



1.11.2018

**TERVEYDENHUOLLON PALVELUVALIKOIMANEUVOSTON KOKOUS NRO 15
/TOIMIKAUSI 2017-2020**

Aika torstai 1.11.2018 klo 9.14–14.03

Paikka Kh. Kruunu, Kirkkokatu 12, (SM), Helsinki

Osallistujat - Päivi Sillanaukee, puheenjohtaja, STM

Jäsenet

x Kirsi Varhila, varapj, STM, (pj. §§ 6-13)

x Ilona Autti-Rämö, varapj, Kela

x Pekka Rissanen, vpj, THL (pj. §§1-5)

x Juha Koivisto, THL

x Risto Heikkinen, Valvira

x Päivi Koivuranta, Kuntaliitto

x Vesa Kiviniemi, Fimea (etänä)

- Taina Remes-Lyly, Apollonia

x Miia Turpeinen, PPSHP (§§ 3.1-13)

x Pekka Mäntyselkä, Itä-Suomen yo.

x Kari-Matti Hiltunen, TAYS

- Katri Vehviläinen-Julkunen, Itä-Suomen yo.

x Mirva Lohiniva-Kerkelä, Lapin yo.

x Sirkku Pikkujämsä, POP-maakunta

x Jarmo Koski, Essote

Varajäsenet

x Liisa Siika-aho, STM (§§1-6)

x Tanja Laukkala, Kela

- Marja Blom, Helsingin yo.

- Pia Maria Jonsson, THL

- Tarja Holli, Valvira

- Tuula Kock, Kuntaliitto

- Mika Kastarinen, PSSHP

- Olli-Pekka Lappalainen, Oulun yo.

- Petri Bono, HUS

- Sari Mäkinen, PSHP

x Ilkka Kantola, VSSHP (etänä)

x Minna Kaila, Helsingin yo.

x Samuli Saarni, Fraxinus Consulting, (§§1-5)

- Leena Turpeinen, Helsingin kaupunki

x Matias Lahti, Jämsän kaupunki, (etänä)

Pysyvä sihteeristö

x Taina Mäntyranta, pääsihteeri

x Reima Palonen, erityisasiantuntija

- Sari Koskinen, erityisasiantuntija

x Sini Tuovinen, tekninen sihteeri

Asiantuntijat

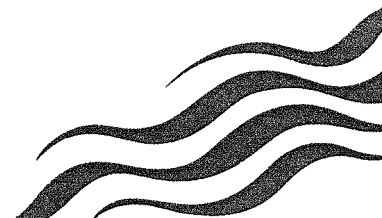
x Marjukka Mäkelä

- Lauri Pelkonen

- Jorma Komulainen

- Liisa-Maria Voipio-Pulkki

x Antti Malmivaara



1 Avaus, kokouksen osallistujat, päätösvaltaisuus ja edellisten kokouksien pöytäkirjat

Puheenjohtaja avasi kokouksen klo 9.14.

Todettiin, että sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on määrännyt terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta annetun valtioneuvoston asetuksen 3 §:n nojalla neuvoston varsinaisen jäsenen, arviointijohtaja Pekka Rissanen terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksesta neuvoston varapuheenjohtajaksi kuluvan toimikauden loppuun eli 30.6.2020 saakka.

Todettiin, että Ilona Autti-Rämö on nimitetty terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston pääsihteeriksi 1.12.2018 alkaen.

Todettiin osallistujat ja päätösvaltaisuus. Pidettiin esittelykierrros.

Merkittiin tiedoksi edellisten kokouksien 4.9. ja sähköpostikokouksen 3.-9.10. pöytäkirjat (liite 1.a. ja 1.b.)

2 Suositusvalmistelun tilannekatsaus (liite 2.), *Taina Mäntyranta*

Esiteltiin tilannekatsaus. Todettiin, että vuoden 2018 aikana julkaistaan suunnitelman mukaisesti noin 10 suositusta.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

3 Miepä-jaosto, *Taina Mäntyranta*

3.1) Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa (liitteet 3.1.a ja 3.1.b)

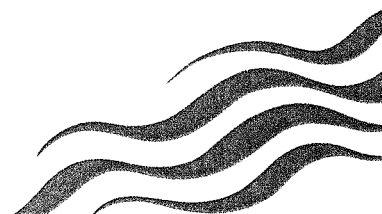
Keskusteltiin suosituksen ja perustelumuiiston sisällöstä. Perustelumuiistioon lisättiin lisänäytön keräämisestä kertovaan kohtaan maininta kansallisen rekisterin tarpeesta sekä johtopäätös, eettisyys ja taloudellisuus -osioihin tarkennus kustannussäästöistä.

Päätös: Hyväksyttiin suositus ja sen perustelumuiistio julkaistavaksi edellä todetuin muutoksin.

3.2) Intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmät riippuvuuksien hoidossa

Esiteltiin tilannekatsaus. Erityisesti suosituksen rajausta on pohdittu eri näkökulmista. Myös PICO-asetelman määrittäminen kirjallisuuskatsausta varten on aloitettu. Erityistä huomiota kaipaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon rajanveto, koska Palkolla on toimivalta ainoastaan terveydenhuollon osalta. Keskusteltiin suositusvalmistelun haasteista.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.



4 Tules-jaosto, *Reima Palonen ja Ilona Autti-Rämö*

4.1.) Biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa (liitteet 4.1.a, 4.1.b ja 4.1.c.)

Esiteltiin yhteenveto Otakantaa-palvelussa saaduista 17 kommentista ja niiden perusteella suositukseen ja perustelumuistioon tehdyistä muutoksista.

Neuvosto päätti keskustelun jälkeen, että suositukseen lisätään tarkennus, että kuuden viikon aika lasketaan oireiden alkamisesta. Myös suosituksesta viestitettäessä on painotettava tätä tarkennusta.

Lisäksi perustelumuistioon lisättiin turvallisuus-kohtaan maininta lääkkeisiin (erityisesti opiaatit ja bentsodiatsepiini) liittyvien haittojen vähenemisestä, kun kroonisen kivun esiintyvyys vähenee.

Päätös: Hyväksyttiin suositus ja sen perustelumuistio julkaistavaksi edellä todetuin muutoksin.

4.2.) Leikkaus selkäkivun hoidossa (työnimi)

Esiteltiin tilannekatsaus. Ensimmäistä suositusta varten hankittava kirjallisuuskatsauksen hankinta on valmisteilla. Jaoston täydentäminen tämän suosituksen valmistelun johdosta käsitellään asiakohdassa 11.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

5 Seksuaaliterveyden jaosto, *Taina Mäntyranta ja Samuli Saarni* (liite 5.b.)

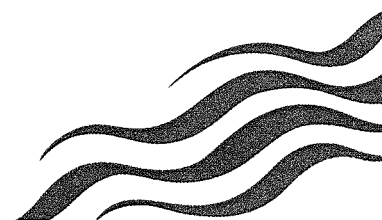
Jaosto on aloittanut suositusvalmistelun työnimellä ”Lääketieteelliset hoitomenetelmät sukupuolen variaatioihin liittyvän sukupuolidysforian hoidossa”. Esiteltiin suositusvalmistelun tilanne ja alustava suunnitelma kirjallisuuskatsauksen hankinnasta.

Keskusteltiin suositustyön rajauksista ja ongelmista. Sihteeristö toivoi erityisesti neuvoston linjausta siitä, hankitaanko kirjallisuuskatsauksen lisäksi valmistelun tueksi selvitys laajasta eettisestä tarkastelusta.

Samuli Saarni esitteli eettisen tarkastelun taustoja ja mahdollisuuksia. Saarni poistui valmistelun jatkolinjauksen ajaksi.

Päätös: Hyväksyttiin hankintojen tekeminen laajemmasta eettisestä tarkastelusta sekä kirjallisuuskatsauksesta suositusvalmistelun tueksi.

Varapuheenjohtaja Pekka Rissanen siirsi puheenjohtajuuden varapuheenjohtaja Kirsi Varhilalle asiakohdan 5. jälkeen.



6 Sote-uudistuksen tilannekatsaus, *Kirsi Varhila*

Esiteltiin tilannekatsaus.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

7 Lääkejaosto, tilannekatsaus: suositusvalmistelu ja sihteeristön täydentäminen, *Taina Mäntyranta*

Esiteltiin tilannekatsaus. Kuusi suositusta on hyväksytty edellisessä kokouksessa ja ne pyritään julkaisemaan marraskuussa. Neljä suositusluonnosta on tarkoitus julkaista Otakantaa-palvelussa kommentoitavaksi vielä tämän vuoden aikana. Vuonna 2019 on tiedossa mm. CART-T -lääkeryhmän suositusvalmistelu.

Lääketieteen tohtori, syöpätautien erikoislääkäri Katariina Klintrup aloittaa työskentelyn osa-aikaisena sihteerinä lääkejaoston apuna lääkesuosituksen valmistelussa.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

8 Elintapa ja omahoito -jaosto, *Taina Mäntyranta*

8.1.) Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen. Työryhmän toimenpide-ehdotukset.

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Palko) lausuntoa Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän mietinnöstä ja toimenpide-ehdotuksista. Lausuntoa on valmistelu Elintapa- ja omahoitojaostossa (liite 8.1.).

Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän mietintö on nähtävissä valtioneuvoston julkaisuarkistossa

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160888>

Päätös: Hyväksyttiin lausunto.

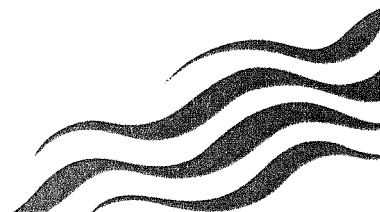
8.2.) Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmät terveysriskien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa

Esiteltiin tilannekatsaus. Jaosto on tarkentanut suunnitelmaa kirjallisuuskatsauksen tekemisestä. Katsaus suunnitellaan tehtäväksi kaksivaiheisesti niin, että tarkempi PICO-määrittely tehdään vasta ensimmäisen vaiheen hakutulosten perusteella.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

9 Aihe-ehdotus: Vaikean kombinoitun immuunipuutoksen (SCID) seulonta vastasyntyneiden kantapäverinäyttestä, *Taina Mäntyranta* (liite 9.)

Palko on saanut Ehdota aihetta -palvelun kautta ehdotuksen suosituksen laatimisesta seulonnasta: Vaikean kombinoitun immuunipuutoksen (SCID) seulonta vastasyntyneiden kantapäverinäyttestä.



Päätös: Hyväksyttiin ehdotus suositusvalmistelun aloittamisesta. Joulukuun neuvoston kokoukseen tuodaan esitys jaoston puheenjohtajasta, jäsenistä ja työsuunnitelmasta.

10 Lausunto korkeimmalle hallinto-oikeudelle, *Reima Palonen*

Ilona Autti-Rämö ja Tanja Laukkala poistuivat esteellisinä asian käsittelyn ajaksi.

Esiteltiin lausunto KHOn lausuntopyyntöön koskien asiaa, jossa Kela ei ole myöntänyt henkilölle ennakkolupaa hakeutua ulkomaille lihavuusleikkaukseen, koska yksilölliset riskit on ikä huomioiden katsottu liian suuriksi.

Palko totesi, että lihavuusleikkaus kyseessä olevalla menetelmällä kuuluu aikuisten lihavuutta koskevan käypä hoito –suosituksen perusteella arvioituna palveluvalikoimaan silloin, kun asianmukainen konservatiivinen hoito ei ole tuottanut riittävää tulosta.

Palko totesi yksittäistä henkilöä koskevan asian osalta, ettei lausuntoasiassa ollut kysymys palveluvalikoiman määrittämisestä eikä lausunnon antamisesta sen soveltamisesta, vaan yksittäisen potilaan kohdalla tehtävästä yksilöllisestä lääketieteellisestä arviosta leikkauksen hyödyistä ja riskeistä. Palko katsoi, ettei se ollut toimivaltainen antamaan lausuntoa tästä kysymyksestä.

Lisäksi Palko käsitteli lausunnossaan yleisellä tasolla kalenteri-ian merkitystä palveluvalikoiman määrittelyssä ja yksittäistä potilasta koskevissa hoitopäätöksissä.

Päätös: Hyväksyttiin lausunto.

11 Jaostojen täydentäminen uusilla jäsenillä, *Reima Palonen ja Taina Mäntyranta*

11.1) Tules-jaoston täydentäminen ja Palkon asiantuntijan nimitys (liite 11.1.a)

Päätös: Hyväksyttiin Tules-jaoston täydentäminen uusilla jäsenillä ja uuden asiantuntijan nimittäminen ehdotetun mukaisesti.

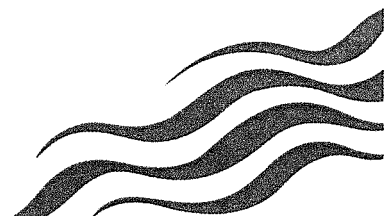
11.2) Seksuaaliterveyden jaoston täydentäminen (liite 11.2.a)

Päätös: Hyväksyttiin Seksuaaliterveyden jaoston täydentäminen uusilla jäsenillä ehdotetun mukaisesti.

12 Matkakertomus "Priorities 2018, Priorities in health: Ideas in practice" -kongressista, *Ilona Autti-Rämö*

Esiteltiin matkakertomus.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.




13 Muut asiat, *Taina Mäntyranta*

- Palkon loppuvuoden kokousaikataulu:
- tiistai 18.12.2018 klo 12–16: juhlistetaan pääsihteerin vaihtumista ja glögit
- Kevään kokousaikatauluista:
Päätettiin tihentää kokousaikataulua maaliskuusta lähtien niin, että neuvoston kokouksia pidetään jatkossa useammin, noin kuukauden välein, mutta kokouksien kesto lyhennetään.


14 Kokouksen päätös

Puheenjohtaja päätti kokouksen kello 14.03

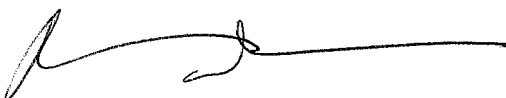
Varapuheenjohtaja


Pekka Rissanen (§§ 1-5)


Varapuheenjohtaja


Kirsi Varhila (§§ 6 - 13)

Pääsihteeri

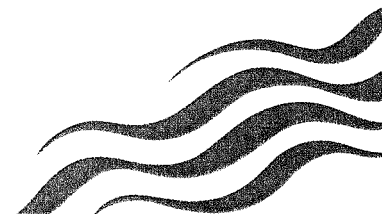

Taina Mäntyranta

Erityisasiantuntija


Reima Palonen

LIITTEET

- Liite 1a. 4.9.2018 kokouksen pöytäkirja
- Liite 1b. 3.-9.10.2018 sähköpostikokouksen pöytäkirja
- Liite 2. Suosituskäsittelyjen työsuunnitelma 2018-2019
- Liite 3.1.a. Suositus Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa



Liite 3.1.b. Perustelumuistio Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa

Liite 4.1.a. Yhteenveto otakantaa-kommenteista

Liite 4.1.b. Suositus biopsykososiaalinen selkäkuntoutus

Liite 4.1.c. Perustelumuistio biopsykososiaalinen selkäkuntoutus

Liite 5b. Eettinen arviointi HTA:n osana

Liite 8.1. Palkon lausunto: Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen

Liite 9. Aihe-ehdotus SCID

Liite 10. Lausunto korkeimmalle hallinto-oikeudelle

Liite 11.1.a. Tules-jaoston täydentäminen

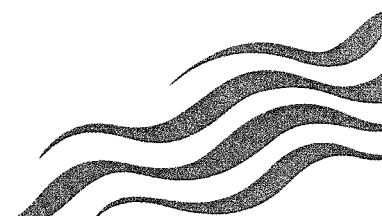
Liite 11.2.a. Seksuaaliterveyden jaoston täydentäminen

JAKELU

Neuvoston varsinaiset jäsenet ja varajäsenet

Asiantuntijat

Sihteeristö





4.9.2018

**TERVEYDENHUOLLON PALVELUVALIKOIMANEUVOSTON KOKOUS NRO 13
/TOIMIKAUSI 2017-2020**

Aika Tiistaina 4.9.2018 klo 12.15 – 16.10
Paikka Kh. Jakovara, Mariankatu 9 (VM), Hki
Osallistujat x Päivi Sillanaukee, puheenjohtaja, STM, kohdat 1-4.3, poistui klo 14.58

Jäsenet

- Kirsi Varhila, varapj, STM
x Iiona Autti-Rämö, varapj, Kela,
x Juha Koivisto, THL, §§ 1-7
x Risto Heikkinen, Valvira
x Päivi Koivuranta, Kuntaliitto
x Vesa Kiviniemi, Fimea, etä
x Taina Remes-Lyly, Apollonia
x Miia Turpeinen, PPSHP, etä
x Pekka Rissanen, THL
x Pekka Mäntyselkä, Itä-Suomen yo., etä,
- Kari-Matti Hiltunen, TAYS
x Katri Vehviläinen-Julkunen,
Itä-Suomen yo., etä
x Mirva Lohiniva-Kerkelä, Lapin yo., etä
- Sirkku Pikkujämsä, POP-maakunta

- Jarmo Koski, Essote

Varajäsenet

x Liisa Siika-aho, STM
x Tanja Laukkala, Kela
- Pia Maria Jonsson, THL
- Tarja Holli, Valvira
- Tuula Kock, Kuntaliitto
- Mika Kastarinen, PSSHP
x Olli-Pekka Lappalainen, Oulun yo.
- Petri Bono, HUS, §§ 1-5
- Marja Blom, Helsingin yo.
- Sari Mäkinen, PSHP, §§ 1-8
- Ilkka Kantola, VSSHP
- Minna Kaila, Helsingin yo.

x Samuli Saarni, §§ 3.1-12
- Leena Turpeinen, Helsingin
kaupunki
x Matias Lahti, Jämsän kaupunki,
etä, §§t 1-4

Pysyvä sihteeristö

x Taina Mäntyranta, pääsihteeri
x Reima Palonen, erityisasiantuntija
x Sari Koskinen, erityisasiantuntija
- Sini Tuovinen, tekninen sihteeri

x Noora Manni, tekninen sihteeri

Asiantuntijat

x Marjukka Mäkelä
x Lauri Pelkonen
- Jorma Komulainen
- Liisa-Maria Voipio-Pulkki
x Antti Malmivaara

1 Avaus, kokouksen osallistujat, päätösvaltaisuus ja edellisen kokouksen pöytäkirjat

Puheenjohtaja avasi kokouksen. Todettiin osallistujat ja kokouksen päätösvaltaisuus.

Merkittiin tiedoksi edellisten kokousten pöytäkirjat (liitteet 1 a-b).



2 Lausunto Pohjois-Suomen hallinto-oikeudelle: syövän lukuisten keuhkoetäpesäkkeiden laserkirurginen poisto (liitteet 2 a-c), *Reima Palonen*

Miia Turpeinen, Ilona Autti-Rämö ja Tanja Laukkala poistuivat esteellisinä kohdan 2 käsittelyn ajaksi.

Kysymys Saksassa annetun hoidon kustannusten korvaamisesta sairausvakuutuslain nojalla. Kela antanut kielteisen päätöksen sairaanhoitopiirin sitovan lausunnon perusteella. Hallinto-oikeus esittänyt Palkolle kysymyksen, kuuluuko kyseinen hoito palveluvalikoimaan.

Päätös: Hyväksyttiin lausunto, jonka mukaan ko. hoito ei kuulunut kyseisenä ajankohtana palveluvalikoimaan.

3 Selvitykset STM:lle oikeusasiamiehelle tehtyjen kanteluiden johdosta, *Reima Palonen*

3.1) THL:n edustajien jääviys kilpirauhaslausunnon käsittelyssä (liitteet 3.1.a-b)

Marjukka Mäkelä poistui esteellisenä kohdan 3.1 käsittelyn ajaksi.

Päätös: Hyväksyttiin selvitys, jonka mukaan THL:n edustajat eivät ole olleet esteellisiä, vaikka osallistuivat asian käsittelyyn laadittuaan Finohtan nimissä kirjallisuuskatsauksen Palkolle.

3.2) Nusinerseeni-suosituksen ikäraja (liitteet 3.2.a-b)

Vesa Kiviniemi poistui esteellisenä kohdan 3.2 käsittelyn ajaksi.

Päätös: Hyväksyttiin selvitys, jonka mukaan suosituksessa asetetulle ikärajalle oli hyväksyttävät lääketieteelliset perusteet.

4 Lääkejaosto, *Taina Mäntyranta*

Vesa Kiviniemi osallistui kohtien 4.1, 4.2 ja 4.3 käsittelyyn siltä osin kuin kyse oli Fimean arviointiraporttien sisällön selostamisesta, mutta muuten poistui esteellisenä käsittelyn ajaksi.

4.1) Suositukset: ”Atetsolitsumabi, nivolumabi ja pembrolitsumabi -lääkkeet virtsarakkosyövän hoidossa” (liitteet 4.1.a-e)

Suositusluonnos oli kommentoitavana Otakantaa-palvelussa 28.6.–14.8.2018. Otakantaa-palveluun saapui kommentteja vain kahdelta lääkevalmistajalta ja ne on soveltuvien osin otettu huomioon.

Päätös: Hyväksyttiin lopulliset suositukset ja julkaistaan teknisen viimeistelyn jälkeen.



4.2) Suositukset: ” Reslitsumabi, mepolitsumabi ja benralitsumabi -lääkkeet vaikean eosinofiilisen astman hoidossa (liitteet 4.2.a-e)

Palko on käsitellyt suositusluonnosta reslitsumabista ja mepolitsumabista ja suositusluonnos on ollut Otakantaa-palvelussa ennen lääkejaoston nimittämistä keväällä 2017. Sen jälkeen Fimea on julkaissut arvioinnin benralitsumabista ja lääkejaosto käsitellyt asian. Lääkejaosto päätyi ehdottamaan rajaavaa suositusta kokonaan poissulkevan tilalle.

Päätös: Hyväksyttiin suositus lähetettäväksi kommenteille lääkevalmistajille ja tautia hoitaville klinikoille. Kevyempi menettely, koska argumentit on saatu aikaisemmin kahdesta lääkkeestä ja kolmatta koskeva suositus on saman sisällöinen.

4.3) Suositus: Obinututsumabi lääke follikulaarisen lymfooman ensilinjan hoidossa (liitteet 4.3.a-b)

Lääkejaosto käsitellyt lääkettä, josta hyvin vähän tutkimustietoa ja päätyneet ehdottamaan kokonaan poisrajaavaa suositusta. Tästä on tarpeen käydä perusteellinen keskustelu: ei näyttöä paremmasta vaikuttavuudesta, vakaviakin haittavaikutuksia, kallis hinta hitaasti etenevässä sairaudessa. Suositusluonnos lähdessä Otakantaa-palveluun.

Päätös: Hyväksyttiin suositus ja sen perustelumuiotio julkaistavaksi Otakantaa-palvelussa kommentointia varten. Lääkejaosto viimeistelee suositusta ennen sitä.

5 Miepä-jaosto

5.1) Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa, *Sari Koskinen*

Suositusluonnos oli kommentoitavana Otakantaa-palvelussa 28.6.–14.8.2018. Määräaikaan mennessä saapui 107 kommenttia. Miepä-jaosto käsitteli saapuneita kommentteja kokouksessaan 17.8. ja sopi niiden jatkokäsittelymisestä. Suurimmassa osassa kommentteja pidettiin suositusta tarpeellisena ja myötätilliin sen perusteluja. Jatkotarkasteluun kommentteista koottiin ne, joista on mieltittävää, onko niiden perusteella tehtävä muutoksia itse suositukseen tai sen perusteluihin.

Päätös: Käytiin saatekeskustelu saapuneista kommentteista. Sovittiin, että jaosto tekee lopulliset muutokset ja käy johdantokappaleen läpi. Lopullinen hyväksyntä tehdään PALKOn kokouksessa marraskuussa.

Todettiin, että Marjukka Mäkelä on ollut mukana tekemässä systemaattista kirjallisuuskatsausta.



5.2) Intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmät riippuvuuksien hoidossa

Jaosto ei ole ehtinyt aloittaa asian valmistelua.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

6 Tules-jaosto, *Reima Palonen*

6.1) Biopsykosiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkävivussa, (liitteet 6.1.a-b)

Asia oli keskustelussa 12.6. kokouksessa, jonka jälkeen jaosto on työstänyt suositusta edelleen.

Päätös: Hyväksyttiin suositusluonnos julkaistavaksi Otakantaa-palvelussa.

6.2) Leikkaus selkävivun hoidossa (työnimi)

Suositus työ on tarkoitus käynnistää syys-lokakuun vaihteessa PICO-työpajalla, jonka jälkeen hankitaan kirjallisuuskatsaus.

Suomen selkäkirurgiselta yhdistykseltä on pyydetty ehdokkaita suositustyöhön osallistuviksi asiantuntijoiksi, mutta vastausta ei ole saatu. Näin ollen jaoston täydentäminen siirtyy myöhempään ajankohtaan.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

7 ELO-jaosto, *Sari Koskinen*

Siirrettiin käsiteltäväksi kohdan 1 jälkeen.

Sari Koskinen esitteli tilannekatsauksen. Keskusteltiin ehdotuksesta rajaukseksi.

Päätös: Ohjeistettiin jatkovalmistelua ja merkittiin valmisteluvaihe tiedoksi.

8 Puheenjohtajien jaosto, *Reima Palonen*

Saatiin tilannekatsaus jaoston 23.8. kokouksesta.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

9 Uusi aihe-ehdotus, Lääketieteelliset hoitomenetelmät sukupuolen variaatioiden hoidossa (työnimi), *Taina Mäntyranta*

Palko käsitteli aihe-ehdotusta ”sukupuolen variaatioiden hoito” kokouksessaan 12.6.18. Silloin päätettiin, että aihetta ei oteta Palkossa jatkokäsittelyyn ja puheenjohtaja totesi, että asian valmistelua kuitenkin jatketaan sosiaali- ja ter-



veysministeriössä. Jatkoselvittelyssä on kuitenkin todettu, että joidenkin asiakokonaisuuden osien käsittely Palkossa voi olla perusteltua. Parhaimmillaankin uudistetun trans-lain voimaantuloon voi mennä useampi vuosi ja se voi ratkaista vain osan asiaan liittyvistä lääketieteellisistä kysymyksistä. Näin ollen suositusvalmistelun aloittamiselle on perusteensa.

Liitteestä 9 ilmenee tällä hetkellä valmisteilla olevien suositusten työsuunnitelma. Jos saadaan lisäresursseja, sukupuolen variaatioiden hoitoa koskeva suositus saadaan valmisteluun ilman että se estää tai liikaa hidastaa muiden suositusten valmistelua.

Päätös: Päätettiin aloittaa aihetta koskevan suosituksen valmistelu ja keskusteltiin uuden jaoston aloittamisesta. Jatkovalmistelussa päätetään tarkemmin aiheen rajauksesta.

10 Sidonnaisuusilmoitukset, *Reima Palonen*

Todettiin, että sihteeristö on laatinut webropol-pohjaisen lomakkeen sidonnaisuusilmoituksen tekemistä varten.

Jäsenille lähetetään erikseen henkilökohtainen linkki varsinaisen ilmoituksen antamista varten, kun lomake on saatu viimeistelyä ja STM:n tietosuojavastavan kanssa saatu selvitettyä EU:n tietosuoja-asetuksesta tulevat vaatimukset.

Päätös: Merkittiin tiedoksi.

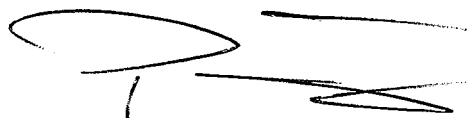
11 Muut asiat, *Taina Mäntyranta*

- Palkon prosessikuvaus julkaistu palveluvalikoima.fi-sivustolla
- Palkon syksyn kokousaikataulu:
 - sähköpostikokous 29.9.–2.10.2018
 - torstai 1.11.2018 klo 9–16
 - tiistai 18.12.2018 klo 12–16
- Palkon pääsihteerin virantäyttö: Haastattelut pidetään viikolla 36.
- Priorities 2018 "Priorities in health: Ideas in practice" Linköpingissä 12. (13.)–15.9.2018. Palkon edustajat pitävät esitykset sekä pohjoismaisessa esikonferenssissa että varsinaisessa konferenssissa.



12 Kokouksen päätös

Puheenjohtaja päätti kokouksen.

Puheenjohtaja
(§§ 1–4, 7)


Päivi Sillanaukee

Varapuheenjohtaja
(§§ 5–6, 8–12)

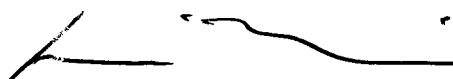

Ilona Autti-Rämö

Päällihteeri



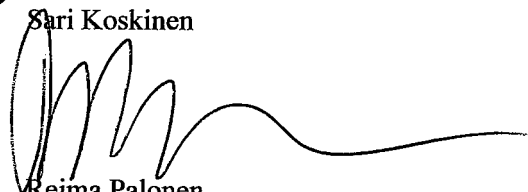
Taina Mäntyranta

Erityisasiantuntija



Sari Koskinen

Erityisasiantuntija



Reima Palonen

LIITTEET

- Liite 1a. 12.6.2018 kokouksen pöytäkirja
- Liite 1b. 21.-26.6.2018 sähköpostikokouksen pöytäkirja
- Liite 2a. Pohjois-Suomen hallinto-oikeuden lausuntopyyntö (ei julkinen)
- Liite 2b. Palkon lausunto
- Liite 2c. Palkon lausunnon liitteet
- Liite 3.1.a. EOA:n selvitys- ja lausuntopyyntö
- Liite 3.1.b. Palkon selvitys STM:lle
- Liite 3.2.a. EOA:n selvitys- ja lausuntopyyntö (ei julkinen)
- Liite 3.2.b. Palkon selvitys STM:lle
- Liite 6.1 a. Perustelumuiatio biopsykososiaalinen kuntoutus
- Liite 6.1 b. Suositus biopsykososiaalinen kuntoutus
- Liite 9. Palkon suosituskäsittelyjen työsuunnitelma 2018-19

JAKELU

Neuvoston varsinaiset jäsenet ja varajäsenet
Asiantuntijat
Sihteeristö





9.10.2018

TERVEYDENHUOLLON PALVELUVALIKOIMANEUVOSTON SÄHKÖPOSTIKOKOUS 14/TOIMIKAUSI 2017-2020

Aika 3. – 9.10.2018 (klo 9.00)
Paikka sähköpostilla
Osallistujat x Päivi Sillanaukee, STM, pj

Jäsenet

x Kirsi Varhila, varapj, STM
x Juha Koivisto, THL
x Risto Heikkinen, Valvira
x Päivi Koivuranta, Kuntaliitto
x Iiona Autti-Rämö, varapj, Kela
x Vesa Kiviniemi, Fimea
- Taina Remes-Lyly, Apollonia
x Miia Turpeinen, PPSHP
x Pekka Rissanen, THL
x Pekka Mäntyselkä, Itä-Suomen yliopisto
- Kari-Matti Hiltunen, TAYS
x Katri Vehviläinen-Julkunen,
Itä-Suomen yliopisto
x Mirva Lohiniva-Kerkelä, Lapin yliopisto
x Sirkku Pikkujämsä, POP-maakunta

- Jarmo Koski, Essote

Varajäsenet

- Liisa Siika-aho, STM
- Pia Maria Jonsson, THL
- Tarja Holli, Valvira
- Tuula Kock, Kuntaliitto
- Tanja Laukkala, Kela
- Mika Kastarinen, PSSHP
- Olli-Pekka Lappalainen, Oulun yo
- Petri Bono, HUS
- Marja Blom, Helsingin yliopisto
- Sari Mäkinen, PSHP
- Ilkka Kantola, VSSHP
- Minna Kaila, Helsingin yliopisto

- Samuli Saarni, Fraxinus Consulting
- Leena Turpeinen, Helsingin
kaupunki
- Matias Lahti, Jämsän kaupunki

1 Avaus, kokouksen osallistujat ja päätösvaltaisuus

Kokoukseen osallistuneiksi katsotaan ne esteettömät jäsenet tai heidän sijastaan varajäsenet, jotka ovat ilmoittaneet kantansa määräaikaan ti 9.10.2018 klo 9.00 mennessä.

Määräajassa vastauksensa on antanut puheenjohtaja ja 12 jäsentä, joten kokous on päätösvaltainen.

2 Suositukset: ” Reslitsumabi, mepolitsumabi ja benralitsumabi -lääkkeet vaikean eosinofiilisen astman hoidossa (liitteet 2.a-d)

Päätös: Hyväksyttiin lopulliset suositukset

Vesa Kiviniemi ei esteellisenä osallistunut asian käsittelyyn.



3 Seksuaaliterveyden jaoston perustaminen ja puheenjohtajan ja jäsenten nimitykset

Päätös:

- a) Hyväksyttiin ehdotus jaoston perustamisesta ja sen nimeämisestä seksuaaliterveyden jaostoksi
- b) Hyväksyttiin jaoston puheenjohtajan ja jäsenten nimittäminen ehdotetun mukaisesti

Päivi Koivuranta ei esteellisenä osallistunut asian 3b käsittelyyn.

4 ELO-jaoston (Elintapaohjaus ja omahoidon tuki) täydentäminen uudella jäsenellä (liite 4)

Päätös: Hyväksyttiin ELO-jaoston täydentäminen uudella jäsenellä ehdotetun mukaisesti.

5 Seuraavat kokoukset

- torstai 1.11.2018 klo 9.00 – 14.00 (lounas 11.30-12.15)
- tiistai 18.12.2018 klo 12.00 – 16.00

6 Kokouksen päätös

Puheenjohtaja



Päivi Sillanaukee

Pääs sihteeri



Taina Mäntyranta

LIITTEET

Liite 2a. Suositus benralitsumabi erittäin vaikean eosinofiilisen astman hoidossa

Liite 2b. Suositus reslitsumabi erittäin vaikean eosinofiilisen astman hoidossa

Liite 2c. Suositus mepolitsumabi erittäin vaikean eosinofiilisen astman hoidossa

Liite 2d. Perustelumuiatio mepolitsumabi, ja benralitsumabi erittäin vaikean eosinofiilisen astman hoidossa

Liite 3. Nimittämismuistio: seksuaaliterveyden jaosto

Liite 4. Nimittämismuistio (täydentäminen): ELO-jaosto

JAKELU

Neuvoston varsinaiset jäsenet



TIEDOKSI

Neuvoston varajäsenet
Asiantuntijat
Sihteeristö



Liite 2.
Palveluvaiikoimanuoston suosituskäsittelyjen työsuunnitelma 2018 - 19

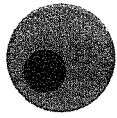
versio 181023

Suositusaihe	Valmisteleva käsittely Palkossa	Ota kantaa	Päätöskäsittely Palkossa
Vuosi 2018 valmistuvat			
Nusinerseeni SMA-taudissa			julkaistu
Sebelipaasi alfa lysosomaalisen happaman lipaasin puutoksen hoidossa			julkaistu
Atetsolitsumabi, pembrolitsumabi ja nivolumabi uroteelikaarsinoomassa (kustakin erillinen suositus)			julkaistu
Reslitsumabi ja mepolitsumabi sekä benralitsumabi eosinofiilisen astman hoidossa (kustakin erillinen suositus)			julkaistu
Obinutsumabi follikulaarisen lymfooman ensilinjan hoidossa	4.9.2018	loka-marraskuussa	18.12.2018
Psyko-terapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa	12.6., 4.9.2018	kesä-elokuussa	1.11.2018
Biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkävivussa	12.6.2018, jatkuu 4.9.2018	syys-lokakuussa	1.11.2018
Vuosi 2019 valmistuvat			
Nivolumabi, pembrolitsumabi, atetsolitsumabi ja pembrolitsumabi ei-pienisoluisessa keuhkosyövässä (kustakin erillinen suositus)	18.12.2018	tammikuussa	tammi-helmikuu 2019
Pertutsumabi HER2-positiivisen rintasyövän adjuvanttihoitona	18.12.2018	tammikuussa	tammi-helmikuu 2019
Yescarta (CAR-T) – suurisoluisessa B-solulyymfoomassa	kevät 2019	2019	
Kymriah (CAR-T) – suurisoluisessa B-solulyymfoomassa			
Kymriah (CAR-T) – akuutissa lymfaattisessa leukemiassa			
Lääketieteelliset hoitomenetelmät sukupuolen variaatioihin liittyvän sukupuolilysoforian hoidossa	kevät 2019	kevät 2019	kevät 2019
Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmät terveysriskien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa (työnimi)	2019	kevät 2019	kesä 2019
Leikkaus selkävivun hoidossa (työnimi)	2019	kevät 2019	kesä 2019
Intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmät riippuvuuskien hoidossa (työnimi)	2019	kevät 2019	kesä 2019
Vaikean kombinoitun immunipuutoksen (SCID) seulonta vastasyntyneiden kantapäverinäytteestä (aihe-ehdotus tehty)	2019	2019	2019
Suun hoitoväli (aihe-ehdotus tulossa)	2019	2019	2019
2-5 sairaalalääkettä	2019	2019	2019-20

**PSYKOTERAPIAT JA MUUT PSYKOSOSIAALISET HOITO- JA KUNTOUTUSMENETELMÄT MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA**

Hyväksytty Palkon kokouksessa xx.x.2018

Palkon suositus		Vaikuttavaksi todetut psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta niiden kaikissa vaiheissa.
Arvioinnin osa-alueet	Terveysongelman vakavuus ja yleisyys	Mielenterveys- ja päihdehäiriöt huonontavat potilaan elämänlaatua ja niihin liittyy riski sosiaalisten suhteiden sekä opinto- ja työmenestyksen heikentymisestä. Ne vähentävät terveiden elinvuosien määrää ja elinajanodote on selvästi muuta väestöä alhaisempi. Ne aiheuttavat 60–70 prosenttia nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitoista. Ne ovat merkittävä lyhyt- ja pitkäkestoisen työkyvyttömyyden aiheuttaja ja yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä. Suomalaisista aikuisista noin 20–25 prosentilla on jokin mielenterveyden häiriö. Kuitenkin naisista vain noin 12 prosenttia ja noin 8 prosenttia miehistä on käyttänyt terveydenhuoltopalveluita mielenterveysongelmien vuoksi. Psykkinen kuormittuneisuus ja masennusoireet ovat lisääntyneet työikäisillä viime vuosina. Vähintään 13 prosenttia väestöstä eli yli 560 000 henkilöä käyttää alkoholia siinä määrin, että heillä on kohonnut pitkäaikaisten terveyshaittojen riski.
	Vaikuttavuus	Psykoterapiat ja monet muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät ovat tutkitusti vaikuttavia oikein toteutettuina, joskin vaikuttavuudessa on vaihtelua eri sairausryhmien ja menetelmien välillä. Kertyvän tutkimustiedon myötä tieto vaikuttavista menetelmistä täsmentyy.
	Turvallisuus	Psykososiaalisia menetelmiä pidetään yleensä turvallisina. Potilaalle voi aiheuttaa haittaa mm. terapian keskeyttäminen tai terapiamenetelmän tai hoitavan henkilön väärä valinta.
	Kustannukset ja budjettivaikutukset	Psykososiaalisten menetelmien yhteenlasketut terveydenhuollon kustannukset ovat vähintään 100 miljoonaa euroa vuodessa. Päihdehuollon menot kuntien kustantamissa palveluissa olivat vuonna 2015 noin 210 milj. euroa. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä sekä tuottavuuden menetyksestä, työkyvyttömyydestä, työttömyydestä ja sairastuneen ja hänen omaistensa kärsimyksen kautta tulevista menoista aiheutuu yhteensä noin 6 miljardin euron kustannukset. Psykososiaaliset hoidot pyrkivät ehkäisemään mielenterveysongelmien pahenemista, millä on merkittäviä kokonaistaloudellisia vaikutuksia. Eri sairauksien aiheuttamista epäsuorista kustannuksista mielenterveyshäiriöiden osuus on suurin ja myös päihdesairauksien suuri.
	Eettisyys ja taloudellisuus kokonaisuutena	Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat hoitamattomina merkittävä ongelma sairastuneen henkilön ja hänen läheistensä elämänlaadun ja koko yhteiskunnan kannalta. Niiden hoidossa ja kuntoutuksessa saadaan paljon hyötyä psykososiaalisista menetelmistä. On ihmisarvoa kunnioittavaa ja yhdenvertaisuutta lisäävää varmistaa, että näitä hoito- ja kuntoutusmuotoja on riittävästi tarjolla, eikä yksilön taloudellinen tilanne estä niiden käyttöä.
Lisänäytön kerääminen	Psykososiaalisilla menetelmillä annettujen, julkisen terveydenhuollon tuottamien tai kustantamien hoitojen ja kuntoutuksen määristä ja monien yksittäisten menetelmien vaikuttavuudesta ja kohdentamisesta tarvitaan tarkempaa, vertailukelpoista rekisteritietoa. Erilaisten toteuttamistapojen yhteydestä psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen tarvitaan lisää, luotettavilla tutkimusmenetelmillä koottua tietoa myös Suomesta, yhtenäisillä menetelmillä koottua tutkimustietoa.	
Diagnoosi (ICD-10)-koodit	F10–F19 Lääkkeiden ja päihteen aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt F20–F29 Skitsofrenia, skitsoyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt F30–F39 Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt] F40–F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt F50–F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymis-oireyhtymät F60–F69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt F90–F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt	
Taustatiedot ja lähteet	Palkon perustelumistö, Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	



PALVELUVALIKOIMA

Tjänsteutbudet | Choices in health care

Liite 3.1.b.

versio 0.97; 25.10.2018

Lopullinen editointi tehdään Sari Koskisen palattua takaisin

Palveluvalikoimaneuvoston perustelumuiatio-luonnos

**PSYKOTERAPIAT JA MUUT
PSYKOSOSIAALISET HOITO- JA
KUNTOUTUSMENETELMÄT
MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄI-
RIÖIDEN HOIDOSSA**

Mielenterveys- ja päihdepalvelujaosto

Sisällys

1. Taustaa, perusteet suosituksen laatimiseen	4
2. Johdanto	5
3. Aiheen määrittely ja rajaus	7
3.1. Psykososiaalinen hoito- ja kuntoutusmenetelmä ja psykoterapia	7
3.2. Kysymyksenasettelu	7
3.3. Rajaukset	8
3.4. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatimisessa käytetyt menetelmät sekä muut tavat tiedon hankkimiseen	10
4. Psykososiaalisia menetelmiä koskevat hoitosuositukset ja selvitykset	10
4.1. Kotimaiset hoitosuositukset ja selvitykset	10
4.2. Ulkomaiset hoitosuositukset ja selvitykset	11
4.3. Terveysongelman ja psykoterapeuttisen hoidon yleisyys	11
5. Terveysongelman vakavuus	14
5.1. Psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuus	14
6. Vaikuttavuuden mittaamisesta	14
6.1. Mielialahäiriöiden psykososiaalinen hoito	15
6.1.1. Masennus	15
6.1.2. Kaksisuuntainen mielialahäiriö	19
6.2. Ahdistuneisuushäiriöiden psyko-sosiaalinen hoito	19
6.2.1. Ahdistuneisuushäiriöt	19
6.2.2. Traumaperäinen stressihäiriö	22
6.2.3. Itsetuhoisten potilaiden psykososiaalinen hoito	23
6.3. Skitsofrenian ja muiden psykoottisten	24
häiriöiden psykososiaalinen hoito	24
6.4. Lääke- ja päihderiippuvuuksien psykososiaalinen hoito	26
6.4.1. Tupakka ja nikotiini	27
6.4.2. Alkoholi	28
6.4.3. Lääkkeiden väärinkäyttö	28
6.4.4. Huumausaineet	29
6.5. Persoonallisuus- ja käytöshäiriöiden psykososiaalinen hoito	32
6.6. Somatoformisten häiriöiden, syömishäiriöiden ja toiminnallisen unettomuuden psykososiaalinen hoito	33
6.6.1. Somatoformiset häiriöt	33
6.6.2. Syömishäiriöt	34
6.6.3. Unettomuus	35
6.7. Lapsuus- tai nuoruusiässä alkavien käytöshäiriöiden-, tarkkaavaisuus- ja hyperkineettisten häiriöiden (ADHD) sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöiden psykososiaalinen hoito	36
6.8. Lääkityksen yhdistäminen psykososiaaliseen hoitoon	38
6.9. Terapioiden erilaiset toteutustavat	39
7. Psykososiaalisten menetelmien turvallisuus	40
8. Psykososiaalisten menetelmien kustannukset ja budjettivaikutukset	40
9. Psykososiaalisten menetelmien kustannusvaikuttavuus	44
10. Eettinen tarkastelu	46
10.1. Ihmisarvo	46
10.2. Itsemääräämisoikeus	47
10.3. Tarve-oikeudenmukaisuus	47
10.4. Hoidon toteuttaminen	48
11. Potilaiden näkökulma	49

12. Organisatoriset kysymykset	51
12.1. Palveluiden järjestäminen	51
12.2. Koulutus ja ammattinimike	52
13. Lisänäytön kerääminen	53
14. Johtopäätökset	53
14.1. Terveysongelman merkittävyys	53
14.2. Lääketieteellinen perusteltavuus	54
14.3. Eettisyys ja taloudellisuus kokonaisuutena	55
15. Palkon suosituslause	56
16. Suositusten vaikutukset ja niiden seuranta	56
17. Suosituksen valmistelu ja sen vaiheet	57
17.1 Suositusvalmisteluun osallistuneet	57
17.1. Kommentointiprosessi	58
18. Lähteet	61

1. TAUSTAA, PERUSTEET SUOSITUKSEN LAATIMISEEN

Palveluvalikoimaneuvosto asetti vuoden 2016 lokakuussa mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaoston (myöhemmin tekstissä myös lyhenne Miepä-jaosto), muiden jaostojen tapaan ehdottaa aiheita neuvoston käsittelyyn sekä osallistuu neuvoston käsittelyyn valittujen aiheiden valmisteluun yhdessä sihteeristön kanssa. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaoston ehdotuksen pohjalta Palko päätti ottaa jatkovalmisteluun aihe-ehdotuksen psykoterapioista ja muista psykososiaalisista hoito- ja kuntoutusmenetelmistä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa.

Taustalla oli mielenterveys- ja päihdeongelmien vakavuus yksilön kannalta ja niihin liittyvä suuri palvelujen tarve ja kustannukset yhteiskunnalle. Perusteluna oli, että psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat mielenterveys- ja päihdehäiriöiden keskeinen hoitomuoto lääkehoidon ohella. Psykoterapioiden vaikuttavuudesta on kiistatonta ja lisääntyvää tieteellistä näyttöä. Tiedetään myös, ettei potilaiden yhdenvertaisuus psykoterapeuttisten palvelujen saatavuuden suhteen toteudu samalla lailla maan eri osissa. Ongelma ei ole yksinomaan Suomen: Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että kolmannes mielenterveysongelmista jää vaille hoitoa¹. Syyksi on mainittu tiedon puute mielenterveys- ja päihdehäiriöistä, hoitojen etäisyys, kalleus ja korvattavuuden puuttuminen, pitkät odotusajat ja koettu hoidon leimaavuus. Suomessa kysynnän ja tarjonnan epäsuhtaa on selitetty pätevien terapeuttien puutteella sekä toiminnan pirstoutumisella yksittäisten palveluntuottajien ja moinaisten rahoituskanavien varaan.²

Nykytilanteessa psykoterapiaan pääsyä viivästyttää järjestelmän monimutkaisuus, minkä lisäksi painotus kuntoutuspsykoterapiaan ja hoidollisen terapian ja kuntoutuspsykoterapian järjestämisen erillisyydet vaikuttavat psykoterapian saatavuuteen. Nykymuotoisessa järjestelmässä, jonka osat ovat kehittyneet osin irrallisina ja ilman keskitettyä koordinaatiota, pitkät psykoterapiat painottuvat liikaa suhteessa lyhyiden terapioiden saatavuuteen. Hoidollista kuntoutusterapiaa on kunnissa ja kuntayhtymisissä tarjolla hyvin vaihtelevasti. Kelan korvaama kuntoutuspsykoterapia koskee vain sellaisia 16–65-vuotiaita, joilla kuntoutus liittyy opiskelu- tai työkykyyn. Eduskunnan mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta on käynyt keskustelua psykoterapian siirtämisestä sote-uudistuksen yhteydessä maakuntien järjestämisvastuulla olevien palveluiden joukkoon³. Meneillään olevassa kuntoutuksen kokonaisuudistuksessa⁴ pohditaan myös kuntoutuspsykoterapian prosesseja, muotoja ja paikkaa osana sekä kuntoutusjärjestelmää että psykoterapiajärjestelmää. Psykoterapian kohdentaminen ja terapian laajuuden mitoittaminen ovat tärkeitä, sillä psykoterapian kysyntä ylittää tarjonnan⁵.

Valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä määritellään, että viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaan-

¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁴ Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi.

⁵ Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.

hoitopiirin on huolehdittava psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpitämisestä.

Hallituksen esitys maakunta- ja sote-uudistuksesta erottaa toisistaan sote-palveluiden järjestämisen ja tuottamisen. Tarkoituksena on yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kaikilla tasoilla asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Hallituksen esityksellä valinnanvapauslaiksi halutaan edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja. Yhdenvertaisuus mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidon ja kuntoutuksen menetelmien käytössä siis korostuu entisestään. Keskustelu monikanavarahoituksen yksinkertaistamisesta jatkuu.

Kun palvelujärjestelmä toimii oikea-aikaisesti ja kohdentuen oikein myös psykososiaalisten hoitojen kohdalla, voidaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden vaikuttavuutta parantaa ja vähentää yhteiskunnan kokonaiskustannuksia. Psykoterapioiden ja psykososiaalisten hoitojen järjestäminen osana julkisiin palveluihin kuuluvaa mielen-terveyden hoitoa tarjoaa mahdollisuuden suunnitella niitä yksilöllisiksi ja oikea-aikaisiksi, ja myös valvoa niiden toteutumista toivotusti. Erityisen tärkeää on voida hyödyntää alueellinen ja laajempikin, monipuolinen psykoterapiamuotojen tarjonta ja kohdentaa yhä laajeneva psykososiaalisen hoidon osaaminen kulloinkin oikeisiin tarpeisiin, jolloin voidaan saavuttaa merkittäviä terveys- ja kustannusvaikuttavuushyötyjä, muun muassa ehkäisemällä korjaavan hoidon tarvetta. Tutkimustieto tukee psykososiaalisten menetelmien laajamittaista tarjoamista nopeasti myös terveydenhuollon perustasolla. Mielenterveys- ja päihdeongelmien kuntoutukseen panostamisella oikea-aikaisesti on suuri merkitys työkyvyttömyyseläkkeiden ehkäisemisessä.⁶⁷ Nopea pääsy lyhyeen psykoterapiaan perustason palveluista ehkäisee ongelmien monimutkaistumista

Psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien vaikuttavuusnäyttö on ollut jo pitkään tiedossa, kuten myös sen jatkuva karttuminen. Psykoterapioiden ja psykososiaalisten hoitojen suosituksen taustaksi teetetty systemaattinen kirjallisuuskatsaus on katsottu tarpeelliseksi ajankohtaiseksi koosteeksi siitä, mitä tutkimuskentässä tapahtuu.

2. JOHDANTO

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) seuraa, määrittelee ja arvioi terveydenhuollon palveluvalikoimaa, jolla tarkoitetaan kokonaan tai osittain julkisin varoin rahoitettuja terveydenhuollon palveluita. Palko antaa suosituksia siitä, kuuluko terveydenhuollon menetelmä tietyssä terveysongelmassa julkisesti rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Palkon suosituksilla ohjataan palvelujen järjestäjiä ja selkiytetään rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvien potilaille maksettavien sairausvakuutuskorvausten perusteita. Neuvosto antaa suosituksia yleisellä, potilasryhmätasolla. Se ei ota kantaa yksittäisten potilaiden hoitoon. Yksittäistä potilasta koskevat hoitopäätökset tehdään yksilötasolla, yksilöllisen hoidontarvearvion perusteella.

⁶ Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/201, §4)

⁷ Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.

Palveluvalikoiman määrittelyllä ei oteta suoraan kantaa mm.:

- Siihen, kenen tulee järjestää terveydenhuollon palvelut
- Siihen, missä tai kuka tuottaa terveydenhuollon palvelut
- Jonotusaikoihin, hoitotakuun määräaikojen toteutumiseen ja muuhun palveluiden käytännön saatavuuteen
- Terveydenhuoltopalveluiden esteettömyyteen ja saavutettavuuteen
- Terveydenhuollon asiakasmaksujen suuruuteen
- Terveydenhuollon valvontaan
- Tarvittavan henkilökunnan määrään tai osaamistasoon

Tämän suosituksen tavoitteena on ollut tarkastella keskeisten mielenterveydenhäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa käytettyjen psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta ja linjata sen perusteella niiden kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta palveluvalikoiman ulkopuolelle. Menetelmien keskinäinen vertaileminen ei ole kuulunut tavoitteisiin.

Vaikka jotakin menetelmää ei ole mainittu, se ei tarkoita sitä, että se olisi rajattu julkisesti rahoitettujen psykososiaalisten menetelmien ulkopuolelle. Tarkastelu rajattiin koskemaan psykososiaalisten menetelmien käyttöä terveydenhuollossa sellaisissa tilanteissa, joissa potilaalla on todettu diagnoosi tai hoidettava mielenterveyden häiriö. Erikseen on niitä tilanteita, joissa henkilö voi haluta hankkia terapiapalveluita omakustanteisesti yksityisiltä palveluntuottajilta.

Psykiatriassa käytössä olevasta laajasta terapioiden kirjosta tämä suositus rajattiin koskemaan ammattilaisen ja potilaan psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia menetelmiä ja itse suositus on tehty yleiselle tasolle. Suositus on laadittu palveluiden järjestäjää varten, eikä se oikeuta potilasta saamaan tiettyä yksittäistä terapiamuotoa. Hoitopäätökset tehdään aina yksilöllisen hoidon tarpeen arvioinnin perustella.

Palkon suositukset pohjautuvat perustelumuihistioon, jossa arvioidaan käsiteltävää aihetta laissa määriteltyjen perusteiden sekä Palkon määrittämien periaatteiden valossa. Tätä perustelumuihistiota varten koottiin systemaattisesti tutkimustietoa sekä psykoterapioiden että muiden psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuudesta tietyjen mielenterveydenhäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Jaosto teetti aiheesta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen⁸. Sen tavoitteena oli tuottaa vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevasta tutkimustiedosta kooste, jota voidaan käyttää tässä perustelumuihistiossa pohdittaessa psykoterapioiden ja muiden psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien asemaa julkisin varoin rahoitetussa palvelujärjestelmässä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (liite 4.) teetettiin kohdennetulla tarjouspyyntömenettelyllä Summaryx oy:llä.

Yksittäisiin menetelmiin liittyvää tutkimustietoa saadaan aikaa myöten lisää ja se voi muuttaa käsitystä menetelmien vaikuttavuudesta. Suositukset ovat voimassa toistaiseksi, jollei Palko muuta päättä. Palko voi ottaa asian uudelleen käsittelyyn, jos on aihetta epäillä, että suositus ei ole enää ajantasainen.

⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

3. AIHEEN MÄÄRITTELY JA RAJAUS

3.1. PSYKOSOSIAALINEN HOITO- JA KUNTOUTUSMENETELMÄ JA PSYKOTERAPIA

Psykososiaaliset hoitomenetelmät tukevat potilasta oman elämän hallinnassa ja arkipäivässä selviytymisessä. Psykososiaalisella lähestymistavalla varmistetaan, että mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoito on tasapainoinen kokonaisuus. Tässä suosituksessa keskitytään käytössä olevasta laajasta terapioiden kirjosta ammattilaisen ja potilaan psykologiseen vuorovaikutukseen perustuviin menetelmiin. Psykoterapiat ovat psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta.⁹ Kaikkeen hyvään psykososiaaliseen hoitoon ja kuntoutukseen voi sisältyä psykoterapeuttisia aineksia ilman varsinaista psykoterapiaakin.

Psykoterapiassa on kyse jäsenelystä vuorovaikutuksellisesta prosessista potilaan (potilaiden) ja hoitavan henkilön (henkilöiden) välillä. Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveysongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. Psykoterapioita toteuttavat psykoterapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus.¹⁰

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

Tässä muistiossa käytetään jäljempänä luettavuuden helpottamiseksi käsitettä ”psykososiaaliset menetelmät” tarkoittamaan koko kokonaisuutta psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa.

3.2. KYSYMYKSENASETTELU

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden jaosto lähestyi kysymystä ”kuuluvatko psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa terveydenhuollon palveluvalikoimaan” siten, että se määritteli kysymyksenasettelun seuraavasti käyttäen PICO-rakennetta, jossa määritellään terveysongelma, hoito- tai kuntoutusmenetelmä (interventio), vaihtoehtoinen hoito- tai kuntoutusmenetelmä (vertailuinterventio) ja tavoiteltava hoidon tai kuntoutuksen lopputulos (terveystulos).¹¹

Terveysongelma (P)

Terveysongelma on mielenterveys- tai päihdehäiriö, jossa on asetettu diagnoosi ICD-luokituksen mukaan tai diagnostinen prosessi on kesken. Tarkastelu kohdennet-

⁹ Psykiatria. Lönnqvist ym.

¹⁰ Psykoterapian konsensuslausuma 2006.

¹¹ PICO-asetelma. Jaana Isojärvi.

tiin sellaisiin sairaus- ja häiriöryhmiin, joiden hoidossa ja kuntoutuksessa tiedettiin olevan käytössä interventiokohdassa mainittuja menetelmiä. Mukaan tarkasteluun otettiin tutkimukset, joissa potilaan mielenterveys- tai päihdehäiriö kuuluu luokkiin F10-F69 tai F80-F98 ja edellyttäen, että potilaat ovat hakeneet apua terveydenhuollosta.

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

Interventio (I)

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

Vertailuinterventiot (C)

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

Tavoiteltava hoidon tai kuntoutuksen lopputulos (O)

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

3.3. RAJAUKSET

Koska aihealue on sängen laaja, pidettiin tärkeänä rajata tarkasteluun otettavien psykososiaaliset menetelmien joukkoa. Psykiatriassa käytössä olevasta laajasta terapioiden kirjosta suositus haluttiin rajata koskemaan ammattilaisen ja potilaan psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvia menetelmiä. Näitä ovat varsinaiset psykoterapiat sekä muut mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa käytetyt sellaiset psykososiaaliset menetelmät, joiden vaikuttavuudesta, turvallisuudesta ja eettisyydestä löytyy tutkimusnäyttöä. Koska mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoon kuuluu tyypillisesti sekä psykoterapiaa että lääkehoitoa, katsaus kohdennettiin avohoidon potilailla tehtyihin tutkimuksiin, joissa verrataan psykososiaalisten hoito- tai kuntoutusmenetelmien vaikutuksia, joko yksinään tai yhdistettynä lääkehoitoon. Aihetta rajattaessa mukaan tarkasteluun otettiin sellaiset tutkimukset, joissa potilaan mielenterveys- tai päihdehäiriö kuuluu ICD-10-luokkiin F10-F69 tai F80-F98. Lasten ja nuorten kohdalla otettiin mukaan myös häiriötasoiset ongelmat ilman varsinaisia diagnooseja. Kohteena ovat riskiryhmiin kuuluvat tai potilaat, jotka hakevat apua terveydenhuollosta.

Hoitoa ja kuntoutusta ei ole erotettu toisistaan kirjallisuushakua tehtäessä eikä perusteluita esitettäessä, koska kansainvälinen tutkimuskirjallisuus ei näitä erottele. Kaikkeen ammatilliseen psykiatriseen ja mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyy asiakkaiden perusteellinen psykososiaalinen tutkiminen ja hyvän, vastuullisen ja tukevan hoitosuhteen luominen.¹²

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

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

Lisäksi tarkastelun ulkopuolelle rajattiin:

- interventiot, joita käytetään mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyyn ml. suuntaamattomat, esimerkiksi väestöön tai kouluun kohdistetut, sairauksien ennaltaehkäisy- tai terveyden edistämisen interventiot.
- häiriöitä lievempään oireiluun käytetyt interventiot.
- monet ryhmä- ja verkostointerventiot sekä vertaistukeen perustuvat interventiot.¹³
- vastaanotoilla käytyjen tukea ja neuvoja antavien keskustelujen lisäksi muitakin psykososiaalisia kuntoutusmenetelmiä, kuten kognitiivinen kuntoutus ja erilaiset haastattelumenetelmät. Näillä ei ole varsinaisen psykoterapian asemaa, mutta ne laajentavat merkittävästi terveydenhuollon keinovalikoimaa mielen-terveyshäiriöiden hoidossa

Suositus ei ota kantaa tarkastelun ulkopuolelle rajattujen menetelmien kuumiseen palveluvalikoimaan.

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

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

Tarkastelussa on pidetty mukana sekä aikuiset, nuoret että lapset. Lasten psykososiaaliset menetelmät edellyttävät vanhempien kanssa työskentelyä. Joskus lapsen häiriön hoitamisen ohessa joudutaan arvioimaan myös vanhempien omaa psykoterapian tarvetta ja ohjaamaan heitä hoitoon¹⁴. Nuoruusikäisen potilaan ikä ja ongelmien laatu vaikuttavat siihen, missä määrin vanhempien osallistuminen on tarpeen¹⁵.

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

¹² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

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

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja tulosten kriittisessä arvioimisessa käytetyt menetelmät on kuvattu raportin ¹⁶ edellisissä luvuissa sekä liitteissä.

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

Alkuperäisessä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa alaikäisiin sovellettavaa tutkimustietoa otettiin varsin rajallisesti huomioon johtuen siitä, että nuorille ei usein ole aseteettu sairausdiagnoosia, mitä käytettiin alkuvaiheessa terveysongelman määrittelyssä. Katsausta täydennettiin myöhemmin ja nyt alaikäisten, erityisesti nuoruusiäisten osalta psykoterapioiden vaikuttavuutta on kommentoitu kunkin oirekokonaisuuden kohdalla ja viitattu myös aiheesta tehtyihin kotimaisiin katsauksiin.

4. PSYKOSOSIAALISIA MENETELMIÄ KOSKEVAT HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

4.1. KOTIMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

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

¹⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet (2010) ovat suosituksia, jotka erityisesti tukevat oikeaa hoidon porrastusta. Niissä ei oteta kantaa hoidossa tai kuntoutuksessa käytettäviin menetelmiin, kuten terapiaoihin. Aikuispsykiatriassa nämä suositukset kattavat keskeiset mielenterveyshäiriöryhmät: Ahdistuneisuushäiriöt, depressio ja kaksisuuntainen mielialahäiriö, neuropsykiatria, persoonallisuushäiriöt, vanhuspsykiatria, psykoosit, päihdeongelmat ja syömishäiriöt. Lasten- ja nuorisopsykiatriaan on laadittu ohjeistukset siitä, milloin kiireeton hoito kuuluu erikoisairaanhoidossa annettavaksi.

Mielenterveyteen ja päihteisiin liittyviä HALO-suosituksia¹⁷ on kaksi. Toinen on kognitiivisista verkkoterapioista aikuisilla masennuspotilaille 7.10.2011 annettu suositus, ja toinen käyttäytymis-terapeuttisista ryhmämenetelmistä nuorten aggressiivisen käyttäytymisen hallinnassa annettu suositus. Molempia menetelmiä voi suositusten mukaan käyttää harkiten¹⁸.

4.2. ULKOMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

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

4.3. TERVEYSONGELMAN JA PSYKOTERAPEUTTISEN HOIDON YLEISYYS

Tarkkoja tietoja terveysongelman yleisyydestä tarkasteluun otettujen diagnoosi- ja häiriöryhmien osalta ei ole saatavilla. FinTerveys 2017-tutkimuksen mukaan psykkinen kuormittuneisuus ja masennusoireet ovat lisääntyneet työikäisillä viime vuosina. Myös masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden yleistymisestä työikäisillä naisilla on viitteitä¹⁹. Vuosina 2012-2015 toteutetun Alueellinen terveys ja hyvinvointi - tutkimuksen mukaan naisista noin 12 prosenttia ja miehistä noin 8 prosenttia käytti kyseisenä ajanjaksona jotakin terveyspalvelua mielenterveysongelmien vuoksi. Väestökyselyjen mukaan vain osa mielenterveyshoitoa tarvitsevistä on hoidon piirissä.

¹⁷ HALO-ohjelmassa (Terveydenhuollon menetelmien hallittu käyttöönotto) oli sairaanhoitopiireillä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) HALO-neuvottelukunta, joka arvioi tutkimusnäyttöön perustuen uusia terveydenhuollon menetelmiä

¹⁸ Suomen Lääkärilehti 2016;71(17):1240-1241.

¹⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Naiset käyvät perusterveydenhuollossa mielenterveysongelman vuoksi enemmän kuin miehet ²⁰.

Nuoruusikäisten kohdalla korostuu psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen lisääntyvä tarve. Lähes joka kymmenes 13-17 -vuotias käytti vuonna 2017 psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella ²¹, jossa nuorisopsykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluita järjestetään sekä kunnan omana toimintana että sairaanhoitopiirin järjestämänä toimintana. Perustason mielenterveyspalveluita annetaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä terveyskeskuksissa. Puutteellinen resursointi perustasolle lisää erikoissairaanhoidon lähetteen määrää.

Päihdeongelmista tärkein on alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus, mutta huumeaineongelmiakin esiintyy yhä enemmän. Väestön alkoholin käyttö on lisääntynyt pitkällä aikavälillä, vaikkakin viimeisen 10 vuoden aikana suuntaus on ollut laskeva ²². Kokonaan raittiita työikäisiä oli 10 prosenttia miehistä ja 16 prosenttia naisista vuonna 2016 ²³. Vuonna 2016 hoidettiin terveydenhuollon vuodeosastolla alkoholi- tai huumesairausten vuoksi noin 27 000 henkilöä ²⁴. (Alkoholisairauksien hoitajaksot sairaaloiden vuodeosastoilla 1996–2016). Alkoholisairauksiin ja alkoholimyrkytyksiin kuolleista suurin osa oli työikäisiä. Henkirikoksiin ja pahoinpitelyrikkoksiin syylliseksi epäillyistä noin puolet oli vuonna 2013 alkoholin vaikutuksen alaisena. Päihteiden käyttöön liittyvän ongelman vuoksi terveyspalveluja käytti naisista vajaa prosentti ja miehistä noin kaksi prosenttia.

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

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

Kelan kuntoutuspalvelut on tarkoitettu niille, joilla työkyky on uhattuna: ne eivät ole akuuttivaiheen hoitoa. Kelan järjestämään mielenterveyskuntoutukseen osallistu-

²⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

²¹ Linjajohtaja Klaus Ranta, suullinen tiedonanto

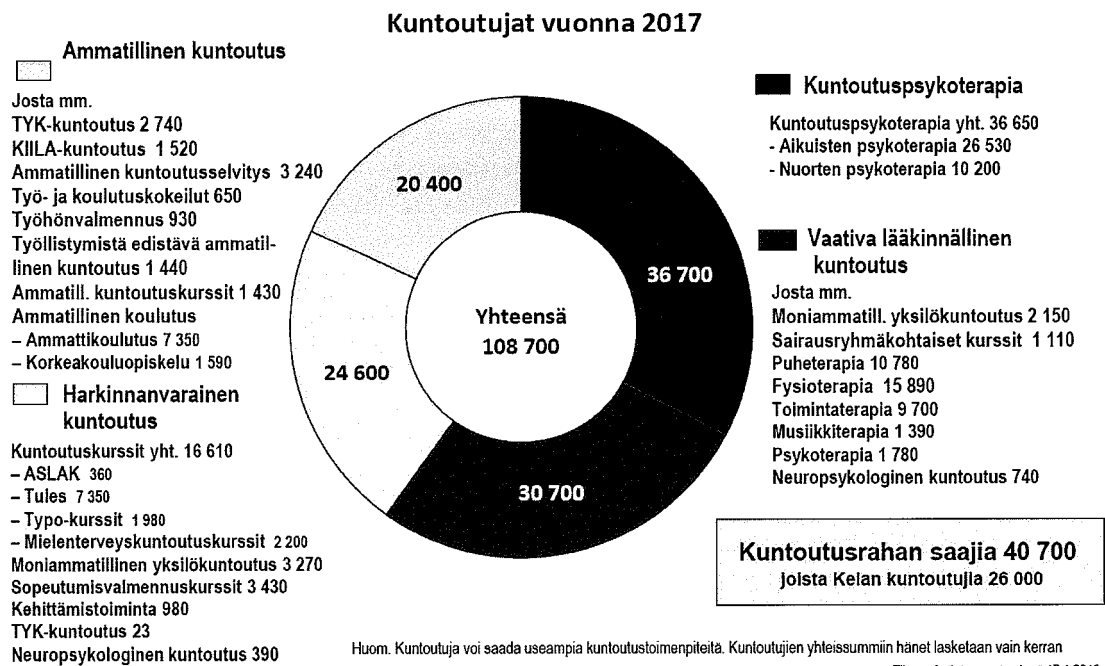
²² Päihdetilastollinen vuosikirja 2014

²³ Päihdetilastollinen vuosikirja 2017

²⁴ Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, kuvio 8, 9

vien määrä on kasvussa. Kelan rahoitustukea psykoterapiaan sai vuonna 2016 yli 31 000 henkilöä; määrä kaksinkertaistui vuodesta 2010²⁵. Kuntoutusta myönnettiin useimmin mielialahäiriöiden tai neuroosien (F30-F48) takia. Vuonna 2017 Kelan kuntoutusta sai 108 700 henkeä, joista kuntoutuspsykoterapiaan osallistui 36 650²⁶ ja vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena annettua psykoterapiaa sai 1780 henkilöä (kuva 1.). Kelan harkinnanvarainen psykoterapia muuttui lakisääteiseksi kuntoutuspsykoterapiaksi vuonna 2011, mikä selittää osaltaan sitä, että kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 2011 vuoteen 2017²⁷. Nuorten ja aikuisten kuntoutuspsykoterapiaratkaisujen hylkäysprosentit ovat pienentyneet viime vuosina. Vuonna 2015 hylättiin noin 7 prosenttia sekä aikuisten että nuorten kuntoutuspsykoterapiahakemuksista (liite 1.).

Kuva 1. Kuntoutujat vuonna 2017



KELAn kuntoutuspsykoterapian saajien suhteellisissa määrissä on jonkin verran vaihtelua maakunnittain. Kelan järjestämän kuntoutuspsykoterapian määrä ei kuvaa hoitavan tai kuntouttavan psykoterapian käyttöä alueella kokonaisuudessaan. Vaihtelu voi johtua monista eri syistä, kuten alueella työskentelevien terapeuttien määrästä tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottamasta hoidollisesta terapiasta ja muista palveluista, joten yksistään Kelan tilastojen pohjalta ei voi luoda käsitystä palvelujen tarpeesta tai saatavuudesta. Vuonna 2017 saajia (16-67-vuotiaasta väestöstä, mikä on se ikäryhmä, joka voi saada kuntoutuspsykoterapiaa) oli suhteellisesti eniten Pohjois-Karjalassa ja Pirkanmaalla (liite 2.). Vähiten terapiaa saaneita oli Ahvenanmaalla, Lapissa ja Kainuussa. Syynä tähän on nähty se, että Lapissa ja Kainuussa on huomattavasti vähemmän terapeutteja kuin eteläisemmän Suomen kasvukes-

²⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

²⁶ Kelan tilastokatsaus, 2/2018

²⁷ Kelan tilastokatsaus 2/2018

kuksissa. Myös pitkät matkat vaikuttavat osaltaan siihen, että kuntoutuspsykoterapiaan ei hakeuduta yhtä aktiivisesti kuin muualla Suomessa²⁸.

5. TERVEYSONGELMAN VAKAVUUS

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

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat 60-70 prosenttia nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitoista. Tyyppillisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöihin sairastutaan nuorempana kuin somaattisiin sairauksiin. Jos sairastuminen tapahtuu sellaisessa elämänvaiheessa, johon yleensä ajoittuu kouluttautuminen ja työelämään siirtyminen, voi sairastumisella olla seurauksia, jotka heijastuvat pitkälle myöhempään elämään, jos kouluttautuminen jää puutteelliseksi tai pääsy työelämään estyy. Riskinä on myös syrjäytyminen sosiaalisista suhteista. Ne ovat merkittävä lyhyt- ja pitkäkestoisen työkyvyttömyyden aiheuttaja ja yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä. Niiden takia päädytään työkyvyttömyyseläkkeelle selvästi nuorempana kuin monien somaattisten sairauksien takia, ja menetettyjen työvuosien määrä on suuri²⁹.

5.1. PSYKOSOSIAALISTEN MENETELMIEN VAIKUTTAVUUS

Tämä luku kuvaa systemaattisen katsauksen tuomia tuloksia terapioiden ja muiden psykososiaalisten hoitomenetelmien vaikuttavuudesta. Kunkin häiriökohtaisen alaluvun kohdalla kerrotaan ensin lyhyesti häiriöstä ja sen hoidosta Suomessa ja sen jälkeen hoitojen vaikuttavuutta koskevat tulokset. Yksityiskohtaisemmat tiedot vaikuttavuustuloksista ja viitteet ovat taulukoituna liitteessä³⁰. Viimeisenä esitetään Suomen ja muutamien muiden maiden hoitosuosituksen kannanottoja psykososiaalisten hoitojen käytöstä kyseisessä potilasryhmässä.

6. VAIKUTTAVUUDEN MITTAAMISESTA

Tieto valituista tutkimuksista uutettiin taulukoimalla diagnoosikohtaisesti käytetty psykososiaalinen interventio, vertailuinterventio, hoitotulos, tavoiteltu hoitotulos, näytön aste ja lähteet³¹. Hoitotuloksena raportoitiin katsauksen päälopputulospäätelmä ja sekä toimintakyky- tai elämänlaatumuuttuja silloin, kun sellainen oli ilmoitettu. Hoitotulos raportoitiin merkitsemällä plus, nolla tai miinus. Plus merkittiin, kun katsauksessa (tai alkuperäistutkimuksessa) oli tilastollisesti merkitsevä tulos terapian hyväksi. Merkitsevyyden raja (nollahypoteesin todennäköisyys) oli katsauksissa viisi

²⁸ Kelan tilastokatsaus 2/2018

²⁹ Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut

³⁰ Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen liite 7

³¹ Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen liite 7

prosenttia tai pienempi. Nolla merkittiin, kun katsauksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä kyseisen lopputulosmuuttujan suhteen. Miinus merkittiin, kun katsauksessa oli tilastollisesti merkitsevä tulos verrokin hyväksi.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatinut työryhmä käytti näytön asteen merkitsemisessä A-D koodistoa, joka on erilaisina muunnelmina käytössä muun muassa Käypä hoito -suosituksissa ja kansainvälisesti. A merkitsee vahvaa tutkimusnäyttöä eli sitä, että aiheesta on useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia. B merkitsee kohtalaista tutkimusnäyttöä (ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia), C niukkaa tutkimusnäyttöä (ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus) ja D sitä, että luotettavaa tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä ei ole. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatinut työryhmä käytti alkuperäisten katsausten kirjoittajien määrittelemää näytön astetta aina kun se oli mahdollista. Jos näytön aste oli ilmoitettu vastaavalla neliportaisella asteikolla, käytettiin sitä sellaisenaan. Jos lähde käytti jotain muuta näytön asteen arviointitapaa, työryhmä muunsi raportoidun näytönasteen A-D-koodiksi. Jos lähde ei ollut arvioinut näytön astetta, työryhmä teki sen GRADE-ohjeiden mukaisesti³².

6.1. MIELIALAHÄIRIÖIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

6.1.1. Masennus

Masennustilasta kärsii vuoden aikana noin viisi prosenttia suomalaisista. Noin 15 prosenttia on sairastanut depression 21 ikävuoteen mennessä. Masennusta sairastavista nuorista 40–80 prosentilla on myös jokin muu mielenterveyshäiriö, yleisimmin ahdistuneisuus-, käytös- tai päihdehäiriö. Masennuksen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: akuuttivaihe, jatkohoito (uusiutumisen ehkäisy) ja pitkäkestoisen ja toistuvan masennuksen ylläpitohoito. Hoito perustuu psykoterapioihin, lääkkeisiin ja niiden yhdistelmiin. Yleisimmin Suomessa käytetyt psykososiaaliset menetelmät ovat erilaiset kognitiivisen ja käyttäytymisterapeuttisen terapian muodot, psykodynaamiset terapiat sekä interpersoonalliset ja ratkaisukeskeiset terapiat. Yleisin toteutustapa on yksilöterapia. Ennen psykososiaalisten menetelmien pariin ohjaamista on tarkoituksemukaista arvioida, olisiko lyhytkestoinen terapia riittävä apu potilaalle vai tarvitaanko todennäköisesti pidempiaikaista terapiaa tai vielä kattavampaa hoitokokonaisuutta. Lasten ja nuorten kohdalla käytetään myös perheterapiaa, jolloin työskentely kohdistuu perheen ongelmallisiin vuorovaikutussuhteisiin tai -tapoihin³³.

Katsauksen tulokset³⁴: Systemaattisten katsausten perusteella voidaan yleisesti todeta, että psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät vähentävät masennusoireita ja parantavat aikuisten masennuspotilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä enemmän kuin hoidon odotus, tavanomainen hoito tai lumelääke³⁵. Tämä näyttää pätevän myös silloin, kun tarkastellaan erikseen vain masennuksen akuutti- tai ylläpitovaiheen hoitoa, ryhmämuotoista hoitoa tai hoitoa perusterveydenhuollossa. Edellä mainittujen kohdalla näyttö on vahvaa tai kohtalaista. Vain hyvin varhaisen, masen-

³² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

³³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

³⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

³⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

nustilaa ehkäisevän psykoterapeuttisen hoidon ja toisaalta kroonisen masennuksen hoidon vaikuttavuuden kohdalla näyttö on heikkoa.

Raskauden aikaisen tai synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa psykososiaaliset menetelmät näyttävät lievittävän masennusoireita enemmän kuin tavanomainen hoito³⁶. Psykososiaaliset menetelmät auttavat myös somaattisen sairauden vuoksi masentuneita: kohtalaista näyttöä löytyy dementiaan ja eturauhassyöpään liittyvän masennuksen hoidosta³⁷. Todettakoon, että masennuksen hoidosta eri henkilöryhmissä tai eri sairauksissa ei tehty erillistä hakua, joten on mahdollista, että tiedot näiltä osin ovat puutteellisia.

Psykoterapioiden ja lääkehoitojen keskinäisestä paremmuudesta voidaan todeta, että kun tarkastellaan kaikkia psykososiaalisten menetelmien muotoja koskevia tutkimuksia yhdessä, psykososiaalisten menetelmien ja lääkehoidon yhdistelmä on tehokkaampi kuin pelkkä lääkehoito³⁸. Eri psykososiaalisten menetelmien ja lääkehoitojen keskinäisestä paremmuudesta voidaan sanoa seuraavaa: kognitiivinen käyttäytymisterapia lyhytterapiana on tehokkaampaa kuin lääkehoito lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa. Ratkaisukeskeinen terapia sekä pari- tai perheterapia näyttävät olevan tehokkaampia kuin pelkkä lääkehoito masennusoireiden lievittäjänä. Sama pätee kroonisessa masennuksessa käytettävään CBASP-yhdistelmäterapiaan, yksin tai yhdistettynä lääkehoitoon. Tietoista läsnäoloa kehittävän mindfulness-terapian vaikuttavuus masennuksessa on tutkimusten mukaan samanveroinen kuin lääkehoidon.

Tässä perustelumuistiossa ei ole haettu vastausta eri psykososiaalisten menetelmien keskinäisestä paremmuudesta. Seuraavissa kappaleissa kerrotaan kuitenkin tutkimustuloksia eri psykoterapioiden vaikuttavuudesta aikuisten masennuksen hoidossa, kun vertailuhoitona on hoidon odotus tai tavanomainen hoito. Yksittäisistä psykoterapioista vahvinta on näyttö kognitiivisen käyttäytymisterapian ja käyttäytymisaktiivisuuden (behavioral activation, uuden polven kognitiivisbehavioraalisia terapioita, kuvaus liitteessä 2.³⁹) sekä lieväoireisessa masennuksessa ratkaisukeskeisen terapian suotuisista vaikutuksista masennusoireisiin verrattuna hoitoa odottaviin tai tavanomaista hoitoa saaviin masennuspotilaisiin⁴⁰.

Kohtalaista näyttöä löytyy seuraavista terapiamuodoista aikuisten masennuspotilaiden hoidossa: mindfulness, psykoedukaatio ja itseapuoppaat, kognitiivinen käyttäytymisterapia verkkoterapia, supportiivinen terapia, pitkä psykodynaaminen terapia, hyväksymis- ja omistautumisterapia sekä positiivisen psykologian mukaiset interventiot. On saatu viitteitä siitä, että alkoholiongelmallisille suunnatuilla verkkointerventioilla voidaan tavoittaa tiettyjä asiakasryhmiä paremmin kuin perinteisillä menetelmillä⁴¹.

Kun tarkastellaan ainoastaan lapsilla ja nuorilla tehtyjä tutkimuksia, näyttää siltä, että psykososiaaliset menetelmät ovat samanveroisia tai parempia kuin pelkkä lääkehoito tai lääkehoidon ja terapian yhdistelmä. Lääkityksen lisäksi psykososiaalisen menetelmän rinnalle ei näytä tuovan lisähyötyä nuorille masennuspotilaille ja vastaa-

³⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

³⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

³⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

³⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 2

⁴⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7

⁴¹ Postel ym. 2005, Lieberman & Huang, 2008

vasti, kognitiivisen käyttäytymisterapian lisääminen lääkityksen rinnalle saattaa tehostaa nuorten masennuksen hoitoa⁴².

Kun tarkastellaan erikseen eri terapiamuotoja nuorten masennuksen hoidossa, voidaan todeta, että vahvinta näyttöä on kognitiivisen käyttäytymisterapian ja interpersoonallisen terapian vaikuttavuudesta. Yksilö- ja ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudessa ei liene eroa⁴³. Interpersoonallisesta psykoterapiasta on kehitetty nuorille 3-4 kuukauden kestoisen ryhmähoito, jonka aikana terapeutti tapaa myös vanhempia. Tätä hoitoa koskevat tutkimushavainnot ovat lupaavia, vaikkakin lyhytaikaisia⁴⁴.

Pari- tai perheterapian ja hoitoresistentin depression kohdalla ratkaisukeskeisen terapian vaikuttavuudesta on kohtalalaista näyttöä nuorten masennuspotilaiden hoidossa. Ratkaisukeskeistä terapiaa voidaan käyttää ahdistus- ja mielialahäiriöiden sekä riippuvuuksien hoitoon, joko yksilöterapiana tai pari-, perhe- tai ryhmäterapiana. Lisäksi Suomessa on kehitetty ratkaisukeskeinen lasten ja nuorten ongelmien ratkaisemiseen tarkoitettu menetelmä, joka tunnetaan nimellä Muksuoppi⁴⁵.

Perheterapiaa koskevia tutkimuksia nuorten depression hoidossa on melko vähän, mutta moni psykososiaalinen hoito sisältää myös vanhempien tapaamisia. Vanhempien osallistumisesta näyttää tutkimusten valossa olevan ainakin jonkin verran hyötyä nuorten erityyppisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa⁴⁶. Eri terapioita vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että perheterapia on nuorten depressioiden hoidossa yhtä vaikuttavaa kuin supportiivinen tai psykodynaaminen psykoterapia, mutta toisaalta sen vaikuttavuus on huonompi kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian⁴⁷. Nuoria masennuspotilaita hoidetaan Suomessa yleisesti psykodynaamisella psykoterapialla, jota pidetään lupaavana hoitona, vaikka näyttöä satunnaistetuista hoitokokeista ei vielä olekaan.

Masennuksen hoitotutkimuksissa seuranta-aika on tyypillisesti noin kuusi kuukautta, mutta jos tarkastellaan erikseen tutkimuksia, joissa seuranta-aika on yli yhden vuoden, tulokset ovat heikompia. Näin todetaan meta-analyysissa, jossa verrattiin erilaisten näyttöön perustuvien psykoterapioiden hoitotuloksia verrattuna tavanomaiseen hoitoon masennus- ja ahdistuspotilailta 12–18 kuukauden kohdalla⁴⁸. Uusimmissa nuorten masennuksen hoitotutkimuksissa on sisällytetty 6–9 kuukauden kestoisen jatko- ja estohoitovaihe, jonka on havaittu parantavan hoitotulosta⁴⁹. Depression Käypä hoito -suosituksen mukaan nuorten depressioiden jatko- ja estohoitoa voidaan toteuttaa lääkehoidon lisäksi harvajaksoisin kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisin seurantatapaamisin, vaikka näyttö aiheesta on vielä hyvin heikkoa⁵⁰.

Varsin moni terapia todetaan tutkimuksessa paremmaksi kuin hoidon odottaminen, eikä tällaisen tuloksen saavuttaminen vielä kerro paljoa terapian vaikuttavuudesta. Jos

⁴² Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen liite 7

⁴³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁴⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁴⁵ Furman B. Muksuoppi-Ratkaisun avaimet lasten ongelmiin.

⁴⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁴⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁴⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁴⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁵⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

terapia todetaan tehokkaammaksi kuin tavanomainen hoito, se kertoo vaikuttavuudesta jo enemmän, vaikka emme tarkkaan tietäisi mitä tavanomainen hoito sisältää. Tutkijat ovat todenneet, että ainakin lasten ja nuorten depression hoidossa tutkimustiedon perusteella vaikuttavaksi todetut psykososiaaliset menetelmät ovat vain hieman vaikuttavampia kuin niin sanottu tavanomainen hoito⁵¹. Nuorten tavanomainen psykiatrinen hoito voi siis olla yllättävän vaikuttava hoito. Psykososiaaliset hoidot näyttävät tehoavan myös nuorten depression ehkäisyssä, ainakin lapsilla ja nuorilla. Riskiryhmiin kohdennettuna perinteiset ja uudemman polven kognitiiviset käyttäytymisterapiat ja interpersoonalliset terapiat näyttivät tutkimuksissa ehkäisevät kliinisen depression puhkeamista⁵².

Taulukko 2. Hoitosuosituksia masennuksen psykososiaalisesta hoidosta

Maa (lähde)	Suosituksen sanomaa
Suomi (Masennus Käypä hoito – suositus 2016)	Masennustilojen akuuttihoitossa keskeisimpiä hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja psykoterapiat. Nämä hoidot ovat yhtä tehokkaita lievissä ja keskivaikeissa depressioissa, joissa niitä voidaan käyttää vaihtoehtoisina tai yhtäaikaisesti. Mitä vaikeampi masennustila on, sitä tärkeämpiä ovat depressiolääkehoidon rooli ja psykoterapian yhdistäminen lääkehoitoon. Perusterveydenhuollossa voidaan toteuttaa lyhyitä psykoterapeuttisia hoitoja lääkehoidon rinnalla tai ainoana hoitona.
Ruotsi (SBU 2015 ja SBU 2013a)	Kognitiivista käyttäytymisterapiaa verkkoterapiana suositellaan lieväoireiseen masennukseen Ratkaisukeskeinen terapia voi auttaa yli 65-vuotiaita.
Britannia (NICE 2016)	Lieväoireinen masennushäiriö: Tarjoa kognitiivis-behavioraalista itseapumateriaalia ja/tai verkko- tai puhelinterapiaa 2-3 kuukauden ajan. Harkitse ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Vaikeahoitoinen lieväoireinen tai kohtalaisin oirein ilmenevä masennushäiriö: Tarjoa kognitiivista käyttäytymisterapiaa, interpersoonallista terapiaa, käyttäytymisaktivoitua (kuvaus liitteessä 2) tai behavioraalista pariterapiaa. Jos edelliset eivät sovellu, tarjoa lyhyttä psykodynaamista terapiaa. Krooninen ja uusiutuva masennus: Jos ei lääkitystä, niin tarjoa kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai mindfulness-terapiaa.
Belgia (Karyotaki 2014)	Akuutti ja ylläpitovaihe lievässä ja keskivaikeassa masennushäiriössä: Psykoterapia yksin tai yhdistettynä lääkehoitoon on ensisijainen hoito. Pelkkää lääkehoitoa tulisi välttää.
Australia ja Uusi-Seelanti (Malhi 2015)	Akuutti masennushäiriö: Menetelminä kognitiivinen käyttäytymisterapia, interpersoonallinen terapia, ratkaisukeskeinen terapia, käyttäytymisaktivointi (kuvaus liitteessä 2), lyhyt psykodynaaminen terapia. <ul style="list-style-type: none"> Lievässä-keskivaikeassa masennuksessa psykoterapia on ensisijainen. Keskivaikeassa-vaikeassa masennuksessa psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on ensisijainen hoito. <p>Ylläpitohoito: Kognitiivinen käyttäytymisterapia tai mindfulness-terapia niille, joilla on toistuvia masennusjaksoja.</p> <p>Krooninen masennus: Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmä on ensisijainen</p>

⁵¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁵² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

6.1.2. Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyshäiriö, jossa esiintyy masennus-, mania- tai hypomania- ja sekamuotoisia sairausjaksoja sekä vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita. Kyseessä on useimmiten krooninen, uusiutuva sairaus. Hoidossa keskeisintä on ehkäistä jaksosten uusiutumista mielialaa tasaavilla lääkkeillä ja psykoosilääkkeillä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito voi olla yksilö-, ryhmä- tai perhehoitoa. Hoidon tavoitteena on tukea potilasta, parantaa lääkehoitoon sitoutumista, helpottaa mielialajaksojen varhaisoireiden tunnistamista ja lievittää potilaan ja hänen omaistensa vaikeuksia sopeutua sairauteen. Psykososiaalisesta hoidosta lienee eniten hyötyä sairauden alkuvaiheessa⁵³.

Katsauksen tulokset: Psykoedukaation lisääminen lääkehoidon rinnalle vähentää kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivän potilaan oireita enemmän kuin pelkkä lääkehoito⁵⁴. Ryhmäpsykoterapia näyttää toimivan paremmin kuin tavanomainen hoito. Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja kognitiivisesta kuntoutuksesta saattaa olla apua oireiden vähenemisessä. Psykologisen perheintervention lisääminen lääkityksen rinnalle ei tuonut tutkimuksissa tilastollisesti merkitsevää lisähyötyä potilaille.

Taulukko 3. Hoitosuosituksia kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalisesta hoidosta

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

6.2. AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖIDEN PSYKO-SOSIAALINEN HOITO

6.2.1. Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöihin (anxiety disorders) kuuluvat pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt kuten julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko sekä määritetyt yksittäiset pelot, yleistynyt ahdistuneisuus, paniikkihäiriö ja pakko-oireinen häiriö. Jopa yhdellä kymmenestä perusterveydenhuollon asiakkaasta on yleistynyttä ahdistusta, mutta sen tunnistuksessa ja diagnosoinnissa on usein puutteita⁵⁵. Ahdistuneisuushäiriöihin (anxiety disorders) kuuluvat pelko-oreiset ahdistuneisuushäiriöt kuten julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko sekä määritetyt yksittäiset pelot, yleistynyt ahdistuneisuus, paniikkihäiriö ja pakko-oreinen häiriö. Jopa yhdellä kymmenestä perusterveydenhuollon asiakkaasta on yleistynyttä ahdistusta, mutta sen tunnistuksessa ja diagnosoinnissa on usein puutteita⁵⁵. Ahdistuneisuushäiriöihin (anxiety disorders) kuuluvat pelko-oreiset ahdistuneisuushäiriöt kuten julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko sekä määritetyt yksittäiset pelot, yleistynyt ahdistuneisuus, paniikkihäiriö ja pakko-oreinen häiriö. Jopa yhdellä kymmenestä perusterveydenhuollon asiakkaasta on yleistynyttä ahdistusta, mutta sen tunnistuksessa ja diagnosoinnissa on usein puutteita⁵⁵.

⁵³ Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö.

⁵⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

⁵⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

suushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä: erityisesti sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö ja paniikkihäiriö yleistyvät nuoruusiän aikana⁵⁶. Ahdistuneisuushäiriöiden hoito perustuu psykoterapioihin sekä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjälääkkeisiin. Psykoterapioina käytetään erilaisia kognitiivisia ja käyttäytymisterapioita ja pelkoihin asteittaista totuttamista. Terapioissa oleellista on tiedon lisääminen oireista ja välttämiskäytöksen estäminen⁵⁷. Ahdistuneisuuden hoidosta on tekeillä Käypä hoito suositus⁵⁸.

Katsauksen tulokset: Psykoterapiaa (riippumatta suuntauksesta) saaneilla ahdistuneisuushäiriöiden oireet helpottavat enemmän kuin niillä, jotka odottavat hoitoa. Tämä pätee ainakin lapsilla ja nuorilla, mutta todennäköisesti myös aikuisilla⁵⁹. Tilanne on sama, kun tarkastellaan erikseen sosiaalisten tilanteiden pelon ja pakko-oireisen häiriön hoitoa. On arvioitu, että 60–80 prosenttia ahdistuneisuushäiriöpotilaista hyötyy ensi linjan psykoterapeuttisesta ja tarvittaessa lääkehoidosta⁶⁰. Osa potilaista ei kuitenkaan saa apua hoidoista, eikä hoitojen yhdistely tuota välttämättä parempaa tulosta⁶¹.

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

Kognitiivinen käyttäytymisterapia, sekä yksilö- että ryhmäterapiana, on tutkimusten mukaan vaikuttavaa hoitoa sekä aikuisten että nuorten ahdistuneisuushäiriöihin verrattuna hoidon odotukseen tai lumelääkkeeseen⁶². Näyttö vaikuttavuudesta on kohtalaista, kun tarkastellaan erikseen sosiaalisten tilanteiden pelon ja pakko-oireisen häiriön hoitoa tai internetin kautta toteutettua hoitoa. Heikointa näyttö on paniikkihäiriön hoidossa. Myös uuden polven kognitiiviset käyttäytymisterapiat (hyväksymis- ja omistautumisterapia ja mindfulness) näyttävät sekä aikuisilla että lapsilla ja nuorilla lievittävän ahdistuneisuushäiriöiden oireita enemmän kuin hoidon odotus, tavanomainen hoito tai lumelääke. Perhekontekstissa toteutettava kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa olla hyödyllistä, mutta tutkimuksia nuorista tarvitaan lisää. Kliinisessä käytössä voi olla käytössä myös muita vaikuttavia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista toistaiseksi puuttuu kontrolloitu tutkimusnäyttö⁶³.

Erilaiset kognitiiviset käyttäytymisterapiat saattavat auttaa paniikkihäiriössä ja pakko-oireisessa häiriössä enemmän kuin hoidon odottelu tai tavanomainen hoito⁶⁴. Sama pätee supportiiviseen terapiaan paniikkihäiriöpotilailla. Suomessa laajalti ahdistuneisuushäiriöihin sovellettu psykodynaaminen psykoterapia lienee myös vaikutta-

⁵⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁵⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁵⁸ M. Henriksson, suullinen tiedonanto

⁵⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

⁶⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁶¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁶² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

⁶³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁶⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

vaa ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa. Kohtuullista näyttöä on myös meditaation ja huomioharjoittelun⁶⁵ vaikuttavuudesta⁶⁶.

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

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

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

Taulukko 4. Hoitosuosituksia ahdistuneisuushäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta

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

⁶⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 2

⁶⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

6.2.2. Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäisiä stressireaktioita ja -häiriöitä esiintyy kaikenikäisillä, pelottavia tai traumaattisia asioita kokeneilla ihmisillä. Akuuttien tilanteiden hoidolla pyritään ehkäisemään pitkittynyttä ahdistuneisuusoireilua. Lieviä ja 12 kuukautta kestäneitä häiriöitä voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa psykiatristen konsultaatioiden tuella. Akuuteissa ja lievissä tapauksissa hoidoksi riittää turvallinen hoitokontakti. Leikkiä käytetään paljon lasten psykoterapiassa ja traumaterapiassa⁶⁷. Vaikeat stressihäiriöt sen sijaan kuuluvat psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Hoito toteutetaan yleensä avohoitona⁶⁸.

Katsauksen tulokset: Psykoterapiat vähentävät vähintään kaksi kuukautta kestäneen traumaperäisen stressihäiriön oireita ja ovat ilmeisesti myös parantava hoito⁶⁹. Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle näyttää lievittävän traumaperäisen stressihäiriön oireita enemmän kuin pelkkä lääkehoito.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on hoidoista eniten tutkittu: sen osalta näyttö vaikuttavuudesta on kohtalaista oireiden vähenemisen ja nuorilla myös paranemisen suhteen. Vahvinta näyttö kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta oireiden ja käytösongelmien vähenemiseen on lapsilla, joita on käytetty seksuaalisesti hyväksi. Ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa olla tehokasta, mutta näyttö on heikkoa. Terapioiden traumakeskeisyyttä usein korostetaan, mutta tutkimusten perusteella ei pystytty tekemään selvää eroa traumakeskeisen ja ei-traumakeskeisen terapian vaikuttavuuden välillä. Psykoedukaatio, virtuaaliodellisuusterapia (virtuaaliodellisuusterapialla on koitettu hoitaa mm. sosiaalisen jännittämisen ongelmaa. On kenties tulevaisuuden uusia hoitomenetelmiä) ja erityisesti maahanmuuttajaperheiden lapsille ja nuorille suunnattu narratiivinen altistusterapia saattavat myös olla tehokkaita oireiden lievittäjiä, mutta niitä koskeva näyttö on heikkoa. Silmänliiketerapiaa koskeva näyttö on ristiriitaista: se saattaa kuitenkin olla lääkehoidon veroinen traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Eri terapioiden vertailussa ei ole löydetty merkittäviä keskinäisiä tehoeroja⁷⁰.

⁶⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁶⁸ Käypä hoito -suositus 2014; Traumaperäinen stressihäiriö

⁶⁹ Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen liite 7

⁷⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Taulukko 5. Hoitosuosituksia traumaperäisen stressihäiriön psykososiaalisesta hoidosta

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

6.2.3. Itsetuhoisten potilaiden psykososiaalinen hoito

Itsetuhoisuus voidaan nähdä jatkumona kuolemanajatuksista ja itsen vahingoittamisesta itsemurhayrityksiin ja itsemurhiin. Nuorilla itsetuhoisuuteen liittyy usein kiinteästi epävakaa oireilua. Itseään vahingoittavilla nuorilla, on huomattavasti suurentunut itsemurhayrityksen vaara. Merkittävästä laskusta huolimatta itsemurhakuolleisuus on Suomessa edelleen suurta verrattuna muihin maihin ja itsemurha on nuorten yleisimpiä kuolinsyitä. Itsemurhien merkittävimmät riskitekijät liittyvät mielen-terveyshäiriöihin, aikaisempaan itsetuhoisuuteen ja kriittisiin elämäntapahtumiin⁷¹. Masennustilat, kaksisuuntainen mielialahäiriö, päihdeongelmat ja käytöshäiriöt ovat nuorten itsetuhoisuuden riskitekijöitä. Myös epävakaa persoonallisuus ja käyttäytymisen ja tunteiden säätelyn häiriöt altistavat nuorta itsetuhoisuudelle⁷². Itsemurhien ehkäisyssä keskeistä on yksilöllisten riskitekijöiden tunnistaminen ja mielen-terveyshäiriöiden hoito, mutta itsetuhoisuuden kohtaamiseen ja itsemurhaa yrittäneen hoitamiseen on kehitetty omia erityisiä psykologisia ja psykososiaalisia menetelmiä.

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

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

⁷¹ Psykiatria. Lönnqvist ym. 2017

⁷² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

taas tavanomaista hoitoa saaneilla nuorilla näin kävi 33 prosentille. Ero on suhteellisen pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä⁷³.

Dialektisen käyttäytymisterapian todettiin vähentävän itsetuhoisuutta eniten niillä nuorilla, joilla saatiin merkittävää lievitystä myös masennukseen, toivottomuuteen ja itsemurha-ajatuksiin⁷⁴. Näytön niukkuudesta huolimatta perheterapeuttisten elementtien yhdistäminen itsetuhoisten nuorten psykoterapiaan katsotaan yleensä tarpeelliseksi. Itsetuhoisten nuorten epävakaisten oireiden lievittämisessä apua voi olla kognitiivisanalyttisestä ja mentalisaatioon perustuvasta terapiasta, itsetuhoisten nuorten vanhemmille suunnatulla kasvatusneuvonnalla saadaan väkivaltaisia kasvatustapoja ja lasten häiriökäyttäytymistä vähennettyä. Psykodynaamisen ja supportiivisen psykoterapian tehosta tavanomaiseen hoitoon tai hoidon odotukseen verrattuna ei ole vertailevaa tutkimustietoa itsetuhoisten potilaiden hoidossa.

Mielenterveyshäiriöiden hoitamisen ohella, aikuisilla itsetuhoisilla potilailla mentalisaatioterapia näyttää vähentävän itsensä vahingoittamista enemmän kuin tavanomainen hoito⁷⁵. Lupaaavia tuloksia on saatu myös kognitiivisen käyttäytymisterapian, dialektisen käyttäytymisterapian ja ryhmämuotoisen tunteiden säätelyterapian tuloksellisuudesta, mutta näyttö näiden osalta on niukkaa. Pelkkä palveluohjaus ei näytä olevan riittävä interventio. Etäkontaktien puhelimitse, kirjeitse tai mobiililaitteilla toteutetuilla psykoterapioilla, supportiolla tai hoitoon sitouttamisella ei ole tutkimuksissa saatu vähennettyä itsen vahingoittamista tai itsemurhia itsetuhoisilla aikuispotilailla⁷⁶.

6.3. SKITSOFRENIAN JA MUIDEN PSYKOOTTISTEN HÄIRIÖIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Psykoottisuus on oire, jossa todellisuudentaju pettää jollain aisti- tai ajatustoiminnon alueella. Taustalla voi olla psykiatrinen tai somaattinen sairaus, lääkitys tai vieroitusoireet. Skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus. Muita psykoosisairauksia ovat muun muassa harhaluuloisuushäiriö, mania, psykoottinen masennus, delirium ja lyhytkestoinen psykoottinen häiriö. Psykoosisairauksien elinikäinen esiintyvyys väestössä on parin prosentin luokkaa ja niihin sairastutaan tyypillisesti 15–30 -vuotiaana. Nuorilla esiintyy usein 14–18 vuoden iässä lisääntyneeseen psykoosiriskiin viittaavia oireita. Suuren psykoosiriskin potilaista noin 40 prosenttia sairastui psykoosiin pohjoissuomalaisessa vuoden 1986 syntymäkohortissa⁷⁷. Riskioireiden tunnistaminen on tärkeää, koska hoito voi ehkäistä tai viivästyttää varsinaisen psykoosin puhkeamista⁷⁸. Varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla katsotaan myös voitavan parantaa psykoosisairauden ennustetta. Jo 1980-luvulla todettiin, että skitsofrenian hoidossa saadaan hyviä tuloksia yhdistämällä lääkehoitoon käyttäytymisterapeuttisia perheterapiamenetelmiä ja sosiaalisten taitojen harjoittelua. Mitä nuoremasta potilaasta ja hankalammista oireista on kyse, sitä tärkeämpää on yhteistyö vanhempien ja verkoston kanssa. Riskioireiden hoidossa ei suositella rutiininomaista lääkityksen aloittamista. Terapian päämääränä on psykoottisten oireiden lievittäminen, nuoruuden

⁷³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁷⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁷⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

⁷⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁷⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁷⁸ Käypä hoito -suositus 2015: Skitsofrenia

kehityksen, itsenäistymisen ja koulutuksen tukeminen sekä hoitoon sitoutumisen parantaminen.⁷⁹

Katsauksen tulokset: Psykoosiriskissä olevien nuorten kohdalla kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian mahdollisuuksista psykoosien ehkäisemisessä on heikkoa näyttöä: tutkimuksissa, joissa terapiaa on verrattu hoidon odottamiseen tai supportiiviseen terapiaan ei ole saatu tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille⁸⁰. Tutkijat ovat tuoneet esille sen, että psykoosiriskissä oleville potilaille tulisi tarjota pitempiä kuin kuuden kuukauden hoitajaksoja, jotta tulokset paransivat⁸¹. Tutkimusnäytön valossa psykoedukaatio on keskeisessä asemassa sekä psykoottisten häiriöiden että riskioireilun hoidossa. Kliinisessä käytössä saattaa olla käytössä myös muita vaikuttavia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista toistaiseksi puuttuu kontrolloitu tutkimusnäyttö. Psykoottisista häiriöistä kärsivät nuoret saattavat hyötyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiivis-analyttiseen psykoterapiaan pohjaavista hoitomuodoista sekä kognitiivisesta kuntoutuksesta, mutta näyttö on heikkoa⁸². Tutkimusnäyttö nuorten psykoosipotilaiden tietokoneavusteisesta kognitiivisesta kuntoutuksesta on lisääntymässä⁸³.

Skitsofrenian kohdalla psykologiset interventiot näyttävät olevan vaikuttavaa hoitoa ainakin negatiivisten oireiden ja sosiaalisen toimintakyvyn suhteen⁸⁴. Psykoedukatiivisen perheintervention ja kognitiivinen kuntoutuksen osalta näyttö vaikuttavuudesta on vahvinta skitsofreniapotilaiden kognitiivisen toimintakyvyn ja lääkemyöntyvyyden parantamisessa sekä uusiutumisten ja sairaalajaksojen vähentämisessä. Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää niin ikään vähentävän skitsofreniapotilaiden positiivisia ja negatiivisia oireita sekä kohentavan heidän toimintakykyään. Näyttö psykodynaamisen terapian vaikuttavuudesta oli riittämätöntä johtopäätösten tekoon. Skitsofreniapotilaat, joilla on samanaikainen päihdehäiriö näyttävät tutkimusten mukaan hyötävän psykoterapioista vähemmän, mutta perheenjäsenten psykoedukaatiota ja motivoivaa neuvontaa sisältävä kognitiivinen integroitu terapia saattaa heilläkin kohentaa toimintakykyä ja vähentää sairaalajaksoja. Harhaluuloisuushäiriön osalta näyttö kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on niin niukkaa, ettei sen vaikuttavuudesta ei voi sanoa varmuudella mitään⁸⁵.

⁷⁹ Käypä hoito -suositus 2015: Skitsofrenia

⁸⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

⁸¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁸² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

⁸³ Käypä hoito -suositus 2015: Skitsofrenia

⁸⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

⁸⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

Taulukko 6. Hoitosuosituksia skitsofrenian psykososiaalisesta hoidosta

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

6.4. LÄÄKE- JA PÄIHDERIIPPUVUUKSIEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Päihdeongelman hoidossa yleisin psykososiaalinen hoito on "tavallinen hoitosuhde" eli hoitava ja tukea antava vuorovaikutus. Myös motivoiva haastattelu on keskeinen menetelmä. Riippuvuusongelmia hoidetaan Suomessa ratkaisukeskeisen tai kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä, jotka painottavat itsehallintaa, käyttäytymisen seurausten hallintaa ja sosiaalisten taitojen harjoittelua. Yksilöterapian sijasta tai rinnalle voidaan ottaa perhe- ja verkostoterapioita (muun muassa yhteisö- vahvistusohjelmaa) sekä palveluohjausta, jossa työntekijä huolehtii, että potilas saa tarvitsemansa palvelut. Myös vertaistukiryhmiä (AA- ja NA -toiminta) sekä toiminnallisia terapioita, kuten taide- ja musiikkiterapioita käytetään⁸⁶. Päihdeongelmaisille tai päihdeettömille entisille päihdekäyttäjille nykyjärjestelmässä ei tarjota kovinkaan helposti psykoterapiaa, vaikka se olisi tehokasta ja vaikka heillä olisi mielenterveyshäiriö, johon psykoterapia olisi tehokas hoito.

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

⁸⁶ Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelman hoido

Katsauksen tulokset: Alkoholin, opioidien ja metamfetamiinin aiheuttamien päihdehäiriöiden hoidossa psykoterapioiden vaikuttavuus näyttää tutkimusten valossa vankalta⁸⁷. Kognitiivinen käyttäytymisterapia auttaa pääsemään eroon metamfetamiinista ja tupakasta sekä näyttää olevan tehokas myös alkoholin, kannabiksen ja opioidien käytön vähentämisessä. Sen sijaan bentsodiatsepiini- ja amfetamiiniriippuvuuk-sien hoidossa kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus on osoittamatta. Palkkiohoitoa on ulkomaisissa tutkimuksissa käytetty menestyksellä opioidien ja metamfetamiinin vieroituksessa ja käytön vähentämisessä. On hyvä kuitenkin huomioida Suomen erilainen sosiaalihuoltojärjestelmä verrattuna muihin maihin, millä on vaikutusta palkkiohoidon tuloksiin. Motivoiva haastattelu näyttää olevan tehokas päihtei-den käytön vähentämisessä yleisesti ja myös nuorilla: parhaat tulokset on tutkimuk-sissa saatu metamfetamiinin ja alkoholin ongelmakäyttäjillä. Alkoholin käyttöä voita-neen tehokkaasti vähentää myös ohjatun itsehoidon avulla. Erilaisilla verkkointerven-tioilla saatiin pieni mutta tilastollisesti merkitsevä suotuisa tulos huumeiden ja erityi-sesti opioidien käytön, muttei stimulanttien käytön vähentämiseen. Peliriippuvuuksien hoidossa motivoiva haastattelu, verkon kautta toteutettu kognitiivinen käyttäytymiste-rapia tai monia terapiamuotoja yhdistelevä terapia saattavat vähentää pelaamistiheyttä ja helpottaa oireilua enemmän kuin tavanomainen hoito, mutta näyttö on heikkoa⁸⁸.

6.4.1. Tupakka ja nikotiini

Tupakkariippuvuus on krooninen, vakava sairaus, jonka aiheuttama kuolleisuus ja sairastavuus ovat suuria⁸⁹. Tupakointi on merkittävä syöpä-, hengitys- ja verenkiertoelimestön sairauksien ja niistä johtuvien kuolemien aiheuttaja. Suomessa tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain 4 000–6 000 henkeä. Vuonna 2017 20–84-vuotiaista miehistä 13 prosenttia ja naisista 10 prosenttia tupakoi päivittäin. Mies-ten tupakointi on 1980-luvun lopulta vähentynyt. Naisten tupakointi on niin ikään vähentynyt, mutta näyttää pysyneen samalla tasolla 2000-luvun puolivälistä⁹⁰. Tupa-koinnin haluaisi lopettaa kuusi kymmenestä tupakoijasta, ja neljä kymmenestä on yrittänyt lopettamista viimeisen vuoden aikana. Nuuskaa käyttää ainakin satunnaisesti kymmenen prosenttia pojista ja nuorista miehistä. Vieroitus voi onnistua, kun lopetta-jaa rohkaistaan ja tuetaan ja hänelle annetaan käytännön ohjeita tupakoinnille altista-vien tilanteiden tunnistamiseen. Käypä hoito -suosituksessa listataan tupakasta vieroit-uksen keinoja erikseen eri sairausryhmille.

Katsauksen tulokset: Psykososiaaliset interventiot ovat vaikuttavia tupakoinnista vieroituksessa⁹¹. Tukea ja ohjausta tarjoava keskustelu on tutkimusten mukaan vas-taanotolla tehokkaampaa kuin puhelimitse tarjottuna. Ryhmäohjauksella on tutkimuk-sissa päästy parempiin tuloksiin kuin yksilöneuvonnalla tai oppailla. Erilaiset käyttäy-tymisterapiat, myös puhelimitse annetut, ovat vaikuttavia tupakoinnista vieroitukses-sa, mutta palkkiohoito sen sijaan ei⁹².

⁸⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7

⁸⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7

⁸⁹ Käypä hoito -suositus, 2012: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus

⁹⁰ Terveystieteiden tutkimuskeskus; Aikuisväestön tupakointi. 2017

⁹¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7

⁹² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

6.4.2. Alkoholi

Alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen välillä on selvä yhteys: haitat lisääntyvät suorassa suhteessa käyttömäärään. Alkoholi on myös merkittävä työikäisten kuolemien aiheuttaja. Terveydenhuollon naispotilaista noin 10 prosenttia ja miespotilaista lähes 20 prosenttia on alkoholin ongelmakäyttäjiä. Miesten humalahakuinen juominen oli yleisintä 45–54 -vuotiaiden ikäryhmässä. Nuorten alkoholin käyttö ja humalajuominen ovat tutkimusten mukaan vähentyneet ja raittiiden nuorten osuus on kasvanut 2000-luvulla. Yleisin psykososiaalinen hoito on "tavallinen hoitosuhde" eli hoitava ja tukea antava vuorovaikutus.

Katsauksen tulokset: Lyhytneuvonta (puheeksiotto, riskien tunnistus ja motivointi, yleensä 1–5 käyntiä) vähentää alkoholin kokonaiskulutusta perusterveydenhuollon potilailla (erityisesti miehillä), joilla ei ole vaikeaa riippuvuutta, sekä riskiryhmiin ja ongelmakäyttäjiiin kohdennettuna nuorilla (11–30 vuotiailla). Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää olevan vaikuttava keino alkoholin käytön vähentämiseen⁹³. Verkkoterapioiden tuloksellisuutta arvioivissa tutkimuksissa oli suurin piirtein saman verran negatiivisia ja positiivisia tuloksia: positiivinen vaikutus alkoholin käyttömäärään oli usein suhteellisen pieni ja näytti kestävän vain muutamia kuukausia. Eri terapioiden välillä ei havaittu tehoeroja, ainakaan vuonna 2008 tehdyn katsauksen mukaan⁹⁴.

Motivoiva haastattelu, myös verkkomuotoisena⁹⁵ ja kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttävät olevan vaikuttavia keinoja alkoholin käytön vähentämiseen⁹⁶. Motivoiva haastattelu, on ilmeisesti vähintään yhtä hyvä kuin muutkin lyhytterapiat, myös sairaalahoitoon joutuneilla nuorilla. Motivoiva haastattelu mainitaan keskeiseksi menetelmäksi ja erilaisia muita terapioiden ja ryhmäinterventioita luetellaan myös Käypä hoito-suosituksessa⁹⁷.

Kohdentamattomat alkoholin käytön ehkäisyohjelmat sekä toiminnalliset ja yhteisöohjelmat, kuten AA-toiminta ja 12-askeleen ohjelma, olivat tämän katsauksen ulkopuolella, joten tietoa niiden vaikuttavuudesta ei kerätty.

6.4.3. Lääkkeiden väärinkäyttö

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

⁹³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus liite 7

⁹⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁹⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

⁹⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

⁹⁷ Käypä hoito -suositus 2015: Alkoholiongelmaisen hoito

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

Katsauksen tulokset: Kirjallisuuskatsauksessa ei eroteltu tutkimuksista lääkkeenä käytettyjä opioideja ja laittomia opioidihuumeita, joten niiden tulokset esitetään yhdistettynä tässä kohdassa. Bentsodiatsepiinien käytön vähentämiseen tähtäävistä psykososiaalisista interventioista löytyi varsin vähän tietoa⁹⁹. Kognitiivinen käyttäytymisterapia ei näytä tutkimusten mukaan auttavan bentsodiatsepiinien käytön vähentämisessä. Motivoivan haastattelun tulokset eivät näyttäneet lupaavilta, mutta näytön puutteellisuuden vuoksi mitään varmaa ei siitä voida sanoa. Opioidien käytön vähentämisessä tulokset olivat lupaavampia. Psykososiaaliset menetelmät, erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu ja palkkiohoito näyttävät olevan tehokkaita hoitoja¹⁰⁰. Erilaiset verkkointerventiot näyttävät myös toimivan opioidiriippuvaisilla. Motivoivalla haastattelulla voidaan ilmeisesti vähentää opioidiriippuvaisen alkoholinkäyttöä.

6.4.4. Huumausaineet

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

Kannabis

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

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää olevan tehokas hoito kannabisiippuvaisuuden hoidossa. Motivoiva haastattelu saattaa olla tehokas kannabiksen käytön vähentämisessä, mutta tulokset ovat ristiriitaisia¹⁰². Nuorilla toisen asteen oppilaitoksissa toteutetut motivoivat haastattelut ja muut lyhyet interventiot sekä perheinterventiot näyttävät harventavan kannabiksen käyttömäärää, vaikkei vaikutusta saatu päihitteettömyyteen tai riippuvuuden asteeseen. Yksittäisiä uudempia satunnaistetuissa tutkimuksissa päihitteiden riskikäyttöön taipuvaisilla nuorilla motivoivaan haastatteluun on lisätty vertaistuki ja näissä tutkimukset tulokset ovat olleet hyviä, ne vähensivät käyttökertoja ja tilanteita, joissa nuori joutui tilanteeseen jossa

⁹⁸ Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelman hoito, Käypä hoito -suositus 2015: Alkoholiongelman hoito

⁹⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹⁰⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹⁰¹ Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelman hoito

¹⁰² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

huumeita tarjottiin¹⁰³. Palkkiohoito ei näytä auttavan kannabisiippuvaisten hoidossa¹⁰⁴.

Stimulantit: amfetamiini, sen johdokset, kokaiini ja ekstaasi

Amfetamiini on buprenorfiinin ohella Suomen yleisin pistoshuume. Sen johdos metamfetamiini vaikuttaa keskushermostoon vielä voimakkaammin ja aiheuttaa herkästi riippuvuutta. Sitä käytetään suun kautta, nenän kautta nuuskaamalla, suonensisäisesti tai polttamalla. Kokaiinia käytetään suonensisäisesti, nuuskaamalla tai suun kautta ja sen crack-johdosta poltetaan savukkeina tai vesipiipussa. Stimulantteihin luetaan myös yleensä tabletteina kaupiteltava ekstaasi sekä erilaiset muuntohuumeet. Tutkimuksia stimulanttiriippuvaisten psykososiaalisista hoitomuodoista on tehty pääosin Yhdysvalloissa ja ne koskevat lähinnä kokaiini- ja metamfetamiiniriippuvuuden hoitoa. Hoitotuloksia voidaan ehkä soveltaa myös amfetamiiniriippuvuuden hoidossa¹⁰⁵.

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva haastattelu ovat vaikuttavia hoitoja metamfetamiinivieroituksessa, ainakin vastaanotolla toteutettuna¹⁰⁶. Verkkomuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia tai verkko-interventiot yleensä eivät näytä olevan vaikuttavia hoitoja stimulanttiriippuvaisten hoidossa¹⁰⁷. Motivoiva haastattelu voi myös auttaa vähentämään stimulanttiriippuvaisen alkoholin käyttöä¹⁰⁸. Palkkiohoito auttaa vähentämään metamfetamiinin ja ilmeisesti myös amfetamiinin käyttöä. Sen sijaan kokaiiniriippuvaisilla palkkiohoito ei ehkä anna parempia tuloksia kuin tavanomainen hoito. Muuntohuumeriippuvuuden psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuudesta ei löytynyt tutkittua tietoa.

Hallusinogeenit

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

Katsauksen tulokset: Psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuudesta ei löytynyt tutkittua tietoa.

Sekakäyttö

Sekakäyttö on eri psykoaktiivisten aineiden (alkoholi, lääkkeet, laittomat huumeet) yhtäaikaista päihdekäyttöä. Sekakäyttö on yleistynyt: jopa 14 prosenttia 25–34 -vuotiaista miespuolisista alkoholin ongelmakäyttäjistä on käyttänyt laittomia huumeita¹¹⁰.

¹⁰³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁰⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹⁰⁵ Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelman hoito

¹⁰⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹⁰⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹⁰⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹⁰⁹ Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelman hoito

¹¹⁰ Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelman hoito

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

Taulukko 7. Hoitosuosituksia päihderiippuvuuksien psykososiaalisesta hoidosta

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

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

¹¹¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

6.5. PERSONALLISUUS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat lapsuudessa, nuoruudessa tai viimeistään nuorella aikuisiällä. Niiden esiintyvyys väestössä on noin kuusi prosenttia ja ne ovat tavallisimpia nuorella aikuisiässä. Persoonallisuushäiriöt jaetaan kolmeen pääryhmään: 1) Epäluuloiselle (paranoidinen), eristäytyvälle (skitsoidinen) tai psykoosiin liittyvälle (skitsotyyppinen) persoonallisuushäiriölle on ominaista käytöksen erikoisuus tai outous, 2) epäsosiaaliselle (antisosiaalinen), epävakalle ("rajatila", "borderline"), huomiohakukselle tai narsistiselle persoonallisuushäiriölle on ominaista käytöksen dramaattisuus, emotionaalisuus tai epävakaus ja 3) estyneelle, riippuvaiselle tai pakko-oireiselle persoonallisuushäiriölle on tyypillistä ahdistuneisuus ja pelokkuus. Usein henkilöllä ilmenee samanaikaisesti usean eri persoonallisuushäiriön piirteitä. Psykoterapiassa käytetään sekä psykoanalyttistä että erilaisia kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisia lähestymistapoja¹¹².

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä henkilöillä on puutteellinen kyky tunnistaa ja arvioida kielteisiä ajatuksia ja tunteita. Erilainen itseä vahingoittava käyttäytyminen on tavallista, minkä vuoksi kriisien hallinta on keskeistä hoidon suunnittelussa. Nuorilla esiintyy epävakaista piirteitä ilman varsinaista persoonallisuushäiriötä. Epävakaasta persoonallisuus tai sen piirteet ovat usein yhteydessä itsetuhoisuuteen ja noin 10 prosenttia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä päätyy itsemurhaan. Potilaiden hoidossa käytetään Suomessa psykoterapeuttisia menetelmiä yhdessä lääkehoidon kanssa. Psykoterapioina käytetään muun muassa dialektista käyttäytymisterapiaa, muita kognitiivis-behavioraalisia psykoterapioita, skeemakeskeistä psykoterapiaa, mentalisaatioterapiaa, psykoedukaatiota ja transferenssikeskeistä psykoterapiaa. Myös erilaisia ryhmäterapioita ja koulutusohjelmia on käytössä¹¹³.

Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö alkaa yleensä lapsuudessa tai nuoruudessa ja jatkuu läpi aikuisiän. Länsimaaisissa vankiloissa sitä todetaan lähes puolella miesvangeista ja viidesosalla naisvangeista. Rikollisuus sinänsä ei ole sairaus, mutta sen taustalla toisinaan oleva persoonallisuushäiriö on ainakin oireyhtymä¹¹⁴. Käytökselle on ominaista väkivaltaisuus, häikäilemättömyys ja taipumus toistuviin lainrikkomuksiin.

Katsauksen tulokset: Psykoterapia on vaikuttavaa hoitoa persoonallisuushäiriöissä yleisesti¹¹⁵. Sama tulos saadaan, kun tarkastellaan pelkästään psykodynaamisia ja kognitiivis-behavioraalisia lyhytterapioita.

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa tutkimustulokset puhuvat vahvimmin dialektisen käyttäytymisterapian vaikuttavuuden puolesta¹¹⁶. Se lievittää oireita, kohentaa vihansäätelyä ja vähentää itsensä vahingoittamista enemmän kuin tavanomainen hoito. Psykodynaamiset terapiat ja erityisesti transferenssikeskeinen terapia näyttävät tepsivän tavanomaista ja muuta hoitoa paremmin. Sama pätee uuden polven kognitiivis-behavioraalisiin terapioihin, skeematerapiaan, mentalisaatioterapiaan sekä STEPP-hoito-ohjelmaan (Systems Training for Emotional Predictability and Problem

¹¹² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹¹³ Käypä hoito -suositus 2015: Epävakaasta persoonallisuudesta

¹¹⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹¹⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹¹⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

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

Epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä henkilöillä palkkiohoito näyttää tutkimusten mukaan parantavan sosiaalista toimintakykyä¹¹⁷. Kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistäminen tavanomaiseen hoitoon saattaa parantaa hoitotulosta. Psykoedukaation vaikuttavuudesta ei ole lupaavia tuloksia, mutta näyttö on riittämätöntä luotettavan arvion tekemiseen.

Taulukko 8. Hoitosuosituksia persoonallisuushäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta

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

6.6. SOMATOFORMISTEN HÄIRIÖIDEN, SYÖMISHÄIRIÖIDEN JA TOIMINNALLISEN UNETTOMUUDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

6.6.1. Somatoformiset häiriöt

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

¹¹⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

jöitä, ja oireen ilmenemistä tai pahentumista edeltää erilaisia psyykkisiä ristiriitoja, stressitekijöitä tai traumaattiseen tunnemuistoon liittyviä tapahtumia¹¹⁸.

Toiminnallisia oireyhtymiä, joissa oireilulle ei löydy elimellistä syytä, mutta joiden kohdalla ei ole kyse varsinaisesta psykiatrisesta häiriöstä, ei käsitellä tässä raportissa. Toiminnallisille oireyhtymille on ominaista diagnostiikan ongelmallisuus. Niiden taustalla katsotaan olevan jonkunlainen immuunijärjestelmän, neuroendokriinisen järjestelmän ja autonomisen hermoston vuorovaikutuksen häiriö, jossa pitkäkestoisella stressillä näyttää olevan tärkeä välittävä rooli¹¹⁹

Katsauksen tulokset: Psykoterapeuttinen hoito näyttää vähentävän lääketieteellisesti selittämättömiä fyysisiä oireita enemmän kuin tavanomainen hoito¹²⁰. Dysmorfiisesta ruumiinkuvan häiriöstä kärsivien kohdalla näyttö vaikuttavuudesta on heikompaa. Pelkkä psykoedukaatio vaikuttaa olevan tehoton hoitomuoto hypokondriasta kärsivillä.

6.6.2. Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat ajallemme ominaisia mielenterveyshäiriöitä erityisesti murrosikäisillä tytöillä ja nuorilla naisilla. Niihin kuuluvat mm. laihuushäiriö (anorexia nervosa) ja ahmimishäiriö (bulimia nervosa). Ahmintahäiriö (englanniksi binge eating disorder) on yleisin syömishäiriö. Se muistuttaa bulimiam, mutta siinä ei esiinny oksennuksia tai uloste- ja nesteenoistolaäkkeiden käyttöä. Erilaiset terapeuttiset ja psykososiaaliset lähestymistavat ovat syömishäiriöiden hoidossa keskeisiä. Asian puheeksi ottaminen voi joskus riittää ja lievät häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin aikana. Yleisimmin käytössä olevat terapiamenetelmät ovat perhepohjaiset hoidot, kognitiivinen käyttäytymisterapia, dialektinen käyttäytymisterapia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia¹²¹.

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää olevan tavanomaista hoitoa tehokkaampi syömishäiriöpotilaiden elämänlaadun kannalta¹²². Kun tarkastellaan erikseen pelkästään anoreksiapotilaita, kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta ei ole voitu osoittaa. Perhepohjainen hoito (FBT) on ilmeisesti 12–18-vuotiaille laihuushäiriötä sairastaville nuorille 12 kuukauden seurannassa tehokkaampaa kuin yksilökeskeinen terapia (AFT)¹²³, (Näytönaste B). Kognitiivinen kuntoutus (cognitive remediation) ja tietoinen läsnäolo (mindfulness) saattavat olla tehokkaampia kuin tavanomainen hoito, mutta näyttö on niukkaa¹²⁴. Kognitiivisen käyttäytymisterapian, psykodynaamisen ja interpersoonalisen terapian osalta tulokset olivat heikkoja. Ne eivät näytä olevan tavanomaista hoitoa parempia ja voivat jopa heikentää potilaan toimintakykyä.

Ahmintahäiriön kohdalla kognitiivinen käyttäytymisterapia ja muutkin psykoterapiat näyttävät toimivan paremmin¹²⁵. Ne lievittävät bulimia- oireita tehokkaammin

¹¹⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹¹⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹²⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹²¹ Käypä hoito -suositus 2014: Syömishäiriöt

¹²² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹²³ Lock J, ym.

¹²⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹²⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

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

Ahmimintahäiriön hoidossa kognitiivinen käyttäytymisterapia näyttää niin ikään toimivan yksilöterapiana, muttei ryhmäterapiana¹²⁶. Ryhmämuotoisesta dialektisesta käyttäytymisterapiasta sen sijaan saattaa olla hyötyä ahmimintahäiriön hoidossa. Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle ei näytä tuovan lisäarvoa lihavah ahmimishäiriön hoitoon.

Taulukko 9. Hoitosuosituksia syömishäiriöiden psykososiaalisesta hoidosta

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

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

6.6.3. Unettomuus

Kroonisesta unettomuudesta kärsii 200 000–300 000 suomalaista. Jatkuva unenpuute aiheuttaa väsymystä ja lisää nukahtelutaipumusta. Univaje huonontaa vaativimpia aivotointoja: päätöksenteko vaikeutuu, ennakoitukyky huononee, onnettomuusriski kasvaa, muistitoiminnot heikkenevät ja muisti huononee. Lisäksi univaje vaikuttaa haitallisesti vastustuskykyyn, ja ikääntymiseen liittyvien sairauksien vaara kasvaa. Unettomuuden Käypä hoito-suosituksen mukaan unettomuuden hoitoon kuuluu omahoito, ympäristötekijöiden huomiointi, kognitiivisen käyttäytymisterapian ja muiden lääkkeettömien menetelmien soveltaminen sekä lääkehoito. Psykoterapiasta puhutaan pitkäkestoisen unettomuuden yhteydessä¹²⁷

¹²⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹²⁷ Käypä hoito –suositus: Unettomuus

Katsauksen tulokset: Kognitiivinen käyttäytymisterapia lievittää unettomuutta ja parantaa unen laatua ja saattaa lievittää myös masennusoireita¹²⁸. Vastaanotolla tehtävät, vähintään neljän tunnin kestoiset hoidot toimivat paremmin kuin lyhyemmät terapiat tai itseapuaineisto. Vaikutus on samanveroinen kaikenikäisillä ja riippumatta siitä käyttääkö potilas unilääkkeitä¹²⁹. Verkkoterapiana toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia vähentää unettomuuden aiheuttamia masennusoireita.

6.7. LAPSUUS- TAI NUORUUSIÄSSÄ ALKAVIEN KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN-, TARKKA-AVAISUUS- JA HYPERKINEETTISTEN HÄIRIÖIDEN (ADHD) SEKÄ SOSIAALISEN VUOROVAIKUTUKSEN HÄIRIÖIDEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO

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

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

Lasten käytöshäiriöiden hoidossa keskeistä on puuttua häiriön riskitekijöihin ja ylläpitäviin tekijöihin. Vanhemmille annettu tuki ja vanhempien omien mielenterveyshäiriöiden hoito ovat oleellinen osa hoitoa, samoin kuin perheen, päivähoiton ja koulun olosuhteisiin vaikuttaminen. Nuorten psykoterapiassa vanhempien/huoltajien ja perheen tuen/hoidon tarve on selvitetävä. Psykoterapian ja muiden psykososiaalisten kuntoutusmuotojen tukena voidaan soveltaa moniammatillista, erityyppisiä koulutuksia saaneiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista. Hoidon alkuvaiheessa selvitetään perheiden kokonaisvaltaisen tuen ja perhekeskeisesti järjestetyn psykoterapian tarve. Muita keskeisiä hoitokeinoja ovat lapsen tai nuoreen ja

¹²⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7

¹²⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

hänen ympäristöönsä kohdistuvat tukitoimet, psykososiaaliset hoitomenetelmät sekä vaikeissa tapauksissa myös lääkehoito. Osa käytöshäiriöisistä lapsista hyötyy toimintaterapiasta, fysioterapiasta ja puheterapiasta osana käytöshäiriön kokonaiskuntoutusta. Suomessa on psykoterapioista käytössä kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen ja -analyttinen yksilöpsykoterapia, perheterapia ja neuropsykologinen kuntoutus¹³⁰

Katsauksen tulokset: Vanhempiin tai sekä vanhempiin että lapsen kohdistetut psykososiaaliset kuntoutusmenetelmät ovat tehokkainta lasten käytöshäiriöiden hoitoa. Käytöshäiriöiset nuoret ja heidän perheensä keskeyttävät hoidon usein ennenaikaisesti, ja siksi on tärkeää pyrkiä saamaan koko perhe aitoon yhteistyöhön¹³¹. Esimerkiksi ryhmämuotoisten vanhemmuutta edistävien behavioraalisten ja kognitiivis-behavioraalisten terapioiden osalta näyttö on vahvaa. Pelkästään lapsen kohdistuvien interventioiden vaikuttavuus näyttää tutkimusten valossa vähäisemmältä (taulukko 36). Useita terapeutisia lähestymistapoja yhdisteleviä perheterapeuttisia interventioita käytetään erityisesti käytöshäiriön vaikeiden muotojen hoidossa. Tällaiset multisysteemiset perheterapiat ja perhekotihoidot näyttävät olevan tutkimusten perusteella vertailuinterventioita tehokkaampia vähentämään rikollisen käyttäytymisen, koulupinnaamisen ja raskaudenkeskeytysten määrää, mutta tuloksissa on ristiriitaa ja vaikutuksen suuruus on jäänyt useasti suhteellisen pieneksi. Esimerkiksi Ruotsissa multisysteeminen perheterapia ei odotuksista huolimatta osoittautunut tavanomaisia sosiaalitoimen interventioita tehokkaammaksi menetelmäksi käytöshäiriöisten nuorten hoidossa¹³². Hoitomalli näyttää toimivan parhaiten alle 15-vuotiailla nuorilla ja etenkin perhekotimalli näyttää toimivan vain hyvin vaikeasti häiriintyneillä nuorilla. Multidimensionaalisen perheterapian hoitomallia on pilotoitu myös useassa Suomen kaupungeista¹³³.

Kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat, sekä yksilö- että ryhmämuotoisina, ovat käytöskelpoisia käytöshäiriöisten nuorten hoidossa. Tutkijoiden mukaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvat interventiot olisivat tehokkaimpia lievä- ja keskivaikea-asteisellä nuorilla ja hieman iäkkäämmillä nuorilla. Lasten ryhmäterapia on pääosin leikkiä ja toimintaa ja siihen liitetään toisinaan heidän vanhempiensa muodostamat ryhmät. Se sopii lapsille, joilla on häiriöitä toverisuhteissaan¹³⁴. Nuorten ryhmäterapia voi olla toiminnallista (liikuntaa, seikkailua, elämyksiä) tai keskustelua. Käytöshäiriöisten nuorten ryhmämuotoista hoitoa toteutetaan Suomessa ART (aggression replacement training) -ohjelman avulla.

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

¹³⁰ Käypä hoito –suositus 2015: ADHD.

¹³¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹³² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹³³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹³⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Erilaiset käyttäytymisterapiat tehoavat lasten oireiluun ja vanhemmuustaitoihin ADHD:n ja käytöshäiriöiden hoidossa¹³⁵. Ryhmä- ja verkkomuotoisina terapioiden kohdalla näyttö on vahvinta. Vanhempiin tai sijaisvanhempiin kohdistetut käyttäytymisterapiat tai videopalaute edistävät lapsen turvallista kiinnittymistä ja parantavat herkkyyttä ja reagoitakykyä. Lääkehoidon ja käyttäytymisterapian yhdistelmä on teholtaan samanveroinen kuin pelkkä lääkehoito. Psykoedukaatio saattaa tutkimusten mukaan lievittää ADHD:n ydinoireita, mutta toimintakykyyn sillä ei näytä olevan vaikutusta. Biopalautehoidolla on saatu lupaavia tuloksia, mutta näyttö on vielä heikkoa.

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

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

6.8. LÄÄKITYKSEN YHDISTÄMINEN PSYKOSOSIAALISEEN HOITOON

Kaikissa mielenterveyshäiriöissä on yleistä, että psykososiaalisten menetelmien käytön rinnalla annetaan muutakin hoitoa, kuten lääkehoitoa. Lääkityksen käyttö on ensisijaista muun muassa skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Depression ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa lääkityksen merkitys korostuu vaikeaoireisissa tautimuodoissa. Monet tutkimukset tarkastelivat, kuinka psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle vaikuttaa hoitotulokseen (psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmähoito versus pelkkä lääkehoito) ja tulokset olivat suotuisia masennuksen, traumaperäisen stressihäiriön, pakko-oireisen häiriön ja opioidiriippuvuuden hoidossa. Esimerkiksi depressiossa yhtenä tausta-ajatuksena on psykologisen työskentelyn mahdollistuminen ja sen vaikutusten pysyvyyden paraneminen lääkityksen tuella¹³⁶. Ahmimishäiriössä psykoterapian lisääminen lääkityksen rinnalle ei kuitenkaan näyttänyt tuovan tulosta. Sen sijaan lääkityksen lisäämisestä psykoterapian rinnalle (psykoterapia versus psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmähoito) löytyi tutkittua tietoa vain vähän. Lääkityksen lisäämisellä ei näyttänyt olevan tehoa nuorten ma-

¹³⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, liite 7.

¹³⁶ Käypä Hoito 2014: Depressio

sennuksen hoidossa. ” Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta, mutta hoitotulosta voidaan parantaa lääkityksellä merkittävästi (keskimäärin 15–25 prosenttia). Eri lääkkeistä tai niiden yhteiskäytöstä ei toistaiseksi kuitenkaan ole riittävästi vertailevien tutkimusten tuloksia¹³⁷. Huumausaineriippuvuuksien hoidossa psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin ongelmien hoidossa on niukkaa. Lääkityksellä voidaan usein vain helpottaa oireita, mutta opioidiriippuvuuden korvaushoito on osoitettu tehokkaaksi¹³⁸.

6.9. TERAPIOIDEN ERILAISET TOTEUTUSTAVAT

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

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

Verkkovälitteiset terapiat olivat vaikuttavia masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa, sekä paniikkihäiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon, peliriippuvuuden ja ADHD:n hoidossa. Alkoholiriippuvuuden hoidossa internet-pohjainen interventio saattaa olla tehokkaampi kuin pelkän valistusaineiston antaminen¹³⁹. Amfetamiiniriippuvaisten hoidossa internetin kautta annettu kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva ohjaus ei vähentänyt amfetamiinin käyttöä.

Mobiilisovellukset tekevät tuloaan myös mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoihin. Ainakin kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä¹⁴⁰ tai ahdistuneisuudesta¹⁴¹ kärsiville potilaille suunnatut mobiilisovellukset, ”appsit”, ovat vielä tarkoitukseen sopimattomia. Terveystieteiden ammattilaiset eivät yleensä ole osallistuneet niiden kehittämiseen eivätkä niiden sisällöt vastaa näyttöön perustuvaa lääketiedettä. Tuoreessa narratiivisessa katsauksessa todetaan internet-välitteisten ja mobiili-interventioiden, muun muassa pelien, lisätyn todellisuuden ja virtuaalitodellisuuden olevan lupaavia masennuksen hoitokeinojen täydentäjiä¹⁴².

Lasten ja nuorten kehitysvaiheen ottaminen huomioon kuuluu tavanomaisena osana palvelutarpeen arviointiin ja hoidon ja kuntoutuksen toteutukseen. Tässä suosituksessa ei ole tarkoitus antaa ohjeita kehityksellisen näkökulman yksityiskohtaisesta soveltamisesta, koska sen katsotaan kuuluvan alaikäisiä hoitavien perusosaamiseen. Näin myös soveltuvien menetelmien valinnan osalta.

¹³⁷ Käypä hoito –suositus: Alkoholiongelmaisen hoito

¹³⁸ Käypä hoito –suositus: Huumeongelmaisen hoito

¹³⁹ Käypä hoito –suositus: Alkoholiongelmaisen hoito

¹⁴⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁴¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁴² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

7. PSYKOSOSIAALISTEN MENETELMIEN TURVALLISUUS

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyissä, pääosin satunnaistettuihin hoitotutkimuksiin perustuvissa systemaattisissa katsauksissa haittoja raportoitiin vain satunnaisesti ja ne liittyivät ainoastaan terapian keskeyttämiseen. Keskeyttämisen syitä ei analysoitu tai ne olivat hoitoon liittymättömiä. Psykoterapioiden haitoista ei ole kovinkaan paljon kirjallisuutta tai tutkittua tietoa¹⁴³. Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian psykoterapiaa koskevassa konsensuslausumassa vuonna 2006 lausuttiin, että psykoterapeutin taitamattomasta toiminnasta voi aiheutua myös haittaa. Psykososiaalisten menetelmien käyttöön liittyvät ongelmat voidaan karkeasti jakaa selkeisiin väärinkäytöksiin ja virheisiin sekä terapiatyön luonteeseen kuuluviin, sen aikana väistämättä esiin nouseviin eettisiin ja hienovaraisiin ongelmiin. Psykososiaalisten menetelmien haitat ovat Suomessa nousseet tutkimuskohteeksi ja osaksi psykoterapiakoulutusta 1990-luvulla.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan haittaa voi aiheuttaa väärän psykososiaalisen menetelmän valinta, terapeutin ylimitoitettut lupaukset hoidon tehosta, terapeutin työtavat, terapeutin ja potilaan eriävät tavoitteet sekä terapiassa syntyvät valemuistot¹⁴⁴. Tiheät terapiakäynnit voivat aiheuttaa haitallista sairausleimaa erityisesti nuorilla potilailta¹⁴⁵. Suomalaisessa itsemurhapotilaiden hoitotaustaa selvittäneessä tutkimuksessa todettiin, että psykoterapiaa saaneista itsemurhan tehneistä potilaista vain neljäsosalla oli ollut asianmukainen lääkehoito¹⁴⁶. Samassa tutkimuksessa todettiin yksityissektorin terapeuttien ja julkisen sektorin hoitoammattilaisten välillä puutteita tiedon kulus- ja ristiriitaisuuksia hoitotavoitteissa sekä erilaisiin hoitokeinoihin suhtautumisessa.

8. PSYKOSOSIAALISTEN MENETELMIEN KUSTANNUKSET JA BUDJETTIVAIKUTUKSET

Mielenterveys- ja päihdeongelmien aiheuttamat kustannukset ovat kaiken kaikkiaan suuret ja aiheutuvat paitsi suorista sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kustannuksista, myös välillisistä tuottavuuden menetyksen, työkyvyttömyyden ja työttömyyden kautta tulevista kustannuksista sekä aineettomista, sairastuneen ja hänen omaistensa kärsimyksen kautta tulevista kustannuksista. Mielenterveyshäiriöt alkavat tyypillisesti nuorena, jolloin ne vaikuttavat henkilön koulutukseen, työllistymiseen ja sosiaaliseen verkostoon. Suomessa joka neljäs sairauslomapäivä liittyy mielenterveyshäiriöihin. Mielenterveysongelmat ovat yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä¹⁴⁷.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot vuonna 2011 olivat noin 750 miljoonaa euroa ja perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyshoidon menot olivat noin

¹⁴³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁴⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁴⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁴⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁴⁷ Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.

153 miljoonaa euroa. Mielenterveyshäiriöiden suorat hoitokustannukset ovat vähäisiä verrattuna muiden sairauksien hoitokustannuksiin. Sen sijaan kaikkien sairauksien aiheuttamista epäsuorista kustannuksista mielenterveyshäiriöiden osuus on suurin. Päihdehuollon menot kuntien kustantamissa palveluissa olivat vuonna 2015 noin 210 miljoonaa euroa¹⁴⁸. Lisäksi päihdesairaudet aiheuttavat paljon epäsuoria kustannuksia.

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

- Kelan sekä aikuisille että nuorille korvaamasta kuntoutuspsyko-terapi-oi-asta
- Kelan korvaamasta vaativasta lääkin- nällisestä kuntoutuksesta
- sairaanhoitopiirien itse tuottamista palveluista
- sairaanhoitopiirien ostopalveluina hankkimista palveluista
- kuntien itse tuottamista palveluista
- kuntien ostopalveluina hankkimista palveluista
- työterveyshuollon kustantamista palveluista
- vakuutusyhtiöiden korvaamista palveluista

Psyko-terapi-oi-oiden yhteenlasketut kustannukset olivat vuonna 2017 vähintään 100 miljoonaa euroa. Perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja vakuutusyhtiöiden korvaamien psyko-terapi-oi-oiden määrästä ja kustannuksista ei ollut tietoa, joten osuudet ovat maininnanomaisesti mukana. (taulukko 11)

Taulukko 11. Psyko-terapi-oi-oiden ja muiden psykososiaalisten hoitomenetelmien kustannukset maksajittain v. 2017

Kela, kuntoutuspsyko-terapi-oi-aa, aikuiset	48 445 000
Kela, kuntoutuspsyko-terapi-oi-aa, nuoret	18 996 000
Kela, vaativa lääkin- nällinen kuntoutus / psyko-terapi-oi-aa, arvio 17880 saajaa * 2000 €	7 400 000
Erikoissairaanhoito, aikuiset	18 000 000
Erikoissairaanhoito, nuoret	3 300 000
Perusterveydenhuolto, kustannustieto puuttuu	?
Työterveyshuolto, kustannustieto puuttuu	?
Vakuutusyhtiöt, kustannustieto puuttuu	?

Kelan kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat vuonna 2017 kaikkiaan 337 miljoonaa euroa. Kuntoutuspsyko-terapi-oi-an osuus oli 67 miljoonaa euroa¹⁴⁹. Lisäksi psyko-terapi-oi-aa korvataan vaativana kuntoutuksena, ja lääkärin antamasta psyko-terapi-oi-asta

¹⁴⁸ Päihdetilastollinen vuosikirja 2017

¹⁴⁹ Kelan tilastokatsaus 2/2018:

voi saada SV-korvausta. Osa Kelan kuntoutujista saa kuntoutusrahaa, mutta sen edellytykset eivät yksilöpsykoterapiassa yleensä täyty¹⁵⁰. Myös matkoja voidaan tietyin edellytyksin korvata.

Taulukko 12. Kelan kuntoutuspsykoterapian saajat ja kustannukset 2016–2017¹⁵¹

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

* jotkut henkilöt on tilastoitu sekä nuorten että aikuisten psykoterapian saajiin

Budjettivaikutusten kokonaisuuteen vaikuttaa niin moni tekijä sekä kuluja vähentävästi että lisäävästi, että tässä yhteydessä ei voida esittää tarkkoja rahasummia. Psykoterapioiden toteuttamisesta aiheutuu noin 100 miljoonan euron vuosittaiset kustannukset, mutta toisaalta kun potilas saa vaikuttavaa hoitoa, vältetään todennäköisesti muita hoito- ja kuntoutusmuotoja ja niiden kustannuksia. Parantuneen terveyden kautta syntyy säästöjä myös silloin, kun välillisiä kustannuksia jää syntymättä. On huomattava, että hoitamattomien mielenterveysongelmien kustannukset yhteiskunnalle ovat merkittävät. Esimerkiksi huumausaineiden käytön, jolla on usein yhteyksiä mielenterveysongelmiin, välittömiksi kustannuksiksi arvioitiin Suomessa vuonna 2008 yhteensä jopa 300 miljoonaa ja välillisiksi kustannuksiksi miljardi euroa¹⁵².

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

Suuntaa-antavaa tutkimustietoa on jonkin verran yleisimpien lasten ja nuorten mielenterveysinterventioiden kustannuksista. Englannissa on arvioitu lapsiin ja nuoriin kohdistettujen mielenterveysinterventioiden kustannushyötyjä yleisimmissä lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöissä (taulukko 13). Tutkimusnäyttöön perustuvien interventioiden rahallisesti mitattavat hyödyt liittyvät pääasiassa myöhempisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun julkisen sektorin kustannuksiin sekä parempaan koulutustasoon ja tuottavuuteen työelämässä. Jos interventioista seuraaville aineettomille hyödyille eli terveyden, hyvinvoinnin ja elämänlaadun paranemiselle voitaisiin asettaa rahallinen arvo, kustannushyöty olisi edelleen suurempi. Kustannuksia ja hyötyjä arvioitaessa on otettava huomioon, että lapsiin ja nuoriin kohdistuvia mielenterveyteen liittyviä interventioita on toteutettava lasten ja nuorten koko arkisessa elämänpäivissä, jotta ne olisivat tehokkaita. Niitä toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi laajasti eri sektoreilla, kuten varhaiskasvatuksessa, kouluissa, oppilaitoksissa ja nuorisotyössä. Suomen olosuhteisiin siirrettynä hyödyn ja kustannusten suhdetta voidaan pitää suuntaa antavana¹⁵⁴.

¹⁵⁰ Kelan tilastokatsaus 3/2018:

¹⁵¹ Kelan tilastokatsaus 2/2018

¹⁵² Päihdetilastollinen vuosikirja 2014

¹⁵³ Jussi Pyykkönen / Me-säätiö. Suullinen tiedonanto 18.5.2018.

¹⁵⁴ Investing in children's mental health.

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

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

Taloudellisia vaikutuksia, jotka liittyvät mielenterveyshäiriöiden hoitovajeen korjaamiseen, on selvitetty melko vähän. Yhdessä Mielin-hankkeessa on selvitetty, että mielenterveys häiriöihin liittyvät sairauspäiväraha-kaudet pienentävät bruttokansantuotetta 0,3–0,4 prosenttia ja että jos mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen vähenisi 10–15 prosenttia, bruttokansantuote vahvistuisi 0,3–0,5 prosentilla¹⁵⁵. WHO:n johtamassa kansainvälisessä tutkimuksessa arvioitiin masennuksen ja ahdistuksen hoidon kattavuuden laajentamisen taloudellisia vaikutuksia 36 maassa¹⁵⁶. Hoidon kattavuuden laajentamisen arvioitiin maksavan noissa maissa yhteensä 147 miljardia Yhdysvaltain dollaria vuosien 2016–2030 välillä. Mikäli investoiminen hoidon kattavuuden laajentamiseen parantaisi työkykyä ja työn tuottavuutta varovaisesti arvioiden viisi prosenttia, tuottavuuden paranemisesta aiheutuvat hyödyt olisivat lähes 400 miljardia Yhdysvaltain dollaria. Tutkimuksen johtopäätös oli, että hyödyt ylittävät hoidon laajentamisen kustannukset 2,3–3,3 -kertaisesti, mikäli vain taloudel-

¹⁵⁵ Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.

¹⁵⁶ Chisholm et al. 2016

liset hyödyt lasketaan mukaan ja 3,3–5,7 -kertaisesti, jos myös parantuneen terveyden arvo lasketaan mukaan¹⁵⁷.

9. PSYKOSOSIAALISTEN MENETELMIEN KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS

Psykoteroapioiden kustannusvaikuttavuutta koskevia tutkimuksia sisällytettiin tähän katsaukseen 54 ja niiden yhteensä 86 eri tutkimustulosta on kuvattu liitteessä 9. Kustannusvaikuttavuudessa on suuria eroja eri tutkimusten välillä, mikä johtuu muun muassa eroista tutkituissa terapioissa ja kustannusvaikuttavuuden laskentatavoissa. Suurin osa tutkimuksista tarkasteli kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Yleisimmin käytettyjä vaikuttavuusmittareita olivat erot toipuneiden osuuksissa ja muutokset elämänlaadussa tai toimintakyvyssä joko tautispesifillä mittarilla tai yleisellä elämänlaatumittarilla. Yleisenä elämänlaatumittarina käytettiin enimmäkseen laaturapainotteisia elinvuosia (QALY) mittaavaa EQ-5D-mittaria tai sen eri versioita. Monissa tutkimuksissa vaikuttavuutta arvioitiin hyvin monilla mittareilla, mutta systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin niistä enintään neljä kustakin tutkimuksesta¹⁵⁸.

Suomalaisia mielenterveys- tai päihdeongelmien kustannusvaikuttavuuteen liittyviä selvityksiä on vähän¹⁵⁹. Australialaisessa tutkimuksessa¹⁶⁰ laskettiin kymmenen eri mielenterveys- tai päihdeongelman hoidon kustannusvaikuttavuutta käyttäen vaikuttavuusmittarina haittapainotteisia elinvuosia. Kustannusvaikuttavimpia olivat yleiseen ahdistuneisuuteen annettavat hoidot, ja vähiten kustannusvaikuttavaa oli skitsofrenian hoito. Tulokset vaihtelivat suuresti terveysongelman mukaan, mikä on ehkä selitettävissä terveysongelmien erilaisella vakavuusasteella ja vaikuttavuusmittarin ominaisuuksilla. Tärkeä, mutta helposti analyysin ulkopuolelle jäävä kustannusvaikuttavuuden tekijä on riittävän varhain annetun hoidon myöhempien korjaavien toimien (esim. sairaalahoidot) tarvetta vähentävä vaikutus. Oikea-aikaisella psykososiaalisella hoidolla voidaan ainakin olettaa olevan sekä pitkän aikavälin kustannuksia vähentävä, että elämänlaatua ja toimintakykyä kohentava vaikutus. Suomessa tehdyn, viiden vuoden seurantaan pohjautuvan tutkimuksen mukaan lyhyiden terapioiden kustannusvaikuttavuus oli pitkiä terapiota parempi¹⁶¹.

Ruotsissa depression ja ahdistuksen hoitosuositukseen¹⁶² on arvioitu depression psykososiaalisen hoidon tai lääkehoidon kustannusvaikuttavuutta. Kustannuksiin on huomioitu depression hoidon suorat kustannukset ja vaikuttavuutta on mitattu laaturapainotetuilla elinvuosilla. Arvioinnin mukaan lievän ja keskivaikean depression hoitaminen on kustannusvaikuttavaa ja myös usein kustannuksia säästävää. Suosituksessa todetaan myös, että ahdistuneisuushäiriöiden hoito on vastaavalla tavalla kustannusvaikuttavaa ja, että sama koskee myös lasten ja nuorten hoitamista.

¹⁵⁷ Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.

¹⁵⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁵⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

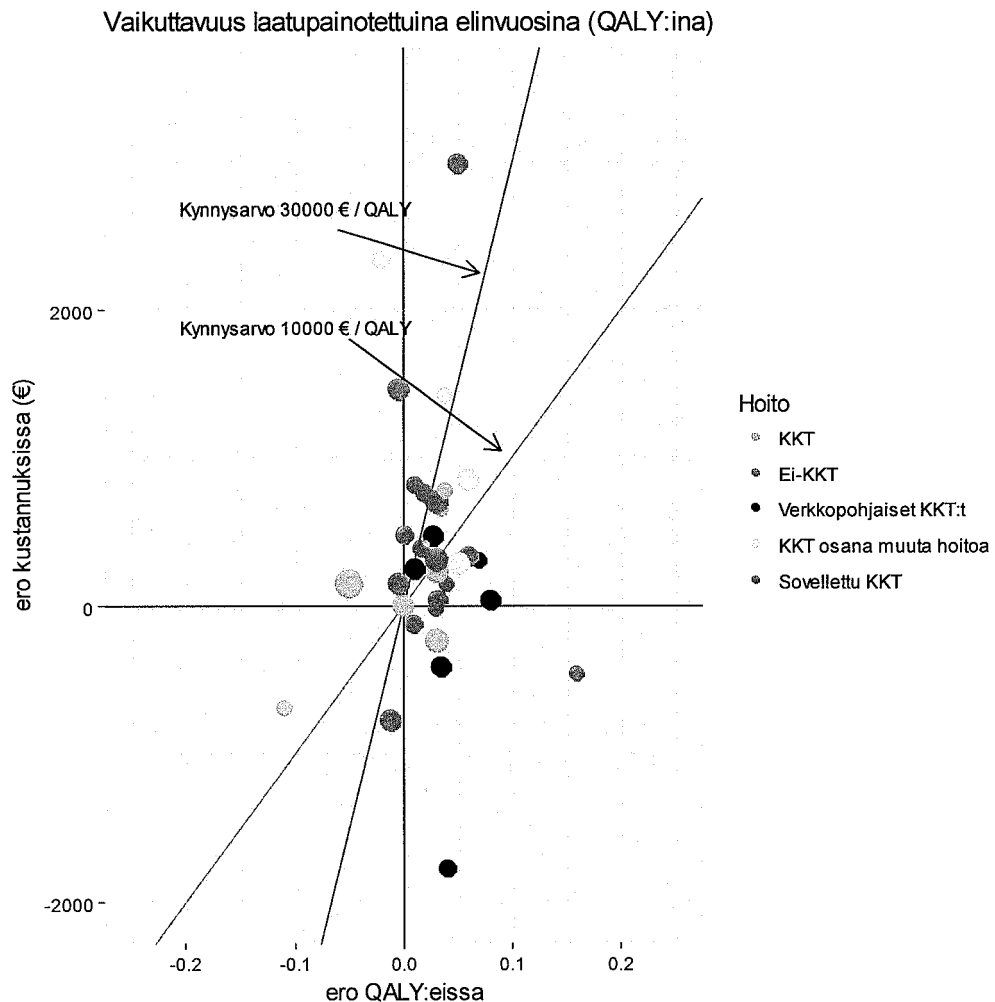
¹⁶⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁶¹ Helsingin psykoterapiatutkimus

¹⁶² Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

Systemaattisen katsauksen kustannusvaikuttavuutta koskevat tulokset ¹⁶³ on esitetty tiivistettynä kuvassa 4. Tutkimukset on luokiteltu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, ei-kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, verkkopohjaiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, sovellettuun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan osana muuta hoitoa. Tutkimukset on ryhmitelty myös kahden kynnyksarvon mukaan < 30 000 €/QALY ja < 10 000 €/QALY. 30 000 € pidetään joissain maissa (esim. Englanti ja Wales) kustannusvaikuttavuuden kynnyksarvona julkisesti rahoitettavalle hoidolle. Eri terapioiden välillä ei näyttäisi olevan havaittavia eroja kustannusvaikuttavuudessa. Suurin osa hoitojen kustannusvaikuttavuustuloksia asettuu alle kynnyksarvon 30 000 €/QALY ja useimpien hoitojen, vaikkakin pienemmän joukon, kustannusvaikuttavuus asettuu myös alle kustannusvaikuttavuuden kynnyksarvon 10 000 €/QALY. Rahaan sidottujen kynnyksarvojen käyttö sisältää kuitenkin paljon epävarmuustekijöitä, joita ei tässä analyysissä ole voitu huomioida.

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



Yksi tulosten tulkintaa hankaloittava seikka liittyy vertailujen tekemiseen: on käytännössä mahdotonta arvottaa tautispesifeillä vaikuttavuusmittareilla kustannusvaikut-

¹⁶³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

tavuutta yhteismitallisesti. Usein tutkimusten kirjoittajat raportoivat terapian olevan kustannusvaikuttavaa, vaikka viime kädessä siitä päättäminen, onko terapiaa kustannusvaikuttava vai ei, kuuluu maksajalle tai muulle päätöksentekijälle, joka määrittelee hyväksyttävän kustannusten ja vaikuttavuuden suhteen.

Psykososiaalisten menetelmien käyttäminen vaikuttavaa olevan kustannusvaikuttavaa hoitoa, mutta tutkimustiedon tulkintaa hankaloittaa moni seikka. Arvio siitä, ovatko terapiat kustannusvaikuttavia vai ei, riippuu kustannusvaikuttavuustiedon laadusta. Laadun arvioinnin tärkeyttä korostaa se, että otoskoko valtaosassa tutkimuksia oli varsin pieni ja kustannusvaikuttavuustulosten tilastolliset luottamusvälit olivat melko suuria, eli tutkimusten tulokset (kustannukset per vaikutukset) ovat epävarmoja. Eri tutkimusten tulosten vertailemista toisiinsa hankaloittaa myös seuranta-aikojen erilaisuus, sillä hoidon vaikuttavuus ja kustannukset eivät välttämättä toteudu samanaikaisesti. Tulosten vertailukelpoisuutta voi heikentää merkittävästi erot tutkimuksissa käytetyissä alkuperäisvaluutoissa, laskelmien aikajänteissä, rahan tulevaisuuden nykyarvon laskemisessa (diskonttaaminen), terveydenhuoltojärjestelmän toteutustavoissa (esim. julkinen vs. yksityinen) ja vertailuhoidoissa.

Suomessa on tehty vasta vähän tutkimusta psykososiaalisten menetelmien kustannusvaikuttavuudesta. Vastaavien kansainvälisten tutkimusten tulosten hyödyntäminen on mahdollista vain rajallisesti. Suomessa tarvittaisiin kotimaista tutkimustietoa mielenterveyden häiriöiden taloudellisista vaikutuksista.¹⁶⁴

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

10. EETTINEN TARKASTELU

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

10.1. IHMISARVO

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

Terveydenhuollon työntekijöiden on mietittävä omalta osaltaan, miten ihmisen vastuu omista elämänvalinnoistaan näkyy potilaan ohjauksessa siten, että potilaan

¹⁶⁴ Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut

ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Potilasta tulee kunnioittaa haavoittuvana ja herkkänä yksilönä, joka mahdollisesti ei kaikissa tilanteissa voi ottaa vastuuta tai tehdä päätöksiä omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Potilaan ihmisarvoa voi ylläpitää tarjoamalla riittävää hoitoa sekä olemalla herkkä sille, mitä potilas haluaa sanoa¹⁶⁵.

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

Psykologiliiton ammattieettisissä ohjeissa kuvataan yksityiskohtaisesti, kuinka psykologi toimii eettisesti hyväksyttävästi asiakassuhteessa (liite 3.). Psykologi kunnioittaa jokaisen ihmisen perusoikeuksia, arvokkuutta ja arvoa sekä työskentelee näiden kehittymisen edistämiseksi. Hän kunnioittaa yksilön oikeutta yksityiselämään, luottamuksellisuuteen, itsemääräämiseen ja autonomiaan sopuinnussa psykologin muiden velvoitteiden ja voimassa olevan lain kanssa. Hän tiedostaa omat tarpeensa, asenteensa ja arvonsa ja oman roolinsa asiakassuhteessa. Hän ei käytä väärin valtaansa ja asemaansa käyttämällä hyväkseen asiakkaan riippuvuutta ja luottamusta.¹⁶⁶

10.2. ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Potilaiden edustajat pitivät tärkeänä sitä, että on määriteltävä itsemääräämisoikeuden rajat ja otettava kantaa siihen, mikä on ihmisen vastuu hoitoon sitoutumisessa¹⁶⁷. Myös Etene on pohtinut monesta eri näkökulmasta potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja sen merkitystä ja tuonut esiin, että potilaiden mahdollisuuksia osallistua heitä itseään koskevaan tulee parantaa¹⁶⁸.

Suomen Psykiatriyhdistyksen arvopohjassa todetaan, että ”Psykoteraapian toteuttamisen tulee noudattaa hyväksytyjä hoitosuosituksia, antaa potilaalle riittävää tietoa eri menetelmistä ennen hoidon aloittamista ja seurata hoidolle asetettujen tavoitteiden toteutumista ja tarvittaessa muuttaa asetettuja tavoitteita. Mikäli yleisesti hyväksytyjen hoitokäytäntöjen ja tieteellisten tutkimusten tieto viittaa lääkehoidon ja psykoterapian yhdistämisen etuihin tietyissä tilanteissa, tulee potilaalle antaa tästä tietoa ja mahdollisuus keskustella lääkehoidon tai psykoterapian tarpeesta. Psykoteraapiaa antava psykiatri ei saa koskaan käyttää asemaansa väärin ja ylittää hoitosuhteen ammatillisia rajoja.”¹⁶⁹

10.3. TARVE-OIKEUDENMUKAISUUS

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

¹⁶⁵ Etene 2011

¹⁶⁶ Psykologiliiton ammattieettiset periaatteet

¹⁶⁷ Potilastapaaminen 22.5.2017

¹⁶⁸ Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa.

¹⁶⁹ Suomen Psykiatriyhdistyksen arvopohja

Työntekijöiden tai maksajan näkökulmasta liittyy monia eettisiä kysymyksiä siihen, millä perusteilla eri potilaille annetaan psykososiaalisilla menetelmillä hoitoa tai kuntoutusta. Koska Kelan kuntoutuspsykoterapia on monissa kunnissa ainoa vaihtoehto saada rahallista tukea psykoterapiaan, on Kelan kuntoutukseksi tarkoitettu psykoterapia käytännössä korvannut kuntien puutteellista hoidollista psykoterapiatarjontaa. Monelle potilaalle olisi kuitenkin hyötyä aikaisemmin aloitetusta lyhytkestoisesta hoidosta, jolloin toipuminen voisi alkaa ennen kuntoutustarpeen kehittymistä. Paitsi inhimillisesti, myös yhteiskunnalle syntyvien kustannusten kannalta olisi järkevää hoitaa potilaiden sairaudet jo varhaisemmassa vaiheessa, jotta mahdollisesti saadaan estettyä sairauden muuttuminen vakavammaksi tai krooniseksi ja näin sairauden hoidon kustannukset voivat jäädä pienemmiksi. Myös potilaan elämänlaadun paranemisesta ja työkykyiseksi kuntoutumisesta vähenevät sairaudesta yhteiskunnalle syntyvät kustannukset. Päihderiippuvaisilla asiakkailla tulee usein vastaan tilanne, jossa asiakas ei saa psykoterapeuttista tai jotain muuta hoitoa, kun terveydenhuoltohenkilöstön ennakoajatuksena saattaa olla se, että asiakas ei sitoudu päihdeidenkäytön takia hoitoon tai, että hänen pitäisi hoitaa ensin riippuvuus pois ennen kuin terapia kannattaa aloittaa. Em. tilanteissa arviointi päihdeasiakkaiden psykoterapeuttiseen hoitoon pääsyyn ei aina tapahdu tarpeen perusteella, vaan mukana voi olla syrjiviä, epäeettisiä arviointikäytäntöjä.

Psykiatrian asiantuntijoiden mukaan on vaihtelevaa ja sattumanvaraista, millaiseen hoitoon potilas ohjautuu, jos hänellä todetaan terveyskeskuksessa vaikkapa masennus- tai ahdistusoireita. Psykoterapioiden riittävyttä on kritisoitu: niiden tarve ja kysyntä on monilla alueilla ja sairausryhmissä selvästi suurempaa kuin palvelujen tarjonta¹⁷⁰, mikä eriarvoistaa potilaita, kun hoitoon pääsy ei ole suorassa yhteydessä hoidontarpeeseen.

Potilaiden edustajat toivat esiin huomion siitä, että oikeudenmukaisuutta on myös kaikille samanlaiset hoidon lopettamisen kriteerit¹⁷¹.

10.4. HOIDON TOTEUTTAMINEN

Potilaiden edustajat pitivät mielenterveys- ja päihdepotilaille isona yhteisenä ongelmana hoidon saavutettavuutta ja saatavuutta. Tähän liittyvät potilaan vaikeudet hoidon löytämiseksi, erilaisten hoitomenetelmien saatavuus ja tunnistaminen hoitoa etsittäessä. Terapiaan hakeutumisen prosessi nähtiin toisinaan vaikeaksi hahmottaa. Päätöksiin ja terapian alkamiseen kuluva aika tuo usein paljon viivettä hoidon alkamiseen. Potilaiden edustajat näkivät myös, että ongelmana eivät ole turhat hoidot vaan hoidon saatavuuden puute ja hoitoon pääsemättömyydestä seuraavat vaikutukset potilaille.¹⁷²

Psykososiaalisen hoidon kohdalla ei ole yksiselitteistä, milloin on kyse hoidosta ja milloin kuntoutuksesta. Toimintakykyä heikentävien häiriöiden hyvä lääketieteellinen hoito on kuntouttavaa ja toisaalta psykososiaalisilla menetelmillä annettavalla kuntoutuksella vaikutetaan mielenterveysongelmaan hoidollisesti. Käsitteiden erillisyyden on keinotekoinen ja erillisyydellä on käyttöä lähinnä silloin kun keskustellaan kuntien ja

¹⁷⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁷¹ Potilastapaaminen 22.5.2017

¹⁷² Potilastapaaminen 22.5.2017

Kelan järjestämismvastausta psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen alueella¹⁷³. Tähän saakka hoidollisen terapian ja kuntoutuspsykoterapian järjestämisen erillisuus on vaikuttanut psykoterapian saatavuuteen. Nykyjärjestelmässä julkisrahoitteinen psykoterapia on saattanut tulla osaksi potilaan hoito- ja kuntoutumisprosessia vasta kuntoutusvaiheessa.

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

Omaisten vastuu ja sairastumisriski mietityttivät potilaiden edustajia, kun koettiin, että omaisille jää usein iso vastuu potilaan hoidosta ja arjen sujumisesta potilaan hoidon aikana.¹⁷⁴ Hyvään ammattiosaamiseen kuuluu, että kunnioittaa ja ottaa vakavasti sekä potilaan että omaisten huolenaiheet.

Potilaiden edustajat pohtivat myös sitä, miten potilas voi varmistua siitä, että hänen sairautaan hoidetaan riittävässä määrin yhteistyössä eri terveydenhuollon toimijoiden kanssa sekä muiden viranomaisten välillä; esim. perheneuvonta, pariterapia, työhön ohjaus ja somaattiset sairaudet eli, että yhdistetään psykoterapiaa ja muita hoitomuotoja ja muuta apua. Huolta kannettiin myös siitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen ketkä saavat hoitoa, kuinka potilaita priorisoidaan ja kuinka potilaan tulisi osoittaa hoidon vaikuttavuutta, jotta se riittäisi vakuuttamaan hoidon tarpeellisuudesta.¹⁷⁵

11. POTILAIEN NÄKÖKULMA

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

Sairauden vakavuus

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

Vaikuttavuus / hyödyt

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

¹⁷³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁷⁴ Potilastapaaminen 22.5.2017

¹⁷⁵ Potilastapaaminen 22.5.2017

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

Turvallisuus

Potilaiden edustajat olivat huolissaan siitä, että kentällä on tarjolla monenlaista psykoterapeuttiseksi kutsuttua hoitoa, mm. enkelihoidot. Potilaiden voi olla vaikea tietää milloin hoito on lääketieteellisesti asianmukaista. Potilaiden edustajat esittivät myös, että hoitoon liittyvät käsitteet on selkiytettävä potilaalle, jotta ei synny väärinkäsityksiä. He sanoivat myös, että hoitoon sitoutumisen kannalta on huono asia, jos hoito koetaan tarpeettomaksi tai siihen liittyy useita pettymyksiä. Myös se tuotiin esiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä pelko leimautumisesta (stigma) voi vaikuttaa siihen, kuinka luottavaisesti suhtautuu tarjottuun hoitoon.

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

Kustannukset

Moni potilaiden edustaja toi esiin, että monelle pienituloiselle mielenterveys- tai päihdepotilaalle terapian omavastuuosuus voi olla kynnyksikysymys hoitoon sitoutumisessa. Asiakasmaksut eivät saa muodostaa estettä tarvittavien mielenterveyspalvelujen käytölle.

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

Eettiset kysymykset

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

Muuta

Moni potilaiden edustajista kantoi huolta Sote-uudistuksen vaikutuksista psykoterapian saatavuuteen.¹⁷⁶

¹⁷⁶ Potilastapaaminen 22.5.2017

12. ORGANISATORISET KYSYMYKSET

12.1. PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

Tällä hetkellä psykoterapiapalveluiden järjestäminen ja kustantaminen on hajautunut monelle taholle. Järjestämisvastuuta kantavat kunnat ja kuntayhtymät. Julkinen terveydenhuolto tuottaa psykoterapiaa omana toimintanaan tai voi järjestää sitä erilaisin ostopalveluin. Suurten kaupunkien psykiatrisella erikoissairaanhoidolla on ollut käytössään psykoterapiahankintoihin kohdennettuja varoja, joilla on hankittu ammatinharjoittajaterapeuteilta lisää palveluja. Näillä varoilla terapiaa ovat saaneet sellaiset henkilöt, jotka eivät ongelman tuoreuden vuoksi saa Kelan kuntoutuspsykoterapiaa, tai ne Kelan terapiaa saaneet potilaat, jotka tarvitsevat vielä jatkohoitoa.¹⁷⁷ Mielenterveysongelmien alkuvaiheen hoidossa psykoterapiaa rahoittavat myös vakuutuslaitokset ja työterveyshuolto. Neuvolat sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat tärkeässä asemassa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja tuen tarjoamisessa. Julkisen terveydenhuollon psykoterapia on yleensä lyhytkestoista. Kelan kuntoutuspsykoterapian tarkoitus on täydentää julkisen terveydenhuollon psykoterapiapalveluita ja Kela järjestää myös vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Usein potilaat myös etsivät psykoterapeuttinsa yksityiseltä sektorilta ja maksavat osan hoidoista itse, jolloin he saavat, tietyin edellytyksin, lääkärin antamasta terapiasta Kelan sairausvakuutuskorvauksen. Psykoterapioiden määrä on lisääntynyt viime vuosina, mihin on vaikuttanut paitsi lainsäädännön muutos myös tarpeiden parempi tunnistaminen, hoitosuosituksien, psykoterapian vaikuttavuustutkimukset, psykoterapeuttien määrän kasvu ja monet muut tekijät¹⁷⁸. Psykoterapioiden tulisi asiantuntijoiden mukaan olla ensisijainen hoitomuoto lievissä ja alkuvaiheen mielenterveyshäiriöissä; matalan intensiteetin ja kynnyksen palveluja tulisi olla saatavilla jo perusterveydenhuollossa.¹⁷⁹ Jos tästä ei ole apua, potilaat tulisi ohjata erikoissairaanhoitoon tai pidempikestoiseen kuntoutuspsykoterapiaan. Sen merkityksestä, annetaanko psykoterapiaa perusterveydenhuollon tasolla vai erikoissairaanhoidon tasolla, ei löytynyt tutkimustietoa.

Kuntien tulee järjestää päihdehuollon palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisiksi. Päihdepalveluja tarjotaan ensisijaisesti avopalveluina. Palvelut voivat olla esimerkiksi sosiaalista tukea, katkaisuhuitoa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa tai kuntoutusta. Päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat kietoutuvat usein yhteen. Päihteenkäyttö saattaa seurata mielenterveysongelmia tai aiheuttaa niitä, tai molempien taustalla saattaa olla yhteisiä altistavia tekijöitä. Yhteistyö päihdehuollon ja psykiatrisen hoidon kesken on usein tärkeää.¹⁸⁰ Kuntien tehtävänä on koordinoita julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi. Osassa kunnista mielenterveys- ja päihdepalvelut on yhdistetty.

Alueelliset erot psykoterapeuttien määrissä ovat varsin suuria. Väestömäärään suhteutettuna Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella psykoterapiapalveluja on ollut saatavilla eniten ja Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella vähiten. Terapeuttien koulutuksen mukaan tarkasteltuna sairaanhoitopiirit jakautuvat karkeasti ottaen kahteen ryhmään: niihin, joiden alueella psykodynaaminen tai psykoanalyttinen

¹⁷⁷ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁷⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁷⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁸⁰ Käypä hoito -suositus 2015: Alkoholiongelmaisen hoito

koulutussuuntaus on hallitseva, ja niihin, joissa perheterapia on yleisin koulutussuuntaus.¹⁸¹

Valkosen ym. raportin mukaan psykoterapian tarjonnassa on alueellisesti eriarvoisuutta sekä psykoterapeuttien määrässä, ammattitaustassa että koulutussuuntauksessa. Alueelliset erot terapeuttien määrässä ja erot eri terapioiden tarjonnassa viittaavat siihen, että psykoterapiapalvelujen järjestäminen tasavertaisesti eri puolilla Suomea voi olla haasteellista. Lisäksi pitkät välimatkat voivat vaikeuttaa psykoterapiaan pääsyä tai sen toteutusta. Niillä alueilla, joilla tarjontaa on vähän, ei asiakkailta välttämättä ole valinnanvaraa terapiamuodon tai terapeutin valinnassa. Samassa raportissa kiinnitetään huomiota myös koulutuksen määrään sekä sisältöön ja todetaan, että erityisen tärkeää olisi huolehtia myös syrjäseuduilla asuvien mahdollisuuksista valmistua psykoterapeutin ammattiin.¹⁸² Tärkeänä pidetään myös sitä, että psykoterapian tarvetta arvioivat erikoislääkärit tuntevat psykoterapian onnistumisen edellytykset.¹⁸³

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

Sähköiset välineet ovat ajankohtaisesti laajentamassa psykoterapian tarjontamahdollisuuksia ja tasaamassa tunnistettuja alueellisia epätasaisuuksia saatavuudessa. Tässä tulevat kyseeseen niin perinteisen psykoterapian antaminen videovälitteisesti, kuin uudemmat erityisesti internet-olosuhteisiin suunnitellut psykoterapiat (ns. nettiterapiat). Palvelujen digitalisoimista pidetään yhtenä mahdollisuutena lisätä saatavuutta ja alentaa kynnystä osallistua hoitoon.¹⁸⁴

12.2. KOULUTUS JA AMMATTINIMIKE

Eri maiden kansallisissa hoitosuosituksissa korostetaan, että terapiapalvelujen tarjoajien tulee olla koulutettuja.¹⁸⁵ Psykoterapeutin koulutustason tai -taustan vaikutuksesta hoidon vaikuttavuuteen ei löytenyt tutkittua tietoa. Koulutustason sijaan tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota terapeutin ammatilliseen itseluottamukseen ja muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin terapian tuloksellisuuteen vaikuttavina tekijöinä.

Suomessa psykoterapeutti kuuluu nimikesuojattuihin ammattihenkilön ammattinimikkeisiin. Valvira myöntää psykoterapeutin nimikkeenkäyttöoikeuden. Suomessa on noin viisituhatta psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeutettua henkilöä. Kolmasosa heistä tekee psykoterapiaa osana virka- tai työsuhteista työtä pääosin julkisella sektorilla, kaksi kolmasosaa toimii ammatinharjoittajina. Noin puolet osallistuu Kelan kuntoutuspsykoterapioiden tuottamiseen. Psykologin, sairaanhoitajan ja lääkärin koulutus ovat Suomessa psykoterapeuttien tavallisimmat pohjakoulutukset. Psykoterapeuttikoulutusta järjestävät psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusvastuun omaavat yliopistot, yksin tai yhdessä muiden koulutusorganisaatioiden kanssa. Koulutettavat kustantavat koulutuksensa itse tai yhdessä työnantajansa kanssa. Yleisimmät harjoitettavat psykoterapiat ovat sisällöltään kognitiivisia, psykodynaami-

¹⁸¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁸² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁸³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁸⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

¹⁸⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

sia, ratkaisukeskeisiä, perheterapeuttisia tai ryhmäterapeuttisia. Tarjolla on myös erilaisia trauma- tai kriisipsykoterapioita ja monenlaisia lyhytterapioita.¹⁸⁶ Psykoterapiaa toteutetaan myös etänä joko reaaliaikaisesti tai nettiterapiana. Tässä suosituksessa ei oteta kantaa ammattinimikkeisiin. Psykososiaalisia menetelmiä voivat kuitenkin toteuttaa vain menetelmäkoulutetut työntekijät. Useissa tutkimuksissa on korostettu terapeutin osaamisen ja henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitystä. [MT1]

13. LISÄNÄYTÖN KERÄÄMINEN

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

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

Psykososiaalisten menetelmien erilaisten toteuttamistapojen yhteydestä vaikuttavuuteen tarvittaisiin lisätietoa.

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

14. JOHTOPÄÄTÖKSET

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

14.1. TERVEYSONGELMAN MERKITTÄVYYS

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

Mielenterveys- ja päihdehäiriöillä on vakavia vaikutuksia yksilölle. Ne huonontavat eri tavoin, sairauden luonteesta riippuen, potilaan elämänlaatua ja vaikuttavat arjessa selviytymiseen ja arkeen osallistumiseen. Useimmille näistä häiriöistä on tyyppillistä toistuvuus, eli ne kuormittavat toimintakykyä ja aiheuttavat subjektiivista haittaa pitkäaikaisesti. Ne vähentävät terveiden elinvuosien määrää ja elinajanodote on mielenterveys- ja päihdepotilailta selvästi muuta väestöä alhaisempi. Ne ovat mer-

¹⁸⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

kittävä lyhyt- ja pitkäkertoisen työkyvyttömyyden aiheuttaja ja yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle johtava sairausryhmä ja niiden takia päädytään työkyvyttömyyseläkkeelle selvästi nuorempina kuin monien somaattisten sairauksien takia. Riskinä on myös syrjäytyminen sosiaalisista suhteista ja työelämästä. Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen merkitys. Näillä perustein mielenterveys- ja päihdehäiriöitä voidaan pitää merkittävänä terveysongelmana.

14.2. LÄÄKETIETEELLINEN PERUSTELTAVUUS

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

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

Vaikuttavuustutkimusten tuloksiin nojautuen voidaan sanoa, että psykoterapia ja muu psykososiaalinen hoito tai kuntoutus ovat vaikuttavia hoitoja. Johtopäätös perustuu siihen, että useimmissa tutkimuksissa psykoterapiaryhmiin osallistujat saavuttivat suotuisia hoitotuloksia tilastollisesti merkitsevästi enemmän tai useammin kuin tavanomaista hoitoa saaneet.

Psykososiaalinen hoito ei tutkimusten perusteella aiheuta kohtuutonta riskiä potilaille. Ottaen huomioon edellisten lisäksi hoitamattomien mielenterveys- ja päihdehäiriöiden merkittävät vaikutukset toimintakykyyn, psykoterapiat ja muu psykososiaalinen kuntoutus ovat lääketieteellisesti perusteltua hoitoa. Hoitotulosten kliinisestä merkityksestä eli terveyshyödyistä kaivattaisiin kuitenkin lisää tietoa.

Palko ei anna suositusta yksittäisen terapian käytölle, vaan edelliseen pohjautuen suositus on muotoiltu yleiselle tasolle. Suositusta ei anneta minkään yksittäisen terapian puolesta tai sitä vastaan, vaan terapiakohtaisia vaikuttavuuseroja on diagnosoitavissa. Keskeisten sairausryhmien osalta voidaan tehdä seuraavia tutkimusnäytöön pohjautuvia havaintoja:

Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät vähentävät masennusoireita ja parantavat aikuisten masennuspotilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä enemmän kuin hoidon odotus, tavanomainen hoito tai lumelääke. Hyvin varhaisen, masennustilaa ehkäisevän psykoterapeuttisen hoidon ja toisaalta kroonisen masennuksen hoidon vaikuttavuuden kohdalla näyttö oli vähäisempää. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa psykososiaalisilla hoidoilla on lievitetty potilaan oireita enemmän kuin pelkällä lääkehoidolla. Psykoterapiaa saaneilla ahdistuneisuushäiriöiden oireet helpottavat enemmän kuin niillä, jotka odottavat hoitoa. Psykoterapian lisääminen lääkehoidon rinnalle lievittää traumaperäisen stressihäiriön oireita enemmän kuin pelkkä lääkehoito. Psykososiaaliset hoitomenetelmät vähentävät nuorten ja aikuisten itsetuhoisuutta enemmän kuin tavanomainen hoito. Kun vakavaan mielenterveyshäiriöön liit-

tyy päihdeongelma, monet tutkitut psykososiaaliset hoitokeinot näyttävät tutkimusten valossa menettävän tehoaan.

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

Psykoterapia on vaikuttavaa hoitoa persoonallisuushäiriöissä ja niihin liittyvissä käyttäytymisen häiriöissä.

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

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

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

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

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

Yllä olevan perusteella psykoterapioita ja monia muita psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja voidaan pitää tämänhetkisen tiedon perusteella vaikuttavina ja turvallisina silloin, kun ne on oikein toteutettu eli näin ollen lääketieteellisesti perusteltuina.

14.3. EETTISYYS JA TALOUDELLISUUS KOKONAISUUTENA

Palveluvalikoiman määrittelemisessä on terveydenhuoltolain 78a §:n 1 momentin mukaan otettava huomioon eettiset ja terveydenhuollon organisointiin liittyvät näkökohdat. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että julkisin varoin rahoitettu terveyden-

huollon toiminta rakentuu yhteiskunnassa hyväksytyille arvoille, muun muassa ihmisarvoisen kohtelun periaatteelle. Kokonaisvoimavarat pyritään jakamaan oikeudenmukaisesti terveydenhuoltopalveluja tarvitsevien kesken.

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

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

Mielenterveys- ja päihdehäiriöitä on sekä inhimillisesti, että taloudellisesti perusteltua hoitaa myös jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tavoitellen sairauden pahenemisen ennaltaehkäisyä. Voidaan todeta, että näitä sairauksia on perusteltua hoitaa niiden kaikissa vaiheissa^[MT(2)].

15. PALKON SUOSITUSLAUSE

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

16. SUOSITUSTEN VAIKUTUKSET JA NIIDEN SEURANTA

Suosituksella tavoitellaan vaikuttavien psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien käytön vakiinnuttamista osaksi mielenterveys- ja päihdepalveluita. Keräämällä tietoa psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitojen ja kuntoutusten määristä, maksajista ja tuottajista pystyttäisiin seuraamaan suosituksen vaikutuksia^[MT(3)]^[MT(4)].

Vakiinnuttamista seurattaisiin:

- tarkastelemalla psykososiaalisin menetelmin annettavaan tarpeenmukaiseen hoitoon tai kuntoutukseen pääsyä
- tarkastelemalla alueellisen yhdenvertaisuuden toteutumista em. hoito- ja kuntoutusmenetelmien osalta vaikutuksina hoitotuloksiin
- vaikutuksina kustannuksiin

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

HUS on yhteistyössä muiden sairaanhoitopiirien ja Kelan kanssa rakentamassa ja pilotoimassa vuonna 2018 käyttöönotettavaa psykoterapian toteutuksen ja laadun seurantajärjestelmää, joka voisi kattaa järjestämisvastuun piirissä olevan hoidollisen terapian sekä Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian. Tämä voisi tarjota mahdollisuuden seurata Palkon suosituksen vaikutuksia. Psykoterapioiden järjestämisen ja seurannan vastuu ja koordinoititehtävä on jo aiemmin keskittämisesetuksessa osoitettu erityisvastuualueetasolle[MT(5)].

17. SUOSITUKSEN VALMISTELU JA SEN VAIHEET

17.1 SUOSITUSVALMISTELUUN OSALLISTUNEET

Suositus on valmisteltu Palkon mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaostossa, johon ovat kuuluneet:

Jaoston kokoonpano 11.6.2017 saakka:

Puheenjohtaja:

Markus Henriksson, ryhmäpäällikkö, lääkintöneuvos, psykiatrian erikoislääkäri ja dosentti, psykoterapeutti, Valvira

Jäsenet:

Raija Kontio, Lohjan sairaanhoitoalueen johtaja, HUS, psykiatrian dosentti, Turun yliopisto

Tanja Laukkala, lääketieteen tohtori, asiantuntijalääkäri, psykiatrian erikoislääkäri, Kela

Samuli Saarni, sosiaalipsykiatrian dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti, johtajaylilääkäri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Kaarlo Simojoki, lääketieteen tohtori, johtava ylilääkäri, A-klinikkasäätiö

Helena Vormaa, lääketieteen tohtori, psykiatrian erikoislääkäri, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Carola Wärnå-Furu, professor emerita, Åbo Akademi

Jaoston kokoonpano toimikaudella 4.10.2017–30.6.2020:Puheenjohtaja:

Risto Heikkinen, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, kliinisen kemian erikoislääkäri, ylilääkäri, Valvira

Jäsenet:

Kirsi Honkalampi, psykologian professori, Itä-Suomen yliopisto

Tapio Kekki, ylilääkäri, Lapin sairaanhoitopiiri

Tanja Laukkala, lääketieteen tohtori, asiantuntijalääkäri, psykiatrian erikoislääkäri, Kela

Sami Pirkola, sosiaalipsykiatrian professori, Tampereen Yliopisto

Kaarlo Simojoki, lääketieteen tohtori, johtava ylilääkäri, A-klinikka, päihdelääketieteen työelämäprofessori, Helsingin Yliopisto

Helena Vormaa, lääketieteen tohtori, psykiatrian erikoislääkäri, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö

Carola Wärnå-Furu, professor emerita, Åbo Akademi

sekä palveluvalikoimaneuvoston sihteeristöä:

Sari Koskinen, erityisasiantuntija, vastuuvalmistelija

Taina Mäntyranta, pääsihteeri

1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaosto nimitettiin Palkon kokouksessa 1.10.2016
2. Jaosto kokoontui ensimmäisen kerran 3.10.2016
3. Palko hyväksyi joulukuussa 2016 psykoterapia-aihe-ehdotuksen otettavaksi jatkovalmisteluun
4. Keväällä teetettiin kohdennetun tarjouspyyntökierroksen (liite 4) jälkeen Summaryx oy:llä systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka saatiin kesäkuun lopussa jaoston käyttöön
5. Potilasjärjestöjen tapaaminen 22.5.2017
6. Jaosto kokoontui viimeiseen kokoukseensa vanhalla kokoonpanolla 15.9.17
7. Uusi jaosto nimitettiin 4.10.2018 Palkossa.
8. Jaosto halusi laajentaa systemaattista kirjallisuuskatsausta lasten ja nuorten osalta tarkentamalla hakukriteereitä. Palko puolsi lisätoimeksiantoa ja laajennettu katsaus saatiin jaoston käyttöön helmikuussa 2018
9. Palko käsitteli suositusta ja perustelumistiota kokouksessaan 26.4.2018 ja antoi ohjeistusta jatkovalmistelua varten
10. Palko käsitteli suositusta ja perustelumistiota kokouksessaan 12.6.2018 ja hyväksyi pienin muutoksin suosituksen laitettavaksi kommentoitavaksi Ota kantaa-palveluun
11. Suositusluonnos kommentoitavana ”Ota kantaa”-palvelussa kesä-elokuussa 2018
12. Palko hyväksyi suosituksen x.x.xxxx

17.1. KOMMENTOINTIPROSESSI

Suositusluonnos oli kommentoitavana Otakantaa-palvelussa 28.6.–14.8.2018. Määräaikaan mennessä saapui 107 kommenttia. Kommentoijien tausta vaihteli seuraavasti:

Vastaukset	
Potilas tai asiakas taikka heidän omaisensa	15/107
Potilaita tai asiakkaita edustava järjestö	2/107
Terveyspalvelujen tuottaja	11/107
Lääkevalmistaja, maahantuojat tai markkinoijat	0/107
Sosiaali- ja terveysalan hallinto	5/107
Sosiaali- ja terveysalan työntekijät	16/107
Terveystieteiden tutkimuskeskusten edustajat	27/107
Terveystieteiden tutkimuskeskusten tieteellinen järjestö	9/107
Viranomaiset	0/107
Poliittinen päättäjät	6/107
Muu	5/107

Suurimmassa osassa kommentteja pidettiin suositusta tarpeellisena ja myötäiltiin sen perusteluja. Osa kommentoijista otti kantaa sellaisiin asioihin, jotka olivat suosituksen fokuksen ulkopuolella tai eivät kuulu Palkon toimivaltaan kuuluviin asioihin. Jaosto sekä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekijät arvioivat kommentit ja tekivät niiden pohjalta joitakin tarkennuksia ja muutoksia sekä kirjallisuuskatsauksen teksteihin että perustelumuiistioon.

Edellisten lisäksi voi todeta, että moni kommentoija oli tuonut esiin sen, että:

- katsauksesta puuttui merkittäviä tutkimuksia.
 - ⇒ Tähän jaosto toteaa, että systemaattinen kirjallisuuskatsaus perustuu pääosin systemoituihin katsauksiin, minkä vuoksi osa relevantista tutkimustiedosta on väistämättä jäänyt ulkopuolelle
- perustelumuiistio sisältää tieteellisesti ongelmia, jotka luovat kuvan, etteivät valitut tieteelliset tutkimukset ja todellisuus kohtaa. Valtaosassa valituista tutkimuksista on suljettu pois ihmiset, joiden mielenterveysongelmissa on komorbiditeettiä. Tämä on suuri osa ihmisistä jotka käytännössä tarvitsevat psykososiaalista apua ja psykoterapiaa.
 - ⇒ Tähän jaosto toteaa, että kyseessä on yleinen tutkimuksen teon ongelma. Katsauksen tavoitteen vuoksi metodirajaus on toteutetun kaltainen.

- tarkasteluun otettujen terapioiden ulkopuolelle jäi monia, vastaajien mielestä, vaikuttavia ja hyväksi tiedettyjä terapiamenetelmiä, kuten erilaiset luovat menetelmät tai perheterapia
 - ⇒ Tähän jaosto toteaa, että käytetty menetelmä ja asetelman rajaus on kuvattu tarkasti perustelumuiistiossa ja sen liitteissä

18. LÄHTEET

Arviomuistio: Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut. 18.1.2016.

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

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

Knekt P., Lindfors O., Laaksonen M. Helsingin psykoterapiatutkimus. Raportti 33/2010. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

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

Jussi Pyykkönen / Me-säätiö. Suullinen tiedonanto 18.5.2018.

Kelan tilastokatsaus 3/2018

Kelan tilastokatsaus, 2/2018

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

Käypä hoito -suositus 2012: Huumeongelmaisen hoito

Käypä hoito -suositus, 2012: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus

Käypä hoito –suositus 2013: Kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Käypä hoito –suositus 2013: ADHD.

Käypä Hoito 2014: Depressio.

Käypä hoito –suositus 2014: Syömishäiriöt.

Käypä hoito -suositus 2014; Traumaperäinen stressihäiriö.

Käypä hoito -suositus 2015: Alkoholiongelmaisen hoito.

Käypä hoito -suositus 2015: Skitsofrenia.

Käypä hoito -suositus 2015: Epävakaa persoonallisuus.

Käypä hoito –suositus 2018: Unettomuus.

Linjajohtaja Klaus Ranta, suullinen tiedonanto.

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

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

M. Henriksson, suullinen tiedonanto

PICO-asetelma. Jaana Isojärvi, 2011. FinOhta.

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

Potilastapaaminen 22.5.2017

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

Psykologiliiton ammattieettiset periaatteet.

Psykoteraapian konsensuslausuma 2006.

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

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

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

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

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

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

Suomen Psykiatriyhdistyksen arvopohja.

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

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos; Aikuisväestön tupakointi. 2017.

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

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

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

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

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

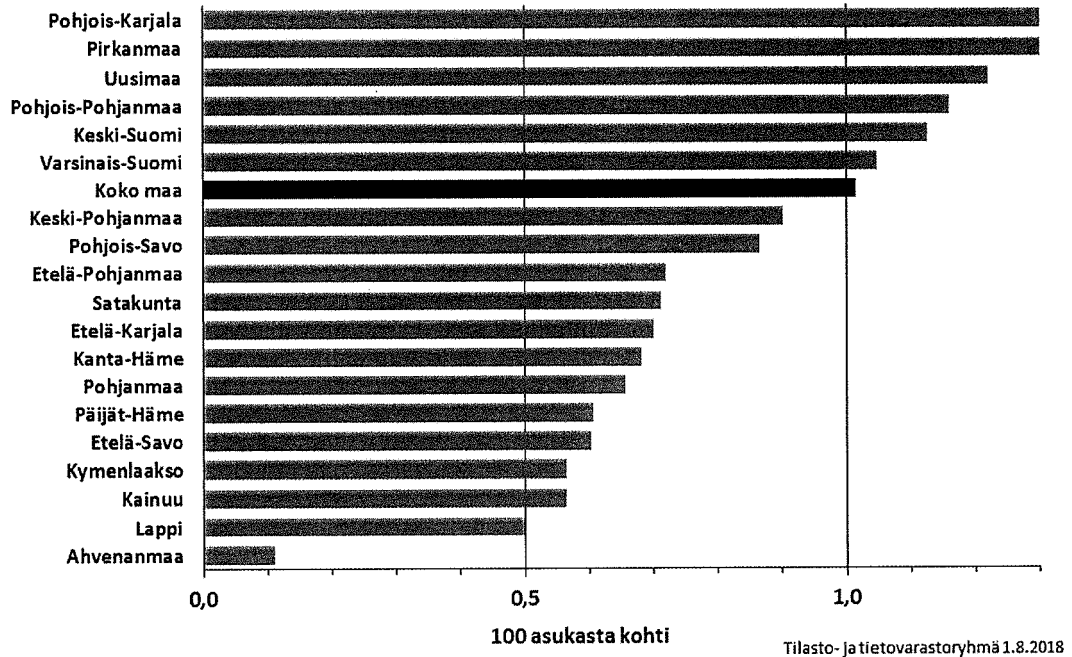
Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet* 1999; 354:111-115.

Liitteet:

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

Kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysprosentit			
Koko maa, Etuuslaji: Kuntoutuspsykoterapia			
Toimenpide Aikuisten psykoterapia Nuorten psykoterapia	Aika 2017 Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
	22 978 8 732		
Toimenpide Aikuisten psykoterapia Nuorten psykoterapia	2016 Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
	19 070 8 174		
Toimenpide Aikuisten psykoterapia Nuorten psykoterapia	2015 Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
	15 942 7 977		
Toimenpide Aikuisten psykoterapia Nuorten psykoterapia	2014 Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
	14 3357 7 105		
Toimenpide Aikuisten psykoterapia Nuorten psykoterapia	2013 Myönnöt	Hylkäykset	Hylkäys-%
	13 209 6 477		

Liite 2. Kuntoutuspsykoterapian saajat 16-67-vuotiaista maakunnittain 2017/100 asukasta



Liite 3. Psykologiliiton ammattieettiset periaatteet.

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

niihin liittyvät ongelmat. Terveysthuollon ammattihenkilön työssä on mahdollista, että hoitosuhde joskus jostakin syystä muuttuu seurustelu- tai ystävyysuhteeksi tai muuksi ei-ammattilliseksi suhteeksi. Tällöin hoitosuhde on viipymättä katkaistava, ja potilaalle on järjestettävä hänen mahdollisesti tarvitsemansa hoitosuhde muualle.”

Liite 4. Hankintamenettely systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teettämistä ja tulosten kriittisestä arvioimisesta

Hankinnan kohteena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen ja tulosten kriittinen arviointi psykoterapioista ja muista psykososiaalisista hoito- ja kuntoutusmuodoista mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa mukaan lukien yksi tai useampi yhteistyötapaaminen sihteeristön kanssa ja katsauksen esittely Palveluvalikoimaneuvoston jaoston kokouksessa. Hankittavan palvelun tarkempi kuvaus on liitteessä 1.

Koska kyseessä oli kansallisen kynnysarvon alittava hankinta, voitiin hankinnassa käyttää kohdennettua tarjouspyyntömenettelyä, jossa tarjousta pyydettiin kohdennetusti useilta eri tuottajilta.

Hankintayksikkö voi hankintalain mukaisesti sulkea tarjouskilpailusta pois tarjoajan, joka ei täytä asetettuja soveltuvuusvaatimuksia tai, joka on antanut puutteellisia tai vääriä tietoja soveltuvuudestaan. Hankintayksikkö voi hylätä tarjouspyyntöä vastamattomat tai puutteelliset tarjoukset. Mahdolliset täydennykset tarjouksiin hankintayksikkö pyytää kirjallisesti erikseen.

Tarjoukset pyydettiin toimittamaan Sosiaali- ja terveysministeriöön 20.3.2017 mennessä.

Hankinnan tausta, tarkoitus ja tavoitteet

Terveysthuollon palveluvalikoimaneuvostolle on annettu lakisääteinen tehtävä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Suosituksia antaessaan neuvoston tulee ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat. Neuvosto kokoaa tutkimusnäyttöön perustuvaa tietoa mm. teettämällä valmisteltavista aiheista systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Aiemmin systemaattiset kirjallisuuskatsaukset teetettiin THL:ssä toimineessa FinOhta-yksikössä, jonka toiminta lakkasi vuonna 2016.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisessä ja tulosten kriittisessä arvioimisessa pyydettiin noudattamaan HTA-oppaassa mainittuja periaatteita. (HTA-oppas. Versio 1.0. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos; 2015. Viitattu 14.2.2017. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-oppas>)

Kaikilta käsiteltäviltä tarjouksilta edellytettiin, että työn tekijöillä on riittävä osaaminen ja kokemus sekä pääsy tarpeellisiin tietokantoihin. Palvelujen tarjoajan tuli kuvata tarjouksessaan mitä arviointityökaluja aikoi käyttää, esim. Cochrane-, Critical Appraisal Skills-, tai GRADE-työkalut.

Tarjouksen valintaperusteeksi oli todettu hinnaltaan halvin, edellytykset täyttävä tarjous ja, että tilaaja valitsee yhden (1) toimittajan, jonka kanssa se tekee sopimuksen.

Päätös palvelun hankinnasta

Hankintayksikkö oli pyytänyt tarjouksia palvelusta yhdeksältä eri toimittajalta. Tarjoukseen tuli määräaikaan mennessä yksi tarjous. Tarjous oli tarjouspyynnön mukainen. Hankinta päätettiin tehdä Summaryx Oy:ltä.

Tammikuussa 2018 systemaattista katsausta täydennettiin lapsia ja nuoria koskevalla tutkimustiedolla. Lasten ja nuorten kohdalla alkuperäisessä katsauksessa oli tehty tiukka lähtödiagnoosin puutteesta johtuva eksklusiorajaus, joka purettiin nyt, koska lapsilla ja nuorilla ei tarkoituksellisesti tehdä diagnooseja. Myös heidän kohdallaan häiriötasoisten ongelmien, kuten aggressiivisuuden tai päihteiden käytön hoito on yhtä tärkeää kuin aikuisilla.



24.10.2018

YHTEENVETO PITKITTÄVÄN TAI TOISTUVAN SELKÄKIVUN BIOPSYKOSIAALISTA KUNTOUTUSTA KOSKEVAN SUOSITUSLUONNOKSEN KOMMENTEISTA

Palko hyväksyi kokouksessaan 4.9.2018 pitkittävän tai toistuvan selkä kivun biopsykosiaalista kuntoutusta koskevan suositusluonnoksen. Tämän jälkeen luonnos oli julkisesti kommentoitavana otakantaa.fi-sivulla 10.9.-7.10.2018.

Kommenteja antoi 17 tahoja, jotka ilmoittivat edustavansa seuraavia taustatahoja:

- Potilas tai asiakas 5/17
- Potilaita tai asiakkaita edustava järjestö 2/17
- Terveyspalvelujen tarjoaja 3/17
- Sosiaali- ja terveysalan hallinto 0/17
- Sosiaali- ja terveysalan työntekijä 6/17
- Terveydenhuoltoalan edunvalvontajärjestö 2/17
- Terveydenhuoltoalan tieteellinen järjestö 1/17
- Viranomainen 0/17
- Poliittinen päättäjät 0/17
- Muu 3/17

Vastaukset kysymykseen, kunka hyödyllisenä pidät ehdotettua suositusta, ja-
kautuvat seuraavasti (1=huonoin, 5=paras):

- 1 1/17
- 2 3/17
- 3 2/17
- 4 4/17
- 5 7/17

Vastausten keskiarvo oli 3,76. Suurimmassa osassa etenkin terveydenhuollon ammattilaisten kommentteista suhtauduttiin suositukseen myönteisesti.

Varsinaisen suosituslauseen osalta tärkeimmät kommentit koskivat kuuden viikon aikarajaa eli tulisiko rajan olla alempi ja millaista hoitoa ja kuntoutusta ennen rajan täyttymistä tarjotaan. Erityisesti kuntoutuksen ammattilaiset toivat esille, että kuusi viikkoa on liian pitkä aika ja esittivät fysioterapeutin suoravastauksen käyttöä jo ennen sitä. Kommentteissa tuotiin toisaalta myös esille epäily nykyisten resurssien riittäväydestä suosituksen mukaiseen toimintaan.

Muutamassa kommentissa kaivattiin toisaalta suositukseen konkretiaa biopsykosiaalisesta kuntoutuksen sisällön osalta ja toisaalta todettiin, että sisältö on kuvattu jo laajemmin Käypähoito-suosituksessa. Psyko-elementti saattoi joillakin kommentoijilla aiheuttaa väärinkäsityksiä oireiden leimaamisesta psykiseksi ja toteamuksen, että kaikilla ei ole biopsykosiaalisesta kuntoutuksen tarvetta.



Joissain kommenteissa tuotiin esille, että joillain alueilla Suomessa on jo kehitetty suosituksen mukaisia toimintamalleja. Toisaalta tuotiin esille myös huoli siitä, miten suositusta pystyttäisiin toteuttamaan kaikkialla maassa.

Yksi kommentoija toi esille osteoporoosin ja siitä johtuvan nikamamurtuman mahdollisuuden oireiden pitkittymisen syynä, minkä vuoksi ennen selkäkipujen luokittelemista epäspesifisestä syystä johtuviksi tulee tehdä riittävät tutkimukset.

Jotkut kommentoijat toivat esille, että joissain tilanteissa kuntoutuksen kustannukset (ml. matkakulut) voivat olla henkilön taloudelliseen tilanteeseen nähden suuria.

Kommenteissa toisaalta yhdyttiin näkemyksiin luonnoksen näkemyksiin kustannuksista ja kustannusvaikuttavuudesta, toisaalta kyseenlaistettiin näyttö hyödyistä.

Biopsykososiaalista kuntotusta pidettiin pääsääntöisesti turvallisena, kunhan ensin on riittävän varmasti suljettu spesifit oireiden syyt pois.

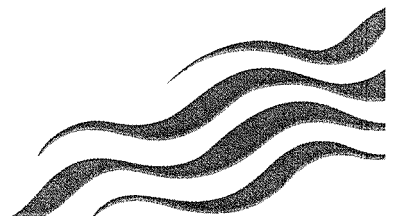
Yksi kommentoija katsoi, että vastaavanlainen suositus tulisi tehdä kaikista tule-sairauksista.

Lisäksi yksittäiset kommentoijat kiinnittävät huomiota työterveyshuollon osuuteen selkäviihuista kärsivien hodon kokonaisuudessa ja toimintaterapian huomiointimista osana suositusta.

Kommenttien perusteella tehdyt muutokset

Palkon tules-jaosto teki suosituksen ja perustelumuistioon kommenttien perusteella muun muassa seuraavat muutokset:

- täsmennettiin tämän suosituksen ja käypä hoito –suosituksen suhdetta
- tarkennettiin, että kuuden viikon aikaraja on takaraja ja että akuuttiivaiheessa käytetään hoidossa tavanomaisia biolääketieteellisen mallin mukaisia hoitokeinoja
- lisättiin spesifien syiden poissulkeminen turvallisuus-kohtaan
- lisättiin maininta toimintaterapiasta





Biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa

Hyväksytty Palkon kokouksessa 1.11.2018

	Palkon suositus	Biopsykososiaalinen kuntoutus kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan, kun selkäkipu alkuvaiheen hoidosta huolimatta pitkittyy tai kun selkäkipujaksot ovat toistuvia, ja toiminta- ja työkyky on sen johdosta uhattuna. Potilaan toiminta- ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi tarvittavat kuntouttavat toimenpiteet suunnitellaan muun hoidon osana potilaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti huomioiden viimeistään kuuden viikon kuluttua oireiden alkamisesta.
Arvioinnin osa-alueet	Terveysongelman vakavuus ja yleisyys	Selkäkipu voi kroonistuessaan alentaa merkittävästi henkilön työ- ja toimintakykyä ja elämänlaatua. Krooninen kipu vaikuttaa myös mielentilaan. Viimeisen 30 päivän aikana selkäkipua on kokenut 44 prosenttia miehistä ja 48 prosenttia naisista. Sairauspäivärahaa selkävivun takia sai vuonna 2017 noin 21 000 henkeä. Selkäsairauden takia oli vuonna 2017 työkyvyttömyyseläkkeellä noin 18 500 henkeä, joista osatyökyvyttömyyseläkkeellä 31,1 prosenttia.
	Vaikuttavuus	Potilaat, joiden selkäkipu pitkittyy tai toistuu ja on vaarassa kroonistua, tulee arvioida yksilöllisesti huomioiden biopsykososiaaliset tekijät ja potilaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti. Toimintamalliin kuuluu biomekaanisten kuormitustekijöiden selvittäminen, neuvonta ja ohjaus. Kipuun liittyvän pelon voittaminen ohjaamalla positiiviseen ajatteluun, kannustaminen aktiiviseen toimintaan välttämiskäyttäytymisen sijaan sekä työolosuhteiden ja -tehtävien muokkaaminen ovat osoittautuneet keskeisiksi selkävivun kroonistumisen estämisessä.
	Turvallisuus	Kun spesifit ja vakavat selkävivun syyt on poissuljettu, biopsykososiaaliseen kuntoutukseen ei liity tekijöitä, jotka vaarantaisivat potilaan turvallisuuden verrattuna nykykäytännön mukaiseen biolääketieteelliseen malliin.
	Kustannukset ja kustannusvaikuttavuus	Selkävivun aiheuttamat terveydenhuollon kustannukset koostuvat lääkärin sekä erityistyöntekijöiden, pääsääntöisesti fysioterapeuttien, vastaanottokäynneistä. Biopsykososiaalinen malli voi edellyttää aiempaa pidempiä vastaanottokäyntejä, mutta alkuvaiheessa tehtävä lisäpanostus todennäköisesti vähentää seurantakäyntejä. Aktiivisesti toiminta- ja työkykyä tukeva biopsykososiaalinen kuntoutus vähentää sairauspoissaolojen tarvetta ja siten sairauspäivärahoista ja työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuvia kuluja.
	Eettisyys ja taloudellisuus kokonaisuutena	Epäspesifin selkävivun kroonistumiseen vaikuttavat toipumisen mahdollisuuksiin liittyvät ajatukset, puheet ja toimintamallit. Sen vuoksi on tärkeä arvioida yksilön voimavarat suhteessa ympäristön vaatimuksiin kokonaisuutena ja kohdentaa biopsykososiaaliset kuntoutustoimenpiteet yksilöllisesti tukemaan aktiivisuutta, voimaantumista ja osallisuutta.
	Diagnoosikoodit	M40-54 Selkäsairaudet, erityisesti M54 Selkäsärky.
	Taustatiedot ja lähteet	Palkon perustelumuiotio, Kirjallisuuskatsaus



versio 24.10.18

Palveluvalikoimaneuvoston perustelumuuisto

Biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkävivussa



versio 24.10.18

Sisälllys

1.	Taustaa, perusteet suosituksen laatimiseen	11
2.	Aiheen määrittely ja rajaus	21
2.1	Kysymyksenasettelu; terveysongelma-interventio-parin muotoilu	21
3.	Terveysongelman vakavuus	2
4.	Aihetta koskevat selvitykset ja suositukset	32
4.1	Kirjallisuuskatsaus	32
4.2	Kotimaiset hoitosuositukset ja selvitykset	43
4.3	Ulkomaiset hoitosuositukset ja selvitykset	43
5.	Intervention sisällöstä	44
6.	Vaihtoehdot interventiolle	65
7.	Terveysongelman ja intervention käytön yleisyys	65
8.	Intervention vaikuttavuus	76
8.1	Yhteenveto biopsykososiaalisen lähestymistavan vaikuttavuudesta	76
8.2	Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta (moniammatillisesti toteutetut kuntoutusmenetelmät 6 viikon sairauspäivärahanjakson jälkeen)	77
9.	Intervention turvallisuus	98
10.	Intervention kustannukset ja budjettivaikutukset	98
11.	Intervention kustannusvaikuttavuus	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty. 9
12.	Eettinen pohdinta	109
13.	Intervention kohdentaminen	1140
14.	Lisänäytön kerääminen	1141
15.	Suosituksen vaikutusten seuranta	1241
16.	Johtopäätökset	1241
17.	Palkon suosituslause	1313
18.	Suosituksen valmistelun vaiheet	1413
Lähteet	1514



STM038:00/2017

1. Taustaa, perusteet suosituksen laatimiseen

Terveystieteiden tutkimuskeskus (Palko) on omasta aloitteestaan päättänyt laatia suosituksen kuntoutukselle, jolla pyritään estämään selkävaurion kromistuminen.

Selkävaurio on tavallinen vaurio. Vaikka suurella osalla ihmisistä oireet ovat väliaikaisia ja paranevat ilman erityisiä terveystieteiden toimenpiteitä, osalla kivut pitkittyvät ja voivat uusiutua. Kromistuessaan selkävaurio usein alentaa työ- ja toimintakykyä sekä elämän laatua.

Selkävaurio on yleisimpiä terveystieteiden käytön syitä etenkin perus- ja työterveystieteiden, joissa siihen käytetään merkittävästi erityisesti henkilöstön, mutta myös kuvantamisen resursseja. Selkävauriosta aiheutuvan työkyvyttömyyden vuoksi maksetaan runsaasti sosiaalietuuksia ja lisäksi selkävauriosta aiheuttamasta työkyvyn heikkenemisestä aiheutuu tuotannonmenetyksiä. Selkävaurion kromistumisen estämisellä on taten merkittäviä taloudellisia vaikutuksia.

Biomedikaalinen malli sisältää tutkimisen, kuvantamisen ja lääkehoidon sekä kehon rakenteisiin ja toimintaan keskittyvän kuntoutuksen. Nykytieteen mukaan selkävaurion hoidossa ja kuntoutuksessa tarvitaan uudenlaista lähestymistä selkävaurion kromistumisen ehkäisemiseksi (Hartvigsen et al, Foster et al, Buchbinder et al). Pitkittyneen selkävaurion taustalla olevat biopsykososiaaliset tekijät tulee huomioida kokonaisvaltaisesti kuntoutuksen alkuvaiheesta lähtien.

Suosituksen tavoitteena on varmistaa, että niille henkilöille, joiden selkävaurio pitkittyy tai on toistuvaa, tarjotaan julkisesti rahoitetussa terveystieteiden palveluissa, joiden kautta voidaan tunnistaa mahdolliset tilanteeseen vaikuttavat tekijät ja vaikuttaa niihin kuntoutuksen keinoin. Käypä Hoito –suosituksessa kuvataan laajemmin selkävaurion tutkimus, hoito ja kuntoutus.

Yleistä Palkon suositusten asemasta ja merkityksestä. Yhdenmukainen psykoterapia-suosituksen kanssa. Valmistuu Palkon kokoukseen 1.11. mennessä.



STM038:00/2017

2. Aiheen määrittely ja rajaus

2.1 Kysymyksenasettelu; terveysongelma-interventio-parin muotoilu

Terveysongelma

Suositus koskee selkäkipua, jonka aiheuttama haitta työ- tai toimintakykyyn ei ole viimeistään kuuden viikon aikana olennaisesti vähentynyt tai joka lyhyemmissä jaksoissa toistuvasti heikentää työ- tai toimintakykyä. Henkilö ei välttämättä ole ollut pois työstä, mutta hän on hakeutunut terveydenhuoltoon oireiden pitkittymisen ja niiden aiheuttaman työ- ja toimintakyvyn haitan vuoksi.

Interventio

Biopsykososiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan tässä yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilön tai -henkilöiden toteuttamia toimenpiteitä, joissa huomioidaan kokonaisvaltaisesti työ- ja toimintakykyyn vaikuttavat biopsykososiaaliset tekijät yksilöllisen tarpeen mukaan. Biopsykososiaalisen kuntoutuksen sisältö kuvataan tarkemmin kohdassa 5.

Rajaukset

Suositus ei koske:

- selkäkipua, jonka oireet poistuvat tai lievenevät merkittävästi kuuden viikon kuluessa alkamisestaan
- mahdollista spesifistä tai vakavaa selkäsairautta. Spesifisiä syitä ovat muun muassa selvä hermojuuripinne, selkärankareuma ja oireileva nikamasiirtymä ja vakavia syitä muun muassa syöpä tai sen etäpesäkkeet.
- kliinistä ja radiologista diagnostiikka eikä operatiivista hoitoa.

3. Terveysongelman vakavuus

Selkäkipu voi kroonistuessaan alentaa merkittävästi henkilön työ- ja toimintakykyä sekä elämänlaatua. Krooninen kipu vaikuttaa myös mielentilaan ja kuluttaa henkisiä voimavaroja kestää muita vastoinkäymisiä. Selkä kivun kroonistumisesta aiheutuu lisääntyneitä kustannuksia ja menetyksiä niin yksilön kuin yhteiskunnankin tasolla.



STM038:00/2017

4. Aihetta koskevat selvitykset ja suositukset

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Palko on teettänyt suosituksen taustaksi kirjallisuuskatsauksen, joka on liitteenä 1. Katsaus tilattiin Summaryx Oy:lta suorahankintana.

Katsauksen tavoitteena oli kuvata tarkasti pitkittyneen selkäkivun hoitotutkimuksissa käytettyjen biopsykososiaalisten interventioiden ominaisuuksia ja hoitotuloksia sekä lisäksi antaa yleiskuva potilassegmentointia koskevien tutkimuksien tuloksista.

Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin ensisijaisesti selvittämään moniammatillisesti toteutetun biopsykososiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuus sekä siihen vaikuttavat tekijät. Tarkempi aiheen rajaus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen osalta esitetään PICO-muodossa liitteenä olevan kirjallisuuskatsauksen liitteessä 1. Kirjallisuuskatsaus kohdistui tutkimuksiin, joissa potilaat olivat olleet vähintään 6 viikkoa pois töistä selkäkivun vuoksi.

Kirjallisuuskatsauksen laatijat luokittelivat kuntoutusinterventioiden sisällöt biomedikaalisiin (Bio), psykologisiin (Psy) ja työpaikkaan liittyviin (Sos) osa-alueisiin artikkelin kirjoittajien kuvausten perusteella. Kirjallisuuskatsauksessa Bio-luokkaan laitettiin kliininen tutkimus, lääkehoito, aerobinen, lihaskunto- ja liikkuvuusharjoittelut, manuaaliset fysioterapiat sekä konehoidot. Psy-luokkaan laitettiin manualisoidut tai erityiskoulutusta vaatineet spesifiin psykologiseen tai psykiatriseen koulukuntaan tai traditioon perustuvat interventiot, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia, sekä kaikki psykologin toteuttamat interventiot. Sos-luokkaan katsottiin kuuluvaksi kaikki työpaikoilla toteutetut interventiot sekä muut terveydenhuollon vastaanottotilanteissa toteutetut interventiot sikäli kuin niiden sisältö liittyi puhtaasti ergonomiaan, työtehtäviin tai muihin työn olosuhteisiin.

Kirjallisuuskatsauksen kohderyhmä ja biopsykososiaalisen intervention osa-alueiden määrittäminen ei täysin vastaa tämän suosituksen kohderyhmää tai intervention määrittelyä, koska alkuperäisiin rajauksiin perustuneen kysymyksenasettelun pohjalta ei saatu riittävää vaikuttavuusnäyttöä. Tutkimusten kohderyhmät ja toimintaympäristöt eivät ole suoraan Suomen toimintaympäristöön siirrettävissä. Nämä on huomioitu tutkimusten tuloksia tulkittaessa.



STM038:00/2017

4.2 Kotimaiset hoitosuosituksat ja selvitykset

Alaselkävivun päivitetty Käypä hoito –suositus on julkaistu toukokuussa 2017.

4.3 Ulkomaiset hoitosuosituksat ja selvitykset

Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. (helmikuu 2017)

<http://annals.org/aim/article/doi/10.7326/M16-2367>

APTA Low back pain, ICF, 2012

http://www.orthopt.org/uploads/content_files/ICF/Updated_Guidelines/Low_Back_Pain_Clinical_Practice_Guidelines_JOSPT_2012.pdf

Low Back Pain series, The Lancet, 2018

<https://www.thelancet.com/series/low-back-pain>

5. Intervention sisällöstä

Biopsykososiaalinen kuntoutus sisältää terveydenhuollon ammattihenkilön tai –henkilöiden toteuttamat toimenpiteet, joissa työ- ja toimintakyky huomioidaan yksilöllisesti fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen suoriutumisen suhteen (THL-ICF-luokitus).

Biopsykososiaalisessa mallissa toimintarajoitteet nähdään henkilön terveyden ja konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten välisenä epäsuhtana. Jotta tämä epäsuhta voitaisiin minimoida, on henkilön terveydentilaan liittyvien tekijöiden lisäksi otettava huomioon myös ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutus. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi saatavilla oleva tuki ja palvelut, apuvälineet, työtilanne, perhe, harrastukset ja motivaatio. (THL–ICF-luokitus)

- Biolääketieteellisiä tekijöitä ovat kehon rakenteeseen ja toimintaan liittyvät tekijät. Kuntoutukseen kuuluu myös biomekaanisten kuormitustekijöiden selvittäminen, yksilön voimavarojen huomiointi ja ympäristöön liittyvät tekijät sekä niiden perusteella tehty yksilöllinen neuvonta ja ohjaus.
- Psykologiset tekijät vaikuttavat yksilön kokemukseen ja ymmärrykseen kivun merkityksestä, luovat oletuksia kivun aiheuttamista rajoituksista ja seurauksista sekä vaikuttavat yksilön motivaatioon ja kykyyn sitoutua omatoimiseen harjoitteluun ja



STM038:00/2017

toiminnan muutokseen. Psykologinen kuntoutus sisältää ensisijaisesti menetelmiä, jotka vahvistavat luottamusta omaan kyvykkyyteen toimia siten, että kipu ei hallitse päivittäisiä valintoja toiminnassa eikä sitä koeta terveyttä uhkaavana. Psykologinen kuntoutus sisältää myös mahdollisten psykologisten taustatekijöiden sekä kipua ylläpitävien psykologisten tekijöiden tunnistamisen ja niihin puuttumisen.

- Sosiaaliset tekijät ovat tekijöitä, jotka vaikeuttavat yksilön osallistumista. Sosiaalisella kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan sekä ympäristöön että ihmisen toimintaan omassa arjessa ja työympäristössä. Se sisältää ympäristön, työtehtävien ja asenteiden muokkausta. Laajemmin arvioiden se sisältää myös sosiaaliturvan, joka voi olla paitsi toimeentulon takaavaa myös johtaa riippuvuuteen sosiaaliturvasta, jolloin se estää toipumisen.

Mikäli selkäkipuoireisto ei ole viimeistään kuuden viikon kuluessa alkanut lievenemään tai se toistuu lyhyemmissäkin jaksoissa, terveydenhuollon ammattihenkilön/-henkilöiden tulee tehdä yksilöllinen arvio tarvittavista toimenpiteistä huomioiden potilaan elämäntilanne ja biopsykososiaalisen kuntoutuksen eri osa-alueet. Hyvä perehtyminen potilaan tilanteeseen edellyttää tavanomaista pidempää vastaanottokäyntiä lääkärin ja fysioterapeutin vastaanotolla ja tarvittaessa psykologin, sosiaalityöntekijän tai toimintaterapeutin arviota. Huolellinen oireiden ja syiden kartoitus vähentää usein kontrollikäyntien tarvetta.

Pitkä sairauspoissaoloaika voi itsenäisesti suurentaa pitkäkestoisen työkyvyttömyyden riskiä (Käypä hoito 2017). Mikäli selkäkipu ei mahdollista työntekoa, tulee sairauspoissaolon pituus määrittää niin, että potilaan toipumisen edistymistä voidaan seurata ja toipumista hidastaviin tekijöihin nopeasti puuttua. Aktiivinen kuntoutumista tukeva työote ja sairauskeskeisen työkyvyttömyyttä tukevan ajattelumallin ehkäisy ovat keskeisiä.

Selkävun kroonistumiseen yhteydessä olevia tekijöitä ovat voimakas selkäkipu, jalkakivun mukanaolo, ylipaino/lihavuus, tupakointi, masennus, katastrofointi, pelko-välttämiskäyttäytyminen, fyysinen työkuormitus, matala koulutustaso, korvaushakuisuus ja huono työtyytyväisyys (Hartvigsen et al). Luotettavia menetelmiä, joilla tunnistaa kohonnut selkäkipujen kroonistumisen riski yksittäisen potilaan kohdalla, ei kuitenkaan vielä ole kehitetty.

Biopsykososiaalinen kuntoutus voi tapahtua yhden tai useamman asianmukaisen koulutuksen saaneen terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamana moniulotteisena toimintana ensisijaisesti perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon tasolla. Tarvittaessa



STM038:00/2017

voidaan konsultoida erikoissairaanhoidoa paikallisen hoitopolun mukaisesti.

6. Vaihtoehdot interventiolle

Biopsykososiaalisen kuntoutuksen vaihtoehtona on biolääketieteelliseen malliin perustuva kuntoutus, jota ei enää pidetä selkäkivun kroonistumisen ehkäisyyn näkökulmasta toimivana lähestymistapana. Biolääketieteellinen malli pitää toimintarajoitetta henkilön ominaisuutena, johon vaikutetaan hoitamalla sairautta tai vammaa.

7. Terveysongelman ja intervention käytön yleisyys

FinTerveys 2017 –raportin mukaan selkäkipua oli viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana kokenut 44 prosenttia miehistä ja 48 prosenttia naisista. Sukupuolten välinen ero selkäkivun vallitsevuudessa oli 60 vuotta täyttäneillä suurempi kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Verrattaessa FinTerveys 2017 -tutkimuksen tuloksia Terveys 2011 –tutkimuksen tuloksiin selkäkivun vallitsevuus näytti pienevän huomattavasti lähes kaikissa iän ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä, mutta raportin mukaan oli myös mahdollista, että muutos johtui kyselyn rakenteen ja toteutuksen muutoksista. Selkäkipu harvinaistui sekä miehillä että naisilla sitä enemmän mitä vanhempaa ikäryhmää tarkasteltiin. (FinTerveys 2017)

Selkäsärky (diagnoosi M54) oli vuonna 2017 sekä asiakkaiden että käyntien lukumäärällä mitaten kolmanneksi yleisin syy käyntiin terveyskeskuslääkärin avosairaanhoidon vastaanotolla (THL:n tilastoraportti 23/2018).

Selkäkivun ja -sairauksien takia vuonna 2012 Suomessa oli hieman yli 2,1 miljoonaa sairauspäivärahopäivää ja niiden kustannukset olivat 119,8 miljoonaa euroa. (Käypä hoito 2017).

Työikäiset työkyvyttömät voivat saada sairauspäivärahaa enintään 300 arkipäivältä eli noin vuoden ajan. Selkäsairaudet-ryhmän diagnooseista M40-M54 eniten sairausvakuutuslain mukaisia sairauspäivärahoja on myönnetty diagnoosilla M 54 (selkäsärky). Selkäsärky-diagnoosilla sai vuonna 2012 sairauspäivärahaa 27 730 henkilöä ja siitä aiheutui kustannuksia 46,6 miljoonaa euroa. Vuonna 2017 vastaavat luvut olivat 20 286 henkilöä ja 34,6 miljoonaa euroa. Keskimäärin korvattiin kumpanakin vuonna 30 päivää 9+1 päivän omavastuujakson jälkeen. Vuonna 2012 osasairauspäivärahoja myönnettiin 639 henkilölle keskimäärin 43 päivän ajalle kokonaiskustannusten ollessa 0,92 miljoonaa euroa. Vuonna 2017 osasairauspäivärahaa saaneiden määrä oli



STM038:00/2017

1203 henkilöä, jakson kesto oli pidentynyt keskimäärin 53 päivään ja kustannukset nousseet 2,1 miljoonaan euroon.

Vuonna 2012 selkäsairauksien takia työkyvyttömyyseläkkeellä oli 26 600 henkilöä ja työkyvyttömyyseläkekustannukset selkäsairauksissa olivat 346,6 miljoonaa euroa. (Käypä hoito 2017). Vuonna 2017 vastaavat luvut olivat Eläketurvakeskuksesta saadun tiedon mukaan 18 500 henkeä ja 259,5 miljoonaa euroa. Vuonna 2012 osa-aikaista eläkettä sai 22,4 % ja vuonna 2017 31,1 %. selkäsairauden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevista.

8. Intervention vaikuttavuus

8.1 Yhteenvedo biopsykososiaalisen lähestymistavan vaikuttavuudesta

Alaselkäkipu on aiemmin tulkittu henkilön rakenteeseen ja toimintaan liittyväksi ongelmaksi, jonka hoitona on ollut selän käytön välttäminen, varovainen liikunnan lisääminen sekä pitkät sairauspoissaolot. Tutkimustieto ja käytäntö ovat osoittaneet, että kivun kroonistumiseen vaikuttavat monet psykososiaaliset tekijät, joiden merkitys kivun ylläpitämisessä tulee yksilöllisesti arvioida. Kipuun liittyvän pelon voittaminen ohjaamalla positiiviseen ajatteluun, kannustaminen aktiiviseen toimintaan välttämiskäyttäytymisen sijaan sekä työolosuhteiden ja -tehtävien muokkaaminen ovat osoittautuneet keskeisiksi selkävivun kroonistumisen estämisessä.

8.2 Yhteenvedo kirjallisuuskatsauksesta (moniammatillisesti toteutetut kuntoutusmenetelmät 6 viikon sairauspäiväraajakson jälkeen)

Biomedikaalisen ja psykologisen osion sisältävät kuntoutukset (BP)

Verrattuna biomedikaaliseen tai tavanomaiseen hoitosuosituksen mukaiseen hoitoon ainoa BP-tutkimus, jossa saatiin vaikuttavuutta, oli Saksassa laituskuntoutuksena toteutettu kuntoutus, jossa fysioterapeutti ja psykoterapeutti vetivät intensiivisen 3 viikkoa kestäneen BP-kuntoutuksen. Suotuisa vaikutus työkykyyn näkyi vielä kahden vuoden kohdalla. Kolme muuta, työterveysasemilla Hollannissa ja Yhdysvalloissa toteutetut tutkimukset saavuttivat hyviä tuloksia kuntoutuksella, mutta BP-kuntoutuksen ja tavanomaisen kuntoutuksen välille ei saatu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Kuntoutus joka sisältää biomedikaalisen ja sosiaalisen komponentin (BS)



STM038:00/2017

Verrattuna biomedikaaliseen tai tavanomaiseen hoitosuosituksen mukaiseen hoitoon yhdessä tutkimuksessa kanadalaisella yliopistosairaalan selkäpoliklinikalla 3-4 kuukauden ajan toteutetulla kuntoutuksella työpaikkaselvityksineen saavutettiin merkitsevää vähennystä sairauspoissaoloihin. Toisessa, kotimaisessa tutkimuksessa ei BS-interventiolla saavutettu tilastollisesti merkitsevää parannusta kipuun, toimintakykyyn tai koettuun työkykyyn.

Kuntoutus joka sisältää biomedikaalisen, psykologisen ja sosiaalisen komponentin (BPS)

Verrattuna biomedikaaliseen tai tavanomaiseen hoitosuosituksen mukaiseen hoitoon kahdessa tutkimuksessa saatiin BPS-interventiolla sairauspoissalon kestoa lyhenemään enemmän ja yhdessä tutkimuksessa myös kipua vähenemään enemmän. Näissä tutkimuksissa intervention toteutti moniammatillinen tiimi tai psykoterapeuttisen erikoiskoulutuksen saaneet fysioterapeutit. Kolmessa muussa kelvollisessa tutkimuksessa ei saatu BPS-kuntoutuksella tilastollisesti merkitsevästi parempia tuloksia kuin tavanomaisella hoidolla.

Kirjallisuuskatsauksen sovellettavuus Suomen olosuhteisiin

Palko toteaa, että kirjallisuuskatsauksen tulosten sovellettavuus Suomen olosuhteisiin on rajoitettu. Hakukriteerit täyttäneiden tutkimusten kohderyhmät poikkeavat tyypillisistä suomalaisista selkäkipupotilaista, tutkimuksia ei ole toteutettu suomalaista perusterveydenhuoltoa vastaavissa olosuhteissa ja terveydenhuollon järjestämismallit ja sosiaaliturvajärjestelmät tutkimusmaissa poikkeavat Suomesta. Kirjallisuuskatsauksesta voidaan kuitenkin päätellä, että kivun kroonistumisen ehkäisy on aloitettava varhain, eikä vasta työkyvyttömyyden pitkittyessä.

Suomessa suuri osa alle kolme kuukautta kestäneistä epäspesifeistä selkäkivuista hoidetaan ja kuntoutetaan perusterveydenhuollossa terveyskeskuksissa tai työterveyshuollossa. Osa potilaista lähetetään subakuutissa vaiheessa fysiatrian poliklinikalle, jolloin kuntoutus jatkuu niiden yhteydessä toimivissa fysioterapiayksiköissä. Tilanteen pitkittyessä osalle potilaista haetaan Kelan järjestämää moniammatillisesti toteutettua laitospääntoutusta.

Palkon johtopäätökset intervention vaikuttavuudesta

Palko toteaa johtopäätöksensä intervention vaikuttavuudesta, että potilaat, joiden selkäkipu pitkittyy tai toistuu ja on vaarassa kroonistua,



STM038:00/2017

tulee arvioida yksilöllisesti huomioiden biopsykososiaaliset tekijät. Potilaan toiminta- ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi tarvittavat kuntouttavat toimenpiteet suunnitellaan potilaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti huomioiden.

9. Intervention turvallisuus

Satunnaistetuissa tutkimuksissa ei ole tullut ilmi, että biopsykososiaaliseen kuntoutukseen liittyisi tekijöitä, jotka vaarantaisivat potilaan turvallisuuden verrattuna nykykäytännön mukaiseen biolääketieteelliseen malliin. Spesifit ja vakavat selkävivun syyt on suljettava asianmukaisesti pois.

Valvontaviranomaisten (Valvira, aluehallintovirastot) ammattihenkilövalvonnasta saaman käsityksen mukaan pitkittyneen selkävivun lääkehoito perustuu usein lääkeriippuvuutta aiheuttaviin opioideihin, pregabaliiniin sekä myös bentsodiatsepiineihin. Biopsykososiaalinen kuntoutus huomioi potilaan kokonaistilanteen ja lääkityksen tarve tulee arvioida yksilöllisesti huomioiden lääkeriippuvuuden kehittymisen riskit.

10. Intervention kustannukset ja kustannusvaikuttavuus

Selkävivun aiheuttamat terveydenhuollon kustannukset koostuvat lääkärin sekä erityistyöntekijöiden, pääsääntöisesti fysioterapeuttien, vastaanottokäynneistä.

Biopsykososiaalinen malli voi edellyttää aiempaa pitempiä vastaanottokäyntejä, jotta potilaan tilanne voidaan kartoittaa huolellisesti. Alkuvaiheessa tehtävä lisäpanostus todennäköisesti vähentää seurantakäyntejä.

Biopsykososiaalinen lähestyminen edellyttää työtapojen muutosta, koulutusta ja yhteistyötä työnantajan kanssa. Biopsykososiaalinen arvio ja kuntoutus voi yksilötasolla edellyttää myös moniammatillista yhteistyötä lääkärin, fysioterapeutin, psykologin, toimintaterapeutin sekä sosiaalityöntekijän kanssa.

On oletettavaa, että aktiivisesti toiminta- ja työkykyä tukeva biopsykososiaalinen kuntoutus vähentää sairauspoissaolojen tarvetta ja siten sairauspäivärahoista ja työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuvia kuluja.

Intervention vaikuttavuutta arvioitaessa on yksilötasolla huomioitava subjektiivisten oireiden vähentyminen sekä toiminta- ja työkyvyn



STM038:00/2017

palautuminen ja yhteiskunnan tasolla terveydenhuollon resurssien käytöstä sekä sairauspoissaoloista aiheutuvat kokonaiskustannukset.

Merkittävä osa selkä kivun aiheuttamista kustannuksista syntyy välillisistä kustannuksista, kuten työpanoksen menetyksestä ja työstä poissaolon takia maksettavista korvauksista. Suosituksen taustaksi tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa ei tehty kustannusvaikuttavuuden arviointia. Kirjallisuuskatsaukseen sisältyvässä suomalaisessa tutkimuksessa (Karjalainen et al) todettiin, että erikoislääkärin (1h käynti) ja fysioterapeutin (90 min käynti) toteuttama mini-interventio johti keskimäärin 583 euron säästöön terveydenhuollon menoissa ja 4839 euron säästöön myös sairauspoissaolot huomioivissa kokonaiskustannuksissa ilman, että vaikuttavuus heikkeni. Jos mini-interventio sisälsi myös työpaikkakäynnit, olivat kustannussäästöt hieman pienemmät (512 € ja 3524 €). Erot eivät olleet tilastollisesti merkittävät, mutta tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina siitä, että mini-interventio johti pienempiin kustannuksiin myöhemmässä vaiheessa.

11. Eettinen pohdinta

Selkäkipu aiheuttaa toiminta- ja työkyvyn sekä elämänlaadun alenemaa, mutta oireisto on usein väistyvä ja harvoin uhkaa pysyvästi terveyttä. Selkäkipu ei ole vakava sairaus, mutta se mielletään usein toimintaa ja työkykyä merkittävästi rajoittavaksi oireeksi. Selkäkipuun liittyy myös pelkoa tilan vakavuudesta ja siitä, että selän käyttö voi pahentaa tilannetta. Hoidon ja kuntoutuksen liiallinen painottuminen biolääketieteelliseen toimintamalliin, selän käytön välttämiseen ja pitkiin sairauspoissaloihin voi vahvistaa sairauden ja toimintakyvyttömyyden tunnetta sekä johtaa selkä kivun kroonistumiseen.

Iän myötä kehon rakenne ja toiminta muuttuu. Muutokset ovat sitä suuremmat mitä vähemmän oman kehon ”käyttöohjeisiin” on kiinnittänyt huomiota. Ikääntymiseen, elintapoihin ja kehon käyttämättömyydestä johtuvaan lihasvoiman ja tukirangan liikkuvuuden heikkouteen liittyviä oireita ei tule medikalisoita eli selittää sairaudella.

Kipu on subjektiivinen kokemus ja siihen vaikuttaa paitsi aikaisemmin koetut kivut ja säryt myös mielentila ja ajankohtaiset haasteet elämässä. Selkäkipu mielletään hyväksytyksi työ- ja toimintakyvyn alenemisen aiheuttajaksi ja selkäkipuun voi tiedostamattakin kanavoitua myös muita potilaan hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, joita hän ei ole pystynyt ratkaisemaan tai joihin hän ei ole voinut vaikuttaa. Keskittyminen selkäkipuun voi tällöin estää mahdollisten psykososiaalisten tekijöiden tunnistamisen, mikä voi johtaa kivun kroonistumiseen.



STM038:00/2017

Selkävun kroonistumisen ehkäisyssä oleellista on arvioida kokonaisuus, jossa huomioidaan yksilön toimintaedellytykset ja ajankohtaisen elämäntilanteen vaatimusten välinen suhde sekä arvioidaan tämän perusteella tarvittavat toimenpiteet ja niiden kohteet. Selkäkipu edellyttää yksilöllisen lääketieteen mukaista potilaskeskeistä lähestymistä.

12. Intervention kohdentaminen

Valtaosalla alaselkäkipupotilaista kivulle ei löydy vakavaa tai spesifistä syytä ja suuri osa akuuttivaiheen selkävunista paranee itseksensä. Useimmille apua hakeville potilaille riittää ammattilaisen ohjeet ja oireiden hoito.

Olellaista on tunnistaa ne potilaat, joilla on kohonnut epäspesifin selkävun kroonistumisen riski. Tähän ei ole vielä luotettavia menetelmiä (katso Liite: Kirjallisuuskatsaus), mutta elämäntavoilla ja niin fyysisillä kuin psykososiaalisilla kuormitustekijöillä on yhteys kivun kroonistumiseen.

Biopsykososiaalisten kuormitustekijöiden arviointi jo ennen kivun pitkittymistä auttaa tunnistamaan ne potilaat, joilla fyysiset ja psyykkiset voimavarat eivät vastaa työn, harrastusten ja muun arkielämän vaatimuksia tai joilla työympäristö merkittävästi vaikuttaa oireiluun. Näillä potilailla toimenpiteiden suunnittelussa biopsykososiaalinen kokonaisuus tulee huomioida yksilöllisesti ja toimenpiteet pitää käynnistää viimeistään 6 viikon kohdalla.

13. Lisänäytön kerääminen

Biopsykososiaalisen intervention oikea ja erityisesti intensiteetiltään tarkoituksenmukainen kohdentaminen edellyttäisi, että selkävun kroonistumisen riskiryhmä tunnistetaan nykyistä paremmin. Kirjallisuuskatsaus osoitti, että toistaiseksi ei ole menetelmää, jonka avulla biopsykososiaalisen intervention sisältö ja intensiteetti voitaisiin tarkasti määrittää kivun kroonistumisen ehkäisemiseksi. Suomessa käynnissä oleva tutkimus tuottanee tietoa selkävun kroonistumisen riskiprofiilista 3-4 vuoden sisällä. Tämän jälkeen tulee tämän suosituksen sisältö ja intervention kohdentaminen sekä erityisesti intervention intensiteetti arvioida uudestaan.



STM038:00/2017

Selkäkivun kroonistuminen johtaa terveyspalvelujen käyttöön, sairauspoissaoloihin sekä äärimmäisessä tilanteessa työkyvyttömyyseläkkeisiin. Näitä diagnoosipohjaisesti seuraamalla saadaan tietoa biopsykososiaalisen kuntoutuksen vaikutuksista väestötasolla.

14. Suosituksen vaikutusten seuranta

- Selkäkipuperusteisten (diagnoosi M54) sairauspäiväraha-kausien saajien määrän ja sairauspoissaolojen keston väheneminen.
- osasairauspäivärahan saajien määrän ja sairauspoissaolojen keston muutos
- Selkäkipuperusteisten (diagnoosi M54) työkyvyttömyyseläkehakemusten ja alkavien uusien eläkkeiden väheneminen
- osatyökyvyttömyyseläkkeen saajien osuus alkavista uusista eläkkeistä

15. Johtopäätökset

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

Terveysongelman merkittävyys

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

Selkäkivun tutkimus, hoito ja kuntoutus kuuluvat julkisesti rahoitetun terveydenhuollon piiriin.

Lääketieteellinen perusteltavuus

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



STM038:00/2017

Vaikuttavuutta ja turvallisuutta arvioidaan suhteessa hoidettavan terveysongelman vakavuuteen tutkimustiedon ja muun näytön perusteella.

Biolääketieteellinen malli ei ole pystynyt riittävästi vastaamaan selän kivun kroonistumisen ehkäisyyn. Psykososiaaliset tekijät tulee huomioida biomekaanisten tekijöiden rinnalla niin hoidon ja kuntoutuksen arvioinnissa kuin sen yksilöllisessä toteutuksessa.

Palko katsoo, että biopsykososiaalinen kuntoutus on muun hoidon osana lääketieteellisesti perusteltua viimeistään kuuden viikon kohdalla, jos selkäkipu pitkittyy tai jos se toistuu lyhyemmissä jaksoissa, ja toiminta- ja työkyky ovat sen johdosta uhattuna.

Eettisyys ja taloudellisuus kokonaisuutena

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

Epäspesifin selkävivun kroonistumiseen vaikuttavat myös toipumisen mahdollisuuksiin liittyvät ajatukset, puheet ja toimintamallit. Sen vuoksi on tärkeä arvioida yksilön voimavarat suhteessa ympäristön vaatimuksiin kokonaisuutena ja kohdentaa biopsykososiaaliset kuntoutustoimenpiteet yksilöllisesti tukemaan aktiivisuutta, voimaantumista ja osallisuutta. Kivun välttäminen johtaa toiminta- ja työkyvyn heikentymiseen, samoin pitkät sairauspoissaolot.

Mikäli selkävivun kroonistumista pystyttäisiin alkuvaiheen lisäresursoinnilla vähentämään, terveystalouden myöhempi käyttö voisi vastaavasti vähentyä ja resursseja vapautua muiden sairauksien hoitoon.

16. Palkon suosituslause

Biopsykososiaalinen kuntoutus kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan, kun selkäkipu alkuvaiheen hoidosta huolimatta pitkittyy tai kun selkäkipujaksot ovat toistuvia, ja toiminta- ja työkyky ovat on sen johdosta uhattuna.



STM038:00/2017

Potilaan toiminta- ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi tarvittavat kuntouttavat toimenpiteet suunnitellaan muun hoidon osana potilaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti huomioiden viimeistään kuuden viikon kuluttua oireiden alkamisestakohdalla.

17. Suosituksen valmistelun vaiheet

13.12.2016	Palkon kokous hyväksyi suosituksen valmistelun jatkamisen
Marraskuu 2017	Kirjallisuuskatsauksen hankintasopimus allekirjoitettiin
25.4.2018	Kirjallisuuskatsaus valmistui
4.9.2018	Palkon kokous hyväksyi luonnokset julkaistavaksi kommentoitaviksi otakantaa.fi-sivuilla
10.9.-7.10.2018	Komentointi otakantaa.fi-sivuilla
1.11.2018	Lopullinen hyväksyminen Palkon kokouksessa
Marraskuu 2018	Julkaisu Palkon kotisivuilla

Liite: Subakuutin selkäkivun hoito perusterveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus biopsykososiaalisen kuntoutuksen ja potilassegmentoinnin vaikuttavuudesta



STM038:00/2017

Lähteet

Alaselkävun käypä hoito –suositus 2017 (Käypä hoito 2017)

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi20001.pdf>

Buchbinder et al Low back pain: a call for action.

Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, Croft P; Lancet Low Back Pain Series Working Group.

Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2384-2388. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30488-4. Epub 2018 Mar 21.

Foster et al Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions.

Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group.

Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6.

Hartvigsen et al what low back pain is and why we need to pay attention.

Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M; Lancet Low Back Pain Series Working Group.

Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2356-2367. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30480-X.

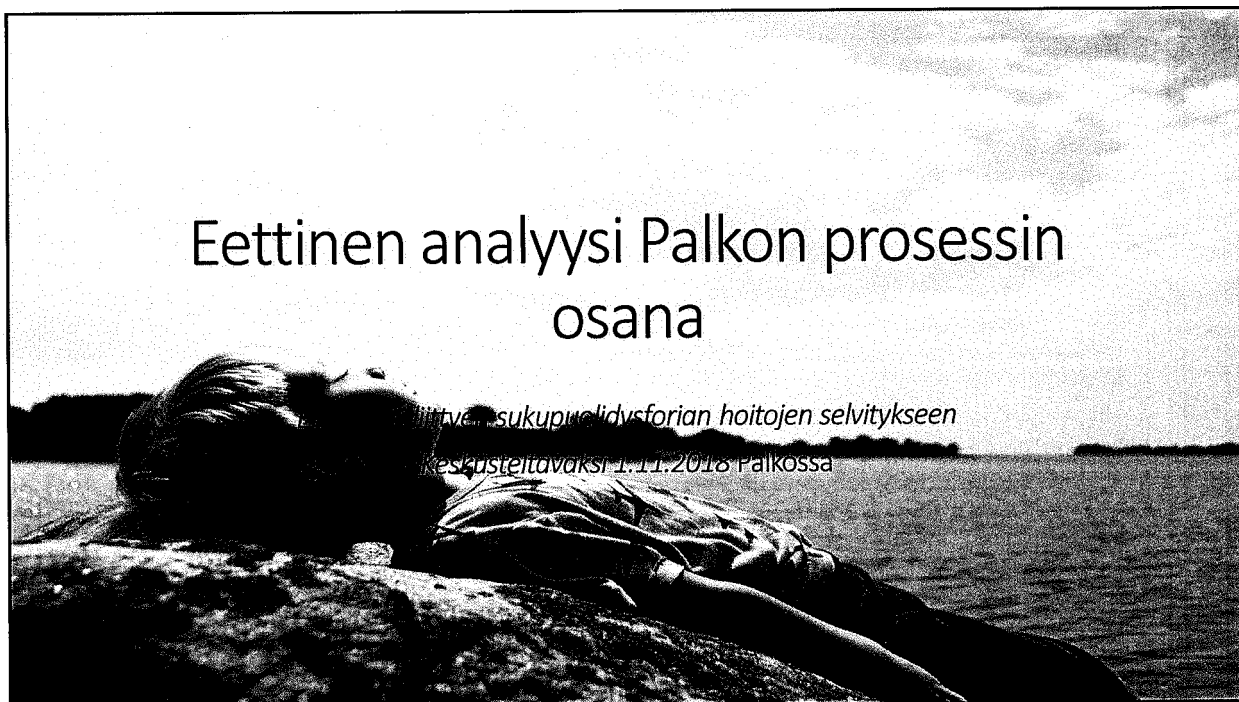
THL–ICF-luokitus, <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

FinTerveys 2017, Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa : FinTerveys 2017 –tutkimus, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

THL:n tilastoraportti: 23/2018, Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyyt vuonna 2017

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018060825552>

Karjalainen et al. Mini-Intervention for Subacute Low Back Pain, Two-Year Follow-up and Modifiers of Effectiveness, SPINE Volume 29, Number 10, pp 1069–1076



1. Miksi eettinen analyysi yleensä
2. Miksi eettinen analyysi juuri tässä tapauksessa
3. Miten käytännössä: EuNetHTA malli
4. Suomalaisia esimerkkitapauksia ja viitteet



Miksi eettinen pohdinta on osa terveydenhuollon menetelmien arviointia?

Uusien hoitojen käyttöönotolla on moraalisia seurauksia

- Resurssivaikutukset järjestelmälle ja potilaille
- Vaikutukset potilaiden ja ammattilaisten oikeuksille ja rooleille
- Heijastusvaikutukset muuhun terveydenhuoltoon

Uuden teknologiat voivat olla arvoladattuja

- Voivat haastaa yhteiskunnallisia arvoja
- Yhteiskunnan arvot vaikuttavat, miten vanhoja teknologioita käytetään

HTA prosessiin liittyy arvokysymyksiä

- Hoitojen hyväksytyt päämäärät, tulostittarit, luottettavuusrajat
- Arvioinnissa käytettävät menetelmät ja kuultavat henkilöt
- Tiedon ja johtopäätösten suhde, tiedottaminen, kansalaiskeskustelu



1. Miksi eettinen analyysi yleensä
2. Miksi eettinen analyysi juuri tässä tapauksessa
3. Miten käytännössä: EuNetHTA malli
4. Suomalaisia esimerkkitapauksia ja viitteet



Miksi eettinen pohdinta on tärkeää juuri sukupuolidysforian tapauksessa?

Uusien hoitojen käyttöön otolla on moraalisia seurauksia

- Resurssivaikutukset merkittäviä järjestelmä- ja yksilötasolla.
- Oikeudenmukaisuuskysymykset potilasryhmien välillä haastavia
- Ikä ja oikeudet. Diagnostiikka ja subjektiiviset ongelmat.
- Yms...

Uuden teknologiat voivat olla arvoladattuja

- Ilmeinen jännite yhteiskunnan arvomaailmassa teemaan liittyen
- Diskurssien kohtaaminen: terveydenhuollon vaikuttavuus ja ihmisoikeudet
- Lääkärin ja potilaan roolit ja päätösvalta asiassa?
- Juridinen ympäristö myös muutoksessa
- Yms...

HTA prosessiin liittyy arvokysymyksiä

- Tulosmuuttajat? Riittävä näytön taso?
- Potilaiden subjektiivisen kokemuksen selvittäminen ja edustajuus
- Lääketieteellisen auktoriteetin ja tieteen rooli
- Rationaalisen ja hedelmällisen kansalaiskeskustelun synnyttäminen ja konsensuksen etsintä
- Yms...



1. Miksi eettinen analyysi yleensä
2. Miksi eettinen analyysi juuri tässä tapauksessa
3. Miten käytännössä: EuNetHTA malli
4. Suomalaisia esimerkkitaupuksia ja viitteet



Miten toteutetaan?

- Eettiseen arviointiin ei ole yhtä ainoaa mallia, vaan useita.
 - Konsensusta parhaasta mallista ei ole, mutta se ei haittaa.
 - Päinvastoin, laaja-alainen eri eettisten teorioiden soveltaminen mahdollistaa parhaiten kaikkien osapuolten argumenttien kuulemisen.
- EUnetHTA hankkeessa on kehitetty ns. EUnetHTA ydinmallin osana eettisen arvioinnin malli
 - Pyrkii standardoimaan eettisen analyysin
 - Tavoitteena yhteinen ymmärrys kaikille osapuolille siitä, mitä tehdään ja miksi.
 - Välttämättömien HTA osioiden (vaikuttavuus, kustannukset yms) lisäksi eettinen arviointi on erityisesti suhteessa organisatorisiin, sosiaalisiin ja juridisiin arvioon osiin.
 - Näitä voidaan ottaa mukaan soveltuvien osien



Keskeiset käsiteltävä eettiset teemat EUnetHTA mallissa

- Periaatteelliset kysymykset teknologiaan liittyen
- Itsemääräämisoikeus
- Ihmisarvo
- Integriteetti
- Hyödyt ja haitat
- Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo
- Oikeudet
- Lainsäädäntö



Tiedon hankinnan ja käsittelyn erityispiirteitä

- Kirjallisuuskatsaus luonnollisesti tärkeä
 - Mutta eettisen analyysin kannalta relevantti kirjallisuus leviää usealle tieteenalalle ja etsintä haastavaa. Pubmed – haulla löytyy yleensä melko vähän.
- Jatkuva keskusteluyhteys muiden arvioinnin osa-alueiden kanssa tärkeää
 - Esim. vaikuttavuuden arvioimiseksi tehty kirjallisuushaku löytää usein myös etiikan kannalta kiinnostavia artikkeleita. Juridinen analyysi on myös tärkeää.
- Jaostossa ja Palkossa käytävä arvokeskustelu aiheesta on tärkeää, analyysi tuottaa siihen rakenteen
 - Eettistä analyysiä ei voi kokonaan “ulkoistaa”
- Osapuolten kuuleminen on tärkeää nimenomaan eettisen osion kannalta
 - Vähintään siksi, että kaikki relevantit argumentit saadaan tunnistettua
- Filosofinen analyysi tunnistetuista argumenteista pluralistisella kehikolla
 - Eli käytetään erilaisia filosofisen analyysin menetelmiä (erityisesti prinsiplismi, kasuistiikka, koherenssianalyysi ja laajan reflektiivisen tasapainon menetelmät)
- Tasapainoinen kokonaisesitys yhteenvedosta on erityisen tärkeää



10

- Miksi eettinen analyysi yleensä
- Miksi eettinen analyysi juuri tässä tapauksessa
- Miten käytännössä: EuNetHTA malli
- Suomalaisia esimerkkitapauksia ja viitteet



Suomalaisia esimerkitapauksia

- Perusteellinen, eettisen arvion sisältävä HTA Suomessa koski esimerkiksi lihavuuskirurgiaa.
 - Koko raportti: Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. (Ikonen et al. THL raportteja 16/2009. Yliopistopaino, Helsinki 2009.
 - <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80210/739965e6-bf7f-4d48-9d29-31b2275c9976.pdf?sequence=1>
 - Duodecim lehdessä tiivistelmä (Saarni et al. Lihavuuden leikkaushoitoon liittyviä eettisiä näkökohtia. Duodecim 2009;125(20)2280-6=
 - <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo98373>
 - Raportti sisältää luvut paitsi eettisistä näkökohdista, myös lihavuuden ja leikkausten merkityksestä potilaiden kuvaamina, lainsäädännöstä ja palveluiden järjestämisestä Suomessa.



EUnetHTA ydinmalli

- Viimeisin EUnetHTA ydinmallin versio (3.0) löytyy netistä:
<https://mek.thl.fi/htacore/model/HTACoreModel3.0.pdf>
- Tiivistelmä EUnetHTA ydinmallin eettisen analyysin kehittämisestä ja rakenteesta löytyy esim. (Saarni et al Ethical analysis to improve decision-making on health technologies. WHO bulletin 2008;86(8))
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-051078.pdf?ua=1>



Tiivistelmä

- Puhtaasti lääketieteellinen analyysi ja kirjallisuuskatsaus ei todennäköisesti ratkaise seksuaalidysforiaan liittyviä yhteiskunnallisia ristiriitoja.
- Syynä on, että merkittävä osa teemaan liittyvistä erimielisyyksistä johtuu arvoriitidoista keskustelun takana, ei niinkään erimielisyyksistä faktojen suhteen.
- Eettinen analyysi voisi auttaa laajentamaan keskustelua koko ongelmakentän kattavaksi ja eri osapuolia laajemmin tyydyttäväksi.





Liite 7.1.
x.11.2018

Sosiaali- ja terveysministeriö

Viite: Lausuntopyyntö 20.8.2018 / diaarinumero STM/2645/2/17

LAUSUNTO

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) lausuntoa Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän mietinnöstä ja toimenpide-ehdotuksista.

Palko tarkastelee lausunnossaan tehtyjä toimenpide-ehdotuksia terveydenhuollon palveluvalikoiman näkökulmasta ja lausuu seuraavaa:

Mietintö perustuu huolella tehtyyn asiantuntijatyöhön ja toimenpide-ehdotukset ovat kokonaisuudessaan selkeitä, hyvin perusteluja ja erittäin kannatettavia.

Terveydenhuoltolain 1202/2013, 7 a § mukaan terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.

Toimenpide-ehdotuksissa ehdotetaan muun muassa kaikille tupakoiville vieroituspalveluja ja ehdotettujen maakuntien tupakasta vieroituksen yksiköiden vierottavan tupakasta eri menetelmiä käyttäen. On tärkeää, että vieroituspalveluissa käytetään vaikuttavaksi todettuja menetelmiä. Siksi Palko ehdottaa, että toimenpide-ehdotuksissa korostetaan vaikuttavien palveluiden ja menetelmien käyttöä ja eri menetelmien käyttöä seurataan.

Yksityiskohtaiset ehdotukset:

Toimenpide 17: Koko hoitoketju perus- ja erityispalveluissa ylläpitää vieroitusosaamista, tarjoaa kaikille tupakoiville **vaikuttavia** vieroituspalveluja ja osallistuu potilaan tupakasta vieroitukseen.

Toimenpide 19: Maakuntiin perustetaan tupakasta vieroituksen yksiköt, jotka toimivat alueellisina kouluttajina, konsultoivat alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä vieroitushoidon toteuttamisessa ja vieroittavat tupakasta käyttämällä **erilaisia, vaikuttaviksi todettuja**, menetelmiä.

Toimenpide 43: Varmistetaan väestöä ja tupakkalain valvontaa koskevien tietojärjestelmien toiminta. Niiden tulee tuottaa ajantasaista tietoa nikotiinituotteiden ja -jäljitelmien myynnistä,



käytöstä (myös erityisryhmissä), hankinnasta, markkinoinnista, nikotiinituotteiden käytön lopettamisesta, **lopettamisen tueksi tarjotuista menetelmistä ja niiden käyttämisestä**, käytöstä aiheutuvista sairauksista, sairastavuudesta ja niistä syntyvistä kustannuksista sekä jakautumisesta eri väestöryhmiin.





22.10.2018

AIHE-EHDOTUS: VAIKEAN KOMBINOIDUN IMMUNIPUUTOKSEN (SCID) SEULONTA VASTASYNTYNEIDEN KANTAPÄÄVERINÄYTTEESTÄ

Tausta

Tyks Lasten ja nuorten klinikka ja HUS Lasten ja nuorten klinikka ovat ehdottaneet Ehdota aihetta -palvelun kautta vaikean kombinoidun immuunipuutoksen (SCID) seulonnan vastasyntyneiden kantapääverinäytteestä. Palvelun kautta on mahdollista tehdä ehdotus kansallisen suosituksen tai terveydenhuollon menetelmäärvion laatimiseksi.

Ehdotuksen tekijöiden mukaan menetelmä mahdollistaisi SCIDin seulonnan vastasyntyneiden metabolisten sairauksien rinnalla samasta verinäytteestä. Menetelmää voidaan käyttää myös lievemmän T-soluvajeen diagnostiikassa vastasyntyneisyyskauden lapsille, joiden syntyessä SCID-seulonta ei ollut vielä käytössä. Menetelmä tarjoaisi mahdollisuuden seuloa vaikeaa kombinoitua immuunivajetta ensimmäisten elinpäivien aikana. Varhainen diagnoosi mahdollistaisi parantavan hoidon eli kantasolusiirron. FinoHTA arvioi vuonna 2004 aineenvaihduntatautiin seulontaohjelman käynnistämisen vastasyntyneiltä otettavasta veritäplästä. Raportissa päädyttiin ehdottamaan 5 aineenvaihduntatautiin seulontaa. Sitten se seulontaohjelma käynnistyi ja laajentui yliopistosairaaloiden sekä seulontalaboratorion päätöksellä kattamaan tällä hetkellä jo 23 aineenvaihduntatautiin, joista kaikista ei ole tehty huolellista vaikuttavuusarviota.

SCID seulonnassa käytettäisiin samaa veritäplänäytettä kuin aineenvaihduntatautiin seulontaan, mutta näytettä käytettäisiin geenivirheen tunnistamiseen eli käytännössä tehtäisiin päätös geneettisen seulonnan aloittamisesta. Tämä päätös voisi johtaa laajempaan geneettiseen seulontaan, jos kutakin seulontamenetelmää ei huolellisesti arvioida. Ehdotuksen tekijät arvioivat, että SCID-seulonnassa tulee vääriä positiivisia tuloksia arviolta 30-50 -kertainen määrä todellisiin SCID-diagnooseihin verrattuna, mikä on enemmän kuin aineenvaihduntatautiin seulonnassa. Seulontapositiivisuus johtaa paitsi kiireellisiin lisätutkimuksiin myös sairaalakäynteihin ja merkittävään huoleen. Sekä SCID-seulonnan alkuinvestointien että varsinaiset seulontakustannukset sekä seulontoja seuraavan hoidon kustannukset on syytä arvioida. SCID seulonnan arvioinnin yhteydessä olisi tärkeä arvioida myös raskauden aikaisen yhtenäisen informaation tarve ja sen kustannukset.

Kansallisen seulontatyöryhmän toimikausi päättyi vuonna 2015. Sen tehtävänä oli muun muassa arvioida käynnissä olevia seulontaohjelmia, niiden menetelmiä ja vaikutuksia sekä arvioida seulonnoiksi ehdolla olevia seulontatutkimuksia ja niiden menetelmiä. Finohta laati menetelmäärviointeja seulonnat mukaan lukien vuoden 2016 loppuun saakka. Tällä hetkellä vastaavia tehtäviä tekeviä kansallisia toimijoita ei ole määritelty. Valtioneuvoston asetuksen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) mukaan viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava eräistä erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti, kuten valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset jatkotutkimukset ja seulontaprosessien laadunvarmistus mukaan lukien harvinaisten aineenvaihduntatautiin seulonta vastasyntyneiltä.



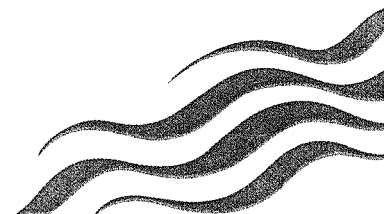
Ehdotus

TYKS:n ja HYKS:n ehdotuksen perusteella ja Palkon sihteeristön esivalmistelun pohjalta Palko päättää kokouksessaan 1.11.2018 aloittaa suositusvalmistelun aiheesta ”Vaikean kombinoitun immuunipuutoksen (SCID) seulonta vastasyntyneiden kantapääverinäytteestä” (työnimi).

Tämän suosituksen valmistelua varten perustetaan uusi jaosto (seulontajaosto), jonka puheenjohtajana toimii Palkon jäsen tai varajäsen. Nimitettävä jaosto ja Palkon sihteeristö valmistelevat aiheen rajauksen, kirjallisuuskatsauksen hankinnan ja muun suositusvalmistelun. Jaostoon nimitetään Palkon jäseniä/varajäseniä sekä aihepiirin asiantuntijoita. Jaoston nimittämismuistio ja alustava työsuunnitelma tuodaan Palkon kokoukseen 18.12.2018.

Jaosto ei aloita muiden seulontaan liittyvien suositusten valmistelua. STM ja Palko selvittävät yhdessä, miten jatkossa arvioidaan seulonnoiksi ehdolla olevia seulontatutkimuksia ja niiden menetelmiä sekä arvioinnin perusteella laaditaan suosituksia.

Suositusvalmistelu edellyttää jo suunniteltujen suositusten valmistelun uudelleenaikataulutusta ja mahdollisesti Palkon lisäresurssointia.





1.11.2018

STM038:00/2017

Korkein hallinto-oikeus

PL 180

00131 HELSINKI

Viite: Lausuntopyyntönne 30.8.2018 / diaarinumero 5340/2/17

LAUSUNTO

Korkein hallinto-oikeus (KHO) on pyytänyt terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) lausuntoa asiassa, joka koskee rajat ylittävstä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) 13 §:n mukaisen ennakkoluvan myöntämistä ulkomailla tehtävään lihavuusleikkaukseen.

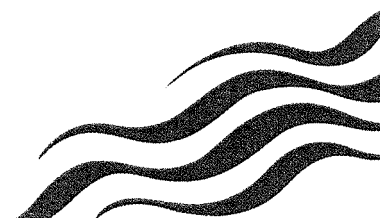
Esitiedot

KHO:n käsiteltävänä olevassa tapauksessa tuolloin 70-vuotias henkilö on hakenut 6.7.2016 päivätyllä hakemuksella Kansaneläkelaitokselta (Kela) ennakkolupaa hakeutua ulkomaille lihavuusleikkaukseen. Hakija esitti perusteluna, että hoidon tarve on ollut selvä jo vuodesta 2011, mutta julkinen terveydenhuolto ei ole tehnyt mitään. Terveydenhuoltolain mukainen kuuden kuukauden enimmäisodotusaika on ylittynyt, joten potilaan on hakeuduttava itse hoitoon.

Sairaanhoitopiirin Kelalle antaman sitovan lausunnon mukaan leikkauskriteerit täyttävä lihavuusleikkaus kuuluu Suomessa julkisen terveydenhuollon piiriin. Liikalihavuuden kirurgisen hoidon yläikärajana pidetään Käypä hoito –suosituksen mukaan 60-65 vuotta. Tätä vanhemmilla lihavuuden kirurgisesta hoidosta ei ole osoitettu olevan hyötyä, pikemminkin lähinnä leikkausriskit ja haittavaikutuksen kasvavat. Jos Käypä hoito –suosituksen mukaiset kriteerit täyttyvät, voidaan potilaalle antaa leikkaushoito hoitotakuuajan kuluessa Suomessa. Kyseisen potilaan kohdalla potilaan ikä ylittää suositukset ja hoidosta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä. Riskit huomioiden hoito ei näin ollen kuulu julkisen terveydenhuollon palveluvalikoiman piiriin. Luvan myöntämistä ei puollettu.

Lausunnon johdosta antamassaan vastineessa hakija katsoi, että lausunnossa oli puutteita. Antamassaan lisälausunnossa sairaanhoitopiiri katsoi, että henkilö oli selkeästi yli-ikäinen lihavuusleikkaukseen julkisessa terveydenhuollossa. Käypä hoito –suosituksen mukaan potilaan ikä muiden kriteerien ohella määrittää leikkaukseen pääsyn. Yläikäraja ei ole ehdoton, mutta yli 70 vuoden ikä ylittää suosituskärajan niin huomattavasti, ettei indikaatiota leikkaukseen julkisessa terveydenhuollossa ole. Hoidon riskit ylittävät asiantuntijoiden mukaan huomattavasti siitä saadun hyödyn.

Kela antoi 5.9.2016 sairaanhoitopiirin sitovien lausuntojen perusteella kielteisen päätöksen.



Hakija valitti päätöksestä hallinto-oikeuteen, joka 25.10.2017 antamassaan päätöksessä hylkäsi valituksen. Se totesi, että asiassa oli ratkaistavana, täytyivätkö tilanteessa Euroopan parlamentin ja neuvoston sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta antaman asetuksen 883/2004 20 artiklan 2 momentin mukaiset edellytykset ennakkoluvan myöntämiselle. Oli arvioitava, kuuluiko hakemuksen kohdeena ollut hoito Suomessa korvattaviin etuuksiin eli olisiko hakijalla ollut oikeus saada Suomessa ennakkolupahakemuksessa tarkoitettua hoitoa.

Saadun selvityksen mukaan lihavuusleikkaus on vasta viimesijainen keino pyrkiä hoitamaan lihavuutta ja siihen liittyviä sairauksia. Tämän vuoksi ei ole selvästi määriteltävissä, milloin leikkaushoito on ajankohtaista. Sitä voi perustellusti edeltää vuosienkin konservatiivinen hoito. Kyseisessä tapauksessa ei ollut ilmennyt, että muita lihavuuden hoitomuotoja olisi liiemmin käytetty tai että ko. henkilö olisi edes hakeutunut hoitoon niitä saadakseen.

Etukäteen on vaikea arvioida, miten paljon ikä lisää leikkauksen riskejä kussakin tapauksessa. Joka tapauksessa hakijan sairauksista saatujen selvitysten perusteella oli perusteltua arvioida Käypä hoito –suosituksen mukaisesti, että leikkauksen riskit hänen iässään olivat tavanomaista suuremmat ottaen huomioon, että tutkimustuloksia yli 65-vuotiaiden leikkaushoidosta on vasta vähän.

Näissä oloissa ja huolimatta hakijan esittämistä selvityksistä ja siitä, että ulkomailla marraskuussa 2016 tehty leikkaus on mahdollisesti onnistunut hyvin, hallinto-oikeus katsoi sairaanhoitopiirin lausuntojen perusteella, että hakija on voinut saada asianmukaista hoitoa Suomessa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa ottaen huomioon asianomaisen sen hetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku. Koska julkisia terveys- ja sairaalapalveluja antava yksikkö ei ole luvan myöntäjää sitovissa lausunnoissaan pitänyt luvan myöntämistä perusteltuna, Kela on voinut hylätä hakemuksen.

Ennakkoluvan hakija on 31.10.2017 päivätyllä kirjelmällä hakenut KHO:lta valituslupaa ja valittanut päätöksestä. Valitusluvan myöntämisen perusteina esitetään oikeuskäytännön yhtenäistäminen, menettelyvirhe, kun asia on ratkaistu asiaan osallisen antamien lausuntojen perusteella ja hakijan henkilökohtaisesta tilanteesta johtuva erityinen syy. Valituksessa katsotaan, että ennakkolupa on myönnettävä, jos hoidon tarve on lääketieteellisesti perusteltu ja tarvittu hoito kuuluu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja jos potilaalle ei ole voitu tai voida antaa hoitoa Suomessa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa.

Palkon KHO:sta puhelimitse saaman tiedon mukaan valituslupa-asiaa ei ole vielä ratkaistu, vaan asia ratkaistaan vasta Palkon lausunnon saamisen jälkeen.

Sovellettava lainsäädäntö

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta annetun valtioneuvoston asetuksen (63/2014) 1 §:n 1 kohdan mukaan neuvoston tehtävänä on muun muassa antaa Kansaneläkelaitoksen ja muiden viranomaisten pyynnöstä lausuntoja palveluvalikoiman soveltamisesta ja sen määrittelyssä käytettävistä periaatteista.



Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksen n:o 883/2004 momentin 20.2 mukaan vakuutettu, joka on saanut toimivaltaiselta laitokselta luvan mennä toiseen jäsenvaltioon saadaksesen tilansa edellyttämää hoitoa, on oikeutettu luontoisuuksiin, jotka oleskelupaikan laitos myöntää toimivaltaisen laitoksen puolesta ja soveltamansa lainsäädännön mukaisesti, ikään kuin asianomainen olisi vakuutettu kyseisen lainsäädännön mukaisesti. Lupa on myönnettävä, jos kyseinen hoito kuuluu asianomaisen henkilön asuinjäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin ja jos asianomaiselle henkilölle ei voida antaa tällaista hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa, ottaen huomioon asianomaisen senhetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku.

Rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 13 § sisältää tarkemmat säännökset ennakkolupamenettelystä. Pykälän 1 momentin nojalla Kela on lupaa antaessaan sidottu julkisen terveydenhuollon toimintayksikön antamaan lausuntoon.

Terveydenhuoltolain (1202/2013) 7a §:n 1 momentin terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.

Saman pykälän 2 momentin mukaan palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Lain 78a §:n 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteydessä toimii terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Suosituksia antaessaan neuvoston tulee ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.

Palkon lausunto

Käsiteltyään asian kokouksessaan 1.11.2018 terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto on päättänyt antaa seuraavan lausunnon.

Säännösten soveltamisesta

Nyt kysymyksessä olevassa tapauksessa hakija on hakenut Kelalta rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 13 §:n mukaista ennakkolupaa. Ennakkoluvan myöntämisen edellytykset määräytyvät EU-asetuksen n:o 883/2004 momentin 20.2 mukaan. Päinvastoin kuin valituslupahakemuksen perusteluissa esitetään, kyse ei ole potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollosta annetun Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin



2011/24/EU (potilasdirektiivi) soveltamisalaan kuuluvasta rajat ylittävästä terveydenhuollosta, eikä tapaukseen siksi myöskään sovelleta rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:ää.

Ennakkoluvan myöntämisten edellytysten täyttymistä tulee 20.2 momentissa nojalla arvioida kaksivaiheisesti. Ensin arvioidaan, kuuluuko kyseinen hoito asianomaisen henkilön asuinjäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin. Mikäli kuuluu, arvioidaan toisessa vaiheessa, voidaanko tällainen hoito antaa asuinjäsenvaltiossa asianomaiselle henkilölle lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa, ottaen huomioon asianomaisen senhetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku.

Lihavuusleikkauksen kuuluminen palveluvalikoimaan

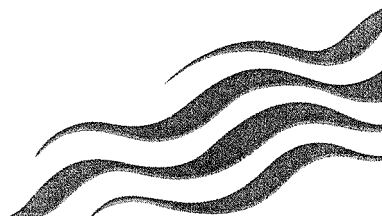
Ennakkolupaa on haettu ulkomailla liikalihavuuden ja siitä johtuvien sairauksien hoitamiseksi tehtävään leikkaukseen. Hakemuksesta ei ilmene, millä menetelmällä leikkaus oli tarkoitus tehdä, mutta muista asiakirjoista ilmenee, että se on sittemmin tehty mahalaukun kavennusmenetelmällä (sleeve).

Palko ei ole antanut nimenomaista suositusta lihavuusleikkausten kuulumisesta palveluvalikoimaan. Palko on 26.5.2016 hyväksymässään väliraportissa (liite) todennut, että terveydenhuollon palveluvalikoimaa on määritelty (*lisäys tässä: Palkon suositusten lisäksi*) lainsäädännössä, viranomaispäätöksissä, tuomioistuintratkaisuuissa sekä erilaisissa suosituksissa. Nykyisen palveluvalikoiman ytimen voidaan katsoa koostuvan yleisesti käyttöön hyväksytyistä ja vakiintuneista kansallisista hoitokäytännöistä sekä terveydenhuollon osa-alueista, joista on erikseen tarkemmin säädetty, kuten kansallisista rokotus- ja seulontaohjelmista. Väliraportissa todetaan muun muassa, että Käypä hoito -suositukset eivät määritä varsinaista palveluvalikoimaa, mutta hoitosuosituksien sisältöä hyödynnetään palveluvalikoiman määrittelyssä.

KHO:n oikeudenkäyntiasiakirjoihin sisältyvän syyskuussa 2013 julkaistun aikuisten lihavuuden Käypä hoito –suosituksen kohdassa Keskeinen sanoma (s. 2) todetaan muun muassa, että sairaalloista lihavuutta voidaan hoitaa kirurgisesti, ellei asianmukainen konservatiivinen hoito tuota pysyvää laihtumistulosta. Leikkaushoitoa käsitellään tarkemmin suosituksen sivuilla 19-24, jossa todetaan muun muassa, että mahalaukun kavennus on yksi Suomessa käytössä oleva lihavuuden leikkaushoidon menetelmä.

Palko katsoo Käypä hoito –suosituksen nojalla, että lihavuuden kirurginen hoito kuuluu Suomen julkisesti rahoitettuihin terveystalouteen. Edellytyksenä on, että asianmukainen konservatiivinen hoito ei ole tuottanut riittävää hoitotulosta. Suosituksen mukaan Suomessa on käytössä useita eri leikkausmenetelmiä, joista nyt kysymyksessä olevassa tapauksessa on käytetty yhtä: mahalaukun kavennusta.

Edellä todetuilla perusteilla Palko katsoo, että mahalaukun kavennus –menetelmällä tehty lihavuuden kirurginen hoito on terveydenhuoltolain 7a §:n 1 momentin nojalla terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluva menetelmä potilasryhmällä, jolla asianmukainen konservatiivinen hoito ei ole tuottanut riittävää tulosta. Näin ollen vastaus EU-asetuksen n:o 883/2004 20.2 momentin ensimmäisen ehdon soveltamisen osalta on myönteinen.



Palko yhtyy asiakirjoissa ilmaistuun käsitykseen, että tällainen leikkaus on ollut ajanjaksona, jota KHO:n käsiteltävänä oleva asia koskee, toteutettavissa Suomen julkisessa terveydenhuollossa terveydenhuoltolain 52 §:n mukaisen määräjän kuluessa, mikäli siihen todetaan olevan lääketieteellinen peruste.

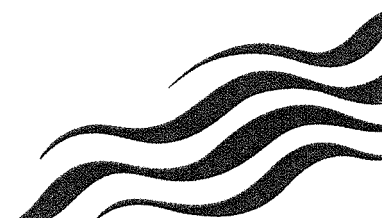
Palkon toimivallasta

Palko ottaa pääsääntöisesti palveluvalikoiman määrittelyn lähtökohdaksi terveysongelma-interventio –parin. Terveysongelmalla tarkoitetaan tutkittavaa tai hoidettavaa sairautta tai muuta terveyspalveluiden käytön syytä. Interventiolla puolestaan tarkoitetaan terveydenhuollon menetelmää, jolla terveysongelmaa tutkitaan tai hoidetaan. Näiden kahden tekijän huomioimisen lisäksi joudutaan palveluvalikoimaan määrittäessä usemmiten tekemään myös potilasryhmäkohtaista jaottelua, mikäli palveluvalikoimaan sisällyttämisen kriteerit täyttyvät vain osalla potilasjoukosta. Tällä pyritään varmistamaan palveluvalikoiman ohjausvaikutus ja turvaamaan yhdenvertaisuus: riittävän samanlaisessa asemassa olevia kohdellaan samalla tavalla.

Palkon hyväksymässä väliraportissa todetaan, että palveluvalikoimaa määritellään potilasryhmätasolla kun taas potilaiden hoitopäätökset tehdään yksilötasolla, yksilöllisen hoidontarvearvion perusteella. Hoidon tarvetta arvioitaessa otetaan lääketieteellisten tai hammaslääketieteellisten seikkojen lisäksi huomioon voimassa oleva lainsäädäntö ja suositukset palveluvalikoiman sisällöstä sekä potilaan kyky hyötyä hoidosta. Tarvearvio voi käytännössä johtaa myös sen toteamiseen, että palveluvalikoimaan kuuluva menetelmä ei ole yksittäisen potilaan käytettävissä, koska potilas ei hyötyisi siitä. Selvyiden vuoksi Palko toteaa, että hyötymisellä tarkoitetaan tässä yhteydessä menetelmään todennäköisesti liittyvien hyötyjen ja haittojen tai riskien yhteisvaikutusta.

Palko katsoo, että KHO:n ratkaistavana olevassa tapauksessa ei ole kyse palveluvalikoiman määrittelystä terveysongelman, intervention tai potilasryhmän perusteella, vaan yksittäisen potilaan kohdalla tehtävästä yksilöllisestä lääketieteellisestä arviosta leikkauksen hyödyistä ja riskeistä. Toisin sanoen kysymys on osaltaan EU-asetuksen n:o 883/2004 20.2 momentin mukaisen kaksivaiheisen arvioinnin jälkimmäisen ehdon soveltamisesta.

Palko katsoo, ettei se ole toimivaltainen antamaan lausuntoa tästä kysymyksestä. Kysymys ei ole terveydenhuoltolain 78a §:n 1 momentin tarkoittamasta kannanotosta menetelmän kuulumisesta palveluvalikoimaan tai sen rajaamisesta ulkopuolelle, eikä myöskään terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta annetun valtioneuvoston asetuksen 1 §:n 1 kohdan mukaisesta palveluvalikoiman soveltamista ja sen määrittelyssä käytettäviä periaatteita koskevasta lausunnosta. Näin ollen Palko ei anna varsinaista lausuntoa siitä, miten EU-asetuksen n:o 883/2004 20.2 momenttia tulisi KHO:n käsiteltävänä olevassa yksittäistapauksessa soveltaa.



Iästä palveluvalikoiman määrittelyn tai hoitopäätöksen perusteena

Perustuslain 6 §:n 2 momentin perusteella ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa iän, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tämän perusteella on vakiintuneesti katsottu, ettei puhdasta kalenteri-ikää itsenäisenä kriteerinä ilman lääketieteellisiä perusteita voida ottaa päätöksen perusteeksi yleisellä, palveluvalikoiman määrittelyn tasolla eikä yksittäisen potilaan kohdalla.

Kalenteri-ian perusteella voidaan kuitenkin yleisellä tasolla tehdä oletuksia hoitoon keskimäärin tuossa iässä liittyvistä riskeistä ja saavutettavista hyödyistä mukaan lukien todennäköinen keskimääräinen aika, jonka potilasryhmään kuuluva elää onnistuneen hoidon jälkeen. Näin on menetelty juuri esimerkiksi Aikuisten lihavuuden Käypä hoito –suosituksessa vuodelta 2013, jossa on todettu yläikärajaksi 60 (-65) vuotta. Ikäraja ei ole ehdoton, mutta suosituksessa todetaan, että leikkaukseen liittyvä kuolleisuus on iäkkäämmillä potilailla hiukan muita suurempi ja että lihavuuskirurgiasta on eniten kokemusta alle 65-vuotiailla potilailla. Suositus pohjautuu laajaan meta-analyysiin vuosina 1990-2006 julkaistusta lääketieteellisistä tutkimuksista.

Kun kysymys on määritellyn sairauden eli tässä tapauksessa lihavuuden vuoksi hoidettavista potilaista, hoitosuositukseen sisältyvä arvio perustuu tästä potilasryhmästä olevaan lääketieteelliseen tutkimustietoon, johon sisältyy tieto sairauden ja sen liitännäissairauden vaikutuksista. Näin ollen kysymyksessä ei ole puhtaaseen kalenteri-ikään, vaan lääketieteelliseen tietoon perustuva ikäraja, jonka ylittyessä hoitopäätöstä tekevän terveydenhuollon ammattihenkilön on noudatettava erityistä harkintaa. Mitä enemmän potilaan ikä poikkeaa hoitosuosituksen mukaisesta ikärajasta, sitä korkeampi on kynnys suosituksesta poikkeamiseen.

Leikkausta edeltävää arviointia koskevassa Käypä hoito –suosituksessa (liite) todetaan kohdassa Ikääntymisen vaikutus leikkausta edeltävään arviointiin (s. 17), että korkea ikä ei ole leikkaushoidon este. Ikääntyminen kuitenkin suurentaa leikkauspotilaiden sydän- ja verenkiertokomplikaatioiden ja aivoverenkiertokomplikaatioiden riskiä. Korkea ikä myös lisää leikkauspotilaiden kuolleisuutta. Ikä on lisäksi itsenäinen toimenpiteen jälkeisen sairastavuuden riskitekijä, mutta perussairaudet vaikuttavat ikää enemmän leikkauksen jälkeiseen sairastavuuteen. Sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, munuaisten vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt ovat itsenäisiä sydän- ja verenkiertokomplikaatioiden riskitekijöitä.

Suosituksen kohdassa Lihavuuden huomioiminen leikkausta edeltävässä arvioinnissa (s. 17) todetaan puolestaan, että lihavuus sinänsä ei suurentane anestiariskiä, kun BMI (painoindeksi) on korkeintaan 40 kg/m², mutta sen liitännäissairaudet suurentavat. Sairaalloisesta lihavuudesta kärsiville tehdyissä avoimissa laihdutusleikkauksissa potilaiden leikkausta edeltävä paino on todettu yhdeksi itsenäisistä leikkauskuolleisuutta ennustavista tekijöistä. Lihavien potilaiden leikkausta edeltävässä arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota liitännäissairauksiin, fyysiseen suorituskykyyn ja intubaatio-olosuhteisiin.



Edellä todetun perusteella Palko katsoo, että Käypä hoito –suositukseen otetulle ikärajalta on lääketieteellinen peruste, eikä sen ottaminen julkisessa terveydenhuollossa tehtävän yksittäisen kannanoton lähtökohdaksi ole ristiriidassa perustuslain 6 §:n 2 momentin kanssa.

Varapuheenjohtaja

Kirsi Varhila

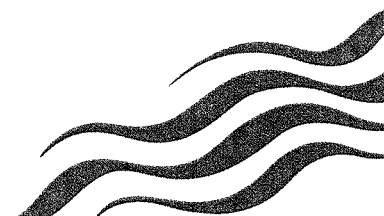
Erityisasiantuntija

Reima Palonen

LIITTEET

Palkon väliraportti 26.5.2016

Käypä hoito –suositus: Leikkausta edeltävä arviointi (kesäkuu 2014)





29.10.2018 (päivitetty versio)

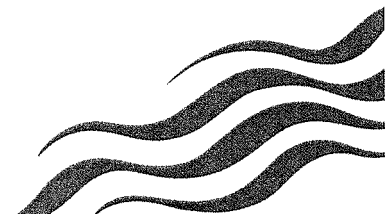
PALKON TULES-JAOSTON TÄYDENTÄMINEN UUSILLA JÄSENILLÄ JA PALKON ASIAANTUNTIJAN NIMITTÄMINEN

Selkäkirurgiaa koskevaa suositustyötä varten esitetään, että

- ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri Jyrki Salmenkivi HUS:sta,
- neurokirurgian professori Ville Leinonen Oulun yliopistosta ja
- ortopedian ja traumatologian Liisa Pekkanen Keski-Suomen keskussairaalarasta

valittaisiin Tules- jaoston jäseniksi kuluvan toimikauden loppuun eli 30.6.2020 saakka.

Lisäksi esitetään, että lääkintöneuvos Timo Keistinen STM:n Hyvinvointi- ja palveluosastolta valittaisiin Palkon asiantuntijaksi 30.6.2020 saakka. Hän osallistuisi tarvittaessa Tules-jaoston työskentelyyn.





22.10.2017

SEKSUAALITERVEYDEN JAOSTO 2018-2020, TÄYDENTÄMINEN

Esitetään, että PALKO päättäisi täydentää seksuaaliterveyden jaostoa 30.6.2020 päättyvän toimikauden loppuun ja nimittäisi siihen seuraavat henkilöt:

Psykologi Liisa Lempinen, HUS

Apulaisylilääkäri Nina Uusi-Mäkelä, TAYS

