

Sampo Sarvasmaa, Olavi Lindfors ja Erkki Heinonen

Psykososiaalista hoidon tarvetta tulisi arvioida kokonaisvaltaisesti

Psykososiaalisen hoidon tarpeen arviointi on moniulotteinen prosessi, jossa tulisi tiedon keräämisen lisäksi tavoitella yksilöllistä ymmärrystä potilaan mielen toiminnasta. Vaikka mielenterveyspalvelujemme lähtökohdaksi on vakiintunut psykiatrinen diagnostiikka, ei tämä usein yksistään anna riittävää pohjaa hoidon suunnittelulle. Hoidon valinnan tulisi tämän lisäksi perustua oireita ylläpitävien yksilöllisten tekijöiden ymmärtämiseen sekä potilaan valmiuksiin ja toiveisiin. Jotta potilaalle sopivin hoito voidaan tunnistaa, tulisi arvioivan klinikon tuntea käytettävissä olevien hoitojen toimintaperiaatteita ja eroja riittävästi hyvin. Vaikka suuri osa potilaista on mahdollista ohjata psykososiaalisiin hoitoihin rajatun arvioinnin pohjalta, osa potilaista hyötyisi intensiivisemmästä arvioinnista jo hoitopolun alkuvaiheessa. Ymmärrystä lisäävä arviointi voi toimia myös interventiona.

Psykkinen oireiden arviointia on mielekäs-tä lähestyä kaksitasoisesti (1,2). Välittömästi näkyvän oireen taustalta on tyypillisesti tunnistettavissa altistavia haavoittuvuuksia, oireita tuottavia mekanismeja ja laukaisevia tekijöitä, jotka myötävaikuttavat oireiden ja oireyhtymien ilmenemiseen ja voivat ylläpitää niitä (1,3). Sujuvuuden vuoksi näihin taustatekijöihin viitataan tässä katsauksessa kootusti termillä ylläpitävät tekijät. Ylläpitävät tekijät voivat erota potilaiden välillä huomattavasti, vaikka heidän oireensa näyttäisivät päällepäin samankaltaisilta.

Oireiden arviointi on suoraviivaisempaa kuin ylläpitävien tekijöiden arviointi. Potilaat ovat tyypillisesti oireistaan välittömästi tietoisia ja osaavat kuvata niitä haastattelussa ja kyselylomakkeilla. Sen sijaan ylläpitävien tekijöiden arviointi edellyttää yleensä syvällisempää paneutumista (2). Tällöin potilas ja klinikko tarkastelevat tilannetta kokonaisvaltaisemmin ja hyödyntävät tarpeen mukaan myös arviointia tukevia menetelmiä.

kykyä heikentävät psykkinen oireet (4,5). Yksinomaan näiden pohjalta on kuitenkin usein vaikeaa määrittellä, minkälaista hoitoa potilas tarvitsee tai mistä hän eniten hyötyisi (6–8).

Jotta potilaalle voidaan löytää sopivin hoito, on tärkeää arvioida hänen tarvitsemansa hoidon sisältöä: Mitä hoidossa olisi tarkoitus tapahtua? Millä keinoilla tavoitteisiin voitaisiin päästä (7,8)? Näihin kysymyksiin vastaaminen edellyttää käsityksen muodostamista yksilöllisistä ylläpitävistä tekijöistä, joiden muutos on usein kestävä oirelievityksen ja toipumisen keskeinen edellytys (1,7).

POTILASTAPAUKSET 1 ja 2 ovat kuvitteelliset esimerkit kahden keskivaikeasta masennuksesta kärsivän potilaan oireita ylläpitävistä tekijöistä. Potilaiden oirekuva ja psykiatrinen diagnoosi ovat samat, mutta heidän psykologiset taustatekijänsä ja oireita tuottavat mekanisminsa eroavat. Molemmissa tapauksissa yksilöllisten ylläpitävien tekijöiden tunnistaminen ohjaa hoidon sisällöllistä suunnittelua ja valintaa.

Hoidon sisällön suunnittelu

Julkisin varoin tuettujen mielenterveyspalvelujen ja psykoterapioiden perusteeksi ovat vakiintuneet psykiatrinen diagnostiikka ja toiminta-

Tiedon kerääminen ja ymmärtäminen

Laadukkaassa mielenterveydellisen hoidon tarpeen arvioinnissa pyritään sekä tiedon ke-

POTILASTAPAU 1. Tapaus Eeva.

Tapaus Eeva

Diagnoosi: Keskivaikea masennustila

Eeva on 34-vuotias markkinointialalla työskentelevä nainen, joka hakeutui terveydenhuollon palveluihin koettuaan itsensä niin alakuloiseksi ja voimattomaksi, ettei pystynyt tekemään työtä.

Ylläpitävät tekijät: Eeva oli opintojensa jälkeen joutunut toistuvasti kokemaan väheksyvää kohtelua työelämässä. Työyhteisöt olivat olleet korostuneen kilpailuhenkisiä ja niissä oli ollut sosiaalisen ilmapiirin ongelmia. Eevan varhaisempi kehityshistoria ja opiskeluvuodet olivat tätä vastoin sujuneet tasaisesti. Luonteeltaan hän oli aina ollut jokseenkin ujo ja pidättäytyvä, ja hän oli välttänyt sosiaalisia ristiriitoja pyrkimällä mukautumaan. Siksi työelämän negatiiviset kokemukset olivat olleet Eevalle uudenlaisia ja hämmäntäviä. Pitkittyessään nämä kokemukset olivat alkaneet nakertaa Eevan ammatillista omanarvontuntoa, mikä oli alkanut heijastua lisääntyvinä riittämättömyyden tunteina. Ajan myötä nämä kielteiset ajatukset ja tunteet olivat kehittyneet masennustilaksi, ja viimeisenä sysäyksenä oli ollut Eevan vetämän työprojektin äskettäinen kariutuminen.

Psyykkiset muutostavoitteet:

1. Työpaikkakiusaamisen vahvistaman riittämättömyyden tunteen käsittely ja pystyvyyden tunteen palauttaminen.
2. Taitojen harjoittelu konflikti- ja kiusaamistilanteissa selviytymisen sekä puolensa pitämisen vahvistamiseksi jatkossa.

Psykososiaalinen hoitosuunnitelma: Koska Eevan masennus arvioitiin työelämän kolhuista kumpuavaksi eikä taustalla tunnistettu kliinisesti merkittäviä persoonallisuuden haavoittuvuuksia, hoitotiimi suositteli lyhyttä työterveyspsykologin hoitojaksoa.

POTILASTAPAU 2. Tapaus Eerik.

Tapaus Eerik.

Diagnoosi: Keskivaikea masennustila

Eerik on 28-vuotias automekaanikkona työskentelevä mies, joka hakeutui terveydenhuollon palveluihin koettuaan itsensä niin alakuloiseksi ja voimattomaksi, ettei pystynyt tekemään työtä.

Ylläpitävät tekijät: Eerik oli kohdannut nuoruusikänsä ja varhaisaikuisuutensa aikana poikkeuksellisen määrän menetyksiä. Kun Eerik oli ala-asteella, hänen pikkuveljensä oli menehtynyt vakavaan sairauteen. Ollessaan nuori Eerik oli menettänyt auto-onnettomuudessa molemmat vanhempansa. Hän oli joutunut itsenäistymään varhain, eikä hän ollut nuorena juurikaan saanut tukea musertavien menetystensä käsittelyyn. Arviossa oman mielen tarkastelu oli Eerikille vaikeaa, mutta psykologin aktiivisella tuella hän alkoi orastavasti tavoittaa tilanteeseensa uutta näkökulmaa. Hän vaikutti pyrkineen läpi elämänsä käsittelemään suruaan ja yksinjäämistään järkipärisesti, välttämällä kokemuksellista kosketusta menetystensä merkitykseen. Tunteenkäsittelykeinona hän oli käyttänyt uppoutumista toimintaan ja suorituksiin, kuten runsaaseen työntekoon ja vapaaehtoistyöhön. Tämä oli jatkuvasti kuluttanut Eerikin voimavaroja ja johtanut vähitellen syvenevään uupumukseen ja tätä kautta masennukseen. Eerik jäi pohtimaan psykologin esittämää hypoteesia, jonka mukaan hänen tunteiden ja tarvitsevuuden välttämistään taustoitti hänen juurtunut uskomuksensa siitä, että hänen oli aina oltava vahva. Ilmeisestä pahoinvoinnistaan huolimatta Eerikin oli vaikeaa kokea todella tarvitsevänsä ja ansaitsevänsä apua. Arviointijakson aikana hän harkitsi hoidosta vetäytymistä, mutta lopulta hän kuitenkin sitoutui yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan.

Psyykkiset muutostavoitteet:

1. Oman mielen tarkastelun syventäminen ja työskentely oman tarvitsevuuden hyväksymiseksi.
2. Tätä kautta kulku kohti syvästi haavoittavien menetysten käsittelyä ja tähän liittyvää tunnetyöskentelyä.

Psykososiaalinen hoitosuunnitelma: Koska Eerikin masennuksen taustalla oli käsittelemättömiä menetyksiä ja persoonallisuuden kehityksellistä haavoittuneisuutta, joiden kohtaaminen oli hänelle vielä vaikeaa, suositteli tiimi hoidoksi pitkää psykoterapiaa. Tavoitteena oli ajankohtaisen oireiston lievittämisen lisäksi myös masennuksen uusiutumisen riskin ehkäisy ja työkyvyn vakauttaminen pitkällä aikavälillä.

räämiseen että yksilöllisen ymmärryksen luomiseen. Tiedon keräämisessä keskeisiä alueita ovat muun muassa oireiden ja diagnostisten ilmiöiden kartoittaminen sekä merkittävien elä-

mänhistoriaan, elämäntilanteeseen ja ihmissuhteisiin liittyvien tekijöiden tunnistaminen. Ymmärryksen luominen puolestaan keskittyy kerättyjen tietojen merkityksen tulkitsemi-

seen, löydösten välisten suhteiden arviointiin ja olennaisen löytämiseen kokonaisuudesta (1,9,10). Tätä kautta tiedon kerääminen ja ymmärryksen luominen muodostavat toinen toistaan vastavuoroisesti ohjaavan kehän (KUVA 1).

Ymmärrystä luovassa arvioinnissa keskeisessä osassa on tapausjäsenitys (1,9). Tapausjäsenitys on ammattilaisen ja potilaan yhteistyössä hahmottelema maastokartta, joka mielekkäällä tavalla sitoo yhteen keskeisiä havaintoja muun muassa potilaan kehityshistoriasta, persoonallisuustekijöistä, psyykkisistä haavoittuvuuksista ja vahvuuksista, ihmissuhteista sekä hoidettavista oireista (TAULUKKO 1). Tämä lähestymistapa mahdollistaa havaintojen ja tulkintojen tekemisen potilaan oireita ja vaikeuksia ylläpitävistä tekijöistä. Yhteistyössä tapahtuva tapausjäsenityksen tekeminen ja jakaminen voi olla myös itsessään hoidollista (9). **POTILASTAPAUKSISSA 1 ja 2** kuvatut Eevaa ja Eerikiä koskevat kokonaisuudet ovat esimerkkejä rajatussa muodossa esitetyistä tapausjäsenityksistä.

Yleisluonteinenkin tavallisimpien teoreettisten viitekehysten tuntemus antaa klinikolle näkökulmia ja työkaluja tapausjäsenitystä hahmottelevaan työtapaan. Näihin viitekehyksiin lukeutuvat esimerkiksi psykodynaaminen, kognitiivinen ja integratiivinen viitekehys (9). Tapausjäsenitystä hahmottelevaa työtapaa voidaan arvioinnissa hyödyntää joustavasti ja tilanteenmukaisesti. Esimerkiksi yleislääkärin vastaanotolla työtapaa on mahdollista hyödyntää kevyesti sovellettuna. Vaativissa arvioissa tapausjäsenityksen tekemisessä on suositeltavaa hyödyntää psykologia.

Tiedonkeruun ja ymmärtämisen tehtävät on pidettävä tasapainossa

Mikäli tiedon keräämistä painotetaan liian yksipuolisesti, saatetaan sen tulkinnassa herkästi astua harhaan. Esimerkkinä tästä voisi olla vähäisistä mielenterveysoireistaan kertova potilas, jonka pahoinvointia peittävä toimintamalli tunnistetaan vasta tarkemmin arvioitaessa. Ilman pyrkimystä yksilölliseen ymmärtämiseen toimintamalli jäisi tunnistamatta, jolloin potilaan hoidon tarve tulisi aliarvioituksi.



KUVA 1. Tiedon keräämisen ja ymmärryksen luomisen kehäprosessi.

Tiedonkeruuseen keskityttäessä toisena vaarana voi olla näkökulman kaventuminen. Mikäli arviointia ohjaavat ennalta määritellyt, samalla tavoin jokaiselle potilaalle sovellettavat tutkimuskysymykset ja menetelmät, yksittäistapauksen ymmärtämisen kannalta oleellista tietoa jää todennäköisesti saamatta.

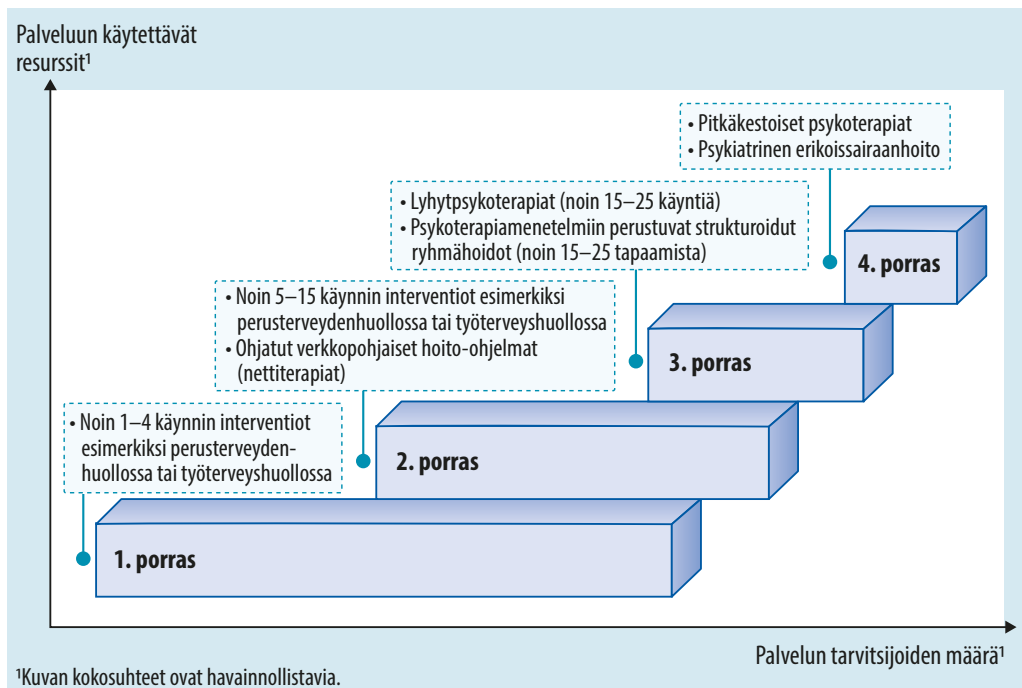
Myös ymmärtämiseen liiallisesti painottuva arviointi kuluttaa resursseja ja on altis subjektiivisille vinoumille (11,12). Vaikka hoitosuosituksen muodostaminen osalle potilaista edellyttää intensiivistä arviointia, voitaneen merkittävä osa potilaista ohjata tarpeenmukaisesti psykososiaalisiin hoitoihin rajallisemman arvioinnin pohjalta.

Lyhytinterventiot ja psykoterapiat osana hoidon porrastusta

Useiden maiden, myös Suomen, julkisissa mielenterveyspalveluissa on otettu käyttöön

TAULUKKO 1. Tapausjäsenityksen keskeisiä piirteitä.

- Tavoittelee käsitteellisen ymmärryksen luomista potilaan yksilölliseen tilanteeseen: "Mistä tässä on kysymys?"
- Ei ole kuvailevan diagnoosin tavoin ateoreettinen vaan perustuu yhteen tai useampaan yleisesti hyväksyttyyn psykologiseen teoriaan.
- Sisältää ja tuottaa yhteistyössä testattavia hypoteeseja ylläpitävistä tekijöistä.
- Tarkentuu ja päivittyy hoitoprosessin myötä jatkuvasti.
- Arvokkain potilaan ja klinikon yhteisesti jakamana.



KUVA 2. Esimerkki mielenterveyshoitojen porrastetusta hoitomallista, joka vastaa Suomen nykyistä käytäntöä.

porrastettuja hoitomalleja (13–15). Näissä hoitovalikoima on rakennettu hierarkiaksi, jossa hoidon intensiivisyys lisääntyy portaittain. Askelmien lukumäärä voi näissä malleissa vaihdella, mutta tyypillisimmin askelmia on kolme tai neljä (13). Suomen nykyistä mielenterveyspalveluiden porrastusta vastaa neliportainen malli (**KUVA 2**) (15).

Porrastuksen tavallisimmassa toteutustavassa potilaan hoitopolku alkaa pääasiallisesti alimmalta askelmalta, ja hoitopolkua voidaan tarpeen mukaan jatkaa nousemalla portaikossa ylöspäin (13). Vaihtoehtoisesti porrastus voidaan toteuttaa siten, että potilas ohjataan suoraan tarpeenmukaiseksi arvioitulle askelmalle. Suomessa Terapiat etulinjaan -hankkeen kehittämä käytäntö yhdistää näitä toteutustapoja siten, että askelmien ylitse hyppääminen on mahdollista (15).

Porrastettujen hoitomallien alimpien askelmien hoidot on tyypillisesti toteutettu menetelmäkeskeisinä, häiriökohtaisina lyhytinterventioina (14). Näitä voidaan tarjota myös verkkopohjaisesti digitaalisina hoitoina. Ylemmille askelmille puolestaan sijoittuvat lyhyet ja pitkät psykoterapiat sekä psykiatrinen erikois-

sairaanhoito (16).

Psykoterapiat ovat erilaisiin häiriöihin laajasti soveltuvia, menetelmällisesti joustavia ja yksilöllisesti räätälöitävissä olevia hoitoja. Ne painottavat tyypillisesti ylläpitävien tekijöiden käsittelyä ja pohjautuvat syvälliseen yhteistyösuhteeseen, joka mahdollistaa työskentelyn myös esimerkiksi vuorovaikutukseen ja persoonallisuuteen liittyvien haasteiden parissa. Suomessa psykoterapiaa voivat tuottaa vain koulutetut, Valviran hyväksymät ja valvomat psykoterapeutit.

Vaikka porrastettujen hoitomallien vaikuttavuudesta on alustavaa näyttöä, tarvitaan niiden erilaisista toteutustavoista vielä runsaasti lisää tutkimusta (14,17,18). Alustavien vertailevien tutkimusten mukaan monimutkaisemmista psykiatrisista ongelmista kärsivät potilaat saattavat hyötyä hoidon aloittamisesta suoraan ylemmältä portaalta (19,20).

Osalle potilaista sopii häiriökohtainen lyhytinterventio, kun taas osalle asianmukainen hoito on psykoterapia. Jotta parhaiten sopiva hoito voidaan tunnistaa, arvioivalla klinikolla tulisi olla riittävä ymmärrys eri portailla olevien hoitojen luonteesta, eroavaisuuksista ja käyt-

töaiheista (21). Psykoterapiaa harkittaessa on otettava huomioon myös käytettävissä olevien rahoitusten myöntökriteerit sekä mahdollinen potilaan taloudellinen omavastuuosuus, jollainen sisältyy esimerkiksi suomalaiseen Kelan kuntoutuspsykoterapiaan (16).

Diagnostiikka ja ylläpitävät tekijät hoitovalintaa ohjaamassa

Tutkimuksen pohjalta tiedetään vielä niukasti siitä, minkälaiset psykososiaalisen hoidon ja psykoterapian menetelmät sopivat kenellekin parhaiten (22,23). On kuitenkin järkevä oletus, että näiden käyttökelpoisuus riippuu jossain määrin yksilöstä (24). Voi tuskin olla kuviteltavissa potilasta, jonka hoitoon kaikki mahdolliset menetelmät sopisivat yhtä hyvin (25,26).

Suomalaiset Käypä hoito -suositukset antavat eri mielenterveyshäiriöihin näyttöön perustuvia psykososiaalisten hoitojen suosituksia (27). Näiden hyödyntäminen ei ole ristiriidassa yksilöllisen arvioinnin kanssa. Laadukkaan arvioinnin tulisi pohjautua harkitusti molempiin (6,27,28). Lisäksi psykoterapian vaikuttavuudelle ja hoitoon sitoutumiselle ovat todennäköisesti merkittävän keskeisiä eri hoidoille yhteiset tekijät, kuten potilaan odotukset ja myönteinen yhteistyösuhde terapeutin kanssa (29,30).

Hoidon suunnittelussa olennainen kysymys on, minkälaisia psyykkisiä muutoksia potilaan arvioidaan tarvitsevan voidakseen toipua (31). Kuten artikkelin **POTILASTAPAUKSET 1** ja **2** havainnollistavat, ylläpitävien tekijöiden tunnistaminen on tämän arvioimisessa keskeistä.

Psykososiaalisen hoidon valitsemisen tueksi on hiljattain kehitetty myös suurten aineistojen analysointiin perustuvia ennustemalleja, joiden käyttökelpoisuudesta on alustavaa näyttöä (20,32). Jatkotutkimuksen ja kehitystyön myötä tällaiset mallit saattavat edesauttaa kliinistä arviointia.

Potilaan ominaisuuksien ja valmiuksien merkitys

Keskeinen hoidon valintaa ohjaava tekijä ovat potilaan omat hoitoa koskevat toiveet ja odotukset. Mielenterveydellisissä hoidoissa ja eten-

Ydinasiat

- » Laadukas psykososiaalisen hoidon tarpeen arviointi palvelee sekä potilaslähtöisyyttä että hoitojärjestelmän resursien tarkoituksenmukaista käyttöä.
- » Arvioinnin tulisi sisältää sekä diagnostista tiedonkeruuta että oireita ylläpitävien tekijöiden ymmärtämistä.
- » Oireita ylläpitävien tekijöiden hahmottamista tukee yksilölliseen tapausjäsenykyseen perustuva työote, joka on joustavasti sovellettavissa myös yleislääkärin vastaanotolla.
- » Hoitojen soveltuvuuteen vaikuttavat merkittävästi potilaan työskentelyvalmiudet ja omat toiveet.
- » Osalle potilaista parhaiten soveltuvan hoidon määrittäminen edellyttää laajempaa arviointia riippumatta heidän hoitopolkunsaa vaiheesta.

kin psykoterapiassa potilas on aktiivinen toimija, joka kantaa päävastuun omasta psyykkisestä työskentelystään. Meta-analyyseissa potilaan toiveen mukainen hoitovalinta on ollut yhteydessä vähäisempään hoidon keskeyttämisen riskiin (OR = 0,56–0,62), parempaan hoitovasteeseen (Cohenin $d = 0,28$) ja parempaan terapeutin yhteistyösuhteeseen (Cohenin $d = 0,48$) (30,33).

Hoidon valintaan vaikuttavat myös potilaan erilaiset yksilölliset valmiudet. Näistä voidaan erotella muutosvalmius ja työskentelyvalmiudet (34–36).

Muutoksen viisivaiheisen mallin mukaan muutoksen edellytykset ovat heikoimmat esiharkintavaiheessa (37). Tästä potilas voi harkinta- ja valmisteluvaiheiden kautta edetä toimintavaiheeseen ja lopulta ylläpitovaiheeseen. Muutosvalmiutta on mielekästä tarkastella ongelmakohtaisesti, ja sen arviointi tukee tarkoituksenmukaisten hoitotavoitteiden valitsemista. Muutosvalmiuden vaiheen on meta-analyysissä todettu olevan yhteydessä psykoterapian parempaan tuloksellisuuteen (Cohenin $d = 0,41$) (34).

TAULUKKO 2. Yhteenveto hoidon suunnittelua ja valintaa ohjaavista tekijöistä.

- Oireet ja psykiatrinen diagnostiikka
- Oireita ylläpitävät tekijät ja hoidolliset tavoitteet
- Hoidon soveltuvuus osaksi potilaan elämän kontekstia
- Potilaan omat hoitoaan koskevat toiveet
- Potilaan muutosvalmius
- Potilaan työskentelyvalmiudet
- Hoidon rahoituksen järjestäminen

Psykoterapeuttisen muutosprosessin kannalta keskeisiä työskentelyvalmiuksia ovat muun muassa vuorovaikutuskyky, tunnetaidot ja valmius oman mielen reflektointiin. Nämä mahdollistavat psykoterapeuttista työskentelyä ja ovat tyypillisesti myös sen keskeisiä kohteita.

Muutos- ja työskentelyvalmiuksien yhteyttä erilaisten psykoterapioiden soveltuvuuteen on selvitetty esimerkiksi osana Helsingin Psykoterapiatutkimusta (38). Tulosten mukaan valmiuksiltaan heikommat potilaat hyötyivät merkittävästi enemmän pitkästä kuin lyhyestä psykoterapiasta; tämän ryhmän suhteellinen keskimääräinen oirelievitys oli pitkässä psykoterapiassa 38 % ja lyhyessä vain 19 %.

Myös elämäntilanteeseen liittyvät tekijät voivat keskeisesti vaikuttaa hoidon valintaan ja ajoittamiseen. Psykoterapia ja muut psykososiaaliset hoidot eivät vaikuta tyhjiössä vaan toimivat osana potilaan elämän kontekstia, johon sisältyvät esimerkiksi työ, ihmissuhteet ja somaattinen terveys (39). Hoidon valinnassa on oleellista ottaa huomioon, miten se asemoituu suhteessa tähän kokonaisuuteen. Myös sosiodemografiset, kulttuuriset sekä uskontoon ja potilaan arvomaailmaan liittyvät tekijät ovat merkityksellisiä yksilöllisen hoidon suunnittelun kannalta, joskin näiden osalta tutkimusnäyttö on toistaiseksi vähemmän selkeää (6,39).

Edellä esitellyt hoidon valintaan ja suunnitteluun vaikuttavat tekijät on koottu **TAULUKKOON 2**.

Arvioinnin mitoittamisen haaste

Laadukkaan arvioinnin tulisi olla tarpeeksi moniulotteista, jotta parhaiten soveltuva hoito voidaan tunnistaa riittävän luotettavasti (2). Sa-

malla arvion tulee kuitenkin olla myös riittävän rajattu, jottei se tarpeettomasti hidasta hoitoon pääsyä ja heikennä hoitojärjestelmän tehokkuutta (40).

Porrastettujen hoitomallien puitteissa arvioinnin mitoittamisen haasteeseen voidaan vastata suhteuttamalla arvioinnin laajuus porrasaskelman korkeuteen. Esimerkiksi alemman portaan lyhytinterventioon ohjaututaan tyypillisesti kevyen arvioinnin pohjalta, kun taas psykoterapiaa harkittaessa on usein perusteltua tehdä tarkempi arviointi.

Kyseinen ratkaisu on kustannustehokas ja mahdollistaa potilaiden pääsyn alimpien portaiden hoitoihin mahdollisimman pienellä viiveellä. Toisaalta ratkaisu kuitenkin sivuuttaa sen, että tarpeenmukaisen hoidon tunnistamisen työläys riippuu potilaan yksilöllisistä ominaisuuksista ja vaikeuksien luonteesta (2). Esimerkiksi edellä esiteltujen Eevan ja Eerikin (**POTILASTAPAUKSET 1 ja 2**) oireita ylläpitävien tekijöiden tunnistamiseen tarvittava arviointipanos riippuisi heidän työskentely- ja muutosvalmiudestaan. Lisäksi psykiatrinen komorbiditeetti, persoonallisuustekijät, ylläpitävien tekijöiden monimutkaisuus ja aiempien hoitoyritysten lukumäärä lukeutuvat tekijöihin, jotka yleensä vaikuttavat tarpeenmukaisen arvioinnin laajuuteen.

On tärkeää tiedostaa, että suppea arviointi todennäköisesti johtaa joidenkin potilaiden tarpeenmukaisen hoidon saamisen haitalliseen viivästymiseen. Käytännössä näin voi käydä esimerkiksi silloin, kun pitkän psykoterapian tarve jää tunnistamatta tai kun potilaalle suositellaan hänen tarpeisiinsa sopimattomia hoitomenetelmiä. Hoitojärjestelmän näkökulmasta tällöin syntyy myös resurssien hukkakäyttöä, kun riittämättömästi arvioiduille potilaille tarjotaan sopimattomia tai väärin mitoitettuja hoitoja (19,38,41). Tätä riskiä voidaan vähentää mahdollistamalla laajempi arviointi myös alemmilla hoidon portailla, mikäli tälle tunnistetaan yksilöllinen tarve.

On myös oleellista huomata, että ymmärrystä lisäävä arviointi on luonteeltaan osin hoidollista, ja arviointiprosessi voi näin itsessään toimia interventiona (42). Tarpeen mukaan arviointi voidaan toteuttaa myös

osana muuta hoitoa. Hoitoonohjauksen jälkeen hoitovastetta ja yksilöllisten tavoitteiden saavuttamista on seurattava, ja hoitosuunnitelmaa tulee seurantatiedon pohjalta tarvittaessa korjata.

Lopuksi

Mielenterveyspalvelujen suuri kysyntä haastaa palvelujärjestelmäämme. Suomessa keväällä 2025 voimaan tullut terapiatakuu turvaa nuorten potilaiden nopean pääsyn alemman portaan keskusteluhoitoihin tai lyhytpsykoterapiaan. Kysynnän lisääntymisestä huolimatta on

oleellista, että palveluihin hakeutuvien hoidon tarvetta arvioidaan laadukkaasti. Tämä edellyttää asianmukaisen oirekartoituksen ja psykiatrisen diagnostiikan yhdistämistä inhimilliseen kohtaamiseen ja riittävän yksilölliseen arviointiotteeseen. Riittävän psykologisen osaamisen turvaaminen perusterveydenhuollossa tukee näitä tavoitteita.

Tutkimusta kokonaisvaltaisesta hoidon tarpeen arvioinnista ja tätä koskevista malleista tarvitaan lisää. Keskeisiä kysymyksiä ovat erityisesti intensiivisemmän arvioinnin tarpeen varhainen tunnistaminen ja potilaskohtaisten tekijöiden hyödyntäminen hoidon suunnittelussa. ■

SAMPO SARVASMAA, PsM, psykoterapeutti
HUS Psykiatria, Helsinki, Suomi

OLAVI LINDFORS, PsT, kliinisen psykologian dosentti, kouluttajapsykoterapeutti, vieraileva tutkija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

ERKKI HEINONEN, PsT, kliinisen psykologian ja psykoterapian dosentti, psykoterapeutti, kliinisen mielenterveyspsykologian erikoispsykologi
Tutkimuspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
Professori, Oslon yliopisto, Norja

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Sampo Sarvasmaa: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Suomen Psykiatriyhdistys, Helsingin yliopisto, EFPP Suomi), muut sidonnaisuudet (Orion, osakeomistus)

Olavi Lindfors: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (EFPP Suomen kansallinen verkosto ry, Siria Koulutus- ja kehittämiskeskus Oy, Therapiea-säätiö, Oulun yliopisto), luottamustoimet (Helsingin yliopisto, psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmä), hankkeet (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue), muut sidonnaisuudet (Inter-Psyko Oy, osaomistus)

Erkki Heinonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Psykologien Kustannus, Luote, Terveystalo, Arvo, Mehiläinen, HedCo, Shortum), luottamustoimet (Helsingin yliopiston psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmä (varajäsen), Käypä hoito -työryhmä (pakko-oireinen häiriö))

KIRJALLISUUTTA

1. Cole S, Johnstone L, Oliver DN, ym. Good practice guidelines on the use of psychological formulation. Leicester: British Psychological Society 2011.
2. MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ. The psychiatric interview in clinical practice. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing 2016.
3. Kendler K, Zachar P, Craver C. What kind of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011;41:1143–50.
4. Common mental health disorders: identification and pathways to care. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence, toim. Leicester: British Psychological Society 2011.
5. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, ym, toim. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2025.
6. APA guidelines on evidence-based psychological practice in health care. American Psychological Association. Washington, DC: American Psychological Association Publications 2021.
7. Dalgleish T, Black M, Johnston D, ym. Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. *J Consult Clin Psychol* 2020;88:179–95.
8. Frank RL, Davidson J. The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: practical guidance for clinical decision making. Oakland (CA): New Harbinger Publications 2014.
9. Eells TD. Handbook of psychotherapy case formulation. New York: Guilford Publications 2022.
10. Ricoeur P. Hermeneutics and the human sciences: essays on language, action and interpretation. New York: Cambridge University Press 1981.
11. Flinn L, Braham L, das Nair R. How reliable are case formulations? A systematic literature review. *Br J Clin Psychol* 2015;54:266–90.
12. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. New York: Cambridge University Press 1982.
13. Berger M, Fernando S, Churchill A, ym. Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults. *Early Interv Psychiatry* 2022;16:327–4.
14. Lindberg MS, Brattmyr M, Lundqvist J, ym. Is the Norwegian stepped care model for allocation of patients with mental health problems working as intended? A cross-sectional study. *Psychother Res* 2024;1–13.
15. Saarni S, Nurminen S, Mikkonen K, ym. The Finnish therapy navigator – digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica* 2022;53:120–37.
16. Heinonen E, Selinheimo S, Sarvasmaa S, ym. Psykoterapiat. Kirjassa: Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2022, s. 355–63.
17. Wakefield S, Kellett S, Simmonds-Buckley M, ym. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: a systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *Br J Clin Psychol* 2021;60:1–37.
18. Delgadillo J, Ali S, Fleck K, ym. Stratified care vs stepped care for depression: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2022;79:101–8.
19. Delgadillo J, Huey D, Bennett H, ym. Case complexity as a guide for psychological treatment selection. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:835–53.
20. Lorenzo-Luaces L, DeRubeis RJ, Van Straten A, ym. A prognostic index (PI) as a moderator of outcomes in the treatment of depression: a proof of concept combining multiple variables to inform

- risk-stratified stepped care models. *J Affect Disord* 2017;213:78–85.
21. Wester RA, Steinbrenner T, Hanraths S, ym. Practices of personalized treatment selection among German psychotherapists: a preregistered mixed methods study. *Psychother Res*, julkaistu verkossa 12.3.2025. DOI:10.1080/10503307.2025.2473931.
 22. Cohen ZD, Delgadillo J, DeRubeis RJ. Personalized treatment approaches. Kirjassa: Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons 2021, s. 673–703.
 23. Lorenzo-Luaces L, Peipert A, De Jesús Romero R, ym. Personalized medicine and cognitive behavioral therapies for depression: small effects, big problems, and bigger data. *J Cogn Ther* 2021;14:59–85.
 24. Delgadillo J, Gonzalez Salas Duhne P. Targeted prescription of cognitive-behavioral therapy versus person-centered counseling for depression using a machine learning approach. *J Consult Clin Psychol* 2020;88:14–24.
 25. Nilsson T, Svensson M, Sandell R, Clinton D. Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychother Res* 2007;17:553–66.
 26. Nye A, Delgadillo J, Barkham M. Efficacy of personalized psychological interventions: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2023;91:389–97.
 27. Käypä hoito -suositukset. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 9.4.2025]. www.kaypahoito.fi.
 28. Kattelus M, Sariola S, toim. Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset. Kirjassa: Lääkärin etiikka. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2021, s. 86–8.
 29. Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work. New York: Routledge 2015.
 30. Windle E, Tee H, Sabitova A, ym. Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77:294–302.
 31. Hofmann SG, Hayes SC. The future of intervention science: process-based therapy. *Clin Psychol Sci* 2019;7:37–50.
 32. Lutz W, Schwartz B, Delgadillo J. Measurement-based and data-informed psychological therapy. *Ann Rev Clin Psychol* 2022;18:71–98.
 33. Swift JK, Callahan JL, Cooper M, ym. The impact of accommodating client preference in psychotherapy: a meta-analysis. *J Clin Psychol* 2018;74:1924–37.
 34. Krebs P, Norcross JC, Nicholson JM, ym. Stages of change and psychotherapy outcomes: a review and meta-analysis. *J Clin Psychol* 2018;74:1964–79.
 35. Laaksonen MA, Lindfors O, Knekt P, ym. Suitability for psychotherapy scale (SPS) and its reliability, validity, and prediction. *Br J Clin Psychol* 2012;51:351–75.
 36. Safran JD, Segal ZV, Vallis TM, ym. Assessing patient suitability for short-term cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cogn Therapy Res* 1993;17:23–38.
 37. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychother Theory Res Pract* 1983;20:368–75.
 38. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from mood or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. *Psychiatry Res* 2013;208:162–73.
 39. Kessler RC, van Loo HM, Wardenaar KJ, ym. Using patient self-reports to study heterogeneity of treatment effects in major depressive disorder. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017;26:22–36.
 40. Deisenhofer AK, Barkham M, Beierl ET, ym. Implementing precision methods in personalizing psychological therapies: barriers and possible ways forward. *Behav Res Ther* 2024;172:104443.
 41. Knekt P, Virtala E, Härkänen T, ym. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychol Med* 2016;46:1175–88.
 42. Poston JM, Hanson WE. Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychol Assess* 2010;22:203–12.