

Suomen Psykologiliitto ry:n lausunto

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (VN/16881/2025)

Psykoterapeuttikoulutuksen uudistamisessa kaksiportaiseksi ei ole kyse ainoastaan koulutuksen järjestämisestä, vaan koko mielenterveyspalvelujärjestelmän osaamispuhjan rakentamisesta. Ensimmäisen portaan koulutuksella on keskeinen rooli siinä, millaista osaamista perusterveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin syntyy.

Tämän vuoksi koulutuksen tulee nojata yliopistolliseen, tutkimusperustaiseen ja riippumattomaan asiantuntijuuteen, ja sen tulee muodostaa valtakunnallisesti yhtenäinen, laadukas ja aidosti kaksiportainen kokonaisuus. Esitettyyn malliin sisältyy riski koulutuksen pirstaloitumisesta, sisällöllisestä kaventumisesta sekä yliopistojen autonomian heikentymisestä.

Suomen Psykologiliitto katsoo, että uudistus on toteutettava siten, että koulutuksen järjestämisvastuu ja rahoitus kohdentuvat ensisijaisesti yliopistoille, ja yhteistyö hyvinvointialueiden kanssa rakentuu tätä tukevalle, ei sitä ohjaavalle pohjalle. Ainoastaan siten voidaan varmistaa, että koulutus vastaa asiakkaiden moninaiisiin tarpeisiin ja tukee kestäväällä tavalla mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittämistä.

1) Hallitusohjelman tavoitteisiin vastaaminen: Psykoterapiapalveluiden saavutettavuuden vahvistaminen uudistamalla psykoterapeuttikoulutusta kaksiportaiseksi ja säätämällä ensimmäisen portaan koulutus maksuttomaksi

Psykoterapeuttikoulutuksen uudistaminen kaksiportaisen mallin mukaiseksi on ollut Suomen Psykologiliiton tavoitteena pitkään, ja liitto haluaa kiittää siitä, että tavoite on otettu hallitusohjelmaan, ja sen toteutus on nyt etenemässä lainsäädäntö- ja asetusmuutosten myötä kohti käytännön toteutusta.

Koulutusuudistuksen tavoite on erittäin kannatettava, ja sen avulla lähtökohtaisesti on hyvät mahdollisuudet tukea psykoterapeuttisen hoidon saatavuutta. Uudistuksen onnistunut toteutus parantaa perustasolla työskentelevien mielenterveystyön

ammattilaisten valmiuksia toteuttaa asiakkaiden tarpeen mukaisia suunnitelmallisia hoidollisia interventioita, jolloin mahdollisimman moni asiakas voisi saada tarvitsemansa tuen jo perustasolla riittävän varhaisessa vaiheessa, ja toisaalta osattaisiin nykyistä paremmin tunnistaa ne asiakkaat, jotka tulee ohjata esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai kuntouttavien palveluiden piiriin. Integroimalla 1.portaan koulutus, eli nyt esitettävä erikoispätevyys, osaksi tutkintokoulutusta (PsM) tai erikoistumiskoulutuksia (muut soveltuvat sote-alat) varmistetaan se, että kentällä työskentelevillä ammattilaisilla on riittävä osaaminen psykososiaalisten interventioiden toteuttamiseen jo aloittaessaan työt mielenterveystyön ammattiosaamista vaativissa tehtävissä, eikä interventioiden kouluttaminen ole hyvinvointialueiden hankkimien täydennyskoulutuksen varassa, kuten se tällä hetkellä pitkälti on ollut.

Varsinaisen psykoterapian saatavuuteen muutoksella ei kuitenkaan ole suoranaista vaikutusta, sillä esityksen mukainen toteutus ei käytännössä lisää psykoterapeuttien määrää, vaikuta varsinaisen psykoterapeuttikoulutuksen (ns. 2.portaan koulutus) rakenteisiin tai kustannuksiin, eikä myöskään edellytä hyvinvointialueita hyödyntämään psykoterapiaa osana mielenterveyspalvelujärjestelmää nykyistä enempää.

Esityksen keskeisin ongelma on, ettei siinä esitetty toteutustapa käytännön tasolla uudista psykoterapeuttikoulutusta kaksiportaiseksi, vaan ainoastaan luo psykoterapeuttikoulutuksesta irrallisen uuden erikoispätevyyskoulutuksen, jonka asema niin koulutusjärjestelmässä kuin palvelujärjestelmässä jää varsin epäselväksi.

Esityksessä ei määritellä, mihin erikoispätevyys käytännössä antaa pätevyyden, eli mitä palvelua erikoispätevyyden omaavat ammattilaiset voivat perustason mielenterveyspalveluissa tuottaa, jota eivät voi muut siellä työskentelevät sote-ammattilaiset tarjota? Mikäli erikoispätevyys ei tosiasiaa tuota sellaista pätevyyttä, jonka palvelujärjestelmä myös tunnistaa suunnitellessaan ammattilaisten välistä työnjakoa ja eri tehtävänkuvia, jää koulutuksen tuottama lisäarvo koulutettavalle varsin vähäiseksi. Myöskään asiakkaan ja potilasturvallisuuden näkökulmasta erikoispätevyys, joka ei kuitenkaan ole edellytys psykososiaalisten interventioiden tuottamiselle edes osana julkisen sektorin palveluita ei ole kannatettava, vaan lisää entisestään epäselvyyksiä eikä auta hillitsemään ajankohtaisesti valitettavan villiä lyhytterapiakenttää, jossa asiakkaan on käytännössä mahdotonta tietää, onko palveluita tarjoavalla henkilöllä siihen riittävä koulutus ja osaaminen.

Esitys lisää epäselvyyksiä myös terminologisella tasolla, kun 1.portaan koulutuksen tuottamasta pätevyydestä esitetään käytettäväksi nimitystä ”psykososiaalisten menetelmien erikoispätevyys”. Termi ”psykososiaalinen menetelmä” ei ole psykoterapiakentässä vakiintuneesti käytössä suomen kielessä, mutta ei myöskään englannin kielessä, jossa tämän tyyppisiä hoitoja kuvataan tavanomaisesti termillä ”psychosocial/psychotherapeutic intervention”. Kyseistä termiä ei käytetä myöskään muussa asiaan liittyvässä lainsäädännössä, kuten terapiatakuuta koskevissa lakipykälissä, ja se antaa harhaanjohtavan käsityksen siitä, että perustasolla toteutettavat interventiot

olisivat lähtökohtaisesti jonkin tietyn manuaalin mukaan toteutettavia menetelmiä, tai että koulutuksen tuottama osaaminen fokusoisi hyvin kapea-alaisesti yksittäisten menetelmien kouluttamiseen. Lisäksi termi jää hyvin irralliseksi psykoterapeuttikoulutuksesta.

Psykologiliitto esittää, että erikoispätevyydestä käytettäisiin ensisijaisesti nimitystä ”psykoterapeuttisten interventioiden erikoispätevyys”, jolloin 1.porras selkeämmin kytkeytyisi 2.portaan psykoterapeuttikoulutukseen, ja erottuisi myös muusta psykososiaalisesta tuesta.

Esityksessä on todettu keskeisenä tavoitteena psykoterapeuttikoulutukseen hakeutuvien ammattilaisten yhdenmukaisen osaamisen varmistaminen. Tällä hetkellä psykoterapeuttikoulutuksiin voi hakeutua eri ammattitaustoilla, mutta soveltuvan tutkinnon lisäksi tulee olla suoritettuna yhteensä 30 opintopisteen (op) psykologian tai psykiatrian opinnot, mikäli ne eivät ole sisältyneet hakijan tutkintokoulutukseen. Nykytilanteessa nämä 30 op opinnot on käytännössä voinut suorittaa varsin moninaisilla tavoilla, eli opinnoiksi on hyväksytty esimerkiksi 25 op psykologian perusopinnot + 5 op aineopinnot, yliopistojen tuottamat 30 op psykoterapeuttikoulutuksen edellyttämät lisäopinnot, erilaiset 30–45 op lyhytterapiakoulutukset tai muita vastaavan kaltaisia koulutuksia. Tämä variaatio on johtanut siihen, että käytännössä psykoterapeuttikoulutettavilla on vaihtelevan koulutustaustan lisäksi myös vaihteleva teoreettinen tietopohja. Vaikka nyt lausuttavana olevan koulutus uudistuksen tavoitteena on yhtenäistää psykoterapeuttikoulutukseen hakeutuvien ammattilaisten osaaminen, ei esitys kuitenkaan käytännön tasolla edistä tätä tavoitetta, sillä esityksessä todetaan, ettei muutoksella ole tarkoitus ohjata tai muuttaa käytäntöjä varsinaiseen psykoterapeuttikoulutukseen pääsyn osalta. Esityksessä ei ehdoteta mitään muutoksia nykytilanteeseen psykoterapeuttikoulutukseen hakeutumisen osalta, eikä 1.portaan suorittamista siis edellytetä 2.portaalle hakeutumisessa, mikä päinvastoin lisää psykoterapeuttikoulutukseen hakeutuvien ammattilaisten osaamisen epätasaisuutta. **Jotta koulutuksesta muodostuisi aidosti kaksiportainen jatkumo, tulisi nyt esitettävä erikoispätevyyskoulutus (1.porras) olla edellytyksenä psykoterapeuttikoulutukseen (2.porras) hakeutumiselle.**

Näin ollen **Psykologiliitto esittää, että Valtioneuvoston asetuksen terveydenhuollon ammattihenkilöistä 2 a § psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuteen johtavasta koulutuksesta tulee myös avata**, ja korvata siihen kirjattu hakukelpoisuuden edellytys 30 op psykologian tai psykiatrian opinnoista tai sairaanhoitajan erikoistumisesta psykiatriaan vaatimuksella siitä, että soveltuvan tutkinnon lisäksi hakijan tulee olla suorittanut tämän esityksen mukainen psykososiaalisten interventioiden erikoispätevyyskoulutus joko osana tutkintoa tai sen lisäksi.

Kytkemällä erikoispätevyyskoulutus psykoterapeuttikoulutuksen hakukriteereihin voitaisiin todennäköisesti myös hillitä erilaisten valvomattomien lyhytterapiakoulutusten kirjoa, jos niiden pohjalta ei enää olisi mahdollista psykoterapeuttikoulutukseen hakeutua. Lisäksi koulutuksellinen jatkumo myös selkiyttää sitä, että lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa ”lyhytterapiaa” toteuttaisivat laadultaan ja määrältään

valvotun erikoispätevyyskoulutuksen suorittaneet ammattilaiset, mikä lisäisi myös potilasturvallisuutta.

Sen sijaan asetusluonnokseen kirjattu mahdollisuus siihen, että erikoispätevyyskoulutus olisi mahdollista hyväksilukea varsinaiseen psykoterapeuttikoulutukseen, erityisesti jos kyseessä on samaan viitekehykseen kuuluvasta koulutuksesta, ei ole sellaisenaan kannatettava. **Psykoterapeuttikoulutuksen 1.portaan ei tule olla minkään tietyn viitekehyksen mukainen, vaan antaa laaja-alainen osaaminen psykoterapeuttisista taidoista ja yhdenvertainen pohja hakeutua minkä tahansa eri viitekehyksen mukaiseen psykoterapeuttikoulutukseen.** Yksittäisten menetelmien hallitseminen ei vielä tee ammattilaisesta tietyn psykoterapian viitekehyksen osaajaa, sillä viitekehysten haltuun ottaminen edellyttää sekä syvällistä ymmärrystä psykoterapiasuuntauksen taustateoriasta ja erilaisista muutosmekanismeista että niiden soveltamisesta käytännön asiakastyöhön tiiviisti työnohjattujen prosessien kautta. Sen vuoksi ei voida ajatella, että 1.portaan sisältämä koulutus voisi suoraan olla hyväksyttävissä osaksi varsinaista psykoterapiakoulutusta, tai että se lyhentäisi psykoterapeuttikoulutuksen kestoa samassa laajuudessa. Lisäksi on hyvä huomioida, että linkittämällä 1.portaan hyväksiluku tiettyihin psykoterapian viitekehyksiin, jotka eivät edes olisi yliopistojen vaan hyvinvointialueiden määrittelemiä, tosiasiaassa psykoterapian saatavuuden parantamisen sijaan potentiaalisesti päinvastoin kavennettaisiin saatavilla olevien psykoterapioiden valikoimaa, sillä koulutettavalle olisi helpompaa ja halvempaa hakeutua niiden viitekehysten koulutuksiin, joissa hyväksilukua voitaisiin toteuttaa kuin muiden viitekehysten mukaisiin koulutuksiin, mikä ei palvele mielenterveyden palvelujärjestelmää myöskään porrasteisen hoitojärjestelmän seuraavilla portailla.

2) Hallitusohjelman tavoitteisiin vastaaminen: Mielenterveyspalveluiden saatavuuden parantaminen kehittämällä perustason mielenterveyspalveluja ja porrasteista hoitomallia

Esitys vastaa hyvin kapea-alaiseen osaan mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittämistä, ja käytännössä tukee ainoastaan sitä, että lähivuosien aikana palvelujärjestelmään hyvinvointialueiden täydennyskoulutuksena implementoitujen manualisoitujen psykososiaalisten lyhytinterventioiden käyttö ja koulutus saataisiin vakiinnutettua. Manualisoiduilla lyhytinterventioilla on palvelujärjestelmässä porrasteisen hoitomallin ensiportailla oma roolinsa, mutta koko perustason mielenterveyspalvelujärjestelmää ei missään tapauksessa voida rakentaa tiettyjen ennalta valikoitujen menetelmien ympärille, sillä ne eivät kykene vastaamaan koko siihen palvelutarpeeseen, joka perustason mielenterveyspalveluiden asiakaskunnalla on. Yksittäisten menetelmien koulutus sopii siis täydentämään ammattilaisten tietyissä työtehtävissä tarvitsemaa osaamista, mutta yksittäisten menetelmien hallinta ei tee kenestäkään mielenterveystyön ammattilaista, mikä nähdäksemme on laajemman yliopistotasaisen erikoispätevyyskoulutuksen keskeinen tavoite.

Esitys pohjaa vahvasti ajatukseen, että psykoterapia tai perustasolla tarvittava psykoterapeuttinen osaaminen olisi pääosin yksittäisten menetelmien hallintaa, mikä ei ole kestävä lähtökohta erikoispätevyyden omaavien ammattilaisten kouluttamiseen, eikä myöskään vastaa niitä kompetensseihin, joita mielenterveystyötä eri osissa perustason mielenterveyspalvelujärjestelmää tekeviltä ammattilaisilta vaaditaan. **Koulutuksen lähtökohtana tulee olla psykoterapeuttisten kaikille terapiamuodoille yhteisten taitojen opetus, joka tuottaa osaamista eri ikä- ja häiriöryhmien kanssa tehtävään mielenterveystyöhön niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon puolella, ja luo vahvan pohjan erilaisten työmenetelmien hyödyntämiselle asiakkaiden tarpeen mukaisesti.** Tämä ei poissulje sitä, etteikö koulutuksessa voida myös tarjota ammattilaisille käytännön työkaluja (= menetelmiä), joita asiakastyössä voidaan hyödyntää, mutta ne tulee nähdä osana koulutuksen tuottamaa osaamista, ei sen perustana.

Tutkimusten mukaan eri psykoterapiamuotojen väliset erot hoidon vaikuttavuudessa ovat vähäisiä, mikä ei tue menetelmäkeskeistä lähestymistapaa. Cuijpers ym. (2024) raportoivat 441 satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen meta-analysissä, että psykoterapiat tuottavat keskenään vertailukelpoisia tuloksia kahdeksassa eri häiriössä. Kaikille terapiamuodoille yhteisten tekijöiden, kuten potilaan ja terapeutin välisen yhteistyösuhteen, yhteys hoidon tuloksellisuuteen on lukuisissa tutkimuksissa havaittu keskeisemmin hoidon vaikuttavuuteen yhteydessä olevaksi tekijäksi, kuin spesifisen terapiamuodon (Wampold, 2015). Tämä näkökulma on nostettu esiin myös Käypä hoito -suosituksissa koskien esimerkiksi masennustilojen hoitoa (Näytön aste A; Lindfors & Stenberg, 2020). Yksittäiset vaikuttaviksi osoitetut psykoterapioihin perustuvat lyhytinterventiot eivät myöskään välttämättä ole vaikuttavampia kuin muu yksilöllisesti sovitettu hyvä hoito (Tran & Gregor, 2016; Wampold ym., 2002). Tutkimukset myös osoittavat, että arkielämässä asiakkaiden ongelmat eivät usein ole yksilöllisiä, joten asiakkaat tarvitsevat yksilöllisesti räätälöidymppää hoitoa kuin kontrolloiduissa koeasetelmissa (Roberts ym., 2003). Näin ollen on syytä huomioida, **että yksilöllisesti tehokas hoito ei välttämättä rajaudu yksittäiseen lyhytterapeuttiseen interventioon vaan voi vaatia menetelmien mukauttamista tai eri interventiomuotojen yhdistelmiä, mihin erikoispätevyyskoulutuksen tulee tuottaa riittävät valmiudet.** Yksilötason lisäksi koulutuksessa tulee huomioida myös pari- ja perhesuhteiden merkitys sekä ryhmädynaamiset ilmiöt.

On siis hyvä huomata, että menetelmät eivät itsessään hoida asiakkaita, vaan mielenterveystyöhön koulutetut ammattilaiset, joilla on työkaluinaan riittävän laajasti erilaisia menetelmiä sekä riittävä osaaminen niiden valitsemiseen ja soveltamiseen erilaisten asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Pelkästään menetelmien kouluttaminen ei siis lisää palveluiden saatavuutta, eikä jo tällä hetkellä käytössä olevien menetelmien kouluttaminen myöskään kehitä perustason mielenterveyspalveluita, vaan ainoastaan vakiinnuttaa niiden nykytilan. Lähtökohtaisesti palveluiden saatavuuden lisääminen edellyttää koulutusten kautta tapahtuvan laaja-alaisen osaamisen vahvistamisen lisäksi myös palveluiden riittävää resurssointia.

3) Hallitusohjelman tavoitteisiin vastaaminen: Lasten ja nuorten terapiatakuun tukeminen

Lähtökohtaisesti esitys tukee nykyisen kaltaisen lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamista, sillä esityksen mukainen koulutus on vastaavalla tavalla menetelmäkeskeinen, kuin nykytuotoinen lasten ja nuorten terapiatakuu. Valitettavasti **lasten ja nuorten terapiatakuun ajankohtaisesti keskeisin ongelma kuitenkin on juuri menetelmäkeskeisyys, mikä aiheuttaa sen, että valtaosa tukea tai hoitoa mielenterveyden haasteissa ja -häiriöissä tarvitsevista lapsista ja nuorista tosiasiaa jää kokonaan takuun ulkopuolelle.**

Hyvinvointialueet ovat ottaneet käyttöön varsin suppean valikoiman erilaisia hoidollisia menetelmiä, minkä lisäksi on hyvä huomata, että kaikkiin lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin ei toistaiseksi ole käytössä vaikuttavuusnäyttöä omaavia strukturoituja psykososiaalisia menetelmiä, eikä strukturoitu interventio myöskään ole aina ensisijainen vaihtoehto lapsen tai nuoren mielenterveysongelman hoitoon. Myöskään kaikki lapset tai nuoret, joilla on tietyn diagnoosin mukainen häiriö tai oireilua, eivät hyödy samasta menetelmästä.

Lisäksi on huomattavaa, että takuun mukaisten interventioiden määrittelyssä on osin sivuutettu sekä kansainväliset hoitosuosituksen että valtakunnalliset Käypä hoito -suositukset. 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 depressioiden hoitovaihtoehtoksi (National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Masennuksen Käypä hoito -suosituksen mukaan 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.

Asiantuntijat ovat jo lasten ja nuorten terapiatakuuta koskevaa lainsäädäntöä valmisteltaessa olleet laajasti huolissaan siitä, ettei hoitomenetelmiin keskittyvällä takuulla kyetä vastaamaan lasten, nuorten ja perheiden hyvin moninaiisiin tarpeisiin, sillä takuun piiriin kuuluvat menetelmät eivät sovellu monien lasten ja nuorten ongelmiin vastaamiseksi, mikä on ajankohtaisesti nostettu esiin myös hyvinvointialueiden edustajien toimesta (Muhonen, 2026).

Tällä hetkellä luotettavaa tietoa takuun toteutumisesta ja sen piiriin ohjautuneiden lasten ja nuorten suhteellisesta osuudesta kaikista avun tarpeessa olevista lapsista ja nuorista ei

valitettavasti ole saatavilla tietojärjestelmäpuutteiden ja vajavaisten tilastotietojen vuoksi. Käytännössä koko Suomessa on vuoden aikana kyetty kirjaamaan tietoja takuun piiriin kuuluvista interventioista ja takuuajkojen toteutumisesta ainoastaan 8 hyvinvointialueella sekä YTHS:llä, ja tilastojen mukaan vain 640 nuorta olisi takuun mukaista hoitoa saanut, joista YTHS:n asiakkaita on ollut peräti 60%. Nämä luvut eivät toki em. syistä vastaa todellisuutta, mutta se on selvää, että menetelmäkeskeisellä toteutustavalla ei voida kattaa perustason mielenterveysasiakkaiden tarpeista kuin murto-osa, minkä vuoksi myöskään mielenterveysammattilaisten koulutusjärjestelmää ei voida kytkeä yksittäisiin menetelmiin.

Kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen 1.portaan koulutuksen avulla olisi kuitenkin erinomaiset mahdollisuudet korjata tämänhetkisen lasten ja nuorten terapiatakuun keskeiset ongelmat, ja myös mahdollistaa takuun laajentaminen koskemaan muitakin ikäryhmiä. Mikäli tämä erikoispätevyyskoulutus toteutetaan siten, että se antaa laaja-alaiset valmiudet vastata eri ikäisten ja eri ongelmista kärsivien asiakkaiden tarpeisiin perustason mielenterveyspalveluissa, voidaan terapiatakuu määritellä uudelleen siten, että se pohjautuu asiakkaan tarpeisiin, jolloin jokaisella asiakkaalla oireesta tai ongelmasta riippumatta on yhdenvertainen oikeus saada määräjassa lyhytpsykoterapiaa tai lyhyitä psykososiaalisia interventioita, mikä parantaisi merkittävästi hoidon saatavuutta. Toteutus sidottaisiin käytännössä siihen, että takuun mukaisia psykososiaalisia interventioita voivat toteuttaa erikoispätevyyden omaavat ammattilaiset - ja lyhytpsykoterapioita 2.portaan koulutuksen käyneet psykoterapeutit, kuten nykyisin. Tällöin 1.portaan koulutuksen suorittaneille psykososiaalisten interventioiden erikoispätevyyden omaaville ammattilaisille olisi myös palvelujärjestelmässä selkeä ammattiosaamiseen pohjautuva tehtävä.

4) Kaksiportaisen psykoterapiakoulutuksen ensimmäisen tason rakenne (30+15op): Vastaavuus kaksiportaisen psykoterapiakoulutuksen tavoitteisiin

Lähtökohtaisesti psykoterapiakoulutuksen ensimmäisen portaan rakenne, eli 45 opintopisteen kokonaisuus, joka sisältää 30 op teoriaosuuden sekä 15op interventio-opetuksen on erinomainen lähtökohta, mikä vastaa myös kaksiportaisen psykoterapiakoulutuksen keskeisiin tavoitteisiin, ja sillä on mahdollisuus sekä vahvistaa perustason mielenterveyspalveluissa toimivien ammattilaistan osaamista että antaa hyvät ja yhdenmukaiset valmiudet 2.portaalle, eli varsinaiseen psykoterapeuttikoulutukseen, hakeutumiseksi. Valtioneuvoston asetuksessa psykososiaalisten menetelmien erikoispätevyyden edellyttämästä koulutuksesta kuvatut koulutuksen tavoitteet (4 §) antaa yhtenäiset teoreettiset valmiudet psykoterapiakoulutukseen hakeutumiseksi sekä valmiudet arvioida ja kehittää omaa ammatillista osaamista ovat siis erittäin kannatettavia.

Esitetyn mallin mukainen toteutus kuitenkin pirstoisi 45 opintopisteen koulutuskokonaisuuden irralliseksi 30 opintopisteen teoriaopetuksiksi ja 15 opintopisteen menetelmäopetuksiksi, mikä aiheuttaa sen, että toteutus erityisesti

interventio-opetuksen suhteen olisi eri alueilla erilainen, eikä tuo koulutettaville tavoitteiden mukaisesti yhtenäisiä valmiuksia asiakkaiden kanssa työskentelyyn.

Teoreettisen ja menetelmällisen koulutuksen erottaminen toisistaan on ongelmallista myös sen vuoksi, että teoria ja menetelmät kietoutuvat tiiviisti yhteen, ja niitä tulee voida kouluttaa yhtenä kokonaisuutena myös samanaikaisesti.

Vaikka esityksessä todetaan, että 15op interventio-opetus voisi pitää sisällään sekä eri psykoterapiasuuntauksille ja -muodoille yhteisten terapeuttisten taitojen opetusta että koulutusta lyhytinterventioihin, on esityksen sisältö kuitenkin varsin vahvasti painottunut siihen suuntaan, että käytännössä 15op interventio-opetus kapeutuisi lähinnä yksittäisiksi manualisoiduiksi menetelmiksi, mikä esityksessä myös suoraan todetaan, ja asetukseen (5 § Koulutuksen sisältö) on kirjattu, että koulutuksen tavoitteena on antaa osaaminen vähintään kahteen hyvinvointialueella käytössä olevaan menetelmään.

Esitettyssä mallissa ensimmäisen portaan koulutusvastuu jaettaisiin yliopistojen, yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän kesken. Nykyisin vastuu psykoterapeuttikoulutusten järjestämisestä on kokonaisuudessaan yliopistoilla.

Esitetty koulutusrakenne on täysin poikkeava suhteessa muihin sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksiin, joiden osalta niin järjestämisvastuu kuin rahoitus on selkeästi määritetty koulutuksesta vastaavalle korkeakoululle. Esityksessä ei ole kestäväällä tavalla perusteltu sitä, miksi erikoispätevyyskoulutuksen osalta olisi tarpeen rakentaa muista koulutuksista poikkeava malli. Korkeakouluilla on jo nykyisin velvollisuus tuottaa yhteiskunnan ja työelämän tarpeisiin vastaavaa koulutusta, ja yliopiston koko kivijalka pohjaa tutkittuun tietoon ja sen mukaiseen koulutukseen. Lähtökohtaisesti suomalaisessa koulutusjärjestelmässä luotetaan siihen, että myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia osataan korkeakouluissa kouluttaa siten, että he valmistuessaan osaavat hoitaa asiakkaita hoitosuosituksen ja hyvien hoitokäytänteiden mukaan, ilman että palveluiden järjestämisestä vastaavat hyvinvointialueet ryhtyvät määrittämään koulutuksen sisältöjä. Yliopistot eivät myöskään voi sitoutua siihen, että niiden tulee hyväksyä osaksi vastuullaan olevaa koulutusta sellaisia opetussisältöjä, joita ne eivät ole määritelleet, ja joiden laatua ne eivät voi valvoa.

Esityksessä nojataan menetelmäkoulutusvastuun siirtämisessä yliopistosairaaloita ylläpitäville hyvinvointialueille vuonna 2025 päivitettyyn erikoissairaanhoidon keskittämisasiasetukseen (VN/30743/2024). Tämä on kuitenkin täysin ristiriidassa keskittämisasiasetuksen perustelumistion kanssa, johon on kirjattu, että ”Hyvinvointialueiden välistä työnjakoa koskevalla sääntelyllä ei myöskään esimerkiksi puututa yliopistojen ja muiden koulutusorganisaatioiden rooliin koulutuksen järjestäjinä.” **Koulutuksen järjestämisvastuuta ei siis voida keskittämisasiasetuksen nojalla siirtää yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille.** Lisäksi on hyvä huomioida, että koulutukseen sisältyviä työnohjattuja interventioita tulee voida toteuttaa yhteistyössä kaikkien hyvinvointialueiden kanssa, ei vain yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän kanssa.

Esitys myös pohjaa oletukseen, että hyvinvointialueilla olisi henkilöstössään olemassa olevaa kouluttajaosaamista ja heillä käyttöön otettavaa aikaresurssia riittävästi vastatakseen vuositasolla satojen, jopa tuhansien, erikoispätevyyskoulutettavien koulutuksista ja työnohjauksista. **Hyvinvointialueet eivät kuitenkaan lähtökohtaisesti ole koulutusorganisaatioita, eikä niiden työntekijöillä ole mahdollisuutta irrottautua asiakastyöstä koulutustehtäviin tarvittavassa laajuudessa.** Käytännössä hyvinvointialueet joutuisivat siis hankkimaan koulutukset ulkopuolelta, mikä johtaisi varsin vaikeasti hallittavaan kokonaisuuteen ja kapeuttaisi koulutusten sisältäjä. Käytännössä ongelmat, jotka saatiin korjattua siirtämällä psykoterapeuttikoulutukset yliopistojen järjestämisvastuulle niiden yhdenmukaisuuden ja laadun varmistamiseksi, toistuisivat jatkossa 1.portaan koulutuksen osalta sirpaleisen toteutuksen myötä. Kaikki koulutettavat eivät myöskään työskentele yliopistollista sairaalaa ylläpitävillä hyvinvointialueilla, joten on vaikea tavoittaa ajatusta siitä, miksi ko. hyvinvointialueet haluaisivat ottaa vastuulleen näiden ammattilaisten koulutuksen järjestämisen.

Jotta kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen ensimmäinen porras olisi pedagogisesti eheä kokonaisuus, joka tuottaisi myös laadultaan ja sisällöltään yhdenmukaisen sekä palvelujärjestelmän tarpeisiin vastaavan ammattiosaamisen, tulee koulutuksen sisällön ja toteutuksen koordinointi ja pedagoginen kokonaisvastuu säilyttää kokonaisuudessaan psykoterapeuttikoulutusten vastuuyliopistoilla, jotka voivat toteuttaa koulutusta yhdessä muiden korkeakoulujen kanssa, samalla kun hyvinvointialueet toimivat sopimukseen perustuvina koulutus- ja oppimisympäristöinä.

5) Kaksiportaisen psykoterapiakoulutuksen ensimmäisen tason rakenne (30+15op): Vastaavuus palvelujärjestelmän tarpeisiin

Asetusluonnoksessa koulutuksen sisältöä kuvaavaan 5 § on kirjattu, että menetelmällisten opintojen tavoitteena on antaa osaaminen vähintään kahden yleisimpien mielenterveyden häiriöiden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä sekä mielenterveyden tukemisessa hyvinvointialueella käytettäviin menetelmiin. Asiakkaiden tarpeet palvelujärjestelmässä ovat kuitenkin hyvin moninaisia, kun taas esitetyn mallin mukainen koulutus tuottaa hyvin kapea-alaista osaamista, ja tuottaa ainoastaan lisää jo olemassa olevaa osaamista.

Esitetyn mallin mukainen menetelmäkeskeinen toteutustapa ei siis kehitä tai laajenna hyvinvointialueiden mielenterveyspalveluiden palveluvalikoimaa, eikä vastaa palvelujärjestelmän – ja ennen kaikkea asiakkaiden – moninaiisiin tarpeisiin.

6) Tarvearvio koulutettavien määrästä

Esityksen mukaiset tarvearviot koulutettavien määrästä (2000–4000 /vuosi) ovat selkeästi ylimitoitettuja, eikä niitä ole esityksessä perusteltu tai taustalla olevia laskelmia avattu. Vaikuttaa siltä, että laskelmat pohjautuvat hyvinvointialueilla työskentelevien

ammattilaisten määrään ja täydennyskoulutustarpeisiin, mikä on syytä pitää erillään kaksiportaisesta psykoterapeuttikoulutuksesta ja erikoispätevyyskoulutustarpeesta. Syntyy vaikutelma, että esityksessä pyritään ensisijaisesti suuntaamaan resurssia hyvinvointialueille lakisääteisiin täydennyskoulutustarpeisiin vastaamiseksi, ei vastaamaan alkuperäisen tavoitteen mukaisen kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen toteuttamisesta. On syytä huomata, että erikoispätevyyskoulutettavat eivät kaikki työskentele hyvinvointialueella, ja toisaalta kaikki hyvinvointialueiden perustason palveluiden työntekijät eivät tarvitse erikoispätevyyskoulutusta.

Vertailun vuoksi todettakoon, että psykologeja valmistuu vuositasolla alle 400, psykoterapeutteja 250, ja psykiatrian, lastenpsykiatrian sekä nuorisopsykiatrian erikoislääkäreitä alle 70 (lääkäreitä 750). Eli esityksen mukainen koulutusmäärä erikoispätevyyskoulutuksessa olisi 3–6 kertainen suhteessa kaikkiin muihin tämänhetkisiin mielenterveysalan koulutusohjelmiin yhteensä.

Toisena vertailukohtana koulutustarpeen arviointia ajatellen voidaan nostaa esitysluonnoksessakin esiin nostettu Iso-Britanniassa vuonna 2008 perustettu Improving Access to Psychological Treatments (IAPT) -ohjelma (nykyisin NHS Talking Therapies), ja sen mukaisessa mallissa kuluneen lähes kahdenkymmenen vuoden ajalla koulutettujen ammattilaisten määrä. Mallin mukaista asiakastyötä tekee ajankohtaisesti noin 12 000 ammattilaista, ja väestöpohja jonka tarpeisiin sillä pystytään vastaamaan, on lähemmäs 70 miljoonaa asukasta.

Käytännössä Suomen palvelujärjestelmässä realistinen koulutustarve olisi alle 1000 koulutettavaa / vuosi, mikä vastaa suhteellisen hyvin sitä määrää, joka nykyisin psykologian maisterikoulutuksessa, psykiatrian alojen erikoistumiskoulutuksissa, pian käynnistyvässä sekä sosiaalihuollon ja muiden psykoterapeuttikoulutukseen soveltuvien ammattiryhmien erikoistumiskoulutuksissa vuositasolla koulutetaan ammattilaisia. **Psykologian alojen yliopistoverkosto Psykonet on laskenut, että kaksiportaiseen psykoterapeuttikoulutukseen hallitusohjelmassa ja valtion talousarviossa varatulla summalla (10 M€ / vuosi) pystytään toteuttamaan laadukas yliopistovetoinen 1.portaan koulutus** eri ammattitaustoista tuleville koulutettaville tässä laajuudessa, sisältäen sekä teoreettisen opetuksen ja interventiokoulutuksen että asiakastyön työhönjauksen ja hallinnointikulut.

Perustason mielenterveyspalveluissa on jo tällä hetkellä tarjolla psykososiaalista hoitoa sekä koulutettua henkilöstöä, joilla kyetään vastaamaan osaan mielenterveyspalveluiden asiakkaista tarpeisiin, joten ei ole mielekäästä ylivoimaisesti perustason psykososiaalisten interventioiden osajien määrää.

7) Esitetyn rahoitusmallin vastaavuus esityksen mukaisen koulutuskokonaisuuden toteuttamiseen

Psykologiliitto kannattaa esitetyn rahoitusmallin sijaan esityksessä kuvattua opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) esittämää vaihtoehtoista toteutustapaa (s.30), jossa sekä koulutuksen järjestämisvastuu että rahoitus ohjautuisivat selkeänä kokonaisuutena yliopistoille, mutta koulutukseen sisältyvät työnohjatut hoidot velvoitetaan toteuttamaan yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa.

Esityksessä viitataan siihen, että STM:n arvion mukaan OKM:n esittämä malli olisi hallinnollisesti raskas, toisin kuin sen esittämä kaksikanavainen rahoitusmalli. Tosiasiassa STM:n esittämä malli, jossa rahoitus jaetaan yliopistojen ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden välillä vaikuttaa kuitenkin rakenteellisesti huomattavasti monimutkaisemmalta kuin OKM:n esittämä vaihtoehto, ja se myös lisäisi merkittävästi hyvinvointialueiden hallinnollista taakkaa.

OKM:n esittämä toteutustapa turvaa yliopistojen lakisäätöisen autonomian toteutumisen, ja varmistaa sen, että koulutusta myös interventio-opetuksen suhteen ohjaa riippumaton tutkimustieto ja valtakunnalliset suositukset, eivät palvelujärjestelmän nykytila tai hyvinvointialueiden ja eri menetelmäkehittäjien intressit. Tällöin koulutuksen avulla voidaan myös tulevaisuudessa kehittää ja parantaa palvelujärjestelmää (mm. ottaa käyttöön uusia menetelmiä), eikä ainoastaan sementoida palveluvalikoiman nykytila kouluttamalla hyvinvointialueilla jo nyt käytössä olevia menetelmiä.

Lisäksi tämä on käytännössä ainoa vapaa varmistaa, että koulutuksesta tulee aidosti kaksiportainen jatkumo, ja 1.porras – eli esitetty erikoispätevyyskoulutus - antaa valmiudet kaikkien eri psykoterapiasuuntausten mukaisiin 2.portaan koulutuksiin, eikä erikoispätevyyskoulutus jää irralliseksi muusta koulutusjärjestelmästä. Yliopistovetoinen koulutuskokonaisuus myös turvaa sen, että 1.porras tuottaa yhtäläiset valmiudet jatkaa eri suuntausten mukaisiin koulutuksiin.

Psykologian alan yhteistyöverkoston (Psykonet) kuuluvat yliopistot, jotka ovat vastuussa myös nykyisten psykoterapeuttikoulutusten järjestämisestä (Helsingin, Itä-Suomen, Jyväskylän, Tampereen, Turun ja Oulun yliopistot sekä Åbo Akademi), ovat tehneet valmistelutyötä kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen eteen useita vuosia yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa, mikä on erittäin valitettavalla tavalla esitysluonnoksessa sivuutettu. Yliopistoilla on siis lähtökohtaisesti kaikki keskeiset rakenteelliset ja sisällölliset edellytykset ensimmäisen portaan psykoterapeuttikoulutuksen koordinointiin ja toteuttamiseen jo olemassa. Valmiina on tutkimustietoon pohjaavia, toimiviksi havaittuja ja helposti skaalautuvia yhteistyömalleja yliopistojen ja hyvinvointialueiden välillä. Ne mahdollistavat ensimmäisen portaan koulutuksen siten, että järjestämisvastuu säilyy yliopistolla ja toteutus tehdään yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. **Koulutuksen valtakunnallista toteutusta on valmisteltu yhteistyössä useiden**

ammattialojen koulutuksista vastaavien toimijoiden kanssa, jotta koulutuksen tuottama osaaminen on yhdenmukaista ja saatavilla yhdenvertaisesti eri ammattiryhmille, jotka voivat jatkaa kouluttautumista psykoterapeuteiksi koulutuksen 2.portaalla.

Psykologiliitto yhtyy Psykonet-verkoston esittämään näkemykseen, jonka mukaan koulutuksen rahoituksen tulee ohjautua yliopistoille, mahdollistaa kaikille hyvinvointialueille riittävät korvaukset ohjatusta asiakastyöstä sekä muusta työstä esimerkiksi yhteisvirkamallien kautta sekä korvaamalla esimerkiksi työnohjauskustannuksia, ja perustua kilpailutusten sijaan alueellisiin rahoitus- ja yhteistyösopimuksiin.

8) Muita huomioita esitettyyn rahoituksen myöntämiseen ja maksamiseen liittyen

Koulutusta tulee voida toteuttaa pitkäjänteisesti ja vakiintuneena osana koulutusjärjestelmää. Rahoitus ja sen jakoperusteet tulee olla ennakoitavissa eikä perustua vuosittaiseen hakumenettelyyn. Yliopistojen opetussuunnitelmat tehdään neljäksi vuodeksi kerrallaan, joten koulutusten sisällöt tai määrärahat eivät voi perustua vuosittain vaihteleviin päätöksiin. Koulutusvastuu yliopistot ovat tehneet ministeriöille jo arvioita kustannuksista opintopistemääräisesti, näitä arvioita voidaan pitää viitekehysenä.

9) Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilön erikoispätevyys

On kannatettavaa, että erikoispätevyyden tuottama osaaminen voidaan rekisteröidä myös sosiaalihuollon ammattilaisten osalta yhdenvertaisesti terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon puolella tulee olla selkeää, mihin erikoispätevyys antaa pätevyyden, eli mitä sen omaavat ammattilaiset saavat tehdä suhteessa niihin ammattilaisiin, joilla ei kyseistä pätevyyttä ole.

Kaksiportaaisen psykoterapeuttikoulutuksen 1.portaan integraatio soveltuviin sosiaalihuollon erikoistumiskoulutuksiin, sekä psykoterapeuttikoulutusasetuksen muuttaminen siten, että 1.portaan suorittaminen yhdessä soveltuvan pohjakoulutuksen sekä riittävän työkokemuksen kanssa tuottaisi hakukelpoisuuden psykoterapeuttikoulutukseen, loisi myös sosiaalihuollon ammattilaisille nykyistä selkeämmän koulutuspolun 2.portaan psykoterapeuttikoulutukseen.

10) Muuta huomioitavaa esitykseen liittyen

Esitykseen on pyritty yhdistämään kaksiportaista psykoterapeuttikoulutusta koskevan hallitusohjelmataavoitteen lisäksi myös muita hallitusohjelmataavoitteita - kuten porrasteinen hoitomalli, painopisteen siirto erikoissairaanhoidosta perustasolle, lasten ja nuorten terapiatakuu – minkä vuoksi esityksestä on muodostunut jossain määrin epäselvä

kokonaisuus, jonka punainen lanka ja kaikkein keskeisin tavoite psykoterapeuttikoulutuksen uudistamisesta on kadonnut. **Esitysluonnos sisältää ristiriitoja koulutuksen rakenteessa, säädöspohjassa ja rahoituksessa, eikä siten täytä hallitusohjelmassa asetettujen tavoitteiden mukaisen kaksiportaisen psykoterapeuttikoulutuksen toteutumiseen tarvittavia edellytyksiä.**

Lisäksi esityksen nykytilaa kuvaavassa osiossa on esitetty jossain määrin virheellistä tai puutteellista tietoa esimerkiksi siitä, kuinka Ruotsin kaksiportainen psykoterapiakoulutusmallin (perustason koulutus, ns. Steg 1) sekä Iso-Britannian (IAPT) koulutusjärjestelmä suhteutuvat Terapiat etulinjaan -hankkeessa kehitettyyn koulutusmalliin, sekä siitä millä tavoin Helsingin yliopistossa on kaksiportaisen mallin toteutusta tulevaisuudessa suunniteltu.

Nähdäksemme edellä mainitut ongelmat johtuvat osin siitä, että esityksen valmisteluprosessi on ollut puutteellinen, sillä siihen ei ole osallistettu asian kannalta keskeisiä asiantuntijoita tai koulutuksen järjestämisestä vastaavia tahoja. Myöskään kuulemisia ei ole järjestetty kuin yksi, johon oli pyydetty paikalle hyvin kapea edustus yliopistoilta sekä yliopistosairaaloita ylläpitäviltä hyvinvointialueilta.

Koska kyseessä on koko mielenterveyspalvelujärjestelmän kannalta keskeinen uudistus, tulee psykoterapeuttikoulutuksen uudistamista koskevat muutokset ja kaksiportaisen koulutusuudistuksen toimeenpano valmistella aidossa yhteistyössä vastuuyliopistojen, korkeakoulujen, psykoterapiakouluttajien, psykologien, psykiatrien ja psykoterapeuttien sekä muiden mielenterveysalan ammattiryhmien edustajien ja hyvinvointialueiden kanssa.

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

Jari Lipsanen
Puheenjohtaja
Suomen Psykologiliitto ry

Lausunnon laatimiseen ovat osallistuneet myös Suomen Psykologiliitto ry:n Aikuisten mielenterveys- ja päihdetyön, Pari- ja perhesuhteiden sekä Tutkimus-, opetus- ja kehittämistyön jaosten jäsenet.

Lähteet:

Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Quero, S., Plessen, C. Y., Ebert, D., Harrer, M., van Straten, A., & Karyotaki, E. (2024). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 23(2), 267–275.
<https://doi.org/10.1002/wps.21203>

- Lindfors, O., & Stenberg, J-H. (2020). Yhteistyösuhteen ja terapeutin merkitys depression hoidon tuloksellisuudelle [Näytönastekatsaus]. Julkaisussa: Depressio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2025. Saatavilla: www.kaypahoito.fi.
- Marttunen, M. Supportiivinen psykoterapia nuorten depression akuuttihoidossa. [Näytönastekatsaus]. Julkaisussa: Depressio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2025. Saatavilla: www.kaypahoito.fi.
- Muhonen, H. (11.5.2026). Terapiatakuun ensimmäinen vuosi näyttää tilastoissa absurdilta. Helsingin Sanomat. <https://www.hs.fi/suomi/art-2000011963866.html>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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)
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>