

STM/JOT ja APO

Painelaskelmia lyhytinterventioiden resurssitarpeesta

Lyhytinterventioilla tarkoitetaan lyhyitä psykoterapeuttisia tai psykosiaalisia interventioita, joiden kesto on yleensä korkeintaan 25 tapaamiskertaa. Laskelmat on tehty kuvaamaan perustason (perusterveydenhuolto ja opiskeluhoito) lyhytinterventioiden tarjonnan lisäämisen edellyttämää henkilöstö- ja rahoitusresurssien mittaluokkaa. Terapiatakuuta koskevaan kansalaisaloitteeseen ei ole ministeriössä liittynyt päätöksiä eikä valmisteluprosessia, jossa toteuttamistapa olisi määritelty. Lyhytinterventioiden lisäämistä koskevat laskelmat ovat hypoteettisiin oletuksiin perustuvia skenaarioita, ja esitetyt luvut ovat suuntaa antavia. Ne kuvaavat ennen kaikkea sitä, miten erilaiset oletukset vaikuttaisivat kustannusten mittaluokkaan.

Skenaarioissa tarkastellaan ainoastaan interventioiden suoria kustannuksia. Näiden perusteella arvio kustannuspaineesta olisi nuorten osalta noin 12-19 miljoonan euron välillä ja aikuisten osalta noin 190-227 miljoonan euron välillä. Alustavien arvioiden mukaan lyhytinterventiot eivät laajasti korvaisi nykyisiä toimintoja. Lyhytinterventioiden tarjonnan lisääminen vaatisi siten alustavien arvioiden mukaan huomattavasti enemmän lisärahoitusta ja henkilöstöresursseja kuin mitä terapiatakuuta koskevassa kansalaisaloitteessa on arvioitu. Arvioiden eroavuuden tärkein syy on siinä, että aikuisten osalta interventiot ovat selvästi pidempiä kuin nuorilla, ja nuortenkaan osalta kaikkein lyhimmat interventiot eivät ahdistuneisuushäiriöiden osalta riitä. Kokonaiskustannuksiin olisi sisällytettävä lisäksi mm. osaamisen kehittämisen kustannuksia, joita ei skenaarioissa ole huomioitu.

Interventioiden tarve väestötasolla

Lähtötietona on käytetty vuoden 2021 väestötietoja, joiden mukaan nuoria (13+) ja aikuisväestöä oli yhteensä 4 821 017 henkilöä. Laskelmissa on oletettu, että interventioiden nopea ja kattava saatavuus koskisi koko tätä väestöä, eikä siten ole rajattu pois kaikkein vanhimpia ikäluokkia. Staattinen laskelma ei huomioi sitä, että väestörakenne ja väestön määrä muuttuvat jo esimerkiksi 10 vuoden aikana jonkin verran.

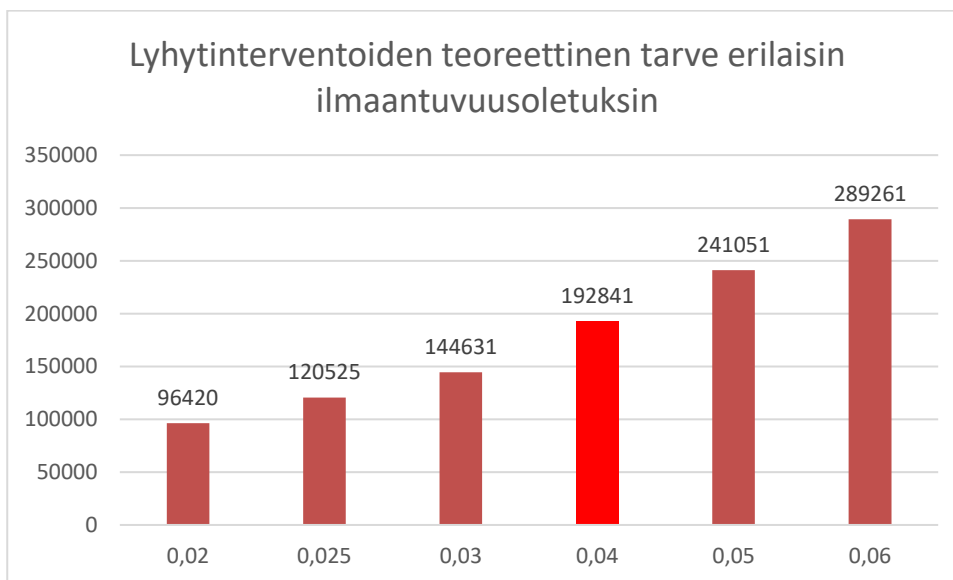
Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden ilmaantuvuus nuorten osalta on 2 %/3,5 %¹ ja aikuisten osalta 2,7%/2,9 %² Masennus- ja ahdistushäiriöiden esiintyvyys on osin päällekkäistä ja yhteisesiintyvyyden huomioon ottaen ilmaantuvuusluvuksi on aikuisille oletettu 4 %. Jo pienet erot ilmaantuvuusluvuissa vaikuttavat voimakkaasti interventioiden tarpeeseen. Olettaen 4 % yhteisesiintyvyys interventioiden tarve (interventiosta periaatteessa hyötyviä) voisi olla jopa noin 190 000. Kun huomioidaan se, että kaikki eivät hakeudu interventioihin, on määrä selvästi matalampi.

¹ Asselmann E, Wittchen HU, Lieb R, Höfler M, Beesdo-Baum K. Danger and loss events and the incidence of anxiety and depressive disorders: a prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Psychol Med.* 2015 Jan;45(1):153-63. Insidenssit 10 vuoden seuranta-ajalla.

² (Bijl RV, De Graaf R, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WA; Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 Aug;37(8):372-9). Komorbiditeettia ei ole raportoitu, mutta yksittäisten insidenssien ja kokonaisinsidenssin (5,7/100) perusteella arvioisin noin 30 %:ksi. Siten MDD ja/tai ahdistuneisuushäiriön yhteisilmaantuvuudeksi arvioidaan 4/100.

Alla olevassa kuviossa perusterveydenhuollon/perustason interventioiden tarpeen teoreettinen maksimi koko väestön tasolla voisi olla jopa noin 289 000 interventiota, joka saadaan olettaen, että masennuksen ja ahdistuksen lisäksi on muitakin lieviä häiriöitä, joita voitaisiin hoitaa lyhytinterventioille, sekä huomioimatta sitä, että masennuksen ja ahdistuksen ilmaantuvuus on osin päällekkäistä, sekä olettaen, että kaikki interventioista hyötyvät todella hakeutuisivat palveluihin. Interventioihin hakeutumisen voi olettaa pidemmällä aikavälillä jossain määrin kasvavan, jos palveluiden tarjonta ei enää ole pullonkaulana; kysyntää voi tulla myös muiden kuin masennuksen tai ahdistuneisuuden hoitoon. Alla olevassa kuviossa teoreettiset 5-6 % ilmaantuvuusoletuksella lasketut interventioiden määrät kuvaavat spekulatiivista palveluiden kysynnän kasvua pidemmällä aikavälillä. Kustannusten arvioinnissa näitä volyyymeja ei voi pitää realistisena lähtökohtana. Muistiassa kuvatuissa laskelmissa ei ole otettu huomioon muita vähemmän yleisiä mielenterveyshäiriöitä, joissa vastaavanlaisista interventioista olisi hyötyä.

Realistisempina, mutta edelleen teoreettisena maksimiarviona voi pitää noin **120 000-140 000** intervention vuosittaista tarvetta; olettaen noin 4 % yhteisilmaantuvuus aikuisten osalta sekä se, että kaikki eivät ole interventioihin halukkaita.



Interventioiden tarve ei kuitenkaan ole laskettavissa suoraviivaisesti väestön koon ja ilmaantuvuuden perusteella. Tähän on useita syitä:

- Osa väestöstä hyötyisi interventiosta, mutta hoidon tarve jää kokonaan tunnistamatta (otoskato). Otskato voi johtaa melko suuriinkin palvelutarpeiden aliarviointeihin.
- Kaikki, jotka hyötyisivät interventiosta ja joille sitä tarjotaan, eivät sitä jostain syystä aloita. Hoitoon hakeutuvien osuus Englannin kokemusten mukaan oli noin 70 % (1,17 miljoona alkanutta interventiota tarjottuja 1,69 miljoonaa interventiota kohden) – ts. noin 30 % heistä, joille tarjottiin palvelua, ei aloittanut sitä³.
- Laskelmissa ei ole rajattu pois vanhimpia ikäluokkia, mikä on perusteltua yhdenvertaisuuden näkökulmasta. On kuitenkin mahdollista, että käytännössä kaikkein vanhimmissa ikäluokissa mahdollisuudet käyttää terapiapalveluita voivat olla jonkin verran pienemmät kuin nuorem-

³ <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>

missa ikäluokissa, sillä muut terveysongelmat voivat rajoittaa kykyä hyödyntää mielenterveyspalveluita. Iäkkäitä hyödyttävistä interventioista on toistaiseksi vähän tietoa, mutta tiedon lisääntymisellä on vaikutusta myös palvelujen hakemiseen. Siten tosiasiallinen interventioiden kysyntä suoraan ikäryhmien koon perusteella laskettuna arvioi palvelutarvetta hieman epävarmasti.

- Koronapandemian on arvioitu lisänneen intervention tarvetta aikuisilla 10 % ja nuorilla 30 %, joka esimerkiksi yllämainitun 4 % yhteisilmaantuvuuden tapauksessa, ennen interventioon osallistumisen halukkuuden huomioimista tarkoittaisi noin 20 000 intervention lisätarvetta. Voidaan olettaa, että kyseessä on väliaikainen, ajan kuluessa palautuva muutos. Mahdolliset uudet kriisit aiheuttaisivat saman tyyppisiä vaikutuksia kuin koronapandemia.
- Keskipitkällä/pitkällä aikavälillä interventioiden nopea ja kattava saatavuus voisi näkyä lisääntyvänä julkisen puolen lyhytinterventioiden kysyntänä (ja vähentää jossain määrin KELA-korvattujen terapioiden määrää).
- Lisäksi osa väestöstä voi saada lyhyitä interventioita myös yksityissektorin kautta; tätä ei kuitenkaan ole huomioitu laskelmissa.

Yllämainitut tekijät vaikuttavat eri suuntiin eikä niistä voi tehdä täsmällisiä oletuksia. Huomioiden masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden osittaisen päällekkäisyyden sekä oletuksen siitä, että kaikki palveluista periaatteessa hyötyvät eivät lopulta halua interventiota, suuruusluokka interventioiden tarpeeksi voisi olla noin 120 000 -140 000. 140 000 edustaa jonkinlaista realistista maksimivolyymiä pidemmällä aikavälillä ja vastaavasti noin 100 000 jonkinlaista (tarvetta jopa hieman aliarvioivaa) minimitarvetta. On myös selvää, että 100 000-140 000 intervention volyymin toteutuminen vaatii ehkä minimissäänkin parin hallituskauden ajan toteutuakseen. Lyhytterapiaa tarjoavaa ammattihenkilöstä ei ole nopeasti löydettävissä ja täydennyskoulutus vie aikansa. Samalla on syytä muistaa, että edellä arvioitu interventiotarve ei tosiasiasa tarkoita sitä, siihen olisi vastattava 100 % lisäresursseilla, koska lieviin mielenterveyden häiriöihin tarjotaan palveluita jonkin verran jo perusterveydenhuollon ja oppilashuollon nykyisten resurssien puitteissa⁴.

Interventioiden tarpeesta seuraava henkilötyövuosiarvio

Terapiapalveluita tarjoavan henkilöresurssien tarve edellyttää oletuksia paitsi edellä kuvatuista väestön interventioiden tarpeesta, myös siitä, minkä mittaisia interventioita tarjotaan. Esillä on ollut nuorille käyttöön otettava 7 tapaamiskerran (1+6 eli arviointikäynti ja 6 muuta tapaamiskertaa) interventio masennuksen hoidossa ja 11 tapaamiskerran interventio ahdistuneisuushäiriön hoitona. Toisaalta aikuisilla lyhytinterventioiden tapaamiskertojen vaihteluväliksi on mainittu 7-20 tapaamiskertaa.

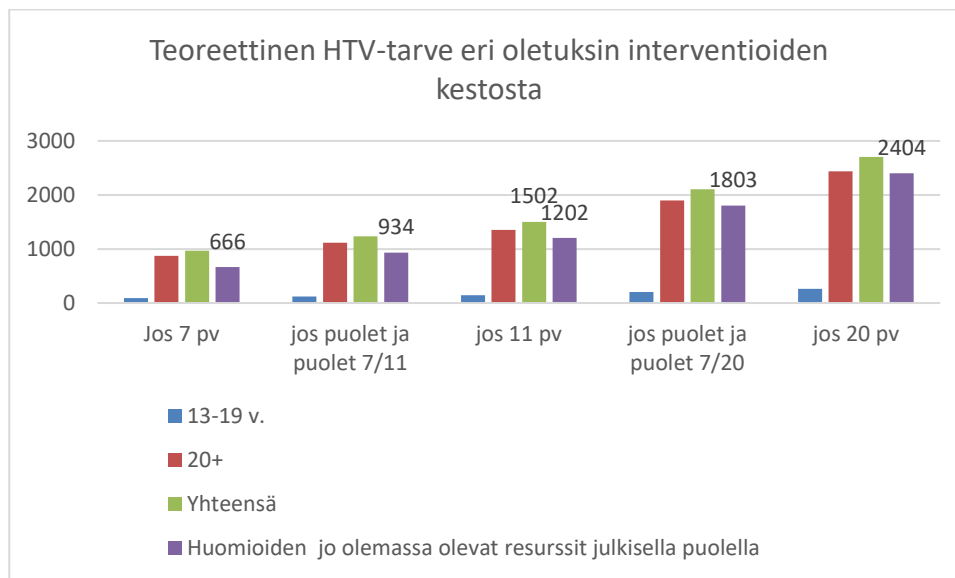
Oletus siitä, että kaikki interventiot sisältäisivät ainoastaan 7 tapaamiskertaa, on hyvin tiukka ja johtaisi epärealistisen mataliin arvioihin lisäresurssien tarpeesta. Vastaavasti oletus siitä, että kaikki interventiot olisivat 20 tapaamiskerran laajuisia, johtaisi huomattavan suuriin henkilöresurssien lisäykseen ja siten kustannuksiin. Lisäksi se voisi merkitä osin resurssien hukkaamista, koska osalle asiakkaista riittäisi tätä lyhempi jakso. Karkeana oletuksena voi käyttää sitä, että interventioissa olisi keskimäärin 11 tapaamiskertaa. Tällöin tosiasiasa enemmistö interventioista voisi sisältää 7 tapaamiskertaa, kohtalaisen suuri joukko 11 tapaamiskertaa ja pieni osa jopa 20 tapaamiskertaa. Oletus johtaa

⁴ Kansalaisaloitteessa on oletettu, että noin 300 HTV:tä voitaisiin kattaa olemassa olevilla resursseilla. Oletusta voi pitää realistisena. Sen sijaan tässä arvioissa HTV:n kokonaistarve arvioidaan kansalaisaloitetta suuremmaksi siksi, että osa interventioista oletetaan pidemmäksi kuin 7 kerran interventiot. Lisäksi, jos laajamittaisesti koulutettaisiin olemassa olevia sote-ammattilaisia lyhytinterventioiden toteuttamiseen, olisi kuitenkin järjestettävä henkilöresurssit hoitamaan heidän nykyisiä tehtäviään.

hieman suurempaan henkilötyövuositarpeeseen (jatkossa HTV-tarve) kuin oletus siitä, että interventioista 50% olisi 7 kerran jaksoja ja loput 11 kerran jaksoja. Ero ei kuitenkaan ole dramaattinen.

Realistisempänä oletuksena voi pitää sitä, että nuorilla interventiot painottuvat keskimäärin lyhyempiin interventioihin kuin aikuisilla. Jos oletetaan, että nuorilla puolet olisi 7 kerran interventioita ja puolet 11 kerran interventioita, olisi HTV-tarve nuorten osalta noin 120 HTV:tä. Jos aikuisten osalta oletetaan, että puolet interventioista olisi 11 kertaa ja puolet 20 kertaa, olisi HTV-tarve aikuisten osalta noin 1900 HTV:ta. Siten HTV-tarve olisi yhteensä jopa 2018 HTV:ta. Kaiken kaikkiaan resurssien tarve on aikuisten osalta huomattavan suuri paitsi siksi, että interventiot keskimäärin pidempiä, myös itsestään selvästi siksi, että väestömäärä on hyvin suuri verrattuna nuoriin.

Kuitenkin jo nyt tarjotaan tukikeskusteluja jossain muodossa ja/tai tavataan samoja ryhmiä, vaikka käynnit eivät ole lyhytinterventioita. Niin sanottu jo olemassa oleva resurssi on oletettu olevan noin 300 HTV:ta ja lisähenkilötyövuosien määrä (ottamatta vielä kantaa siihen, mikä osuus tapahtuisi perusterveydenhuollon resurssoinnin kautta ja mikä ostopalveluina) olisi noin 1700 HTV:ta. Luonnollisesti HTV-tarve pienenee voimakkaasti, jos painopiste on vahvasti lyhyimmissä interventioissa.



Lisähenkilöstön tarve (ks. kuvio yllä) riippuu paitsi tarjottavien interventioiden laajuudesta, myös siitä, minkä verran jo nyt (julkisella puolella) on yleisluonteisia mielenterveyttä tukevia palveluita tarjoavaa henkilöstöä. Myös jo olemassa oleva henkilöstö tarvitsee kuitenkin koulutusta interventio-työhön. Vaikka tässä muistiossa kustannuksia on arvioitu oletuksilla tapaamisten yksikkökustannuksista (eikä htv-kustannusten kautta), on htv-arvioita tärkeä tehdä kahdesta syystä. Ensimmäinen liittyy tarvittaviin koulutuspanostuksiin ja toinen työvoiman saatavuuden näkökulmaan yleisemmin.

Henkilöresurssien ja lisäkoulutuksen tarve on mittava. Mikäli lisäresurssit ajateltaisiin saatavan (ositain) olemassa olevasta henkilöstöstä, tarkoittaisi se samalla sitä, että jollakin muulla tavalla on järjestettävä ne sote-palvelut, joita he ennen täydennyskoulutusta/tehtävien muutosta ovat hoitaneet. Myös nämä välilliset kustannukset olisi huomioitava, vaikka niitä ei näissä suorien kustannusten laskelmissa olekaan huomioitu. Toisaalta voidaan olettaa, että osa palveluista toteutettaisiin palvelusetelien kautta – mutta palveluita tarjoavia ammattilaisia tarvittaisiin lisää tässäkin vaihtoehdossa. Olipa toteuttamistapa mikä tahansa, ammattilaisten kouluttaminen on realistista vasta melko pitkän ajan kuluessa.

Interventioiden kustannukset ja niiden vaihteluväli

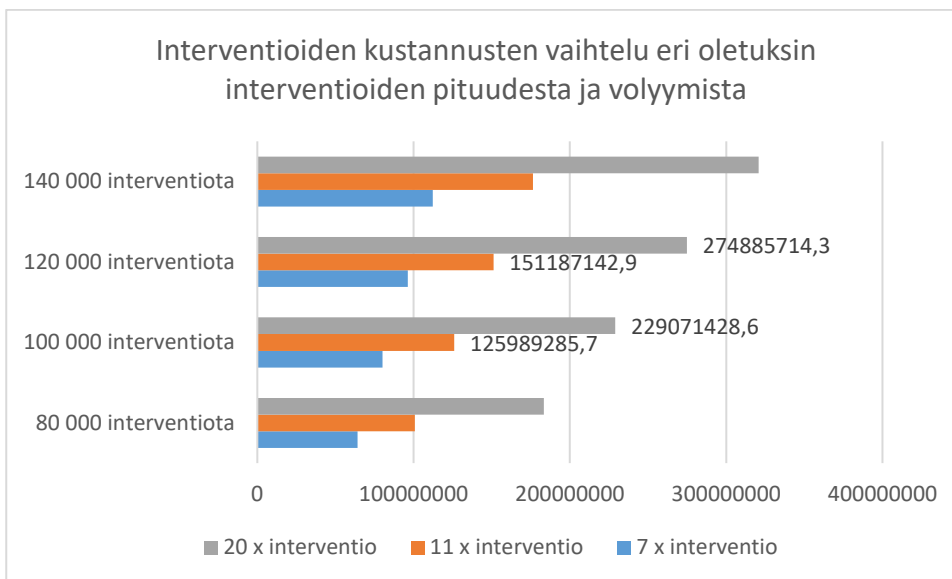
Realistista on olettaa, että interventioita tarjoaisivat useat eri ammattinimikkeillä toimivat sote-ammattilaiset. Interventioita koskevat kustannukset vaihtelevat suuresti sen mukaan, mikä koulutustausta työntekijöillä on. Interventiokohtaiset kustannukset ovat selvästi korkeammat kuin kustannukset laskettuna ammattikohtaisten HTV-kustannusten kautta (ts. interventiokohtaiset kustannukset sisältävät HTV-kustannusten lisäksi m. toimitilakustannuksia ja hallinnollisia kustannuksia). Interventiokohtaiset kustannukset ovat perusteltuja, koska HTV-kustannusten lisäksi on huomioitava kaikki palveluihin liittyvät kustannukset.

Arviot kustannuksista interventiota kohden vaihtelevat (perusterveydenhuollon noin 80 euron kustannuksista⁵ ostopalveluiden approksimaationa käytettävään 120-130 euron kustannukseen). Alla olevassa laskelmassa oletuksena on käytetty 115 euron kustannusta per käynti. Kyseessä on **laskennallinen oletus**, jota on myöhemmin täsmennettävä. Sen jälkeen, kun lähtöoletuksia voidaan täsmentää, riippuen mm. toteutustapaa koskevista tarkemmista oletuksista, on kustannuksiin lisäksi tehtävä tarpeelliset indeksikorotukset⁶. Indeksikorotuksen vaikutus kustannusarvioihin on kuitenkin vähäisempi kuin toteuttamistavan ja yksikkökustannusten täsmeytymisen kautta tuleva vaikutus.

Käyttämällä edellä mainittuja oletuksia ja tekemällä oletuksia interventioiden keskimääräisestä kestosta (7/11 kertaa) sekä interventioiden volyymista (80 000, 100 000, 120 000, 140 000) saadaan alaja ylärajat interventioiden suoriksi kustannuksiksi. Kuvio pyrkii havainnollistamaan sitä, kuinka voimakkaasti interventioiden volyymi ja interventioiden kesto vaikuttavat kustannuksiin; julkisten menojen hintaindeksiä ei tässä ole huomioitu, kuten ei myöskään sitä, miltä osin kyse olisi lisäkustannuksista tai miten interventioiden kestot eroavat nuorilla ja aikuisilla⁷.

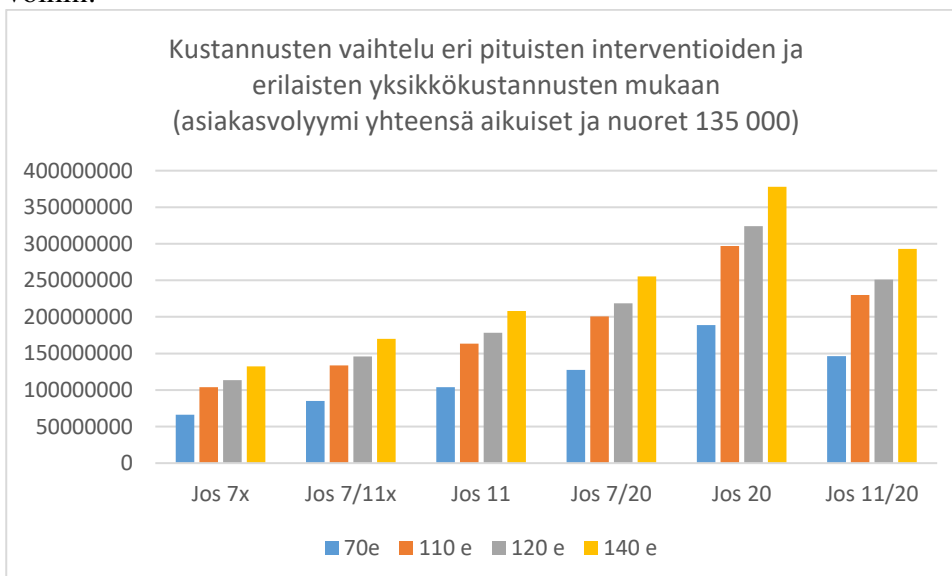
⁵ Kapiainen Satu – Väisänen Antti – Haula Taru (2014): Terveysthuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011, THL 3/2014. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114683/THL_RAPO3_2014_web.pdf

⁶ Tilastokeskus: Julkisten menojen hintaindeksi: https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_hin_jmhi_vv/statfin_jmhi_pxt_11m6.px/



Yllä olevilla hyvin karkeilla oletuksilla kustannukset vaihtelisivat noin 64 miljoonasta (80 000 interventiota, pelkästään kaikkein lyhimpiä 7 x interventiota) noin 320 miljoonaan (140 000 interventiota, kaikki 20 x interventiota). Näistä kumpaakaan ei voi pitää realistisena arviona. Jos oletetaan keskimääräiseksi interventioiden kestoksi koko väestön osalta 11 käyntikertaa, interventioiden kustannusten voi arvioida liikkuvan suunnilleen välillä 126 000 000 – 150 000 000 euroa (olettaen 100 000 - 120 000 interventiota). Koska aikuisten osalta interventiot ovat tyypillisesti 10-20 kerran mittaisia, olisivat kustannukset (aikuisten) 120 000 intervention volyymilla mittaluokaltaan jossakin 150 000 000 ja noin 250 000 000 euron välillä. Laskennallista yksikkökustannusoletusta on kuitenkin vielä syytä täsmentää. Jos toiminnan rakentamisen oletetaan kestävän noin kymmenen vuotta (kuten esimerkiksi Englannissa), nousisi kustannus siis asteittain näiden arvioiden mukaiselle tasolle. Näiden lisäksi on laskettava myös koulutuskustannukset ja osaamiskeskusten kustannukset.

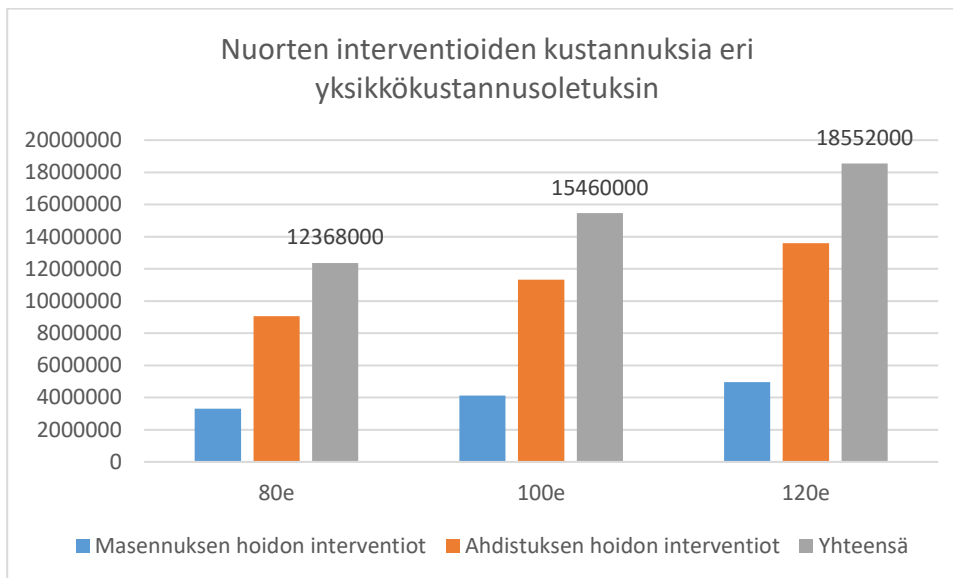
Kustannuksia ja niiden hajontaa voi laskea myös varioiden oletuksia käyntikohtaisista hinnoista (70-140 e) ja käyntien määristä (ääripäinä kaikki käynnit 7 x tai kaikki 20 x). Olettaen aikuisten ja nuorten yhteen lasketuksi interventioiden volyymiksi 135 000, päädytään seuraaviin kustannusarvoihin:



Yllä oleva kuvio havainnollistaa sitä, miten suuri kustannusten hajonta on erilaisin oletuksin; selvää on, että osa oletuksista johtaa epärealistisen suuriin kustannuksiin ja osa puolestaan huomattaviin aliarvioihin. Teoreettisessa laskelmassa ei ole huomioitu sitä, että osin jo olemassa olevat perusterveydenhuollon ja oppilashuollon ammattilaiset tekevät mielenterveyttä tukevaa työtä. Siten lisäkustannukset olisivat tosiasiallisesti jonkin verran pienemmät.

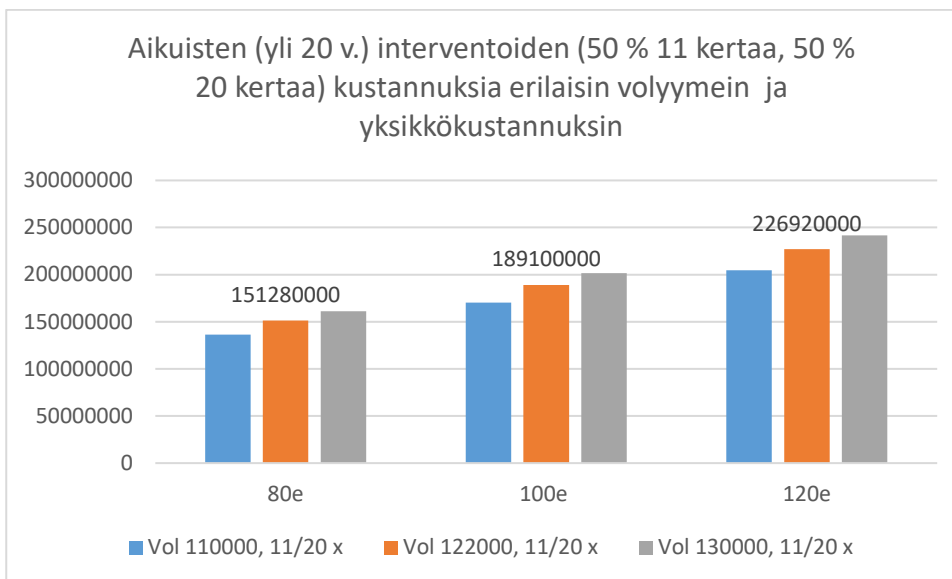
Kustannusarvioita erikseen nuorille ja aikuisille

Nuorten osalta laskelmissa on oletettu, että interventiot olisivat 7 kerran (masennus) tai 11 kerran (ahdistus) interventioita. Alla varioidaan lisäksi hintaa per käynti (80-120 e). Nuorten osalta ei ole oletettu masennuksen ja ahdistuneisuuden yhteisesiintyvyyttä. Sen sijaan interventioiden tarve on laskettu erikseen masennuksen ja ahdistuneisuuden ilmaantuvuuden perusteella sekä olettaen, että myös nuorten osalta osa interventioista hyötyviä ei tosiasiallisesti aloita interventiota. Näillä oletuksilla interventioiden volyymit 13-19-vuotiaiden osalta olisivat noin 5900 (masennus) ja 10300 (ahdistuneisuus).



Nuorten osalta ns. realistiset kustannukset vaihtelevat noin 12,4 miljoonasta noin 18,6 miljoonaan yllä olevin yksikkökustannusoletuksin.

Aikuisten osalta kustannukset ovat mittaluokaltaan aivan toiset kahdesta syystä. Ensinnäkin aikuisten (20+) ikäluokkien koko on itsestään selvästi suuruusluokaltaan toinen kuin nuorten (13-19). Toiseksi aikuisten interventiot painottuvat 10-20 kerran tapaamisiin; alla olevassa kuviossa oletuksena on käytetty sitä, että puolet aikuisten interventioista olisi 10 kerran interventioita ja puolet 20 kerran interventioita. Näiden kertolaskuna kustannukset ovat eri suuruusluokkaa kuin nuorten. Alla olevaan kuvioon on otettu joitakin ns. realistisia suuruusluokka-arvioita. Kuviossa 122 000 volyyymia on käytetty myös edellä tässä muistiossa.



Huomioita laskelmien oletuksista ja johtopäätöksistä

- Kaikki eivät ole interventioihin halukkaita (kuten UK: 30 %).
- Ei ole huomioitu, että osa palvelutarpeesta voidaan kattaa olemassa olevilla resursseilla; osuus vaihtelee sen mukaan, kuinka suureksi interventioiden vaatimat resurssit oletetaan, ts. millainen on interventioiden volyyymi ja toisaalta minkä kestoisia interventioita keskimäärin tarjotaan. Siten lisäkustannukset tosiasiaassa olisivat jonkin verran pienemmät.
- Nuorten osalta ei ole oletettu masennuksen ja ahdistuneisuuden yhteisesiintyvyyttä, vaan interventioiden tarve ja kustannukset on laskettu kummankin osalta erikseen.
- Aikuisten osalta oletuksena on puolet 11 kerran ja puolet 20 kerran interventioita. Oletus saattaa hieman aliarvioida palvelutarvetta.
- Edellä mainitulla oletuksella voi lisäksi olettaa, että noin 15 % palvelutarpeesta voitaisiin kattaa olemassa olevilla resursseilla (tätä ei ole tässä kohden laskettu).
- Lisäksi verkon kautta annettavat verkkoterapiat soveltuvat osalle hoidoksi (osuus ei ole tiedossa). Vielä ei ole tiedossa, missä määrin ne saattaisivat vähentää muiden interventioiden tarvetta.
- Lisäksi käyttöön on tulossa enenevästi omahoito-ohjelmia (osuus ei ole vielä ennakoitavissa).
- Laskelmassa ei ole tehty oletuksia indeksikorotuksesta, koska indeksin huomioiminen ei ole mielekäästä, jos yksikkökustannukset perustuvat oletuksiin.

Muut kustannukset

a) Koulutuskustannukset ja työnohjauksen kustannukset

Interventioiden saatavuuden toteuttaminen edellyttää, paitsi interventioita toteuttavia ammattilaisia, myös menetelmiin pätevyityneitä kouluttajia ja työnohjaajia. Siihen tarvitaan täydennyskoulutusjärjestelmä, jossa pystytään kouluttamaan sekä ohjaajat että menetelmiä toteuttavat perusterveydenhuollon ja opiskeluhoollon ammattilaiset. Psykososiaalisten menetelmien laajentaminen koskemaan koko perustasoa, eri häiriöitä ja ikäryhmiä edellyttää arviolta esimerkiksi kymmenen vuoden ajan jatkuvaa uusien menetelmien käyttöönottoa volyymin laajentamisen ohella. Kun interventioiden kirjo ja volyyymi pidemmällä aikavälillä kasvaisivat selvästi, eivät pelkästään täydennyskoulutukset riitä.

Verkko-opiskelun yleistyminen vaikuttaa osaltaan koulutuskustannuksiin. Koulutuskustannuksia ja lisähenkilöstön palkkakustannuksia ei kuitenkaan tässä arvioida.

Tämän lisäksi tarvitaan osaamista ylläpitävää koulutusta ja työnohjausta. Kun käytetään käyntikoh-
taisia kustannustietoja (kuten edellä laskennallisissa oletuksissa), niissä tyypillisesti on mukana
kaikki kustannukset. Sen sijaan laskennassa, jossa lähdetään liikkeelle htv-kustannuksista, erilaisia
koulutus- ja työnohjauskustannuksia ei ole mukana.

b) Osaamiskeskukset ja niiden kustannukset

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (VNa
582/2017) määrittelee, että yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirit ovat ehkäisevien sekä hoi-
dollisten psykososiaalisten menetelmien alueellisessa koordinaatiovastuussa. Yliopistollista sairaa-
laa ylläpitävä sairaanhoitopiiri huolehtii alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon
käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä vä-
estön tarpeenmukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta. Siihen tarvitaan toimintaa
koordinoivaa, kouluttavaa ja ohjaavaa henkilöstöä. Kyse on siis toiminnasta, joka on muutaman
vuoden ollut asetuksessa, mutta toiminta on käytännössä käynnistynyt vasta vuodesta 2020 lähtien
Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ohjelmassa. Toimintaan tarvitaan osaamiskeskukset jo-
kaiseen 5 yliopistosairaalan sairaanhoitopiiriin, erikseen osaamiskeskus lapsille ja nuorille sekä
osaamiskeskus aikuisille. Yhteensä kymmenen osaamiskeskuksen kustannukset, kun muiden kuin
henkilöstökustannusten osuuden oletetaan olevan 25 prosenttia kokonaiskustannuksista, olisivat
noin 7 miljoonaa euroa.

Yhteenveto ja päätelmät

Interventioiden tarve on herkkä oletuksille erilaisten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä.
Kaikki hoitotarve ei tule esille, eivätkä kaikki ole toisaalta halukkaita interventioihin. Lisäksi etenkin
pidemmällä aikavälillä palvelutarve voi kasvaa sitä kautta, että kun palveluita on saatavana helposti,
niihin myös hakeudutaan herkemmin. Muistiossa on esitetty melko laeva vaihteluväli sille, mikä in-
terventioiden volyyymi mahdollisesti olisi. Koko väestön osalta (13–19 v. nuoret sekä 20+ aikuiset)
voi karkeasti arvioida, että interventioiden tarve pidemmällä aikavälillä olisi noin 100 000 – 140 000.

Interventiokohtaiset kustannukset vaihtelevat melko paljon mm. sen mukaan, mikä palveluita tarjoa-
van ammattilaisen koulutustausta on ja/tai mitä oletetaan käynnin yksikkökustannuksista, sekä minkä
mittaisia interventiokäyntejä tarjotaan (7x, 11x, 20x). Kustannusten loppusumma vaihtelee suuresti
sekä sen suhteen, mitä interventioiden tarpeesta (100 000 – 140 000) oletetaan, sekä siitä, mitä oletetaan
keskimääräiseksi interventioiden kestoksi. Nuorilla interventioiden kestot painottuvat 7 ja 11
kerran interventioihin, aikuisilla pikemminkin 10–20 kerran interventioihin. Ennen kaikkea aikuisille
tarjottavien interventioiden kesto ja niiden yksikkökustannukset vaikuttavat voimakkaasti kokonais-
kustannuksiin. Laskennalliset, mittaluokaltaan realistiset arviot interventioiden kustannuksista liik-
kuvat noin 170-250 miljoonan euron välillä, missä kuitenkin ei ole huomioitu jo olemassa olevia
resursseja. Laskelmissa käytettyjä yksikkökustannuksia on kuitenkin vielä syytä täsmentää; ne ovat
laskennallisia oletuksia. Tämän päälle on laskettava koulutuskustannuksia sekä osaamiskeskusten
kustannuksia (kukin osaamiskeskus henkilöstökustannuksiltaan noin 500 000 euroa).

Terapiatakuun kaltaisen toiminnan rakentaminen vaatii melko pitkän aikavälin panostamisen. Siten kustannuksetkin jakautuisivat pidemmälle ajalle ja luvut kuvaavat kustannuksia vaiheessa, jossa palvelutarjonta olisi laajamittaista. Myöskin ammattitaitoisen henkilöstön kouluttaminen vaatii useiden vuosien panostamisen. Vaikka vuosikustannukset karkeasti arvioituna pidemmällä aikavälillä lopulta nousisivat esimerkiksi noin 200-250 miljoonaan euroon (edellä kuvatuilla karkeilla oletuksilla laskehtuna ja melko realistisilla interventio-oletuksilla), on summa pieni verrattuna (osin hoitamattomien) mielenterveysongelmien aiheuttamiin yhteiskunnallisiin kustannuksiin.

Mielenterveysongelmien aiheuttamia kustannuksia julkisen talouden näkökulmasta on arvioitu valtiovarainministeriön raportissa⁸, jossa mielenterveyspalveluiden kustannuksiksi arvioitiin noin 1,2 mrd euroa. Epäsuorat kustannukset arvioitiin selvästi tätä isommiksi eli noin 2,5 mrd euron suuruisiksi. Näiden lisäksi mielenterveysongelmista seuraa sosiaalietuuksien ja työmarkkinoiden kautta tulevia kustannuksia – kuten vaikkapa sairauspoissaolojen ja menetetyn työmarkkinoille osallistumisen kautta tulevia kustannuksia. Suunta-antavana arviona voi pitää OECD:n arviota⁹, jonka mukaan sosiaalietuuksien ja työmarkkinoiden kautta tulevat kustannukset olisivat jopa noin 8,5 mrd euroa vuodessa. Vaikka yhteiskunnallisia kokonaiskustannuksia on vaikea arvioida eksaktisti, on kuitenkin ilmeistä, että kustannukset ovat mittaluokaltaan suuria ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn ja ratkaisemiseen tarvitaan lisäresursseja.

⁸ Julkisen sektorin tuottavuus, valtiovarainministeriö 20.8.2020 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

⁹ OECD: Heath at a Glance: Europe 2018, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en