



Suomen perhe- ja pariterapiayhdistys

Finlands familje- och parterapiförening

Suomen perhe- ja pariterapiayhdistys ry:n lausunto

24.6.2025

Luonnos valtioneuvoston asetukseksi erikoissairaanhoidon keskittämisesetuksen muuttamiseksi (VN/30743/2024)

Suomen perhe- ja pariterapiayhdistys ry:n kannanoton tavoitteena on varmistaa yhdenvertaiset ja vaikuttavat psykoterapeuttiset ja psykososiaaliset palvelut ja menetelmät koko maassa. Toteutuakseen tämä vaatii yksilöiden, parien ja perheiden tilanteiden ja erilaisten tarpeiden sekä monimuotoisuuden huomioimista. Monimuotoisuus tarkoittaa myös erilaisten tiedeperustojen ja professioiden arvostamista. Nykyisessä asetusluonnoksessa tämä ei toteudu riittävästi ja perustellusti.

Vastustamme myös psykoterapeuttisten menetelmien tutkimuksen, koulutuksen ja rahoituksesta päättämisen keskittämistä ja kannamme huolta alueellisesta itsehallinnosta ja erityisosaamisesta. Keskittyminen vaarantaa myös erilaisten asiakkaiden ja potilaiden tasavertaisuutta ja moniammatillisten palveluiden tarjontaa.

Vaarana on, että yksi yksittäinen taho saisi liiallisen vallan päättää hyväksytyistä terapiamuodoista. Tämä voisi rajoittaa menetelmien monimuotoisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Eri yliopistojen psykoterapiakoulutukset ja niihin liittyvä osaaminen painottuvat eri tavoin. Siksi tarvitaan kaikkien suomalaisten psykologian, lääketieteellisten ja terveys- ja hoitotieteellisten tiedekuntien yhteistyötä psykoterapioiden ja muiden psykososiaalisten interventtioiden tutkimuksessa ja koulutuksessa.

Kannamme huolta perhe- ja paripsykoterapeuttisen osaamisen ja työkäytäntöjen jatkuvuudesta. Lääketieteellisestä mallista johtuva liiallinen oirekeskeisyys sekä yksilö-/potilaskeskeisyys voi uhata erityisesti lasten ja nuorten perhekeskeisten psykoterapeuttisten menetelmien toteuttamista. Monissa asiakastilanteissa nämä ovat tieteellisesti sekä käytännöllisesti perusteltuja sekä vaikuttavia auttamismuotoja.

Kritisoimme myös, että lasten ja nuorten terapiatakuun yhteydessä painotetaan lyhytkestoisia psykoterapioita, mikä voi estää tarpeenmukaisten hoitojen harkinnan varhaisessa vaiheessa. Perhe- ja pariterapia mahdollistaa pidempiaikaisen terapiaprosessin ja vaikuttavammat interventiot. TE-malli puolestaan pohjautuu vahvasti brittiläiseen NHS Talking Therapies -malliin (aikaisemmin IAPT, Improving Access to Psychological Therapies), jonka käytöstä Iso-Britanniassa ja Ruotsissa on tutkimusten mukaan saatu **varoittavia esimerkkejä**: yli 60 % lyhyeen terapiaan ohjatuista potilaista ei aloita sitä tai keskeyttää sen. Keskeisimpänä syynä se, ettei potilas koe menetelmän vastaavan hänen yksilöllisiin hoidollisiin tarpeisiinsa (Scott 2021). Tuore norjalainen tutkimus vastaavalaista toimintamallista osoittaa myös, että valtaosin oirekyselyihin perustuva arviointi- ja hoitoonohjausmalli on riittämätön tunnistamaan potilaiden erityistasoisia hoidollisia tarpeita (Schevik, Lindberg et al. 2024).

Perhe- ja paripsykoterapiakoulutusten osalta on tarpeen turvata monialaisuus, toisin sanoen erikoistumiskoulutukset lääkärien ja psykologien lisäksi myös sosiaalipsykologeille, sosiaalityöntekijöille, teologeille, kasvatustieteilijöille, sosionomeille ja sairaanhoitajille erityisesti lastensuojelun, päihdehuollon sekä psykiatrisen- ja mielenterveyden hoitotyön alueella. Suomessa on laajalti käytössä THL:n implementoima systeemisen lastensuojelun toimintatapa, joka perustuu perheterapeuttisen osaamisen hyödyntämiseen monialaisissa tiimeissä. Tästä toimintamallista on jo tutkittua näyttöä. Kts. <https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/systeeminen-toimintamalli-lastensuojelussa>, viitattu 24.6.2025

Esitämme muutoksia asetusteksteihin, jotta se ei rajoittaisi perhe- ja paripsykoterapioiden harkintaa eikä antaisi yksittäisille toimijoille kuten HUSille liiallista ohjausvaltaa. Keskittäminen antaisi HUS:sille sellaisen tehtävän, joka on vastoin hyvinvointialueiden tasapuolista informaatio- ja sisältöohjaamista sekä palveluiden arviointia ja kehittämistä. Tämä vaikuttaisi väistämättä myös palvelukokonaisuuksien kaventumiseen ja eriarvoistumiseen eri puolilla maata. Tämä olisi myös tältä osin hyvinvointialueista annetun lain (611/2021, 2§) vastaista. Olisi myös epädemokraattista ja epäeettistä, jos yksi taho saisi sisältöohjausvastuun ja näin kierrettäisiin alueellinen parlamentaarinen päätöksenteko ja harkinta.

Lopuksi

1. Mielestämme psykoterapeuttikoulutusten järjestämisvastuun tulee säilyä laajasti suomalaisilla yliopistoilla. Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista ja erikoistumiskoulutuksista (794/2004, §28) mahdollistaa autonomian tutkintojen antamisen sekä velvoittaa nimenomaan yliopistoja arvioimaan ja kehittämään tutkintoja. Olisi epäeettistä, vastoin koulutuspoliittista kantaa ja vastoin nykyistä lainsäädäntöä antaa jollekin yksittäiselle palveluntuottajalle tämä tehtävä.

2. Esitämme, että koulutuksen ja arvioinnin tulisi tapahtua laajassa kansallisessa yhteistyössä, johon kuuluu Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Palveluvalikoimaneuvosto ja yliopistot. Psykososiaalisten menetelmien kehittämisen tulisi tapahtua dialogisesti tutkimuksen ja kentän toimijoiden kanssa.

3. Perhe- ja paripsykoterapiaa toteutetaan Kansaneläkelaitoksen korvaamana kuntoutuspsykoterapiana ja vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena sekä sosiaali- ja terveydenhuollon muina interventioina esimerkiksi lastensuojelussa, päihdehuollossa ja lasten, nuorten ja aikuisten mielenterveyspalveluissa. Perhe- ja pariterapia on useissa laajoissa tutkimuksissa osoitettu vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi psykoterapiamuodoksi. Perhe- ja paripsykoterapian asema tasavertaisena hoito- ja kuntoutusmuotona on turvattava jatkossakin. Esitysluonnoksen nykyinen malli uhkaa perhe- ja pariterapian jatkuvuutta, arvostusta ja asemaa. Esitysluonnos on tältä osin vajavainen ja se tulee täydentää tai valmistella kokonaan uudestaan laajapohjaisemmin kannanoton mukaisesti.

Jyväskylässä 24.6.2025

Tanja Pihlaja / Suomen perhe- ja pariterapiayhdistys ry
Puheenjohtaja
tanja@tuntumaa.fi
p. 050 5294025