

Henri Wahlstedt, Tom Rosenström, Jan-Henry Stenberg ja Suoma Saarni

HUS Psykoterapian laaturekisteriaineisto vuosilta 2018–2019

Lyhyen ostopalvelopsykoterapiaan ohjattujen potilaiden hoitoon pääsyn kesto

JOHDANTO. Psykoterapia on keskeinen mielenterveyden häiriöiden hoitomuoto. Hoitoon pääsyn kesto voidaan pitää yhtenä sen saatavuuden ja saavutettavuuden tärkeimmistä indikaattoreista. Aihetta koskeva tieto on kuitenkin hyvin puutteellista kotimaisten psykoterapiapalveluiden osalta. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin HUS:n lyhyiden ostopalvelopsykoterapioiden odotusaikoja ja niihin liittyviä tekijöitä.

MENETELMÄT. HUS Psykiatrian psykoterapian laaturekisterin aineistosta muodostettiin 819 potilaan aineisto. Analyysissä käytettiin Kaplan–Meierin estimaattoria ja Coxin suhteellisen vaaran regressiomallia. **TULOKSET.** Mallin perusteella 20 % potilaista aloittaa psykoterapian noin kuukauden ja puolet noin kolmen kuukauden kuluessa läheteestä. Perusterveydenhuollosta lähetetyt potilaat ja ne, joille on päädiagnoosin lisäksi kirjattu oheisdiagnoosi, pääsevät muita hitaammin hoitoon.

PÄÄTELMÄT. Hoitoon pääsyä kolmen kuukauden kuluessa voidaan pitää kohtuullisena lyhyen ostopalvelopsykoterapian osalta. Vain noin puolet potilaista aloittaa hoidon tässä ajassa, mikä kertoo merkittävää kehittämistarpeesta. Psykoterapiaan pääsyn seuranta tulee kehittää valtakunnallisesti.

Psykoterapioiden ja muiden psykososiaalisten hoitointerventioiden tehosta useiden eri mielenterveyden häiriöiden hoidossa on vahvaa tieteellistä näyttöä (1). Lisäksi tiedetään, että useat potilaat valitsisivat lääkeshoidon sijaan mieluummin psykoterapian, jota myös suositellaan esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden ensisijaiseksi hoitomuodoksi yksin tai lääkeshoidon rinnalla (2–4). Mielenterveyden häiriöihin liittyvän heikon elämänlaadun ja näiden sairauksien suuren kansanterveydellisen ja taloudellisen merkityksen vuoksi hoitoon pääsyn tehostaminen on tärkeää (5,6).

Psykoterapioissa pitkän odotusajan on myös havaittu olevan yhteydessä heikompaan hoidon vaikuttavuuteen ja siihen, että potilas jättäytyy pois hoidosta (7–10). Nopean hoitoon pääsyn voidaan lisäksi arvella vähentävän psykiatristen häiriöiden vaikeutumista ja kroonistumista sekä siten mahdollisesti myös erikoissaira-

hoidon ja sairauspäiväraha-kausien tarvetta. Laadukkaita tutkimuksia aiheesta on kuitenkin vielä niukasti, ja niiden tulokset ovat osin ristiriitaisia.

Hoitoon pääsyn tehostamisen merkitys on huomioitu laajasti. Kansainvälisessä meta-analyysissä todettiin, että psykososiaalisten hoitojen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen on yksi keskeisimmistä tavoista vähentää masennuksen tautitaakkaa (11). Myös kotimaisessa selvityksessä katsottiin tärkeäksi, että lyhytpsykoterapiaan pääsee nopeasti jo perustason mielenterveyspalveluista (12). Tähän on myös pyritty vaikuttamaan vuonna 2019 eduskunnan käsittelyyn edenneellä kansalaisaloitteella (13).

Psykoterapiaan pääsyä koskeva tieto on kuitenkin vielä hyvin puutteellista. Toimivia mielenterveyspalveluita koskevassa kotimaisessa selvityksessä nostetaan esille seuraavat palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden indikaat-

torit: odotusaika hoitoon, hoitoa odottavien lukumäärä ja palvelujen alueellinen kattavuus (12). Kahdesta ensimmäisestä ei ole julkaistu kotimaisia psykoterapiapalveluita koskevia tutkimuksia. Alueellista kattavuutta on sen sijaan tarkasteltu vuonna 2011 valmistuneessa tutkimuksessa, jonka perusteella Helsingin ja Uudenmaan alueella oli selvästi suurin palvelutarjonta (14). Heikointa tarjonta oli Satakunnassa, Lapissa ja Kymenlaaksossa.

Selvityksessä saatiin tietoa myös muista psykoterapiapalveluiden saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyvistä tekijöistä (14). Tulosten perusteella palvelutarjonnassa on eroja psykoterapiasuuntausten välillä ja työikäisille saatavaa olla parempi tarjonta kuin iäkkäimmille. Psykoterapeutin etsintä voi myös olla potilaan näkökulmasta hyvin vaativaa, mikä voi osaltaan vaikuttaa hoitoon pääsyn pitkittymiseen. Psykoterapeutit pitivätkin potilaiden saamaa ohjausta pitkälti riittämättömänä. Tutkijat esittivät lisäksi arvion, että tuolloin aktiivisesti ammatissa toimineet psykoterapeutit riittivät vastaamaan alle puoleen olemassa olevasta psykoterapian tarpeesta.

Tarkastelemme tässä tutkimuksessa ostopalvelopsykoterapiaan pääsyn kestoa HUS-alueella. Hyödynnämme ensimmäistä kertaa psykoterapioiden systemaattista seuranta varten kehitetyn laaturekisterin aineistoa, joka kattaa tällä hetkellä lyhyitä ja pitkiä ostopalvelopsykoterapioita koskevaa tietoa (15). Näiden palveluiden samanaikainen tarkastelu yhdessä tutkimuksessa olisi ollut hankalaa, joten päätimme tarkastella vain lyhyisiin ostopalvelopsykoterapioihin Helsingissä ja Uudellamaalla perusterveydenhuollosta ja HUS Psykiatrialta ohjattujen potilaiden hoitoon pääsyn kestoa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.

Lyhyt ostopalvelopsykoterapia hankitaan HUS-kilpailutuksessa hyväksytyiltä psykoterapeuteilta ja tarvittaessa erillissopimuksina. Se koostuu 10–20 hoitokerrasta, jotka sijoittuvat tyypillisesti kuuden kuukauden jaksolle. Terapiapäätös on kuitenkin voimassa 12 kuukautta. Potilaan saama ohjaus psykoterapeutin etsinnässä vaihtelee huomattavasti, mutta vähimmillään tämä saa kirjallisen ohjeen psykoterapeu-

teuttien etsintään verkkohakupalvelusta (HUS psykoterapeuttihaku).

Menetelmät

Tämä tutkimus perustuu ensimmäisen kirjoittajan pro gradu -opinnäytetyöhön, jolle on myönnetty HUS:n tutkimuslupa. Tutkimus toteutettiin rekisteritutkimuksena, jonka pseudonymisoitu aineisto muodostuu HUS Psykiatrian psykoterapian laaturekisterin ensimmäisen käyttövuoden aikana (12.9.2018–7.10.2019) lyhyeen ostopalvelopsykoterapiaan lähetetyistä 1 025 potilaasta.

Analyyseistä jätettiin pois 206 potilasta, joiden odotusaikaa ei voitu luotettavasti laskea puutteellisten kirjausten vuoksi. Lopullinen aineisto koostui 819 potilaasta. Kaikki aineistosta poistetut potilaat olivat päässeet tutkimusaikavälillä hoitoon. Otos poikkesi analyysiaineistosta hieman kaikilta muilta osin paitsi sukupuolijakauman osalta (**INTERNETTAULUKKO**). Merkittävästi suurempi osa poistetuista potilaista oli lähetetty psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta (84 % vs 53 %, $X^2 = 66,1[1]$, $p < 0,001$), ja keskimäärin aiemmin tutkimusaikavälillä (3,0 kk vs 6,8 kk, $t = 8,3[315]$, $p < 0,001$).

Tutkimuksen tulosuuttujana oli odotusaika (hoitoon pääsyn kesto) eli aika, joka kului potilaan kirjaamisesta laaturekisteriin (psykoterapialähteen ajankohta) aina siihen päivämäärään, jonka psykoterapeutti on ilmoittanut terapian alkamisen ajankohdaksi. Odotusaikaan yhteydessä olevien tekijöiden kartoittamiseksi tarkasteluun valittiin seuraavat riippumattomat muuttujat.

Aika tutkimusaikavälin alusta tarkoitti aikaa tutkimusaikavälin (12.9.2018–7.10.2019) alun ja potilaan laaturekisteriin kirjaamisen välillä. Muuttujan avulla tarkasteltiin, onko odotusaikojen pituudessa tapahtunut laaturekisterin toiminnan käynnistämiseen liittyviä muutoksia tutkimusaikavälillä.

Diagnoosi tarkoitti hoitoon lähettävän tahon arvioimaa hoidon ensisijaista diagnoosia. Aineisto jaettiin havaintomäärät huomioiden seuraaviin diagnoosiryhmiin: masennustilat (F32), toistuva masennus ja dystymia (F33–34), fobiat ja muut ahdistuneisuushäiriöt

(F40–41) sekä reaktio vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt (F43). Lisäksi muodostettiin luokka, johon kuuluivat potilaat, joiden osalta HUS:n myöntämiä psykoterapian viitekehyksiä on rajattu diagnoosin perusteella (psykoottiset häiriöt F20–29, kaksisuuntainen mielialahäiriö F31, pakko-oireinen häiriö F42 ja persoonallisuushäiriöt F60–69). Esimerkiksi pakko-oireiseen häiriöön myönnetään vain altistusmenetelmää hyödyntäviä psykoterapiamuotoja. Loput vähäiset havainnot muodostivat luokan ”muu diagnoosi”.

Psykiatrisen oheissairastavuuden osalta potilaat luokiteltiin kahteen luokkaan: niihin, joilla laaturekisteriin oli merkitty jokin oheissairaus, ja niihin, joilla oheissairautta ei ollut raportoitu.

Psykoterapiasuuntaus. Terapiasuuntauksien luokat olivat integratiivinen, kognitiivis-analyttinen, kognitiivinen käyttäytymis- (Tampereen yliopiston koulutusohjelma), kognitiivinen, psykodynaaminen ja ratkaisukeskeinen terapia. Loput terapiasuuntaukset yhdistettiin pienen havaintomäärän vuoksi luokkaan ”muu psykoterapiasuuntaus”.

Lähtävä taho jaettiin analyysissä kahteen luokkaan: psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon.

Demografiset muuttajat. Sukupuoli käsiteltiin kaksiluokkaisena (mies tai nainen) ja ikä jatkuvana muuttujana (vuosia).

Tutkimuskysymysten tarkastelussa käytettiin elinaika-analyysin menetelmiä, joiden avulla pystytään huomioimaan se, että tutkimusajan päättyessä kaikki osallistujat eivät tyypillisesti ole vielä kohdanneet tapahtumaa. Menetelmien hyödyntämiseksi hoitoa yhä odottavien potilaiden odotusajat sensuroitiin, joten ne tuottavat analyysiin tietoa odotusajan vähimmäispituudesta. Odotusaikojen pituutta tarkasteltiin Kaplan–Meierin analyysillä, ja pituuteen vaikuttavia tekijöitä Coxin suhteellisen vaaran regressiomallilla. Analyysit toteutettiin R-ohjelmiston Survival-paketin avulla (16,17).

Tulokset

Potilaiden keski-ikä oli 37 vuotta, ja naisten osuus aineistosta oli 77 %. Yleisimmät ensisijai-

TAULUKKO 1. Riippumattomien muuttujien jakaumat.

Koko aineisto (n = 819)	
Muuttujat	n (%) tai keskiarvo (keskihajonta)
Ikä (vuosia) (n = 817)	37 (14,1)
Sukupuoli (n = 817)	
Mies	185 (23 %)
Nainen	632 (77 %)
Diagnoosi (n = 819)	
F32	259 (32 %)
F33–34	121 (15 %)
F40–41	271 (33 %)
F43	92 (11 %)
Muu diagnoosi	37 (4,5 %)
Rajattu (F42, F31, F20–29, F60–69)	39 (4,8 %)
Oheissairastavuus (n = 819)	
Määritelty sivudiagnoosi	189 (23 %)
Ei sivudiagnoosia	630 (77 %)
Psykoterapiasuuntaus (n = 483)	
Integratiivinen	44 (9,1 %)
Kognitiivis-analyttinen	41 (8,5 %)
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	52 (11 %)
Kognitiivinen terapia	124 (26 %)
Psykodynaaminen	59 (12 %)
Ratkaisukeskeinen	144 (30 %)
Muu	19 (3,9 %)
Lähtävä taho (n = 814)	
Perusterveydenhuolto	381 (47 %)
Erikoissairaanhoido	432 (53 %)

F32 = masennustila, F33–34 = toistuva masennus ja pitkäaikainen mielialahäiriö, F40–41 = fobiat ja muut ahdistuneisuushäiriöt, F43 = reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt, Rajattu = diagnoosit, joiden hoitoon myönnettäviä psykoterapiamuotoja on rajattu: psykoottiset häiriöt (F20–29), kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31), pakko-oireinen häiriö (F42) ja persoonallisuushäiriöt (F60–69)

sesti psykoterapiassa hoidettavat sairaudet olivat esiintymisjärjestyksessä masennus (F32), ahdistuneisuushäiriöt (F40–41) ja toistuva masennus tai dystymia (F33–34). Nämä kattoivat yli kolme neljäsosaa koko aineistosta. Jokin psykiatrinen oheissairaus oli merkitty 23 %:lle potilaista. Yleisimmät aloitetuista psykoterapiasuuntauksista olivat ratkaisukeskeinen ja

kognitiivinen psykoterapia, jotka kattoivat yli puolet alkaneista psykoterapioista. Aineistoa kuvailevat luvut esitetään **TAULUKOSSA 1**.

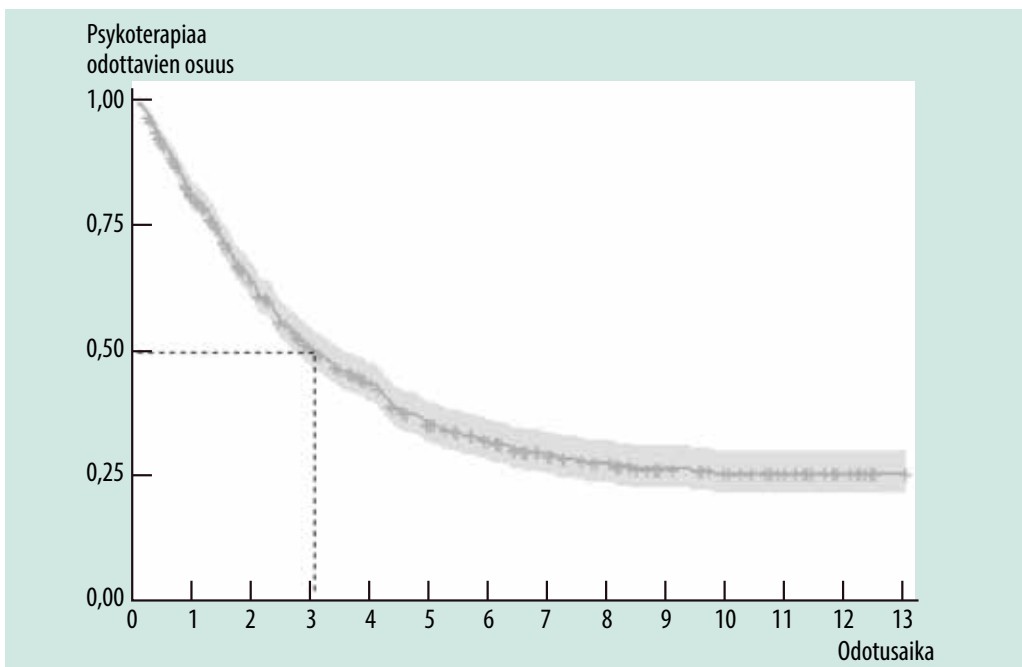
Tarkasteluajavälin päättyessä rekisterissä oli 444 (54 %) psykoterapian aloittanutta potilasta ja 375 (46 %) hoitoa odottavaa potilasta. Psykoterapiaan pääsyn todennäköisyyttä odotusajan pidentyessä tarkasteltiin ensin Kaplan–Meierin estimaattorilla (**KUVA 1**). Analyysin perusteella hoitoa odotti kuukauden kuluttua psykoterapialähetteen saamisesta arviolta 81 % potilaista, ja kahden kuukauden kuluttua 64 %. Odotusajan mediaani taas saavutettiin arviolta hieman yli kolmen kuukauden jälkeen (3,07). Aineiston viimeinen päättynyt odotusaika oli noin kymmenen kuukautta (9,97). Arvio hoitoa odottavien osuudesta oli 26 %.

Hoitoon pääsyn kestoa tarkasteltiin ensin kunkin selittävän muuttujan osalta erikseen (**TAULUKKO 2**). Koska psykoterapiasuuntaus merkitään rekisteriin tyyppillisesti vasta psykoterapeutin löydyttyä, tieto puuttui suurimmalta osalta hoitoon pääsyä tutkimusajavälin

päättyessä yhä odottaneista potilaista (**INTERNETTAULUKKO**). Kyseisen muuttujan vaikutusta voitiin tarkastella lähinnä päättyneiden odotus-aikojen osalta.

Lähtävän yksikön osalta havaittiin, että perusterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden hoitoon pääsy oli keskimäärin hitaampaa kuin erikoissairaanhoidosta lähetettyjen (**TAULUKKO 2**). Myös oheissairaudesta kärsivät potilaat odottivat hoitoa pidempään kuin potilaat, joilla oheissairautta ei ollut. Lisäksi havaittiin, että tutkimusajavälillä hoitoon pääsy ensin nopeutui ja sitten hidastui. Tätä yhteyttä mallinnettiin käyttämällä selittävänä muuttujana tutkimusajavälin alusta potilaan psykoterapialäheteeseen kulunutta aikaa ja sen neliötä.

Sen sijaan hoidettava psykiatrinen häiriö, psykoterapiasuuntaus, ikä, ja sukupuoli eivät olleet yhteydessä odotusaikaan. Psykoterapiamuotojen rajoittamisen osalta päätettiin tehdä vielä lisätarkastelu, jossa potilaat ryhmiteltiin päädiagnoosin perusteella kahteen luokkaan: niihin, joille myönnettäviä psykoterapiasuuntauk-



KUVA 1. Kaplan–Meierin käyrä psykoterapiaa odottavien osuudesta odotusajan (kk) eri pisteissä. Käyrä laskee vain päättyneiden odotusaikojen osalta, ja pystyviivat kuvaavat sellaisia odotusaikoja, joiden lopullinen pituus ei ollut tiedossa tutkimusajavälin päättyessä. Harmaa alue puolestaan kuvaa 95 %:n luottamusväliä psykoterapiaa odottavien osuudelle. Hoitoon pääsyn mediaani on merkitty katkoviivalla.

TAULUKKO 2. Coxin suhteellisen vaaran regressiomallit yhden ja useamman selittäjän yhteyksistä odotusaikaan. Lukua yksi pienemmät suhteelliset riskitehyyssuhteet (HR) viittaavat hitaampaan hoitoon pääsyyn.

	Yhden selittäjän mallit		Useamman selittäjän malli		
	HR (95 %:n luottamusväli)	p	β^3	HR (95 %:n luottamusväli)	p
Aikariippuvainen kovariaatti			0,69		< 0,001
Lähtettäjänä perusterveydenhuolto	0,69 (0,57–0,84)	< 0,001	–0,71	0,49 (0,36–0,68)	< 0,001
Oheissairastavuus	0,77 (0,61–0,96)	0,02		0,72 (0,57–0,90)	< 0,01
Aika tutkimusajavälin alusta	0,78 (0,70–0,87)	< 0,001		0,58 (0,48–0,69)	< 0,001
Ajan tutkimusajavälin alusta neliö	0,60 (0,51–0,70)	< 0,001		0,61 (0,52–0,72)	< 0,001
Sukupuoli: mies	1,02 (0,82–1,28)	0,83			
Ikä	1,01 (1,00–1,01)	0,07			
Diagnoosiryhmä ¹					
F33–34	0,95 (0,80–1,40)	0,72			
F40–41	1,03 (0,77–1,23)	0,82			
F43	1,06 (0,69–1,30)	0,73			
Rajattu	1,13 (0,56–1,40)	0,60			
Muu diagnoosi	1,15 (0,51–1,48)	0,60			
Psykoterasiauntau ²					
Kognitiivis-analyttinen terapia	0,93 (0,59–1,46)	0,74			
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	0,85 (0,55–1,31)	0,46			
Kognitiivinen terapia	0,88 (0,61–1,27)	0,50			
Psykodynaaminen terapia	1,05 (0,70–1,59)	0,96			
Ratkaisukeskeinen terapia	1,07 (0,75–1,54)	0,80			
Muu terapisuuntaus	0,98 (0,55–1,76)	0,68			

F32 = masennustila, F33–34 = toistuva masennus ja pitkäaikainen mielialahäiriö, F40–41 = fobiat ja muut ahdistuneisuushäiriöt, F43 = reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt, Rajattu = diagnoosit, joiden hoitoon myönnettäviä psykoterapiamuotoja on rajattu, HR riskitehyyssuhde (hazard ratio), β = regressiokerroin

¹Referenssinä F32

²Referenssinä integratiivinen terapia

³Useamman selittäjän mallin perusteella perusterveydenhuollon suhteellinen riskitehys erikoissairaanhoidon nähden muuttuu odotusajan pidentyessä siten, että $HR = \exp[-0,71 + 0,69 \times \log(t + 0,5)]$, jossa t on odotusaika (kk), johon on lisätty logaritimuunnoksen vuoksi vakio.

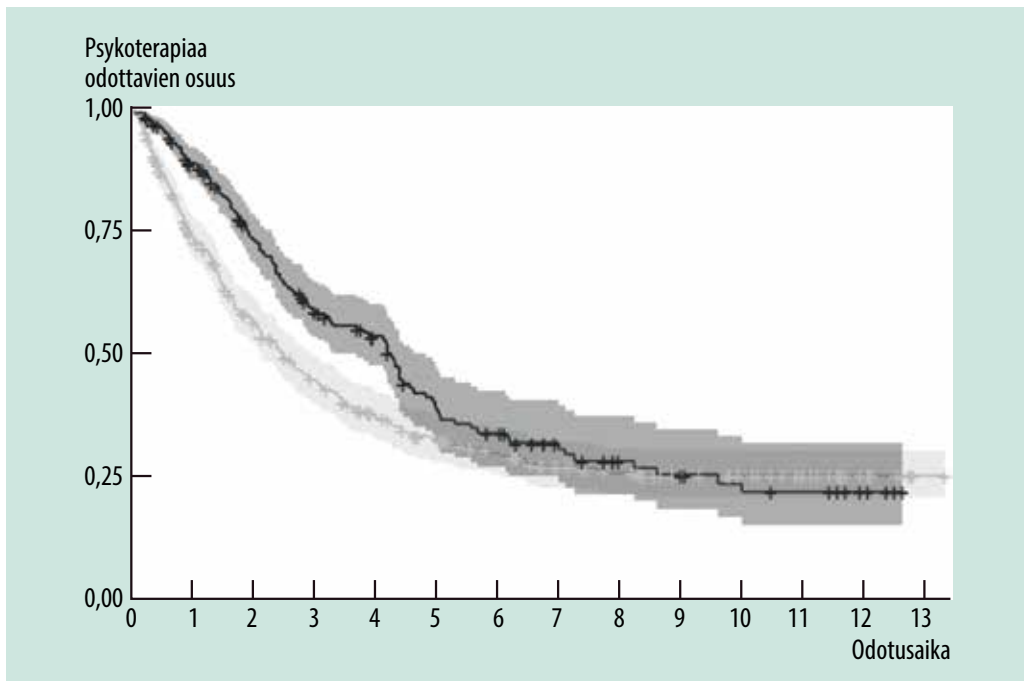
sia oli rajoitettu sekä niihin, jotka saattoivat hakea kaikkia määriteltyjä terapisuuntauksia. Näidenkään ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut eroa odotusajassa (riskitehyyssuhde [HR] 1,12; 95 %:n luottamusväli 0,72–1,74; $p = 0,62$).

Niin tutkimusajavälin alusta kulunut aika, lähtettävä taho kuin oheissairastavuuskin liittyivät itsenäisesti hoitoon pääsyyn useamman selittäjän mallissa (TAULUKKO 2). Perusterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden hoitoon pääsyn tahti vaikutti lisäksi kiihtyvän odotusajavälin pitkeytyessä, mikä huomioitiin lisäämällä useamman selittäjän malliin aikariippuvainen kovariaatti, jota määrittelee lähtettävän yksikön ja odotusajan logaritmin yhteisvaikutus. Hoitoon pääsyn kiihtyminen näkyy Kaplan–

Meierin käyrässä siten, että noin neljän kuukauden odotusajan jälkeen arvioitu psykoterapiaa odottavien osuus pienenee selvästi (KUVA 2).

Pohdinta

Tarkastelimme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin lyhyiden ostopalvelopsykoterapioiden odotusaikaa ja siihen liittyviä tekijöitä. Arvioimme, että noin 20 % pääsee psykoterapiaan kuukauden kuluessa ja puolet noin kolmen kuukauden kuluessa lähteen saamisesta. On myös mahdollista, että noin neljäsosa potilaista ei aloita psykoterapiaa vuoden kuluessa lähteen saamisesta. On kuitenkin huomioitava, että tämä ei ole havaittu osuus hoitoa yhä odotta-



KUVA 2. Kaplan–Meierin käyrät erikoissairaanhoidon (harmaa) ja perusterveydenhuollon (musta) potilaille. Ympäriä 95 %:n luottamusvälit.

vista potilaista, vaan Kaplan–Meierin menetelmällä tuotettu ennuste. Tutkimusaikavälin rajallisuuden vuoksi arvioon tulee suhtautua varovaisesti.

Odotusaikojä koskevaa tietoa tulee tulevaisuudessa tarkentaa, mihin voidaan käyttää ainakin kahta tapaa. Kun aineistoa on tarpeeksi, odotusajat voidaan laskea esimerkiksi vuosittain tietynä vuonna hoidon päättäneiden potilaiden odotusajoista, jolloin saadaan kattavaa tietoa nimenomaan hoidon läpi käyvistä potilaista. Näin tehdään muun muassa Ison-Britannian IAPT-palveluissa (Improving Access to Psychological Therapy) (18). Lisäksi on mahdollista tarkastella toteutuneiden psykoterapiajaksojen osuutta tietyn vähimmäisseuranta-ajan jälkeen esimerkiksi siten, että kaikkien potilaiden seuranta-aika on vähintään vuosi.

Tutkimus on Suomessa tiettävästi ensimmäinen laatuaan, joten vastaavia kotimaisia vertailukohtia psykoterapiaan pääsyn kestolle ei ole. Tietoa kansallisista tai palveluntuottajakohtaisista tavoiteajoistakaan ei ole käytettävissä. Yhtenä vertailukohtana voidaan pitää kuitenkin

kin Ison-Britannian IAPT-järjestelmää, jossa tavoitteena on, että 75 % hoidon läpi käyvistä potilaista aloittaa psykososiaalisen hoidon 1,5 kuukauden kuluessa ja 95 % 4,5 kuukauden kuluessa (18). Vuosina 2018–2019 hoidon aloitti 1,5 kuukauden kuluessa 89 % ja 4,5 kuukauden kuluessa 99 %, joten IAPT:n tavoite toteutui odotusaikojen osalta. Vertailua hankaloittaa kuitenkin aiemmin mainittu laskutapa, jossa odotusaikojen määrittämisessä huomioidaan vain kunakin vuonna hoidon päättäneet potilaat.

On myös huomioitava, että IAPT-järjestelmässä keskeisen osan tarjonnasta muodostavat pienen intensiteetin palvelut, jotka käsittävät muun muassa ohjattua omahoitoa ja verkko-pohjaisia hoitoja (18). HUS:n vastaaviksi hoitomuodoiksi voidaan katsoa esimerkiksi nettiterapia ja kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisella työotteella toteutettava psykososiaalinen hoito. Lisäksi varsinaista lyhytpsykoteraapiaa toteutetaan myös sisäisesti.

Ostopalvelopsykoterapiaan lähetettyjen osalta keskeinen odotusaikoihin vaikuttava tekijä on soveltuvan psykoterapeutin löytymi-

nen. Tämä vaatii usein psykoterapeuttien taustatietoihin perehtymistä, eri psykoterapeuttien vertailua ja aikataulujen yhteensovittamista. Hoitoon pääsyä kolmen kuukauden kuluessa, mikä toteutuu tutkimuksemme perusteella puolella potilaista, voidaan pitää kohtuullisena lyhyen ostopalvelopsykoterapian osalta. Noin puolet potilaista aloittaa hoidon myöhemmin, mikä taas kertoo merkittävästä kehittämistarpeesta.

Tutkimuksessa havaittiin myös, että yhdestä tai useammasta oheissairaudesta kärsivät ja perusterveydenhuollosta lähetetyt potilaat pääsivät muita hitaammin hoitoon. Tulokset saattavat heijastella eroja potilaiden saamassa ja tarvitsemassa ohjauksessa psykoterapeutin etsinnässä, minkä vuoksi näiden potilaiden tukemiseen voi olla syytä kiinnittää erityistä huomiota. Potilaan sukupuoli, ikä, hoidettava psykiatrisen häiriön tai haettu psykoterapiasuuntaus puolestaan eivät vaikuta selittävän hoitoon pääsyn kestoa. Hoidettavan psykiatrisen häiriön osalta tulee kuitenkin huomioda, että luokittelu oli melko karkea. Haetun psykoterapiasuuntauksen tarkastelussa taas huomionarvoista on se, että tieto psykoterapiasuuntauksesta oli merkitty lähes pelkästään hoidon jo aloittaneille potilaille. Suurella osalla psykoterapiaa hakevista on lähetteen saadessaan vielä useita vaihtoehtoja psykoterapian viitekehyselle.

Tutkimuksen keskeisenä vahvuutena voidaan pitää poikkeuksellisen laajaa aineistoa: tarkastelun ulkopuolelle jätettyjä potilaita lukuun ottamatta otos kattoi kaikki lyhyisiin ostopalvelopsykoterapioihin tarkasteluaikavälillä lähetetyt potilaat. Käytävissä oli myös suhteellisen laaja joukko muuttujia, ja elinaikanalyysin menetelmien avulla aineistoa voitiin hyödyntää perusteellisesti.

Tutkimuksen yhtenä puutteena voidaan pitää sitä, että otoksesta jouduttiin poistamaan 206 potilasta, joiden odotusaikaa ei voitu laskea laaturekisterin käytön alkuaikoina ilmenneiden vaihtelevien kirjauskäytäntöjen vuoksi. Kaikki näistä potilaista olivat aloittaneet hoidon, ja suurin osa oli lähetetty tutkimusaikavälillä alkuvaiheilla, jolloin hoitoon pääsy oli tulosten perusteella nopeampaa. Näin ollen tieto kyseisten

Ydinasiat

- ▶ Hoitoon pääsyn kesto on psykoterapian saatavuuden ja saavutettavuuden keskeinen indikaattori, jonka seuranta eri toimijoiden tulee kehittää systemaattisesti.
- ▶ Tarkastelumme perusteella HUS:n lyhyeen ostopalvelopsykoterapiaan lähetetyistä noin puolet aloittaa hoidon kolmen kuukauden kuluessa läheteestä.
- ▶ Perusterveydenhuollosta lähetetyt potilaat ja ne, joille on päädiagnoosin lisäksi kirjattu rekisteriin oheisdiagnoosi, pääsevät muita hitaammin hoitoon.
- ▶ Perusterveydenhuollosta lähetettyjen ja moniongelmaisten potilaiden ohjaukseen voi olla syytä kiinnittää erityistä huomiota käytännön työssä ja prosesseja kehitettäessä.

potilaiden odotusajoista olisi todennäköisesti lyhentänyt arviota odotusajan mediaanista. Koska hoitoon pääsy on myöhemmin hidastunut, olisi tällaista arviota kuitenkin voitu pitää heikommin nykytilannetta edustavana. Toinen keskeinen puute on, ettei tutkimuksessa voitu tarkastella potilaiden saaman tuen vaikutusta psykoterapeutin löytämiseen, mikä on keskeinen jatkotutkimuksen aihe käytännön kehitystyön näkökulmasta.

Lopuksi

Hoitoon pääsyn seuranta tulee kehittää kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa, jotta psykoterapian saatavuutta voidaan arvioida ja parantaa systemaattisesti. Kun eri alueiden psykoterapiapalveluiden odotusaikojen seuranta on kattavaa, käytössämme on myös valtakunnallinen palvelutarjonnan ja hoitoonohjauksen kehittämisen tuloksellisuuden mittari, mikä on alueellisen tasa-arvon kehittämisen kannalta tärkeää. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien yhteistyönä syntynyt kansallinen laaturekisterihanke antaa tälle kehitystyölle hyvät välineet. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJ. The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annu Rev Clin Psychol* 2019;15:207–31.
2. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, ym. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74:595–602.
3. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [päivitetty 8.1.2020]. www.kaypahoito.fi.
4. Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019 [päivitetty 7.1.2019]. www.kaypahoito.fi.
5. Saarni SI, Härkänen T, Sintonen H, ym. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Qual Life Res* 2006;15:1403–14.
6. OECD, EU. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing 2018. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
7. Clark DM, Canvin L, Green J, ym. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet* 2018;391:679–86.
8. Swift JK, Whipple JL, Sandberg PA. Prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations. *Psychotherapy* 2012;49:549.
9. Reitzel LR, Stellrecht NE, Gordon KH, ym. Does time between application and case assignment predict therapy attendance or premature termination in outpatients? *Psychol Serv* 2006;3:51.
10. Marshall D, Quinn C, Child S, ym. What IAPT services can learn from those who do not attend. *J Ment Health* 2016;25:410–5.
11. Cuijpers P. Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: an overview of a series of meta-analyses. *Can Psychol* 2017;58:7–19.
12. Wahlbeck K, Hietala O, Kuosmanen L, ym. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia 2017.
13. Terapiatakuu mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi. Kansalaisaloite 10/2019. <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/3890>.
14. Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, ym. Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74/2011. Helsinki: Kelan tutkimusosasto 2011.
15. Säiläs E, Heimola M, Stenberg JH. Psykoterapian haitat – ei vain ruusutarhaa. *Duodecim* 2019;135:1377–84.
16. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing 2018.
17. Therneau T. A package for survival analysis in R. R package version 3.1-12. <https://CRAN.R-project.org/package=survival>.
18. Community and Mental Health team. Annual report on the use of IAPT services, England 2018-19. UK: NHS Digital 2019.

HENRI WAHLSTEDT, PsK, opiskelija

Psykologian maisteriohjelma, psykologian ja logopedian laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

TOM ROSENSTRÖM, PsT, dosentti

Psykologian ja logopedian laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

JAN-HENRY STENBERG, FT, psyk. lis., erikoispsykologi, kouluttajapsykoterapeutti (VET), linjajohtaja

SUOMA SAARNI, dosentti, psykiatrian ja terveydenhuollon erikoislääkäri, kouluttajapsykoterapeutti, ylilääkäri
HUS Psykiatria, IT-psykiatria ja psykososiaaliset hoidot
Twitter: @SuomaSaarni

TEEMANUMERON ERIKOISTOIMITTAJA

Suoma Saarni

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Henri Wahlstedt: Ei sidonnaisuuksia

Tom Rosenström: Luottamustoimet (BMC Psychiatry Association, Estonian Research Council), hankkeet (Käypä hoito- työryhmät, psykoterapian laaturekisteröinti ja tutkimus)

Jan-Henry Stenberg: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Sanofi Genzyme, Professio, Alma Media, Biogen, Boehringer-Ingelheim, Lundbeck, Otsuka, Kustannus Oy Duodecim)

Suoma Saarni: Luentopalkkio (Janssen-Cilag, Sunovion Oy), luottamustoimet (HY psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmä, pj; Valtakunnallinen yliopistojen psykoterapeuttikoulutuskonsortio, jäsen; Suomen psykiatriyhdistys, psykoterapiatoimikunta, vpj; Suomen psykiatriyhdistys, e-psykiatrian jaos, jäsen), muut sidonnaisuudet (Uudenmaan Lääkäripalvelut Oy, osakas)

SUMMARY

Waiting times for psychotherapy – looking into outsourced short psychotherapies in Helsinki and Uusimaa Hospital District

BACKGROUND. Psychotherapy is widely recognized as an effective form of treatment for mental disorders. To ensure its availability, detailed information on waiting times and factors that affect them are needed. In this study, we modelled waiting times of outsourced short psychotherapies in the Helsinki and Uusimaa Hospital District (HUS).

METHODS. Our sample (n = 819) was derived from the HUS quality registry for psychotherapy. We used the Kaplan-Meier estimator and Cox regression to analyze the data.

RESULTS. We estimated the median waiting time to be three months. Psychiatric comorbidity and referral from primary care were associated with longer waiting times.

CONCLUSIONS. We consider three months an acceptable waiting time for outsourced psychotherapy. However, it should be achieved for more patients than now estimated.