European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy
EFPP Suomen kansallinen verkosto ry

Hyvä puolueen puheenjohtaja

Äänestämmekö puoleenne ehdokasta tulevissa eduskuntavaaleissa huhtikuussa 2027? Psykoterapiaa ja muita mielenterveyspalveluja tarvitsevien sekä ammattilaisten keskuudessa oleellinen kysymys on, miten ehdokkaat järjestäisivät mielenterveyspalvelut ja psykoterapian maassamme.

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry on vuosien ajan toiminut laaja-alaisesti psykososiaalisten palveluiden ja psykoterapian monipuolisen palvelutarjonnan varmistamisen puolesta maassamme. Sanomamme on tiivistettynä seuraava:

Mielenterveyspalvelujen toimiva kokonaisuus edellyttää a) monipuoliseen tutkimusnäyttöön perustuvan monipuolisen hoitovalikon, b) yksilöllisen ja pelkkää oireilua laajemman arvion hoidon tarpeista ja mahdollisuuksista, c) hoitomuodon valinnan ja hoidon suunnittelun yhdessä potilaan kanssa sekä d) sujuvan ohjauksen riittävään ja yksilöllisesti soveltuvaan hoitomuotoon. Hoitojärjestelmän porrastus ei saisi viivyttää tarpeenmukaista hoitoa.

Palvelujärjestelmän tulee perustua eri hoitomuotojen ja psykoterapioiden mahdollisuuksien ja rajoitusten tuntemukseen ja olla potilaslähtöistä häiriökohtaisten hoitomallien korostamisen sijaan. Palvelujärjestelmän kehittämisen tulisi parantaa sekä hoitovalikon että yksittäisen hoitoprosessin yksilöllistä soveltuvuutta.

Potilasryhmätasolla on yleensä useita tutkitusti yhtä lailla vaikuttavia psykoterapiasuuntauksia. Yksittäisen potilaan kohdalla psykoterapioiden välillä voi kuitenkin olla ratkaisevia eroja soveltuvuudessa ja itse vaikuttavuudessa. Yksikään tutkitusti vaikuttava psykoterapiamuoto tai hoitomalli ei toimi kaikilla potilailla. Siten vain monipuoliselle psykoterapiavalikolle rakentuva palvelujärjestelmä voi olla vaikuttava tai yhdenvertainen.

Mielenterveyspalveluvalikoimaan tulee sisältyä monipuolisesti eri viitekehyksiin perustuvia lyhyitä, keskipitkiä ja pitkiä hoito- ja kuntoutuspalveluja yksilöille, ryhmille, pareille ja perheille. Palveluvalikoimaan tulee sisältyä myös toimintaterapia ja erilaiset taideterapiat. Puhelin-, netti- ja chattipalvelut ovat hyvä lisä matalan kynnyksen palveluihin, mutta yksinään ilman tarjolla olevia henkilökohtaisia vastaanottoja ne ovat usein riittämättömiä.

Oirediagnostiikkaa kokonaisvaltaisempi psykoterapia-arvio voi olla korvaamaton *tarvittaessa jo aivan hoitopolun alussa,* jotta myös pidempi psykoterapia voisi *tarvittaessa* alkaa suoraan eikä vasta viiveellä mahdollisesti jopa usean riittämättömän intervention jälkeen (Sarvasmaa S. ym. 2026).

On näin ollen tärkeää, että perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskentelee mielenterveystyötä tekevän henkilöstön ohella myös eri suuntauksien psykoterapeutteja, jotka voivat tehdä psykoterapiaa, arvioida sen soveltuvuutta asiakkaille ja työnohjata mielenterveystyötä tekevää muuta henkilöstöä.

Arvioiden perusteella mielenterveyden häiriöiden vuosittainen esiintyvyys aikuisilla olisi 20-25 %. Masennushäiriöt ovat kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyshäiriö ja kaiken kaikkiaan yksi suurimmista kansanterveys-ongelmistamme. Esimerkiksi masennustilasta kärsii vuosittain aikuisväestöstä 5-7% ja elämänsä aikana masennukseen sairastuu joka viides.

STM:n arvion (2023) mukaan psykoterapeuttisia interventioita Suomessa tarvitsisi vuosittain 120 000-140 000 henkilöä. Vuonna 2025 kuntoutuspsykoterapiaa sai 67 000 henkilöä; se on noin 2 % kaikista työikäisistä suomalaisista ja noin 7 % niistä, joilla epidemiologisten arvioiden perusteella on

go rkdelwuDfe-ByKexDuwfe

mielenterveyden häiriö vuoden aikana. Merkillepantavaa on, että vain 19 % masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkettä hakeneista oli saanut kuntoutuspsykoterapiaa edeltäneen viiden vuoden aikana. Herää kysymys, onko kuntoutuspsykoterapiaa ollut saatavilla eläkettä hakeneilla.

Perustasolle tarvitaan lyhytinterventioita, mutta sitäkin hoitovalikkoa tulisi kehittää huomioiden väestön monimuotoiset tarpeet, painottaen pitkän aikavälin vaikuttavuutta erityisesti toimintakykyyn eikä mikään menetelmä tai kapea hoitovalikko edellä. Tuoreen lasten ja nuorten terapiatakuun ongelma on, että se kattaa niin suppean menetelmävalikoiman että takuu voi kattaa väestön hoidon tarpeista vain noin viidenneksen. Tämä ei ole vaikuttavaa eikä yhdenvertaista.

Tutkimusten mukaan erityisesti monimuotoisista ja pitkäkestoisista ongelmista kärsivät tarvitsevat yleensä intensiivistä, pitkäkestoista psykoterapiaa ja hyötyvät siitä pitkällä aikavälillä enemmän kuin lyhytkestoisesta terapiasta kansainvälisesti (Leichsenring ja Rabung 2011) ja Suomessa (Knekt ym. 2016). Potilaat, joiden oireilu on pitkäkestoista ja joiden työ- ja toimintakyky on heikentynyt, kokevat usein lyhyet terapiat riittämättöminä ja hakeutuvat myöhemmin lisähoitoihin, yleensä pitkään psykoterapiaan (Knekt ym. 2012). Liiallinen lyhytkestoisten mielenterveyspalvelujen tarjoaminen hyvinvointialueilla (etenkin moniongelmaisille potilaille) voi johtaa pyöröovi-ilmiöön tai potilaat voivat jäädä heitteille.

Terapian yksilöllisen soveltuvuuden varmistaminen on olennaista. Jos hoitovalikko on monipuolinen ja potilasta kuullaan psykoterapiamuodon valinnassa, yhteistyösuhde terapeutin kanssa kehittyy suopeammin ja mittavien meta-analyysien 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 psykoterapioiden valikkoa ja yksilöllisesti paneutuvaa hoitoonohjausta tämä ei kuitenkaan ole mahdollista.

KELAN KUNTOUTUSPSYKOTERAPIASTA

Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutuspsykoterapia sekä palveluseteleillä ja ostopalveluna hankittava psykoterapia täydentävät hyvinvointialueiden mielenterveyspalveluja erinomaisesti jos hoitoonohjaus toimii. Hyvinvointialueet tarvitsevat omien resurssiensa tueksi ja rinnalle edelleen Kelan kuntoutuspsykoterapiat ja mahdollisuuden ostaa psykoterapiapalveluja alueen ja sen väestön tarpeiden mukaisesti. Hyvinvointialueiden resurssit eivät riitä vastaamaan kuntoutuspsykoterapiatarpeeseen.

Psykoterapia yksityisen ammatinharjoittajan tuottamana on huomattavasti edullisempaa kuin hoito julkisessa terveydenhoidon organisaatiossa, jossa hallinto, byrokratia ja fyysiset puitteet vievät merkittävän osan resursseista. Esimerkiksi käynti psykologin tai sairaanhoitajan vastaanotolla erikoissairaanhoidossa maksaa lähes tuplaten verrattuna käyntiin yksityisellä pitkälle koulutetulla psykoterapeutilla.

Kelan kuntoutuspsykoterapioissa kävijöiden määrä kasvoi 122 % vuosina 2015-2021. Sittemmin *kävijä*määrän kasvu on hidastunut ja käynti*frekvessi* on harventunut (nyt vain keskimäärin 27 käyntiä vuodessa) mutta psykoterapiajaksot ovat samalla pidentyneet. Siksi kuntoutuspsykoterapian kokonaiskustannukset eivät ole enää lisääntyneet, vaikka edelleenkin yhä useampi käy kuntoutuspsykoterapiassa. Vuonna 2018 psykoterapian aloittaneista 21% kävi kuntoutuspsykoterapiassa vuoden, 20% kaksi vuotta ja 59% aloittaneista kävi kuntoutuspsykoterapiassa kolme vuotta (Selinheimo S. ym. 2024).

go rkdelwuDfe-ByKexDuwfe

Mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden riskitekijöitä pitäisi tuntea monipuolisemmin ja ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan ohjaamisen tulisi olla sujuvampaa ja potilaslähtöistä. Mm. miehet ja matalamman tulotason ryhmät alikäyttävät ylipäänsä monia terveyspalveluja - myös kuntoutuspsykoterapiaa työkyvyn ollessa uhattuna - ja näihin erilaisiin sosioekonomisiin esteisiin tarttuminen olisi keskeistä (Leppänen H. 2025). Vuosina 2014-2018 kuntoutuspsykoterapian aloittaneiden kuukausitulot olivat keskimäärin n. 2500 € (Selinheimo S. ym. 2024). Olisi tärkeä selvittää, kuinka monelle ihmiselle itse maksettava omavastuuosuus estää pääsyn kuntoutuspsykoterapiaan ja tarvittavan tiiviyden.

Tutkimusten mukaan yli 80 % kuntoutuspsykoterapia-asiakkaista hyötyy siitä. Kuntoutuspsykoterapia on Kelan suurin kuntoutusmuoto ja tutkimusnäytön perusteella se on yhteydessä työ- ja opiskelukyvyn sekä työmarkkina-aseman kohentumiseen.

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. Psykoterapioiden alkaessa masennuksesta tai ahdistuksesta johtuvia korvattuja eli pidempiä sairauspoissaolojaksoja oli keskimäärin 30-42 päivää vuodessa.

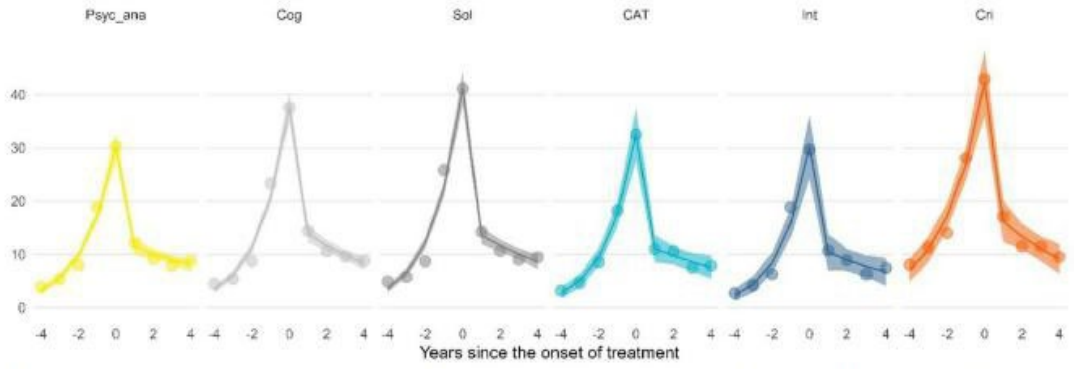


Fig. 1 The development of annual depression or anxiety-related sickness absence days among rehabilitative psychotherapy treatment recipients by treatment orientation groups. The dots denote observed data points (i.e., annual averages), and the lines represent marginal means produced from the results of regression models (with a 95% confidence interval as the shaded area). Panel A shows the different orientations together, and Panel B shows them separately. Psyc_ana = psychodynamic and psychoanalytic psychotherapy; Sol = solution-focused psychotherapy; Cog = cognitive psychotherapy; CAT = cognitive-analytic therapy; Cri = crisis and trauma-focused psychotherapy; Int = integrative psychotherapy

KUVA. Ennen kuntoutuspsykoterapiaa masennukseen tai ahdistukseen liittyvät sairauspoissaolot lisääntyivät. Psykoterapioiden seurannassa sairauspoissaolot vähenivät 76-82%, eikä terapiasuuntausten välillä ollut eroa vähenemisessä. (Selinheimo S. ym. 2025.)

Kuntoutuspsykoterapiaan tulevilla on taustallaan pitkäkestoista, monimuotoista tai toistuvaa oireilua, nettiterapiaa, työkyvyttömyysjaksoja, työterveyden hoitoja, lyhytpsykoterapioita tai psykiatrista avo- tai osastohoitoa. Lyhytinterventiot ja lyhytpsykoterapiat voivat puolestaan riittää, kun häiriö on lievä, keskivaikea ja etenkin kun se rajoittuu vain jollekin elämän osa-alueelle. Toistuva psykoterapiatutkimusten tulos on, että lyhytpsykoterapiat (max. 20 krt) riittävät alle puolelle potilaista terapiasuuntauksesta riippumatta (Mm. Cuijpers 2024). Erona kuntoutuspsykoterapiaan on, että lyhytpsykoterapioiden tutkimuksista on yleensä suljettu pois useasta häiriöstä kärsivät ja niiden seuranta-ajat ovat lyhyitä.

Ennaltaehkäisevään työhön – neuvoloihin, varhaiskasvatukseen/päiväkoteihin, kouluihin, ammatillisiin oppilaitoksiin, työpaikoille – on tärkeää saada riittävästi koulutettua henkilökuntaa. Perheiden avun tarpeeseen vastaamiseen tarvitaan helposti saatavilla olevia perhepsykoterapiapalveluja ja vanhempain ohjausta. Opettajille ja varhaiskasvatuksen opettajille tulee turvata riittävä työnohjaus ja koulutus lasten ja nuorten mielenterveysongelmien kohtaamisesta opetustyössä.

go rkdelwuDfe-ByKexDuwfe

Kysymykset puolueellenne:

1) **Miten Kelan kuntoutuspsykoterapiajärjestelmää pitäisi kehittää huomioiden siitä ja psykoterapioista kertynyt tutkimustieto?**

2) **Miten varmistaa yhdenvertainen ja väestön monimuotoisten tarpeiden ja kliinisten tilanteiden kannalta vaikuttava psykososiaalisten ja psykoterapioiden palvelujärjestelmä maassamme?**

Vastaukset pyydämme lähettämään 30.10. 2026 mennessä sähköpostiosoitteeseen puheenjohtaja@efppsuomi.fi.

Vastaukset julkistetaan Efpp Suomen kotisivuilla sekä alan ammattilaisten sosiaalisissa verkostoissa, mm. Facebook-sivuilla.

Kiitos ja voimia vaalikevääseen!

Helsingissä 19.8.2026

Efpp Suomen kansallinen verkosto ry:n hallituksen puolesta,

Jussi Sario
Psykologi, psykoterapeutti,
Efpp Suomen Tutkimustiedon edistämistyöryhmän puheenjohtaja

Kirsi Huttula
TtM, kouluttajapsykoterapeutti, kuvataidepsykoterapeutti
EFPP Suomen SOTE -työryhmän puheenjohtaja
kirsi.huttula(at)efppsuomi.fi

Sari Sundvall-Piha
Psykologi, lasten, nuorten ja aikuisten psykoanalyytikko IPA, kouluttajaperhepsykoterapeutti
EFPP Suomen hallituksen puheenjohtaja
puheenjohtaja(at)efppsuomi.fi

Keskeiset lähteet

Cuijpers P. et al (2024). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry, 23: 267-275. https://doi.org/10.1002/wps.21203

Knekt P., Lindfors O., Sares-Jäski L., Laakonen M. (2012). Psykoterapioiden vaikuttavuus masennukseen pitkissä seurannoissa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128:3, 267-74

Knekt P, Virtala E, Härkänen T, Vaarama M, Lehtonen J, Lindfors O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. Psychol Med 46, 1175-88.

go rkdelwuDfe-ByKexDuwfe

Käypä hoito näytönastekatsaus (2020). Potilaan toiveet psykoterapeuttisesta hoidosta https://www.kaypahoito.fi/nak08232

Leichsenring F, Rabung S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders. Update of a meta-analysis. Br J Psychiatry 199, 15–22.

Leppänen H. (2025). Socioeconomic Factors and Treatment of Common Mental Disorders Predisposing to Disability Pension: A register-based study in Finland. Tampere University Dissertations.

Sarvasmaa S. ym (2026). Psykososiaalista hoidon tarvetta tulisi arvioida kokonaisvaltaisesti. Duodecim 142: 3, 227-234.

Selinheimo S. & al (2024). Kuntoutuspsykoterapian saajat ja kesto suuntauksittain - rekisteriseurantatutkimus vuosilta 2014-2021, Duodecim 140:11, 964-72.

Selinheimo S. ym. (2024). Kuntoutuspsykoterapian toteutuminen. Selvitys. Kuntoutusta kehittämässä 40 / 2024 Kela. http://hdl.handle.net/10138/586367

Selinheimo, S., Gluschkoff, K., Kausto, J. *et al. (2025).* Is psychotherapy orientation important for depressive and anxiety disorder-related work disability outcomes? A prospective nationwide register study. *BMC Psychiatry* 25, 680. 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.

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.

***Efpp (The European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy) Suomen kansallinen verkosto ry - Finlands nationella nätverk rf on psykoanalyyttistä psykoterapiakoulutusta antavien yhteisöjen ja niiden kouluttamien psykoterapeuttien yhdistys. Siihen kuuluu 16 jäsenyhdistystä. Ks. Lisätieoja www.efppsuomi.fi**