

Suomen Psykologiliitto ry:n lausunto

Hallituksen esitysluonnos eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksiksi lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamiseksi (VN/29418/2023)

Psykologiliiton näkemyksen mukaan takuuta koskevan lainsäädäntötyön tavoite, eli lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden saatavuuden parantaminen, on erittäin kannatettava. On kuitenkin hyvä huomata, että takuulla ei korjata koko mielenterveyskentän ongelmia, kuten lasten ja nuorten palvelujärjestelmän pirstaleisuutta, eikä ratkaista lasten ja nuorten mielenterveysongelmien kasvun taustalla olevia syitä. Korjaavien palveluiden saatavuuden parantamisen ohella keskeistä on myös puuttua mielenterveysongelmien juurisyihin, vahvistaa ennaltaehkäisyä sekä perheiden ja vanhemmuuden tukea.

On hyvin kannatettavaa, että esityksessä takuun toteuttamiseen otetaan mukaan koko perustason sote-palvelukenttä: oppilashuolto, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, perusterveydenhuolto, YTHS sekä sosiaalihuollon palvelut, kuten kasvatus- ja perheneuvonta. Hyvä lähtökohta myös on, ettei esityksellä tehdä muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen- tai terveydenhuollon sisäiseen työnjakoon lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden ehkäisemisessä tai hoidossa. Esimerkiksi oppilashuollon ensisijainen tehtävä jatkossakin tulee olla ennaltaehkäisevä ja yhteisöllinen työ, joka mahdollistaa varhaisten interventoiden toteuttamisen myös mielenterveyteen liittyvissä haasteissa, mutta ei sisällä sairaanhoidollista hoitovastuuta. On erittäin tärkeää, ettei muiden lakisääteisten tehtävien ja ennaltaehkäisevän yhteisöllisen työn hoitaminen jää takuun toteuttamisen jalkoihin. Oppilas- ja opiskelijahuollon ennaltaehkäiseviin, matalan kynnyksen palveluihin on tärkeää kohdentaa riittävästi resursseja. Mielenterveyden hoidon palvelujärjestelmästä monilla alueilla puuttuu perustason palveluista vastaava taho, mikä tulisi korjata pikaisesti. Lisäksi on tarpeellista ja kannatettavaa, että mikäli takuun halutaan kohdentaa myös varhaiseen oireiluun ja lieviin häiriöihin, kuten tarkoituksen mukaista on, ettei takuun piiriin pääseminen edellytä lääkärin diagnosoimaa mielenterveyden häiriötä.

Esityksen mukainen toteutustapa ei valitettavasti kuitenkaan tällaisenaan vastaa asetettuja tavoitteita, alkuperäisen Terapiatakuu-kansalaisaloitteen mukaisia tavoitteita, eikä myöskään hallitusohjelman mukaista kirjausta ”turvataan lainsäädännöllä lasten ja nuorten yhdenvertainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalsiin hoitoihin (hallituksen mallin mukainen lasten ja nuorten terapiatakuu)”, sillä se kattaa varsin pienen osan hoidon tarpeessa olevien lasten ja nuorten tarpeesta, eikä ole yhdenvertainen.

Jotta esitys vastaisi hallitusohjelmassa asetettuihin tavoitteisiin, keskeisimmät muutokset luonnoksessa esitettyihin lainsäädäntömuutoksiin Psykologiliiton näkemyksen mukaan ovat:

- **Terveydenhuoltolain 53 § "Lasten ja nuorten mielenterveyden hoitoon pääsyä koskevat erityissäännökset" 1 momentti tulisi muuttaa muotoon:** "*Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten hoidon tarpeen arviointi perusterveydenhuollossa on aloitettava kahden viikon kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai muu vaikuttavaksi osoitettu aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito on aloitettava kuukauden kuluessa siitä, kun tarve mielenterveysperusteiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.*"
- **Sosiaalihuoltolain 25 a § "Mielenterveystyön palvelut" tulisi muuttaa muotoon:** "*Lisäksi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille on sosiaalihuollon mielenterveystyön palveluna järjestettävä psykososiaalista tukea, jossa käytetään aikarajoitteisia vaikuttavaksi osoitettuja psykososiaalisia työmenetelmiä.*"
- **Korkeakoulujen opiskeluterveydenhuoltolain 10 a § "Kiireettömään hoitoon pääsy" tulisi muuttaa muotoon:** "*Alle 23-vuotiaan korkeakouluopiskelijan perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai muu vaikuttavaksi osoitettu aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito on aloitettava kuukauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.*"
- **Valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta lisättävä 2 a § "Sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönotto" tulisi muuttaa muotoon:** "*Yhteistyösopimuksessa on sovittava järjestämislain 36 §:n 3 momentin 8 kohdassa tarkoitettulla tavalla ainakin terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentissa ja sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettujen lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon psykososiaalisten menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä. Menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä on sovittava siten, että niistä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa yhteensovittava kokonaisuus, joka noudattaa valtakunnallisia linjauksia sekä takaa lapsille ja nuorille yhdenvertaisen pääsyn tarpeen mukaisten palveluiden piiriin.*"

Perustelut esitetyille lainsäädäntömuutoksille:

1. Takuun tulee olla tarvelähtöinen, ei menetelmäkeskeinen

Terapiatakuun pitää olla tarvelähtöinen, jossa menetelmät päätetään palvelutarpeen mukaisesti. Lain pykälät on kirjoitettava selkeästi ja niin, että tulkinnassa ei tule epäselvyyttä niitä sovellettaessa. **Erilaisista mielenterveysongelmista kärsivien lasten ja nuorten tulee olla yhdenvertaisessa asemassa, joten takuun tulee olla yksittäisiä menetelmiä laajempi kokonaisuus.** Asianmukaisen arvioinnin pohjalta perustason tukea

mielenterveysongelmiin tarvitseville lapsille ja nuorille tulee kaikille yhdenmukaisesti tarjota asetetun määräajan puitteissa tarpeeseen soveltuva interventio.

Mikäli takuu koskee ainoastaan yliopistosairaaloiden yhdessä hyvinvointialueiden kanssa käyttöönotettavaksi sopimia menetelmiä, kuten esitykseen on kirjattu (esim. s. 45-46: ”Velvoitetta sopia esitetyn *lainsäädännön piiriin kuuluvista* lasten ja nuorten psykososiaalisista *menetelmistä* tarkennettaisiin valtioneuvoston asetukseen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta.”), se käytännön tasolla tarkoittaa sitä, että **kaikki ne lapset ja nuoret, joilla valitut menetelmät eivät sovi, jäävät takuun ulkopuolelle, mikä todennäköisesti tarkoittaa valtaosaa mielenterveyden häiriöistä kärsiviä nuoria**. Tämä näkökulma on sivuutettu esitysluonnoksessa arvioitaessa vaikutuksia yhdenvertaisuuteen (s. 68-71, 96-99).

Kuten esitysluonnoksessa todetaan, kaikkiin lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin ei ole käytössä vaikuttavuusnäyttöä omaavia strukturoituja psykososiaalisia menetelmiä, eikä strukturoitu interventio myöskään ole aina ensisijainen vaihtoehto lapsen tai nuoren mielenterveysongelman hoitoon (s.19).

Esityksen **kustannusarviot on laadittu siten, että esimerkiksi 13-18-vuotiaille nuorille otettaisiin takuun puitteissa käyttöön ainoastaan kaksi menetelmää**, joista toinen on masennusoireiden hoitoon kohdentuva yksilöinterventio (IPC) ja toinen yksilö- tai ryhmämuotoisena toteutettava interventio ahdistuksen hoitoon (CoolKids), **joista kumpikaan ei toistaiseksi ole Käypä hoito -suositusten mukaista hoitoa** (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019; Depressio: Käypä hoito -suositus, 2024), ja ne on lähtökohtaisesti tarkoitettu varhaiseen vaiheeseen oireilua, jossa ei välttämättä vielä ole diagnosoitavissa olevaa mielenterveyden häiriötä, tai korkeintaan lieviin häiriöihin. Mikäli kaikista muista oireista ja häiriöistä kärsivät lapset ja nuoret – joita siis on yli 50% mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista – jäävät takuun ulkopuolelle, ja sen lisäksi ulkopuolelle jäävät myös ne lapset ja nuoret joilla on ko. oireilua, mutta menetelmät eivät siitä huolimatta ammattilaisen arvion mukaan sovellu käytettäväksi, **takuun puitteissa ei lopulta tule lakiesityksen taustamateriaaleissa esitettyjen mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä koskevien tilastotietojen (s. 9) ja kustannuslaskelmien (s. 51-55) mukaan hoidetuksi kuin alle 20% hoidon tarpeessa olevista nuorista, ja vajaa kolmannes niistä nuorista, jotka ovat hoitoon halukkaita.**

Velvoitteen tulee olla, että kaikille niille 80%:lle mielenterveyshoidon tarpeessa olevista nuorista, jotka ovat halukkaita hoitoa saamaan (s. 49) tarjotaan takuun puitteissa yhdenvertaisesti hoidollista tukea, eikä kukaan jää takuun ulkopuolelle sen vuoksi, että aluehallinnossa on päätetty ottaa käyttöön vain jonkin tietyn muotoin mukainen ”hopealuoti”, johon kaikkien lasten ja nuorten tulee sopia.

Esityksestä puuttuu täysin kannustimet sille, että hyvinvointialueet pyrkisivät ottamaan käyttöön mahdollisimman laajasti vaikuttaviksi osoitettuja interventioita ja tarjoamaan niitä kaikille hoidon tarpeessa oleville lapsille ja nuorille. Alueilla tulisi olla vahva

kannustin – kuten velvollisuus hoitaa takuun puitteissa yhdenvertaisesti kaikki perustason palvelutarpeessa olevat lapset ja nuoret - arvioida käyttöönotettujen menetelmien vaikuttavuutta, ja tarpeen mukaisesti ottaa käyttöön uusia tai poistamaan käytöstä ei-toimivia menetelmiä tutkimusnäytön lisääntyessä. Esimerkiksi Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön (Itla) ylläpitämässä Kasvun tuki -tietolähteessä (Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö, 2024) on arvioituna 34 lasten ja nuorten mielenterveyttä edistävää psykososiaalista menetelmää. Yli puolet menetelmistä (59 %, n = 20) on saanut kokonaisarvioksi vahva tai kohtalainen dokumentoitu näyttö. Myös Käypä hoito -suositusten mukaan käytännössä kaikkiin lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöihin on olemassa useampi tieteellisessä tutkimuksessa vaikuttavaksi osoitettu psykoterapeuttinen tai psykososiaalinen hoitomuoto.

Esityksessä ei käytännössä ole lainkaan kuvattu sitä, kuinka alle 18-vuotiaat lapset ja nuoret ohjautuisivat varsinaisen lyhytpsykoterapian piiriin, tai millaisia kustannuksia siihen liittyy. Lähtökohtaisesti kuitenkin nimenomaan psykoterapiat ovat mielenterveyden häiriöiden näyttöön perustuvia ensisijaisia hoitomuotoja, ja takuuseen liitetyt muut vaikuttavat psykososiaaliset hoidot ovat niiden ohella käytettäviä varhaisen vaiheen tukimuotoja. **Tällaisenaan esitys siis käytännössä mahdollistaa ja myös tukee hyvinvointialueita siihen suuntaan, etteivät ne tarjoa lapsille ja nuorille lainkaan lyhytpsykoterapiaa, vaan ainoastaan muita psykososiaalisia interventioita.**

Takuun piiriin kuuluvien menetelmien rajaaminen tarkoittaisi käytännössä sitä, että ammattilaisilta rajataan mahdollisuus ohjata tai tarjota itse lapselle ja nuorelle tarpeen mukaista, vaikuttavaksi osoitettua, ja suositusten mukaista hoitoa, mikäli on asiakkaan edun mukaista – kuten lähtökohtaisesti aina on – päästä aloittamaan interventio kuukauden kuluessa, sillä lienee selvää, että muut psykososiaaliset hoidot eivät tule nykyisten resurssien puitteissa alkamaan samassa ajassa, sillä työntekijät joutuvat priorisoimaan takuun piiriin kuuluvien interventioiden toteuttamista

On myös syytä huomata, että hallitusohjelmassa takuun piiriin kuuluvien interventioiden muotoilu on "**lyhytpsykoterapia tai muu vaikuttava psykososiaalinen hoito**", ja tämä muotoilu käytännössä toistuu myös lakiesityksen taustamuistiossa, mutta lakipykälässä muotoilu on täysin perusteettomasti muutettu muotoon "lyhytpsykoterapia tai psykoterapioista johdettu määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito". Lakipykälässä käytetty termi ei ole millään tapaa yleisesti käytössä, ja pyrkii tarpeettomasti rajaamaan käytössä olevia vaikuttavaksi osoitettuja psykososiaalisia hoitoja takuun ulkopuolelle. Kaikki vaikuttavat aikarajoitteiset psykososiaaliset hoidot eivät ole jostain tietystä psykoterapiasuuntauksesta johdettuja, minkä ei tulisi estää niiden tarpeen mukaista käyttöä, mille ei ole tutkimusnäyttöön pohjaavaa perustetta.

Yksittäiset vaikuttaviksi osoitetut psykoterapioihin perustuvat lyhytinterventiot eivät myöskään välttämättä ole vaikuttavampia kuin muu yksilöllisesti sovitettu hyvä hoito (Tran & Gregor, 2016; Wampold ym., 2002). Lisäksi on oleellista huomioida, että on olemassa varsin runsaasti sekä kansainvälistä että kotimaista tutkimusnäyttöä siitä, että **kaikille**

terapiamuodoille yhteisten tekijöiden, kuten potilaan ja terapeutin välisen yhteistyösuhteen ja terapeutin ominaisuuksien, **yhteys hoidon tuloksellisuuteen on yleensä keskeisempi kuin spesifisen terapiamuodon**, kuten myös Käypä hoito -suosituksissa on nostettu esiin muun muassa juuri 29.05.2024 julkaistussa suosituksessa koskien masennustilojen hoitoa (Näytön aste A; Lindfors & Stenberg, 2020). Merkityksellisiksi tekijöiksi ovat osoittautuneet etenkin toimiva yhteistyö, terapiasuhteen koettu merkityksellisyys, yhteinen käsitys terapian tavoitteista sekä terapeutin potilaan kokemuksia arvostava suhtautumistapa ja empatiakyky.

Lasten ja nuorten osalta supportiivista hoitoa on tutkittu useimmissa tutkimuksissa spesifisten psykoterapioiden vertailuhoitona, ja niissä on **myös supportiivisella psykoterapialla saatu kohtalaisen hyviä hoitotuloksia, vaikka supportiivinen terapia ei ole sisältänyt konkreettisten ohjeiden antamista tai muita spesifeiksi arvioituja interventioita** (Näytön aste C; Marttunen, 2020). Supportiivisen psykoterapian sisältönä katsaukseen sisältyneissä tutkimuksissa on ollut potilaan esiin tuomista ajankohtaisista ongelmista ja tunteista puhuminen ja tunteiden ilmaisu, masennus- ja muiden oireiden seuranta ja sosiaalisista aktiviteeteista keskustelu.

Esimerkiksi Iso-Britanniassa, josta Suomessa ajankohtaisesti selkeästi pyritään ottamaan mallia mielenterveyspalveluiden organisoimisessa, käytössä olevissa National Institute for Health and Care Excellence (NICE) julkaisemissa hoitosuosituksissa suositellaan **supportiivista psykoterapiaa yhdeksi nuorten lievien depressoien hoitovaihtoehtoksi** (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

Tuoreessa suomalaistutkimuksessa on myös havaittu, että neuvolapsykologien palvelut ja terapeutin vauvaperhetyö paransivat perheiden hyvinvointia (Flykt ym., arvioitavana), mutta tällaiset tehokkaiksi havaitut tukimuodot olisivat nykyisessä esityksessä jäämässä terapiatakuun ulkopuolelle, mikä vaikeuttaisi näiden tärkeiden tukipalvelujen saatavuutta entisestään.

2. Vaikuttavuusnäyttöä on arvioitava huolellisesti ja kattavasti

Menetelmien vaikuttavuusnäyttöä arvioitaessa täytyy verrata niiden vaikuttavuutta jo käytössä oleviin interventioihin ja palvelujärjestelmästä saatavaan tukeen, ei ainoastaan tilanteeseen, jossa hoitoa ei saisi ollenkaan. Esitysluonnos lähtee siitä olettamasta, että strukturoidun menetelmät olisivat automaattisesti tavanomaista hoitoa vaikuttavampia, mikä ei pidä paikkaansa, kuten yllä on osoitettu. Lisäksi on olemassa runsaasti tutkimusnäyttöä siitä, että mitä aktiivisempaan hoitoon uusia menetelmiä verrataan, sitä vähemmän ryhmien välillä on eroa hoidon vaikuttavuudessa (Weisz ym., 2017). On myös hyvä huomioida, ettei ulkomailla tehdyistä tutkimuksista tai tiukoissa satunnaistetuissa koeasetelmissa saatu näyttö ole täysin suoraan Suomen palvelujärjestelmän kontekstiin yleistettävissä, sillä asiakkaat, terapeutit ja hoitokonteksti eivät ole niissä samanlaisia (Stewart & Chambless, 2009; Weisz ym., 2006; Wergeland ym., 2021). Kun interventioita implementoidaan tutkimusasetelmien ulkopuolelle, tai adaptoidaan eri

kulttuuriympäristöön ja palvelujärjestelmään, tulisi niiden vaikuttavuutta myös arvioida, sillä vasta kliinisessä naturalistisessa asetelmassa tehtävällä vaikuttavuustutkimuksella ja -seurannalla voidaan varmistua siitä, että interventiot toimivat odotetulla tavalla myös kyseisessä kontekstissa.

Tuoreessa varsin laajassa kansainvälistä tutkimusnäyttöä summaavassa systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissa (Cuijpers ym., 2024) todettiin, että **kliinisessä arjessa toteutetuissa menetelmätutkimuksissa saavutettu hoitovaste (efektikoko) oli huomattavasti heikompi, kuin mitä koeasetelmissa toteutetut tutkimukset raportoivat. Vaikka mielenterveyspalveluissa oli otettu käyttöön näyttöön perustuvia hoitomalleja, ei hoidon vaikuttavuus ollut parantunut.** Tämä voi kertoa joko siitä, etteivät koeasetelmissa saadut hoitotulokset päde arkielämässä annettuihin hoitoihin, tai siitä, ettei näyttöön perustuvien hoitojen implementaatio ole tosiasiaa onnistunut.

Esimerkiksi esityksessä mainitun IPC-menetelmän vaikuttavuudesta on toistaiseksi julkaistu Suomessa ainoastaan yksi tieteellinen vertaisarvioitu tutkimus, jossa **ei havaittu eroa intervention vaikuttavuudessa verrattuna tavanomaiseen opiskeluhoitoon ja kouluterveydenhuollossa tarjottavaan tukeen**, kun niissä työskentelevillä ammattilaisilla oli mahdollisuus tavata nuoria yhtä monta kertaa ja samalla tiiviydellä, kuin IPC:n mukaista tukea tarjotessa (Parhiala ym., 2020). Myöskään kansainvälisesti ei toistaiseksi ole tutkimusnäyttöä siitä, että IPC olisi vaikuttavampaa kuin tavanomainen hoito, minkä vuoksi sitä ei esimerkiksi Britanniassa, jossa menetelmä on kehitetty, vielä ole sisällytetty lasten ja nuorten lievien mielialahäiriöiden hoitoa koskeviin linjauksiin (National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Menetelmästä on siis alustavasti lupaavaa vaikuttavuusnäyttöä kohtalaisen lievästi masentuneiden nuorten hoidossa (Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö, 2024), ja sen käyttöönotto yhtenä menetelmänä on perusteltua, mutta sen priorisoinnille esimerkiksi alla kuvattujen aivan tuoreessa, 29.5.2024 julkaistussa, Käypä hoito -suosituksessa vaikuttaviksi arvioitujen psykoterapeuttisten hoitomuotojen yli ei ole tieteellisen tutkimusnäyttöön pohjaavaa perustetta. Ajankohtaisesti käynnissä on tutkimus IPC-menetelmän vaikuttavuudesta sekä juurtumista suomalaiseen koulukontekstiin (IMAGINE-tutkimuskonsortion osatutkimus), mutta sen tuloksia ei vielä ole saatavilla.

Nuorten lievän ja keskivaikean masennustilan ensisijaisiksi hoitomuodoiksi suositellaan psykoterapeuttisia hoitoja (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2024):

- Kognitiivis-behavioraalinen yksilö- ja ryhmäterapia ovat tehokkaita nuorten depression akuuttihoitossa (Näytön aste A). Nuorille sovellettu interpersonaalinen yksilöpsykoterapia on tehokasta nuorten depression akuuttihoitossa (Näytön aste A).
- Suomessa nuorten hoidossa yleisesti käytetystä psykodynaamisesta yksilöpsykoterapiasta on kattumassa kontrolloitua tutkimustietoa. Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia lienee tehokasta nuorten depression akuuttihoitossa (Näytön aste C).
- Mindfulnessiin perustuva terapia (MBT) on ilmeisesti tehokas akuuttihoito nuorten depressiossa (Näytön aste B).

- Supporttiivinen psykoterapia lienee tehokasta nuorten depression akuuttihoitossa (Näytön aste C). Käyttäytymisaktivaatio lienee tehokas akuuttihoito nuorten depressiossa (Näytön aste C).
- Liikunta lienee muuhun hoitoon liitettynä tehokasta nuorten depression akuuttihoitossa (Näytön aste C).
- Perheterapia on ilmeisesti tehokasta nuorten depression akuuttihoitossa, erityisesti tilanteissa, joissa perhetekijät selvästi liittyvät nuoren depression (Näytön aste B).

Vastaava pätee myös esitykseen nostetun 7–12-vuotiaiden ahdistuneisuuden hoitoon tarkoitetun Cool Kids hoito-ohjelman tutkimusnäytön suhteen, joskin sen tehokkuudesta suhteessa aktiiviseen vertailuhoitoon on jo saatu enemmän näyttöä (Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö, 2024).

Nuorten lievien ja keskivaikeiden ahdistuneisuushäiriöiden ensisijaiseksi akuuttihoitoksi puolestaan suositellaan seuraavia psykoterapeuttisia hoitoja (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019):

- Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden akuuttihoitossa kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on tehokasta (Näytön aste A) ja hyväksymis-omistautumisterapia lienee tehokasta (Näytön aste C). Myös psykodynaaminen yksilöpsykoterapia saattaa olla tehokasta, mutta riittävä tutkimusnäyttö aiheesta puuttuu (näytön aste D).
- Nuorten sosiaalisten tilanteiden pelon akuuttihoitossa kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on tehokasta (Näytön aste A). Hyväksymis-omistautumisterapia (Näytön aste D) ja mindfulnessiin perustuva kognitiivinen terapia (MBCT, Näytön aste D) saattavat olla tehokkaita, mutta tutkimusnäyttöä aiheesta ei juuri ole.
- Nuorten paniikkihäiriön akuuttihoitossa kognitiivis-behavioraalinen terapia on ilmeisesti tehokasta (Näytön aste B).

Iso-Britanniassa näyttöön perustuvien lyhytinterventioiden käyttöönottoa perustason palveluissa on pyritty edistämään Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) / NHS Talking Therapies -hankkeessa, jota esitysluonnoksessa on myös kuvattu (s. 79). **IAPT-mallin mukaisesti toteutettujen strukturoitujen lyhytinterventioiden aloittamisen aste on kuitenkin jäänyt kohtalaisen heikoksi** (Sweetman ym., 2023). Tutkimukset myös osoittavat, että **arkielämässä asiakkaiden ongelmat eivät ole niin yksilöllisiä, joten asiakkaat tarvitsevat yksilöllisesti räätälöidympää hoitoa kuin kontrolloiduissa koeasetelmissä** (Angold ym., 2000; Roberts ym., 2003). Yksilöllisesti tehokas hoito ei välttämättä rajaudu yksittäiseen lyhytterapeuttiseen interventioon vaan voi vaatia mukauttamista tai hoitomuotojen yhdistelmiä. Esimerkiksi oppimisvaikeudet ja neuropsykologiset ongelmat voivat heikentää IAPT:n hoitotuloksia (Dagnan ym., 2022). Mallin käyttöönotto myöskään ole edistänyt vähemmistöjen hoitoon pääsyä (Sharland ym., 2023), eikä koulutus ole antanut riittäviä valmiuksia vastata esimerkiksi monikulttuuristen asiakkaiden tarpeisiin (Arundell ym., 2024; Faheem, 2023; Harwood ym., 2023).

3. Henkilöstön osaamisen hyödyntäminen

Esitysluonnoksessa on kuvattu Tulevaisuuden sotekeskus -hankkeissa koulutettujen menetelmäosaajien määrä (s. 28). Taulukot sivuuttavat jo ennen hanketta koulutetut menetelmäosaajat sekä näihin menetelmiin että ennen kaikkea kaikkiin muihin vaikuttavaksi osoitettuihin interventioihin. Olisi siis **erittäin tärkeää uudistusten ja interventioiden valinnan pohjaksi selvittää, mitä osaamista perustason mielenterveyspalveluissa toimivalla henkilöstöllä jo nyt on**. Sekä terveydenhuollossa (mm. neuvola, koulut, oppilaitokset, YTHS) että sosiaalihuollossa (mm. perheneuvola, lastensuojelu) työskentelevillä ammattilaisilla, kuten psykologeilla, on jo erityisosaamista ja koulutusta psykososiaalisten interventioiden toteuttamiseen. Erilliset menetelmäkoulutukset voivat täydentää näiden mielenterveyden ammattilaisten työmenetelmiä, mutta terapiatakuun mukaista hoitoa he pääosin pystyvät toteuttamaan myös ilman niitä.

Uusien menetelmien käyttöönoton tarvetta arvioitaessa tulisi siis ensin selvittää, että mitä menetelmiä kentällä toimivilla ammattilaisilla tällä hetkellä on käytössään, ja kuinka vaikuttavia tuloksia niillä saadaan. Mitkä siis ovat katvealueet, ja minkä asiakasryhmien saamissa palveluissa erityisesti on tarvetta kehittämiselle? Koko palvelurakennetta ja palveluvalikkoa ei ole syytä uudistaa vain uudistamisen vuoksi, vaan **tulisi uudistaa vähemmän vaikuttavia toimintamalleja ja pyrkiä säilyttämään niitä palveluita, joilla jo nyt saadaan hyviä tuloksia**. Esimerkiksi Oma Hämeessä on ajankohtaisesti käynnissä pilottiprojekti, jossa selvitetään ja arvioidaan hyvinvointialueella käytössä olevien lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta ja soveltuvuutta siihen suunnitellulla Kuusio-arviointityökalulla. Vastaavaa olisi tärkeä toteuttaa myös muilla hyvinvointialueilla palveluiden kehittämis- ja uudistamistyön taustaksi.

Iso-Britanniassa toteutetun IAPT-ohjelman myötä on tutkimuksissa toistuvasti raportoitu **henkilöstön uupumusta ja voimakasta eettistä stressiä, kun eivät voi tarjota asiakkaan tarpeen ja oman osaamisensa mukaista tukea asiakkaille** (Bruun, 2023; Owen ym., 2021; Westwood ym., 2017). Esitysluonnoksessa on menetelmäosaamisen lisäämistä käsitelty varsin optimistisesti ainoastaan veto- ja pitovoimaa kasvattavana tekijänä (s. 60, 65-66), mikä ei vastaa näitä tuloksia. Henkilöstön veto- ja pitovoimaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Osana tätä on tarjottava riittävästi mahdollisuuksia osaamisen kehittämiseen ja edistettävä mahdollisimman ennakoivasti työkykyä ja työhyvinvointia. On myös tärkeää, että henkilöstön mahdollisuuksia ja kokemusta siitä, että se voi aidosti tehdä työtänsä eettisesti kestävästi, vahvistetaan, ja henkilöstöllä on aidosti mahdollisuus osallistua työtään koskevaan päätöksentekoon. Esitysluonnos herättää myös huolta siitä, saavatko hoitoa perustasolla toteuttavat työntekijät riittävän tuen hoidon toteutukselle.

Terapiatakuun tulee olla yhteensopiva suunnitteilla olevan kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen kanssa siten, että ensimmäisen portaan koulutuksen saaneet ovat jo päteviä takuun mukaisten interventioiden tarjoamiseen. Kaksiportaisessa psykoterapeuttikoulutuksessa esimerkiksi psykologin koulutuksen tulee pätevoittää

psykososiaalisten lyhytinterventioiden toteuttamiseen ilman lisäkouluttautumista. Niiden ammattilaisten, joiden peruskoulutus ei tarjoa ensimmäisen portaan valmiuksia mielenterveyden hoitotyöhön, olisi käytävä lisäkoulutuksia, jotta he voivat tarjota terapiatakuun mukaisia interventioita.

Lisäksi on syytä huomioida, ettei esitysluonnokseen sisällytetty kustannuslaskelma käytännössä pidä sisällään lainkaan henkilöstöresurssien lisäämistä. Perustasolle tarvitaan riittävä resurssointi, jotta takuuta on mahdollista lähteä toteuttamaan. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat jo nykytilanteessa aliresursoituja, palvelujen kysyntä ja tarve ovat lisääntyneet useiden vuosien ajan, ja takuun myöstä resurssien tarve kasvaa entisestään. Resurssivajeeseen ei voida vastata ainoastaan nykyisen henkilökunnan täydennyskoulutuksilla, vaan tarvitaan aidosti taloudellista panostusta myös lisäresurssien palkkaamiseen.

4. Tarjotun intervention tulee perustua kokonaisvaltaiseen arvioon

Esitysluonnoksessa on todettu laadukkaan mielenterveyden hoidon perustuvan lapsen, nuoren ja perheen kohtaamiseen ja heidän kokonaistilanteensa huolelliseen arviointiin (s. 17). **Riittävän kattava kokonaistilanteen arviointi on keskeistä oikean hoitoportaan sekä soveltuvien interventioiden valitsemiseen.** Soveltuvan hoitomuodon arviointi vaatii riittävää kehityspsykologista tietämystä lapsen ja nuoren kasvusta. Pienen lapsen itsearvion ja itseilmaisun keinot ovat rajalliset ja tiedonkeruu lapselta vaatii ymmärrystä kehitysvaiheen ominaispiirteistä. Niinpä tarpeen mukaisen hoidon suunnittelu edellyttää ammattilaisen osaavaa yhteistyötä sekä lapsen että hänen lähiaikuistensa kanssa.

Arviossa pitää ottaa huomioon myös vanhempien ja koulun (kiusaaminen ym.) tilanteen vaikutus lapsen oireiluun. Muun muassa perheen sosioekonomisen aseman on havaittu ennustavan perusterveydenhuollossa toteutettujen lyhytinterventioiden keskeyttämistä ja heikompaa hoitotulosta (Furlong-Silva, 2020; Ghaemian ym., 2020; Hanevik ym., 2023; Verbist ym., 2022). Mikäli arviossa ei perehdytä oireilua synnyttäviin ja ylläpitäviin tekijöihin, voidaan lasta hoitaa ikään kuin sietämään epäasianmukaisia olosuhteita tilanteissa, joissa lastensuojelulliset toimenpiteet olisivat ensisijaisia. **Lyhytpsykoterapian tai psykososiaalisten hoitojen tarpeenmukaisuutta arvioitaessa olisi mielekästä hyödyntää psykologien osaamista** erikoissairaanhoidon lisäksi myös perustason palveluissa nykyistä enemmän.

NICE hoitosuosituksen (National Institute for Health and Care Excellence, 2019) mukaan psykologisen **intervention valinta tulee myös lievemmissä häiriöissä perustua kokonaisvaltaiseen tarvearvioon**, joka pitää sisällään: 1) lapsen tai nuoren sekä perheen olosuhteiden arvioimisen; 2) kliinisen sekä henkilö- ja sosiaalisen historian ja nykytilan arvion; 3) kehitystason ja kypsyyden arvion; 4) kontekstin, jossa hoito tarjotaan; 5) komorbiditeetin, neuropsykologisten häiriöiden sekä kommunikaatiotarpeiden (kieli, aistihäiriöt) sekä oppimisvaikeuksien arvioinnin. Lisäksi valinnassa tulee ottaa huomioon lapsen tai nuoren sekä huoltajien toiveet ja arvot (mahdollisuuksien mukaan).

Nykytilanteessa apua tarvitseva lapsi tai nuori on saattanut joutua useisiin peräkkäisiin arvioihin ennen kuin tarvittava tuki tai hoito on käynnistynyt (s.22), mikä tulisi jatkossa välttää. **Arvion tulee mahdollistaa suoraan oikealle hoidon portaalle ohjaaminen ilman, että jokaisen lapsen tai nuoren kohdalla tulisi ensin kokeilla jokin tietty interventio tai aloittaa alimmalta hoitoportaalta.** Ei ole mielekästä aloittaa ensimmäisestä portaasta tai toteuttaa takuuseen kuuluva kevyempi interventio, jos oireet ovat vakavia, ja lapsi tai nuori tarvitsee erikoissairaanhoidoa, jolloin tarpeen mukaisen hoidon saanti voi viivästyä. Arviointi on vaativaa työtä, ja sitä tekevien ammattilaisten riittävä osaaminen on varmistettava, sillä hoidon tarpeen arvio ja erilaisten hoitomuotojen tuntemus ei kuulu esimerkiksi sosiaalihuollon ammattihenkilöiden peruskoulutukseen. Esityksessä tulisi ottaa selkeästi kantaa hoidon tarpeen arvion toteuttamiseen sekä siihen, **missä palveluissa ja millaisia interventioita on mahdollista toteuttaa ilman terveydenhuollon ammattilaisen arviota.** Tuleeko esimerkiksi opiskeluhuollon kuraattorin ohjata lapsi tai nuori aina lääkärin arvioon, mikäli hän ei voi itse toteuttaa tarpeen mukaista interventiota? Koska esitetyt lainsäädäntömuutokset eivät koske oppilas- ja opiskelijahuoltolakia, on ensisijaisen tärkeää selkiyttää esitysluonnoksessa opiskeluhuollon henkilöstön roolia takuun mukaisten interventioiden arvioimisessa ja toimeenpanossa. Myös oppilas- ja opiskelijahuoltolain määrittämät tehtävät ja määrääjat tulee ottaa paremmin huomioon.

Takuussa, joka keskittyy nimenomaan perustasolla tarjottaviin lyhytinterventioihin, on myös riski, että hyvinvointialueiden palvelujärjestelmä muotoutuu sellaiseksi, että lievempioireiset saavat riittävän hoidon, mutta vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien pääsy tarvitsemaansa hoitoon viivästyy entisestään. **Kaikkia mielenterveyden häiriöitä tai niiden vaikeutumista ei voida ennaltaehkäistä lyhyillä interventioilla,** vaikka niitä tarjottaisiin varhaisessa vaiheessa oireilua. Toisaalta opiskeluhuollossa valtaosa lapsista ja nuorista hakeutuu vastaanotolle ensisijaisesti oppimiseen ja arkisiin huoliin liittyvissä tarpeissa, joten on tärkeää, ettei takuun mukaisten interventioiden toteuttaminen vie liikaa resursseja, jolloin kaikkien oppilaiden yhdenvertainen mahdollisuus lakisääteisiin ennaltaehkäiseviin palveluihin pääsyyn vaarantuu. **Takuun enimmäisaika tulisi olla yhtenevä sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa epäselvyyksien välttämiseksi.**

Terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään siitä, missä ajassa perusterveydenhuollon yksikköön tulee saada yhteys ja saada arvio hoidon tarpeesta esimerkiksi mielenterveyteen liittyvissä asioissa. Potilaan tulee saada yksilöllinen arvio tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Käytännössä kuitenkin arvioiden sisällöt ovat hyvin vaihtelevia, ja lähtökohtaisesti arvio usein pitää sisällään lähinnä hoitojonoon asettamisen. Takuuaikojen määrittäessä on huomioitava, etteivät opiskeluhuollon palvelut, joissa on nopeampi velvoite järjestää ensikäynti, kuormitu sen vuoksi, ettei hoidon tarpeen arvioita toteuteta riittävän nopeasti muissa perustason palveluissa.

Mikäli hallituksen keväällä 2024 tekemä päätös perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentämisestä 14 vuorokaudesta 3 kuukauteen astuu voimaan, ensimmäisen

hoitotapahtuman lykkääntyminen voi viivästyttää terapiatakuun piiriin pääsyä. Takuu ei siis hoitotakuun heikennykseen yhdistyessään parantaisi etenkin lääketieteellistä arviota tarvitsevien lasten ja nuorten pääsyä tarpeen mukaiseen mielenterveyden hoitoon. Tämä pitää käytännössä sisällään myös lyhytpsykoterapian kokonaisuudessaan, mikäli sen piiriin ohjautuminen edellyttäisi esitysluonnoksen mukaisesti aina lääkärin tekemää arviota (s. 82). **Terapiatakuuseen tulisi näin ollen sisällyttää enimmäisaika myös palvelutarpeen arvioinnin toteuttamiselle**, tai säilyttää hoitotakuu lasten ja nuorten osalta nykyisellään.

5. Vanhemmat ja perhe tulee huomioida laajemmin

Esitysluonnos keskittyy voimakkaasti kouluikään, vaikka terapiatakuun tulee koskea myös sitä nuorempia lapsia. Mielenterveyden keskeisenä perustana itsesääntely, itsetunnon ja ihmissuhteiden valmiudet rakentuvat jo raskausajalta asti läpi vauva- ja leikki-iän. Esimerkiksi varhaisia säätely- tai kontaktipulmia, jotka ennustavat myös käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmia, voidaan tunnistaa jo vauvavaiheessa. Lapsen varhaiskehitys tapahtuu tiiviissä vuorovaikutuksessa arjen kasvuympäristöjen kanssa, joista tärkeimpiä ovat omat vanhemmat ja perhe, varhaiskasvatus ja myöhemmin koulu. Tutkimusnäyttö osoittaa selkeästi, että myös kiintymyssuhteen ja vanhemmuuden ongelmat, traumakokemukset ja pitkäkestoinen stressi altistavat pitkäkantoisesti myöhemmälle oireilulle. Mitä varhaisempi puuttuminen, sitä tehokkaampaa on oirehdinnan ja seurannaisongelmien ennaltaehkäisy ja hoito. Siksi **esitykseen tulee selkeästi lisätä lapsen mielenterveyttä turvaavat psykososiaaliset hoidot jo syntymästä alkaen**. Lisäksi hoidon tulee voida kohdentua suoraan myös vanhemmuuden ja perhesuhteiden tukemiseen, esimerkiksi varhaisen vuorovaikutuksen hoitona.

Myöskään kouluikäinen lapsi tai nuori yksilönä on harvoin hoidon ainoana kohteena. **Yksilöinterventioiden lisäksi tarvitaan myös perhekeskeisiä interventioita ja vanhempainohjantaa** – myös muissa tilanteissa kuin silloin, kun tarjottava interventio on suoraan jokin vanhemmuuteen kohdentuva interventio, kuten esimerkiksi esitysluonnoksessa mainittu käytöshäiriöisten pienten lasten vanhemmille suunnattu Voimaperheet tai Ihmeelliset vuodet. Lähiaikuisten osallistuminen hoitoon on yleensä välttämätöntä, ja erityisesti pienten lasten hoito vaatii vanhemmuuden tukea ja ohjausta, kasvatuksellisten käytäntöjen muuttamista sekä ympäröivien olosuhteiden huomioimista.

Esityksen taustaksi on myös kysytty lasten ja nuorten toiveita heille tarjottavasta hoidosta. Ensisijaisesti toivottiin kahdenkeskisiä kasvokkaisia tapaamisia ammattilaisen kanssa (71,4%), ja ero etäyhteydellä toteutettaviin tapaamisiin (3,8%) oli varsin selkeä - toisin kuin tulosta oli tulkittu esitysluonnoksessa (s. 24). Kasvokkaisia tapaamisia toivottiin ensisijaisesti koululla (53,3%), mutta ero toiveeseen tavata ammattilainen muualla kuin oppilaitoksen tiloissa (31,8%) ei ollut yhtä suuri. Oppilaitoksen tiloissa toteutuvista tapaamisista ensisijaisesti toivottiin pääsyä psykologin vastaanotolle (39%). Vanhemmille ja ammattilaisille suunnatussa kyselyssä keskeiset haasteet nähtiin liittyvän siihen, ettei apua ole tarjolla, kun sitä hakee, palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja auttamistoiminnassa keskitytään liian usein yksilötasoon koko perheen huomioimisen sijaan.

6. Takuun tulee olla alueellisesti yhdenvertainen

Lasten ja nuorten eri alueilla tulee olla yhdenvertaisessa asemassa. Menetelmien valinta, implementaatio ja ylläpito sekä vaikuttavuuden arviointi ei ole mahdollista ilman kansallista yhteistyötä. Hyvinvointialueilla ei pidä joutua tilanteeseen, jossa tehdään aluekohtaista ja eriarvoistavaa priorisointia. **Hyvinvointialueen tulee järjestämislain 4§ mukaisesti suunnitella ja toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää.**

Lähtökohtaisesti Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (**Palko**) tehtävänä on antaa suosituksia siitä, mitkä tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat julkisin varoin rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan Suomessa. Jo nykyisellään yliopistot kouluttavat mielenterveyden ammattilaisia (mm. psykologit, psykiatrian erikoislääkärit), joita työskentelee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon puolella suorassa asiakastyössä ja muita ammattilaisia konsultoivassa roolissa. Terapiatakuussa sovellettavien psykososiaalisten hoitomenetelmien tutkimus- ja teoriaperustainen osaaminen sisältyy jo nyt moniin terveydenhuollon perus- ja/tai täydennyskoulutuksiin. Keskittämisasiasetuksen mukainen yliopistosairaaloitten vastuu menetelmäosaamisen ylläpidosta ei siis tarkoita sitä, että niillä olisi lähtökohtaisesti **vastuu mielenterveytyötä tekevien ammattilaisten perusosaamiseen kuuluvien hoitomenetelmien kouluttamisesta**, vaan tämä vastuu kuuluu **tutkinto-opetuksesta vastaaville korkeakouluille**. Jatkossa kaksiportainen psykoterapeuttikoulutus kytkee hoidollisen osaamisen vielä suoremmin esimerkiksi psykologin koulutukseen. Yliopistot myös koordinoivat psykoterapeuttikoulutuksia ja tekevät hoitomenetelmien kehitys- ja tutkimustyötä yhteistyössä muun muassa yliopistosairaaloitten ja THL:n kanssa. Yliopistojen osallistumisen kautta käytössä olevia ja käyttöön otettavia hoitomenetelmiä voidaan päivittää uuden tieteellisen tiedon kertymisen myötä ja niiden koulutuksen sitominen edellä mainittujen mielenterveysammattilaisten tutkinto-opetukseen on sujuvaa.

Terveydenhuollon lisäksi myös sosiaalihuollossa toteutettavien mielenterveyttä tukevaan työhön tarvitaan yhtäläistä kansallista ohjausta. Sosiaali- ja terveysministeriön tilaaman sosiaalihuollon sisällönohjausta koskevan selvityksen toteuttaneet selvityshenkilöt ehdottavat, että nimettäisiin sosiaalihuoltolain 33 a § mukainen toimielin tekemään aloitteita suositusten mukaisen palvelujen kokeilemisesta ja seuraamaan sekä arvioimaan niitä (s. 30). Toimikunnassa voisi olla asiantuntemusta mm. THL:stä, hyvinvointialueilta, korkeakouluista, sosiaalialan osaamiskeskuksista ja sosiaalialan järjestöistä. Vastaava rakenne olisi toimiva myös terveydenhuollon sisällönohjaukseen.

Mielenterveyspalveluiden kehittämisessä tulee myös siirtyä hankevetoisesta kehittämisestä vakiintuneeseen **valtakunnalliseen koordinaatioon, jossa ovat mukana kaikki menetelmien tutkimuksen, käyttöönoton ja arvioinnin kannalta keskeiset toimijat**, kuten yliopistosairaalat ja yliopistot, hyvinvointialueiden edustus, terveyden- ja hyvinvoinnin laitos sekä sosiaali- ja terveysministeriö. Esimerkiksi yliopistojen osallisuus kansallisessa ohjauksessa lisäisi menetelmien arvioinnin ja valinnan objektiivisuutta

verrattuna tilanteeseen, jossa vastuu nojaisi vain hyvinvointialueiden ja YTA-alueiden päätöksentekoon. Yhteistyössä olisi myös huomioitava YTHS:n palveluiden valtakunnallisuus sekä yhdenvertaisuus. Valtakunnallinen linjaaminen sekä ohjaus on keskeistä yhdenvertaisten ja vaikuttavien hoitojen ja palveluiden saamiseksi koko maassa.

Onko alueellisesti toteutettava eri mielenterveyden häiriöistä kärsivien lasten ja nuorten sekä valtakunnallisten hoitosuositusten sisältämien vaikuttavien hoitomuotojen sisäinen priorisointi perustuslain 6§ sisältämän yhdenvertaisuusperiaatteen (s. 11), YK:n lapsen oikeuksia koskevan sopimuksen 3 artiklan lapsen edun ensisijaisuuden periaatteen (s. 12) tai järjestämislain 4§ (s.93) noudattamisen mukaan lähtökohtaisesti mahdollista?

Terapiatakuun toteutumisen enimmäisaikojen seuranta valtakunnallisesti on tärkeää. Enimmäisaikojen rinnalla on kuitenkin seurattava myös eri interventioiden käyttöä ja vaikuttavuutta sekä mahdollistettava niiden kehittäminen vastaamaan lasten ja nuorten tarpeita. Interventioiden vaikuttavuutta ei voida seurata tietojärjestelmistä saatavien raporttien tai toimenpidekoodien kautta, eikä sitä kautta myöskään tule näkyväksi takuun ulkopuolelle jääneiden lasten ja nuorten määrä. Lisäksi on siis oleellista seurata hoitoon pääsyä ja hoidon toteutumista myös niiden mielenterveyteen kohdentuvan tuen tarpeessa olevien lasten ja nuorten osalta, jotka jäävät takuun ulkopuolelle, jotta voidaan tunnistaa mahdolliset katvealueet ja kehittää perustason palveluita vastaamaan paremmin myös heidän tarpeisiinsa.

Vera Gergov
Ammatti- ja yhteiskuntasuhdepäällikkö
Suomen Psykologiliitto ry
vera.gergov@psyli.fi

Jari Lipsanen
Puheenjohtaja
Suomen Psykologiliitto ry
jari.lipsanen@psyli.fi

Lausunnon laatimiseen ovat osallistuneet myös Suomen Psykologiliitto ry:n lapsi- ja nuorisopsykologien, opiskeluhuollon psykologien, psykoterapeuttien sekä varhaisen kehityksen ja perhesuhteiden ammatillisten työryhmien jäsenet.

Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 4.6.2024). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
- Angold, A., Costello, J., Burns, B., Erkanli, A., & Farmer, E. (2000). Effectiveness of nonresidential specialty mental health services for children and adolescents in the "real world". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 154-160. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00013>
- Arundell, L. C., Saunders, R., Buckman, J. E. J., Lewis, G., Stott, J., Singh, S., Jena, R., Naqvi, S. A., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2024). Differences in psychological treatment outcomes by ethnicity and gender: an analysis of individual patient data. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 10.1007/s00127-024-02610-8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02610-8>

- Bruun M. K. (2023). 'A factory of therapy': accountability and the monitoring of psychological therapy in IAPT. *Anthropology & medicine*, 30(4), 313–329. <https://doi.org/10.1080/13648470.2023.2217773>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Ciharova, M., & Karyotaki, E. (2024). The outcomes of mental health care for depression over time: A meta-regression analysis of response rates in usual care. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.019>
- Dagnan, D., Rodhouse, C., Thwaites, R., & Hatton, C. (2022). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) services outcomes for people with learning disabilities: national data 2012–2013 to 2019–2020. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e4. doi:10.1017/S1754470X21000404
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 4.6.2024). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
- Faheem, A. (2023). 'It's been quite a poor show' – exploring whether practitioners working for Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) services are culturally competent to deal with the needs of Black, Asian and Minority Ethnic (BAME) communities. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e6. doi:10.1017/S1754470X22000642
- Furlong-Silva, J. (2020) Exploring factors related to and predictors of dropout in Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) services: a systematic review and secondary analysis of the PRaCTICED data. DCLinPsy thesis, University of Sheffield.
- Gergov, V., Marttunen, M., Lindberg, N., Lipsanen, J., & Lahti, J. (2021). Therapeutic Alliance: A Comparison Study between Adolescent Patients and Their Therapists. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11238. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111238>
- Ghaemian, A., Ghomi, M., Wrightman, M., & Ellis-Nee, C. (2020). Therapy discontinuation in a primary care psychological service: why patients drop out. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e25. doi:10.1017/S1754470X20000240
- Harwood, H., Rhead, R., Chui, Z., Bakolis, I., Connor, L., Gazard, B., Hall, J., MacCrimmon, S., Rimes, K. A., Woodhead, C., & Hatch, S. L. (2023). Variations by ethnicity in referral and treatment pathways for IAPT service users in South London. *Psychological medicine*, 53(3), 1084–1095. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002518>
- Hanevik, E., Røvik, F. M. G., Bøe, T., Knapstad, M., & Smith, O. R. F. (2023). Client predictors of therapy dropout in a primary care setting: a prospective cohort study. *BMC psychiatry*, 23(1), 358. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04878-7>
- Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö (Itla). Kasvun tuki -tietolähde. Verkkosivu (viitattu 4.6.2024). <https://kasvuntuki.fi/menetelmaarviointi/tietoa-menetelmista/>
- Lindfors, O., & Stenberg, J-H. Yhteistyösuhteen ja terapeutin merkitys depression hoidon tuloksellisuudelle (Näytönastekatsaus, artikkelin tunnus: nak06943). Käypä hoito -suosituksessa: Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 4.6.2024). www.kaypahoito.fi
- Marttunen, M. Supportiivinen psykoterapia nuorten depression akuuttihoidossa. (Näytönastekatsaus, artikkelin tunnus: nak04394). Käypä hoito -suosituksessa: Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 4.6.2024). www.kaypahoito.fi

- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Depression in children and young people: identification and management [NICE Guideline No. 134]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- Owen, J., Crouch-Read, L., Smith, M., & Fisher, P. (2021). Stress and burnout in Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) trainees: a systematic review. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14, e20. doi:10.1017/S1754470X21000179
- Parhiala, P., Ranta, K., Gergov, V., Kontunen, J., Law, R., La Greca, A. M., Torppa, M., & Marttunen, M. Interpersonal Counseling in the Treatment of Adolescent Depression: A Randomized Controlled Effectiveness and Feasibility Study in School Health and Welfare Services. *School Mental Health*, 2020; 12(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09346-w>
- Roberts, M., Lazicki-Puddy, T., Puddy, R., & Johnson, R. (2003). The outcomes of psychotherapy with adolescents. A practitioner-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology/ In Session*, 59, 1177-1191. <https://doi.org/10.1002/jclp.10209>
- Sharland, E., Rzepnicka, K., Schneider, D., Finning, K., Pawelek, P., Saunders, R., & Nafilyan, V. (2023). Socio-demographic differences in access to psychological treatment services: evidence from a national cohort study. *Psychological medicine*, 53(15), 7395–7406. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001010>
- Sweetman, J., Knapp, P., McMillan, D., Fairhurst, C., Delgadillo, J., & Hewitt, C. (2023). Risk factors for initial appointment non-attendance at Improving Access to Psychological Therapy (IAPT) services: A retrospective analysis. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 33(5), 535–550. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2140616>
- Tran, U.S., & Gregor, B. (2016). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a meta-analytical evaluation of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 16, 266. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0979-2>
- Verbist, I., Huey, D., & Bennett, H. (2022). Predicting treatment outcomes in improving access to psychological therapy (IAPT) services. *Mental Health Review Journal*, 27(1), 114–131. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2021-0037>
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 159–165. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00287-1](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00287-1)
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: a meta-analysis of direct comparisons. *The American Psychologist*, 61(7), 671–689. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.7.671>
- Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., & Öst, L. G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 83, 101918. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101918>
- Westwood, S., Morison, L., Allt, J., & Holmes, N. (2017). Predictors of emotional exhaustion, disengagement and burnout among improving access to psychological therapies (IAPT) practitioners. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 26(2), 172–179. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276540>