

EFPP SUOMEN KANSALLINEN VERKOSTO RY:n KANNANOTTO TERAPIAT ETULINJAAN -HANKEESEEN

Terapiat etulinjaan -hankkeessa (Saarni 14.9.2021) esitetään, että Psykososiaalisten hoitojen saatavuuden korjaamisen onnistuminen edellyttää järjestämisen ja tuottamisen monitasoisen kokonaisuuden, jonka KESKEISET TARVITTAVAT ELEMENTIT ovat:

1. Tehokas ja nopea hoidon tarpeen arviointi eli potilaiden ohjaus kevyellä prosessilla oikeanlaiseen terapiaan sopivalle tuottajalle. Nopea hoitoon pääsy suoraan sote-keskuksista tai opiskelijahuollosta.

*EFPP Suomen kansallinen verkosto ry:n (jatkossa EFPP Suomi) kommentit:
Oikeanlaisen hoidon arviointi edellyttää huolellista diagnostista ja hoidon tarpeen arviota. Onnistuuko hoidon arviointi Terapiat etulinjaan ”kevyellä prosessilla”?*

Nykymuotoisessa Kelan kuntoutuspsykoterapiassa hoitomuodon valinta perustuu kattavaan alkuarvioon ja hoitavan lääkärin ja potilaan väliseen näkemykseen siitä, minkälainen terapiamenetelmä ja -suuntaus parhaiten palvelee potilaan tarpeita.

Tutkimustulokset Terapia etulinjaan preferoimasta IAPT-mallista ovat osoittaneet, että siitä on annettu liian myönteinen kuva. IAPT on korostuneen kognitiivispainotteinen; potilaan valinnanvapaus/preferenssi ja hänelle sopivimman hoitomuodon ohjautuminen ei toteudu. Tutkimusten mukaan IAPT-mallissa yli 60 % lyhyen hoidon aloittaneista keskeyttää sen; keskeisin syy keskeyttämiseen liittyy siihen, ettei potilas koe hoidon vastaavan riittävän hyvin yksilöllisiin hoidollisiin tarpeisiin (Scott 2021).

2. Näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitojen riittävän laaja valikoima ja joustava tuotanto. Edellyttää uudenlaisen koulutusjärjestelmän ja laaja-alaisen kouluttamisen, tarvittaessa monituottajamallin

*EFPP Suomen kommentit:
Terapiat etulinjaan esittämän uudenlaisen koulutusjärjestelmän toteuttamisessa yhteistyö eri viitekehyksiä ja menetelmiä edustavien koulutettujen psykoterapeuttien/työnohjaajien kanssa on välttämätöntä.*

Tämä uudennainen koulutusjärjestelmä on eri asia kuin psykoterapeuttikoulutukset. Terveystenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) ja asetuksen (1120/2010) perusteella psykoterapeutilla tarkoitetaan henkilöä, jolla on tämän lain ja asetuksen nojalla oikeus käyttää psykoterapeutin ammattinimikettä. Asetuksen mukaisen psykoterapeutti-koulutuksen laajuus on vähintään 60 opintopistettä. Teoriaopintojen lisäksi niihin sisältyy opiskelijan oma psykoterapia ja työnohjattu potilastyön harjoittelu, mikä varmistaa terapeutin kyvyn erottaa omat ja potilaan tunteet toisistaan ja hänen kykynsä toimia potilaan parhaaksi.

Ko. asetuksen mukaisten psykoterapeuttien määrän turvaamiseksi EFPP Suomen kansallinen verkosto ry on tehnyt aloitteen Psykoterapeuttikoulutus yliopistolliseksi erikoistumiskoulutukseksi (24.8.2021).

3. Hoitoprosessin kokonaisuuden ja vaikuttavuuden seuraaminen ja ohjaus. Laadun ja vaikuttavuuden seuranta laaturekistereillä sekä potilaan ohjaaminen eteenpäin seuraavalle hoitoporaalle, mikäli ensi linjan hoito ei riitä. Alueellinen kokonaisuus ja sen koordinaatio.

EFPP Suomen kommentit:

Erityisesti monimuotoisista ja pitkäkestoisista ongelmista kärsivät tarvitsevat usein intensiivistä, pitkäkestoista psykoterapiaa ja hyötyvät siitä pitkällä aikavälillä paremmin kuin lyhytkestoisesta (Leichsenring ja Rabung 2011, Knekt ym. 2016). Tähän tarpeeseen Kelan kuntoutuspsykoterapia vastaa erinomaisesti (yli 80 % hyötyy). Pidempää hoitoa tarvitsevien suuri määrä on tärkeä tunnistaa: Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa lähes puolet lyhytkestoiseen terapiaan satunnaisesti ohjautuneista, Kelan kuntoutuspsykoterapian kriteerit täyttäneistä henkilöistä koki lyhyen terapian riittämättömänä ja hakeutui myöhemmin lisähoitoihin, yleensä pitkään terapiaan (Knekt ym. 2011).

Psykoterapian vaikuttavuuden seuranta lyhyellä oire- ja toimintakykymittarilla (CORE-OM) ei mahdollista kokonaisvaltaista muutoksen arviointia, mm. koetun hyvinvoinnin lisääntymisen ja vuorovaikutuskyvyn paranemisen arviointia. Psykoterapiaprosessiin kuuluu ajoittaisia voimien vaihteluita. Laaturekisteri sisältää riskin näiden terapiaan kuuluvien voimien vaihteluiden tulkinnasta terapian toimimattomuudesta.

4. Kansallinen ja erä-tasoinen kehittämissyhteistyö, jotta uudet hoitomuodot sekä digitalisaation ja etähoitojen mahdollisuudet saadaan täysimittaisesti hyödynnettyä.

EFPP Suomen kommentit:

Tähän tarvitaan oma valtiontuki. Tarvittavia rahoja ei voi ottaa/siirtää Kelan tukemista psykoterapioista, vaan Kelan tukemat työ- ja opiskelukykyä ylläpitävät ja palauttavat psykoterapiat tulee säilyttää ja niitä tulee kehittää. Niiden tarve on kasvanut ja kasvaa edelleen. Perusteluja mm. EFPP Suomen kansallinen verkosto ry:n lausunnossa psykoterapiapalvelujen järjestämisestä Kelan kuntoutuksena ja hyvinvointialueilla 30.9.2021.

Terapiat etulinjaan esittää TIIVISTELMÄ TIETEESTÄ -osiossa, että

- a) IAPT-mallissa tarvittiin keskimäärin 7 terapiakäyntiä

EFPP Suomen kommentit:

Yli 60 % IAPT-mallin lyhyen hoidon aloittaneista keskeyttää sen; keskeisin syy keskeyttämiseen liittyy siihen, ettei potilas koe hoidon vastaavan riittävän hyvin yksilöllisiin hoidollisiin tarpeisiin (Scott 2021).

Pitkäaikaisista ongelmista ja mm. samanaikaisesti masennus-/ ahdistuneisuus/ persoonallisuushäiriöstä kärsivät usein tarvitsevat intensiivisempää ja pitkäaikaisempaa terapeutista apua. (Leichsenring ja Rabung 2011, Knekt ym. 2016).

- b) Erittäin pieni osa suomalaisista saa vaikuttavia hoitoja oikea-aikaisesti

EFPP Suomen kommentit:

On totta, että pieni osa suomalaisista saa vaikuttavia hoitoja oikea-aikaisesti ja moni jää vaille asiantuntevaa ohjausta tai joutuu odottamaan hoitoon pääsyä liian kauan (Heinonen ym. 2016).

Mahdollisesti osa pitkään terapiaan ohjautuvista voisi selvitä lyhemmälläkin terapialla, jos sellaista olisi ajoissa saatavilla. Toisaalta Kelan kuntoutuspsykoterapioista merkittävä osa jää kestoltaan enintään vuoden mittaiseksi – järjestelmä mahdollistaa joustavasti psykoterapian yksilöllisen, tarpeen mukaisen keston sopimisen (Tuulio-Henrikson ym. 2014). Lisäksi Kelan kuntoutuspsykoterapian tarve on vuosi vuodelta lisääntynyt. Väittämä pätee myös siihen, että vain osa intensiivistä, pitkää psykoterapiaa tarvitsevista saa sitä oikea-aikaisesti.

Hyvinvointialueiden ja Kelan yhteistyötä tulisikin kehittää esimerkiksi Kelassa kehitteillä olevan suorapäätösmallin käyttöönotolla, mikä nopeuttaisi ja helpottaisi päätöksentekoa. Kelan kuntoutuspsykoterapiaan ohjaamisen jäykkyyttä tulisi vähentää siten, että kuntoutuksen ohjaava taho ottaa vastuun asiasta ja pitää huolen siitä, että asiakas pääsee nopeasti ensi vaiheen hoitoon ja sitten kuntoutukseen, jos tarpeen. Lähettävä taho ei saa jättää potilasta yksin vaan sen tulisi sitoutua asiakkaan vastaanoton jatkamiseen, kunnes kuntoutuspsykoterapia alkaa – samoin lähettävän tahon tulisi sitoutua kuntoutuspsykoterapeutin hakemiseen kuntoutujalle. Toimivat mielenterveyspalvelut edellyttävät Kelan kuntoutuspsykoterapian säilyttämistä ja kehittämistä.

- c) Vakava masennus ja ahdistus alkaa (yleensä) lievänä. Tilat, jotka eivät parane itseksensä kroonistuvat, jolloin hoidon vaikuttavuus laskee. Hoitoresurssien keskittäminen kroonistuneisiin tiloihin ei ole järkevää.

EFPP Suomen kommentit:

Kun masennus ja ahdistus alkaa, monille ei vielä tuolloin ole riittävää motivaatiota/ muutosvalmiutta hoitoon hakeutumiseen. Matalalla kynnyksellä saatavien mielenterveyspalveluiden saatavuuteen panostaminen helpottanee hoitoon hakeutumista.

Niin henkilöstöresursseja kuin taloudellisiakin resursseja tulee saada lisää akuuttivaiheeseen, mutta niitä ei tule leikata potilailta, joilla on monimuotoisia, pitkäkestoisia häiriöitä ja jotka tarvitsevat pitkäkestoista Kelan kuntoutuspsykoterapiaa ja hyötyvät siitä. Kelan kuntoutuspsykoterapiaan ohjaamisen jäykkyyttä voidaan vähentää (Ks. kommentit kohta c)

TUTKIMUKSET OSOITTAVAT TERAPIAT ETULINJAAN PREFEROIMASTA IAPT-JÄRJESTELMÄSTÄ

- *IAPT-järjestelmän kehittäminen on ollut hyvin kallista ja sitä on ohjannut yksipuolinen panostaminen kognitiivisiin terapioihin. Tuloksellisuudesta (Wakefield ym. 2020) annetaan myönteisempi kuva kuin mitä tulokset osoittavat ja jätetään huomiotta kokonaisarvioon liittyviä keskeisiä näkökohtia (Scott ym. 2021):*
- *Jos toipumiskriteerinä käytetään diagnoosin poistumista ja toipuneena pysymistä seuranta-ajalla, vain hyvin harva IAPT-potilas toipuu.*
- *IAPT:n potilaat ovat hyvin heterogeenisiä, eivät verrattavissa tavanomaisten satunnaistettujen tutkimusten huolellisesti diagnosoituihin potilasryhmiin eivätkä pääosin monimuotoisista ja pitkäaikaisista ongelmista kärsiviin kuntoutuspsykoterapiapotilaisiin.*
- *Tuloksellisuutta arvioidaan pääasiallisesti vain hoidon päättäneistä, vaikka yli 60 % lyhyen hoidon aloittaneista keskeyttää sen. Keskeisin syy keskeyttämiseen liittyy siihen, ettei potilas koe hoidon vastaavan riittävän hyvin yksilöllisiin hoidollisiin tarpeisiin.*
- *IAPT-järjestelmä ei toimivuudeltaan eroa aikaisemman brittiläisen palvelujärjestelmän palveluista, jossa hoitomuotoja ei ollut suunnattu IAPT:n tapaan pääosin kognitiivisiin terapioihin.*
- *Eniten hoidollisia epäonnistumisia IAPT-terapioissa on havaittu henkilöillä, joita luonnehti moniongelmaisuus ja tarve monimuotoisempaan kuntoutukseen (Saunders ym. 2016).*
- *Järjestelmää ei ole arvioitu riippumattoman ulkopuolisen tahon toimesta, vaan vaikuttavuustiedot ovat IAPT:n sisäisiä selvityksiä; tämä koskee myös tuoretta Wakefield ym (2020) katsausta, jonka kirjoittajina on IAPT-järjestelmän johtohenkilöitä (mikä osoittaa, toisin kuin artikkelissa on ilmoitettu, että ainakin osalla kirjoittajilla on 'conflict of interest')*
- *Vastaavia kokemuksia on myös Ruotsissa, jossa perustason terapiapalveluiden järjestämistä on ohjannut vahva painotus hyvin lyhyen kognitiivisesti suuntautuneen terapian tarjontaan: ei ole saatu parannusta masennus- ja ahdistuneisuushäiriöistä*

kärsivien hoidon tuloksellisuuteen verrattuna aikaisempaan järjestelmään; hoidon kesken jättäneitä on neljännes potilaista.

- *Edellä mainittuihin tutkimustuloksiin viitaten arvioimme, että IAPT-mallia ei voida soveltaa sellaisenaan mielenterveyspalveluiden järjestämiseen Suomessa. Sen vaikuttavuudesta on annettu liian myönteinen kuva. IAPT-malli lisää psykiatrian kuormitusta; pyöröoviefetti kasvaa. Malli on erittäin kallis.*

Helsingissä 6.10.2021

EFPP Suomen kansallinen verkosto ry:n hallituksen ja tutkimuksen edistämistyöryhmän psta

Kirsi Huttula
Puheenjohtaja
TiM, psykoterapeutti VET
psykoterapiakouluttaja
kuvataidepsykoterapeutti
kirsi.huttula@pp1.inet.fi

Antti-Jussi Pyykkönen
Tutkimuksen edistämistyöryhmän jäsen
PsT, psykoterapeutti
työnohjaaja
antti-jussi.pyykkonen@elisanet.fi

Lähteet:

Heinonen, E., Kurri, K., Melartin, T. (2016). Sopiiko potilaalleni psykoterapia? Suomen Lääkärilehti 71:15, 1072-1076.

Knekt, P., Virtala, E., Härkänen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J., Lindfors, O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological medicine* 6.

Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Seres-Jäske, L., Laaksonen, M., Virtala, E. (2011). Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. *J Affect Disord* 135:1-3, 221-30.

Scott, M.J. (2021). Ensuring that the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme does what it says on the tin. *Br J Clin Psychol*. 2021 Mar; 60(1): 38–41.
Published online, doi: [10.1111/bjc.12264](https://doi.org/10.1111/bjc.12264)

Saunders, R., Cape, J., Fearon, P., Pilling, S. (2016). Predicting treatment outcome in psychological treatment services by identifying latent profiles of patients. *Journal of Affective Disorders*, 197, 107–115.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.011>.

Tuulio-Henriksson, A., Heino, P., Toikka, T., Autti-Rämö, I. (2014). Kelan työ- ja opiskelukykyä tukeva kuntoutus toteutuu eri kestoisena. *Kuntoutus* 3, 5-17.

Wakefield, S., Kellet, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2020). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 10.1111/bjc.12259