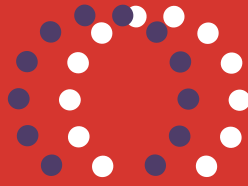


Jukka Valkonen
Mikko Henriksson
Annamari Tuulio-Henriksson
Ilona Autti-Rämö

Psykoterapeutit Suomessa
Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen



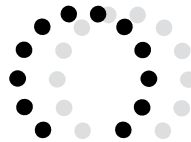
74/2011

Sosiaali- ja terveysturvan selosteita

**Jukka Valkonen, Mikko Henriksson,
Annamari Tuulio-Henriksson
ja Ilona Autti-Rämö**

Psykoterapeutit Suomessa

Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen



74/2011
Sosiaali- ja terveysturvan
selosteita

Kela 

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2011

ISBN 978-951-669-857-4 (nid.), 978-951-669-858-1 (pdf)
ISSN 1455-0113

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere 2011

SISÄLTÖ

Alkusanat	3
Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
1.1 Psykoterapia ja psykoterapeutit.....	5
1.2 Psykoterapiapalvelujen järjestäjät.....	6
1.3 Tutkimuksen tausta ja tavoitteet	7
2 Aineisto ja menetelmät	7
2.1 Aineisto.....	7
2.2 Menetelmät.....	8
2.3 Katoanalyysi.....	8
3 Tulokset	9
3.1 Psykoterapeutit	9
3.2 Psykoterapiapalvelut	14
3.3 Psykoterapiapalvelujen järjestäminen.....	19
3.4 Psykoterapiapalvelujen käyttäjien ikäryhmät	23
3.5 Asiakasohjaus.....	24
3.6 Alueelliset erot	25
4 Psykoterapiapalvelujen kehittäminen ja mielenterveyskuntoutus	28
4.1 VET-terapeuttien ehdotukset psyko- terapiapalvelujen kehittämiseen	29
4.2 VET-terapeuttien näkemykset mielen- terveyskuntoutuksesta.....	41
5 Pohdinta	44
5.1 Psykoterapeutit	45
5.2 Psykoterapiapalvelut	46
5.3 Psykoterapian järjestäminen	47
5.4 Alueelliset erot	48
5.5 Psykoterapiapalvelujen tarjonta ja tarve.....	49
5.6 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset.....	50
Lähteet	50
Liite 1: Kyselylomake	53
Liite 2: Aineiston muokkaus	58
Liitetaulukot	61
Liitekuviot	67

Kirjoittajat

Jukka Valkonen, erikoistutkija, VTT
Kuntoutussäätiö
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi

Mikko Henriksson, avustava tutkija, VTK
Kuntoutussäätiö
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi

Annamari Tuulio-Henriksson, johtava tutkija, FT,
dosentti
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Ilona Autti-Rämö, terveystutkimuksen päällikkö,
tutkimusprofessori, LKT
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sarjan julkaisu on hyväksytty
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto
www.kela.fi/tutkimus
tutkimus@kela.fi

Alkusanat

Kuntoutuspsykoterapian tarve ja mielenterveyssyistä johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut 2000-luvulla. Toisaalta tieto eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuudesta on lisääntynyt. Tämän selvityksen tarpeen tunnistivat Kelan tutkimusprofessorit Timo Klaukka ja Raimo Raitasalo. Heräsi kysymys, kuka tarjoaa Suomessa psykoterapiaa ja mitä koulutussuuntauksia ja kuinka yhdenvertaisesti eri terapiamuotoja on saatavissa eri puolilla Suomea. Tämän tutkimuksen käytännön suunnittelu käynnistyi vuonna 2008. Elämän ja ajan rajallisuuden vuoksi selvityksen päätyivät toteuttamaan yhteistyössä Kuntoutussäätiön Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen tutkijat Jukka Valkonen ja Mikko Henriksson, keskuksen silloinen tutkimuspäällikkö, professori Kristiina Härkäpää sekä Kelan tutkimusosaston terveys-tutkimuksen päällikkö, tutkimusprofessori Ilona Autti-Rämö. Kelassa tutkimusassistentti Kristiina Dammert teki suuren työn huolehtiessaan kyselylomakkeen eri kieliversioiden toteutuksesta sekä postituksesta, mistä hänelle lämmin kiitos. Tulosten analysointi- ja raportin kirjoittamisvaiheessa tutkimusryhmään liittyi Kelan johtava tutkija Annamari Tuulio-Henriksson.

Raportin tulokset olivat osin odotettuja; ovathan alueelliset erot Suomen terveydenhuollossa yleisiä. Erot psykoterapian tarjonnassa olivat kuitenkin paitsi määrällisesti myös koulutussuuntauksittain yllättävän suuria. Suurin tunnistettu vaje näyttäisi olevan lasten psykoterapian saatavuudessa, mutta myös vanhusten psykoterapiaa on saatavilla erittäin vähän. Myös psykoterapiaan ohjaamisessa tuotiin esiin huomattavia puutteita, ja näyttää myös siltä, että psykoterapian tarpeen arvioinnin resursseissa on selkeitä alueellisia eroja.

Mielenterveyden ongelmien varhainen tunnistaminen ja ajoissa aloitettu hoito joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa ovat tärkeitä, jotta ongelmat eivät vaikeudu ja pitkity. Julkisessa terveydenhuollossa toimivat tietävät, että psykoterapian tarve ylittää tarjonnan, vaikka tarve ei näyttydykään jonoina. Tämä ilmiö tulee esiin tässä selvityksessäkin. Myös julkisessa terveydenhuollossa tulee olla todellinen mahdollisuus psykoterapian antamiseen tarpeenmukaisen lääkehoidon rinnalla tai sen vaihtoehtona.

Psykoterapiakoulutus siirtyy yliopistojen vastuulle, mutta yliopistoille ei ole myönnetty tätä varten

erillistä rahoitusta eikä koulutusmääristä tai suunnista ole ainakaan vielä tehty keskitettyä päätöstä. Koulutusta suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon alueelliset erot ja taata eri koulutusmuotojen saatavuus mahdollisimman yhdenvertaisesti. Yliopistoilla tulee olemaan tärkeä haaste edessään, sillä yksinomaan koulutusta muuttamalla ei vaikuteta siihen, missä psykoterapeuteiksi valmistuneet tulevat toimimaan. On myös selkiytettävä julkisen terveydenhuollon rooli psykoterapiapalvelujen antajana ja järjestäjänä sekä arvioitava julkisen terveydenhuollon psykoterapeuttien ja eri koulutusmuotojen tarve.

Kiitän tutkijaryhmämme puolesta ylitarkastaja Sanna Natusta Valviran Terhikki-rekisteritietojen toimittamisesta sekä lääkintöneuvos Pirjo Pennasta arvokkaista kommentteista. Kiitos vertaisarvioijalle erinomaisista korjausehdotuksista! Kiitämme myös psykiatrian erikoislääkäri, dosentti Tarja Melartinia, psykologi ja psykoterapeutti Pirjo Lehtovuorta sekä professori Jarl Wahlströmiä arvokkaista kommentteista psykoterapiatutkimuksen päivillä Jyväskylässä. Kelan tutkimusosastossa aineiston käsittelyyn osallistui Hilikka Ruuska, kartat piirsi Leila Rantanen ja julkaisun ovat toimittaneet painokuntoon Tarja Hyvärinen, Maini Tulokas ja Eeva-Kaisa Keinänen – kaikille lämpimät kiitokset!

Helsingissä huhtikuussa 2011

Ilona Autti-Rämö

Terveystutkimuksen päällikkö, tutkimusprofessori

Tiivistelmä

Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. **Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74, 2011. ISBN 978-951-669-857-4 (nid.), 978-951-669-858-1 (pdf).

Mielenterveyden häiriöt ovat nousseet merkittäväksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi. Psykoterapia on keskeinen mielenterveyden häiriöiden hoito- ja kuntoutusmuoto. Tiedon saaminen Suomessa tuotetuista psykoterapiapalveluista on haasteellista monipolvisen palvelujärjestelmän ja hajautuneen koulutuksen vuoksi. Kelan tutkimusosaston ja Kuntoutussäätiön Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen yhteistyönä toteutettiin syksyllä 2009 kyselytutkimus Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (Terhikkiin) listatuille psykoterapeuteille. Tutkimuksen tavoite on selvittää Terhikki-rekisteriin kuuluvien psykoterapeuttien ammatillista ja psykoterapeuttista menetelmäkoulutusta, psykoterapiapalvelujen tuottamista, niiden rahoitusta, palveluihin ohjaamista ja palvelujen käyttäjiä. Keskeinen tavoite on myös selvittää psykoterapiapalvelujen ja niiden järjestämiseen liittyvää alueellista jakautumista. Lisäksi tarkastellaan psykoterapeuttien näkemyksiä psykoterapian ja muun mielenterveyskuntoutuksen välisestä suhteesta sekä psykoterapiapalvelujen kehittämisestä.

Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeus oli keväällä 2009 Terhikki-rekisterissä 4 909 henkilöllä, joista kyselyyn vastasi 65 %. Neljäsosa vastanneista ilmoitti, etteivät he tuota psykoterapiapalveluja. Selvitys perustuu aktiivisesti psykoterapiaa antavien psykoterapeuttien vastauksiin (n = 2 366). Heistä 78 % oli naisia, ja vastaajat olivat keskimäärin 53-vuotiaita.

Yleisin psykoterapeuttien pohjakoulutus oli psykologi, seuraavaksi yleisimmät olivat sairaanhoitaja ja lääkäri. Psykoterapiakoulutussuuntauksista yleisimpiä olivat perheterapia, psykodynaaminen psykoterapia, psykoanalyttinen terapia ja kognitiivinen psykoterapia. Lähes kolmannes vastaajista ilmoitti useamman kuin yhden koulutussuuntauksen.

Psykoterapiapalveluja tuotettiin pääasiassa ammatinharjoittajina. Useimmat psykoterapeutit tarjosivat pitkäkestoista yksilöpsykoterapiaa. Puolet kyselyyn vastanneista ilmoitti, että heidän asiakkaansa

kustansivat psykoterapiapalveluista itse vähintään omavastuuosuuden. Matalan kynnyksen ja lyhyiden psykoterapiapalvelujen tarjontaa pidettiin puutteellisenä ja psykoterapiaan ohjaamisjärjestelmää riittämättömänä. Selvityksen perusteella alueelliset erot psykoterapeuttien ja psykoterapiapalvelujen jakautumisessa olivat suuria. Erot koskivat sekä psykoterapiapalvelujen tarjontaa ja koulutussuuntauksia että järjestäjä- ja maksajatahoja.

1 Johdanto

Mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkäkestoisia ja toistuvia oireyhtymiä, jotka ovat väestössä suhteellisen yleisiä. Kaikista mielenterveyden häiriöistä aiheutuu merkittävää inhimillistä kärsimystä sekä niitä sairastaville että heidän läheisilleen. Tuskallisten ja ahdistavien oireiden lisäksi mielenterveyden häiriöt voivat heikentää elämänlaatua sekä työ- ja toimintakykyä. Pitkät sairauslomamat ovat tarpeellisia monille. Erityisesti vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavat joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle herkästi jo parhaassa työssä, jopa ennen työelämään pääsyä. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat myös laajasti yhteiskunnallisesti, ja niiden aiheuttamat työvoimapolitiittiset kustannukset ovat suuret (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Psyko-terapia on tärkeä osa hoitoa useimmissa mielenterveyden häiriöissä. Käypä hoito -suositukset¹ masennuksen (Käypä hoito -suositus 2010) ja traumaperäisten stressihäiriöiden (Käypä hoito -suositus 2009) osalta suosittelevat psyko-terapiaa häiriöiden ensisijaiseksi tai keskeiseksi hoitomuodoksi. Psyko-terapiasta on hyötyä myös epävakaaan persoonallisuushäiriön (Käypä hoito -suositus 2008a) ja pakko-oireisen häiriön (Koponen 2007) hoidossa. Myös vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivät voivat hyötyä psyko-terapeuttisesta hoidosta akuuttivaiheen jälkeen esimerkiksi episodien uusiutumisen ehkäisemiseksi (Käypä hoito -suositus 2008b ja 2009).

Väestön koulutus- ja tietotason kasvaminen, mielenterveyden häiriöiden parempi yleinen hyväksyntä, leimautumisen pelon väheneminen, psyko-terapiamuotojen lisääntynyt tarjonta ja tutkimustulokset psyko-terapian vaikuttavuudesta ovat lisänneet sekä psyko-terapian kysyntää että tarjontaa (Lönnqvist ja Marttunen 2007). Psyko-terapian tarpeen on arvioitu lisääntyneen mielenterveyden häiriöistä aiheutuneiden haittojen kasvun myötä osittain myös siksi, että ihmiset ovat aikaisempaa valmiimpia hakemaan apua (esim. Raitasalo ja Maaniemi 2006). Silti tarve edelleen ylittää tarjonnan (Isometsä 2006; Lehtonen 2006; Pylkkänen 2006).

Työ- ja opiskeluikäisistä suomalaisista lähes joka kymmenennen arvioidaan tarvitsevan elämänsä aikana apua terveydenhuoltojärjestelmästä lievittääkseen masennuksen, ahdistuneisuuden ja muiden mielenterveyden häiriöiden oireita. Noin kolmannes heistä on ollut yhteydessä johonkin

psyko-terapeuttista hoitoa järjestävään tahoon. Vain pieni osa heistä on saanut oireisiinsa psyko-terapiaa, eikä tarjonta selvästikään vastaa tarvetta (Isometsä 2006). Psykiatristen laitospaikkojen vähentäminen on myös lisännyt avohoidon palvelujen tarvetta ja aiheuttaa monenlaista painetta mielenterveyspalvelujen järjestämiselle (Partanen ym. 2010).

1.1 Psyko-terapia ja psyko-terapeutit

Psyko-terapia määritellään Psyko-terapiaa koskevassa konsensuslausumassa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006) seuraavasti:

”Psyko-terapiassa on kyse jäsennellystä vuoro-vaikutuksellisesta prosessista potilaan (potilaiden) ja hoitavan henkilön (henkilöiden) välillä. Psyko-terapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. Psyko-terapioita toteuttavat psyko-terapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus.”

Psyko-terapia on terveydenhuollon tavoitteellista ja ammatillista toimintaa, jota ohjaavat asiakas- ja potilastyötä koskevat lait, asetukset, ammattikäytännöt ja eettiset periaatteet. Psyko-terapian tavoitteena on mielenterveyden häiriöstä kärsivän ihmisen toipuminen oireistaan sekä työ- ja toimintakyvyn palautuminen. Psyko-terapia edellyttää sekä asiakkaalta että psyko-terapeutilta usein pitkäaikaista sitoutumista tavoitteelliseen työskentelyyn terapiasuhteen alussa tehdyn hoitosopimuksen mukaisesti. Psyko-terapian samansisältöisiä määritelmiä on esitetty myös esimerkiksi psyko-terapiakoulutus-työryhmän muistiossa (Opetusministeriö 2003) ja Valviran psyko-terapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen hyväksymisperusteissa (Valvira 2005).

Psyko-terapeutti määritellään terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevassa laissa (L 559/94) ja asetuksessa (A 564/94) suojatuksi terveydenhuollon ammattinimikkeeksi. Psyko-terapeuttia sitovat samat yleiset ja erityiset hoitotoimintaa koskevat vaatimukset kuin muitakin terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Psyko-terapeutti antaa eettisesti ja lääketieteellisesti hyväksytyä vuoro-vaikutuksellista hoitoa ja kuntoutusta henkilöille, joille psyko-terapia on joko keskeinen oireiden lievittämiseen ja toimintakyvyn kohentamiseen tähtäävä hoito-

¹ Ks. <http://www.kaypahoito.fi>.

muoto tai muuta hoitoa, esimerkiksi lääkehoitoa, täydentävä hoito.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (entinen Terveydenhuollon oikeusturvakeskus) myöntää hakemuksesta psykoterapeutti-nimikkeen henkilöille, jotka ovat suorittaneet Valviran hyväksymän koulutuksen. Kaikilla psykoterapeutti-nimikettä käyttävillä tulee olla Valviran myöntämä psykoterapeutin nimikesuojaus. Valvira myös valvoo psykoterapeutinimikkeen käyttöä ja tällä hetkellä vahvistaa ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen hyväksymisperusteet (Valvira 2005).

Psykoterapeuttikoulutusta uudistetaan aktiivisesti, ja se ollaan Valtioneuvoston asetuksella (14.12.2010) siirtämässä niihin yliopistoihin, joilla on psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusvastuu. Asetuksen mukaan psykoterapeuttikoulutukseen pääsyn edellytyksenä on joko yliopistossa suoritettu ylempi tutkinto, sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, psykiatriaan erikoistuneen sairaanhoitajan opistoasteinen tutkinto tai vastaava ulkomailla suoritettu koulutus. Tutkinnon lisäksi tai siihen sisältyen edellytetään vähintään 30 opintopisteen psykologian tai psykiatrian opinnot. Lisäksi edellytetään vähintään kahden vuoden työkokemusta mielenterveyspalveluissa tai sitä vastaavissa tehtävissä. Asetus tulee voimaan vuoden 2011 lopussa. Uudistuksen myötä psykoterapeuttikoulutukselle tulee yhtenäiset laatuksiteerit, joista huolehtiminen on yliopistojen vastuulla. Ennen asetuksen voimaantuloa aloitetun koulutuksen perusteella psykoterapeutin nimikesuojattua ammattinimikettä on haettava Valvirasta viimeistään 30.6.2017.

1.2 Psykoterapiapalvelujen järjestäjät

Mielenterveystyön kokonaisuuteen kuuluvat mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy sekä niiden hoito ja kuntoutus eli mielenterveyspalvelujen järjestäminen (Nordling 2010).

Suomessa päävastuu mielenterveyspalvelujen järjestämisestä on kunnilla (L 66/1972; L 710/1982; L 1062/1989; L 1116/1990). Kunnat on veloitettu tarjoamaan asukkailleen heidän tarvitsemansa psykiatriset palvelut, mukaan lukien psykoterapia. Kunnat voivat järjestää psykoterapiapalveluja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen osana, yhteistyössä palveluntuottajien kanssa tai ostamalla palveluja sairaanhoitopiireiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta (HE 68/2010). Kuntien tai sairaanhoitopiirien

ylläpitämissä terveyskeskuksissa tai erikoissairaanhoidossa työskentelee psykoterapiakoulutuksen saaneita henkilöitä, mutta julkisessa terveydenhuollossa ei ole varsinaisia psykoterapeutin virkoja. (Opetusministeriö 2003.)

Kansaneläkelaitoksen (Kelan) kuntoutuspsykoterapia on täydentänyt kunnille kuuluvaa lakisääteistä järjestämisvelvollisuutta. Psykoterapiaa on toteutettu Kansaneläkelaitoksen kustantamana harkinnanvaraisena kuntoutuksena ja vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena (L 610/1991, 3–4 §), sekä lääkärin antamana hoitona (L 364/1963).

Mielenterveyden häiriöiden hoito ja kuntoutus ovat osin päällekkäisiä, ja niiden jyrkkä erottaminen toisistaan on keinotekoista (Pylkkänen 2008). Hoidon ensisijainen tarkoitus on kuitenkin lievittää oireita. Vaikka oireet helpottavat, ei samanaikaisesti aina saada työ- ja toimintakykyä kohenemaan, mikä taas on kuntoutuspsykoterapian keskeinen tavoite. Psykoterapiaa annetaan sekä hoitona että kuntoutuksena, ja Kela korvaa sekä lääkärin koulutuksen saaneiden psykoterapeuttien antamaa hoitoa että kaikkien nimikesuojattujen Kelan hyväksymien psykoterapeuttien antamaa kuntoutuspsykoterapiaa.

Vuoden 2011 alusta alkaen Kelan kuntoutuspsykoterapia siirtyi harkinnanvaraisesta järjestämisvelvollisuuden piiriin, jolloin määrärahat eivät enää rajoita uusien asiakkaiden pääsyä psykoterapiaan. Kelan vastuulle siirtyi niiden 16–67-vuotiaiden kuntoutusterapian järjestäminen, jotka lääketieteellisen arvion perusteella tarvitsevat kuntoutuspsykoterapiaa opiskelu- ja/tai työkyvyn edistämiseksi tai parantamiseksi sekä välttääkseen sairauslomia tai niiden pitkittymistä ja jotka todennäköisesti saavuttavat kuntoutuspsykoterapian tavoitteen.

Julkisen terveydenhuollon ja Kelan lisäksi useat muutkin tahot tuottavat tai kustantavat psykoterapiaa osana yritys- ja järjestötoimintaa. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, seurakunnat, työterveysorganisaatiot, työeläkelaitokset ja vakuutuslaitokset tuottavat tai kustantavat psykoterapiapalveluja omille asiakkailleen. Palveluntuottajina ovat tällöin usein yksityiset ammatinharjoittajat. Myös Raha-automaattiyhdistys (RAY) kustantaa erilaisten sosiaali- ja terveysalan järjestöjen ja projektien kautta psykoterapeuttien palveluja. Jokaisen kansalaisen on lisäksi mahdollista hakeutua yksityissektorin psykoterapeutin tai psykoterapiakoulutuksessa olevan henkilön asiakkaaksi omin kustannuksin.

1.3 Tutkimuksen tausta ja tavoitteet

Psykoteraapeutteja ja heidän tarjoamiaan psykoterapiapalveluja koskeva tieto on koottu useisiin, jossain määrin toisistaan erillään oleviin rekistereihin ja tilastoihin. Psykoterapiakoulutustyöryhmä kokoosi vuonna 2001 tietoa psykoterapeuteista (Opetusministeriö 2003), ja Psykologiliitto on toimittanut vuonna 2008 julkaisemattoman selvityksen psykoterapeuteista (Tikkanen 2008). Kokonaiskuvan saaminen Suomessa eri alueilla tarjottavista ja toteutuneista psykoterapiapalveluista edellyttää kuitenkin useilta eri tahoilta kerättävien tietojen yhdistelemistä. Valviran terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri Terhikki sisältää kaikki Suomessa psykoterapeutin nimikesuojauksen saaneet henkilöt. Keväällä 2010 Terhikki-rekisterissä oli 5 256 psykoterapeuttia (HE 68/2010).

Ennen kuin ensimmäiset yliopistoissa annetun psykoterapiakoulutuksen saaneet psykoterapeutit valmistuvat, psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeus myönnetään Valvirasta psykoterapiakoulutuksen suorittaneelle henkilölle hakemukselta. Ammattinimikkeen käyttöoikeus on edellytys Kelan psykoterapian palveluntuottajana toimimiselle. Kela pitää yllä myös omaa palveluntuottajarekisteriään niistä yksityisistä ammatinharjoittajista, joiden antama psykoterapia korvataan edellä mainittujen kuntoutuslakien perusteella. Kelan hyväksymänä palveluntarjoajina oli vuonna 2010 yhteensä 2 422 psykoterapeuttia, jotka ovat viimeisen neljän vuoden aikana antaneet Kelan korvaamaa psykoterapiaa tai jotka ovat tänä aikana antaneet tietonsa rekisteriin (HE 68/2010). Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena korvaamaa psykoterapiaa sai vuonna 2009 noin 14 700 henkilöä (Kelan kuntoutustilasto 2009).

On oletettavaa, että suurin osa psykoterapiakoulutuksen suorittaneista henkilöistä on hakenut ammattinimikkeen käyttöoikeutta. Siten myös julkisen terveydenhuollon omana toimintanaan tuottamista psykoterapiapalveluista valtaosa toteutuu Terhikki-rekisteriin kuuluvien psykoterapeuttien toimesta virkatyönä tai sen osana. Kuntien tai sairaanhoitopiirien palveluksessa saattaa kuitenkin toimia psykoterapiakoulutuksen suorittaneita henkilöitä, jotka eivät ole hakeneet ammattinimikkeen käyttöoikeutta. Näiden määrä lienee vähäinen. Terhikki-rekisterin voi olettaa kattavan hyvin myös muiden tahojen, kuten Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön, seurakuntien tai yhdistysten työntekijöinä psykoterapiapalveluja tuottavat psykoterapeutit.

Psykoteraapian tarpeen ja tarjonnan kohtaamisen arvioinnissa sekä mielenterveyskuntoutuksen valtakunnallisessa kehittämisessä tarvitaan tietoa psykoterapiapalveluista ja niiden alueellisesta jakautumisesta. Vuonna 2008 Kelan tutkimusosastossa päätettiin toteuttaa Suomessa toimivia psykoterapeutteja koskeva tutkimus, joka käynnistettiin Kelan ja Kuntoutussäätiön yhteistyönä vuonna 2009. Kyselylomake lähetettiin kaikille Terhikki-rekisteriin kuuluville psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden saaneille henkilöille.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Terhikki-rekisteriin kuuluvien psykoterapeuttien ammatillista ja psykoterapeutista menetelmäkoulutusta, psykoterapiapalvelujen tuottamistapaa, niiden rahoitusta, palveluihin ohjaamista ja palvelujen käyttäjiä. Keskeisenä tavoitteena on myös selvittää psykoterapiapalvelujen ja niiden järjestämiseen liittyvää alueellista jakautumista. Lisäksi tarkastellaan psykoterapeuttien näkemyksiä psykoterapian ja muun mielenterveyskuntoutuksen välisestä suhteesta sekä psykoterapiapalvelujen kehittämisestä.

2 Aineisto ja menetelmät

Selvitys perustuu Terhikki-rekisteriin toukokuuhun 2009 mennessä merkityille psykoterapeuteille suunnattuun kyselyyn. Selvitys on toteutettu Kelan tutkimusosaston ja Kuntoutussäätiön kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen yhteistyönä. Kelan tutkimuseettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimussuunnitelman. Aineiston käsittely on toteutettu tietosuojalakea noudattaen. Henkilötunnistetiedot eivät ole olleet tutkijoiden käytössä.

Raportissa psykoterapiapalvelujen käyttäjistä käytetään pääsääntöisesti yleisnimitystä asiakas Kelan käytännön mukaisesti.

2.1 Aineisto

Kaikille Terhikki-rekisteriin toukokuussa vuonna 2009 kuuluneille 4 909 psykoterapeutille lähetettiin elokuussa 2009 kyselylomake. Ensimmäisessä vaiheessa kyselyyn vastasi 2 134 henkilöä, eli 43,5 %. Lokakuussa 2009 lähetettiin uusintakysely niille, jotka eivät olleet vastanneet ensimmäiseen kyselyyn. Yhteensä kyselyyn vastasi 3 170 henkilöä, jolloin vastausprosentti oli 64,6 %. Lomakkeen palautti tyhjänä neljä henkilöä, yksi kieltäytyi vastaamasta ja kaksi oli kuollut.

Täytetyn lomakkeen palauttaneista 815 ilmoitti, ettei tarjonnut kyselyhetkellä psykoterapiapalveluja. Näiden henkilöiden vastaukset poistettiin analyysissä käytettävästä aineistosta, pois lukien ne 17 vastaajaa, jotka kertoivat olevansa äitiyslomalla, vanhempainvapaalla tai hoitovapaalla. Heidän vastauksensa jätettiin aineistoon, koska heidän katsottiin olevan vain tilapäisesti poissa psykoterapeutin työstä. Lisäksi tapauskohtaisen tarkastelun perusteella kuuden muun vastaajan katsottiin lopettaneen psykoterapiapalvelujen tarjoamisen. Nämä vastaajat poistettiin analyysissä käytettävästä aineistosta. Yhteensä aineistosta poistettiin siten 804 vastaajan antamat tiedot, ja lopullinen aineisto koostuu 2 366 aktiivisesti psykoterapeutina toimivan henkilön vastauksista. Kun raportissa puhutaan vastaajista, viitataan tähän lopulliseen aineistoon.

2.2 Menetelmät

Kyselylomake

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake on esitetty liitteessä 1. Kyselylomakkeen 24 kysymyksen avulla selvitettiin vastaajien taustaa, psykoterapiapalveluja ja palvelujen järjestämistapoja. Osassa kysymyksistä oli valmiit vastausvaihtoehdot, ja mukana oli myös avovastauskysymyksiä. Kyselylomakkeen kysymysten numerot esitetään tästä edespäin tekstissä hakasulkeissa.

Osassa kysymyksistä voitiin valita useampi vaihtoehto, ja jotkut vastaajista olivat valinneet useamman vaihtoehdon sellaisissakin kysymyksissä, joissa pyydettiin ensisijaista tai pääasiallista valintaa. Nämä kysymykset muutettiin monivalintakysymyksiksi, jotta kaikki vastaajien antama informaatio saatiin analyysijä varten tallennettua numeromuotoon. Edellä kuvatut sekä muut aineistoa koskevat muunnokset on kuvattu liitteessä 2.

Aineiston käsittely

Raportoinnissa tuodaan esiin perusjakaumat tarkastelluista muuttujista sekä ristiintaulukoidaan tietyt muuttujat. Tilastollisina tunnuslukuina käytetään keskiarvoa sekä lisäksi mediaania niissä järjestysasteikollisissa muuttujissa, joissa suuruusjärjestyksessä keskimmäisen havainnon arvioitiin parhaiten kuvaavan jakaumaa.

Avovastaukset siirrettiin lomakkeista sähköiseen muotoon mahdollisimman tarkasti alkuperäisiä muotoiluja noudattaen. Joissakin vastauksissa käsiala oli epäselvää, ja jotkut vastaajat olivat lähettäneet vastauksensa liitteeksi muuta materiaalia. Näissä tapauksissa kaikkea vastaajien antamaa informaatiota ei voitu tallentaa. Tämän raportin avovastausten analyysi rajattiin vaativan erityistason psykoterapeutin koulutuksen (VET) suorittaneiden vastauksiin. Laadullisessa analyysissä käytettiin teemaattista sisällönanalyysiä ja luokittelevaa aineiston lukutapaa.

2.3 Katoanalyysi

Terhikki-rekisterin tietosisältö kattaa 29 muuttujaa², joista tämän tutkimuksen katoanalyysiä varten oli käytettävissä seuraavat tiedot: ikä, sukupuoli, kielikoodi, postialue, psykoterapiakoulutuksen vaativuustaso ja psykoterapeuttien pohjakoulutus. Näiden muuttujien jakaumia tarkasteltiin ensinnäkin kaikkien 4 909 rekisterissä olevan psykoterapeutti-ammattinimikkeen haltijan ja kyselyyn vastanneiden 3 162 suhteen. Yhteensä kyselyyn vastasi 3 170 henkilöä, joista kahdeksan osalta ei ollut käytettävissä tunnistenumeroa. Näistä kuusi oli psykoterapiaa antavia ja kaksi sellaisia vastaajia, jotka eivät kyselyhetkellä antaneet psykoterapiapalveluja. Tämän vuoksi katoanalyysissä käytetty aktiivisten terapeuttien joukon kokonaismäärä 2 360 poikkeaa kuudella todellisesta 2 366:sta, ja niiden 802 vastaajan joukko, jotka eivät ajankohtaisesti anna psykoterapiapalveluja, poikkeaa todellisesta määrästä, joka oli 804. Lisäksi tarkasteltiin edellä kuvattujen muuttujien jakaumia aktiivisten psykoterapeuttien (n = 2 360) ja kaikkien muiden rekisterissä olevien psykoterapeutti-ammattinimikkeen haltijoiden suhteen, paitsi niiden 802:n, joiden ei katsottu kyselyvastausten perusteella tarjoavan psykoterapiapalveluja (n = 4 107).

Molemmissa edellä mainituissa tarkasteluissa havaittiin vastaajien edustavan perusjoukkoa käytettävissä olevien muuttujien suhteen. Jakaumat erosivat aineistojen välillä muuttujien luokkien suhteen enintään noin yhden prosenttiyksikön verran. Aineistossa mukana olleet 2 366 psykoterapeuttia vastasivat siten asuinpaikan, sukupuolen, iän ja pohjakoulutuksen mukaan Terhikki-rekisterissä olevia henkilöitä, joilla on psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeus. Pieniä eroja

² Ks. http://www.valvira.fi/files/rekisteriseloste_TERHIKKI_Valvira_17042009.pdf.

havaittiin psykoterapiakoulutuksen vaatavuustason jakaumissa: kaikista rekisteriin kuuluvista (n = 4 909) 16,5 %:lla oli VET-koulutus rekisterin mukaan, kun taas kyselyyn vastanneista 3 162:sta VET-koulutus oli rekisterin mukaan 18,1 %:lla. Siitä rekisteriin kuuluvien joukosta, josta poistettiin ne, jotka eivät vastausten mukaan tarjoa psykoterapiapalveluja (jäljelle jäi 4 107), 17,4 %:lla oli VET-koulutus. Sen sijaan kyselyyn vastanneiden aktiivisten terapeuttien joukosta (n = 2 360) VET-koulutus oli 20,3 %:lla. Ne psykoterapeutin ammattinimikkeen haltijat, joilla on VET-koulutus, olivat siis jonkin verran yliedustettuina analyyseissä käytettävässä, aktiivisia psykoterapeutteja koskevassa aineistossa. Tarkkaa vertailua vastanneiden ja ei-vastanneiden aktiivisten VET-koulutuksen saaneiden osuuksien välillä ei voida tehdä, koska aktiivisuus on kyselyn perusteella saatu tieto ja näin ollen ei-vastanneiden aktiivisuusasteesta ei ole tietoa. (Taulukko 1.)

3 Tulokset

3.1 Psykoterapeutit

Taustatiedot, pohjakoulutus ja ammattinimikkeen käyttöoikeuden saaminen

Taulukossa 2 on esitetty kyselyaineistoon perustuvat vastaajien pohjakoulutukset³. Yleisimmät psykoterapeuttien pohjakoulutukset olivat psykologi, sairaanhoitaja ja lääkäri (tässä järjestyksessä). Yhteiskuntatieteellisen tai sosiaalialan koulutuksen ja muun terveystieteellisen koulutuksen ilmoittaneita oli seuraavaksi eniten. Taulukossa 2 kohtaan Muu luokitelluista pohjakoulutuksista yleisimpiä olivat teologinen (tai diakoniatyön) ja kasvatustieteellinen tutkinto. Naisten osuus on sairaanhoitajien ja yhteiskuntatieteellisen tai sosiaalialan koulutuksen saaneista hieman suurempi kuin koko aineistossa.

Taulukko 1. Valviran ammattinimikerekisterissä olevat psykoterapeutti-ammattinimikkeen haltijat ja kyselyyn vastanneet taustamuuttujittain (rekisteristä saadut tiedot).

Katoanalyysiä varten rekisteristä valitut osajoukot	Naisia, lkm, %	Ikä		Psykoterapiakoulutus, lkm, %		
		Keskiarvo	Vaihteluväli	VET-koulutus	ET-koulutus	Muu
Kaikki rekisterissä olevat (n = 4 909)	3 840 78,2 %	54	28–91	808 16,5 %	3 691 75,2 %	410 8,4 %
Kaikki vastanneet (n = 3 162)	2 501 79,1 %	54,7	30–91	573 18,1 %	2 312 73,1 %	273 8,7 %
Rekisterissä olevat poislukien vastanneet ei-aktiiviset (n = 4 107)	3 192 77,7 %	53,1	28–86	715 17,4 %	3 109 75,7 %	283 6,9 %
Vastanneet aktiiviset (n = 2 360)	1 853 78,5 %	53,3	30–86	480 20,3 %	1 730 73,3 %	150 6,4 %

Taulukko 2. Psykoterapeuttien pohjakoulutus sukupuolen ja iän mukaan [3, 1, 2].

Pohjakoulutus	Osuus kaikista, %	Naisia, %	Ikä, keskiarvo	Ikä, vaihteluväli
Psykologi (n = 787)	33,3	79,9	54,5	30–80
Sairanhoitaja (n = 622)	26,3	82,5	51,7	30–71
Lääkäri (n = 389)	16,4	71,7	54,5	34–86
Yhteiskuntatieteellinen tai sosiaalialan koulutus ^a (n = 316)	13,4	82	52,2	30–70
Muu terveystieteellisen koulutus ^a (n = 100)	4,2	69	50,9	34–69
Muu ^b (n = 138)	5,8	65,9	53,1	31–76
Kaikki (n = 2 366)	100 ^c	78,2	53,3	30–86

^a Esikoodauksessa lisätty muuttuja. ^b Luokan muu suurimman osan muodostivat teologisen (tai diakoniatyön) tai kasvatustieteellisen koulutuksen ilmoittaneet. ^c Pohjakoulutustieto puuttui 0,6 %:lta vastaajista.

3 Raportissa käsiteltyjen kyselylomakkeen (ks. liite 1) kysymysten numerot ilmoitetaan hakasulkeissa.

Vastaajat olivat keskimäärin 53-vuotiaita (vaihteluväli 30–86). Sairaanhoidajat ovat keskimäärin hieman nuorempia kuin psykologit ja lääkärit. Vastaajien ilmoittamien Terhikki-rekisteriin merkitsemisvuosien mukaan eniten psykoteraapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden saaneita vastaajia oli vuonna 1995, eli heti ammattinimikettä koskevan asetuksen voimaantulon jälkeen (kuvio 1).

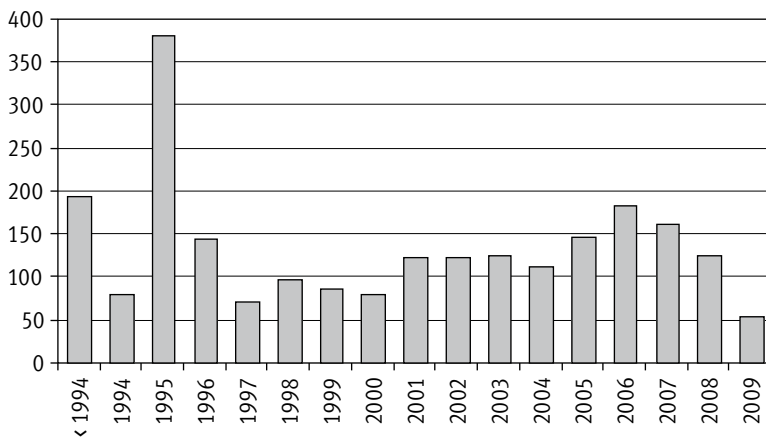
Osa vastaajista (9 %) oli ilmoittanut saaneensa psykoteraapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden jo ennen vuotta 1994 eli ennen asetuksen voimaantuloa. Varhaisin psykoteraapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeus oli ilmoitettu saaduksi vuonna 1971.

Psykoteraapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden saadessaan vastaajat olivat olleet keskimäärin 44-vuotiaita. Keskimääräinen ikä rekisteriin merkittäessä on noussut tasaisesti (liitekuvio 1). Mies-

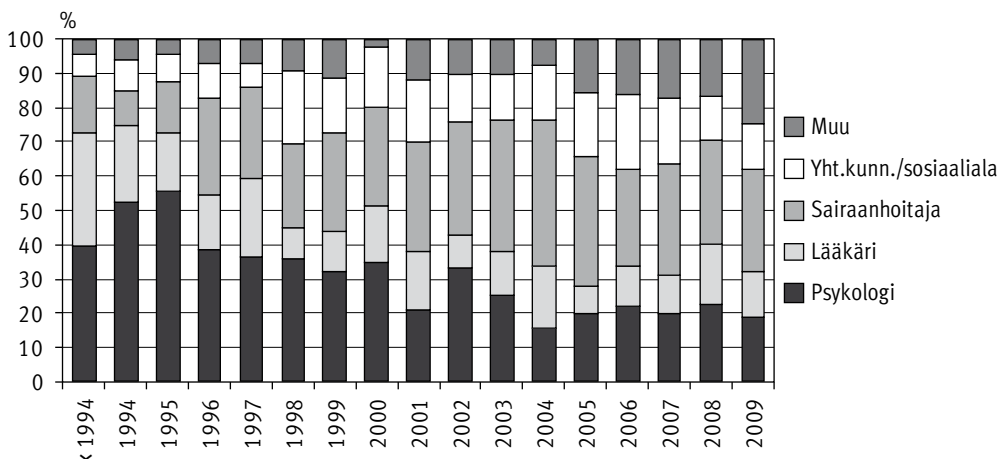
ten osuus rekisteriin merkityissä oli vuonna 1994 yli 30 %. Tämän jälkeen miesten osuus on keskimäärin vähentynyt (liitekuvio 2).

Psykologien ja lääkäreiden osuus rekisteriin merkityistä on vähentynyt ja sairaanhoidajien, yhteiskuntatieteellisen tai sosiaalialan tutkinnon suorittaneiden sekä muun koulutuksen (muu terveysalan koulutus ja muu koulutus) saaneiden osuudet ovat vastaavasti kasvaneet (kuvio 2). Vastaajan pohjakoulutus on voinut olla rekisteriin merkitsemisvuonna muu kuin vuonna 2009 ilmoitettu, mikäli vastaaja on hankkinut korkeamman pohjakoulutuksen psykoteraapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden saamisen jälkeen. Siten kuvio 2 on vain suuntaa antava, koska pohjakoulutus ei perustu pitkittäisaineistoon. Kuvio 2 antaa kuitenkin käsityksen psykoterauttien pohjakoulutuksen muutoksista, vaikka se ei kuvaakaan täsmällisiä trendejä.

Kuvio 1. Vastanneet ilmoittamansa rekisteriin merkitsemisvuoden mukaan (n = 2 297).



Kuvio 2. Vastaajat pohjakoulutuksen (vuoden 2009 tieto) ja ilmoittamansa rekisteriin merkitsemisvuoden mukaan (n = 2 288).



Psykoterapiakoulutussuuntaukset

Kysymyksessä [7] vastaajia pyydettiin merkitsemään kaikkien saamiensa psykoterapiakoulutusten suuntaukset. Tästä syystä taulukossa 3 valintojen lukumäärä on suurempi kuin vastaajien määrä. Yhteensä 1 640 (69 %) vastaajaa oli ilmoittanut vain yhden koulutussuuntauksen. 717 vastaajaa (30 %) oli merkinnyt useamman vaihtoehdon.

Yli kolmasosa vastaajista ilmoitti yhdeksi koulutussuuntaukseksi perheterapian. Seuraavaksi eniten valintoja kohdistui psykodynaamiseen ja psykoanalyttiseen koulutussuuntaukseen.

Yhden koulutussuuntauksen ilmoittaneita oli suhteellisesti eniten perheterapian (62 %), kognitiivisen psykoterapian (63 %), kognitiivisen käyttäytymisterapian (57 %) ja kognitiivis-analyttisen psykoterapian (64 %) ilmoittaneissa. Muihin koulutussuuntauksiin kohdistuvat valinnat esiintyivät useammalla kuin joka toisella yhdessä jonkin muun suuntauksen kanssa.

Tyypillisimpiä koulutussuuntausten yhdistelmiä olivat psykodynaamisen ja psykoanalyttisen suuntauksen yhdistelmä (206 vastaajaa) sekä psykodynaamisen ja perheterapian suuntauksen yhdistelmä

(125 vastaajaa). Ryhmäpsykoterapiakoulutus oli yhdistetty usein joko psykodynaamiseen (57 vastaajaa) tai psykoanalyttiseen (50 vastaajaa) koulutussuuntaukseen. Monilla perheterapeuteilla oli kyseisen suuntauksen lisäksi joko ratkaisukeskeinen (63 vastaajaa), kriisi- ja traumaterapia (54 vastaajaa), psykoanalyttinen (52 vastaajaa) tai kognitiivinen psykoterapia (50 vastaajaa) koulutus. Kriisi- ja traumaterapiakoulutus yhdistyi myös suhteellisen usein psykodynaamiseen koulutukseen (50 vastaajaa).

Koulutussuuntaukset erosivat ammattiryhmittäin. Psykologeilla ja lääkäreillä yleisin koulutussuuntaus oli psykodynaaminen ja toiseksi yleisin psykoanalyttinen koulutussuuntaus. Sairaanhoidajilla ja muun pohjakoulutuksen saaneilla yleisin koulutussuuntaus oli perheterapia. Psykologeilla kognitiivisen psykoterapian koulutussuuntaus oli yleisempi kuin muilla ryhmillä. Sairaanhoidajilla kriisi- ja trauma- tai EMDR-koulutussuuntaus oli yleisempi kuin muilla ryhmillä. Muun pohjakoulutuksen saaneet ilmoittivat muita useammin ratkaisukeskeisen koulutussuuntauksen. (Taulukko 3.)

Kuviossa 3 (s. 12) esitetään vastaajien vuonna 2009 esittämät koulutussuuntaukset sekä psykoterapeutiksi rekisteröitymisen vuosi. Vuoden 2009 tietojen perusteella psykodynaaminen ja psyko-

Taulukko 3. Psykoterapeuttien koulutussuuntaukset pohjakoulutuksen mukaan (n = 2 366), % [7, 3].

Psykoterapiakoulutuksen suuntaus	Osuus kaikista valinnoista ^a	Ainoana suuntauksen valinneista	Osuudet pohjakoulutuksittain ^b			
			Psykologi (n = 787)	Sairaanhoidaja (n = 622)	Lääkäri (n = 389)	Muu (n = 554)
Perheterapia	35,9	62,1	18,9	50,3	23,9	52,9
Psykodynaaminen terapia	30,9	45	36,8	25,6	44,7	18,2
Psykoanalyttinen terapia	23,8	49,2	32,1	15,1	33,7	14,3
Kognitiivinen psykoterapia	11,7	63,2	20,7	5	15,2	4,3
Kriisi- ja traumaterapia sekä EMDR ^c	8,7	37,9	7,1	12,4	3,9	10,3
Ratkaisukeskeinen terapia	6,9	42	3,9	7,1	5,1	12,1
Ryhmäpsykoterapia	6	18,3	6,1	6,6	3,1	7,2
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	3,7	56,8	4,4	3,7	2,8	3,4
Kognitiivis-analyttinen terapia	3,6	63,9	6,2	3,1	2,8	1,3
Muu ^d	9,1	23,1	6,7	9,3	5,7	15

^a Vastaaja on voinut valita useamman suuntauksen. ^b Osuudet kaikista valinnoista pohjakoulutuksittain. ^c EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) -vastauksia tuli kyselylomakkeen Muu-kohtaan yhteensä 21 kpl ja nämä yhdistettiin luokkaan kriisi- ja traumaterapia. ^d Esimerkiksi gestalt-terapia, musiikkiterapia, taideterapia, seksuaaliterapia, ks. liite 2.

analyttinen psykoterapia olivat yleisimmät koulutussuuntaukset niillä vastaajilla, jotka ilmoittivat saaneensa rekisterimerkinnän vuonna 1995 tai sitä ennen, mutta näiden suuntausten osuudet ovat pienentyneet viime vuosina. Perheterapian osuus on sen sijaan kasvanut, ja se on ollut yleisin koulutussuuntaus vuonna 1998 rekisterimerkinnän saaneista alkaen. Kognitiivisen psykoterapian ilmoittaneiden suhteellinen osuus on pysynyt pääosin ennallaan.

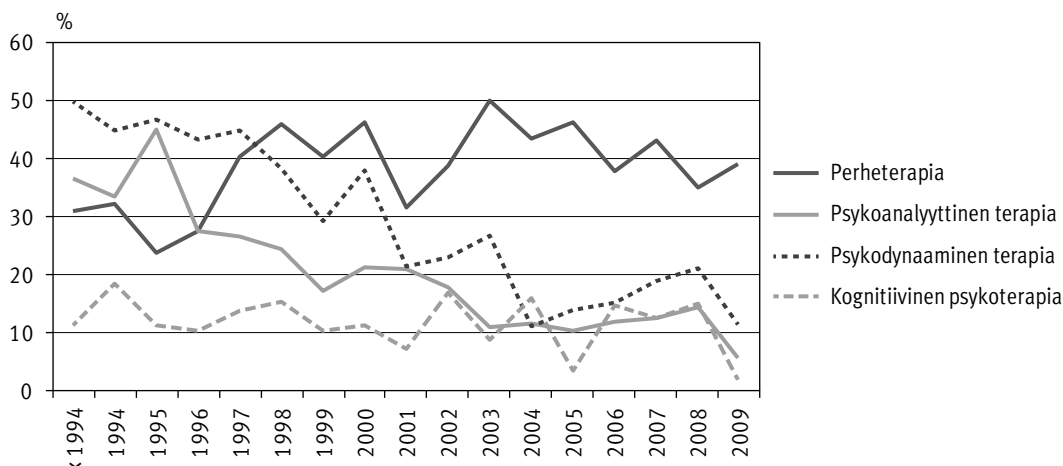
Lähes kolmannes vastaajista ilmoitti useamman kuin yhden suuntauksen. Osa näistä psykoterapiakoulutuksista on hankittu ammattinimikkeen käyttöoikeuden saamisen jälkeen, joten kuvio 3 on

vain suuntaa antava. Vastaajien koulutussuuntauksista rekisteröimisvuonna ei ole saatavissa luotettavia tietoja, sillä koulutussuuntauksia ei ole merkitty rekisteriin systemaattisesti.

Psykoterapiakoulutuksen vaativuustasot

Yli puolet vastanneista oli saanut erityistason koulutuksen ja runsas neljäsnes vaativan erityistason koulutuksen (taulukko 4). Taulukon 4 tiedot perustuvat kyselyvastauksiin ja poikkeavat siten taulukossa 1 esitetyistä Terhikki-rekisteristä poimituista tiedoista.

Kuvio 3. Vastaajat koulutussuuntauksen (vuoden 2009 tieto) ja ilmoittamansa rekisteriin merkitsemisvuoden mukaan (n = 2 292).



Taulukko 4. Psykoterapeuttien koulutuksen vaativuustasot pohjakoulutuksen ja koulutuksen suuntauksen mukaan, % [8a, 3, 7].

Koulutuksen taso	Pohjakoulutus ^a					Koulutuksen suuntaus ^a			
	Osuus kaikista (n = 2 366)	Psyko-logi (n = 787)	Sairaan-hoitaja (n = 622)	Lääkäri (n = 389)	Muu (n = 554)	Perheterapia	Psyko-dynaa-minen terapia	Psyko-analyttinen terapia	Kognitiivinen psykoterapia
Vaativa erityistason koulutus (VET)	27,1	36,6	17,8	35,7	18,2	23,8	29,7	53,6	23,5
Ylemmän erityistason koulutus (YET)	17,9	22,5	12,1	28	11	6,8	14,9	16,4	53,1
Eryitystason koulutus (ET)	52,3	40	68,6	30,6	67	68	51,5	29	21,3
Koulutusta ei ole luokiteltu em. vaativuustasojen mukaan tai tieto puuttuu	2,7	0,9	1,5	5,7	3,8	1,4	3,9	1	2,1
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100

^a Pohjakoulutus perustuu luokittelevaan kysymykseen, koulutussuuntauksista on voitu valita useita vaihtoehtoja.

Lääkäreillä yleisin vaativuustaso oli vaativa erityistaso. Psykologeista lähes yhtä monella oli vaativan erityistason tai erityistason koulutus. Sairaanhoidajan ja muiden pohjakoulutuksen saaneilla vaativuustaso oli useimmiten erityistaso. Ylemmän erityistason koulutus oli yleisempi lääkäreillä ja psykologeilla kuin sairaanhoitajilla ja muilla.

Koulutussuuntauksittain tarkasteltuna yli puolella psykoanalyttisen koulutussuuntauksen ilmoittaneista oli VET-koulutus, psykodynaamisen suuntauksen ilmoittaneista VET-koulutus oli vajaalla kolmasosalla. Perheterapian sekä kognitiivisen psykoterapian ilmoittaneista noin neljäsosalla oli VET-koulutus. Kognitiivisen psykoterapian koulutussuuntauksen ilmoittaneista yli puolet oli suorittanut ylemmän erityistason (YET) koulutuksen. Perheterapiakoulutussuuntauksen ilmoittaneista yli kahdella kolmesta ja psykodynaamisen koulutussuuntauksen ilmoittaneista yli puolella oli erityistason (ET) koulutus.

Psykoterapeuttien työnantajat

Taulukossa 5 esitetään tietoja psykoterapeuttien työnantajista. Julkisen sektorin (valtio, kunta tai sairaanhoitopiiri) palveluksessa työskenteli hie- man alle puolet vastaajista (47 %). Kun itsenäisenä ammatinharjoittajana (38 %) ja yksityisissä yrityksissä ja osuuskunnissa työskentelevät (9 %) lasketaan yhteen, yksityisellä sektorilla toimivia saadaan käytännössä yhtä paljon kuin julkisella sektorilla toimivia. Muun työnantajan oli ilmoit-

tanut 10 prosenttia vastaajista. Nämä tarkoittivat useimmiten erilaisia säätiöitä (65 vastaajaa) tai seurakuntia (60 vastaajaa). Säätiöistä useimmin mainittiin YTHS (25 vastaajaa). Vastaajat olivat myös ilmoittaneet erilaisia järjestöjä (44), kuten Suomen mielenterveysseura, tai yhdistyksiä (32). Yksittäisissä vastauksissa oli mainittu myös muita kolmannen sektorin työnantajia sekä joitakin yrityksiä.

Taulukossa 5 prosenttiosuuksien summa ylittää 100, koska osa vastaajista oli valinnut useamman vaihtoehdon kysymykseen [4]. Käytännössä he olivat niitä, jotka ilmoittivat olevansa itsenäisiä ammatinharjoittajia, mutta toimivat sen lisäksi valtion, kunnan tai sairaanhoitopiirin (58 vastaajaa), yksityisen yrityksen tai osuuskunnan (29) tai muun työnantajan (32) palveluksessa.

Vastaajien ilmoittamien pohjakoulutusten mukaan tarkasteltuna psykologeista noin puolet oli itsenäisiä ammatinharjoittajia ja lähes yhtä moni julkisen sektorin palveluksessa. Sairaanhoidajista enemmistö (61 %) työskenteli julkisella sektorilla. Lääkäreistä lähes puolet oli julkisen sektorin palveluksessa. Muun työnantajan (lähinnä kolmannen sektorin) palveluksessa suhteellisesti eniten oli muun pohjakoulutuksen saaneita.

Liitetaulukossa 1 esitetään koulutustason mukaiset jakaumat eri työnantajien suhteen. VET-koulutuksen saaneet työskentelivät usein ammatinharjoittajina (57 %), kun taas erityistason psykoterapeutit olivat useammin valtion, kuntien tai sairaanhoitopiirien palveluksessa (56 %).

Taulukko 5. Psykoterapeuttien pääasialliset työnantajat pohjakoulutuksen mukaan, % [4, 3].

Työnantaja	Osuus kaikista ^a (n = 2 366)	Pohjakoulutus			
		Psykologi (n = 787)	Sairaanhoitaja (n = 622)	Lääkäri (n = 389)	Muu (n = 554)
Valtio, kunta tai sairaanhoitopiiri	47,4	42,8	60,8	47,3	39,7
Itsenäinen ammatinharjoittaja	38,2	47,3	28,1	37,3	36,8
Muu työnantaja (esim. järjestö tai seurakunta)	9,8	6,2	8,7	5,1	19,1
Yksityinen yritys tai osuuskunta	9,3	9,1	8	11,6	9,6
Ei ole työssä tällä hetkellä ^b	0,6	1,1	0,5	0,3	0,2

^aVastaaja on voinut valita useamman työnantajan. ^b 5 vastaajaa ilmoitti olevansa äitiyslomalla tai hoitovapaalla ja 10 oli eläkkeellä, mutta vain eläkkeellä olevat tuottivat psykoterapiapalveluja ammatinharjoittajana sivutoimisesti.

3.2 Psykoterapiapalvelut

Tässä luvussa tarkastellaan psykoterapiapalvelujen tuottamistapoja, muotoja ja sisällöllistä jakautumista. Psykoterapiapalveluihin käytettyjä resursseja kuvataan palvelujen tuottamiseen käytetyn työajan mukaan. Lisäksi luvussa esitetään tietoja vastaajien ilmoittamista asiakasmääristä ja asiakasmäärän sopivuudesta käytettävissä oleviin resursseihin nähden.

Palvelujen tuottamistapa

Vastaajien ilmoittamien työnantajien perusteella ei voida päätellä suoraan, missä tai miten psykoterapeutit tuottavat psykoterapiapalveluja. Tätä kysyttiin erillisellä kysymyksellä [9]. Psykoterapiapalveluja ilmoitti tuottavansa ammatinharjoittajana hieman yli puolet vastaajista, päätoimisesti vajaa kolmasosa ja sivutoimisesti vajaa neljännes vastaajista. Virka- tai työsuhteisen työn osana psykoterapiapalveluja tarjosi vajaa kolmasosa vastaajista. Useampi kuin joka kymmenes vastaajista ilmoitti tuottavansa psykoterapiapalveluja sekä osana virka-

ka- tai työsuhteista työtään että sivutoimisinana ammatinharjoittajina. (Taulukko 6.) Osana virka- tai työsuhteista työtä palveluja tuottavista 76 % työskenteli julkisella ja 14 % kolmannella sektorilla (liitetaulukko 2).

Palvelujen tuottamistavat erosivat vastaajien pohjakoulutuksen mukaan. Psykologeista hieman yli kolmasosa ja lääkäreistä lähes kolmasosa tuotti palveluja päätoimisinana ammatinharjoittajina. Sairaanhoitajista puolestaan runsas kolmasosa ja muun pohjakoulutuksen saaneista lähes kolmasosa tuotti psykoterapiapalveluja osana virka- tai työsuhteista työtään.

Koulutussuuntauksen mukaan puolet perheterapiakoulutussuuntauksen ilmoittaneista tuotti palveluja osana virka- tai työsuhteista työtään. Psykodynaamisen ja psykoanalyttisen koulutussuuntauksen ilmoittaneet tuottivat palveluja useimmin päätoimisinana ammatinharjoittajina. Kognitiivisen psykoterapian koulutuksen saaneet tuottivat psykoterapiapalveluja yhtä usein päätoimisinana ja sivutoimisinana ammatinharjoittajina.

Taulukko 6. Psykoterapiapalvelujen tuottamistavat pohjakoulutuksen ja koulutussuuntauksen mukaan, % [9, 3, 7].

Palvelujen tuottamistapa	Osuus kaikista	Pohjakoulutus ^a				Perheterapia	Koulutussuuntaus ^a		
		Psykologi (n = 787)	Sairaanhoidtaja (n = 622)	Lääkäri (n = 389)	Muu (n = 554)		Psykodynaaminen terapia	Psykoanalyttinen terapia	Kognitiivinen psykoterapia
Ammatinharjoittajana päätoimisesti	31,3	36,8	24,8	31,9	30,1	14,7	41,6	56,2	31
Ammatinharjoittajana sivutoimisesti	23,9	25,4	20,7	27	22,9	18,7	25,2	19,8	31,8
Osana virka- tai työsuhteista työtä	29,6	22,4	38,1	28	32,3	50	17,7	11	20,9
Ammatinharjoittajana sivutoimisesti sekä osana virka- tai työsuhteista työtä	12,8	13,1	13,7	11,8	12,1	14,5	14,1	11,2	14,1
Yhteensä	97,6^b	97,7	97,3	98,7	97,4	97,9	98,6	98,2	97,8

^a Pohjakoulutus perustuu luokittelevaan kysymykseen, koulutussuuntauksen osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. ^b 1,8 % vastaajista oli ilmoittanut jonkin yllä kuvattujen vaihtoehtojen yhdistelmän. Tieto puuttui 0,6 %:lta vastaajista (n = 2 366).

Palvelujen muodot

Terapiatilanteen kokoonpanoa selvitettiin kyselyssä pyytämällä vastaajia merkitsemään sekä ensisijaisesti käyttämänsä terapiamuoto että kaikki terapiamuodot, joita he soveltavat psykoterapeuttisessa työssään [11]. Taulukko 7 esittää osuudet kaikista ja ensisijaisesti annetuista psykoterapiamuodoista. Vastaajista 85 % ilmoitti ensisijaisen terapiamuodon.

Taulukko 7. Psykoterapeutit terapiamuodon mukaan, % [11].

Terapiamuoto	Osuus kaikista ^a	Ensisijaisena valintana ^b
Yksilöpsykoterapia	85,3	65,9
Perheterapia	37,4	15,1
Ryhmäterapia	12,7	2,1
Pariterapia	10	1,2
Verkostoterapia	5,9	0,1
Muu terapia	13,1	0,9

^aVastaaja on voinut valita useamman muodon. ^bVastaajista 13,9 % ilmoitti useita terapiamuotoja alleviivaamatta ensisijaista.

Yleisin psykoterapian toteutustapa oli yksilöpsykoterapia ja toiseksi yleisin oli perheterapia. Muita terapiamuotoja tarjottiin vain harvoin ensisijaisena. Vastaajista lähes puolet (43 %) ilmoitti tarjoavansa useampaa kuin yhtä psykoterapiamuotoa. Yleisin terapiamuotojen yhdistelmä oli yksilö- ja perheterapia. Ensisijaisen terapiamuodon ilmoittaneista (n = 2 019) 14 % oli ilmoittanut yksilöterapian ensisijaiseksi ja sen lisäksi tarjoavansa myös perheterapiaa. Ensisijaisen terapiamuodon ilmoittaneista 6 % tarjosi ensisijaisesti perheterapiaa, ja sen lisäksi myös yksilöterapiaa.

Jatkotarkasteluja varten terapiamuodot luokiteltiin uudelleen siten, että pariterapia on yhdistetty perheterapiaan ja ryhmä- sekä verkostoterapia muuhun terapiamuotoon. Taulukossa 8 uudelleen luokitellut terapiamuodot esitetään pohjakoulutuksen ja koulutussuuntauksen mukaan. Psykologit ja lääkärit tarjosivat suhteellisesti useammin yksilöterapiaa kuin sairaanhoitajat tai muun pohjakoulutuksen saaneet. Sairaanhoitajien ja muun pohjakoulutuksen saaneiden osuus perhe- ja pariterapiaa tarjonneista oli puolestaan suhteellisesti suurempi kuin psykologien tai lääkäreiden, vaikka näissäkin ryhmissä useimmat tarjosivat yksilöterapiaa. Muun pohjakoulutuksen saaneet olivat jättäneet ilmoittamatta ensisijaisen terapiamuodon useammin kuin muut pohjakoulutusryhmät.

Taulukko 8. Psykoterapeuttien ensisijainen terapiamuoto pohjakoulutuksen ja koulutussuuntauksen mukaan (n = 2 366), % [11, 3, 7].

Terapiamuoto	Ensisijainen valinta pohjakoulutuksen ^a mukaan					Ensisijainen valinta koulutussuuntauksen ^a mukaan			
	Ensisijaisena valintana	Psyko-logi (n = 787)	Sairaan-hoitaja (n = 622)	Lääkäri (n = 389)	Muu (n = 554)	Perheterapia	Psyko-dynaaminen terapia	Psyko-analyytinen terapia	Kognitiivinen psykoterapia
Yksilöpsykoterapia	65,9	80,8	58,4	79,9	44	30,8	82,9	86,3	89,2
Perhe- ja pariterapia	16,3	6,4	23,2	8	28,7	43,8	2,9	1,2	1,8
Muu terapia ^b	3,1	1,8	4,3	1,8	4,3	1,4	3,2	2,8	1,1
Ei ensisijaista valintaa	13,9	10,5	13,5	8,7	22,7	23,3	10,7	9,4	6,9
Yhteensä	99,2 ^c	99,5	99,4	98,4	99,7	99,3	99,7	99,7	99

^a Pohjakoulutus perustuu luokittelevaan kysymykseen, koulutussuuntauksen osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. ^b Ryhmä-, verkosto ja muut terapiamuodot. ^c Tieto puuttui 0,8 %:lta vastaajista.

Perheterapiakoulutussuuntauksen ilmoittaneet tarjosivat useimmin perheterapiaa. Kaikissa muissa koulutussuuntauksissa yksilöterapia oli yleisimmin ensisijaisena tarjottu psykoterapiamuoto.

Psykoterapiapalveluja tarkasteltiin myös kysymällä terapiaprosessin kestoa [12]. Noin kolmasosa vastaajista oli valinnut useamman annetun vaihtoehdon. Taulukossa 9 on ilmoitettu kaikkien tiettyyn terapian keston kohdistuneiden vastausten prosenttiosuudet suhteessa koko aineistoon (n = 2 366) ja niiden vastaajien osuudet, jotka olivat merkinneet vain yhden vaihtoehdon. Pitkäkestoista eli yli kaksi vuotta kestävä psykoterapiaa tarjottiin eniten, lyhyimpiä vähiten. Kolmasosa vastaajista ilmoitti, että heidän tarjoamansa terapian kesto vaihteli asiakkaittain.

Vastaajista 28 % ilmoitti psykoterapian kestoksi useampia kuin yhden tarjotuista vaihtoehdoista, vaikka vaihtoehdona oli myös valinta ”vaihtelee

potilaiden mukaan”. Tämän oli valinnut ainoana vaihtoehtona 379 vastaajaa (16 %). Näin ollen alun perin luokitteleva kysymys muuttui monivalintakysymykseksi. Jotta terapian kestoa voitaisiin tarkastella suhteessa muihin tuloksiin, vastaajat sijoitettiin terapian keston mukaan uudelleen muodostettuihin luokkiin taulukon 10 mukaisesti (uudelleen luokittelusta katso liite 2).

Uudelleen luokiteltuina pitkäkestoisen psykoterapian osuus on edelleen suurin (29 %), mutta keskipitkän ja lyhyen psykoterapian osuudet ovat keskenään lähes yhtä suuret (noin 19 %). Vastaajista noin 16 prosenttia oli ilmoittanut ainoana valintanaan, että heidän tarjoamansa psykoterapian kesto vaihtelee asiakkaan mukaan ja yhtä moni oli merkinnyt tarjoamansa terapian kestoksi useita vaihtoehtoja. Kun päällekkäisten valintojen tulkitaan tarkoittavan samaa kuin terapian keston vaihtelu asiakkaiden mukaan, vastanneita on kolmasosa kaikista vastanneista.

Taulukko 9. Psykoterapeutit terapian keston mukaan, % [12].

Terapian kesto	Osuus kaikista ^a	Ainoana valintana ^b
Hyvin lyhytkestoinen (alle 3 kk kestävä)	7,9	3,6
Lyhytkestoinen (3–12 kuukautta)	22,9	11,7
Keskipitkä (vuodesta kahteen vuoteen)	33,3	16,8
Pitkäkestoinen (yli kaksi vuotta kestävä)	41,1	22
Vaihtelee potilaiden mukaan	33,4	16

^aVastaaja on voinut valita useamman vaihtoehdon. ^bVastaajista 28,4 % oli valinnut useamman kuin yhden valinnan.

Taulukko 10. Psykoterapian kesto terapian muodon mukaan (n = 2 366), % [12, 11].

Terapian kesto	Osuus kaikista	Terapian muoto, ensisijaiset valinnat			
		Yksilö-psykoterapia	Perhe- ja pari-terapia	Muu terapia	Ei ensisijaista valintaa
Lyhytkestoinen (alle 12 kk kestävä)	18,2	10,8	41,3	24,3	25,5
Keskipitkä (vuodesta kahteen vuoteen)	19	19,3	21,6	23	14,9
Pitkäkestoinen (yli kaksi vuotta kestävä)	28,8	38,6	2,1	23	17,9
Vaihtelee potilaiden mukaan ainoana valintana	16	13,5	24,7	6,8	20,7
Useita valintoja	16,5	17,6	8,8	21,6	19,6
Yhteensä	98,6 ^a	99,8	98,5	98,7	98,6
Osuus kaikista		65,9	16,3	3,1	13,9

^aTieto puuttui 1,4 %:lta vastaajista.

Ensisijaisesti yksilöterapiaa tarjoavat olivat useimmiten ilmoittaneet tarjoamansa terapian kestoksi pitkäkestoisen (39 %) ja ensisijaisesti perhe- ja pariterapiaa tarjoavat lyhytkestoisen (41 %) terapian. Muuta psykoterapiaa tarjonneiden psykoterapioiden kestot olivat lähes yhtä usein lyhyitä, keskipitkiä tai pitkiä. Jos vastaaja ei ollut ilmoittanut tarjoamansa terapian ensisijaista muotoa, oli hänen tarjoamansa terapian kesto tyypillisimmin lyhytkestoista (26 %) tai terapian kesto vaihteli asiakkaiden mukaan (21 %).

Palvelujen tuottamiseen käytetyt työtunnit

Psykoterapiapalvelujen tuottamiseen käytetyn ajan perusteella voidaan tarkastella psykoterapian osuutta vastaajien työnkuvassa. Tätä selvitettiin kysymällä, kuinka monta tuntia vastaajat työskentelivät viikossa psykoterapeuttina [10] (taulukko 11).

Vastaajat käyttivät psykoterapiapalvelujen tuottamiseen keskimäärin 15 tuntia viikossa. Päätoimisesti ammatinharjoittajina psykoterapiapalveluja tuottavat ilmoittivat toimivansa psykoterapeuttina keskimäärin 24 tuntia viikossa, osana virka- tai työsuhteista työtä palveluja tuottavat ilmoittivat 11 tuntia viikossa ja sivutoimiset ammatinharjoittajat 7 tuntia viikossa.

Palveluja käyttäneiden määrät

Taulukossa 12 (s. 18) esitetään psykoterapiapalvelujen käyttäjien määriä. Kyselyhetkellä vastaajilla oli oman ilmoituksensa mukaan keskimäärin 11 asiakasta (mediaani 9) vaihteluvälin ollessa 1–60.

Psykoterapiaresursseja selvitettiin myös kysymällä vastaajien koko edellisen vuoden (2008) asiakasmääriä. Vuoden 2008 asiakasmäärän jätti vastaamatta hieman useampi vastaaja kuin kyselyhetken tilannetta kuvaavaan kysymykseen. Kun aloittaneet ja lopettaneet lasketaan mukaan, vuoden 2008 aikana vastaajilla oli ollut keskimäärin 18 asiakasta (mediaani 12). (Taulukko 12.)

Asiakasmäärät vaihtelivat psykoterapiapalvelujen tuottamistavan mukaan. Päätoimisilla ammatinharjoittajilla oli keskimäärin eniten asiakkaita (kyselyhetkellä keskiarvo 15, vuoden 2008 osalta 21). Osana virka- tai työsuhteista työtä palveluja tuottaneiden asiakasmäärä kyselyhetkellä oli keskimäärin 11 asiakasta, mutta vuoden 2008 osalta asiakasmäärä oli 20 (keskiarvo), mikä on lähes sama kuin päätoimisilla ammatinharjoittajilla. Osana virka- tai työsuhteista työtä palveluja tarjoavista osa oli kuitenkin ilmoittanut huomattavan suuria asiakasmääriä, ja tämän vuoksi osana virka- tai työsuhteista työtä palveluja tarjonneiden vuoden 2008 asiakasmäärän mediaani 11 oli selvästi pienempi kuin päätoimisten ammatinharjoittajien vuoden 2008 asiakasmäärän mediaani 19. (Taulukko 12.)

Asiakasmäärien sopivuus

Toteutuneet asiakasmäärät eivät välttämättä vastaa psykoterapeuttien käytössä olevia resursseja. Sen vuoksi kysyttiin, oliko vastaajien sen hetkinen asiakasmäärä heidän nykyisiin resursseihinsa nähden liian pieni, sopiva vai liian suuri [15].

Valtaosa vastaajista arvioi nykyisen asiakasmääränsä resursseihinsa nähden sopivaksi (75 %) (tauluk-

Taulukko 11. Psykoterapiapalvelujen tuottamistapa ja psykoterapeuttien ilmoittamat työtunnit (n = 2 366), [9, 10].

Palvelujen tuottamistapa	Osuus kaikista, %	Tuntia/vko ^a			n
		Keskiarvo	Mediaani	Vaihteluväli	
Ammatinharjoittajana päätoimisesti (n = 740)	31,3	23,5	24	1,5–55	722
Ammatinharjoittajana sivutoimisesti (n = 566)	23,9	7,1	5,5	1–34	535
Osana virka- tai työsuhteista työtä (n = 701)	29,6	11,3	7,8	1–40	614
Ammatinharjoittajana sivutoimisesti sekä osana virka- tai työsuhteista työtä (n = 302)	12,8	14,1	10	1–46	292
Kaikki	100 ^b	14,7	11,8	1–55	2 196

^aKeskimääräisiä tuntimääriä tarkasteltaessa ei ole huomioitu 0-vastauksia (n = 15). ^b1,8 % vastaajista oli valinnut jonkin yllä kuvatun vaihtoehdon yhdistelmän, palveluiden tuottamistapaa koskeva tieto puuttui 0,6 %:lta vastaajista.

Taulukko 12. Psykoterapeuttien asiakasmäärä kyselyhetkellä ja yhteensä vuonna 2008, palvelujen tuottamistavan mukaan ja kaikki [9, 14a, 16].

	Potilaita kyselyhetkellä ^a				Potilaita vuonna 2008 ^a			
	Keski-arvo	Mediaani	Vaihteluväli	n	Keski-arvo	Mediaani	Vaihteluväli	n
Kaikki (n = 2 366)	10,8	9	1–60	2 143	17,6	12	1–150	2 062
Palvelujen tuottamistapa								
Ammatinharjoittajana päätoimisesti (n = 740)	15	14	1–51	727	21,2	19	1–150	704
Ammatinharjoittajana sivutoimisesti (n = 566)	5,7	4	1–35	514	9,2	6	1–71	511
Osana virka- tai työsuhteista työtä (n = 701)	10,7	7	1–60	592	20,1	11	1–150	535
Ammatinharjoittajana sivutoimisesti sekä osana virka- tai työsuhteista työtä (n = 302)	9,7	7	1–60	282	17,2	11	1–150	278
Tieto puuttuu, lkm (%)		199 (8,4)				284 (12)		

^a 0-vastausten ja maksimiarvojen käsittelystä, ks. liite 2.

Taulukko 13. Arvio asiakasmäärän sopivuudesta käytettävissä oleviin resursseihin nähden ja asiakasmäärät arvion luokkien mukaan [15, 14a, 16].

Arvio potilasmäärän sopivuudesta käytettävissä oleviin resursseihin nähden	Potilaiden määrä ^a					Potilaiden määrä v. 2008 ^a		
	Lkm	%	Keski-arvo	Mediaani	n	Keski-arvo	Mediaani	n
Liian pieni	335	14,2	6,8	5	278	12,6	8	277
Sopiva	1 769	74,8	10,9	9	1 682	17,5	13	1 611
Liian suuri	177	7,5	17,6	13,5	158	29,8	20	141
Kaikki (n = 2 281)		100 ^b	10,8	9	2 118	17,7	12	2 029

^a 0-vastausten ja maksimiarvojen käsittelystä, ks. liite 2. ^b Tieto puuttui 3,6 %:lta vastaajista.

Taulukko 14. Psykoterapiapalvelujen tuottamistapa asiakasmäärän sopivuuden mukaan, % [9, 15].

Palvelujen tuottamistapa	Osuus kaikista	Arvio potilasmäärän sopivuudesta käytettävissä oleviin resursseihin nähden		
		Liian pieni	Sopiva	Liian suuri
Ammatinharjoittajana päätoimisesti	31,3	10,1	81,9	6,9
Ammatinharjoittajana sivutoimisesti	23,9	22,1	73,9	1,8
Osana virka- tai työsuhteista työtä	29,6	10,4	69,8	13,8
Ammatinharjoittajana sivutoimisesti sekä osana virka- tai työsuhteista työtä	12,8	17,2	75,5	5,6
Kaikki	100 ^a	14,2	74,8	7,5

^a 1,8 % vastaajista oli valinnut jonkin yllä kuvatun vaihtoehtojen yhdistelmän, tieto puuttui 0,6 %:lta vastaajista.

ko 13). Asiakasmääräänsä sopivana pitävien vastaajien ilmoittama asiakasmäärä kyselyhetkellä oli keskimäärin 11 (mediaani 9). Vuositasolla sopiva asiakasmäärä näyttää olevan keskimäärin 18 asiakasta psykoterapeuttia kohden (mediaani 13).

Ammatinharjoittajana päätoimisesti työskentelevistä 82 % piti asiakasmääräänsä sopivana. Virkattai työsuhteisesti palveluja tuottaneet arvioivat asiakasmääränsä liian suureksi useammin kuin muut (14 %). Asiakasmääränsä liian pieneksi puolestaan arvioi muita useammin psykoterapiapalveluja sivutoimisena ammatinharjoittajana tuottavat (22 %). (Taulukko 14.)

3.3 Psykoterapiapalvelujen järjestäminen

Psykoterapiapalvelujen järjestämistä tarkastellaan seuraavaksi palvelujen kustantajan ja palveluihin ohjaavan tahon mukaan. Luvussa esitetään myös tietoja palvelujen järjestämisestä palvelujen tuottamistapojen, palvelujen muodon ja terapian keston mukaan.

Palvelujen kustantajat

Vastaajilta kysyttiin, mitkä tahot olivat kustantaneet heidän tarjoamiaan psykoterapiapalveluja, ja eri tahojen kustantamien asiakkaiden määrät [17].

Taulukossa 15 esitetään kustantava taho asiakasmäärien mukaan. Kysymykseen voitiin antaa vastaus usean kustantajan osalta.

Lähes yhtä moni vastaaja ilmoitti julkisen terveydenhuollon ja Kelan kustantaneen vuoden 2008 aikana heidän psykoterapia-asiakkaitensa terapiota. Kelan kustantamiksi ilmoitetun asiakasmäärän mediaani on suurempi kuin julkisen puolen. Julkisen terveydenhuollon kustantamiksi ilmoitetun asiakasmäärän keskiarvo taas on suurempi kuin Kelan, mikä selittyy osittain sillä, että osa vastaajista on ilmoittanut julkisen puolen kustantaneen erityisen suuria asiakasmääriä.

Yli puolet vastaajista ilmoitti, että heillä oli ollut vuonna 2008 terapiansa itse kustantaneita asiakkaita. Osa heistä oli antanut lisätiedon, jonka mukaan he olivat tarkoittaneet valinnalla asiakkaiden omavastuusuutta. 6 % vastaajista ilmoitti tuottamiensa palvelujen kustantajaksi vain asiakkaat itse.

Palveluihin ohjaaminen

Kyselyssä tiedusteltiin, mitkä tahot olivat ohjanneet heille psykoterapia-asiakkaita ja kuinka monta asiakasta kukin taho ohjasi vuonna 2008 [18]. Julkinen sektori on yleisin taho, jonka kautta asiakkaat ohjautuvat psykoterapiaan, ja julkisen sektorin kautta ohjautuneiden asiakkaiden määrä ilmoitettiin keskimäärin suurimmaksi (taulukko 16, s. 20).

Taulukko 15. Psykoterapiapalvelujen kustantajat ja asiakasmäärät kustantaneen tahon mukaan [17].

Palvelujen kustantaja	Osuus kaikista, % (lkm)	Potilaita ^c			
		Keskiarvo	Mediaani	Vaihteluväli	n
Kela	50,5 (1 194)	8,6	6	1–61	1 162
Julkinen terveydenhuolto	50,9 (1 204)	9,9	5	1–150	1 062
Sosiaalitoimi ^a	7,6 (180)	7,8	2	1–90	140
Vakuutuslaitos ^a	6,7 (159)	1,7	1	1–8	148
Työterveyshuolto ^a	3,4 (80)	4,4	2	1–30	62
YTHS ^a	2,4 (57)	7,1	3	1–36	49
Muu ^a	6 (143)	15,4	5	1–120	106
Potilaat kustantaneet itse ^b	51,1 (1 209)	6,7	4	1–140	1 165

^a Esikoodauksessa lisätty muuttuja. ^b Kysymyksen perusteella ei tiedetä, ovatko vastaajat tarkoittaneet terapiansa kokonaan itse kustantaneita vai potilaiden omavastuusuutta. ^c 0-vastausten ja maksimi-arvojen käsittelystä, ks. liite 2.

Omatoimisesti ilman lähetettä oli tullut asiakkaita yli puolelle vastaajista, ja omatoimisesti tulleiden asiakkaiden määrän keskiarvo oli 8 asiakasta vastaajaa kohden (mediaani 4)⁴. Yksityinen sektori oli ohjannut psykoterapia-asiakkaita noin kolmasosalle vastaajista vuonna 2008. Yksityissektorin kautta ohjautui vähemmän asiakkaita vastaajaa kohden kuin edellä mainittujen tahojen kautta. Muista ohjanneista tahoista suurimmat olivat YTHS ja työterveyshuollot. Taulukossa 16 Muu-kohta tarkoittaa useimmiten joko seurakuntaa, järjestöä tai yhdistystä. Eri tahojen kautta ohjautuneiden asiakkaiden määrät vaihtelivat.

Palvelujen järjestäminen tuottamistapojen näkökulmasta

Psykoteraapiapalvelujen kustantajia todettiin edellä olevan pääasiassa kolme: Kela, julkinen terveydenhuolto ja asiakkaat itse (runsaat 50 % vastaajista kussakin). Muiden tahojen kustantamia asiakkaita oli yhteenlaskettunakin selvästi harvemmilla vastaajilla (24 %). Palvelujen tuottamistavat painottuivat eri kustantajilla jossain määrin eri tavoin (taulukko 17). Palvelujen tuottamistapa kuvataan taulukoissa 17 ja 18 pääasiallisen toiminnan mukaisesti, mutta kustantaja- ja ohjaajatahoon on voitu

Taulukko 16. Psykoteraapiapalveluihin ohjaaminen ja asiakasmäärät ohjanneen tahon mukaan [18].

Taho, jonka kautta potilaat ovat ohjautuneet terapiaan	% (lkm)	Potilaita ^b			
		Keskiarvo	Mediaani	Vaihteluväli	n
Julkinen sektori	68,7 (1 625)	9,8	6	1–150	1 432
Yksityinen sektori	34,5 (816)	4,7	3	1–40	757
Sosiaalitoimi ^a	1,5 (36)	6,2	3,5	1–31	24
Vakuutuslaitos ^a	0,5 (12)	1	1	1	6
Työterveyshuolto ^a	4,4 (104)	5,9	3	1–80	78
YTHS ^a	6 (141)	5	4	1–40	124
Muu ^a	3,7 (88)	9,3	4	1–150	64
Omatoimisesti ilman lähetettä tulleet potilaat	51,6 (1 221)	8,4	4	1–150	1 101

^a Esikoodauksessa lisätty muuttuja. ^b 0-vastausten ja maksimiarvojen käsittelystä, ks. liite 2.

Taulukko 17. Psykoteraapiapalvelujen kustantajat palvelujen tuottamistavan mukaan, lkm ja % [17, 9].

Palvelujen kustantaja ^a	Osuus kaikista	Palvelujen tuottamistapa ^a			
		Ammatinharjoittaja päätoimisesti (n = 740)	Ammatinharjoittaja sivutoimisesti (n = 566)	Osana virka- tai työsuhteista työtä (n = 701)	Ammatinharjoittajana sivutoimisesti sekä osana virka- tai työsuhteista työtä (n = 302)
Kela	50,5 %	634 85,7 %	341 60,2 %	45 6,4 %	158 52,3 %
Julkinen terveydenhuolto	50,9 %	400 54,1 %	141 24,9 %	460 65,6 %	183 60,6 %
Potilaat kustantaneet itse	51,1 %	587 79,3 %	365 64,5 %	67 9,6 %	171 56,6 %
Muu ^b	23,9 %	235 31,8 %	101 17,8 %	125 17,8 %	93 30,8 %

^a Palvelujen tuottamistapa perustuu luokittelevaan kysymykseen, kustantajan osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. ^b Muista kustantajista sosiaalitoimi, vakuutuslaitos, työterveyshuolto ja YTHS olivat yleisimmät, ks. taulukko 15.

⁴ Taulukossa 16 esitettyjen asiakasmäärien vaihteluvälit ovat suuret. Suurimpia asiakasmääriä ilmoittivat perheterapiakoulutuksen saaneet ja perheterapiaa tarjoavat vastaajat.

valita useita vaihtoehtoja, mistä johtuen sarakkeiden prosenttilukujen summat ylittävät 100:n.

Päätoimisesti ammatinharjoittajina psykoterapiapalveluja tuottavista 86 %:lla oli vuonna 2008 Kelan kustantamia asiakkaita. Neljällä viidestä päätoimisesta ammatinharjoittajasta oli ollut myös terapian-sa itse ainakin osittain kustantaneita asiakkaita. Ammatinharjoittajat olivat tarjonneet terapiapalveluja myös julkisen terveydenhuollon kustantamille asiakkaille. Osana virka- tai työsuhteista työtä palveluja tarjonneista valtaosalla oli ollut julkisen terveydenhuollon kustantamia asiakkaita. Osana virka- tai työsuhteista työtä psykoterapiapalveluja tuottavilla on voinut olla muiden tahojen kustantamia asiakkaita, mikäli he ovat toimineet esimerkiksi seurakunnan, järjestön tai jonkin säätiön palveluksessa.

Sivutoimisesti ammatinharjoittajana psykoterapiapalveluja tuottaneista psykoterapeuteista kaksi kolmannesta ilmoitti asiakkaiden kustantaneen terapiansa ainakin osittain itse. Psykoterapiapalveluja sekä osana virka- tai työsuhteista työtään että sivutoimisina ammatinharjoittajina tarjoavilla julkinen terveydenhuolto oli kustantanut palveluja hieman useammin kuin asiakkaat itse tai Kela.

Psykoterapiaan ohjaavat tahot jakautuivat kolmeen pääluokkaan: julkinen sektori, yksityinen sektori ja omatoimisesti ilman lähetettä tulleet asiakkaat (taulukko 18). Julkinen sektori ohjasi asiakkaita melko tasaisesti eri tavoin palveluja tuottaneille

(ammatinharjoittajana sivutoimisesti palveluja tuottaneille kuitenkin suhteellisesti vähiten). Yksityissektorin ohjaamat asiakkaat painottuvat psykoterapiapalveluja päätoimisina ammatinharjoittajina tuottaville vastaajille. Myös omatoimisesti ilman lähetettä tulleet asiakkaat ohjautuvat usein päätoimisille ammatinharjoittajille.

Palvelujen järjestäminen terapiamuotojen ja terapian keston näkökulmasta

Psykoterapiapalvelujen kustantajia suhteessa psykoterapiamuotoon kuvataan taulukossa 19 (s. 22). Kustantajien jaottelu perustuu monivalintakysymykseen, terapiamuotojen ensisijaiseen valintaan. Solujen kursivoitu prosenttiluku kuvaa eri terapiamuotojen osuutta kunkin kustantajan valinneissa. Solujen alimmat prosenttiluvut kuvaavat kustantajien osuuksia eri terapiamuodoissa.

Kela kustansi pääosin yksilöpsykoterapiaa tarjonneiden terapeuttien palveluja (85 %). Julkisen terveydenhuollon kustantamat terapiamuodot jakautuvat jonkin verran tasaisemmin, joskin yksilöterapian osuus myös tässä kohtaa on absoluuttisesti suurin (64 %), mikä on odotettavaakin, sillä hieman yli kaksi kolmasosaa kaikista vastaajista ilmoitti yksilöpsykoterapian ensisijaisesti tarjoamukseen terapiamuodoksi. Lähes neljä viidesosaa niistä psykoterapeuteista, joilla oli vuonna 2008 itse kustantaneita asiakkaita, ilmoitti tarjoavansa ensi sijassa yksilöterapijaa. (Taulukko 19.)

Taulukko 18. Psykoterapiapalveluihin ohjanneet tahot palvelujen tuottamistavan mukaan, lkm ja % [18, 9].

Taho, jonka kautta potilaat ovat ohjautuneet terapiaan ^a	Osuus kaikista	Palvelujen tuottamistapa ^a			
		Ammatinharjoittaja päätoimisesti (n = 740)	Ammatinharjoittaja sivutoimisesti (n = 566)	Osana virka- tai työsuhteista työtä (n = 701)	Ammatinharjoittajana sivutoimisesti sekä osana virka- tai työsuhteista työtä (n = 302)
Julkinen sektori	68,7 %	568 76,8 %	315 55,7 %	494 70,5 %	224 74,2 %
Yksityinen sektori	34,5 %	404 54,6 %	211 37,3 %	83 11,8 %	108 35,8 %
Omatoimisesti ilman lähetettä tulleet potilaat	51,6 %	529 71,5 %	319 56,4 %	198 28,2 %	156 51,7 %
Muu ^b	16,1 %	167 22,6 %	65 11,5 %	50 7,1 %	46 15,2 %

^a Palvelujen tuottamistapa perustuu luokittelevaan kysymykseen, ohjaavan tahon osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. ^b Muista ohjanneista tahoista suurimmat olivat YTHS ja työterveyshuollot, ks. taulukko 16.

Taulukko 19. Psykoterapiapalvelujen kustantajat ja terapian muoto, lkm ja % [17, 11].

Palvelujen kustantaja ^a	Osuus kaikista	Terapian muoto, ensisijaiset valinnat ^a				Yhteensä
		Yksilö-psykoterapia (n = 1 559)	Perhe- ja pariterapia (n = 385)	Muut ^b (n = 74)	Ei ensisijaista terapiamuotoa (n = 329)	
Kela	50,5 %	1009	41	21	120	99,6 %
		84,5 %	3,4 %	1,6 %	10,1 %	
		64,7 %	10,6 %	28,4 %	36,5 %	
Julkinen terveydenhuolto	50,9 %	775	208	33	185	99,8 %
		64,4 %	17,3 %	2,7 %	15,4 %	
		49,7 %	54 %	44,6 %	56,2 %	
Potilaat kustantaneet itse	51,1 %	945	95	25	142	99,9 %
		78,2 %	7,9 %	2,1 %	11,7 %	
		60,6 %	24,7 %	33,8 %	43,2 %	
Muu ^c	23,9 %	365	92	16	91	99,8 %
		64,6 %	16,3 %	2,8 %	16,1 %	
		23,4 %	23,9 %	21,6 %	27,7 %	

^aTerapian muoto perustuu luokittelevaan kysymykseen, kustantajan osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. Kursivoiduista riviprosenteista voi lukea terapiamuotojen osuuksia kunkin kustantajan valinneissa ja sarakeprosentteista (solujen alimmat luvut) kustantajien osuudet terapiamuodottain. Yhteensä-sarake ei summaudu sataan, koska kaikki kustantajan ilmoittaneet eivät olleet ilmoittaneet terapian muotoa.

^bRyhmä-, verkosto ja muut terapiamuodot. ^c Muista kustantajista sosiaalitoimi, vakuutuslaitos, työterveyshuolto ja YTHS olivat yleisimmät, ks. taulukko 15.

Taulukko 20. Psykoterapiapalvelujen kustantajat terapian keston mukaan, lkm ja % [17, 12].

Palvelujen kustantaja ^a	Osuus kaikista	Terapian kesto ^a					Yhteensä
		Lyhytkestoinen (alle 12 kk) (n = 430)	Keskipitkä (1–2 vuotta) (n = 450)	Pitkäkestoinen (yli 2 vuotta kestävä) (n = 682)	Vaihtelee potilaiden mukaan ainoana valintana (n = 379)	Useita valintoja (n = 391)	
Kela	50,5 %	47	221	542	127	252	99,5 %
		3,9 %	18,5 %	45,4 %	10,6 %	21,1 %	
		10,9 %	49,1 %	79,5 %	33,5 %	64,5 %	
Julkinen terveydenhuolto	50,9 %	205	207	392	206	188	99,5 %
		17 %	17,2 %	32,6 %	17,1 %	15,6 %	
		47,7 %	46 %	57,5 %	54,4 %	48,1 %	
Potilaat kustantaneet itse	51,1 %	120	202	475	163	246	99,7 %
		9,9 %	16,7 %	39,3 %	13,5 %	20,3 %	
		27,9 %	44,9 %	69,6 %	43 %	62,9 %	
Muu ^b	23,9 %	107	88	156	88	125	99,8 %
		18,9 %	15,6 %	27,6 %	15,6 %	22,1 %	
		24,9 %	19,6 %	22,9 %	23,2 %	32 %	

^aTerapian kesto perustuu luokittelevaan kysymykseen, kustantajan osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. Kursivoidut prosentit ilmoittavat terapian keston osuuksia kunkin kustantajan valinneissa ja sarakeprosentteista (solujen alimmat luvut) kustantajien osuudet terapian keston mukaan. Yhteensä-sarake ei summaudu sataan, koska kaikki kustantajan ilmoittaneet eivät olleet ilmoittaneet terapian kesto.

^b Muista kustantajista sosiaalitoimi, vakuutuslaitos, työterveyshuolto ja YTHS olivat yleisimmät, ks. taulukko 15.

Kun taulukkoa tarkastellaan sarakkeittain, huomataan, että perhe- ja pariterapiaa tarjonneista 54 % ilmoitti julkisen terveydenhuollon yhdeksi tarjoamiensa palvelujen kustantajaksi. Myös niistä vastaajista, jotka eivät ilmoittaneet ensisijaista terapiamuotoa, yli puolet ilmoitti julkisen terveydenhuollon kustantaneen asiakkaidensa terapeutoita. (Taulukko 19.)

Taulukossa 20 kuvataan psykoterapiapalvelujen kustantajia suhteessa terapian kestoon. Terapian kesto perustuu luokittelevaan, kustantaja puolestaan monivalintakysymykseen. Solujen kursivoitu prosenttiluku kuvaa eripituisten terapioiden ilmoittaneiden osuutta kunkin kustantajan valinneissa. Solujen alimmat prosenttiluvut kuvaavat kustantajien osuuksia eripituista terapeutoita ilmoittaneissa.

Riveittäin tarkasteltuna taulukko 20 osoittaa, että riippumatta siitä, mitä kustantajia vastaajat ovat ilmoittaneet, pitkäkestoinen terapia on yleisin terapiamuoto. Sen sijaan sarakkeittain tarkasteltuna nähdään, että lyhytkestoista terapiaa tarjonneista lähes puolet ilmoittaa julkisen terveydenhuollon yhdeksi tarjoamiensa palvelujen kustantajaksi. Pitkäkestoista terapiaa tarjonneista 80 % ilmoittaa Kelan yhdeksi kustantajaksi.

3.4 Psykoterapiapalvelujen käyttäjien ikäryhmät

Asiakkaiden ikäryhmiä kysyttiin monivalintakysymyksellä [19]. Lähes neljä vastaajaa viidestä (78 %) ilmoitti hoitaneensa vuoden 2008 aikana 26–67-vuotiaita asiakkaita (taulukko 21). Tässä ikäryhmässä myös asiakasmäärät olivat selvästi suuremmat kuin

muissa ikäryhmissä. Tulos on varsin odotettava, koska kyselyssä tässä vaihtoehdossa iän vaihteluväli on 41 vuotta, kun se muissa vaihtoehdoissa, paitsi yli 67-vuotiaissa, oli enintään 12 vuotta.

Suurin osa vastaajista oli ilmoittanut vähintään kaksi vaihtoehtona ollutta ikäryhmää. 64 vastaajaa oli valinnut 0–12-vuotiaat, 14 vastaajaa 13–15-vuotiaat, 54 vastaajaa 16–25-vuotiaat, 405 vastaajaa 26–67-vuotiaat ja 1 vastaaja yli 67-vuotiaat ainoana vuonna 2008 hoitaminaan ikäryhminä. Tiettyyn ikäryhmään keskittyviä psykoterapeutteja on terapeuttien kokonaismäärään suhteutettuna siten varsin vähän.

Lasten ja nuorten psykoterapian erityiskoulutuksen oli saanut 398 vastaajaa (17 %) [5b]. Kysyttäessä pääasiallista työnantajaa osa vastaajista oli valinnut useamman vaihtoehdon. Suurin osa lasten ja nuorten psykoterapian erityiskoulutuksen saaneista ilmoitti työskentelevänsä yksityissektorilla (itsenäisinä ammatinharjoittajina 47 % ja yrityksissä tai osuuskunnissa 10 %). Lähes puolet (45 %) lasten ja nuorten erityiskoulutuksen saaneista ilmoitti työskentelevänsä julkisen sektorin työnantajan palveluksessa, ja muun työnantajan ilmoitti 5 % heistä. Lasten ja nuorten erityiskoulutuksen saaneista psykologeja oli 44 %, sairaanhoitajia 23 % ja lääkäreitä 19 %. (Liitetaulukko 3.)

Alle 12-vuotiaita asiakkaita oli ollut 22 %:lla ja 13–15-vuotiaita 24 %:lla vastaajista. Osuudet ovat selvästi suurempia kuin lasten ja nuorten psykoterapiaan koulutuksen saaneiden osuus (17 %). Kysymys oli esitetty monivalintamuodossa, joten moni vastaaja oli ilmoittanut molemmat edellä mainitut ikäryhmät. 751 vastaajaa (32 % kaikista)

Taulukko 21. Psykoterapeuttien asiakkaiden ikäryhmät ja asiakasmäärät ikäryhmittäin (n = 2 366) [19].

Ikäryhmä	Valintojen lkm (%)	Potilaita ^a			n	Ikäkohortti vuonna 2008 ^b	Vastauksia 10 000 ikäkohorttiin kuuluvaa kohden ^c
		Keski-arvo	Mediaani	Vaihteluväli			
0–12 v	522 (22,1)	5,9	4	1–60	474	761 205	6,9
13–15 v	565 (23,9)	3,9	2	1–35	507	195 762	28,9
16–25 v	1 485 (62,8)	5,6	3	1–150	1 378	662 975	22,4
26–67 v	1 852 (78,3)	13,0	8	1–150	1 705	2 974 315	6,2
Yli 67 v	218 (9,2)	3,8	1	1–69	179	732 057	3

^a0-vastausten ja maksimiarvojen käsittelystä, ks. liite 2. ^bLähde: Tilastokeskus (Väestörakenne). ^cVastaajien ikäluokkia koskevat osuudet suhteessa kyseisten ikäluokkien mukaisiin ikäkohortteihin.

oli ilmoittanut toisen tai molemmat näistä ikäryhmistä. Nuoria (16–25-vuotiaita) vuonna 2008 oli hoitanut 63 prosenttia vastanneista.

Vastaajat ovat ilmoittaneet selvästi eniten asiakkaita ikäryhmistä 13–15-vuotiaat ja 16–25-vuotiaat, kun vastaukset suhteutetaan ikäluokkien mukaisiin ikäkohortteihin. Suhteessa varttuneen väestön (yli 67-vuotiaat) määrään huomattavan harvat vastaajat ilmoittivat tarjonneensa palveluja kyseiselle ikäluokalle.

3.5 Asiakasohjaus

Psykoterapiaan ohjaaminen voi tarkoittaa sekä suosituksen tai lähetteen antamista että yksilöllisempää ohjausta sopivan terapiamuodon ja terapeutin valintaan. Kyselylomakkeessa vastaajia pyydettiin arvioimaan, olivatko heidän asiakkaansa saaneet riittävästi ohjausta terapiamuodon ja terapeutin valintaan.

Alle kolmasosa arvioi asiakkaidensa saaneen riittävästi ohjausta, ja hieman yli kolmasosa piti asiakkaidensa saamaa ohjausta osittain riittävänä. Noin yksi kymmenestä vastaajasta arvioi, että heidän asiakkaansa eivät olleet saaneet riittävästi ohjausta. Alle 1 % vastaajista piti ohjausta psykoterapiamuodon tai terapeutin valintaan tarpeettomana (taulukko 22).

Niitä vastanneita, jotka vastasivat asiakkaidensa yleensä saaneen riittävästi ohjausta, tarkasteltiin myös koulutussuuntauksittain (taulukko 23). Psykoanalyttisen ja psykodynaamisen terapian koulutussuuntauksen ilmoittaneet pitivät asiakkaidensa saamaa ohjausta yleensä riittävänä useammin kuin muut. Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja ratkaisukeskeisen terapian ilmoittaneista taas keskimääräistä harvempi piti asiakkaidensa saamaa ohjausta yleensä riittävänä. Kysymyksen muodon perusteella jää kuitenkin avoimeksi, millaista riittävä ohjaus vastaajien mielestä on. Taulukossa 23 näkyvät erot

Taulukko 22. Psykoterapeuttien arvio asiakkaiden saaman ohjauksen riittävydestä [21].

	Lkm (%)
Olivat yleensä saaneet riittävästi ohjausta	697 (29,5)
Osa oli saanut riittävää ohjausta, osa ei	867 (36,6)
Eivät yleensä olleet saaneet riittävää ohjausta	292 (12,3)
Minulla ei ole tietoa potilaitteni saamasta ohjauksesta	223 (9,4)
Ohjaus psykoterapiamuodon tai terapeutin valintaan ei ole mielestäni tarpeellista	19 (0,8)
Tieto puuttuu	268 (11,3)
Yhteensä	2 366 (100)

Taulukko 23. ”Olivat yleensä saaneet riittävästi ohjausta” -vastanneet koulutussuuntauksittain (n = 697) [21a, 7].

	Lkm	% ko. suuntauksen ilmoittaneista
Psykoanalyttinen terapia	219	39
Psykodynaaminen terapia	277	37,9
Kognitiivinen psykoterapia	88	31,8
Ryhmäpsykoterapia	40	28,2
Kognitiivis-analyttinen terapia (KAT)	23	26,7
Kriisi- ja traumaterapia sekä EMDR	53	25,1
Perheterapia	191	22,5
Ratkaisukeskeinen terapia	32	19,6
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	12	13,6
Muu	62	28,1

voivat viitata siten konkreettisiin eroihin asiakkaiden saaman ohjauksen määrässä ja laadussa tai eri koulutussuuntausten ilmoittaneiden erilaisiin käsitteisiin siitä, millainen ohjaus on riittävää.

3.6 Alueelliset erot

Tässä luvussa siirrytään tarkastelemaan edellisissä luvuissa kuvattuja tietoja alueellisesta näkökulmasta. Vastaajat ilmoittivat, minkä sairaanhoitopiirin alueella he tarjoavat psykoterapiapalveluja. Tätä tietoa tarkastellaan seuraavaksi suhteessa sairaanhoitopiirin asukasmäärään, vastaajien ilmoittamiin yleisimpiin koulutussuuntauksiin, psykoterapiapalvelujen kustantajiin sekä asiakasohjausta riittävänä pitäneiden määrään.

Psykoterapeuttien alueellinen jakautuminen

Psykoterapiapalvelujen alueellista jakautumista selvitetiin kysymällä, minkä sairaanhoitopiirin tai kunnan alueella he tarjosivat psykoterapiapalveluja [13]. Vastaajien oli mahdollista ilmoittaa myös useampia sairaanhoitopiirejä tai kuntia. Taulukossa 24 on ilmoitettu vain se sairaanhoitopiiri, jonka vastaajat ovat ilmoittaneet ensimmäisenä. Toisen sairaanhoitopiirin oli ilmoittanut 12 % vastaajista. Nämä jakautuivat pääosin samalla tavalla kuin ensimmäisenä ilmoitetut, ainoastaan HUSin osuus korostui jonkin verran (ks. liite 2).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella oli eniten vastaajia sekä määrältään (taulukko 24) että suhteessa väestömäärään. Vastanneiden määrä suhteessa alueen väestömäärään oli lähes 6 vastaajaa 10 000 asukasta kohden. Toiseksi eniten vastaajia asukasmäärään nähden oli Länsi-Pohjan sairaan-

Taulukko 24. Psykoterapeutit sairaanhoitopiireittäin [13].

Sairaanhoitopiiri	Vastanneita, lkm	%	Alueen väestö ^a
Helsinki ja Uusimaa	888	37,5	1 494 576
Varsinais-Suomi	209	8,8	464 550
Pohjois-Pohjanmaa	182	7,7	389 614
Pirkanmaa	151	6,4	477 332
Keski-Suomi	115	4,9	271 747
Pohjois-Savo	111	4,7	248 423
Etelä-Pohjanmaa	79	3,3	198 502
Päijät-Häme	66	2,8	211 975
Kanta-Häme	61	2,6	173 041
Pohjois-Karjala	57	2,4	170 194
Kymenlaakso	50	2,1	178 561
Vaasa	49	2,1	164 278
Satakunta	48	2	227 652
Etelä-Karjala	47	2	127 640
Etelä-Savo	41	1,7	107 129
Kainuu	37	1,6	79 690
Länsi-Pohja	32	1,4	65 586
Keski-Pohjanmaa	28	1,2	77 745
Lappi	28	1,2	118 377
Itä-Savo	19	0,8	52 246
Ahvenanmaa	6	0,3	27 456
Kaikki	2366	100 ^b	5 326 314

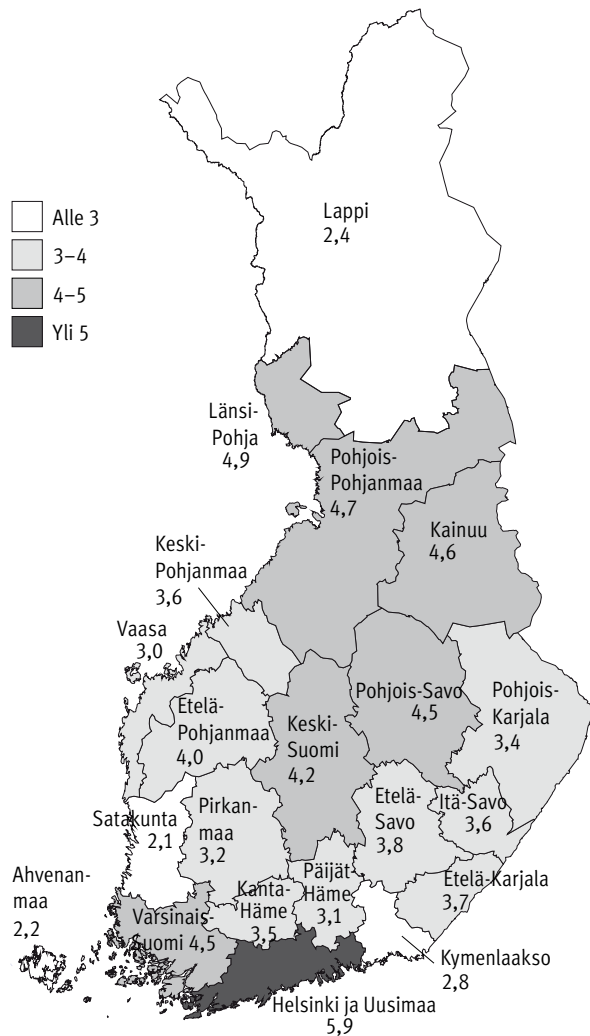
^aVäestöä koskevat tiedot ajankohdalta 31.12.2008 (Tilastokeskus). ^bTieto puuttui 2,6 %:lta vastaajista.

hoitopiirissä (4,9 vastaajaa / 10 000 asukasta). Vähiten vastaajia suhteessa väestömäärään oli Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Alle kolmeen vastaajaan 10 000 asukasta kohden jäivät Satakunnan lisäksi Ahvenanmaan, Lapin ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirit.

Väestömäärään suhteutettuna Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella psykoterapiapalveluja tarjosi 2,8-kertainen määrä vastanneita Satakunnan sairaanhoitopiiriin verrattuna. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä, joka edustaa mediaania, jos tarkastellaan väestöön suhteutettua vastaajien määrää, oli 1,7 kertaa enemmän vastaajia kuin Satakunnassa. (Kuvio 4.)

Sairaanhoitopiirin välillä löytyi eroja sen suhteen, miten vastaajien pohjakoulutukset jakautuivat (liitetäulukko 4). Kun koko aineistossa psykologeja oli

Kuvio 4. Vastaajat sairaanhoitopiireittäin suhteessa sairaanhoitopiirin väestömäärään (vastaajia / 10 000 asukasta) [13].



33 %, Ahvenanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä noin puolet vastanneista oli psykologeja. Länsi-Pohjan ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä yli puolet vastaajista oli sairaanhoitajia, kun sairaanhoitajien osuus koko aineistossa oli 26 %. Lääkäreiden osuus oli selvästi koko aineiston osuutta (16 %) suurempi Pirkanmaan (29 %) ja Pohjois-Pohjanmaan (28 %) sairaanhoitopiireissä. Lapin, Itä-Savon ja Ahvenanmaan sairaanhoitopiireissä ei ollut yhtään lääkärinä ja kymmenen sairaanhoitopiirin alueella lääkäreiden osuus oli alle 10 %. Vaasan ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiireissä lähes neljäsosalla vastaajista oli jokin yhteiskuntatieteellinen tai sosiaalialan tutkinto, kun heitä koko aineistossa oli 13 %. (Liitetäulukko 4.)

Psykoterapiapalveluja tuotettiin useimmiten joko päätoimisina tai sivutoimisina ammatinharjoittajina. Alueellisia eroja palvelujen tuottamistavassa löytyy siten, että Kainuun, Länsi-Pohjan, Itä-Savon, Kymenlaakson ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirien alueella useampi vastaaja ilmoitti tuottavansa psykoterapiapalveluja osana virka- tai työsuhteista työtä kuin pää- tai sivutoimisena ammatinharjoittajana. Muiden sairaanhoitopiirien alueella enemmistö vastaajista ilmoitti tuottavansa psykoterapiapalveluja ammatinharjoittajana. (Liitetäulukko 5.)

Alueelliset erot psykoterapeuttien koulutussuuntauksissa

Sairaanhoitopiirit jakautuivat psykoterapeuttien koulutussuuntausten osalta karkeasti ottaen kahteen ryhmään: toisaalta psykodynaamisen tai psykoanalyttisen koulutussuuntauksen ja toisaalta perheterapian koulutussuuntauksen hallitsevaan osuuteen. Kuviossa 5 sairaanhoitopiirit on merkitty sen mukaan, minkä koulutussuuntauksen kyseisen sairaanhoitopiirin alueella toimivat vastaajat olivat ilmoittaneet useimmin. Kuvasta näkyy siis vain yleisimmin esiintynyt koulutussuuntaus. (Kuvio 5.)

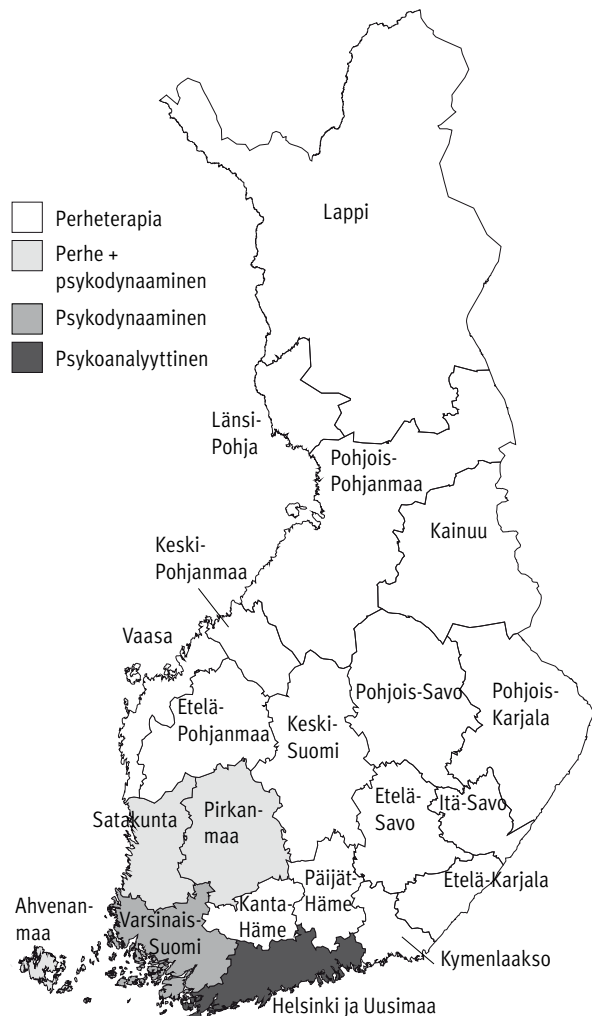
Tarkemmat tiedot vastaajien ilmoittamista koulutussuuntauksista sairaanhoitopiireittäin löytyvät liitetäulukosta 6. HUS:n alueella 36,6 %:lla vastaajista oli psykoanalyttisen koulutussuuntauksen mukainen koulutus. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella psykodynaamisen koulutussuuntauksen ilmoittaneita oli 46 %. Pirkanmaan, Satakunnan ja Ahvenanmaan sairaanhoitopiirien alueilla oli käytännössä yhtä paljon psykodynaamisen ja perheterapian koulutussuuntauksen ilmoittaneita. Kaikissa muissa sairaanhoitopiireissä perheterapiakoulutussuuntauksen ilmoittaneita

oli enemmän kuin muita yksittäisiä vaihtoehtoja ilmoittaneita. Vahvin suhteellinen perheterapian edustus oli Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella, jossa 84 % vastanneista ilmoitti koulutussuuntaukseksi perheterapian. (Liitetaulukko 6.)

Psykoterapiapalvelujen kustantajien väliset alueelliset erot

Psykoterapiapalvelujen kustantajissa löytyi myös alueellisia eroja. Sairaanhoitopiirit voidaan jakaa niihin, joissa julkinen terveydenhuolto on ilmoitettu useimmin palvelujen kustantajaksi, niihin, joissa Kela on kustantanut useimpien vastaajien tuottamia palveluja ja niihin, joissa asiakkaat itse oli ilmoitettu useimmin palvelujen kustantajaksi. Osa vastaajista oli merkinnyt asiakkaat itse tuottamiensa palvelujen kustantajaksi tarkoittaen sillä asiakkaiden maksamaa omavastuusuutta. Kuviossa

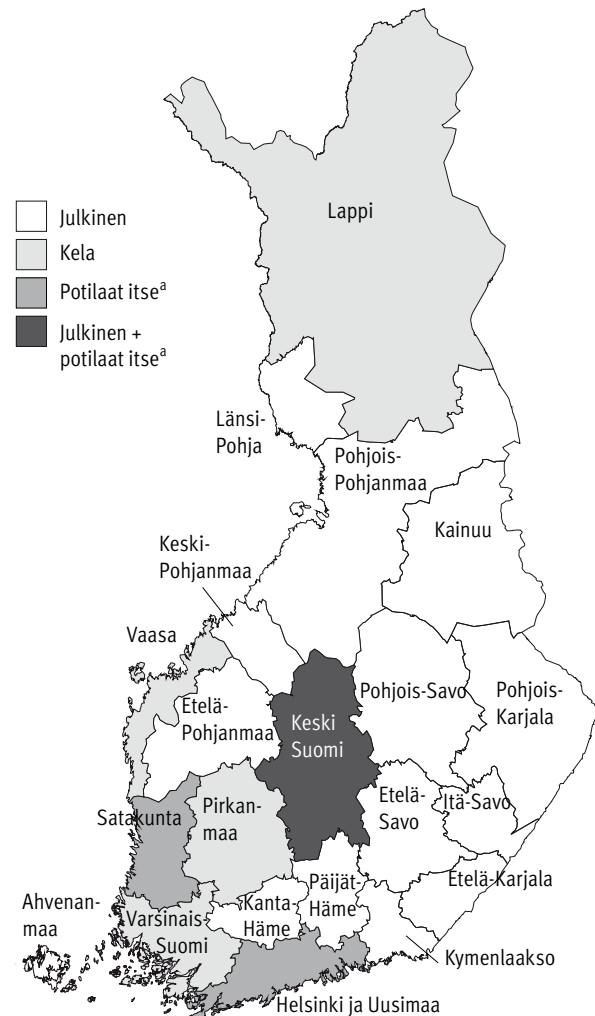
Kuvio 5. Vastaajien ilmoittamat yleisimmät koulutussuuntaukset sairaanhoitopiireittäin [13, 7].



6 on kuvattu eniten merkintöjä saanut kustantaja kunkin sairaanhoitopiirin alueelta.

Liitetaulukossa 7 on esitetty tarkemmin eri psykoterapiapalvelujen kustantajien osuudet kunkin sairaanhoitopiirin alueella. Vastaajat olivat ilmoittaneet yleensä useampia kustantajia, joten kustantajien osuudet ylittävät 100 %. Julkinen terveydenhuolto kustansi useimpien vastaajien tarjoamia palveluja useimpien sairaanhoitopiirien alueilla. Tästä poikkeuksina olivat Lapin, Pirkanmaan, Vaasan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit, joissa Kela oli suurin palvelujen kustantaja, ja HUS, jossa asiakkaat itse olivat kustantaneet useimpien vastaajien tarjoamia palveluja. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella vastaajat olivat ilmoittaneet yhtä usein julkisen terveydenhuollon ja asiakkaat itse tuottamiensa palvelujen kustantajiksi.

Kuvio 6. Psykoterapiapalvelujen yleisimmät kustantajat sairaanhoitopiireittäin [13,17].

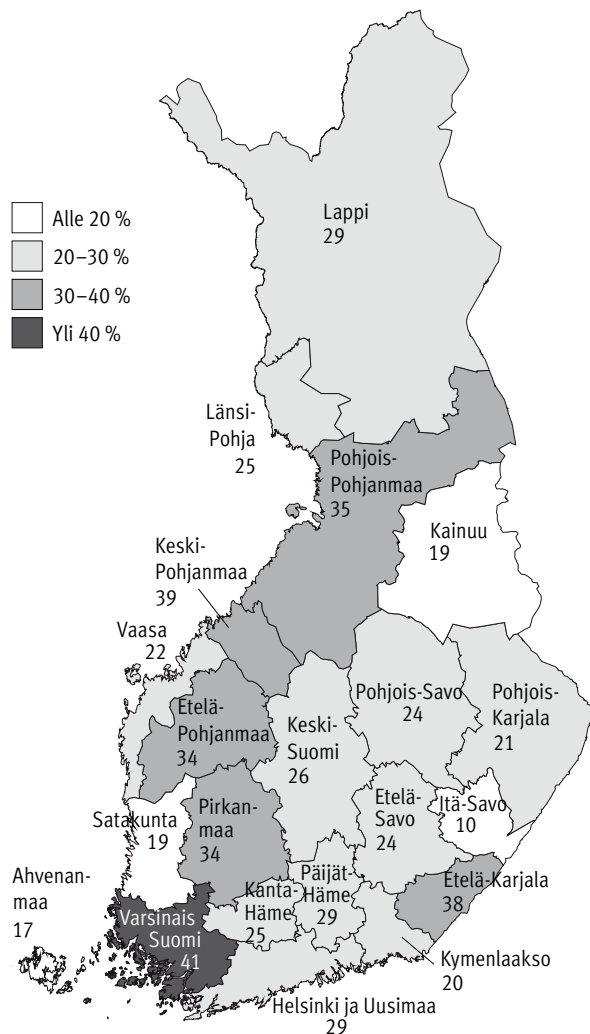


^a Kysymyksen perusteella ei tiedetä, ovatko vastaajat tarkoittaneet terapiansa kokonaan itse kustantaneita vai potilaiden omavastuusuutta.

Psykoterapiaan ohjaamiseen ja ohjauksen riittävytyteen liittyvät alueelliset erot

Julkinen sektori oli yleisin asiakkaita psykoterapiaan ohjannut taho kaikkialla, mutta sen suhteellinen osuus vaihteli alueittain. Erityisen aktiiviselta julkisen sektorin näytti Länsi-Pohjan, Kainuun ja Lapin sairaanhoitopiirien alueella, joissa sitä kautta oli ohjautunut asiakkaita yli 80 %:lle vastaajista. Yksityinen sektori oli ohjannut asiakkaita yli 40 %:lle HUS:n, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella toimivista terapeuteista. Näillä alueilla yksityissektori näyttää ohjaavan asiakkaita psykoterapiaan aktiivisemmin kuin muualla Suomessa. Omatoimisesti, ilman lähetettä asiakkaita oli tullut suhteellisesti eniten Helsingin ja Uudenmaan, Etelä-Karjalan ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueilla toimiville vastaajille. (Liitetaulukko 8.)

Kuvio 7. Asiakkaiden saamaa ohjausta terapiamuodon ja terapeutin valintaan riittävänä pitäneet sairaanhoitopiireittäin [13, 21a].



Sairaanhoitopiirien välillä oli eroja myös siinä, miten eri sairaanhoitopiirien alueilla toimivat psykoterapeutit olivat kokeneet asiakkaidensa saaneen ohjausta terapeutin ja terapiamuodon valintaan. Kuviossa 7 on kuvattu sairaanhoitopiireittäin niiden psykoterapeuttien osuuksia, jotka vastasivat asiakkaidensa yleensä saaneen riittävästi ohjausta (n = 697). Koko aineistossa näin vastasi hieman vajaa kolmasosa vastaajista (ks. taulukko 22). Varsinais-Suomessa, Keski-Pohjanmaalla ja Etelä-Karjalassa vastaava osuus on noin kymmenen prosenttiyksikköä suurempi. Itä-Savon, Ahvenanmaan, Kainuun ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä alle 20 % vastaajista ilmoitti asiakkaidensa saaneen yleensä riittävästi ohjausta terapeutin ja terapiamuodon valintaan.

4 Psykoterapiapalvelujen kehittäminen ja mielenterveyskuntoutus

Psykoterapiapalvelujen ja muun mielenterveyskuntoutuksen kehittämisessä käytännön työtä tekevien psykoterapeuttien näkemykset ja kokemukset ovat ensiarvoisen tärkeitä. Kyselylomake sisälsi kaksi avokysymystä, joista ensimmäisessä [23] vastaajia pyydettiin kertomaan näkemyksensä moniammatillisesta kurssimuotoisesta mielenterveyskuntoutuksesta ja toisessa [24] psykoterapiapalvelujen kehittämisestä.

Vastauksia avokysymyksiin tuli runsaasti. Tässä selvityksessä keskitytään vain vaativan erityistason (VET) koulutuksen saaneiden terapeuttien vastauksiin. Oman ilmoituksensa mukaan VET-koulutus oli 641 vastaajalla (27,1 %), joista 577 oli vastannut ensimmäiseen avokysymykseen [23] (90 % VET-koulutuksen saaneista) ja 585 jälkimmäiseen [24] (91,3 %). Analyysi rajattiin VET-terapeutteihin, koska heillä on yleensä muita pidempi kokemus psykoterapiapalvelujen tuottamisesta ja kouluttaja-asemansa kautta myös todennäköisesti laaja näkökulma psykoterapiakenttään. Kyselyyn vastanneita VET-terapeutteja oli kaikkien muiden sairaanhoitopiirien alueilta, paitsi Ahvenanmaalta.

Käsitlemme ensin avokysymyksen, jossa selvitettiin psykoterapiapalvelujen kehittämistä koskevia ehdotuksia [24]. Vastaukset tähän kysymykseen antavat lisätietoa luvussa 3 esitettyjen tulosten käsittelyyn.

4.1 VET-terapeuttien ehdotukset psykoterapiapalvelujen kehittämiseen

VET-terapeuttien vastaukset kysymykseen ”Mikä on mielestänne keskeisintä psykoterapiapalvelujen kehittämisessä Suomessa?” jäseneltiin temaattisen sisällön analyysin keinoin. Analyysissä vastaajien käyttämien yksilöllisten muotoilujen ja sanavalintojen takaa etsittiin yleisempiä teemoja, joiden kautta tiivistettiin aineiston sisältämää vaihtelua. Analyysissä löydettiin 12 pääteemaa, joihin kehittämisehdotukset kohdistuivat. Osa vastaajista oli maininnut vain yhden teeman ja todennut, että tämä on hänen mielestään kaikkein tärkeintä psykoterapiapalvelujen kehittämisessä. Osa taas oli luetellut useita teemoja asettamatta näitä tärkeysjärjestykseen. Teemat ovat joiltakin osin päällekkäisiä eli sama kehittämis ehdotus voi sisältyä erilaisiin yleisempiin analyysin pohjalta tuotettuihin teemoihin. Esimerkiksi psykoterapeutin virkojen perustaminen julkiselle sektorille liittyy sekä psykoterapiajärjestelmän kehittämiseen että palvelujen saatavuuden varmistamiseen. Tulokset esitetään teemojen mukaan siinä järjestyksessä, kuinka monessa vastauksessa kyseinen teema toistui (ks. otsikon jälkeen esitetyt luvut). Aineistonäytteiden avulla esitämme esimerkkejä kyseisen teeman ilmenemisestä aineistossa. Teemojen muotoilu on perustunut kuitenkin aina useampaan avovastaukseen.

Aineistonäytteistä on poistettu kaikki tunnistettavat tiedot. Pääosa annetuista vastauksista oli suomenkielisiä, ja koska ruotsinkielisten vastausten perusteella joitakin vastaajia olisi voitu tunnistaa, myös heidän vastauksensa esitetään raportissa suomeksi käännettynä.

1. teema: psykoterapiajärjestelmän kehittäminen (224 kommenttia)

Psykoterapiajärjestelmään kohdistuvat kehittämis ehdotukset jakautuivat kolmeen konkreettiseen alateemaan: Kelan kuntoutuksen kehittämiseen, sairausvakuutuskorvausoikeuden laajentamiseen ja julkisen sektorin palvelujen lisäämiseen sekä toimintaan liittyviin kehittämisteemoihin.

Yksi VET-psykoterapeuttien ehdottama muutos toteutui vuoden 2011 alussa, kun Kelan harkinnanvarainen kuntoutuspsykoterapia siirtyi järjestämisvelvollisuuden piiriin. Kuntoutuspäätösten tekotapaa koskevissa kehittämis ehdotuksissa esi-

tettiin, että päätösten teossa annettaisiin nykyistä suurempi painoarvo psykoterapian tarpeen arvioineen psykiatrin lausunnon ja kuultaisiin nykyistä enemmän terapeuttia ja asiakasta. Päätöksentekoon toivottiin myös enemmän läpinäkyvyyttä ja nopeutta. Sama toive koski myös jatkohakemusten käsittelyä.

”Ja vielä yksi asia: psykiatrin B-lausunnon ja potilaan hakemuksen riittävä huomioiminen Kelassa, on tuhlausta pistää ihminen kolmekin kertaa hakemaan, kun asiantuntija ja potilas itse ovat arvioineet tarpeen.”

”Kelalta enemmän tiedotusta terapeuttikunnalle. Kela-terapiaoihin hakeutuminen joskus epäinhimillisen rankkaa odotusaikojen, palveluntarjonnan viidakon keskellä psyykkisesti kärsivälle ihmiselle.”

Nykyistä tilannetta, jossa vain lääkärin tarjoamasta psykoterapiasta on mahdollisuus saada sairausvakuutuskorvauksia, pidettiin epäoikeudenmukaisena ja myös ongelmana riittävälle palvelujen saatavuudelle. Monet vastaajat toivoivat tähän muutosta.

”Sairausvakuutus korvaus koskemaan muitakin kuin lääkäreitä.”

Myös julkisen terveydenhuollon byrokratia sai kritiikkiä osakseen. Osa vastaajista toivoi, ettei asiakkaita siirreltäisi terveydenhuollossa portaalta toiselle, vaan psykoterapiaa olisi tarjolla nykyistä nopeammin ja vaivattomammin. Julkisen sektorin palveluksessa oleville psykoterapeuteille toivottiin nykyistä parempia mahdollisuuksia hyödyntää koulutustaan työssään.

”Esim. kognitiivisen psykoterapian menetelmien mukaista terapiaa tulisi olla mahdollisuus saada heti mielenterveysongelmien puhjettua ja tällöin palveluja pitäisi olla tarjolla jo perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, kouluterveydenhuollossa ja opiskelijoiden terveydenhuollossa. Nyt hoitoviipeen takia ongelmat turhaan pääsevät komplisoitumaan, jolloin kuntoutus kestää pitkään.”

Julkiselle sektorille kaivattiin lisää psykoterapiakoulutusta ja -palveluja. Osa vastaajista totesi, että vastuuta psykoterapiapalvelujen toteutuksesta ei pitäisi jättää yksityissektorille, vaan palveluja pitäisi kehittää osana julkisen terveydenhuollon eri tasojen toimintaa, jonka palvelujen sisällön katsottiin painottuvan nykyisin liiaksi lääkehoitoon.

”Myös psykoterapeuttien virkoja tulisi perustaa.”

”Julkisen sektorin työntekijöiden koulutus tärkeää.”

”Psykoteraapiapalveluiden toteutus myös julkisessa terveydenhoidossa. Nyt aivan liian lääkekeskeistä ja yliolkaista -> byrokraattinen pompottelu.”

Kelan ja julkisen sektorin (kuntien ja sairaanhoitopiiriin) toivottiin selkeyttävän järjestämisen ja toimeenpanovastuutaan, mikä johtaisi ymmärrettävämpään työnjakoon. Kelan osalta kuntoutukseen pääsyn kriteereiden selkeyttämistä ja nykyisen tuen ulkopuolelle jäävien (erityisesti alle 16-vuotiaiden) aseman parantamista pidettiin tärkeänä. Sairaanhoitopiirien osalta huolta kannettiin kuntoutusmäärärahojen riittävydestä ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen työnjaon toimivuudesta. Myös työterveyshuoltoon ehdotettiin lisää valmiuksia asiakkaiden psykoterapiaan ohjaamiseksi. Konkreettisenä ehdotuksena esitettiin alueellisia psykoterapiayksiköitä koordinoimaan palvelujen toteutusta.

”Selkeyttä siihen, ketkä vastuussa psykoterapian järjestämisestä ja milloin.”

”Niiden [psykoteraapiapalveluiden] järjestäminen organisoidusti, psykoterapiayksikön kollegion muodossa, selkeästi johdettuna korkean ammattitaidon erityismenetelmänä, johon mahdollisimman matala kynnyks. Kelan aseman selkeä rajaaminen ja avoimempi päätöksenteko. Psykoterapian arvioinnista ja kohdentamisesta tulisi päättää ammattipsykoterapeutti.”

2. teema: terapiamuotojen aseman muuttaminen ja käytäntöjen kehittäminen (181 kommenttia)

Osa VET-terapeuttien kehittämisehdotuksista liittyi tietyn terapiamuodon aseman parantamiseen esimerkiksi Kelan korvauspäätöksissä. Vastaajat nostivat esille terapiamuotojen eriarvoisen aseman Kelan korvauksissa. Epäkohta korjautuu osittain vuoden 2011 alusta, kun perhe- ja pariterapia tulevat Kelan korvausten piiriin. Osa terapiamuodoista jää kuitenkin tämänkin jälkeen korvausten ulkopuolelle.

”Terapiat ovat kehittyneet ja uusia kuten EMDR on tullut käyttöön, Kela ei kuitenkaan ole pysynyt mukana ammatillisesta tai taloudellisesta kontekstista katsottuna!”

Toisaalta muutoksia toivottiin myös Kelan nykyisinkin hyväksymien terapiamuotojen korvausrajoihin. Moni kirjoittaja oli sitä mieltä, että osa asiakkaista (potilaista) tarvitsee intensiivisempää ja pidempikestoista psykoterapiaa kuin mitä Kela nykyisin korvaa.

”Käytännön joustavuus, esim. ettei olisi tiukkoja 45 min/kerta vaan voisi tilanteen mukaan pitää 90 min tai tavata tarpeen mukaan 3/vko eikä pidättäytyä johonkin määrättyyn 2/vkoon.”

”Vaikeat neuroosit ja neurooseja vaikeammat häiriöt eivät hoidu Kelan 2–3 v. terapioidella vaan tarvitaan myös pitempiä (5–6 v.) ja tiiviimpiä (3–4 t/vk) terapioidia.”

Joustavuutta terapiamuotojen korvaamiseen kaivattiin myös toiseen suuntaan. Lyhyiden ja harvatahtisten terapiamuotojen tarvetta perusteltiin kliinisten ja tieteellisten argumenttien lisäksi sillä, että tällaisten terapiamuotojen suosiminen mahdollistaisi useammille asiakkaille tarjottavat palvelut ja nopeamman terapian aloituksen. Samalla tavoin perusteltiin ehdotuksia lisätä asiakkaiden ohjaamista ryhmämuotoisiin terapioihin.

”Lyhyet psykoterapiainterventiot riittävän ajoissa vähentävät pitkäkestoisen hoidon tarvetta.”

”Riittävästi panostusta pitkiin psykoterapioihin niille ihmisille, jotka näyttävät selvästi siitä hyötyvän. Lyhytkestoisia psykoterapioita tietyille ryhmille. Ryhmäpsykoterapian suosi- mista enemmän, koska hoitomuotona hyvä ja kustannuksiltaan edullisempi verrattuna pitkiin terapioihin. Toimii hyvin erilaisina fokuoituina ryhminä tietystä häiriöstä kärsiville, oiva vertaistuki ja samalla pyrkimys syventää ihmistuntemusta.”

Osassa vastauksista tietty terapiamuoto asetettiin lähtökohtaisesti ensisijaiseksi. Joissakin vastauksissa esiintyi vastakkainasettelua erityisesti pitkien ja lyhyiden ratkaisukeskeisempien terapiamuotojen välillä. Pitkiä terapioidia puolustavissa argumenteissa vedottiin kliiniseen kokemukseen ja teoreettiseen ymmärrykseen psyyken häiriöiden luonteesta, ja lyhyitä prosesseja suosivat argumentit perustuivat

erityisesti käytännöllisiin tekijöihin, kuten terapian saatavuuteen ja matalan kynnyksen palveluihin. Vastaavanlainen vastakkainasettelu tuli esille yksilö- ja ryhmämuotoisia terapioiden koskevista vastauksista, joskaan ei yhtä ehdottomina mielipiteinä.

”Levittää/luoda psykodynaaminen pohja kaikille terapiasuunnille.”

”Antaa mahdollisuuksia muillekin terapiamuodoille kuin yksilöterapiat. Systemisellä perheterapialla saavutetaan mielestäni hyvin tuloksia ja nopeasti. Saadaan myös verkoston voimavarat käyttöön tukemaan potilaan kuntoutusta.”

Yksittäisten terapiamuotojen paremmuuden vakuuttelun sijaan osa vastaajista esitti yleisempiä psykoterapiakäytäntöjen kehittämisehdotuksia. Näissä ehdotuksissa keskityttiin muun muassa kaikille terapiamuodoille yhteisten tekijöiden, kuten terapeutin yhteistyösuhteen, huomioon ottamiseen.

”Näyttöönperustuvien tutkimusten mukaan terapiasuuntaus näyttöä paljon pienempää roolia (n. 10 %) kuin terapeutin ja asiakkaan välinen suhde (n. 90 %) – ”

”Se, että asiakas saa valita mieleisensä terapeutin ja terapiamuodon. Mahdollisuus positiiviseen vuorovaikutukseen.”

Psykoteraapian sisällöllisessä kehittämisessä ehdotettiin myös työskentelytapojen monipuolistamista ja joustavuutta erilaisten menetelmien käyttöön.

”Asiakkaiden tarpeiden huomioiminen psykoterapiaa järjestettäessä. Pari- ja perheterapian nostaminen tasa-arvoiseksi yksilöterapian rinnalle.”

”Opettaa terapeutit joustavaan terapiakeinojen käyttöön.”

”Rinnakkaisten menetelmien ja taitoharjoittelujen yhdistäminen keskustelun avulla tehtävään hoitoon.”

3. teema: psykoterapiapalvelujen saatavuuden varmistaminen (165 kommenttia)

Osa vastaajista kantoi huolta psykoterapiapalvelujen saatavuudesta. Tämä voitaisiin turvata vastaajien mielestä esimerkiksi koulutusta lisäämällä, rahoituspohjaa laajentamalla, julkisen sektorin roolia

vahvistamalla ja palvelutarjontaa monipuolistamalla.

”Riittävä psykoterapiapalveluiden saatavuus. Usein potilaat joutuvat soittamaan lukuisia puheluita löytääkseen terapeutin, joka voi ottaa uuden potilaan.”

”Riittävästi koulutettuja psykoterapeutteja – potilaille mahdollisuus erilaisiin korvaussysteemeihin maksujen suhteen – joustavuutta.”

Koulutuksen lisäksi palvelujen saatavuuden varmistamiseksi tarvitaan vastaajien mielestä myös rahoitusrakenteiden uudistamista. Keskeiset kehittämisehdotukset kohdistuivat psykoterapian muuttamiseen lakisäätöisesti korvattavaksi toiminnaksi ja sairausvakuutuskorvauksen laajentamiseen koskemaan myös muita kuin lääkäreiden asiakkaita.

”Psykoteriapiapalveluiden saatavuutta tulisi parantaa esimerkiksi poistamalla harkinnanvarainen kuntoutus ja mahdollistamalla psykoterapia osana automaattisesti korvattavaa sairausvakuutusta. Psykoteraapian kesto pitäisi suunnitella ja määrittää potilaan tarpeista, eikä rahoittajan näkökulmasta käsin.”

Psykoteraapian saatavuutta voisi vastaajien mielestä parantaa myös lisäämällä julkisen sektorin tuottamia psykoterapiapalveluja.

”Resurssien lisääminen esim. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon. Osa psykoterapiasta voitaisiin toteuttaa näissä yhteyksissä. Koulutettujen psykoterapeuttien jakaantuminen tasaisemmin eri alueille.”

”Palvelut olisivat osa julkista terveydenhuoltoa. Nyt yksityiset palvelut usein keskittyvät suurempiin kaupunkeihin, eivätkä tavoita muualla asuvia. Matkakustannukset muodostuvat usein esteeksi tai omavastuuosuudet. Julkisen puolen palveluiden saatavuus olisi parempaa ja potilaat olisivat yhdenvertaisessa asemassa.”

Palvelutarjontaa monipuolistamalla eli lisäämällä vähemmän resursseja sitovia lyhyitä ja ryhmämuotoisia palveluja pitkien ja intensiivisten yksilöterapioiden rinnalle voitaisiin vastaajien mielestä turvata psykoterapiapalveluja useammille niitä tarvitseville.

”Siirtyminen lyhyt- ja hahmoterapiatyyppeihin terapeutoihin. Pois kalliista pitkäkestoisesta ’psykodynaamisesta’ hoidosta.”

Palvelujen saatavuus liitettiin usein myös taloudelliseen tasa-arvoisuuteen. Osa vastaajista oli huolissaan siitä, että psykoterapiapalveluja on tarjolla vain riittävän varakkaille asiakkaille, johtuen toisaalta Kelan tukemien terapioiden omavastuuosuuksista, toisaalta siitä, että julkisin varoin tuettua terapiaa on rajallisesti saatavilla.

”Potilaiden on vaikea saada psykoterapiaa. Hakeutuminen on monimutkaista ja potilaat ovat eriarvoisessa asemassa – joku saa Kelan tukemana, toinen ei vaikka vaikeuksien taso on sama. Tällä hetkellä Kelan korvaussummat ovat ajasta jäljessä. Psykoterapiahoidon ulkopuolelle jää paljon potilaita, joilla ei ole varaa maksaa omavastuuosuutta.”

Avovastausten perusteella samoilla keinoilla kuin palvelutarjontaa voisi varmistaa yleensäkin, voitaisiin parantaa myös psykoterapiapalvelujen alueellista saatavuutta. Osa vastaajista totesi, että monilla alueilla ei ole tarjolla lääkäreiden tarjoamia palveluja, ja muiden (useimmiten psykologien) tarjoaman psykoterapian sairausvakuutuskorvaus oikeus lisäisi siten myös alueellista tasa-arvoa. Niin alueellisen kuin taloudellisenkin tasavertaisuuden tulisi toteutua joidenkin kirjoittajien mielestä myös terapiamuotojen osalta eli eri palveluja tulisi olla monipuolisesti saatavissa riippumatta asiakkaan asuinpaikasta ja varallisuudesta.

”Keskeisintä on mielestäni resurssien huomattava lisääminen riittävän pitkien psykodynaamisesti orientoituneiden psykoterapioiden mahdollistamiseksi – niin asutuskeskuksissa kuin syrjäseuduilla. Myös varhaisen puuttumisen merkitystä ei voi kyllin korostaa – resursseja huomattavasti lisää myös siihen.”

”Saatavuus koko maassa ja kaikille ikäryhmille – mahdollisimman yksinkertaiset väylät hoitoon hakeutumisella.”

Psykoterapiapalvelujen saatavuus liittyi usein laajempaan järjestelmän kehittämistarpeeseen. Yksittäiset muutokset eivät siis välttämättä riitä, vaan samanaikaisesti tulisi varmistaa terapiapalvelujen tarjonta, rahoitus ja päätöstentien sujutus.

4. teema: koulutuksen kehittäminen (161 kommenttia)

Koulutuksen lisäämistä pidettiin yhtenä ratkaisuna palvelujen saatavuuden turvaamiseksi. Koulutuspaikkakuntia pitäisi olla ympäri Suomea siten, että myös pienemmällä paikkakunnilla asuvien ihmisten olisi mahdollista kouluttautua ja tuottaa myöhemmin palveluja näiden alueiden väestölle. Monet vastaajat esittivät toiveita koulutuksen rahoittamisesta nykyistä suuremmalta osin julkisin varoin ja osana työpaikkakoulutusta.

”Julkisen puolen terapiakoulutukset työpaikkakoulutuksiksi.”

Keskeinen teema oli koulutuksen keskittäminen korkeakouluihin, mikä jakoi voimakkaasti vastaajien mielipiteitä. Vielä voimassa olevaa käytäntöä, jonka mukaan koulutusyhteisöt vastaavat pääosin psykoterapeuttien koulutuksesta, puolustettiin lähinnä laadullisin argumentein.

”Psykoterapeuttien koulutuksen taso pidettävä korkealla. Yliopistollinen terapiakoulutus herättää huolta. Terapeutin oma hoito ja mahdollisimman pitkä työn seuranta takaavat laadun, sitä ei ole yliopistollisesti tarjolla samalla pieteetillä.”

Psykoterapiakoulutuksen toteuttamista yliopistojen yhteydessä kannatettiin ensi sijassa käytännöllisin perustein. Ensinnäkin se katsottiin koulutettavien kannalta taloudellisesti paremmaksi vaihtoehdoksi, toisekseen tällä tavoin arveltiin koulutuksen olevan paremmin hajautettavissa alueellisesti. Kolmanneksi yliopistoihin siirrettävässä koulutuksessa nähtiin mahdollisuuksia eri teorioiden ja terapiamuotojen nykyistä aktiivisemmalle vuoropuhelulle (ks. 9. teema: terapiamuotojen integraatio).

”Kannatan enimmäkseen korkeakoulutasoisen täydennys- ja lisäkoulutuksen perustalle rakentuvia psykoterapiapalveluja (julkiset). Yksityisten koulutusyhteisöjen ohjaama psykoterapian kehitystyö on aikansa elänyt ja kankea.”

”Kiinnittää huomiota koulutuksen siirtyessä yliopistoihin siihen että erilaiset psykoterapiamuodot tulevat tasapuolisesti otetuiksi huomiioon kuten ryhmäpsykoterapia, pitkä ja lyhyet psykoterapiat.”

Psykoterapiakoulutuksen nykyinen rakenne toivottiin säilytettävän mutta myös perustason koulu-

tusta ehdotettiin lisättäväksi esimerkiksi ammattikorkeakouluissa.

”Asianmukainen psykoterapeuttikoulutus, johon kuuluu nykyinen ET- ja VET-taso.”

”Peruskoulutukseen panostettava enemmän esim. AMK – –”

Koulutettavien oma terapia ja työnohjaus koettiin välttämättömiksi laadukkaiden psykoterapiapalvelujen turvaamiseksi. Osa kirjoittajista esitti huolensa siitä, säilyykö psykoterapeuttien koulutuksessa riittävässä määrin panostus koulutettavien henkilökohtaiseen terapeuttiseen työskentelyyn, jos koulutus siirtyy korkeakouluihin. Työnohjauksen tarvetta korostettiin myös koulutuksen jälkeen oman jaksamisen ja ammattitaidon ylläpitämiseksi.

”Laadukas psykoterapeuttikoulutus, jossa terapeuttien oman hoidon kriteerit ja työnohjaus ovat riittävän korkealla tasolla. Toistaiseksi Suomessa tilanne on tyydyttävä, sillä koulutuksen laadukkuus on perustunut VET-psykoterapian kouluttajan pätevyyden vähimmäisvaatimukseen. Psykoterapeuttien kouluttaminen vaatii riittävän käytännön kliinisen kokemuksen kouluttajalta.”

Koulutuksen sisältöjä koskevissa ehdotuksissa korostui tietyn teorian tai terapiamuodon opetus ja monipuolinen teoria- ja menetelmäkoulutus. Lisäksi joissakin vastauksissa kannettiin huolta lasten ja nuorten psykoterapiakoulutuksesta. Yksittäisiä ehdotettuja koulutusteemoja olivat esimerkiksi lasten psyykinen kehitys, kehityspsykologia, vuorovaikutusjärjestelmät ja traumaterapia. Lisäksi kaivattiin koulutuksen käytännön läheisyyttä ja ”hiljaisen tiedon” siirtämistä ”mestareilta kisälleille”.

”Laadukas koulutus ja teorioiden monipuolisuus. Koulutettavien pitää olla motivoituneita itse työhön.”

”Näkisin, että tietyn teoreettisen perusmenetelmän opiskelu on välttämätön pohja psykoterapiatyöhön. Tämän jälkeen voi opiskella muitakin suuntauksia ja menetelmiä.”

Palvelujen kehittämisen kannalta nähtiin tärkeäksi, että koulutuksen tasoa valvottaisiin systemaattisesti ja koulutus takaisi palvelujen tuottamisen laadukkaasti.

”– – ’villien’ terapeuttien [ei pätevää koulutusta] valvonta!!!”

”Valvira todella valvoisi, että psykoterapiakouluttajina toimisivat vain VET-psykoterapeutit.”

”Terapeuttikoulutus voisi siirtyä yliopistoille, mikä toimisi jonkinlaisena laadun tasaisuuden valvojana. Toteutus ehkä jäisi edelleen koulutusyhteisöille.”

5. teema: rahoitukseen kohdistuvat kehittämisehdotukset (128 kommenttia)

Psykoterapiapalvelujen rahoitus oli monen vastaajan huolenaiheena. VET-terapeutit tekivät useita ehdotuksia rahoituksen varmistamiseksi ja monipuolistamiseksi. Rahoitus tulisi niiden mukaan muuttaa pysyväksi ja todelliseen psykoterapian tarpeeseen perustuvaksi vuosittain päätettävien määrärahojen sijaan. Tämä tarkoittaisi myös sitä, että rahoituksen pitäisi olla pitkäjänteistä ja ennustettavaa.

”Psykoterapiapalveluiden rahallinen tuki on saatava perustumaan psykoterapian tarpeelle, eikä siihen, onko rahaa vai ei ja sopiiko potilas ongelmineen jonkun tuen piiriin.”

Rahoitus pohjaa tulisi vastaajien mielestä monipuolistaa sairausvakuutusjärjestelmän kautta ja lisäämällä julkisen sektorin palveluntuotantoa. Usein toistuva kehittämisidea oli myös rahoituspäätösten joustavuuden lisääminen. Yleensä tämä tarkoitti sitä, että rahoitusta pitäisi saada pidemmälle ja intensiivisemmälle terapialle kuin nykyisin on mahdollista, mutta jotkut terapeutit esittivät myös joustoa toiseen suuntaan: tietyissä tilanteissa voisi olla tarkoituksenmukaista jatkaa tukea harvatahtisena ja päättää terapia tarpeen poistuessa.

”Psykoterapia olisi tärkeä voida räätälöidä potilaskohtaisesti: monet potilasryhmät tarvitsevat vähintään 2 kertaa viikossa vielä kolmannen vuoden – –”

”Joustavuus lyhyiden ja pitkien kanssa. Esim. joillakin toisen vuoden kuntoutukseksi olisi riittänyt puoli vuotta.”

Yksittäisissä avovastauksissa mainittiin myös esimerkiksi palveluseteleiden käyttöönotto ja ostopalvelujen lisääminen. Erityiskysymyksenä esitettiin,

että aikaisempi terapia ei olisi este tarpeenmukaiselle tuelle myöhemmin elämässä.

”Saada mahdollisuus psykoterapiaan kaikille tarvitseville tarvittaessa useamman kerran elämän aikana.”

Monet vastaajat olivat huolissaan asiakkaidensa kyvystä maksaa terapeuttipalkkioiden ja korvausten välinen omavastuuosuus. Erityisesti heikommissa taloudellisessa asemassa olevien asiakkaiden tilanne todettiin monissa vastauksissa ongelmalliseksi. Korvausten tasoa pidettiin matalana ja niiden päivittämistä nykyistä kustannustasoa vastaavaksi pidettiin tärkeänä.

”Kehittämistyössä huomioitava se, että terapia-palvelut ylipäättään ovat taloudellisesti mahdollisia työikäisille. Nykyään omavastuuosuudet kasvaneet suuriksi Kela-osuuden muuttumattomuuden vuoksi. Onko Kela-terapiat suuntautuksessa vain hyvätuloisten kuntoutusmuodoksi?”

”Tarvetta on paljon, mutta erityisesti nuorten aikuisten kohdalla hoito keskeytyy liian usein maksuvaikeuksiin, myös jo hyvin edennyt hoito!”

Jotkut vastaajat tiedostivat rahoituksen pulmallisuuden. Eräs vastaaja esitti ratkaisuksi, että jopa kasvatettaisiin niiden asiakkaiden omavastuuosuutta, joilla siihen olisi varaa. Toinen taas viittasi siihen, että joidenkin palveluntuottajien perimmää hintaa voisi tarkistaa myös toiseen suuntaan.

”Rahoitusongelmaa voisi helpottaa siten, että työssäkäyvien potilaiden omavastuita nostettaisiin.”

Psykoteraapiapalvelujen rahoituksen kaavamaisuutta pidettiin joissakin vastauksissa ongelmallisena. Tietyissä tilanteissa esimerkiksi masentuneen pariterapialla tai vanhempien perheterapialla voisi kirjoittajien mielestä korjata tilannetta hyvin, mutta tällaiselle tuelle ei aina löydy maksajaa. Vuoden 2011 alussa voimaan tullut asetusmuutos korjaa tilannetta joiltakin osin.

”Korvauskäytäntöjen monipuolistaminen. Esim. masennus/uupumusoireilun taustalla usein parisuhdeongelmia. On kohtuutonta, että asiakkaat joutuvat kokonaan maksamaan pariterapiapalvelut näissä tilanteissa.”

Yksittäisenä rahoitukseen liittyvänä ongelmana mainittiin terapian aloittamista edeltävät haastattelut ja muut tapaamiset, joita ei vielä korvata psykoterapiana mutta joista koituu kuluja ammatinharjoittajalle. Kehitettävää nähtiin myös lakisääteisten palvelujen kilpailuttamisessa. Tarjousten tekemistä pidettiin niin suuritöisenä tehtävänä, että sen arveltiin karsivan potentiaalisia palveluntuottajia kentältä. Joissakin sairaanhoitopiireissä psykoterapiakoulutuksen saaneilla työntekijöillä ei ole oikeutta toimia yksityissektorilla sairaanhoitopiirin lähettämien asiakkaiden terapeuttina, mitä myös kritisoitiin.

”Yksityisvastaanotoilla: kuka korvaa haastattelu- ym. käynnit ennen varsinaisen terapian aloittamista? (Esim. opiskelijat.)”

”Kelan tarjouskilpailu/ostopalvelut on niin suuritöinen esim. [sairaanhoitopiirin] kilpailuun verrattuna, että tiedän monen pätevän terapeutin luopuneen osallistumisesta. Se on vaikeavammaisten lasten lääkinnällistä kuntoutusta ajatellen suuri vahinko.”

”– myös [erään sairaanhoito]piirin työsuhteiset terapeutit voisivat ottaa yksityisiä potilaita ja kaikki terapiasuuntaukset olisivat tasapuolisemmassa asemassa.”

6. teema: psykoterapiapalvelujen kohdentaminen (105 kommenttia)

Palvelujen kohdentamisen osalta keskeisenä huolenaiheena nousi esille lasten ja nuorten psykoterapian rahoituksen ja osaamisen turvaaminen. Tämäkin teema oli yhteydessä edellä esitettyyn järjestelmätason kehittämistarpeeseen ja toiveeseen lasten ja nuorten psykoterapian mahdollistamisesta Kela-rahoituksella. Ehdotukseen sisältyi usein oletus, että julkisen palvelujärjestelmän kautta näille kohderyhmille ei voitaisi järjestää riittävän pitkää ja intensiivistä psykoterapiaa. Lasten ja nuorten kohdalla pidettiin erityisen ongelmallisina erilaisia järjestelmän rajapintoja. Kustannusvastuun epäselvyys vaikeutti vastaajien mielestä terapian järjestämistä, ja vastuun siirtymistä taholta toiselle pidettiin riskinä terapian jatkumiselle ja turvaamiselle.

”Lasten tilanne huolestuttava: vastuu alle 16-v. terapeutoista on kunnilla, sair. hoitopiireillä ja Kelalla (vaikeavamm. lasten psykoterapia). Kokonaisvastuuta resurssien riittävydestä ei ole millään osapuolella. Kelan lopetettua v. 04 alle

16-v. psykoterapiakuntoutuksen ovat sekä kunnat että sair. hoitopiirit monin paikoin heikentäneet lasten ja nuorten terapioiden rahoitusta. Yhdenvertaisuusperiaate ei toteudu. saatavuudessa ja jonotusajoissa on huomattavaa alueellista vaihtelua. Rahoitus saattaa katketa kesken hoidon (esim. 13-vuotta täyttäneillä hoitovastuun siirtyessä perheneuvolasta nuorisopsyk. poliklinikalla).”

”Nuorisopsykoterapian rahoitus kun potilas täyttää 16-vuotta -> Kela vai sh-piiri? – Lasten psykoterapia kokonaan Kela-rahoituksen ulkopuolella ja täten riippuvainen kuntien ja sh-piirien erilaisista resursseista.”

Lasten ja nuorten palvelujen kehittämistä julkisen terveydenhuollon piirissä pidettiin tärkeänä.

”Lapsiin, nuoriin ja perheisiin kohdentuvien palvelujen resurssien (työntekijöiden määrä, koulutuksen ja työnohjauksen turvaaminen, työmuotojen kehittäminen) säilyttäminen. Kunnat jo purkavat ja estävät palvelujen saantia erityisesti lastensuojelu- ja päihdeperheiden kohdalla.”

Jotkut vastaajat ehdottivat lasten ja nuorten psykoterapian kehittämistä sisällöllisesti uuteen suuntaan. Näissä kommentteissa perhe- ja verkostoterapia, varhaisen vuorovaikutussuhteen psykoterapia tai vanhempien terapiat katsottiin tarpeellisiksi terapiamuodoiksi näille kohderyhmille.

”Lasten ja nuorten kohdalla tulisi toteuttaa perhe- tai verkostoterapeuttinen hoitointerventio ennen kuin lapsi/nuori ohjataan suoraan pitkäaikaiseen yksilöterapiaan.”

”Nykyään moniongelmaisia nuoria/perheitä. Lyhyet täsmähoidot soveltuvat aika terveille. Tarvitaan sitoutumista pidempiaikaisiin hoitoihin (ja rahoitusta) 2–3 vuotta vaikeasti traumatisoituneille / jo pers. häiriöisille liian lyhyt aika psykoterapiaan. Hoidon/hoitomuodon oikea-aikaisuus. Joskus on esim. hyvä aloittaa perheterapialla ja jatkaa yksilöhoitoa myöhemmin. Enemmän jouston varaa.”

Vaikka lasten ja nuorten terapiapalvelujen määrää pidettiin usein riittämättömänä, joku vastaaja oli kuitenkin huolissaan palvelujen laadusta.

”Meillä tarvitaan moniammatillista apua erityisesti nuorten ja heidän perheidensä autta-

miseksi. Esim. itsemurhaa yrittäneille nuorille epäadekvaatti ’apu’ on pahempaa kuin ei apua ollenkaan, koska nuori luulee, että ei ole parempaa tarjolla.”

Vastaajat nostivat myös muita kohderyhmiä kuin lapset ja nuoret palvelujen kohdentumisen kannalta tärkeiksi kehittämisalueiksi. Palvelujen kohdentumista tarkasteltiin joskus asiakkaiden elämäntilanteen näkökulmasta.

”Psykoterapiapalvelujen saatavuuden kehittäminen – kohderyhminä akuutissa elämänkriisissä olevat, jotka eivät tekemisissä julkisten terveydenhuollon palveluiden kanssa – pitkään psyykkisesti oirehtineet, jotka ovat vaarassa syrjäytyä ja tarvitsevat nopeaa puuttumista, koska heidän voimavaransa eivät riitä vaikeammin tavoitettavissa olevan avun hankkimiseen.”

”Osattaisiin enenevässä määrin tarttua traumoihin ja nähtäisiin niiden haittaavat vaikutukset esim. työkyvyn heikentymisessä.”

Vastaajat nostivat esille joitakin erityisryhmiä, joiden psykoterapiapalvelujen kehittämistä pidettiin erityisen tärkeinä. Tällöin katsottiin, että nykyisissä palveluissa kyseiset diagnoosit tai erityistarpeet eivät tulleet huomioituksi joko riittävänä palvelujen saatavuutena tai sitten kyseisen kohderyhmän tarpeiden huomioimiseen ei ollut riittävästi osaamista. Näitä ryhmiä ovat muun muassa epävakaa persoonallisuushäiriöstä (ym. rajatilatasoiset häiriöt) kärsivät, dissosiaatio-ongelmat, moniongelmaiset, pakko-oireiset, paniikkioireiset, syömishäiriöiset, psykoottiset häiriöt erityisesti nuorilla sekä monivammaiset, kuten kuurosokeat ja kehitysvammaiset. Myös ikääntyneiden ja eläkeläisten asemasta kannettiin huolta. Osassa vastauksista korostettiin jatkuvuutta ja kattavuutta: psykoterapiapalveluja tulisi näiden vastaajien mielestä olla tarjolla kaiken ikäisille.

”Jatkuvuus lapset -> nuoret -> aikuiset, ettei tule ’porsaanreikiä’. Pitkäjänteisyys suunnittelussa.”

”Yli 65-vuotiaille ei ole tarjontaa ollenkaan tai juuri ollenkaan -> vanhusten psykoterapian tarve olisi myös muistettava.”

7. teema: ohjauksen kehittäminen (104 kommenttia)

Monet vastaajat pitivät ohjauksen kehittäminen psykoteraapiapalvelujen toimivuuden kannalta tärkeänä kehittämisalueena. Tietoa terapiapalveluista puuttui niin asiakkailta kuin heitä terapiaan lähettäviltä tahoiltakin. Terapian hakemista pidettiin usein huomattavan vaikeana ja työläänä prosessina, terapeutin löytäminen saattaa olla sattumasta kiinni.

”Varhainen potilaslähtöinen (ei terapeuttilähtöinen) hoidon suunnittelu ja seuranta ja toteutus. Nyt se vaikuttaa sattumanvaraiselle, sirpalemaiselle ja vaatii potilaalta paljon terveyttä esim. etsiä itselleen terapeutti ja rahoitus!!!”

Osassa vastauksista korostettiin käytännöllisen ohjauksen merkitystä. Ohjaustarve liittyykin tarpeeseen kehittää koko järjestelmää: kun järjestelmä on monimutkainen ja vaikeaselkoinen, asiakkaat tarvitsevat ohjausta päästäkseen tarvitsemaansa terapiaan. Jotkut vastaajat ehdottivat ohjaukseen myös laadullisia muutoksia. Ohjauksessa tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon eri terapiamuodot ja sen tulisi olla suunnitelmallista.

”Potilaille tulisi kertoa tarkemmin, miten psykoterapiaan hakeudutaan, minkälaista psykoterapiaa on tarjolla ja mikä hyödyttäisi juuri heitä. Osa potilaista tulisi kädestä pitäen ohjata, tarvitsevat paljon käytännön ohjausta. Systeemi on vaikeaselkoinen.”

”Potilaiden ’lajittelu’ ja ohjaaminen sopivimpaan psykoterapiapalveluun on retuperällä. Ennen julkinen sektori hoiti tätä, nyt ei pysty (hoitaa vain vaikeita häiriöitä). Potilaat etsivät ilman asiantuntevaa ohjausta. Kokonaisvaltaisuus ja suunnitelmallisuus puuttuvat.”

Julkista sektoria pidetään eräänlaisena portinvarijana psykoterapiapalveluissa, ja kritiikki kohdistui usein julkisen sektorin resurssien vähäisyyteen, tiedon puutteeseen tai asenteisiin. Perusterveydenhuollon palveluja pidettiin myös liian lääkekeskeisinä.

”Julkisella sektorilla ei ole riittäviä resursseja selvittää psykoterapiamahdollisuutta hoitona.”

Psykoteraapiaan ohjausta voitaisiin VET-terapeuttien mielestä parantaa lisäämällä lähettävien tahojen resursseja ja tietoja psykoterapiasta.

”Sairaanhoitopiirien työryhmissä tulisi olla riittävä psykoterapiamuotojen tuntemus, jotta ohjattaisiin oikeaan terapiaan.”

”Työterveyshuollossa olisi keskeistä olla ammattitaitoa ohjata psykoterapiaan.”

Jotkut vastaajista katsoivat, että terapiaan ohjaus on jo osa terapiaprosessia, eli kuntoutuminen voi käynnistyä jo siinä vaiheessa, kun asiakasta ohjataan terapiaan. Tällöin korostuu lähettävän tahon suhtautumistapa asiakkaaseen, ja jo ohjauksenvaiheessa voidaan vaikuttaa tulevan terapian onnistumiseen oikeanlaisen informaation avulla.

”Keskeistä on että ihmisistä huolehditaan. Ihmiset alkavat toipua jo siitä kun he tajuaavat, että joku välittää. Asenneilmasto on ainakin yhtä tärkeää kuin ajoissa saatu ja hyvä hoito. Eli esim. lähettävän tahon asiallinen suhtautuminen.”

Osa vastaajista piti tärkeänä sitä, että asiakkaat ohjattaisiin heille parhaiten sopivaan terapiaan ja että psykoterapia perustuisi oikeaan diagnoosiin. Ohjautuminen nähtiin tällöin pitkälti asiantuntijakysymyksenä, johon ratkaisu olisi tarkempien tutkimuksien tekeminen asiakkaille ennen terapiaa tai sen alkaessa. Lisäksi terapiatarpeen arvioitsijoiden (lääkäreiden) tulisi olla nykyistä paremmin perillä eri terapiavaihtoehdoista ja ohjata asiakkaat siihen terapiaan, joka heille parhaiten sopii. Tiedon puute, vallitseva käytäntö tai muodin mukana meneminen voivat kirjoittajien mielestä estää parhaan mahdollisen vaihtoehdon löytämistä.

”Sairaanhoitopiirien tulisi parantaa valmiuksiaan potilaitten riittävän hyvän psykoterapiaarvion tekemiseen. Potilaiden sopivuutta terapiaan ja terapian oikeaa ajoitusta tulisi arvioida paremmin.”

Edellä olevissa sitaateissa välittyy vähintään impliittisenä näkemys siitä, että psykoterapiamuodon valinta tulee perustua asiantuntijan arvioon. Näin ollen psykoterapiaohjausta voisikin parantaa lisäämällä tietoa siitä, mikä terapiamuoto sopii parhaiten millekin asiakasryhmälle.

”Selkeät hoitodikaatiot.”

”Eri terapiamuotojen kohdentaminen niille sopiville asiakas- tai potilasryhmille entistä paremmin.”

Toinen suunta, jota kautta asiakkaat voisivat ohjautua sopivaan terapiaan, oli vastaajien mielestä asiakkaiden parempi informoiminen eri vaihtoehtoista. Tällainen lähestymistapa korostaisi asiakkaan omaa toimijuutta terapiaan ohjautumisessa sen sijaan, että vastuu oikean terapian löytymisestä annettaisiin psykiatrian tai psykoterapian asiantuntijoille. Tämä tukisi joidenkin vastaajien mielestä hyvää yhteistyösuhdetta.

”Yhteistyö eri tahojen välillä, riittävä tieto potilaille eri terapiamuodoista ja psykoterapeuteista.”

”Asiakkaat vailla alkeellisia terapialuetteluita, joissa olisi tiedot terapeutin vakaumuksesta (ateisti vai kristitty ym.), koulutuksista ja mahdollisista reunaehdoista potilailleen. Nyt ollaan sokkotreffeillä – naamiot pois, se on potilaan oikeus!”

Konkreettisenä ehdotuksena esitettiin ohjausjärjestelmä, jossa terapiaan hakeutuvia asiakkaita autettaisiin löytämään heille sopiva terapiamuoto ja terapeutti. Lisäksi ehdotettiin, että asiakkailla tulisi olla mahdollisuus kokeilla terapiaa ennen terapeutin ja terapiamuodon valintaa.

”Alueittain keskitetty psykoterapeuttivälitys ja potilaiden ohjaus.”

”Se, että eri suuntaukset koottaisiin yhteen niin, että asiakkaat saisivat yhdestä pisteestä tarvitsemansa tiedot terapeutin valintaan.”

Jotkut vastaajat ehdottivat myös laajemman ohjaus- ja seuranta järjestelmän kehittämistä. Tällöin psykoterapian rinnalla ja sen jälkeen seurattaisiin terapian etenemistä ja onnistumista, mikä toisaalta lisäisi psykoterapian avoimuutta, toisaalta varmistaisi, että asiakas saisi tarvitsemansa tuen.

”Pitäisi kehittää potilas/hoito-kohtaisia arviointi- ja palautejärjestelmiä – – ”

8. teema: psykoterapiapalvelujen oikea-aikaisuus (79 kommenttia)

Terapia tulisi vastaajien näkemyksen mukaan aloittaa riittävän varhaisessa vaiheessa, jotta ongelmat eivät ehdi vaikeutua. Psykoterapian oikea-aikaisuuden asettikin moni vastaaja tärkeimmäksi psykoterapiapalvelujen kehittämistä koskevaksi asiaksi. Erityisen tärkeänä pidettiin sitä, että lasten ja nuorten psykoterapia käynnistyisi mahdolli-

simman nopeasti. Tähän ehdotettiin ratkaisuksi niin käytäntöjen muuttamista sujuvammiksi kuin psykoterapeuttisen osaamisen lisäämistä lasten ja nuorten peruspalveluihin.

”Keskeisintä on, että potilaat saavat apua riittävän nopeasti: tämä koskee eritoten lapsia ja nuoria.”

”Mielestäni ongelma ei ole resurssien puute, vaan jäykkä hidaskoneisto (liittyy myös medikalisoitumiseen), joka kohtalokkaalla tavalla pitkittää juuri psykoterapian aloittamista. Tehdään myös päällekkäistä työtä (arvioita). Ajoin ongelma – oikeaan tarpeeseen/hetkeen ei pystytä vastaamaan/tarttumaan.”

Terapian oikea-aikaisuuden esteenä nähtiin myös resurssipula. Erityisosaamista edellyttävien kohderyhmien kohdalla ja niillä alueilla, joissa terapiapalveluja löytyy niukimmin, jonotusajat ovat pisimmät. Oikea-aikaisen psykoterapian avulla vastaajat olettivat saavutettavan parempia tuloksia eli toipumisen oletettiin sujuvan paremmin. Lisäksi osa vastaajista esitti käsityksen, että oikein ajoitetulla psykoterapialla voidaan lyhentää terapian tarvetta, mikä puolestaan vapauttaisi resursseja uusille asiakkaille.

”Varhainen puuttuminen lyhentää hoitoaikoja, lasten kohdalla erityisesti.”

Lääkkeeksi psykoterapian oikea-aikaiseen käynnistymiseen esitettiin lyhytkestoisten terapioiden lisäämistä ja niiden korvattavuuden laajentamista. Myös palvelujen lisääminen perusterveydenhuoltoon mahdollistaisi ajoissa käynnistyvän psykoterapian.

”Lyhytkestoisten (10–25 kertaa) terapioiden mahdollistaminen psykologi-psykoterapeuteille ilman Kela-hakemusta. Tällöin päästään akuutissa tilanteessa heti hoitamaan potilasta.”

”Esim. kognitiivisen psykoterapian menetelmien mukaista terapiaa tulisi olla mahdollisuus saada heti mielenterveysongelmien puhjettua ja tällöin palveluja pitäisi olla tarjolla jo perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, kouluterveydenhuollossa ja opiskelijoiden terveydenhuollossa. Nyt hoitoviipeen takia ongelmat turhaan pääsevät komplisoitumaan, jolloin kuntoutus kestää pitkään.”

Joissakin vastauksissa tärkeänä pidettiin sitä, että psykoterapia käynnistyy asiakkaan tarpeiden ja tilanteen kannalta oikeaan aikaan, joka saattaa joissakin tapauksissa olla jokin muu ajankohta kuin heti ongelmien ilmaannuttua. Terapian tarve voi myös olla erimittainen eri asiakkailta, jolloin oikea-aikainen terapia vastaa asiakkaan tarpeisiin niin alussa kuin lopussakin. Jotkut vastaajat viittasivat lisäksi siihen, että terapian päätyttyä olisi hyvä olla olemassa mahdollisuus myös seurantaan.

”Potilaiden sopivuutta terapiaan ja terapian oikeaa ajoitusta tulisi arvioida paremmin.”

”Luoda erimuotoisia psykoterapioita. Psykoterapian loputtua tukikäynnit ja seuranta olisivat tarpeen. Sairaslomille jääneet vaikeat depressiot heti hoitoon, koska hoidon aloituksen kestäessä tilanne kroonistuu pian ja töihin paluu hankaloituu.”

Psykoterapian käynnistyminen ajoissa ja varhainen puuttuminen saattavat tarkoittaa joskus samaa asiaa. Varhaisella puuttumisella voidaan kuitenkin tarkoittaa myös sitä, että pitäisi olla olemassa aktiivisia palveluja, joiden avulla mielenterveyden ongelmia voidaan tunnistaa ajoissa ja tarjota sitä kautta myös tukea oikea-aikaisesti.

”Asennoitumisen muuttuminen, selkeästi ohjattaisiin jo varhaisvaiheessa psykoterapiaan ennen kuin ongelmat/oireet ehtivät kroonistua.”

”Ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen äitiys-, lasten ja perheneuvoloissa.”

Erityisesti nuorten kohdalla monet pitivät tärkeänä sitä, että palveluihin olisi matala kynnys. Tällä tarkoitettiin osittain samaa kuin ajoissa alkavalla terapialla, osittain matala kynnys viittaa myös palvelujen järjestämistapaan. Nuorille pitäisi olla tarjolla helposti lähestyttäviä palveluja ilman ylimääräisiä hallinnollisia hakemuskäytäntöjä tai väliportaita. Tämä edellyttäisi joidenkin vastaajien mielestä myös uudentyypisten terapiapalvelujen kehittämistä. Vastaavan tyyppisiä palveluja ehdotettiin kehitettäväksi myös muille kuin nuorille asiakkaille.

”Palveluita tarvitaan lisää, varmaan eritasoisitakin. Nuorille enemmän avointa ’astu sisään’-tyyppistä palvelua, myös mahd. varhainen hoito.”

”Riittävän varhainen matalakynnyksinen hoitopääsy -> nyt liian kankea systeemi -> lyhyet psykoterapiainterventiot riittävän ajoissa vähentävät pitkäkestoisen hoidon tarvetta.”

Ongelmallisena pidettiin nykyistä käytäntöä, jonka mukaan asiakkailta edellytetään kolme kuukautta kestänyttä hoitokontaktia joko perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai yksityisen puolen psykiatriin ennen kuin Kela myöntää rahoituksen psykoterapiaan. Tätä käytäntöä ehdotettiin muutettavaksi, jotta psykoterapia voisi käynnistyä nopeammin heti tarpeen toteamisen jälkeen.

”Hoitoa ja kuntoutusta hidastavien tulppien poistaminen (esim. 3 kk pakollinen psykiatrin hoito).”

9. teema: psykoterapiapalvelujen integraatio (52 kommenttia)

Terapiamuotojen välistä vuorovaikutusta tulisi monien vastaajien mielestä tiivistää. Integraation puutetta pidettiin joskus tärkeimpänä palvelujen kehittämisen esteenä.

”Lokeroituminen, henkinen ja rakenteellinen poteroituminen: ’jos et ole kanssamme, olet vihollisemme’ mustavalkoisuus.”

”Erialaisten psykoterapiamuotojen kehittäminen ja hedelmättömän kilpailun suitsiminen.”

Osa vastaajista esitti, että palveluja tulisi kehittää monimuotoisiksi, jolloin palvelutarjonta muodostuisi kestoaltaan, intensiteetiltään ja teoriaperustaltaan monenlaisista terapioista, joista kullekin asiakkaalle voitaisiin tarjota kyseisessä tilanteessa parhaiten sopiva vaihtoehto. Tämä edellyttäisi paitsi palvelutarjonnan monipuolisuutta myös rahoitusjärjestelmän joustavuutta ja terapiamuotojen huomioimista nykyistä tasapuolisemmin palveluihin ohjaamisessakin. Asiakkaiden tarpeet määrittäisivät tällöin sen, olisiko terapia muodoltaan yksilöllistä vai pari-, perhe- tai ryhmäterapiaa. Monipuolisen palvelutarjonnan lisäksi osa vastaajista ehdotti eri menetelmien ja terapiamuotojen yhdistämistä myös terapiaprosessin eri vaiheissa. Tämä edellyttäisi monipuolista osaamista terapeuteilta tai muutoin hyvää yhteistyötä palveluntuottajien kesken.

”Tarjonnan monipuolisuuden turvaaminen; sekä lyhyttä että pitkää psykoterapiaa tarvitaan

– myös sisällöllinen monipuolisuus ja valinnan vara tärkeää.”

”Joustavuus; pitäisi olla mahdollisuus yhdistää yksilö- ja perheterapiaa tarpeen mukaan.”

”Monimuotoisten terapiaprosessien kehittäminen, vaikeimmissa ongelmissa tarvitaan aina useita menetelmiä ja ennen kaikkea perheen osallistumista myös aikuisille.”

Psykoterapian integraatio voisi vastaajien mielestä toteutua joko koulutusyhteisöjen toimesta tai palvelujen järjestäjä, esimerkiksi Kela, voisi saattaa eri koulutussuuntauksia aktiivisesti vuoropuheluun toistensa kanssa. Keskinäisen kilpailun sijaan integraatio voisi vastaajien mielestä mahdollistaa eri suuntauksien kehittymisen.

”Pitää koulutus hyvällä tasolla, lisätä eri koulutusmuotojen yhteistyötä esim. Kelan psykoterapeuteille suunnattuja koulutus- ja neuvottelupäiviä.”

”Koulutus tulisi saada yliopistoon. Koulutusyhteisöjen ’kuppikuntamaisuus’ on kokonaisuuden kannalta haitaksi.”

Palvelutarjonnan laajeneminen toisi toisaalta joidenkin vastaajien mielestä haasteita koulutukselle ja palvelujen valvontaan. Jotkut vastaajat korostivatkin sitä, että sinänsä toivottava palvelujen monimuotoisuus ei saisi toteutua palvelujen laadun kustannuksella.

”Monimuotoisen psykoterapiatarjonnan tarjoajien ammattitaidon takaaminen on vaativa haaste sekä Valviralle että Kelalle.”

10. teema: yhteistyön kehittäminen muiden tahojen kanssa (50 kommenttia)

Kehitettävää nähtiin laajemmassa yhteistyössä muun palvelujärjestelmän ja muiden psykoterapiaan liittyvien toimijoiden kanssa. Tärkeinä yhteistyötahoina pidettiin muut terveys- ja sosiaalipalveluja, asiakkaiden perheitä ja sosiaalisia verkostoja sekä työpaikkoja. Vastaajien mielestä myös yhteistyötä julkisen ja yksityisen sektorin välillä pitäisi parantaa.

”Yksityinen ja kunnallinen palvelu eivät kohtaa, paljon avun hakijoita kunnall. puolella, mistä ei osata, kyetä ohjaamaan eteenpäin. Psykoterapiapalveluja ei arvosteta tarpeeksi, mikä näkyy sekä

asenteissa että rahassa. Tietoa ihmisen psyykestä on enemmän kuin koskaan aikaisemmin, miksi ei käytetä jo ennaltaehkäisyssä. Asenteissa sikäli, että intensiivisiä hoitoja ei saa toteuttaa kunnall. puolella.”

Tiiviimpää yhteistyötä ehdotettiin tehtäväksi vaikeammassa tilanteissa, joissa yksityiset psykoterapiapalvelut eivät välttämättä riitä.

”Vaikeiden potilaiden osalta olisi tosi tärkeää yhteistyö molemminpuolista kunnallisen ja yksityisen psykoterapeuttisen ja konsultaatio-luontoisen suhteen syntymiseksi.”

”Julkisella puolella pyritään nykyisin lopettamaan psykoterapiatyö, mutta on monia nuoria jotka hyötyvät vain julkisen puolen pkl käynneistä eivätkä pysty vielä hyödyntämään Kela tai ostopalvelua.”

”– – nuorten psykoterapioiden tueksi joskus tarvittavia osastohoitojaksoja on käytännössä vaikea toteuttaa hyvässä yhteistyön hengessä.”

Osa vastaajista näki psykoterapian osana asiakkaan palvelukokonaisuutta. Psykoterapian toteuttaminen osana laajempaa palvelukokonaisuutta voisi tarkoittaa myös sitä, että psykoterapeutti ottaisi entistä paremmin huomioon asiakkaan muut tutkimuodot ja kokonaistilanteen. Joskus yhteistyön odotettiin toimivan myös niin, että julkisella terveydenhuollolla olisi mahdollisuus seurata yksityisesti toteutetun terapian toimivuutta.

”Yhteistyötä lisää eri toimijatahojen ja asiantuntijoiden kesken. Lisää panostusta avohuoltoon. Tiedonkulun parantaminen tärkeää eri tahojen välillä: mitä palvelumuotoja jne. on olemassa tai kehitteillä hoitavan lääkärin ja psykoterapeutin välille pitäisi kehittää joku yhteistoimintamuoto.”

”Yhteistyö julkisen sektorin ja yksityispuolen terapeuttien välillä vähäistä. Arviot terapian toimivuudesta jäävät liiaksi yksityisten terapeuttien omalle vastuulle.”

Psykoterapeutit ehdottivat yhteistyön lisäämistä myös niiden tahojen kanssa, jotka vastaavat asiakkaiden palveluista psykoterapian jälkeen. Näistä eräänä tärkeänä yhteistyökumppanina pidettiin työterveyshuoltoa.

”Työterveyshuoltoverkoston yhteyttä yksityisterapeutteihin voisi kehittää.”

Muita tahoja, joiden kanssa vastaajat toivoisivat voivansa tehdä yhteistyötä psykoterapian rinnalla tai jälkeen, olivat erilaiset kurssimuotoiset palvelut ja ammatillinen kuntoutus. Näiden tahojen kanssa tehtävään yhteistyöhön palataan seuraavassa luvussa.

11. teema: psykoterapiatutkimuksen kehittäminen (29 kommenttia)

Osa vastaajista piti psykoterapiapalvelujen kehittämisen kannalta tärkeimpänä asiana tutkimusta psykoterapian vaikuttavuudesta ja soveltuvuudesta erilaisille asiakkaille sekä tutkimustiedon nykyistä parempaa hyödyntämistä palvelujen toteutuksessa ja tutkimuksellisen otteen kehittämistä osana palveluja. Tutkimuksen odotettiin myös tukevan palvelumuotojen kehittämistä, jolloin palvelujen järjestämisessä painopiste tulisi olla näyttöön perustuvissa terapiamuodoissa.

”Tutkimuksella vaikuttaviksi todettujen menetelmien käyttöön ottaminen.”

Tutkimustiedolla perusteltiin joskus tietyn terapiasuuntauksen suosimista. Tällöin viitattiin olemassa olevaan tietoon ja jo tehtyihin tutkimuksiin. Toisaalta psykoterapiatutkimusten tulokset eivät vastausten perusteella tavoittaneet tyydyttävällä tavalla terapeutteja.

”Että uusin tutkimustieto tulisi psykoterapeuttien jokapäiväiseen työhön käyttöteoria-asteelle. Siksi olen innoissani kehitteillä olevasta www.terapeutti.info -palvelusta. Lääkäreillä pelaa suht hyvin EBP, näyttöön perustuva hoito, psykoterapiassa tämä on vielä lapsen kengissä.”

”Koulutuksen järjestäminen, jotta tutkitusti vaikuttavia terapiamuotoja hallitsevia saadaan työhön.”

Terapiakäytäntöjä ehdotettiin myös kehitettävän siten, että erilaiset tutkimukselliset otteet, kuten tuloksellisuuden seuranta ja arviointi, kuuluisivat kiinteästi terapiatoimintaan. Erilaiset tutkimusmenetelmät tulisivat tällöin osaksi terapiaprosesseja, ja niiden avulla kerättävää informaatiota hyödynnettäisiin terapiatilanteissa. Tutkimuksellisella otteella voitaisiin vastaajien mielestä parantaa myös palvelujen tuloksellisuuden tai vaikuttavuuden seurantaan terapian päätyttyä. Seurantatiedoista voisivat hyötyä sekä asiakkaat, terapeutit, lähettävät tahot että kustannuksista vastaavat tahot.

”Terapian tuloksellisuuden jatkuva monitorointi terapiaprosessin aikana -> Palaute sekä potilaille että terapeutille jokaisella istunnolla -> tulos ohjaa prosessia.”

Vastaajien mielestä tärkeää olisi saada vielä enemmän ja tarkempaa tietoa ainakin terapian soveltuvuudesta ja erilaisten terapioiden vaikuttavuudesta.

”Kokonaisuuden hahmottaminen: millainen psykoterapiamuoto sopii ja millaisiin tilanteisiin. Helsingin psykoterapiatutkimusprojekti antaa osaltaan tähän vastauksia. Kela voisi organisoida ja tukea myös muita tutkimusprojekteja. Tutkimuksista saatavilla tiedoilla voisimme ohjata resursseja mahdollisimman vaikuttavaksi kokonaisuudeksi.”

”(Psyko)terapian kirjo on laaja: odotan mielenkiinnolla, miten tarkasti tutkimuksissa voidaan todeta eri terapiasuuntausten vaikutus ja terapian kesto eri potilasryhmiin. Mikä auttaa ketäkin? Jos nyt olen oikein ymmärtänyt, vielä ei ole voitu osoittaa selkeästi – lyhyt vai pitkä psykoterapia? Mikä terapiasuuntautuneisuus? Millaisiin potilaisiin?”

12. teema: Yhteiskuntaan liittyvät kehittämis ehdotukset (23 kommenttia)

Viimeisenä avovastauksissa esiin tulleena aihealueena olivat laajempiin yhteiskunnallisiin teemoihin liittyvät kommentit ja kehittämis ehdotukset. Osa vastaajista perusteli psykoterapiapalvelujen olemassaoloa ja lisäämistä yhteiskunnalle koituvilla hyödyillä.

”Jos ihmiset pääsisivät helpommin terapiaan yhteiskunta säästäisi huomattavat summat rahaa työkyvynsä säilyttäneinä ja veronsa maksavina ihmisinä. Sairauslomat ja ennenaikaiset eläkkeet tulevat kalliiksi. Perheet hajoavat, itsemurhat, rikollisuus yms. kärsimys lisääntyy jatkuvasti kun ihmiset eivät pääse/saa asianmukaista hoitoa.”

Avovastauksissa tuli esille myös sellaisia ehdotuksia, joiden avulla pystyttäisiin kehittämään psykoterapiapalvelujen asemaa yhteiskunnassa. Tiedon levittämistä psykoterapiapalveluista piti moni vastaaja erityisen tärkeänä.

”Mystisyyden viitta’ saatava pois terapeuttisen hoidon edestä -> psykoterapiaa pitäisi tuoda

enemmän maallikoiden tietoisuuteen hyvien onnistumisien avulla.”

”Psykoteraapian tekeminen tunnetummaksi ja hyvällä tavalla arkisemmaksi ja asiakkaiden ulottuville tulevaksi. Edellyttää siihen ohjaimista ja siksi työmuodon tunnetuksi tekemistä eri ammattiryhmille mm. lastensuojeluun, neuvolaan, kouluterveydenhuoltoon ym.”

Osa vastaajista piti tärkeimpänä kehittämiskohteenä erilaisten mielenterveyden ongelmia ehkäisevien tekijöiden tunnustamisen. Mielenterveyttä tukevat yhteiskunnalliset muutokset voisivat vähentää psykoterapiapalvelujen tarvetta, lievittää ihmisten kärsimystä ja vaikeuksia sekä parantaa ihmisten mahdollisuuksia selviytyä vaikeuksistaan. Toinen usein toistunut teema oli mielenterveyspalvelujen lääkekeskeisyyden vähentäminen.

”Työelämän vaatimustason alentaminen. Parimmat mahdollisuudet päästä työelämään vaikka osa-aikaisesti – on turhauttavaa kuntouttaa potilaita toimintakykyisiksi ja he eivät saa osallistua työelämään koska ovat olleet tosi kauan pois työelämästä tai työelämä on vain armoton kilpailu jossa vain harvat jaksaa nykyään – –”

”Ennaltaehkäisy, riittävä apu/lasten huomioiminen vanhemman sairastuessa. Kouluterveydenhoitajien ja -kuraattorien lisäys. Myös kodinhoitoapu, entiset kodinhoitajat arjen pyörittämiseen silloin, kun vanhemmat eivät jaksaa. Julkinen arvokeskustelu.”

”Positiivisen suhtautumisen luominen mielenterveyspalveluja ja -hoitoa kohtaan. Tuntuu, että juuri psyykk. sairaut jäivät liian pitkäksi aikaa vain lääkkeiden varaan, varhainen psykoterapiahoito jokapäiväiseen terveydenhuoltoon.”

4.2 VET-terapeuttien näkemykset mielenterveyskuntoutuksesta

Psykoterapeuttien näkemyksiä psykoterapiasta osana laajempaa mielenterveyskuntoutusta kysyttiin seuraavalla kysymyksellä [23]: ”Mitä mieltä olette kurssimaisesta, moniammatillisesta mielenterveyskuntoutuksesta ja sen suhteesta psykoterapeuttiseen hoitoon?” Kysymyksen taustalla oli tarve saada tietoa erityisesti Kelan, mutta myös muiden tahojen, kustantamien mielenterveyskuntoutuksen kurssien toimivuudesta, minkä vuoksi kysymys

koskee toisaalta moniammatillisesti organisointua ja kurssimuotoisesti toteutettua kuntoutusta ja toisaalta mielenterveyskuntoutuksen suhdetta psykoterapiaan.

Käsitlemme seuraavassa VET-psykoterapeuttien kysymykseen antamia avovastauksia. Kysymyksen muotoilua voi aiheellisesti pitää vaikeana, ja osa vastaajista olikin kirjoittanut, ettei ymmärtänyt kysymystä. Osa taas oli ymmärtänyt kysymyksen eri tavoin kuin oli tarkoitettu ja pohti vastauksessaan esimerkiksi kurssimuotoista psykoterapiakoulutusta. Kysymyksen muoto ohjasi vertaamaan tai suhteuttamaan yhtä tiettyä mielenterveyskuntoutuksen muotoa psykoterapiaan. Vastaukset eivät siksi välttämättä kuvaa VET-terapeuttien käsitystä mielenterveyskuntoutuksesta yleisellä tasolla. Joka tapauksessa vastauksista oli erotettavissa jäljempänä kuvatut tavat jäsentää moniammatillista kurssimuotoista mielenterveyskuntoutusta ja sen suhdetta psykoterapiaan. Nämä kategoriat ovat tässä aineistossa kattavia, eli kaikki aineistossa esitetyt näkemykset ovat sijoitettavissa luokitteluun.

Avovastausten analyysissä ensimmäisellä aineiston lukukerralla laadittiin koodijärjestelmä (taulukko 25, s. 42), jonka arvioitiin kattavan kaikki vastaajien esittämät näkemykset. Toisella lukukerralla jokainen vastaus luokiteltiin yhteen koodijärjestelmän kategoriaan. Vastaus sijoitettiin siten siihen luokkaan, joka vastasi parhaiten siinä esitettyä näkemystä. Jäljempänä esitettävistä kvantifioituista tuloksista on kuitenkin syytä huomata, että luokittelu on edellyttänyt joskus tulkintaa. Vastausten lukumäärät ovat siten enemmän suuntaa antavia kuin täsmällisiä faktoja. Vastaajien näkemykset olivat kuitenkin pääosin yksiselitteisiä ja helposti luokiteltavissa. Osassa vastauksista esitettiin useammanlaisia näkemyksiä, ja luokittelussa tällaiset sijoitettiin vahvimman näkemyksen mukaiseen luokkaan. Esimerkkinä tällaisesta on vastaus, jossa vastaaja totesi, ettei tunne riittävän hyvin kurssimuotoista kuntoutusta ja siitä huolimatta arvioi, ettei siitä olisi hyötyä omille asiakkailleen (tässä tapauksessa potilailleen). Tällaisessa tapauksessa näkemyksen katsottiin edustavan kriittistä kantaa kursseihin.

Yhteensä 577 VET-terapeuttia vastasi kysymykseen (90 % VET-terapeuteista). Vastanneista 24 kertoi, ettei ymmärtänyt kysymystä. Osa vastaajista oli ymmärtänyt kysymyksen eri tavoin kuin oli tarkoitettu, ja vastaus liittyi esimerkiksi kurssimuotoiseen psykoterapiakoulutukseen. Nämä vastaukset luokiteltiin ”ei ymmärrä kysymystä” -luokkaan.

46 vastaajaa kertoi, ettei tunne kyseistä mielenterveyskuntoutuksen muotoa, ei osannut sanoa siitä mitään tai heidän kantansa oli tulkittavissa samanaikaisesti sekä myönteiseksi että kielteiseksi. Koodijärjestelmässä nämä vastaukset sijoitettiin luokkiin ”ei tunne” ja ”ei kantaa”.

Moniammatillista kurssimuotoista mielenterveyskuntoutusta kohtaan kriittisen näkemyksen (”ei kannata” tai ”eri asioita”) ilmaisi 95 vastaajaa (16 prosenttia kysymykseen vastanneista). 50 näistä ilmaisi kategorisesti, ettei kannattanut kyseistä kuntoutusmuotoa. Osa näistä piti kuntoutuskurssija suorastaan haitallisina tai arvioi näiden vähintään häiritsevän psykoterapian toteutusta. Osa taas arvioi kurssimuotoisen kuntoutuksen olevan vaikutuksiltaan heikkoa ja ehdotti, että siihen käytetyt resurssit tulisi kohdentaa varsinaiseen psykoterapiaan. Osa kriittisesti kyseistä kuntoutusmuotoa kommentoineista vastaajista korosti, että vastaus on sidoksissa asiakkaan (tässä tapauksessa potilaan) mielenterveydenhäiriön luonteeseen. Edelleen tämänkaltainen näkemys korostaa oman terapian ja työnohjauksen merkitystä mielenterveyshäiriöisten kanssa työskennellessä. Vain perusteellisen terapia-koulutuksen saaneiden katsotaan olevan päteviä ja kykeneviä mielenterveyden häiriöiden hoitamiseen.

”KAMALA, toivottavasti lopetetaan mahdollisimman pian.”

”Sopii vain harvoin, erityisen vaikeissa häiriöissä. Saattaa myös häiritä terapiaa.”

”Vaihtelevia kokemuksia. Pahimmillaan voi toimia ristiriitaisesti esim. lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa.”

”Epäilen, että sillä voisi saada aikaan pysyviä muutoksia. Mietin usein miten monta psykoterapiaa voisi siihen laitettulla rahalla toteuttaa.”

”Riittävä peruskoulutus tulee olla myös psykoterapiasta. Työ on vaativaa ja vastuullista. Kuullut esimerkkejä epäammattimaisesta käyttäytymisestä (vaikka peruskoulutus ollut mutta ei varsinaista psykoterapiakoulutusta).”

Loput kriittisesti kyseiseen mielenterveyskuntoutuksen malliin suhtautuvat 45 vastaajaa olivat sitä mieltä, että moniammatilliset kurssit ovat selkeästi eri asioita kuin psykoterapia. Heidän mukaansa moniammatillinen kurssimuotoinen mielenterveyskuntoutus kohdentuu täysin erilaisiin ongelmiin ja on tavoitteiltaan erilaista kuin psykoterapia. Psykoterapiaa pidettiin ainoana vaihtoehtona mielenterveyden häiriöiden hoitoon, jossa tavoitteena on mielensisäisten rakenteiden pysyvien muutosten aikaansaaminen (esimerkiksi persoonallisuuteen ja tunteisiin liittyvät muutokset). Kriittisen kannan ilmaisseet arvioivat, että kuntoutuksella voi olla oma kohteensa ja tavoitteensa (esim. toiminnallinen/fyysinen harjoittelu, taitojen opettaminen), mutta tällainen toiminta ei tavoita psykoterapian kohdetta.

”Kuntoutus on todella eri asia kuin intensiiv. psykoanal. psykoterapia, joka paneutuu yksilön sisäiseen kokemusmaailmaan; sisäisiin ristiriitoihin ja niiden tiedostamiseen esim. työkyvyn parantamiseksi; sisäiseen vapautuneisuuteen tähtää.”

”Kyse eri asioista. Ps. ter. hoito on mielen sisäisten konfliktien selvittelyä, ei useinkaan manipu-

Taulukko 25. Koodijärjestelmä ja vastausten lukumäärä koodeittain.

Koodi	Vastausten lukumäärä
Ei ymmärrä kysymystä	24
Ei tunne moniammatillista kurssimaista mielenterveyskuntoutusta	31
Ei kantaa	15
Ei kannata moniammatillista kurssimaista mielenterveyskuntoutusta	50
Eri asioita	45
Kannattaa moniammatillista kurssimaista mielenterveyskuntoutusta	412
psykoterapian tukena	149
molempia tarvitaan	111
vaihtoehto	68
kuntoutuskokonaisuus	39

latiivisilla keinoin ratkaistavissa. Joskin joskus avuksi.”

”Varsinaiset psykoterapiapotilaat eivät sitä kaipaa, sopii paremmin pitkäaik. potilaille.”

Vastaajista 71 % (412 vastausta) suhtautui kurssimuotoiseen moniammatilliseen mielenterveyskuntoutukseen myönteisesti. Näistä 45 vastausta oli lyhyitä ja ytimekkäitä: ”OK”, ”suhtaudun myönteisesti” tai vastaavia. Muut myönteiset ja kyseessä olevaa kuntoutusmallia kannattavat vastaukset luokiteltiin niiden sisältöjen mukaan neljään kategoriaan: kurssien nähtiin tukevan psykoterapiaa, kurssien ja psykoterapian katsottiin täydentävän toinen toisiaan, kurssien nähtiin olevan joskus vaihtoehto psykoterapialle tai ne molemmat nähtiin osana laajempaa kuntoutuskokonaisuutta.

Myönteisesti vastanneista suurin osa (149 vastausta) piti kursseja psykoterapiaa tukevana tai täydentävänä. Mielenterveyskuntoutus nähtiin sinänsä kannatettavana, mutta psykoterapiaa pidettiin aina välttämättömänä ja ensisijaisena hoitomuotona. Vastaajat arvioivat, että mielenterveyskuntoutus voi tukea psykoterapian tavoitteiden saavuttamista ja olla joskus jopa tarpeellista tavoitteiden saavuttamiseksi. Moniammatillisten kurssien nähtiin myös ohjaavan asiakkaita psykoterapiaan tai lisäävän motivaatiota siihen. Toisaalta kurssien katsottiin sopivan joskus parhaiten psykoterapian jatkoksi esimerkiksi tukemaan työelämään paluuta. Joissakin vastauksissa mielenterveyskuntoutuksen katsottiin sopivan myös psykoterapian rinnalle, tosin toiset vastaajat esittivät päinvastaisia näkemyksiä. Mielenterveyskuntoutuksen katsottiin siten kohdistuvan samanlaisiin ongelmiin kuin psykoterapian, mutta sen ei arvioitu olevan menetelmänä yhtä tehokas tai perusteellinen, eikä sen katsottu voivan missään tilanteessa korvata psykoterapiaa. Osa kursseihin myönteisesti suhtautuneista korosti, että vain psykoterapialla voidaan vaikuttaa psyykkisiin struktuureihin, eli psykoterapian kohde nähtiin erilaisena kuin moniammatillisten kurssien (vrt. edellä kuvattu kategoria).

”Hyvin ajoitettuna tukee psykoterapiahoitoa. Ei ole yksin riittävä hoito/kuntoutus vaikeissa mielent. häiriöissä.”

”Sen kautta voisi valikoitua varsinaisen psykoterapian tarpeessa olijoita. (Sinänsä se vastaa eri tarpeisiin kuin yksilöpsykoterapia.)”

”Tarpeen vaikeammin häiriintyneille, joilla on vaikeutta hakeutua työelämään, koulutuksiin, sosiaalisiin tilanteisiin. Joko ennen psykoterapiaa tai sen ohessa.”

”Psykoterapian lisänä, erityisesti hoidon loppuvaiheessa monelle sopiva. Vaikeasti depressiivinen ei siitä hyödy ennen kuin depressio alkaa väistyä, voimia ei ole. Eivät ole koskaan vaihtoehtoja hoidolle.”

”Saattaa olla ratkaisevan tärkeä ajoitettuna oikein psykoterapian loppuvaiheeseen jolloin potilas tarvitsee vertaistukea ja tilaisuuksia harjoitella sisäistyneitä, uusia toimintamalleja.”

”Täytyisi tehdä pitkän psykoterapian rinnalla, tukien toinen toistaan. Lyhyet kurssit eivät korjaa vakavia psyykkisen rakenteen virheitä.”

”Sopii lisätueksi, mutta mielellään ei samanaikaisesti psykoterapian kanssa.”

Kurssimuotoisen mielenterveyskuntoutuksen ja psykoterapian välinen suhde nähtiin myönteisenä myös siten, että kumpikin ovat tarpeellisia ja täydentävät toisiaan tasavertaisesti (111 vastausta). Mielenterveyden ongelmat nähtiin tällöin niin monitahoisina, että niiden hoidossa tarvitaan monenlaisia työtapoja. Nämä vastaajat katsoivat, että mielenterveyskuntoutus ja psykoterapia voivat täydentää toisiaan ja molempia tarvitaan. Mielenterveyskuntoutuksen erityisvahvuudeksi ilmoitettiin vertaistuki, mitä psykoterapia ei useinkaan pysty tarjoamaan. Mielenterveyskuntoutuksen ja psykoterapian ei arvioitu kilpailevan keskenään eikä myöskään katsottu, että ne voisivat korvata toisiaan. Molempia koettiin tarvittavan tyydyttämään tarvetta, joka on joka tapauksessa suurempaa kuin tarjonta.

”Kaikella hoidolla on paikkansa, avuntarvitsijoita on paljon.”

”Kaikki keinot on hyvä ottaa käyttöön, eri potilaille erilainen merkitys, joillekin ei lainkaan tarpeen.”

”Ne palvelevat eri tarpeita. Kurssimuotoisen kuntoutuksen etuna on vertaiskokemusten jakaminen, psykoterapia taas mahdollistaa pitkäjänteisen työskentelyn.”

”Kurssit voivat tukea toipumista ja kuntoutusta tuoden tietoa, vertaistukea ja aktivointia. Ne

voivat motivoida psykoterapeuttiseen työskentelyyn ja tukea kokonais kuntoutumista. Kurssit ja psykoterapia eivät ole vaihtoehtoisia, vaan toisiaan tukevia.”

Kuntoutusta kannattava näkemys oli myös se, että se voisi joissakin tilanteissa olla vaihtoehto psykoterapialle (68 vastausta). Joillekin asiakasryhmille vertaistukeen ja moniammatilliseen työskentelyyn perustuvan mielenterveyskuntoutuksen arvioitiin olevan yhtä hyvä tai jopa parempi vaihtoehto kuin psykoterapian. Tällaisiksi ryhmiksi kuvattiin esimerkiksi ihmiset, jotka eivät pysty sitoutumaan psykoterapian edellyttämään hoitosuhteeseen ja työskentelyyn. Joidenkin mielestä mielenterveyskuntoutus arvioitiin riittäväksi hyvin lievissä tapauksissa, mutta joidenkin mielestä moniammatillinen ja vertaistukea tarjoava kurssimuotoinen kuntoutus voisi toimia paremmin hyvin vaikeissa mielenterveysongelmissa. Kuntoutumisen kannalta hoitosuhde nähtiin näissä näkemyksissä usein keskeisempänä tekijä kuntoutuksen onnistumisen kannalta kuin terapiatekniikka tai kuntoutusmuoto.

”Potilaalle täytyy valita sopiva hoitomuoto. Kaikille ei sovi yksilöterapiaa.”

”Varmasti ihan hyvä lisä valikkoon, koska potilaiden tarpeet, tilanteet ja mahdollisuudet vaihtelevat. Kaikki ei sovellu/hyödy psykoterapeuttisesta työskentelystä, vaiheetkin on erilaisia. Silti pelkkä kurssimainen ei tietenkään ole pakettiratkaisu kaikille.”

”Esim. perhekuntoutus on toimiva tapa auttaa perhettä (riittävän pitkäkestoisia jaksotettu perhekuntoutus) – toimii hyvin psykoterapian vaihtoehtona joissain tilanteissa.”

”Sopii joillekin potilaille erinomaisesti. Hoitosuhde tärkein parantava tekijä, ei niinkään terapiamuoto tai -tekniikka.”

Sekä psykoterapiaa että moniammatillista kurssimuotoista mielenterveyskuntoutusta pidettiin 39 vastaauksessa osana asiakkaan kuntoutussuunnitelman kokonaisuutta, jossa etsitään yksilöllisesti kullekin sopivimmat ja tarvittavat tukimuodot. Psykoterapia koettiin osaksi laajempaa kokonaisuutta, ei asiakkaan kokonaistilanteesta ja muusta hoidosta tai kuntoutuksesta erilliseksi toimenpiteeksi. Nämä vastaajat kertoivat, että usein tarvitaan muitakin kuin edellä mainittuja työvälineitä. Myös yhteistyön merkitys eri toimijoiden välillä ilmoitettiin

tiin keskeiseksi kuntoutumisen etenemisehdoksi. Näissä näkemyksissä huomio kohdistettiin usein kuntoutumiseen, ei kuntoutukseen. Lähtökohtana oli siten asiakkaan tilanne ja prosessi, sen sijaan että prosessia olisi tarkasteltu kuntoutusjärjestelmän tai terapiamuodon näkökulmasta.

”Olisi tärkeää kehittää moniulotteista näkemystä (systeminen ymmärrys) ja tietoa yhteistyömahdollisuuksista.”

”Kurssimainen, moniammatillinen mielenterveyskuntoutus on mielestäni osa kokonaiskuntoutusta. Se toimii hyvin psykoterapeuttisen hoidon takana.”

”Olen itse ollut yhteyttä ottavana tahona mm. lääkäreihin ja poliklinikoihin päin -> koettu hyvänä! -> Hoitotahojen roolit selkeytyy ja yhteisillä sopimuksilla toimitaan potilaan parhaaksi. Kun yhteistyö toimivaa -> hyvä tuki terapeutille ja potilaalle -> kaikki tietää missä mennään ja mitä kohti työskennellään.”

”Tukevat yl. hyvin kuntoutumista. Jotkut tarvitsevat monimuotoista kuntouttavaa otetta – tukee rutiineja ja itsetuntemuksen.”

”Sellaista tarvitaan: psykoterapia on yksi mielenterveyskuntoutuksen muoto. Tarvitsemme laajan kirjon erilaisia interventioita, jotka jonkun pitäisi organisoida toimivaksi kokonaisuudeksi.”

5 Pohdinta

Suomessa toimivien psykoterapeuttien, heidän tarjoamiensa psykoterapiapalvelujen ja palvelujen järjestämistapojen taustoja ja alueellista jakautumista ei ole aiemmin selvitetty kattavasti. Tässä kyselytutkimuksessa psykoterapiapalveluja tarkasteltiin Kelan, kuntien ja sairaanhoitopiirien sekä kolmannen sektorin järjestämien palveluiden näkökulmasta. Käsillä oleva selvitys osoittautui erityisen ajankohtaiseksi, kun kuntoutuspsykoterapia on siirtynyt vuoden 2011 alussa Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin. Kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteet pysyvät ennallaan, mutta uuden asetuksen myötä vuosittaiset määrärahat eivät enää rajoita uusien asiakkaiden mahdollisuutta saada Kelalta korvausta psykoterapiasta. Psykoterapiaan pääsy kuitenkin edellyttää, että palveluja on saatavissa siellä, missä on tarvetta, ja että palvelut ovat riittävän monipuolisia vastaamaan monimuotoisiin mielenterveyden häiriöihin. Lakimuutoksen jälkeenkin ensisijainen

vastuu psykoterapiapalveluiden tarjoamisesta säilyy kunnilla ja sairaanhoitopiireillä. Kolmannen sektorin järjestämä psykoterapia täydentää lakisääteisiä mielenterveyspalveluja.

Toinen merkittävä psykoterapiajärjestelmää koskeva muutos on psykoterapeuttikoulutuksen uudistuminen vuoden 2011 lopussa. Asetusmuutoksessa psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden johtava koulutusvastuu siirtyy niihin yliopistoihin, joilla on psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusta. Nämä eri puolilla Suomea sijaitsevat yliopistot järjestävät koulutuksen yhdessä koulutusyhteisöjen ja -organisaatioiden kanssa.

5.1 *Psykoterapeutit*

Selvitys perustuu Valviran terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin Terhikkiin kuuluville psykoterapeuteille suunnattuun kyselyyn. Terhikki-rekisterissä on myös sellaisten henkilöiden tietoja, joilla on psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeus mutta jotka eivät kyselyhetkellä tarjonneet psykoterapiapalveluja. Terhikki-rekisterissä olevien määrä ei siis suoraan kerro, kuinka monta psykoterapeuttia Suomessa tarjoaa psykoterapiapalveluja. Rekisterissä eivät myöskään näy ne psykoterapiakoulutuksessa olevat henkilöt, jotka tarjoavat psykoterapiapalveluja osana koulutustaan. Psykoterapiakoulutuksen suorittaneita ei merkitä rekisteriin automaattisesti, vaan rekisterimerkinän saa vain henkilökohtaisen hakemuksen perusteella. Esimerkiksi julkisella sektorilla saattaa työskennellä psykoterapiakoulutuksen suorittaneita henkilöitä, jotka eivät ole hakeneet ammattinimikkeen käyttöoikeutta Valviralta mutta jotka hyödyntävät koulutustaan osana työtään.

Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeus aineistoa kootessa oli Terhikki-rekisterin mukaan 4 909 henkilöllä. Kyselyyn vastanneista 3 170 henkilöstä 804 ei oman ilmoituksensa mukaan tarjonnut enää psykoterapiapalveluja. Siten 2 366 vastaajaa (75 % vastanneista) tuotti kyselyhetkellä psykoterapiapalveluja. Katoanalyysin mukaan tarkastelussa mukana olleet 2 366 psykoterapeuttia edustivat asuinpaikan, sukupuolen, iän ja pohjakoulutuksen mukaan Terhikki-rekisterissä olevia henkilöitä, joilla on psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeus. Mikäli kyselyyn vastamatta jättäneissä (35 % rekisteröidyistä) olisi ollut psykoterapiapalveluja tuottaneita samassa suhteessa kuin vastanneissa, kaikista Terhikki-rekisteriin merkityistä psykoterapeuteista psykoterapiapal-

veluja tarjoavia voisi arvioida olevan noin 75 %. Laskennallisesti tämä tarkoittaisi vuoden 2009 alun tietojen perusteella 3 682:ta psykoterapeuttia. Olettavaa kuitenkin on, että ei-vastanneista on ollut suhteessa enemmän niitä, jotka eivät ajankohtaisesti tuota psykoterapiapalveluja. Rekisteröityjen määrä on lisääntynyt viime vuosina runsaalla 300 psykoterapeutilla vuodessa. Kasvu muodostuu uusista psykoterapeuteista. Toisaalta rekisteristä eivät välttämättä poistu kaikki ne, jotka ovat lopettaneet psykoterapiapalvelujen tarjoamisen.

Selvityksessä käytetyn kyselylomakkeen 24 kysymyksen avulla selvitettiin vastaajien taustaa, psykoterapiapalveluja ja palvelujen järjestämistapoja. Osaan kysymyksistä voitiin valita useampi vaihtoehto, ja jotkut vastaajista olivat valinneet useamman vaihtoehdon sellaisissakin kysymyksissä, joissa pyydettiin ensisijaista tai pääasiallista valintaa. Nämä kysymykset muutettiin monivalintakysymyksiksi, jotta kaikki vastaajien antama informaatio saatiin analyysijä varten tallennettua numeromuotoon. Jakaumien luotettavuutta näissä kysymyksissä heikentää siis se, että osa vastaajista on tehnyt ohjeen mukaisesti vain yhden valinnan, osa useamman. Joidenkin kysymysten osalta luokkia yhdisteltiin vielä monivalinnaksi muuttamisen jälkeen, ja myös tämä vaikuttaa saatuihin jakaumiin. Tällä menetelmällä palautettiin kyseiset kysymykset luokitteleviksi. Noin kymmenesosa vastaajista oli jättänyt vastaamatta eräisiin kyselylomakkeen loppupään kysymyksiin. (Ks. liite 2.)

Tämän selvityksen aineistossa aktiivisesti psykoterapiapalveluja antavat vastaajat olivat keskimäärin 53-vuotiaita. Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden vastaajat olivat saaneet keskimäärin 44-vuotiaina. Keskimääräinen ikä saataessa ammattinimikkeen käyttöoikeus näyttäisi jopa jonkin verran kohonneen viime vuosina (liitekuvio 1). Vastaajien keskimääräiseen ikään voi vaikuttaa se, että psykoterapiakoulutus on täydennyskoulutusta, joka edellyttää laajaa perustutkintoa sekä työkokemusta. Myös se, että koulutettavat kustantavat itse koulutuksensa, saattaa lykätä koulutuksen alkamista. Tulos herättää kuitenkin kysymyksen psykoterapeuttien työuran pituudesta. Toisaalta monet vastaajat ilmoittivat tarjoavansa psykoterapiapalveluja vielä eläkeikäisinäkin.

Lähes neljä vastaajaa viidestä oli naisia. Tästä seuraa, että asiakkaalla on rajalliset mahdollisuudet valita psykoterapeuttinsa sukupuolen perusteella. Alan naisvaltaisuuden onkin arveltu olevan yhteydessä siihen, että miehet hakeutuvat naisia harvemmin

psykoterapiaan (ks. Melartin ym. 2010). Lisäksi on esitetty, että terapeutin sukupuolella voi olla merkitystä yhteistyösuhteen toimivuuteen (Gillon 2007). Miesten osuus psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden saaneissa on viime vuosina hieman pienentynyt. Vuonna 2008 rekisteriin merkityistä heitä oli vajaat 13 % (liitekuvio 2).

Kolmannes vastanneista oli peruskoulutukseltaan psykologeja, neljännes sairaanhoitajia ja alle viidennes lääkäreitä. Psykologien ja lääkäreiden osuus psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden saaneista näyttää viime vuosina pienentyneen, kun taas sairaanhoitajien, yhteiskuntatieteellisen tai sosiaalialan koulutuksen saaneiden ja muun koulutuksen saaneiden suhteelliset osuudet ovat hieman lisääntyneet (kuvio 2, s. 10). Vaikka käytettävissämme oli vain poikkileikkaustieto peruskoulutuksesta vuonna 2009, tuloksemme antaa suuntaa psykoterapeutiksi rekisteröityvien peruskoulutuksen muutoksista rekisterin voimaantulon jälkeen.

Psykoterapiakoulutussuuntauksista yleisimmät olivat perheterapia, psykodynaaminen psykoterapia, psykoanalyttinen terapia ja kognitiivinen psykoterapia. Sairaanhoitajilla yleisin koulutussuuntaus on perheterapia, kun taas psykologeilla ja lääkäreillä psykodynaaminen ja psykoanalyttinen koulutussuuntaus ovat yleisimmät. Vaativan erityistason (VET) koulutus oli joka neljännellä vastaajalla.

Lähes kolmannes vastaajista ilmoitti useamman kuin yhden koulutussuuntauksen. Vaikka tieto koulutussuuntauksesta oli selvitystä varten saatavilla vain poikkileikkaustietona vuodelta 2009, näyttää psykodynaaminen ja psykoanalyttinen koulutussuuntaus vähentyneen, kun taas perheterapian osuus on jonkin verran kasvanut ja kognitiivisen psykoterapian osuus on pysynyt suurin piirtein ennallaan (kuvio 3, s. 12).

5.2 Psykoterapiapalvelut

Selvityksen perusteella psykoterapiapalveluja tuotetaan pääosin joko päätoimisina tai sivutoimisina ammattinharjoittajina. Vastaajista vajaa kolmannes ilmoitti tuottavansa palveluja osana virka- tai työsuhteista työtä, ja heistä valtaosa oli julkisen sektorin palveluksessa. Päävastuu palvelujen tuottamisesta on siten yksityisillä ammattinharjoittajilla. Kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on mahdollisuus järjestää kuntalaisten tarvitsemia ja lain edellyttämiä palveluja myös muilla tavoin kuin omana toimintanaan (esim. ostopalvelut), mutta VET-terapeuttien kom-

menttien perusteella julkisen sektorin tuottamia psykoterapiapalveluja olisi kuitenkin syytä lisätä. Avovastauksissa ehdotettiin, että julkiselle sektorille tulisi saada lisää koulutettuja psykoterapeutteja ja mahdollisesti myös psykoterapeutin virkoja. Julkisen sektorin palveluksessa oli lähes puolet vastanneista, mutta heistä 30 % ilmoitti tuottavansa psykoterapiapalveluja vain ammattinharjoittajana. Virka- tai työsuhteisesti palveluja tuottaneet käyttivät myös vähemmän työaikaansa psykoterapian tarjoamiseen kuin ammattinharjoittajat. Julkisen sektorin työntekijät voisivat siten hyödyntää psykoterapiakoulutustaan nykyistä useammin osana palkkatyötään.

Psykoterapia on muodoltaan useimmiten yksilöterapiaa. Osa vastaajista ei ilmoittanut ensisijaisesti tarjoamansa psykoterapian muotoa. Voidaan olettaa, että osa psykoterapiapalveluista onkin eklektisiä eli terapeutti valitsee psykoterapian muodon asiakkaiden tarpeiden perusteella. Koulutussuuntauksittain tarkasteltuna tuloksissa kiinnittää huomiota se, että osa perheterapiakoulutetuista kertoi tarjoavansa ensisijaisesti yksilöterapiaa. Koska koulutussuuntaus oli monivalintakysymys, perheterapian ilmoittaneilla on voinut olla myös muita psykoterapiakoulutuksia, joiden perusteella he ovat suuntautuneet myös yksilöterapiaan. VET-terapeuttien kehittämisehdotuksissa kiinnitettiin huomiota myös siihen, että tarjottavan psykoterapian tulisi vastata terapeutin koulutusta.

Vaativan erityistason terapeutit esittivät psykoterapiamuotojen suhteen erilaisia kehittämisehdotuksia. Osa ilmaisi huolensa riittävän pitkien ja intensiivisten terapiaprosessien toteuttamismahdollisuuksista tulevaisuudessa, osa taas kehittäisi pikemminkin monimuotoisia terapiapalveluja. Kyselytulosten perusteella pitkät yksilöterapiat ovat tällä hetkellä vallitseva palvelumuoto. Selvityksen perusteella kehitettävää löytyy siten erityisesti lyhytkestoisten palvelujen saatavuuden turvaamisessa. Myös sosiaali- ja terveysministeriön masennuksen ehkäisyyn tähtäävän Masto-hankkeen puitteissa on esitetty, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden valmiuksia tarjota akuuttivaiheen lyhytpsykoterapiaa tulisi vahvistaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). VET-psykoterapeuttien esittämään toiveeseen lyhyempien psykoterapiajaksojen korvaamisesta on todettava, että Kelan järjestämisvastuulla olevan psykoterapian vähimmäismäärä on 25 kertaa vuo-

nessa eikä uuteen lakiin tule jaottelua lyhyt- ja pitkäkestoiseen psykoterapiaan⁵.

VET-terapeuttien vastausten perusteella tärkeämpää kuin kiistellä eripituisten tai -muotoisten terapioiden asemasta palvelujärjestelmässä olisi kuitenkin laatia jokaiselle asiakkaalle kuntoutussuunnitelma, joka ottaisi huomioon asiakkaan yksilölliset tarpeet. Kuntoutussuunnitelmassa psykoterapia ja muut mielenterveyskuntoutuksen muodot muodostavat kokonaisuuden, joka tukee asiakkaan kuntoutumista. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa koskevan muutoksen tultua voimaan kuntoutussuunnitelman laatimisesta ja sen sisällöstä annetaan aiempaa yksityiskohtaisempi ohjeistus.⁶

5.3 Psykoterapian järjestäminen

Psykoterapiaa kustantavat selvityksen perusteella pääasiassa julkinen terveydenhuolto, Kela ja asiakkaat itse. Kela näyttäisi kustantavan pääasiassa yksilöterapiaa ja pääosan pitkäkestoisista terapioidista. Julkinen terveydenhuolto kustantaa sekä yksilöterapiaa että perhe- ja pariterapiaa. Julkisen terveydenhuollon kustantama psykoterapia on useimmiten lyhytkestoista.

Merkittävä osa vastaajista ilmoitti osan asiakkaitaan kustantaneen itse terapiansa. Osa vastaajista tarkoitti tällä asiakkaan omavastuuosuutta. Tulos viittaa kuitenkin siihen, että psykoterapian saaminen, erityisesti yksityisen ammatinharjoittajan antamana ja pitkäkestoisena, edellyttää kykyä maksaa palveluista. Kelan kuntoutuspsykoterapiaan liittyvä vastaisuudessakin merkittävä omavastuuosuus. Kuntoutuspsykoterapian omavastuuosuuden lisäksi yksityisen sektorin tuottamista palveluista tulee kuluja asiakkaalle, mikäli hän jatkaa terapiassa pidempään kuin Kelan tuki kestää.

Kuntoutuspsykoterapian järjestämisvelvollisuuden myötä perhe- ja pariterapia tulevat Kela-korvauksen piiriin, mutta osa psykoterapiamuodoista jää edelleen korvausten ulkopuolelle. Vastedeskin vain lääkärin yksityisesti antamasta psykoterapiasta maksetaan sairausvakuutuskorvausta silloin, kun terapiaa ei korvata Kelan kuntoutuspsykoterapiana. VET-terapeuttien ja myös Suomen psykologiliiton lainsäädännöllisenä tavoitteena (Tikkanen 2010)

ollut laajennus psykoterapian sairausvakuutuskorvausoikeuteen ei siten tässä asetusmuutoksessa toteudu. Ne asiakkaat, jotka hakeutuvat korvausten ulkopuolelle jääviin palveluihin, joutuvat maksamaan terapiansa täysimääräisenä. VET-terapeuttien avovastausten perusteella monille asiakkaille jo omavastuuosuus oli konkreettinen ongelma. Avovastauksissa tuli esille huoli taloudellisen eriarvoisuuden lisääntymisestä, mistä on myös julkisuudessa keskusteltu (Soininen 2010).

Edellä kerrotut tulokset kuvaavat sitä, miten vastaajat jakautuivat eri kustantajien mukaan. Psykoterapian kustannusvastuun jakautumisesta saadaan tarkempi kuva, kun otetaan huomioon myös vastaajien ilmoittamat asiakasmäärät kustantajittain. Eri tahojen kustantamien asiakasmäärien suhteen vastauksissa oli hajontaa. Kelan ilmoitettiin kustantaneen keskimäärin 6 (mediaani), julkisen terveydenhuollon 5 ja asiakkaiden itse 4 asiakasta vastaajaa kohden.

VET-terapeutit korostivat myös muiden tahojen kanssa tehtävän yhteistyön merkitystä. Yhteistyön toimivuuteen on kiinnittänyt huomiota myös Valtiontalouden tarkastusviraston vuonna 2009 julkaissama raportti mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuudesta (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009). Psykoterapian rahoituksen turvaamiseksi VET-terapeutit ehdottivat muun muassa rahoituspohjan laajentamista. Tällöin tulisi pohtia esimerkiksi työterveyshuollon mahdollisuuksia osallistua psykoterapian kustannuksiin. Toisaalta VET-terapeuttien kehittämis ehdotuksissa sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen etuja ja haittoja pohtineen asiantuntijaryhmän raportissa psykoterapian monikanavaista rahoitusjärjestelmää pidetään osittain ongelmallisena (Pekurinen ym. 2010). Uhkina nähdään korvauskäytäntöjen vaikeaselkoisuus ja kustannusvastuun pallottelu eri toimijoiden kesken.

Julkinen sektori on kyselyvastausten perusteella yleisin taho, jonka kautta asiakkaat ohjautuvat psykoterapiaan. Yli kaksi kolmasosaa vastaajista ilmoitti, että joku julkisen sektorin toimija oli ohjannut tai lähettänyt heille asiakkaita psykoterapiaan. Julkinen sektori oli ohjannut asiakkaita sekä ammatinharjoittajille että osana virka- tai työsuhteista työtään terapiapalveluja tuottaville vastaajille. Yksityisen sektorin lähettämänä tuli asiakkaita noin kolmasosalle vastaajista, ja tätä kautta asiakkaita ohjautui useimmiten ammatinharjoittajille. Yli puolet vastanneista ilmoitti, että osa heidän asiak-

5 Kela korvaa enintään 80 käyntiä ensimmäisen vuoden psykoterapiasta ja 60 käyntiä kahden lisävuoden aikana.

6 Ks. <http://www.kela.fi> > Yhteistyökumppanit > Kuntoutuspalvelut > Ote kuntoutuspsykoterapian etuusohjeesta 1/2011.

kaistaan oli hakeutunut psykoterapiaan ilman lähetettä.

Psykoterapiaohjaus tarkoittaa muutakin kuin lähetteen kirjoittamista. Kyselyssä alle kolmannes vastanneista arvioi, että asiakkaiden saama ohjaus terapeutin tai terapiamuodon valintaan oli ollut yleensä riittävää. Noin joka kymmenes arvioi ohjauksen riittämättömäksi, eikä monilla ollut tietoa asiakkaiden saamasta ohjauksesta. Riippumatta psykoterapiasuuntauksesta suurin osa vastanneista koki, että ainakin osa heidän asiakkaistaan oli saanut riittämättömästi ohjausta.

Avovastauksissa psykoterapiaan hakeutumista kuvattiin nykyisellään vaikeaksi ja työlääksi sekä asiakkaan että psykoterapeutin kannalta. Psykoterapiaohjausta voi VET-terapeuttien vastausten perusteella kehittää joko nykyistä paremmalla hoitosoveltuvuuden arvioinnilla tai vahvistamalla asiakkaan mahdollisuuksia löytää hänelle parhaiten sopiva terapiamuoto ja terapeutti. Myös psykoterapeuttipalveluista saatavan tiedon keskittämistä toivottiin. Tiedon lisääminen ja kokoaminen yhteen asiakkaan helposti tavoitettavaan muotoon on keskeistä.

5.4 Alueelliset erot

Psykoterapeuttien määrän alueelliset erot ovat tämän selvityksen perusteella varsin suuria. Erot eivät ole juurikaan muuttuneet sitten vuosituhannen alun (Opetusministeriö 2003, 56; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009). Väestömäärään suhteutettuna Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella psykoterapiapalveluja oli eniten ja Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella vähiten. Ero kyseisten sairaanhoitopiirien välillä oli 2,8-kertainen. Kyselyn vastausprosentin huomioon ottaen psykoterapeuttien laskennallisen määrän vuonna 2009 voi arvioida HUS:n alueella olleen hieman yli 9 terapeuttia alueen 10 000 asukasta kohden, kun vastaava luku Satakunnassa olisi ollut hieman yli 3 psykoterapeuttia 10 000 asukasta kohden. Eroja löytyi myös palvelujen tuottamistavoissa eri alueilla. Kainuun, Länsi-Pohjan, Itä-Savon, Kymenlaakson ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä useimmat vastaajat tuottivat palveluja osana virka- tai työsuhteista työtä. Muissa sairaanhoitopiireissä suurin ryhmä olivat ne terapeutit, jotka tuottivat palveluja pää- tai sivutoimimisina ammatinharjoittajina.

Terapeuttien koulutuksen mukaan sairaanhoitopiirit jakautuivat karkeasti ottaen kahteen ryhmään: niihin, joiden alueella psykodynaaminen tai psykoanalyttinen koulutussuuntaus olivat hallitsevia, ja niihin, joissa perheterapia oli yleisin koulutussuuntaus. HUS:n alueella psykoanalyttisen koulutussuuntauksen ilmoittaneet muodostivat suurimman ryhmän. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella psykodynaamisen koulutussuuntauksen ilmoittaneita oli eniten. Pirkanmaalla, Satakunnassa ja Ahvenanmaalla oli yhtä paljon perheterapian ja psykodynaamisen psykoterapian koulutussuuntauksen ilmoittaneita. Kaikissa muissa sairaanhoitopiireissä perheterapiakoulutussuuntauksen ilmoittaneita oli eniten.

Alueellisesti tarkasteltuna psykoterapiapalvelujen kustantajien välille löytyi eroja, vaikka koko aineistossa Kela, julkinen terveydenhuolto ja asiakkaat itse ilmoitettiin palvelujen kustantajiksi yhtä usein. Suurimmassa osassa sairaanhoitopiireistä julkinen terveydenhuolto ilmoitettiin yleisimmin palvelujen kustantajaksi. Lapin, Vaasan, Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla Kela ilmoitettiin useimmiten psykoterapiapalvelujen kustantajaksi. HUS:n ja Satakunnan sairaanhoitopiirissä asiakkaat itse olivat kustantaneet useimpien vastaajien tarjoamia palveluja, ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä julkinen terveydenhuolto ja asiakkaat itse olivat olleet yhtä usein palvelujen kustantajia.

Alueelliset erot terapeuttien määrässä ja erot eri terapiamuotojen 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. Palvelutarjonnan aukkoja pyritään täyttämään muun muassa kehittämällä uudenlaisia palveluja. Kehitteillä on esimerkiksi erilaisia teknologia-avusteisia terapiamuotoja, joiden toivotaan täydentävän palveluvalikoimaa siellä, missä psykoterapian tarjonnassa on puutteita.

Kustannusvastuun jakautuminen eri tavoin eri sairaanhoitopiirien alueilla herättää kysymyksen, onko julkisen terveydenhuollon ja Kelan toimintakäytännöissä eroja eri alueilla. Kiinnostavaa on, että asiakkaat itse olivat useimpien vastaajien tarjoamien palvelujen kustantajina alueilla, joissa psykoterapian tarjontaa suhteutettuna väkilukuun on eniten ja vähiten.

5.5 Psykoterapiapalvelujen tarjonta ja tarve

Psykiatristen sairauksien hoito kuuluu lakisääteisen hoitotakuun piiriin. Hoitotakuun toteutuminen on kuitenkin psykoterapeuttisen hoidon suhteen vaikeaa, koska potilaita ei aina voida ottaa edes jonoon, kun ensisijaisena hoitona suositeltavaa psykoterapiaa ei ole riittävästi tarjolla (Moring 2010). Kelan järjestämisvelvollisuuden myötä myös kuntoutuspsykoterapian saajien määrän uskotaan kasvavan lähivuosien aikana 10–15 % vuodessa (Soininen 2010). Vuoden 2011 lopussa käynnistyvän psykoterapiakoulutusudistuksen vaikutukset psykoterapeuttien riittävyyteen ja psykoterapian saatavuuden alueellisiin eroihin jäävät vielä nähtäviksi.

Psykoterapiapalvelujen riittävyyden arvioiminen edellyttää sekä resurssien arvioimista että tarpeen arvioimista. Tämän tutkimuksen kyselyn perusteella voidaan arvioida kyselyhetkellä toteutuneita ja kyselyä edeltäneen vuoden psykoterapiapalvelujen määriä. Arvioon on kuitenkin syytä esittää joitakin varauksia. Ensinnäkin joka kymmenes vastannut jätti ilmoittamatta asiakasmäärät. Toiseksi ilmoitetuissa asiakasmäärissä oli merkittävää hajontaa, ja osa oli ilmoittanut vain likiarvon. Lisäksi palvelujen tuottamistapa, psykoterapiamuoto, kesto ja koulutussuuntaus vaikuttavat siihen, kuinka monille asiakkaille psykoterapeutti pystyy tarjoamaan palveluja. Vastaajat ilmoittivat kyselyhetkellä keskimäärin 11 asiakasta vastaajaa kohden ja 18 asiakasta edellisen vuoden aikana. Laskennallisesti arvioituna kaikilla Terhikki-rekisteriin kuuluvilla aktiivisesti psykoterapiapalveluja tuottavilla henkilöillä (arvioitu kokonaislukumäärä 3 682) on ollut kyselyhetkellä yhteensä vajaat 40 000 asiakasta. Vuoden 2008 yhteenlaskettu potentiaalinen asiakasmäärä olisi arviolta ollut noin 65 000 asiakasta.

Psykoterapiakoulutustyöryhmän muistiossa vuodelta 2003 esitetään arvio, että vuonna 2001 psykoterapian tarvetta olisi ollut 156 000 Suomessa asuvalla henkilöllä (Opetusministeriö 2003). Väestön terveyttä ja hyvinvointia selvittäneen Terveys 2000 -tutkimuksen perusteella on arvioitu, että noin 10 % suomalaisista tarvitsisi psyykkisten ongelmiansa vuoksi psykoterapeuttista hoitoa tai kuntoutusta, mutta vain noin kolmanneksen heistä arvioidaan olleen yhteydessä perusterveydenhuoltoon, psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai yksityissektorin psykoterapeutteihin (Hämäläinen ym. 2004; Isometsä 2006).

Kyselyn perusteella psykoterapiapalveluja tarjotaan eniten lapsille, nuorille ja työikäisille. Vastaajista useampi kuin joka viides ilmoitti tarjonneensa psykoterapiaa alle 12-vuotiaille, yhtä moni 13–15-vuotiaille ja lähes kaksi kolmesta 16–25-vuotiaille. Kuitenkin vain 17 % vastanneista ilmoitti saaneensa erityiskoulutuksen lasten ja nuorten psykoterapiaan. Tuloksen perusteella näyttääkin siltä, että lasten ja nuorten psykoterapiaan koulutetut pystyvät vastaamaan vain osaan kyseisen kohderyhmän tarpeista.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palveluihin oikeutetuista noin 6 %:lla arvioidaan olevan sellaisia oireita, joiden hoidossa psykoterapiaa kannattaisi harkita (Pylkkänen 2006). Väestötasolla suurin osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista ei kuitenkaan saa tarvitsemaansa hoitoa – on arvioitu, että vain noin 20–40 % avun tarvisijoista on saanut oireisiinsa apua (Aalto-Setälä 2010).

Lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden hoidossa käytetään usein erilaisia yhdistelmähoitoja, joista psykoterapia on usein tärkeä hoidon osa. Vaikka lasten hoitoon hakeutumisen kynnys on viime vuosina madaltunut, oireiden ilmaantumisen ja hoitoon hakeutumisen välillä on usein viive, joka voi vaikeuttaa ongelmia entisestään (Sourander ja Aronen 2007). VET-psykoterapeuttien esiin tuoma huoli psyykkisesti oireilevien lasten hoidon viivästyntymisestä ja resurssien lisäämistarpeesta tulikin tutkimuksessamme vahvasti esiin.

Asiakkaiden ikäryhmistä myös ikääntyneiden psykoterapiaan kiinnitettiin huomiota. Ikääntyneiden psykoterapian tarve tunnetaan huonosti. Tässä selvityksessä alle 10 % vastanneista ilmoitti tarjonneensa vuonna 2008 psykoterapiaa yli 67-vuotiaille. Tämä tarkoittaa kolmea vastausta 10 000:ta yli 67-vuotiasta kohden.

Aktiivisesti psykoterapiaa tarjoavat psykoterapeutit pystyvät vastaamaan alle puoleen olemassa olevasta psykoterapian tarpeesta, jolloin merkittävä osa psykoterapian tarpeesta jää tyydyttymättä. Psykoterapian tarpeen on myös arvioitu koko ajan lisääntyvän. Yhteiskunnalliset muutokset, mielenterveyshäiriöihin liittyvän leimautumisen pelon väheneminen ja tiedon lisääntyminen sekä uusien hoitomenetelmien kehittyminen ja saatavuuden paraneminen ovat lisänneet psykoterapeuttiseen hoitoon ja kuntoutukseen hakeutumista (Isometsä 2006). Kelan kuntoutukseen hakeutuneista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kärsivät olivat vuonna 2009 ensimmäistä kertaa suurin

kuntoutuksen hakijaryhmä (Kelan kuntoutustilasto 2009).

Psykoteraapian lisääntyneeseen tarpeeseen voidaan vastata erilaisin keinoin. VET-terapeuttien avovastauksissa tuli esille, että koko palvelujärjestelmä edellyttäisi uudistamista. Onko esimerkiksi syytä lisätä julkisella sektorilla työskentelevien psykoterapeuttien mahdollisuuksia keskittyä nykyistä täysipainoisemmin psykoterapiapalvelujen tuottamiseen? VET-terapeutit arvioivat, että osa psykoterapiapalvelujen asiakkaita voisi hyötyä yhtä paljon tai jopa enemmän moniammatillisesta ja kurssimuotoisesta mielenterveyskuntoutuksesta ja muista vertaistukea tarjoavista palveluista kuin yksilöpsykoterapiasta. Moniammatillisen kuntoutuksen nähtiin yleisesti ottaen voivan tukea psykoterapian onnistumista.

5.6 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Psykoterapeuteille lähetetyn kyselytutkimuksen keskeiset tulokset voidaan tiivistää seuraavasti:

1. Alueelliset erot psykoterapeuttien ja psykoterapiapalvelujen jakautumisessa olivat suuria. Kansalaisten yhdenvertaisuus ei toteudu psykoterapian saatavuudessa ja valinnan mahdollisuuksissa.
2. Palveluja tuotettiin pääasiassa ammatinharjoittajina. Julkisen terveydenhuollon mahdollisuudet tarjota psykoterapiapalveluja arvioitiin riittämättömiksi.
3. Pitkäkestoista eli yli kaksi vuotta kestävästä psykoterapiasta tarjosi suurin joukko psykoterapeuteista. Lyhyitä ja matalan kynnyksen palveluja koettiin olevan liian vähän tarjolla.
4. Asiakkaat kustansivat huomattavan usein ainakin osan psykoterapiapalveluistaan.
5. Psykoterapiaan ohjautuminen oli hankalaa ja työlästä, ohjaaminen vain osin riittävää. Hoitoon hakeutumisen väylien yksinkertaistamista ja psykoterapiapalvelujen ohjausjärjestelmän kehittämistä pidettiin tarpeellisena.

Suomessa toimi vuonna 2009 aktiivisesti vajaat 4 000 rekisteröityä psykoterapeuttia, joista suurin osa tuotti psykoterapiapalveluja joko pää- tai sivutoimisina ammatinharjoittajana. Alueellisesti psykoterapian tarjonnassa on eriarvoisuutta sekä psykoterapeuttien määrässä, ammattitaidossa

että koulutussuuntauksessa. Koulutusjärjestelmän hajanaisuuden ja kalleuden takia psykoterapeutiksi valmistutaan keskimäärin varhaisessa keski-ikässä, millä on vaikutusta psykoterapeuttien työurien pituuteen. On mahdollista, että koulutuksen siirtyminen yliopistojen vastuulle muuttaa psykoterapeutiksi valmistumisen ikärakennetta ja vaikuttaa myös psykoterapeuttien alueelliseen jakaantumiseen. Erityisen tärkeää olisi huolehtia myös syrjäseuduilla asuvien mahdollisuuksista valmistua psykoterapeutin ammattiin. Psykoteraapian rahoitus pohjaa muuttaa vuoden 2011 alusta alkava Kelan psykoterapian järjestämisvelvollisuus, mutta myös Kelan tukemaa psykoterapiaa joudutaan kustantamaan omin varoin. Uudistus ei poista julkisen terveydenhuollon tarvetta kehittää psykoterapeuttisen hoidon palveluja. Palvelujärjestelmään ja psykoterapeuttiseen hoitoon hakeutuminen on nyky muodossaan usein vaikeaa ja vaativaa. Tarjolla olevien palvelujen löytämisen helpottaminen ja keskittäminen auttaisi myös niitä, joiden toimintakyky on psyykkisten ongelmien takia puutteellinen, hakeutumaan psykoterapeuttiseen hoitoon.

Lähteet

A 564/1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Aalto-Setälä T. Nuorten mielenterveyden häiriöt. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous 2010. Helsinki: Suomen Akatemia ja Duodecim, 2010.

Gillon E. Gender differences in help seeking. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal* 2007; 7 (3): 10–13.

HE 68/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain sekä sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n muuttamisesta.

Hämäläinen J, Isometsä E, Laukkala T ym. Use of health services in major depressive episode in Finland. *Journal of Affective Disorders* 2004; 79 (1–3): 105–112.

Isometsä E. Psykiatrinen sairastavuus ja psykoterapian tarve väestössä. Julkaisussa: Psykoterapia. Konsensuskokous 16.–18.10.2006. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia, 2006: 65–69.

Kelan kuntoutustilasto 2009. Helsinki: Kela, SVT, Sosiaaliturva 2010.

Koponen H. Pakko-oireiset häiriöt. Julkaisussa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 2007: 261–275.

Käypä hoito -suositus. Epävakaa persoonallisuus. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2008a. Saatavilla: <<http://www.kaypahoito.fi>>.

Käypä hoito -suositus. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2008b. Saatavilla: <<http://www.kaypahoito.fi>>.

Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2008c. Saatavilla: <<http://www.kaypahoito.fi>>.

Käypä hoito -suositus. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2009. Saatavilla: <<http://www.kaypahoito.fi>>.

Käypä hoito -suositus. Depressio. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2010. Saatavilla: <<http://www.kaypahoito.fi>>.

Lait:

L 364/1963. Sairausvakuutuslaki.

L 66/1972. Kansanterveyslaki.

L 710/1982. Sosiaalihuoltolaki.

L 1062/1989. Erikoissairaanhoidtolaki.

L 1116/1990. Mielenterveyslaki.

L 610/1991. Laki Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Lehtonen J. Mikä on psykoterapian tarve julkisessa terveydenhuollossa? Julkaisussa: Psykoterapia. Konsensuskokous 16.–18.10.2006. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia, 2006: 71–78.

Lönnqvist J, Marttunen M. Psykiatristen häiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Julkaisussa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Parto-

nen T, toim. Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 2007: 741–748.

Melartin T, Kuosmanen L, Riihimäki K. Tosi mies ei masennu? Suomen Lääkärilehti 2010, 65 (3): 169–173.

Moring J. Mielenterveyspalvelut hoitopäätösten valossa. Julkaisussa: Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V, toim. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: THL, Avauksia 16, 2010: 31–35.

Nordling E. Edistävä ja ehkäisevä mielenterveys työ. Julkaisussa: Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V, toim. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: THL, Avauksia 16, 2010.

Opetusministeriö. Psykoterapiakoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuitioita ja selvityksiä 6, 2003.

Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V, toim. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: THL, Avauksia 16, 2010.

Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010. Helsinki: THL, 2010.

Pylkkänen K. Mikä on psykoterapian tarve ja toteuttamismahdollisuus korkeakouluopiskelijoiden keskuudessa? Julkaisussa: Psykoterapia. Konsensuskokous 16.–18.10.2006. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia, 2006: 79–99.

Pylkkänen K. Nuoret aikuiset ja työikäiset. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 167–182.

Raitasalo R, Maaniemi K. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. Helsinki: Kela, Teemakatsauksia, 2006.

Soininen M. Köyhän pääsy kuntoutuspsykoterapiaan ei helpotu. Suomen Lääkärilehti 2010; 40: 3198.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 33, 2003.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011. Masennuksen ehkäisyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 41, 2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3, 2009.

Sourander A, Aronen E. Lastenpsykiatria. Julkaisussa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 2007: 556–590.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Konsensuslausuma. Psykoterapia. 18.10.2006. Helsinki: Duodecim, 2006. Saatavilla: <<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1474374480/lausuma06.pdf>>.

Tikkanen T. Psykoterauttipätevyydet ja psykoterapiakoulutus 2008. Julkaisematon selvitys. Helsinki: Psykologiliitto, 2008.

Tikkanen T. Kuntoutuspsykoterapiat viimein lakisääteiksi. Psykologia 2010; 7: 11–13.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 194, 2009.

Valvira. Psykoteraapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen hyväksymisperusteet. Helsinki: Valvira, päivätty 16.12.2005. Saatavilla: <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_kouluetut/psykoteraapeutit/koulutuksen_hyvaksymisperusteet>.

Liite 1: Kyselylomake

Kysely rekisteröidyille psykoterapeuteille

Pyydämme Teitä vastaamaan kysymyksiin ympäröimällä annetuista vaihtoehdoista sopiva tai sopivat vaihtoehdot. Jos kysymykseen ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja, kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan

1. Sukupuoli

- a. mies
- b. nainen

2. Syntymävuosi _____

3. Mikä on pohjakoulutuksenne? Jos Teillä on useampia koulutuksia, merkitkää ne kaikki.

- a. psykologi; tutkinnon suorittamisvuosi: _____
- b. lääkäri; tutkinnon suorittamisvuosi: _____
- c. sairaanhoitaja; tutkinnon suorittamisvuosi: _____
- d. muu, mikä? _____
- e. tutkinnon suorittamisvuosi: _____

4. Mikä taho on tämän hetken pääasiallinen työnantajanne?

- a. valtio, kunta tai sairaanhoitopiiri
- b. yksityinen yritys tai osuuskunta
- c. muu työnantaja (esim. järjestö tai seurakunta), mikä? _____
- d. olen itsenäinen ammatinharjoittaja
- e. en ole työssä tällä hetkellä

5.a. Minkä tahon järjestämän psykoterapiakoulutuksen olette suorittanut?

(Jos Teillä on useampia koulutuksia, merkitkää kaikki.)

- a. Suomen psykoanalyttinen yhdistys
- b. Therapiea-säätiö
- c. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry (aik. Oppimispsykoterapia ry)
- d. Nuorisopsykoterapia-säätiö
- e. Suomen perheterapiayhdistys ry
- f. Suomen ryhmäpsykoterapia ry
- g. Helsingin psykoterapiayhdistys ry
- h. yliopisto-opiskelun yhteydessä, minkä? _____
- i. jokin muu taho, mikä? _____

5.b. Entä onko Teillä lasten ja/tai nuorten psykoterapian erityiskoulutus?

- a. ei
- b. kyllä, minkälainen koulutus? _____

6. Minä vuonna olette saanut psykoterapeutti-ammattinimikkeen käyttöoikeuden (TEO:n, nyk. Valviran, rekisteriin hyväksymisvuosi)?

Vuonna _____

7. Mikä on psykoterapiakoulutuksenne suuntaus? (Jos olette suorittanut useita, merkitkää kaikki.)

- a. psykoanalyttinen terapia
- b. psykodynaaminen terapia
- c. kognitiivinen psykoterapia
- d. kognitiivinen käyttäytymisterapia
- e. kognitiivis-analyttinen terapia (KAT)
- f. ratkaisukeskeinen terapia
- g. kriisi- ja traumaterapia
- h. perheterapia
- i. ryhmäpsykoterapia
- j. gestalt-terapia
- k. muu, mikä? _____

8.a. Mikä on psykoterapiakoulutuksenne vaativuustaso?

- a. vaativa erityistason koulutus (VET)
- b. ylemmän erityistason koulutus (YET)
- c. erityistason koulutus (ET)
- d. koulutustani ei ole luokiteltu em. vaativuustasojen mukaan

8.b. Onko Teillä pätevyys toimia työnohjaajana?

- a. ei
- b. kyllä, millä tasolla? _____

8.c. Onko Teillä pätevyys toimia kouluttajana?

- a. ei
- b. kyllä, millä tasolla? _____

9. Millä tavoin tuotatte tällä hetkellä psykoterapiapalveluita?

- a. ammatinharjoittajana päätoimisesti
- b. ammatinharjoittajana sivutoimisesti
- c. osana virka- tai työsuhteista työtä
- d. muulla tavoin järjestettynä, miten? _____
- e. en tarjoa tällä hetkellä psykoterapiapalveluita

10. Kuinka monta tuntia keskimäärin viikossa työskentelette psykoterapeuttina?

Keskimäärin _____ tuntia viikossa

11. Minkälaista tarjoamanne psykoterapia on muodoltaan?

Merkittävä kaikki työssänne soveltamanne terapiamuodot, ja alleviivatkaa ensisijainen.

- a. yksilöpsykoterapiaa
- b. perheterapiaa
- c. ryhmäterapiaa
- d. verkostoterapiaa
- e. muuta terapiaa, mitä? _____

12. Minkä kestoista tarjoamanne psykoterapia on etupäässä?

- a. hyvin lyhytkestoista (alle 3 kk kestävä)
- b. lyhytkestoista (3–12 kuukautta)
- c. keskipitkää (vuodesta kahteen vuoteen)
- d. pitkäkestoista (yli kaksi vuotta kestävä)
- e. vaihtelee potilaiden mukaan
- f. muu vaihtoehto; mikä? _____

13. Millä paikkakunnalla tai missä sairaanhoitopiirissä tarjoatte tällä hetkellä psykoterapiapalveluita? (Jos toimitte psykoterapeuttina useammalla paikkakunnalla tai useamman sairaanhoitopiirin alueella, merkitkää ne kaikki.)

14.a. Kuinka monta psykoterapiapotilasta Teillä on tällä hetkellä?

_____ potilasta

14.b. Entä kuinka monta työnohjattavaa Teillä on tällä hetkellä?

_____ työnohjattavaa

- 15. Millainen tämän hetkinen potilasmääränne on käytettävissä oleviin resursseihinne nähden?**
- liian pieni
 - sopiva
 - liian suuri
- 16. Kuinka monta psykoterapiapotilasta teillä oli yhteensä vuoden 2008 aikana (alkaneet ja päättyneet terapiat mukaan laskettuina)?**
- _____ potilasta
- 17. Mitkä tahot kustansivat vuonna 2008 tarjoamianne psykoterapiapalveluita? Merkitkää myös eri tahojen kustantamien potilaiden määrät vuonna 2008.**
- Kela: _____ potilasta
 - julkinen terveydenhuolto: _____ potilasta
 - muu taho, mikä? _____: _____ potilasta
 - potilaat kustantaneet itse: _____ potilasta
- 18. Minkä tahojen kautta uudet potilaanne ohjautuivat psykoterapiaan vuonna 2008? Merkitkää myös eri tahojen kautta ohjautuneiden potilaiden määrät vuonna 2008.**
- julkinen sektori _____ potilasta
 - yksityinen sektori _____ potilasta
 - muu taho, mikä? _____: _____ potilasta
 - omatoimisesti ilman lähetettä tulleet potilaat _____ potilasta
- 19. Mihin ikäryhmiin vuoden 2008 aikaiset potilaanne kuuluivat? Arvioikaa myös eri ikäryhmiin kuuluneiden potilaiden määrät.**
- 0–12 v; _____ potilasta
 - 13–15 v; _____ potilasta
 - 16–25 v; _____ potilasta
 - 26–67 v; _____ potilasta
 - yli 67 v; _____ potilasta
- 20. Arvioikaa, kuinka moni vuoden 2008 psykoterapiapotilaistanne oli saanut aiemmin jotain seuraavista psykoterapioista**
- lyhyttä yksilöterapiaa: _____ potilasta
 - pitkää yksilöpsykoterapiaa: _____ potilasta
 - ryhmä- tai perheterapiaa: _____ potilasta
 - jotain muuta terapiaa, mitä? _____: _____ potilasta
 - ei aiempaa psykoterapiaa: _____ potilasta
 - ei tietoa aiemmasta psykoterapiasta: _____ potilasta

21. Olivatko vuonna 2008 Teille ohjautuneet potilaat saaneet mielestänne riittävästi ohjausta psykoterapiamuodon ja terapeutin valintaan?

- a. olivat yleensä saaneet riittävästi ohjausta
- b. osa oli saanut riittävästi ohjausta, osa ei
- c. eivät yleensä olleet saaneet riittävästi ohjausta
- d. minulla ei ole tietoa potilaitteni saamasta ohjauksesta
- e. ohjaus psykoterapiamuodon tai terapeutin valintaan ei ole mielestäni tarpeellista

22. Onko paikkakunnalla, jossa työskentelette psykoterapeuttina, resursseja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden varhaiseen puuttumiseen?

- a. ei ole
- b. en tiedä tai en osaa sanoa
- c. on; millaisia resursseja? _____

23. Mitä mieltä olette kurssimaisesta, moniammatillisesta mielenterveyskuntoutuksesta ja sen suhteesta psykoterapeuttiseen hoitoon?

24. Mikä on mielestänne keskeisintä psykoterapiapalveluiden kehittämisessä Suomessa?

Kiitos vastauksistanne!

Liite 2: Aineiston muokkaus

Tutkimuksessa käytetyssä kyselylomakkeessa oli yhteensä 24 kysymystä (liite 1). Koska osa vastaajista oli valinnut useamman vaihtoehdon annetuista sellaisissakin kysymyksissä, joissa pyydettiin ensisijaista tai pääasiallista valintaa, jouduttiin aineisto esikoodaamaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että ennen lomakkeiden sähköistä tallennusta osa valintakysymyksistä jouduttiin muuttamaan monivalintakysymyksiksi, jotta kaikki vastaajien antama informaatio saatiin tallennettua.

Tässä esitellään lyhyesti tutkimuksessa käytettyjen kysymysten esikoodausta, muuttujamuunnoksia, numeristen tietojen käsittelyä sekä puuttuvat tiedot (n = 2 366).

[1. Sukupuoli]

Tieto puuttui 7 vastaajalta (0,3 %).

[2. Syntymävuosi]

Tieto puuttui 48 vastaajalta (2 %).

[3. Pohjakoulutus]

Muu, mikä -kohtaan tulleet vastaukset luokiteltiin esikoodauksessa frekvenssien perusteella edelleen luokkiin 'yhteiskuntatieteellinen ja sosiaalialan koulutus', 'muu terveysalan koulutus' ja 'muu'. Muu, mikä -kohtaan tulleet vastaukset tallennettiin vain siinä tapauksessa, jos ne esiintyivät yksinään. Pohjakoulutusta koskeva tieto puuttui 14 vastaajalta (0,6 %).

[4. Pääasiallinen työnantaja]

Kysymyksen muotoilusta huolimatta useat vastaajat olivat valinneet useita vaihtoehtoja, joten tämä kysymys tallennettiin monivalintakysymykseksi. Näin ollen niissä ristiintaulukoinneissa, joissa tehdään tarkasteluja pääasiallisen työnantajan suhteen, eri työnantajavaihtoehdot eivät ole luokittelevia, vaan yksi vastaaja on voinut valita useamman vaihtoehdon. Työnantajaa koskeva tieto puuttui 14 vastaajalta (0,6 %).

[6. Vuosi, jolloin sai ammattinimikkeen käyttöoikeuden]

Raportissa tarkastellaan ammattinimikkeen käyttöoikeusvuosia, joten vastaajien antama luku on vähennetty luvusta 2009, mikä oli kyselyn toteuttamisvuosi. Tieto puuttui 69 vastaajalta (2,9 %).

[7. Psykoterapiakoulutuksen suuntaus]

Annetuista vaihtoehdoista gestalt-terapia sai sen verran vähän valintoja,* että se yhdistettiin analyyseissä Muu-luokkaan. Muu-vaihtoehdosta esiin noussut EMDR yhdistettiin kriisi- ja traumaterapiaan, joka on erityisesti traumaperäisten häiriöiden hoitomuoto (ks. esim. Käypä hoito -suositus). Tieto puuttui 9 vastaajalta (0,4 %).

[8.a. Psykoterapiakoulutuksen vaativuustaso]

Tieto puuttui 18 vastaajalta (0,8 %).

[9. Psykoterapiapalvelujen tuottamistapa]

Vastaajat olivat valinneet tässäkin yhteydessä useita vaihtoehtoja, joten kysymys tallennettiin monivalintana. Tarkempi tarkastelu osoitti kuitenkin, että päällekkäiset valinnat muodostuivat lähinnä vaihtoehtojen 'ammattinharjoittajana sivutoimisesti' sekä 'osana virka- tai työsuhteista työtä' valitsemisesta.** Näin olleen monivalintakysymyksestä pystyttiin muodostamaan uudelleen luokitteleva kysymys lisäten alkuperäisiin vaihtoehtoihin edellä mainittujen valintojen yhdistelmä. Tieto puuttui 14 vastaajalta (0,6 %).

* 31 vastaajaa (1,3 %), ainoana valintana 16 vastaajaa (0,7 %).

** 1,8 % vastaajista oli valinnut toisenlaisen kuin tässä kuvatun vaihtoehtojen yhdistelmän.

[10. Viikottainen työaika psykoterapeuttina]

Keskimääräisiä tuntimääriä tarkasteltaessa ei ole huomioitu 0-vastauksia (n = 15). Tieto puuttui 155 vastaajalta (6,6 %).

[11. Psykoterapian muoto]

Vaihtoehtoon 'Muuta terapiaa' tulleista vastauksista pariterapia-vastaukset erotettiin omaksi luokakseen. Suorien jakaumien raportoimisen jälkeen luokkia yhdistettiin ristiintaulukointien luettavuuden parantamiseksi seuraavalla tavalla: jos vastaaja oli ilmoittanut ensisijaisesti tarjoamansa psykoterapian muodon, hänet on luokiteltu kyseiseen terapiamuotoon. Ne, jotka eivät ole ilmoittaneet ensisijaista terapiamuotoa, on luokiteltu omaan ryhmäänsä 'ei ensisijaista terapiamuotoa'. Tällä tavalla raportoiden tulokset eivät sisällä päällekkäisiä valintoja. Ristiintaulukointeja varten harvemmin ilmoitetut terapiamuodot käsiteltiin siten, että pariterapia yhdistettiin perheterapiaan sekä ryhmä- ja verkostoterapia muuhun terapiaan. Puuttuvia tietoja oli terapiamuodon osalta yhteensä 18 vastaajalla (0,8 %).

[12. Psykoterapian kesto]

Osa vastaajista valitsi useamman vaihtoehdon. Tämän vuoksi kestoja kartoittava kysymys tallennettiin monivalintana. F-vaihtoehdon 'muu vaihtoehto, mikä?' oli valinnut 33 vastaajaa. Suurin osa näistä vastauksista uudelleenkodeattiin muihin vaihtoehtoihin, koska vastaajat olivat ilmoittaneet tässä kohdin sellaisia kestoja, jotka kävivät yksiin muiden annettujen vaihtoehtojen kanssa. Niissä f-vastauksissa, joita ei uudelleenkodeattu, oli kysymys terapian muodosta keston sijaan. Näin ollen f-vastauksia ei lopulliseen aineistoon jäänyt lainkaan.

Etupäässä hyvin lyhytkestoista terapiaa ilmoitti tarjoavan niin pieni joukko (3,6 %), että alle vuoden kestävät terapiat yhdistettiin perusjakauman esittämisen jälkeen yhdeksi luokaksi. Yhteensä 18,2 % kaikista vastaajista oli ilmoittanut vain jommankumman tai molemmat lyhyet tai näiden lisäksi vaihtoehdon 'vaihtelee potilaiden mukaan'. Näiden vastaajien katsotaan tarjoavan etupäässä alle vuoden kestävää psykoterapiaa. Muut uudelleenluokitellut luokat muodostuivat siten, että ne vastaajat, jotka ovat valinneet yhden annetun vaihtoehdon tai sen lisäksi ainoastaan 'vaihtelee potilaiden mukaan', on sijoitettu kyseisen terapian keston mukaiseen luokkaan. Luokka 'vaihtelee potilaiden mukaan' muodostuu vain kyseisen vaihtoehdon valinneista. Kysymyslomakkeeseen nähden uutena luokkana on lisätty 'useita valintoja', johon on sijoitettu ne useita vaihtoehtoja valinneet vastaajat, joita ei ole lueteltu yllä. Tähän luokkaan kuuluvat siis ne jommankumman tai molemmat lyhytkestoisen psykoterapian valinneet, jotka olivat lisäksi ilmoittaneet jommankumman tai molemman vaihtoehdoista keskipitkä ja pitkäkestoinen riippumatta e-vaihtoehdon valinnasta. Myös sekä keskipitkän että pitkän vaihtoehdon valinneet kuuluvat tähän luokkaan riippumatta siitä, ovatko he valinneet 'vaihtelee potilaiden mukaan'. Tieto puuttui 34 vastaajalta (1,4 %).

[13. Paikkakunta tai sairaanhoitopiiri]

Osa vastaajista ilmoitti useampia kuntia ja/tai sairaanhoitopiirejä. Tässä raportissa käytetään ensimmäiseksi ilmoitettua sairaanhoitopiiriä, mikä oli kattavin alueellinen tieto. Yhteensä 82 vastaajaa ei ollut ilmoittanut sairaanhoitopiiriä, heistä 20:n osalta sairaanhoitopiiri saatiin kuitenkin kuntatiedon perusteella, joten puuttuvaksi jäi 62 vastaajan aluetta koskeva tieto (2,6 %). Toista tai useampaa ilmoitettua sairaanhoitopiiriä koskevia tuloksia ei tuoda tässä raportissa esiin, sillä toinen sairaanhoitopiiri-tiedon oli antanut vain 285 vastaajaa (12 %), ja tämän raportoiminen ei mahdollistaisi kovinkaan selkeitä tulkintoja.

[14.a. Psykoterapia-asiakkaiden määrä]

Asiakasmäärien vaihteluväli oli aineistossa 0–150. Osa vastaajista oli ilmoittanut lomakkeessa kysytyjen potilaiden lisäksi myös perheet tai pelkästään perheet. Jälkimmäisessä tapauksessa (n = 27) perheet koodattiin potilaiksi kertoimella kaksi. Keskimääräisiä asiakasmääriä koskevissa tarkasteluissa 0-vastauksia ei ole huomioitu (n = 24). Yli 60 asiakasta ilmoittaneiden (n = 6) vastaukset muutettiin 60:ksi. Tieto puuttui 199:ltä vastaajalta (8,4 %).

[15. Tämänhetkinen asiakasmäärä resursseihin nähden]

Tieto puuttui 85:ltä vastaajalta (3,6 %).

[16. Psykoterapia-asiakkaat yhteensä vuonna 2008]

Vuoden 2008 asiakasmäärien vaihteluväli oli 0–550. Osa vastaajista oli ilmoittanut lomakkeessa kysytyjen potilaiden lisäksi myös perheet tai pelkästään perheet. Jälkimmäisessä tapauksessa (n = 23) perheet koodattiin potilaiksi kertoimella kaksi. Keskimääräisiä asiakasmääriä koskevissa tarkasteluissa 0-vastauksia ei ole huomioitu (n = 20). Yli 150 asiakasta ilmoittaneiden (n = 7) vastaukset muutettiin 150:ksi. Tieto puuttui 284:ltä (12 %).

[17. Psykoterapiapalvelujen kustantajat]

'Muu taho, mikä' -vastauksista erotettiin lukumääräisesti suurimmat omiksi luokikseen suorien ja kaumien raportoimisen yhteydessä. Nämä olivat vakuutuslaitos, työterveyshuolto, YTHS ja sosiaalitoimi. Kustantajaa koskevissa ristiintaulukoinneissa käsiteltiin kuitenkin kaikkia Muu-ryhmään tulleita vastauksia yhtenä ryhmänä. Kustantajaa koskevan kysymyksen yhteydessä oli myös kenttä potilasmäärää varten kunkin kustantajan kohdalla. Keskimääräisiä potilasmääriä koskevissa tarkasteluissa jätettiin 0-vastaukset huomioimatta (kaikkien kustantajien kohdalla yhteensä 49 kpl) ja yli 150 potilasta ilmoittaneiden vastaukset muutettiin 150:ksi (n = 2). Kustantaja-tieto puuttui 202:lta (8,5 %). Yksittäistä kustantajaa koskevat potilasmäärät vastaajamäärineen on raportoitu taulukossa 15.

[18. Psykoterapiaan ohjanneet tahot]

'Muu taho, mikä' -vastauksista erotettiin lukumääräisesti suurimmat omiksi luokikseen suorien ja kaumien raportoimisen yhteydessä. Nämä olivat vakuutuslaitos, työterveyshuolto, YTHS ja sosiaalitoimi. Ohjaavaa tahoja koskevissa ristiintaulukoinneissa käsiteltiin kuitenkin kaikkia Muu-ryhmään tulleita vastauksia yhtenä ryhmänä. Ohjaavaa tahoja koskevan kysymyksen yhteydessä oli myös kenttä potilasmäärää varten kunkin ohjaavan tahon kohdalla. Keskimääräisiä potilasmääriä koskevissa tarkasteluissa jätettiin 0-vastaukset huomioimatta (kaikkien ohjanneiden tahojen kohdalla yhteensä 36 kpl) ja yli 150 potilasta ilmoittaneiden vastaukset muutettiin 150:ksi (n = 1). Ohjaavaa tahoja koskeva tieto puuttui 235:ltä (9,9 %). Yksittäistä ohjaavaa tahoja koskevat potilasmäärät vastaajamäärineen on raportoitu taulukossa 16.

[19. Psykoterapia-asiakkaiden ikäryhmät vuonna 2008]

Myös tässä kysymyksessä oli kenttä potilasmäärälle ikäryhmittäin. Tässäkin yhteydessä 0-vastaukset jätettiin huomioimatta (kaikissa ikäryhmissä yhteensä 51 kpl) keskimääräisiä potilasmääriä tarkasteltaessa, ja yli 150 potilasta ilmoittaneiden (n = 5) vastaukset muutettiin 150:ksi. Ikäryhmää koskeva tieto puuttui 187:ltä (7,9 %), yksittäisiä ikäluokkia koskevat potilasmäärät vastaajamäärineen on raportoitu taulukossa 21.

[21. Psykoterapia-asiakkaiden saaman ohjauksen riittävyys]

Tieto puuttui 268 vastaajalta (11,3 %).

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1. Psykoterapiakoulutuksen vaativuustasot pääasiallisen työnantajan mukaan (n = 2 366), lkm, % [8.a., 4].

Koulutuksen vaativuustaso ^a	Osuus kaikista	Pääasiallinen työnantaja ^a			
		Valtio, kunta tai sairaanhoitopiiri	Itsenäinen ammattiharjoittaja	Muu työnantaja (esim. järjestö tai seurakunta)	Yksityinen yritys tai osuuskunta
Vaativa erityistason koulutus (VET)	27,1 %	196 30,6 % 17,5 %	366 57,1 % 40,5 %	45 7 % 19,5 %	69 10,8 % 31,2 %
Ylemmän erityistason koulutus (YET)	17,9 %	201 47,5 % 17,9 %	171 40,4 % 18,9 %	34 8 % 14,7 %	40 9,5 % 18,1 %
Erityistason koulutus (ET)	52,3 %	702 56,8 % 62,6 %	340 27,5 % 37,6 %	147 11,9 % 63,6 %	105 8,5 % 47,5 %
Koulutusta ei ole luokiteltu em. vaativuustasojen mukaan tai tieto puuttuu	2,7 %	22 33,8 % 2 %	27 41,5 % 3 %	5 7,7 % 2,2 %	7 10,8 % 3,2 %
Yhteensä	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Osuus kaikista		47,4 %	38,2 %	9,8 %	9,3 %

^a Koulutuksen vaativuustaso perustuu luokittelevaan kysymykseen, työnantajan osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. Kursivoiduista riviprosenteista voi lukea työnantajien osuuksia kunkin koulutustason valinneissa ja sarakeprosentteista koulutustasojen osuudet työnantajittain.

Liitetaulukko 2. Pääasiallinen työnantaja psykoterapiapalvelujen toteuttamistavan mukaan (n = 2 366), lkm, % [4, 9].

Pääasiallinen työnantaja ^a	Osuus ^a kaikista	Palvelujen tuottamistapa ^a				Yhteensä
		Ammattiharjoittajana päätoimisesti (n = 740)	Ammattiharjoittajana sivutoimisesti (n = 566)	Osana virkanta työtä (n = 701)	Sivutoimisesti sekä osana virkanta työtä (n = 302)	
Valtio, kunta tai sairaanhoitopiiri	47,4 %	26 2,3 % 3,5 %	311 27,7 % 54,9 %	535 47,7 % 76,3 %	220 19,6 % 72,8 %	97,3 %
Yksityinen yritys tai osuuskunta	9,3 %	64 29 % 8,6 %	64 29 % 11,3 %	65 29,4 % 9,3 %	21 9,5 % 7 %	96,9 %
Muu työnantaja (esim. järjestö tai seurakunta)	9,8 %	5 2,2 % 0,7 %	67 29 % 11,8 %	96 41,6 % 13,7 %	58 25,1 % 19,2 %	97,9 %
Itsenäinen ammattiharjoittaja	38,2 %	658 72,8 % 88,9 %	173 19,1 % 30,6 %	8 0,9 % 1,1 %	50 5,5 % 16,6 %	98,3 %
Osuus kaikista		31,3	23,9	29,6	12,8	97,6^b

^a Palvelujen tuottamistapa perustuu luokittelevaan kysymykseen, työnantajan osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. ^b 1,8 % vastaajista oli valinnut jonkin taulukossa kuvatun vaihtoehtojen yhdistelmän, tieto puuttui 0,6 %:lta vastaajista.

Liitetaulukko 3. Lasten ja nuorten psykoterapiakoulutuksen saaneet pääasiallisen työnantajan ja pohjakoulutuksen mukaan, % [5.b., 4].

Lasten ja nuorten psykoterapia-koulutuksen saaneet n = 398	Pääasiallinen työnantaja ^a				Pohjakoulutus ^a				
	Itse-näinen ammatinharjoittaja	Muu työnantaja (esim. järjestö tai seurakunta), mikä?	Yksityinen yritys tai osuuskunta	Valtio, kunta tai sairaanhoitopiiri	Psyko-logi	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Muu	Yhteensä
	47,2	4,8	9,8	45	43,7	19,1	23,1	13,4	100 ^b

^a Pohjakoulutus perustuu luokittelevaan kysymykseen, työnantajan osalta on voitu valita useita vaihtoehtoja. ^b Tieto puuttui 0,7 %:lta vastaajista.

Liitetaulukko 4. Pohjakoulutus sairaanhoitopiireittäin (n = 2 366), % [13, 3].

Sairaanhoitopiiri	Psyko-logi	Sairaanhoitaja	Lääkäri	Muu terveysalan koulutus	Yhteiskunta-tieteellinen tai sosiaalialan koulutus	Muu	Yhteensä ^a
Helsinki ja Uusimaa (n = 888)	36,1	19,8	16,3	4,1	14,9	8,3	99,5
Varsinais-Suomi (n = 209)	35,4	23,4	20,6	4,8	11,5	3,3	99
Pohjois-Pohjanmaa (n = 182)	31,9	24,2	27,5	6	7,7	2,7	100
Pirkanmaa (n = 151)	31,8	22,5	29,1	2,6	10,6	3,3	100
Keski-Suomi (n = 115)	47,8	21,7	7,8	1,7	15,7	5,2	100
Pohjois-Savo (n = 111)	40,5	24,3	21,6	0,9	9,9	2,7	100
Etelä-Pohjanmaa (n = 79)	36,7	36,7	10,1	3,8	8,9	2,5	98,7
Päijät-Häme (n = 66)	24,2	34,8	7,6	4,5	22,7	6,1	100
Kanta-Häme (n = 61)	13,1	42,6	9,8	9,8	13,1	11,5	100
Pohjois-Karjala (n = 57)	26,3	35,1	14	5,3	8,8	8,8	98,2
Kymenlaakso (n = 50)	30	34	12	0	18	6	100
Vaasa (n = 49)	22,4	34,7	6,1	4,1	24,5	8,2	100
Satakunta (n = 48)	27,1	43,8	16,7	0	10,4	2,1	100
Etelä-Karjala (n = 47)	36,2	27,7	10,6	2,1	17	6,4	100
Etelä-Savo (n = 41)	31,7	41,5	12,2	2,4	9,8	2,4	100
Kainuu (n = 37)	29,7	45,9	8,1	5,4	8,1	0	97,3
Länsi-Pohja (n = 32)	21,9	56,3	3,1	6,3	9,4	3,1	100
Keski-Pohjanmaa (n = 28)	17,9	46,4	7,1	3,6	17,9	7,1	100
Lappi (n = 28)	21,4	39,3	0	14,3	25	0	100
Itä-Savo (n = 19)	15,8	52,6	0	15,8	5,3	10,5	100
Ahvenanmaa (n = 6)	50	16,7	0	16,7	16,7	0	100
Kaikki	33,3	26,3	16,4	4,2	13,4	5,8	99,4 ^a

^a Tieto puuttui 14 vastaajalta (0,6 %).

Liitetaulukko 5. Psykoterapiapalvelujen tuottamistapa sairaanhoitopiireittäin (n = 2 366), % [13, 9].

Sairaanhoitopiiri	Ammatin- harjoittaja sivu- tai päätoimisesti	Osana virka- tai työsuhteista työtä	Sivutoimisesti sekä osana virka- tai työsuh- teista työtä	Yhteensä ^a
Helsinki ja Uusimaa (n = 888)	64,6	20,6	13,2	98,4
Varsinais-Suomi (n = 209)	65,6	19,1	14,4	99,1
Pohjois-Pohjanmaa (n = 182)	49,5	37,9	11,0	98,4
Pirkanmaa (n = 151)	61,6	26,5	9,9	98
Keski-Suomi (n = 115)	53,0	35,7	7,8	96,5
Pohjois-Savo (n = 111)	47,7	40,5	9,0	97,2
Etelä-Pohjanmaa (n = 79)	50,6	24,1	21,5	96,2
Päijät-Häme (n = 66)	56,1	33,3	10,6	100
Kanta-Häme (n = 61)	45,9	36,1	16,4	98,4
Pohjois-Karjala (n = 57)	35,1	40,4	21,1	96,6
Kymenlaakso (n = 50)	30,0	52,0	18,0	100
Vaasa (n = 49)	51,0	30,6	16,3	97,9
Satakunta (n = 48)	47,9	31,3	16,7	95,9
Etelä-Karjala (n = 47)	46,8	31,9	21,3	100
Etelä-Savo (n = 41)	41,5	36,6	19,5	97,6
Kainuu (n = 37)	27,0	67,6	5,4	100
Länsi-Pohja (n = 32)	18,8	65,6	9,4	93,8
Keski-Pohjanmaa (n = 28)	53,6	42,9	3,6	100
Lappi (n = 28)	57,1	35,7	7,1	99,9
Itä-Savo (n = 19)	26,3	63,2	5,3	94,8
Ahvenanmaa (n = 6)	66,7	33,3	0,0	100
Kaikki	55,2	29,6	12,8	97,6 ^a

^a 1,8 % vastaajista oli antanut jonkin kuvattujen vaihtoehtojen yhdistelmän. Tieto puuttui 0,6 %:lta vastaajista.

Liitetaulukko 6. Koulutussuuntaukset sairaanhoitopiireittäin (n = 2 366), % [13, 7].

Sairanhoitopiiri	Perheterapia	Psyko- dynaaminen terapia	Psyko- analyttinen terapia	Kognitiivinen psykoterapia
Helsinki ja Uusimaa (n = 888)	25,2	35	36,6	6,8
Länsi-Pohja (n = 32)	84,4	12,5	6,3	6,3
Pohjois-Pohjanmaa (n = 182)	41,8	18,1	30,2	19,8
Kainuu (n = 37)	48,6	27	8,1	2,7
Varsinais-Suomi (n = 209)	34,9	46,4	22,5	8,6
Pohjois-Savo (n = 111)	42,3	33,3	10,8	25,2
Keski-Suomi (n = 115)	41,7	30,4	12,2	20
Etelä-Pohjanmaa (n = 79)	27,8	26,6	11,4	25,3
Etelä-Savo (n = 41)	43,9	36,6	9,8	12,2
Etelä-Karjala (n = 47)	38,3	23,4	12,8	8,5
Itä-Savo (n = 19)	73,7	5,3	5,3	10,5
Keski-Pohjanmaa (n = 28)	64,3	17,9	7,1	7,1
Kanta-Häme (n = 61)	57,4	23	19,7	4,9
Pohjois-Karjala (n = 57)	40,4	10,5	14	14
Pirkanmaa (n = 151)	33,1	33,8	15,2	17,2
Päijät-Häme (n = 66)	47	21,2	16,7	12,1
Vaasa (n = 49)	46,9	24,5	6,1	24,5
Kymenlaakso (n = 50)	46	26	14	4
Lappi (n = 28)	57,1	21,4	14,3	7,1
Ahvenanmaa (n = 6)	50	50	0	0
Satakunta (n = 48)	31,3	31,3	12,5	16,7
Kaikki	35,9	30,9	23,8	11,7

Liitetaulukko 7. Psykoterapiapalvelujen kustantajat sairaanhoitopiireittäin (n = 2 366), lkm, % [17, 13].

Sairaanhoitopiiri	Kela	Julkinen terveydenhuolto	Muu	Potilaat kustantaneet itse ^a
Helsinki ja Uusimaa (n = 888)	503 56,6 %	420 47,3 %	258 29,1 %	582 65,5 %
Varsinais-Suomi (n = 209)	131 62,7 %	109 52,2 %	47 22,5 %	129 61,7 %
Pohjois-Pohjanmaa (n = 182)	98 53,8 %	114 62,6 %	26 14,3 %	67 36,8 %
Pirkanmaa (n = 151)	90 59,6 %	56 37,1 %	33 21,9 %	76 50,3 %
Keski-Suomi (n = 115)	54 47 %	56 48,7 %	26 22,6 %	56 48,7 %
Pohjois-Savo (n = 111)	52 46,8 %	61 55 %	21 18,9 %	50 45 %
Etelä-Pohjanmaa (n = 79)	42 53,2 %	44 55,7 %	19 24,1 %	35 44,3 %
Päijät-Häme (n = 66)	19 28,8 %	41 62,1 %	20 30,3 %	29 43,9 %
Kanta-Häme (n = 61)	22 36,1 %	33 54,1 %	14 23 %	27 44,3 %
Pohjois-Karjala (n = 57)	22 38,6 %	35 61,4 %	11 19,3 %	24 42,1 %
Kymenlaakso (n = 50)	16 32 %	30 60 %	10 20 %	20 40 %
Vaasa (n = 49)	26 53,1 %	21 42,9 %	11 22,4 %	21 42,9 %
Satakunta (n = 48)	21 43,8 %	21 43,8 %	16 33,3 %	23 47,9 %
Etelä-Karjala (n = 47)	23 48,9 %	28 59,6 %	11 23,4 %	21 44,7 %
Etelä-Savo (n = 41)	15 36,6 %	21 51,2 %	11 26,8 %	12 29,3 %
Kainuu (n = 37)	13 35,1 %	28 75,7 %	6 16,2 %	5 13,5 %
Länsi-Pohja (n = 32)	10 31,3 %	26 81,3 %	3 9,4 %	4 12,5 %
Keski-Pohjanmaa (n = 28)	14 50 %	16 57,1 %	2 7,1 %	9 32,1 %
Lappi (n = 28)	13 46,4 %	12 42,9 %	7 25 %	7 25 %
Itä-Savo (n = 19)	4 21,1 %	10 52,6 %	3 15,8 %	3 15,8 %
Ahvenanmaa (n = 6)	0	5 83,3 %	3 50 %	0
Kaikki	1194 50,5 %	1204 50,9 %	565 23,9 %	1209 51,1 %

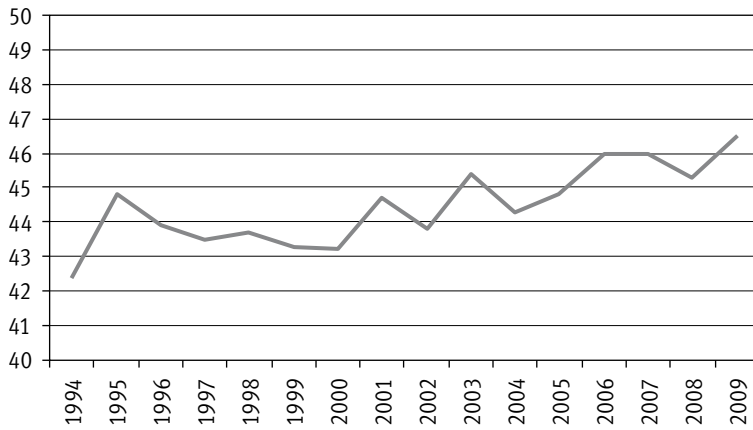
^a Kysymyksen perusteella ei tiedetä, ovatko vastaajat tarkoittaneet terapiansa kokonaan itse kustantaneita vai potilaiden omavastuusuutta.

Liitetaulukko 8. Psykoterapiapalveluihin ohjannut taho sairaanhoitopiireittäin (n = 2 366), lkm, % [18, 13].

Sairaanhoitopiiri	Julkinen sektori	Yksityinen sektori	Omatoimisesti ilman lähetettä tulleet potilaat	Muu
Helsinki ja Uusimaa (n = 888)	570 64,2 %	363 40,9 %	534 60,1 %	151 17 %
Varsinais-Suomi (n = 209)	146 69,9 %	85 40,7 %	112 53,6 %	36 17,2 %
Pohjois-Pohjanmaa (n = 182)	139 76,4 %	52 28,6 %	78 42,9 %	33 18,1 %
Pirkanmaa (n = 151)	110 72,8 %	55 36,4 %	73 48,3 %	23 15,2 %
Keski-Suomi (n = 115)	85 73,9 %	31 27 %	62 53,9 %	17 14,8 %
Pohjois-Savo (n = 111)	85 76,6 %	35 31,5 %	52 46,8 %	13 11,7 %
Etelä-Pohjanmaa (n = 79)	56 70,9 %	27 34,2 %	34 43 %	4 5,1 %
Päijät-Häme (n = 66)	48 72,7 %	14 21,2 %	35 53,0 %	12 18,2 %
Kanta-Häme (n = 61)	38 62,3 %	16 26,2 %	30 49,2 %	4 6,6 %
Pohjois-Karjala (n = 57)	44 77,2 %	19 33,3 %	31 54,4 %	4 7 %
Kymenlaakso (n = 50)	39 78 %	16 32 %	22 44,0 %	2 4 %
Vaasa (n = 49)	31 63,3 %	15 30,6 %	27 55,1 %	4 8,2 %
Satakunta (n = 48)	29 60,4 %	23 47,9 %	23 47,9 %	9 18,8 %
Etelä-Karjala (n = 47)	35 74,5 %	14 29,8 %	27 57,4 %	3 6,4 %
Etelä-Savo (n = 41)	30 73,2 %	9 22 %	16 39 %	5 12,2 %
Kainuu (n = 37)	33 89,2 %	11 29,7 %	14 37,8 %	1 2,7 %
Länsi-Pohja (n = 32)	27 84,4 %	8 25 %	15 46,9 %	1 3,1 %
Keski-Pohjanmaa (n = 28)	21 75 %	4 14,3 %	8 28,6 %	2 7,1 %
Lappi (n = 28)	23 82,1 %	4 14,3 %	7 25,0 %	6 21,4 %
Itä-Savo (n = 19)	13 68,4 %	3 15,8 %	6 31,6 %	1 5,3 %
Ahvenanmaa (n = 6)	1 16,7 %	2 33,3 %	5 83,3 %	2 33,3 %
Kaikki	1625 68,7 %	816 34,5 %	1221 51,6 %	336 14,2 %

Liitekuviot

Liitekuvio 1. Vastanneiden keskimääräinen ikä rekisteriin merkittäessä ilmoitetun rekisteriin merkitsemisvuoden mukaan (n = 2 251).



Liitekuvio 2. Vastanneiden sukupuolijakauma ilmoitetun rekisteriin merkitsemisvuoden mukaan (n = 2 292).

