

LAUSUNTO HALLITUKSEN ESITYKSESTÄ 168/2026 EDUSKUNNALLE

Kiitämme mahdollisuudesta antaa lausunto.

Psykoterapiakoulutuksen uudistaminen kaksipuoliseksi on rakenteellisesti merkittävä ratkaisu, joka vaikuttaa mielenterveyspalvelujen saatavuuteen, laatuun ja kehityssuuntaan pitkälle tulevaisuuteen. Kyse ei ole pelkästään koulutuksen teknisestä järjestämisestä, vaan siitä, millä periaatteilla asiantuntijuus, tutkimus, kehittäminen riittävän monella rintamalla ja käytännön toiminta suhteutuvat toisiinsa.

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry:n mukaan psykoterapioiden ja psykososiaalisten hoitojen toimiva kokonaisuus edellyttää a) monipuoliseen tutkimusnäyttöön perustuvan monipuolisen hoitovalikon, b) yksilöllisen ja usein pelkkää oireilua laajemman arvion hoidon tarpeista ja mahdollisuuksista, c) eri psykoterapioiden mahdollisuuksien ja rajoitusten hyvää tuntemusta palvelujärjestelmässä ja d) hoitomuodon valinnan ja hoidon suunnittelemisen yhdessä potilaan kanssa sekä sujuvan ohjauksen soveltuvaan hoitomuotoon. Hoitojärjestelmän porrastus ei saisi viivyttää tarpeenmukaista hoitoa millään portaalla.

ALEMMAN KOULUTUKSEN TULEE SYVENTÄÄ AMMATTILAISTEN OSAAMISTA JA LAAJENTAA HOITOVALIKKOA

1. portaan terapiakoulutuksen menetelmäosuuden (15 op) rakentuminen kapean viitekehys- tai menetelmävalikon varaan uhkasi hallitusohjelman keskeisiä tavoitteita hoidon yhdenvertaisuudesta ja erilaisille potilaille soveltuvien hoitojen saatavuuden lisäämisestä. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman kehittämisen periaatteiksi on linjattu (2025) mm. yhdenvertaisuus ja vaikuttavuus. Kapea menetelmävalikko rikkoo näitä periaatteita. Esim. Terapiat etulinjaan -mallin tarjoama kapea menetelmävalikoima voi olla toimiva lisä perustason hoitovalikoimaan mutta ei yksin riittävä pohja alemman koulutuksen hoitomenetelmäopinnoiksi (15 op).

Potilasryhmätasolla eli tietyssä diagnoosiryhmässä on yleensä useita tutkitusti yhtä lailla vaikuttavia psykoterapiasuuntauksia. Yksittäisen potilaan kohdalla voi sen sijaan olla aivan ratkaisevia eroja psykoterapioiden soveltuvuudessa ja itse vaikuttavuudessa.

Yksikään tutkitusti vaikuttava psykoterapiamuoto tai hoitomalli ei toimi kaikilla potilailla. Siten vain monipuoliselle psykoterapiavalikolle rakentuva psykoterapeuttisten hoitojen koulutusjärjestelmä voi olla vaikuttava tai yhdenvertainen. Ei ole syytä rakentaa perustason menetelmäosaamista esim. pelkän kognitiivisen lyhytterapian eli KLT:n mallien varaan.

Yhdysvaltain psykologiyhdistys APA linjaa (2005) mittavien katsausten pohjalta, että näyttöön perustuva käytäntö edellyttää psykoterapioiden häiriöryhmäkohtaisten vaikuttavuustutkimusten lisäksi *ammattilaisen arvion kyseisen potilaan yksilöllisistä tarpeista ja mahdollisuuksista sekä potilaan piirteiden, kulttuurin että toiveiden huomioimista jo hoidon valinnassa ja suunnittelussa*. Ilman monipuolista näyttöön perustuvaa hoitovalikoimaa jo perustasolla tällainen ei kuitenkaan ole mahdollista. Näiden tulosten valossa onkin ymmärrettävää, että muihin terveydenhoidon interventioihin verrattuna potilas on psykoterapeuttisissa hoidoissa vähemmän passiivinen intervention kohde ja enemmänkin aktiivinen hoitoprosessin osapuoli *hoitomuodon valinnasta alkaen*. Psykoterapioiden keskeinen vaikuttava elementti on potilaan ja terapeutin välinen monimuotoinen yhteistoiminta (Leiman M. 2015). Kaikki psykoterapiat perustuvat hyvin vahvasti vastavuoroiseen ja intensiiviseen vuorovaikutukseen, jossa potilaan myös itse psykoterapiatyöskentelyä koskevat merkityksenannot ja kokemukset ovat ohittamattomia.

Terapian yksilöllisen soveltuvuuden varmistaminen on linjaavien periaatteiden eli yhdenvertaisuus ja vaikuttavuus kannalta aivan olennaista. Jos hoitovalikko on monipuolinen ja potilasta kuullaan psykoterapiamuodon valinnassa, yhteistyösuhde terapeutin kanssa kehittyy suopeammin ja mittavien meta-analyyysien mukaan keskeyttämisriski vähenee yli 30 %:lla (Windle ym. 2020) tai se lähes puolittuu (Swift J. K. ym. 2021). Potilaan toiveiden huomioiminen on yhteydessä myös toteutuneiden hoitojen tuloksellisuuteen. Kotimainen Käypä hoito -näytönastekatsaus (2020) noteeraa psykoterapiapotilaan toiveiden huomioimisen yhteyden hoitoon sitoutumiseen ja sen tuloksellisuuteen parhaalla näytönasteella A. Myös potilaslaki ohjaa kuuntelemaan potilasta hoitoratkaisuissa. Tällä seikalla on myös suuri eettinen merkitys (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992: §5 ja §6). Ilman monipuolista psykososiaalisten hoitojen valikkoa jo perustasolla ja kyllin paneutuvaa hoitoonohjausta tämä ei kuitenkaan ole mahdollista. Monipuolisen psykososiaalisten hoitojen palveluvalikon kehittäminen on keskeinen lähtökohta alemman terapiakoulutuksen suunnittelemiselle väestön tarpeiden näkökulmasta.

Koulutettavan menetelmävalikon sisällöllinen ohjaus vaikuttaa luonnollisesti hoitokulttuuriin ja klinikoiden taitoihin ja ajatteluun joko niitä rikastaen tai niitä kaventaen. Koska psykoterapioiden vaikutusmekanismeista tiedetään toistaiseksi vain rajallisesti (Cuijpers P. et al 2019), on koulutusjärjestelmän rakentamisessa *aivan*

oleellista eksplisiittisesti vaalia moniteoreettista ja -menetelmällistä psykoterapia-kulttuuria (Valkonen H. 2025). Sellainen ruokkii klinikon ja järjestelmän oppimista kohti potilaan realististen ja monimuotoisten tarpeiden ja mahdollisuuksien tunnistamista. Monipuolisen palveluvalikoiman eksplisiittinen korostaminen jo 1. portaan koulutuksen menetelmäopinnoissa voi myös olla tärkeä viesti esimerkiksi hyvinvointialueille, joilla saattaa olla taloudellisia paineita karsia palveluvalikoimaa huomioimatta pitkän aikavälin inhimillisiä ja taloudellisia seurauksia palveluvalikoiman, klinisen ajattelun ja osaamisen köyhtymisestä. Psykoterapeuttisten hoitojen vaikuttavuustutkimuksen keskeinen ja toistuva tulos on se, että psykoterapiamuodoille yhteisten tekijöiden selitysosuudet terapian tuloksellisuuden vaihtelusta ovat menetelmäspesifisiä tekijöitä eli tekniikoita suurempia (esim. Wampold B.E. 2015 ja Valkonen H. & Heinonen E. 2026).

Psykoterapeuttisten hoitojen koulutusjärjestelmän rakentamisen pitäisi lähteä väestön yksilöllisten tarpeiden ja mahdollisuuksien tunnistamisesta. *Pelkkä menetelmien vaikuttavuuden vertaileminen potilasryhmätasolla jää vaikuttavuuden lisäämisen kannalta puolitiehen, koska silloin suurin osa vaikuttavuuteen liittyvistä tekijöistä (mm. terapiamuodoille yhteisten muuttujien ja hoidon yksilöllisen räätälöimisen) ja mahdollisuuksista ohitetaan. Koulutusjärjestelmää kehitettäessä katseen tulisi siis olla erityisesti potilaassa ja menetelmän soveltuvuudessa potilaalle.* Ei siis ole syytä rakentaa alemman koulutuksen kompetensseja kapean oirekeskeisten menetelmien valikon varaan. Tämänkin koulutuksen tulisi sen sijaan olla teoriaa, menetelmiä, potilasharjoittelua ja työnohjausta kokemuksellisesti integroiva prosessi pikemminkin kuin erillisten menetelmämoduulien omaksumista. Tavoitteena olisi kokemuksen ja terapeuttisessa työryhmässä työskentelemisen myötä oppia taito transdiagnostiseen potilaslähtöiseen hoitoa ohjaava hoitosuunnitelmaan.

Riskinä alemman koulutuksen menetelmäopetuksen rakentamisessa kapean menetelmävalikon varaan on mielenterveyden hoidon kaventuminen ja heikentyminen: Terapiat etulinjaan -hankkeen esikuvan IAPT:n mukaisissa malleissa hoidot keskeyttäneiden osuus on ollut suuri ja malli on osoittautunut huomattavan kalliiksi esim. brittiyhteiskunnalle. Voimakkaasti manualisoituja lyhytinterventiomalleja on kansainvälisesti kritisoitu mm. korkeista hoidon keskeyttämisluvuista, oiremittareihin rajoittuvasta vaikuttavuuden arvioinnista sekä siitä, että vaikeimmin oireilevat ja pitkäkestoisista mielenterveyden häiriöistä kärsivät potilasryhmät jäävät usein mallin ulkopuolelle tai hyötyvät siitä vain rajallisesti. Riskinä on, että hoidon vaikuttavuutta arvioidaan ensisijaisesti lyhyen aikavälin oiremuutosten perusteella. Tällöin psykoterapeuttisen työn ihmissuhteisiin liittyvät sekä kehitykselliset että pitkäjänteiset vaikutukset jäävät vähemmälle huomiolle. Terapiat etulinjaan -mallin hoidoista on saatavilla hoidon aikaista oireseurantatietoa, mutta ei ilmeisesti seuranta- tai vertailutietoja muihin palvelujärjestelmissä tavanomaisiin hoitomuotoihin ja tukitoimiin?

Väestön monimuotoisten hoidollisten tarpeiden ja hyvin yksilöllisten muutos-työskentelyn edellytysten vuoksi alemman koulutuksen tulee tarjota myös menetelmä-koulutuksessa vaihtoehtoisia näyttöön perustuvia hoidollisia lähestymistapoja. Riittävä peruskäsitys eri psykoterapiamuodoista perustasolla on tärkeä myös perustason palveluiden suuren potilasvolyymien ja sen keskeisen potilasohjausroolin vuoksi. Uuden alemman koulutuksen tulisi myös toimia mielekkäänä pohjana kaikille eri suuntausten varsinaisille psykoterapeuttikoulutuksille.

Lapsille ja nuorille suunnattuun koulutukseen pitäisi määritellä erikseen osaamistavoitteet (kuten ikävaiheisiin liittyvä vaihtelu, tunne-elämän ja itsesäätelyn kehitys, leikki, symbolisaatio, kiintymys- ja perhesuhteet, koulun ja vertaisryhmän vaikutus ja nuoruusiän kehityshaasteet). Lasten kanssa työskentelevän on tärkeää ymmärtää, miten sama oire voi ilmetä eri ikävaiheissa ja erilaisissa elämäntilanteissa. Pelkkä oireiden tunnistaminen ei riitä, vaan koulutuksen suorittaneen pitäisi pystyä arvioimaan oireen suhdetta normaalikehitykseen, jotta normaalikehitystä ei tarpeettomasti patologisoida ja hoitoa vaativa oireilu saa asianmukaisen hoidon. Lasten ja nuorten kohdalla oireiluun voidaan vastata yksilöön kohdistuvan intervention sijasta myös tukemalla vanhempia tai muuttamalla koulunkäynnin olosuhteita.

Lasten ja nuorten kohdalla on erityisen tärkeää ymmärtää, ettei psykososiaalista interventiota voi soveltaa mekaanisesti oireeseen ja että perustasollakin oireelle tulee etsiä vaihtoehtoisia selityksiä. Intervention rajoitukset on tärkeää ymmärtää. Jokaisen menetelmää käyttävän ammattilaisen on tunnistettava tilanteet, joissa oma osaaminen tai käytössä oleva menetelmä ei riitä. Lasten ja nuorten kanssa työskentelyyn tarvittavaa osaamista ei pidä voida osoittaa yksinomaan aikuisten kanssa tehdyllä työllä eikä yksittäisillä harjoitustapauksilla. Lasten ja nuorten interventioiden työnohjaajilta tulee edellyttää ohjattavan menetelmän tuntemisen lisäksi kyseisen ikäryhmän kliinistä työkokemusta ja osaamista.

KANSALLISEN KOORDINOINNIN JA SISÄLTÖOHJAUKSEN TULEE OLLA MONITIEITEISTÄ, RIIPPUMATONTA JA KESKEISTEN TAHOJEN YHTEISTYÖTÄ

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry kannatta koulutusten, myös menetelmä-koulutuksen (15op) osalta, vetovastuun säilymistä psykoterapiayliopistoilla. Yliopistojen laaja ja monitieteinen osaaminen tarjoaa vankimmin tutkimusperusteisen ja monin tavoin myös riippumattomimman mahdollisuuden kehittää laajasti ja monella rintamalla erilaisia väestön tarpeisiin vastaavia psykoterapeuttisia hoitomuotoja. Esim. jo onnistuneesti pilotoitu Turun Yliopiston ja Varhan 1. portaan koulutuksen sisältö vaikuttaa oikeansuuntaiselta: Yleisten psykoterapiakompetenssien (30 op) lisäksi menetelmäopetus (15 op) käsittää kognitiivisen, integratiivisen, psykodynaamisen,

mentalisaatio- ja perhepsykoterapian menetelmiä. Ei ole syytä rajata keskeisiä viitekehyksiä ulos perustason menetelmäosaamisesta.

Myös erikoissairaanhoidon keskittämisasiasetuksessa 10/2025 voimaan tullut perustelu-muistio erottaa selvästi hyvinvointialueiden vastuun hoitomenetelmien käyttöönoton arvioinnissa ja yliopistojen lakisääteisen ja ensisijaisen koulutusvastuun. Yliopistojen koulutusvastuun säilyttäminen koulutuksen sisältöjen määrittelyssä turvaa koulutuksen tieteellisen perustan ja kriittisen riippumattomuuden palvelujärjestelmän monenlaisista tilannesidonnaisista tarpeista.

Palvelujärjestelmiä ja koulutusta ei tule kehittää jokin menetelmä tai kapea hoitovalikko edellä. Tuore lasten ja nuorten terapiatakuu on varoittava esimerkki sellaisesta. Terapiatakuu koskee vain muutamaa menetelmää, jotka epidemiologisten arvioiden mukaan voivat kattaa edes teoriassa vain viidenneksen ikäryhmän psykoterapeuttisen hoidon tarpeista. Suurin osa väestöstä jää siis hoitotakuun ulkopuolelle. Myös ammattilaisten kokemusten perusteella takuun kattamat oirekeskeiset ja manualisoidut menetelmät ovat rajallisesti sovellettavissa monessa kliinisessä tilanteessa. <https://suomenkuvalehti.fi/paajutut/terapiatakuun-piti-helpottaa-selvasti-nuorten-mielenterveysongelmien-hoitoa-skn-selvityksen-mukaan-juuri-mikaan-ei-ole-muuttunut/?shared=1362914-c3dd285c-1>

Terapiatakuu nykyisellään ei siis ole yhdenvertainen eikä vaikuttava väestön tarpeiden näkökulmasta. Hallituksen esityksen ulkopuolelta todettakoon, että Terapiatakuuta tulisi pikaisesti kehittää ja laajentaa kohti väestön monimuotoisia hoidollisia tarpeita.

EFPP Suomen Kansallinen verkosto ry näkee nykytilanteessa riskin sille, että monella tapaa paineisia hyvinvointialueita velvoittavana nykymuotoinen terapiatakuu voisi jopa määrittää uuden alemman terapiakoulutuksen menetelmäopintoja. Vieläkin terapiatakuun toteuttamista tärkeämpää on kuitenkin suunnitella palvelu- ja koulutusjärjestelmämme pitkällä tähtäimellä ja perusteellisemman tilannearvion perusteella eli väestön todellisten psykoterapeuttisen hoidon tarpeiden ja yksilöllisten tilanteiden pohjalta ja vankan ja joustavan perustason terapiaosaamisen kehittämiseksi. Palvelujärjestelmän tulee sopeutua potilaan tilanteeseen. Potilaan ei pidä joutua sopeutumaan kapeisiin hoitovaihtoehtoihin.

Jos 1. portaan koulutuksen sisältöjen ohjaus painottuu liikaa palvelujärjestelmälle, vaarana on, että koulutusjärjestelmä jää kiinni nykyisiin toimintamalleihin. Tällöin uusien hoitomenetelmien kehittäminen ja pitkäjänteinen tutkimusperustainen uudistaminen voivat jäädä esim. lyhyen aikavälin säästöpainneiden varjoon. Psykoterapiakoulutusten tehtävä ei ole pelkästään toteuttaa palvelujärjestelmän funktiota vaan kehittää eri tieteenaloja hyödyntäen psykoterapeuttista osaamista laajemmin ja sitä kautta koko palvelujärjestelmää.

Yhdenvertaisuus ja vaikuttavuus voidaan siis saavuttaa vain aidosti monipuolisella kaksipuolisella koulutusjärjestelmällä, jossa osaaminen voi syventyä eri viitekehyksissä ja terapiamuodoissa (yksilö-, pari-, perhe-, kuvataide- ja ryhmäpsykoterapiat). Tällainen hyvinkin erilaisten mutta tärkeiden tutkimusparadigmojen, tutkimustulosten ja monitieteisen kokonaiskuvan hahmottaminen vaikuttavan psykoterapeuttiosaamisen pohjaksi on nähdäksemme psykoterapeutteja kouluttavien tieteellisesti riippumattomien ja eri tieteenaloja edustavien yliopistojen vaativa tehtävä.

Psykkisten häiriöiden ja psykoterapioiden terveysvaikutusten hahmottamisen tulee olla monitieteistä ja ihmisen kokonaisuutta hahmottavaa. Psykkistä pahoinvointia ei voida ymmärtää pelkästään yksilön oireina, vaan siihen liittyvät myös ihmisen suhteet, yhteisöt ja sosiaalinen ympäristö. Esim. ryhmäanalyttinen ja relationaalinen näkökulma täydentää yksilökeskeisiä hoitomalleja ja auttaa palvelujärjestelmääkin ymmärtämään mielenterveyttä osana ihmisen vuorovaikutuksellista ja yhteiskunnallista todellisuutta.

1. portaan menetelmäkoulutuksen rahoituksen ohjaaminen yliopistoille mahdollistaisi helpommin muidenkin kuin hyvinvointialueilla työskentelevien ammattiryhmien tai ammattilaisten kouluttautumisen psykoterapeuteiksi. Ei ole perusteltua sulkea koulutusten ulkopuolelle esim. soveltuvan työkokemuksen omaavia teologeja. Psykoterapeuttisten hoitomuotojen koulutusten pohjakoulutusvaatimukset on hyvä säilyttää moniammatillisina.

Tulevilla lakimuutoksilla ja koulutusrakenteilla ei tule kaventaa psykoterapiakoulutuksen ja palvelujärjestelmän sisältöohjausta käytännössä tekevien eri tieteiden ja organisaatioiden tai professioiden joukkoa. Sisällöllisten linjausten ja rakenteellisten ratkaisujen kriittistä, monipuolista ja tieteellistä arviointia tukee nimenomaan moniammatillisuus, monitieteisyys ja konsensustyö keskeisten osaajien ja tahojen kesken. Eri instanssien välinen ns. adversiaali kollaboraatio – esim. eri psykoterapiasuuntauksia ja eri tieteenaloja edustavien tahojen pyöreä pöytä – auttaa myös pienessä maassa tunnistamaan objektiivisuutta vaarantavat sokeat pisteet ja mm. intressiristiriidat tai jääviydet palvelujen tai koulutusten tuottajan, tilaajan, arvioivan ja linjaavien tahojen välillä. Riskinä on esim. hoitomenetelmämonopolin syntyminen ilman riittävää ja puolueetonta arviointia ja riittävän monella ulottuvuudella validia näyttöä. Adversiaali kollaboraatio psykoterapiakoulutuksen vaativassa kehittämisessä voisi lisätä myös yleistä kentän luottamusta koulutus- ja palvelujärjestelmään.

NÄYTTÖÖN PERUSTUVIEN HOITOSUOSITUSTEN RAJOITUKSET TULEE HUOMIOIDA MYÖS PSYKOTERAPIAKOULUTUKSEN SUUNNITTELUSSA

Kliinikot ja palvelujärjestelmä tarvitsevat näyttöön perustuvien hoitosuosituksen kokoamaa ja tiivistämää tietoa. Psykoterapiakoulutuksen suunnittelemisessa on

kuitenkin tärkeä tuntee ja huomioida myös satunnaistettujen ja kontrolloitujen kliinisten kokeiden ja näyttöön perustuvien hoitosuosittelujen rajoitukset ja sokeat pisteet. Eräs keskeinen dilemma on *tutkimuksen sisäisen ja ulkoisen validiteetin välinen ristiriita*. Satunnaistetuissa ja kontrolloiduissa kliinisissä kokeissa saavutetaan korkea sisäinen validiteetti vakioimalla tutkimuksen kohteena oleva interventio ja kontrolloimalla sekoittavia muuttujia. Näiden tutkimusten ulkoinen validiteetti eli yleistettävyyttä kliiniseen arkeen sen sijaan on heikko mm. seuraavien seikkojen vuoksi: oikeasti kliinisessä arjessa interventioita tehdään responsiivisesti ainutkertaisessa vuorovaikutuksessa yksilöllisesti oireilevalle potilaalle mahdollisella tavalla, terveydenhuollon potilailla on usein useita hoitoprosessiin vaikuttavia häiriöitä ja, edellisten realiteettien takia merkittävä osa klinikoista käyttää myös muita kuin oman suuntauksensa interventioita.

135 psykoterapeuttisen hoitomuodon tutkimusnäyttöä vertailtiin 23 eri häiriöryhmässä neljässä hoitosuosituksessa (Morianan J.A. et al 2017). Vaikutusvaltaisilla hoitosuosituksilla (Brittein NICE, Cochrane instituutti, Yhdysvaltain APA ja Australian APS) oli edes kelvollinen konsensus vain seitsemässä häiriöryhmässä 23:sta. Pahimmillaan hoitomuodot saavat parhaan näytönasteen yhdessä hoitosuosituksessa, mutta eivät mitään noteerausta kolmessa muussa hoitosuosituksessa. Eniten tutkitun häiriön eli masennuksen kohdalla 23 hoitomuotoa sai jonkinasteisen noteerauksen näytöstä. Toisaalta masennuksen kohdalla yksikään hoitomuoto ei tullut noteeratuksi kaikissa neljässä hoitosuosituksessa. Eri hoitosuosittelut siis hyväksyvät tutkimuksia näytöksi vaihtelevin kriteerein ja keskenään ristiin. Koska konsensus hoitosuosittelujen ja niiden käyttämien kriteerien välillä on heikko, ei palveluvalikoiman tai terapiakoulutuksen sisältöjen suhteen kannata tehdä kovin tarkkoja tai ehdottomia johtopäätöksiä minkään yksittäisen hoitosuosittelun perusteella.

Ilman psykoterapiatutkimuksen laaja-alaista ja erilaisten tutkimusmenetelmien vahvuuksien ja rajoitusten tuntemista riskinä on käytännössä palveluvalikoiman ja koulutusjärjestelmän kapeutuminen jonkin yksittäisen hoitosuosittelun ja sen kapeiden kriteerien mukaisesti. Tarvitaan monitieteistä asiantuntemusta, kokonaisharkintaa ja lintuperspektiiviä kokonaiskuvan sisäisen ja ulkoisen validiteetin vaalimiseksi ja hyödyntääksemme viisaasti esim. keskenään ristiriitaisia tuloksia psykoterapioiden rekisteriseurantojen ja erilaisten hoitosuosittelujen välillä. Myös kokonaisharkinta on yksi Sosiaali- ja terveysalan Palveluvalikoiman kehittämisen periaatteista. Juuri sitä tarvitaan!

VIRANOMAISREKISTERÖINNIN MAHDOLLISET VAIKUTUKSET

POTILASTURVALLISUUTEEN JA PSYKOTERAPEUTTISTEN PALVELUIDEN KENTTÄÄN

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry pitää ongelmallisena, että ensimmäisen portaan koulutukseen liittyvä viranomaisrekisteröinti saattaisi luoda epäselvyyttä koulutuksen tuottaman osaamisen tasosta ja ammatillisista oikeuksista. Viranomaisrekisteriin

merkitty erikoispätevyys voisi antaa asiakkaille ja potilaille virheellisen käsityksen siitä, että kyseessä on itsenäiseen psykoterapeuttiseen hoitotyöhön oikeuttava pätevyys, vaikka koulutuksen laajuus ja sisältö eivät vastaa varsinaista psykoterapeuttikoulutusta.

Erityisenä riskinä EFPP Suomen kansallinen verkosto ry näkee sen, että rekisteröityä erikoispätevyyttä alettaisiin hyödyntää yksityisillä terapiapalvelumarkkinoilla uudenlaisten terapeutinimikkeiden ja palveluiden markkinoinnissa. Viranomaisrekisteröinti voisi tällöin toimia tosiasiallista koulutustasoa vahvempaan pätevyyden osoituksena ja hämärtää eroa psykoterapeutin suojatun ammattinimikkeen sekä muiden psykososiaalisia interventioita tarjoavien ammattihenkilöiden välillä. Tämä vaikeuttaisi asiakkaiden mahdollisuuksia arvioida palveluntarjoajien koulutusta, osaamista ja ammatillisia valmiuksia sekä voisi heikentää palvelujärjestelmän läpinäkyvyyttä.

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry korostaa, että ensimmäisen portaan koulutuksen tehtävänä on täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten olemassa olevaa osaamista ja vahvistaa heidän valmiuksiaan toteuttaa psykososiaalisia hoitoja oman ammattipätevyytensä puitteissa. Koulutuksen suorittaminen ei sellaisenaan muodosta uutta itsenäistä terapeutista ammattia eikä rinnastu psykoterapeutin pätevyyteen. Näiden koulutustasojen ja ammatillisten vastuiden välisen eron tulee säilyä yksiselitteisenä sekä palveluiden käyttäjille että niitä järjestäville tahoille.

Kysymys liittyy myös julkisen koulutusrahoituksen tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Maksuttoman ensimmäisen portaan koulutuksen keskeisenä tavoitteena on vahvistaa perustason mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja laatua. Mikäli koulutukseen liitetty viranomaisstatus muodostuisi yksityisillä palvelumarkkinoilla kaupallisesti hyödynnettäväksi pätevyystunnukseksi, vaarana olisi koulutuksen alkuperäisten tavoitteiden osittainen hämärtyminen.

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry pitää tärkeänä, että koulutuksessa saavutettua osaamista voidaan hyödyntää monipuolisesti erilaisissa ammatillisissa toimintaympäristöissä. Samalla on kuitenkin varmistettava, ettei viranomaisrekisteröinti luo perusteettomia mielikuvia koulutuksen tuottamasta kelpoisuudesta tai johda psykoterapeuttisten palveluiden ammattipätevyysvaatimusten tosiasialliseen hämärtymiseen. Potilasturvallisuuden, ammatillisen vastuun ja palvelujärjestelmän luotettavuuden näkökulmasta on olennaista, että koulutuksen tuottama osaaminen ja sen rajat ovat selkeästi tunnistettavissa.

VIITTAAVATKO KOTIMAISET REKISTERISEURANNAT TARPEESEEN RAKENTAA KOULUTUSJÄRJESTELMÄMME KAPEAN MENETELMÄVALIKOIMAN VARAAN?

HUS-alueen ostopalvelulyhytpsykoterapioiden useita diagnoosiryhmiä kattavassa rekisteriseurannassa oire- ja toimintakykymittareiden pisteet laskivat eri psykoterapiamuodoissa yhtä paljon (Saarni S. & al 2024). Potilaat oli ohjattu

perusterveydenhoidosta tai erikoissairaanhoidosta. Tutkijat nostivat keskeiseksi kysymykseksi, mikä hoidoista olisi kenellekin potilaalle sopivin. Ostopalvelu-psykoterapioissa yleisimmät potilasryhmät ovat ahdistus- ja masennuspotilaat.

Työterveyslaitoksen (Selinheimo S. ym. 2025) rekisteriseuranta käsitti 10 172 kuntoutuspsykoterapiassa kävijää. Siinä verrattiin työkyvyttömyyden muutoksia kuudessa yleisimmässä psykoterapiasuuntauksessa neljä vuotta ennen ja neljä vuotta kuntoutuspsykoterapian aloituksen jälkeen. Ennen psykoterapioiden alkua työkyvyttömyyspäivät lisääntyivät. Kuntoutuspsykoterapioiden alkaessa masennuksesta tai ahdistuksesta johtuvia korvattuja eli pidempiä sairauspoissaolojaksoja oli keskimäärin 30-42 päivää vuodessa. Kuntoutuspsykoterapioiden seurannassa sairauspoissaolot vähenivät 76-82%, eikä terapiasuuntausten välillä ollut merkitsevää eroa vähenemisessä. Tutkimus kuvaa hoitoja juuri sellaisina kuin ne hoitojärjestelmässä oikeasti tapahtuvat, eli ulkoinen validiteetti on vahva.

Myös tällaiset rekisteriseurantojen tulokset ovat olennaisia, vaikka tai itse asiassa juuri sen vuoksi, ettei kaikista psykoterapiamuodoista ole paljoa näyttöä hoitosuosituksissamme. Riskinä on siis pahimmillaan joidenkin em. rekisteriseurannoissa mukana olevien ja hyvin pärjäävien psykoterapioiden ulossulkeminen palvelu- tai koulutusvalikoimasta, jos esim. yksittäisiä hoitosuosituksia aletaan lukea sokeasti ja ilman kokonaisharkintaa, esim. lyhyen tähtäimen säästämisargumentein. EFPP Suomen kansallinen verkosto ry näkee nämä porrasteisen hoitojärjestelmän puolivälistä ja sen yläpuolelta saadut rekisteriseurantojen tulokset selkeänä signaalina myös alemman tason koulutussisällöille: koulutusjärjestelmää ei ole syytä rakentaa kapean viitekehysvalikoiman varaan.

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry kannattaa valiokunnan myönteistä mietintöä hallituksen esityksestä:

- Keskeisenä perusteena yliopistojen vetovastuu koulutuksesta
- Hallituksen esityksen parannusehdotuksena edelleen painotusta monipuolisen koulutusjärjestelmän ja potilaslähtöisen palvelujärjestelmän rakentaminen

EFPP Suomen Kansallinen verkosto ry:n puolesta

Helsingissä 20.10.2026

Jussi Sario

Tutkimuksen edistämistyöryhmän puheenjohtaja

Antti-Jussi Pyykkönen

Tutkimuksen edistämistyöryhmän jäsen

Kirsi Huttula

Tiedostus- ja SOTE-työryhmän puheenjohtaja

Sari Sundvall-Piha

Hallituksen puheenjohtaja

KESKEISET LÄHTEET

American Psychological Association (2005): American Psychological Association Policy statement on evidence based practice in psychology.

www.apapracticecentral.org/ce/courses/ebpstatement.pdf

Cuijpers P. et al. (2019): The role of common factors in psychotherapy outcomes. Annual Review of clinical psychology. Vol 15, 207-231.

Käypä hoito näytönastekatsaus (2020). Potilaan toiveet psykoterapeuttisesta hoidosta.

<https://www.kaypahoito.fi/nak08232>

Leiman M. (2015). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. s. 13-25. Teoksessa Psykoterapiat. Duodecim.

Moriana J.A. et al. (2017): Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. [Clinical Psychology Review Volume 54](#), June 2017, Pages 29-43.

Saarni S., Malkki V. & Plattonen A. (toim.) (2024). Psykoterapian kohdentumisen ja vaikuttavuuden optimointi Suomessa. Kuntoutusta kehittämässä 41, KELA.

Selinheimo, S. et. al. (2025). Is psychotherapy orientation important for depressive and anxiety disorderrelated work disability outcomes? A prospective nationwide register study. BMC Psychiatry 25, 680 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07140-4>

Swift J. K. et. al. (2021). The importance of listening to patient preferences when making mental health care decisions. World Psychiatry 20 / 3 October, 316-317.

Valkonen H. (2025). Psykoterapian ytimessä – psykoterapian vaikutusmekanismi ja perusolemus kolmen metateorian eriävien näkemysten valossa. Duodecim, vol. 141, 1888-87.

Valkonen H. & Heinonen E. (2026). Psykoterapian yhteisten tekijöiden merkitys hoidon tuloksellisuudelle on keskeinen. Duodecim, 142, 1567-74.
<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo19588.pdf>

Wampold B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry, 14, 270–277

Windle E, Tee H, Sabitova A, Jovanovic N, Priebe S. (2020). Association of patient treatment preferences with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions. A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry; 77, 294-302.