusportfolio

Terapiat etulinjaan -toimintamallin koulutusportfolio sisältää lasten, nuorten ja aikuisten palveluissa käytettäviä eri pituisia interventioita. Koulutusten kesto vaihtelee muutamista tunteista vuoteen. Koulutusportfolio on kuvattu kokonaisuutena kuvassa 3. Ikäryhmäkohtaiset koulutussisällöt on kuvattu tarkemmin tämän käsikirjan kutakin ikäryhmää käsittelevässä luvussa. Koulutusportfoliossa kuvattujen koulutusten lisäksi koulutuksia voidaan tarpeen mukaan ja erikseen sovittuna myös räätälöidä koulutettavan yksikön tarpeisiin.

Koulutusmateriaaleja on tarjolla sekä suomen että ruotsin kielellä, lisäksi pieniä osia koulutussisällöistä, esimerkiksi asiakkaille jaettavia materiaaleja, on käännetty myös englanniksi.

Koulutusportfoliota laajennetaan tieteellistä näyttöä ja perustason tarpeita kuunnellen kaikissa ikäryhmissä. Kansalliset yhteiskehittämisen rakenteet varmistavat, että mikäli näyttö ja tarve puoltaa jonkin menetelmän kouluttamista, koulutuksen sisältö on selkeä ja alan keskeiset osaajat niin toivovat, voidaan uusi koulutus tuottaa koulutusportfolioon noin puolessa vuodessa.

Ohjattu omahoito	+	● ● ●			Porras 1
Ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio	+	● ● ●	MO		Porras 2
IPC	+	● ● ●	MO		Porras 1–2
Kognitiivinen lyhytterapia	+	● ● ●	MO	ESH	Porras 2–3
Tunnekeskeinen pari-interventio	+	● ● ●			Porras 1–2
IPT	+	● ● ●	MO	ESH	Porras 2–3

● Aikuiset ja ikääntyneet ● Nuoret ● Lapset ja perheet

MO Koulutuskokonaisuuteen liittyy myös menetelmä-ohjaajakoulutus/-perehdytys **ESH** Sisältö soveltuu myös erikoissairaanhitoon

Kuva 3: Terapiat etulinjaan -koulutusportfolio

Koulutusportfoliossa kuvattujen koulutusten lisäksi koulutustoimintaan osallistuville on tarjolla avoimia verkko-oppimiskursseja, jotka täydentävät opiskeltavan kurssin sisältöjä. Nämä kurssit on kuvattu taulukossa 2.

Tukikoulutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhytterapiat erikoissairaanhoidossa • Lyhytterapiat ikääntyneiden kanssa • Lyhytterapiat nuorten kanssa • Neurokehityksellisten vaikeuksien huomioiminen työskentelyssä • Yleisvastaanotto-osio ohjatun omahoidon koulutuksessa. • Äitiysneuvolaosio ohjatun omahoidon koulutuksessa • Esihenkilöiden koulutus muutosten läpiviennistä ja vaikuttavuuden arkijohtamisesta • Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö (ARFID)
Avoimet koulutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Traumainformoitu työote • Traumainformoitu kohtaaminen • Kokemustietoa mielenterveyspalveluista • Neuropsykiatrisen tunnistusosaamisen vahvistaminen

Taulukko 2: Terapiat etulinjaan -koulutustoimintaan osallistuville tarjolla olevat avoimet verkko-oppimiskurssit

8.3. Koulutusinterventioiden toteuttaminen palautetietoisesti

Koulutukset kohdennetaan lähtökohtaisesti yksiköihin, joissa menetelmää tullaan aktiivisesti käyttämään. Ammatilainen toteuttaa koulutusinterventiot osana omaa työtään, ja asiakkaat ohjautuvat koulutusinterventioihin alueellisten ohjauskäytänteiden mukaisesti. Koulutuskohdaisesti on määritelty, kuinka monta läpivietyä interventiota ja kuinka monta tuntia potilastyötä tulee olla suoritettuna yhteensä koulutuksen aikana.

Palautetietoinen työote tarkoittaa systemaattista hoidon seurantaan koko hoitajakson ajan. Siinä terapeutti kerää hoitajakson aikana säännöllisesti palautetta asiakkaan tai potilaan oireista ja niiden muutoksista sekä siitä, miten potilas työskentelyn kokee. Palautetietoisesta työotteesta kautta terapeutti saa jatkuvasti tietoa toteuttamansa hoidon vaikuttavuudesta ja etenemisestä. Kerättyä tietoa hyödynnetään jo heti hoidon aikana sekä mahdollista tulevaa hoitoa suunniteltaessa.

Hoidon vaikuttavuuden systemaattinen seuranta on tärkeää myös hoitoa toteuttavan yksikön ja organisaation kannalta, sillä seuranta antaa mahdollisuuden puuttua vaikuttavuutta tutkitusti heikentäviin tekijöihin, esimerkiksi pitkiin jonotusaikoihin tai liian harvajaksoiseen hoitoon. On tärkeää huomata, että tällöinkään huomio ei kohdistu yksittäisen työntekijän antamaan hoitoon ja sen vaikuttavuuteen, vaan sen varmistamiseen, että potilaiden hoito on järjestetty mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti, vaikuttavasti ja laadukkaasti.

8.4. Menetelmäohjaus ja menetelmäohjaajakoulutus

Koulutuksiin kuuluvan menetelmäohjauksen tavoite on mahdollistaa koulutettaville uudenlaisten työtapojen turvallinen harjoittelu ja vakiinnuttaminen osaksi omaa työkalupakkaa. Menetelmäohjaajan tehtävänä on tukea ja opettaa ammattilaisia uuden menetelmän käytössä. Siksi menetelmäohjaajan tulee olla erityisen perehtynyt ohjaamaansa menetelmään sekä hallita sen pohjana olevan viitekehysten keskeiset periaatteet.

Tyypillisesti Terapiat etulinjaan -koulutustoiminnassa menetelmäohjaajana toimii alueellisen Terapiat etulinjaan -koordinaatiohankkeen terapiakoordinaattori, linjaorganisaation työntekijä tai ulkoa ostettu resurssi. Terapiat etulinjaan -koulutustoimintaan sisältyy myös uusien menetelmäohjaajien kouluttaminen, josta kerrotaan tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

Menetelmäohjaajaksi hakemisen kriteerit riippuvat ohjattavasta menetelmästä. Mitä vaativammasta menetelmästä ja asiakasryhmästä on kyse, sitä vankempaa osaamista menetelmäohjaajalta edellytetään. Menetelmäkohtaiset kriteerit on koottu taulukoihin, jotka löytyvät liitteistä 1 ja 2. Menetelmäohjaajien ohjaajien kriteerit löytyvät liitteestä 3.

Menetelmäohjaajakoulutuksen sisältö ja järjestäminen

Menetelmäohjaajakoulutus sisältää verkko-opiskelua, ryhmissä tapahtuvaa ohjausta sekä vähintään yhden menetelmäohjausryhmän ohjaamisen. Menetelmäohjaajaksi koulutautuminen kestää 0,5–1 vuotta. Kesto riippuu ohjattavasta menetelmästä. Menetelmäohjaajan sertifiointi voidaan myöntää ensimmäisen oman menetelmäohjausryhmän valmistumisen jälkeen.

Keskeisiä koulutuksessa harjoiteltavia menetelmäohjaustaitoja ovat

- opiskelijoiden oppimisen tukeminen
- turvallisen oppimisilmapiirin luominen ja mahdollisiin ongelmiin puuttuminen
- taitoharjoittelun ohjaaminen ryhmässä
- palautetietoisuuden tukeminen.

Menetelmäohjaajakoulutukset järjestetään Terapiat etulinjaan -toimintamallin ja hyvinvointialueen tai YTA:n toimijoiden välisenä yhteistyönä. Terapiat etulinjaan -toimintamalli vastaa kansallisesti menetelmäohjaajien perehtymisvaiheeseen sisältyvistä koulutusmateriaaleista sekä aloitusinfon ja taitopajojen toteutuksesta.

Tavoitteena on, että YTA-tasoisesti voitaisiin järjestää koulutautuville menetelmäohjaajille pienryhmäohjaus ensimmäisten menetelmäohjausryhmien ajaksi.

Sertifioitujen menetelmäohjaajien työtä ja osaamista on tärkeä tukea myös koulutusvaiheen jälkeen. Ylläpitovaiheen tueksi suositellaan oman alueen tai organisaation sisäistä mentorointia sekä osallistumista Terapiat etulinjaan -toimintamallin järjestämiin kansallisiin verkostopaamisiin. YTA-tasoisien menetelmäkohtaisten tukirakenteiden muodostaminen voi myös olla arvokasta.

8.5. Koulutuksen jälkeinen mentorointi

Koulutuksen jälkeinen mentorointi on porrastetun tuen ja hoidon mallin tukirakenne, jonka tavoitteena on edistää ammattilaisen osaamista ja ammattitaitoa sekä menetelmän aktiivista, laadukasta ja vaikuttavaa toteuttamista. Mentoroinnissa yhdistyy koulutuksellisuus, asiakastyön ohjaus sekä alueellisen palvelujärjestelmän toimivuuden kokonaiskehittäminen. Koulutuksen jälkeisellä mentoroinnilla varmistetaan porrastetun tuen ja hoidon mallin ja sen menetelmien alueellinen juurtuminen ja toimivuus.

Mentoroinnilla on tärkeä merkitys eri yksiköiden välisen yhteistyön rakentamisessa ja hoitopolkujen yhteensovittamisessa. Mentoroinnin onkin hyvä olla osa palvelujärjestelmää, koska se vaatii ymmärrystä hyvinvointialueen palvelutuotannon vastuista. Näin voidaan taata asiakkaan kannalta toimiva yhteistyö eri toimijoiden välillä.

Mentoroinnin vaikutukset ulottuvat aina yksittäisestä interventiosta koko porrastettuun palvelukokonaisuuteen. Ilman mentorointia vaarana on, että palveluiden laatu, yhdenvertaisuus, tuloksellisuus ja kustannusvaikuttavuus heikkenevät ja satunnaisuus alkaa ohjamaan palveluiden tarjontaa.

Suositus on, että mentorointia toteutetaan ryhmämuotoisesti. On tärkeä huomioida, että mentorointi ei kuitenkaan korvaa ammattilaisten yksilö- tai ryhmätyönohjausta.

Mentoroijan vastualueet

Mentorointi on luonnollinen osa hyvinvointialueen terapia- menetelmä- tai interventiokoordinaattorin työtä, koska hän tuntee alueelliset erityistarpeet ja -piirteet ja kykenee tukemaan ongelmanratkaisua palveluprosessien tasolla. Koordinaattorilla on suorat yhteydet palvelujärjestelmän eri tasoihin asiakastyötä tekevistä ammattilaista esihenkilöihin ja palvelupäälliköihin, joka sujuvoittaa kehittämistyötä.

Mentoroijan vastualueet palveluprosessien osalta:

- tietää, mikä on menetelmän merkitys ja asema oman hyvinvointialueen palveluissa
- tunnistaa kehittämistarpeita ja edistää ratkaisujen etsimistä verkostoissaan
- tuntee menetelmän rajoitteet, osaa viestiä niistä ja hahmottaa ne suhteessa porrastetun hoitojärjestelmän mukaiseen tarjontaan.

Mentoroijan vastualueet hoidon toteutuksen, käytettävyyden ja vaikuttavuuden osalta:

- auttaa ratkaisemaan yleisimpiä menetelmän toteuttamiseen liittyviä pulmatilanteita
- tuntee menetelmän keskeiset vaikuttavat osa-alueet ja seuraa arkivaikuttavuutta
- osaa aktivoita taitoharjoittelua sekä palautetietoista työskentelyä ammattilaisten osaamisen kehittymisen tukena.

9. Lyhytpsykoterapia ostopalvelusetelillä ja psykoterapian laaturekisteri

Lyhytpsykoterapian palveluseteli ja laaturekisteri kuuluvat Terapiat etulinjaan -toimintamallissa porrasteisen hoitomallin kolmannen portaan palveluihin. Palvelu täyttää aukon kevyempien lyhytinterventioiden ja pitkien psykoterapioiden tai erikoissairaanhoidon välissä. HUSin palvelusetelijärjestelmä⁸ on mallinnettu, ja palvelusetelikäsikirja on vapaasti hyvinvointialueiden hyödynnettävissä.

Nopeasti alkava 20 kerran lyhytpsykoterapia olisi monelle riittävä ja tehokas psykososiaalinen hoito, jolloin pidempi erikoissairaanhoidon jakso tai useamman vuoden kuntoutuspsykoterapia ei olisi tarpeellinen. Alueellisesti lyhytpsykoterapiaa on kuitenkin hyvin vaihtelevasti tarjolla, ja monin paikoin sen mahdollisuus puuttuu perusterveydenhuollosta kokonaan. Perustasolta käynnistyvä lyhytpsykoterapia nopeuttaisi hoitoon pääsyä, laajentaisi perusterveydenhuollon käytössä olevaa hoitovalikoimaa ja vähentäisi erikoissairaanhoidon tarvetta.

HUS-alueella lyhytpsykoterapiajaksot on suurelta osin järjestetty ostopalvelopsykoterapian kautta, jossa hyödynnetään palvelusetelijärjestelmää ja psykoterapioiden laaturekisteriä. Tätä toteutustapaa ja palvelusetelikäsikirjaa on kehitetty ja hienosäädetty jo yli viiden vuoden ajan, ja palveluseleitä on myönnetty yli 5000. Käytännössä kehitetty palvelusetelijärjestelmä on todettu erittäin toimivaksi tavaksi järjestää lyhytpsykoterapiat. Hoitoon pääsyn aika on lyhentynyt: noin 50 % aloittaa lyhytpsykoterapian 6 viikon sisällä. Lisäksi palaute sekä asiakailta että psykoterapeuteilta on ollut hyvin myönteistä.

Palvelusetelijärjestelmä on huomattavasti ketterämpi tapa järjestää ostopalvelopsykoterapiaa kilpailutuksiin verrattuna, kunhan palvelusetelikäsikirja on kertaalleen tehty huolellisesti. Koska tämä suurin työ eli palvelusetelikäsikirja on jo kertaalleen tehty, jokaisen hyvinvointialueen ei tarvitse tehdä sitä erikseen. Terapiat etulinjaan -toimintamalli yhdessä HUSin Palse-työryhmän kanssa tarjoaa hyvinvointialueille valmiin käyttöönotettavan mallin järjestää alueensa 3. portaan palveluita ja lyhytpsykoterapiaa. Hyödyntämällä valmiita materiaaleja ja prosesseja hyvinvointialue voi hyödyntää jo pitkän kehitystyön ja käytännön kokemusten perusteella viilatun palvelusetelijärjestelmän ja -käsikirjan, joiden avulla järjestää varhaista 20 kerran lyhytpsykoterapiaa.

Palvelusetelijärjestelmän hyödyt hyvinvointialueelle:

- valmis malli, valmiit prosessit ja valmiit materiaalit käyttöönotettavaksi, joissa alueellisten asiantuntijatahojen hienosäätömahdollisuus alueen omia tarpeita varten
- lisää merkittävästi alueellista psykoterapian saatavuutta
- erikoissairaanhoidon edullisempaa, tukee hoitojonojen lyhentämistä ja siten osaltaan vähentää hoitoviiveiden haitallisia seurauksia
- mahdollistaa lyhytpsykoterapian toteutuksen etänä, jolloin käytettävissä ovat valtakunnallisesti kaikki palvelun piirissä lyhytpsykoterapiaa tuottavat psykoterapeutit.

Lisäksi psykoterapian laaturekisteri mahdollistaa ostettujen hoitojen ja niiden vaikuttavuuden seuraamisen.

⁸ Palse.fi-portaalin kuvaus HUS palvelusetelijärjestelmästä:
<https://palse.fi/?page=svc&inst=50000000&orgpalv=9> (viitattu 14.3.2025)

9.1. Laaturekisteri auttaa seuraamaan hoitojen vaikuttavuutta

Psykoterapian laaturekisteri mahdollistaa psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuuden ja saatavuuden seurannan laajamittaisesti ja standardoidusti. Laaturekisterin avulla hoidolliset päätökset voidaan tehdä potilas-, diagnoosi-, tuottaja- tai hoitomenetelmäkohtaisesti kerätyn tiedon perusteella. Kun laaturekisterin rinnalla on käytössä psykoterapian palvelusetelijärjestelmä, hoito voidaan aloittaa varhaisemmin ja kohdennetummin – myös oman tuotannon katvealueisiin kuuluvilla potilasryhmillä. Psykoterapian laaturekisteri ja palvelusetelijärjestelmä ovat käytössä ja valmisteilla jo useilla hyvinvointialueilla eri puolilla Suomea.

Psykoterapian laaturekisterin on tuottanut tietojärjestelmäyrittäjä BCB Medical, jolla on puitesopimus julkisten sosiaali- ja terveystoimijoiden kanssa. Laaturekisterin käyttöönotto edellyttää hyvinvointialueen tekemää erillistä sopimusta heidän kanssaan.

Yksittäisen potilaan kohdalla psykoterapian laaturekisteri mahdollistaa selkeästi laadukkaamman hoidon toteutuksen. Laaturekisterillä voidaan seurata hoidon edistymistä sekä havaita mahdollisia haittavaikutuksia. Esimerkiksi terapiassa melko tyypillinen haittavaikutus, hoidon jumiutuminen, voidaan havaita ja korjata hoitolinjaa nopeasti. Myös psykoterapeutit voivat hyödyntää kerättyä tietoa oman osaamisensa kehittämiseen. Laaturekisterin avulla terapeutti voi seurata potilaan vointia ja kerätä palautetta esimerkiksi hoitosuhteen laadusta ja hoidon toteutumisesta toistuvasti, vaikka viikoittain. Näin psykoterapeutti voi toteuttaa palautetietoista hoitoa ja räätälöidä hoitoa potilaan muuttuviin tarpeisiin.

Laaturekisteri mahdollistaa ryhmätason prosessitarkastelut ja toiminnan kehittämisen tiedon avulla. Esimerkiksi hoitojen alkamista sekä alkamisen viivettä seurataan jatkuvasti, minkä avulla on pystytty tunnistamaan ongelmakohtia, kuten tietyn tyyppisten palvelujen ruuhkautumista. Tiedon pohjalta voidaan kohdentaa koulutusta tai rekrytointia ja siten nopeuttaa hoitoon pääsyä.

Laaturekisterin avulla pystytään tunnistamaan merkittävä hoidon alkamisen viive. Esimerkiksi vuoden 2021 alussa perusterveydenhuollon aikuispotilaille suunnatun lyhytpsykoterapian aloittaneista pääsi hoitoon 6 viikon sisällä noin 20 % potilaista. Palvelusetelijärjestelmän useita eri osia kehittämällä tähän on saatu merkittävä muutos, ja vuonna 2024 noin 45 % potilaista aloitti lyhyen psykoterapian kuuden viikon sisällä palvelusetelin myöntämisestä.

Psykoterapian laaturekisteri yhdistettynä psykoterapian palvelusetelijärjestelmään mahdollistaa hoitojen alkamisen yhä nopeammin ja kohdennetummin. HUSissa ohjataan vuosittain noin 2000–3000 potilasta psykoterapiaan palvelusetelillä. Näistä noin yli puolet ohjataan psykoterapiaan suoraan perusterveydenhuollosta. Palvelusetelijärjestelmä mahdollistaa lisäksi psykoterapian vuosittain yli 1000:lle sellaiselle erikoissairaanhoidon potilaalle, jotka eivät ole oikeutettuja Kelan tukemaan pitkään psykoterapiaan, mutta joiden kohdalla sille on selkeät hoidolliset perusteet.

Kirjallisuutta

Saarni, S. E., Rosenström, T., Stenberg, J. H., Plattonen, A., Holi, M., Ekelund, J., ... Saarni, S. I. (2022). Finnish Psychotherapy Quality Register: rationale, development, and baseline results. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(5), 455–466.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2150788>

10. Tiedolla johtaminen ja arkivaikuttavuus

Vaikuttavuustiedon kerääminen ja hyödyntäminen on keino parantaa psykososiaalisten interventioiden yksilötason vaikuttavuutta sekä palveluiden vaikuttavuutta kokonaisuutena. Siitä kannattaa tehdä pysyvä osa mielenterveyspalvelujen rutiineja.

Vaikuttavuustiedon hyödyntämisessä on kyse kulttuurinmuutoksesta, jossa vaikuttavuustieto nostetaan keskeiseksi toimintaa ohjaavaksi arvoksi. Onnistuminen muutoksessa edellyttää kaikkien organisaation toimijoiden aktiivista osallistumista vaikuttavuustiedon keräämiseen ja hyödyntämiseen. Vaikuttavuustieto palveleekin kaikkia organisaation rooleja ja tavoitteita aina arjen kliinisestä päätöksenteosta johdon strategiaan ratkaisuihin.

- Vaikuttavuustieto auttaa **ammattilaisia** toteuttamaan palautetietoista työskentelyä, eli ohjaamaan yksilöllisesti tarkemmin interventioiden toteutusta sekä arvioimaan niiden riittävyttä sen perusteella, millaista muutosta intervention aikana saadaan aikaiseksi.
- **Esihenkilöt** vastaavat operatiivisesta toiminnasta ja voivat hyödyntää kertyvää vaikuttavuustietoa hoidon porrastuksen ja käytössä olevien resurssien optimoinnissa, lyhyen aikavälin muutosten sekä henkilöstön osaamisen johtamisessa.
- **Johtajat** vastaavat strategisesta päätöksenteosta, strategian ohjaamisesta ja pitkän aikavälin muutosjohtamisesta. Johtajat hyödyntävät päätöksenteossaan organisaation sisäisesti kerrytetyn tiedon lisäksi vertaisilta saatua tietoa.

Sen lisäksi, että organisaation eri toimijat pystyvät hyödyntämään vaikuttavuustietoa oman työnsä toteutuksessa, edellyttää onnistunut johtaminen dialogia näiden osapuolien välillä. Erityisen keskeistä on, että interventioita toteuttavia ammattilaisia osallistetaan organisaation tavoitteiden määrittelyyn ja seurantaan. On tärkeää määrittää yhdessä ammattilaisten, esihenkilöiden ja johdon kanssa, että perimmäinen syy kerätä ja hyödyntää vaikuttavuustietoa on jokaisen apua hakevien parempi palveleminen.

10.1. Arkivaikuttavuutta kehitetään vertaiskehittämällä

Vaikuttavuus erotetaan kirjallisuudessa kokeelliseen vaikuttavuuteen ja arkivaikuttavuuteen. Kokeellinen vaikuttavuus viittaa satunnaistettujen vertailukokeiden kautta saatavaan tietoon, jossa intervention teho suhteessa tiettyyn ongelmaan tai sairauteen pyritään eristämään vakioiduissa olosuhteissa. Arkivaikuttavuus puolestaan viittaa arjen olosuhteissa saavutettavaan hyötyyn eli siihen, mitä arvoa interventiolla päivittäisessä työssä havaitaan olevan⁹. Käyttöön otettujen palveluiden ja toimintamallien arviointi sekä kehittäminen tehdään arkivaikuttavuustiedon pohjalta. Tässä käsikirjassa ja Terapiat etulinjaan -toiminnassa vaikuttavuudella viitataan arkivaikuttavuuteen, ellei toisin sanota.

⁹ Malmivaara, A. Kohti lääketieteen arkivaikuttavuutta. Duodecim. 2012; 128:445-6.

Arkivaikuttavuuden kehittäminen edellyttää yhteismitallisuutta ja vertaiskehittämistä.

- **Yhteismitallisuus** tarkoittaa sitä, että samoista palveluista vastaavat organisaatiot käyttävät samoja mittareita ja indikaattoreita palveluiden arkivaikuttavuuden määrittämiseksi ja kehittämiseksi. Alueellisesti toisistaan poikkeavat vaikuttavuuden mittarit ja indikaattorit johtavat siihen, että alueelle kertyy tietoa, joka ei vertaudu mihinkään. Mikäli mittarit poikkeavat toisistaan, ei ole mahdollista tunnistaa toimivimpia ja kustannusvaikuttavampia ratkaisuja ja menetelmiä.
- **Vertaiskehittäminen (benchmarking)** on ensisijainen keino arkivaikuttavuuden määrittämiseksi ja kehittämiseksi sekä järjestelmätason muutosten arvioimiseksi. Vertaiskehittäminen edellyttää tiivistä yhteistyötä, jossa samoista palveluista vastaavat tahot vertailevat tietoja asiakkaiden ja potilaiden alkutilanteesta, annetuista interventioista ja tuloksista.

10.2. Alueellista kehittämistä tukevat kansalliset tukipalvelut

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden arkivaikuttavuuden määrittämisen ja kehittämisen tueksi ylläpidetään kansallisesti yhteistä mittaussmallia osana Terapiat etulinjaan -toimintamallia. Lisäksi ylläpidetään verkostoa tämän mittaussmallin kehittämiseksi ja jalkauttamiseksi.

Hoidon ja palveluiden vaikuttavuuden arvioinnissa suositeltavat mittarit ja toimenpidekoodit ovat yhteensopivia THL:n suositusten kanssa. Mittareiden määrittelytyössä ja esimerkiksi toimenpidekoodien käyttöönoton yhteydessä seurataan ajankohtaisia suosituksia ja tehdään yhteistyötä THL:n kanssa.

Kansallisesti yhteinen mittaussmalli psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuuden arviointiin ja kehittämiseen

Kansallisessa yhteistyössä on sekä kansallisiin että kansainvälisiin suosituksiin pohjaten määritelty yhteiset mittarit ja indikaattorit perustason mielenterveys- ja päihdepalveluissa toteuttavien palveluiden arkivaikuttavuuden arviointiin^{10 11 12 13} (Taulukko 3). Yhteisten indikaattoreiden ja mittareiden lista on jatkuva projekti, joka täydentyy palvelujärjestelmän tarpeiden, tieteellisen tiedon ja näistä koostettujen suositusten pohjalta.

Aikuisten mittarit on esitelty luvussa 16 ja lasten ja nuorten mittarit luvussa 25.

¹⁰ Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., ... & Tourunen, J. (2018). Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160554> (viitattu 14.3.2025)

¹¹ World Health Organization. (2024). Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services. (viitattu 14.3.2025)

¹² Kelley, T. A. (2015). International consortium for health outcomes measurement (ICHOM). *Trials*, 16(Suppl 3), O4.

¹³ Saarni, S. E., Rosenström, T., Stenberg, J. H., Plattonen, A., Holi, M., Ekelund, J., ... & Saarni, S. I. (2023). Finnish Psychotherapy Quality Register: rationale, development, and baseline results. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(5), 455–466.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen tavoite	Mittari / indikaattori
Saatavuus	<ul style="list-style-type: none"> • 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)
Saavutettavuus, yhdenvertaisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Interventioiden kohdeoire/-ongelma • Apua hakevien aiempi psykososiaalinen hoito/tuki saamaan kohdeoireeseen/-ongelmaan viimeisen vuoden aikana
Laatu, arkikustannusvaikuttavuus	<ul style="list-style-type: none"> • Toteutettu palvelu (toimenpidekoodi) • Käypä hoito-/PALKO suositusten noudattaminen • Interventioiden pituus (vrk. & käyntimäärät)
Arkivaikuttavuus, turvallisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Muutos oireissa¹ • Muutos toimintakyvyssä² • Jatkohoidon/-tuen tarve • Asiakaskokemus³

Taulukko 3: kansallisesti yhteiset perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden arkivaikuttavuuden mittarit ja indikaattorit

¹Ikäryhmäkohtaiset oiremittarit on esitelty luvuissa 16 ja 25.

²Oirekyselyjen lisäksi rutiininomaisesti toteutetussa seurannassa ja tiedonkeruussa on keskeistä edistää potilaan/asiakkaan toimintakyvyn tai koetun työ- ja opiskelukyvyn ja siinä tapahtuvan muutoksen mittaamista. Ajankohtaisesti ei ole tunnistettavissa olemassa olevaa suositusta selkeästi soveltuvimmasta toimintakyvyn mittarista. Mittarien ja indikaattorien suositusta täydennetään selvitys- ja konsensustyön pohjalta eri asiantuntijatahoja osallistaen.

³Minimissään suositelluindeksi THL:n suosituksen mukaan (*Net Promoter Score, NPS*)

10.3. Kansallinen vaikuttavuuden yhteiskehittämisverkosto

Kansallisen yhteistyön edistämiseksi ylläpidetään lasten, nuorten ja aikuisten palveluista tai niiden kehittämisestä vastaavien johtajien, esihenkilöiden ja koordinaattoreiden kansallista verkostoa. Verkosto kokoontuu 2–3 kertaa keväisin ja syksyisin. Verkoston tehtävänä on kuvattujen kansallisen mittausmallin jalkauttamisen edistäminen ja jatkokehittämisen ohjaaminen.

Verkoston tavoitteita ovat:

1. Perustellaan kansallisen tason palvelujärjestelmälähtöisen tietomäärittelyn ja vertaiskehittämisen tarve.
2. Tuotetaan yhteinen lista niistä tiedoista (mittareista ja indikaattoreista), mitä tarvitaan arkivaikuttavuuden määrittelemiseksi ja kehittämiseksi.
3. Tuotetaan tietomäärittelyjä alueellisille järjestelmäkehittäjille siitä, miten ja millä aikavälillä tietoa tarvitaan katselmoitavaksi (huomioiden sekä arjen kliinisen työn, että organisaatioiden johtamisen tarpeet).
4. Määritellään ja ylläpidetään suunnitelmaa kansallisesta vertaiskehittämisen rakenteesta.

Lisäksi verkostossa edistetään teemoja, joita verkosto esittää ja on esittänyt tarpeelliseksi. Näitä ovat esimerkiksi toimenpidekoodien käytön selkeytys, kirjaamiskäytänteiden yhdenmu-
kaistaminen ja tutkimusyhteistyön edistäminen.

Muut Terapiat etulinjaan -toimintamallin keskitetyt palvelut tiedolla johtamisen tueksi

- Analytiikka- ja vertaiskehittämisspalvelut: koostamme sekä alueellisesti että kansallisesti kertyvää tietoa. Tähän sisältyvät esimerkiksi interventioiden tuloksellisuuden arviointi koulutusten aikana, eri ratkaisusta kerättyjen palautteiden raportointi, Navigaattori-palveluiden keräämän tiedon alueellinen/kansallinen koostaminen sekä rutiininomaisesti kertyvän arkivaikuttavuustiedon hyvinvointialueita/organisaatioita vertailuanalyysit alueiden toiveiden mukaisesti.
- Alueelliset projektit vaikuttavuustiedon keräämisen ja hyödyntämisen edistämiseksi: jalkaudumme alueille edistämään yhteistyössä johtajien, esihenkilöiden, koordinaattoreiden ja ammattilaisten kanssa sitä, miten yhdenmukaisen määrittelyn mukaista tietoa saadaan kerättyä arjessa ja miten sitä voidaan hyödyntää osana palveluiden toteuttamista ja johtamista.
- Tutkimuskirjallisuuden koostaminen: vastaamme yhteistyötahoja kiinnostaviin kysymyksiin koostamalla yhteen kansainvälistä kirjallisuutta sekä muualta maailmalta tunnistettavia parhaita käytänteitä.
- Tutkimusprojektien tuki: apu- ja tukirakenteet alueellisesti toteutettavaan, Terapiat etulinjaan -toimintamalliin liittyvään, tieteelliseen tutkimukseen

Prosessin osa	Kansalliset tukipalvelut	YTA-tasoiset tukipalvelut
Tiedolla johtaminen ja vaikuttavuuden arviointi	Kansallisen yhteistyön fasilitointi ja yhteisten periaatteiden muotoilu. Suositukset mittareista, tavoitteista ja analyysimalleista kansallisten tietomäärittelyjen mukaisesti. Kansallisen vertailun toteutus. Tieteellisen tutkimuksen tuki.	YTA-tasoinen vaikuttavuuden seuranta ja hyvinvointialueiden vertaiskehittämisen edistäminen, tiedolla johtamisen tiivis alueellinen tuki.

TOIMINTAMALLI AIKUISTEN PALVELUISSA

Mielenterveyspalveluiden oikea-aikaisuuden ja oikeatasaisuuden turvaaminen edellyttää jatkuvaa huomioimista. Uusi toimintamalli ja toimintakulttuurin muutos ei pysy yllä itsestään, sillä vanhoihin käytäntöihin on helppo palata. Lisäksi henkilöstön vaihtuvuus edellyttää jatkuvaa sovittujen toimintatapojen kertausta.

Tässä osiossa kuvataan Terapiat etulinjaan -toimintamallin palveluita aikuisten palveluissa. Se sisältää alaluvut

- Toimintamallin alueelliset käyttöönoton ja ylläpidon rakenteet
- Alueellinen porrastettu hoitomalli
- Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelun aikuisille suunnatut sisällöt
- Terapianavigaattori ja ensijäsennys
- Menetelmät aikuisten palveluissa
- Tiedonkeruu, tiedolla johtaminen ja vaikuttavuus arkitoiminnassa.

11. Toimintamallin alueelliset käyttöönoton ja ylläpidon rakenteet

Terapiakoordinaatiolla on keskeinen rooli porrastetun hoitomallin käyttöönotossa ja juurruttamisessa hyvinvointialueen palveluihin. Tässä luvussa kuvataan, mitä kaikkea terapiakoordinaattorin työ pitää sisällään ja miten hyvinvointialue hyötyy terapiakoordinaatiosta. Osalla hyvinvointialueista terapiakoordinaattoria kutsutaan menetelmäkoordinaattoriksi. Luvussa on kuvattu myös esihenkilöiden roolia ja Terapiat etulinjaan -toimintamallin palveluja esihenkilöille.

Alaluvut:

- Terapiakoordinaattorin työ
- Esihenkilöiden valmennus ja kansallinen verkosto

11.1. Terapiakoordinaattorin työ

Porrastetun hoitomallin rakentaminen ja ylläpito edellyttää useiden kokonaisuuksien edistämistä samanaikaisesti yli palvelualueiden. Tämä vaatii samaan tavoitteeseen sitoutumista sekä organisaatorakenteiden rajapinnoilla työskentelyä. Laadukas terapiakoordinaattoritoiminta yhdistettynä porrastetun hoitomallin käyttöön parantaa hyvinvointialueen palveluiden laatua ja tehokkuutta sekä vähentää päällekkäistä työtä ja kustannuksia.

Terapiakoordinaattori toimii koko hyvinvointialueen palveluksessa aina asiakastyötä tekevistä ammattilaisista sekä lähi- ja keskijohdosta ylempään johtoon. Sekä Terapiat etulinjaan -toimintamallin että oman alueensa asiantuntijana terapiakoordinaattorin on mahdollista löytää alueellisesti parhaat ratkaisut ja käytänteet porrastetun hoitomallin käyttöönotossa ja ylläpidossa.

Terapiakoordinaattori turvaa kokonaisuuden suunnitelmallisuuden, hallinnan sekä tarvittavan jatkuvuuden. Tämä vähentää riskiä palveluketjujen osaoptimoinnille, mikä tarkoittaa, että yksittäiset palvelut eivät kehity irrallaan toisistaan, vaan ne tukevat toisiaan ja muodostavat

yhtenäisen kokonaisuuden. Johtaminen ja toiminnan organisointi selkeytyvät, kun terapia-koordinaattorit huolehtivat siitä, että kaikki osapuolet ovat tietoisia yhteisistä tavoitteista ja toimintatavoista.

Hyvinvointialueen terapiakoordinaattorin tehtävänä on tukea ja ohjata asiakastyötä tekeviä ammattilaisia uusien työvälineiden ja menetelmien käyttöönotossa sekä tukea alueensa yksiköitä porrastetun hoitomallin käyttöönotossa, ylläpidossa ja jatkokehittämisessä. Lisäksi terapiakoordinaattorit toimivat tärkeänä linkkinä eri ammattiryhmien välillä, mikä edistää moniammatillista yhteistyötä ja tiedonkulkua.

Terapiakoordinaattoritoiminta edellyttää selkeitä vastuujakoja, yhteistyösuhteita ja verkostoitumista hyvinvointialueen sisällä. Terapiakoordinaattori hyödyntää työssään myös kansallisesti kertyneitä kokemuksia ja oppeja hyvistä käytänteistä sekä osallistuu tiiviisti Terapiat etulinjaan -toimintamallin kansallisiin koordinaattoriverkostoihin.

Terapiakoordinaattorin keskeiset tehtävät hyvinvointialueilla

Porrastetun hoitomallin rakentamisen ja ylläpidon osalta:

- porrastetun hoitomallin käyttöönoton ja ylläpidon suunnittelu yhdessä organisaation eri toimijoiden kanssa
- palveluketjujen kehittämiseen ja yhteensovittamiseen osallistuminen
- työntekijöiden perehdyttäminen porrastetun hoitomalliin periaatteisiin ja alueellisiin käytänteisiin
- uusien toimintatapojen juurtumisen sekä integroitumisen edistäminen osaksi ammattilaisten työn arkea
- porrastetun hoitomallin tukirakenteiden suunnittelu ja toteutus, esim. säännöllisen mentoroinnin ja kehittämispäivien osalta. Lisätietoa mentoroinnista löytyy käsikirjan luvusta 8.5.

Koulutusten toteuttamisen osalta:

- koulutussuunnittelu ja koulutusten toteutuksen seuranta hyvinvointialueella
- koulutusten käytännön järjestelyjen koordinointi
- Terapianavigaattorin ja ensijäsennyksen sekä ohjatun omahoidon koulutusten toteuttaminen
- menetelmäohjaukset lyhytterapiakoulutusten (esim. KLT, IPC ja IPT) aikana
- menetelmien koulutusten jälkeinen mentorointi ammattilaisen osaamisen syventämiseksi ja menetelmän käytön tukemiseksi.

Arkivaikuttavuuden ja tiedolla johtamisen osalta:

- vaikuttavuustiedon keräämisen käytänteiden edistäminen (esim. erillisseuranta ja/tai poiminta asiakastietojärjestelmästä) yhdessä hyvinvointialueen toimijoiden kanssa
- vaikuttavuustiedon hyödyntäminen osana arkea yhteistyössä esihenkilöiden ja asiakastyötä tekevien ammattilaisten kanssa.

Kansallisen yhteiskehittämisen osalta:

- kansallisiin terapiakoordinaattoreiden yhteiskehittämisverkostoihin osallistuminen
- kansalliseen vaikuttavuustiedon vertaiskehittämisen verkostoon osallistuminen
- kognitiivisen lyhytterapian menetelmäohjaajien verkostoon osallistuminen.

11.2. Esihenkilöiden valmennus ja kansallinen verkosto

Lähijohtaminen on avainasemassa uudentyypisten toimintatapojen käyttöönotossa ja juurruttamisessa. Aikuisten palveluiden esihenkilöille tarjotaan konkreettista tukea tähän tehtävään esimerkiksi tapaamisten, sparrausten ja vertaistuen kautta.

Esihenkilöiden merkitys porrastetussa hoitomallissa -valmennus vastaa yleisimmin kohdattuihin kysymyksiin ja haasteisiin tarjoamalla rakennetta ja konkreettisia työkaluja uusien toimintatapojen käyttöönottoon ja juurruttamiseen. Kokonaisuus soveltuu sekä uusille esihenkilöille että porrastetun hoitomallin parissa pidempään työskennelleille.

Tietosisältöjä opiskellaan samalla Terapiat etulinjaan -toimintamallin digitaalisella oppimisalustalla. Valmennuksen sisällöt on rakennettu tieteellisen näytön, hyvien käytänteiden sekä kansallisesti kertyneiden kokemusten ja oppien pohjalta. Valmennusta on kehitetty kansallisesti yhdessä esihenkilöiden kanssa.

Valmennuksessa käsiteltäviä aiheita ovat porrastetun hoitomallin periaatteet ja käytännön soveltaminen, työryhmän tukeminen muutostilanteissa ja keskeisten riskien hallinta sekä arki-vaikuttavuuden johtamisen työkalut. Valmennuksessa käytyään esihenkilö hallitsee porrastetun hoitomallin ja arki-vaikuttavuuden periaatteet, osaa viestiä tavoitteista ja muutoksen vaiheista sekä osaa soveltaa hyviä käytäntöjä omassa työssään.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden esihenkilöille on rakennettu kansallinen verkosto, jossa he jakavat kokemuksiaan hyvistä käytänteistä ja havaituista haasteista. Verkosto kokoontuu neljä kertaa vuodessa. Jokaisella kerralla on ennalta sovittu aihe ja alustus hyvinvointialueelta.

12. Alueellinen porrastettu hoitomalli

Lyhyesti porrastetulla hoitomallilla tarkoitetaan psykososiaalisten hoitojen järjestämistä jatkumoksi. Tavoitteena on, että mielenterveyteensä apua hakevalle pystytään tarjoamaan hänelle soveltuvaa ja hyödyllistä hoitoa mahdollisimman nopeasti. Porrastetun hoitomallin rakentamista on kuvattu tarkemmin toisaalla käsikirjassa.

Jotta porrasteinen hoitomalli toimisi, hoidontarpeen arvion ja hoitoonohjauksen on oltava systemaattista. Lisäksi tarvitaan osaamista lyhytkestoisiin ja digituettuihin psykososiaalisiin menetelmiin, ja niitä on oltava riittävästi tarjolla. Hoitojen yksilötason vaikuttavuutta on tärkeä seurata hoidon toimivuuden arvioimiseksi ja jatkuvuuden turvaamiseksi.

Porrastettu hoitomalli nähdään Terapiat etulinjaan -toimintamallissa aina kokonaisuutena, johon kuuluvat

- digituettu hoidon tarpeen arvio ja hoitoon ohjaus
- hoitovalikoiman laajentaminen menetelmäkoulutuksien avulla
- palveluprosessien kehittäminen hoitojen nopean aloituksen ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi
- palveluiden vaikuttavuuden seuranta ja tämän tiedon hyödyntäminen arkityössä.

Kansallisen yhteistyön, vertaiskehittämisen ja erilaisten tukipalveluiden toteuttamisen kannalta keskeistä on, että kaikkien hyvinvointialueiden porrastetuissa hoitomalleissa on sama 0–4 portaan perusrakenne. Sen sijaan erilaisten hoitomuotojen valinta, niiden sijoittuminen portaille tai eri hoitojen tuottajat vaihtelevat luonnollisesti organisaatiosta toiseen. Yhteisen

rakenteen tuella alueet voivat parhaiten oppia toisiltaan ja tehdä yhteistyötä, jolloin palvelujärjestelmä paranee vähitellen vertaiskehittämisen kautta.

Ns. keskittämisasetus ja YTA-sopimusasetus kannustavat kehittämään samaan suuntaan YTA-tasoisesti. Tavoitteena on määrittää psykososiaalisista hoidoista toimiva palvelukokonaisuus, jonka edellyttämää menetelmäosaamista voidaan tukea yli aluerajojen.

12.1. Porrastettu hoitomalli aikuisten palveluissa

Porrastettua hoitomallia rakentaessa alueella tulee olla selvillä, mitä menetelmiä heillä on tarjolla ja missä. Tässä luvussa on kuvattu esimerkki porrastetusta hoitomallista aikuisten palveluissa (myös kuva 4) Esimerkkihoidot ovat yleisesti Suomessa käytettyjä interventioita. Terapiat etulinjaan -toimintamallin kouluttamat interventiot on merkitty tähdellä (*). Näistä menetelmistä sekä nettiterapiasta on kerrottu tarkemmin luvussa 15.

Niin sanottu **nollaporras** sisältää ennaltaehkäisevät palvelut ja palvelut, joihin asiakas voi hakeutua ennen yhteydenottoa terveydenhuoltoon. Näihin palveluihin kuuluvat mm. kaikille kansalaisille avoimen Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelun omahoito-ohjelmat. Myös järjestöt tuottavat paljon ennaltaehkäiseviä palveluita.

Ensimmäisen portaan hoitojen tulisi soveltua valtaosalle apua hakevista asiakkaista, olla nopeasti aloitettavissa ja tiiviitä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että hoitojen kohteena ovat yleiset, lievinä ja keskivaikeina alkavat mielenterveyden häiriöt, kuten ahdistuneisuushäiriö ja masennus tai äkilliset elämäntilannekriisit. Ensimmäisen portaan hoidot ovat useimmiten puolistrukturoituja lyhytkestoisia hoitoja, joissa asiakasta autetaan jäsentämään tilannettaan ja löytämään sopivia keinoja oman tilan säätelyyn.

Ensimmäisen portaan hoitoja kutsutaan usein myös matalan kynnyksen hoidoiksi, koska lyhyen keston vuoksi ne ovat usein helposti sote-palveluissa tarjottavissa ja aloitettavissa eivätkä vaadi ammattilaiselta syvällistä psykoterapeuttista asiantuntemusta tai pitkää koulutautumista. Terapiat etulinjaan -toimintamalli tarjoaa julkisen terveydenhuollon ammattilaisille koulutusta ohjatusta omahoidosta, interpersoonallisesta ohjannasta ja tunnekeskeisestä pari-interventiosta.

Ensimmäisen portaan hoitoja ovat mm.

- *ohjattu omahoito (1–5 käyntiä)
- lyhyt kriisi-interventio (1–3 käyntiä)
- *interpersonaalinen ohjanta IPC (3–6 käyntiä)
- *tunnekeskeinen pari-interventio (5 käyntiä)
- nettiterapia
- määrämittaiset ja kohdennetut ryhmähoidot.

*) Terapiat etulinjaan -toimintamallin kouluttamat interventiot

Toisella portaalla sijaitsevat näyttöön perustuvat, 5–10 kerran viikoittain toteutuvat lyhytterapiajakset. Näihin voidaan ohjata, mikäli asiakas ei ole saanut riittävää hyötyä ensimmäisen portaan hoitomuodoista tai mikäli ensijäsennyksessä ensimmäisen portaan hoidot todetaan riittämättömiksi. Terapiat etulinjaan -toimintamalli tarjoaa julkisen terveydenhuollon ammattilaisille koulutusta kognitiivisessa lyhytterapiassa ja interpersoonallisessa terapiassa. Koulutukset ovat vuoden mittaisia, ja ne sisältävät teoriaopintoja, menetelmäohjausta ja koulutus-hoitoja sekä koulutuksen jälkeistä säännöllistä mentorointia.

Toisen portaan hoitoja ovat mm.

- *kognitiivinen lyhytterapia CBT
- *interpersonaalinen terapia IPT
- hyväksymis- ja omistautumisterapia HOT
- kognitiivis-analyttinen terapia KAT
- nettiterapia.

*) Terapiat etulinjaan -toimintamallin koulutumat interventiot

Ensimmäinen ja toinen porras kuuluvat julkisessa terveydenhuollossa yleensä perusterveydenhuoltoon, eli niihin kuuluvia palveluita tarjotaan sote-keskuksissa ja perustason mielenterveys- ja riippuvuuspalveluissa. Ensimmäisten portaiden hoitojen tulisi soveltua ja olla turvallisia valtaosalle apua hakevista asiakkaista. Pääsääntöisesti ne edellyttävät asiakkaalta riittävää toimintakykyä, kykyä asettua yhteistyösuhteeseen sekä motivaatiota tehdä itsenäistä psyykkistä työtä osana hoidon toteutusta.

Korkeamman, **3–4 portaan psykoterapiahoidot** edellyttävä asiakkaalta valmiuksia psykoterapeuttiseen työskentelyyn ja ammattilaiselta syvempää psykoterapeuttista kouluttautumista ja osaamista. 3. portaan hoitoja kutsutaan lyhytpsykoterapioiksi, ja ne kestävät useimmiten 10–20 kertaa. 4. portaan hoidot kestävät useimmiten vuodesta kolmeen vuoteen, ja ne toteutuvat pääsääntöisesti Kelan tukemansa työ- ja opiskelukyvyn kuntoutuspsykoterapiana.

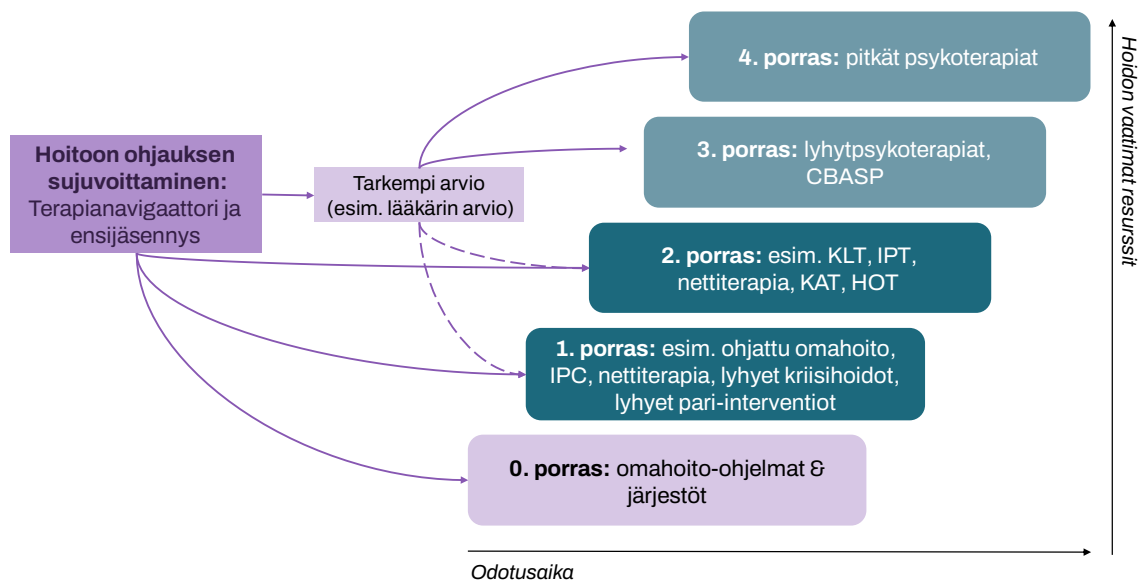
Lyhytpsykoterapian eli 3. portaan hoitojen saatavuuden lisäämisessä suositellaan hyödynnettävän palvelusetelijärjestelmää, koska se mahdollistaa useiden eri viitekehyksien psykoterapian järjestämisen eri puolella maata. Esimerkiksi analyttiset lyhytpsykoterapiat tulevat luontevimmin toteutettaviksi lyhytpsykoterapiana, koska niistä ei ole käytännössä saatavilla hoidon 2. portaalla toteuttavissa olevia lyhytterapeuttisia hoitomuotoja. Myös ryhmä-, pari- ja perheterapian mahdollisuudet on perusteltua huomioida. Psykoterapioiden palvelusetelijärjestelmästä kerrotaan tarkemmin kappaleessa 9.

Kolmannen portaan hoitoja ovat mm.

- lyhytpsykoterapiat esim. palvelusetelipsykoterapiana tai omana tuotantona
- persoonallisuushäiriöiden hoitoon soveltuvat ryhmähoitot (esim. dialektinen käyttäytymisterapia DKT-ryhmä) tai yksilöhoitot (mentalisaatioterapia MBT)
- kroonisen tai toistuvan masennuksen hoito CBASP
- psykologiseen tapausjäsennykseen perustuvat määrämuotoiset interventiot.

Neljännän portaan hoitoja ovat mm.

- pitkä psykoterapia, esim. kuntoutuspsykoterapia tai palvelusetelipsykoterapia.



Kuva 4: Esimerkki aikuisten psykososiaalisten hoitojen ja psykoterapioiden porrastuksesta. Lyhenteet on avattu kuvan yläpuolella olevassa tekstissä.

12.2. Porrastetun hoitomallin ylläpitäminen hyvinvointialueella

Uusien palveluiden käyttöönotto vaatii aktiivista ylläpitämistä, ettei jo tehty muutostyö ota askeleita taaksepäin. Siksi onkin erittäin tärkeä pohtia, millä keinoilla hyvinvointialue ylläpitää porrastettua hoitomallia. Ensisijainen keino ylläpitää ja jatkokehittää porrastettua hoitomallia on terapiakoordinaattoritoiminnan jatkuvuuden turvaaminen hyvinvointialueilla. Terapiakoordinaattoritoiminta on kustannustehokasta ja ketterää hyvinvointialueen palvelujärjestelmän kokonaiskehittämistä, joissa systemaattisesti hyödynnetään kansallisten yhteiskehittämisverkostojen kokemuksia ja oppeja. Osa hyvinvointialueista on jo vakiinnuttanut terapiakoordinaattoritoiminnan osaksi linjatoimintaa, ja suurin osa hyvinvointialueista tätä parhaillaan aktiivisesti valmistele.

Ylläpitovaiheen hyviä käytänteitä ja riskienhallintaa on kuvattu tarkemmin käsikirjan luvussa 26.4.

13. Mielenterveystalo.fi:n aikuisille suunnatut sisällöt

Mielenterveystalo.fi on verkkopalvelu, joka tarjoaa mielenterveyteen liittyvää tietoa sekä kansalaisille että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Palvelusta hyötyvät myös oireilevan läheinen sekä sosiaali- ja terveysalan opiskelijat.

Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelua on kuvattu tarkemmin käsikirjassa kohdassa 6.

Alla olevaan taulukkoon on koottu esimerkkejä Mielenterveystalon aikuisille suunnatuista sisällöistä:

Teema/oire	Omahoito-ohjelmat	Tietosivut
Ahdistus, sosiaalinen jännittäminen, paniikki	<ul style="list-style-type: none"> Ahdistuksen omahoito Sosiaalisen jännittämisen omahoito Paniikin omahoito-ohjelma 	<ul style="list-style-type: none"> Perustietoa ahdistuksesta Ahdistuksen ja masennuksen fyysiset oireet Perustietoa paniikista Sosiaalisten tilanteiden pelko
Masennus ja uupumus	<ul style="list-style-type: none"> Masennuksen omahoito Uupumuksen omahoito-ohjelma Opiskelu-uupumuksen ehkäisyn omahoito-ohjelma 	<ul style="list-style-type: none"> Perustietoa masennuksesta Miten voin auttaa masentunutta Perustietoa uupumuksesta Uupumuksen oireet
Ihmissuhteet	<ul style="list-style-type: none"> Parisuhteen omahoito Erokriisin omahoito Yksinäisyyden omahoito Mustasukkaisuuden omahoito 	<ul style="list-style-type: none"> Ero, tunteet, mieliala Kriisi ja ihmissuhteet Lapset erotilanteessa Tietoa mustasukkaisuudesta
Seksuaalisuus ja sukupuoli	<ul style="list-style-type: none"> Seksuaalisuuden omahoito Sukupuoli-identiteetin jäsentämisen omahoito Seksuaaliväkivallasta toipumisen omahoito-ohjelma Seksuaalinen kiinnostus lapsiin-omahoito Redirection – Laittoman kuvamateriaalin käyttäjän omahoito 	<ul style="list-style-type: none"> Seksuaalisuus ja mielen hyvinvointi Miten mielenterveyden ongelmat vaikuttavat seksiin? Miten tunnistaa seksuaalinen häirintä ja seksuaaliväkivalta? Seksuaalisen häirinnän ja väkivallan seuraukset
Neuropsykiatriset vaikeudet	<ul style="list-style-type: none"> Keskittymisvaikeuksien omahoito-ohjelma Autismikirjon omahoito-ohjelma 	<ul style="list-style-type: none"> Autismikirjon häiriöt Perustietoa ADHD:stä Tic-oireet ja Touretten oireyhtymä
Teemat läheiselle	<ul style="list-style-type: none"> Syömishäiriöön sairastuneen läheiselle Psykkisesti oireilevan lapsen vanhemmalle Huumeita käyttävän nuoren läheiselle 	<ul style="list-style-type: none"> Läheisen oma hyvinvointi ja mielenterveys Miten voin sopeutua läheisen psyykkiseen sairauteen? Lapsi ja läheisen sairaus

13.1. Mielenterveystalo.fi:n työyhteisösivut

Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelun työyhteisösivut on tarkoitettu työntekijälle, esihenkilöille ja työterveyshuollolle. Sivulta löytyy tietoa hyvinvoivan työyhteisön rakentamiseen ja mielenterveysongelmien syntymisen ehkäisyyn työyhteisön tuella. Sivun on tuotettu yhteistyössä Kevan ja Työterveyslaitoksen kanssa.

Työyhteisösivuilla löytyy tietoa seuraaviin teemoihin liittyen:

- Luottamus työyhteisössä
- Palautuminen työstä
- Puheeksiotto työpaikalla
- Sureva työyhteisössä
- Työilmapiiri
- Työkykyjohtaminen
- Työpaikkakiusaaminen
- Työstressi ja työssä uupuminen
- Työterveysneuvottelu.

Lisäksi sivuilla on esihenkilöille suunnattu tietopaketti mielenterveystalo.fi-palvelun sisältöjen hyödyntämisestä työhyvinvoinnissa.

14. Terapianavigaattori ja ensijäsennys

Tässä luvussa kerrotaan hoitoonohjausprosessista Terapianavigaattorin ja ensijäsennyksen avulla. Alalukuja ovat

- Mikä on Terapianavigaattori
- Mitä ensijäsennys on
- Ensijäsennyksen järjestäminen käytännössä.

14.1. Mikä on Terapianavigaattori?

Terapianavigaattori on ensivaiheen arvioinnin tueksi luotu digitaalinen väline, joka kerää yhteen oleellisen tiedon apua hakevan tilanteesta, oireista ja ongelmista sekä 1.5.2025 alkaen myös työkyvyn tilasta ja työelämätekijöiden vaikutuksista. Apua hakeva täyttää Terapianavigaattorin itsenäisesti ja anonyymisti, ja tulokset käydään läpi yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa nk. ensijäsennyshaastattelussa.

Terapianavigaattori on suunniteltu helpottamaan ja tukemaan terveydenhuollon ammattilaisen päätöksentekoa ensivaiheen kiireettömässä arvioissa. Se kerää tietoa yleisimmistä mielenterveyden vaikeuksista. Tavoitteena on, että Terapianavigaattorin avulla seuraava askel palveluprosesseissa olisi mahdollisimman tarkoituksenmukainen ja apua hakevan yksilölliseen tarpeeseen vastaava.

Terapianavigaattori helpottaa ja standardoi mielenterveyspalveluiden hoitoonohjauksen tiedonkeruuta. Terapianavigaattori toimii yleisimpien esi- ja oiretietojen digitaalisena kyselylomakkeena ja koostaa keräämänsä kyselytiedot raportiksi. Tarkempia tietoja Terapianavigaattorin sisällöstä ja toiminnasta löytyy osoitteesta <http://www.terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/terapianavigaattori>, ja Terapianavigaattoriin voi tutustua osoitteessa www.terapianavigaattori.fi. Terapianavigaattorin täyttämistä voi kuka tahansa testata valitsemalla etusivulta kohdan ”Haluun vain kokeilla täyttämistä”.

Terapianavigaattori ei sisällä automatiikkaa tai ohjausta ammattilaiselle tai asiakkaalle vastausten perusteella, vaan ammattilainen arvioi aina asiakkaan tilanteen yksilöllisesti ensijäsennyshaastattelussa käyttäen koosteraporttia arviotaan tukevin esitietoina.

Apua hakeva pyritään ohjaamaan Terapianavigaattorin äärelle jo apua palveluista etsiessään pois lukien välitöntä apua vaativat tilanteet. Yleisimmät tavat ohjata Terapianavigaattorin äärelle ovat

1. Verkkosivuohtaus

Verkkosivuilla on ohjeistus siitä, mihin olla yhteydessä Terapianavigaattorin täyttämisen jälkeen.

2. Ammatilaisen ohjaamana palveluiden sisällä

Terapianavigaattoriin ohjataan esimerkiksi terveyskeskuksen tai mielenterveyspalveluiden ajanvarauksessa tai vastaanotoilla sekä neuvoloiden, sosiaalipalveluiden tai toisen asteen opiskelijahuollon vastaanotoilla.

3. Sähköinen asiointi

Asiakkaalle lähetetään henkilökohtaisesti turvattu viesti täyttää Terapianavigaattori ennen tapaamista ammatilaisen kanssa.

4. Vastaanotolle ilmoittautuessa tai vastaanotolle odotettaessa kiireettömissä tilanteissa

Terapianavigaattoria ei ole suunniteltu käytettäväksi päivystystilanteissa tai silloin, kun hoitoa suunnitellaan muihin psykiatriin tai kehityksellisiin neuropsykiatriin ongelmiin, kuten kaksi-suuntaiseen mielialahäiriöön, psykoottisiin häiriöihin, syömishäiriöihin, persoonallisuushäiriöihin, tarkkaavuuden ongelmiin tai autismin kirjon häiriöihin. Terapianavigaattorin keräämää tietoa voi hyödyntää jälkimmäisten kohdalla osana kokonaisarvioita, mutta yksinään se ei ole riittävää.

Terapianavigaattorin täyttäminen ei ole edellytys palveluiden saamiselle vaan se on aina vapaaehtoista apua hakevalle.

14.2. Mitä ensijäsennys on?

Terapianavigaattorin keräämien tietojen läpikäymistä yhdestä asiakkaan kanssa kutsutaan **ensijäsennykseksi**. Ensijäsennyksessä tunnistetaan soveltuva interventio psykososiaalisten hoitojen ja psykoterapioiden porrastetun hoitomallin periaatteiden mukaisesti ja asiakkaan yksilöllinen tilanne huomioiden. Porrastetussa hoitomallissa hoito voidaan aloittaa ammatilaisen arvioimana ja yksilön tarpeisiin mitoitettuna miltä tahansa portaalta.

Yleisimmin ensijäsennystä toteutetaan heti asiakkaan hakeutuessa perustason palveluiden piiriin mielenterveyssyistä tai vähintään sen jälkeen, kun hoidon kiireellisyyden arvio on toteutettu. Ensijäsennys voidaan toteuttaa myös käyttäen paperilomakkeita tai vain haastatteleamalla, jos asiakas ei voi tai halua tai voi käyttää Terapianavigaattoria.

Ensijäsennyksessä ammatilaisen tehtävä on

- tunnistaa asiakkaat, jotka soveltuvat ja hyötyvät matalan kynnyksen psykososiaalisista hoidoista, eli 1. portaan hoidosta
- tunnistaa asiakkaat, jotka vaativat tarkempaa arviota ja/tai korkeampaan portaan hoitoja
- luoda perusta luottamukselliselle, asiakaslähtöiselle ja tavoitteelliselle hoitosuhteelle.

Ensijäsennykseen perustuvassa hoitoonohjauksessa arvioidaan erityisesti

- oireet ja niiden vaikeusaste
- toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin taso
- työkykyisyys ja työelämätekijöiden vaikutus (alk. 1.5.2025)
- ensisijainen työskentelyn kohde tilanteissa, joissa se on selkeästi tunnistettavissa
- yhteistyön tarve sosiaalipalveluiden, työterveyshuollon tai opiskelijaterveydenhuollon kanssa
- aiemmat psykososiaaliset hoidot ja hoitokokemukset
- asiakkaan kiinnostus ja motivaatio tarjolla oleviin 1. portaan hoitomuotoihin.

Kun asiakkaan oireilu on korkeintaan keskivaikeaa, toimintakyky on kohtalaista tai parempaa, asiakkaalla ei kuvaudu akuuttia vakavaa päihdeongelmaa eikä hänellä ole tuoreeltaan käytyä vaikuttavaa hoitoa samaan kohdeoireeseen, ovat 1. portaan hoidot pääsääntäisesti suositeltavia, hyödyllisiä ja suurelle osalle riittäviä.

Vastaavasti vakavassa oireilussa, selkeästi heikentyneessä toimintakyvyssä, vakavassa päihdehäiriössä tai jos asiakkaalla on merkitsevää aiempaa hoitohistoriaa, on suositeltavaa jatkaa ensijäsennystä tarkemmalla arviolla. Arvion voi tehdä esimerkiksi lääkäri tai psykologi.

Jos ensijäsennyksessä ilmenee, että työkykyisyys ja työelämään liittyvät tekijät vaikuttavat asiakkaan tilanteeseen ja vointiin, on tärkeää arvioida työterveyshuollon palveluiden sopivuutta tai vähintään ohjata hyvinvointialueella asioivaa asiakasta olemaan työterveyshuoltoonsa yhteydessä.

Terapianavigaattorin ja ensijäsennyksen hyödyntäminen osana hoidon tarpeen arviota ja hoitoonohjausta tarjoaa muun muassa seuraavia etuja:

- Terapianavigaattori ja ensijäsennys tukevat ammattilaisen päätöksentekoa.
- Terapianavigaattori ja ensijäsennys säästävät aikaa arviointeihin liittyvässä mekaanisessa työssä, esimerkiksi oiremittareiden täytössä ja kirjaamisessa – aikaa jää entistä tarkoituksenmukaisemmin oleellisiin asioihin ja asiakkaan kohtaamiseen.
- Ammattilaiset kokevat arvioiden sekä arviointikirjausten laadun parantuneen ja työn selkiytyneen Terapianavigaattorin käyttöönoton myötä.
- Ammattilaisten välillä on yhteisymmärrys mielenterveyden ensivaiheen arvioinnin periaatteista.
- Asiakkailla alkaa muodostua jo ensivaiheessa jäsentynyt ymmärrys tilanteestaan.
- Terapianavigaattori on vapaasti saatavilla ja maksuton.

14.3. Ensijäsennyksen järjestäminen käytännössä

Kun Terapianavigaattori ja ensijäsennys otetaan osaksi toimintayksikön ensivaiheen arviota, on ammattilaisten kouluttamisen lisäksi porrastettava alueellinen hoitovalikoima sekä kuvattava Terapianavigaattorin ja ensijäsennyksen käyttöprosessi yksikössä niin ammattilaisen kuin apua hakevan näkökulmasta. Terapianavigaattorin ja ensijäsennyksen käyttöönotossa tukevat hyvinvointialuekohtaiset vastuuhenkilöt, useimmiten terapiakoordinaattorit.

Ensijäsennystä voi tehdä ensijäsennyskoulutuksen saanut terveydenhuollon ammattilainen. Ensijäsennyskoulutus toteutetaan verkko-opintoina Terapiat etulinjaan -toimintamallin digitaalilla koulutusalueella, ja se sisältää loppukokeen. Koulutetut saavat Terapianavigaattorin ensijäsennysmanuaalin käyttöönsä. Manuaalia päivitetään säännöllisesti.

Terapiakoordinaattori tai erikseen niin sovittaessa yksikön esihenkilö varmistaa uusien ammattilaisten kouluttamisen ensijäsennykseen sekä heidän perehdytyksensä yksikön omiin käytäntöihin (mm. kirjaaminen ja alueen ajantasainen hoitovalikoima).

Ensijäsennys on ensivaiheen arvio, jonka toteuttaminen vie kansallisten käyttökokemusten perusteella keskimäärin 20 minuuttia. Se voidaan toteuttaa puhelimitse, etäyhteyksillä tai lähitapaamisena. Ammattilaisen ajanvarauskalenteriin varataan useimmiten 30–45 minuutin ensijäsennysaikoja, joihin sisältyy kirjaus. Käytännössä on huomattu, että lähitapaamisessa ensijäsennys vie ymmärrettävästi pidemmän ajan kuin puhelimitse toteutettuna.

Nopean hoitoon ohjauksen ja resurssin kestävä käytön näkökulmasta on tärkeää, ettei ensijäsennys laajene ilman perusteita usean tapaamisen arvioksi. Jos ensijäsennys vie enemmän kuin yhden tapaamiskerran, kyse on jo tarkemmasta arviosta. Tarkempi arvio ensivaiheen ohjauksessa on perusteltu vain osalle asiakkaista. Kansallinen koonti osoittaa, että 25–35 % asiakkaista ohjataan tarkempaan arvioon ensijäsennyksen lopputulemana.¹⁴

Tärkeää – älä käytä navigaattoria väärin

Ensijäsennyksen tärkeimpiä periaatteita on asiakaslähtöisyys. Hoitoonohjauksen nopeuttamiseksi ei tulisi tehdä toimia, jotka eivät ole potilaiden edun mukaisia, esimerkiksi:

- **Hoitoonohjausta ei tule tehdä yksin Terapianavigaattorin raportin perusteella:** Terapianavigaattori on tarkoitettu vain nopeuttamaan tietojen keruuta. Ensijäsennykseen kuuluu aina terveydenhuollon ammattilaisen toteuttama asiakkaan haastattelu, jonka perusteella varsinainen hoitoonohjaus tehdään.
- **Hoitoonohjauksessa ei tule keskittyä vain Terapianavigaattorin kartoittamiin oireisiin ja häiriöihin:** Hoitoonohjaus ei saa rajoittua vain Terapianavigaattorin antamaan tietoon. Arvioida tulee myös Terapianavigaattorin ulkopuolisia ongelmia, jotka ovat asiakkaan tilanteen kannalta olennaisia.
- **Terapianavigaattorin käyttöä ei tule asettaa pakolliseksi asiakkaille:** Kaikki palveluihin hakeutuvat eivät voi tai halua käyttää digitaalisia aputyökaluja. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä Terapianavigaattorin täytöstä, jolloin ammattilainen kerää kaiken tarvitsemansa tiedon hoitoonohjaukseen haastattelemalla. Suositus kuitenkin on rohkaista asiakkaita Terapianavigaattorin käyttöön, sillä se lyhentää hoitoonohjaukseen käytettyä aikaa.

¹⁴ Saarni, S.I., Nurminen, S., Mikkonen, K., Service, H., Karolaakso, T., Stenberg, JH., Ekelund, J., Saarni, S.E. The Finnish Therapy Navigator – digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica* 2022 (vol.53) https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp-content/uploads/2022/11/Psychiatria_Fennica-2022-Saarni.pdf (viitattu 14.3.2025)

15. Menetelmät aikuisten palveluissa

Tässä luvussa kerrotaan aikuisten koulutusportfolioon kuuluvista interventioista ja hoidoista. Tällä hetkellä niitä ovat ohjattu omahoito, motivoiva haastattelu, kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian viitekehukseen pohjautuva kognitiivinen lyhytterapia, tunnekeskeinen pari-interventio, interpersonaalinen ohjanta ja interpersonaalinen terapia. Lisäksi perehdytämme jo koulutettuja ammattilaisia koulutuksiin kuuluvan menetelmäohjauksen toteuttamiseen.

Koulutustoiminta tarjoaa kaikille koulutuksissa oleville avoimia koulutuksia: kokemustietoa mielenterveyspalveluista, traumainformoitu kohtaaminen, traumainformoitu työote ja neuro-psykiatrisen tunnistusosaamisen vahvistaminen.

Koulutusportfolio sisältää keskeiset, Käypä hoito -suosituksen mukaiset menetelmät yleisimpiin täysi-ikäisten mielenterveyden häiriöihin. Se on näin ollen suunniteltu kattamaan terapiatakuun edellytykset 18–22-vuotiaiden osalta.

Näiden lisäksi on useita muitakin tuloksiltaan vertautuvia ja suositeltuja hoitomenetelmiä yleisimpiin mielenterveyden häiriöihin. Uusien menetelmien pysyvä ylläpito ilman laajempaa yhteistyötä voi olla vaikeaa tai kallista. Lisäksi on monia harvinaisempiin häiriöihin kohdennettuja psykososiaalisia menetelmiä, joita kansalaisille olisi hyvä tarjota mahdollisuuksien ja alueellisen hoidon porrastuksen mukaisesti. Liitteessä 4 on kuvattu aikuisten palveluissa Käypä hoito -suositukseen sisältyvät näytönastekatsaukset psykoterapiaviitekehyksistä.

Seuraavissa kappaleissa on tiivis kuvaus menetelmistä. Menetelmän yhteyteen on merkitty toimenpidekoodi, jota käytetään terveydenhuollon järjestelmissä kyseisen menetelmän toimeen seurantaan.

15.1. Ohjattu omahoito aikuisille

Pääkohderyhmä: Lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin ja mielen pulmatilanteisiin (ml. ahdistus, masennus, paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, unettomuus, riippuvuudet)

Taso: 1. porras

Hoidon pituus: 1–5 kertaa, keskimäärin 3 kertaa

Toteuttaja: Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt, joissa asiakas hakeutuu avun piiriin

Toimenpidekoodi: IHZ19 (Omahoito, mielenterveys- tai päihdehäiriö)

Ohjattu omahoito (IHZ19) on 1–5 kontaktikerran interventio lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin ja mielen pulmatilanteisiin. Ohjatussa omahoidossa yhdistyvät asiakkaan itsenäinen työskentely Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelun omahoito-ohjelmissa ja ammattilaisen tuki. Menetelmä soveltuu niin terveyskeskusten, mielenterveysyksiköiden kuin sosiaalipalveluidenkin käyttöön. Ohjattu omahoito sijoittuu aikuisten porrastetussa hoitomallissa ensimmäiselle portaalle.

Ohjatun omahoidon perustana ovat nykytietämyksen mukaan vaikuttavat kognitiivis-behavioraalisen terapian elementit ja tunnetut työtavat, jotka tämänhetkisen tutkimustiedon

valossa ovat keskeisiä mielenterveyden ongelmien hoidossa ja jotka toistuvat erilaisissa määrämittaisissa, näyttöön perustuvissa interventioissa ja hoito-ohjelmissa. Ohjatussa omahoidossa havaittavat myönteiset muutokset ajatellaan selittyvän lisäksi myös kaikille terapeuttisille työskentelymuodoille yhteisillä vaikuttavilla tekijöillä, joihin lukeutuvat asiakkaan odotukset, yhteisesti sovitut tavoitteet ja työskentelytavat, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhde, asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet sekä tilannesidonnaiset tekijät.

Ohjattu omahoito sisältyy kotimaiseen Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö -konsensus suositukseen¹. Lisäksi käyttöä puoltavat seuraavat Käypä hoito -suositukseen sisältyvät näytönastekatsaukset:

- *Potilaan itsensä tai terveydenhuollon ammattilaisen ohjaamat tietotekniikka-avusteiset kognitiivis-behavioraalisiin terapioihin pohjautuvat omahoidot ovat hyödyllisiä masennusoireiden hoidossa.* Näytön aste: A².
- *Nuoruus- ja aikuisikäisten ohjattu itsehoito vähentää ahminta-oireisiin painottuvan syömishäiriön oireita hoitojonossa odottamiseen verrattuna.* Näytön aste: A³.
- *Internet delivered therapies (self-guided or assisted) based on CBT or ERP are effective in reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD) in adults.* Level of evidence: A⁴.

Tämän lisäksi ohjatun omahoidon ylläpito osana porrastettua hoitomallia perustuu menetelmän kevytrakenteisuuteen sekä koulutuksen että toteutuksen näkökulmasta. Lisäksi menetelmä soveltuu useiden yleisten mielenterveyden ongelmien, oireiden ja häiriöiden hoitoon⁵. Sisällyttämällä resurssi-intensiivisyydeltään vähemmän kuormittavia, mutta tavoitteellisia menetelmiä osaksi palveluvalikoimaa mahdollistetaan intervention aloittaminen mahdollisimman pienellä viiveellä. Kansainvälisesti ohjatun omahoidon kaltaiset matalan intensiteetin kognitiivis-behavioraaliset psykososiaaliset interventiot ovat laajalti suositeltuja, ja niiden tuloksellisuus vertautuu ryhmätasolla ahdistusten ja masennuksen hoidossa kasvokkain toteutettuun psykoterapiaan.^{6 7}

Ohjatun omahoidon tuloksellisuuteen voi tutustua menetelmään liittyvästä tuloksetraportista⁸.

Ohjatun omahoidon toteuttaminen

Ohjattu omahoito soveltuu erityisesti lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin, mutta myös vaikeammassa oirekuvassa ohjattu omahoito on hyvä aloitus hoidolle silloin, kun odotusaika muuhun hoitoon on pitkä. Omahoito-ohjelmia on tarjolla monenlaisiin oireisiin, elämäntilanteisiin ja mielen hyvinvointiin. Suosituimpia ovat masennuksen ja ahdistuksen omahoito-ohjelmat.

Ohjattu omahoito on tarkoitettu toteutettavaksi sellaisissa perustason yksiköissä, jossa asiakas hakeutuu avun piiriin. Menetelmä soveltuu niin terveyskeskusten, mielenterveysyksiköiden kuin sosiaalipalveluidenkin käyttöön. Menetelmä sijoittuu aikuisten porrastetussa hoitomallissa ensimmäiselle portaalle, ja ohjattu omahoito tulisi aloittaa viiveettä heti, kun asiakas ilmaisee haasteita mielenterveyteen liittyen – lääkärin arviota ei tarvita.

Ohjattu omahoito koostuu lähtökohtaisesti kolmesta tapaamisesta ja itsenäisestä työskentelystä näiden välillä. Tapaamiset ovat aloituskäynti (keskimäärin 30–45 minuuttia), ohjauskäynti (15–45 minuuttia) ja lopetuskäynti (15–45 minuuttia), ja niiden pituudet voivat vaihdella keskimäärin 15 minuutin ja 60 minuutin välillä. Itsenäisessä työskentelyssä asiakkaat voivat hyödyntää hoito-ohjelman verkkomateriaaleja ajasta ja paikasta riippumatta. Jos asiakkaan tilanne sitä vaatii, voi intervention pituutta lisätä enintään viiteen kontaktikertaan, mikä tapahtuu ohjauskäyntejä lisäämällä. Tapaamisia suositellaan pidettävän viikon välein, ja ne voi toteuttaa sekä läsnä- että etämuotoisesti.

Ohjatun omahoidon koulutus

Menetelmä on tarkoitettu kaikkien sote-ammattilaisten työkaluksi mielenterveyden hoitamiseen, eikä kouluttautuminen vaadi ennakkotietoja mielenterveyden häiriöistä tai psykososiaalisista interventioista. Hoitomuodon käyttöön on koulutettu esimerkiksi sairaanhoitajia, psykologeja, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä ja sosionomeja. Koulutus sopii sekä aloitteleville että kokeneille ammattilaisille.

Ohjatun omahoidon koulutus on lyhyt, 5–10 tunnin verkkokoulutus. Verkkokoulutus sisältää perehtymisen ohjatun omahoidon prosessiin ja käyntikohtaisiin tavoitteisiin sekä tutustumisen ahdistuksen, masennuksen ja unettomuuden omahoito-ohjelmien harjoitteisiin. Verkkokoulutuksen lisäksi tehdään kaksi koulutusinterventiota, joista tehdään raportit. Palvelun käyttöönottoa voidaan vahvistaa taitoharjoittelulla ja palveluiden toteuttamisen ja hoitotulosten aktiivisella seurannalla. Tukitapaamisten määrä, kesto ja esimerkiksi ryhmäkoko ovat koulutettavan yksikön määritettävissä.

Ohjatun omahoidon koulutukseen on mahdollista lisätä nk. ”kontekstimoduuli”, jonka tarkoitus on tukea menetelmän käyttöönottoa sekä äitiysneuvoiloissa, yleisvastaanotoilla että ikäihmisten parissa työskennellessä.

¹ Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä. Duodecimin Hyvä käytäntö -konsensusuositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 23.11.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hsu00024>. (viitattu 14.3.2025)

² Tietotekniikka-avusteiset kognitiivis-behavioraalisiin terapioihin pohjautuvat omahoidot. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak09360> (viitattu 14.3.2025)

³ Syömishäiriön itsehoito ammattilaisen tukemana. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 18.9.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nak09934> (viitattu 14.3.2025)

⁴ Internet delivered therapies and other technology assisted (self-guided or assisted) therapies in the treatment of OCD. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 24.1.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nak09774> (viitattu 14.3.2025)

⁵ Mikkonen, K., Bombino, A., Villa, A., Nurminen, S., Roiha, R. M., Roslund, P., ... & Saarni, S. (2024). Guided Self-help in the Treatment of Common Mental Health Disorders: The development of the Finnish guided self-help (F-GSH) model. *Psychiatria Fennica*, 55, 30–47.

⁶ Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957.

⁷ Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K., Kavanagh, D., ... & Williams, C. (Eds.). (2010). *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. OUP Oxford.

⁸ Raportti ohjatun omahoidon tuloksellisuudesta. HUS, Terapiat etulinjaan -toimintamalli: <https://terapiatetulinjaan.fi/wp-content/uploads/2025/02/Ohjattu-omahoito-seurantatulokset-2024.pdf> (viitattu 14.3.2025)

15.2. Nettiterapia aikuisille

Pääkohderyhmä: Yli 16-vuotiaille lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin sekä erillinen ohjelma syöpään sairastuneen sopeutumisen tueksi

Taso: 2. porras

Hoidon pituus: 3–4 kuukautta

Toteuttaja: Nettiterapeutit, jotka ovat HUS-yhtymän työntekijöitä

Toimenpidekoodi: IDY03 (Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT), yksilöhoito)

Nettiterapiat (IDY03) ovat tehokkaita matalan kynnyksen hoitoja lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin. Nettiterapiat sijoittuvat porrastetussa hoitomallissa toiselle portaalle, ja ne kestävät yleensä 2–4 kuukautta.

Nettiterapioiden käyttö ja ylläpito osana porrastettua hoitomallia perustuu seuraaviin Käypä hoito -suositukseen sisältyviin näytönastekatsauksiin:

- *Tietotekniikka-avusteiset internetvälitteiset terapiat (nettiterapiat) auttavat lieventämään masennusoireita lievissä ja keskivaikeissa depressioissa siinä missä kasvokkainkin psykoterapia.* Näytön aste: A¹.
- *Potilaan itsensä tai terveydenhuollon ammattilaisen ohjaamat tietotekniikka-avusteiset kognitiivis-behavioraalisiin terapioihin pohjautuvat omahoidot ovat hyödyllisiä masennusoireiden hoidossa.* Näytön aste: A².
- *Internetin välityksellä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia on ilmeisesti yhtä tehokasta mutta kustannusvaikuttavampaa kuin kasvotusten ryhmässä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia työikäisten sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa.* Näytön aste: B³.
- *Internetin välityksellä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia on ilmeisesti yhtä tehokasta kuin kasvotusten toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia työikäisten paniikkihäiriön hoidossa.* Näytön aste: B⁴.
- *Nuoruus- ja aikuisikäisten ohjattu itsehoito vähentää ahminta-oireisiin painottuvan syömishäiriön oireita hoitojonossa odottamiseen verrattuna.* Näytön aste: A⁵.
- *Internet delivered therapies (self-guided or assisted) based on CBT or ERP are effective in reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD) in adults.* Level of evidence: A⁶.

Nettiterapioiden kohderyhmä

Nettiterapiat on tarkoitettu lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin ja ongelmiin. Potilaan tulee haluta nettiterapiaan ja olla valmis työskentelemään itsenäisesti eri tehtävien ja sisältöjen parissa noin kaksi tuntia viikossa muutaman kuukauden ajan. Nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden nettiterapia on suunnattu 13–17-vuotiaille. Muut HUSin nettiterapiat soveltuvat 16-vuotiaille ja sitä vanhemmille.

HUS tarjoaa nettiterapioita seuraaviin mielenterveyden häiriöihin:

- masennus
- yleistynyt ahdistuneisuushäiriö
- unettomuus

- sosiaalisten tilanteiden pelko
- paniikkihäiriö
- pakko-oireinen häiriö
- bulimia
- pitkäaikaiset keholliset oireet
- kaksisuuntainen mielialahäiriö
- alkoholin liikakäyttö
- nuorten sosiaalinen ahdistuneisuus (13–17-vuotiaille)
- ADHD
- syöpään sairastuminen
- uupumus.

Nettiterapioiden läheteohjeet⁷ on esitetty Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelussa.

Nettiterapioiden toteuttaminen

Nettiterapioiden hyödyntäminen osana palveluvalikoimaa auttaa hoidon aloituksen nopeuttamisessa ja jonojen pienentämisessä mahdollistamalla ulkoisen resurssin käytön joustavasti ja tarpeen mukaisesti. Kuka tahansa lääkäri ympäri Suomen voi lähettää potilaansa nettiterapiaan ilman erillistä sopimusta. Koska kyseessä on lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoito, ohjausprosessit suositellaan järjestettävän kevyesti. Nettiterapia alkaa yleensä noin viikossa siitä, kun ammattilainen on tehnyt lähetteen.

Kun potilas on otettu HUSin nettiterapiaan, lähettävä taho huolehtii edelleen potilaan kokonaishoidon hallinnasta. On siis tärkeää, että tarvittaessa potilaan kokonaistilannetta ja esimerkiksi lääkitystä seurataan siellä, missä potilaan kokonaistilanteen päähoitovastuu on.

Nettiterapia perustuu itsenäiseen työskentelyyn, jota potilas voi tehdä hänelle sopivaan aikaan missä vain. Terapia kestää 3–4 kuukautta, jonka aikana potilaan tukena toimii hänen oireisiinsa erikoistunut psykologi tai sairaanhoitaja. Nettiterapeutti seuraa potilaan etenemistä ja vastaa hänen kysymyksiinsä viestitellen koko nettiterapian ajan. Terapian alkaessa potilas ja terapeutti keskustelevat kerran myös puhelimitse. Potilaan nettiterapian päättyessä lähettävä taho saa HUSilta loppuyhteenvedon.

Nettiterapiassa ollessaan potilas on nettiterapeuttinsa seurannassa. Mikäli hän ei aloita nettiterapiaa tai etene odotetusti, nettiterapeutti on potilaaseen yhteydessä ja tieto mahdollisista muutoksista terapian käymisessä toimitetaan myös lähettävälle lääkärille.

Nettiterapioiden vaikuttavuus ja teorettinen viitekehys

Nettiterapioiden perustana on nykytietämyksen mukaan vaikuttavat kognitiivis-behavioraalisen terapian elementit ja tunnetut työtavat, jotka tämänhetkisen tutkimustiedon valossa ovat keskeisiä mielenterveyden ongelmien hoidossa ja jotka toistuvat erilaisissa määrämittaisissa, näyttöön perustuvissa interventioissa ja hoito-ohjelmissa.

Lisätietoja nettiterapiasta ja esimerkiksi siihen liittyvästä vaikuttavuustutkimuksesta on saatavilla Mielenterveystalo.fi-palvelusta: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/ammattilaiselle-tieto-nettiterapiasta>

¹ Tietotekniikka-avusteiset terapiat depressioiden hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak06935> (viitattu 14.3.2025)

² Tietotekniikka-avusteiset kognitiivis-behavioraalisiin terapioihin pohjautuvat omahoidot. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak09360> (viitattu 14.3.2025)

³ Internetin välityksellä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia työikäisten sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09153> (viitattu 14.3.2025)

⁴ Internetin välityksellä toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia työikäisten paniikkihäiriön hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09155> (viitattu 14.3.2025)

⁵ Syömishäiriön itsehoito ammattilaisen tukemana. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 18.9.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nak09934> (viitattu 14.3.2025)

⁶ Internet delivered therapies and other technology assisted (self-guided or assisted) therapies in the treatment of OCD. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 24.1.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nak09774> (viitattu 14.3.2025)

⁷ Nettiterapiat ja läheteohjeet. HUS, Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/ammattilaiselle-nettiterapian-laheteohjeet> (viitattu 14.3.2025)

15.3. Interpersonaalinen ohjanta (vuorovaikutusohjanta, IPC) aikuisille

Pääkohderyhmä: Mielialaoireiden ja lievän masennuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon kehitetty interventio

Taso: 1. porras

Hoidon pituus: 3–6 kertaa

Toteuttaja: Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito ja ennaltaehkäisy

Toimenpidekoodi: IDY27 (Vuorovaikutusohjanta, IPC)

Interpersonaalinen ohjanta eli IPC (IDY27) on 3–6 kontaktikerran interventio mielialaoireiden ja lievän masennuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. IPC on tarkoitettu työkaluksi kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito ja ennaltaehkäisy. Menetelmä sijoittuu aikuisten porrastetussa hoitomallissa ensimmäiselle portaalle monipuolistamaan masennuksen hoitoa ohjatun omahoidon rinnalle.

IPC:tä ei mainita Käypä hoito -suosituksissa. IPC:n käyttö ja ylläpito osana porrastettua hoitomallia perustuu kotimaasta saavutettuihin hyviin kokemuksiin mielialaoireiden ja lievän masennuksen hoidossa.

IPC:n tuloksellisuuteen voi tutustua menetelmään liittyvästä tulosraportista¹.

IPC:n toteuttaminen

IPC soveltuu ensisijaisesti lievän masennuksen ja mielialaoireiden ennaltaehkäisyyn sellaisissa tilanteissa, joissa mielialaoireiluun on yhdistettävissä jokin ihmissuhteisiin liittyvä fokusalue.

IPC on johdettu intensiivisemmästä IPT-menetelmästä. IPC:ssä ammattilainen ja asiakas työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa valitun fokusalueen mukaisesti kohti yhteisesti määritettyä tavoitetta. Interpersonaalinen ohjaus pohjautuu ajatukseen siitä, että masennus kytkeytyy henkilön ihmissuhteisiin. Työskentelyjakson aikana käsitelläänkin ihmissuhteita ja merkittäviä elämäntapahtumia sekä näiden ja masennusoireiden keskinäisiä yhteyksiä.

Tapaamiset ovat kestoaltaan tyypillisesti 45 minuuttia, ja ne suositellaan järjestettävän viikon välein. Hoitajakset voi toteuttaa sekä läsnä- että etämuotoisesti.

IPC-koulutus

IPC:tä voi toteuttaa menetelmään koulutautunut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, jonka tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito ja ennaltaehkäisy. Hoitomuodon käyttöön on koulutettu esimerkiksi sairaanhoitajia ja psykologeja. Koulutus sopii sekä aloitteleville että kokeneille ammattilaisille.

IPC-koulutus kestää puoli vuotta. Koulutukseen sisältyy noin 15 tuntia verkko-opintoja, 15 tuntia menetelmäohjausta ja kolmen koulutusintervention toteuttaminen. Verkkokoulutus tarjoaa näyttöön perustuvan hoitomallin masennusoireilun helpottamiseksi neljällä eri fokusalueella: roolimuuutos, rooliristiriita, suru ja sosiaalinen arkuus / eristäytyneisyys. Lisäksi koulutus sisältää ammattilaisen yleisiä taitoja hoitavan yhteistyösuhteen rakentamiseksi ja terapeutin vuorovaikutuksen toteuttamiseksi.

IPC-menetelmäohjaus

Menetelmäohjaus on yhdistelmä työnohjausta ja opetusta, jossa harjoitellaan menetelmätyöskentelyn ydintaitoja ja interventiomallin toteuttamista. Menetelmäohjausta tarvitaan menetelmään liittyvän taito-osaamisen kehittymiseksi ja menetelmien onnistuneen käyttöönoton varmistamiseksi. IPC:ssä menetelmäohjaus toteutetaan 3–5 henkilön ryhmissä useampi tunti kerrallaan (esim. 5 x 3 h) noin 4–5 viikon välein. Koulutukseen sitoutuvan menetelmäohjaajan tulee suorittaa perehdytyskokonaisuus menetelmäohjauksesta ennen ohjauksen aloittamista. Menetelmäohjaajalla tulee olla

- IPC-koulutus
- IPC-menetelmäohjaajakoulutus tai muu työnohjaajakoulutus (tai muu soveltuva tautakoulutus)
- vähintään 6 IPC-hoitajakseta toteutettuna.

IPC:n vaikuttavuus ja teoreettinen viitekehys

Menetelmä perustuu interpersonaalisen terapian viitekehukseen, jonka perusajatuksena on se, että masennusoireilu kytkeytyy potilaan ihmissuhteisiin ja niihin liittyviin pulmiin.

Koulutuksen aikana hoitomuodosta saatujen alustavien tulosten mukaan 50 %:lla intervention käyneistä ei ollut jatkohoidon tarvetta intervention jälkeen. Niistä, joilla oli hoidon alussa häiriötasoista oireilua, 30 % toipui luotettavasti.

¹ Seurantatulokset aikuisten IPC-interventiosta, HUS Terapiat etulinjaan -toimintamalli. 2024. <https://terapiatetulinjaan.fi/wp-content/uploads/2025/02/IPC-aikuiset-seurantatulokset-2024.pdf> (viitattu 14.3.2025)

15.4. Interpersonaalinen terapia (IPT) aikuisille

Päähönderyhmä: Lievän-, keskivaikean ja tietyin edellytyksin myös vakava-asteisen masennuksen/mielialaoireiden hoitoon

Taso: 2. porras

Hoidon pituus: 12–16 kontaktikertaa

Toteuttaja: Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito

Toimenpidekoodi: IDY05 (Interpersonaalinen terapia, IPT, yksilöhoito)

Interpersonaalinen terapia eli IPT (IDY05) on 12–16 kontaktikerran interventio lievän-, keskivaikean ja tietyin edellytyksin myös vakava-asteisen masennuksen/mielialaoireiden hoitoon. IPT on tarkoitettu työkaluksi kaikille esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeyksiköissä työskenteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito. Menetelmä sijoittuu aikuisten porrastetussa hoitomallissa toiselle portaalle monipuolistamaan masennuksen hoitoa esimerkiksi kognitiivisen lyhytterapian rinnalle. IPT sopii myös erikoissairaanhoidossa toteutettavaksi.

IPT:n käyttö ja ylläpito masennuksen ja mielialaoireiden hoidossa perustuu seuraaviin Käypä hoito -suositukseen sisältyviin näytönastekatsauksiin:

- *Kognitiivis-behavioraaliset ja interpersonaaliset lyhytterapiat ovat tuloksellisia depressioiden akuuttivaiheen hoitomuotoja. Näytön aste: A¹.*

IPT:n toteuttaminen

IPT on masennuksen ja mielialaoireilun hoitomalli. Erityisesti IPT sopii tilanteisiin, joissa mielialaoireiluun on yhdistettävissä jokin ihmissuhteisiin liittyvä fokusalue. Interpersonaalinen terapia pohjautuu ajatukseen siitä, että masennus kytkeytyy henkilön ihmissuhteisiin. IPT:ssä painotetaan ajankohtaisten läheisten ihmissuhteiden merkitystä sekä masennusoireiden synnyssä että masennuksesta toipumisessa. Tavoitteena on oireiden helpottamisen lisäksi sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen.

Hoitoon voidaan ohjautua joko suoraan hoitoonohjauksesta tai ensimmäisen portaan hoitomuotojen (esimerkiksi ohjattu omahoito, IPC) jälkeen. IPT:tä voi toteuttaa menetelmään koulutautunut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, jonka tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito ja ennaltaehkäisy.

Tapaamiset ovat kestoaltaan tyypillisesti 45 minuuttia, ja niitä suositellaan olevan viikon välein. Hoitajakset voi toteuttaa sekä läsnä- että etämuotoisesti.

IPT-koulutus

IPT-menetelmään voivat kouluttautua esimerkiksi sairaanhoitajat ja psykologit.

Koulutus kestää noin vuoden, ja siihen sisältyy noin 25 tuntia verkko-opintoja, 21 tuntia menetelmäohjausta ja kolmen koulutusintervention toteuttaminen.

Verkkokoulutus tarjoaa näyttöön perustuvan hoitomallin masennusoireilun helpottamiseksi neljällä eri fokusalueella: roolimuuos, rooliristiriita, suru ja sosiaalinen arkuus / eristäytyneisyys. Lisäksi koulutus sisältää ammattilaisen yleisiä taitoja hoitavan yhteistyösuhteen rakentamiseksi ja terapeutin vuorovaikutuksen toteuttamiseksi.

IPT-menetelmäohjaus

Menetelmäohjaus on yhdistelmä työhajausta ja opetusta, jossa harjoitellaan menetelmätyöskentelyn ydintaitoja ja interventiomallin toteuttamista. Menetelmäohjausta tarvitaan menetelmään liittyvän taito-osaamisen kehittämiseksi ja menetelmien onnistuneen käyttöönoton varmistamiseksi.

IPT:ssä menetelmäohjaus toteutetaan 3–5 henkilön ryhmissä useampi tunti kerrallaan (esim. 7 x 3 h) noin 4–5 viikon välein. Koulutukseen sitoutuvan menetelmäohjaajan tulee suorittaa perehdytyskokonaisuus menetelmäohjauksesta ennen ohjauksen aloittamista.

Menetelmäohjaajalla tulee olla

- IPT-koulutus
- IPC-menetelmäohjaajakoulutus tai muu työhajaajakoulutus (tai muu soveltuva taustakoulutus)
- Terapiat etulinjaan -toimintamallin menetelmäohjaajakoulutuksen perehdytysosa opiskeltuna
- vähintään 6 IPT-hoitajakseta toteutettuna.

IPT:n vaikuttavuus ja teoreettinen viitekehys

IPT perustuu interpersonaalisen terapian viitekehukseen, jonka perusajatus on se, että masennus kytkeytyy asiakkaan ihmissuhteisiin. IPT:ssä havaittavat myönteisten muutosten ajatellaan selittyvän myös kaikille työskentelymuodoille yhteisillä vaikuttavilla tekijöillä, joihin luokituvat asiakkaan odotukset, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhde, asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet sekä tilannesidonaiset tekijät.

¹Kognitiivis-behavioraalinen ja interpersonaalinen terapia depressioiden akuuttivaiheen hoidossa. Duodecim näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak04361> (viitattu 14.3.2025)

15.5. Tunnekeskeinen pari-interventio

Pääkohderyhmä: Ensivaiheessa tarjottava interventio parisuhteen ongelmien työstämiseksi

Taso: 1. porras

Hoidon pituus: 5 kertaa

Toteuttaja: perustason sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelevät pariskuntien ja heidän ongelmiensa parissa

Toimenpidekoodi: IDP10 (Pariterapia)

Tunnekeskeinen pari-interventio (IDP10) on viiden käynnin mittainen interventio parisuhteen ongelmien työstämiseksi. Interventio sijoittuu porrastetun hoitomallin 1. portaalle. Tunnekeskeistä pari-interventiota voi toteuttaa menetelmään kouluttautunut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen.

Tunnekeskeisen pari-intervention ylläpitäminen osana porrastettua hoitomallia perustuu viitekehykseen liittyvään tutkimusnäyttöön parisuhdeongelmien hoidossa sekä siihen, että viitekehykseen oli kotimaassa koulutettavissa perustason kontekstiin soveltuva lyhytkestoinen työskentelymalli.¹Lisäksi käyttöä puoltaa seuraava depression Käypä hoito -suositukseen sisältyvä näytönastekatsaus:

- *Pari- ja perheterapialla ilmeisesti voidaan lievittää depressio-oireita ja parantaa parisuhde- ja perheongelmia. Niiden käyttö voi olla perusteltua silloin, kun depressioon liittyy merkittäviä parisuhde- tai perheongelmia.* Näytön aste: B².

Tunnekeskeisen pari-intervention toteuttaminen

Tunnekeskeinen pari-interventio soveltuu käytettäväksi sellaisissa tilanteissa, joissa parisuhteen ongelmat kuormittavat yksilöä tai perhettä. Sitä voidaan tarjota esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvoloissa sekä mielenterveys- ja päihdeyksiköissä. Interventiota ei ole kuitenkaan tarkoitettu yksilön mielenterveyden häiriön, esimerkiksi masennuksen, hoitoon.

Intervention tavoitteena on auttaa asiakaspareja tunnistamaan ja pysäyttämään oman suhteensa negatiiviset vuorovaikutuskuviot. Lisäksi tavoitteena on, että he oppivat rakentamaan turvallisempaa vuorovaikutusta viiden tapaamisen aikana.

Tunnekeskeisen pari-intervention tapaamiset ovat suositellusti kestoltaan 90 minuuttia, ja tapaamisia suositellaan olevan viikon välein. Työskentelyjaksot voi toteuttaa sekä läsnä- että etämuotoisesti.

Intervention taustalla on kiintymyssuhdeteoria, ja sen keskeisin työkalu on negatiivisen kehän käsite, joka auttaa liittämään parin kummankin osapuolen käyttäytymisen, ajattelun sekä tunteet jäsenyneeiksi kokonaisuudeksi.

Tunnekeskeisen pari-intervention koulutus

Tunnekeskeinen pari-interventio -koulutus on suunniteltu ensisijaisesti perustason sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, jotka työskentelevät pariskuntien ja heidän ongelmiensa parissa. Esimerkiksi sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, psykologit ja sosiaaliohjaajat voivat osallistua koulutukseen. Koulutus sopii sekä aloitteleville että kokeneille ammattilaisille.

Tunnekeskeisen pari-intervention koulutus kestää noin puoli vuotta. Koulutukseen sisältyy 10–15 tuntia verkko-opintoja sekä yhden toteutetun ja raportoidun koulutusintervention toteuttaminen koulututtajaa kohden. Lisäksi koulutukseen suositellaan vahvasti sisältyvän kaksi alueellisesti tarjottua koulutuksen aikaista mentorointitapaamista (suositus: 2 x 90 min tapaamiset koulutusjakson aikana). Mentorina voi toimia sekä koulutettavaan menetelmään että yleisemmin tunnekeskeiseen työskentelyyn perehtynyt ammattilainen. Koulutuksen verkko-opinnot sisältävät viiden käynnin interventiomallin lisäksi kiintymyssuhdeteoriaan tutustumisen ja negatiivisen kehän käsitteeseen perehtymisen.

Tunnekeskeisen pari-intervention vaikuttavuus ja teoreettinen viitekehys

Menetelmä pohjautuu kanadalaisen Susan Johnsonin kehittämään tunnekeskeiseen pariopsykoterapiaan. Se on sovellettu tunnekeskeisen pariopsykoterapian prosessista. Tämä lyhytinterventio ei ole pariopsykoterapiaa, mutta se antaa turvallisen ja selkeän raamin parien kanssa työskentelylle ensivaiheen hoitosuhteissa. Tunnekeskeisessä pari-interventiossa havaittavat myönteiset muutokset ajatellaan selittyvän myös kaikille työskentelymuodoille yhteisillä vaikuttavilla tekijöillä, joihin lukeutuvat asiakkaan odotukset, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhde, asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet sekä tilannesidonnaiset tekijät.

¹ Beasley, C. C., & Ager, R. (2019). Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of evidence-based social work*, 16(2), 144–159.

² Pari- ja perheterapiat depressioiden hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak06941> (viitattu 14.3.2025)

15.6. Kognitiivinen lyhytterapia aikuisille

Pääkohderyhmä: keskivaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivät (ml. yleistynyt ahdistuneisuus, masennus, sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriöt, unettomuus, riippuvuudet)

Taso: 2. porras

Hoidon pituus: 5–10 kertaa, keskimäärin 7

Toteuttaja: julkisen terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito

Toimenpidekoodi: IDY03 (Kognitiivinen käyttäytymisterapia, KKT, yksilöhoito) tai IDR17 (Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttinen ryhmähoito)

Kognitiivinen lyhytterapia (IDY03) on 5–10 kontaktikerran, keskimäärin seitsemän kontaktikerran, hoito, joka on tarkoitettu keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Oireina voivat olla esimerkiksi yleistynyt ahdistus, masennus, unettomuus, riippuvuudet, sosiaalinen jännittäminen tai paniikkihäiriö. Kognitiivinen lyhytterapia on tarkoitettu työkaluksi julkisen terveydenhuollon ammattilaisille ja yksiköille, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito. Menetelmä sijoittuu aikuisten porrastetussa hoitomallissa 2. portaalle ja soveltuu käytettäväksi esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeyksiköihin. Kognitiivista lyhytterapiaa voi toteuttaa myös ryhmämuotoisesti (IDR17).

Kognitiivisen lyhytterapian käsittämien hoitomallien käyttö ja ylläpito mielenterveyden häiriöiden hoidossa osana porrastettua hoitomallia perustuu seuraaviin Käypä hoito -suositukseen sisältyviin näytönastekatsauksiin:

Ahdistuneisuushäiriöt

- *Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa tehokkaampaa kuin tavanomainen psykiatrinen hoito, psykologinen lumehoito tai jonotuslista.* Näytön aste: A¹.
- *Uudet kognitiiviset psykoterapiat vähentävä tehokkaasti yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön kuuluvaa liiallista huolestuneisuutta.* Näytön aste: A².
- *Psykoterapia, jossa yhdistetään kognitiivinen restrukturointi ja altistaminen, on tehokas ahdistuneisuuteen ja samanaikaiseen masennukseen yleistyneessä ahdistuneisuushäiriöissä.* Näytön aste: A³.
- *Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia vähentää tehokkaasti ahdistuneisuuden lisäksi samanaikaista masennusta yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä.* Näytön aste: A⁴.
- *Kognitiivisella psykoterapialla saavutettu hoitotulos liiallisen huolestuneisuuden vähenemisessä säilyy 12 kuukauden ajan hoidon päättymisen jälkeen.* Näytön aste: A⁵.
- *Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on ilmeisesti tehokasta 55 vuotta täyttäneiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa odotuslistaan ja tavanomaiseen hoitoon verrattuna, mutta eroa aktiivihoidon nähden ei ilmeisesti ole.* Näytön aste: B⁶.
- *Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia vähentää paniikkikohtausten määrää ja niihin liittyvää välttämiskäyttäytymistä.* Näytön aste: A⁷.
- *Kognitiivis-behavioraalilla psykoterapialla saavutettu hoitotulos säilyy ilmeisesti ainakin 6 kuukauden ajan hoidon päättymisen jälkeen.* Näytön aste: B⁸.

- *Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on tehokasta sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa. Näytön aste: A⁹.*
- *Sellainen kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, joka sisältää in vivo -altistamista (eli toiselämässä tapahtuvaa), on ilmeisesti tehokasta julkisten paikkojen pelkoon. Näytön aste: B¹⁰.*

Masennus

- *Kognitiivis-behavioraaliset ja interpersonaaliset lyhytterapiat ovat tuloksellisia depressioiden akuuttivaiheen hoitomuotoja. Näytön aste: A¹¹.*
- *Positiivisia kokemuksia ja sosiaalista toimintaa aktivoivat käyttäytymisinterventiot ovat hyödyksi masennusoireiden vähentämisessä. Näytön aste: A¹².*
- *Lyhyet, pääosin perusterveydenhuollossa käytettävät ongelmanratkaisuterapia ja kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat ovat vaikuttavia depression hoidossa. Näytön aste: A¹³.*

Riippuvuudet

- *Motivoivaa haastattelua laajempi kognitiivinen käyttäytymisterapia ilmeisesti parantaa kohtalaisen tai vaikean alkoholiongelman hoitotulosta. Näytön aste: B¹⁴.*
- *Sekä kognitiivis-behavioraalinen terapia että motivaatiota lisäävä terapia näyttäisivät olevan tehokkaita hoitomuotoja kannabisriippuvuuden hoidossa silloin, kun potilaalla ei ole vaikeaa mielenterveyden häiriötä. Näytön aste: B¹⁵.*
- *Yhteisohoitomalli, palkkiohoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä näiden yhdistelmät ilmeisesti vähentävät opioidien käyttöä ja lisäävät raittiutta opioidien väärinkäyttäjillä, jotka ovat onnistuneet vieroittautumaan opioideista eivätkä ole opioidikorvaushoidossa. Näytön aste: B¹⁶.*

Unettomuus

- *Kognitiivis-behavioraaliset hoito-ohjelmat soveltuvat perusterveydenhuollon käyttöön. Näytön aste: A¹⁷.*
- *Kognitiiviset hoito-ohjelmat ovat tehokkaita unettomuushäiriön hoidossa ja tulokset näyttävät pysyviltä. Näytön aste: A¹⁸.*
- *Perusterveydenhuollon käyttöön tarkoitetut kognitiivis-behavioraaliset unettomuuden hoito-ohjelmat (CBT-I) soveltuvat ilmeisesti käytettäväksi myös silloin, kun potilaalla on jokin samanaikainen sairaus. Näytön aste: B¹⁹.*
- *Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ilmeisesti soveltuvat ikääntyneiden unettomuuden hoitoon. Näytön aste: B²⁰.*

Kognitiivisen lyhytterapian tuloksellisuuteen voi tutustua menetelmään liittyvästä tulosraportista²¹.

Kognitiivisen lyhytterapian toteuttaminen

Kognitiivinen lyhytterapia on sopivaa ja oikea-aikaista hoitoa keskivaikeissa mielenterveyden häiriöissä sekä tietyn edellytyksin myös vakava-asteisten oireiden hoidossa, esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa tilanteeseen soveltuvaa hoitoa ei ole heti tarjolla tai sitä joutuu joutumaan.

Kognitiivisessa lyhytterapiassa ammattilainen ja asiakas työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa jonkun valitun ongelman tai oireen parissa strukturoidun hoito-ohjelman avulla kohti yhteisesti määritettyä tavoitetta. Kognitiiviseen lyhytterapiaan voidaan ohjautua

joko suoraan hoitoonohjauksesta tai ensimmäisen portaan hoitomuotojen (esimerkiksi ohjattu omahoito, IPC) jälkeen.

Tapaamiset ovat kestoaltaan tyypillisesti 45 minuuttia, ja tapaamisia suositellaan olevan viikon välein. Hoitajaksot voi toteuttaa sekä läsnä- että etämuotoisesti. Kognitiivista lyhytterapiaa voi toteuttaa myös ryhmämuotoisesti (IDR17), jolloin tapaamisten suositeltu kesto on 1 h 45 min. Ryhmällä suositellaan olevan kaksi ohjaajaa.

Kognitiivisen lyhytterapian koulutus

Kognitiivista lyhytterapiaa voi toteuttaa menetelmään koulutautunut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. Esimerkiksi perustason mielenterveys- ja päihdepalveluissa koulutukseen osallistuvat ensisijaisesti sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, psykologit ja lääkärit. Koulutus sopii sekä aloitteleville että kokeneille ammattilaisille.

Kognitiivisen lyhytterapian koulutus kestää vuoden. Koulutukseen sisältyvät laajat verkko-opinnot, 30 tuntia menetelmäohjausta ja 70 tuntia koulutushoitojen toteuttamista. Kognitiivinen lyhytterapiakoulutus sisältää ammattilaisen yleisiä taitoja hoitavan yhteistyösuhteen rakentamiseksi ja terapeuttisen vuorovaikutuksen toteuttamiseksi.

Koulutus käsittää näyttöön perustuvat hoitomallit seuraavien mielenterveyden ongelmien hoitamiseksi: yleistynyt ahdistus, masennus, unettomuus, riippuvuudet, sosiaalinen jännittäminen ja paniikkihäiriö. Lisäksi koulutus antaa ammattilaisille työkaluja ammatilliseen kehittymiseen ja työssä jaksamiseen.

Koulutuksesta on olemassa myös erikoissairaanhoidon sovellettu versio, jonka perusajatus on sama kuin tavanomaisessa kognitiivisessa lyhytterapiassa. Kyseinen koulutus sisältää erikoissairaanhoidon suunnattuja koulutussisältöjä, joiden lisäksi kontekstissa toteutettavien koulutusinterventioiden pituus voi olla pidempi (kuitenkin maksimissaan 20 käyntiä). Lisäksi kognitiivisesta lyhytterapiasta voidaan räätälöidä eri konteksteihin soveltuvia koulutuskokonaisuuksia, joista kuitenkin sovitaan aina koulutuskohtaisesti.

Kognitiivisen lyhytterapian menetelmäohjaus

Menetelmäohjaus on yhdistelmä työnohjausta ja opetusta, jossa harjoitellaan menetelmätyöskentelyn ydintaitoja ja interventiomallin toteuttamista. Menetelmäohjausta tarvitaan menetelmään liittyvän taito-osaamisen kehittymiseksi ja menetelmien onnistuneen käyttöönoton varmistamiseksi. Kognitiivisessa lyhytterapiassa menetelmäohjaus toteutetaan 3–5 henkilön ryhmissä useampi tunti kerrallaan (esim. 10 x 3 h) noin kuukauden välein. Koulutukseen sitoutuvan menetelmäohjaajan tulee suorittaa perehdytyskokonaisuus menetelmäohjauksesta ennen ohjauksen aloittamista. Menetelmäohjaajana voi toimia

- kognitiivinen psykoterapeutti
- kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt muu psykoterapeutti
- kognitiivisessa psykoterapeuttikoulutuksessa oleva sote-ammattilainen
- kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt psykologi
- sairaanhoitaja, jolla jokin kognitiivinen työotekoulutus ja vähintään kahden vuoden kokemus interventioiden toteuttamisesta
- kognitiivisen lyhytterapeuttikoulutuksen käynyt terveydenhuollon ammattilainen, joka on koulutuksen jälkeen toteuttanut hoitomallin mukaista työtä 70 tunnin edestä.

Kognitiivisen lyhytterapian teoreettinen viitekehys

Kognitiivisen lyhytterapian perustana on nykytietämyksen mukaan vaikuttavat kognitiivis-behavioraalisen terapian elementit ja tunnetut työtavat, jotka tämänhetkisen tutkimustiedon valossa ovat keskeisiä mielenterveyden ongelmien hoidossa ja jotka toistuvat erilaisissa määrämittaisissa, näyttöön perustuvissa interventioissa ja hoito-ohjelmissa. Kognitiivisessa lyhytterapiassa havaittavat myönteiset muutokset ajatellaan selittyvän myös kaikille työskentelymuodoille yhteisillä vaikuttavilla tekijöillä, joihin lukeutuvat asiakkaan odotukset, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhde, asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet sekä tilannesidonnaiset tekijät.

¹ Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian teho verrattuna tavanomaiseen psykiatriseen hoitoon yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09121> (viitattu 14.3.2025)

² Kognitiivinen psykoterapia, liiallinen huolestuneisuus ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09124> (viitattu 14.3.2025)

³ Kognitiivisen restrukturoinnin ja altistamisen teho yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09122> (viitattu 14.3.2025)

⁴ Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian teho yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09120> (viitattu 14.3.2025)

⁵ Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, hoitotuloksen pysyvyys ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09125> (viitattu 14.3.2025)

⁶ Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian teho 55 vuotta täyttäneiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09086> (viitattu 14.3.2025)

⁷ Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia ja paniikkikohtaukset. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09115> (viitattu 14.3.2025)

⁸ Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia ja hoitotuloksen pysyvyys. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09117> (viitattu 14.3.2025)

⁹ Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian teho sosiaalisten tilanteiden pelkoon. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09110> (viitattu 14.3.2025)

¹⁰ Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, in vivo -altistaminen ja julkisten paikkojen pelko. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09119> (viitattu 14.3.2025)

¹¹ Kognitiivis-behavioraalinen ja interpersonaalinen terapia depressioiden akuuttivaiheen hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak04361> (viitattu 14.3.2025)

-
- ¹² Käyttäytymisen aktivointi depressioiden hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak08230> (viitattu 14.3.2025)
- ¹³ Lyhyet – lähinnä perusterveydenhuollossa käytettävät – psykoterapiat depression hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak08237> (viitattu 14.3.2025)
- ¹⁴ Kognitiivinen käyttäytymisterapia kohtalaisen tai vaikean alkoholiongelman hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 4.9.2015. <https://www.kaypahoito.fi/nak04630> (viitattu 14.3.2025)
- ¹⁵ Kannabisriippuvuuden psykososiaalinen hoito. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 12.4.2018. <https://www.kaypahoito.fi/nak05105> (viitattu 14.3.2025)
- ¹⁶ Opioidien väärinkäyttäjien psykososiaaliset hoidot. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 12.4.2018. <https://www.kaypahoito.fi/nak05139> (viitattu 14.3.2025)
- ¹⁷ Perusterveydenhuollon käyttöön tarkoitetut kognitiivis-behavioraaliset hoito-ohjelmat. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 3.12.2015. <https://www.kaypahoito.fi/nak06356> (viitattu 14.3.2025)
- ¹⁸ Kognitiiviset hoito-ohjelmat kroonisen unettomuuden hoitona. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 3.12.2015. <https://www.kaypahoito.fi/nak06355> (viitattu 14.3.2025)
- ¹⁹ Perusterveydenhuollon käyttöön tarkoitetut kognitiivis-behavioraaliset unettomuuden hoito-ohjelmat (CBT-I) ja potilaan sairastamat samanaikaiset pitkäaikaissairaudet. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 3.12.2015. <https://www.kaypahoito.fi/nak08546> (viitattu 14.3.2025)
- ²⁰ Ikääntyneiden unettomuuden lääkkeetön hoito. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 3.12.2015. <https://www.kaypahoito.fi/nak06357> (viitattu 14.3.2025)
- ²¹ Kognitiivisen lyhytterapian tuloksia. HUS Terapiat etulinjaan -toimintamalli (2024) : <https://terapiate-tulinjaan.fi/wp-content/uploads/2024/06/Kognitiivinen-lyhytterapia-seurantatulokset-2024.pdf> (viitattu 14.3.2025)

15.7. Motivoiva haastattelu

Pääkohderyhmä: päihderiippuvuudet

Taso: 1. porras

Hoidon pituus: 1–3 tapaamista

Toteuttaja: julkisen terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt, joiden tehtävänä on päihderiippuvuuksien hoito ja tuki

Toimenpidekoodi: IEY09 (motivoiva haastattelu)

Motivoiva haastattelu on asiakkaan muutosvalmiutta ja halukkuutta tutkiva ja vahvistava työskentelytyyli ja tapa keskustella muutoksesta. Motivoivan haastattelun keskeinen tavoite on herätellä asiakasta itse pohtimaan omia toimintatapojaan ja valintojaan sekä tekemään uudenlaisia valintoja. Sitä käytetään tahdonalaisen käyttäytymisen muuttamiseen, esimerkiksi ongelmallisten toimintatapojen (mm. tupakointi, alkoholin tai muiden päihteiden käyttö, epäterveellinen ruokavalio) purkamiseen, hoito-ohjelmiin sitoutumiseen sekä elämäntapamuutoksiin.

Motivoivan haastattelun käyttö ja ylläpito mielenterveyden häiriöiden hoidossa osana porrastettua hoitomallia perustuu seuraaviin Käypä hoito -suositukseen sisältyviin näytönastekatsauksiin:

- *Motivoiva haastattelu lisää hoidon tuloksellisuutta (alkoholiongelmat)*. Näytön aste: A¹.

Motivoivan haastattelun toteuttaminen

Motivoivaa haastattelua voi toteuttaa itsenäisenä interventiona. Motivoivan haastattelun sisällöt ja työskentelymallin taidot soveltuvat kuitenkin käytettäväksi myös muiden interventioiden aikana.

Motivoivan haastattelun koulutus

Motivoivan haastattelun koulutusmoduuli sisältyy esimerkiksi aikuisten ja nuorten kognitiivinen lyhytterapia -koulutukseen. Koulutus voidaan myös toteuttaa itsenäisenä koulutuksen, joka koostuu verkko-opinnoista.

Motivoivan haastattelun teoreettinen viitekehys

Motivoiva haastattelu perustuu ajatukseen, että jokaisella ihmisellä on kapasiteetti muuttaa omaa toimintaansa. Motivoiva haastattelu perustuu useisiin psykologisiin ja käyttäytymisteollisiin teorioihin (esim. itsemääräämisteoriat, muutosvaihemalli)

¹ Alkoholiongelmaisen motivoiva haastattelu. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 4.9.2015. <https://www.kaypahoito.fi/nak04628> (viitattu 14.3.2025)

15.8. Ostopalvelupsykoterapiat aikuisille

Lyhytpsykoterapia ostopalveluna täyttää aukon kevyempien lyhytinterventioiden ja pitkien psykoterapioiden tai erikoissairaanhoidon välissä. Ostopalvelupsykoterapiat kuuluvat porrasteisen hoitomallin kolmannelle portaalle. Nopeasti alkava 20 kerran lyhytpsykoterapia on monelle riittävä ja tehokas psykososiaalinen hoito, kun pidempi erikoissairaanhoidon jakso tai useamman vuoden kuntoutuspsykoterapia ei ole aiheellinen. Lyhytpsykoterapiasta ostopalvelusetelillä ja psykoterapian laaturekisteristä sekä niiden järjestämisestä hyvinvointialueella on kerrottu tarkemmin luvussa 8.

15.9. Muut menetelmät

Verkkokoulutuslustoilla on kokonaisten menetelmäkoulutusten lisäksi erilaisia lyhyempiä koulutuksia, joiden avulla voi syventää osaamistaan. Tässä alaluvussa niitä kuvataan lyhyesti.

Kokemustietoa mielenterveyspalveluista -koulutus tarjoaa mielenterveystyön ammattilaisille uutta näkökulmaa mielenterveystyöhön potilaiden kokemustiedon avulla.

Traumainformoitu kohtaaminen -koulutus perehdyttää lähestymistapaan, joka ottaa huomioon trauman vaikutukset ihmisen elämään ja hyvinvointiin. Työtettä pidetään yleismaailmallisena lähestymistapana kohtaamiseen. Koulutuksessa esitellään tiiviisti traumainformoitu työote, joka on hyvä ja sensitiivinen tapa kohdata monenlaisia ihmisiä, joilla on mielen-terveyden haasteita.

Traumainformoitu työote -koulutus antaa hyvän ja sensitiivisen tavan kohdata kaikenlaisia ihmisiä sosiaali- ja terveysalalla riippumatta heidän haasteistaan tai tuen tarpeistaan. Koulutuksessa esitellään laajemmin traumainformoidun työotteen sisältöjä kuin traumainformoidun kohtaamisen koulutuksessa.

Neuropsykiatrisen tunnistusosaamisen vahvistaminen -koulutus tarjoaa tietoa joistakin yleisimmistä neuropsykiatrisista häiriöistä sekä niiden tutkimisesta ja hoidosta. Koulutus keskittyy ADHD:n ja autismitieteen käsittelyyn, koska erityisesti näiden osalta ammattilaisten tiedontarve on kasvanut ja asiakkaita hakeutuu hoidon piiriin aiempaa enemmän.

Koulutus on suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisille, jotka työskentelevät täysi-ikäisten asiakkaiden kanssa. Neuropsykiatrisesti oireilevia henkilöitä asioi monenlaisissa sote-palveluissa, joissa koulutuksen tuomasta tunnistusosaamisesta voi olla hyötyä heidän kohtaamisessaan. Koulutus ei edellytä aiempaa kokemusta tai tietämystä neuropsykiatrisista häiriöistä.

15.10. Koulutusportfolion kehittäminen

Terapiat etulinjaan -koulustoittoiminnan tavoitteena on varmistaa yleisten mielen-terveyden häiriöiden riittävä hoito suoraan perustasolta. Koulutusportfoliota täydennetään tutkimuskirjallisuutta ja hoitosuosituksia seuraten ja palvelujärjestelmän tarpeita kuunnellen. Koulutuksia kehitettäessä huomioidaan edellä mainittujen tekijöiden lisäksi menetelmän koulutettavuus perustason palveluihin sekä koulutetun osaamisen ylläpidon mahdollisuudet osana koulutettujen yksiköiden rutiinotoimintaa.

Nykyisellään koulutusportfolio ei sisällä kaikkia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmässä hyödynnettäviä ja suositeltuja menetelmiä, jotka kuitenkin ovat palvelujärjestelmän kannalta tärkeitä.

Keskeisimpiä koulutusportfolioista puuttuvia menetelmiä:

- Käypä hoito -suositellut A- ja B-luokan näytön psykoterapiaviitekehykset ja niistä johdetut interventiot aikuisilla:
 - Masennus: psykodynaaminen psykoterapia, pari- ja perhepsykoterapia (pl. tunnekeskeinen pari-interventio, joka kuuluu osaksi koulutusportfolioa)
 - Sosiaalisten tilanteiden pelko: psykodynaaminen psykoterapia
 - Alkoholiongelmat: pari- ja perhepsykoterapia, AA-ryhmät
 - Epävakaa persoonallisuus: skeematerapia, dialektinen käyttäytymisterapia, mentalisaatioterapia, psykodynaaminen psykoterapia
 - Kaksisuuntainen mielialahäiriö: pareille annettu Family Focused Therapy
 - Syömishäiriöt: pari- ja perhepsykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia, psykoanalyttinen psykoterapia
 - Traumaperäinen stressihäiriö: traumapsykoterapia (altistava kognitiivinen käyttäytymisterapia)
 - Skitsofrenia: kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, pari- ja perhepsykoterapia
 - Pakko-oireinen häiriö: kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, Bergenin malli

Hoitosuosituksen ulkopuolella olevia menetelmiä (esim. nykyisellään IPC) koulutetaan Suomessa kerrytettyjen hyvien kokemusten, koulutettavuuden ja palvelujärjestelmän tarpeita huomioiden.

Harvinaisempia, häiriöspesifejä menetelmiä on mahdollista tuoda mukaan koulutusportfolioon, mikäli se on oireyhtymäkohtaisen hoitopolun ja kokonaisuutena palvelujärjestelmän näkökulmasta ja vallalla olevan työnjaon kannalta järkevää. Lisäksi edellytyksenä on, että hoitomenetelmä on johdettavissa Käypä hoito -suosituksen tai vastaavien suositusten pohjalta. Jossain tapauksissa voidaan edetä erillisen arvion mukaan muuten hyvin perusteltujen menetelmien kanssa.

Erikoissairaanhoidon kuuluvia menetelmiä on toistaiseksi mahdollisuus kehittää vain erikoissairaanhoidon tarpeiden mukaisesti.

16. Tiedonkeruu, tiedolla johtaminen ja arkivaikuttavuuden edistäminen

Palveluiden jatkuvaan parantamiseen tarvitaan tietoa palveluiden toimivuudesta, laadusta ja vaikuttavuudesta. Tiedolla johtaminen on tähän tietoon perustuvia toimenpiteitä, joiden vaikutuksia voidaan arvioida sen mukaan, paranivatko palvelut toivotulla tavalla. Vertaiskehittäminen alueiden välillä tarkoittaa, että hyvinvointialueiden esimiehet ja johtajat voivat vertailla keskenään palveluidensa toimivuutta ja hyödyntää muilla alueilla saatuja tuloksia omassa kehittämistyössään. Jotta tämä voi onnistua, tarvitaan tietoa palvelujen toimivuudesta. Tieto pitäisi saada kerättyä luotettavasti ja riittävän yhdenmukaisesti. Koska tietojen pitää olla ajan-kohtaisia ja niihin pitää päästä pureutumaan syvemmälle, ovat hyvinvointialuekohtaiset tietojärjestelmät keskeinen tiedon lähde.

Terapiat etulinjaan -hankkeen osana on kaikkien hyvinvointialueiden yhteisessä verkostossa määritelty keskeisiä prosessi- ja vaikuttavuusmittareita, joita hyvinvointialueilla kannattaisi

seurata niiden omista järjestelmistä. Yhteistyöverkoston avulla tuetaan vertaiskehittämistä eli tulosten ja niihin vaikuttavien tekijöiden vertailua ja keskinäistä oppimista. Mittarit ovat yhdenmukaisia kansallisten ja kansainvälisten suositusten kanssa.

16.1. Aikuisten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot

Käytettävät mittarit ja indikaattorit on valittu sekä kansallisten että kansainvälisten suositusten sekä kotimaassa tehtyjen katsausten perusteella. Valitut indikaattorit täydentävät Sotkanetiin kertyviä kansallisia indikaattoreita tiiviiseen ja organisaatiokohtaiseen seurantaan soveltuvilla indikaattoreilla. Mittareiden (esim. oiremittarit) osalta noudatetaan kansallisista tahtoista THL:n suosituksia täydentäen niitä kansainvälisen ICHOM-konsortion (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) suosituksilla. Mittarivalinnoilla pyritään spesifisyyteen hoidettavan ongelman, oireen tai häiriön suhteen.

Aikuisten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot on listattu taulukossa 4. Viitteistetty taulukko löytyy liitteestä 5. Lisäksi vaikuttavuusperustaisessa tietojohdantamisessa hyödynnetään seuraavia yhteisiä indikaattoreita (Huom! Mittarit ja indikaattorit muodostavat yhdessä toimivan pohjan lasten ja nuorten eli alle 23-vuotiaiden terapiatakuun toteutuksen arviointiin:

- 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
- jatkohoidon-/tuen tarve
- asiakaskokemus.

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. Esim. AUDIT (miehet ≥ 8 , naiset ≥ 6)	Ei selkeää pisterajaa ¹
Keskittymisvaikeudet	ASRS	Ei selkeää pisterajaa ²	Ei selkeää pisterajaa ³

Taulukko 4: Aikuisten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot

¹Merkittävän muutoksen tunnistamiselle ei ole selkeitä raja-arvoja ja vaikutusten arviointi tulee aina suhteuttaa intervention kohteen (päihdekäytön vähentäminen/lopettaminen) mukaan. Vaikuttavuuden arvioinnin tukena voi hyödyntää yksilöllisen tavoitteen systemaattista seuranta vakioiduilla mittareilla.

²ASRS-kysely koostuu kahdesta osasta. A-osa toimii ADHD-seulana. Osiot pisteytetään asteikolla 0–4 ja A-osan pisteiden vaihteluväli on 0–24. Jos potilaan vastauksista neljä tai enemmän on instrumentin tummennetuissa ruuduissa, potilaan oireet sopivat ADHD:n oirekuvaan ja lisätutkimukset ovat aiheellisia.

³ASRS:n vaikuttavuuden arvioinnissa tulee käyttää instrumentin A- ja B-osaa. Kliinisen vaikuttavuuden arvioinnissa korostetaan oireiden aiheuttaman haitan arviointia. Selkeitä pisterajoja ei toistaiseksi ole.

16.2. Tavoitteet hoitoon pääsyle ja vaikuttavuudelle

Seuraavat tavoitteet on johdettu sekä kansainvälisissä hoitomalleissa hyödynnettävien tavoitteiden että kotimaassa toteutettujen arviointien pohjalta. Lisäksi tavoitteissa on huomioitava vallalla olevat ja tulevat lainsäädännöt. Ne kuvaavat tilannetta, johon perustason mielen-terveyspalveluissa on mahdollista pyrkiä ja jossa apua hakevien ongelmat pystytään ratkaise-maan mahdollisimman pienellä viiveellä ja niin vaikuttavasti, että järjestelmän kyky vastata palveluntarpeeseen pysyy yllä.

- 1. portaan hoito pystytään käynnistämään kaikenikäisten soveltuvien asiakkaiden kohdalla viikon sisällä.
- 2. portaan hoito pystytään käynnistämään kaikenikäisten soveltuvien asiakkaiden kohdalla kuukauden sisällä (sis. lasten ja nuorten terapiatakuu).
- Luotettavasti häiriöstä, oireista tai ongelmista toipuneiden osuus on yleisissä mielen-terveyden häiriöissä/oireissa vähintään 50 % perustason palveluiden 1. ja 2. portaan hoitojen jälkeen.

TOIMINTAMALLI LASTEN JA NUORTEN PALVELUISSA

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämisessä erityishaastetta tuo palvelujen pirstaleisuus ja toteuttaminen eri toimialojen ja lainsäädäntöjen alla. Palvelukentällä toimii niin terveydenhuollon, sosiaalihuollon kuin sivistystoimen ammattilaisia. Jokaisella näistä toimialoista kohdataan lapsia ja nuoria, joilla on eritasoisia psykososiaalisen tuen ja hoidon tarpeita.

Keväällä 2025 voimaan astuva terapiatakuu vastuuttaa hyvinvointialueet järjestämään sen mukaiset palvelut. Jotta palvelujen järjestämisessä onnistutaan, on yhteistyön tekeminen yli sektori- ja aluerajojen välttämätöntä. Terapiat etulinjaan -toimintamallissa terapiatakuun mukaista työtä lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden kehittämiseksi on tehty kansallisessa yhteistyössä vuodesta 2020 lähtien. Tänä aikana monille hyvinvointialueille on

- koulutettu tuhansia psykososiaalisten menetelmien osaajia
- palkattu interventiokoordinaattoreita, jotka edistävät mielenterveyspalvelujärjestämisen muutostyötä alueella yhteistyössä alueen toimijoiden kanssa
- kehitetty hoidon ja tuen porrastusta, jonka tarkoituksena on selkiyttää alueen palveluja ja niiden tarjoajia
- kehitetty nuorten Interventionnavigaattori ja Lasten navigaattori tukemaan lapsen ja nuoren sekä perheen tilanteen kartoitusta, jotta ammattilaisen kanssa tehtävässä ensijäsennyksessä heidät pystytään ohjaamaan oikeatasoisen tuen ja hoidon piiriin
- rakennettu tiedolla johtamisen käytänteitä, jotta kehittämistyö on tietoperustaista ja sen tuloksia voidaan tarkastella ajantasaisesti.

Kuten aikuistenkin palveluiden osalta, Terapiat etulinjaan -palvelut kattava vain osan lasten ja nuorten kokonaisvaltaisten mielenterveyspalveluiden tarpeesta. Malli keskittyy tukemaan hyvinvointialueita niiden vahvistaessa nopeasti alkavien perustason mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja vaikuttavuutta. Toimintamallia ja kansallisia tukipalveluita kehitetään jatkuvasti hyvinvointialueiden yhteistyönä.

Tässä käsikirjan osiossa kuvataan, miten Terapiat etulinjaan -toimintamallia rakennetaan ja ylläpidetään lasten ja nuorten palveluissa. Lisäksi avataan, kuinka Terapiat etulinjaan -toimintamallin palvelut vastaavat terapiatakuuseen. Se sisältää seuraavat alaluvut:

- Toimintamallin alueelliset käyttöönoton ja ylläpidon rakenteet
- Alueellinen porrastettu hoitomalli
- Mielenterveystalo.fi:n lapsille, nuorille ja perheille suunnatut sisällöt
- Lasten navigaattori ja ensijäsennys
- Nuorten Interventionnavigaattori ja ensijäsennys
- Menetelmät lasten ja nuorten palveluissa
- Tiedonkeruu, tiedolla johtaminen ja vaikuttavuus arkitoiminnassa

17. Toimintamallin alueelliset käyttöönoton ja ylläpidon rakenteet

Porrastetun tuki- ja hoitomallin käyttöönotto edellyttää pitkäjänteistä kaikkien keskeisten toimialojen välistä yhteistyötä. Kyseessä on laaja toimintakulttuurin muutos, ja siihen vaaditaan yhteisen tahtotilan lisäksi sitoutumista. Lasten ja nuorten palveluita kehittäessä on tunnistettu kaksi merkittävää toimijaa, jotka edistävät yhteistä muutostyötä alueella.

Yhteistyön saumattomuutta voidaan edistää hyvällä koordinoinnilla. Alueella toimiva **interventiokoordinaattori** on asiantuntija, jolla on ymmärrys ja kokonaiskuva hyvinvointialueen palvelukentän tarpeista, olemassa olevista toimijoiden tarjoamista tuen ja hoidon palveluista sekä palvelupoluista.

Interventiokoordinaattorin lisäksi alueella on tärkeä toimia **implementaatiotyöryhmä**, joka koostuu eri toimialojen vastuuhenkilöistä. Interventiokoordinaattorin vetämän implementaatiotyöryhmän tehtävänä on kehittää alueen lasten ja nuorten palveluita niin, että kaikkien toimialojen toimijoita ja tasoja kuullaan. Työryhmän tavoitteena on linjata alueen yhteinen psykososiaalisen tuen ja hoidon porrastus alueelle. Linjaus mahdollistaa hyvinvointialueen toimijoiden yhteisen strategian, ja se toimii tukena henkilöstön koulutussuunnittelussa ja oirekohtaisten hoitopolkujen luomisessa sekä takaa yhdenvertaisen psykososiaalisen tuen saatavuuden lapsen/nuoren asuinpaikasta riippumatta.

Tässä luvussa kerrotaan, miten lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita voi alueella lähteä kehittämään interventiokoordinaattorin ja implementaatiotyöryhmän avulla.

17.1. Interventiokoordinaattorin työ

Interventiokoordinaattorit ovat oman hyvinvointialueensa lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseen ja korjaamiseen liittyvien palveluiden erityisasiantuntijoita.

Koska lasten ja nuorten mielenterveystyötä tehdään laajalle hajautuneesti, ajantasaisen kokonaistilanteen hahmottaminen ja ylläpitäminen on haastavaa. Koordinaattoreilla on selkeä kokonaiskäsitys hyvinvointialueensa lasten ja nuorten palveluiden tilanteesta, kuten tavoitteista ja henkilökunnan koulutustarpeista sekä koulutettujen sijoittumisesta alueellisesti. Interventiokoordinaattorit kehittävät ja ylläpitävät hyvinvointialuekohtaista interventiodien saatavuuteen liittyvää aika- ja paikkasaatavuutta ja ovat tämänkin vuoksi keskeisiä toimijoita hyvinvointialueen koulutussuunnittelussa ja ammattilaisten psykososiaalisen interventio-osamisen ylläpidossa. Lisäksi he kehittävät ja ylläpitävät alueellista hoidon ja tuen porrastusta sekä palveluihin ohjautumista yhteistyössä hyvinvointialueensa verkostojen kanssa.

Interventiokoordinaattorit ovat tietoa välittävä linkki Terapiat etulinjaan -toimintamallin kansallisen tuen, YTA-tason koordinaation ja hyvinvointialueiden välillä. He verkostoituvat keskeisten sidosryhmien kanssa, neuvottelevat piloteista ja suunnittelevat niitä tulevaisuudessa. Kansallisella koordinaattoreiden yhteistyöllä mahdollistetaan yhdenvertaiset palvelut kaikille lapsille ja nuorille asuinpaikasta riippumatta.

Interventiokoordinaattorien tehtäväkuva sisältää muun muassa seuraavia osa-alueita:

- 1. Koordinoi ja tukee hyvinvointialueen lasten ja nuorten porrasteisen psykososiaalisen tuen ja hoidon mallin toteutumista ja ylläpitoa:**
 - Vastaa hyvinvointialueen lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden porrasteisen hoidon ja tuen mallin ylläpitämisestä, tuen ja hoidon tasapuolisesta saatavuudesta sekä sen toteutumisesta ja vaikuttavuudesta yhteistyössä implementaatiotiimin kanssa.
 - Hallitsee laajasti prosessien, hoitopolkujen ja yhdyspintojen merkityksen interventioiden toteuttamisen näkökulmasta ja kehittää kokonaisuutta koko lasten ja nuorten palvelukentän huomioiden.
 - Vastaa hoitoonohjausmallien kehittämisestä ja käyttöönotosta yhdessä implementaatiotiimin kanssa.
 - Vastaa uusien menetelmien implementaatioprosesseista (kartoitus, valmistelu, käyttöönotto, ylläpito) yhteistyössä implementaatiotiimin kanssa.
 - Tukee esihenkilöitä ja vahvistaa heidän rooliaan psykososiaalisten menetelmien käyttöönotossa ja ylläpidossa.
- 2. Koordinoi ja toteuttaa interventio- ja ensijäsennyskoulutuksia:**
 - Kouluttaa ammattilaisille psykososiaalisia menetelmiä ja koordinoi interventiokoulutuksia.
 - Kouluttaa Interventionavigaattorin ensijäsennystä ammattilaisille sekä koordinoi pilotteja ja käyttöönottoja.
 - Tukee ammattilaisten kouluttautumista ja seuraa koulutusten edistymistä.
 - Menetelmäohjaa niitä interventioita, joihin hänellä on pätevyys.
 - Koordinoi menetelmäohjauksia.
- 3. Tukee interventioiden ylläpitoa:**
 - Tunnistaa ja ratkoo interventioiden käyttöä hidastavia/estäviä tekijöitä yhteistyössä palveluiden kanssa sekä tukee, vahvistaa ja levittää käyttöä vauhdittavia tekijöitä.
 - Järjestää ja ohjaa vertaismentoorintitapaamisia ja menetelmäosaajapäiviä.
 - Koordinoi ja/tai järjestää kertauskoulutukset.
- 4. Tukee tiedolla johtamista:**
 - Seuraa ja kehittää menetelmien käyttöä ja vaikuttavuutta, tuo tietoa tulosityskön/tulosalueen johdolle/esihenkilöille.
 - Edistää toimenpidekoodien käyttöönottoa ja käyttöä.
- 5. Osallistuu viestintään:**
 - Kokoaa ja välittää ajankohtaista tietoa interventio-osaajille, palveluiden johdolle ja esihenkilöille.
 - Tiedottaa HVA-tasoisesti.
 - Osallistuu kansalliseen viestintään hyvinvointialueiden välillä.
- 6. Tekee verkostoyhteistyötä ja osallistuu yhteistyöalueelliseen sekä kansalliseen yhteiskehittämiseen.**

17.2. Implementaatiotyöryhmä

Mielenterveyspalveluiden muutos vaatii eri toimialojen tiivistä yhteistyötä. Tätä kehittämistyötä tehdään alueen yhteiskehittämistyöryhmässä, jota voidaan kutsua esimerkiksi implementaatiotyöryhmäksi. Ryhmää koordinoi interventiokoordinaattori tai muu vastaavaa koordinoitustyötä tekevä henkilö. Implementaatiotyöryhmää koottaessa on tärkeä tunnistaa, ketkä ovat palvelujen kehittämisen kannalta keskeiset toimijat yli sektorirajojen. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita kehittäessä näitä toimijoita ovat esimerkiksi

- lasten neuvolat
- perheneuvolat
- sosiaalipalvelut
- opiskeluhoito
- koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
- perustason mielenterveyspalvelut
- mahdolliset hyvinvointialueen omat erikoissairaanhoidon palvelut.

Ryhmään kuuluvilla henkilöillä on oltava riittävä päätösvalta, jotta he voivat tehdä tarvittavat linjaukset.

Työryhmän tärkeimpänä tavoitteena on linjata alueelle yhteinen psykososiaalisen tuen ja hoidon porrastus sekä ylläpitää sitä tietoperusteisesti. Sitä tehtäessä on tärkeä kuulla kaikkien toimialojen toimijoita ja tasoja, jotta porrastukseen sitoudutaan. Tuen ja hoidon porrastus toimii alueen yhteisenä strategiana ja ohjaa henkilöstön koulutussuunnittelussa ja oirekohtaisten palvelupolkujen luomisessa. Huolellisesti suunnitellulla tuen ja hoidon porrastuksella voidaan taata alueen lapsille ja nuorille yhdenvertaisen psykososiaalisen tuen saatavuus asuinpaikasta riippumatta.

Implementaatiotyöryhmässä pohditaan ja ratkaistaan esimerkiksi seuraavia kysymyksiä:

Tuen ja hoitojen porrastus sekä hoitoon ohjaus

- Millaista tukea ja hoitoa alueen lasten ja nuorten tulee saada mielenterveytensä tueksi ja kuka sitä tarjoaa?
- Onko tuen ja hoidon valikoima riittävä?
- Onko tukea ja hoitoa saatavilla tasavertaisesti hyvinvointialueella?
- Millaisia käytänteitä tarvitaan tuen ja hoidon piiriin ohjautumiseksi?

Menetelmien koulutus ja ylläpito

- Onko eri menetelmiin koulutettu riittävästi ammattilaisia?
- Kuinka koulutussuunnittelussa huomioidaan henkilöstön vaihtuvuus?
- Millaista tukea ammattilaiset tarvitsevat menetelmäkoulutusten aikana, menetelmien käyttöönotossa ja osaamisen ylläpitämisessä?

Tiedolla johtaminen

- Kuinka tiedolla johtaminen viedään osaksi arkityötä?
- Millaisia tiedonkeruun käytänteitä alueella on?
- Miten syntyvää dataa tarkkaillaan ja mitä siitä voidaan oppia?

Muutoksen ylläpito

- Miten alueella ylläpidetään ja kehitetään tietoperustaisesti yhteisesti sovittua tuen ja hoidon porrastusta ja siihen liittyviä rakenteita?

Terapiat etulinjaan -toimintamallin käyttöönoton ja ylläpidon vaiheita sekä keskeisiä kysymyksiä on kuvattu tarkemmin käsikirjan kohdassa 26.

18. Alueellinen porrastettu tuen ja hoidon malli

Psykososiaalisen tuen ja hoitojen porrastaminen on pitkäjänteistä strategiatyötä, jota tehdään hyvinvointialueella yhteistyössä yli sektorirajojen. Työn tuloksena syntyy alueellinen psykososiaalisen tuen ja hoidon porrastus, joka selkiyttää kaikille toimijoille, millaisia palveluita alueella on käytössä lasten ja nuorten mielenterveyden tueksi ja kuka niitä tarjoaa. Lisäksi tuen ja hoitojen porrastus auttaa henkilöstön koulutussuunnittelussa ja oirekohtaisten hoitopolkujen luomisessa. Ennen kaikkea se takaa yhdenvertaisen psykososiaalisen tuen saatavuuden lapsen tai nuoren asuinpaikasta riippumatta.

Käsikirjan luvussa 26 on kuvattu, mitä vaiheita kehittämistyöhön kuuluu. Käsikirjan osiossa 5 on kuvattu porrastettua hoitomallia yleisesti. Tässä luvussa kerrotaan tarkemmin lasten ja nuorten hoidon ja tuen portaista ja mitä menetelmiä ne sisältävät. Lisäksi luvun loppuun on koostettu hyviä käytäntöjä, joilla voidaan edistää työssä onnistumista.

Alaluvut:

- Lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen ja hoitojen porrastus
- Porrastetun hoitomallin ylläpito alueella

18.1. Lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen ja hoitojen porrastus

Tuen ja hoidon porrastaminen tarkoittaa mielenterveyden pulmiin kehitettyjen psykologisten interventioiden, kuten näyttöön perustuvien psykososiaalisten menetelmien, lyhytterapioiden ja psykoterapioiden, järjestämistä niiden intensiteetin mukaisesti. Tavoitteena on, että apua tarvitsevalle lapselle tai nuorelle tarjotaan tilanteeseen nähden oikeatasoista ja -aikaista tukea viiveettä. Mikäli tarjottu tuki ei riitä, voidaan lapselle tai nuorelle tarjota korkeamman portaan hoitoa.

Hoidon porrastus riippuu sovitettavasta toimintaympäristöstä. Portaiden sisältö voi vaihdella alueellisesti, mutta keskeistä on, että alueellinen palveluvalikoima kattaa jokaisen portaan aina matalimman kynnyksen interventiotyöskentelystä erikoissairaanhoidon palveluihin ja kuntoutuspsykoterapioihin. Kansallisesti yhteneväinen porrastuksen rakenne on edellytys alueiden väliselle yhteistyölle ja vertaiskehittämiselle, vaikka hoitomuotojen sisällöt vaihtelisivatkin alueittain.

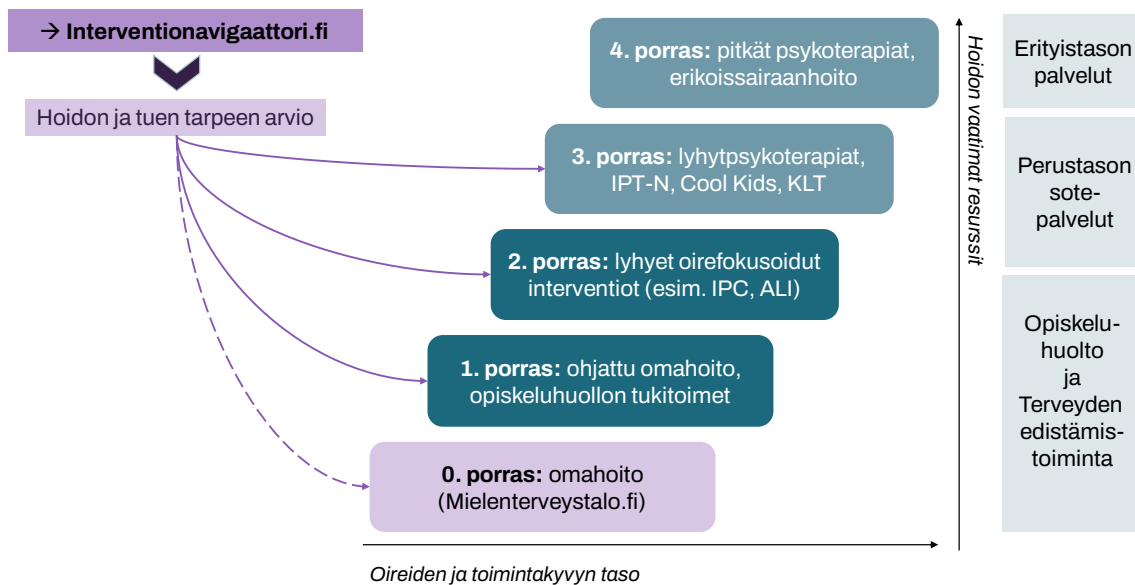
Lasten ja nuorten mielenterveyden tuen ja interventioiden porrastaminen systemaattiseksi on erityisen haastavaa, sillä sosiaali- ja terveystoimijoiden lisäksi merkittävässä roolissa ovat myös varhaiskasvatuksen toimijat sekä koulut ja oppilaitokset. Keskitettyjen mielenterveyspalveluiden saatavuus ja sijoittuminen vaihtelevat paljon eri hyvinvointialueiden välillä. Toimintakäytännöt voivat vaihdella niin alue- kuin yksikkökohtaisesti.

Tuen ja interventioiden systemaattinen porrastaminen kannattaa. Tavoitteena on vastata oireiluun mahdollisimman varhain, jotta tilanne ei pääse pahenemaan. Varhaisessa vaiheessa tukea pystyvät antamaan muutkin kuin mielenterveyden ammattilaiset, jolloin kaikki alueella olevat resurssit saadaan hyödynnettyä, ja resurssit myös raskaampiin palveluihin turvattua. Alueellinen yhdenvertaisuus takaa, että samassa tilanteessa oleva lapsi tai nuori saa yhtä hyvää hoitoa riippumatta paikasta, josta hän hakee apua.

18.2. Esimerkki lasten ja nuorten porrastetusta hoitomallista

Terapiat etulinjaan -toimintamallin lasten, nuorten ja perheiden tukimuotoja, palveluita ja niiden porrastamista kehitetään jatkuvasti. Tässä luvussa on kuvattu esimerkki porrastetusta hoitomallista lasten ja nuorten palveluissa. Esimerkkihoidot ovat yleisesti Suomessa käytettyjä interventioita. Terapiat etulinjaan -toimintamallin kouluttamat interventiot on merkitty tähdellä (*). Näistä menetelmistä on kerrottu tarkemmin luvussa 22 ja 23 ja nettiterapiasta luvussa 15.2.

Terapiat etulinjaan -toimintamallin mukaisessa porrastetussa hoitomallissa (kuva 5) on alueellisesti useimmiten 3–4 porrasta ja 0-porras.



Kuva 5: Esimerkki lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen ja hoidon porrastuksesta

0-portaalla ovat kaikille avoimet psykoedukatiiviset ja omaa hoitoa ohjaavat materiaalit sekä ennaltaehkäisevän toiminnan, kuten mielen terveystalo.fi-verkkopalvelun omahoito-ohjelmat. Mielen terveystalo.fi-verkkopalveluun on viimeisen vuoden aikana laadittu runsaasti työkaluja, joita vanhemmat voivat hyödyntää arjessa yhdessä lapsensa kanssa. Lisäksi koulun tukitoimet, kuten KiVa-kouluohjelma, kuuluvat nollaportaan tukeen.

Ensimmäisen portaan hoitojen tulisi soveltua valtaosalle apua hakevista lapsista, nuorista ja perheistä. Ensimmäisellä portaalla on ammattilaisen ohjaamat psykoedukatiiviset ja ohjaavat palvelut, jossa ammattilainen tukee perhettä tai nuorta. Tällä portaalla asiakkaan toimintakyky on hyvä ja oirekuva lievä.

Ensimmäisen portaan hoitoja ovat mm.

- *ohjattu omahoito
- Voimaperheet.

*) Terapiat etulinjaan -toimintamallin kouluttumat interventiot

Toisella portaalla sijaitsevat näyttöön perustuvat lyhytterapiat, joilla voidaan hoitaa lieviä ja keskivaikeita oireita, kun toimintakyky on pääosin vielä melko hyvä. Tällöin lapsi tai nuori hyötyy selkeästi strukturoidusta oirefokusoidusta työskentelystä ja interventiosta.

Toisen portaan hoitoja ovat mm.

- *ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio ALI
- *interpersonaalinen ohjanta IPC
- Ihmeelliset vuodet
- aggression replacement training ART
- nuorten nettiterapia.

*) Terapiat etulinjaan -toimintamallin koulutumat interventiot

Ensimmäisen ja toisen portaan hoitojen on tarkoitus olla nopeasti alkavia ja sopivia valtaosalle apua hakevista asiakkaista. Porrastusta rakentaessa onkin järkevä pohtia, onko palvelu-/interventiovalikoima riittävä ja onhan alueella koulutettu riittävästi ammattilaisia menetelmiin, jotta se auttaa suurinta osaa asiakkaista.

Kolmannella portaalla oirekuva on jo keskivaikea ja se haittaa toimintakykyä jonkin verran. Hoito vaatii usein moniammatillista työskentelyä tai konsultaatiota.

Kolmannen portaan hoitoja ovat mm.

- *kognitiivinen lyhytterapia
- *interpersonaalinen terapia IPT-N
- Cool Kids
- lyhytpsykoterapia
- traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia TF-KKT
- multidimensionaalinen perheterapia MDFT
- dialektinen käyttäytymisterapia DKT
- Theraplay
- vanhemmuustaito-ohjelma Oppi
- muut vaikuttavat yksilöhoidot (määrämittaiset ja mittaroidut).

*) Terapiat etulinjaan -toimintamallin koulutumat interventiot

Neljännellä portaalla asiakkaan oirekuva on vaikea ja monimuotoinen ja toimintakyky on heikentynyt. Tarvitaan erikoissairaanhoidon taseisia palveluita tai pitkiä psykoterapioita.

Neljännän portaan hoitoja ja palveluita ovat mm.

- psykiatrinen erikoissairaanhoido
- pitkä psykoterapia esim. Kuntoutuspsykoterapiana tai palvelusetelillä
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR.

19. Mielenterveystalo.fi:n lapsille, nuorille ja perheille suunnatut sisällöt

Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu tarjoaa apua ja tukea myös lasten, nuorten ja perheiden erilaisiin elämäntilanteisiin, mielenterveyden vahvistamiseen sekä mielen oireiluun. Palvelu on suunnattu sekä kansalaisille että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Siitä hyötyvät myös oireilevan läheinen sekä sosiaali- ja terveysalan opiskelijat.

Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelua on kuvattu tarkemmin käsikirjassa kohdassa 6.

Alla olevaan taulukkoon on koottu esimerkkejä Mielenterveystalon lapsille ja nuorille suunnatuista sisällöistä:

teema/oire	omahoito-ohjelmat	tietosivut
Ahdistus, masennus	<ul style="list-style-type: none">• Lasten ahdistuksen omahoito• Nuorten ahdistuksen• Nuorten masennuksen omahoito• Lasten puhejännityksen omahoito-ohjelma	<ul style="list-style-type: none">• Lapsen ahdistus ja pelko• Ahdistuneen oppilaan tukeminen• Lapsen masennus• Nuorten masennus• Masentuneen oppilaan tukeminen• Lapsen valikoiva puhumattomuus
Ihmissuhteet	<ul style="list-style-type: none">• Kaverisuhteiden haasteiden omahoito-ohjelma• Lapsen kaveritaitojen omahoito-ohjelma• Lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen omahoito-ohjelma	<ul style="list-style-type: none">• Kiusaaminen, kiusaaminen nuoruudessa• Lapsen ja vanhemman väliset vuorovaikutuksen ongelmat• Tietoa nuoren eristäytymisestä
Syömisongelmat	<ul style="list-style-type: none">• Syömisongelmien omahoito-ohjelma• Lapsen syömisongelmien omahoito-ohjelma	<ul style="list-style-type: none">• Pienen lapsen syömisongelmat• Syömiseen liittyvien vaikeuksien kohtaaminen koulussa
Kriisi ja trauma	<ul style="list-style-type: none">• Nuorten kriisien omahoito-ohjelma• Viiltelyn omahoito-ohjelma	<ul style="list-style-type: none">• Lapsen itsetuhoisuus• Nuoren itsetuhoisuus• Lapsen ja nuoren kriisi läheisen kuollessa
Uni	<ul style="list-style-type: none">• Unettomuuden omahoito-ohjelma• Nuorten univaikeuksien omahoito-ohjelma• Lasten univaikeuksien omahoito-ohjelma	<ul style="list-style-type: none">• Perustietoa unettomuudesta• Lasten unihäiriöt• Tietoa nuorten uniongelmistä

19.1. Koulu yhteisö sivut

Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelun koulu yhteisö sivut on suunnattu erityisesti opettajille, oppilashuollolle ja muille koulun aikuisille. Sivut tarjoavat tukea, kun oppiminen vaarantuu ja erilaiset oireet rajoittavat opiskelujen etenemistä. Koulu yhteisö sivuille on koottu tietoa esimerkiksi tilanteeseen, jossa oppilaasta herää huoli, ja kerrottu, kuinka Mielenterveystalo.fi-palvelua voi hyödyntää koulussa.

Lisäksi koulu yhteisö sivulta löytyy omat tietosivut seuraaviin tilanteisiin tai oireisiin:

- Ahdistuneen oppilaan tukeminen
- Aistiherkän oppilaan tukeminen
- Aran oppilaan tukeminen
- Herkästi kuormittuvan oppilaan tukeminen
- Joustamattomasti käyttäytyvän oppilaan tukeminen
- Jännittävän oppilaan tukeminen
- Keskittymisvaikeuksia kokevan oppilaan tukeminen
- Käyttäytymisellä reagoivan oppilaan tukeminen
- Masentuneen oppilaan tukeminen
- Murrosikäisen oppilaan tukeminen
- Nepsyipiirteiden ilmeneminen koulussa
- Omanlaisesti käyttäytyvän oppilaan tukeminen
- Puhejännitystä kokevan oppilaan tukeminen
- Sosiaalisten taitojen tukeminen koulussa
- Sukupuolen moninaisuuden huomioiminen koulussa
- Syömiseen liittyvien vaikeuksien kohtaaminen koulussa
- Tunnesäätelytaitojen tukeminen koulussa
- Vilkkaan ja impulsiivisen oppilaan tukeminen
- Väsyneen oppilaan tukeminen

20. Lasten navigaattori ja ensijäsennys

Tässä luvussa kerrotaan oikean tuen määrittämisestä 7–12-vuotiaalle Lasten navigaattorin ja ensijäsennyksen avulla. Alalukuja ovat

- Mikä on Lasten navigaattori?
- Mitä on lasten kanssa tehtävä ensijäsennys
- Ensijäsennyksen järjestäminen lasten palveluissa

20.1. Mikä on Lasten navigaattori?

Tätä kirjoitettaessa (15.3.2025) Lasten navigaattorin ensimmäinen versio on valmistunut ja pilotit ovat alkaneet. Vasta seuraava kehitysversio tulee kaikkien hyvinvointialueiden saataville. Tässä kuvataan järjestelmän perusperiaatteet.

Lasten navigaattori eli Lasten navi on 7–12-vuotiaalle lapsille, vanhemmille ja opettajalle suunnattu digitaalinen kysely, jota ammattilainen voi hyödyntää lapsen tuen ja hoidon tarvetta arvioidessa. Se on suunniteltu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, joiden tehtäviin kuuluu

lasten arviointi ja ohjaus psykososiaalisen tuen tai hoidon piiriin. Lasten navi toimii esitietojen digitaalisena kyselylomakkeena ja näyttää kerätyt tiedot ajankohtaisesta tilanteesta raportin muodossa, jossa eri vastaajien antamia vastauksia on mahdollista verrata keskenään.

Lasten navissa on tarkoitus huomioida lapsen, huoltajien tai muun vanhemman vastuunkantajan sekä opettajan antamat vastaukset. Lopullinen vastaajien määrä riippuu lapsen tilanteesta ja oirekuvasta. Lasten navigaattorin vastaukset antavat kokonaisvaltaisesti tietoa, jota hyödynnetään lapsen ja huoltajan (huoltajien) kanssa tehdyssä haastattelussa. Isompien alakoululaisten kohdalla navigaattoria on mahdollista käyttää myös ilman huoltajan apua. Pienempien alakoululaisten kanssa navigaattori täytetään pääsääntöisesti aina joko huoltajan tai ammattilaisen tuella.

Lasten navi ei sisällä oiremittareita, automatiikkaa tai ohjausta ammattilaiselle tai vanhemmalle vastausten perusteella, vaan ammattilainen arvioi lapsen ja perheen tilanteen käyttäen koosteraportin antamia esitietoja arvionsa tukena.

Lasten navin hyödyntäminen tarjoaa muun muassa seuraavia etuja:

- ajan säästyminen perustietojen keräämisessä ja tietojen siirrossa esimerkiksi opettajalta tai etävanhemmalta ensijäsentäjälle
- lapsen oman näkemyksen esille tuleminen heti arvion lähtötilanteessa
- vastaanottoajalla haastattelun keskittyminen lapsen ja perheen kannalta olennaisiin asioihin
- arviointiprosessin yhdenmukaistuminen, kun perustiedot kerätään yhtenevästi lapsesta, perheestä tai ammattilaisesta riippumatta
- tehokas tiedonkeruu ja matalat kustannukset
- kirjaamiskäytänteiden yhtenäistyminen tietojen kopioimisessa sähköisiin asiakas- ja potilastietoihin
- varhainen riskien ja oireilun tunnistaminen systemaattisella ja laajalla tiedonkeruulla
- tukea päätöksentekoon: mihin tuki ja apu kohdennetaan, kun lapsen oireilun lisäksi saadaan tietoa mm. perhe- ja koulutilanteesta.

Lasten navi on suunniteltu alkuarvioinnin apuvälineeksi tilanteisiin, joissa ei ole kiireellisen tuen ja hoidon tarvetta. Vaikka Lasten navigaattoria ei ole suunniteltu käytettäväksi tilanteissa, joissa tarvitaan tarkempaa mittariavusteista oirediagnoosiikkaa, tarkemman arvion tarve voi nousta esille navigaattorin vastauksien ja ensijäsennyksen pohjalta. Tavoitteena on tunnistaa erityisesti ne lapset ja perheet, jotka hyötyvät interventioista, joita voidaan aloittaa jo perustasolla, ja mahdollistaa siten avun saaminen oikea-aikaisesti ja riittävän varhain.

20.2. Mitä on lasten kanssa tehtävä ensijäsennys?

Ensijäsennykseksi kutsutaan sitä, kun lapsen tuen ja hoidon tarvetta arvioiva ammattilainen syventää Lasten navin kokoamaa tietoa tarpeenmukaisin osin yhdessä lapsen ja hänen huoltajiansa (tai muun vanhemman vastuunkantajan) kanssa. Ensijäsennyksessä kokonaiskuva lapsen tilanteesta täydentyy, mikä auttaa ammattilaista arvioimaan, minkälaista tukea tai apua voidaan suositella ja mihin tuki tulisi kohdentaa. Myös ensijäsennys on suunniteltu tilanteisiin, joissa tuen ja hoidon tarve on jo arvioitu kiireettömäksi ja tarvitaan alkuarvio tilanteesta, jossa lapsesta on noussut huoli.

Lapsen ikä ja kehitystaso vaikuttaa siihen, voiko lapsi täyttää navigaattorin itsenäisesti. Tämä on mahdollista erityisesti noin 10–12-vuotiaiden ikäryhmässä. Lasten navigaattoria

suositellaan kuitenkin pääsääntöisesti täytettävän aikuisen läsnä ollessa, jolloin aikuinen voi tarvittaessa auttaa kysymyksiensä lukemisessa ja täyttämässä. Jos lapsella on neurokehityksellisiä vaikeuksia tai esimerkiksi lukemisen haasteita, navigaattori suositellaan täytettävän aina yhdessä aikuisen – joko vanhemman tai ammattilaisen – kanssa. Mikäli navigaattorin vastauksissa korostuu vanhemman omat tai perheen haasteet, on hyvä kutsua vanhempi erilliselle ensijäsennyskäynnille ja täydentää haastattelemalla hänen vastauksiaan. Yhteistyö huoltajien kanssa ilman lapsen läsnäoloa on erityisen tärkeää myös tilanteissa, joissa huoltajien vastaukset ovat vahvassa ristiriidassa keskenään tai vanhemmilla vaikuttaa olevan keskinäisiä vaikeuksia. Lapsen tilanteen selvittämisen ohella huoltajien kokemus oman tuen ja palvelujen tarpeesta on hyvä selvittää haastattelun yhteydessä.

Ensijäsennyksessä ammattilaisen tehtävä on

- tunnistaa lapset, jotka voivat hyötyä varhaisesta interventiosta (portaat 1 ja 2).
 - Jos ohjataan näille portaille, voidaan sopiva hoitomuoto valita alueen hoitovalikoiman mukaisesti.
- tunnistaa lapset ja perheet, jotka vaativat tarkempaa arviota ja/tai intensiivisempää tukea
- huomioida lapsen ja perheen toiveet tuesta ja hoidosta.

Hoitoonohjauksessa arvioidaan erityisesti

- oireet, niiden vaikeusaste ja ilmeneminen eri ympäristöissä
- toimintakyvyn taso
- mihin oireeseen/ongelmaan toivotaan apua ja tukea
- onko valittavissa yksi kohdeoire tai -ongelma, johon on tarjottavissa interventio
- aiemmat psykososiaaliset hoidot
- mahdollisesti jo todettu häiriö, psyykinen tai fyysinen sairaus
- perheeseen ja käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät.

Lapsen tilannetta arvioidessa ammattilaisen tulee arvioida lapsen päätöskyvykkyyttä. Mikäli lapsi arvioidaan kykeneväksi päättämään hoidostaan, on häntä kuunneltava hoitoa suunniteltaessa. Tällöin lapsi voi päättää myös tietojensa luovuttamisesta vanhemmille, muulle huoltajalle tai muulle lailliselle edustajalle¹⁵.

20.3. Ensijäsennyksen järjestäminen lasten palveluissa

Ensijäsennystä voi tehdä ensijäsennyskoulutuksen saanut sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen, jonka toimenkuvaan kuuluu lapsen tilanteen arviointi. Lasten navigaattorin tulosten jäsentäminen edellyttää ammattilaisen tekemää kliinistä arviota ja lapsen ja huoltajien taustatietojen saamista. Ensijäsennyksen periaatteisiin on tarpeen perehtyä ennen navigaattorin käyttöönottoa. Käyttöönottoa suunniteltaessa tulee huolehtia ammattilaisten asianmukaisesta perehdytyksestä. Käyttöönottoa suunniteltaessa on lisäksi hyvä ratkaista, miten jokaisen täyttäjän saama koodi toimitetaan ammattilaiselle siten, että ammattilaisen on mahdollista tarkastella vastauksia samanaikaisesti ja vertailla niitä eri vastaajien kesken.

¹⁵ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 2 luku, 7 § Alaikäisen potilaan asema: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P7> ja Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä, 8 luku, 51 § Alaikäisen oikeus kieltää tietojensa luovuttaminen huoltajalle: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230703#Pidm46434450661440> (viitattu 14.3.2025)

Tuloksia voidaan tarkastella ensijäsennyskäynnillä tai sitä edeltävästi. Mikäli samassa palveluksessa on sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia, jotka ovat perehtyneet navigaattorin käyttöön, voi pelkän koodin toimittaminen määräajassa (31 vrk sisällä täyttämisestä) toimia myös tiedon siirron välineenä. Lisäksi on tärkeää suunnitella, miten navigaattorin antamat tiedot viedään asiakas- tai potilastietojärjestelmään ja miten tiedonsiirto tapahtuu silloin, kun lapsi perheineen ohjataan eteenpäin muihin palveluihin. Näin navigaattorin ja ensijäsennyksen tuottama informaatio on myös myöhemmin muiden lapsen ja perheen hoitoon mahdollisesti osallistuvien ammattilaisten hyödynnettävissä.

21. Nuorten Interventionnavigaattori ja ensijäsennys

Tässä luvussa kerrotaan oikean tuen määrittämisestä 13–19-vuotiaalle nuorten Interventionnavigaattorin ja ensijäsennyksen avulla. Alalukuja ovat

- Mikä on nuorten Interventionnavigaattori?
- Mitä ensijäsennys on
- Ensijäsennyksen järjestäminen nuorten palveluissa

21.1. Mikä on nuorten Interventionnavigaattori?

Nuorten Interventionnavigaattori eli Nuorten navi on 13–19-vuotiaille nuorille suunnattu digitaalinen työkalu. Sitä voivat käyttää kaikki sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotka tapaavat työssään mielenterveyden oireista kärsiviä nuoria, ja joiden tehtäviin kuuluu tuen ja hoidon tarpeen arviointi. Nuorten navi seuloo yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, mutta ei pidä sisällään vakavampiin psykiatrisiin häiriöihin tai neuropsykiatrisiin piirteisiin liittyviä kyselyjä. Sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi opiskeluhuollossa ja nuorille suunnatuissa keskitetyissä mielenterveyspalveluissa.

Nuorten navi nopeuttaa ja yhdenmukaistaa nuoren tuen ja hoidon tarpeen arviointia keräämällä riittävät tiedot nuoren tilanteesta yhdellä kertaa ammattilaisesta riippumatta. Se kokoaa nuoren vastaukset helposti asiakas- ja potilastietojärjestelmään siirrettävissä olevalle raportille, mikä vähentää ammattilaisen mekaanista kirjaamistyötä. Nuorten navi auttaa ammattilaista oikeatasoisen tuen ja hoidon suunnittelussa nuorelle.

Myös huoltajat on mahdollista tarpeen mukaan ottaa mukaan arviointiprosessin tueksi. Nuorten navissa on huoltajille suunnattu osio, jossa kysytään nuoren voinnista ja tilanteesta huoltajan näkökulmasta käsin. Huoltajien vastaukset ja haastattelu ovat tärkeä tiedonlähde nuoren kokonaistilannetta arvioitaessa. Nuorten navia voi kuitenkin käyttää myös ilman huoltajan vastauksia.

Nuorten navi ei toimi itsenäisesti, vaan se tarvitsee aina ammattilaisen rinnalleen. Ammattilainen ohjaa nuoren täyttämään navin ja syventää sitten vastauksia vastaanotolla yhdessä nuoren ja mahdollisesti myös huoltajien kanssa. Tätä kutsutaan ensijäsennykseksi. Nuorten navi ei sisällä automatiikkaa tai vastausten perusteella toteutuvaa ohjausta ammattilaiselle tai nuorelle.

Nuorten navista on hyötyä arviointityötä tekeville ammattilaisille ja nuorille sekä muille hyvinvointialueen toimijoille muun muassa seuraavilla tavoilla:

- Arviointiprosessi helpottuu ja yhdenmukaistuu.

- Aikaa säästyy perustietojen keräämisessä, oiremittareiden täytössä, pisteytyksessä ja tulkinnessa.
- Häiriöiden tunnistamiseen liittyvä alidiagnosointi tai väärin tunnistamisen riski laskee, kun tiedonkeruu on systemaattista ja samansisältöistä.
- Vastaanottoajalla on mahdollista keskittyä nuoren kannalta olennaisiin asioihin.
- Päällekkäisten ja toistuvien arviointien tarve vähenee, ja resurssia voidaan suunnata enemmän interventioiden toteuttamiseen.
- Tiedonkeruu on tehokasta ja kustannukset matalat.
- Kirjaamiskäytänteet yhtenäistyvät.

Nuorten naviin voi tutustua osoitteessa www.interventionavigaattori.fi tai www.nuortennavi.fi.

21.2. Mitä on nuoren kanssa tehtävä ensijäsennys?

Ensijäsennykseksi kutsutaan tapahtumaa, jossa nuoren tuen ja hoidon tarvetta arvioiva ammattilainen syventää Nuorten navin kokoamaa tietoa tarpeenmukaisin osin yhdessä nuoren kanssa. Ensijäsennyksessä kokonaiskuva nuoren tilanteesta täydentyy, mikä auttaa ammattilaista hahmottamaan, minkälaista tukea nuorelle voidaan suositella.

Jos myös huoltajat ovat täyttäneet Nuorten navin, voidaan heidät tarpeen mukaan kutsua mukaan ensijäsennyskäynnille. Yhteistyö huoltajien kanssa on erityisen tärkeää tilanteissa, joissa nuoren voinnista herää suuri huoli tai nuoren ja huoltajien vastaukset ovat ristiriidassa keskenään. Lisäksi huoltajien tuki intervention toteuttamisessa voi olla merkittävä. Nuoren tilanteen selvittämisen ohella myös huoltajien kokemus heidän omasta tuen ja palvelujen tarpeestaan on hyvä selvittää haastattelun yhteydessä.

Ensijäsennyksessä ammattilaisen tavoitteena on

- tunnistaa, riittääkö nuorelle varhainen interventio (portaat 1 ja 2).
- tunnistaa, vaatiiko nuoren tilanne tarkempaa arviota tai intensiivisempää tukea (portaat 3–4).

Tunnistamiseen ja tuen ja hoidon valintaan vaikuttavat

- oireet ja niiden vaikeusaste
- toimintakyvyn taso
- keskeisin nuoren esiin tuoma ongelma
- nuoren työskentely- ja muutosvalmius
- opiskeluun liittyvät vaikeudet
- kasvuympäristöön ja elämäntilanteeseen liittyvät kriisi- tai traumatekijät
- päihteiden käyttö
- aiemmat psykososiaaliset tuki- ja hoitokontaktit.

21.3. Nuorten Interventionavigaattorin käyttöönotto nuorten palveluissa

Ensijäsennystä voi tehdä vain nuorten Interventionavigaattoriin eli Nuorten naviin ja ensijäsennyksen periaatteisiin perehtynyt sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen. Käyttöönottoa suunniteltaessa tulee huolehtia ammattilaisten asianmukaisesta perehdytyksestä.

Ennen ammattilaisten kouluttamista on kuitenkin tarpeen pysähtyä suunnittelemaan, miten Nuorten navin käyttöä ja ensijäsennystä yksikössä lähdetään toteuttamaan. Suunnitteluun voivat osallistua alueella palveluja ja koulutuksia koordinoivat henkilöt ja esihenkilöt. Myös ammattilaisia on hyvä osallistaa suunnitteluun.

Suunnittelun lähtökohtana on alueen tuen ja hoidon porrastus. On syytä huolehtia, että koulutettavilla ammattilaisilla on riittävä interventio-osaaminen. Ammattilailla tulee olla mahdollisuus toteuttaa varhaisen vaiheen interventioita, mikäli nuorella tarve siihen todetaan.

Ennen navin käyttöönottoa muotoillaan yksikön navi-prosessi ja täsmennetään, miten Nuorten navi ja ensijäsennys yksikön prosesseihin istuvat. Lisäksi sovitaan yhteisistä kirjaamis-ikäntänteistä ja tiedonkeruusta. Myös konsultaatiöväylien ja eteenpäin ohjaamisen käytänteet varmistetaan jo suunnitteluvaiheessa. Jotta vältetään useilta arviointiprosesseilta, tulee Nuorten navin vastaukset ja ensijäsennyskirjaus olla käytettävissä myös muilla nuoren hoitoon osallistuvilla ammattilaisilla.

Hyvät käytännöt

Ensijäsennyksen tärkeimpiä periaatteita on asiakaslähtöisyys. Nuoren ohjauksen nopeuttamiseksi ei tulisi tehdä toimia, jotka eivät ole nuoren edun mukaisia, esimerkiksi:

- **Nuoren ohjausta tuen tai hoidon piiriin ei tule tehdä yksin Nuorten navin raportin perusteella:** Nuorten navi on tarkoitettu vain nopeuttamaan tietojen keruuta. Tuen ja hoidon arviointi vaatii aina koulutetun ammattilaisen nuoren kanssa tekemää ensijäsennyshaastattelua.
- **Nuoren ohjauksessa tuen ja hoidon piiriin ei tule keskittyä pelkästään psyykkisiin oireisiin.** Nuoren tuen ja hoidon tarpeen arvioinnissa tulee huomioida myös koulun/oppilaitoksen tukitoimien, päihdepalvelujen, lastensuojelun ja sosiaalipalvelujen tarve.
- **Nuorten navin käyttöä ei tule asettaa ehdoksi avun piiriin pääsemiselle:** Jotkut nuoret eivät halua tai kykene täyttämään Nuorten navia. Tällöin arvio tehdään nuorta haastatteleamalla. Nuorten navi voidaan täyttää myös vastaanotolla yhdessä ammattilaisen kanssa.

22. Menetelmät lasten palveluissa

Lasten ja nuorten palveluihin suunnatut koulutukset käsittävät tällä hetkellä seuraavat menetelmät: pienten lasten ja lasten ohjattu omahoito, kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehukseen pohjautuva ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio lapsille, kognitiivinen lyhytterapia sekä lapsille että nuorille ja Cool Kids. Seuraavissa kappaleissa on tiivis kuvaus menetelmistä. Menetelmän yhteyteen on merkitty toimenpidekoodi, jota käytetään terveydenhuollon järjestelmissä kyseisen menetelmän kirjaamiseen ja seurantaan. Liitteessä 6 on kuvattu lasten ja nuorten palveluissa Käypä hoito -suositukseen sisältyvät näytönastekatsaukset psykoterapiaviitekehyksistä.

22.1. Pienten lasten ohjattu omahoito

Pääkohderyhmä: Alle 6-vuotiaiden lasten vanhemmat

Taso: 1. porras

Hoidon pituus: 1–5 käyntikertaa, keskimäärin 3 kertaa

Toteuttaja: Perustason lastenneuvolan ja perhepalveluiden sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaiset

Toimenpidekoodi: IHZ19 (Omahoito, mielenterveys- tai päihdehäiriö)

Pienten lasten ohjattu omahoito on alle 6-vuotiaiden lasten vanhemmille suunnattu 1–5 käyntiä kestävä lyhyt psykososiaalinen interventio, joka sisältää kasvokkain tapahtuvaa ohjausta sekä Mielenterveystalo.fi-sivujen materiaalien tuella tehtävää itsenäistä työskentelyä. Menetelmä on tarkoitettu verrattain lievien oireiden hoitoon ja varhaisen vaiheen ennaltaehkäisyyn vanhempien ohjaukseen. Pienten lasten ohjattu omahoito sijoittuu porrastetussa hoitomallissa 1. portaalle, ja se on suunnattu erityisesti perustason lastenneuvolan ja perhepalveluiden sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisille.

Pienten lasten ohjattua omahoitoa ei mainita Käypä hoito -suosituksissa. Menetelmän käyttö ja ylläpito osana porrastettua hoitomallia perustuu kotimaasta saavutettuihin hyviin kokemuksiin sekä matalan intensiteetin työskentelymallien puuttumiseen perustason lastenneuvoiloista ja perhepalveluista. Pienten lasten ohjatun omahoidon näyttöpohjaa on arvioitu erillisessä kirjallisuuskatsauksessa: [Kirjallisuuskatsaus lasten ja pienten lasten ohjatusta omahoidosta](#).¹

Pienten lasten ohjatun omahoidon tuloksellisuuteen voi tutustua menetelmään liittyvästä tulosraportista².

Pienten lasten ohjatun omahoidon toteuttaminen

Pienten lasten ohjatussa omahoidossa on ennaltaehkäisevä näkökulma, jonka takia intervention voi toteuttaa, vaikka lapsella ei olisi varsinaisia oireita ollenkaan. Koska interventiossa on kyse vanhemman ohjaamisesta, riittää että vanhempi haluaa vahvistaa omia vanhemmuustaitojaan. Pienten lasten ohjatun omahoidon voi toteuttaa myös silloin, jo perhe jonottaa pääsyä tarkempiin tukitoimiin tai odottaa pidemmän intervention aloittamista.

Pienten lasten ohjattu omahoito koostuu lähtökohtaisesti kolmesta tapaamisesta: aloituskäynti (keskimäärin 30–45 minuuttia), ohjauuskäynti (15–45 minuuttia) ja lopetuskäynti (15–45 minuuttia). Tapaamisia suositellaan pidettävän viikon välein, ja tarpeen mukaan niiden lukumäärää voidaan lisätä. Kasvokkain sekä itsenäisesti tehdyn työskentelyn suhdetta voidaan myös sovittaa asiakkaan toiveisiin ja toteuttaa osittain etätyöskentelyä ja/tai puheluina.

Pienten lasten ohjatussa omahoidossa vanhemman ja lapsen vuorovaikutussuhteen vahvistaminen on keskeisessä asemassa. Omahoito-ohjelmasta riippumatta ohjauksessa keskitytään vanhemman herkkyyteen lapsen viesteille ja kykyyn vastata niihin johdonmukaisesti. Vanhemman kyvykkyyden tunteen ja itsemyötätunnon lisääntyminen puolestaan vahvistavat hänen kykyään havainnoida ja ymmärtää omaa lastaan paremmin.

Pienten lasten ohjatun omahoidon koulutus

Menetelmä on tarkoitettu erityisesti perustason lastenneuvolan ja perhepalveluiden sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisille, eikä osajaksi kouluttautuminen vaadi ennakkotietoja mielenterveyden häiriöistä tai psykososiaalisista interventioista. Hoitomuodon käyttöön on koulutettu esimerkiksi sairaanhoitajia, psykologeja, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä ja sosionomeja. Koulutus sopii sekä aloitteleville että kokeneille ammattilaisille.

Pienten lasten ohjatun omahoidon koulutus on lyhyt, 5–10 tunnin verkkokoulutus. Verkkokoulutus sisältää perehtymisen ohjatun omahoidon prosessiin ja käyntikohtaisiin tavoitteisiin sekä syventymisen tiivistetysti vanhemmuus ja vuorovaikutus -teemaan. Lisäksi koulutuksessa tutustutaan lasten uniongelmiin, syömisongelmiin ja käyttäytymisen haasteiden omahoito-ohjelmiin. Pienten lasten vanhemmille suunnatut omahoito-ohjelmat perustuvat ajankohtaiseen tietoon pienten lasten kehityksestä ja hyvinvoinnista.

Verkkokoulutuksen lisäksi tehdään kaksi koulutusohjausta, joista tehdään raportit. Palvelun käyttöönottoa voidaan vahvistaa taitoharjoittelulla ja palveluiden toteuttamisen ja hoitotulosten aktiivisella seurannalla. Tukitapaamisten määrä, kesto ja esimerkiksi ryhmäkoko on koulutettavan yksikön määritettävissä.

Ohjatun omahoidon koulutukseen on mahdollista lisätä nk. ”kontekstimoduuli”, jonka tarkoitus on tukea menetelmän käyttöönottoa äitiysneuvoloissa.

Pienten lasten ohjatun omahoidon teorettinen viitekehys

Koulutuksen ja omahoito-ohjelmien keskeiset taustateoriat ovat kiintymyssuhdeteoria, vanhemmuuden mentalisaatioteoria sekä itsesäätelyn kehitykseen liittyvät teoriat ja niihin liittyvä tutkimustieto. Omahoito-ohjelmissa on mukana kognitiivis-behavioraalinen viitekehys.

¹ Kirjallisuuskatsaus lasten ja pienten lasten ohjatussa omahoidosta. HUS, Terapiat etulinjaan -toimintamalli (2024): <https://terapiatetulinjaan.fi/vaikutavuus/kirjallisuuskatsaukset/kirjallisuuskatsaus-lasten-ja-pienten-lasten-ohjatussa-omahoidosta/> (viitattu 14.3.2025)

² Pienten lasten ohjattuomahoito, seurantatulokset 2024. HUS, Terapiat etulinjaan -toimintamalli. <https://terapiatetulinjaan.fi/wp-content/uploads/2025/02/Pienten-lasten-ohjattu-omahoito-seurantatulokset-2024.pdf> (viitattu 14.3.2025)

22.2. Lasten ohjattu omahoito

Pääkohderyhmä: 6–12-vuotiaiden lasten vanhemmat

Taso: 1. porras

Hoidon pituus: 1–5 käyntikertaa, keskimäärin 3 kertaa

Toteuttaja: Perustason lastenneuvolan ja perhepalveluiden sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaiset

Toimenpidekoodi: IHZ19 (Omahoito, mielenterveys- tai päihdehäiriö)

Lasten ohjattu omahoito (toimenpidekoodi IHZ19) on 6–12-vuotiaiden lasten vanhemmille tarkoitettu lyhyt, perusrakenteeltaan 1–5 käyntikerran työskentelymalli. Ohjatussa omahoidossa yhdistyvät vanhemman itsenäinen työskentely Mielenterveystalo.fi-palvelun materiaalien parissa sekä sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen tuki ja ohjaus. Menetelmä sijoituu porrastetussa hoitomallissa ensimmäiselle portaalle. Lasten ohjattu omahoito voidaan ottaa käyttöön perustason palveluissa siellä, missä tuetaan ja edistetään lasten mielenterveyttä ja perheiden hyvinvointia ja jossa kynnyksensä avunsaamiseen on matala.

Lasten ohjattua omahoitoa ei mainita Käypä hoito -suosituksissa. Menetelmän käyttö ja ylläpito osana porrastettua hoitomallia perustuu kotimaasta saavutettuihin hyviin kokemuksiin, sekä matalan intensiteetin työskentelymallien puuttumiseen perustason lastenneuvoloista ja perhepalveluista. Lasten ohjatun omahoidon näyttöpohjaa on arvioitu erillisessä kirjallisuuskatsauksessa: [Kirjallisuuskatsaus lasten ja pienten lasten ohjatusta omahoidosta](#).¹ Digituettujen ohjatun omahoidon roolia ensivaiheen hoitona lievissä ja keskivaikeissa ahdistus- ja mieliala-oireissa lapsilla ja nuorilla käsitellään NICE-suosituksissa².

Pienten lasten ohjatun omahoidon tuloksellisuuteen voi tutustua menetelmään liittyvästä tuloraportista³.

Lasten ohjatun omahoidon toteuttaminen

Lasten ohjattu omahoito on tarkoitettu lieviin oireisiin, jotka voivat liittyä esimerkiksi käytöksen haasteisiin, neuropsykologisiin piirteisiin tai ahdistuneisuuteen. Interventio voidaan aloittaa matalalla kynnyksellä. Lisäksi lasten ohjatun omahoidon voi toteuttaa myös silloin, kun perhe jonottaa pääsyä tarkempiin tukitoimiin tai odottaa pidemmän intervention aloittamista,

Lasten ohjattu omahoito koostuu lähtökohtaisesti kolmesta tapaamisesta: aloituskäynti (keskimäärin 30–45 minuuttia), ohjauksen käynti (15–45 minuuttia) ja lopetuskäynti (15–45 minuuttia). Tapaamisia suositellaan pidettävän viikon välein, ja tarpeen mukaan niiden lukumäärää voidaan lisätä viiteen käyntiin asti. Kasvokkain sekä itsenäisesti tehdyn työskentelyn suhdetta voidaan myös sovittaa asiakkaan toiveisiin ja toteuttaa osittain etätyöskentelyä ja/tai puhe- luina.

Ohjatun omahoidon yhteistyö painottuu ammattilaisen ja vanhemman väliseen tavoitteelliseen ohjaustyöskentelyyn. Lapsen huomiointi aktiivisena toimijana yhdessä vanhemman/vanhempien kanssa on kuitenkin tärkeä osa ohjatun omahoidon ohjausta. On tärkeä sopia yhteisen tavoitteen ja kotiharjoitteen valitsemisesta yhteisymmärryksessä sekä vanhempien että lapsen kanssa, huomioiden lapsen ikä- ja kehitysaste. Pienenkin lapsen kanssa on oleellista käydä yhdessä läpi, mitä vanhemmat ja lapsi/perhe harjoittelevat kotona ja miksi.

Ammattilainen toimii myös ”tulkkina” lapsen ja vanhempien välillä, jolloin ohjatun omahoidon ohjauksessa myös lapsi tulee kuulluksi ja ymmärretyksi.

Ohjatussa omahoidossa pyritään vahvistamaan vanhemman tai huoltajan mentalisaatiokykyä suhteessa lapseen, vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta sekä vanhemman kokemusta omasta toimijuudestaan vanhempana. Tämä voi näkyä esimerkiksi vanhemman luottuneena luottamuksena omaan vanhemmuuteen tai astetta myönteisemmäksi muuttuneena perheen sisäisenä ilmapiirinä. Usein ohjatun omahoidon tavoitteena on lisätä vanhemman ymmärrystä lapsen oireista sekä siitä, miten ne näyttäytyvät lapsen käytöksessä. Kasvanut ymmärrys voi puolestaan vahvistaa lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta sekä tukea avointa keskusteluyhteyttä.

Lasten ohjatun omahoidon koulutus

Menetelmä on tarkoitettu erityisesti perustason palveluiden ammattilaisille, jotka tukevat ja edistävät lasten mielenterveyttä ja perheiden hyvinvointia, eikä osaajaksi kouluttautuminen vaadi ennakkotietoja mielenterveyden häiriöistä tai psykososiaalisista interventioista. Hoitomuodon käyttöön on koulutettu esimerkiksi sairaanhoitajia, psykologeja, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä ja sosionomeja. Koulutus sopii sekä aloitteleville että kokeneille ammattilaisille.

Lasten ohjatun omahoidon koulutus on lyhyt, 8–12 tunnin verkkokoulutus. Verkkokoulutus sisältää perehtymisen ohjatun omahoidon prosessiin ja käytinkohtaisiin tavoitteisiin. Koulutus antaa työkalut ohjatun omahoidon toteuttamiseen lasten neuropsykiatrisissa piirteissä, haastavassa käytöksessä ja ahdistuksessa. Lasten vanhemmille suunnatut omahoito-ohjelmat perustuvat ajankohtaiseen tietoon pienten lasten kehityksestä ja hyvinvoinnista.

Verkkokoulutuksen lisäksi tehdään kaksi koulutusohjausta, joista tehdään raportit. Palvelun käyttöönottoa voidaan vahvistaa taitoharjoittelulla ja palveluiden toteuttamisen ja hoitotulosten aktiivisella seurannalla. Tukitapaamisten määrä, kesto ja esimerkiksi ryhmäkoko on koulutettavan yksikön määritettävissä.

Lasten ohjatun omahoidon teoreettinen viitekehys

Käytettävät omahoito-ohjelmat sisältävät kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian viitekehysten sekä vanhemmuus- ja vuorovaikutustaitojen harjoituksia.

¹ Kirjallisuuskatsaus lasten ja pienten lasten ohjatusta omahoidosta: <https://terapiatetulinjaan.fi/vaikutavuus/kirjallisuuskatsaukset/kirjallisuuskatsaus-lasten-ja-pienten-lasten-ohjatusta-omahoidosta/> (viitattu 14.3.2025)

² Guided self-help digital cognitive behavioural therapy for children and young people with mild to moderate symptoms of anxiety or low mood: early value assessment: <https://www.nice.org.uk/guidance/hte3/chapter/1-Recommendations> (viitattu 14.3.2025)

³ Seurantatuloksia pienten lasten ohjatusta omahoidosta. HUS, Terapiat etulinjaan -toimintamalli (2024). <https://terapiatetulinjaan.fi/wp-content/uploads/2025/02/Pienten-lasten-ohjattu-omahoito-seurantatulokset-2024.pdf> (viitattu 14.3.2025)

22.3. Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio

Pääkohderyhmä: Lievästä tai korkeintaan keskivaikeasta ahdistuneisuudesta kärsivät lapset ja nuoret (7–17-v.), ei edellytä diagnosoitua ahdistuneisuushäiriötä

Taso: 2. porras

Hoidon pituus: 5–8 tapaamista

Toteuttaja: Terveys- ja sosiaalihuollon ammattilaiset

Toimenpidekoodi: IDY03 (kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) – yksilöhoito)

Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio (ALI) on tavoitteellinen ja aikarajattu, 7–17-vuotialle suunnattu 5–8 tapaamisen mittainen psykososiaalinen interventio. ALI on tarkoitettu lievän tai korkeintaan keskivaikean ahdistuneisuuden hoitoon, ja se on suunniteltu toisen portaan interventioksi. Se soveltuu koulutettavaksi ja käytettäväksi perusterveydenhuollossa ja opiskelijahuollon palveluissa tai missä tahansa, missä sote-ammattilainen kohtaa lapsia ja nuoria, kuten perhepalveluiden, sosiaalipalveluiden tai kolmannen sektorin ympäristöissä.

Ahdistuksen kognitiivisen lyhytintervention käsittämien työskentelymoduulien käyttö ja ylläpito mielenterveyden häiriöiden hoidossa osana porrastettua hoitomallia perustuu seuraaviin Käypä hoito -suositukseen sisältyviin näytönastekatsauksiin:

- *Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokasta nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuutihoidossa. Näytön aste: A.¹ (HUOM! Näytönastekatsauksessa mainitaan: ”... CBT:n tehossa ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa ei liene eroa lasten ja nuorten välillä.”*

Lasten ja nuorten kognitiivisen lyhytintervention tuloksellisuuteen voi tutustua menetelmään liittyvästä tulosraportista².

Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivisen lyhytintervention kohderyhmä

ALI ei edellytä diagnosoitua ahdistuneisuushäiriötä, vaan työskentelyn aloittamista voidaan tarjota heti, kun ahdistusoireiden koetaan haittaavan päivittäistä elämää eivätkä ne ole luonteeltaan ohimeneviä. Menetelmää voidaan hyödyntää ahdistuneisuuden hoidossa tilanteissa, jossa lapsen yleinen toimintakyky on riittävän hyvä ja lapsi perheineen vaikuttaa ammattilaisen arvion mukaan olevan kykenevä ja motivoitunut lyhytterapeuttiseen työskentelyyn.

ALIn materiaaleja ja työtapoja voidaan hyödyntää soveltuvin osin myös tilanteissa, joissa lapsi odottaa pääsyä esimerkiksi jatkoarvioon, ryhmään tai toiseen hoitopaikkaan, sillä mitä varhaisemmassa vaiheessa lapsi ja hänen vanhempansa saavat tietoa ahdistuksesta ja toimivia tapoja sen kanssa selviämiseen, sitä lyhyempi tuki voi riittää. Lyhytintervention materiaalia voi tietyn edellytyksin toteuttaa myös tiiviinä työskentelyjaksona osana muuta hoitoa.

Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivisen lyhytintervention toteuttaminen

Interventionissa ammattilainen työskentelee lapsen tai nuoren kanssa, tai yhdessä tämän sekä vanhempien, huoltajan tai muiden lähiaikuisten kanssa (viitataan em. kohderyhmään jatkossa sanoilla *lapsi* ja *vanhempi*). Hoidon tavoitteena on ahdistusoireiden sekä oireita ylläpitävien toimintamallien, niistä aiheutuvien arjen haittojen ja psyykkisen kärsimyksen helpottaminen.

ALLissa yhdistyy eri ahdistuneisuushäiriöille yhteisten piirteiden parissa työskentely sekä oirekuvan mukainen työskentely. Oirekuvasta riippumatta työskentelylle yhteisiä piirteitä ovat ammattilaisen ja lapsen välinen tutkiva yhteistyösuhde, psykoedukaatio, altistusharjoitukset lapsen arkiolosuhteissa, ajatusten tutkiminen ja työstäminen, keholliset harjoitukset sekä ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu. Sen lisäksi sisältöä on ryhmitelty moduuleittain erilaisten oireiden ilmiäsuun mukaan. Intervention rungoksi voidaan valita yksi neljästä eri työkalumuodulista, joita ovat Pelkojen kohtaamisen moduuli, Paniikin rauhoittamisen moduuli, Murehtimisen vähentämisen moduuli ja Itsevarmuuden vahvistamisen moduuli.

Vanhempia (tai muita läheisiä aikuisia) osallistetaan hoitoon aina mahdollisuuksien mukaan, jotta myös heidän ymmärryksensä lapsensa ahdistuksesta lisääntyy ja jotta he voivat tukea lastensa taitoharjoittelua tapaamisten välissä soveltuvien osin. Vanhemmat voivat olla lapsen kanssa mukana hoitotapaamisissa osassa tai kaikissa tapaamisissa. Alakouluikäisillä lapsilla suositellaan, että vanhempi olisi mukana jokaisella tapaamisella lapsensa kanssa. Hoitotapaamiset voidaan myös toteuttaa kokonaan ilman vanhempia, esimerkiksi nuoren toiveesta, jolloin ammattilainen voi järjestää pelkästään vanhempien kanssa erillisen ohjaustapaamisen, jossa ohjataan vanhempia olemaan tukena lapsen tai nuoren hoidossa.

Tavoitteissa edistymistä ja lapsen kokemusta työskentelystä seurataan intervention aikana systemaattisesti. Lisäksi intervention aikana seurataan oirepisteiden muutosta RCADS (alle 12-v.) ja GAD-7 (yli 12-v.) mittareiden avulla.

Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivisen lyhytintervention koulutus

ALLin voivat kouluttautua opiskeluhuollossa ja perusterveydenhuollossa lasten ja nuorten kanssa työskentelevät sote-alan ammattilaiset. Koulutus on noin puolen vuoden mittainen, ja se pitää sisällään verkko-opiskelua Mielenterveystalo.fi:n koulutusallustalla (n. 20 h), koulutusinterventioiden toteuttamista (vähintään 12 h) ja 6x2 tuntia menetelmäohjausta 4–6 henkilön ryhmässä. Menetelmäohjaus toteutuu samanaikaisesti koulutusinterventioiden kanssa.

Koulutusinterventioista ammattilainen täyttää koulutuspäiväkirjaa, johon kerätään intervention aikana kertyvää mittaritietoa ja tietoa siitä, miten lapsi ja vanhemmat ovat intervention kokeneet. Lisäksi koulutuspäiväkirja pitää sisällään ammattilaisen itsereflektiota koulutusinterventioihin ja omaan oppimiseen liittyen. Koulutus suoritetaan työn ohessa osana päivittäistä työtä.

Menetelmäohjaus

ALLin opintoihin sisältyy menetelmäohjausta. Menetelmäohjaus on yhdistelmä työnohjausta ja opetusta, jossa harjoitellaan menetelmätyöskentelyn ydintaitoja ja hoitomallin toteuttamista. Menetelmäohjausta tarvitaan menetelmään liittyvän taito-osaamisen kehittymiseksi ja menetelmien onnistuneen käyttöönoton varmistamiseksi.

Menetelmäohjausta kuuluu ALI-koulutukseen 6 x 2 tuntia. Menetelmäohjaus toteutuu 4–6 hengen pienryhmissä noin kolmen viikon välein koulutuksen ajan. Menetelmäohjaukset toteutuvat koulutusinterventioiden rinnalla.

ALI-koulutukseen kuuluva menetelmäohjaus voidaan tietyissä tapauksissa toteuttaa myös mentoroinnilla, jota järjestetään koulutuksen aikana 2 x 1,5 tuntia. Ammatilainen voi suorittaa ALI-koulutuksen mentoroinnilla laajemman menetelmäohjauksen sijaan silloin, kun hänellä on vähintään vuoden kokemus lasten ja/tai nuorten ahdistuksen hoidosta kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmin (esimerkiksi Cool Kids -pätevöitynyt työntekijä tai KKT-psykoterapeutti).

Menetelmäohjaus toteutetaan hyvinvointialueen omana toimintana tai ostopalveluna. Uuden menetelmäohjaajan tulee osallistua perehdytykseen, ja hänelle tarjotaan tukea koko sen ajan (kts. tarkemmin luku menetelmäohjaus).

ALIssa menetelmäohjaajana voi toimia

- kognitiivinen psykoterapeutti
- kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt muu psykoterapeutti
- kognitiivisessa psykoterapeuttikoulutuksessa oleva sote-ammattilainen
- kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt psykologi
- muu sote-alan ammattilainen, jolla jokin kognitiivinen työtekoulutus ja vähintään kahden vuoden kokemus kognitiivisen viitekehyksen mukaisten interventioiden toteuttamisesta
- ALI-koulutuksen käynyt ammattilainen, joka on koulutuksen jälkeen toteuttanut hoitomallin mukaista työtä 12 tunnin edestä.

Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivisen lyhytintervention teoreettinen viitekehys

ALIn perustana on nykytietämyksen mukaan vaikuttavat kognitiivis-behavioraalisen terapian elementit ja tunnetut työtavat, jotka tämänhetkisen tutkimustiedon valossa ovat keskeisiä ahdistuksen hoidossa ja jotka toistuvat erilaisissa määrämittaisissa, näyttöön perustuviissa interventioissa ja hoito-ohjelmissä (esim. lasten ja nuorten kognitiivinen käyttäytymisterapia: Käypä hoito -suositus, 2016).

Kognitiivisessa lyhytterapiassa havaittavat myönteiset muutokset ajatellaan selittyvän myös kaikille työskentelymuodoille yhteisillä vaikuttavilla tekijöillä, joihin lukeutuvat asiakkaan odotukset, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhde, asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet sekä tilannesidonnaiset tekijät.

¹ Kognitiivinen käyttäytymisterapia nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoiossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09092> (viitattu 14.3.2025)

² Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivisen lyhytintervention (ALI) seurantatulokset. HUS, Terapiat etulinjaan -toimintamalli (2024). <https://terapiatetulinjaan.fi/vaikuttavuus/raportit-ja-tulokset/lasten-ja-nuorten-ahdistuksen-kognitiivisen-lyhytintervention-ali-seurantatulokset/> (viitattu 14.3.2025)

22.4. Lasten kognitiivinen lyhytterapia

Pääkohderyhmä: Lievistä ja keskivaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivät

Taso: 3. porras lasten ja nuorten hoidon porrastuksella

Hoidon pituus: noin 12–13 kertaa

Toteuttaja: Julkisen terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito

Toimenpidekoodi: IDY03 (Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT), yksilöhoito)

Kognitiivinen lyhytterapia lapsille on 3. portaan hoitomalli (IDY03), joka on tarkoitettu (6) /7–12-vuotiaiden lasten hoitoon. Kognitiivisessa lyhytterapiassa ammattilainen, lapsi ja vanhemmat työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa määriteltyä tavoitetta kohden. Hoitomalliin sisältyy tavallisesti 12–13 tapaamista. Lasten kognitiivinen lyhytterapia on tarkoitettu työkaluksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille yksiköissä, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito ja ennaltaehkäisy.

Lasten kognitiivinen lyhytterapia eroaa aiemmasta lasten ja nuorten kognitiivisesta lyhytinterventiosta (ALI) selkeästi hoidollisempaan interventioon. Sisällöltään lasten kognitiivinen lyhytterapia kattaa ahdistuksen hoitomallin lisäksi myös mielialan laskun hoitomallin ja haastavan käytöksen hoitomallin. ALI on suunnattu lievempään ahdistukseen opiskeluhuoltoon ja lasten kognitiivinen lyhytterapia hoidollisempaan yksikköön keskivaikeaan oirekuvaan.

Lasten kognitiivisen lyhytterapian käsittämien työskentelymoduulien käyttö ja ylläpito mielenterveyden häiriöiden hoidossa osana porrastettua hoitomallia perustuu seuraaviin Käypä hoito -suositukseen sisältyviin näytönastekatsauksiin:

- *Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokasta nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoitossa. Näytön aste: A.¹ (HUOM! Näytönastekatsauksessa mainitaan: ”... CBT:n tehossa ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa ei liene eroa lasten ja nuorten välillä.”.*
- *Kognitiivinen käyttäytymisterapia vähentää lasten ja nuorten pakko-oireita. Näytön aste: A².*
- *Kognitiivis-behavioraaliset hoito-ohjelmat kouluikäisille lapsille ja nuorille suunnattuina ilmeisesti vähentävät käytösoireilua. Näytön aste: B.³*

Lasten kognitiivisen lyhytterapian kohderyhmä

Lasten kognitiivinen lyhytterapiakoulutus sisältää hoitomallit ahdistuksen, mielialan laskun sekä haastavan käytöksen hoitoon. Hoitomallit ovat suunniteltu lievien ja keskivaikeiden oirekuvien hoitoon (6)7/12-vuotiaille lapsille ja heidän vanhemmilleen. Lasten kognitiivisen lyhytterapian hoitomalleja voi hyödyntää tietyin edellytyksin myös vakava-asteisten mielenterveyden häiriöiden hoidossa tai tiiviinä työskentelyjaksona osana muuta hoitoa.

Lasten kognitiivisen lyhytterapiajakson aloittaminen ei edellytä diagnoosia, mutta ennen hoidon aloittamista on tärkeä toteuttaa alkuarvio yhteistyössä lapsen ja vanhempien kanssa oikean hoitomallin valitsemiseksi. Hoitomallien mukainen työskentely voidaan aloittaa, kun lapsi ja vanhemmat ovat ammattilaisen arvion mukaan riittävän sitoutuneilta ja motivoituneilta lyhytterapeutukseen työskentelyyn.

Lasten kognitiivisen lyhytterapian toteuttaminen

Lasten kognitiivisen lyhytterapian tavoitteena on lapsen oiretta ylläpitävien toimintamallien tunnistaminen ja niistä aiheutuvien arjen haittojen sekä lapsen oireilun helpottaminen. Hoitoon ohjaututaan joko suoraan arvion tai hoitoonohjauksen perusteella tai esimerkiksi sen jälkeen, kun alemman portaan interventiot (lasten ohjattu omahoito, ALI) eivät ole olleet riittävä apu lapsen tilanteeseen.

Lasten kognitiivisen lyhytterapian hoitomallit on rakennettu siten, että ne sisältävät keskimäärin noin 12–13 (maks. 20) tapaamista. Vanhemmat osallistuvat aktiivisesti mukaan hoitoon, ja heille on sekä omia tapaamisia että yhteisiä tapaamisia lapsen kanssa. Tapaamiset ovat kestoltaan tyypillisesti 45–60 minuuttia, ja tapaamisia suositellaan olevan viikon välein.

Hoitomalleissa työskentelylle yhteisiä piirteitä on tutkivan yhteistyösuhteen luominen, tilanteen jäsentäminen tapausjäsennyksen keinoin, tavoitteiden asettaminen, psykoedukaatio oireista sekä hoitomallikohtainen työskentely kognitiivisen terapian ydinelementtien ajattelun, tunteiden ja toiminnan parissa.

Vanhemman/vanhempien mukanaololla on keskeinen rooli lapsen hoidossa sekä lapsen harjoittelun tukemisessa että vanhemman omien toimintatapojen tunnistamisessa ja työstämisessä. Vanhemmat osallistuvat tapaamisille säännöllisesti vähintään tapaamisen alussa ja lopussa. Vanhempien mukanaolon määrää määrittää lapsen ikä ja kehitystaso sekä oirekuva. Lisäksi vanhemmille on omat erilliset tapaamiset ammattilaisen kanssa.

Lasten kognitiivisen lyhytterapian koulutus

Lasten kognitiiviseen lyhytterapiakoulutukseen voivat osallistua perustasolla lastenpalveluissa ensisijaisesti sairaanhoitajat, psykologit ja lääkärit. Toivottavaa on, että ammattilaisella on moniammatillisen tiimin tuki.

Koulutus on kestoltaan vuoden mittainen ja se sisältää verkko-opintoja noin 60 tuntia, menetelmäohjausta 30 tuntia ja koulutushoitojen toteuttamista 70 tuntia. Koulutus suoritetaan osana muuta ammattilaisen päivittäistä työtä. Kognitiivisesta lyhytterapiakoulutuksesta ammattilainen opiskelee hoitomallien opiskelun lisäksi yleisiä taitoja, jotka auttavat rakentamaan hoitavaa yhteistyösuhdetta ja toteuttamaan terapeuttista vuorovaikutusta. Lisäksi ammattilainen saa tietoa lapsen kehitysvaiheesta ja sen vaikutuksesta terapiaan sekä keinoja vanhempien kanssa työskentelyyn.

Koulutushoidoista täytetään koulutuksen aikana koulutuspäiväkirjaa, johon kerätään hoidon aikaisia mittaritietoja sekä palautetta hoidosta lapselta ja vanhemmalta. Lisäksi koulutuspäiväkirja pitää sisällään ammattilaisen itsereflektiota koulutushoitoihin sekä omaan oppimiseen liittyen.

Lasten kognitiivisen lyhytterapian menetelmäohjaus

Lasten kognitiivisen lyhytterapian opintoihin sisältyy menetelmäohjausta. Menetelmäohjaus on yhdistelmä työnohjausta ja opetusta, jossa harjoitellaan menetelmätyöskentelyn ydintaitoja ja hoitomallin toteuttamista. Menetelmäohjausta tarvitaan menetelmään liittyvän taitoosaamisen kehittymiseksi ja menetelmien onnistuneen käyttöönoton varmistamiseksi. Menetelmäohjaus toteutetaan noin neljän hengen pienryhmissä säännöllisesti koko koulutusvuoden ajan.

Menetelmäohjaus toteutetaan hyvinvointialueen omana toimintana tai ostopalveluna. Uuden menetelmäohjaajan tulee osallistua perehdytykseen, ja hänelle tarjotaan tukea koko sen ajan (kts. tarkemmin luku menetelmäohjaus).

Kognitiivisessa lyhytterapiassa menetelmäohjaajana voi toimia

- kognitiivinen psykoterapeutti
- kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt muu psykoterapeutti
- kognitiivisessa psykoterapeuttikoulutuksessa oleva sote-ammattilainen
- kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt psykologi
- sairaanhoitaja, jolla on jokin kognitiivinen työotekoulutus ja vähintään kahden vuoden kokemus interventoiden toteuttamisesta.
- kognitiivisen lyhytterapeuttikoulutuksen käynyt terveydenhuollon ammattilainen, joka on koulutuksen jälkeen toteuttanut hoitomallin mukaista työtä 70 tunnin edestä.

Menetelmäohjaajalla tulee olla lisäksi kokemusta terapeuttisesta työskentelystä ikäryhmän parissa vähintään 1 vuosi (lapset 0–12-v., nuoret 13–18-v. ja aikuiset 16+)

Lasten kognitiivisen lyhytterapian teoreettinen viitekehys

Lasten kognitiivisen lyhytterapian kokonaisuus pohjautuu kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehyksiin ja työtapoihin sekä näyttöön perustuviin määräämättäisiin lasten hoitomalleihin ja vanhemmuustaito-ohjelmiin. Hoitomallit sisältävät kognitiivisen käyttäytymisterapian ja kognitiivisen terapian työtapoja, joita tämänhetkisen tutkimustiedon valossa pidetään keskeisenä lasten ahdistuksen, mielialan ja haastavan käytöksen hoidossa ja jotka toistuvat useissa näyttöön perustuvissa hoito-ohjelmissä. Koulutuskokonaisuuksien moniammatillisesti ja kansallisessa yhteistyössä toteutettu yliopistosairaalan sertifioima koulutus. Koulutushoitojen seurantatuloksia kerätään jatkuvasti, ja niiden perusteella koostetaan tuloksia, kun tietoa on kertynyt riittävästi.

¹¹ Kognitiivinen käyttäytymisterapia nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoitossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09092> (viitattu 14.3.2025)

² Kognitiivinen käyttäytymisterapia lasten ja nuorten pakko-oireisen häiriön hoidossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 24.1.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nak09798> (viitattu 14.3.2025)

³ Kognitiivis-behavioraalinen terapia käytöshäiriöissä. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 12.12.2018. <https://www.kaypahoito.fi/nak09060> (viitattu 14.3.2025)

22.5. Muut menetelmät

Cool Kids lapsille

Pääkohderyhmä: Ahdistuneet 7–17-vuotiaat lapset ja nuoret sekä heidän vanhempansa

Taso: 3. porras

Hoidon pituus: 10 kertaa

Toteuttaja: koulutuksessa oleva tai päteväytynyt sosiaali- ja terveysalan ammattilainen yksiköissä, joiden tehtävänä on lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito.

Toimenpidekoodi: IDY19 (Cool Kids, yksilöhoito), IEP08 (Cool Kids, perhehoito), IDR11 (Cool Kids, ryhmähoito)

Cool Kids (IDY19) on kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuva ahdistuneisuuden hoito-ohjelma 7–17-vuotiaille lapsille ja nuorille sekä heidän vanhemmilleen. Cool Kids-hoito-ohjelmaa voi toteuttaa koulutuksessa oleva tai päteväytynyt sosiaali- ja terveysalan ammattilainen yksiköissä, joiden tehtävänä on lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito. Menetelmä sijoittuu lasten ja nuorten porrasteisen hoidon ja tuen mallissa kolmannelle portaalle.

Cool Kids perustuu Käypä hoito -suositusten osalta samalle näyttöpohjalle kuin ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio ja lasten kognitiivinen lyhytterapia.

Cool Kids -kohderyhmä

Cool Kids on tarkoitettu 7–17-vuotiaille lapsille ja nuorille, jotka kokevat tavanomaista voimakkaampaa, heidän arkeaan häiritsevää ahdistuneisuutta. Cool Kids -hoito-ohjelma soveltuu monenlaisien pelkojen ja huolenaiheiden hoitoon, kuten määräkohteiset pelot, eroahdistus, yleistynyt ahdistuneisuus, sosiaalinen ahdistus ja paniikkioireet. Cool Kids ei kuitenkaan sovellu sellaisen ahdistuksen hoitoon, joka johtuu epäsuotuisasta ympäristöstä tai todellisista lapseen kohdistuvista uhista tai vaaroista.

Cool Kids -hoito-ohjelman toteuttaminen

Cool Kids kostuu kymmenestä (10) tapaamiskerrasta ja sitä voidaan toteuttaa ryhmämuotoisena perhehoitona, yksilöllisenä perhehoitona tai vain nuorelle suunnattuna työskentelynä yksilö- tai ryhmämuotoisesti. Vain nuorelle suunnatuissa hoitomuodoissa vanhemmat ovat myös mukana hoidossa.

Käyntien kesto on noin 60 minuuttia (ryhmässä 120 minuuttia), ja ne toteutetaan viikoittain. Hoito-ohjelman loppupuolella käyntejä harvennetaan ja toteutetaan joka toinen viikko. Cool Kids -työskentelyyn osallistuu sekä lapsi/nuori että hänen vanhempansa. Lapset ja nuoret sekä vanhemmat saavat itselleen työkirjat, joita hyödynnetään työskentelyssä aktiivisesti. Lasten ja nuorten hoito-ohjelma on sisällöltään samanlainen, mutta nuorille on oma versio työkirjasta (nuorten versiota kutsutaan Chillediksi).

Cool Kids -hoito-ohjelmassa lapsi tai nuori oppii uusia ahdistuksen käsittelyä edistäviä taitoja, kuten epärealististen uhka- ja huoliajatusten kognitiivinen uudelleenmuotoilu sekä

asteittainen altistaminen ahdistusta aiheuttaville tilanteille. Myös lasten ja nuorten vanhemmilla on aktiivinen rooli hoidossa. Vanhemmat oppivat tukemaan lastaan uusien taitojen käytössä sekä muokkaamaan omaa reagointiaan lapsen käytökseen. Näiden taitojen harjoittelu on tärkeää perheen arjessa myös tapaamisten välillä ja ohjelmaan sisältyy kotiharjoituksia.

Cool Kids -koulutus

Koulutukseen voivat osallistua sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, joilla on aiempaa kokemusta mielenterveystyöstä lasten tai nuorten kanssa vähintään vuoden ajalta. Lisäksi koulutukseen osallistujilta vaaditaan aiempaa kokemusta tai koulutusta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta.

Cool Kids -koulutus on vuoden pituinen, ja siihen sisältyy verkko-opinnot (noin 9 tuntia), kaksi koulutuspäivää (16 tuntia), menetelmäohjausta (vähintään 20 tuntia), koulutushoitojen toteuttamista sekä kirjallisia tehtäviä.

Cool Kids -menetelmä on copyright-suojattu. HUSilla on sen kouluttamisesta sopimus. Koulutuksen tarkemmat kriteerit, ajankohdat ja muita tietoja voi tiedustella osoitteesta cool.kids@hus.fi.

Cool Kids -hoito-ohjelman vaikuttavuus ja teoreettinen viitekehys

Cool Kids pohjautuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (KKT). Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusajatus on se, että ihminen ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Tähän vuorovaikutukseen kuuluvat ympäristön ominaisuudet sekä ihmisen ajatukset, tunteet, toiminta ja kehon reaktiot.

Hoito-ohjelma on kehitetty Australian Macquarie -yliopistossa, ja sen vaikuttavuutta on tutkittu laajasti sekä Australiassa että muualla maailmassa.

23. Menetelmät nuorten palveluissa

Nuorten palveluihin suunnatut koulutukset käsittävät tällä hetkellä seuraavat menetelmät: nuorten ohjattu omahoito, nettiterapiat, IPC-N, IPT-N, nuorten kognitiivinen lyhytterapia sekä Cool Kids. Seuraavissa kappaleissa on tiivis kuvaus menetelmistä. Menetelmän yhteyteen on merkitty toimenpidekoodi, jota käytetään terveydenhuollon järjestelmissä kyseisen menetelmän kirjaamiseen ja seurantaan. Liitteessä 6 on kuvattu lasten ja nuorten palveluissa Käypä hoito -suositukseen sisältyvät näytönastekatsaukset psykoterapiaviitekehysistä.

23.1. Nuorten ohjattu omahoito

Pääkohderyhmä: nuoret, joilla on lieviä tai keskivaikeita mielenterveyden ongelmia tai elämän pulmatilanteita

Taso: 1. porras

Hoidon pituus: 1–5 kertaa, keskimäärin 3

Toteuttaja: julkisen puolen nuorten mielenterveyttä tukevat ammattilaiset ja yksiköt, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy ja tukeminen, kuten opiskeluhoito ja matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut

Toimenpidekoodi: IHZ19 (Omahoito, mielenterveys- tai päihdehäiriö)

Nuorten ohjattu omahoito (IHZ19) on 1. portaan lyhytkestoinen, lähtökohtaisesti 1–3 (maksimissaan 5) kontaktikerran mittainen, interventio nuorten yleisiin mielenterveyden häiriöihin ja elämän pulmatilanteisiin. Interventiossa yhdistyvät nuoren itsenäinen työskentely [Mielenterveystalo.fi -sivuston omahoito-ohjelmissä](https://mielenterveystalo.fi/sivuston-omahoito-ohjelmissa) ja ammattilaisen tuki. Ohjattu omahoito on tarkoitettu toteutettavaksi sellaisissa perustason yksiköissä, joissa nuori hakeutuu tuen ja avun piiriin. Menetelmä soveltuu niin oppilas- ja opiskelijahuollon kuin mielenterveysyksiköiden sekä sosiaalipalveluidenkin käyttöön.

Nuorten ohjattua omahoitoa ei mainita Käypä hoito -suosituksissa. Menetelmän käyttö ja ylläpito osana porrastettua hoitomallia perustuu kotimaasta saavutettuihin hyviin kokemuksiin sekä systemaattisesti toteutetun ja laaja-alaisesti eri ongelmiin kohdennettavan matalan intensiteetin työskentelymallien puuttumiseen opiskeluhollosta ja nuorten matalan kynnyksen mielenterveyspalveluista. Ohjatun omahoidon vaikuttavuusnäyttöä nuorten palveluissa on käsitelty suomalaisessa katsausartikkelissa¹. Digituetun ohjatun omahoidon roolia ensivaiheen hoitona lievissä ja keskivaikeissa ahdistus- ja mielialaoireissa lapsilla ja nuorilla käsitellään NICE-suosituksissa².

Nuorten ohjatun omahoidon kohderyhmä

Omahoito-ohjelmia on tarjolla monenlaisiin oireisiin, elämäntilanteisiin ja mielen hyvinvointiin. Ohjattu omahoito sopii erityisesti nuorille, joilla on lievää ahdistus- tai masennusoireilua, tavanomaisia elämän haasteita tai toive muutoksesta jonkun ongelma-alueen suhteen. Ohjattu omahoito soveltuu erityisesti lieviin ja keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin, mutta myös vaikeammassa oirekuvassa ohjattu omahoito on hyvä aloitus hoidolle silloin kun muuta ei ole vielä saatavilla.

Nuorten ohjatun omahoidon toteuttaminen

Ohjattu omahoito sijoittuu lasten ja nuorten porrastetussa hoitomallissa ensimmäiselle portaalille, ja se tulisi aloittaa viiveettä tuen tarpeen havaitsemisesta. Lääkärin arviota ei tarvita. Nuoret voivat käydä omahoito-ohjelmaa itsenäisesti ajasta ja paikasta riippumatta.

Ohjattu omahoito voidaan toteuttaa ensisijaisena interventiona, yhdistettynä muihin tukitoimiin tai nuoren odottaessa kontaktia muualle. Työskentelyä voi tarvittaessa pidentää ja ohjauskäyntien ja itsenäisen työskentelyn määrää säätää joustavasti nuoren toimintakyvystä ja itsenäisen työskentelyn määrästä riippuen.

Ohjattu omahoito koostuu lähtökohtaisesti kolmesta tapaamisesta: aloituskäynti (keskimäärin 30–45 minuuttia), ohjauskäynti (15–45 minuuttia) ja lopetuskäynti (15–45 minuuttia), joiden pituudet voivat vaihdella keskimäärin 15 minuutin ja 60 minuutin välillä. Jos nuoren tilanne sitä vaatii, voi intervention pituutta lisätä enintään viiteen kontaktikertaan, mikä tapahtuu ohjauskäyntejä lisäämällä. Tapaamisia suositellaan pidettävän viikon välein, ja ne voi toteuttaa sekä läsnä- että etämuotoisesti.

Nuorten ohjatun omahoidon koulutus

Menetelmä on tarkoitettu kaikkien sote-ammattilaisten työkaluksi mielenterveyden sekä haastavien elämäntilanteiden pulmien tukemiseksi, eikä osajaksi kouluttautuminen vaadi ennakkotietoja mielenterveyden häiriöistä tai psykososiaalisista interventioista. Ohjatun omahoidon käyttöön on koulutettu esimerkiksi terveydenhoitajia ja sairaanhoitajia, psykologeja, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä ja sosionomeja. Koulutus sopii sekä aloitteleville että kokeneille ammattilaisille.

Nuorten ohjatun omahoidon koulutus on lyhyt, noin 8 tunnin verkkokoulutus. Verkkokoulutus sisältää perehtymisen ohjatun omahoidon prosessiin ja käyntikohtaisiin tavoitteisiin sekä tutustumisen ahdistuksen, masennuksen ja unettomuuden omahoito-ohjelmien harjoitteisiin. Lisäksi verkkokoulutus tarjoaa tietoa ohjatun omahoidon soveltamiseen aikuisten kanssa, huoltajien työskentelyyn osallistamisesta ja vinkkejä intervention käytännön toteutukseen.

Verkkokoulutuksen lisäksi menetelmän käyttöönottoa tuetaan taitoharjoittelulla ja palveluiden toteuttamisen ja hoitotulosten aktiivisella seurannalla. Koulutusten aikaisten tukitapaamisten määrä, kesto ja esimerkiksi ryhmäkoko on koulutettavan yksikön määritettävissä.

Nuorten ohjatun omahoidon teoreettinen viitekehys

Sekä menetelmä että omahoito-ohjelmat perustuvat kognitiivisen psykoterapian viitekehykseen, jonka perusajatuksena on se, että ihmisen ajattelu, tunteet ja käyttäytyminen ovat yhteydessä toisiinsa

¹ Mikkonen, K., Bombino, A., Villa, A., Nurminen, S., Roiha, R. M., Roslund, P., ... & Saarni, S. (2024). Guided Self-help in the Treatment of Common Mental Health Disorders: The development of the Finnish guided self-help (F-GSH) model. *Psychiatria Fennica*, 55, 30–47.

² Guided self-help digital cognitive behavioural therapy for children and young people with mild to moderate symptoms of anxiety or low mood: early value assessment: <https://www.nice.org.uk/guidance/hte3/chapter/1-Recommendations> (viitattu 14.3.2025)

23.2. Nettiterapiat

Nettiterapiat on kuvattu käsikirjan osiossa 15.2.

23.3. Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio

Nuorten koulutusportfolioon sisältyy myös Lasten ja nuorten ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio. Koska menetelmä on tarkoitettu myös lapsille, se on kuvattu jo *Menetelmät lasten palveluissa* -luvussa (alaluku 23.3).

23.4. Interpersonaalinen ohjanta IPC nuorille

Pääkohderyhmä: nuoret, joilla on lievää tai keskivaikeaa masennusoireilua

Taso: 2. porras

Hoidon pituus: 4–6 kertaa

Toteuttaja: julkisen terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt, joiden tehtävänä on ennaltaehkäisevä ja mielenterveyttä tukeva hoito (esim. oppilashuolto, terveydenhoitajat, kuraattorit, koulupsykologit)

Toimenpidekoodi: IDY03

Nuorten interpersonaalinen ohjanta (IPC, Interpersonal Counselling), on 4–6 tapaamiskertaa sisältävä, aikarajattu interventio, joka on suunnattu 12–18-vuotiaille nuorille lievän tai keskivaikean masennusoireilun ehkäisyyn ja hoitoon. IPC sijoittuu porrastetussa hoitomallissa toiselle portaalle, ja sitä tarjotaan muun muassa peruskouluissa, toisen asteen oppilaitoksissa ja mielenterveyspalveluissa.

IPC:tä ei mainita Käypä hoito -suosituksissa, mutta se on lyhennetty versio interpersonaalisen terapian (IPT) työskentelymallista, johon liittyy A-tason näyttö nuorten masennuksen hoidossa. IPC:n käyttö ja ylläpito osana porrastettua hoitomallia perustuu lisäksi myös kotimaasta saavutettuihin hyviin kokemuksiin mielialaoireiden ja lievän masennuksen hoidossa. Suomessa käytössä olevan IPC:n siihen liittyvää adaptaatiota on kuvattu kotimaisessa julkaisussa.¹

IPC:n tuloksellisuuteen voi tutustua menetelmään liittyvästä tulosraportista.²

IPC-N:n kohderyhmä

IPC-N on tarkoitettu nuorille, joilla on lievää tai keskivaikeaa masennusoireilua. Masennusdiagnoosia ei tarvita. IPC-materiaaleja ja työtapoja voidaan hyödyntää soveltuvin osin myös tilanteissa, joissa nuori odottaa pääsyä esimerkiksi jatkoarvioon, ryhmään tai toiseen hoitopaikkaan.

IPC-N:n toteuttaminen

IPC-työskentely voidaan aloittaa suoraan ilman lähetettä, jos nuori kokee mielialansa laske-
neen ja hän kokee oireidensa haittaavan päivittäistä elämää. Nuori voi varata itse ajan tai aika
voidaan varata nuoren vanhempien tai esim. opettajan aloitteesta.

Tapaamiset ovat viikoittaisia ja kestoltaan tyypillisesti 45 minuuttia. Interventio toteutetaan
yksilötapaamisilla sekä läsnä- että etämuotoisesti. Nuorten kohdalla on suositeltavaa tehdä
yhteistyötä myös vanhempien kanssa.

IPC:ssä ammattilainen ja nuori työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa valitun fo-
kusalueen mukaisesti kohti yhteisesti määritettyä tavoitetta. IPC:ssä käsitellään ihmissuh-
teita ja elämäntapahtumia keskustelun ja harjoitusten avulla. Tavoitteena on ennaltaehkäistä
ja vähentää masennusoireita sekä vahvistaa ihmissuhteita ja helpottaa niissä ilmeneviä haas-
teita. Fokusalueeksi tulee valita yksi neljästä vaihtoehdosta, joita ovat roolimuuotos, rooliristi-
riita, suru ja sosiaalinen arkuus / eristäytyneisyys.

Vanhempia (tai muita läheisiä aikuisia) osallistetaan hoitoon aina mahdollisuuksien mukaan,
jotta myös heidän ymmärryksensä nuoren oireilusta lisääntyy ja jotta he voivat tukea nuorta.
Nuoren kanssa keskustellaan, mistä asioista puhutaan yhteisillä tapaamisilla tai jos vanhem-
pia tavataan erikseen. Interventio voidaan toteuttaa myös kokonaan ilman vanhempia, esi-
merkiksi nuoren toiveesta. Tavoitteissa edistymistä ja nuoren kokemusta työskentelystä seu-
rataan intervention aikana systemaattisesti. Lisäksi intervention aikana seurataan oireiden
vaikeusasteen muutosta PHQ-9-mittarin avulla.

Nuorten IPC:n koulutus

IPC-N-menetelmää voi toteuttaa menetelmään kouluttautunut sosiaali- tai terveydenhuollon
ammattilainen. Esimerkiksi perustason mielenterveys- ja päihdepalveluissa koulutukseen
osallistuvat ensisijaisesti terveydenhoitajat, sosiaalityöntekijät, kuraattorit ja koulupsykologit.
Koulutukseen hakijoilla tulee olla nuorten kanssa työskentelystä kokemusta vähintään vuo-
den verran.

IPC-N-koulutus on kestoltaan hieman yli vuoden mittainen. Koulutukseen sisältyvät verkko-
opinnot, 20 tuntia menetelmäohjausta ja sen aikana vähintään 3 koulutusintervention toteut-
taminen.

Menetelmäohjaus järjestetään oman alueen kautta, ja menetelmäohjausta voi antaa IPC-me-
netelmäohjauskoulutuksen käynyt ja siihen päteöitynyt ammattilainen. Menetelmäohjaus
toteutetaan yleensä kuuden henkilön ryhmissä. Yksittäinen tapaaminen kestää yleensä 2 tun-
tia, ja niitä toteutetaan n. kolmen viikon välein.

Nuorten IPC:n vaikuttavuus ja teoreettinen viitekehys

Menetelmä perustuu interpersonaalisen terapian viitekehukseen, jonka perusajatuksena on
se, että masennusoireilu kytkeytyy potilaan ihmissuhteisiin ja niihin liittyviin pulmiin. Interper-
sonaalisessa lähestymistavassa ajatuksena on, että käsitys itsestä syntyy yksilön asemasta
sosiaalisessa systeemissä yksilön ottamien tai saamien roolien kautta. Tavoitteena on lievittää
oireita saamalla aikaan muutoksia potilaan ihmissuhteissa ja löytämällä uusia keinoja kä-
sitellä ihmissuhteissa olevia ongelmia.

IPC-N on ohjantaa nuorten masennusoireilun helpottamiseksi. Interventiosta saadut tutkimustulokset ovat rohkaisevia, ja tutkimuksissa (Suomi, Britannia) IPC-N on näyttäytynyt perustason henkilöstölle ja nuorille soveltuvana, masennusoireita lievittävänä interventiona.

¹ Seilo, N., Mämmi, K., & Linnaranta, O. (2024). Adaptation of interpersonal counselling for adolescent (IPC-A) for Finnish student welfare services-retrospective evaluation by using the framework for reporting adaptations and modifications-enhanced (FRAME). *Psychiatria Fennica*, 55, 48–63.

² Seurantatuloksia nuorten IPC- ja Cool Kids -interventioista. HUS, Terapiat etulinjaan -toimintamalli. Julkaistu 27.4.2023) <https://terapiatetulinjaan.fi/ajankohtaista/tiedotteet/2023/04/27/seurantatuloksia-nuorten-ipc-ja-cool-kids-interventioista/> (viitattu 14.3.2025)

23.5. Interpersonaallinen terapia IPT

Pääkohderyhmä: nuoret, joilla on keskivaikea masennus

Taso: 3. porras

Hoidon pituus: 12–16 tapaamista

Toteuttaja: erikoissairaanhoidon tai perustason mielenterveysyksiköt tai perustason opiskeluhuolto, jos ammattilaisella on mielenterveystyön ydinprofessio (esim. koulupsykologi tai psyk.sh)

Toimenpidekoodi: IDY05 (Interpersonaallinen terapia (IPT), yksilöhoito)

Nuorten interpersonaallinen terapia (IPT-N, toimenpidekoodi IDY05) on 12–16 tapaamiskertaa sisältävä lyhytterapia, joka on tarkoitettu keskivaikean masennuksen hoitoon. Menetelmä on suunnattu 12–18-vuotiaille nuorille. Menetelmä sijoittuu nuorten porrastetussa hoitomallissa kolmannelle portaalle ja soveltuu käytettäväksi esimerkiksi erikoissairaanhoidossa ja mielenterveys- ja päihdeyksiköissä.

IPT:n käyttö ja ylläpito nuorten mielialaoireiden ja masennuksen hoidossa osana porrastettua hoitomallia perustuu seuraaviin Käypä hoito -suosituksiin sisältyviin näytönastekatsauksiin:

- *Interpersonaallinen yksilöpsykoterapia (IPT-A) on tehokas hoito nuorten depressioissa.* Näytön aste: A.¹

IPT-N:n kohderyhmä

IPT-N on suunnattu ensisijaisesti nuorille, joilla on keskivaikea masennus. Tietyn edellytyksin menetelmä soveltuu myös vakava-asteisten oireiden hoitoon.

IPT-N:n toteuttaminen

Hoitoon voidaan ohjautua joko läheteellä tai yksikössä tehdyn hoitoarvion perusteella. IPT:tä voi toteuttaa menetelmään kouluttautunut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen.

Terapeutti ja asiakas työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa valitun fokusalueen parissa puolistrukturoidun lyhytterapian avulla kohti yhteisesti määriteltyä tavoitetta. Tapaamiset ovat kestoltaan tyypillisesti 45 minuuttia, ja ne toteutetaan kerran viikossa. Hoitojakso

suositellaan toteutettavan läsnätapaamisin, mutta sitä on mahdollista toteuttaa myös etämuotoisesti.

Terapiajakson aikana terapeutti työskentelee nuoren kanssa. Hoidon tavoitteena on masennuksen sekä oireita ylläpitävien tekijöiden ja sitä kautta arjen haittojen ja psyykkisen kärsimyksen helpottaminen. Terapeutti ja nuori työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa valitun fokualueen mukaisesti kohti yhteisesti määritettyä tavoitetta. Fokualueeksi valitaan yksi neljästä vaihtoehdosta, joita ovat Roolimuutos, Rooliristiriita, Suru ja sosiaalinen arkuus/ eristäytyneisyys.

Vanhempia (tai muita läheisiä aikuisia) osallistetaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan, jotta myös heidän ymmärryksensä nuoren masennuksesta lisääntyy ja jotta he voivat tukea nuorta. Nuoren kanssa keskustellaan, mistä asioista puhutaan yhteisillä tapaamisilla tai jos vanhempia tavataan erikseen. Terapiajakso voidaan toteuttaa myös kokonaan ilman vanhempia, esimerkiksi nuoren toiveesta. Tavoitteissa edistymistä ja nuoren kokemusta työskentelystä seurataan terapian aikana systemaattisesti. Lisäksi intervention aikana seurataan oireiden vaikeusasteen ja toimintakyvyn muutosta sekä PHQ-9 että GAD-7 mittareiden avulla jokaisella tapaamisella ja alku- ja loppumittauksissa YP-CORE- mittarilla.

IPT-N-koulutus

Esimerkiksi mielenterveyspalveluissa koulutukseen osallistuvat ensisijaisesti sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, psykologit ja lääkärit. Koulutus sopii ammattilaisille, joilla on vähintään kahden vuoden kokemus mielenterveystyöstä nuorten kanssa.

IPT-N-koulutus kestää vähän yli vuoden. Kokonaisuutena koulutus vie noin 120–130 tuntia, joka vastaa n. 5 opintopistettä. Koulutuksesta ei kuitenkaan anneta virallisia opintopisteitä koulutusrakenteen vuoksi. Koulutukseen sisältyvät itsenäisesti käytävät verkko-opinnot, kaksi erillistä taitopajapäivää ja vuoden kestävä menetelmäohjausjakso, jonka aikana toteutetaan vähintään kolme koulutusterapiajaksoa.

Taitopajapäivissä koulutettavat harjoittelevat oppimaansa teoriaa käytännön harjoitteiden avulla. Päivät voidaan toteuttaa joko etä- tai läsnämuotoisena. Koulutettavan tulee olla käynyt verkkokoulutuksen teoriaosuus ennen taitopajapäiviä, ja ne käytyään koulutettavat voivat aloittaa menetelmäohjauksen.

IPT-N-koulutus sisältää yleisiä taitoja terapeutin vuorovaikutuksen toteuttamiseksi ja antaa interpersonaaliseen työskentelyyn työkaluja.

IPT-N-menetelmäohjaus

Menetelmäohjaus on yhdistelmä työnohjausta ja opetusta, jossa harjoitellaan menetelmätyöskentelyn ydintaitoja ja interpersonaalisen terapian toteuttamista. Menetelmäohjausta tarvitaan menetelmään liittyvän taito-osaamisen kehittymiseksi ja menetelmien onnistuneen käyttöönoton varmistamiseksi.

IPT-N-menetelmäohjausta voi antaa siihen pätevästi ja IPT-N-menetelmäohjausperehdytyksen käynyt ammattilainen. Koulutettavan tulee käydä vähintään 16 h menetelmäohjausta koulutusvuoden aikana. Menetelmäohjaus toteutetaan yleensä kuuden henkilön ryhmissä noin kolmen viikon välein. Yksittäinen tapaaminen kestää yleensä 2 h.

IPT-N:n vaikuttavuus ja teoreettinen viitekehys

Interpersonaalisen terapian viitekehyyksen perusajatuksena on se, että masennusoireet kytkeytyvät potilaan ihmissuhteisiin ja niissä esiintyviin vuorovaikutuksen pulmiin. Interpersonaalisisessa lähestymistavassa ajatuksena on, että käsitys itsestä syntyy yksilön asemasta sosiaalisessa systeemissä yksilön ottamien tai saamien roolien kautta. Tavoitteena on lievittää oireita saamalla aikaan muutoksia potilaan ihmissuhteissa ja löytämällä uusia keinoja käsitellä ihmissuhteissa olevia ongelmia.

Hoitomuodosta saadut tutkimustulokset ovat rohkaisevia ja virallinen näytönasteluokitus on A, joka tarkoittaa, että se on tehokas hoito nuorten masennuksen hoidossa. Tutkimusten, meta-analyysien perusteella IPT-N oli vertailuhoitoja tehokkaampaa nuorten keskivaikean masennuksen hoidossa ja IPT-N oli tehokasta myös nuorten depressioiden akuuttihoitossa. Seurantatietoja raportoineissa tutkimuksissa hoitotulos on säilynyt 6–18 kuukautta.

¹ Interpersonaalinen yksilöpsykoterapia (IPT-A) nuorten depression akuuttihoitossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020.
<https://www.kaypahoito.fi/nak04392> (viitattu 14.3.2025)

23.6. Nuorten kognitiivinen lyhytterapia

Pääkohderyhmä: Lievistä ja keskivaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivät

Taso: 3. Porras lasten ja nuorten hoidon porrastuksella

Hoidon pituus: 5–10 kertaa, keskimäärin 7 kertaa

Toteuttaja: julkisen terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito

Toimenpidekoodi: IDY03 (Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT), yksilöhoito), IDR17 (Kognitiivis-käyttäytymisterapeuttinen ryhmähoito)

Kognitiivinen lyhytterapia nuorille (IDY03) on tarkoitettu 13–22-vuotiaille nuorille, joilla on lieviä tai keskivaikeita mielenterveyden häiriöitä. Kognitiivinen lyhytterapia on tarkoitettu työkaluksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille yksiköissä, joiden tehtävänä on mielenterveyden häiriöiden hoito ja ennaltaehkäisy. Menetelmä sijoittuu lasten ja nuorten porrastetussa hoitomallissa kolmannelle portaalle ja soveltuu käytettäväksi esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeyksiköihin sekä opiskeluhuoltoon (2. aste). Kognitiivista lyhytterapiaa voi toteuttaa myös ryhmämuotoisesti (IDR17).

Kognitiivisen lyhytterapian käsittämien hoitomallien käyttö ja ylläpito mielenterveyden häiriöiden hoidossa osana porrastettua hoitomallia perustuu seuraaviin Käypä hoito -suositukseen sisältyviin näytönastekatsauksiin:

- *Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokasta nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoitossa. Näytön aste: A.¹*
- *Kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) on tehokas nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoitossa. Näytön aste: A.²*

- *Kognitiivinen käyttäytymisterapia on ilmeisesti tehokas nuorten paniikkihäiriöiden akuuttihoidossa oire seurantaan verrattuna. Näytön aste: B.*³
- *Kognitiivis-behavioraalinen yksilö- ja ryhmäterapia (CBT) ovat tehokkaita nuorten depression akuuttihoidossa. Näytön aste: A.*⁴
- *Nuorten depression jatko- ja estohoito CBT:lla ilmeisesti parantaa hoitotulosta ja suo- jaa relapseilta. Näytön aste: B.*⁵
- *Kognitiivinen käyttäytymisterapia vähentää lasten ja nuorten pakko-oireita. Näytön aste: A.*⁶
- *Kognitiivis-behavioraaliset hoito-ohjelmat kouluikäisille lapsille ja nuorille suunnat- taina ilmeisesti vähentävät käytösoireilua. Näytön aste: B.*⁷

Nuorten kognitiivisen lyhytterapian kohderyhmä

Nuorten kognitiivinen lyhytterapia on suunnattu nuorille, joilla on lieviä tai keskivaikeita mie- lenterveyden oireita. Nuorten kognitiivinen lyhytterapia sisältää hoitomallit yleistyneen ahdis- tuksen, masennuksen, unettomuuden, riippuvuuden, sosiaalisen jännittämisen ja paniikkihäi- riön hoitoon. Nuorten kognitiivisen lyhytterapian hoitomalleja voi hyödyntää tietyin edellytyk- sin myös vakava-asteisten mielenterveyden häiriöiden hoidossa tai tiiviinä työskentelyjak- sona osana muuta hoitoa.

Nuorten kognitiivisen lyhytterapian toteuttaminen

Nuorten kognitiiviseen lyhytterapiaan voidaan ohjautua joko suoraan hoitoonohjauksesta tai ensimmäisen ja toisen portaan hoitomuotojen (esimerkiksi ohjattu omahoito, IPC) jälkeen. Lyhytterapian hoitomallit sisältävät keskimäärin 5–10 tapaamista nuoren kanssa. Tapaamiset ovat kestoltaan tyypillisesti 45 minuuttia, ja tapaamisia suositellaan olevan viikon välein. Hoi- tojaksot voi toteuttaa sekä läsnä- että etämuotoisesti. Kognitiivista lyhytterapiaa voi toteuttaa myös ryhmämuotoisesti, jolloin tapaamisten suositeltu kesto on 1 h 45 min. Ryhmällä suosi- tellaan olevan kaksi ohjaajaa.

Nuoren ikä, kehitystaso ja oirekuva huomioiden myös vanhempi otetaan mukaan nuoren hoi- toon. Vanhempaa voidaan tavata yhdessä nuoren kanssa tai erikseen omilla käynneillä. Van- hemman rooli on nuorta tukeva ja kannustava. Lisäksi vanhemmalle tarjotaan psykoedukaa- tiota oireista sekä keinoja tukea nuorta arjessa.

Kognitiivisessa lyhytterapiassa ammattilainen ja asiakas työskentelevät tasavertaisessa yh- teistyösuhteessa jonkun valitun ongelman tai oireen parissa strukturoidun hoito-ohjelman avulla kohti yhteisesti määritettyä tavoitetta. Hoidon tavoitteena on nuoren oireita ylläpitävien toimintamallien tunnistaminen, niistä aiheutuvien arjen haittojen sekä nuoren oireilun helpot- taminen.

Nuorten kognitiivisen lyhytterapien eri hoitomalleissa työskentelylle yhteisiä piirteitä ovat tut- kivan yhteistyösuhteen luominen, tilanteen jäsentäminen tapausjäsenyyksen keinoin, tavoit- teiden asettaminen, psykoedukaatio oireista sekä hoitomallikohtainen työskentely kognitiivi- sen terapian ydinelementtien ajattelun, tunteiden ja toiminnan parissa.

Nuorten kognitiivisen lyhytterapian koulutus

Koulutus sopii sekä aloitteleville että kokeneille ammattilaisille. Perustason mielenterveys- ja päihdepalveluissa koulutukseen osallistuvat ensisijaisesti sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, psykologit ja lääkärit. Opiskeluholloissa (2. aste) koulutuksen kohderyhmänä ovat psykologit

ja psykiatriset sairaanhoitajat. Toivottavaa on, että ammattilaisella on moniammatillisen tiimin tuki. Koulutuksesta on olemassa myös erikoissairaanhoidon sovellettu versio.

Kognitiivisen lyhytterapian koulutus kestää vuoden. Koulutukseen sisältyy noin 90 tuntia verkko-opintoja, 30 tuntia menetelmäohjausta ja 70 tuntia koulutushoitojen toteuttamista. Kognitiivinen lyhytterapiakoulutus sisältää ammattilaisen yleisiä vuorovaikutus- ja terapiataitoja hoitavan yhteistyösuhteen rakentamiseksi ja terapeuttisen vuorovaikutuksen toteuttamiseksi. Lisäksi opiskelija saa tietoa, mitä kehitys- ja elämänvaiheeseen liittyviä piirteitä nuorten terapioiden tulisi ottaa huomioon. Koulutukseen kuuluu myös osio, jossa käsitellään vanhempien osallisuutta ja mitä asioita on hyödyllistä käydä läpi hoitoon osallistuvan nuoren vanhempien kanssa.

Koulutus sisältää hoitomallit seuraavien mielenterveyden ongelmien hoitamiseksi: yleistynyt ahdistus, masennus, unettomuus, riippuvuudet, sosiaalinen jännittäminen ja paniikkihäiriö. Lisäksi koulutus antaa ammattilaisille työkaluja ammatilliseen kehittymiseen ja työssä jaksamiseen.

Koulutuksesta on olemassa myös erikoissairaanhoidon sovellettu versio, jonka perusajatus on sama kuin tavanomaisessa kognitiivisessa lyhytterapiassa. Kyseinen koulutus sisältää erikoissairaanhoidon suunnattuja koulutussisältöjä, joiden lisäksi kontekstissa toteutettavien koulutusinterventioiden pituus voi olla pidempi (kuitenkin maksimissaan 20 käyntiä).

Nuorten kognitiivisen lyhytterapian menetelmäohjaus

Menetelmäohjaus on yhdistelmä työnohjausta ja opetusta, jossa harjoitellaan menetelmätyöskentelyn ydintaitoja ja interventiomallin toteuttamista. Menetelmäohjausta tarvitaan menetelmään liittyvän taito-osaamisen kehittymiseksi ja menetelmien onnistuneen käyttöönoton varmistamiseksi. Menetelmäohjaus toteutetaan noin neljän hengen pienryhmissä säännöllisesti koko koulutusvuoden ajan. Menetelmäohjaus toteutetaan hyvinvointialueen omana toimintana tai ostopalveluna. Uuden menetelmäohjaajan tulee osallistua menetelmäohjaajan perehdytykseen, ja menetelmäohjaajalle tarjotaan tukea perehdytyksen ajan (kts. tarkemmin luku menetelmäohjaus).

Kognitiivisessa lyhytterapiassa menetelmäohjaajana voi toimia

- kognitiivinen psykoterapeutti
- kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt muu psykoterapeutti
- kognitiivisessa psykoterapeuttikoulutuksessa oleva sote-ammattilainen
- kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt psykologi
- sairaanhoitaja, jolla jokin kognitiivinen työotekoulutus ja vähintään kahden vuoden kokemus interventioiden toteuttamisesta
- kognitiivisen lyhytterapeuttikoulutuksen käynyt terveydenhuollon ammattilainen, joka on koulutuksen jälkeen toteuttanut hoitomallin mukaista työtä 70 tunnin edestä.

Lisäksi menetelmäohjaajalla tulee olla kokemusta terapeuttisesta työskentelystä ikäryhmän parissa vähintään 1 vuosi (lapset 0–12-v., nuoret 13–18-v. ja aikuiset 16+).

Nuorten kognitiivisen lyhytterapian teoreettinen viitekehys

Kognitiivisen lyhytterapian perustana on nykytietämyksen mukaan vaikuttavat kognitiivis-behavioraalisen terapian elementit ja tunnetut työtavat, jotka tämänhetkisen tutkimustiedon valossa ovat keskeisiä mielenterveyden ongelmien hoidossa ja jotka toistuvat erilaisissa määrämittaisissa, näyttöön perustuvissa interventioissa ja hoito-ohjelmissä.

Kognitiivisessa lyhytterapiassa havaittavat myönteiset muutokset ajatellaan selittyvän myös kaikille työskentelymuodoille yhteisillä vaikuttavilla tekijöillä, joihin lukeutuvat asiakkaan odotukset, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhde, asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet sekä tilannesidonnaiset tekijät.

¹ Kognitiivinen käyttäytymisterapia nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoitossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09092> (viitattu 14.3.2025)

² Kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoitossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09097> (viitattu 14.3.2025)

³ Kognitiivinen käyttäytymisterapia nuorten paniikkihäiriöiden akuuttihoitossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 7.1.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak09101> (viitattu 14.3.2025)

⁴ Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia (CBT) nuorten depression akuuttihoitossa. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak04389> (viitattu 14.3.2025)

⁵ Nuorten depression jatko- ja estohoito kognitiivis-behavioraalisella terapialla. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak06969> (viitattu 14.3.2025)

⁶ Nuorten depression jatko- ja estohoito kognitiivis-behavioraalisella terapialla. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 24.1.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nak09798> (viitattu 14.3.2025)

⁷ Kognitiivis-behavioraalinen terapia käytöshäiriöissä. Duodecimin näytönastekatsaus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Julkaistu 12.12.2018. <https://www.kaypahoito.fi/nak09060> (viitattu 14.3.2025)

23.7. Muut menetelmät

Nuorten Cool Kids

Cool Kids -menetelmä on tarkoitettu lapsille ja nuorille, joten menetelmä on esitelty jo *Menetelmät lasten palveluissa* -luvussa (alaluku 23.5.).

23.8. Koulutusportfolion kehittäminen lasten ja nuorten palveluissa

Terapiat etulinjaan -koulutusportfoliota täydennetään tutkimuskirjallisuutta ja hoitosuosituksia seuraten ja palvelujärjestelmän tarpeita kuunnellen. Koulutuksia kehitettäessä huomioidaan edellä mainittujen tekijöiden lisäksi menetelmän koulutettavuus perustason palveluihin sekä koulutetun osaamisen ylläpidon mahdollisuudet osana koulutettujen yksiköiden rutiinitoimintaa.

Keskeisimpiä koulutusportfoliosta puuttuvia menetelmiä lasten ja nuorten palveluissa:

- Käypä hoito -suositellut A- ja B-luokan näytön psykoterapiaviitekehukset lapsilla ja nuorilla:
 - ADHD: vanhempainohjaus
 - masennus: perheterapia, mindfulnessiin perustuva terapia (MBT)
 - käytöshäiriöt: vanhempainohjaus.

Lisätietoa koulutusportfolion kehittämistä löytyy käsikirjan kohdasta 15.10.

24. Tiedonkeruu, tiedolla johtaminen ja vaikuttavuus arkitoiminnassa

Käytettävät mittarit ja indikaattorit on valittu sekä kansallisten että kansainvälisten suositusten sekä kotimaassa tehtyjen katsausten perusteella. Valitut indikaattorit täydentävät Sotkanetiin kertyviä kansallisia indikaattoreita tiiviiseen ja organisaatiokohtaiseen seurantaan soveltuvilla indikaattoreilla. Mittareiden (esim. oiremittarit) osalta noudatetaan kansallisista tahtoista THL:n suosituksia, ja niitä täydennetään kansainvälisen ICHOM-konsortion (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) suosituksilla. Mittarivalinnoilla pyritään spesifisyyteen toteutettavan palvelun kohteen, hoidettavan ongelman, oireen tai häiriön suhteen.

Nuorten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot on listattu taulukossa 5. Vastaavat lasten mittarit ovat listattu taulukossa 6. Lisäksi vaikuttavuusperustaisessa tietojohdattamisessa ja vaikuttavuuden arvioinnissa hyödynnetään yhteisesti määriteltyjä indikaattoreita.

Huom! Mittarit ja indikaattorit muodostavat yhdessä toimivan pohjan lasten ja nuorten terapiatakuun toteutuksen arviointiin (alle 23-vuotiaat):

- 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
- Jatkohoidon-/tuen tarve
- Asiakaskokemus

24.1. Nuorten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot

Kohdeoire	Mittari	Häiriötason raja ¹	Kliinisesti merkittävän muutoksen raja ²
Masennus	PHQ-9-A(1)	10	≥ 5
Yleistynyt ahdistus	GAD-7	10	≥ 4
Sos. tilanteiden pelko	SPIN-FIN	24 (2)	≥ 10
Paniikki	PDSS-SR	8	≥ 5
Unettomuus	ISI	10	≥ 5
Riippuvuudet	Riippuvuuden kohteen mukaan määrittyvä mittari	Riippuvuuden kohteen mukaisesti. Esim. AUDIT ≥ 4 (3)	Ei selkeää pisterajaa

Taulukko 5: Nuorten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot

¹Häiriötason raja-arvot ovat pääosin samoja kuin aikuisten palveluissa, ellei toisin mainittu. Mitareita on tutkittu pääosin aikuisikäisillä, eikä toimivuutta nuorten kanssa ei täysin tunnetta.

²Kliinisesti merkittävän muutoksen raja-arvot ovat, kuten edellä, samoja kuin aikuisten palveluissa.

Taulukon viitteet:

1. Kaljadin, J., Linnaranta, O., Myllyniemi, A., Seilo, N., Lindgren, M., Therman, S. Patient Health Questionnaire modified for Adolescents (PHQ-9-A) -masennuskyselyn kääntäminen ja validointi (2024) <https://www.julkari.fi/handle/10024/149739> (viitattu 16.10.2024)
2. Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Tuomisto, M.T., Marttunen, M. Screening social phobia in adolescents from general population: The validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *European psychiatry*. 2007 May;22(4):244-51.
3. Häkkinen, M., Niemelä, E., Väänänen, P. Päihteitä käyttävä nuori (2022). <https://www.duodecimlehti.fi/duo16657> (viitattu 16.10.2024)

24.3. Lasten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot

Kohdeoire	Mittari	Häiriötasoi- suuden raja ⁷	Kliinisesti merkittävän muutoksen raja
Masennus	Lapsen RCADS-47 (1,2) Masennuksen alaskaala ¹	Määrittyy alaskaala-kohtaisesti sukupuolen ja luokkatasoon mukaan (T-arvo ≥ 65) (3)	Ei selkeää pisterajaa
Yleinen ahdistus	Lapsen RCADS-47 (1,2) Yleisen ahdistuneisuuden alaskaala ²	–	–
Eroahdistus	Lapsen RCADS-47 (1,2) Eroahdistuksen alaskaala ³	–	–
Sos. tilanteiden pelko	Lapsen RCADS-47 (1,2) Sos. tilanteiden pelon alaskaala ⁴	–	–
Paniikki	Lapsen RCADS-47 (1,2) Paniikin alaskaala ⁵	–	–
Pakko-oireet	Lapsen RCADS-47 (1,2) Pakko-oireiden alaskaala ⁶	–	–
Haastava käytös	Lapsen SDQ Käyttöoireiden alaskaala ⁷	≥ 3	–

Taulukko 6: Lasten palveluissa käytettävät mittarit ja niissä käytettävät raja-arvot

¹ Osiot: 2, 6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 40, 47

² Osiot: 1, 13, 22, 27, 35, 37

³ Osiot: 5, 9, 17, 18, 33, 45, 46

⁴ Osiot: 4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38, 43

⁵ Osiot: 3, 13, 24, 26, 28, 34, 36, 39, 41

⁶ Osiot: 10, 16, 23, 31, 42, 44

⁷ Osiot: 5, 7, 12, 18, 22

Taulukon viitteet:

1. ICHOM. Patient-Centered Outcome Measures (2024). Depression & Anxiety for Children & Young People. <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measure/anxiety-depression-ocd-and-ptsd-in-children-and-young-people/> (viitattu 16.10.2024)
2. Law, D., Wolpert, M. Guide to Using Outcomes and Feedback Tools with Children, Young People and Families. (2014) [201404guide_to_using_outcomes_measures_and_feedback_tools-updated.pdf](https://www.nhs.uk/publications/201404guide_to_using_outcomes_measures_and_feedback_tools-updated.pdf) (viitattu 16.10.2024)
3. Chorpita. B.F., Ebesutani, C., Spence S.H. Revised children's anxiety and depression scale user's guide. UCLA: Child First. (2020) <https://www.childfirst.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/163/2020/12/RCADSUsersGuide20201201.pdf> (viitattu 16.10.2024)

24.4. Vaikuttavuuden tavoitteet

Seuraavat tavoitteet on johdettu sekä kansainvälisissä hoitomalleissa hyödynnettävien tavoitteiden, että kotimaassa toteutettujen arviointien pohjalta. Lisäksi tavoitteissa on huomioitava vallalla olevat ja tulevat lainsäädännöt. Ne kuvaavat tilannetta, johon perustason mielen-terveyspalveluissa on mahdollista pyrkiä ja jossa apua hakevien ongelmat pystytään ratkaise-maan mahdollisimman pienellä viiveellä ja niin vaikuttavasti, että järjestelmän kyky vastata palveluntarpeeseen pysyy yllä.

- 1. portaan hoito pystytään käynnistämään kaikenikäisillä soveltuvilla asiakkailta viikon sisällä.
- 2. portaan hoito pystytään käynnistämään kaikenikäisillä soveltuvilla asiakkailta kuu-kauden sisällä (sis. lasten ja nuorten terapiatakuu).
- Luotettavasti häiriöstä, oireista tai ongelmista toipuneiden osuus on yleisissä mielen-terveyden häiriöissä/oireissa vähintään 50 % perustason palveluiden 1. ja 2. portaan hoitojen jälkeen.

TERAPIAT ETULINJAAN -TOIMINTAMALLIN KÄYTTÖÖNOTTO JA YLLÄPITÄMINEN

Tässä luvussa kuvataan porrastetun hoitomallin rakentamista vaihemallin avulla. Malliin kuuluvat neuvottelu-, valmistelu-, toteutus sekä ylläpito- ja jatkokehittämisvaiheet. Lisäksi erillisessä alaluvussa kerrotaan kehittämistyötä helpottavasta riskienhallinnan työkalusta.

Porrasteisen hoitomallin rakentaminen tarkoittaa käytännössä alueellisen hoitoon ohjauksen yhdenmukaistamista ja alueellisen hoitovalikoiman vahvistamista. Tässä onnistuminen edellyttää hyvinvointialueiden eri toimijoiden välistä vuoropuhelua, rajapintojen tunnistamista sekä yhteisen tavoitteen ja tarvittavien toimenpiteiden määrittämistä. Esimerkiksi aikuisten palveluissa merkittävä rajapinta on terveyskeskuksen yleisvastaanottojen ja erikoistuneempien mielenterveys- ja päihdepalveluiden välinen työnjako. Lasten ja nuorten palveluissa taas rajapintoja on mm. opiskeluhuollon, lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden ja sosiaalitoimen välillä.

25. Roolit ja vastuut muutostyössä

Terapiat etulinjaan -toimintamallin käyttöönotto hyvinvointialueella on pitkäjänteistä strategista työtä. Se vaatii koko palveluorganisaation yhteisen tahtotilan, tavoiteasettelun, toimenpidesuunnitelman, seurannan ja ylläpitorakenteet. Tavoitteena on toimintakulttuurin muutos, joka vaatii sitoutumista kaikilta: johdolta, esihenkilöiltä ja asiakastyötä tekevilta ammattilaisilta. Jos ketju katkeaa jollain organisaatiotasolla, onnistumisen todennäköisyys heikkenee huomattavasti. Ketjun on myös toimittava molempiin suuntiin, jotta muutokseen sitoudutaan.

Johdon tärkein tehtävä on ilmaista selkeä tahtotila mielenterveyskriisin ratkaisemiseen. He ymmärtävät nykytilanteen vakavuuden ja pystyvät perustelemaan, miksi muutosta tarvitaan. Tämä tarkoittaa, että ylimmän johdon on sitouduttava muutostyön vaatimiin tavoitteisiin ja varmistettava, että organisaation strategiat ja resurssit tukevat niitä. Selkeät ja perustellut linjaukset auttavat varmistamaan, että kaikki organisaation tasot ymmärtävät ja tukevat muutosta.

Palvelupäällikkö- ja esihenkilötasolta tarvitaan käytännön tukea ja systemaattista arkijohdantamista. Tietoon perustuva systemaattinen arkijohtaminen auttaa myös varmistamaan, että toiminta on johdonmukaista ja että kaikki osapuolet noudattavat sovittuja toimintatapoja.

Ammattilaisilla on tärkeää olla kokemus siitä, että he ovat mukana muutostyössä. Tämä tarkoittaa, että heidän on saatava mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja kehittämistyöhön. Osallistaminen lisää sitoutumista ja motivaatiota, mikä puolestaan parantaa toiminnan laatua ja vaikuttavuutta.

Koska kehittämistä tehdään organisaation eri tasoilla ja eri verkostoissa, kehittämistyön koordinaatio ja tiedon kulku näiden foorumeiden välillä on onnistumisen edellytys. Käyttöönoton ja ylläpidon rakenteisiin kuuluvat siis muutostyöhön liittyvien roolien ja vastuiden tunnistaminen sekä koordinaatio, jossa terapiakoordinaattorilla tai interventiokoordinaattorilla on keskeinen rooli.

Terapia- ja interventiokoordinaattorit tekevät yhteistyötä monella tasolla lähtien oman alueensa yksiköiden ammattilaisista, esihenkilöistä, palvelupäälliköistä ja vastuukehittäjistä jatkuen edelleen yhteistyöalueensa (YTA) vastuuhenkilöihin, muiden hyvinvointialueiden terapia- ja interventiokoordinaattoreihin ja Terapiat etulinjaan -toimintamallin

kehittäjäasiantuntijoiden kanssa. Terapiakoordinaattorin työstä kerrotaan luvussa 11.1 ja interventiokoordinaattorin työstä luvussa 17.1.

Hyvinvointialueen terapia- ja interventiokoordinaattoritoiminnan sijainti organisaatiossa tulee olla lähellä tärkeimpiä yhteistyötahoja, kuten mielenterveys- ja riippuvuuspalvelujen tai ensilinjan palveluyksiköiden päälliköitä ja esihenkilöitä. Palvelulinjajohtajan vastuulla on puolestaan toimintamallin omistajuus, jossa terapia- ja interventiokoordinaattori avustaa. Hyväksi havaittu käytäntö on perustaa säännöllisesti tapaava erillinen ohjausryhmä, joka tukee ja valvoo porrastetun hoitomallin toimintaa. Etenkin lasten ja nuorten palveluiden käyttöönottojen tueksi on useille alueille perustettu implementaatiotyöryhmä, joka varmistaa, että porrastettu tuen ja hoidon malli vastaa alueen tarpeita ja että siihen sitoudutaan.

Hyvät käytännöt

1. Kirkasta, mitä ongelmaa ollaan ratkaisemassa – miksi kehittämistä tehdään.
2. Määrittele roolit ja vastuut kehittämistyölle.
3. Varmista, että jokainen linkki palveluketjussa pelaa kohti samaa tavoitetta.
4. Luo rakenteet tiedonkululle ja tavoitteiden seurannalle.

26. Käyttöönoton vaiheet

Porrastetun hoitomallin rakentaminen voidaan hahmottaa toisiaan seuraavina vaiheina, joihin jokaiseen liittyy omat kysymyksensä ja toimenpiteensä.

Kokemus on osoittanut, että porrastetun hoitomallin rakentaminen ja alueellinen soveltaminen eivät ole yksinkertaisia asioita tai kertaluonteisella ponnistuksella syntyviä. Työ on pitkäjänteistä ja toistoja vaativaa. Mitä paremmin sekä hyvinvointialue että toimintayksiköt kokevat vaikuttamisen mahdollisuuksia ja omistajuutta muutokseen, sitä sujuvammin prosessi etenee. Sujuvuutta haastavat useat seikat, joista monet ovat väistämättömiä. Esimerkiksi inhimilliset tietokatkokset, toimijoiden muut prioriteetit tai akuutit asiat sekä hyvinvointialueen sisäiset epäselvyydet tai keskeneräiset päätösprosessit voivat haastaa sujuvuutta.

26.1. Neuvotteluvaihe

Neuvotteluvaiheessa hyvinvointialueen terapia- tai interventiokoordinaattori tai muu sovittu vastuuhenkilö tekee yhteistyötä alueen toimintayksiköiden lähi- ja keskijohdon kanssa. Neuvotteluvaiheessa keskitytään porrastetun hoitomallin perusteisiin, käyttöönottoprosessin tukipalveluihin sekä vaikuttavuuden seurannan merkitykseen sekä muutostyöskentelyn vaiheisiin. Neuvotteluvaihe on myös tutustumisen ja yhteistyön ensiaskelien aikaa. On tärkeää, että hyvinvointialueen toimijat saavat vastauksia epäselviin asioihin ja riittävästi aikaa tehdä itse päätöksiä.

Vaiheen keskeisiä kysymyksiä:

- Vastaako porrastettu hoitomalli toimintayksikön tarpeisiin ja kehittämistavoitteisiin?
- Ratkaiseeko porrastettu hoitomalli toimintayksikössä yhteisesti tunnistettuja ongelmia?
- Minkälaista sisäistä yhteistyötä hyvinvointialueiden eri toimijoiden välillä tarvitaan?

26.2. Valmisteluvaihe

Valmisteluvaihe on tiiviin yhteistyön aikaa, johon on suositeltavaa ottaa mukaan asiakastyötä tekeviä ammattilaisia ja hyödyntää kansallisesti kertynyttä vertailutietoa porrastetun hoitomallin rakentamisesta ja yksittäisten menetelmien käyttöönotosta. Valmisteluvaihe päättyy työkalu- ja/tai menetelmäkoulutusten käynnistymiseen.

Valmisteluvaiheen sujumista edistävät suunnitelmallisuus ja strukturoitu työskentelyote. Suunnitelmallisuutta ja struktuuria luovat Käyttöönoton ABC- sekä Käyttöönoton riskienhallinta -työkalujen hyödyntäminen. Lisäksi hyvinvointialueiden päätöksenteon tukena on kansallisesti kertynyt vertailutieto ja kokemukset hyvistä käytännöistä.

Valmisteluvaihe on hyvinvointialueiden vastuuhenkilöiden näkökulmasta usein työläin. Monia asioita tulee päätettäväksi ja linjattavaksi, ja toisinaan esihenkilöllä ei ole varmuutta siitä, mistä hän voi päättää ja mitä. Valmisteluvaiheessa myös henkilöstön kokemukset tulevasta muutoksesta tulevat ensimmäistä kertaa selkeimmin näkyväksi.

Vaiheen keskeisiä kysymyksiä:

- Minkälainen on alueemme porrastettu hoitomalli?
- Miten hallitsemme käyttöönottoon liittyviä riskejä (tukena riskienhallintatyökalu)?
- Mitkä ovat alueellisesti parhaat ratkaisut ja kansallisesti kertyneet hyvät käytänteet?
- Ketkä ammattilaiset osallistuvat koulutuksiin?
- Millaiset ovat asiakastyötä tekevien ja lähijohdon tukirakenteet?
- Miten asiakastyötä tekevien ammattilaisten työ organisoidaan oppimista tukevalla tavalla?
- Millaisia asiakasohjauksen käytäntöjä tarvitaan?
- Mitkä ovat yhtenäiset kirjaamiskäytännöt?
- Miten meillä toteutetaan palautetietoisuutta, eli kerätään ja hyödynnetään tietoa osana työn arkea ja kehittämistä?
- Miten viestimme muutoksesta kaikille sidosryhmille?

26.3. Toteutusvaihe

Toteutusvaiheessa uusia menetelmiä käytetään osana asiakastyötä. Menetelmien käyttöä seurataan osana sovittuja tukirakenteita ja tiedonkeruukäytäntöjä. Yleisimmin tukipalvelut ovat menetelmäohjaukset (esim. kognitiivisessa lyhytterapiassa, IPC:ssä) ja taitopajat (esim. ohjattu omahoito ja ensijäsennys). Onnistuneen käyttöönoton kannalta on tärkeää, että toteutusvaiheessa keskustelulle, kokemusten jakamiselle ja kertyneen tiedon tarkastelemiselle ja siihen pohjautuvalle päätöksenteolle on tilaa yksiköiden vakiorakenteissa, kuten tiimikokouksissa.

Toteutusvaiheessa esihenkilölle tulee näkyväksi, miten uudet toimintatavat tai -menetelmät istuvat asiakastyötä tekevien ammattilaisten arkeen. Esihenkilöille alkaa muodostua käsitystä siitä, mikä vaikuttaa hyödylliseltä ja mitkä asiat tuottavat ongelma niin yksikkö- kuin ammattilaistasolla. Toteutusvaihe on hyvä hetki palata riskienhallinnan työkalun äärelle yhdessä hyvinvointialueen koordinaattorin kanssa ja arvioida, onko jokin ennakoituista riskeistä toteutunut ja ovatko suunnitellut suojatoimenpiteet olleet toimivia. Toteutusvaihe on ideaalia aikaa tehdä korjausliikkeitä. Tärkeää on ymmärtää, mistä käyttöönoton pulmat johtuvat, jotta ratkaisut ovat toimivia ja kestäviä. Syyt saattavat olla jossain toisaalla kuin miltä aluksi vaikuttaa. Toteutusvaiheessa esihenkilön päätöksentekoa ja toimintaa tukevat kansallisesti kertynyt vertailutieto ja kokemukset hyvistä käytänteistä.

26.4. Ylläpito- ja jatkokehittämisvaihe

Ylläpito- ja jatkokehittämisvaiheessa koulutukset ja niihin mahdollisesti liittyvät koulutushoidot, menetelmäohjaukset ja taitopajat on saatu päätökseen. Mahdolliset toteutusvaiheessa ilmenevät ongelmat on havaittu ja tarvittavat muutokset tehty. Parhaimmillaan menetelmiä käytetään ja vaikutuksia seurataan osana työn arkea sujuvasti ja porrastetun hoitomallin käyttöönotto on parantanut hoitojen ja interventioiden aikasaatavuutta, oikeatasoista kohdentumista sekä tuloksellisuutta.

Ylläpito- ja jatkokehittämisvaiheeseen liittyy usein myös haasteita, jotka tavalla tai toisella heikentävät porrastetun hoitomallin toimivaa käyttöä. Useimmiten nämä haasteet liittyvät esihenkilöiden tai henkilöstön vaihtuvuuteen, menetelmien sisäistämisen keskeneräisyyteen, yksilötason vaikuttavuuden seuraamatta jättämiseen tai kokonaisen hoitoportaan puuttumiseen. Pahimmillaan jo rakennettu porrastettu hoitomalli alkaa sortua ja toiminnassa palataan satunnaiseen hoitoon ohjaukseen sekä harvajaksoisiin, potentiaalisesti ei-tuloksellisiin tukikäynteihin.

Työn arjessa porrastetun hoitomallin ylläpitoon vaikuttaa moni tekijä. Yhdessä hyvinvointialueiden kanssa on tunnistettu keskeisimpiä porrastetun hoitomallin juurtumista ja palveluihin integroitumista haastavia tekijöitä.

Koordinaation puuttuminen

Merkittävimpänä riskitekijänä porrastetun hoitomallin ylläpidolle ja jatkokehittämiselle on hyvinvointialuekohtaisen terapia- tai interventiokoordinaattoritoiminnan puuttuminen tai ettei se ole integroitunut riittävästi osaksi linjaorganisaation toimintaa. Koordinaattoritoiminnan puuttuminen vaikuttaa jokaisella alla luetteloitulla keskeisellä osa-alueella.

Arkijohtaminen

- Hyvinvointialueella sisäiset roolit ja vastuut ovat epäselviä, ja kehittämiselle ja yhteistyölle ei ole riittäviä struktuureja.
- Ylimmän johdon tuki puuttuu.
- Lähiesihenkilö tai palvelupäällikkö puuttuu.
- Tavoitellun muutoksen tavoitteet ja vaiheet ovat epäselviä.
- Henkilöstö vaihtuu ja perehdytysrakenteet puuttuvat.
- Psykososiaalisten hoitojen ja psykoterapioiden tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä ei tunneta riittävästi.

Koordinaattori rakentaa ja ylläpitää alueellisia ja yksiköiden välisiä verkostoja ja rakenteita sekä toimii osana kansallista kehittämisverkostoa, mikä on keskeinen onnistumisen edellytys. Hän toimii myös toimintamallin perehdyttäjänä.

Hoitoonohjaus

- Navigaattorit ja ensijäsennys ovat alikäytöllä asiakaskunnassa ja henkilöstössä niiden potentiaalin nähden.
- Alueen hoitoonohjauskäytännöt ovat vaihtelevia ja/tai kaikki ammattiryhmät eivät tunne alueensa porrastetun hoitomallin valikoimaa.
- Asiakas ei ole osallinen hoitoonohjaukseen koskevassa päätöksenteossa.
- Ensijäsennys ei tunne riittävästi hoitoja, joihin asiakkaita ohjaa.
- Ensijäsennykseen ei luoteta, vaan arvio hoidon tarpeesta tehdään uudelleen.
- Jatkohoidon tarpeen arviot ovat satunnaisia.

Koordinaattori kouluttaa navigaattoreiden käyttöön ja vastaa hoitoonohjausmallien kehittämisestä ja käyttöönotosta.

Tuen ja hoitojen toteutus

- Tuki tai hoito ei ole tavoitteellista.
- Lyhytinterventiot eivät ole kohdennettuja.
- Tuen ja hoidon vaikuttavuutta ei seurata yksilötasolla.
- Tuen ja hoidon räätälöinti ei lähde asiakkaan yksilöllisistä tarpeista.
- Menetelmäosaamiseen ylläpitoon ja kehittämiseen ei ole luotu säännöllisiä mento- rointirakenteita.
- Ongelmatilanteita tai konsultaatioita varten ei ole olemassa sovittuja käytäntöjä, esim. koordinaattorin tai menetelmäohjaajan hyödyntäminen.
- Hoitojen kirjaamisessa ei hyödynnetä fraaseja tai käytetä toimenpidekoodeja.

Koordinaattorilla on keskeinen rooli koulutusten käytännön järjestelyistä ja vastaa monilla alu- eilla myös menetelmäohjauksesta ja mentoroinnista.

Porrastetun tuen ja hoidon mallin valikoima ja ohjauskäytänteet

- Porrastetun hoitomallin valikoima ei ole hyvinvointialueen keskeisten toimijoiden yh- teisesti todentama.
- Hoitopolut ja -prosessit portaiden välillä ovat epäselviä tai sattumanvaraisia.
- Ensimmäisen portaan interventiot, kuten ohjattu omahoito, ovat alikäytöllä niiden so- veltavuuteen ja hyötyvaikutuksiin nähden.
- Sisäistä menetelmäohjaajaresurssia (esim. KLT, IPC, ALI) tai koulutuksen jälkeistä mentorointia ei ole käytössä tai sitä on niukasti tarpeeseen nähden.
- Kolmannen portaan lyhytpsykoterapiat eivät ole osa palveluvalikoimaa.
- Hoitojen aikasaatavuus sekä tiivis toteutus heikkenee.
- Alueellinen palveluvalikoima ei vastaa riittävästi kaikkien asiakasryhmien tarpeisiin, esim. osa pitkäaikaisesti oireilevista tai terapiaan soveltumattomista jää vaille heitä hyödyttävää apua.

Koordinaattori ylläpitää yhteistyöverkostoa eri toimijoiden välillä porrastetun tuki- ja hoitomallin rakentamisessa ja hoitoprosessien rakentamisessa.

Arkivaikuttavuus ja tiedolla johtaminen

- Tietoa palveluiden käytöstä ja niiden tuloksellisuudesta ei kerätä.
- Tietoa kerätään, mutta sitä ei hyödynnetä esihenkilötyössä tai asiakastyötä tekevien ammattilaisten arjessa.

Koordinaattori auttaa kehittämään vaikuttavuustiedon keräämisen ja hyödyntämisen käytänteitä yhteistyössä esihenkilöiden kanssa. Hän myös edistää toimenpidekoodien käyttöönottoa ja käyttöä.

26.5. Riskienhallinnan työkalu

Riskienhallinnan työkalu luo hallittavan rakenteen käyttöönotoille. Onnistunut käyttöönotto ja juurruttaminen edellyttävät huomion kiinnittämistä laadunhallintaan läpi prosessin. Terapiat etulinjaan -toimintamallissa kehitetty Riskienhallinnan Excel-työkalu on riskianalyysi, joka auttaa luomaan suunnitelman uusien menetelmien käyttöönoton ja juurruttamisen onnistumiseksi. Sen avulla tunnistetaan porrastetun hoitomallin käyttöönottoa ja juurruttamista uhkaavat riskit omissa palveluissa, arvioidaan niiden todennäköisyys ja kriittisyys sekä suunnitellaan suojaustoimenpiteet ja niiden toteutus riskien pienentämiseksi.

Riskienhallinnan työkalu soveltuu kaikkiin ikäryhmiin ja kaikkiin menetelmiin sekä työkaluihin. Työkalu on rakennettu kansallisten kokemusten ja oppien pohjalta. Riskienhallinnan työkalussa on esitetyt 17 mahdollista yleisintä riskiä, joiden lisäksi analyysiin voidaan lisätä erityisiä aluekohtaisia riskejä. Riskit on tunnistettu kansallisesti kertyneistä Terapianavigaattorin, ohjatun omahoidon sekä kognitiivisen lyhytterapian käyttöönotto- ja juurruttamiskokeuksista. Riskien vaikutukset onnistumiseen ja hyväksi havaitut suojaustoimenpiteet on niin ikään arvioitu kertyneiden kokemusten pohjalta. Riskien sisällöllisessä muotoilussa on hyödynnetty normalisointiprosessin teoriaa uusien toimintatapojen juurtumisesta ja normalisoinnista työympäristössä, implementointiprosessin EPIS-mallia sekä juurruttamisen arviointiin käytettyä NoMAD-mittaria.

Neuvottelu- ja valmisteluvaiheessa rakennetaan perustaa menetelmien käyttöönoton toteutukselle ja juurtumiselle. Vaiheeseen kuuluu monien eri käytännön kysymysten ratkaisu ja kaikkien niiden toimijoiden huomioiminen, joita tuleva muutos koskettaa. Ilman yhteistä ymmärrystä siitä, mitä, miksi ja miten muutosta tehdään, on moni riski vaarassa realisoitua.

HANKKEESTA PYSYVÄKSI TOIMINNAKSI

Terapiat etulinjaan -toimintamallin kehittämiseen ja palveluiden soveltamiseen eri hyvinvointialueilla saatu hankerahoitus päättyy vuoden 2025 lopussa. Viiden hankevuoden jälkeen Terapiat etulinjaan -toimintamalli ja sen palvelut ovat vakiintuneet osaksi 2023 aloittaneiden hyvinvointialueiden mielenterveyspalveluiden rakenteita.

Vuodesta 2026 eteenpäin toimintamallia jatkokehitetään verkostoyhteistyössä yliopistollisten hyvinvointialueiden kesken. Kansallisia palveluita ylläpidetään osana HUS Psykiatrian psykososiaalisten hoitojen ja digitalisten mielenterveyspalveluiden osaamiskeskusta. Toiveena on, että jokaiselle YTA-alueelle perustettaisiin oma osaamiskeskus. YTA-osaamiskeskukset toimisivat kansallisena kehittämisverkostona ja oman YTA-alueensa mielenterveyspalveluiden kehittämisen tukena.

Tässä luvussa on kuvattu toimintamallin pysyvät palvelut sekä keskeiset yhteiskehittämisen verkostot vuodesta 2026 eteenpäin.

27. Kansalliset yhteiskehittämisverkostot

Toimintamallin ja palveluiden jatkokehittäminen onnistuu parhaiten yliopistollisten hyvinvointialueiden yhteiskehittämisenä. HUS psykiatria fasilitoi kansallisten yhteistyö- ja yhteiskehittämisverkostojen toimintaa.

Verkostojen tavoitteena on saada eri puolilla Suomea oleva mielenterveysalan huippuosaaaminen täysimääräisesti käyttöön ja kaikkia hyvinvointialueita hyödyntäväksi. Mielenterveyspalvelut ovat nykyisellään niin monimutkaisia, että jokaisella hyvinvointialueella ei ole käytettävissään kaikkien erikoisalojen osaajia. Verkostoja toimii yhteiskehittämisen eri tasoilla: toisaalta johdon yhteistyön tukena, toisaalta eri potilas- tai asiakasryhmien palveluista vastaavien esimiesten/kehittäjien tasolla ja kolmanneksi alueellisten koordinaattoreiden tukena.

27.1. Johdon verkosto

Järjestämme soveltuvat ohjausryhmärakenteet kansallisen kehittämistyön johtamiseksi sekä kansalliset mielenterveyspalveluiden johdon tapaamispäivät kaksi kertaa vuodessa.

27.2. Verkostot aikuisten palveluissa

Terapiakoordinaattoriverkosto

Hyvinvointialuekohtaisten koordinaattoreiden kansallinen yhteiskehittämisverkosto luo perustan vertaisoppimiselle ja -kehittämiselle sekä oikea-aikaiselle tiedonkululle hyvinvointialueiden ja osaamiskeskuksen asiantuntijoiden välillä. Koordinoimme kansallisen verkoston toimintatapoja tavalla, joka tukee toimivan porrastetun hoitomallin rakentamista, juurtumista ja integroitumista hyvinvointialueilla. Verkosto tarjoaa ajantasaista kuvaa kansallisten palveluiden ja kehittämistyön tilanteesta ja tarpeista hyvinvointialueilla. Tähän kansalliseen verkostoon voi osallistua myös muita hyvinvointialueen kehittäjiä, joiden vastuulla on porrastetun

hoitomallin edistäminen alueellaan. Aikuisten palveluiden koordinaattoreiden kansallinen verkosto kokoontuu säännöllisesti kaksi kertaa kuukaudessa.

Hyvinvointialueiden terapiakoordinaattoreille fasilitoidaan heidän ajankohtaisiin tarpeisiinsa osuvaa sekä vertaisoppimista ja -tukea vahvistava vertaistiimi. Vertaistiimi kokoontuu joka toinen viikko.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden esihenkilöiden verkosto

Verkoston tavoitteena on tukea esihenkilöiden työtä porrastetun hoitomallin käyttöönotosta ja juurtumisesta jakamalla vertaiskokemuksia ja hyväksi havaittuja käytänteitä. Verkosto koostuu neljä kertaa vuodessa yhdessä sovittujen teemojen äärelle.

Perehdytys ja tuki

Lisäksi tarjoamme hyvinvointialueen terapiakoordinaattoreille, vastuukehittäjille ja esihenkilöille perehdytyksen porrastettuun hoitomalliin, olemme käytettävissä kehittämispäivissä ja koulutustilaisuuksissa sekä tiedotamme aktiivisesti ja kehitämme jatkuvasti kansallisia tukipalveluita vastaamaan hyvinvointialueiden ja YTA-toimijoiden tarpeisiin.

Muut verkostot

Näiden kansallisten verkostojen lisäksi osallistumme myös YTA-tasoisiiin ja HVA-tasoisiiin verkostoihin, jotka ovat pääsääntöisesti aikuisten palveluissa YTA- ja HVA:n toimijoiden itsensä organisoimia ja koollekutsumia.

27.3. Verkostot lasten ja nuorten palveluissa

Koska lasten ja nuorten mielenterveystyötä tehdään laajalle hajautuneesti, ajantasaisen kokonaistilanteen hahmottaminen palveluiden sisällöistä ja tasalaatuisen palveluvalikoiman ylläpitäminen on haastavaa. Kansallisella yhteiskehittämisellä voidaan kehittää palvelujärjestelmää paljon tehokkaammin kuin jokaisen hyvinvointialueen toimiessa yksin. Yhteiskehittäminen säästää resursseja. Kansallisella koordinaattoreiden yhteistyöllä mahdollistetaan yhdenvertaiset palvelut kaikille lapsille ja nuorille asuinpaikasta riippumatta.

Tarjoamme rakenteet kansallisille sekä YTA-kohtaisille yhteiskehittämisverkostoille säännöllisine tapaamisrakenteineen sekä helposti lähestyttävän, nopeasti yhteiskunnallisiin ja soitealan tarpeisiin reagoivan palvelun. Lisäksi järjestämme uusille lasten ja nuorten koordinaatioissa toimiville ammattilaisille perehdytyksen kansallisiin koordinaatorakenteisiin ja toimintamallin palvelukokonaisuuksiimme.

Verkostoja ovat:

- Kansallinen verkosto YTA- ja HVA-koordinaattoreille
- Kansallinen verkosto YTA-koordinaattoreille
- YTA-tasoiset verkostot

Kansallinen verkosto hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden koordinaattoreille

Hyvinvointialuekohtaisten sekä YTA-koordinaattoreiden kansallinen yhteiskehittämisverkosto luo perustan vertaisoppimiselle ja -kehittämiselle sekä oikea-aikaiselle tiedonkululle lasten sekä nuorten koordinaatiossa toimijoiden ja osaamiskeskuksen asiantuntijoiden välillä. Koordinoimme kansallisen verkoston toimintatapoja tavalla, joka tukee toimivan porrastetun tuen ja hoidon mallin rakentamista, juurtumista ja integroitumista hyvinvointialueiden palvelujärjestelmiin. Tämä laaja kansallinen verkosto kokoontuu 6 kertaa vuodessa.

Kansallinen verkosto yhteistyöalueiden koordinaattoreille

Kansallista lasten ja nuorten koordinaattoriverkoston sisältöä voidaan suunnitella yhdessä kansallisissa YTA-koordinaattoreiden verkostotapaamisissa, joiden tarkoitus on syventyä tarpeenmukaisesti ajankohtaisiin YTA-alueilta nouseviin teemoihin, käydä yhteistä pohdintaa ja keskustelua pulmista, kehittämistarpeista ja hyvistä käytännöistä sekä sopia jatkotoimenpiteistä. Tämä verkosto järjestetään kaikille YTA-tason koordinaattoreille 6 kertaa vuodessa.

Yhteistyöaluekohtaiset verkostot

YTA-kohtaisten verkostotapaamisten tarkoitus on syventyä tarkemmin yhteistyöalueen tilanteeseen ja tehtyihin toimenpiteisiin sekä suunnitelmiin, mm. käydä yhteistä pohdintaa ja keskustelua pulmista ja kehittämistarpeista sekä sopia jatkotoimenpiteistä. Tämä verkosto tarjoaa ajantasaista kuvaa YTA:n hyvinvointialueiden tilanteista ja tarpeista suhteessa kansallisiin palveluihin ja kehittämistyöhön. Tähän verkostoon osallistuu kyseisen YTA:n hyvinvointialueilla toimivat interventiokoordinaattorit sekä YTA-koordinaattori/t. Suositeltu kokoontumisfrekvenssi on kerran kuussa.

Tarpeen mukaan kunkin hyvinvointialueen ajankohtaisiin, hoidon ja tuen porrastuksen implementointiin liittyviin asioihin, kuten koulutussuunnitteluun, menetelmien käyttöönottoihin ja niiden ylläpitorakenteisiin, keskitytään tarkemmin hyvinvointialuekohtaisissa sparreissa. Näihin osallistuu hyvinvointialueen interventiokoordinaattori/t sekä Te-toimintamallin vastuutöimija/t.

Esimerkkinä Etelä-Suomen YTA-alueen verkostot

Kukin yhteistyöalue määrittää itse, minkälaisia YTA-tasoisia verkostoja ja yhteistyörakenteita se tarvitsee ja haluaa ylläpitää. Tässä on kuvattu esimerkinomaisesti Etelä-Suomen YTA:lle vuodelle 2026 suunnitellut keskeiset verkostot.

Viikoittainen lasten ja nuorten interventiokoordinaattoriverkosto kokoaa yhteen Etelä-Suomen YTA:n interventiokoordinaattorit. Tavoitteena on edistää yhteisöllisyyttä, vertaisoppimista ja alueiden yhteistä sisällöntuotantoa sekä tunnistaa kehittämistarpeita.

Vertaisverkostoissa hyvinvointialueen interventiokoordinaattorit voivat vaihtaa ajatuksia ja vertailla kokemuksia lasten ja nuorten palveluihin liittyvän koordinaatiotyön haasteista ja onnistumisista sekä jakaa toimivaksi havaittuja käytänteitä muiden alueiden hyödynnettäväksi. Vertaisverkostoon voi myös kutsua muita sidosryhmiä ja yhteistyökumppaneita, jolloin tietoa ja hyviä käytänteitä saadaan jaettua tehokkaasti ja ketterästi. Tämä verkosto kokoontuu kahdesti kuussa.

Alueellisen tilannekatsausten tarkoitus on syventyä tarkemmin kunkin alueen tilanteeseen, erityishaasteisiin ja kehityssuunnitelmiin. Tavoitteena on pohtia, voiko osaamiskeskus tukea

ko. aluetta jollakin erityisellä tavalla palveluiden kehittämisessä. Osallistujina ovat alueen interventiokoordinaattori, hänen esihenkilönsä ja muut tarvittavat henkilöt.

Tiimipäivien tavoitteena on syventyä ennalta sovittuun aihepiiriin ja jakaa siihen liittyviä alueellisia kokemuksia sekä vahvistaa Etelä-Suomen YTA-kohtaisen interventiokoordinaattoritiimin verkoston toimivuutta.

28. Psykososiaalisten tuen ja hoitojen porrastus

Psykososiaalisten tuen ja hoitojen porrastus ja porrastettu hoitomalli on laaja toimintamallien ja palveluiden kokonaisuus, johon sisältyvät digituetut ratkaisut hoitoon tai palveluihin ohjauksessa, hoitovalikoiman laajentaminen koulutusjärjestelmän ja digitaalisten ratkaisujen avulla, tiedolla johtamisen ja vaikuttavuuden arvioinnin käytänteet sekä terapia ja -interventiokoordinaattorijärjestelmän hyödyntäminen alueellisesti parhaiden ratkaisujen löytämisessä.

- **Porrastetun hoidon ja tuen kehitys ja arviointi**
 - Kehitämme Suomeen soveltuvaan porrastettuun hoitomalliin liittyviä sisältöjä ja periaatteita hyvinvointialueiden kokemusten, tarpeiden ja tieteellisen tutkimuksen pohjalta. Ylläpidettävät kansalliset porrastetut hoitomallit ovat ikäryhmittäin erilaisia. Lisäksi yhteensovitamme terveydenhuollon porrastettuja hoitomalleja suhteessa työterveyshuollon ja sosiaalihuollon kehitteillä olevien porrastusten kanssa.
- **Tukimateriaalien, käsikirjan ja ohjeiden ylläpito**
 - Ylläpidämme Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjaa ja verkkosivustoa niin, että hyvinvointialueilla on käytettävissään käytännönläheinen ja tieteellisesti ajanmukainen tuki palveluiden kehittämiselle.
- **Digituetut ratkaisut porrastetussa tuen ja hoidon mallissa**
 - Edistämme digitaalisten ratkaisujen keskitettyä kehittämistä, tuemme niiden organisaatiokohtaista käyttöönottoa sekä edistämme digitaalisten palveluiden hyödyntämistä mielenterveyspalveluissa.
- **Tukea ja sparrausta nopeasti ja tarpeenmukaisesti**
 - Tarjoamme aluekohtaista tukea porrastetun hoitomallin käyttöönoton ja palveluihin integroimisen eri vaiheissa liittyen koulutuksiin, digituettuihin palveluihin, prosessien kehittämiseen sekä tietojohdamiseen.
- **Vertaiskehittämisen mahdollistaminen ja hyvien käytänteiden jakaminen**
 - Edistämme yhteiskehittämisverkostoissa porrastettuun hoitomalliin liittyvien hyvien käytänteiden jakamista, vertaisoppimista sekä alueelliseen tietoon perustuvaa vertaiskehittämistä.

29. Navigaattoripalvelut ja ensijäsennys

Navigaattoripalveluilla tarkoitetaan Terapianavigaattoria (aikuiset), lasten ja nuorten Interventionavigaattoreita, ensijäsennyskoulutuksia ja -käsikirjaa sekä näiden käyttöön liittyvää tukea.

- **Digi- ja sisältökehitys**
 - Vuodesta 2026 alkaen navigaattoripalveluiden teknisestä toteutuksesta vastaa DigiFinland. Kliinisestä sisällöstä (kyselyt, algoritmit ja ensijäsennys) ja niiden kehitystyöstä vastaa HUS Psykiatria. Kehitämme jatkuvasti yhteistyössä

DigiFinlandin kanssa navigaattoripalveluiden sisältöjä navigaattoreista kertyvän ja käyttäjiltä kerättävän tiedon perusteella.

- **Käyttöönottojen ja käytön optimoinnin tuki**
 - Tuemme navigaattoripalveluiden ja ensijäsennyksen integroitumista palvelupolkuihin. Tarjoamme suunnittelutukea ja vertaiskokemuksia aluekohtaisiin valmistelu- ja toteutusvaiheisiin sekä prosessien jatkokehittämisen tarpeisiin.
- **Koulutusmateriaalit ja -sisällöt**
 - Navigaattoreiden hyödyntäminen hoidon porrastuksen tukena edellyttää arviointikäytänteiden jäsentämistä ja suunnittelua. Suunnittelun tueksi ylläpidämme prosessikuvauksia ja koulutusmateriaaleja, jotka auttavat prosessien jäsentämisessä ja käyttöönoton sujuvassa toteutuksessa. Tarjoamme myös ammattilaisille suunnattua koulutusmateriaalia, jonka avulla ammattilainen oppii käyttämään navigaattoreita asianmukaisella tavalla työnsä tukena.
- **Ensijäsennys, käsikirja ja koulutukset**
 - Kehitämme ensijäsennystä vaikuttavana toimenpiteenä tutkimukseen ja kertyviin kokemuksiin perustuen. Ylläpidämme ja kehitämme eri ikäryhmien ensijäsennyskäsikirjoja ja -koulutuksia kaikkien alueiden käytettäväksi.

30. Koulutustoiminta

Kansallinen psykososiaalisten menetelmien koulutusalue on keskeinen tapa tukea hyvinvointialueita näyttöön perustuvien menetelmien lisäämisessä sekä osaamisen ylläpidossa. Digituettu, monimuotoinen koulutusjärjestelmä on pedagogisesti perusteltu ja aina kustannustehokkain tapa kouluttaa ammattilaisia kunkin alueen tarvitsemia määriä, alueelle sopivaan aikaan. HUS ylläpitää ja kehittää koulutusalueita kaikkien hyvinvointialueiden käyttöön. Koulutettavien, näyttöön perustuvien menetelmien valikoimaa laajennetaan harkitusti tarpeiden perusteella yhä kattavammaksi.

Terapiat etulinjaan -koulutustoiminnan tavoitteena on ylläpitää sisällöiltään tarpeenmukaista, pedagogisesti laadukasta ja alueellista omistajuutta korostavaa koulutusjärjestelmää kaikille hyvinvointialueille. Näin voidaan vaikuttavasti ja pienin kustannuksin ylläpitää ja kehittää henkilöstön osaamista ja tätä kautta varmistaa palveluiden ja suositusten mukaisten hoitojen yhdenvertaista saatavuutta.

Koulutustoiminta perustuu

- alueelliseen omistajuuteen koulutusprosessien suunnittelussa, toteutuksessa ja ylläpitämisessä (YTA- tai HVA-taso)
- kansallisesti ylläpidettävään koulutusalueeseen sekä koulutustoiminnan tarvitsemiin tukirakenteisiin, palveluihin ja sisältökehittämiseen.

Koulutukset voidaan aloittaa hyvinvointialueen oman koulutussuunnitelman ja henkilöstön tarpeiden mukaisesti. Kansallinen osaamiskeskus tukee hyvinvointialueita kouluttamisen ja osaamisen ylläpidon tehtävissä koulutussuunnittelijan, menetelmäkohtaisten osaajien ja menetelmäohjaajien tuen avulla. Alueita tuetaan kohti omavaraisuutta menetelmäohjauksessa. Pidämme kuitenkin huolen siitä, että hyvinvointialueilla on aina mahdollisuus kouluttaa itselleen lisää osaajia.

Koulutustoiminnan keskeisiä palveluita ovat

- **koulutussisältöjen tarpeenmukaisen kehittämisen sekä olemassa olevan portfolion ylläpito ja täydentäminen**

- Nykyisten 1. ja 2. portaan tuki- ja hoitomenetelmien sisällön ja laadun ylläpito sekä uusien sisältöjen tuottaminen tutkimuskirjallisuutta ja hoitosuosituksia seuraten ja palvelujärjestelmän tarpeita kuunnellen.
- Koulutusportfolion täydentämisen tavoitteena on kattaa keskeisten mielenterveyden häiriöiden perustasolle soveltuvat keskeiset hoitomenetelmät.
- Uudet koulutukset tuotetaan yhteistyössä maan parhaiden kyseisen menetelmän sisältöosaajien kanssa.
- **koulutussuunnittelun ja implementaation tuki**
 - Koulutussuunnittelun tavoitteena on varmistaa koulutusrakenteiden alueellinen yhtenäisyys. Tuemme ja perehdytämme koulutuksista vastaavat alueelliset toimijat (esimerkiksi hyvinvointialuekohtaiset interventio- ja terapiakoordinaattorit) järjestämään koulutuksia yhdenmukaisten rakenteiden mukaisesti siten, että sekä porrastetun palvelujärjestelmän kokonaisuus että käyttöönottoprosessin keskeiset periaatteet tulevat onnistuneesti huomioitua.
- **moderniin verkkopedagogiikkaan pohjautuvan kouluttamisen kehittäminen**
 - Ylläpidämme, arvioimme ja jatkokehitämme koulutusalueen pedagogisia periaatteita ja laatua. Koulutusalueen oppimis- ja arviointimenetelmät perustuvat parhaaseen ajankohtaiseen e-pedagogiikan osaamiseen.
- **menetelmäohjauksen järjestämisen palvelut**
 - Psykososiaalisten menetelmien keskeinen taito-oppiminen tapahtuu menetelmäkohtaisessa menetelmäohjauksessa tavoitteellista ja tarkoituksellista taitoharjoittelua hyödyntäen.
 - Määritämme menetelmäohjaajien osaamisvaatimukset ja perehdytämme menetelmäohjaajat. Osana perehtymistä menetelmäohjaaja sitoutuu menetelmäohjauksen menetelmäohjaukseen.
 - Tuemme menetelmäohjaajia ja menetelmäohjaajien menetelmäohjaajia säännöllisillä verkostoilla ja koulutuksilla.
 - Ylläpidämme palvelusetelikäsikirjaa siihen soveltuvien menetelmäohjausten hankkimisen tueksi. Voimme erikseen sovitusti tarjota myös menetelmäohjauspalveluita.
- **koulutus- ja sertifiointiprosesseista ja käyttäjähallinnasta vastaaminen**
 - Vastaamme koulutusprosessien yhtenäisistä osista: koulutustunnusten aktiivoinnista, koulutusten luvittamisesta, osaamisen arvioinnista sekä valmistuneiden sertifiointeista ja todistusten myöntämisestä, tarvittaessa yhdessä muiden organisaatioiden kanssa.
- **osaamisen ylläpito, täydennyskoulutus ja kansalliset verkostot.**
 - Tarjoamme menetelmäkohtaisesti kansallisia täydennyskoulutuspäiviä osaamisen ylläpitämiseen sekä ammattilaisten hyvien käytänteiden jakamiseen.
 - Koulutusalueen kehitetään kohti jatkuvaa täydennyskoulutusjärjestelmää, joka tukee ammattilaisia menetelmien käytössä pitkäjänteisesti.

31. Hoitovalikoiman laajentaminen ja vaikuttavuuden seuranta: palveluseteli, laaturekisteri ja nettiterapiat

Porrastettu hoitomalli toimii parhaiten, mikäli tarjolla on riittävän laaja valikoima erilaisia hoitomuotoja sekä erilaisia palvelukanavia. Näin voidaan huomioida sekä potilaan ongelmaan parhaiten soveltuva hoitomuoto että potilaan toiveita vastaava palvelukanava.

HUS ylläpitää ja jatkokehittää nettiterapiaohjelmia keskeisiin mielenterveyden häiriöihin. Ostopalveluna tuotettavan psykoterapian järjestämisen tueksi HUS ylläpitää ja jatkokehittää

psykoterapian palvelusetelikäsikirjaa ja laaturekisteriä. Näiden avulla hyvinvointialue voi helposti ja kustannustehokkaasti toteuttaa ostopalveluterapioita sekä seurata niiden vaikuttavuutta.

32. Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu

HUS Psykiatria ylläpitää ja kehittää Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelua. Yhteistyössä mukana ovat muut hyvinvointialueet sekä usea järjestötoimija.

Mielenterveystalo.fi sisältää kaksi palvelua. Kaikille avoin palvelu on suunnattu kaikille suomalaisille. Sisältö sopii mielenterveydestä ja sen edistämisestä kiinnostuneille, omasta tai toisen mielenterveydestä huolissaan oleville, potilaille ja heidän läheisilleen, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille sekä tukea tarjoaville tahoille.

Avoin osio tarjoaa paitsi laajasti luotettavaa tietoa mielenterveyden oireista ja mielenterveyteen vaikuttavista elämäntilanteista erityisesti työkaluja tilanteen helpottamiseksi. Mielenterveystalo.fi sisältää omahoito-ohjelmia on yli 50 teemaan. Omahoito-ohjelmien sisältöä voi käyttää itsenäisesti silloin, kun oireet ovat lieviä tai keskivaikeita ja toimintakyky riittää itsenäiseen työskentelyyn. Omahoito-ohjelmien sisällöt sopivat hyödynnettäväksi myös osana muuta hoitoa esimerkiksi ohjattuna omahoitona.

Mielenterveystalo.fi-palvelun ammattilaisen osio on suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä alan opiskelijoille. Ammattilaisten osion käyttö edellyttää vahvaa tunnistautumista. Ammattilaisten osio tarjoaa yli 100 mittaria kieliversioineen hoidon arvioinnin tueksi sekä oppaita ammattilaisten tueksi erilaisten ilmiöiden kohtaamiseen, ryhmähoitojen ja yksilöhoitojen toteuttamiseen ja hoidon järjestämiseen. HUS ylläpitää ja kehittää Mielenterveystalosta yhä laajempaa ja vaikuttavampaa kokonaisuutta reagoiden yhteiskunnassamme esille nousseisiin ongelmiin.

Mielenterveystalon ja Terapiat etulinjaan -verkkosivuston ohjeet ja materiaalit integroidaan selkeäksi kokonaisuudeksi, joka palvelee myös palveluiden järjestäjiä, esihenkilöitä ja johtajia.

Tavoitteena on, että kaikki suomalaiset löytävät keskeiset mielenterveyden teeman materiaalit saavutettavasti samasta paikasta.

33. Tiedolla johtaminen ja vaikuttavuuden arviointi

Tiedolla johtamisen ja vaikuttavuuden arvioinnin palvelut auttavat hyvinvointialueita kehittämään mielenterveyspalveluita vaikuttavuusperustaisesti. Tavoitteena on ylläpitää kansallisia verkostoja ja yhteistyömalleja niin, että hyvinvointialueet keräisivät omaan käyttöönsä tietoja riittävän samankaltaisilla tietomäärittelyillä. Tämä on välttämätöntä, jotta alueet voivat tehdä keskenään vertaiskehittämistä ja oppia toisiltaan parhaita käytäntöjä.

Autamme tekemään datasta ymmärrettävää ja hyödynnettävää tukemalla tietojen keräämistä, analysoimalla aineistoja, yhteiskehittämällä alueellisesti tietojohtamisen arjen rakenteita sekä edistämällä mielenterveyspalveluihin liittyvää tutkimustyötä ja vertaiskehittämiskäytäntöjä.

Yhteistyössä toteuttavan työn keskeisinä vastinpareina ovat palveluista vastaavat henkilöt, esihenkilöt sekä toiminnan kehittämisen koordinoinnista vastaavat henkilöt.

- **Tiedon kerääminen, analysointi ja toiminnan arvioinnin tuki**
 - Analysoimme kansallisista palveluista kertyvää tietoa ja teemme siitä alueille säännölliset raportit, joiden avulla tilannetta voidaan seurata. Tuemme aluekohtaisia pohdintoja kerättyjen tietojen ja saatujen tulosten merkityksestä.
 - Tämä sisältää muun muassa
 - navigaattoripalveluiden analytiikan, jonka avulla voidaan arvioida palvelun käyttöastetta, palveluita käyttävien asiakkaiden profiileja (esim. mielen oireiden vakavuusaste ja hoitomuotoihin liittyvät preferenssit) sekä näissä ilmeneviä muutoksia
 - henkilöstön osaamisen kehittymisen (terapiamuotoihin liittyvät kompetenssit) sekä uusien toimintatapojen implementaation ja tuloksellisuuden arvioinnin tuen koulutusprosessien aikana (koulutuspäiväkirjojen ja ammattilaiskyselyiden kautta kerätty aineisto)
 - hyvinvointialueiden vertailuanalyysit vertaiskontrolloidulla asetelmalla arkivaikuttavuuden (esim. interventioiden aikana havaittavat muutokset oireissa ja toimintakyvyssä) määrittelemiseksi.
- **Yhteistyö arjen tietojohdamisen rakenteissa**
 - Kehitämme yhdessä alueiden kanssa arjen tietojohdamisen käytänteitä: miten vaikuttavuustietoa kerätään osana arkea, miten sitä käsitellään organisaation sisällä ja miten sitä hyödynnetään johtamisen ja toiminnan kehittämisessä. Tavoitteena ovat pysyvät, tietoon perustuvan vertaiskehittämisen rakenteet ja yhteistyömallit.
- **Tutkimustyön edistäminen**
 - Teemme toimintamalliin liittyvää arviointia ja tieteellistä tutkimusta ja tuemme toiveiden mukaan kaikkea malliin liittyvää tutkimustyötä.
- **Vertaiskehittämisen mahdollistaminen ja hyvien käytäntöjen dokumentointi**
 - Ylläpidämme kansallista mielenterveyspalveluiden tiedolla johtamisen verkostoa. Koostamme yhteen ja dokumentoimme yhteiskehittämisen tuloksena syntyviä oppeja ja hyviä käytäntöjä sekä edistämme vaikuttavuuden kehittämistä kumppaneiden toiveita kuunnellen vertailuraporteilla.

JULKAISUT JA KIRJALLISUUSKATSAUKSET

Toimintamalliin liittyviä artikkeleita, tutkielmia ja opinnäytetöitä on listattu Terapiat etulinjaan -toimintamallin verkkosivuille.

Raportit ja tulokset: <https://terapiatetulinjaan.fi/vaikuttavuus/raportit-ja-tulokset/>

Kirjallisuuskatsaukset: <https://terapiatetulinjaan.fi/vaikuttavuus/kirjallisuuskatsaukset/>

Muut julkaisut: <https://terapiatetulinjaan.fi/vaikuttavuus/julkaisut/>

LIITTEET

Liite 1. Kognitiivisten menetelmien menetelmäohjaajaksi hakemisen kriteerit

Kognitiivinen lyhytterapia (KLT)	Ahdistuksen kognitiivinen lyhytinterventio (ALI)
<p>KLT-menetelmäohjaajana voi toimia</p> <ul style="list-style-type: none">• kognitiivinen psykoterapeutti• kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt muu psykoterapeutti• kognitiivisessa psykoterapeuttikoulutuksessa oleva sote-ammattilainen• kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt psykologi• sairaanhoitaja, jolla on jokin kognitiivinen työtökoulutus ja vähintään kahden vuoden kokemus interventioiden toteuttamisesta• KLT-koulutuksen käynyt terveydenhuollon ammattilainen, joka on koulutuksen jälkeen toteuttanut hoitomallin mukaista työtä 70 tunnin edestä (raportoinnista sovitaan erikseen) <p>Jolla on LISÄKSI</p> <ul style="list-style-type: none">• kokemusta terapeuttisesta työskentelystä ikäryhmän parissa vähintään vuoden verran (lapset 0–12-v., nuoret 13–18-v. ja aikuiset 16+).	<p>ALI-menetelmäohjaajana voi toimia:</p> <ul style="list-style-type: none">• kognitiivinen psykoterapeutti• kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt muu psykoterapeutti• kognitiivisessa Psykoterapeuttikoulutuksessa oleva sote-ammattilainen• kognitiivisiin menetelmiin perehtynyt psykologi• muu sote-alan ammattilainen, jolla jokin kognitiivinen työtökoulutus ja vähintään kahden vuoden kokemus kognitiivisen viitekehyksen mukaisten interventioiden toteuttamisesta• ALI-koulutuksen käynyt sote-ammattilainen, joka on koulutuksen jälkeen toteuttanut hoitomallin mukaista työtä 12 tunnin edestä (raportoinnista sovitaan erikseen).

Liite 2. Interpersonaalisten menetelmien menetelmäohjaajaksi hakemisen kriteerit

Interpersonaalinen ohjanta (IPC)	Interpersonaalinen terapia (IPT)
<p>Taustakoulutus</p> <p>MTP-työn ydinprofessio (psykologi, sostt. (esh), sairaanhoitaja, lääkäri), joka työskentelee</p> <ul style="list-style-type: none">erikoissairaanhoidossaperustason mielenterveysyksikössä*opiskeluholloissa*. <p>Taustakoulutuksen lisäksi tulee olla</p> <ul style="list-style-type: none">akkreditoitu IPT-N-terapeutti (3 hoitoa)akkreditoitu IPC-työntekijä (5 hoitoa)*. <p>*) Sisäänotto arvioidaan tapauskohtaisesti (alueellinen tarve/palvelujärjestelmä, IPT-N-interventioiden suorittamismahdollisuus, taustakoulutus sopiva, lisäpätevyudet).</p> <p>Työkokemus</p> <ul style="list-style-type: none">Kolmen vuoden kokemus työskentelestä nuorten kanssa joko<ul style="list-style-type: none">erikoissairaanhoidossaperustason mielenterveysyksikössäopiskeluholloissa. <p>Lisäksi</p> <p>Jatkuva IPT/IPC-praktiikka ainakin 1 vuoden ajan ja mahdollisuus sitoutua koulutukseen</p>	<p>IPT-N-menetelmäohjaajalta vaadittavat minimivaatimukset:</p> <ul style="list-style-type: none">vähintään 3 vuoden kokemus IPT-N:n käytöstäIPC-menetelmäohjaajakoulutus tai muu työnohjaajakoulutus (tai muu soveltuva taustakoulutus)vähintään 6 toteutunutta IPT-N- hoitojaksoaaktiivinen oma IPT-praktiikka.

Liite 3. Menetelmäohjaajien ohjaajien kriteerit

Menetelmäohjaajien ohjaajien kriteerit:

1. Menetelmäohjaajien ohjaajan tulee täyttää ohjaamansa menetelmän menetelmäohjaajan pohjakriteerit (vaihtelevat koulutuksittain).
2. Edeltävän kohdan lisäksi tulee saada seuraavista kohdista (a, b, c) vähintään 3 pistettä:

a) Taustakoulutus (0–3 pistettä)	3 p = kouluttajapsykoterapeutti, soveltuva viitekehys 2 p = psykoterapeutti, soveltuva viitekehys 1 p = psykiatri, psykologi tai soveltuvan viitekehyyksen mukaisessa psykoterapeuttikoulutuksessa 0 p = muu koulutustausta
b) Menetelmäohjaajakokemus kyseisestä menetelmästä* (0–4 pistettä)	4 p = 7+ menetelmäohjausryhmää ohjattuna 2 p = 3–6 menetelmäohjausryhmää ohjattuna 0 p = alle 3 menetelmäohjausryhmää ohjattuna
• Muiden menetelmien (KLT, ALI, IPT, IPC, Cool Kids) menetelmäohjaajakokemus (0–2 pistettä)	2 p = 7+ menetelmäohjausryhmää ohjattuna 1 p = 3–6 menetelmäohjausryhmää ohjattuna 0 p = alle 3 menetelmäohjausryhmää ohjattuna

*) Nuorten ja lasten KLT:n osalta siirtymäaikana (2024–2025) menetelmäohjaajakokemukseksi laskeaan Cool Kids tai aikuisten KLT ja riittävä muu kokemus nuorten/lasten kanssa työskentelystä.

Liite 4. Aikuisten palveluissa Käypä hoito -suositukseen sisältyvät näytönastekatsaukset psykoterapiaviitekehysistä.

Käypä hoito -suosituksen nimi	Trauma-psykotera- pia	Ratkaisu- keskeinen psykotera- pia	Integratiiv- inen psy- koterapia	Kognitiivinen ja käyttätymis- psykotera- pia	Pari- ja per- hepsykote- rapia	Psykydy- naaminen psykotera- pia	Psykoana- lyyttinen psykotera- pia	Kognitiivis- analyttinen psykotera- pia	Hahmo- psykote- rapia	Ryhmäpsykotera- pia (viitekehys il- moitettava erik- seen)	Muu huomio
ADHD (04/2019)	-	-	-	++	-	-	-	-	-	B	
Ahdistuneisuus- häiriöt (01/2019)	-	-	-	Paniikkihäiriö: <u>A</u> <u>B</u> <u>B</u> <u>B</u> <u>C</u> <u>C</u> <u>C</u> Sos.fob.: <u>A</u> <u>A</u> <u>A</u> <u>B</u> <u>B</u> <u>C</u> GAD: <u>A</u> <u>A</u> <u>A</u> <u>A</u> <u>A</u> <u>B</u> <u>C</u>	-	Paniikkihäiriö: <u>C</u> Sos.fob.: <u>B</u> GAD: <u>C</u>	+	-	-	A (KBT)	C (IPT) C (HOT)
Alkoholiongelmat (08/2018)	-	-	-	A (motivoiva haastattelu) B	B	(PD terapi- oiden hyöty vähäistä: + + + + + +)	-	-	-	B (AA-ryhmät)	A (psykosos. hoito > ei hoi- toa)
Depressio (05/2024) - aikuiset	-	C	+	<u>A</u> <u>A</u> <u>A</u> <u>A</u> <u>A</u> <u>A</u> <u>B</u> <u>B</u> <u>B</u> <u>B</u> <u>C</u> <u>C</u>	B	A B	-	+	-	A (KBT) C (KBT, IPT)	A (IPT) C (HOT)
Epävakaa persoonallisuus (06/2020)	-	-	B (skeema- terapia)	<u>A</u> <u>A</u> <u>B</u> <u>B</u> (DKT) <u>A</u> (KBT) <u>B</u> (muu KBT) <u>C</u> (aikarajattu KBT) <u>A</u> <u>A</u> (mentalisaa- tioterapia MBT)	C	A (aikarajattu PD) <u>B</u> <u>B</u> (trans- ferenssi- keskeinen PD)	-	-	-	A (DKT)	
Huumeongelmat (09/2022)	-	+	-	<u>B</u> <u>B</u> (kannabis) <u>B</u> (opioideit)	+	-	+	-	-	+ (AA- ja NA-ryh- mät)	A B B (viite- kehuksesta riippumatta terapia>ei te- rapiaa)

Itsemurhien ehkäisy (02/2022)	-	-	-	A (itsetuhoisuuden ehkäisyyn fokusoitu KBT)	-	-	-	-	-	-
Selite: A/B/C/D = näytön aste; + = maininta tai yksittäinen lähdeviite; - = ei mainintaa										
Kaksisuuntainen mielialahäiriö (02/2024)	-	-	-	C; C (depression hoito; oirejaksojen uusiutumisen ehkäisy) C (unettomuuden KBT-hoitomalli elpymisvaiheessa) C (nettiterapia lievän depression hoitoon) C; C (kogn. remediaatio)	C; B (FFT: depression hoito; oirejaksojen uusiutumisen ehkäisy)	-	-	-	A (psykoedukatiivinen ryhmähoito)	C; C (IPSRT: depressio; oirejaksojen uusiutumisen ehkäisy)
Pakko-oireinen häiriö (01/2023)	-	-	-	A A (KBT-pohjaiset omahoito-ohjelmat ja nettiterapia) C (komorbidi OCD+ASD)	-	-	-	-	-	B (Bergenin malli)
Selite: A/B/C/D = näytön aste; + = maininta tai yksittäinen lähdeviite; - = ei mainintaa										
Skitsofrenia (02/2024)	-	-	-	AAA (kogn. remediaatio neg. oireisiin) AB (KBT pos. oireisiin) B (relapsien ehkäisyksi varomerkkien tunnistamisen harjoittelu tärkeää, koska pelkkä oirefokusoitu KBT ei riitä C)	AA (psykoedukatiiviset perheinterventiot)	C (supportiivinen PD hyödyllistä, tulkintoihin perustuva PD lienee tehontonta C)	-	-	+ (KKT) CC (erilaiset vertaisryhmät)	A (ensipsykoosin integroidut hoito-ohjelmat) BB (psykoedukatiiviset terapiat)

				<u>B</u> (metakognitiivinen terapia) <u>C</u> (toipumisorientoitu KBT)							
Syömishäiriöt (09/2024)	-	-	-	Anoreksia: <u>C</u> Bulimia: <u>A A C C D</u>	Anoreksia: <u>A A B B</u> Bulimia: <u>A</u>	<u>B</u>	<u>B</u>	-	-	<u>B</u> (perheterapia)	3. aalto, sis. mm. DKT, HOT: <u>A</u> IPT: <u>A</u> DKT: <u>B C</u>
Traumaperäinen stressihäiriö (12/2022)	(<u>A</u>) ++	-	-	<u>A B C C</u>	-	+	-	-	-	<u>C</u> (traumakeskeinen KKT)	
Unettomuus (01/2023)	-	-	-	<u>A A B B +</u>	-	-	-	-	-		
Selite: A/B/C/D = näytön aste; + = maininta tai yksittäinen lähdeviite; - = ei mainintaa											

Liite 5. Aikuisten palveluissa käytettävät mittarit ja niiden raja-arvot, viitteistetty taulukko

Aikuisten palveluissa käytettävät mittarit ja niiden raja-arvot

Kohdeoire	Mittari	Häiriötasoisuuden raja	Kliinisesti merkittävän muutoksen raja
Masennus	PHQ-9 [1,2]	10 [1]	≥ 5 [3]
Yleistynyt ahdistus	GAD-7 [2,4]	10 [4]	≥ 4 [5]
Sos. tilanteiden pelko	SPIN-FIN [2,6]	19 [6]	≥ 10 [7]
Paniikki	PDSS-SR [2,8]	≥ 9 [9]	≥ 5 [7]
Unettomuus	ISI [10]	10 [10]	≥ 6 [11]
Riippuvuudet	Riippuvuuden kohteen mukaan määriytyvä mittari	Riippuvuuden kohteen mukaisesti. Esim. AUDIT (miehet ≥ 8, naiset ≥ 6) [12]	Ei selkeää pisterajaa ¹
Keskittymisvaikeudet	ASRS	Ei selkeää pisterajaa ²	Ei selkeää pisterajaa ³

¹Merkittävän muutoksen tunnistamiselle ei ole selkeitä raja-arvoja ja vaikutusten arviointi tulee aina suhteuttaa intervention kohteen (päihdekäytön vähentäminen/lopettaminen) mukaan. Vaikuttavuuden arvioinnin tukena voi hyödyntää yksilöllisen tavoitteen systemaattista mittarointia.

²ASRS-kysely koostuu kahdesta osasta. A-osa toimii ADHD-seulana. Osiot pisteytetään asteikolla 0–4, ja A-osan pisteiden vaihteluväli on 0–24. Jos potilaan vastauksista neljä tai enemmän on instrumentin tummennetuissa ruuduissa, potilaan oireet sopivat ADHD:n oirekuvaan ja lisätutkimukset ovat aiheellisia.

³ASRS:n vaikuttavuuden arvioinnissa tulee käyttää instrumentin A- ja B-osaa. Kliinisen vaikuttavuuden arvioinnissa korostetaan oireiden aiheuttaman haitan arviointia. Selkeitä pisterajoja ei toistaiseksi ole.

Viitteet:

1. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. The PHQ- 9: validity of a brief depression severity measure. Journal of general internal medicine. 2001 Sep;16(9):606-13.

2. ICHOM. Patient-Centered Outcome Measures (2024). Depression & Anxiety. <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measure/depression-anxiety/> (viitattu 16.10.2024)
3. McMillan, D., Gilbody, S., Richards, D.. Defining successful treatment outcome in depression using the PHQ-9: a comparison of methods. *Journal of affective disorders*. 2010 Dec 1;127(1-3):122-9.
4. Spitzer, RL., Kroenke, K., Williams, J.B., Löwe, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006 May 22;166(10):1092-7.
5. Toussaint, A., Hüsing, P., Gumz, A., Wingenfeld, K., Härter, M., Schramm, E., Löwe, B. Sensitivity to change and minimal clinically important difference of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7). *Journal of affective disorders*. 2020 Mar 15;265:395-401.
6. Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherwood, A., Weisler, R.H., Foa, E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000 Apr;176(4):379-86.
7. NHS. NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual (2018). <https://www.england.nhs.uk/publication/the-improving-access-to-psychological-therapies-manual/> (viitattu 16.10. 2024)
8. Furukawa, T.A., Shear, M.K, Barlow, D.H., Gorman, J.M., Woods, S.W., Money, R., Etschel, E., Engel, R.R., Leucht, S. Evidence- based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and anxiety*. 2009 Oct;26(10):922-9.
9. Forsell, E., Kraepelien, M., Blom, K., Isacson, N., Jernelöv, S., Svanborg, C., Rosén, A., Kaldo, V. Development of a very brief scale for detecting and measuring panic disorder using two items from the Panic Disorder Severity Scale-Self report. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Oct 1;257:615-22.
10. Morin, C.M., Belleville, G., Bélanger, L., Ivers, H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011 May 1;34(5):601-8.
11. Yang, M., Morin, C.M., Schaefer, K., Wallenstein, G.V. Interpreting score differences in the Insomnia Severity Index: using health-related outcomes to define the minimally important difference. *Current medical research and opinion*. 2009 Oct 1;25(10):2487-94.
12. Aalto, M., Komulainen, J. 2015. Käypä hoito -suositus. Potilaan haastattelemisen: kymmenen kysymyksen AUDIT. <https://www.kaypahoito.fi/nak04610> (viitattu 16.10.2024)

Liite 6. Lasten ja nuorten palveluissa Käypä hoito -suositukseen sisältyvät näytönastekatsaukset psykoterapiaviitekehysistä.

Käypä hoito -suosituksen nimi	Trauma-psykoterapia	Ratkaisukeskeinen psykoterapia	Integratiivinen psykoterapia	Kognitiivinen ja käyttäytymispsykoterapia	Pari- ja perhepsykoterapia	Psykodynaaminen psykoterapia	Psykoanalyttinen psykoterapia	Kognitiivis-analyttinen psykoterapia	Hahmo-psykoterapia	Ryhmäpsykoterapia (viitekehys ilmoitettava erikseen)	Muu huomio
ADHD (04/2019)	-	-	-	<u>B</u> <u>B</u> +	<u>B</u> (struktu. ohjaus)	+	+	-	-	<u>C</u> (KBT)	
Ahdistuneisuushäiriöt – lapset ja nuoret (9/2024)	-	-	-	Nuoret: <u>A</u> <u>A</u> <u>B</u> <u>C</u> <u>D</u> <u>D</u>	Lapset ja nuoret: + +	Nuoret: <u>D</u> <u>+</u>	-	-	-	-	Lapset ja nuoret: + (liikunta)
Depressio (05/2024) – nuoret	-	-	-	<u>A</u> <u>B</u> <u>C</u> (käyttäytymisen aktivointi)	<u>B</u>	<u>C</u>	-	-	-	-	<u>A</u> (IPT) <u>B</u> (mindfulness MBT) <u>C</u> (supportiivinen psykoterapia)
Depressio (05/2024) – lapset	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Epävakaa persoonallisuus	-	-	-	<u>C</u> (MBT nuorille)							
Pakko-oireinen häiriö (01/2023)	-	-	-	<u>A</u> (lapset ja nuoret)							
Käytöshäiriöt – lapset ja nuoret (12/2018)		<u>D</u>	-	<u>B</u> <u>C</u>	<u>A</u> (vanhempainohjaus) <u>B</u> <u>B</u>	-	-	-	-	<u>D</u> (aggressionhallinta KBT)	<u>B</u> (eri ikäryhmille sopivimmat psykososiaaliset hoidot)
Selite: A/B/C/D = näytön aste; + = maininta tai yksittäinen lähdeviite; - = ei mainintaa											