

Terapiatakuun toteuttamisen periaatteet yli 18-vuotiailla terveydenhuollossa

Yliopistollisten hyvinvointialueiden yhteistyönä laadittu suositus lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamisen keskeisistä menetelmistä ja periaatteista.

Terapiatakuulainsäädäntö

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 ehkäisyn ja hoidon sekä tuen saatavuutta terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa.

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

Terapiatakuun ydinsisällön muotoilu on terveydenhuoltolaissa ja laissa korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollosta identtinen:

Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito¹ on aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Sosiaalihuoltolain muotoilu terapiatakuun ydinsisällöstä on hieman erilainen:

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

Tässä suosituksessa käsitellään vain terapiatakuun toteutusta terveydenhuollossa.

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

2 a § Sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönotto

Yhteistyösopimuksessa on sovittava ... ainakin terveydenhuoltolain 53 §:n ... ja sosiaalihuoltolain 25 § ... tarkoitettujen lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon psykososiaalisten työmenetelmien käyttöönotosta ja käytöstä.

¹ Tässä dokumentissa käytetään tiiviiden vuoksi termiä ”lyhytinterventio” tarkoittamaan terapiatakuulain mukaista ”psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito”.

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

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.

4 § Alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen

Sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai yhteistyösopimuksissa sovitaan, yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja Uudellamaalla HUS-yhtymän on huolehdittava seuraavista erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti

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

9) terveydenhuollon menetelmien arviointi valtakunnallisessa yhteistyössä;

Keskittämisasiasetuksen mukaisesti yliopistosairaaloiden tulee huolehtia alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on väestön tarpeen mukaisesti vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta. Keskittämisasiasetus koskee vain terveydenhuollon piirissä käytettäviä menetelmiä, minkä vuoksi tämäkin suositus koskee vain niitä.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut Terapiatakuun lainsäädännön soveltamisoppaan². Kyseisessä oppaassa kuvataan lainsäädännön tulkintoja ja palveluiden *järjestämisen* periaatteita tarkemmin. STM ei ota kantaa hoidon *sisältöön* (esim. hoitomenetelmiin), joten tämä keskittämisasiasetuksen tavoitteita tukeva suositus täydentää luontevasti STM:n opasta.

Tämän suosituksen tavoite ja tarkoitus

Tämän yliopistollisten hyvinvointialueiden yhdessä laatiman suosituksen on tarkoitus toimia sekä hyvinvointi- että yhteistyöalueiden tukena näiden sopiessa terapiatakuun toteuttamisesta. Tavoitteena on, että ohje edistää kansallista yhteistyötä psykososiaalisten menetelmien kouluttamisessa ja ylläpidossa sekä helpottaa yhteistyö- ja hyvinvointialueita, kun ne sopivat ylläpidettävien menetelmien kokonaisuuksista yhteistyöalueittain.

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

- 1) Resurssisyyistä joudutaan priorisoimaan terapiatakuun täyttymistä tarjoamalla vain kapeaa valikoimaa hoitoja tai jättämällä pois muita, asiakkaiden kannalta tärkeitä, tukimuotoja. Tällöin ei muodostu aidosti yksilöllisiin tarpeisiin vastaavaa, monipuolista, tehokkaasti porrastettua ja yhteensovittettua palvelukokonaisuutta.
- 2) Hyvinvointialueet tai YTA:t lähtevät toteuttamaan terapiatakuuta alueittain eriytyvillä tai vaikeasti ylläpidettävillä psykososiaalisilla menetelmillä. Tällöin muodostuu palvelumalleja, joita on vaikea tai kallista ylläpitää pitkällä tähtäimellä.

² Lisätään linkki kun ohje valmis ja netissä

Psykososiaalisten menetelmien ylläpito edellyttää kyseiselle menetelmälle jatkuvan täydennyskoulutus- ja menetelmäohjausjärjestelmän.

Tämän suosituksen tavoitteena on vähentää edellä kuvattuja riskejä selkeyttämällä terapiatakuulainsäädännön piiriin kuuluvien hoitomuotojen sisältöä ja tuomalla esiin hyvinvointialueiden laajasti hyväksymiä tapoja toteuttaa terapiatakuu osana porrastettua hoitokokonaisuutta.

Suosituksen tavoitteena on kuvata yleisesti koko maassa terveydenhuollossa käytettyjä hoidon porrastuksen malleja, rakenteita ja tukipalveluita sekä laajasti ja kustannustehokkaasti koulutettavissa olevia terapiatakuun täyttäviä menetelmiä.

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

Suosituksessa kuvataan erityisesti

- 1) Suomessa viime vuosina käyttöön otettu psykososiaalisten menetelmien porrastettu hoitomalli ja sen suhde terapiatakuun toteuttamiseen
- 2) keskeisiä terapiatakuun toteuttamiseen liittyviä hoitoperiaatteita, kuten terapiatakuun piiriin kuulumisen arviointia
- 3) keskeiset, Suomessa useammalla hyvinvointialueella käytössä olevat näyttöön perustuvat ja terapiatakuun täyttävät psykososiaaliset menetelmät.

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

Porrastettu hoidon malli ja terapiatakuu

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

Näiden hankkeiden tavoitteet ovat linjassa terapiatakuulainsäädännön tavoitteiden kanssa. On tärkeää, että terapiatakuun toteutus nähdään jatkumona jo pitkään tehdyille kehittämistyölle. Terapiatakuun pitkän tähtäimen onnistuminen edellyttää hankkeissa kehitettyjen yhteistyörakenteiden, tukipalveluiden ja koulutusten vakiintumista osaksi hyvinvointialueiden normaalitoimintaa.

Suomessa käyttöön otetussa porrastetussa hoitomallissa psykososiaaliset hoidot porrastetaan neljälle hoitojärjestelmän piirissä olevalle portaalle (1.–4.-portaat) sekä kaikille avoimiin palveluihin (0-porras). Tavoitteena on ylläpitää sellaista kustannusvaikuttavan palvelukokonaisuuden perusrakennetta, joka takaa riittävät palvelut ja on tarpeeksi vertailukelpoinen alueiden välillä, jotta yhteiskehittäminen ja yhteistyö onnistuu.

Porrastettu hoitomalli soveltuu suoraan terapiatakuun kuvaamiseen. Tiivistettynä:

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

Porrastettu hoitomalli ei linjaa, miten palvelut alueilla organisoidaan. Hyvinvointialueet linjaavat itse, missä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä erilaisia interventioita annetaan.

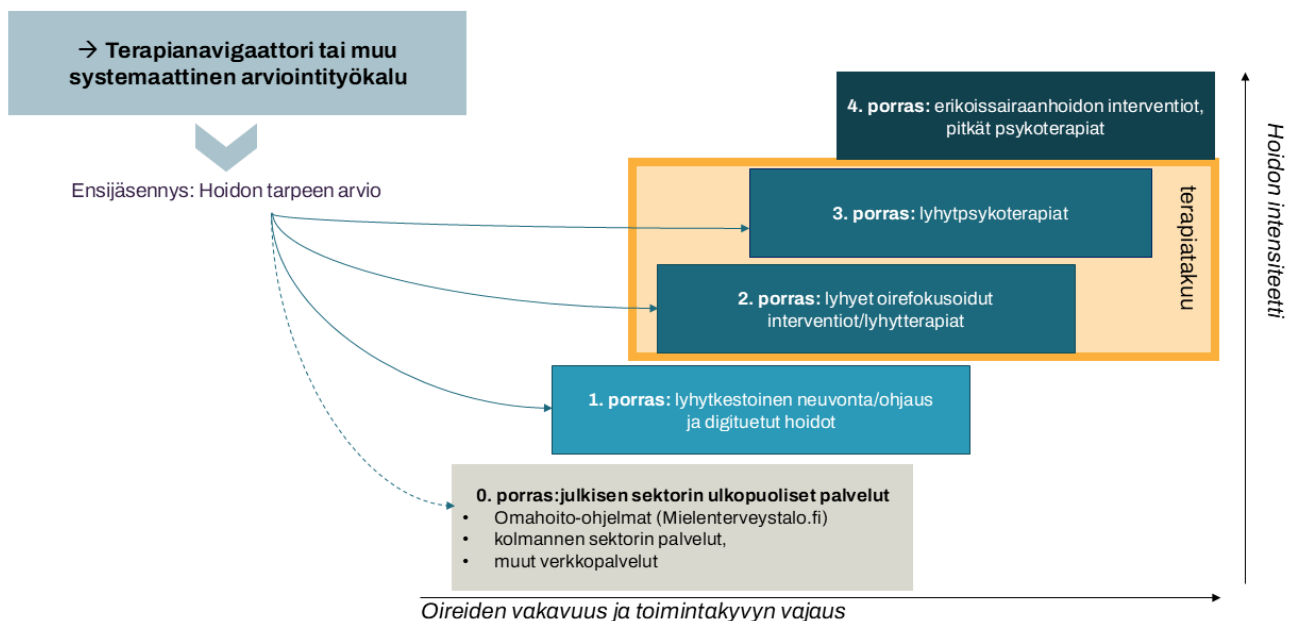
Porrastettu hoitomalli ja terapiatakuu eivät tarkoita, että jokaisen asiakkaan ja potilaan tulisi käydä kaikki portaat läpi samassa järjestyksessä tai hoito tulisi aloittaa aina terapiatakuun mukaisesta hoidosta. On tärkeää, että nuorelle on tarjolla laajasti 1. portaan matalan kynnyksen tukimuotoja.

Alueellinen lasten ja nuorten tuen ja hoidon porrastaminen vaatii pitkäjänteistä kaikkien toimialojen yhteistyötä. Ideaalitapauksessa alueellinen koordinoituvastuu menetelmistä ja hoidon porrastuksesta olisi alueen terapiakoordinaattorilla sekä eri toimialojen vastuhenkilöistä kootulla implementaatiotyöryhmällä, joilla on kokonaiskuva palvelukentästä ja -poluista.

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

Kuva 1: Psykososiaalisten interventioiden ja psykoterapioiden porrastettu hoitomalli 18–22-vuotiaille

Psykososiaalisten interventioiden ja psykoterapioiden porrastettu hoitomalli 18–22-vuotiaille



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

Kuka kuuluu terapiatakuun piiriin?

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

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

Terapiatakuu on tarpeen huomioida lievässä ja keskivaikeassa oirekuvassa. Terapiatakuun piiriin kuuluvat porrastetun hoitomallin 2. ja 3. portaan mukaiset hoidot³.

Pääsääntöisesti, kun asiakkaan mieliala- tai ahdistuneisuusoireet ovat keskivaikeita, toimintakyvyssä ilmenee haasteita ja kyse on mielialaoireilusta, tulee asiakkaan mahdollisuuksien mukaan päästä terapiatakuun mukaiseen 2. tai 3. portaan hoitoon. Nuoren kokonaistilanteen arviointi ja muun tuen tarpeen huomiointi on tärkeää.

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

Terapiatakuulainsäädäntö kuvaa myös perusterveydenhuoltoon kuuluvan lyhytpsykoterapian. Olisi suositeltavaa, että hyvinvointialueilla olisi tarjolla lyhytterapian lisäksi mahdollisuus päästä eri viitekehyksiin perustuvaan lyhytpsykoterapiaan suoraan perustason palveluista käsin. Terapiatakuun toteuttavaa lyhytpsykoterapiaa voi toteuttaa myös erikoissairaanhoidon järjestämänä, esimerkiksi palvelusetelillä.

Vaikeat oirekuvat, vakavat toimintakyvyn lasku tai tilanteet, joissa potilaan vointi ei korjaudu odotetusti, kuuluvat pääsääntöisesti erityistason palveluiden ja erikoissairaanhoidon hoitotakuun piiriin⁴. Mikäli odotusajat erikoissairaanhoidon ovat pitkiä, voi kuitenkin olla hyödyllistä tarjota 1.–3. portaan hoitoja perustasolta odotusaikana tai sovitusti erikoissairaanhoidon rinnalla.

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

Keskeistä on seurata hoidon vaikuttavuutta ja arvioida hoidon tarve uudestaan hoitajakson jälkeen. Yhden terapiatakuun mukaisen hoitomuodon läpikäynti ei tarkoita, että potilaalla ei

³ Porrastetusta hoitomallista ks. tarkemmin: <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/porrastettu-hoitomalli-aikuisten-mielenterveyspalveluissa/>.

⁴ Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjakoa on määritetty Kiireettömän hoidon perusteissa vuodelta 2019 (STM julkaisuja 2019:2) sekä Käypä Hoito – suosituksissa erikseen keskeisille häiriöryhmille. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>

olisi hoidon jälkeen enää oikeutta muihin hoitoihin, mikäli hänen häiriönsä ei hoidolla parantunut.

Liitteissä 2 ja 3 on kuvattu esimerkinomaisesti tapoja arvioida terapiatakuun mukaiseen hoitoon soveltuvuutta ja jatkohoidon tarpeen arviointia.

Hoidon tarpeen arvion toteuttaminen

Oikea-aikainen ja oikeaan osuva hoidon ja tuen tarpeen arvio on välttämätön edellytys oikeiden hoitojen antamiselle. Hyvinvointialueet vastaavat siitä, että terapiatakuun piiriin kuuluvat henkilöt ja heidän yksilöllinen hoidon tarpeensa tulee tunnistettua oikein. Keskeistä on turvata palveluiden toimiva kokonaisuus.

Tuen ja hoidon tarpeen arviointi tulisi nähdä toistuvana prosessina. Tilanne tulee arvioida uudestaan hoitajakson jälkeen, jotta saadaan selvitettyä, onko hoito ollut riittävä vai ilmeneekö tarvetta toisentyypiselle hoidolle⁵.

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

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

Yli 18-vuotiaiden psykososiaaliset menetelmät

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

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

⁵ Jatkohoidon tarpeen arvioinnin prosessi ja työnjako perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välillä on tarpeen määrittää hyvinvointialuekohtaisesti, koska työnjako ja organisaatorakenteet vaihtelevat alueittain. Liitteessä on kuvattu esimerkkimalli, jota voi hyödyntää alueellisia ohjeita laadittaessa.

Lähtökohtaisesti on suositeltavaa, että hyvinvointialueilla käytettäisiin pääosin samoja menetelmiä. Tämä helpottaisi pitkällä tähtäimellä menetelmien ylläpitoa, jatkokoulutusta, työnohjauksen järjestämistä ja tukea sekä hoitojen toimivuuden arviointia⁶.

Keskeisiä terapiatakuun toteuttavia menetelmiä ja viitekehyksiä:

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

Suomessa on saatavilla monenlaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian koulutuksia, esimerkiksi kansallisella koulutusalueella koulutettava kognitiivinen lyhytterapia. Aikuisten kognitiivinen lyhytterapia (KLT) sisältää hoitomallit *ahdistukseen, masennukseen, unettomuuteen, riippuvuuksiin, sosiaaliseen jännittämiseen ja paniikkihäiriöön*. Koulutukset ovat saatavilla maksutta kansallisen koulutusalueen kautta⁷.

Depressioon, mielialahaasteisiin ja joihinkin elämäntilanteiden muodostamiin hankaluuksiin on kognitiivisen terapian lisäksi vahvaan näyttöön perustuva hoitovaihtoehto interpersoonallinen terapia (IPT). Tästä lyhennetyin interpersonaalisen ohjannan (IPC) osaajia on koulutettu laajasti erityisesti nuorten hoitoon.

Lisäksi masennuksen hoitoon perustasolla soveltunevat esimerkiksi käyttäytymisen aktivaatio, hyväksymis- ja omistautumisterapia ja ratkaisukeskeinen terapia (Käypä hoito -suosituksessa näytönaste C).

Riippuvuuksien hoitoon perustasolla soveltuvat esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehysten lyhytkestoiset interventiot ja motivoiva haastattelu. Näistä on olemassa palveluvalikoimaneuvoston suositus⁸.

Unettomuuden hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä on todettu palveluvalikoimaneuvostossa palveluvalikoimaan kuuluvaksi⁹. Unettomuuden CBT-hoidon voi katsoa kuuluvan terapiatakuun piiriin, ellei unettomuutta saada hoidettua jollakin 1. portaan menetelmällä (ohjattu omahoito, unettomuuden nettiterapia).

Kansallisella terapiakoulutusalueella saatavilla olevat menetelmät on kuvattu tarkemmin liitteessä 4.

Huom! Tässä suosituksessa ei oteta kantaa harvinaisempien häiriöiden hoitomenetelmiin, vaan keskitytään edellä kuvattuihin yleisimpiin häiriöihin. Terapiatakuu ei kuitenkaan rajaudu

⁶ Menetelmäosaamisen ja menetelmien aktiivisen käytön ylläpito pitkällä tähtäimellä on osoittautunut Suomessa aiemmin vaikeaksi ylläpitorakenteiden puuttumisen ja menetelmien laajan kirjon vuoksi. Tämän vuoksi on ns. keskittämisasiasetuksessa säädetty YTA-tasoisesta menetelmien arvioinnin ja osaamisen ylläpidosta sekä rakennettu kansallinen terapiakoulutusalue. Näiden tuella voidaan ylläpitää useita terapiatakuun toteuttavia menetelmiä. Ks. lisätietoja <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/>

⁷ Lisätietoja kognitiivisen lyhytterapian koulutuksesta <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/kognitiivinen-lyhytterapia-aikuisille/>

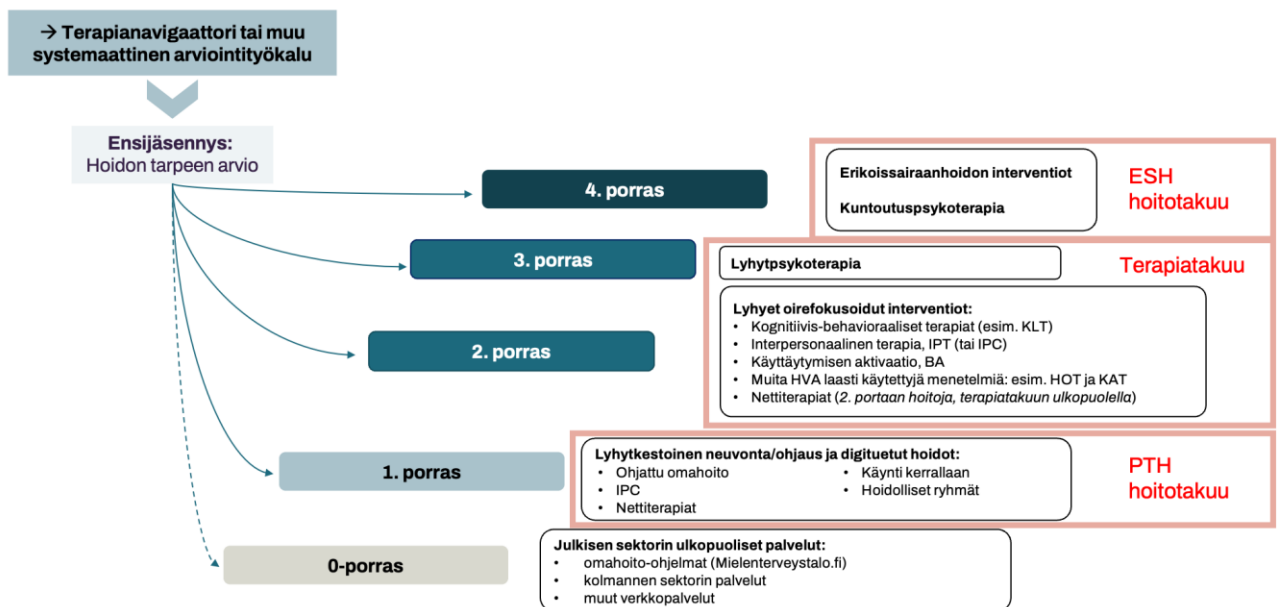
⁸ Palveluvalikoimaneuvosto on tehnyt suositukset riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisista menetelmistä: <https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus> ja <https://palveluvalikoima.fi/huumeriippuvuuksien-hoidon-ja-kuntoutuksen-psykososiaaliset-menetelmat>

⁹ <https://palveluvalikoima.fi/unettomuushairion-hoito-cbt-i->

tiettyihin häiriöihin, vaan laki koskee kaikkia perusterveydenhuoltoon kuuluvaa lyhytinterventioita tai lyhytpsykoterapiaa. Edellä kuvattujen menetelmien lisäksi pitää siis olla tarjolla hoitomuotoja myös muille häiriöryhmille.

Lyhytpsykoterapioiden käyttö terapiatakuun toteutuksessa on perusteltua, mikäli ne toteuttavat jotakin näyttöön perustuvaa terapiaviitekehystä. Lyhytpsykoterapian eli 3. portaan hoitojen saatavuuden lisäämisessä voi hyödyntää palvelusetelijärjestelmää¹⁰, koska se mahdollistaa useiden eri viitekehysten psykoterapian järjestämisen eri puolella maata. Esimerkiksi analyttiset lyhytpsykoterapiat tulevat luontevimmin toteutettaviksi lyhytpsykoterapiana, koska niistä ei ole käytännössä saatavilla hoidon 2. portaalla toteutavissa olevina lyhytterapeuttisia hoitomuotoja. Myös ryhmä-, pari- ja perheterapian mahdollisuudet on perusteltua huomioida.

Yleisimmin käytetyt terapiatakuun toteuttamiseen soveltuvat menetelmät yli 18-vuotiailla



Kuva 2: Terapiatakuun suhde pth- ja esh-hoitotakuuseen sekä tavanomaisimmat käytössä olevat, terapiatakuun toteutukseen soveltuvat menetelmät.

Terapiatakuun toteutumisen seuranta

Terapiatakuun toteutumisen seuranta on lakisääteinen velvoite hyvinvointialueille. Tiedot hoitotakuun toteutumisesta on julkaistava kuukausittain. STM ohjeistaa lakisääteisistä tietomäärittelyistä.

Terapiatakuun toteutumisen seuranta kyllä/ei-asteikolla ei kuitenkaan kuvaa merkittäväällä tavalla palvelujärjestelmän kykyä tuottaa todellista terveyshyötyä asiakkaille ja potilaille.

¹⁰ <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/lyhytpsykoterapia-ostopalvelusetelilla-ja-psykoterapian-laaturekisteri/>

Tämän vuoksi olisi hyvä, jos terapiatakuuta toteuttavilla organisaatioilla olisi riittävät työkalut arvioida psykososiaalisten hoitojen arkivaikuttavuutta osana rutiinotoimintaa.

Arkivaikuttavuuden seurannan myötä voidaan arvioida takuun toteuttamisen vaikutuksia organisaation palveluprosesseihin, resursseihin ja kustannuksiin.

Samojen mittareiden ja indikaattoreiden käyttö eri hyvinvointialueiden välillä mahdollistaisi kansainvälisen vertaiskehittämisen ja yhteistyön. Liitteessä 1 on kuvattu suositus ideaalitapauksissa käytettävistä vaikuttavuusmittareista.

LIITTEET:

LIITE 1: Suositeltuja seurannan mittareita ja indikaattoreita

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

Seurattavat indikaattorit:

- viive yhteydenotosta hoidon tarpeen arviointiin (vrk)
- viive hoidon tarpeen arviointiin interventioon (vrk)
- palveluita odottavien lukumäärä (yhteydenotosta hoidon tarpeen arviointiin odottavat & hoidon tarpeen arviointiin interventiota odottavat)
- interventioiden kohdeoire/-ongelma
- apua hakevien aiempi psykososiaalinen hoito/tuki samaan kohdeoireeseen/-ongelmaan viimeisen vuoden aikana.
- toteutettu palvelu (toimenpidekoodi)
- käypä hoito-/PALKO-suositusten noudattaminen
- interventioiden pituus (vrk & käyntimäärät)
- muutos oireissa
- muutos toimintakyvyssä (odottaa kansallista suositusta mittarista)
- asiakaskokemus (THL-suositus, NPS).

Käytettävät mittarit

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

LIITE 2. Esimerkki: Helsingin lyhytterapiayksikön kriteerit toisen portaan (KLT, IPT, KAT) hoidoille:

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

Lisäksi työskentely edellyttää, että asiakkaalla on kyky löytää työskentelylle selkeä kohde. Lisäksi hänen pitää kokea muutos mahdolliseksi, pystyä tekemään välitehtäviä itsenäisesti tapaamisten välillä sekä sitoutua kertaviikkoihin tapaamisiin.

LIITE 3. Esimerkki jatkohoidon tarpeen arvioinnista terapiajakson jälkeen¹¹

Ohjeita jatkohoidon tarpeen arviointiin eri tilanteissa

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

¹¹ Listaus on tarkoitettu esimerkiksi, jota Hyvinvointialue voi käyttää omien ohjeistustensa laatimisen tukena

LIITE 4: Kansallisen koulutusalan puitteissa koulutettavat psykososiaaliset interventiot ja niihin liittyvä näytön aste (yli 18 – vuotiaat)

Kognitiivinen lyhytterapia (KLT, aikuiset)

Kognitiivisen lyhytterapian perustana on nykytietämyksen mukaan vaikuttavat kognitiivis-behavioraalisen terapian osat ja tunnetut työtavat, jotka tämänhetkisen tutkimustiedon valossa ovat keskeisiä mielenterveyden ongelmien hoidossa, ja jotka toistuvat eri pituisissa interventioissa ja hoito-ohjelmissa. Lisäksi kognitiiviseen lyhytterapiaan sisältyy myös kaikille työskentelymuodoille yhteisiä vaikuttavia tekijöillä, joihin lukeutuvat asiakkaan odotukset, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhde, asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet sekä tilannesidonnaiset tekijät.

Näytön aste (A & B näytön aste osana Käypä hoito -suosituksia)

Ahdistuneisuushäiriöt

- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa tehokkaampaa kuin tavanomainen psykiatrinen hoito, psykologinen lumehoito tai jonotuslista. Näytön aste A.
- Uudet kognitiiviset psykoterapiat vähentävä tehokkaasti yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön kuuluvaa liiallista huolestuneisuutta. Näytön aste A.
- Psykoterapia, jossa yhdistetään kognitiivinen restrukturointi ja altistaminen, on tehokas ahdistuneisuuteen ja samanaikaiseen masennukseen yleistyneessä ahdistuneisuushäiriöissä. Näytön aste A.
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia vähentää tehokkaasti ahdistuneisuuden lisäksi samanaikaista masennusta yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä. Näytön aste A.
- Kognitiivisella psykoterapialla saavutettu hoitotulos liiallisen huolestuneisuuden vähenemisessä säilyy 12 kuukauden ajan hoidon päättymisen jälkeen. Näytön aste A.
- 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 B.
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia vähentää paniikkikohtausten määrää ja niihin liittyvää välttämiskäyttäytymistä. Näytön aste A.
- Kognitiivis-behavioraalisella psykoterapialla saavutettu hoitotulos säilyy ilmeisesti ainakin 6 kuukauden ajan hoidon päättymisen jälkeen. Näytön aste B.
- Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on tehokasta sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa. Näytön aste A.
- Sellainen kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, joka sisältää in vivo -altistamista (eli toiselämässä tapahtuvaa), on ilmeisesti tehokasta julkisten paikkojen pelkoon. Näytön aste B.

Masennus

- Kognitiivis-behavioraaliset ja interpersonaaliset lyhytterapiat ovat tuloksellisia depressioiden akuuttivaiheen hoitomuotoja. Näytön aste A.
- Positiivisia kokemuksia ja sosiaalista toimintaa aktivoivat käyttäytymisinterventiot ovat hyödyksi masennusoireiden vähentämisessä. Näytön aste A.

- Lyhyet, pääosin perusterveydenhuollossa käytettävät ongelmanratkaisuterapia ja kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat ovat vaikuttavia depression hoidossa. Näytön aste A.

Riippuvuudet

- Motivoivaa haastattelua laajempi kognitiivinen käyttäytymisterapia ilmeisesti parantaa kohtalaisen tai vaikean alkoholiongelman hoitotulosta. Näytön aste B.
- Sekä kognitiivis-behavioraalinen terapia että motivaatiota lisäävä terapia näyttäisivät olevan tehokkaita hoitomuotoja kannabisriippuvuuden hoidossa silloin, kun potilaalla ei ole vaikeaa mielenterveyden häiriötä. Näytön aste B.
- Yhteisöhoitomalli, 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 B.

Unettomuus

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

Interpersonaalinen terapia (IPT, aikuiset)

IPT perustuu interpersonaalisen terapian viitekehukseen, jossa ajatellaan masennuksen kytkeytyvän asiakkaan ihmissuhteisiin. IPT:ssä havaittavat myönteiset muutokset ajatellaan selittyvän IPT:hen sisältyvien sisältöjen lisäksi myös kaikille työskentelymuodoille yhteisillä vaikuttavilla tekijöillä, joihin lukeutuvat asiakkaan odotukset, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhde, asiakkaan ja terapeutin ominaisuudet sekä tilannesidonnaiset tekijät.

Näytön aste (A & B näytön aste osana Käypä hoito -suosituksia)

- Kognitiivis-behavioraaliset ja interpersonaaliset lyhytterapiat ovat tuloksellisia depressioiden akuuttivaiheen hoitomuotoja. Näytön aste A.

Interpersonaalinen ohjanta (IPC, aikuiset)

IPT perustuu interpersonaalisen terapian viitekehukseen, jonka lyhennetty työskentelymuoto IPC on.

Näytön aste (A & B näytön aste osana Käypä hoito -suosituksia)

IPC:tä ei mainita Käypä hoito -suosituksissa, mutta se on lyhennetty versio IPT:stä, johon liittyy A-tason näyttö masennuksen hoidossa. Menetelmän käyttö ja ylläpito osana porrastettua hoitomallia perustuu kotimaasta saavutettuihin hyviin kokemuksiin mielialaoireiden ja lievän masennuksen hoidossa.