PALVELUVALIKOIMA
Tjänsteutbudet | Choices in health care

Perustelumuistio-luonnos

PSYKOTERAPIAT JA MUUT PSYKO-SOSIAALISET HOITO- JA KUNTOU-TUSMENETELMÄT MIELENTER-VEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖIDEN HOI-DOSSA

LUONNOS

Mielenterveys- ja päihdepalvelujaosto

Sisällys

1 Taustaa, perusteet suosituksen laatimiseen ... 4
2 Aiheen määrittely ja rajaus ... 5
2.1. Psykososiaalinen hoito- ja kuntoutusmenetelmä ja psykoterapia ... 5
2.2. Kysymyksenasettelu ... 6
2.3. Rajaukset ... 6
2.4. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatimisessa käytetyt menetelmät sekä muut tavat tiedon hankkimiseen ... 8
3 Psykoterapiaa koskevat hoitosuositukset ja selvitykset ... 8
3.1. Kotimaiset hoitosuositukset ja selvitykset ... 8
3.2. Ulkomaiset hoitosuositukset ja selvitykset ... 9
3.3. Terveysongelman ja psykoterapeuttisen hoidon yleisyys ... 9
4 Terveysongelman vakavuus ... 11
5 Psykoterapian vaikuttavuus ... 12
5.1 Vaikuttavuuden mittaamisesta ... 12
5.2 Mielialahäiriöiden psykososiaalinen hoito ... 13
5.2.1 Masennus ... 13
5.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö ... 16
5.3 Ahdistuneisuushäiriöiden psyko- sosiaalinen hoito ... 17
5.3.1 Ahdistuneisuushäiriöt ... 17
5.3.2 Traumaperäinen stressihäiriö ... 20
5.4 Itsetuhoisten potilaiden psykososiaalinen hoito ... 21
5.5 Skitsofrenian ja muiden psykoottisten häiriöiden psykososiaalinen hoito ... 22
5.6 Lääke- ja päihderiippuvuuksien psykososiaalinen hoito ... 24
5.6.1 Tupakka ja nikotiini ... 25
5.6.2 Alkoholi ... 26
5.6.3 Lääkkeiden väärinkäyttö ... 26
5.6.4 Huumausaineet ... 27
5.7 Persoonallisuus- ja käytöshäiriöiden psykososiaalinen hoito ... 30
5.8 Somatoformisten häiriöiden, syömishäiriöiden ja toiminnallisen unettomuuden psykososiaalinen hoito ... 31
5.8.1 Somatoformiset häiriöt ... 31
5.8.2 Syömishäiriöt ... 32
5.8.3 Unettomuus ... 33
5.9 Lapsuus- tai nuoruusiässä alkavien käytös- ja tunnehäiriöiden psykososiaalinen hoito ... 34
5.10 Lääkityksen yhdistäminen psykososiaaliseen hoitoon ... 36
5.11 Terapioiden erilaiset toteutustavat ... 37
6 Psykoterapian turvallisuus ... 37
7 Psykoterapian kustannukset ja budjettivaikutukset ... 38
8 Psykoterapian kustannusvaikuttavuus ... 42
9 Eettinen tarkastelu ... 44
9.1 Ihmisarvo ... 44
9.2 Itsemääräämisoikeus ... 45
9.3 Tarve-oikeudenmukaisuus ... 45
9.4 Hoidon toteuttaminen ... 46
10 Potilaiden näkökulma ... 47
11 Organisatoriset kysymykset ... 48
11.1 Palvelujen järjestäminen ... 48
11.2 Koulutus ja ammattinimike ... 50

12 Lisänäytön kerääminen 50
13 Johtopäätökset 51
13.1 Terveysongelman merkittävyys 51
13.2 Lääketieteellinen perusteltavuus 51
13.3 Eettisyys ja taloudellisuus kokonaisuutena 53
14 Suositusten vaikutukset ja niiden seuranta 53
15 Suosituksen valmistelun vaiheet 54
16 Yhteenveto 55
17 Lähteet 56

1 TAUSTAA, PERUSTEET SUOSITUKSEN LAATIMISEEN

Palveluvalikoimaneuvosto asetti vuoden 2016 lokakuussa mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaoston, jonka tulee muiden jaostojen tapaan ehdottaa aiheita neuvoston käsittelyyn sekä osallistua neuvoston käsittelyyn valittujen aiheiden valmisteluun yhdessä sihteeristön kanssa. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaoston ehdotuksen pohjalta Palko päätti ottaa psykoterapiat ja psykososiaaliset hoidot jatkovalmisteluun.

Taustalla oli mielenterveys- ja päihdeongelmien vakavuus yksilön kannalta ja niihin liittyvä suuri palvelujen tarve ja kustannukset yhteiskunnalle. Perusteluna oli, että psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat mielenterveys- ja päihdehäiriöiden keskeinen hoitomuoto lääkehoidon ohella. Psykoterapioiden vaikuttavuudesta on kiistatonta ja lisääntyvää tieteellistä näyttöä. Tiedetään myös, ettei potilaiden yhdenvertaisuus psykoterapeuttisten palvelujen saatavuuden suhteen toteudu samalla lailla maan eri osissa. Ongelma ei ole yksinomaan Suomen: Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että kolmannes mielenterveysongelmista jää vaille hoitoa[1]. Syyksi on mainittu tiedon puute mielenterveys- ja päihdehäiriöistä, hoitojen etäisyys, kalleus ja korvattavuuden puuttuminen, pitkät odotusajat ja koettu hoidon leimaavuus. Suomessa kysynnän ja tarjonnan epäsuhtaa on selitetty pätevien terapeuttien puutteella sekä toiminnan pirstoutumisella yksittäisten palveluntuottajien ja moninaisten rahoituskanavien varaan.[2]

Nykytilanteessa psykoterapiaan pääsyä viivästyttää järjestelmän monimutkaisuus, minkä lisäksi painotus kuntoutuspsykoterapiaan ja hoidollisen terapian ja kuntoutuspsykoterapian järjestämisen erillisyys vaikuttavat psykoterapian saatavuuteen. Nykymuotoisessa järjestelmässä, jonka osat ovat kehittyneet osin irrallisina ja ilman keskitettyä koordinaatiota, pitkät psykoterapiat painottuvat liikaa suhteessa lyhyiden terapioiden saatavuuteen. Hoidollista kuntoutusterapiaa on kunnissa ja kuntayhtymissä tarjolla hyvin vaihtelevasti. Kelan korvaama kuntoutuspsykoterapia koskee vain sellaisia 16-65-vuotiaita, joilla kuntoutus liittyy opiskelu- tai työkykyyn. Eduskunnan mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta on käynyt keskustelua psykoterapian siirtämisestä sote-uudistuksen yhteydessä maakuntien järjestämisvastuulla olevaan palveluvalikoimaan[3]. Meneillään olevassa kuntoutuksen kokonaisuudistuksessa[4] pohditaan myös kuntoutuspsykoterapian prosesseja, muotoja ja paikkaa osana sekä kuntoutusjärjestelmää että psykoterapiajärjestelmää. Psykoterapian kohdentaminen ja terapian laajuuden mitoittaminen ovat tärkeitä, sillä psykoterapian kysyntä ylittää tarjonnan[5].

Sote-uudistuksen myötä järjestämislailla erotetaan toisistaan sote-palveluiden järjestäminen ja tuottaminen ja valinnanvapauslailla lisätään asiakkaan valinnanvapautta. Monikanavarahoitusta yksinkertaistetaan ja Kelan kuntoutuspsykoterapian järjestämisen ja rahoituksen siirrosta maakunnille toteutetaan kokeilu. Kun palvelujärjestelmä toimii oikea-aikaisesti ja kohdentuen oikein myös psykososiaalisten hoitojen kohdalla, voidaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden vaikuttavuutta parantaa ja

[1] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[2] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[3] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[4] Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi.
[5] Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.

vähentää yhteiskunnan kokonaiskustannuksia. Mielenterveys- ja päihdeongelmien kuntoutukseen panostamisella oikea-aikaisesti on suuri merkitys työkyvyttömyyseläkkeiden ehkäisemisessä.[6]

Nopea pääsy lyhyeen psykoterapiaan perustason palveluista ehkäisee ongelmien monimutkaistumista. Tutkimustieto tukee näyttöön perustuvan psykoterapian laajamittaista tarjoamista nopeasti myös perustasolla. Tiedetään myös, että sekä mielenterveyshäiriöiden että päihdeongelmien hoidossa monet potilaat hyötyvät hoidosta. Suosituksen valmistelutyössä onkin tärkeää koota systemaattisesti tutkimustietoa sekä psykoterapioiden että muiden psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuudesta. Jaosto teetti aiheesta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen[7]. Sen tavoitteena oli tuottaa vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevasta tutkimustiedosta kooste, jota voidaan käyttää tässä perustelumuistiossa pohdittaessa psykoterapioiden ja muiden psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien asemaa julkisin varoin rahoitetussa palvelujärjestelmässä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus teetettiin kohdennetulla tarjouspyyntömenettelyllä Summaryx oy:llä.

2 AIHEEN MÄÄRITTELY JA RAJAUS

2.1. PSYKOSOSIAALINEN HOITO- JA KUNTOUTUSMENETELMÄ JA PSYKOTERAPIA

Psykososiaaliset hoitomenetelmät tukevat potilasta oman elämän hallinnassa ja arkipäivässä selviytymisessä. Psykososiaalisella lähestymistavalla varmistetaan, että mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoito on tasapainoinen kokonaisuus. Psykoterapiat ovat psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta.[8] Kaikkeen hyvään psykososiaaliseen hoitoon ja kuntoutukseen voi sisältyä psykoterapeuttisia aineksia ilman varsinaista psykoterapiaakin.

Psykoterapiassa on kyse jäsennellystä vuorovaikutuksellisesta prosessista potilaan (potilaiden) ja hoitavan henkilön (henkilöiden) välillä. Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveysongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. Psykoterapioita toteuttavat psykoterapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus.[9]

Aivojen kuvantamistutkimusten, neuroendokrinologian, immunologian ja epigenetiikan löydökset ovat rikastaneet psykiatristen sairauksien kuvaa ja vahvistaneet psykososiaalisen hoitamisen teoreettista pohjaa. Kun perinteinen kahtiajakoinen ajattelu sairauksien fyysisestä ja psyykkisestä etiologiasta on korvautumassa eri alueet yhdistävillä biopsykososiaalisilla selitysmalleilla, käy yhä luontevammaksi yhdistellä psykoterapioita ja biologisia hoitomuotoja, kuten lääkkeitä ja neurologisia hoitoja.

---

[6] Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.
[7] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[8] Psykiatria. Lönnqvist ym.
[9] Psykoterapian konsensuslausuma 2006.

2.2. KYSYMYKSENASETTELU

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden jaosto lähestyi kysymystä ”kuuluvatko psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa terveydenhuollon palveluvalikoimaan” siten, että se määritteli kysymyksenasettelun seuraavasti käyttäen PICO-rakennetta, jossa määritellään terveysongelma, hoito- tai kuntoutusmenetelmä (interventio), vaihtoehtoinen hoito- tai kuntoutusmenetelmä (vertailuinterventio) ja tavoiteltava hoidon tai kuntoutuksen lopputulos (terveystulos).[10]

Terveysongelma (P)

Terveysongelma on mielenterveys- tai päihdehäiriö, jossa on asetettu diagnoosi ICD-luokituksen mukaan tai diagnostinen prosessi on kesken. Tarkastelu kohdennettiin sellaisiin sairaus- ja häiriöryhmiin, joiden hoidossa ja kuntoutuksessa tiedettiin olevan käytössä interventiokohdassa mainittuja menetelmiä. Mukaan otettiin henkilöt, joiden mielenterveys- tai päihdehäiriö kuuluu luokkiin F10-F69 tai F80-F98 ja edellyttäen, että potilaat ovat hakeneet apua terveydenhuollosta.

Lasten ja nuorten kohdalla mukaan otettiin myös henkilöt, joilla on häiriötasoisia ongelmia ilman varsinaisia diagnooseja. Häiriö on toistetusti tunnistettava tila, joka aiheuttaa toimintakykyhaittaa ja subjektiivista kärsimystä ja sen aste voi vaihdella.

Interventio (I)

Menetelmänä tarkasteltiin psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta sellaisenaan tai yhdistettynä lääkehoitoon silloin, kun terveysongelmana on edellisessä kohdassa todettu mielenterveys- tai päihdehäiriö. (Psykoterapiat ovat myös psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta).

Vertailuinterventiot (C)

Tarkastelussa oleville mielenterveys- tai päihdehäiriön hoidoille vaihtoehtoisina hoitoina nähdään tavanomainen hoito ilman tavoitteellista, suunniteltua psykososiaalista interventiota (joko sellaisenaan tai yhdistettynä lääkehoitoon), tai pelkkä lääkehoito.

Tavoiteltava hoidon tai kuntoutuksen lopputulos (O)

Interventiolla tavoitellaan terveysongelmana olevan mielenterveys- tai päihdehäiriön oireiden paranemista tai lievenemistä, päihteiden käytön vähenemistä tai toimintakyvyn kohenemista.

2.3. RAJAUKSET

Psykiatriassa käytössä olevasta laajasta terapioiden kirjosta suositus haluttiin rajata koskemaan ammattilaisen ja potilaan psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia menetelmiä. Näitä ovat varsinaiset psykoterapiat sekä muut mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa käytetyt sellaiset psykososiaaliset menetelmät,

[10] PICO-asetelma. Jaana Isojärvi.

joiden vaikuttavuudesta, turvallisuudesta ja eettisyydestä löytyy tutkimusnäyttöä. Koska psykiatrisen potilaan hoitoon kuuluu tyypillisesti sekä psykoterapiaa että lääkehoitoa, katsaus kohdennettiin avohoidon potilailla tehtyihin tutkimuksiin, joissa verrataan psykososiaalisten hoito- tai kuntoutusmenetelmien vaikutuksia, joko yksinään tai yhdistettynä lääkehoitoon. **Hoitoa ja kuntoutusta ei ole erotettu toisistaan kirjallisuushakua tehtäessä eikä perusteluita esitettäessä, koska kansainvälinen tutkimuskirjallisuus ei näitä erottele.** On tärkeää todeta, että kaikkeen ammatilliseen psykiatriseen ja mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyy asiakkaiden perusteellinen psykososiaalinen tutkiminen ja hyvän, vastuullisen ja tukevan hoitosuhteen luominen.[11]

Koska suositus rajattiin ammattilaisen ja potilaan psykologiseen vuorovaikutukseen perustuviin menetelmiin, siitä jätettiin tarkastelun ulkopuolelle:

- toiminnalliset interventiot, kuten toimintaterapia, työkuntoutus tai eläinavusteinen kuntoutus.
- luovat terapiat, kuten kuvataide- tai musiikkiterapia.

Lisäksi tarkastelun ulkopuolelle rajattiin:

- interventiot, joita käytetään mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyyn ml. suuntaamattomat, esimerkiksi väestöön tai kouluun kohdistetut, sairauksien ennaltaehkäisy- tai terveyden edistämisinterventiot.
- häiriöitä lievempään oireiluun käytetyt interventiot.
- monet ryhmä- ja verkostointerventiot sekä vertaistukeen perustuvat interventiot. [12]
- vastaanotoilla käytyjen tukea ja neuvoja antavien keskustelujen lisäksi muitakin psykososiaalisia kuntoutusmenetelmiä, kuten kognitiivinen kuntoutus ja erilaiset haastattelumenetelmät. Näillä ei ole varsinaisen psykoterapian asemaa, mutta ne laajentavat merkittävästi terveydenhuollon keinovalikoimaa mielenterveyshäiriöiden hoidossa

Suositus ei ota kantaa tarkastelun ulkopuolelle rajattujen menetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan.

Suositus ei ota kantaa eri psykoterapioiden eikä psykososiaalisten menetelmien keskinäiseen paremmuuteen eikä tarkempaan toteutustapaan.

Tässä muistiossa käytetään jäljempänä yksinkertaisuuden vuoksi pääsääntöisesti käsitettä ”psykoterapia” tarkoittamaan koko psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien kokonaisuutta, josta psykoterapia on yksi osa.

Tarkastelussa on pidetty mukana sekä aikuiset, nuoret että lapset. Lasten psykoterapia edellyttää vanhempien kanssa työskentelyä. Joskus lapsen häiriön ohessa joudutaan arvioimaan myös vanhempien omaa psykoterapian tarvetta ja ohjaamaan heitä hoitoon[13]. Nuoruusikäisen potilaan ikä ja ongelmien laatu vaikuttavat siihen, missä määrin vanhempien osallistuminen on tarpeen[14].

---

[11] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[12] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[13] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[14] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetty aiheen rajaus on kuvattu tarkemmin kirjallisuuskatsauksen liitteessä 1 ja kirjallisuuskatsauksessa mainitut terapiat on kuvattu sen liitteessä 2.

2.4. SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LAATIMISESSA KÄYTETYT MENETELMÄT SEKÄ MUUT TAVAT TIEDON HANKKIMISEEN

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja tulosten kriittisessä arvioimisessa käytetyt menetelmät on kuvattu raportin [15] sivuilla 7-12.

Systemaattisessa katsauksessa mukana olleista tutkimuksista ei löytynyt sellaisia tuloksia, joissa olisi tuotu esiin potilasnäkökulmaa. Potilasnäkökulma voi tuoda valmisteluun esim. sellaisia potilaiden arvostuksiin ja kokemuksiin liittyviä tietoja, joista ei ole saatavilla tutkimustietoa. Tästä johtuen Miepä-jaosto järjesti tapaamisen potilasjärjestöjen edustajien kanssa. Tilaisuus pidettiin toukokuussa 2017 ja siihen osallistui seitsemän potilasjärjestöjen edustajaa. Tilaisuus suunniteltiin niin, että mukaan saatiin potilailta koottua kokemusta paitsi mielenterveyshäiriöiden, myös päihderiippuvuuksien hoidosta ja kuntoutuksesta sekä yksi kokemusasiantuntija. Potilasjärjestöjen edustamisessa oli tärkeää, että mukana olivat sellaiset potilasjärjestöt, joiden edustamien sairauksien hoidossa psykoterapioilla on tärkeä rooli. Myös omaisten edustus sekä kielelliset ja alueelliset näkökulmat pyrittiin huomioimaan. Potilasjärjestöjen edustajat koottiin yhteistyössä Potilas- ja kansanterveysjärjestöjen verkoston (POTKA) kanssa. Tapaamisessa käytiin asioita läpi ennalta toimitetun teemalistan pohjalta. Niin toimien pyrittiin saamaan potilaan näkökulmaa Palkon suosituksissa arvioitaviin osa-alueisiin: sairauden vakavuus, terapian vaikuttavuus/hyödyt, turvallisuus, kustannukset ja eettiset kysymykset.

3 PSYKOTERAPIAA KOSKEVAT HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

3.1. KOTIMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

Suosituksen aihealuetta sivuaa 11 Käypä hoito –suositusta. Nämä ovat: depressio, epävakaa persoonallisuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, syömishäiriöt, traumaperäinen stressihäiriö, ADHD, alkoholiriippuvuus, huumausaineriippuvuus, tupakkariippuvuus ja unettomuus. Näistä kirjallisuuskatsaukseen poimittiin ne näytönastekatsaukset, jotka täyttivät katsauksen sisäänottokriteerit ja niiden, tämän työn kannalta keskeinen, sisältö esitetään tautiryhmittäin jäljempänä luvussa kuusi.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet (2010) ovat suosituksia, jotka erityisesti tukevat oikeaa hoidon porrastusta. Niissä ei oteta kantaa hoidossa tai kuntoutuksessa käytettäviin menetelmiin, kuten terapioihin. Aikuispsykiatriassa nämä suositukset kattavat keskeiset mielenterveyshäiriöryhmät: Ahdistuneisuushäiriöt, depressio ja kaksisuuntainen mielialahäiriö, neuropsykiatria, persoonallisuushäiriöt, vanhuspsyki-

[15] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

atria, psykoosit, päihdeongelmat ja syömishäiriöt. Lasten- ja nuorisopsykiatriaan on laadittu ohjeistukset siitä, milloin kiireetön hoito kuuluu erikoisairaanhoidossa annettavaksi.

Mielenterveyteen ja päihteisiin liittyviä HALO-suosituksia [16] on kaksi. Toinen on kognitiivisista verkkoterapioista aikuisilla masennuspotilailla 7.10.2011 annettu suositus, ja toinen käyttäytymis-terapeuttisista ryhmämenetelmistä nuorten aggressiivisen käyttäytymisen hallinnassa annettu suositus. Molempia menetelmiä voi suositusten mukaan käyttää harkiten[17].

3.2. ULKOMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

Kirjallisuuskatsausta varten tehdyssä systemaattisessa tietokantahaussa merkittävä osa valituista julkaisuista on terveydenhuollon menetelmien arviointiraportteja ja muita systemaattisia kirjallisuuskatsauksia mielenterveyshäiriöiden psykososiaalisista hoidoista. Tietoa kansainvälisistä hoitosuosituksista haettiin kirjallisuuskatsaukseen joidenkin organisaatioiden verkkosivuilta sillä perusteella, että hoitosuositukset on tehty tunnetuissa organisaatioissa ja niiden edustama terveydenhuoltojärjestelmä on suhteellisen samankaltainen suomalaisen järjestelmän kanssa. Näitä organisaatioita olivat Ruotsin terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö SBU, Belgian terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö KCE, Britannian National Institute for Clinical Excellence NICE sekä Australian ja Uuden Seelannin psykiatriyhdistys (The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists). Näiden organisaatioiden laatimien, tämän työn kannalta keskeisten, suositusten sisältö esitetään tautiryhmittäin jäljempänä luvussa 6.

3.3. TERVEYSONGELMAN JA PSYKOTERAPEUTTISEN HOIDON YLEISYYS

Tietoja terveysongelman yleisyydestä tarkasteluun otettujen diagnoosiryhmien ja häiriöryhmien osalta ei ole saatavilla. FinTerveys 2017-tutkimuksen mukaan psyykkinen kuormittuneisuus ja masennusoireet ovat lisääntyneet työikäisillä viime vuosina. Myös masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden yleistymisestä työikäisillä naisilla on viitteitä [18]. Päihdeongelmista tärkein on alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus, mutta huumausaineongelmiakin esiintyy yhä enemmän. Väestön alkoholin käyttö on lisääntynyt pitkällä aikavälillä, vaikkakin viimeisen 10 vuoden aikana suuntaus on ollut laskeva [19]. Kokonaan raittiita työikäisiä oli 10 prosenttia miehistä ja 16 prosenttia naisista vuonna 2016 [20]. Vuosina 2012-2015 toteutetun Alueellinen terveys ja hyvinvointi -tutkimuksen mukaan naisista noin 12 prosenttia ja miehistä noin 8 prosenttia käytti kyseisenä ajanjaksona jotakin terveyspalvelua mielenterveysongelmien vuoksi. Naiset käyvät perusterveydenhuollossa mielenterveysongelman vuoksi enemmän kuin miehet [21]. Vuonna 2016 hoidettiin terveydenhuollon vuodeosastolla

[16] HALO-ohjelmassa (Terveydenhuollon menetelmien hallittu käyttöönotto) oli sairaanhoitopiireillä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) HALO-neuvottelukunta, joka arvioi tutkimusnäyttöön perustuen uusia terveydenhuollon menetelmiä
[17] Suomen Lääkärilehti 2016;71(17):1240-1241.
[18] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[19] Päihdetilastollinen vuosikirja 2014
[20] Päihdetilastollinen vuosikirja 2017
[21] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

alkoholi- tai huumesairauden vuoksi noin 27 000 henkilöä [22]. (Alkoholisairauksien hoitojaksot sairaaloiden vuodeosastoilla 1996−2016). Alkoholisairauksiin ja alkoholimyrkytyksiin kuolleista suurin osa oli työikäisiä. Henkirikoksiin ja pahoinpitelyrikoksiin syylliseksi epäillyistä noin puolet oli vuonna 2013 alkoholin vaikutuksen alaisena. Päihteiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi terveyspalveluja käytti naisista vajaa prosentti ja miehistä noin kaksi prosenttia. Nuoruusikäisten kohdalla korostuu psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen lisääntyvä tarve. Lähes joka kymmenes 13-17 -vuotias käytti vuonna 2017 psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella [23].

Ongelman laajuutta voidaan kuvata myös annettujen hoitojen määrän kautta. Kokonaiskäsityksen saaminen psykoterapeuttisen hoidon yleisyydestä on haastavaa, koska hoitoa järjestävät, kuten edellä on kuvattu, monet eri tahot ja kaikesta annetusta hoidosta ja kuntoutuksesta ei ole saatavilla tilastoja. Toteutettujen psykoterapioiden määristä on saatavilla paremmin tietoa kuin muista psykososiaalisista hoito- ja kuntoutusmuodoista.

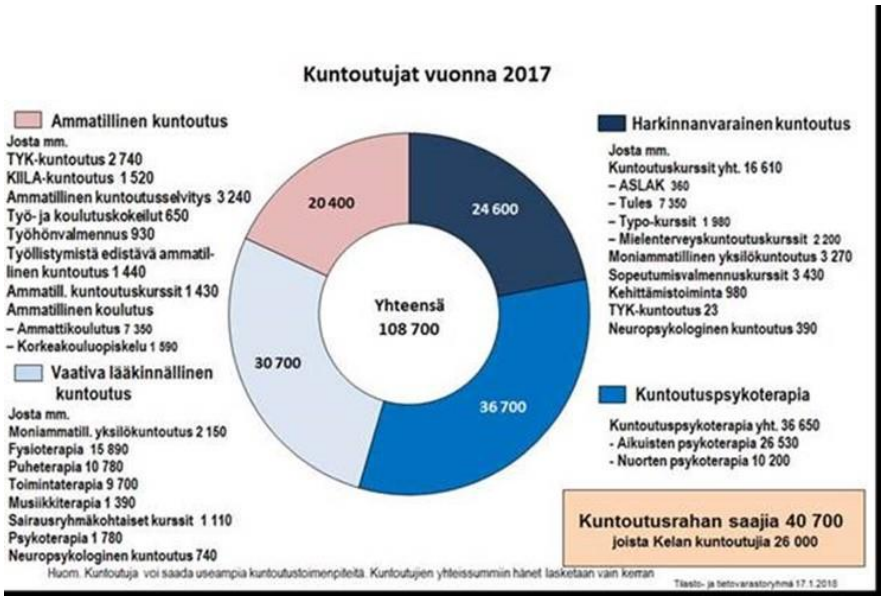
Julkisen terveydenhuollon tuottamien ja kustantamien hoidollisten psykoterapioiden määrä vaihtelee eri sairaanhoitopiirien alueilla eikä vertailukelpoista tietoa ole saatavilla. Vuonna 2017 Hyksin psykiatrinen yksikkö tuotti noin 3000 psykoterapiaa, ja hankki ostopalveluina yli 1000 terapiaa. Kelan kuntoutusterapioiden saajia oli Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella n. 14 000, jolloin alueella sai kaikkiaan n. 21 000 henkilöä psykoterapiaa, joista n. kaksi kolmasosaa sai Kelan korvaamaa kuntoutusterapiaa ja kaikkiaan n. yksi kolmasosa hoidollista psykoterapiaa (josta n. 40 prosenttia nettiterapiaa). Todennäköisesti hoidollisen terapian tarjonta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on muuta maata yleisempää ja toisaalta sen alueella myös kuntoutuspsykoterapian tarjonta on muuta maata yleisempää eli osuudet eivät ole yleistettävissä muuhun maahan.

Kelan kuntoutuspalvelut on tarkoitettu niille, joilla työkyky on uhattuna: ne eivät ole akuuttivaiheen hoitoa. Kelan järjestämään mielenterveyskuntoutukseen osallistuvien määrä on kasvussa. Kelan rahoitustukea psykoterapiaan sai vuonna 2016 yli 31 000 henkilöä; määrä kaksinkertaistui vuodesta 2010[24]. Kuntoutusta myönnettiin useimmin mielialahäiriöiden tai neuroosien (F30-F48) takia. Vuonna 2017 Kelan kuntoutusta sai 108 700 henkeä, joista kuntoutuspsykoterapiaan osallistui 36 650[25] ja vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena annettua psykoterapiaa sai 1780 henkilöä (kuva 1.). Kelan harkinnanvarainen psykoterapia muuttui lakisääteiseksi kuntoutuspsykoterapiaksi vuonna 2011, mikä selittää osaltaan sitä, että kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 2011 vuoteen 2017 [26]. Nuorten ja aikuisten kuntoutuspsykoterapiaratkaisujen hylkäysprosentit ovat pienentyneet viime vuosina. Vuonna 2015 hylättiin noin 7 prosenttia sekä aikuisten että nuorten kuntoutuspsykoterapiahakemuksista (liite 1.).

---

[22] Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, kuvio 8, 9
[23] Linjajohtaja Klaus Ranta, suullinen tiedonanto
[24] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[25] Kelan tilastokatsaus, 2/2018
[26] Kelan tilastokatsaus 2/2018

Kuva 1. Kuntoutujat vuonna 2017



KELAn kuntoutuspsykoterapian saajien suhteellisissa määrissä on suurta vaihtelua maakunnittain. Kelan järjestämän kuntoutuspsykoterapian määrä ei kuvaa hoitavan tai kuntouttavan psykoterapian käyttöä alueella kokonaisuudessaan. Vaihtelu voi johtua monista eri syistä, kuten alueella työskentelevien terapeuttien määrästä tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottamasta hoidollisesta terapiasta ja muista palveluista, joten yksistään Kelan tilastojen pohjalta ei voi luoda käsitystä palvelujen tarpeesta tai saatavuudesta. Vuonna 2017 saajia oli suhteellisesti eniten Pirkanmaalla ja Pohjois-Karjalassa (liite 2.). Vähiten terapiaan osallistuneita oli Ahvenanmaalla, Lapissa ja Kainuussa. Syynä tähän on nähty se, että Lapissa ja Kainuussa on huomattavasti vähemmän terapeutteja kuin eteläisemmän Suomen kasvukeskuksissa. Myös pitkät matkat vaikuttavat osaltaan siihen, että kuntoutuspsykoterapiaan ei hakeuduta yhtä aktiivisesti kuin muualla Suomessa[27].

4 TERVEYSONGELMAN VAKAVUUS

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt huonontavat potilaan elämänlaatua ja vaikuttavat arjessa selviytymiseen ja arkeen osallistumiseen. Useimmille näistä häiriöistä on tyypillistä toistuvuus, jolloin ne kuormittavat toimintakykyä ja aiheuttavat subjektiivista haittaa pitkäaikaisesti. Ne vähentävät terveiden elinvuosien määrää ja elinajanodote on mielenterveys- ja päihdepotilailla selvästi muuta väestöä alhaisempi.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat 60-70 prosenttia nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitoista. Tyypillisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöihin sairastutaan nuorempana kuin somaattisiin sairauksiin. Jos sairastuminen tapahtuu sellaisessa elämänvaiheessa, johon yleensä ajoittuu kouluttautuminen ja työelämään siirtyminen, voi sairastumisella olla seurauksia, jotka heijastuvat pitkälle myöhempään elämään, jos kouluttautuminen jää puutteelliseksi tai pääsy työelämään estyy. Riskinä on myös syrjäytyminen sosiaalisista suhteista. Ne ovat merkittävä lyhyt- ja pitkäkestoisen työ-

[27] Kelan tilastokatsaus 2/2018

kyvyttömyyden aiheuttaja ja yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä. Niiden takia päädytään työkyvyttömyyseläkkeelle selvästi nuorempana kuin monien somaattisten sairauksien takia, ja menetettyjen työvuosien määrä on suuri [28].

5 PSYKOTERAPIAN VAIKUTTAVUUS

Tämä luku kuvaa systemaattisen katsauksen tuomia tuloksia terapioiden ja muiden psykososiaalisten hoitomenetelmien vaikuttavuudesta. Kunkin häiriökohtaisen alaluvun kohdalla kerrotaan ensin lyhyesti häiriöstä ja sen hoidosta Suomessa ja sen jälkeen hoitojen vaikuttavuutta koskevat tulokset. Yksityiskohtaisemmat tiedot vaikuttavuustuloksista ja viitteet ovat taulukoituna liitteessä [29]. Viimeisenä esitetään Suomen ja muutamien muiden maiden hoitosuositusten kannanottoja psykososiaalisten hoitojen käytöstä kyseisessä potilasryhmässä.

5.1 VAIKUTTAVUUDEN MITTAAMISESTA

Tieto valituista tutkimuksista uutettiin taulukoimalla diagnoosikohtaisesti käytetty psykososiaalinen interventio, vertailuinterventio, hoitotulos, tavoiteltu hoitotulos, näytön aste ja lähteet[30]. Hoitotuloksena raportoitiin katsauksen pääloppputulosmuuttuja sekä toimintakyky- tai elämänlaatumuuttuja silloin, kun sellainen oli ilmoitettu. Hoitotulos raportoitiin merkitsemällä plus, nolla tai miinus. Plus merkittiin, kun katsauksessa (tai alkuperäistutkimuksessa) oli tilastollisesti merkitsevä tulos terapian hyväksi. Merkitsevyyden raja (nollahypoteesin todennäköisyys) oli katsauksissa 5 prosenttia tai pienempi. Nolla merkittiin, kun katsauksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä kyseisen lopputulosmuuttujan suhteen. Miinus merkittiin, kun katsauksessa oli tilastollisesti merkitsevä tulos verrokin hyväksi.

Näytön asteen merkitsemisessä käytettiin A-D koodistoa, joka on erilaisina muunnelmina käytössä muun muassa Käypä hoito -suosituksissa ja kansainvälisesti. A merkitsee vahvaa tutkimusnäyttöä eli sitä, että aiheesta on useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia. B merkitsee kohtalaista tutkimusnäyttöä (ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia), C niukkaa tutkimusnäyttöä (ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus) ja D sitä, että luotettavaa tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä ei ole. Työryhmä käytti katsauksen kirjoittajien määrittelemää näytön astetta aina kun se oli mahdollista. Jos näytön aste oli ilmoitettu vastaavalla neliportaisella asteikolla, käytettiin sitä sellaisenaan. Jos lähde käytti jotain muuta näytön asteen arviointitapaa, työryhmä muunsi raportoidun näytönasteen A-D-koodiksi. Jos lähde ei ollut arvioinut näytön astetta, työryhmä teki sen GRADE-ohjeiden mukaisesti[31].

---

[28] Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut
[29] Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen liite 7
[30] Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen liite 7
[31] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

5.2 MIELIALAHÄIRIÖIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

5.2.1 Masennus

Masennustilasta kärsii vuoden aikana noin 5 prosenttia suomalaisista. Noin 15 prosenttia on sairastanut depression 21 ikävuoteen mennessä. Masennusta sairastavista nuorista 40-80 prosentilla on myös jokin muu mielenterveyshäiriö, yleisimmin ahdistuneisuus-, käytös- tai päihdehäiriö. Masennuksen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: akuuttivaihe, jatkohoito (uusiutumisen ehkäisy) ja pitkäkestoisen ja toistuvan masennuksen ylläpitohoito. Hoito perustuu psykoterapioihin, lääkkeisiin ja niiden yhdistelmiin. Yleisimmin Suomessa käytetyt psykoterapiat ovat erilaiset kognitiivisen ja käyttäytymisterapeuttisen terapian muodot, psykodynaamiset terapiat sekä interpersoonalliset ja ratkaisukeskeiset terapiat. Yleisin toteutustapa on yksilöterapia. Ennen psykoterapiaan ohjaamista on tarkoituksenmukaista arvioida, olisiko lyhytkestoinen terapia riittävä apu potilaalle vai tarvitaanko todennäköisesti pidempiaikaista terapiaa tai vielä kattavampaa hoitokokonaisuutta. Lasten ja nuorten kohdalla käytetään myös perheterapiaa, jolloin työskentely kohdistuu perheen ongelmallisiin vuorovaikutussuhteisiin tai –tapoihin[32].

Katsauksen tulokset[33]: Systemaattisten katsausten perusteella voidaan yleisesti todeta, että psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät vähentävät masennusoireita ja parantavat aikuisten masennuspotilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä enemmän kuin hoidon odotus, tavanomainen hoito tai lumelääke[34]. Tämä näyttää pätevän myös silloin, kun tarkastellaan erikseen vain masennuksen akuutti- tai ylläpitovaiheen hoitoa, ryhmämuotoista hoitoa tai hoitoa perusterveydenhuollossa. Edellä mainittujen kohdalla näyttö on vahvaa tai kohtalaista. Vain hyvin varhaisen, masennustilaa ehkäisevän psykoterapeuttisen hoidon ja toisaalta kroonisen masennuksen hoidon vaikuttavuuden kohdalla näyttö on heikkoa.

Raskauden aikaisen tai synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa psykoterapiat näyttävät lievittävän masennusoireita enemmän kuin tavanomainen hoito[35]. Psykoterapiat auttavat myös somaattisen sairauden vuoksi masentuneita: kohtalaista näyttöä löytyy dementiaan ja eturauhassyöpään liittyvän masennuksen hoidosta[36]. Todettakoon, että masennuksen hoidosta eri henkilöryhmissä tai eri sairauksissa ei tehty erillistä hakua, joten on mahdollista, että tiedot näiltä osin ovat puutteellisia.

Psykoterapioiden ja lääkehoitojen keskinäisestä paremmuudesta voidaan todeta, että kun tarkastellaan kaikkia psykoterapiamuotoja koskevia tutkimuksia yhdessä, psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on tehokkaampi kuin pelkkä lääkehoito[37]. Eri psykoterapiamuotojen ja lääkehoitojen keskinäisestä paremmuudesta voidaan sanoa seuraavaa: kognitiivinen käyttäytymisterapia lyhytterapiana on tehokkaampaa kuin lääkehoito lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa. Ratkaisukeskeinen terapia sekä pari- tai perheterapia näyttävät olevan tehokkaampia kuin pelkkä lääkehoito masennusoireiden lievittäjänä. Sama pätee kroonisessa masennuksessa käytettävään

---

[32] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[33] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[34] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[35] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[36] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[37] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

CBASP-yhdistelmäterapiaan, yksin tai yhdistettynä lääkehoitoon. Tietoista läsnäoloa kehittävän mindfullness-terapian vaikuttavuus masennuksessa on tutkimusten mukaan samanveroinen kuin lääkehoidon.

Tässä perustelumuistiossa ei ole haettu vastausta eri psykoterapiasuuntausten keskinäisestä paremmuudesta. Seuraavissa kappaleissa kerrotaan kuitenkin tutkimustuloksia eri psykoterapioiden vaikuttavuudesta aikuisten masennuksen hoidossa, kun vertailuhoitona on hoidon odotus tai tavanomainen hoito. Yksittäisistä psykoterapioista vahvinta on näyttö kognitiivisen käyttäytymisterapian ja käyttäytymisaktivoinnin (behavioral activation, uuden polven kognitiivisbehavioraalisia terapioita, kuvaus liitteessä 2.[38]) sekä lieväoireisessa masennuksessa ratkaisukeskeisen terapian suotuisista vaikutuksista masennusoireisiin verrattuna hoitoa odottaviin tai tavanomaista hoitoa saaviin masennuspotilaisiin[39].

Kohtalaista näyttöä löytyy seuraavista terapiamuodoista aikuisten masennuspotilaiden hoidossa: psykoedukaatio ja itseapuoppaat, kognitiivinen käyttäytymisterapia verkkoterapia, supportiivinen terapia, pitkä psykodynaaminen terapia, hyväksymis- ja omistautumisterapia sekä positiivisen psykologian mukaiset interventiot. On saatu viitteitä siitä, että alkoholiongelmaisille suunnatuilla verkkointerventioilla voidaan tavoittaa tiettyjä asiakasryhmiä paremmin kuin perinteisillä menetelmillä[40].

Kun tarkastellaan ainoastaan lapsilla ja nuorilla tehtyjä tutkimuksia, näyttää siltä, että psykoterapiat ovat samanveroisia tai parempia kuin pelkkä lääkehoito tai lääkehoidon ja terapian yhdistelmä. Lääkityksen lisäys psykoterapian rinnalle ei näytä tuovan lisähyötyä nuorille masennuspotilaille ja vastaavasti, kognitiivisen käyttäytymisterapian lisääminen lääkityksen rinnalle saattaa tehostaa nuorten masennuksen hoitoa[41].

Kun tarkastellaan erikseen eri terapiamuotoja nuorten masennuksen hoidossa, voidaan todeta, että vahvinta näyttöä on kognitiivisen käyttäytymisterapian ja interpersoonallisen terapian vaikuttavuudesta. Yksilö- ja ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudessa ei liene eroa [42]. Interpersoonaallisesta psykoterapiasta on kehitetty nuorille 3-4 kuukauden kestoinen ryhmähoito, jonka aikana terapeutti tapaa myös vanhempia. Tätä hoitoa koskevat tutkimushavainnot ovat lupaavia, vaikkakin lyhytaikaisia [43].

Pari- tai perheterapian ja hoitoresistentin depression kohdalla ratkaisukeskeisen terapian vaikuttavuudesta on kohtalalaista näyttöä nuorten masennuspotilaiden hoidossa. Ratkaisukeskeistä terapiaa voidaan käyttää ahdistus- ja mielialahäiriöiden sekä riippuvuuksien hoitoon, joko yksilöterapiana tai pari-, perhe- tai ryhmäterapiana. Lisäksi Suomessa on kehitetty ratkaisukeskeinen lasten ja nuorten ongelmien ratkaisemiseen tarkoitettu menetelmä, joka tunnetaan nimellä Muksuoppi [44].

---

[38] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 2
[39] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7
[40] Postel ym. 2005, Lieberman & Huang, 2008
[41] Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen liite 7
[42] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[43] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[44] Furman B. Muksuoppi-Ratkaisun avaimet lasten ongelmiin.

Perheterapiaa koskevia tutkimuksia nuorten depression hoidossa on melko vähän, mutta moni psykososiaalinen hoito sisältää myös vanhempien tapaamisia. Vanhempien osallistumisesta näyttää tutkimusten valossa olevan ainakin jonkin verran hyötyä nuorten erityyppisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa[45]. Eri terapioita vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että perheterapia on nuorten depressioiden hoidossa yhtä vaikuttavaa kuin supportiivinen tai psykodynaaminen psykoterapia, mutta toisaalta sen vaikuttavuus on huonompi kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian[46]. Nuoria masennuspotilaita hoidetaan Suomessa yleisesti psykodynaamisella psykoterapialla, jota pidetään lupaavana hoitona, vaikka näyttöä satunnaistetuista hoitokokeista ei vielä olekaan.

Masennuksen hoitotutkimuksissa seuranta-aika on tyypillisesti noin kuusi kuukautta, mutta jos tarkastellaan erikseen tutkimuksia, joissa seuranta-aika on yli yhden vuoden, tulokset ovat heikompia. Näin todetaan meta-analyysissa, jossa verrattiin erilaisten näyttöön perustuvien psykoterapioiden hoitotuloksia verrattuna tavanomaiseen hoitoon masennus- ja ahdistuspotilailla 12-18 kuukauden kohdalla[47]. Uusimmissa nuorten masennuksen hoitotutkimuksissa on sisällytetty 6-9 kuukauden kestoinen jatko- ja estohoitovaihe, jonka on havaittu parantavan hoitotulosta[48]. Depression Käypä hoito -suosituksen mukaan nuorten depressioiden jatko- ja estohoitoa voidaan toteuttaa lääkehoidon lisäksi harvajaksoisin kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisin seurantatapaamisin, vaikka näyttö aiheesta on vielä hyvin heikkoa[49].

Varsin moni terapia todetaan tutkimuksessa paremmaksi kuin hoidon odottaminen, eikä tällaisen tuloksen saavuttaminen vielä kerro paljoa terapian vaikuttavuudesta. Jos terapia todetaan tehokkaammaksi kuin tavanomainen hoito, se kertoo vaikuttavuudesta jo enemmän, vaikka emme tarkkaan tietäisi mitä tavanomainen hoito sisältää. Tutkijat ovat todenneet, että ainakin lasten ja nuorten depression hoidossa tutkimustiedon perusteella vaikuttavaksi todetut psykoterapiat ovat vain hieman vaikuttavampia kuin niin sanottu tavanomainen hoito[50]. Nuorten tavanomainen psykiatrinen hoito voi siis olla yllättävän vaikuttava hoito. Psykososiaaliset hoidot näyttävät tehoavan myös nuorten depression ehkäisyssä, ainakin lapsilla ja nuorilla. Riskiryhmiin kohdennettuna perinteiset ja uudemman polven kognitiiviset käyttäytymisterapiat ja interpersoonallinen terapiat näyttivät tutkimuksissa ehkäisevät kliinisen depression puhkeamista[51].

---

[45] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[46] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[47] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[48] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[49] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[50] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[51] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Taulukko 2. Hoitosuosituksia masennuksen psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Masennus Käypä hoito – suositus 2016)	Masennustilojen akuuttihoidossa keskeisimpiä hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja psykoterapiat. Nämä hoidot ovat yhtä tehokkaita lievissä ja keskivaikeissa depressioissa, joissa niitä voidaan käyttää vaihtoehtoisina tai yhtäaikaisesti. Mitä vaikeampi masennustila on, sitä tärkeämpiä ovat depressiolääkehoidon rooli ja psykoterapian yhdistäminen lääkehoitoon. Perusterveydenhuollossa voidaan toteuttaa lyhyitä psykoterapeuttisia hoitoja lääkehoidon rinnalla tai ainoana hoitona.
Ruotsi (SBU 2015 ja SBU 2013a)	Kognitiivista käyttäytymisterapiaa verkkoterapiana suositellaan lieväoireiseen masennukseen Ratkaisukeskeinen terapia voi auttaa yli 65-vuotiaita.
Britannia (NICE 2016)	Lieväoireinen masennushäiriö: Tarjoa kognitiivis-behavioraalista itseapumateriaalia ja/tai verkko- tai puhelinterapiaa 2-3 kuukauden ajan. Harkitse ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Vaikeahoitoinen lieväoireinen tai kohtalaisin oirein ilmenevä masennushäiriö: Tarjoa kognitiivista käyttäytymisterapiaa, interpersoonallista terapiaa, käyttäytymisaktivointia (kuvaus liitteessä 2) tai behavioraalista pariterapiaa. Jos edelliset eivät sovellu, tarjoa lyhyttä psykodynaamista terapiaa. Krooninen ja uusiutuva masennus: Jos ei lääkitystä, niin tarjoa kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai mindfulness-terapiaa.
Belgia (Karyotaki 2014)	Akuutti ja ylläpitovaihe lievässä ja keskivaikeassa masennushäiriössä: Psykoterapia yksin tai yhdistettynä lääkehoitoon on ensisijainen hoito. Pelkkää lääkehoitoa tulisi välttää.
Australia ja Uusi-Seelanti (Malhi 2015)	Akuutti masennushäiriö: Menetelminä kognitiivinen käyttäytymisterapia, interpersoonallinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia, käyttäytymisaktivointi (kuvaus liitteessä 2), lyhyt psykodynaaminen terapia. • Lievässä-keskivaikeassa masennuksessa psykoterapia on ensisijainen. • Keskivaikeassa-vaikeassa masennuksessa psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on ensisijainen hoito. Ylläpitohoito: Kognitiivinen käyttäytymisterapia tai mindfullness-terapia niille, joilla on toistuvia masennusjaksoja. Krooninen masennus: Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on ensisijainen

5.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyshäiriö, jossa esiintyy masennus-, mania- tai hypomania- ja sekamuotoisia sairausjaksoja sekä vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita. Kyseessä on useimmiten krooninen, uusiutuva sairaus. Hoidossa keskeisintä on ehkäistä jaksojen uusiutumista mielialaa tasaavilla lääkkeillä ja psykoosilääkkeillä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito voi olla yksilö-, ryhmä- tai perhehoitoa. Hoidon tavoitteena on tukea potilasta, parantaa lääkehoitoon sitoutumista, helpottaa mielialajaksojen varhaisoireiden tunnistamista ja lievittää potilaan ja hänen omaistensa vaikeuksia sopeutua sairauteen. Psykososiaalisesta hoidosta lienee eniten hyötyä sairauden alkuvaiheessa[52].

Katsauksen tulokset: Psykoedukaation lisääminen lääkehoidon rinnalle vähentää kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivän potilaan oireita enemmän kuin pelkkä

[52] Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö.

lääkehoito[53]. Ryhmäpsykoterapia näyttää toimivan paremmin kuin tavanomainen hoito. Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja kognitiivisesta kuntoutuksesta saattaa olla apua oireiden vähenemisessä. Psykologisen perheintervention lisääminen lääkityksen rinnalle ei tuonut tutkimuksissa tilastollisesti merkitsevää lisähyötyä potilaille.

Taulukko 3. Hoitosuosituksia kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013)	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalista hoitoa varten on kehitetty spesifisiä terapioita. Näillä hoitomuodoilla on runsaasti yhteisiä aineksia, eikä niiden vaikuttavuuden vertailu ole toistaiseksi mahdollista. Psykososiaalinen hoito voi olla yksilö-, ryhmä- tai perhehoitoa. Psykososiaalisesta hoidosta on eniten hyötyä sairauden alkuvaiheessa.
Britannia (NICE 2016)	Tarjotaan erityistä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon kehitettyä manualisoitua psykoterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa, interpersoonallista terapiaa tai behavioraalista pariterapiaa. Nuorille tarjotaan koulutuksellisia interventioita ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa bipolaarin masennuksen hoitoon.
Australia ja Uusi-Seelanti (Malhi 2015)	Strukturoimaton psykoedukatiivinen tuki sekä kognitiivinen käyttäytymisterapia ja perheterapia bipolaariseen depressioon.

5.3 AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖIDEN PSYKO-SOSIAALINEN HOITO

5.3.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöihin (anxiety disorders) kuuluvat pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt kuten julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko sekä määritetyt yksittäiset pelot, yleistynyt ahdistuneisuus, paniikkihäiriö ja pakko-oireinen häiriö. Jopa yhdellä kymmenestä perusterveydenhuollon asiakkaasta on yleistynyttä ahdistusta, mutta sen tunnistuksessa ja diagnosoinnissa on usein puutteita[54]. Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä: erityisesti sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö ja paniikkihäiriö yleistyvät nuoruusiän aikana[55]. Ahdistuneisuushäiriöiden hoito perustuu psykoterapioihin sekä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjälääkkeisiin. Psykoterapioina käytetään erilaisia kognitiivisia ja käyttäytymisterapioita ja pelkoihin asteittaista totuttamista. Terapioissa oleellista on tiedon lisääminen oireista ja välttämiskäytöksen estäminen[56]. Ahdistuneisuuden hoidosta on tekeillä Käypä hoito suositus[57].

Katsauksen tulokset: Psykoterapiaa (riippumatta suuntauksesta) saaneilla ahdistuneisuushäiriöiden oireet helpottavat enemmän kuin niillä, jotka odottavat hoitoa. Tämä pätee ainakin lapsilla ja nuorilla, mutta todennäköisesti myös aikuisilla[58]. Ti-

[53] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[54] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[55] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[56] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[57] M. Henriksson, suullinen tiedonanto
[58] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

lanne on sama, kun tarkastellaan erikseen sosiaalisten tilanteiden pelon ja pakko-oireisen häiriön hoitoa. On arvioitu, että 60-80 prosenttia ahdistuneisuushäiriöpotilaista hyötyy ensi linjan psykoterapeuttisesta ja tarvittaessa lääkehoidosta[59]. Osa potilaista ei kuitenkaan saa apua hoidoista, eikä hoitojen yhdistely tuota välttämättä parempaa tulosta[60].

Lääkehoidon ja psykoterapeuttisen hoidon keskinäisestä asemasta voi todeta, että ainakin lapsilla kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää lievittävän ahdistuneisuushäiriön oireita ja vähentävän uusiutumisia tehokkaammin kuin lääkehoito. Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle näyttää tehostavan hoitoa pelkkään lääkehoitoon verrattuna, ainakin traumaperäisessä stressihäiriössä ja pakko-oireisessa häiriössä, sekä aikuisilla että nuorilla. Ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia on ilmeisesti lääkehoidon veroinen hoito ahdistuneisuushäiriöissä.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia, sekä yksilö- että ryhmäterapiana, on tutkimusten mukaan vaikuttavaa hoitoa sekä aikuisten että nuorten ahdistuneisuushäiriöihin verrattuna hoidon odotukseen tai lumelääkkeeseen[61]. Näyttö vaikuttavuudesta on kohtalaista, kun tarkastellaan erikseen sosiaalisten tilanteiden pelon ja pakko-oireisen häiriön hoitoa tai internetin kautta toteutettua hoitoa. Heikointa näyttö on paniikkihäiriön hoidossa. Myös uuden polven kognitiiviset käyttäytymisterapiat (hyväksymis- ja omistautumisterapia ja mindfullness) näyttävät sekä aikuisilla että lapsilla ja nuorilla lievittävän ahdistuneisuushäiriöiden oireita enemmän kuin hoidon odotus, tavanomainen hoito tai lumelääke. Perhekontekstissa toteutettava kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa olla hyödyllistä, mutta tutkimuksia nuorista tarvitaan lisää. Kliinisessä käytössä voi olla käytössä myös muita vaikuttavia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista toistaiseksi puuttuu kontrolloitu tutkimusnäyttö[62].

Erilaiset kognitiiviset terapiat ja käyttäytymisterapiat saattavat auttaa paniikkihäiriössä ja pakko-oireisessa häiriössä enemmän kuin hoidon odottelu tai tavanomainen hoito[63]. Sama pätee supportiiviseen terapiaan paniikkihäiriöpotilailla. Suomessa laajalti ahdistuneisuushäiriöihin sovellettu psykodynaaminen psykoterapia lienee myös vaikuttavaa ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa. Kohtuullista näyttöä on myös meditaation ja huomioharjoittelun[64] vaikuttavuudesta[65].

---

[59] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[60] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[61] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[62] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[63] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[64] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 2
[65] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

Yhteenveto: Ahdistuneisuushäiriöiden vaikuttaviksi todettuja hoitoja. Tarkemmat tiedot systemaattisen katsauksen liitteen 7 taulukoissa 21-25.

Häiriö	Psykoterapiat (ylipäätään)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Hyväksymis- ja omistautumisterapia	Tietoinen läsnäolo (mindfulness)	Meditaatio
Ahdistuneisuushäiriöt (yleisesti)	B	A B (ryhmä tai verkko)	B	B	A
Yleinen ahdistuneisuushäiriö	B	C			
Paniikkihäiriö	?	C			
Sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö		B C (verkko)			
Pakko-oireinen häiriö		B/C			

A=vahva näyttö hoidon vaikuttavuudesta, B=kohtalainen näyttö, C=heikko näyttö.

Taulukko 4. Hoitosuosituksia ahdistuneisuushäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	**Suosituksen sanomaa**
Ruotsi (SBU 2013a; SBU 2005 vol 1-2)	**Yleistynyt ahdistuneisuus**: Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) **Paniikkihäiriö**: KKT yhdistettynä altistusterapiaan. Psykoterapian vaikutus kestää pidempään kuin lääkehoidon. **Pakko-oireinen häiriö**: Käyttäytymisterapia **Sosiaalisten tilanteiden pelko**: KKT, myös verkkoterapiana terapeutin tukemana.
Britannia (NICE 2005)	**Pakko-oireinen häiriö**: Tarjoa aikuisille lyhyttä, yksilöllistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT), jossa altistusterapiaa. Lapsille ja nuorille lieväoireisissa tapauksissa riittää ohjattu itseapu. **Sosiaalisten tilanteiden pelko**: Aikuisille tarjoa KKT:aa (yksilö KKT kustannusvaikuttavampi kuin ryhmämuotoinen). Jos KKT ja lääkehoito eivät auta, harkitse lyhyttä psykodynaamista terapiaa. Lapset ja nuoret: Tarjoa yksilö- tai ryhmämuotoista KKT:aa.
Kanada (Katzman ym 2014)	Psykologisilla hoidoilla on merkittävä asema ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia, yksilö- tai ryhmäterapiana, yhdistettynä pelottaville asioille altistamiseen, soveltuu kaikille ahdistuneisuushäiriöille. Psykoterapian vaikutus on samanveroinen kuin lääkityksen. Lääkitystä ja psykoterapiaa ei tule rutiinisti yhdistää.
Yhdysvallat (AACAP 2007)	Ahdistuneisuushäiriöiden ensisijainen hoitomuoto on psykoterapia
Australia ja Uusi-Seelanti (RANZCP 2003)	**Sosiaalisten tilanteiden pelko**: Kognitiivinen käyttäytymisterapia on lääkitystä kustannusvaikuttavampi

5.3.2 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäisiä stressireaktioita ja -häiriöitä esiintyy kaikenikäisillä, pelottavia tai traumaattisia asioita kokeneilla ihmisillä. Akuuttien tilanteiden hoidolla pyritään ehkäisemään pitkittynyttä ahdistuneisuusoireilua. Lieviä ja 12 kuukautta kestäneitä häiriöitä voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa psykiatristen konsultaatioiden tuella. Akuuteissa ja lievissä tapauksissa hoidoksi riittää turvallinen hoitokontakti. Leikkiä käytetään paljon lasten psykoterapiassa ja traumaterapiassa[66]. Vaikeat stressihäiriöt sen sijaan kuuluvat psykiatriseen erikoissairaanhoitoon. Hoito toteutetaan yleensä avohoitona[67].

Katsauksen tulokset: Psykoterapiat vähentävät vähintään kaksi kuukautta kestäneen traumaperäisen stressihäiriön oireita ja ovat ilmeisesti myös parantava hoito[68]. Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle näyttää lievittävän traumaperäisen stressihäiriön oireita enemmän kuin pelkkä lääkehoito.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on hoidoista eniten tutkittu: sen osalta näyttö vaikuttavuudesta on kohtalaista oireiden vähenemisen ja nuorilla myös paranemisen suhteen. Vahvinta näyttö kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta oireiden ja käytösongelmien vähenemiseen on lapsilla, joita on käytetty seksuaalisesti hyväksi. Ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa olla tehokasta, mutta näyttö on heikkoa. Terapioiden traumakeskeisyyttä usein korostetaan, mutta tutkimusten perusteella ei pystytty tekemään selvää eroa traumakeskeisen ja ei-traumakeskeisen terapian vaikuttavuuden välillä. Psykoedukaatio, virtuaalitodellisuusterapia (virtuaalitodellisuusterapialla on koitettu hoitaa mm. sosiaalisen jännittämisen ongelmaa. On kenties tulevaisuuden uusia hoitomenetelmiä) ja erityisesti maahanmuuttajaperheiden lapsille ja nuorille suunnattu narratiivinen altistusterapia saattavat myös olla tehokkaita oireiden lievittäjiä, mutta niitä koskeva näyttö on heikkoa. Silmänliiketerapiaa koskeva näyttö on ristiriitaista: se saattaa kuitenkin olla lääkehoidon veroinen traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Eri terapioiden vertailussa ei ole löydetty merkittäviä keskinäisiä tehoeroja[69].

---

[66] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[67] Käypä hoito -suositus 2014; Traumaperäinen stressihäiriö
[68] Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen liite 7
[69] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Taulukko 5. Hoitosuosituksia traumaperäisen stressihäiriön psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014)	Akuutissa stressihäiriössä tulee voimakkaita stressivasteita pyrkiä rauhoittamaan tarjoamalla psykososiaalista tukea. Pitkäkestoisen traumaperäisen stressihäiriön ensisijainen hoito on psykoterapia. Toissijainen hoito on lääkitys tai psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmä.
Ruotsi (SBU 2005; SBU 2001)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdistettynä altistusterapiaan. Psykoterapian vaikutus kestää pidempään kuin lääkehoidon. Silmänliiketerapia on suositeltava lisähoito, etenkin lapsille.
Britannia (NICE 2005)	Traumakeskeistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja/tai silmänliiketerapiaa tulee tarjota yli 3 kuukautta oireilleille. Ei rutiinisti varhaista puuttumista (debriefing).
Kanada (Katzman ym 2014)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdistettynä altistukseen on ensilinjan hoito. Muita suositeltavia hoitoja ovat silmänliiketerapia ja stressinhallinta. Debriefingiä ei rutiinisti.

5.4 ITSETUHOISTEN POTILAIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Itsetuhoisuus voidaan nähdä jatkumona kuolemanajatuksista ja itsen vahingoittamisesta itsemurhayrityksiin ja itsemurhiin. Nuorilla itsetuhoisuuteen liittyy usein kiinteästi epävakaata oireilua. Itseään vahingoittavilla nuorilla, on huomattavasti suurentunut itsemurhayrityksen vaara. Merkittävästä laskusta huolimatta itsemurhakuolleisuus on Suomessa edelleen suurta verrattuna muihin maihin ja itsemurha on nuorten yleisimpiä kuolinsyitä. Itsemurhien merkittävimmät riskitekijät liittyvät mielenterveyshäiriöihin, aikaisempaan itsetuhoisuuteen ja kriittisiin elämäntapahtumiin[70]. Masennustilat, kaksisuuntainen mielialahäiriö, päihdeongelmat ja käytöshäiriöt ovat nuorten itsetuhoisuuden riskitekijöitä. Myös epävakaa persoonallisuus ja käyttäytymisen ja tunteiden säätelyn häiriöt altistavat nuorta itsetuhoisuudelle[71]. Itsemurhien ehkäisyssä keskeistä on yksilöllisten riskitekijöiden tunnistaminen ja mielenterveyshäiriöiden hoito, mutta itsetuhoisuuden kohtaamiseen ja itsemurhaa yrittäneen hoitamiseen on kehitetty omia erityisiä psykologisia ja psykososiaalisia menetelmiä.

Itsetuhoisuus ja kohonnut itsemurhariski liittyvät lähes aina hoitoa edellyttävään mielenterveysongelmaan tai mielenterveys- tai päihdehäiriöön. Kansallisestikin merkittävänä ilmiönä itsetuhoisuus on nostettu tässä diagnoosikohtaisen tarkastelun oheen, mikä ei vähennä itsetuhoisuusriksiä aiheuttavan häiriön hoidon ensisijaisuuden merkitystä.

Katsauksen tulokset: Psykososiaaliset hoitomenetelmät näyttävät vähentävän nuorten itsetuhoisuutta enemmän kuin tavanomainen hoito. Tämä käy ilmi 19 satunnaistettua hoitokoetta sisältävän meta-analyysin tuloksista: psykososiaalista hoitoa saaneista 28 prosenttia uusi itsetuhoisen tekonsa tutkimuksen seuranta-aikana, kun

[70] Psykiatria. Lönnqvist ym. 2017
[71] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

taas tavanomaista hoitoa saaneilla nuorilla näin kävi 33 prosentille. Ero on suhteellisen pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä[72].

Dialektisen käyttäytymisterapian todettiin vähentävän itsetuhoisuutta eniten niillä nuorilla, joilla saatiin merkittävää lievitystä myös masennukseen, toivottomuuteen ja itsemurha-ajatuksiin[73]. Näytön niukkuudesta huolimatta perheterapeuttisten elementtien yhdistäminen itsetuhoisten nuorten psykoterapiaan katsotaan yleensä tarpeelliseksi. Itsetuhoisten nuorten epävakaiden oireiden lievittämisessä apua voi olla kognitiivisanalyyttisestä ja mentalisaatioon perustuvasta terapiasta, itsetuhoisten nuorten vanhemmille suunnatulla kasvatusneuvonnalla saadaan väkivaltaisia kasvatustapoja ja lasten häiriökäyttäytymistä vähennettyä. Psykodynaamisen ja supportiivisen psykoterapian tehosta tavanomaiseen hoitoon tai hoidon odotukseen verrattuna ei ole vertailevaa tutkimustietoa itsetuhoisten potilaiden hoidossa.

Mielenterveyshäiriöiden hoitamisen ohella, aikuisilla itsetuhoisilla potilailla mentalisaatioterapia näyttää vähentävän itsensä vahingoittamista enemmän kuin tavanomainen hoito[74]. Lupaavia tuloksia on saatu myös kognitiivisen käyttäytymisterapian, dialektisen käyttäytymisterapian ja ryhmämuotoisen tunteiden säätelyterapian tuloksellisuudesta, mutta näyttö näiden osalta on niukkaa. Pelkkä palveluohjaus ei näytä olevan riittävä interventio. Etäkontaktein puhelimitse, kirjeitse tai mobiililaitteilla toteutetuilla psykoterapioilla, supportiolla tai hoitoon sitouttamisella ei ole tutkimuksissa saatu vähennettyä itsen vahingoittamista tai itsemurhia itsetuhoisilla aikuispotilailla[75].

5.5 SKITSOFRENIAN JA MUIDEN PSYKOOTTISTEN HÄIRIÖIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Psykoottisuus on oire, jossa todellisuudentaju pettää jollain aisti- tai ajatustoiminnon alueella. Taustalla voi olla psykiatrinen tai somaattinen sairaus, lääkitys tai vieroitusoireet. Skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus. Muita psykoosisairauksia ovat muun muassa harhaluuloisuushäiriö, mania, psykoottinen masennus, delirium ja lyhytkestoinen psykoottinen häiriö. Psykoosisairauksien elinikäinen esiintyvyys väestössä on parin prosentin luokkaa ja niihin sairastutaan tyypillisesti 15-30 -vuotiaana. Nuorilla esiintyy usein 14-18 vuoden iässä lisääntyneeseen psykoosiriskiin viittaavia oireita. Suuren psykoosiriskin potilaista noin 40 prosenttia sairastui psykoosiin pohjoissuomalaisessa vuoden 1986 syntymäkohortissa[76]. Riskioireiden tunnistaminen on tärkeää, koska hoito voi ehkäistä tai viivästyttää varsinaisen psykoosin puhkeamista[77]. Varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla katsotaan myös voitavan parantaa psykoosisairauden ennustetta. Jo 1980-luvulla todettiin, että skitsofrenian hoidossa saadaan hyviä tuloksia yhdistämällä lääkehoitoon käyttäytymisterapeuttisia perheterapiamenetelmiä ja sosiaalisten taitojen harjoittelua. Mitä nuoremmasta potilaasta ja hankalammista oireista on kyse, sitä tärkeämpää on yhteistyö vanhempien ja verkoston kanssa. Riskioireiden hoidossa ei suositella rutiininomaista lääkityksen aloittamista. Terapian päämääränä on psykoottisten oireiden lievittäminen, nuoruuden

[72] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[73] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[74] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[75] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[76] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[77] Käypä hoito -suositus 2015: Skitsofrenia

kehityksen, itsenäistymisen ja koulutuksen tukeminen sekä hoitoon sitoutumisen parantaminen.[78]

Katsauksen tulokset: Psykoosiriskissä olevien nuorten kohdalla kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian mahdollisuuksista psykoosien ehkäisemisessä on heikkoa näyttöä: tutkimuksissa, joissa terapiaa on verrattu hoidon odottamiseen tai supportiiviseen terapiaan ei ole saatu tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille[79]. Tutkijat ovat tuoneet esille sen, että psykoosiriskissä oleville potilaille tulisi tarjota pitempiä kuin kuuden kuukauden hoitojaksoja, jotta tulokset paranisivat[80]. Tutkimusnäytön valossa psykoedukaatio on keskeisessä asemassa sekä psykoottisten häiriöiden että riskioireilun hoidossa. Kliinisessä käytössä saattaa olla käytössä myös muita vaikuttavia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista toistaiseksi puuttuu kontrolloitu tutkimusnäyttö. Psykoottisista häiriöistä kärsivät nuoret saattavat hyötyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiivis-analyyttiseen psykoterapiaan pohjaavista hoitomuodoista sekä kognitiivisesta kuntoutuksesta, mutta näyttö on heikkoa[81]. Tutkimusnäyttö nuorten psykoosipotilaiden tietokoneavusteisesta kognitiivisesta kuntoutuksesta on lisääntymässä[82].

Skitsofrenian kohdalla psykologiset interventiot näyttävät olevan vaikuttavaa hoitoa ainakin negatiivisten oireiden ja sosiaalisen toimintakyvyn suhteen[83]. Psykoedukatiivisen perheintervention ja kognitiivinen kuntoutuksen osalta näyttö vaikuttavuudesta on vahvinta skitsofreniapotilaiden kognitiivisen toimintakyvyn ja lääkemyöntyvyyden parantamisessa sekä uusiutumisten ja sairaalajaksojen vähentämisessä. Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää niin ikään vähentävän skitsofreniapotilaiden positiivisia ja negatiivisia oireita sekä kohentavan heidän toimintakykyään. Näyttö psykodynaamisen terapian vaikuttavuudesta oli riittämätöntä johtopäätösten tekoon. Skitsofreniapotilaat, joilla on samanaikainen päihdehäiriö näyttävät tutkimusten mukaan hyötyvän psykoterapioista vähemmän, mutta perheenjäsenten psykoedukaatiota ja motivoivaa neuvontaa sisältävä kognitiivinen integroitu terapia saattaa heilläkin kohentaa toimintakykyä ja vähentää sairaalajaksoja. Harhaluuloisuushäiriön osalta näyttö kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on niin niukkaa, ettei sen vaikuttavuudesta ei voi sanoa varmuudella mitään[84].

---

[78] Käypä hoito -suositus 2015: Skitsofrenia
[79] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[80] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[81] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[82] Käypä hoito -suositus 2015: Skitsofrenia
[83] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[84] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

Taulukko 6. Hoitosuosituksia skitsofrenian psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015)	Hoidossa keskeisiä ovat psykoosilääkityksen lisäksi psykososiaalisen yksilöhoidon spesifiset menetelmät, kuten kognitiivinen-käyttäytymisterapia, koko perheen koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio), potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua lisäävät psykososiaalisen kuntoutuksen menetelmät sekä työkuntoutuksen ja tuetun työllistymisen edistäminen. Alueelliset hoitopalvelut tulee järjestää siten, että eriasteisesti häiriintyneet potilaat saavat tarpeitaan vastaavan hoidon ja kuntoutuksen joustavasti ja integroidusti. Jotta tehokkaiksi osoittautuneet menetelmät saadaan osaksi hoitojärjestelmäämme, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilökunnalle on järjestettävä koulutusta. Skitsofrenian hyvä avohoitopainotteinen hoito edellyttää riittäviä henkilöstö- ja osaamisresursseja.
Britannia (NICE 2014)	Tarjoa perheinterventiota ja yksilöllistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa lääkityksen lisäksi.
Australia ja Uusi-Seelanti (Galletly 2016)	Hoitona kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kognitiivinen kuntoutus (cognitive remediation). Tarjoa iäkkäille skitsofreniapotilaille myös mm. sosiaalisten taitojen harjoittelua tai eläinavusteisia terapioita.

5.6 LÄÄKE- JA PÄIHDERIIPPUVUUKSIEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Päihdeongelmaisen hoidossa yleisin psykososiaalinen hoito on "tavallinen hoitosuhde" eli hoitava ja tukea antava vuorovaikutus. Myös motivoiva haastattelu on keskeinen menetelmä. Riippuvuusongelmia hoidetaan Suomessa ratkaisukeskeisen tai kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä, jotka painottavat itsehallintaa, käyttäytymisen seurausten hallintaa ja sosiaalisten taitojen harjoittelua. Yksilöterapian sijasta tai rinnalle voidaan ottaa perhe- ja verkostoterapioita (muun muassa yhteisövahvistusohjelmaa) sekä palveluohjausta, jossa työntekijä huolehtii, että potilas saa tarvitsemansa palvelut. Myös vertaistukiryhmiä (AA- ja NA -toiminta) sekä toiminnallisia terapioita, kuten taide- ja musiikkiterapioita käytetään[85]. Päihdeongelmaisille tai päihteettömille entisille päihdekäyttäjille nykyjärjestelemässä ei tarjota kovinkaan helposti psykoterapiaa, vaikka se olisi tehokasta ja vaikka heillä olisi mielenterveyshäiriö, johon psykoterapia olisi tehokas hoito.

Toiminnallisissa riippuvuuksissa riippuvuus kohdistuu muuhun kuin addiktiiviseen kemialliseen aineeseen. Näitä ovat esimerkiksi peli- tai seksiriippuvuus sekä pakonomainen syöminen tai liikunta. Toiminnallisten riippuvuuksien psykososiaalisesta hoidosta mainitaan tässä katsauksessa vain peliriippuvuus.

[85] Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelmaisen hoito

Katsauksen tulokset: Alkoholin, opioidien ja metamfetamiinin aiheuttamien päihdehäiriöiden hoidossa psykoterapioiden vaikuttavuus näyttää tutkimusten valossa vankalta[86]. Kognitiivinen käyttäytymisterapia auttaa pääsemään eroon metamfetamiinista ja tupakasta sekä näyttää olevan tehokas myös alkoholin, kannabiksen ja opioidien käytön vähentämisessä. Sen sijaan bentsodiatsepiini- ja amfetamiiniriippuvuuksien hoidossa kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus on osoittamatta. Palkkiohoitoa on ulkomaisissa tutkimuksissa käytetty menestyksellä opioidien ja metamfetamiinin vieroituksessa ja käytön vähentämisessä. On hyvä kuitenkin huomioida Suomen erilainen sosiaalihuoltojärjestelmä verrattuna muihin maihin, millä on vaikutusta palkkiohoidon tuloksiin. Motivoiva haastattelu näyttää olevan tehokas päihteiden käytön vähentämisessä yleisesti ja myös nuorilla: parhaat tulokset on tutkimuksissa saatu metamfetamiinin ja alkoholin ongelmakäyttäjillä. Alkoholin käyttöä voitaneen tehokkaasti vähentää myös ohjatun itsehoidon avulla. Erilaisilla verkkointerventioilla saatiin pieni mutta tilastollisesti merkitsevä suotuisa tulos huumeiden ja erityisesti opioidien käytön, muttei stimulanttien käytön vähentämiseen. Peliriippuvuuksien hoidossa motivoiva haastattelu, verkon kautta toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia tai monia terapiamuotoja yhdistelevä terapia saattavat vähentää pelaamistiheyttä ja helpottaa oireilua enemmän kuin tavanomainen hoito, mutta näyttö on heikkoa[87].

5.6.1 Tupakka ja nikotiini

Tupakkariippuvuus on krooninen, vakava sairaus, jonka aiheuttama kuolleisuus ja sairastavuus ovat suuria[88]. Tupakointi on merkittävä syöpä-, hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksien ja niistä johtuvien kuolemien aiheuttaja. Suomessa tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain 4 000–6 000 henkeä. Vuonna 2017 20–84-vuotiaista miehistä 13 prosenttia ja naisista 10 prosenttia tupakoi päivittäin. Miesten tupakointi on 1980-luvun lopulta vähentynyt. Naisten tupakointi on niin ikään vähentynyt, mutta näyttää pysyneen samalla tasolla 2000-luvun puolivälistä[89]. Tupakoinnin haluaisi lopettaa kuusi kymmenestä tupakoijasta, ja neljä kymmenestä on yrittänyt lopettamista viimeisen vuoden aikana. Nuuskaa käyttää ainakin satunnaisesti kymmenen prosenttia pojista ja nuorista miehistä. Vieroitus voi onnistua, kun lopettajaa rohkaistaan ja tuetaan ja hänelle annetaan käytännön ohjeita tupakoinnille altistavien tilanteiden tunnistamiseen. Käypä hoito -suosituksessa listataan tupakasta vieroituksen keinoja erikseen eri sairausryhmille.

Katsauksen tulokset: Psykososiaaliset interventiot ovat vaikuttavia tupakoinnista vieroituksessa[90]. Tukea ja ohjausta tarjoava keskustelu on tutkimusten mukaan vastaanotolla tehokkaampaa kuin puhelimitse tarjottuna. Ryhmäohjauksella on tutkimuksissa päästy parempiin tuloksiin kuin yksilöneuvonnalla tai oppailla. Erilaiset käyttäytymisterapiat, myös puhelimitse annetut, ovat vaikuttavia tupakoinnista vieroituksessa, mutta palkkiohoito sen sijaan ei[91].

---

[86] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7
[87] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7
[88] Käypä hoito -suositus, 2012: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus
[89] Terveyden ja hyvinvoinninlaitos; Aikuisväestön tupakointi. 2017
[90] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7
[91] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

5.6.2 Alkoholi

Alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen välillä on selvä yhteys: haitat lisääntyvät suorassa suhteessa käyttömäärään. Alkoholi on myös merkittävä työikäisten kuolemien aiheuttaja. Terveydenhuollon naispotilaista noin 10 prosenttia ja miespotilaista lähes 20 prosenttia on alkoholin ongelmakäyttäjiä. Miesten humalahakuinen juominen oli yleisintä 45-54 -vuotiaiden ikäryhmässä. Nuorten alkoholin käyttö ja humalajuominen ovat tutkimusten mukaan vähentyneet ja raittiiden nuorten osuus on kasvanut 2000-luvulla. Tunnistaminen ja lyhytneuvonta ovat avainasemassa hoidossa. Yleisin psykososiaalinen hoito on "tavallinen hoitosuhde" eli hoitava ja tukea antava vuorovaikutus. Motivoiva haastattelu mainitaan keskeiseksi menetelmäksi ja erilaisia muita terapioita ja ryhmäinterventioita luetellaan Käypä hoito-suosituksessa[92].

Katsauksen tulokset: Lyhytneuvonta (puheeksiotto, riskien tunnistus ja motivointi, yleensä 1-5 käyntiä) vähentää alkoholin kokonaiskulutusta perusterveydenhuollon potilailla (erityisesti miehillä), joilla ei ole vaikeaa riippuvuutta, sekä riskiryhmiin ja ongelmakäyttäjiin kohdennettuna nuorilla (11-30 vuotiailla). Motivoiva haastattelu, on ilmeisesti vähintään yhtä hyvä kuin muutkin lyhytterapiat, myös sairaalahoitoon joutuneilla nuorilla. ja kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttävät olevan vaikuttavia keinoja alkoholin käytön vähentämiseen[93]. Verkkoterapioiden tuloksellisuutta arvioivissa tutkimuksissa oli suurin piirtein saman verran negatiivisia ja positiivisia tuloksia: positiivinen vaikutus alkoholin käyttömäärään oli usein suhteellisen pieni ja näytti kestävän vain muutamia kuukausia. Eri terapioiden välillä ei havaittu tehoeroja, ainakaan vuonna 2008 tehdyn katsauksen mukaan[94]. Kohdentamattomat alkoholin käytön ehkäisyohjelmat sekä toiminnalliset ja yhteisöohjelmat, kuten AA-toiminta ja 12-askeleen ohjelma, olivat tämän katsauksen ulkopuolella, joten tietoa niiden vaikuttavuudesta ei kerätty.

Motivoiva haastattelu, myös verkkomuotoisena[95] ja kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttävät olevan vaikuttavia keinoja alkoholin käytön vähentämiseen[96]. Eri terapioiden välillä ei havaittu tehoeroja, ainakaan vuonna 2008 tehdyn katsauksen mukaan[97]. Toiminnalliset ja yhteisöohjelmat, kuten AA-toiminta ja 12-askeleen ohjelma, olivat tämän katsauksen ulkopuolella, joten tietoa niiden vaikuttavuudesta ei kerätty.

5.6.3 Lääkkeiden väärinkäyttö

Noin seitsemän prosenttia suomalaisista on joskus käyttänyt unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin ilman lääkärin määräystä tai lääkärin määräämää suurempina annoksina. Bentsodiatsepiineja, stimuloivia lääkeaineita ja kipulääkkeitä käytetään myös huumeiden tapaan suonensisäisesti. Yleisimmät Suomessa huumetarkoitukseen käytetyt opioidit ovat buprenorfiini, tramadoli, oksikodoni ja kodeiini. 25–34 -vuotiaiden ikäryhmässä lääkkeiden väärinkäyttöä ilmenee kymmenellä prosentilla. Opioidien ongelmakäyttäjien määräksi arvioidaan 13 000–15 000 henkilöä. Kuolemaan johtavan myrkytyksen aiheuttaa ylei-

---

[92] Käypä hoito -suositus 2015: Alkoholiongelmaisen hoito
[93] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7
[94] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[95] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[96] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[97] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

simmin lääkkeenä käytetty opioidi. Vieroitushoidon jälkeen tarvitaan usein pitkä kuntouttava hoito estämään retkahduksia.[98]

Katsauksen tulokset: Kirjallisuuskatsauksessa ei eroteltu tutkimuksista lääkkeenä käytettyjä opioideja ja laittomia opioidihuumeita, joten niiden tulokset esitetään yhdistettynä tässä kohdassa. Bentsodiatsepiinien käytön vähentämiseen tähtäävistä psykososiaalisista interventioista löytyi varsin vähän tietoa[99]. Kognitiivinen käyttäytymisterapia ei näytä tutkimusten mukaan auttavan bentsodiatsepiinien käytön vähentämisessä. Motivoivan haastattelun tulokset eivät näyttäneet lupaavilta, mutta näytön puutteellisuuden vuoksi mitään varmaa ei siitä voida sanoa. Opioidien käytön vähentämisessä tulokset olivat lupaavampia. Psykoterapiat, erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu ja palkkiohoito näyttävät olevan tehokkaita hoitoja[100]. Erilaiset verkkointerventiot näyttävät myös toimivan opioidiriippuvaisilla. Motivoivalla haastattelulla voidaan ilmeisesti vähentää opioidiriippuvaisen alkoholinkäyttöä.

5.6.4 Huumausaineet

Huumausaineiden käyttö on Suomessa ollut muuhun Eurooppaan verrattuna vähäistä. Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 17 prosenttia suomalaisista aikuisista on käyttänyt ainakin kerran elämässään jotain laitonta huumausainetta. Kokeilut liittyvät enimmäkseen kannabikseen. Kannabista on elämänsä aikana käyttänyt 17 prosenttia suomalaisista. Amfetamiinien ongelmakäyttäjien määräksi Suomessa arvioidaan 11 000–18 000. Puolet ongelmakäyttäjistä on 25–34 -vuotiaita. Tässä ikäryhmässä amfetamiineja ja ekstaasia oli joskus kokeillut noin 6 prosenttia ja kokaiinia 4 prosenttia. Opioideista eniten käytetään buprenorfiinia ja vähiten heroiinia. Amfetamiinin ja opioidien käyttäjien määrä ei ole merkittävästi muuttunut viimeisen 10 vuoden aikana. Huumeongelmaisen hoidossa käytetään samoja psykososiaalisia hoitoja kuin alkoholiongelmaisen hoidossa.[101]

Kannabis

Kannabistuotteet valmistetaan hamppukasvista. Marihuana on hampun kuivattuja lehtiä ja kukkia ja hasis emikasvin kuivattua hartsia. Kannabista käytetään yleisimmin polttamalla.

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää olevan tehokas hoito kannabisriippuvaisuuden hoidossa. Motivoiva haastattelu saattaa olla tehokas kannabiksen käytön vähentämisessä, mutta tulokset ovat ristiriitaisia[102]. Nuorilla toisen asteen oppilaitoksissa toteutetut motivoivat haastattelut ja muut lyhyet interventiot sekä perheinterventiot näyttävät harventavan kannabiksen käyttömäärää, vaikkei vaikutusta saatu päihteettömyyteen tai riippuvuuden asteeseen. Yksittäisiä uudempia satunnaistetuissa tutkimuksissa päihteiden riskikäyttöön taipuvaisilla nuorilla motivoivaan haastatteluun on lisätty vertaistuki ja näissä tutkimukset tulokset ovat olleet hyviä, ne vähensivät käyttökertoja ja tilanteita, joissa nuori joutui tilanteeseen jossa

---

[98] Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelmaisen hoito, Käypä hoito -suositus 2015: Alkoholiongelmaisen hoito
[99] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[100] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[101] Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelmaisen hoito
[102] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

huumeita tarjottiin[103]. Palkkiohoito ei näytä auttavan kannabisriippuvaisten hoidossa[104].

Stimulantit: amfetamiini, sen johdokset, kokaiini ja ekstaasi

Amfetamiini on buprenorfiinin ohella Suomen yleisin pistoshuume. Sen johdos metamfetamiini vaikuttaa keskushermostoon vielä voimakkaammin ja aiheuttaa herkästi riippuvuutta. Sitä käytetään suun kautta, nenän kautta nuuskaamalla, suonensisäisesti tai polttamalla. Kokaiinia käytetään suonensisäisesti, nuuskaamalla tai suun kautta ja sen crack-johdosta poltetaan savukkeina tai vesipiipussa. Stimulantteihin luetaan myös yleensä tabletteina kaupiteltava ekstaasi sekä erilaiset muuntohuumeet. Tutkimuksia stimulanttiriippuvaisten psykososiaalisista hoitomuodoista on tehty pääosin Yhdysvalloissa ja ne koskevat lähinnä kokaiini- ja metamfetamiiniriippuvuuden hoitoa. Hoitotuloksia voidaan ehkä soveltaa myös amfetamiiniriippuvuuden hoidossa[105].

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva haastattelu ovat vaikuttavia hoitoja metamfetamiinivieroituksessa, ainakin vastaanotolla toteutettuna[106]. Verkkomuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia tai verkkointerventiot yleensä eivät näytä olevan vaikuttavia hoitoja stimulanttiriippuvaisten hoidossa[107]. Motivoiva haastattelu voi myös auttaa vähentämän stimulanttiriippuvaisen alkoholinkäyttöä[108]. Palkkiohoito auttaa vähentämään metamfetamiinin ja ilmeisesti myös amfetamiinin käyttöä. Sen sijaan kokaiiniriippuvaisilla palkkiohoito ei ehkä anna parempia tuloksia kuin tavanomainen hoito. Muuntohuumeriippuvuuden psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuudesta ei löytynyt tutkittua tietoa.

Hallusinogeenit

Hallusinogeeneihin (psykotomimeetteihin) kuuluu joukko erilaisia aineita: joko kasvien osia tai synteettisesti valmistettuja. Aineet aiheuttavat erilaisia aistivääristymiä ja ajatushäiriöitä. Hallusinogeeneja ovat muun muassa LSD (lysergihapon dietyyliamidi), psilosiini (sienimyrkky), meskaliini, dimetyylitryptamiini (DMT, ") ja PCP (fensyklidiini)[109].

Katsauksen tulokset: Psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuudesta ei löytynyt tutkittua tietoa.

Sekakäyttö

Sekakäyttö on eri psykoaktiivisten aineiden (alkoholi, lääkkeet, laittomat huumeet) yhtäaikaista päihdekäyttöä. Sekakäyttö on yleistynyt: jopa 14 prosenttia 25–34 -vuotiaista miespuolisista alkoholin ongelmakäyttäjistä on käyttänyt laittomia huumeita[110].

---

[103] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[104] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[105] Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelmaisen hoito
[106] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[107] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[108] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[109] Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelmaisen hoito
[110] Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelmaisen hoito

Katsauksen tulokset: Tutkimuksia sekakäytön hoidosta oli vain vähän, mutta motivoivalla haastattelulla pystytään ilmeisesti vähentämään päihteiden käytön määrää sekakäyttäjillä.[111]

Taulukko 7. Hoitosuosituksia päihderiippuvuuksien psykososiaalisesta hoidosta

Tupakka	
Maa (lähde)	**Suosituksen sanomaa**
Suomi (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus, 2012)	Omalääkärin, työterveyslääkärin ja hammaslääkärin velvollisuutena on käydä tupakoivan potilaan kanssa tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa.
Britannia (NICE 2013)	Lyhyt, alle 10 min kestävä, vastaanotolla tapahtuva puuttuminen, tuki, ohjaus, opasmateriaali kaikille. Tarjoa yksilöllistä tai ryhmämuotoista käyttäytymisneuvontaa ja lääkehoitoa.
Alkoholi	
Maa (lähde)	**Suosituksen sanomaa**
Suomi (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015)	Hyvä hoitosuhde ja psykososiaaliset hoidot ovat hoidon perusta. Lyhytneuvonta (mini-interventio) on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Psykososiaalinen hoito on tehokkaampaa kuin hoitamatta jättäminen. Alkoholiongelmaan kietoutuu potilaan koko elämänpiiri, joten hoidonkin on oltava kokonaisvaltaista.
Britannia (NICE 2011)	Haitallinen juominen ja lievä riippuvuus: Tarjoa (kognitiivista) käyttäytymisterapiaa, yhteisöterapiaa tai pariterapiaa. Kohtalainen–vaikea riippuvuus: Tarjoa lääkityksen ja terapian yhdistelmää Lapsilla ja nuorilla: Tarjoa perheterapiaa
Huumeet	
Maa (lähde)	**Suosituksen sanomaa**
Suomi (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito –suositus 2012)	Psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin huumeongelmien hoidossa on niukkaa. Kannabis: Psykososiaalisilla hoidoilla voidaan lisätä täysin vieroittuneiden määrää ja vähentää käytöstä aiheutuvia haittoja. Hoidon pituudella tai intensiteetillä ei näytä olevan suurta merkitystä. Opioidit: Vieroitushoitoon liitetty psykososiaalinen hoito parantaa vieroitushoidon tuloksellisuutta
Britannia (Department of Health 2007)	Vastaanotoilla tapahtuvaa keskustelua ja vertaistukiryhmiä tulee tarjota motivoituneille esim. neulan vaihtojen yhteydessä. Palkkiohoito tulisi ottaa käyttöön huumeyksiköissä

Kun vakavaan mielenterveyshäiriöön liittyy päihdeongelma, monet tutkitut psykososiaaliset hoitokeinot näyttävät tehottomilta. Kognitiivisella käyttäytymisterapialla tai motivoivalla haastattelulla ei ole saatu apua ongelmiin tai päihteiden käyttöön.

[111] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

5.7 PERSOONALLISUUS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat lapsuudessa, nuoruudessa tai viimeistään nuorella aikuisiällä. Niiden esiintyvyys väestössä on noin kuusi prosenttia ja ne ovat tavallisimpia nuoressa aikuisiässä. Persoonallisuushäiriöt jaetaan kolmeen pääryhmään: 1) Epäluuloiselle (paranoidinen), eristäytyvälle (skitsoidinen) tai psykoosipiirteiselle (skitsotyyppinen) persoonallisuushäiriölle on ominaista käytöksen erikoisuus tai outous, 2) epäsosiaaliselle (antisosiaalinen), epävakaalle ("rajatila", "borderline"), huomiohakuiselle tai narsistiselle persoonallisuushäiriölle on ominaista käytöksen dramaattisuus, emotionaalisuus tai epävakaus ja 3) estyneelle, riippuvaiselle tai pakko-oireiselle persoonallisuushäiriölle on tyypillistä ahdistuneisuus ja pelokkuus. Usein henkilöllä ilmenee samanaikaisesti usean eri persoonallisuushäiriön piirteitä. Psykoterapiassa käytetään sekä psykoanalyyttistä että erilaisia kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisia lähestymistapoja[112].

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä henkilöillä on puutteellinen kyky tunnistaa ja arvioida kielteisiä ajatuksia ja tunteita. Erilainen itseä vahingoittava käyttäytyminen on tavallista, minkä vuoksi kriisien hallinta on keskeistä hoidon suunnittelussa. Nuorilla esiintyy epävakaita piirteitä ilman varsinaista persoonallisuushäiriötä. Epävakaa persoonallisuus tai sen piirteet ovat usein yhteydessä itsetuhoisuuteen ja noin 10 prosenttia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä päätyy itsemurhaan. Potilaiden hoidossa käytetään Suomessa psykoterapeuttisia menetelmiä yhdessä lääkehoidon kanssa. Psykoterapioina käytetään muun muassa dialektista käyttäytymisterapiaa, muita kognitiivis-behavioraalisia psykoterapioita, skeemakeskeistä psykoterapiaa, mentalisaatioterapiaa, psykoedukaatiota ja transferenssikeskeistä psykoterapiaa. Myös erilaisia ryhmäterapioita ja koulutusohjelmia on käytössä[113].

Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö eli psykopaattinen käytös alkaa jo ennen 15 vuoden ikää. Länsimaisissa vankiloissa sitä todetaan lähes puolella miesvangeista ja viidesosalla naisvangeista. Rikollisuus sinänsä ei ole sairaus, mutta sen taustalla toisinaan oleva persoonallisuushäiriö on ainakin oireyhtymä[114]. Käytökselle on ominaista väkivaltaisuus, häikäilemättömyys ja taipumus toistuviin lainrikkomuksiin.

Katsauksen tulokset: Psykoterapia on vaikuttavaa hoitoa persoonallisuushäiriöissä yleisesti[115]. Sama tulos saadaan, kun tarkastellaan pelkästään psykodynaamisia ja kognitiivis-behavioraalisia lyhytterapioita.

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa tutkimustulokset puhuvat vahvimmin dialektisen käyttäytymisterapian vaikuttavuuden puolesta[116]. Se lievittää oireita, kohentaa vihansäätelyä ja vähentää itsensä vahingoittamista enemmän kuin tavanomainen hoito. Psykodynaamiset terapiat ja erityisesti transferenssikeskeinen terapia näyttävät tepsivän tavanomaista ja muuta hoitoa paremmin. Sama pätee uuden polven kognitiivis-behavioraalisiin terapioihin, skeematerapiaan, mentalisaatioterapiaan sekä STEPP-hoito-ohjelmaan (Systems Training for Emotional Predictability and Problem

---

[112] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[113] Käypä hoito -suositus 2015: Epävakaa persoonallisuus
[114] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[115] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[116] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

Solving). Lyhyt psykoedukatiivinen interventio saattaa myös vähentää impulsiivisuutta ja ihmissuhteiden myrskyisyyttä. Perinteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia ei tutkimusten mukaan näytä toimivan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla.

Epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä henkilöillä palkkiohoito näyttää tutkimusten mukaan parantavan sosiaalista toimintakykyä[117]. Kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistäminen tavanomaiseen hoitoon saattaa parantaa hoitotulosta. Psykoedukaation vaikuttavuudesta ei ole lupaavia tuloksia, mutta näyttö on riittämätöntä luotettavan arvion tekemiseen.

Taulukko 8. Hoitosuosituksia persoonallisuushäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito –suositus 2015)	**Epävakaa**: Tietyillä psykoterapiamenetelmillä voidaan lieventää tehokkaasti potilaan oireistoa ja kuormittumista sekä edistää sopeutumista ja kohentaa toimintakykyä.
Britannia (NICE 2017b; NICE 2009a; NICE 2009b)	**Epävakaa:** Tarjoa kirjallista tietoa eri terapiamahdollisuuksista. Älä käytä lyhyitä (alle 3 kk) psykoterapioita. Harkitse dialektista käyttäytymisterapiaa naisilla, joilla on taipumus vahingoittaa itseään. **Epäsosiaalinen:** Lapset ja nuoret: Vanhempien ryhmämuotoinen psykoedukaatio on ensisijainen hoito. Jos se ei onnistu, niin yksilöpsykoedukaatio, jossa lapsi mukana. Kouluikäisille harkitaan ryhmä- tai yksilömuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Voimakasoireisilla ja hyperkineettisillä lapsilla lääke on ensisijainen. Aikuiset: Harkitse ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa lievissä tapauksissa tai jos lääkehoito ei onnistu. Rikosseuraamusten ja vankeinhoidon alaisilla henkilöillä: Samat terapiat kuin vankeinhoidon ulkopuolella olevilla. Harkitse palkkiohoitoa ja päihderiippuvuuksien ryhmähoitoa lääkkeiden tai huumeiden väärinkäytön hallintaan.

5.8 SOMATOFORMISTEN HÄIRIÖIDEN, SYÖMISHÄIRIÖIDEN JA TOIMINNALLISEN UNETTOMUUDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

5.8.1 Somatoformiset häiriöt

Somatoformiset eli elimellisoireiset psykiatriset häiriöt ovat häiriöitä, joiden oirekuvaa hallitsee joku ruumiillinen tai elimelliseen sairauteen viittaava oire, jolle ei löydy mitään tunnettua elimellistä syytä. Somatoformisista häiriöistä yleisimpiä ovat hypokondrinen häiriö, konversiohäiriö ja somatisaatiohäiriö. Hypokondriassa henkilö pelkää sairastavansa jotakin vakavaa sairautta tai se ilmenee dysmorfisena ruumiinkuvan häiriönä. Konversiohäiriössä on vähintään yksi tahdonalaisen lihaksen tai aistien toimintaan liittyvä, yleensä ohimenevä oire tai vajaus, joka muistuttaa neurologista tai muuta ruumiillista häiriötä. Somatisaatiohäiriössä henkilö on kärsinyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden vuoden ajan lukuisista erilaisista ruumiillisista oireista. Somatisaatiohäiriö on suhteellisen yleinen häiriö: yhden prosentin luokkaa naisilla ja harvinaisempi miehillä. Somatoformisten häiriöiden syntyyn liittyy psykologisia teki-

[117] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

jöitä, ja oireen ilmenemistä tai pahentumista edeltää erilaisia psyykkisiä ristiriitoja, stressitekijöitä tai traumaattiseen tunnemuistoon liittyviä tapahtumia[118].

Toiminnallisia oireyhtymiä, joissa oireilulle ei löydy elimellistä syytä, mutta joiden kohdalla ei ole kyse varsinaisesta psykiatrisesta häiriöstä, ei käsitellä tässä raportissa. Toiminnallisille oireyhtymille on ominaista diagnostiikan ongelmallisuus. Niiden taustalla katsotaan olevan jonkunlainen immuunijärjestelmän, neuroendokriinisen järjestelmän ja autonomisen hermoston vuorovaikutuksen häiriö, jossa pitkäkestoisella stressillä näyttää olevan tärkeä välittävä rooli[119]

Katsauksen tulokset: Psykoterapeuttinen hoito näyttää vähentävän lääketieteellisesti selittämättömiä fyysisiä oireita enemmän kuin tavanomainen hoito[120]. Dysmorfisesta ruumiinkuvan häiriöstä kärsivien kohdalla näyttö vaikuttavuudesta on heikompaa. Pelkkä psykoedukaatio vaikuttaa olevan tehoton hoitomuoto hypokondriasta kärsivillä.

5.8.2 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat ajallemme ominaisia mielenterveyshäiriöitä erityisesti murrosikäisillä tytöillä ja nuorilla naisilla. Niihin kuuluvat mm. laihuushäiriö (anorexia nervosa) ja ahmimishäiriö (bulimia nervosa). Lihavan ahmimishäiriö (englanniksi binge eating disorder) on yleisin syömishäiriö. Se muistuttaa bulimiaa, mutta siinä ei esiinny oksennuksia tai uloste- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttöä. Erilaiset terapeuttiset ja psykososiaaliset lähestymistavat ovat syömishäiriöiden hoidossa keskeisiä. Asian puheeksi ottaminen voi joskus riittää ja lievät häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin aikana. Yleisimmin käytössä olevat terapiamenetelmät ovat perhepohjaiset hoidot, kognitiivinen käyttäytymisterapia, dialektinen käyttäytymisterapia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia[121].

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää olevan tavanomaista hoitoa tehokkaampi syömishäiriöpotilaiden elämänlaadun kannalta[122]. Kun tarkastellaan erikseen pelkästään anoreksiapotilaita, kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta ei ole voitu osoittaa. Perhepohjainen hoito (FBT) on ilmeisesti 12–18-vuotiaille laihuushäiriötä sairastaville nuorille 12 kuukauden seurannassa tehokkaampaa kuin yksilökeskeinen terapia (AFT) [123], (Näytönaste B). Kognitiivinen kuntoutus (cognitive remediation) ja tietoinen läsnäolo (mindfulness) saattavat olla tehokkaampia kuin tavanomainen hoito, mutta näyttö on niukkaa[124]. Kognitiivisen käyttäytymisterapian, psykodynaamisen ja interpersoonalisen terapian osalta tulokset olivat heikkoja. Ne eivät näytä olevan tavanomaista hoitoa parempia ja voivat jopa heikentää potilaan toimintakykyä.

Ahmisimishäiriön kohdalla kognitiivinen käyttäytymisterapia ja muutkin psykoterapiat näyttävät toimivan paremmin[125]. Ne lievittävät bulimi~~an~~ oireita tehokkaammin

---

[118] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[119] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[120] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[121] Käypä hoito -suositus 2014: Syömishäiriöt
[122] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[123] Lock J, ym.
[124] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[125] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

kuin tavanomainen hoito. Kognitiivisen käyttäytymisterapian ohjattu verkkosovellus sen sijaan näytti tutkimusten valossa tehottomalta.

Lihavan ahmimishäiriön hoidossa kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää niin ikään toimivan yksilöterapiana, muttei ryhmäterapiana[126]. Ryhmämuotoisesta dialektisesta käyttäytymisterapiasta sen sijaan saattaa olla hyötyä lihavan ahmimishäiriön hoidossa. Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle ei näytä tuovan lisäarvoa lihavan ahmimishäiriön hoitoon.

Taulukko 9. Hoitosuosituksia syömishäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus 2014)	Erilaiset terapeuttiset ja psykososiaaliset lähestymistavat ovat syömishäiriöiden hoidossa keskeisiä.
Ruotsi (SBU 2016)	Lihavan ahmimishäiriö: Kognitiivinen käyttäytymisterapia (myös itseapumateriaalina) ja interpersoonallinen terapia.
Britannia (NICE 2017a)	Laihuushäiriö: Tarjoa moniammatillista tukea ja tietoa, myös perheelle. Harkitse kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT) tai laihuushäiriölle spesifistä manualisoitua terapiaa (MANTRA tai SSCM*). Jos edelliset eivät toimi, harkitse psykodynaamista terapiaa. Ahmimishäiriö: Aikuisilla: Harkitse itseapumateriaaleja, Jos tämä ei toimi, harkitse yksiilöllistä KKT:aa. Lapsilla ja nuorilla: Tarjoa perheterapiaa. Jos tämä ei toimi, harkitse yksilöllistä KKT:aa. Lihavan ahmimishäiriö: Tarjoa KKT-itseapumateriaaleja. Jos tästä ei apua, tarjoa ryhmämuotoista KKT:aa. Jos tästä ei apua harkitse yksilöllistä KKT:aa.
Australia ja Uusi-Seelanti (Hay 2014)	Laihuushäiriö: Tarjoa perheterapiaa aina. Harkitse nuorille yksilöllistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Ahmimishäiriö ja lihavan ahmimishäiriö: Aikuisilla ensilinjan hoito on kognitiivinen käyttäytymisterapia

* Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA), specialist supportive clinical management (SSCM) =adolescent-focused psychotherapy for anorexia nervosa.

5.8.3 Unettomuus

Kroonisesta unettomuudesta kärsii 200 000–300 000 suomalaista. Jatkuva unenpuute aiheuttaa väsymystä ja lisää nukahtelutaipumusta. Univaje huonontaa vaativimpia aivotoimintoja: päätöksenteko vaikeutuu, ennakointikyky huononee, onnettomuusriski kasvaa, muistitoiminnot heikkenevät ja muisti huononee. Lisäksi univaje vaikuttaa haitallisesti vastustuskykyyn, ja ikääntymiseen liittyvien sairauksien vaara kasvaa. Unettomuuden Käypä hoito-suosituksen mukaan unettomuuden hoitoon kuuluu omahoito, ympäristötekijöiden huomiointi, kognitiivisen käyttäytymisterapian ja muiden lääkkeettömien menetelmien soveltaminen sekä lääkehoito. Psykoterapiasta puhutaan pitkäkestoisen unettomuuden yhteydessä[127]

[126] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[127] Käypä hoito –suositus: Unettomuus

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia lievittää unettomuutta ja parantaa unen laatua ja saattaa lievittää myös masennusoireita[128]. Vastaanotolla tehtävät, vähintään neljän tunnin kestoiset hoidot toimivat paremmin kuin lyhyemmät terapiat tai itseapuaineisto. Vaikutus on samanveroinen kaikenikäisillä ja riippumatta siitä käyttääkö potilas unilääkkeitä[129]. Verkkoterapiana toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia vähentää unettomuuden aiheuttamia masennusoireita.

5.9 LAPSUUS- TAI NUORUUSIÄSSÄ ALKAVIEN KÄYTÖS- JA TUNNEHÄIRIÖIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöllä (F90) viitataan toimintakykyä alentaviin tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriöihin sekä yhdistettyyn aktiivisuuden häiriöön (hyperkineettisyys) ja tarkkaavaisuuden häiriöön. Osalla potilaista esiintyy pelkkää hyperkineettisyyttä ja impulsiivisuutta ilman tarkkaavaisuuden ongelmia. Käsite Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) viittaa kaikkiin edellä mainittuihin häiriöihin. Varsinaiset käytöshäiriöt (F91) ja samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt (F92) on diagnostisessa luokituksessa erotettu edellä mainituista.

Lapsen ja nuoren käyttäytymisen poikkeavuuden arviointi edellyttää laaja-alaista psykiatrista selvittelyä. Kehityksellisessä neuropsykiatrisessa häiriössä taustalla on neurobiologinen tai neurologinen häiriö, kun taas käytöshäiriöiden tausta on monitekijäisempi lukuisine altistavine tekijöineen. Diagnostinen haaste liittyy kaikkien näiden häiriöiden kohdalla yleiseen samanaikaissairastavuuteen sekä se, että hoidossa ja kuntoutuksessa korostuu moniammatillinen psykososiaalinen lähestymistapa. Kehityksellisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin kuuluvat muun muassa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), autismikirjon häiriöt ja Touretten oireyhtymä. Käytöshäiriöt jaotellaan käytösoireiden ilmiasun ja lapsen ja nuoren kehitysvaiheen perusteella (perheensisäinen, epäsosiaalinen, sosiaalinen ja uhmakkuushäiriö). Häiriötason diagnoosi edellyttää iänmukaisesta odotuksesta pitkäaikaisesti poikkeavaa ja toistuvaa käytösmallia sekä laaja-alaisen kehityshäiriön ja vakavien psykiatristen häiriöiden poissulkemista. Lääkehoidon merkitys korostuu vaikeusasteen lisääntyessä, mutta ei korvaa psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Varhainen puuttuminen ja tuki kasvuympäristössä toteutettuna katsotaan ennustetta parantavaksi. Ennen kouluikää psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat aina ensisijaisia.

Lasten käytöshäiriöiden hoidossa keskeistä on puuttua häiriön riskitekijöihin ja ylläpitäviin tekijöihin. Vanhemmille annettu tuki ja vanhempien omien mielenterveyshäiriöiden hoito ovat oleellinen osa hoitoa, samoin kuin perheen, päivähoidon ja koulun olosuhteisiin vaikuttaminen. Muita keskeisiä hoitokeinoja ovat lapseen tai nuoreen ja hänen ympäristöönsä kohdistuvat tukitoimet, psykososiaaliset hoitomenetelmät sekä vaikeissa tapauksissa myös lääkehoito. Osa käytöshäiriöisistä lapsista hyötyy toimintaterapiasta, fysioterapiasta ja puheterapiasta osana käytöshäiriön kokonaiskuntoutusta. Suomessa on psykoterapioista käytössä kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen ja -analyyttinen yksilöpsykoterapia, perheterapia ja neuropsykologinen kuntoutus[130]

---

[128] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7
[129] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[130] Käypä hoito –suositus 2015: ADHD.

Katsauksen tulokset: Vanhempiin tai sekä vanhempiin että lapseen kohdistetut psykososiaaliset kuntoutusmenetelmät ovat tehokkainta lasten käytöshäiriöiden hoitoa. Käytöshäiriöiset nuoret ja heidän perheensä keskeyttävät hoidon usein ennenaikaisesti, ja siksi on tärkeää pyrkiä saamaan koko perhe aitoon yhteistyöhön[131]. Esimerkiksi ryhmämuotoisten vanhemmuutta edistävien behavioraalisten ja kognitiivis-behavioraalisten terapioiden osalta näyttö on vahvaa. Pelkästään lapseen kohdistuvien interventioiden vaikuttavuus näyttää tutkimusten valossa vähäisemmältä (taulukko 36). Useita terapeuttisia lähestymistapoja yhdisteleviä perheterapeuttisia interventioita käytetään erityisesti käytöshäiriön vaikeiden muotojen hoidossa. Tällaiset multisysteemiset perheterapiat ja perhekotihoidot näyttävät olevan tutkimusten perusteella vertailuinterventioita tehokkaampia vähentämään rikollisen käyttäytymisen, koulupinnaamisen ja raskaudenkeskeytysten määrää, mutta tuloksissa on ristiriitaa ja vaikutuksen suuruus on jäänyt useasti suhteellisen pieneksi. Esimerkiksi Ruotsissa multisysteeminen perheterapia ei odotuksista huolimatta osoittautunut tavanomaisia sosiaalitoimen interventioita tehokkaammaksi menetelmäksi käytöshäiriöisten nuorten hoidossa[132]. Hoitomalli näyttää toimivan parhaiten alle 15-vuotiailla nuorilla ja etenkin perhekotimalli näyttää toimivan vain hyvin vaikeasti häiriintyneillä nuorilla. Multidimensionaalisen perheterapian hoitomallia on pilotoitu myös useassa Suomen kaupungeista[133].

Kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat, sekä yksilö- että ryhmämuotoisina, ovat käyttökelpoisia käytöshäiriöisten nuorten hoidossa. Tutkijoiden mukaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvat interventiot olisivat tehokkaimpia lievä- ja keskivaikea-asteisesti oireilevilla nuorilla ja hieman iäkkäämmillä nuorilla. Lasten ryhmäterapia on pääosin leikkiä ja toimintaa ja siihen liitetään toisinaan heidän vanhempiensa muodostamat ryhmät. Se sopii lapsille, joilla on häiriöitä toverisuhteissaan[134]. Nuorten ryhmäterapia voi olla toiminnallista (liikuntaa, seikkailua, elämyksiä) tai keskustelua. Käytöshäiriöisten nuorten ryhmämuotoista hoitoa toteutetaan Suomessa ART (aggression replacement training) -ohjelman avulla.

Psykodynaamista psykoterapiaa käytetään Suomessa käytöshäiriöisten nuorten hoidossa yleisesti. Hoidosta on kuitenkin julkaistu toistaiseksi vasta yksi satunnaistettu vertailututkimus, joka perustui kuukausia kestäneen osasto-olosuhteissa toteutettuun, manuaaliin perustuvaan hoito-ohjelmaan. Suomessa osastohoidon kesto on yleensä selvästi lyhempi käytöshäiriöiden hoidossa. Tulokset olivat parempia kuin hoidotta olleilla tai muulla lailla hoidetuilla verrokeilla.

Erilaiset käyttäytymisterapiat tehoavat lasten oireiluun ja vanhemmuustaitoihin ADHD:n ja käytöshäiriöiden hoidossa[135]. Ryhmä- ja verkkomuotoisina terapioiden kohdalla näyttö on vahvinta. Vanhempiin tai sijaisvanhempiin kohdistetut käyttäytymisterapiat tai videopalaute edistävät lapsen turvallista kiinnittymistä ja parantavat herkkyyttä ja reagointikykyä. Lääkehoidon ja käyttäytymisterapian yhdistelmä on teholtaan samanveroinen kuin pelkkä lääkehoito. Psykoedukaatio saattaa tutkimusten mukaan lievittää ADHD:n ydinoireita, mutta toimintakykyyn sillä ei näytä olevan

[131] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[132] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[133] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[134] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[135] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7.

vaikutusta. Biopalautehoidolla on saatu lupaavia tuloksia, mutta näyttö on vielä heikkoa.

Taulukko 10. Hoitosuosituksia lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden, sosiaalisen vuorovaikutuksen ja käytöshäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (ADHD: Käypä hoito –suositus 2015)	ADHD: Lapsilla ja nuorilla keskeisin psykososiaalinen hoitomuoto on käyttäytymishoito kotona ja koulussa. Strukturoitu vanhempainohjaus vähentää lapsen ADHD-oireita ja parantaa vanhemman toimintakykyä. Aikuisilla ryhmämuotoiset kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat vähentävät itse arvioituja ADHD-oireita.
Ruotsi (SBU 2013b)	ADHD: Lasten hoidossa koulun ja terveydenhuollon tulee tarjota ADHD-potilaille ja heidän perheilleen tukea. Keinoihin ei oteta kantaa. Aikuisten hoidossa kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa olla tehokas lisähoito niillä, joilla on lääkehoidosta huolimatta jatkuvia oireita.
Britannia (NICE 2015)	Sosiaalisten vuorovaikutusten ja käytöshäiriöt**:** Lasten ja nuorten hoidossa tarjoa (sijais)vanhemmille videopalautetta ja käyttäytymisen ohjausta ryhmäharjoitteluna; jos se ei onnistu, yksilöllisesti terapeutin kanssa. Tarjoa lapselle ryhmämuotoista kognitiivista ratkaisuterapiaa tai monitahoista manualisoitua terapiaa. Tarjoa vanhempi-lapsi terapiaa tai traumakeskeistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa lapselle, jos kaltoinkohtelusta merkkejä.

5.10 LÄÄKITYKSEN YHDISTÄMINEN PSYKOSOSIAALISEEN HOITOON

Kaikissa mielenterveyshäiriöissä on yleistä, että psykoterapian rinnalla annetaan muutakin hoitoa, kuten lääkehoitoa. Lääkityksen käyttö on ensisijaista muun muassa skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Depression ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa lääkityksen merkitys korostuu vaikeaoireisissa tautimuodoissa. Monet tutkimukset tarkastelivat, kuinka psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle vaikuttaa hoitotulokseen (psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmähoito versus pelkkä lääkehoito) ja tulokset olivat suotuisia masennuksen, traumaperäisen stressihäiriön, pakko-oireisen häiriön ja opioidiriippuvuuden hoidossa. Esimerkiksi depressiossa yhtenä tausta-ajatuksena on psykologisen työskentelyn mahdollistuminen ja sen vaikutusten pysyvyyden paraneminen lääkityksen tuella[136]. Ahmimishäiriössä psykoterapian lisääminen lääkityksen rinnalle ei kuitenkaan näyttänyt tuovan tulosta. Sen sijaan lääkityksen lisäämisestä psykoterapian rinnalle (psykoterapia versus psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmähoito) löytyi tutkittua tietoa vain vähän. Lääkityksen lisäämisellä ei näyttänyt olevan tehoa nuorten masennuksen hoidossa. ” Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta, mutta hoitotulosta voidaan parantaa lääkityksellä merkittävästi (keskimäärin 15–25 prosenttia). Eri lääkkeistä tai niiden yhteiskäytöstä ei toistaiseksi kuitenkaan ole riittävästi vertailevien tutkimusten tuloksia[137]. Huumausaineriippuvuuksien hoidossa psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin ongelmien hoidos-

[136] Käypä Hoito 2014: Depressio
[137] Käypä hoito –suositus: Alkoholiongelmaisen hoito

sa on niukkaa. Lääkityksellä voidaan usein vain helpottaa oireita, mutta opioidiriippuvuuden korvaushoito on osoitettu tehokkaaksi[138].

5.11 TERAPIOIDEN ERILAISET TOTEUTUSTAVAT

Yksilöterapiat ovat yleisin terapioiden toteutustapa. Niissä potilas ja terapeutti työskentelevät kahdestaan vuorovaikutuksessa reaaliaikaisesti kasvokkain tai etäyhteydellä verkon välityksellä.

Monen terapian kohdalla **ryhmämuotoinen** interventio näyttää toimivan hyvin. Katsauksen tulosten mukaan näin oli skitsofrenian, masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa, traumaperäisen stressihäiriön, epävakaan persoonallisuushäiriön ja lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoidossa. Lihavan ahmimishäiriöissä ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia vähensi ahmimista ja alensi painoa saman verran kuin painonpudotusohjelma.

Verkkovälitteiset terapiat olivat vaikuttavia masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa, sekä paniikkihäiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon, peliriippuvuuden ja ADHD:n hoidossa. Alkoholiriippuvuuden hoidossa internet-pohjainen interventio saattaa olla tehokkaampi kuin pelkän valistusaineiston antaminen[139]. Amfetamiiniriippuvaisten hoidossa internetin kautta annettu kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva ohjaus ei vähentänyt amfetamiinin käyttöä.

Mobiilisovellukset tekevät tuloaan myös mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoihin. Ainakin kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä[140] tai ahdistuneisuudesta[141] kärsiville potilaille suunnatut mobiilisovellukset, ”appsit”, ovat vielä tarkoitukseen sopimattomia. Terveydenhuollon ammattilaiset eivät yleensä ole osallistuneet niiden kehittämiseen eivätkä niiden sisällöt vastaa näyttöön perustuvaa lääketiedettä. Tuoreessa narratiivisessa katsauksessa todetaan internet-välitteisten ja mobiili-interventioiden, muun muassa pelien, lisätyn todellisuuden ja virtuaalitodellisuuden olevan lupaavia masennuksen hoitokeinojen täydentäjiä[142].

6 PSYKOTERAPIAN TURVALLISUUS

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyissä, pääosin satunnaistettuihin hoitotutkimuksiin perustuvissa systemaattisissa katsauksissa haittoja raportoitiin vain satunnaisesti ja ne liittyivät ainoastaan terapian keskeyttämiseen. Keskeyttämisen syitä ei analysoitu tai ne olivat hoitoon liittymättömiä. Psykoterapioiden haitoista ei ole kovinkaan paljon kirjallisuutta tai tutkittua tietoa[143]. Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian psykoterapiaa koskevassa konsensuslausumassa vuonna 2006 lausuttiin, että psykoterapeutin taitamattomasta toiminnasta voi aiheutua myös haittaa. Psykoterapiaan liittyvät ongelmat voidaan karkeasti jakaa selkeisiin väärinkäytöksiin ja virheisiin sekä terapiatyön luonteeseen kuuluviin, sen aikana väistämättä

---

[138] Käypä hoito –suositus: Huumeongelmaisen hoito
[139] Käypä hoito –suositus: Alkoholiongelmaisen hoito
[140] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[141] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[142] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[143] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

esiin nouseviin eettisiin ja hienovaraisiin ongelmiin. Psykoterapioiden haitat ovat Suomessa nousseet tutkimuskohteeksi ja osaksi psykoterapiakoulutusta 1990-luvulla.

Haittaa on esitetty voivan aiheuttaa psykoterapiamuodon väärä valinta, psykoterapeutin ylimitoitetut lupaukset hoidon tehosta, psykoterapeutin työtavat, terapeutin ja potilaan eriävät tavoitteet sekä terapiassa syntyvät valemuistot[144]. Tiheät terapiakäynnit voivat aiheuttaa haitallista sairausleimaa erityisesti nuorilla potilailla[145]. Suomalaisessa itsemurhapotilaiden hoitotaustaa selvittäneessä tutkimuksessa todettiin, että psykoterapiaa saaneista itsemurhan tehneistä potilaista vain neljäsosalla oli ollut asianmukainen lääkehoito[146]. Samassa tutkimuksessa todettiin yksityissektorin terapeuttien ja julkisen sektorin hoitoammattilaisten välillä puutteita tiedon kulussa ja ristiriitaisuuksia hoitotavoitteissa sekä erilaisiin hoitokeinoihin suhtautumisessa.

7 PSYKOTERAPIAN KUSTANNUKSET JA BUDJETTIVAIKUTUKSET

Mielenterveys- ja päihdeongelmien aiheuttamat kustannukset ovat kaiken kaikkiaan suuret ja aiheutuvat paitsi suorista sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista, myös välillisistä tuottavuuden menetyksen, työkyvyttömyyden ja työttömyyden kautta tulevista kustannuksista sekä aineettomista, sairastuneen ja hänen omaistensa kärsimyksen kautta tulevista kustannuksista. Mielenterveyshäiriöt alkavat tyypillisesti nuorena, jolloin ne vaikuttavat henkilön koulutukseen, työllistymiseen ja sosiaaliseen verkostoon. Suomessa joka neljäs sairauslomapäivä liittyy mielenterveyshäiriöihin. Mielenterveysongelmat ovat yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä[147].

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot vuonna 2011 olivat noin 750 miljoonaa euroa ja perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyshoidon menot olivat noin 153 miljoonaa euroa. Mielenterveyshäiriöiden suorat kustannukset ovat vähäisiä verrattuna muiden sairauksien hoitokustannuksiin. Sen sijaan kaikkien sairauksien aiheuttamista epäsuorista kustannuksista mielenterveyshäiriöiden osuus on suurin. Päihdehuollon menot kuntien kustantamissa palveluissa olivat vuonna 2015 noin 210 miljoonaa euroa[148]. Lisäksi päihdesairaudet aiheuttavat paljon epäsuoria kustannuksia.

Psykoterapioista ja muista psykososiaalisista hoitomuodoista yhteiskunnalle tulevista kokonaiskustannuksista ei ole saatavilla yhtenäistä tietoa. Kela kustantaa valtaosan julkisesti kustannetuista terapioista. Julkisen terveydenhuollon yksiköt tuottavat sisäisesti jonkin verran psykoterapioita, minkä lisäksi niitä hankitaan vaihtelevasti julkisina ostopalveluina. Psykoterapioita kustannetaan jonkin verran myös yksityisten terveysvakuutusten kautta (näistäkin Kela korvaa usein osan) ja työterveyshuollon lyhytinterventioina. Yhdellä terapialla voi olla useita eri rahoittajia joissakin tapauksissa. Rahoitus koostuu palvelujen tuottamisen/hankinnan osalta (pl. kokonaan yksityisin varoin hankitut palvelut):

---

[144] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[145] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[146] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[147] Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.
[148] Päihdetilastollinen vuosikirja 2017

- Kelan sekä aikuisille että nuorille korvaamasta kuntoutuspsykoterapiasta
- Kelan korvaamasta vaativasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta
- sairaanhoitopiirien itse tuottamista palveluista
- sairaanhoitopiirien ostopalveluina hankkimista palveluista
- kuntien itse tuottamista palveluista
- kuntien ostopalveluina hankkimista palveluista
- työterveyshuollon kustantamista palveluista
- vakuutusyhtiöiden kustantamista palveluista

Psykoterapioiden yhteenlasketut kustannukset olivat vuonna 2017 vähintään 100 miljoonaa euroa. Perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja vakuutusyhtiöiden korvaamien psykoterapioiden määrästä ja kustannuksista ei ollut tietoa, joten osuudet ovat maininnanomaisesti mukana. (taulukko 11)

Taulukko 11. Psykoterapioiden ja muiden psykososiaalisten hoitomenetelmien kustannukset maksajittain v. 2017

Kela, kuntoutuspsykoterapia, aikuiset	48 445 000
Kela, kuntoutuspsykoterapia, nuoret	18 996 000
Kela, vaativa lääkinnällinen kuntoutus / psykoterapiat, arvio 17880 saajaa * 2000 €	7 400 000
Erikoissairaanhoito, aikuiset	18 000 000
Erikoissairaanhoito, nuoret	3 300 000
Perusterveydenhuolto, kustannustieto puuttuu	?
Työterveyshuolto, kustannustieto puuttuu	?
Vakuutusyhtiöt, kustannustieto puuttuu	?

Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat vuonna 2017 kaikkiaan 337 miljoonaa euroa. Kuntoutuspsykoterapian osuus oli 67 miljoonaa euroa[149]. Lisäksi psykoterapiaa korvataan vaativana kuntoutuksena, ja lääkärin antamasta psykoterapiasta voi saada SV-korvausta. Osa Kelan kuntoutujista saa kuntoutusrahaa, mutta sen edellytykset eivät yksilöpsykoterapiassa yleensä täyty [150]. Myös matkoja voidaan tietyin edellytyksin korvata.

Taulukko 12. Kelan kuntoutuspsykoterapian saajat ja kustannukset 2016-2017 [151]

	Saajat	**Kustannukset / €**	**Saajat**	**Kustannukset / €**
	2016		**2017**	
Aikuiset	21 975	39 281 000	26 528	48 445 000
Nuoret	9 471	18 752 000	10 203	18 996 000
Yhteensä *	**31 409**	**58 033 000**	**36 654**	**67 441 000**

* jotkut henkilöt on tilastoitu sekä nuorten että aikuisten psykoterapian saajiin

[149] Kelan tilastokatsaus 2/2018:
[150] Kelan tilastokatsaus 3/2018:
[151] Kelan tilastokatsaus 2/2018.

Budjettivaikutusten kokonaisuuteen vaikuttaa niin moni tekijä sekä kuluja vähentävästi tai niitä lisäävästi, että tässä yhteydessä ei voida esittää rahasummia. Psykoterapioiden toteuttamisesta aiheutuu noin 100 miljoonan euron vuosittaiset kustannukset, mutta toisaalta kun potilas saa vaikuttavaa hoitoa, vältetään todennäköisesti muita hoito- ja kuntoutusmuotoja ja niiden kustannuksia. Parantuneen terveyden kautta syntyy säästöjä myös silloin, kun välillisiä kustannuksia jää syntymättä. On huomattava, että hoitamattomien mielenterveysongelmien kustannukset yhteiskunnalle ovat merkittävät. Esimerkiksi huumausaineiden käytön, jolla on usein yhteyksiä mielenterveysongelmiin, välittömiksi kustannuksiksi arvioitiin Suomessa vuonna 2008 yhteensä jopa 300 miljoonaa ja välillisiksi kustannuksiksi miljardi euroa[152].

Nuorten syrjäytymisen taustalla on usein mielenterveysongelmia. On arvioitu, että yhden syrjäytyneen nuoren (15-29-vuotias) osalta syntyy noin 700 000 euron kustannus yhteiskunnalle pelkästään menetettyinä verotuloina ja annettuina tulonsiirtoina. Tästä voidaan laskea, että yhden ikäluokan syrjäytyneiden nuorten vastaava kustannus on 2,3 miljardia euroa yhteiskunnalle näiden nuorten elinaikana. [153]

Suuntaa-antavaa tutkimustietoa on jonkin verran yleisimpien lasten ja nuorten mielenterveysinterventioiden kustannuksista. Englannissa on arvioitu lapsiin ja nuoriin kohdistettujen mielenterveysinterventioiden kustannushyötyjä yleisimmissä lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöissä (taulukko 13). Tutkimusnäyttöön perustuvien interventioiden rahallisesti mitattavat hyödyt liittyvät pääasiassa myöhempiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun julkisen sektorin kustannuksiin sekä parempaan koulutustasoon ja tuottavuuteen työelämässä. Jos interventioista seuraaville aineettomille hyödyille eli terveyden, hyvinvoinnin ja elämänlaadun paranemiselle voitaisiin asettaa rahallinen arvo, kustannushyöty olisi edelleen suurempi. Kustannuksia ja hyötyjä arvioitaessa on otettava huomioon, että lapsiin ja nuoriin kohdistuvia mielenterveyteen liittyviä interventioita on toteutettava lasten ja nuorten koko arkisessa elämänpiirissä, jotta ne olisivat tehokkaita. Niitä toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi laajasti eri sektoreilla, kuten varhaiskasvatuksessa, kouluissa, oppilaitoksissa ja nuorisotyössä. Suomen olosuhteisiin siirrettynä hyödyn ja kustannusten suhdetta voidaan pitää suuntaa antavana[154].

---

[152] Päihdetilastollinen vuosikirja 2014
[153] Jussi Pyykkönen / Me-säätiö. Suullinen tiedonanto 18.5.2018.
[154] Investing in children´s mental health.

Taulukko 13. Lapsiin ja nuoriin kohdistettujen mielenterveysinterventioiden kustannushyötyjä yleisimmissä lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöissä

Hoidettava tila	Interventio	Kohteena oleva ikäryhmä	Taloudellisen hyödyn suhde kustannuksiin
Lasten käytöshäiriö	Vanhemmuuden ryhmäohjelmat	3-12	3:1
	Vanhemmuuden yksilöohjelmat	2-14	2:1
	Kouluissa toteutettavat ohjelmat	6-8	27:1
	Koulujen kiusaamisen vastaiset ohjelmat	Kouluikä	14:1
Nuoruuden käytöshäiriö	Eri interventioita	11-18	Terapiamuodosta riippuen välillä 2:1 - 22:1
Ahdistuneisuushäiriöt	Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia lapsille	5-18	31:1
	Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia lasten vanhemmille	5-18	10:1
Depressio	Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia	12-18	32:1
	Kognitiivis-behavioraalinen yksilöterapia	12-18	2:1
ADHD	Vanhempien ryhmävalmennus	2-12	1,4:1
	Monimuotoinen terapia	Kouluikäiset	2:1

Taloudellisia vaikutuksia, jotka liittyvät mielenterveyshäiriöiden hoitovajeen korjaamiseen, on selvitetty melko vähän. YhdessäMielin-hankkeessa on selvitetty, että mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairauspäivärahakaudet pienentävät bruttokansantuotetta 0,3–0,4 prosenttia ja, että jos mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen vähenisi 10–15 prosenttia, bruttokansantuote vahvistuisi 0,3–0,5 prosentilla [155]. WHO:n johtamassa kansainvälisessä tutkimuksessa arvioitiin masennuksen ja ahdistuksen hoidon kattavuuden laajentamisen taloudellisia vaikutuksia 36 maassa[156]. Hoidon kattavuuden laajentamisen arvioitiin maksavan noissa maissa yhteensä 147 miljardia Yhdysvaltain dollaria vuosien 2016–2030 välillä. Mikäli investoiminen hoidon kattavuuden laajentamiseen parantaisi työkykyä ja työn tuottavuutta varovaisesti arvioiden viisi prosenttia, tuottavuuden paranemisesta aiheutuvat hyödyt olisivat lähes 400 miljardia Yhdysvaltain dollaria. Tutkimuksen johtopäätös oli, että hyödyt ylittävät hoidon laajentamisen kustannukset 2,3–3,3 -kertaisesti, mikäli vain taloudelliset hyödyt lasketaan mukaan ja 3,3–5,7 -kertaisesti, jos myös parantuneen terveyden arvo lasketaan mukaan[157].

[155] Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.
[156] Chisholm et al. 2016
[157] Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.

8 PSYKOTERAPIAN KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS

Psykoterapioiden kustannusvaikuttavuutta koskevia tutkimuksia valittiin tähän katsaukseen 54 ja niiden yhteensä 86 eri tutkimustulosta on kuvattu liitteessä 9. Kustannusvaikuttavuudessa on suuria eroja eri tutkimusten välillä, mikä johtuu muun muassa eroista tutkituissa terapioissa ja kustannusvaikuttavuuden laskentatavoissa. Suurin osa tutkimuksista tarkasteli kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Yleisimmin käytettyjä vaikuttavuusmittareita olivat erot toipuneiden osuuksissa ja muutokset elämänlaadussa tai toimintakyvyssä joko tautispesifillä mittarilla tai yleisellä elämänlaatumittarilla. Yleisenä elämänlaatumittarina käytettiin enimmäkseen laatupainotteisia elinvuosia (QALY) mittaavaa EQ-5D-mittaria tai sen eri versioita. Monissa tutkimuksissa vaikuttavuutta arvioitiin hyvin monilla mittareilla, mutta raportoimme niistä enintään neljä kustakin tutkimuksesta[158].

Suomalaisia mielenterveys- tai päihdeongelmien kustannusvaikuttavuuteen liittyviä selvityksiä on vähän[159]. Australialaisessa tutkimuksessa[160] laskettiin kymmenen eri mielenterveys- tai päihdeongelman hoidon kustannusvaikuttavuutta käyttäen vaikuttavuusmittarina haittapainotteisia elinvuosia. Kustannusvaikuttavimpia olivat yleiseen ahdistuneisuuteen annettavat hoidot, ja vähiten kustannusvaikuttavaa oli skitsofrenian hoito. Tulokset vaihtelivat suuresti terveysongelman mukaan, mikä on ehkä selitettävissä terveysongelmien erilaisella vakavuusasteella ja vaikuttavuusmittarin ominaisuuksilla. Tärkeä, mutta helposti analyysin ulkopuolelle jäävä kustannusvaikuttavuuden tekijä on riittävän varhain annetun hoidon myöhempien korjaavien toimien (esim. sairaalahoidot) tarvetta vähentävä vaikutus. Oikea-aikaisella psykososiaalisella hoidolla voidaan ainakin olettaa olevan sekä pitkän aikavälin kustannuksia vähentävä, että elämänlaatua ja toimintakykyä kohentava vaikutus.

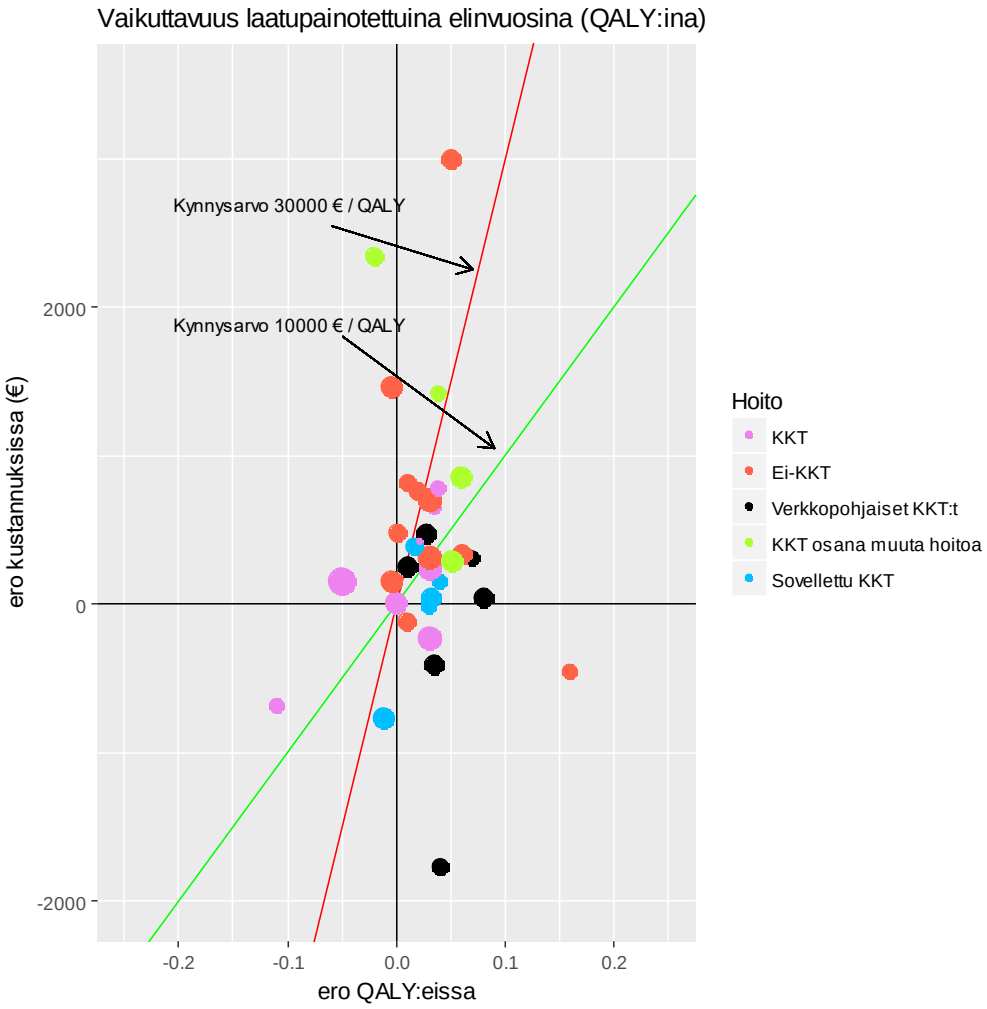
Ruotsissa depression ja ahdistuksen hoitosuositukseen[161] on arvioitu depression psykososiaalisen hoidon tai lääkehoidon kustannusvaikuttavuutta. Kustannuksiin on huomioitu depression hoidon suorat kustannukset ja vaikuttavuutta on mitattu laatupainotetuilla elinvuosilla. Arvioinnin mukaan lievän ja keskivaikean depression hoitaminen on kustannusvaikuttavaa ja myös usein kustannuksia säästävää. Suosituksessa todetaan myös, että ahdistuneisuushäiriöiden hoito on vastaavalla tavalla kustannusvaikuttavaa ja, että sama koskee myös lasten ja nuorten hoitamista.

Systemaattisen katsauksen kustannusvaikuttavuutta koskevat tulokset [162] on esitetty tiivistettynä kuvassa 4. Tutkimukset on luokiteltu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, ei-kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, verkkopohjaiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, sovellettuun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osana muuta hoitoa. Tutkimukset on ryhmitelty myös kahden kynnysarvon mukaan < 30 000 €/QALY (mitä Britanniassa pidetään joskus kustannusvaikuttavuuden kynnysarvona julkisesti rahoitettavalle hoidolle) ja < 10 000 €/QALY. Eri terapioiden välillä ei näyttäisi olevan havaittavia eroja kustannusvaikuttavuudessa. Suurin osa hoitojen kustannusvaikuttavuustuloksia asettuu alle kynnysar-

[158] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[159] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[160] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[161] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
[162] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

von 30 000 €/QALY ja useimpien hoitojen, vaikkakin pienemmän joukon, kustannusvaikuttavuus asettuu myös alle kustannusvaikuttavuuden kynnysarvon 10 000 €/QALY. Rahaan sidottujen kynnysarvojen käyttö sisältää kuitenkin paljon epävarmuustekijöitä, joita ei tässä analyysissä ole voitu huomioida.

Kuva 4. Tutkimukset, joissa vaikuttavuutta on mitattu elämänlaatupainotettuina elinvuosina. Suurempi pistekoko kuvastaa suurempaa tutkimuksen otoskokoa. (KKT=kognitiivinen käyttäytymisterapia)



Yksi tulosten tulkintaa hankaloittava seikka liittyy vertailujen tekemiseen: on käytännössä mahdotonta arvottaa tautispesifeillä vaikuttavuusmittareilla kustannusvaikuttavuutta yhteismitallisesti. Usein tutkimusten kirjoittajat raportoivat terapian olevan kustannusvaikuttavaa, vaikka viime kädessä siitä päättäminen, onko terapia kustannusvaikuttava vai ei, kuuluu maksajalle tai muulle päätöksentekijälle, joka määrittelee hyväksyttävän kustannusten ja vaikuttavuuden suhteen.

Psykoterapiat vaikuttavat olevan kustannusvaikuttavaa hoitoa, mutta tutkimustiedon tulkintaa hankaloittaa moni seikka. Arvio siitä, ovatko terapiat kustannusvaikuttavia vai ei, riippuu kustannusvaikuttavuustiedon laadusta. Tässä katsauksessa ei ollut mahdollista kaikilta osin varmistaa kustannusvaikuttavuustiedon laatua. Laadun arvioinnin tärkeyttä korostaa se, että otoskoko valtaosassa tutkimuksia oli varsin pieni ja kustannusvaikuttavuustulosten tilastolliset luottamusvälit olivat melko suuria, eli tutkimusten tulokset (kustannukset per vaikutukset) ovat epävarmoja. Eri tutkimusten

tulosten vertailemista toisiinsa hankaloittaa myös seuranta-aikojen erilaisuus, sillä hoidon vaikuttavuus ja kustannukset eivät välttämättä toteudu samanaikaisesti. Tulosten vertailukelpoisuutta voi heikentää merkittävästi erot tutkimuksissa käytetyissä alkuperäisvaluutoissa, laskelmien aikajänteissä, rahan tulevaisuuden nykyarvon laskemisessa (diskonttaaminen), terveydenhuoltojärjestelmän toteutustavoissa (esim. julkinen vs. yksityinen) ja vertailuhoidoissa.

Suomessa on tehty vasta vähän tutkimusta psykoterapiainterventioiden kustannusvaikuttavuudesta. Vastaavien kansainvälisten tutkimusten tulosten hyödyntäminen on mahdollista vain rajallisesti. Suomessa tarvittaisiin kotimaista tutkimustietoa mielenterveyden taloudellisista vaikutuksista. [163].

Suomesta ei ole ollut saatavilla kustannusvaikuttavuustietoa lapsille ja nuorille suunnattujen psykoterapioiden tai muiden psykososiaalisten hoito- tai kuntoutusmenetelmien kustannusvaikuttavuudesta.

9 EETTINEN TARKASTELU

Eettiset kysymykset ja niihin liittyvät pohdinnat vaihtelevat tarkastelun näkökulman mukaan. Eettisen tarkastelun keskiössä on ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, tarve-oikeudenmukaisuuden, ja hoidon toteuttamisen arvioiminen. Niitä arvioidaan Palkon suositusten perustelunäkökulmien: sairauden vakavuuden, vaikuttavuuden, turvallisuuden ja kustannusten näkökulmista. Kussakin kohdassa huomioidaan lisäksi tarkasteltavan aiheen mukaan soveltaen potilaan/asiakkaan näkökulma, yhteiskunnan näkökulma ja terveydenhuollon työntekijöiden näkökulma. Eri tarkastelunäkökulmista pohdittavat asiat ovat osittain samoja ja osa huomioista voisi olla useankin tarkastelunäkökulman alla.

9.1 IHMISARVO

Mielenterveyspotilaat ovat usein sairautensa luonteen vuoksi haavoittuvassa asemassa. Mielenterveysongelmien hoidon ja kuntouttamisen yhteydessä avunpyytäminen voi olla vielä vaikeampaa kuin somaattisten sairauksien yhteydessä.

Terveydenhuollon työntekijöiden on mietittävä omalta osaltaan, miten ihmisen vastuu omista elämänvalinnoistaan näkyy potilaan ohjauksessa siten, että potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Potilasta tulee kunnioittaa haavoittuvana ja herkkänä yksilönä, joka mahdollisesti ei kaikissa tilanteissa voi ottaa vastuuta tai tehdä päätöksiä omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Potilaan ihmisarvoa voi ylläpitää tarjoamalla riittävää hoitoa sekä olemalla herkkä sille, mitä potilas haluaa sanoa[164].

Jos psykoterapian kustannukset ovat niin korkeat, että potilas ei pysty selviytymään niistä, tulee tarjota tukea taloudellisen avun hakemiseen, jotta potilas voi käydä terapiassa, ja sitä kautta tuetaan ihmisarvoa.

---

[163] Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut
[164] Etene 2011

Psykologiliiton ammattieettisissä ohjeissa kuvataan yksityiskohtaisesti, kuinka psykologi toimii eettisesti hyväksyttävästi asiakassuhteessa (liite 3.). Psykologi kunnioittaa jokaisen ihmisen perusoikeuksia, arvokkuutta ja arvoa sekä työskentelee näiden kehittymisen edistämiseksi. Hän kunnioittaa yksilön oikeutta yksityiselämään, luottamuksellisuuteen, itsemääräämiseen ja autonomiaan sopusoinnussa psykologin muiden velvoitteiden ja voimassa olevan lain kanssa. Hän tiedostaa omat tarpeensa, asenteensa ja arvonsa ja oman roolinsa asiakassuhteessa. Hän ei käytä väärin valtaansa ja asemaansa käyttämällä hyväkseen asiakkaan riippuvuutta ja luottamusta.[165]

9.2 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Potilaiden edustajat pitivät tärkeänä sitä, että on määriteltävä itsemääräämisoikeuden rajat ja otettava kantaa siihen, mikä on ihmisen vastuu hoitoon sitoutumisessa[166]. Myös Etene on pohtinut monesta eri näkökulmasta potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja sen merkitystä ja tuonut esiin, että potilaiden mahdollisuuksia osallistua heitä itseään koskevaan tulee parantaa [167].

Suomen Psykiatriyhdistyksen arvopohjassa todetaan, että ”Psykoterapian toteuttamisen tulee noudattaa hyväksyttyjä hoitosuosituksia, antaa potilaalle riittävää tietoa eri menetelmistä ennen hoidon aloittamista ja seurata hoidolle asetettujen tavoitteiden toteutumista ja tarvittaessa muuttaa asetettuja tavoitteita. Mikäli yleisesti hyväksyttyjen hoitokäytäntöjen ja tieteellisten tutkimusten tieto viittaa lääkehoidon ja psykoterapian yhdistämisen etuihin tietyissä tilanteissa, tulee potilaalle antaa tästä tietoa ja mahdollisuus keskustella lääkehoidon tai psykoterapian tarpeesta. Psykoterapiaa antava psykiatri ei saa koskaan käyttää asemaansa väärin ja ylittää hoitosuhteen ammatillisia rajoja.”[168]

9.3 TARVE-OIKEUDENMUKAISUUS

Miten yhteiskunnan terveydenhuollon resurssit jaetaan oikeudenmukaisesti niille, joilla on hoitovajetta ja hoidontarve on havaittavissa? Tarve-oikeudenmukaisuutta voi lähestyä mm. kysymyksillä: Mikä on sairauden vaikeusasteen merkitys? Miten tarve määritetään? Mikä on yksilön hoidosta saama hyöty? Terveystulos vai elämänlaatu? Yhtäläinen pääsy hoitoon vai yhtäläinen oikeus terveyshyötyyn?

Työntekijöiden tai maksajan näkökulmasta liittyy monia eettisiä kysymyksiä siihen, millä perusteilla eri potilaille annetaan psykoterapiaa. Koska Kelan kuntoutuspsykoterapia on monissa kunnissa ainoa vaihtoehto saada rahallista tukea psykoterapiaan, on Kelan kuntoutukseksi tarkoitettu psykoterapia käytännössä korvannut kuntien puutteellista hoidollista psykoterapiatarjontaa. Monelle potilaalle olisi kuitenkin hyötyä aikaisemmin aloitetusta lyhytkestoisesta hoidosta, jolloin toipuminen voisi alkaa ennen kuntoutustarpeen kehittymistä. Paitsi inhimillisesti, myös yhteiskunnalle syntyvien kustannusten kannalta olisi järkevää hoitaa potilaiden sairaudet jo varhaisemmassa vaiheessa, jotta mahdollisesti saadaan estettyä sairauden muuttuminen vakavammaksi tai krooniseksi ja näin sairauden hoidon kustannukset voivat jäädä pienemmiksi. Myös potilaan elämänlaadun paranemisesta ja työkykyiseksi kuntoutu-

---

[165] Psykologiliiton ammattieettiset periaatteet
[166] Potilastapaaminen 22.5.2017
[167] Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa.
[168] Suomen Psykiatriyhdistyksen arvopohja

misesta vähenevät sairaudesta yhteiskunnalle syntyvät kustannukset. Päihderiippuvaisilla asiakkailla tulee usein vastaan tilanne, jossa asiakas ei saa psykoterapeuttista tai jotain muuta hoitoa, kun terveydenhuoltohenkilöstön ennakkoajatuksena saattaa olla se, että asiakas ei sitoudu päihteidenkäytön takia hoitoon tai, että hänen pitäisi hoitaa ensin riippuvuus pois ennen kuin terapia kannattaa aloittaa. Em. tilanteissa arviointi päihdeasiakkaiden psykoterapeuttiseen hoitoon pääsyyn ei aina tapahdu tarpeen perusteella, vaan mukana voi olla syrjiviä, epäeettisiä arviointikäytäntöjä.

Psykiatrian asiantuntijoiden mukaan on vaihtelevaa ja sattumanvaraista, millaiseen hoitoon potilas ohjautuu, jos hänellä todetaan terveyskeskuksessa vaikkapa masennus- tai ahdistusoireita. Psykoterapioiden riittävyyttä on kritisoitu: niiden tarve ja kysyntä on monilla alueilla ja sairausryhmissä selvästi suurempaa kuin palvelujen tarjonta[169], mikä eriarvoistaa potilaita, kun hoitoon pääsy ei ole suorassa yhteydessä hoidontarpeeseen.

Potilaiden edustajat toivat esiin huomion siitä, että oikeudenmukaisuutta on myös kaikille samanlaiset hoidon lopettamisen kriteerit[170].

9.4 HOIDON TOTEUTTAMINEN

Potilaiden edustajat pitivät mielenterveys- ja päihdepotilaille isona yhteisenä ongelmana hoidon saavutettavuutta ja saatavuutta. Tähän liittyvät potilaan vaikeudet hoidon löytämiseksi, erilaisten hoitomenetelmien saatavuus ja tunnistaminen hoitoa etsittäessä. Terapiaan hakeutumisen prosessi nähtiin toisinaan vaikeaksi hahmottaa. Päätöksiin ja terapian alkamiseen kuluva aika tuo usein paljon viivettä hoidon alkamiseen. Potilaiden edustajat näkivät myös, että ongelmana eivät ole turhat hoidot vaan hoidon saatavuuden puute ja hoitoon pääsemättömyydestä seuraavat vaikutukset potilaille.[171]

Psykososiaalisen hoidon kohdalla ei ole yksiselitteistä, milloin on kyse hoidosta ja milloin kuntoutuksesta. Toimintakykyä heikentävien häiriöiden hyvä lääketieteellinen hoito on kuntouttavaa ja toisaalta psykoterapiakuntoutuksella vaikutetaan mielenterveysongelmaan hoidollisesti. Käsitteiden erillisyys on keinotekoinen ja erillisyydellä on käyttöä lähinnä silloin kun keskustellaan kuntien ja Kelan järjestämisvastuusta psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen alueella[172]. Tähän saakka hoidollisen terapian ja kuntoutuspsykoterapian järjestämisen erillisyys on vaikuttanut psykoterapian saatavuuteen. Nykyjärjestelmässä julkisrahoitteinen psykoterapia on saattanut tulla osaksi potilaan hoito- ja kuntoutumisprosessia vasta kuntoutusvaiheessa.

Mielenterveysongelmien hoidossa yhteinen kieli on usein hoidon toteuttamisen edellytys. Psykoterapian toteuttamisen onnistumisen kannalta on tärkeää, että terapeutti ja potilas ymmärtävät toisiaan hyvin myös kielellisesti, mikä tulee ottaa huomioon palveluita järjestettäessä.

Omaisten vastuu ja sairastumisriski mietityttivät potilaiden edustajia, kun koettiin, että omaisille jää usein iso vastuu potilaan hoidosta ja arjen sujumisesta potilaan hoi-

---

[169] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[170] Potilastapaaminen 22.5.2017
[171] Potilastapaaminen 22.5.2017
[172] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

don aikana.[173] Hyvään ammattiosaamiseen kuuluu, että kunnioittaa ja ottaa vakavasti sekä potilaan että omaisten huolenaiheet.

Potilaiden edustajat pohtivat myös sitä, miten potilas voi varmistua siitä, että hänen sairauttaan hoidetaan riittävässä määrin yhteistyössä eri terveydenhuollon toimijoiden kanssa sekä muiden viranomaisten välillä; esim. perheneuvonta, pariterapia, työhön ohjaus ja somaattiset sairaudet eli, että yhdistetään psykoterapiaa ja muita hoitomuotoja ja muuta apua. Huolta kannettiin myös siitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen ketkä saavat hoitoa, kuinka potilaita priorisoidaan ja kuinka potilaan tulisi osoittaa hoidon vaikuttavuutta, jotta se riittäisi vakuuttamaan hoidon tarpeellisuudesta.[174]

10 POTILAIDEN NÄKÖKULMA

Potilasjärjestöjen edustajat toivat esiin 22.5.2017 järjestetyssä tapaamisessa seuraavia asioita, jotka on ryhmitelty väljästi Palkon suositusten tarkastelunäkökulmien mukaisesti:

Sairauden vakavuus

Mielenterveysongelmien vakavuutta kuvattiin niiden aiheuttamilla arjessa selviytymiseen liittyvillä ongelmilla. Myös vaikutukset työkykyyn nousivat useissa puheenvuoroissa esiin, kun sairauden pitkittyminen johtaa usein pitkiin sairauslomiin tai jopa työkyvyttömyyteen.

Vaikuttavuus / hyödyt

Potilaat nostivat esiin huolen pitkään jatkuneen terapeuttisen hoidon vaikuttavuudesta. Terapian vaikuttavuuden kannalta pidettiin oleellisena sitä, että potilaalle löydetään sopiva terapiamuoto ja korostettiin sitä, että pitäisi arvioida kunnolla mitkä ovat potilaan valmiudet psykoterapeuttiseen hoitoon. Edelliseen liittyi kielivähemmistöihin kuuluvien potilaiden huoli siitä, että jos heille ei järjesty terapiaa heidän hyvin osaamalla kielellä.

Potilaat pitivät tärkeänä omaan hoitoonsa sitoutumisen kannalta, että terapeutin ja potilaan välille tehdään sopimus yhteisistä periaatteista. Esiin nostettiin myös hoidon tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja potilaan osallistaminen osana hoitoa. Nähtiin, että hoidon lopettamisen määrittelemisen tulee olla osana hoitosuunnitelmaa siten, että myös potilas tietää kuinka pitkään hoitoa on tarkoitus jatkaa.

Turvallisuus

Potilaiden edustajat olivat huolissaan siitä, että kentällä on tarjolla monenlaista psykoterapeuttiseksi kutsuttua hoitoa, mm. enkelihoidot. Potilaiden voi olla vaikea tietää milloin hoito on lääketieteellisesti asianmukaista. Potilaiden edustajat esittivät myös, että hoitoon liittyvät käsitteet on selkiytettävä potilaalle, jotta ei synny väärinkäsityksiä. He sanoivat myös, että hoitoon sitoutumisen kannalta on huono asia, jos

[173] Potilastapaaminen 22.5.2017
[174] Potilastapaaminen 22.5.2017

hoito koetaan tarpeettomaksi tai siihen liittyy useita pettymyksiä. Myös se tuotiin esiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä pelko leimautumisesta (stigma) voi vaikuttaa siihen, kuinka luottavaisesti suhtautuu tarjottuun hoitoon.

Potilaiden edustajat korostivat sitä, että kaikilla potilailla on oikeus saada itseään koskevaa tietoa, osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon sekä yhdenvertainen oikeus terveydenhuollon resursseihin. Potilaan itsemääräämisoikeus mietitytti ja toisaalta se, milloin tulisi olla oikeus terapiaan. Joillekin potilaille on jo sairautensa takia raskasta tai mahdotonta etsiä itselleen sopiva terapeuttinen hoito, silloin kun sitä ei tarjota hoitavassa yksikössä.

Kustannukset

Moni potilaiden edustaja toi esiin, että monelle pienituloiselle mielenterveys- tai päihdepotilaalle terapian omavastuuosuus voi olla kynnyskysymys hoitoon sitoutumisessa.

Yksi osallistujista esitti, että omaisten ottamista mukaan terapiaan kannattaa harkita tarkkaan suhteessa siitä saatavaan hyötyyn ja näki, että vahvan tarveharkinnan käyttäminen perhe- tai pariterapian aloittamisessa voisi säästää yhteiskunnan kuluja.

Eettiset kysymykset

Eettisiä pohdintoja potilaan näkökulmasta on esitetty edellisessä luvussa 9. Eettinen tarkastelu.

Muuta

Moni potilaiden edustajista kantoi huolta Sote-uudistuksen vaikutuksista psykoterapian saatavuuteen.[175]

11 ORGANISATORISET KYSYMYKSET

11.1 PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Tällä hetkellä psykoterapiapalveluiden järjestäminen ja kustantaminen on hajautunut monelle taholle. Järjestämisvastuuta kantavat mm. kunnat ja kuntayhtymät. Julkinen terveydenhuolto tuottaa psykoterapiaa omana toimintanaan tai voi järjestää sitä erilaisin ostopalveluin. Suurten kaupunkien psykiatrisella erikoissairaanhoidolla on ollut käytössään psykoterapiahankintoihin kohdennettuja varoja, joilla on hankittu ammatinharjoittajaterapeuteilta lisää palveluja. Näillä varoilla terapiaa ovat saaneet sellaiset henkilöt, jotka eivät ongelman tuoreuden vuoksi saa Kelan kuntoutuspsykoterapiaa, tai ne Kelan terapiaa saaneet potilaat, jotka tarvitsevat vielä jatkohoitoa.[176] Mielenterveysongelmien alkuvaiheen hoidossa psykoterapiaa rahoittavat myös vakuutuslaitokset ja työterveyshuolto. Neuvolat sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat tärkeässä asemassa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja tuen tarjoamisessa. Julkisen terveydenhuollon psykoterapia on yleensä lyhytkestoista. Ke-

[175] Potilastapaaminen 22.5.2017
[176] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

lan kuntoutuspsykoterapian tarkoitus on täydentää julkisen terveydenhuollon psykoterapiapalveluita ja Kela järjestää myös vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta. Usein potilaat myös etsivät psykoterapeuttinsa yksityiseltä sektorilta ja maksavat osan hoidoista itse, jolloin he saavat, tietyin ehdoin, terapiasta Kelan sairausvakuutuskorvauksen. Psykoterapioiden määrä on lisääntynyt viime vuosina, mihin on vaikuttanut paitsi lainsäädännön muutos myös tarpeiden parempi tunnistaminen, hoitosuositukset, psykoterapian vaikuttavuustutkimukset, psykoterapeuttien määrän kasvu ja monet muut tekijät[177]. Psykoterapioiden tulisi asiantuntijoiden mukaan olla ensisijainen hoitomuoto lievissä ja alkuvaiheen mielenterveyshäiriöissä; matalan intensiteetin ja kynnyksen palveluja tulisi olla saatavilla jo perusterveydenhuollossa.[178] Jos tästä ei ole apua, potilaat tulisi ohjata erikoissairaanhoitoon tai pidempikestoiseen kuntoutuspsykoterapiaan. Sen merkityksestä, annetaanko psykoterapiaa perusterveydenhuollon tasolla vai erikoissairaanhoidon tasolla, ei löytynyt tutkimustietoa.

Kuntien tulee järjestää päihdehuollon palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisiksi. Päihdepalveluja tarjotaan ensisijaisesti avopalveluina. Palvelut voivat olla esimerkiksi sosiaalista tukea, katkaisuhoitoa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa tai kuntoutusta. Päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat kietoutuvat usein yhteen. Päihteenkäyttö saattaa seurata mielenterveysongelmia tai aiheuttaa niitä, tai molempien taustalla saattaa olla yhteisiä altistavia tekijöitä. Yhteistyö päihdehuollon ja psykiatrisen hoidon kesken on usein tärkeää. [179] Kuntien tehtävänä on koordinoida julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi. Osassa kunnista mielenterveys- ja päihdepalvelut on yhdistetty.

Alueelliset erot psykoterapeuttien määrissä ovat varsin suuria. Väestömäärään suhteutettuna Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella psykoterapiapalveluja on ollut saatavilla eniten ja Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella vähiten. Terapeuttien koulutuksen mukaan tarkasteltuna sairaanhoitopiirit jakautuvat karkeasti ottaen kahteen ryhmään: niihin, joiden alueella psykodynaaminen tai psykoanalyyttinen koulutussuuntaus on hallitseva, ja niihin, joissa perheterapia on yleisin koulutussuuntaus. [180]

Valkosen ym. raportin mukaan psykoterapian tarjonnassa on alueellisesti eriarvoisuutta sekä psykoterapeuttien määrässä, ammattitaustassa että koulutussuuntauksessa. Alueelliset erot terapeuttien määrässä ja erot eri terapioiden tarjonnassa viittaavat siihen, että psykoterapiapalvelujen järjestäminen tasavertaisesti eri puolilla Suomea voi olla haasteellista. Lisäksi pitkät välimatkat voivat vaikeuttaa psykoterapiaan pääsyä tai sen toteutusta. Niillä alueilla, joilla tarjontaa on vähän, ei asiakkailla välttämättä ole valinnanvaraa terapiamuodon tai terapeutin valinnassa. Samassa raportissa kiinnitetään huomiota myös koulutuksen määrään sekä sisältöön ja todetaan, että erityisen tärkeää olisi huolehtia myös syrjäseuduilla asuvien mahdollisuuksista valmistua psykoterapeutin ammattiin.[181] Tärkeänä pidetään myös sitä, että psykoterapian tarvetta arvioivat erikoislääkärit tuntevat psykoterapian onnistumisen edellytykset. [182]

---

[177] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[178] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[179] Käypä hoito -suositus 2015: Alkoholiongelmaisen hoito
[180] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[181] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[182] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Terveydenhuoltolaki (6§) velvoittaa huomioimaan palveluita järjestettäessä potilaan oikeuden käyttää palveluita sekä suomen että ruotsin kielellä ja saamenkieltä saamen kielilain määrittämissä tilanteissa.

Sähköiset välineet ovat ajankohtaisesti laajentamassa psykoterapian tarjontamahdollisuuksia ja tasaamassa tunnistettuja alueellisia epätasaisuuksia saatavuudessa. Tässä tulevat kyseeseen niin perinteisen psykoterapian antaminen videovälitteisesti, kuin uudemmat erityisesti internet-olosuhteisiin suunnitellut psykoterapiat (ns. nettiterapiat). Palvelujen digitalisoimista pidetään yhtenä mahdollisuutena lisätä saatavuutta ja alentaa kynnystä osallistua hoitoon.[183]

11.2 KOULUTUS JA AMMATTINIMIKE

Eri maiden kansallisissa hoitosuosituksissa korostetaan, että terapiapalvelujen tarjoajien tulee olla koulutettuja.[184] Psykoterapeutin koulutustason tai -taustan vaikutuksesta hoidon vaikuttavuuteen ei löytynyt tutkittua tietoa. Koulutustason sijaan tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota terapeutin ammatilliseen itseluottamukseen ja muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin terapian tuloksellisuuteen vaikuttavina tekijöinä.

Suomessa psykoterapeutti kuuluu nimikesuojattuihin ammattihenkilön ammattinimikkeisiin. Valvira myöntää psykoterapeutin nimikkeenkäyttöoikeuden. Suomessa on noin viisituhatta psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeutettua henkilöä. Kolmasosa heistä tekee psykoterapiaa osana virka- tai työsuhteista työtä pääosin julkisella sektorilla, kaksi kolmasosaa toimii ammatinharjoittajina. Noin puolet osallistuu Kelan kuntoutuspsykoterapioiden tuottamiseen. Psykologin, sairaanhoitajan ja lääkärin koulutus ovat Suomessa psykoterapeuttien tavallisimmat pohjakoulutukset. Psykoterapeuttikoulutusta järjestävät psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusvastuun omaavat yliopistot, yksin tai yhdessä muiden koulutusorganisaatioiden kanssa. Koulutettavat kustantavat koulutuksensa itse tai yhdessä työnantajansa kanssa. Yleisimmät harjoitettavat psykoterapiat ovat sisällöltään kognitiivisia, psykodynaamisia, ratkaisukeskeisiä, perheterapeuttisia tai ryhmäterapeuttisia. Tarjolla on myös erilaisia trauma- tai kriisipsykoterapioita ja monenlaisia lyhytterapioita.[185] Psykoterapiaa toteutetaan myös etänä joko reaaliaikaisesti tai nettiterapiana.

12 LISÄNÄYTÖN KERÄÄMINEN

Psykososiaalisilla menetelmillä annettujen hoitojen ja kuntoutuksen määrästä tarvittaisiin tarkempaa tietoa. Myös julkisen terveydenhuollon tuottamien ja kustantamien hoidollisten psykoterapioiden määrästä tarvittaisiin tarkempaa, vertailukelpoista tietoa.

Monien yksittäisten terapioiden vaikuttavuudesta jollekin tietylle potilasryhmälle tarvittaisiin lisätietoa, jos haluttaisiin ottaa kantaa yksittäisten terapioiden vaikuttavuuteen.

Psykososiaalisten menetelmien erilaisten toteuttamistapojen yhteydestä vaikuttavuuteen tarvittaisiin lisätietoa.

---

[183] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[184] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
[185] Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Lisätietoa tarvittaisiin kustannusvaikuttavuudesta Suomessa tehdyistä tutkimuksista. Koska eri terapioiden vaikuttavuuden vertailemista toisiinsa hankaloitti seuranta-aikojen erilaisuus, kun hoidon vaikuttavuus ja kustannukset eivät välttämättä toteudu samanaikaisesti, tarvittaisiin lisää yhtenäisillä seuranta-ajoilla koottua tutkimustietoa.

13 JOHTOPÄÄTÖKSET

PALKO on 26.5.2016 hyväksymässään väliraportissa katsonut, että palveluvalikoiman määrittelyssä tulee perustuslain ja terveydenhuoltolain (TervHL 7a § ja TervHL 78a §) asettamien reunaehtojen puitteissa noudattaa seuraavia periaatteita (16.1-16.3):

13.1 TERVEYSONGELMAN MERKITTÄVYYS

Terveysongelman on oltava riittävän merkittävä, jotta sitä on perusteltua hoitaa lääketieteen keinoin julkisin varoin. Merkityksen arvioinnissa sovelletaan lääketieteellisen tiedon lisäksi yhteiskunnallisia arvoja.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöillä on vakavia vaikutuksia yksilölle. Ne huonontavat eri tavoin, sairauden luonteesta riippuen, potilaan elämänlaatua ja vaikuttavat arjessa selviytymiseen ja arkeen osallistumiseen. Useimmille näistä häiriöistä on tyypillistä toistuvuus, eli ne kuormittavat toimintakykyä ja aiheuttavat subjektiivista haittaa pitkäaikaisesti. Ne vähentävät terveiden elinvuosien määrää ja elinajanodote on mielenterveys- ja päihdepotilailla selvästi muuta väestöä alhaisempi. Ne ovat merkittävä lyhyt- ja pitkäkertoisen työkyvyttömyyden aiheuttaja ja yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä ja niiden takia päädytään työkyvyttömyyseläkkeelle selvästi nuorempana kuin monien somaattisten sairauksien takia. Riskinä on myös syrjäytyminen sosiaalisista suhteista ja työelämästä. Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen merkitys. Näillä perustein mielenterveys- ja päihdehäiriöitä voidaan pitää merkittävänä terveysongelmana.

13.2 LÄÄKETIETEELLINEN PERUSTELTAVUUS

Palveluvalikoimaan kuuluvan toiminnan on terveydenhuoltolain 7a §:n 1 momentin mukaan oltava lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua. Perusteltavuutta arvioidaan suhteuttamalla toisiinsa vaikuttavuus, turvallisuus ja terveysongelman vakavuus.

Vaikuttavuutta ja turvallisuutta arvioidaan suhteessa hoidettavan terveysongelman vakavuuteen tutkimustiedon ja muun näytön perusteella. Toiminnalla on oltava näytön perusteella riittävä vaikuttavuus ja siihen liittyvien riskien suuruuden on oltava hyväksyttäviä.

Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät vähentävät masennusoireita ja parantavat aikuisten masennuspotilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä enemmän kuin

hoidon odotus, tavanomainen hoito tai lumelääke. Hyvin varhaisen, masennustilaa ehkäisevän psykoterapeuttisen hoidon ja toisaalta kroonisen masennuksen hoidon vaikuttavuuden kohdalla näyttö oli vähäisempää. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa psykososiaalisilla hoidoilla on lievitetty potilaan oireita enemmän kuin pelkällä lääkehoidolla. Psykoterapiaa saaneilla ahdistuneisuushäiriöiden oireet helpottavat enemmän kuin niillä, jotka odottavat hoitoa. Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle lievittää traumaperäisen stressihäiriön oireita enemmän kuin pelkkä lääkehoito. Psykososiaaliset hoitomenetelmät vähentävät nuorten ja aikuisten itsetuhoisuutta enemmän kuin tavanomainen hoito. Kun vakavaan mielenterveyshäiriöön liittyy päihdeongelma, monet tutkitut psykososiaaliset hoitokeinot näyttävät tutkimusten valossa menettävän tehoaan.

Skitsofrenian hoidossa psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat vaikuttavaa hoitoa ainakin negatiivisten oireiden ja sosiaalisen toimintakyvyn suhteen Arkielämän toimintakyvyn kohenemiseen ja aktiivisten psykoosioireiden hallintaan on saatu apua muun muassa kognitiivisesta psykoterapiasta. Psykoedukaatio sekä ryhmä- ja perheterapia ovat tutkimusnäytön valossa olleet vaikuttavia ja käyttökelpoisia. Skitsofreniapotilaat, joilla on samanaikainen päihdehäiriö, näyttävät tutkimusten mukaan hyötyvän psykoterapioista vähemmän.

Psykoterapia on vaikuttavaa hoitoa persoonallisuushäiriöissä ja niihin liittyvissä käyttäytymisen häiriöissä.

Psykososiaaliset hoidot ovat tavanomaista hoitoa tehokkaampia syömishäiriöpotilaiden elämänlaadun kannalta ja unettomuuden hoidossa lievittävät unettomuutta ja parantavat unen laatua ja saattavat lievittää myös masennusoireita.

Vanhempiin, tai sekä vanhempiin että lapseen, kohdistetut psykososiaaliset kuntoutusmenetelmät ovat vaikuttavaa lasten käytöshäiriöiden hoitoa.

Alkoholin, opioidien ja metamfetamiinin aiheuttamien päihdehäiriöiden hoidossa psykoterapioiden vaikuttavuus on tutkimusten valossa selvästi osoitettu. Psykososiaaliset interventiot ovat vaikuttavia tupakoinnista vieroituksessa.

Mielenterveyshäiriöissä on yleistä, että potilas saa sekä lääkehoitoa että psykoterapiaa. Lääkityksen käyttö on käytännössä aina perusteltua muun muassa skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Depression ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa lääkityksen merkitys korostuu vaikeaoireisissa tautimuodoissa. Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta, mutta hoitotulosta voidaan parantaa lääkityksellä merkittävästi (keskimäärin 15–25 prosenttia). Myös huumausaineriippuvuuksien hoidossa psykososiaaliset menetelmät ovat keskeisiä.

Psykoterapioista on harvoin haittaa tai riskejä potilasturvallisuudelle. Haitat liittyvät usein terapian keskeyttämiseen tai taitamattoman psykoterapeutin toimintaan. Psykoterapiaan liittyvät ongelmat voidaan karkeasti jakaa selkeisiin väärinkäytöksiin ja virheisiin sekä terapiatyön luonteeseen kuuluviin, sen aikana väistämättä esiin nouseviin eettisiin ja hienovaraisiin ongelmiin.

Yllä olevan perusteella psykoterapioita ja monia muita psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja voidaan pitää tämänhetkisen tiedon perusteella vaikuttavina ja

turvallisina silloin, kun ne on oikein toteutettu eli näin ollen lääketieteellisesti perusteltuina.

13.3 EETTISYYS JA TALOUDELLISUUS KOKONAISUUTENA

Palveluvalikoiman määrittelemisessä on terveydenhuoltolain 78a §:n 1 momentin mukaan otettava huomioon eettiset ja terveydenhuollon organisointiin liittyvät näkökohdat. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että julkisin varoin rahoitettu terveydenhuollon toiminta rakentuu yhteiskunnassa hyväksytyille arvoille, muun muassa ihmisarvoisen kohtelun periaatteelle. Kokonaisvoimavarat pyritään jakamaan oikeudenmukaisesti terveydenhuoltopalveluja tarvitsevien kesken.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat hoitamattomina merkittävä ongelma sairastuneen henkilön elämänlaadun kannalta. Niiden hoidossa ja kuntoutuksessa saadaan paljon hyötyä psykoterapioista. On ihmisarvoa kunnioittavaa ja yhdenvertaisuutta lisäävää varmistaa, että nämä hoito- ja kuntoutusmenetelmät ovat niiden saatavilla, jotka voivat niistä perustellusti hyötyä. Edelliseen liittyy myös sen varmistaminen, että mikäli potilaalla on vaikeuksia selviytyä hoidon kustannuksista, huolehditaan potilaan taloudellisesta tuesta muilla käytettävissä olevilla keinoilla niin, etteivät hoitojen omavastuuosuudet muodostu hoidon saamisen esteeksi.

Psykoterapioiden hyödyt suhteessa niistä yhteiskunnalle syntyviin, kohtuullisiksi arvioitaviin kustannuksiin ovat kiistattomia. Hoitamattomista mielenterveys- ja päihdesairauksista aiheutuu yhteiskunnalle sekä merkittäviä välittömiä, mm. terveydenhuollon kustannuksia, että välillisiä kustannuksia esim. sairauspoissaolojen ja varhaisen syrjäytymisen muodossa.

Johtopäätös (suositus) edellä todetun perusteella:

Vaikuttavaksi todetut psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta niiden kaikissa vaiheissa.

14 SUOSITUSTEN VAIKUTUKSET JA NIIDEN SEURANTA

Suosituksella tavoitellaan vaikuttavien psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien käytön vakiinnuttamista osaksi mielenterveys- ja päihdepalveluita. Keräämällä tietoa psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitojen ja kuntoutusten määristä, maksajista ja tuottajista pystyttäisiin seuraamaan suosituksen vaikutuksia.

Vakiinnuttamista seurattaisiin:

- tarkastelemalla psykoterapiaan pääsyä
- tarkastelemalla alueellisen yhdenvertaisuuden toteutumista em. hoito- ja kuntoutusmenetelmien osalta (jos hoito perustuu tarpeeseen, niin vaihtelu hoitojen toteutuksessa voi perustua ainoastaan erilaiseen tarpeeseen eli sairauksien ja ongelmien esiintyvyyteen).
- vaikutuksina hoitotuloksiin
- vaikutuksina kustannuksiin

Potilaita tulee hoidon ja kuntoutuksen aikana seurata yleisesti hyväksytyn lääketieteellisen toimintakäytännön mukaisesti ja, jos todetaan, että annetulla hoidolla ei ole todettavissa riittävää positiivista vaikutusta potilaan sairauteen, olla valmis muuttamaan hoitoa.

HUS on yhteistyössä muiden sairaanhoitopiirien ja Kelan kanssa rakentamassa ja pilotoimassa vuonna 2018 käyttöönotettavaa psykoterapian toteutuksen ja laadun seurantajärjestelmää, joka voisi kattaa järjestämisvastuun piirissä olevan hoidollisen terapian sekä Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian. Tämä voisi tarjota mahdollisuuden seurata Palkon suosituksen vaikutuksia. Psykoterapioiden järjestämisen ja seurannan vastuu ja koordinointitehtävä on jo aiemmin keskittämisasetuksessa osoitettu erityisvastuualuetasolle.

15 SUOSITUKSEN VALMISTELUN VAIHEET

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaosto nimitettiin Palkon kokouksessa 1.10.2016
- Jaosto kokoontui ensimmäisen kerran 3.10.2016
- Palko hyväksyi joulukuussa 2016 psykoterapia-aihe-ehdotuksen otettavaksi jatkovalmisteluun
- Keväällä teetettiin kohdennetun tarjous-pyyntökierroksen jälkeen Summaryx oy:llä systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka saatiin kesäkuun lopussa jaoston käyttöön
- Potilasjärjestöjen tapaaminen 22.5.2017
- Jaosto kokoontui viimeiseen kokoukseensa vanhalla kokoonpanolla 15.9.17
- Uusi jaosto nimitettiin 4.10.2018 Palkossa.
- Jaosto halusi laajentaa systemaattista kirjallisuuskatsausta lasten ja nuorten osalta tarkentamalla hakukriteereitä. Palko puolsi lisätoimeksiantoa ja laajennettu katsaus saatiin jaoston käyttöön helmikuussa 2018
- Palko käsitteli suositusta ja perustelumuistiota kokouksessaan 26.4.2018 ja antoi ohjeistusta jatkovalmistelua varten
- Palko käsitteli suositusta ja perustelumuistiota kokouksessaan 12.6.2018 ja hyväksyi pienin muutoksin suosituksen laitettavaksi kommentoitavaksi Ota kantaa-palveluun
- *Suositusluonnos oli kommentoitavana ”ota kantaa”-palvelussa 28.6.-14.8.2018*
- *Palko hyväksyi suosituksen x.x.*

16 YHTEENVETO

KIRJOITETAAN OTA KANTAA-KOMMENTOINNIN JÄLKEEN

17 LÄHTEET

Arviomuistio: Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut. 18.1.2016.

Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis.The Lancet Psychiatry, 3(5), 415-424. doi:https://doi.org/10.1016/ S2215-0366(16)30024-4.

Furman B. Muksuoppi-Ratkaisun avaimet lasten ongelmiin. Tammi 2002.

Investing in children´s mental health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision. Centre for Mental Health, 2015.

Jussi Pyykkönen / Me-säätiö. Suullinen tiedonanto 18.5.2018.

Kelan tilastokatsaus 3/2018

Kelan tilastokatsaus, 2/2018

Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41

Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelmaisen hoito

Käypä hoito -suositus, 2012: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus

Käypä hoito –suositus 2013: Kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Käypä hoito –suositus 2013: ADHD.

Käypä Hoito 2014: Depressio.

Käypä hoito –suositus 2014: Syömishäiriöt.

Käypä hoito -suositus 2014; Traumaperäinen stressihäiriö.

Käypä hoito -suositus 2015: Alkoholiongelmaisen hoito.

Käypä hoito -suositus 2015: Skitsofrenia.

Käypä hoito -suositus 2015: Epävakaa persoonallisuus.

Käypä hoito –suositus 2018: Unettomuus.

Linjajohtaja Klaus Ranta, suullinen tiedonanto.

Lock J, Le Grange D, Agras WS ym. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2010;67:1025-32.

Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Peña S, Saarni S, ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up-results from the Finnish Health 2011 Survey. J Affect Disord. 2015; 173:73-80.

M. Henriksson, suullinen tiedonanto

PICO-asetelma. Jaana Isojärvi, 2011. FinOhta.

Postel ym. 2005, Lieberman & Huang, 2008 - *tarkentuu*

Potilastapaaminen 22.5.2017

Psykiatria. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Duodecim 2017.

Psykologiliiton ammattieettiset periaatteet.

Psykoterapian konsensuslausuma 2006.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Alkoholi ja huumeet. Helsinki: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy, 2014. Luettavissa: www.thl.fi/paihdetilastollinenvuosikirja

Päihdetilastollinen vuosikirja 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Alkoholi ja huumeet. Helsinki: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy, 2017. Luettavissa: www.thl.fi/paihdetilastollinenvuosikirja

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. ISBN 978-91-7555-436-5. Artikelnummer 2017-12-4.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Etene 2011. Etene-julkaisuja 32. Luettavissa: www.etene.fi/Julkaisut.

Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. Am J Psychiatry. 2017, May 25.

Suomen Lääkärilehti 2016;71(17):1240-1241; Halo-ryhmä: Hannu Mogk, Tiina Röning, Päivi Reiman-Möttönen, Jaana Isojärvi ja Eeva Mäkinen.

Suomen Psykiatriyhdistyksen arvopohja.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Pasternack I, Saijonkari M, Booth N, Aronen P, Fogelholm C, Isojärvi J, Mäkelä M. Summaryx 2017. Sisältää liitteet 1 – 9.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos; Aikuisväestön tupakointi. 2017.

Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut: Wahlbeck, Kristian; Hietala, Outi; Kuosmanen, Lauri; McDaid, David; Mikkonen, Juha; Parkkonen, Johannes; Reini, Kaarina; Salovuori, Samuel; Tourunen, Jouni. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Luettavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160554

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 24.8.2017/582, 4 §.

Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, ym. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013; 382(9904):1575-86.

Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006-2010. ETENE-julkaisuja 31. Luettavissa: https://etene.fi/julkaisut/2011

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet (2010). Luettavissa: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3520-4

Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. Lancet 1999; 354:111-115.

Liitteet:

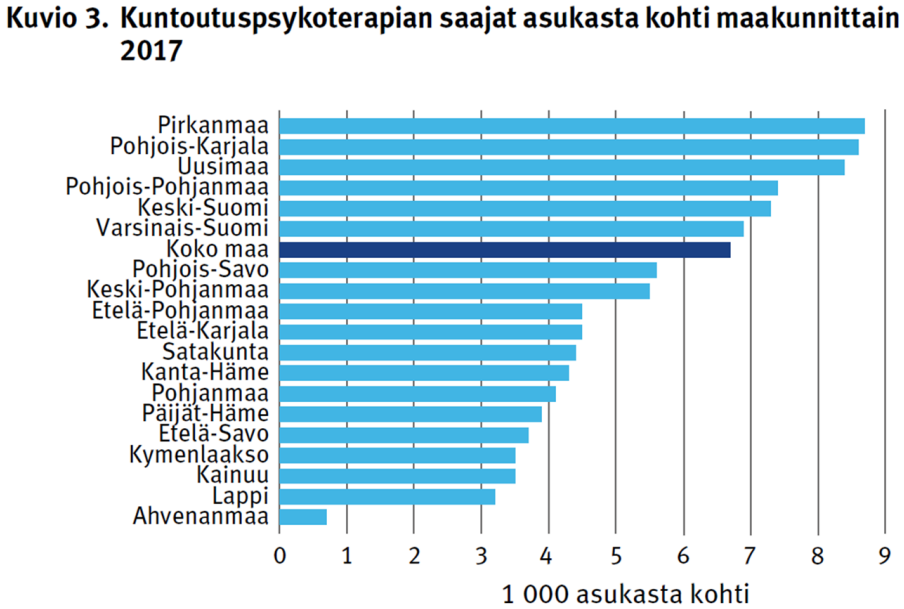
Liite 1. Nuorten ja aikuisten kuntoutuspsykoterapiaratkaisujen hylkäysprosentit v. 2011-2015

Kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysprosentit

Koko maa, Etuuslaji: Kuntoutuspsykoterapia

	Aika		
	2015		
Toimenpide	Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
Aikuisten psykoterapia	15 942	1 272	7,4
Nuorten psykoterapia	7 977	572	6,7
	2014		
Toimenpide	Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
Aikuisten psykoterapia	14 335	1 097	7,1
Nuorten psykoterapia	7 105	476	6,3
	2013		
Toimenpide	Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
Aikuisten psykoterapia	13 209	1 156	8,0
Nuorten psykoterapia	6 477	485	7,0
	2012		
Toimenpide	Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
Aikuisten psykoterapia	12 027	1 330	10,0
Nuorten psykoterapia	5 936	556	8,6
	2011		
Toimenpide	Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
Aikuisten psykoterapia	10 418	1 418	12,0
Nuorten psykoterapia	4 985	481	8,8

Liite 2. Kuntoutuspsykoterapian saajat asukasta kohti maakunnittain 2017



Liite 3. Psykologiliiton ammattieettiset periaatteet.

’’Psykologi välttää ammatin ulkopuolista suhdetta asiakkaan kanssa. Tällainen suhde vähentää ammatin edellyttämää etäisyyttä ja voi johtaa eturistiriitoihin tai asiakkaan hyväksikäyttöön. Psykologi tiedostaa, miten intimiteetti ja seksuaalisuus voivat suoraan tai epäsuorasti vaikuttaa psykologin ja asiakkaan väliseen suhteeseen. Psykologi välttää asiakassuhteen muuttumista yksityisluontoiseksi tai seksuaaliseksi. Psykologin ja asiakkaan kesken ei saa olla sukupuolista kanssakäymistä. Myös Valvira kiinnittää ratkaisuissaan huomiota siihen, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee osoittaa käyttäytymisellään ja toiminnallaan olevansa tehtävän vaatiman luottamuksen ja kunnioituksen arvoinen. Potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välinen roolirikkomus tapahtuu, kun ammattihenkilö asettaa omat tarpeensa potilaan hoidollisten tarpeiden edelle. Tällaisia tilanteita ovat mm. potilaan taloudellinen hyväksikäyttö, vaitiolovelvollisuuden rikkominen ja seksuaalinen kanssakäyminen potilaan kanssa. Psykiatrin/psykologin/psykoterapeutin työ perustuu hyvään yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa. Hoito sisältää hyvin henkilökohtaisten kokemusten jakamista ja hoitosuhteesta huolehtiminen on työssä erityisen tärkeää. Hoitosuhteen henkilökohtaisen luonteen vuoksi ammattihenkilön tulee yleensä välttää kaksoisrooleja (rooli terveydenhuollon ammattihenkilönä ja muu ei-ammatillinen rooli) suhteessa potilaaseen. Ammattitaitoon kuuluu kyky tunnistaa kaksoisroolien syntyminen ja niihin liittyvät ongelmat. Terveydenhuollon ammattihenkilön työssä on mahdollista, että hoitosuhde joskus jostakin syystä muuttuu seurustelu- tai ystävyyssuhteeksi tai muuksi ei-ammatilliseksi suhteeksi. Tällöin hoitosuhde on viipymättä katkaistava, ja potilaalle on järjestettävä hänen mahdollisesti tarvitsemansa hoitosuhde muualle.”

Liite 4. Nuorten ja aikuisten psykoterapian kustannukset (€) vuosina 2011-15

Nuorten ja aikuisten psykoterapia
(Kuntoutuspsykoterapia ja harkinnanvarainen kuntoutus)

Kustannusten määrä (euroa) **Vuodet 2011-2015**

Lakiperuste Toimenpide	Vuosi 2011 (euroa)	2012 (euroa)	2013 (euroa)	2014 (euroa)	2015 (euroa)	Kasvu 2014-2015
Kuntoutuspsykoterapia KKRL 11a § ja 12 § (yhteensä)	27 672 370	31 895 647	35 137 678	37 665 172	39 762 533	5,6
Nuorten psykoterapia (yhteensä)	11 173 970	13 161 413	14 537 406	15 590 200	16 564 685	6,3
Aikuisten psykoterapia (yhteensä)	16 465 983	18 702 854	20 596 588	22 074 972	23 197 848	5,1
Kuntoutuspsykoterapia (KKRL 11a §)	14 699 027	31 828 015	35 137 235	37 664 836	39 762 442	
Nuorten psykoterapia	6 015 537	13 139 583	14 537 368	15 590 061	16 564 685	
Aikuisten psykoterapia	8 651 073	18 657 052	20 596 183	22 074 775	23 197 757	
Harkinnanvarainen kuntoutus (KKRL 12 §)	12 973 343	67 632	443	336	91	
Nuorten psykoterapia	5 158 433	21 830	38	139		
Aikuisten psykoterapia	7 814 910	45 802	405	197	91	