

Jan-Henry Stenberg

FT, Psyk.lis., psykoterapian erikoispsykologi, kouluttajapsykoterapeutti
 Linjajohtaja, HYKS psykiatria IT-psykiatria ja psykososiaaliset hoidot
 Kirjoittaja on Duodecimin Masennuksen Käypä hoito -työryhmän asiantuntijajäsen ja Epävakaan persoonallisuuden Käypä hoito -työryhmän jäsen

Mielenterveyden häiriöt ovat valittavan yleisiä. Länsimaissa, kuten Suomessa, jopa yli 10 % kansalaisista kärsii aktiivisista psyykkisistä oireista tai mielenterveyden häiriöistä, joista yleisimpiä ovat masennus ja ahdistustilat (1-3). Näin masennuksesta ja ahdistushäiriöistä kärsii vuoden aikana yli puoli miljoonaa suomalaista. Hoidon nopea aloitus olisi tärkeää, koska lievätkin mielenterveyden häiriöt voivat pitkittyä ja kroonistua nopeasti, minkä jälkeen niiden hoito on entistä vaikeampaa.

Mielenterveystalon netti-terapiat hoidon ensilinjassa

Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä voidaan hoitaa lääkityksellä tai psykoterapialla tai molemmilla. Varsinkin lievissä ja keskivaikeissa mielenterveyden häiriöissä psykoterapiat ja muut tehokkaiksi todetut psykososiaaliset interventiot ovat hyvä ja turvallinen valinta (kts. esim. depression Käypä hoito -suositus 2016)(4). Nykyisin lääkehoidot ovat korostuneet, koska psykoterapioita on saatavilla liian vähän. Varsinaisten mielenterveyden ongelmien lisäksi psykoterapia voisi olla hyödyllistä joidenkin somaattisten sairauksien yhteydessä. Esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksista kärsivillä potilailla, joilla on samanaikainen masennus, on kolminkertainen kuolleisuus verrattuna niihin, joilla masennusta ei ole (5-6).

Psykoterapia on kallista ja sitä on vaikea saada

Suomessa psykoterapiaan pääseminen on sekä monimutkaista että moniporista, ja suurin osa potilaista ohjautuu psykoterapiapalvelujen piiriin julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kautta. Suomessa psykoterapia kuuluu periaatteessa kuntien järjestämisvastuulle. Käytännössä Kela kuitenkin korvaa suurimman osan psykoterapiakäynteistä lääkinnällisenä kuntoutuksena

yksityisten terapeuttien toimiessa palveluntuottajina. Kuntoutuspsykoterapiaa ei myönnetä psyykkisten häiriöiden alkuvaiheessa, vaan vasta häiriön pitkittyessä ja ns. kuntoutustarpeen ilmetessä. Potilas joutuu maksamaan hoidostaan Kela-korvauksen (57,60 euroa) ylittävän osuuden. Pääkaupunkiseudulla käyntikohtainen omavastuu on noin 30 euroa käynti, mikä on monelle potilaalle liikaa, kun käyntejä on yleensä 4–8 kuukaudessa.

Miksi näin? Suomessa psyykkisten häiriöiden hoitoon hakeudutaan pääsääntöisesti perusterveydenhuollon avovastaanotoilla, missä on pulaa psykoterapiakoulutuksen saaneesta henkilökunnasta. Julkisen terveydenhuollon yksiköissä on siksi pääosin tarjolla harvajakoista keskustelutukea, mutta ei varsinaisesti psykoterapiaa. Näin suomalaiset käytännöt eivät toistaiseksi vastaa erilaisten kansainvälisten tai kansallisten suositusten linjauksia.

Mielenterveystalo.fi täydentämään palvelujärjestelmää

Tarve parantaa hoidon saatavuutta on johtanut etsimään uusia palvelujen järjestämisen tapoja. Teknologiakehityksen myötä erilaisten etäteknologiaa (tietokone, mobiililaitteet, kuten matkapuhelin ja tabletti) hyödyntävien sovellusten käyttö on yleistynyt myös

mielenterveyden hoidossa. Erilaisten hoitojen tarjoaminen etäyhteyden kuten internetin välityksellä onkin luonnollista, sillä kukapa voisi enää kuvitella pärjäävänsä arjessa ja työelämässä ilman tietokonetta tai mobiililaitteita. Tapahtuvathan maksu- ja viranomaisasioinnitkin jo enenevästi verkkopalveluina.

Suomessakin on havahduttu täydentämään palvelujärjestelmää etäpalveluilla. Mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin tukena on Suomessa tarjolla lapsille, nuorille ja aikuisille suunniteltu mielenterveysasioiden palvelusivusto Mielenterveystalo.fi, johon on koottu jokaisen sairaanhoitopiirin erilaisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoito- ja palvelupaikat. Poiketen muista palvelusivustoista, sisältää mielenterveystalo ainutlaatuisen oirenavigaattorin, joka ohjaa oikeaan hoitoon käyttäjän valitseman pulman ja siihen liittyvien asioiden perusteella. Oirenavigaattori arvioi myös pulman vakavuustason ja avun kiireellisyyden. Lopulta avun hakija saa palvelusta jopa reittitiedot palveluun, josta apu ongelmaan löytyy. Isoon osaan erilaisia mielenterveyden ongelmia on myös tarjolla helppokäyttöisiä ja ilmaisia omahoito-ohjeita ja oppaita: omahoito-ohjelmia on kymmeniä, aina masennuksesta parisuhteen pulmien kautta tunnelukkoihin ja kriisireaktioihin.

Mielenterveystalosta tukea myös ammattilaisille

Mielenterveystalo.fi on koko maan kattava, HUS:n muiden sairaanhoitopiirien kanssa yhdessä valmistama ja ylläpitämä sivusto, jonka tieto on tarkastettua, luotettavaa ja ajantasaista. Palvelua voi käyttää kuka tahansa, ja apua voi löytää niin itselle kuin läheisilleenkin. Palvelusta hyötyvät myös ammattilaiset, sillä palvelussa on eril-



Erilaisten hoitojen tarjoaminen verkossa on luonnollista, sillä kukapa voisi enää kuvitella pärjäävänsä arjessa ja työelämässä ilman tietokonetta tai mobiililaitteita.

linen ammattilaisten osio, joka sisältää esimerkiksi psykoterapiaportaalin. Sieltä löytyvät myös ohjeistukset erilaisten psykoterapioiden toteuttamiseen. Lisäksi ammattilaisten osiosta löytyy runsaasti erilaisia terveydenhuollon ammattilaisille suunnattuja sähköisiä työkaluja mielenterveys- ja päihdetyön tueksi. Ammattilaisten osio täydentää kaikille avoimen Mielenterveystalon sisältöjä laajentamalla ja sovittamalla sisältöjä erityisesti ammattilaisten tarpeisiin sopiviksi. Ammattilaisten osion sisältö on avoin kaikille terveydenhuollon ammattilaisille maantieteellisestä sijainnista ja työpaikasta riippumatta, joten sitä voidaan hyödyntää niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa kuin kolmannella sektorilla.

Mielenterveystalon nettiterapiasta apua tuhansille

Mielenterveystalon kautta on saatavilla myös varsinaista hoitoa. Vuositasolla yli 3 000 psyykkisistä häiriöistä kärsivää saa apua ongelmaansa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tuottamista selaimessa toimivista ja terapeutin tukemista nettiterapioista.

Nettiterapiat ovat tietokoneavusteisia, pääsääntöisesti internetin välityksellä tapahtuvia ja useimmiten kognitiivisen psykoterapian viitekehukseen pohjautuvia osittain automatisoituja sarjahoitoja, jossa psykoterapiasisältöön on lisätty asioiden omaksumista

tehostavia tietoteknisesti toteutettuja esitys- ja opetussisältöjä. Ne voivat olla joko yleisohjelmia, jolloin ne pyrkivät lisäämään psyykkistä hyvinvointia ja keskittyvät psyykkisten vaikeuksien hallintaan yleistasolla tai tietyn psyykkisen häiriön hoitoon kohdennettuja terapiaohjelmia. Terapeutin antaman tuen kesto vaihtelee eri terapiaohjelmissa. Tukea voidaan esimerkiksi antaa säännöllisesti tai ainoastaan tarpeen mukaan asiakkaan pyynnöstä.

Menetelminä eri nettiterapiaohjelmat sisältävät yleensä vaikuttaviksi todettuja kognitiivisen psykoterapian hoitomenetelmiä kuten yhteistyösuhteen ja motivaation vahvistamista, empatiaa, normalisointia, yleistä itsereflektion tukemista, ajatusten uudelleenmuotoilua, käyttäytymisen aktivointia, välttely- ja turvakäyttämisen tunnistamista ja estämistä ja erilaisia käyttäytymiskokeita. Nettiterapiat ovat ohjattuja ja etenevät enakkoon suunnitellusti. Ne ovat kohderyhmälleen tarkkaan valikoituja ja edellyttävät käyttäjältään sitoutumista ja johdonmukaista osallistumista. Terapeutin antama tuki ja strukturoitu ja vaiheittainen eteneminen erottavat nettiterapiat erilaisista itseapuvivustoista tai itsehoito-oppaiden lukemisesta.

Toimivatko nettiterapiat?

Hoidot näyttävät tasokkaiden ja laajojen tutkimusten ja meta-analyysien valossa tuottavan internetin välityksellä samankaltaisia tuloksia sekä kliinisten oiremittarien että hoitosuhteen liittyvien muuttujien osalta kuin kasvokkain toteutettuna ja olevan lisäksi kustannustehokkaita (7-16).

Suomessa nettiterapiat ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tuottamia. Kansainväliseen tapaan ne pohjautuvat kognitiivisen psykoterapian viitekehukseen, potilaan etenemistä seuraa terapeutti, ne ovat



Etähoidot näyttävät toimivan tehokkaasti myös vieraista kulttuureista länsimaiseen yhteiskuntaan tulevien henkilöiden psyykkisten oireiden hoidossa.

käyttäjille helppokäyttöisiä, opastavia ja intuitiivisia ja sisältävät haitallisten toimintatapojen muuttamisessa hyödyllistä tietoa ja harjoituksia. Kussakin terapiassa on myös vastaavanlaisista pulmista kärsiviä esimerkkipotilaita, joiden elämää ja terapiaa seurataan terapian aikana. Vastaavia netin välityksellä toimivia hoitoja on Suomen lisäksi käytössä monissa muissa maissa osana ammattilaisten yhdessä sopimia kansallista hoitosuosituksia.

Suomalaisessa systeemissä nettiterapiaan pääsee lääkärin läheteellä ja hoito on asiakkaalle ilmaista. Lähetteen voi kirjoittaa niin julkisen kuin yksityisenkin tahon lääkäri – maksusitoumusta ei tarvita. Eri häiriöihin suunnatuista nettiterapioista ja lähte-teohjeista tarkemmin: nettiterapiat.fi

Miten jatkossa?

Nettiterapioissa on samoja avoimia kysymyksiä kuin monissa muissakin hoidoissa lääkehoidot mukaan lukien. Hoitotuloksen säilyvyydestä ei ole varmuutta, ja eri tutkimuksissa on kohtalaisen paljon pois jääneitä tutkimushenkilöitä. On kuitenkin huomattava, että hoitotulosten pysyvyys tai hoitojen keskeytyminen koskevat yhtä lailla kaikkia psykiatrisia hoitoja mukaan lukien kasvokkain annettavat terapiat ja lääkehoidot. Kiinnostava ja ajankohtainen tutkimusha-vainto on se, että erilaiset etähoidot näyttävät toimivan tehokkaasti myös

vieraista kulttuureista (esimerkiksi arabialaisesta tai aasialaisesta) länsimaiseen yhteiskuntaan tulevien henkilöiden psyykkisten oireiden hoidossa ja yleistä sopeuttamista edistävän psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa (17-20). Eräs häiriöryhmä, jossa etähoidon käyttö näyttäisi olevan kasvussa, ovat syömiseen ja painoon liittyvät ongelmat, kuten anoreksia eli laihuus-häiriö, bulimia eli ahmimishäiriö ja ns. ahmimishäiriö eli Binge-eating disorder (21-22).

Kirjallisuutta:

1. Baxter AJ, Scott KM, Vos T ym. Global prevalence of anxiety disorders. A systematic review and meta-regression. *Psychol Med* 2013; 43 (5): 897–910.
2. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* 2013; 34: 119–138.
3. Vuorilehto M, Melartin T, Isometsä E. Depressive disorders in primary care. Recurrent, chronic and comorbid. *Psychol Med* 2005; 35: 673–682.
4. Käypä hoito -suositus. Depressio. Suomalainen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023>
5. Frasure-Smith N, Lespérance F, Juneau M ym. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1999; 61: 26–37.
6. Nemeroff CB, Musselman DL. Are platelets the link between depression and ischemic heart disease? *Am Heart J* 2000; 140(4):57–62.
7. Andersson G, Hedman E. Effectiveness of guided internet-based cognitive behavior therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie* 2013; 23: 140–148. DOI:10.1159/000354779.
8. Christensen H, Batterham P, Calear A. Online interventions for anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatr* 2014; 27 (1): 7–13.
9. Grist R, Cavanagh K. Computerised cognitive behavioural therapy for common mental health disorders, what works, for whom under what circumstances? A systematic review and meta-analysis. *J Contemp Psychother* 2013; 43 (4): 243–251.
10. Hedman E, Ljótsson B, Lindfors N. Cognitive behavior therapy via the Internet. A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012; 12 (6): 745–764.
11. Mayo-Wilson E, Montgomery P. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for

anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9:CD005330.

12. Mureşan V, Montgomery GH, David D. Emotional outcomes and mechanisms of change in online cognitive-behavioral interventions. A quantitative meta-analysis of clinical controlled studies. *J Technol Hum Ser v* 2012; 30 (1): 1–13.
13. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I ym. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety. A meta-analysis. *Psychol Med* 2007; 37 (3): 319–328.
14. Reger MA, Gahm GA. A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *J Clin Psychol* 2009; 65 (1): 53–75.
15. Robinson E, Titov N, Andrews G ym. Internet treatment for generalized anxiety disorder. A randomized controlled trial comparing clinician vs technician assistance. *Plos One* 2010; 5 (6):e10942.
16. So M, Yamaguchi S, Hashimoto S ym. Is computerised CBT really helpful for adult depression? A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. *BMC Psychiatr y* 2013; 13: 113.
17. Kayrouz R, Dear BF, Johnston L ym. Intergenerational and cross-cultural differences in emotional wellbeing, mental health service utilisation, treatment seeking preferences and acceptability of psychological treatments for Arab Australians. *Int J Soc Psychiatr y* 2015a; 61 (5): 484–491.
18. Kayrouz R, Titov N, Dear BF ym. An open trial of guided iCBT intervention to determine the benefits of the Wellbeing Course for Arab Australians with symptoms of anxiety and depression. *Internet Interventions* 2015b; 2: 32–38.
19. Lui SH, Dear BF, Johnston L ym. An internet survey of emotional health, treatment-seeking and barriers to accessing mental health treatment among Chinese-speaking international students in Australia. *Couns Psychol Quart* 2014; 27: 96–108.
20. Choi I, Zou J, Titov N ym. Culturally attuned internet treatment of depression for Chinese Australians. A randomised controlled trial. *J Affect Disorders* 2012; 136: 459–468.
21. Dölemeyer R, Tietjen A, Kersting A ym. Internet-based interventions for eating disorders in adults. A systematic review. *BMC Psychiatr* 2013; 13: 207.
22. Hoyle D, Slater J, Williams C ym. Evaluation of a web-based skills intervention for careers of people with anorexia nervosa. A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 634–638.