



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Näreaho Niina

Fideliteetin tukeminen Terapiat etulinjaan - toimintamallissa

Hallinnollisten ja organisatoristen keinojen tarkastelu dokumenttianalyysin
avulla

Johtamisen akateeminen yksikkö
Hallintotieteiden maisteriohjelma
Pro gradu -tutkielma
Sosiaali- ja terveyshallintotieteet

Vaasa 2026

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Näreaho Niina		
Tutkielman nimi:	Fideliteetin tukeminen Terapiat etulinjaan -toimintamallissa: Hallinnollisten ja organisatoristen keinojen tarkastelu dokumenttianalyysin avulla		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Opintosuunta:	Sosiaali- ja terveyshallintotieteet		
Työn ohjaaja:	Patrik Nordin		
Valmistumisvuosi:	2026	Sivumäärä:	89

TIIVISTELMÄ:

Kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa 2020–2030 tunnustetaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden merkittävä kehittämistarve. Vaikka tutkimusten mukaan masennuksen ja ahdistuksen varhaiset hoidot voivat tuottaa huomattavia säästöjä, näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitojen saatavuus on edelleen riittämätöntä. Osana sote-uudistusta kehitetty Terapiat etulinjaan -toimintamalli on kansallinen palvelukokonaisuus, jonka tavoitteena on parantaa psykososiaalisten hoitojen saatavuutta, vaikuttavuutta ja oikea-aikaista kohdentumista erityisesti perustasolle. Malli pyrkii vastaamaan kasvavaan palvelutarpeeseen kehittämällä hoitoprosesseja ja mahdollistamalla nopeamman pääsyn vaikuttaviin lyhytkestoiisiin hoitoihin, mikä on keskeistä oireiden pahenemisen ja kroonistumisen ehkäisemiseksi.

Tämän Pro gradu -tutkielman tavoitteena on antaa kuva siitä, miten tutkittavassa Terapiat etulinjaan -hankkeessa on huomioitu fideliteetti. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella Terapiat etulinjaan -toimintamallissa käytettyjä hallinnollisia ja organisatorisia keinoja, joilla pyritään varmistamaan menetelmän fideliteetin säilyminen. Fideliteetin säilyminen tarkoittaa sitä, että menetelmät pysyvät uskollisina alkuperäisille toteutustavoille, jotta niiden vaikuttavuus säilyy. Tutkielma keskittyy laadullisen dokumenttianalyysin avulla siihen, millaisia keinoja hankkeessa on määritelty fideliteetin tukemiseksi. Aineistona toimi Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja.

Tutkielma esittää, että fideliteetti on pitkälti rakenteellisesti tuotettu ilmiö. Hallinnollinen ja organisatorinen tuki toimivat sillanrakentajana strategisen tason tavoitteiden ja käytännön työn välillä. Kompleksisessa palvelujärjestelmässä intervention onnistuminen ja fideliteetin toteutuminen eivät perustu yksittäisten ammattilaisten ponnistuksiin, vaan siihen, että rakenteet ja yhteistyö mahdollistavat yhdenmukaisen toteutuksen.

Fideliteetin näkökulmasta yhtenäinen perusrakenne luo keskeiset edellytykset palveluprosessien ja niitä tukevien rakenteiden valtakunnalliselle kehittämiselle ja yhteistyölle, ja tämänkaltaisen rakenteen voidaan nähdä toteutuvan myös Terapiat etulinjaan -hankkeessa. Tutkielman tulosten mukaan keskeisiksi fideliteettiä tukeviksi keinoiksi osoittautuivat selkeästi jäsenneilty palvelujärjestelmä, verkostot ja laajempi yhteiskehittäminen sekä koulutus, joka sisälsi erityisesti menetelmäohjauksen sekä terapiakoordinaattoritoiminnan. Lisäksi hankkeen useat digitaaliset ratkaisut mahdollistavat jatkuvan seurannan ja arvioinnin tarjoten konkreettisia välineitä, joilla voidaan edistää fideliteetin toteutumista.

AVAINSANAT: Fideliteetti, menetelmäuskollisuus, implementointi, psykososiaaliset interventiot, palvelujärjestelmä

Sisällys

1	Johdanto	6
1.1	Tutkielman tausta	6
1.2	Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset	8
1.3	Tutkielman rakenne	10
2	Terapiat etulinjaan -toimintamalli ja keskeiset menetelmät	12
2.1	Toimintamallin idea	12
2.2	Porrasteinen hoitomalli	14
2.3	Yhteiskehittäminen	15
2.4	Digitaaliset interventiot	18
2.4.1	Ohjattu omahoito ja Mielenterveystalo	19
2.4.2	Nettiterapia	22
2.5	Muut psykososiaaliset interventiot	23
2.5.1	Kognitiivinen lyhytterapia	23
2.5.2	Interpersonaalinen ohjanta ja terapia	24
2.5.3	Tunnekeskeinen pari-interventio	25
2.5.4	Motivoiva haastattelu	26
3	Teoreettinen viitekehys	28
3.1	Fideliteetin käsite	29
3.2	Fideliteettiä uhkaavat tekijät	31
3.3	Uskollisuuden tarkastelu	35
4	Menetelmät ja aineisto	40
4.1	Tutkimusaineisto	40
4.2	Dokumenttianalyysi teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä	40
5	Tulokset	47
5.1	Fasilitointistrategiat	47
5.1.1	Yhteiskehittäminen	47
5.1.2	Tiedolla johtaminen ja vaikuttavuusperusteisuus	49

5.1.3	Koulutus ja osaamisen vahvistaminen	51
5.1.4	Vastuunjako ja roolit	56
5.2	Intervention noudattaminen	57
5.2.1	Porrasteinen hoitomalli	58
5.2.2	Digitaaliset ratkaisut	60
5.3	Intervention kompleksisuus	62
5.3.1	Käyttöönoton vaiheet ja prosessikuvaus	64
5.4	Toteuttamisen laatu	66
5.4.1	Riskienhallinnan työkalu	68
5.5	Ohjelman erottuvuus	69
6	Johtopäätökset ja pohdinta	71
6.1	Johtopäätökset	71
6.2	Pohdinta	76
6.3	Luotettavuus ja tehdyt rajaukset	78
6.4	Jatkotutkimusaiheet	79
	Lähteet	82

Kuviot

Kuvio 1. Esimerkki porrastetusta hoitomallista (Saarni ja muut, 2022).	15
Kuvio 2. Ohjatun omahoidon prosessi (mukaillen Terapiat etulinjaan, 2023b).	21
Kuvio 3. Fideliteetin arviointimalli (mukaillen Carroll ja muut, 2007).	38
Kuvio 4. Esimerkki pelkistämisestä.	46

Taulukot

Taulukko 1. Terapiat etulinjaan -hankkeen kansalliset ja YTA-tason tukipalvelut (mukaillen Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2025 s. 21).	16
Taulukko 2. Yhteenveto keskeisistä fideliteettiä tukevista keinoista Terapiat etulinjaan -toimintamallissa.	73

1 Johdanto

1.1 Tutkielman tausta

Maailman terveysjärjestö WHO on jo pitkään painottanut mielenterveyden merkitystä osana kansanterveyttä ja rohkaissut kehittämään palveluja, jotka ovat kokonaisvaltaisia, perustasolla helposti saatavilla ja koko väestölle suunnattuja (Terapiat etulinjaan käsikirja 2025, s. 2). Kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa 2020–2030 tunnustetaan selkeästi mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistarve (Vorma ja muut, 2020). Strategian arvion mukaan mielenterveyden häiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset nousevat vuosittain noin 11 miljardiin euroon, joista vain neljännes syntyy varsinaisista hoitokustannuksista (Vorma ja muut, 2020, s. 30). Tutkimusten mukaan masennuksen ja ahdistuksen varhaiset hoidot voivat tuottaa jopa 3–6-kertaiset säästöt alkuperäisiin kustannuksiin verrattuna, mutta silti näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitojen saatavuus on pysynyt riittämättömänä (Terapiat etulinjaan käsikirja, 2025, s. 9). Psykososiaalisilla menetelmillä tarkoitetaan Seilon ja muiden (2024, s. 11) mukaan ”strukturoidua, määrämittaista menetelmää, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän mielen hyvinvointiin, käyttäytymiseen tai mielenterveyteen”.

Puutteellista mielenterveydenhoitoa voidaan pitää vakavana kansanterveys- ja kestävyysvajeongelmana ja siitä kielii myös se, että tutkielman tekohetkellä noin kolmannes sairauspäivärahoista myönnetään mielenterveyshäiriöiden perusteella (Terapiat etulinjaan käsikirja, 2025, s. 9). Työikäisten mielenterveyshaasteiden ohella koronapandemia on osaltaan heikentänyt hoitoon pääsyä ja pahentanut mielenterveyden ongelmia, ja sen vaikutukset näkyvät yhä myös erityisesti lasten ja nuorten mielenterveydessä (Kauhanen ja muut, 2023). Ajankohtaisessa kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa (Vorma ja muut, 2020) todetaan, että palvelut eivät aina ole riittävän kattavia, helposti saavutettavia tai yhdenmukaisia eri alueilla. Lisäksi siinä painotetaan psykososiaalisten palveluiden merkitystä mielenterveyden edistämässä ja parantamisessa, ja niihin liittyvät kehittämistarpeet nähdään välttämättöminä tehokkaan hoidon

varmistamiseksi (Vorma ja muut, 2020). Kansainvälisestikin palveluiden kehittämisen kiinnostus kohdistuu vahvasti erityisesti porrastettujen hoitomallien, perustasolle sovellettujen terapiamenetelmien sekä digitaalisten mielenterveyspalvelujen kehittämiseen ja tutkimiseen, ja Terapiat etulinjaan -hanke on työstänyt näitä asioita Suomessa (Terapiat etulinjaan käsikirja 2025, 2). Esimerkiksi Englannin mielenterveyspalveluissa hyödynnetään porrasteista hoitomallia (Boyd ja muut, 2019).

Osana Sote-uudistusta kehitetty *Terapiat etulinjaan* -toimintamalli on kansallinen palvelukokonaisuus, jonka tavoitteena on taata nopea ja yhdenvertainen pääsy vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin koko Suomessa (Terapiat etulinjaan, 2022). Toimintamalli tarjoaa konkreettisia keinoja mielenterveyskriisin ratkaisemiseksi, ja se luo järjestelmällisen lähestymistavan psykososiaalisten hoitojen kehittämiseen (Terapiat etulinjaan, 2023). Malli keskittyy prosessien parantamiseen, jotta hoitojen saatavuutta ja tehokkuutta voitaisiin lisätä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen jälkeenkin terveydenhuoltojärjestelmä on rakenteiltaan monimutkainen, rahoitukseltaan monikanavainen ja palveluntuottajia on useita. Resursseja lisättäessä yhdessä kohdassa haasteet voivat helposti siirtyä toisiin osiin järjestelmää. Terapiat etulinjaan -toimintamallin perusajatus on, että mielenterveyspalvelujen parantaminen edellyttää sekä pitkäjänteistä strategista tukea että nopeasti käyttöön otettavia ratkaisuja (Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2025). Nykyisen ymmärryksen mukaan vaikuttaviin lyhytkestoisiin psykososiaalisiin hoitoihin tulisi päästä nopeasti oireiden ilmaantuessa, mutta käytännössä suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ei kykene vastaamaan lisääntyneeseen palveluntarpeeseen (Terapiat etulinjaan, 2022). Kun hoidot eivät pääse alkamaan ajoissa, niiden teho heikkenee, ja häiriöiden kroonistumisen riski suurenee (Terapiat etulinjaan, 2022). Hankkeen tavoitteena on parantaa psykososiaalisten hoitojen saatavuutta, tehostaa niiden vaikuttavuutta ja kohdentaa palveluita entistä enemmän perustasolle (Nousiainen, 2024).

1.2 Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on antaa kuva siitä, miten tutkittavassa Terapiat etulinjaan -hankkeessa on huomioitu fideliteetti (eng. fidelity). Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella Terapiat etulinjaan -toimintamallissa käytettyjä hallinnollisia ja organisatorisia keinoja, joilla pyritään varmistamaan menetelmän fideliteetin säilyminen. Fideliteetin säilyminen tarkoittaa sitä, että menetelmät pysyvät uskollisina alkuperäisille toteutustavoille, jotta niiden vaikuttavuus säilyy (esim. Carroll ja muut, 2007). Hallinnollisilla ja organisatorisilla keinoilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa niitä rakenteita, ohjeita, johtamiskäytäntöjä ja resursointiin liittyviä ratkaisuja, joiden avulla organisaatio pyrkii varmistamaan, että Terapiat etulinjaan -menetelmä toteutuu suunnitellusti ja menetelmäuskollisesti. Näitä ovat esimerkiksi koulutusrakenteet, yhteiskehittäminen sekä menetelmän toteutusta ohjaavat ohjeistukset. Koska Terapiat etulinjaan -toimintamalli edustaa valtakunnallista ja monitasoista palvelujärjestelmäinterventiota, jonka tavoitteena on yhtenäistää ja vahvistaa psykososiaalisten hoitojen saatavuutta hyvinvointialueilla, on sen toteutumisen uskollisuuden tarkastelu tärkeää.

Tässä tutkielmassa fideliteetin teoreettista viitekehystä sovelletaan Terapiat etulinjaan -hankkeeseen. Tutkimuksessa keskitytään laadullisen dokumenttianalyysin avulla siihen, millaisia keinoja hankkeessa on määritelty fideliteetin tukemiseksi. Analyysi on teoriaohjaava: valitusta aineistosta etsitään teemoja, jotka kytkeytyvät implementointitutkimuksen keskeisiin osa-alueisiin Carrollin ja muiden (2007) kehittämän Consolidated Framework for Implementation Fidelity -viitekehysten mukaisesti (jatkossa yhdistetty implementaation fideliteetin viitekehys).

Tutkielman aineistona toimii Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja. Tämä dokumentti on valittu siksi, koska se edustaa Terapiat etulinjaan -hankkeen virallista kuvausta ja sisältää keskeiset linjaukset, joiden kautta ohjelma on tarkoitus toteuttaa. Valittu aineisto on luonteeltaan julkinen ja Terapiat etulinjaan -hankkeen tuottama. Sen voidaan ajatella sopivan hyvin tutkimukseen, jossa tarkastellaan käytäntöjen ja rakenteiden muodostumista dokumenttien kautta. Dokumenttiaineisto on perusteltu rajaus, koska

tutkimuksen tavoitteena ei ole tarkastella menetelmän toteutumista käytännössä, vaan selvittää, miten fideliteettiä pyritään ohjeiden ja rakenteiden tasolla tukemaan.

Fideliteetin käsite on perinteisesti liitetty yksittäisten terapiamenetelmien toteuttamiseen ja siihen, missä määrin ammattilaiset noudattavat menetelmän teoreettisia ja teknisiä periaatteita. Tässä tutkielmassa fideliteettiä tarkastellaan kuitenkin myös laajemmasta näkökulmasta, eli toimintamallin ja implementaation tasolla. Tarkastelun kohteena ei ole yksittäisten terapeuttien työskentely, vaan halutaan selvittää, miten organisaation tasolla pyritään edistämään yhdenmukaista ja suunnitellun mukaisen toteutuksen säilymistä.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Mitä tarkoitetaan fideliteetillä eli uskollisuuden säilyttämisellä?
2. Millä tavoin Terapiat etulinjaan -toimintamallissa pyritään tukemaan fideliteetin toteutumista organisatorisin ja hallinnollisin keinoin?

Tutkimus painottuu fideliteetin tunnistamiseen mittavassa kansallisessa Terapiat etulinjaan -hankkeessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää menetelmien kehittämisessä ja henkilöstön tuen parantamisessa, jotta menetelmät toimisivat optimaalisesti ja vaikuttavasti arjen hoitotyössä. Esimerkiksi keskosten musiikkiterapiatutkimuksessa havaittiin, että hoidon fideliteetin arviointi on tärkeää, jotta voidaan varmistaa terapian suunniteltu toteutuminen ja luotettavat tutkimustulokset (Gaden ja muut, 2023). Interventiofideliteetin tutkiminen on tärkeää, koska se vaikuttaa siihen, kuinka luotettavasti hoitojen vaikuttavuutta voidaan arvioida (Sidani & Braden, 2021, s. 107; Carroll ja muut, 2007, s. 1). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tarkastella fideliteetin ja vaikuttavuuden välistä yhteyttä, vaan keskitytään erityisesti fideliteetin huomioimiseen. Tutkimus rajattiin tähän näkökulmaan tarkoituksellisesti, jotta voitaisiin tarkastella menetelmäuskollisuuden huomioimista riippumatta interventioiden vaikuttavuudesta.

Aikaisempi tutkimusnäyttö osoittaa, että heikko tai puuttuva fideliteetti voi johtaa hoitovaiikutusten yliarviointiin ja vääristää tutkimustuloksia (Páez ja muut, 2025). Tämä on ongelmallista, koska päätöksissä tukeudutaan kliiniseen tutkimusnäyttöön. Ilman toteutuksen seuranta ei voida varmistaa, että tulokset heijastavat intervention todellista vaikuttavuutta. Fideliteetin merkitys ei rajoitu kuitenkaan yksittäisten terapiainterventioiden toteutukseen, vaan se on keskeinen myös palvelujärjestelmätasolla ja interventioiden laajamittaisessa käyttöönnotossa. Erityisesti on havaittu, että intervention fideliteetti vaihtelee palvelujärjestelmätason tekijöiden, kuten ohjauksen, resurssien ja koulutuksen mukaan (Hobson-Merrett ja muut, 2024). Tästä näkökulmasta tarkasteltuna fideliteettiä tutkimalla voidaan saada käsitys siitä, miten palvelujärjestelmän rakenteet vaikuttavat niiden vaikuttavuuteen.

1.3 Tutkielman rakenne

Tämä Pro gradu -tutkielma sisältää kuusi päälukua, jotka koostuvat johdannosta, teoria- ja menetelmäluvusta, tulososasta sekä johtopäätöksistä. Johdannossa esitellään tutkielman tausta, tutkimusasetelma sekä tutkimuskysymykset, joiden avulla tutkimusaihetta lähestytään ja rajataan. Tutkielman toisessa luvussa kuvataan tutkimuksen kohteena oleva Terapiat etulinjaan -toimintamalli. Luvussa tarkastellaan toimintamallin keskeisiä periaatteita ja palveluita, kuten porrastettua hoitomallia, yhteiskehittämistä sekä digitaalisia ratkaisuja. Tämän luvun tarkoituksena on luoda lukijalle kontekstuaalinen ymmärrys toimintamallista ennen analyttistä tarkastelua. Kolmannessa luvussa esitellään tutkielman teoreettinen viitekehys, joka rakentuu fideliteetin käsitteen ympärille. Luvussa käsitellään fideliteetin määrittelyä, sen toteutumiseen liittyviä uhkia ja haasteita sekä uskollisuuden tarkastelua tutkimuksen näkökulmasta. Teoreettinen viitekehys toimii perustana tutkimusaineiston analyysille ja tulosten tulkinnalle. Tutkielman neljännessä luvussa kuvataan tutkimuksen menetelmät ja aineisto. Luvussa esitellään tutkimuksessa käytetty aineisto sekä dokumenttianalyysi, joka toteutetaan teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Menetelmävalinnat ja analyysin toteutus perustellaan tässä yhteydessä. Tutkimuksen tulokset esitetään viidennessä luvussa. Tulokset raportoidaan

tutkimuskysymysten mukaisesti ja suhteutetaan teoreettiseen viitekehykseen. Kuudennessa luvussa esitetään tutkimuksen keskeiset johtopäätökset, pohditaan tutkimuksen merkitystä ja esitetään jatkotutkimusaiheita.

2 Terapiat etulinjaan -toimintamalli ja keskeiset menetelmät

Tässä luvussa kuvataan Terapiat etulinjaan -toimintamallin keskeiset piirteet tutkimuskohteena. Tarkastelu kohdistuu niihin keskeisiin menetelmiin, jotka muodostavat perustan sille, miten toimintamalli on suunniteltu toteutettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa. Luvun tarkoituksena on tarjota kontekstuaalinen ymmärrys analyysia varten ja tarjota lukijalle riittävä ymmärrys siitä, millaisesta toimintamallista on kyse. Tämä kontekstualisointi on tärkeää, jotta myöhemmässä analyysissa voidaan tarkastella, millä tavoin toimintamallissa pyritään tukemaan fideliteettiä organisatorisin ja hallinnollisin keinoin.

Luvussa esitellään ensin toimintamallin perusidea sekä tavoitteet. Tämän jälkeen kuvataan porrasteista hoitomallia, joka jäsentää psykososiaalisten hoitojen järjestämistä eri tasoille. Lisäksi tarkastellaan yhteiskehittämisen roolia toimintamallissa, sillä se on keskeinen periaate palveluiden kehittämisessä ja käyttöönotossa. Tämän jälkeen käsitellään toimintamalliin kuuluvia digitaalisia interventioita, kuten ohjattua omahoitoa ja Mielen-terveystalo.fi-palvelua sekä nettiterapioita. Näiden lisäksi esitellään lyhyesti hankkeeseen kuuluvat keskeiset psykososiaaliset menetelmät, joita toimintamallissa hyödynnetään. Näitä ovat kognitiivinen lyhytterapia, interpersonaalinen ohjanta ja terapia, tunnekeskeinen pari-interventio sekä motivoiva haastattelu. Tämä tutkielma rajautuu tarkastelemaan Terapiat etulinjaan -toimintamallin aikuisten hoitoihin liittyviä menetelmiä, sillä koko mallin kattava tarkastelu lasten, nuorten ja aikuisten palveluissa olisi tehnyt aineistosta liian laajan.

2.1 Toimintamallin idea

Terapiat etulinjaan on sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama valtakunnallinen hanke, jossa yliopistosairaalat ja hyvinvointialueet tekevät yhteistyötä (Terapiat etulinjaan, 2024b). Terapiat etulinjaan -hanke käynnistyi vuonna 2020 yliopistosairaaloiden ja hyvinvointialueiden yhteistyöprojektina, jonka tavoitteena on edistää kansallisen

mielenterveysstrategian toteutumista ja tukea Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukseen (Terapiat etulinjaan, 2024b). Aluksi hanke toteutettiin HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan johdolla Etelä-Suomen yhteistyöalueella, mutta se laajeni jo alkuvaiheessaan valtakunnalliseksi vuonna 2021 (Terapiat etulinjaan, 2022; Terapiat etulinjaan, 2024b; Nousiainen, 2024). Laajuutensa perusteella hanke on koko 2000-luvun merkittävin mielenterveyspalvelujärjestelmän uudistus (Terapiat etulinjaan käsikirja, 2024, 2).

Terapiat etulinjaan -toimintamallin kehittämiseen myönnettiin rahoitusta vuoden 2025 loppuun asti Suomen kestävän kasvun ohjelmasta (EU RRP-ohjelma). Tämä rahoitus oli suunnattu erityisesti digitaalisten mielenterveyspalveluiden jatkokehittämiseen ja kansallisen yhteistyön vahvistamiseen (Terapiat etulinjaan, 2024b). Toimintamallin lisäksi Terapiat etulinjaan on palvelukokonaisuus, johon kuuluu porrastettu hoitomalli sekä keskeiset tukipalvelut, kuten Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu, digitaaliset Terapia- ja Interventionavigaattorit hoidon tarpeen arvioimiseksi, digitaalisesti tuetut terapiat ja koulutukset sekä vaikuttavuuden ja laadun seurannan kehittäminen (Terapiat etulinjaan, 2023). Terapiat etulinjaan -toimintamallin tavoitteena on varmistaa, että lieviä ja keskeisiä mielenterveyden häiriöitä kokevat ihmiset saavat nopeasti vaikuttavaa hoitoa (Terapiat etulinjaan, 2024b). Tämä toimintamallin kerrotaan saman lähteen mukaan luovan edellytyksiä terapiatakuun toteuttamiselle hyvinvointialueilla.

Nousiainen (2024) mukaan hankkeen päätavoitteena on vahvistaa mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta osana sote-uudistusta, Tulevaisuuden sote-keskus -hanketta ja Mielenterveysstrategian toimeenpanoa. Erityisesti keskitytään perustason palveluiden kehittämiseen, ennaltaehkäisyyn vahvistamiseen ja hoitomallien uudistamiseen (Nousiainen, 2024). Keskeisenä osana hanketta parannetaan psykososiaalisten hoitojen saatavuutta ja nopeutetaan niiden käyttöä kaikille ikäryhmille. Hoitopolkujen kehittämiseksi tiivistetään perustason ja erityistason yhteistyötä tarjoamalla koulutusta ja uusitaan digitaalisia ratkaisuja. Näiden avulla pyritään parantamaan hoidon oikea-aikaisuutta, riittävyttä ja kustannustehokkuutta (Nousiainen, 2024).

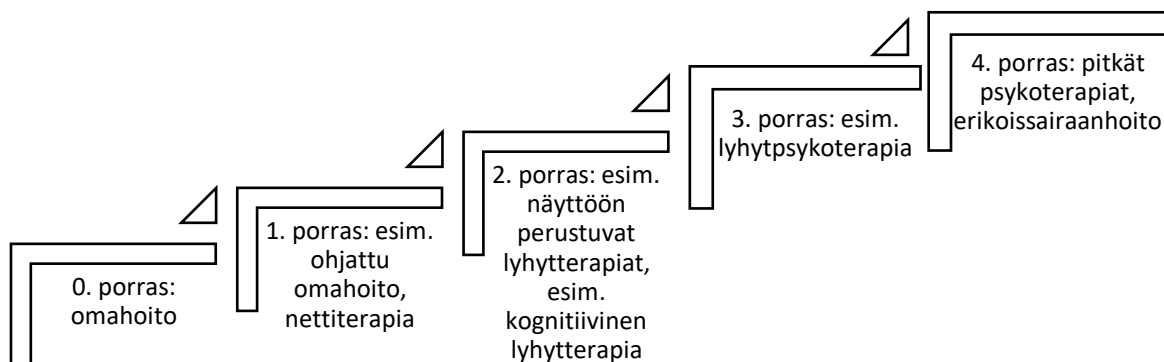
Nousiainen (2024) jatkaa, että hankkeessa korostetaan ongelmien varhaista puuttumista ja kevyiden hoitomuotojen hyödyntämistä. Tämän tueksi kehitetään omahoitomalleja ja terapiakoordinaatiomalleja sekä parannetaan perustason henkilöstön osaamista lyhytkestoisten psykososiaalisten interventioiden toteuttamisessa. Perustason mielenterveyspalveluiden saatavuuden ja oikea-aikaisuuden parantamisen lisäksi vaikuttavuuden seuranta on keskeinen osa hanketta (Nousiainen, 2024). Palvelumalleja arvioidaan jatkuvasti, jotta hoitopolkuja voidaan muokata asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Palvelurakenteen kehittämiseksi luodaan uusia yhteistyömalleja, joissa erikoissairaanhoidon asiantuntemus tukee sote-keskuksia (Nousiainen 2024).

Hankkeen tavoitteena on myös vähentää mielenterveyden häiriöistä aiheutuvia kustannuksia. Matalan kynnyksen hoitojen kustannustehokkuus ja lyhytkestoisuus ehkäisevät ongelmien kroonistumista ja vähentävät erikoissairaanhoidon tarvetta, kuten Nousiainen (2024) painottaa. Lisäksi kehitetään uusia koulutusmalleja henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi. Osana hanketta perustetaan kansallisia ja alueellisia osaamiskeskuksia tukemaan psykososiaalisten hoitojen ja digitaalisten palveluiden kehitystä ja laajentamista (Nousiainen 2024).

2.2 Porrasteinen hoitomalli

Terapiat etulinjaan- hankkeessa on kehitetty porrastettu hoitomalli (Terapiat etulinjaan, 2024a; Saarni ja muut, 2022; Nousiainen, 2024). Se jäsentää psykososiaaliset menetelmät siten, että hoidon intensiteetti kasvaa portaiden myötä: mitä korkeammalle portaalalle edetään, sitä intensiivisempiä menetelmiä mielenterveyshaasteiden hoidossa otetaan käyttöön (Saarni ja muut, 2022). Käytännössä potilaalle tarjotaan aluksi sellainen interventio tai hoito, jonka arvioidaan riittävän hänen tilanteeseensa. Jos tämä ei osoitaudukaan riittäväksi, siirrytään seuraavalle, intensiivisemmälle hoitotasolle. Lisäksi hoidon on alettava nopeasti, jotta oireet eivät pääse pahenemaan pitkien odotusaikojen vuoksi (Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2024, s. 22). Porrastetun hoitomallin tavoitteena on

sekä parantaa hoidon vaikuttavuutta että varmistaa resurssien mahdollisimman tehokas käyttö (Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2024, s. 22).



Kuvio 1. Esimerkki porrastetusta hoitomallista (Saarni ja muut, 2022).

2.3 Yhteiskehittäminen

Kirjallisuuden perusteella yhteiskehittäminen (co-design) mielenterveyskontekstissa on osallistava lähestymistapa, jonka tavoitteena on lisätä kokemusasiantuntijoiden osallistumista siten, että mielenterveyden haasteita kokeneet henkilöt ja tutkijat työskentelevät yhdessä (Grindell ja muut, 2022; Palmer ja muut, 2019). Keskeinen periaate on asettaa ongelmasta kärsivät ihmiset suunnitteluprosessin keskiöön ja tunnustaa heidät kokemusasiantuntijoina. Yhteiskehittämisen merkitys terveydenhuollossa on kasvanut poliittisten linjausten myötä, jotka painottavat palvelujen käyttäjien aktiivista roolia ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä kehittämistyössä (Slattery ja muut, 2020). Samanaikaisesti Colder Carras ja muut (2023) ovat tuoneet esiin, että yhteiskehittämisen käytännöt mielenterveystutkimuksessa voivat jäädä muodollisiksi, jolloin kokemusasiantuntijat osallistuvat vain osittain tai pinnallisesti. Yhteiskehittämisen käytäntöjä tukevia opaita, julkaisuja ja työkaluja on kehitetty laajasti poliittisten tavoitteiden mukaisesti, joissa pyritään vahvistamaan kuluttajien ja yhteisöjen osallistumista (Bagley ja muut,

2016; Consumers Health Forum of Australia, 2017). Roennfeldtin ja muiden (2025) kirjallisuuskatsauksen mukaan mielenterveystutkimuksen kontekstissa vastaavaa yksityiskohtaista ohjeistusta on kuitenkin vähän, eikä ole vakiintuneita käytäntöjä, joiden mukaan yhteiskehittäminen tulisi toteuttaa.

Terapiat etulinjaan -hankkeen kontekstissa yhteiskehittäminen määritellään eri toimijoiden, kuten ammattilaisten, johdon ja kehittäjien tiiviiksi kansalliseksi yhteistyöksi, jossa yhdessä luodaan ja käyttöön otetaan yhtenäisiä toimintamalleja ja palveluita (Terapiat etulinjaan käsikirja, 2025, s. 15, 19). Sen tavoitteena on ratkaista mielenterveyspalvelujen haasteita tehokkaammin kuin hajautetussa kehittämisessä, vahvistaa yhdenvertaisuutta ja mahdollistaa ammattilähtöinen toiminnan muutos yhteisen tiedon ja kokemusten pohjalta. Terapiat etulinjaan -toimintamalliin luotiin keskeiseksi rakenteeksi kansallinen sekä YTA-alueiden eli yhteistoiminta-alueiden osaamiskeskuksista koostuva verkosto. Nämä tukipalvelut kuvataan tarkemmin taulukossa 1.

Taulukko 1. Terapiat etulinjaan -hankkeen kansalliset ja YTA-tason tukipalvelut (mukaillen Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2025 s. 21).

Prosessin osa	Kansalliset tukipalvelut	YTA-tasoiset tukipalvelut
Mielenterveystalo ja muut digipalvelut	Teknisten ratkaisujen ja sisällön kehittäminen sekä omahoitopalveluiden ylläpito	Digitaalisten omahoitopalveluiden kytkeminen alueellisiin järjestelmiin ja käyttöönoton tuki
Digipalvelut ammattilaisille	Työntekijöiden palvelu- alustan sisällön kehitys ja ylläpito Mielenterveystalossa, erilaiset verkostot	Digitaalisten omahoitopalveluiden kytkeminen alueellisiin järjestelmiin ja käyttöönoton tuki
Hoidon tarpeen arviointi ja ohjaus	Terapia- ja Interventionavigaattoreiden kehittäminen sisältöjen, teknologian ja	Asiantuntijoiden panos sisällön kehittämisessä, alueellisten

Prosessin osa	Kansalliset tukipalvelut	YTA-tasoiset tukipalvelut
	ylläpidon osalta sekä niiden jalkauttaminen osaksi arjen työtä	palvelujärjestelmien sisällyttäminen hoidon tarpeen arviointijärjestelmiin sekä näiden järjestelmien ylläpitotoimet
Hoitoprosessien ja porrastetun hoitomallin kehittäminen ja tuki	Koordinaattoreiden kansallisen tuen ja koulutuksen järjestäminen, toimintamallin jatkuva arviointi ja kehittäminen	Hyvinvointialuekohtaiset koordinaattoritehtävät, palveluketjujen suunnittelu ja kehittäminen YTA/HVA-tasoisesti sekä henkilöstön osaamisen tukeminen ja kehittäminen
Terapiakoulutukset ja osaamisen ylläpito	Sisällön, teknisen kehityksen ja ylläpidon hallinta kansallisessa terapiakoulutusjärjestelmässä sekä koulutusten suunnittelu ja niiden toteutus	Asiantuntijatoiminta sisällön kehittämisessä, YTA-tason koulutusten järjestäminen, osaamistarpeiden arviointi ja menetelmäohjauksen sekä mentoroinnin organisointi
Vaikuttavuuden, laadun, saatavuuden seuranta ja tiedolla johtaminen	Yhtenäisten toimintaperiaatteiden mukaan eteneminen, tavoitteiden asettaminen, mittareiden käyttö, kansallisen vertailutiedon hyödyntäminen ja alueiden tukeminen	YTA-tason toiminnassa palveluiden vaikuttavuuden seuranta, kansalliset vertailumittarit, vertaiskehittäminen

Yhteisten toimintamallien, hoitoketjujen, digipalveluiden ja koulutusten kehittäminen mahdollistaa järjestelmän tehokkaamman kehittämisen kuin yksittäisten hyvinvointialuiden toimet erillään, säästään samalla resursseja ja edistään palveluiden yhdenvertaisuutta. Keskeistä on, että ammattilaiset, esihenkilöt, johto ja muut kehittäjät osallistuvat aktiivisesti ratkaisujen luomiseen, omaksuvat ne ja jatkokehittävät niitä. Psykososiaalisten hoitojen saatavuuden parantaminen ei siis riipu pelkästään uusista menetelmistä tai digitaalisista työkaluista, vaan ennen kaikkea siitä, että ammattilaiset muokkaavat omaa työtään helpommaksi, tehokkaammaksi ja mielekkäämmäksi hyödyntäen uusia ratkaisuja (Terapiat etulinjaan käsikirja, 2025, s. 15, 19).

2.4 Digitaaliset interventiot

Digitaaliset palvelut toimivat keskeisenä osana Terapiat etulinjaan -toimintamallin porrastettua hoitomallia ja tukevat matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen saatavuutta. Hoitoon ohjautumisen helpottamiseksi sekä ammattilaisten ja apua hakevien tueksi on kehitetty useita navigaattorityökaluja: aikuisille suunnattu Terapianavigaattori, 13–19-vuotiaille nuorten Interventionavigaattori sekä lapsiperheille lasten navigaattori (Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2024, s. 27). Terapianavigaattori on sähköinen tuen- ja hoidontarpeen arviointimenetelmä, joka kokoaa ennen ammattilaisen ensitapaamista apua hakevan tilanteesta olennaisimman tiedon esimerkiksi erilaisiin kyselyihin vastaamalla. Ensijäsennyksen, eli navigaattorin tulosten läpikäynnin ja tarkentamisen, jälkeen hoitointerventio voidaan käynnistää nopeasti (Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2024, s. 27). Ensijäsennyksen ja navigaattoreiden avulla voidaan tunnistaa, ketkä asiakkaista sopivat nopeasti käynnistyviin, lyhyisiin psykososiaalisiin hoitoihin ja ketkä tarvitsevat perusteellisempaa arviointia tai pidempikestoista hoitoa, kuten psykoterapiaa (Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2024, s. 28).

2.4.1 Ohjattu omahoito ja Mielenterveystalo

Merkittävänä digitaalisena ratkaisuna Terapiat etulinjaan -hankkeessa on kehitetty Mielenterveystalon verkkosivustoa ja erityisesti siellä olevia omahoito-ohjelmia. Meskanen (2024) määritelmän mukaan omahoito tarkoittaa sitä, että potilas huolehtii ja toteuttaa hoitoaan itse. Hän jatkaa kertoakseen, että hoito suunnitellaan yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa vastaamaan potilaan yksilöllistä hoidontarvetta ja muutosvalmiutta (Meskanen, 2024). Ohjattu omahoito tarkoittaa puolestaan sitä, että ammattilainen seuraa potilaan edistymistä, ja tapaa häntä tarvittaessa säännöllisesti varmistaakseen hoidon etenemisen ja vaikuttavuuden (Meskanen, 2024). Omahoito sijoittuu porrastetun hoitomallin ensimmäiselle portaalle (Terapiat etulinjaan, 2023b). Lahtisen (2023) mukaan sen tavoitteena on tarjota sote-ammattilaisille menetelmiä, jotka tukevat asiakasta mielenterveyteen liittyvien haasteiden käsittelyssä ja itsenäisessä työskentelyssä. Ohjatussa omahoidossa käytetään Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelun omahoito-ohjelmia, joiden avulla asiakas voi tutustua omiin oireisiinsa ja oppia lieventäviä harjoituksia (Terapiat etulinjaan, 2023b). Harjoitukset ja välitehtävät auttavat siirtämään opitut taidot käytäntöön ja arkeen (Terapiat etulinjaan, 2024c). Vaikuttavuuden seuranta on tärkeä osa prosessia, ja ammattilainen arvioi työskentelyn tuloksellisuutta yhdessä asiakkaan kanssa (Terapiat etulinjaan, 2024c).

Ohjatun omahoidon vaikuttavuus on suurinta silloin, kun sen toteutus aloitetaan välittömästi ilman viiveitä (Terapiat etulinjaan, 2023b). Hoidon vaikuttavuutta seurataan oirekyselyillä sekä asiakkaan kokemuksia kartoittamalla (Lahtinen, 2023). Käytössä olevia yleisiä mittareita ovat esimerkiksi PHQ-9 mielialaoireiden ja GAD-7 ahdistuneisuusoireiden arviointiin. Asiakkaan näkemyksiä voidaan selvittää kysymällä menetelmien sopivuudesta ja hyödyllisyydestä, ja lisäksi vaikuttavuuden seurantaan voidaan käyttää muita mittareita, kuten toimintakykyä arvioivia mittareita (Lahtinen, 2023). Myös ammattilaisen arvio asiakkaan tilanteesta ja jatkohoidon tarpeen arviointi kuuluvat Lahtisen (2023) mukaan vaikuttavuuden seurantaan.

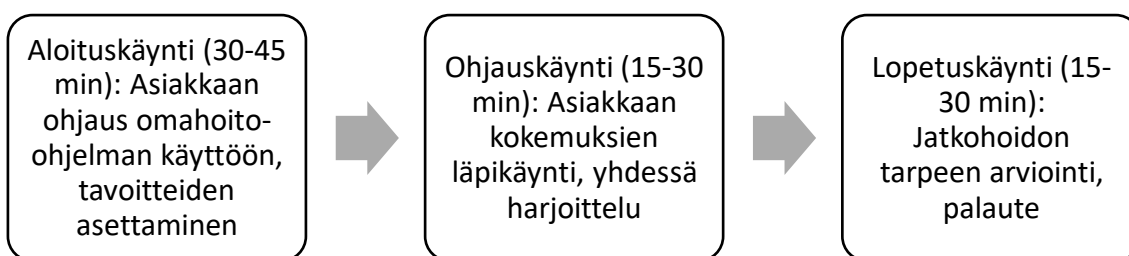
Arkivaikuttavuuteen liittyen Terapiat etulinjaan –hankkeen kansalliset tulokset tuovat vaikuttavuustietoa ohjatun omahoidon menetelmästä, ja seuraavaksi esitellään näitä tuloksia (Terapiat etulinjaan, 2024c). Ohjattu omahoito keskittyy tyypillisesti ahdistus- ja masennusoireiden hoitoon, mutta se on suunnattu myös muihin psyykkisiin haasteisiin, kuten elämänvaihekriiseihin, sosiaaliseen jännittämiseen ja unettomuuteen. Hoidon käynnistymisajankohta on merkittävä tekijä vaikuttavuuden kannalta, ja ohjatun omahoidon etuna on usein nopea pääsy hoitoon: 65 % tapauksista hoito aloitetaan alle kahdessa viikossa, ja vain 6 % tapauksista odotusaika venyy yli neljän viikon (Terapiat etulinjaan, 2024c). Nopealla hoidon käynnistämällä onkin todettu olevan merkittävä vaikutus hoitotuloksiin ja oireiden lievittymiseen (Clark ja muut, 2018).

Tulosten perusteella ohjattu omahoito vähentää merkittävästi sekä ahdistus- että masennusoireita (Terapiat etulinjaan, 2024c). Suurimmalla osalla asiakkaista oireet lievenivät huomattavasti hoidon aikana. Aluksi häiriötasoisista masennusoireista kärsineistä asiakkaista neljännes eli 25 % toipui luotettavasti masennuksesta. Lievistä masennusoireista kärsineistä 39 % ja keskivaikeasti oireilevista 33 % toipui omahoidon myötä niin, että oireet vähenivät merkittävästi. Keskiarvona lähes 40 % omahoidoa saaneista ei tarvinnut jatkohoitoa; lievistä oireista kärsineistä 41 % ja keskivaikeista oireista kärsineistä 36 % pärjäsivät ilman lisähoitoa intervention jälkeen (Terapiat etulinjaan, 2024c).

Ohjattu omahoito toimii joustavana, yksilöllisiin tarpeisiin mukautuvana työvälineenä, joka mahdollistaa ammattilaisen antaman tuen ja potilaan omatoimisen osallistumisen yhdistämisen (Terapiat etulinjaan, 2023b). Se voidaan toteuttaa joko kasvotusten tai etäyhteyksien avulla (Mielenterveystalo, n.d.). Lahtinen (2023) jatkaa, että hoitomuoto on suunnattu asiakkaille, joilla on lieviä tai keskivaikeita mielenterveysoireita ja jotka pysyvät työskentelemään itsenäisesti ohjelman parissa. Lisäksi tästä hoitomuodosta voi olla apua henkilöille, jotka ovat jonossa intensiivisempään hoitoon ja kaipaavat tukea odotusajaksi (Lahtinen, 2023). Cuijpersin ja muiden (2010) tutkimus osoitti, että ohjattu omahoito masennuksen ja ahdistuksen hoidossa on yhtä tehokasta kuin kasvokkainen psykoterapia sekä välittömästi hoidon jälkeen että seurantavaiheessa.

Malli koostuu lyhyestä, 1–3 kontaktikerran jaksosta, jossa ammattilainen tukee ja seuraa asiakkaan edistymistä varmistaen hoidon vaikuttavuuden (Lahtinen, 2023; Terapiat etulinjaan, 2023b). Ensimmäisellä tapaamisella valitaan asiakkaalle sopiva omahoito-ohjelma, suunnitellaan hoitoa ja määritellään hoidon tavoitteet (Terapiat etulinjaan, 2023b). Terapiat etulinjaan -hankkeen verkkosivuston (2024c) mukaan ongelmien priorisointi tukee työskentelyn kohdentumista asiakkaalle keskeisiin teemoihin. Mahdollisilla seuraavilla tapaamiskerroilla tarkastellaan asiakkaan kokemuksia ja tehdään harjoituksia yhdessä (Terapiat etulinjaan, 2023b).

Ohjatun omahoidon lopussa keskitytään arvioimaan hoidon tuloksia ja asiakkaan kokemuksia (Mielenterveystalo, n.d.; Lahtinen, 2023; Terapiat etulinjaan, 2023b). Tavoitteena on varmistaa, että asiakas on saanut tarvittavat työkalut ja tuen, jotta hän pystyy jatkamaan hyvinvointinsa ylläpitämistä itsenäisesti. Jos asiakas kokee vielä haasteita, hänelle voidaan suositella jatkohoitoa tai muita tukipalveluja (Mielenterveystalo, n.d.; Lahtinen, 2023; Terapiat etulinjaan, 2023b).



Kuvio 2. Ohjatun omahoidon prosessi (mukaillen Terapiat etulinjaan, 2023b).

Ohjatun omahoidon prosessi perustuu koulutetun ammattilaisen tarjoamaan tukeen, jossa hyödynnetään kognitiivis-behavioraalisen terapian keskeisiä menetelmiä (Terapiat etulinjaan, 2024c). Vuoden 2025 lopussa Mielenterveystalossa (n.d.) on tarjolla noin 65 ohjelmaa, jotka on suunniteltu tukemaan erilaisia elämäntilanteita ja mielenterveysongelmia, kuten masennusta, ahdistusta, erokriisiä, itsetunto-ongelmia ja alkoholinkäytön vähentämistä. Ohjelmat tukevat käyttäjiä monenlaisissa psyykkisissä haasteissa tarjoten helposti saavutettavaa apua. Mielenterveystalon sivuilla kaikki omahoito-ohjelmat on rakennettu samankaltaisesti. Ne koostuvat kolmesta vaiheesta, jotka etenevät tiedon saamisesta käytännön työkaluihin ja lopulta arjen tasapainon ylläpitämiseen (Terapiat etulinjaan, 2023c). Ensimmäinen vaihe keskittyy aihepiirin ymmärtämiseen: siinä tarjotaan perustietoa ja autetaan asiakasta tunnistamaan oireet sekä niiden taustalla vaikuttavat ja niitä ylläpitävät tekijät. Toisessa vaiheessa asiakas saa käyttöönsä erilaisia työkaluja, joiden avulla hän voi tarkastella ja haastaa omia ajatus- ja toimintamallejaan. Näiden harjoitusten kautta on mahdollista omaksua hyvinvointia tukevia toimintatapoja. Viimeinen vaihe puolestaan suuntaa huomion siihen, miten arjenhallinta ja tasapainoisen elämän ylläpito tukevat mielenterveyttä, ja antaa keinoja aiemmin saavutettujen tulosten säilyttämiseen (Terapiat etulinjaan, 2023c).

2.4.2 Nettiterapia

Mielenterveystalon (n.d., b) sivustolla kerrotaan nettiterapiasta. Se sijoittuu porrasteissa hoitomallissa toiselle portaalle toimien varhaisena, helposti saavutettavana psykososiaalisena interventiona. Itsenäiseen työskentelyyn perustuva hoitomuoto tukee asiakkaan aktiivista roolia ja vahvistaa hallinnan tunnetta omassa elämäntilanteessa. Nettiterapiat ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tuottamia ja ne toteutetaan internet- tai mobiilivälitteisesti. Hoidon kesto on ohjelmasta riippuen tyypillisesti noin 2–4 kuukautta, ja sen aikana asiakasta tukee nettiterapeutti. Hoito voidaan käynnistää nopeasti lähetteen saavuttua, usein noin viikon kuluessa (Mielenterveystalo, n.d, b; Terveystalokylä, n.d.).

Mielenterveystalon (n.d., b) esittelyn perusteella nettiterapia nojaa suurelta osin kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin. Kuhunkin terapiaan valikoidaan kohdeoire, ja hoito kohdentuu rajattuihin mielenterveyden haasteisiin, kuten masennukseen, ahdistuneisuushäiriöihin tai unettomuuteen. Työskentely etenee viikoittaisina kokonaisuuksina, jotka sisältävät tietosisältöjä, videoita ja harjoitteita sekä arjessa toteutettavia tehtäviä. Terapeutin tuki toteutuu viestien ja palautteen muodossa koko hoidon ajan. Nettiterapioiden vaikuttavuudesta on kertynyt laaja tutkimusnäyttö, ja ne sisältyvät useisiin kansallisiin Käypä hoito -suosituksiin (Mielenterveystalo, n.d., b). Vaikuttavuudesta antaa viitteitä Rosenströmin ja muiden (2025) tutkimus, jossa masennuksen hoidossa käytetyn nettiterapian todettiin olevan vaikuttavuudeltaan vähintään yhtä tehokasta kuin kasvokkain toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia.

2.5 Muut psykososiaaliset interventiot

Muut psykososiaaliset interventiot esitellään omissa alaotsikoissaan, sillä ne eivät rajoitu pelkästään digitaalisiin välineisiin, vaan edustavat perinteisempiä ammattilaislähtöisiä menetelmiä.

2.5.1 Kognitiivinen lyhytterapia

Kognitiivinen lyhytterapia eli KLT on lyhytkestoinen hoitomuoto, jossa hoitajakso koostuu tavallisesti 5–10 tapaamisesta (Terapiat etulinjaan, 2026). Menetelmää käytetään erityisesti keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidossa, kuten masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden, unettomuuden ja paniikkihäiriön yhteydessä. Tietyissä tilanteissa sitä voidaan hyödyntää myös vaikeampien oireiden hoidossa, mikäli muuta tarkoituksenmukaista hoitoa ei ole välittömästi saatavilla. Menetelmä sijoittuu aikuisten porarastetussa hoitomallissa toiselle portaalle ja sitä hyödynnetään terveydenhuollon palveluissa, kuten mielenterveys- ja päihdeyksiköissä (Terapiat etulinjaan, 2026).

Hoidossa edetään ennalta jäsenneilyn ohjelman mukaisesti ja työskentely kohdistuu yhdessä määriteltyyn ongelmaan tai oireeseen niin kuin nettiterapiassakin (Terapiat etulinjaan, 2026). Hoitoon ohjaututaan joko suoraan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tai ensimmäisen portaan hoitomuotojen jälkeen. Tapaamiset järjestetään tavallisesti viikoittain ja niiden kesto on noin 45 minuuttia. Hoito voidaan toteuttaa sekä lähivastaanotona että etäyhteyksin, ja se soveltuu myös ryhmämuotoiseen toteutukseen (Terapiat etulinjaan, 2026). Käypä hoito -suositukseen sisältyvän tutkimusnäytön mukaan kognitiivis-behavioraaliset ja interpersonaaliset lyhytterapiat soveltuvat tehokkaasti depression akuuttivaiheen hoitoon (Käypä hoito, 2020).

2.5.2 Interpersonaalinen ohjanta ja terapia

Interpersonaalinen lähestymistapa sisältää kaksi menetelmää, IPT:n ja IPC:n. Molemmat menetelmät pohjautuvat ajatukseen, että ihmissuhteilla on keskeinen rooli masennuksen synnyssä ja hoidossa, mutta ne vastaavat erilaisiin hoidon tarpeisiin täydentäen toinen toisiaan porrastetussa hoitomallissa. Interpersonaalinen ohjaus eli IPC on 3–6 kontaktikerran interventio, joka on suunnattu mielialaoireiden ja lievän masennuksen ehkäisyyn sekä hoitoon (Terapiat etulinjaan, 2025a). Menetelmää voidaan käyttää työkaluna kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla, joissa mielenterveyshäiriöiden hoito ja ennaltaehkäisy kuuluvat ammatillisiin tehtäviin. IPC sijoittuu aikuisten porrastetussa hoitomallissa ensimmäiselle portaalle täydentäen masennuksen hoitoa ohjatun omahoidon rinnalla. Vaikka IPC:tä ei mainita Käypä hoito -suosituksissa, sen käyttö porrastetussa hoitomallissa perustuu kotimaisiin myönteisiin kokemuksiin lievän masennuksen ja mielialaoireiden hoidossa (Terapiat etulinjaan, 2025a). Alustavien koulutustulosten mukaan noin puolet osallistuneista ei tarvinnut jatkohoitoa, ja hoidon alussa häiriötasoista oireilua kokeneista 30 % saavutti luotettavaa toipumista (Terapiat etulinjaan, 2025b).

Terapiat etulinjaan (2025a) verkkosivuston mukaan menetelmä on kehitetty intensiivisemmän interpersonaalisen terapian (IPT) pohjalta. Toteutuksessa asiakas ja ammattilainen työskentelevät tasavertaisessa yhteistyössä, ja keskeisenä tavoitteena on tarkastella

ihmissuhteita sekä merkittäviä elämäntapahtumia ja niiden yhteyksiä masennusoireisiin. Tapaamiset kestävät tyypillisesti noin 45 minuuttia ja suositellaan järjestettäväksi viikoittain. Hoitojaksot voidaan toteuttaa sekä läsnä- että etämuotoisina. (Terapiat etulinjaan, 2025a).

IPT eli interpersoonallinen terapia on 12–16 tapaamiskerran interventio, joka on suunnattu lievän, keskivaikean ja tietyin edellytyksin myös vakavan masennuksen ja mielialaoireiden hoitoon (Terapiat etulinjaan, 2025c). Hoitopolku voi alkaa suoraan hoitoonohjauksesta tai edetä ensimmäisen portaan interventioiden, kuten ohjatun omahoidon tai IPC:n kautta. Interpersoonallinen terapia sijoittuu porrastetussa hoitomallissa toiselle tasolle täydentämään muita varhaisen vaiheen hoitomuotoja. Menetelmä soveltuu käyttöön myös erikoissairaanhoidossa. Interpersoonallisella terapialla on samanlainen teoreettinen perusta kuin interpersonaalisella ohjauksella, eli keskeisenä ajatuksena on, että masennusoireet kytkeytyvät yksilön ihmissuhteisiin. Tavoitteena on paitsi oireiden lievittäminen myös sosiaalisen toimintakyvyn vahvistaminen, mikä tukee potilaan selviytymistä arjessa ja ihmissuhteissa (Terapiat etulinjaan, 2025c). Käypä hoito -suositukseen sisältyvän tutkimusnäytön mukaan kognitiivis-behavioraaliset ja interpersonaaliset lyhytterapiat soveltuvat tehokkaasti depressioiden akuuttivaiheen hoitoon (Käypä hoito, 2020).

2.5.3 Tunnekeskeinen pari-interventio

Tunnekeskeinen pari-interventio on porrastetun hoitomallin ensimmäiselle tasolle sijoitettava ja viiden käyntikerran mittainen työskentelymuoto parisuhdeongelmien käsittelyyn (Terapiat etulinjaan, 2025d). Interventio on kehitetty perustason palveluihin soveltuvaksi lyhytinterventioksi, ja sen käyttöä tukee tunnekeskeisen viitekehyyksen tutkimusnäyttö parisuhdeongelmien hoidossa. Intervention asemaa osana hoitokäytäntöjä vahvistaa myös masennuksen Käypä hoito -suositukseen sisältyvä näyttö, jonka mukaan pari- ja perheterapeuttisilla työskentelymuodoilla voidaan lievittää masennusoireita ja parantaa parisuhde- ja perhetilannetta erityisesti silloin, kun depression liittyy merkittäviä

ihmissuhdeongelmia (Käypä hoito, 2020b). Tämä tukee interventiomuodon tarkoituksenmukaista käyttöä tilanteissa, joissa yksilön psyykinen kuormitus kytkeytyy parisuhteen haasteisiin.

Terapiat etulinjaan (2025d) verkkosivustolla kerrotaan, että kyseessä ei ole kuitenkaan yksittäisten mielenterveyden häiriöiden kuten masennuksen ensilinjan hoitomuoto. Työskentelyn tavoitteena on auttaa pareja tunnistamaan ja pysäyttämään haitallisia vuorovaikutusmalleja sekä edistää turvallisemman ja rakentavamman vuorovaikutuksen muodostumista rajatun työskentelyjakson aikana. Tapaamisten suositeltu kesto on noin 90 minuuttia ja aikataulu tyyppillisesti viikon välein. Tapaamiset voidaan järjestää joko lähi- tai etämuotoisesti. Menetelmän teoreettinen perusta on kiintymyssuhdeteoriassa, ja keskeisenä työvälineenä toimii negatiivisen vuorovaikutuskehän käsite, jonka avulla molempien osapuolten tunteet, ajatukset ja käyttäytyminen jäsennetään toisiinsa kytkeytyväksi kokonaisuudeksi (Terapiat etulinjaan, 2025d).

2.5.4 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on vuorovaikutuksellinen työskentelytapa, jonka tavoitteena on tunnistaa ja vahvistaa asiakkaan valmiutta sekä motivaatiota muutokseen (Terapiat etulinjaan, 2025e). Sen koulutus tarjotaan esimerkiksi osana aikuisten ja nuorten kognitiivisen lyhytterapian koulutusta. Menetelmää voidaan soveltaa itsenäisesti, mutta sen työskentelymalli tarjoaa käyttökelpoisia välineitä myös muiden interventioiden toteuttamiseen. Motivoivassa haastattelussa keskeistä on asiakkaan oman pohdinnan ja itseohjautuvuuden tukeminen siten, että hän arvioi kriittisesti omia toimintamallejaan ja tekee tietoisia, muutosta edistäviä valintoja. Menetelmää käytetään tukemaan yksilön omaa motivaatiota ja valmiutta muutokseen, kuten päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen sekä muihin terveyttä edistäviin käyttäytymismuutoksiin. Motivoivan haastattelun perusolettamus on, että jokaisella on mahdollisuus muuttaa omaa käyttäytymistään (Terapiat etulinjaan, 2025e). Sen käyttö ja soveltaminen mielenterveyden häiriöiden hoidon yhteydessä porrastetussa hoitomallissa tukevat Käypä hoito -suositusten

näyttöä, jonka mukaan menetelmä tehostaa hoitoa erityisesti alkoholiongelmien kohdalla (Käypä hoito, 2015).

3 Teorettinen viitekehys

Sipilä ja muut (2016) määrittelevät implementoinnin suunnitelmalliseksi prosessiksi, jossa pyritään siirtämään menetelmä käytäntöön siten, että sen keskeiset osat säilyvät ehjinä. Prosessiin kuuluu myös käyttöönottoon vaikuttavien esteiden ja tukitekiäjien tunnistaminen sekä niihin puuttuminen, jotta siirtymä tutkimus- tai suunnitteluvaiheesta todelliseen käyttöön onnistuu mahdollisimman sujuvasti. Petersin ja muiden (2013) sekä Kirkin ja muiden (2015) mukaan implementointitutkimus tarkastelee, miten jokin käytäntö tai innovaatio saadaan juurtumaan osaksi toimintaa ja millaisia tekijöitä onnistuneen toimeenpanon taustalla on. Sen tavoitteena on vahvistaa tutkimusnäyttöön perustuvan tiedon siirtymistä osaksi organisaatioiden ja ammattilaisten päätöksiä sekä arjen työtä. Aiheen tekee kiinnostavaksi se, miksi sama malli toimii yhdessä ympäristössä, mutta ei tuota toivottua tulosta toisessa (Peters ja muut, 2013; Kirk ja muut, 2015). Shelton ja muut (2023) korostavat, että implementaation fideliteetti ei synny itsestään, ja organisaatiot voivat tukea sitä erilaisilla implementaatiostrategioilla, kuten koulutuksella ja seurannalla.

Heinijoen ja muiden (2023, s. 193-194) mukaan implementointitutkimuksen juuret ulottuvat 1960–1970-lukujen politiikka-analyysin ja arviointitutkimuksen kehitykseen. He lisäävät, että nykyisin kyseisen tutkimusalan piiriin mahtuu erilaisia lähestymistapoja, ja eri tieteen- ja toimialoille on muodostuneet omat vakiintuneet suuntauksensa. Terveystutkimuksessa ja terveydenhuollossa on syntynyt *Implementation Science* -suuntaus, jonka tavoitteena on tukea tutkimusnäyttöön perustuvien toimintatapojen siirtymistä käytännön työhön (Heinijoki ja muut, 2023, s. 193-194). Tähän lähestymistapaan liittyy olennaisena osana niin kutsuttu fidelity-tutkimus, ja seuraavaksi pureudutaan tämän tutkielman keskeiseen fideliteetin käsitteeseen tarkemmin.

3.1 Fideliteetin käsite

Fideliteetti tunnetaan myös nimillä *adherence* ja *integrity*, ja se tarkastelee, kuinka uskollisesti interventio toteutetaan suhteessa alkuperäiseen malliin (Carroll ja muut, 2007; Heinijoki ja muut, 2023). Fideliteetin säilyminen tarkoittaa sitä, että menetelmät pysyvät uskollisina alkuperäisille toteutustavoille, jotta niiden vaikuttavuus säilyy (esim. Carroll ja muut, 2007). Seilo ja muut (2024, s. 11) ovat sittemmin suomentaneet fideliteetin käsitteen menetelmäuskollisuutena, joka tarkoittaa intervention toteutumista siinä muodossa kuin se on alun perin tarkoitettu, kun sitä käytetään luonnollisissa olosuhteissa.

Kuten Sidani ja Braden (2021) kuvaavat, huolellisestikin suunnitellut terveysinterventiot voivat jäädä tehottomiksi, ellei niitä tehdä täsmälleen suunnitelman mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että sekä interventiota toteuttavat terveydenhuollon ammattilaiset että siihen osallistuvat asiakkaat kantavat vastuun intervention onnistumisesta. Ammattilaisten on Sidanin ja Bradenin (2021, s. 113) mukaan seurattava tarkasti protokollaa, joka määrittää sisällön, käyntivälit, järjestyksen ja toteutustavan. Asiakkaiden odotetaan puolestaan sitoutuvan suosituksiin ja soveltamaan niitä jokapäiväisessä elämässään (Sidani & Braden, 2021, s. 113).

Interventioiden toteutuksen tarkkuus voi Carrollin ja muiden (2007, s. 1) mukaan vaikuttaa siihen, kuinka hyvin interventio saavuttaa sille asetetut tavoitteet. Toisin sanoen fideliteetti voi muokata intervention ja sen odotettujen vaikutusten välistä yhteyttä. Arvioimalla sitä, kuinka tarkasti interventio on toteutettu, voidaan luotettavasti arvioida sen vaikuttavuutta (Carroll ja muut, 2007, s. 1). Toteutuksen uskollisuuden mittaaminen on Carrollin ja muiden (2007) mielestä tärkeää, sillä tutkimusnäyttö osoittaa interventioiden onnistumisen olevan vahvasti sidoksissa siihen, kuinka tarkasti ne toteutetaan alkuperäisten suunnitelmien mukaisesti. Carrollin ja muiden (2007) mukaan useat tutkimukset tukevat tätä havaintoa korostaen fideliteetin keskeistä roolia interventioiden vaikuttavuudessa (ks. Forgatch ja muut, 2005; Thomas ja muut, 2015; Noel, 2016). Carroll ja muut (2017, s. 2) korostavat fideliteetin arvioinnin tärkeyttä, koska se voi estää virheellisten johtopäätösten syntymistä interventioiden tehokkuudesta. Toteutuksen

uskottavuuden arviointi voi edesauttaa parempien tulosten saavuttamista, mikä on tärkeää interventioiden onnistumisen kannalta. Tämä arviointi varmistaa, että interventiot toteutetaan suunnitelmien mukaisesti ja että niiden vaikutuksia voidaan luotettavasti mitata, jolloin tutkimustulosten ja käytännön sovellusten luottamus lisääntyy (Carroll ja muut, 2007, s. 2).

Sidani ja Braden (2021, s. 107) näkevät intervention ajankohtaisuuden ja ongelman määrittelyn tärkeinä asioina. Näin voidaan kohdistaa interventio siihen hetkeen, kun sitä eniten tarvitaan. Myös he nostavat esiin myös vaikuttavuuden arvioimisen näkökulmaa. Kun intervention toteutuksen fideliteetin arvioidaan sopivin mittarein, voidaan selvittää, onko intervention toteutuksen tasolla yhteys tulosten parantumiseen. Mittausajankohdat (ennen interventiota, sen aikana ja jälkeen) on valittava siten, että ne osuvat ajankohtiin, jolloin vaikutuksia oletetaan tapahtuvan. Fideliteettiä koskevat mittaukset auttavat ymmärtämään intervention tehokkuutta ja tuloksia (Sidani & Braden, 2021, s. 107).

Intervention teoria ja siihen sisällytetyt implementointiteorian elementit ovat merkittävässä roolissa onnistuneen interventiotoimituksen varmistamisessa (Sidani & Braden, 2021, s. 113). Malli, joka kuvastaa intervention teoriaa, määrittää intervention toteutuksessa tarvittavat resurssit, keskeiset osatekijät sekä toteutusjärjestyksen mukaan lukien, missä, milloin ja kuinka pitkään kutakin osaa toteutetaan. Näiden tekijöiden yksityiskohtainen määrittely auttaa ohjaamaan terveydenhuollon ammattilaisia ja asiakkaita seuraamaan tarkasti, mitä heiltä odotetaan intervention aikana (Sidani & Braden, 2021, s. 113). Fideliteetin kannalta intervention teoria ja sen käytännön toteutukseen luotu käsikirja ovat olennaisia, sillä ne määrittävät yksityiskohtaisesti, miten interventio tulee toteuttaa, jotta se tuottaisi suunnitellut vaikutukset (Sidani & Braden, 2021, s. 113, Albers ja muut, 2024, s.2–3). Kun interventio toteutetaan käsikirjan mukaisesti, fideliteetti toimii ikään kuin laadunvarmistuksena, joka vahvistaa intervention vaikutusten luotettavuuden ja lisää hoidon vaikuttavuutta. Näin fideliteetti tukee intervention yhdenmukaisuutta ja tehoa, mikä tekee siitä keskeisen osan onnistunutta terveydenhuollon interventiota (Sidani & Braden, 2021, s. 113).

3.2 Fideliteettiä uhkaavat tekijät

Fideliteettiä voidaan tarkastella sekä järjestelmätason rakenteiden että yksittäisten toimijoiden näkökulmasta, sillä interventioiden toteutuminen muotoutuu aina myös ammattilaisten käytännön valintojen ja asiakkaiden omaksumisen kautta (Kemp ja muut, 2024; Sidani & Braden, 2021). Terveystieteiden ammattilaisten tavat soveltaa interventiota käytännössä sekä asiakkaiden keinot hyödyntää sitä omassa arjessaan voivat aiheuttaa vaihtelua interventioiden toteutuksessa. Tällainen vaihtelu ei välttämättä ole poikkeama tai puute, vaan voi olla myös tarkoituksellista ja perusteltua esimerkiksi silloin, kun interventiota mukautetaan asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin tai kulttuuriseen taustaan (Sidani & Braden, 2021, s. 113). Vaikka yksilötason tarkastelu on olennainen osa fideliteetin ymmärtämistä, se ei sulje pois organisatoristen ja hallinnollisten rakenteiden merkitystä. Päinvastoin rakenteet, ohjausmekanismit ja johtamiskäytännöt luovat ne reunaehdot, joiden puitteissa yksittäiset toimijat tekevät päätöksiään ja soveltavat interventiota. Tästä syystä tässä luvussa fideliteettiä tarkastellaan yhtä aikaa sekä yksilöllisen toteutuksen vaihteluna että järjestelmätason keinoina, joilla tätä vaihtelua pyritään ohjaamaan ja tukemaan. Seuraavaksi tarkastellaan keskeisiä tekijöitä, jotka voivat selittää interventioiden toteutuksessa ilmenevää vaihtelua, sekä mahdollisia poikkeamia ja niiden vaikutusta fideliteettiin, esimerkiksi silloin kun tiettyä terapiamenetelmää sovelletaan käytännössä.

Isokuortin ja Aaltion (2020) tutkimus tarkasteli erään toimintamallin käyttöönottoa sosiaalipalveluissa Suomessa keskittyen sen toteutumiseen ja implementaation vaikuttaviin tekijöihin. Tutkimustulosten perusteella fideliteetin ylläpitäminen toimintamallin käyttöönotossa oli haastavaa. Esihenkilöiden tuki havaittiin tärkeäksi rakenteellisten muutosten toteuttamisessa, sillä ilman aktiivista johtajuutta onnistunutta implementaatiota ei voitu saavuttaa, vaikka yksittäiset tiimit olisivat olleet motivoituneita. Puuttuvan johdon tuen lisäksi keskeisiä toimintamallin fideliteetin toteutumisen uhkia ovat olleet toimintamallin sisällön epäselvyys, riittämätön koulutus sekä henkilöstön vaihtuvuus. Ilman riittävää implementaatiotukea ja resursseja toimintamallin odotettujen tulosten saavuttaminen on epävarmaa, mikä korostaa huolellisen valmistelun ja tuen merkitystä

käyttöönoton jälkeenkin (Isokuortti ja Aaltio, 2020). Mildon ja Shlonsky (2011) painottavatkin kattavaa implementaatiostrategiaa, johon sisältyy myös pitkäaikainen tuki mallin ylläpitämiseksi. Toiseksi tehokkaaksi tavaksi tukea menetelmän onnistunutta käyttöönottoa on tunnistettu säännöllinen konsultaatiotuki, jossa ammattilaiset voivat saada ohjausta menetelmien toteuttamiseen (esim. Barac ja muut, 2018). Heidän mukaansa tämänkaltainen tuki kannattaa sisällyttää osaksi implementointistrategiaa.

Käytännössä interventioita harvoin toteutetaan täysin alkuperäisen suunnitelman mukaan, vaan mukautuksia tehdään usein (Pérez ja muut, 2016). Monet terveydenhuollon ammattilaiset arvostavat ihmislähtöistä tai asiakaslähtöistä hoitoa, joka keskittyy asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin, yhteistyöhön ja asiakkaiden toiveiden huomioimiseen (Sidani & Braden, 2021, s. 118). Koska ammattilaiset pitävät hoidon räätälöintiä olennaisena osana laadukasta käytäntöä, he saattavat poiketa suunnitellusta interventiosta muokaten sen sisältöä. Tällä pyritään vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin paremmin ja räätälöinti nähdään tärkeänä asiakkaiden ymmärtämisen osoituksena (Sidani & Braden, 2021, s. 118). Tällaiset poikkeamat voivat johtaa siihen, että asiakkaat saavat erilaista hoitoa, mikä voi heikentää interventioiden vaikuttavuutta ja tulosten yhtenäisyyttä. Tämän vuoksi on tärkeää pyrkiä vähentämään poikkeamia ja varmistamaan intervention johdonmukainen toteutus (Sidani & Braden, 2021, s. 118).

Terveydenhuollon ammattilaiset saattavat tulkita ja toteuttaa interventioita eri tavoin (Sidani & Braden, 2021, s. 114). Tämä tarkoittaa, että vaikka intervention teoreettinen malli on määritelty, sen käytännön toteutus voi vaihdella. Ilman kunnollista ymmärrystä siitä, miten interventioita pitäisi toteuttaa, on haastavaa saavuttaa toivottuja tuloksia. Fideliteetin toteutumiseen vaikuttaa myös ammattilaisten pätevyys sekä kokemus ja koulutus interventiosta (Sidani & Braden, 2021, s. 114, 117). Heidän mukaansa esimerkiksi ajanpuute voi vaikuttaa siihen, ettei interventioon ehditä kunnolla paneutua. Toisaalta ne ammattilaiset, joilla on vaadittava pätevyys ja syvälinen osaaminen interventioprotokollasta, voivat muokata intervention toteutusta vastaamaan paremmin omia ajatuksiaan siitä, miten interventio kannattaisi toteuttaa (Wiltsey-Stirman ja muut, 2015).

Samalla tavalla ammattilaisten kielteinen käsitys interventioista tai sen vaikuttavuudesta voi aikaansaada sen, että ammattilainen mukauttaa intervention toteutusta hänen näkemyksiään vastaavaksi (Sidani & Braden, 2021, s. 116). Jos interventio ei ole selkeästi määritelty eikä sen keskeisiä tekijöitä ole ilmaistu selkeästi, jää paljon tilaa tulkinnoille siitä, mitä interventio todella sisältää ja miten sen eri osat tulisi toteuttaa (Sidani & Braden, 2021, s. 116). Tällöin myös mukauttamisen tarve korostuu, ja se vaihtelee sen mukaan, kuinka tarkasti alkuperäinen malli on määritelty.

Keskeiseksi kysymykseksi nousee, miten tunnistaa ohjelman ydinkomponentit, jotka ovat välttämättömiä tulosten saavuttamiseksi, ja erottaa ne niistä osista, joita voidaan muokata, jättää pois tai lisätä paikallisesti. Mowbrayn (2003) mukaan tätä voidaan lähestyä kolmella eri tavalla: ohjelma voidaan purkaa osiin ja testata empiirisesti, mitkä elementit ovat olennaisia, mukauttamista voidaan sallia tiettyyn rajaan asti käytännön harkinnan perusteella, tai mukautuksia voidaan tehdä niin kauan kuin ne eivät ole ristiriidassa ohjelman teoreettisen perustan kanssa. Erityisesti jälkimmäinen näkökulma korostaa työntekijöiden ammatillista harkintaa. Tällaisessa tapauksessa interventiota toteuttavat terveydenhuollon ammattilaiset voivat joutua tukeutumaan omaan viitekehykseensä, asiantuntemukseensa ja tietämykseensä määritelläkseen intervention keskeisiä tekijöitä, sen osia ja niiden käytännön toteutusta. Tämä voi johtaa eroihin siinä, mitä tarjotaan ja mikä oli suunniteltu.

Sidani ja Braden (2021, s. 125) korostavat, että jotta mukautukset olisivat tarkoituksenmukaisia ja tukisivat intervention vaikuttavuutta, niiden tulee perustua huolelliseen suunnitteluun intervention taustalla olevan teorian mukaisesti. Lisäksi mukautusten tulisi näkyä selkeästi intervention protokollassa ja manuaalissa, jotka ohjaavat sen käytännön toteutusta. Terveydenhuollon interventioiden mukauttaminen tulisi toteuttaa johdonmukaisesti niin, että suunnittelijat, terveydenhuollon ammattilaiset ja asiakkaat tekevät yhteistyötä. Tavoitteena on määrittää, mitä osia interventiosta on tarpeen muokata, miksi mukautukset ovat tarpeen ja miten ne toteutetaan. Samalla määritellään

mukautusten periaatteet ja päivitetään interventiomanuaali vastaamaan muutoksia (Sidani & Braden, 2021, s. 125).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että interventioita toteuttavat ammattilaiset eivät aina noudata interventiokäsikirjaa täydellisesti (Sidani & Braden, 2021, s. 115). Esimerkiksi on raportoitu, että interventioista koostuvista toiminnoista toteutetaan vain noin 50 % (Sidani & Braden, 2021, s. 115). Wiltsey-Stirmanin ja muiden (2015) mukaan terveydenhuollon ammattilaisista alle 50 % pystyy toteuttamaan näyttöön perustuvia interventioita fideliteetillä, vaikka he olisivat saaneet asianmukaista koulutusta.

Interventiokäsikirjan noudattamatta jättäminen johtaa siihen, että interventioita toimitetaan eri tavalla asiakkaille. Variaatiot voivat Sidanin ja Bradenin (2021, s. 114) mukaan ilmetä kahdella tavalla: joko interventioiden osia tai niiden toimitustapaa ja käytävää mukauttamalla tai niin, että interventioita toteutetaan epäjohdonmukaisesti eri osallistujille. Näitä mukauttamisia ja epäjohdonmukaisuuksia esiintyy käytännön työssä yleisesti (Sidani & Braden, 2021, s. 115). Tutkimuksissa on myös havaittu, että eri toteutustavat voivat johtaa myös erilaisiin vaikutuksiin. Toteutustapoja joudutaan muokkaamaan esimerkiksi syrjäisillä maaseutualueilla johtuen palveluntarjoajien ja asiakkaiden maantieteellisestä hajautumisesta (2021, s. 117). Jos paikalliset olosuhteet ja resurssit eivät kohtaa, Sidani ja Braden (2021, s. 117) esittävät intervention toteutustavaksi esimerkiksi etäterapian videovälitteisesti.

On tärkeää laatia strategioita, joilla edistetään intervention toteutuksen fideliteettiä, seurataan sen toteutumista säännöllisesti sekä arvioidaan ja otetaan huomioon fideliteetin vaikutus saatuihin tuloksiin (Sidani & Braden, 2021, s. 122). Seuraamalla interventioiden toteutusta voidaan havaita tehokkaammin poikkeamia ja haasteita, ja jos asiakkaiden sitoutumisessa ilmenee ongelmia, interventioita voidaan muokata helpommin (Sidani & Braden, 2021, s. 122). Tällainen jatkuva arviointi auttaa havaitsemaan toteutuksen virheitä jo varhaisessa vaiheessa ja löytämään keinoja ennen kuin haasteet ehtivät laajentua tai pitkittyä. Isokuorti ja Aaltio (2020, s. 12) tuovat myös esiin sen, että

mikäli implementaatio jää heikoksi tai puutteelliseksi, seurauksena voi olla myös tahattomia haitallisia vaikutuksia, kuten vaihtoehtoiskustannuksia tai työntekijöiden turhautumista.

Kaiken kaikkiaan fideliteetin edistäminen voi vähentää interventioiden toteuttamisen vaihtelua ammattilaisten välillä. Intervention tarjoaminen suunnitellulla tavalla ja johdonmukaisesti kaikille asiakkaille parantaa asiakkaiden altistumista sisällölle ja toiminnolle, joita tarvitaan, jotta he ymmärtävät ja pystyvät toteuttamaan hoitosuosituksia jokapäiväisessä elämässä (Sidani & Braden, 2021, s. 122).

3.3 Uskollisuuden tarkastelu

Interventioiden fideliteettiä on yleensä tarkasteltu viiden eri mitattavan ulottuvuuden kautta (esim. Dusenbury ja muut 2005; Ibrahim & Sidani, 2016). Carrollin ja muiden (2007) kehittämä yhdistetty viitekehys fideliteetin toimeenpanolle on toiminut keskeisenä viitekehysenä interventioiden uskollisuuden tarkastelussa monissa tutkimuksissa. Myös tässä Pro gradu -tutkielmassa hyödynnetään kyseisen viitekehysen keskeisiä elementtejä tarkasteltaessa, millä tavoin Terapiat etulinjaan -toimintamallissa pyritään tukemaan fideliteetin toteutumista organisatorisin ja hallinnollisin keinoin. Seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin kuviossa 3 esitetyjä fideliteetin ulottuvuuksia.

Ensimmäinen ulottuvuus, eli *sitoutuminen intervention noudattamiseen* tarkoittaa sen arviointia, toteutetaanko interventiota tarkasti sille asetettujen suunnitelmien ja ohjeiden mukaisesti (Carroll ja muut, 2007, s. 2). Se koostuu sisällöstä, toistuvuudesta, kestosta ja kattavuudesta. Näiden osa-alueiden tarkoituksena ei ole toimia valmiina tai yleispätevinä mittareina, vaan auttaa jäsentämään sitä, miten interventio on käytännössä toteutunut. *Interventiolle altistuminen* viittaa Carrollin ja muiden (2007, s. 2) mukaan siihen, kuinka paljon osallistujat todella saavat interventiota – toisin sanoen, tapahtuuko interventio suunnitellulla tiheydellä ja kestolla. Joskus voidaan huomata, että kaikki interventioon kuuluvat osat eivät toteudu tai interventiota toteutetaan harvemmin kuin

suunnitelmassa. Carroll ja muut (2007, s. 2) jatkavat, että kattavuuden arvioinnissa tarkastellaan myös sitä, osallistuuko interventioon kaikki ne henkilöt, joille se on suunniteltu. Kattavuuden tarkastelu on tärkeää, koska se kertoo, onko interventio tavoittanut kaikki ne, joiden olisi tarkoitus osallistua ja varmistaa, että kaikki saavat tarvittavaa tukea tai apua (Carroll ja muut, 2007, s. 2).

Kolmas ulottuvuus viittaa laatuun. *Intervention toteuttamisen laatu* määritellään kuvaavan sitä, kuinka toteuttaja sen toteuttaa (Carroll ja muut, 2007, s. 2-3). Laadun mittaaminen on todellisuudessa Carrolin ja muiden mukaan haasteellista, mutta voi esimerkiksi tarkoittaa sitä, että interventio toteutetaan niin kuin se on opetettu. Laadun arvioiminen voi vaatia vertailukohtaa, joka voi olla joko interventiosuunnittelijoiden määrittelemä tai ulkopuolelta tuleva (Carroll ja muut, 2007, s. 3). Mikäli selkeä vertailukohta on olemassa, voidaan laatua tarkastella yhdessä kahden ensimmäisen ulottuvuuden kanssa. Carroll ja muut (2007, s. 3) selventävät, että laatuun vaikuttaa siis intervention täsmällinen noudattaminen sekä sen kattavuus. Kun tarkastellaan näitä ulottuvuuksia yhdessä, päästään interventiofideliteetin tutkimisen ytimeen.

Neljäs ulottuvuus kertoo interventioon *osallistujien vasteesta*. Se mittaa Carrolin ja muiden (2007, s. 3) mukaan heidän sitoutumistaan interventioon sekä heidän arviotaan intervention hyödyllisyydestä. Jos osallistujat kokevat intervention merkityksettömäksi, heidän passiivisuutensa voi johtaa siihen, että interventio epäonnistuu tai sen kattavuus jää alhaiseksi (Carroll, 2007, s. 6) Tämä voi heikentää toteutuksen uskollisuutta. Sen sijaan kannustimet voivat heidän mukaansa lisätä toteuttajien ja osallistujien myönteistä suhteutumista interventioon.

Ohjelman erottuvuus on viides osa-alue, jossa tunnistetaan intervention ainutlaatuiset piirteet ja määritetään, mitkä niistä ovat olennaisia sen onnistumiselle. Eriyttämisen prosessi on Carrolin ja muiden (2007, s. 3) mukaan tärkeä osa uusien interventioiden arviointia, sillä se auttaa löytämään ne osat, jotka vaikuttavat tuloksiin eniten. Tämä voi vaikuttaa toteutuksen fideliteettiin, sillä jos olennaisia osia on vaikea toteuttaa, se voi selittää interventioiden epäonnistumisia. Carroll ja muut (2007, s. 5) tuovat myös esiin sen,

että interventioiden toteuttamisessa voidaan huomioida paikalliset olosuhteet. Tämä tarkoittaa sitä, että interventiota ei aina voida toteuttaa täysin käytännön tasolla, ja paikalliset olosuhteet saattavat vaatia joustavuutta ja mukautumista. Intervention toteuttaminen voi siis Carrollin ja muiden (2007, s. 5) mukaan olla joustavaakin, kunhan noudatetaan kaikista olennaisimpia elementtejä.

Uskollisuutta on siis arvioitu tyypillisesti näiden viiden ulottuvuuden kautta, mutta Carroll ja muut (2007) toivat uuden viitekehyksen toteutuksen uskollisuudelle. Siinä ei paneuduta pelkästään näihin ominaisuuksien tarkasteluun, vaan selvennetään ja selitetään niiden välisiä suhteita. Suhteita kuvastaa esimerkiksi intervention koulutuksen ja laadun välinen yhteys. Jos annettavan koulutuksen määrä on vähäinen, voi sen seurauksena toteutettavan intervention laatu olla heikkoa (Carroll ja muut, 2007, s. 7). Viitekehykseen tuodaan myös kaksi lisäelementtiä: *intervention kompleksisuus ja fasilitointistrategiat* (Carroll ja muut, 2007, s. 3).

Fasilitointistrategioilla tarkoitetaan Carrollin ja muiden (2007, s. 6) mukaan erilaisia keinoja ja käytäntöjä, joiden avulla voidaan tukea interventioiden toteutusta. Tällöin interventio voidaan toteuttaa mahdollisimman yhtenäisesti ja tehokkaasti. Esimerkkejä fasilitaatiostrategioista ovat ohjeiden tarjoaminen, koulutuksen järjestäminen sekä jatkuva seuranta ja palaute interventiota toteuttaville henkilöille. Näiden avulla voidaan varmistaa, että toteutus pysyy suunnitelman mukaisena ja että osallistujat saavat tarvitsemaansa ohjausta. *Intervention kompleksisuus* viittaa siihen, kuinka yksinkertaisia tai monimutkaisia interventiot ovat niiden kuvauksen ja toteutuksen suhteen (Carroll ja muut, 2007, s. 5). On todettu, että yksinkertaiset ja tarkasti määritellyt interventiot toteutuvat uskollisemmin kuin monimutkaiset tai epätarkat interventiot.



Kuvio 3. Fideliteetin arviointimalli (mukaillen Carroll ja muut, 2007).

Kuvio 3 mukailee Carrollin ja muiden (2007) implementaation fideliteetin viitekehystä ja esittää keskeiset fideliteetin ulottuvuudet sekä siihen vaikuttavat tekijät. Alkuperäisessä mallissa intervention noudattamisen ulottuvuus koostuu useista alatekijöistä (sisältö, toistuvuus, kesto ja kattavuus), jotka huomioidaan tässä tutkimuksessa analyysivaiheessa. Yllä kuvattujen ulottuvuuksien mittaaminen on Carrollin ja muiden (2007, s.7) mukaan välttämätöntä, jotta alhaisen tai riittämättömän toteutuksen mahdollisia syitä voidaan ymmärtää. Heidän malliansa ja fideliteetin käsitteeseen liittyvää teoriaa on sittemmin pyritty tarkentamaan, ja esimerkiksi Albers ja muut (2024) korostavat tarvetta joustavammalle uskollisuuskäsitteelle. Käsitteellisesti intervention uskollisuus edellyttää jonkin verran tiukkuutta, sillä interventiota toteuttavilta odotetaan vähintään jonkinasteista noudattamista tai sitoutumista toimissaan, jotta intervention ja toimeenpanon integriteetti säilyy (Albers ja muut, 2024, s. 2). Nykyisessä terveydenhuollon tutkimuksessa suurin osa tutkittavista interventioista on Albersin ja muiden (2024, s. 3) mukaan

kuitenkin kompleksisia. Kompleksisuudella tarkoitetaan Luoman ja Lindellin (2020, s. 79) mukaan järjestelmää, jossa eri osat ovat keskenään yhteen kietoutuneita. Terminä se ei kuvaa tai tarkoita monimutkaisuutta tai vaikeaa, vaan liittyy enemmänkin keskinäisiin vuorovaikutussuhteisiin. Tällaiset kompleksiset interventiot vaativat jatkuvaa mukauttamista esimerkiksi paikallisiin olosuhteisiin. Perinteiset intervention uskollisuuden ulottuvuudet eivät kuitenkaan huomioi intervention mukauttamista siten, että sen vaikuttavuus säilyy. Albersin ja muiden (2024) näkökulman mukaan intervention mukautukset sitä toteutettaessa ovat kuitenkin tarpeellisia, jotta ne vastaavat toteuttajien ja käyttäjien tarpeita. He lisäävät, että tutkimusnäytön mukaan mukautusten tekeminen johtaa paremmin soveltuviin ja tehokkaampiin interventioihin (Albers ja muut, 2024, s. 3).

4 Menetelmät ja aineisto

4.1 Tutkimusaineisto

Merriam (1988, s.118) on todennut, että minkä tahansa tyyppiset asiakirjat voivat auttaa tutkijaa ymmärtämään ilmiöitä syvemmin, hahmottamaan merkityksiä ja löytämään tutkimusongelmaan liittyviä oivalluksia. Tämän laadullisen eli kvalitatiivisen tutkielman aineistona toimii Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja. Se on julkisesti internetistä saatavilla oleva, kattava ja virallinen kuvausasiakirja siitä, miten malli on tarkoitettu toteutettavaksi Suomessa. Käsikirja toimii sekä teoreettisena selontekona että käytännöllisenä ohjeistuksena mielenterveyspalveluiden rakenteellisista toimintaperiaatteista sekä yhteistyön malleista ja työkaluista. Tutkielman tekohetkellä käytössä ollut versio on päivitetty vuoden 2025 kesällä, mutta siitä on olemassa useita versioita. Käytetty versio edustaa tutkielman tekohetkellä toimintamallin ajankohtaisinta ja virallista linjausta.

4.2 Dokumenttianalyysi teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä

Tässä tutkielmassa tutkimusote perustuu pääosin dokumenttianalyysiin ja aineisto analysoidaan teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Aineiston järjestelemisessä on hyödynnetty myös teemoittelua. Menetelmävalinta perustuu tutkimuskysymyksiin, aineiston luonteeseen ja tutkimuksen tavoitteisiin. Seuraavaksi perustellaan dokumenttianalyysin soveltuvuutta tähän tutkielmaan ja tarkastellaan dokumenttianalyysiä tutkimusmenetelmänä.

Tämän tutkielman analyysissä hyödynnetään implementointitutkimuksen näkökulmaa. Aineistosta etsitään teemoja, jotka jäsentävät menetelmäuskollisuuden eli fideliteetin keskeiset ulottuvuudet Carrollin ja muiden (2007) kehittämän yhdistetyn implementaation fideliteetin viitekehysten pohjalta. Viitekehys toimii analyysin teoreettisena taustana ja auttaa tarkastelemaan, millä tavoin fideliteettiä koskevat periaatteet ja

tukirakenteet ilmenevät. Analyysin tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen siitä, mitä fideliteetillä tarkoitetaan toimintamallin kontekstissa ja millaisin organisatorisin ja hallinnollisin keinoin fideliteetin toteutumista pyritään tukemaan.

Seuraavaksi keskitytään dokumenttianalyysin teoreettisiin lähtökohtiin ja sen käyttöön tutkimusmenetelmänä. Dokumenttianalyysi on laadullinen ja systemaattinen tutkimusmenetelmä, jonka avulla tarkastellaan ja arvioidaan monipuolista aineistoa, kuten asiakirjoja, käsikirjoituksia, instituutioiden tuottamia raportteja sekä kyselyaineistoja (Bowen, 2009, s. 27–28; Schreier, 2024). Laadullisen aineiston analyysimenetelmänä dokumenttianalyysin kerrotaan kehittyneen 1980-luvulla (Bohnsack, 2014, s. 217). Bowenin (2009, s. 29) mukaan dokumenttianalyysi soveltuu erityisen hyvin laadullisiin tapaustutkimuksiin, sillä sen avulla voidaan kuvata yksityiskohtaisesti yksittäisiä ilmiöitä, tapahtumia, organisaatioita tai ohjelmia. Bowen (2009, s. 27-29) tuo artikkelissaan esiin, että yleensä tutkijat tarkastelevat tutkimusprosessin yhteydessä aiempaa kirjallisuutta ja integroivat sen tarjoamat havainnot ja tiedot tutkimukseen. Tutkimusprosessi sisältää siis asiakirjojen systemaattisen haku-, valinta- ja arviointivaiheen sekä aineiston yhdistämisen tutkimusongelman näkökulmasta. Dokumenttianalyysi tuottaa katkelmia, lainauksia tai kokonaisia tekstiosioita, jotka jäsennellään ja analysoidaan pääteemojen, kategorioiden ja tapausesimerkkien mukaisesti sisällönanalyysin menetelmin, mikä varmistaa analyysin läpinäkyvyyden ja tutkimuksellisen luotettavuuden (Bowen, 2009, s. 27-28). Dokumenttianalyysiä voidaan hyödyntää sekä monimenetelmällisissä tutkimuksissa että itsenäisenä tutkimusmenetelmänä (Bowen, 2009, s. 28). Joissakin tutkimuksissa asiakirjat voivat toimia ainoana aineistolähteenä, kuten esimerkiksi tulkinnallisissa tai historiallisissa tutkimuksissa, mutta muissa tutkimustyypeissä tutkijan tulisi varoa nojautumasta pelkästään asiakirjoihin (Bowen, 2009, s. 29). Bowen (2009, s.33) jatkaa kertoakseen, että ratkaisevaa ei ole asiakirjojen määrä, vaan niiden laatu ja relevanssi suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin.

Bowen (2009, s. 32-33) jatkaa dokumenttianalyysin tekemisestä tarkemmin. Dokumenttianalyysin tekeminen edellyttää prosessia, joka koostuu aineiston alustavasta

tarkastelusta, perusteellisesta lukemisesta sekä merkitysten tulkinnasta. Sisällönanalyysin avulla aineisto järjestetään tutkimuskysymyksiä vastaaviin kategorioihin siten, että tutkimuksen kannalta olennainen aineisto tunnistetaan jo analyysin alkuvaiheessa (2009, s. 32–33). Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa kahdella tavalla: aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti (Elo ja muut, 2022, s. 218). Lisäksi käytössä on teoriaohjaava eli abduktiivinen lähestymistapa, jossa analyysi lähtee liikkeelle aineiston ehdoilla, mutta aineiston ilmaisut liitetään lopuksi osaksi valmista teoreettista viitekehystä. Tämä mahdollistaa sen, että aineiston havaintoja voidaan tarkastella sekä käytännön että teoreettisen näkökulman kautta (Elo ja muut, 2022, s.218; Schreier, 2024). Bowen (2009, s. 32–33) jatkaa, että temaattisessa analyysissä keskitytään aineistossa esiintyvien toistuvien merkitysten ja rakenteiden havaitsemiseen, joiden pohjalta muodostuvat analyysin teemat. Tämä edellyttää aineiston jatkuvaa uudelleenlukemista ja entistä kohdennetumpaa tarkastelua. Tutkija perehtyy aineistoon syvällisesti ja hyödyntää koodausta ja luokittelua aineiston ominaisuuksien perusteella ilmiöön liittyvien teemojen tunnistamiseksi. Analyysin onnistuminen edellyttää, että tutkija käsittelee aineiston tasapuolisesti ja kykenee tulkitsemaan myös aineiston piileviä merkityksiä (Bowen, 2009, s. 32–33; Bohnsack, 2014, s.218). Bowen (2009, s. 34) kiteyttääkin dokumenttianalyysin prosessin siten, että siinä asiakirjoja arvioidaan järjestelmällisesti, mikä tuottaa empiiristä tietoa ja edistää ilmiön ymmärtämistä.

Dalglisch ja muut (2020) kertovat dokumenttianalyysin olevan yksi terveystieteiden tutkimuksessa yleisimmin käytetyistä menetelmistä. Siitä huolimatta monessa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa asiakirjat jäävät usein vähemmälle huomiolle, ja tutkimuksessa painotetaan sen sijaan suullista aineistoa, kuten haastatteluja. Dokumentit ymmärretään Priorin (2002) mukaan fyysisiksi tai digitaalisiksi aineistoiksi, jotka niiden laatijat ovat tuottaneet tiettyjä käyttäjiä ja käyttötarkoituksia varten tietyssä kontekstissa. Dokumentteja ei tule tarkastella erillisinä tai neutraaleina objekteina, vaan osana sosiaalista ja institutionaalista kokonaisuutta, jossa ne syntyvät, leviävät ja saavat merkityksensä (Dalglisch ja muut, 2020). Tutkimuksessa dokumentit voidaan jakaa kolmeen ryhmään: julkisiin asiakirjoihin, joita tuottaa julkinen sektori, yksityisiin asiakirjoihin, joita tuottavat

yritykset ja kansalaisyhteiskunta, sekä henkilökohtaisiin asiakirjoihin, jotka yksilöt laativat omaan käyttöönsä, eikä ne ole yleensä tarkoitettu julkiseen jakoon (Mogalakwe, 2009). Tutkijan tehtäväksi jää arvioida, kuinka hyvin asiakirjat sopivat vastaamaan tutkimusongelmaan sekä varmistaa, että niiden sisältö on linjassa tutkimuksen käsitteellisen viitekehyksen kanssa (Bowen, 2009, s.33).

Bowen (2009, s. 31) tuo esiin dokumenttianalyysiin liittyviä etuja sekä haasteita. Sen kuvataan olevan ajankäytöltään tehokas tutkimusmenetelmä, sillä se perustuu valmiin aineiston tarkasteluun. Merriam (1988) on todennut, että asiakirjat ovat usein helposti saatavilla, eivätkä ne muutu tutkijan läsnäolon seurauksena, mikä mahdollistaa aineiston toistettavat ja vertailtavat tarkastelut. Lisäksi Yin (1994) on vahvistanut asiakirjojen tarjoavan yksityiskohtaista ja laajasti kattavaa tietoa, joka voi ulottua pitkälle ajanjaksolle ja useisiin toimintaympäristöihin. Tutkimusmenetelmän heikkouksina nähdään esimerkiksi se, että asiakirjat on usein tuotettu muuhun tarkoitukseen kuin tutkimukseen, eivätkä ne aina sisällä tarpeeksi yksityiskohtia (Bowen, 2009, s. 31). Lisäksi kaikkia asiakirjoja ei ole helposti saatavilla ja valikoivuuden vinouma voi vaikuttaa niiden sisältöön. Saatavilla olevat asiakirjat voivat heijastaa esimerkiksi johdon tavoitteita, mutta myös tietyn yksikön painotuksia (Yin, 1994, s. 80). On siis mahdollista, että aineisto kuvaa ilmiötä vain valikoituneiden asiakirjojen näkökulmasta, eikä sellaisena kuin se todellisuudessa esiintyy.

Tässä tutkielmassa dokumenttianalyysi on tarkoituksenmukainen tutkimusmenetelmä, koska tutkimusongelma kohdistuu käsitteellisiin määritelmiin, periaatteisiin sekä organisaatorisiin ja hallinnollisiin ratkaisuihin, joita on kuvattu Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjassa. Kemp ja muut (2024) osoittivat MECC-tutkimuksessa, että dokumenttianalyysi tarjoaa käyttökelpoisen ja systemaattisen tavan arvioida sekä suunnittelun että koulutuksen implementointifideliteettiä mielenterveysympäristössä, ja että fideliteetin toteutumiseen vaikuttavat tekijät voivat ilmetä sekä ohjeistuksessa että käytännön toteutuksessa. Tutkimuksessa dokumenttianalyysiä hyödynnettiin fideliteetin tarkastelussa, mikä tukee käsitystä menetelmän käyttökelpoisuudesta kirjalliseen aineistoon

perustuvassa implementointitutkimuksessa (Kemp ja muut, 2024). Carrollin ja muiden (2007) kehittämä käsitteellinen viitekehys on osoittautunut toimivaksi erityisesti kompleksisten sosiaali- ja terveydenhuollon interventioiden arvioinnissa implementointitutkimuksessa. Esimerkiksi Hasson (2010) sovelsi Carrollin ja muiden mallia tutkiessaan kolmen laaja-alaisen terveystalvointervention implementointia. Hänen tutkimuksensa tavoitteena oli arvioida kompleksisten interventioiden fideliteettiä eli sitä, kuinka uskollisesti interventiot toteutettiin alkuperäiseen suunnitelmaan nähden, sekä tunnistaa tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa fideliteetin toteutumiseen. Hasson hyödynsi analyysin jäsentämisessä Carrollin ja muiden mallin keskeisiä osa-alueita ja osoitti samalla, että viitekehystä voidaan joustavasti muokata ja täydentää.

Carrollin ja muiden viitekehystä on siis käytetty laajalti interventioiden uskollisuuden tutkimuksessa, ja se tarjoaa tavan tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttavat fideliteetin toteutumiseen. Koska tutkimuskysymykset kohdistuvat siihen, mitä fideliteetillä tarkoitetaan ja miten Terapiat etulinjaan -toimintamallissa menetelmäuskollisuutta tuetaan organisatorisin ja hallinnollisin keinoin, dokumenttianalyysi on luonteva tutkimusote. Käsikirjassa kuvatut rakenteet, ohjaukset ja käytännöt voidaan analysoida viitekehysten ulottuvuuksien avulla, mikä mahdollistaa systemaattisen tarkastelun ilman, että analyysi olisi riippuvainen yksittäisten toimijoiden tulkinnoista. Dokumenttianalyysi on myös kustannustehokas menetelmä, sillä aineisto on olemassa tutkimuksesta riippumatta eikä tutkimusprosessi vaikuta sen sisältöön. Tämä lisää analyysin läpinäkyvyyttä ja toistettavuutta. Menetelmä mahdollistaa lisäksi sen, että tutkimus tuottaa tietoa, joka on suoraan hyödynnettävissä toimintamallin arvioinnissa, kehittämisessä ja jatkotutkimuksessa.

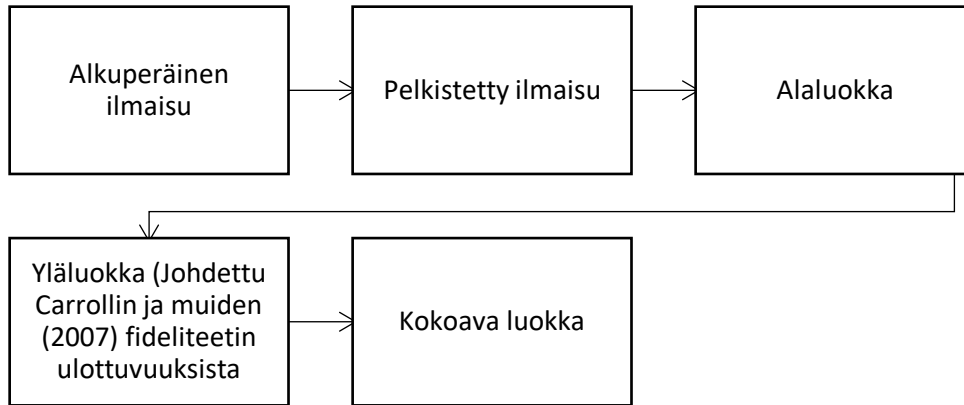
Laadullisessa tutkimuksessa korostuu luotettavien aineistonkeruumenetelmien käyttö sekä tutkimusprosessin huolellinen dokumentointi (Bowen, 2009, s. 29). Tutkimusraportissa tulee siksi esittää yksityiskohtaisesti, miten tutkimus on suunniteltu ja toteutettu, ja seuraavaksi käydään läpi analyysivaihetta. Aineiston analyysi perustuu niihin kuvion 3 osiin, jotka olivat tutkimuksen kannalta olennaisia.

Tässä tutkielmassa hyödynnetään Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 91-93) kuvaamaa laadullisen sisällönanalyysin rakennetta soveltaen sitä tämän tutkimuksen kontekstiin. Aineiston järjestelyssä on hyödynnetty myös teemoittelua. Aineistoa teemoiteltiin Carrollin ja muiden (2007) fideliteetin viitekehyksen mukaisesti, jolloin analyysi kiinnittyi valmiisiin teoreettisiin käsitteisiin.

Tutkielman analyysivaihe eteni Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjan huolellisen lukemisen ja systemaattisen tarkastelun kautta. Aineistoon perehdyttiin useaan kertaan, ja analyysi eteni vaiheittain siten, että tekstistä tunnistettiin ja värikoodattiin hankkeen toteutukseen, ohjeistuksiin ja rakenteisiin liittyviä keskeisiä sisältöjä. Perehtymisen jälkeen aineistosta poimittiin keskeiset sisällöt pelkistetyssä muodossa, minkä jälkeen tutkielman kannalta epäolennainen tieto karsittiin pois (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 122–123). Tämän jälkeen tekstistä muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Redusoinnin, eli pelkistämisen jälkeen aineisto eteni klusterointivaiheeseen, jossa olennaista on analysoida ja ryhmitellä pelkistettyjä lauseita niiden keskinäisten samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien perusteella (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 123). Samaa tarkoittavia sisältöjä käytettiin alakategorioiden muodostamiseen. Alakategoriat kuvasivat konkreettisia keinoja ja rakenteita, joiden avulla hankkeessa tuetaan fideliteetin toteutumista. Lopuksi alakategoriat jäsennettiin yläkategorioiksi teoriaohjaavasti hyödyntäen Carrollin ja muiden (2007) fideliteetin viitekehystä. Yläkategorioita muodostui viisi kappaletta, jotka olivat intervention noudattaminen, toteutuksen laatu, ohjelman erottuvuus, kompleksisuus sekä fasilitointistrategiat.

Tuloksia esiteltäessä on hyödynnetty suoria lainauksia käsikirjasta, jotta lukija näkee, mistä johtopäätökset nousevat. Tällaiset esimerkit auttavat lukijaa ymmärtämään mistä johtopäätökset on tehty ja vahvistavat analyysin luotettavuutta sekä tutkijan tulkintojen uskottavuutta (Elo ja muut, 2022, s. 223). Kaiken kaikkiaan tutkielman analyysin tavoitteena on tunnistaa aineistosta toistuvia painotuksia ja merkityksellisiä kokonaisuuksia sekä tarkastella, miten ne kytkeytyvät implementaation keskeisiin ulottuvuuksiin.

Menettely on linjassa teoriaohjaavan sisällönanalyysin periaatteiden kanssa, joissa teoria ohjaa analyysiä, mutta ei määritä sen sisältöä.



Kuvio 4. Esimerkki pelkistämisestä.

Analyysin aikana havaittiin aineistosta kohtia, jotka olisivat voineet liittyä useampaan Carrollin viitekehysten yläkategoriaan. Näissä tapauksissa havainto on kuitenkin sijoitettu siihen ryhmään, johon alkuperäisen ilmaisun merkitys ensisijaisesti kohdistuu. Tulosten raportoinnissa esitetään ensin yläkategoriat, jotka toimivat raportin alaotsikkoina. Tarvittaessa käsikirjasta esitetään konkreettisia lainauksia, jolloin lukijalle välittyy sekä analyysin eteneminen että se, miten alkuperäisaineiston yksityiskohtaiset havainnot liittyvät laajempaan kokonaisuuteen.

5 Tulokset

Tämän tutkielman tutkimuskysymyksiä ovat: Mitä tarkoitetaan fideliteetillä eli uskollisuuden säilyttämisellä? Millä tavoin Terapiat etulinjaan -toimintamallissa pyritään tukemaan fideliteetin toteutumista organisatorisin ja hallinnollisin keinoin? Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen saadaan vastaus tutkielman teoreettisessa viitekehyksessä. Se liittyy keskeisesti tutkielman pääkäsitteeseen, ja sen tarkastelu on perusteltua, koska termi ei ole yleisesti laajasti tunnettu. Toiseen tutkimuskysymykseen vastataan tutkimuksessa toteutetun dokumenttianalyysin pohjalta ja seuraavaksi esitellään sen tuloksia.

5.1 Fasilitointistrategiat

Fasilitointistrategioilla tarkoitetaan Carrolin ja muiden (2007, s. 6) mukaan erilaisia keinoja ja käytäntöjä, joiden avulla voidaan tukea interventioiden toteutusta. Tällöin interventio voidaan toteuttaa mahdollisimman yhtenäisesti ja tehokkaasti. Tuloksissa fasilitointistrategioiksi määriteltiin yhteiskehittäminen, tiedolla johtaminen ja vaikuttavuusperusteisuus, koulutus ja osaamisen vahvistaminen sekä vastuunjako ja roolit. Seuraavaksi käydään näitä läpi tarkemmin.

5.1.1 Yhteiskehittäminen

Yhteiskehittäminen nähtiin keskeisenä osana fasilitointistrategioita, jotka tukevat interventiota ja fideliteetin toteutumista. Käsikirjan mukaan yhteisten toimintamallien, hoitoketjujen, digipalveluiden ja koulutusten kehittäminen yhdessä eri toimijoiden kanssa mahdollistaa järjestelmän tehokkaamman kehittämisen kuin yksittäisten hyvinvointialueiden toimiessa erikseen. Lisäksi yhteiskehittäminen edistää resurssien säästöä sekä tukee palveluiden yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoisuutta, mikä vahvistaa intervention onnistumisen edellytyksiä laajemmin koko kohderyhmässä. Yhteiskehittämisen painottamista havainnollistetaan alla suurin lainauksin:

Pienessä maassa laadukkaiden digitaalisten mielenterveyspalveluiden kehittäminen on käytännössä kustannustehokasta vain kansallisen yhteistyön turvin (Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2025, s. 2).

Mielenterveyden häiriöistä on tullut Suomen keskeinen kansanterveysongelma ja kriisi, joka on ratkaistavissa vain kansallisella yhteistyöllä ((Terapiat etulinjaan -käsikirja, 2025, s. 14).

Terapiat etulinjaan -toimintamallin toteutusta tukevat kansallinen ja YTA-kohtaisten osaamiskeskusten verkosto, joka voidaan myös luokitella fasilitointistrategiaksi. Verkoston tehtävänä on edistää vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien ja digitaalisten mielenterveyspalveluiden saatavuutta valtakunnallisesti, mikä mahdollistaa interventioiden yhdenmukaisen toteuttamisen eri hyvinvointialueilla (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 19). Toimintamallin levittämisestä vastaavien niin sanottujen koordinaatiohankkeiden aikana YTA-kohtaisten hankepäälliköiden rooli oli merkittävä. He johtivat oman yhteistyöalueensa hanketta ja toimivat linkkinä kansallisen kehittämisen ja alueellisen toteutuksen välillä. Tämän rakenteen kautta varmistettiin, että keskeiset ohjeistukset ja toimintamallit leviävät koko verkostoon, minkä voidaan katsoa vahvistavan interventioiden menetelmäuskollisuutta.

Terapiat etulinjaan -toimintamallin fasilitointi perustuu selkeään työnjakoon kansallisen hanketoimiston ja hyvinvointialueiden toimijoiden välillä. Nykyisin kansallisiin yhteistyörakenteisiin kuuluvat muun muassa terapiat etulinjaan -hanketoimisto, hyvinvointialueiden terapia- ja interventiokoordinaattoriverkostot sekä kansallisen mielenterveys- ja päihdepalveluiden johdon verkosto. Nämä rakenteet toimivat fasilitoinnin tukena, sillä ne mahdollistavat yhteisen suunnittelun, tiedon jakamisen ja alueiden välisten käytäntöjen yhdenmukaistamisen, mikä puolestaan vahvistaa interventioiden uskollista toteutusta ja vaikuttavuutta.

Huomioitavaa on kuitenkin se, että asiakkaan roolia ei kuvata osaksi yhteiskehittämisen prosessia tai myöhemmin luvussa 5.3.1 tulevaa toimintamallin käyttöönoton kuvausta. Vaikka toimintamallissa hyödynnetään ja korostetaan eri tavalla tapahtuvaa yhteiskehittämistä, ei asiakkaan näkökulmaa tai osallistumista ole selkeästi integroitu osaksi hanketta. Tätä seikkaa voidaan pitää heikkoutena, sillä käyttäjälähtöisyyttä sekä palveluiden kohdentamista asiakasnäkökulman pohjalta on sosiaali- ja terveydenhuollossa pyritty korostamaan. Asiakkaiden puuttuminen yhteiskehittämisestä voi rajoittaa sen ymmärrystä, miten interventio toimii käytännössä. Käsikirjassa huomioitiin kuitenkin osallistujia korostamalla asiakkaan aktiivista roolia ja vapaaehtoisuutta interventioiden toteutuksessa (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 44), minkä voidaan ajatella tukevan myös fideliteettiä.

5.1.2 Tiedolla johtaminen ja vaikuttavuusperusteisuus

Fasilitointistrategioiden näkökulmasta tiedolla johtaminen ja vaikuttavuusperusteisuus muodostavat toteutusta tukevan rakenteen. Toisaalta voidaan todeta, että fasilitointistrategioiden tuottamaa tietoa intervention toteutuksesta voidaan hyödyntää tiedolla johtamisessa. Tässä tutkielmassa vaikuttavuus ei viittaa intervention lopputulosten arviointiin, vaan siihen, miten vaikuttavuustietoa kerätään ja hyödynnetään intervention toteutuksen ohjaamisessa. Terapiat etulinjaan -hankkeessa kerättyä tietoa voidaan hyödyntää myös intervention toteutusvaiheessa sekä laadunvarmistuksessa. Näin Carrollin ja muiden (2007) kehys yhdistää fideliteetin arvioinnin ja vaikuttavuustiedon käytön, vaikka vaikuttavuus itsessään ei ole keskeinen käsiteltävä tema.

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa resursseja pyritään suuntaamaan yhdenvertaisesti, kestäväällä ja läpinäkyvällä tavalla siten, että palvelut tuottavat mahdollisimman paljon hyötyä ja arvoa apua hakeville:

*Ilman vaikuttavuustietoa ei voida tietää, tuottavatko palvelut arvoa asiak-
kaille ja potilaille (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 16)*

Käsikirjassa vaikuttavuudella viitataan ensisijaisesti arkivaikuttavuuteen, eli arjen toimintaympäristössä saavutettavaan hyötyyn ja siihen, millaista arvoa interventiolla päivittäisessä työssä havaitaan olevan (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 36).

Carrollin ja muiden (2007) esittämien osa-alueiden väliset yhteydet ja vuorovaikutukset muodostavat kokonaisuuden, jonka onnistuminen edellyttää seurantaan. Terapiat etulinjaa -hankkeessa vaikuttavuudesta kerätään tietoa nimenomaan arkivaikuttavuuden näkökulmasta, jolloin tarkastelun kohteena ovat käytännön työssä syntyvät muutokset, palveluiden toimivuus ja niiden tuottama hyöty todellisissa olosuhteissa. Arkivaikuttavuudesta saatu tieto toimii palveluiden arvioinnin ja kehittämisen lähtökohtana. Vertaiskehittäminen (benchmarking) ja yhtenäisten mittareiden sekä indikaattorien käyttö palveluissa nähdään keskeisenä arkivaikuttavuuden kehittäjänä (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 37). Vertaiskehittäminen tarkoittaa eri alueiden palveluista vastaavien toimijoiden systemaattista vertailua, jossa tarkastellaan esimerkiksi asiakkaiden alkutilanteita, toteutettuja interventioita ja saavutettuja tuloksia parhaiden käytäntöjen tunnistamiseksi.

Käsikirjan perusteella vaikuttavuustiedon kerääminen ja hyödyntäminen näyttäytyy laajempänä toimintakulttuurin muutoksena, jossa palveluiden tuloksellisuus ja tuotettu hyöty asetetaan keskeiseksi päätöksentekoa ja kehittämistä ohjaavaksi lähtökohdaksi. Tämä näkyy alla olevasta lainauksesta:

Vaikuttavuustiedon keräämisessä ja hyödyntämisessä on kyse myös kulttuurimuutoksesta, jossa palveluiden vaikuttavuus nostetaan tärkeäksi toimintaa ohjaavaksi arvoksi (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 36).

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa kerättyä kansallista tietoa voidaan parhaimmillaan hyödyntää alueellisessa seurannassa ja päätöksenteossa. Vaikuttavuustiedon systemaattinen kerääminen mahdollistaa palveluiden arvon arvioinnin, kehitettyjen toimintatapojen juurruttamisen sekä jatkuvan kehittämisen. Tiedon hyödyntäminen edellyttää

kuitenkin yhteisesti sovittuja mittareita ja indikaattoreita, kansallista yhteistyötä sekä organisaation eri tasojen sitoutumista, sillä vaikuttavuustieto palvelee niin kliinistä päätöksentekoa kuin strategista johtamista. Ilman yhtenäisiä mittareita eri hyvinvointialueiden toimintaa ei voida vertailla eikä oppiminen ole mahdollista. Mittarit perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin, ja niillä seurataan esimerkiksi potilaan saamien palveluiden riittävyttä ja potilaan yhteydenoton jälkeistä viivettä hoidon tarpeen arviointiin. Ammattilaiset käyttävät näitä yhteisiä mittareita osana omaa työtään, mikä mahdollistaa jäsenellisen tiedon keräämisen ja hyödyntämisen arkivaikuttavuuden arvioinnissa sekä palveluiden jatkuvassa kehittämisessä.

Kuten edellä todettiin, vaikuttavuustiedolla on keskeinen rooli organisaation eri tasojen toiminnan ohjaamisessa. Ammattilaisten työssä se mahdollistaa systemaattisen palautteen hyödyntämisen siten, että interventioiden toteutusta voidaan tarkentaa ja niiden riittävyttä arvioida saavutettujen muutosten perusteella. Esihenkilöt voivat käyttää kertyvää tietoa arjen johtamisen tukena, esimerkiksi palveluiden porrastuksen, resurssien suuntaamisen ja henkilöstön osaamisen kehittämisen välineenä. Strategisella tasolla johto puolestaan hyödyntää vaikuttavuustietoa päätöksenteossa ja pitkän aikavälin kehittämistyön suunnannäyttäjänä. Kansallista yhteistyötä ja arkivaikuttavuuden kehittämistä tukee myös hankkeen koordinoima kansallinen verkosto.

Kun tieto on käytettävissä sekä kansallisella että alueellisella tasolla, se vahvistaa yhteistä suuntaa ja vähentää hajanaista toteutusta. Tällä tavoin tiedolla johtaminen toimii fasilitointikeinona eikä ainoastaan mittaa toimintaa, vaan ohjaa sitä aktiivisesti ja tukee fideeliteetin säilymistä eri toimintaympäristöissä.

5.1.3 Koulutus ja osaamisen vahvistaminen

Carrollin ja muiden (2007, s. 6) mukaan koulutuksella pyritään tukemaan fideeliteettiä. Koulutuksen ja osaamisen vahvistamisen tavoitteena on varmistaa, että ammattilaiset hallitsevat menetelmät oikein ja pystyvät soveltamaan niitä suunnitellulla tavalla. Tämä

on keskeistä, sillä fideliteetin mittaaminen arvioi juuri sitä, miten tarkasti ja uskollisesti menetelmää toteutetaan koulutuksessa opitun mukaisesti. Vaikka tässä tutkielmassa ei tarkastella fideliteetin toteutumista käytännössä, voidaan todeta, että mitä paremmin ammattilaisten osaamista on vahvistettu koulutuksen ja mentoroinnin avulla, sitä luotetavammin voidaan arvioida menetelmän toteutuksen laatua ja vaikuttavuutta käytännön työssä. Carrollin ja muiden (2007) mukaan koulutus on osa laajempaa fasilitointistrategiaa, jossa myös seuranta ja palaute tukevat interventiota toteutettavan uskollisuuden varmistamisessa.

Käsikirjan mukaan hankkeen toteutusta ja siihen kuuluvia elementtejä toteutetaan rakenteellisesti kouluttamalla henkilöstöä (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 29–32). Kansallinen, HUS:n ylläpitämä koulutusalue tukee hyvinvointialueita näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönotossa ja osaamisen ylläpidossa digitaalisin ja monimuotoisin koulutuksin. Terapiat etulinjaan -hankkeen sisällä koulutetaan ammattilaisia verkossa, jotta he ymmärtävät hankkeen keskeiset sisällöt ja jotta he voivat toteuttaa porrasteiseen hoitomalliin kuuluvia hoitoja, esimerkiksi ohjattua omahoitoa. Koulutukseen sisältyy erillinen koulutusportfolio, joka sisältää parhaiten tutkittuja ja vaikuttavia hoitomuotoja. Verkko-opinnot toteutetaan Mielenterveystalo.fi-alustalla, ja koulutukseen sisältyy usein menetelmäohjausta.

Koulutusinterventiot toteutetaan osana ammattilaisten päivittäistä työtä, ja potilaiden osallistuminen järjestetään kunkin alueen sovittujen käytäntöjen mukaisesti (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 29–32). Koulutuksessa on määritelty sekä tarvittavien läpivietyjen interventioiden määrä että potilastyötuntien kokonaismäärä. Ammattilaisten työote nähdään palautetietoisena, mikä tarkoittaa hoidon jatkuvaa ja systemaattista seuranta: ammattilainen kerää jatkuvasti palautetta potilaan oireiden muutoksista sekä siitä, miten potilas kokee hoidon etenemisen. Saatu tieto kuvaa hoidon vaikuttavuutta ja etenemistä, ja sitä käytetään ohjaamaan sekä käynnissä olevaa hoitoa että tulevien hoitajaksojen suunnittelua.

Digitaalinen koulutusalue toimii organisatorisena keinona tukea interventioiden yhdenmukaista toteuttamista. Se varmistaa, että kaikki koulutettavat saavat sisällöltään samanlaisen koulutuksen riippumatta siitä missä he työskentelevät. Lisäksi alustan käyttö mahdollistaa sen, että ammattilaiset voivat palata koulutusmateriaaleihin myöhemmin, kerrata keskeisiä sisältöjä sekä ylläpitää osaamistaan myös koulutuksen päättymisen jälkeen. Tämä voi osaltaan auttaa säilyttämään menetelmien keskeiset periaatteet ja vähentää riskiä siitä, että opittu tieto ajan myötä unohtuisi. Toimintamallin käsikirjassa digitaalisen oppimisympäristön nähdään mahdollistavan koulutuksen joustavan toteuttamisen osana ammattilaisten arkea (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 30). Koulutusten ajatellaan voivan mukautua kiireiseen työympäristöön, sillä opiskelu voi rakentua lyhyistä, itsenäisesti suoritettavista kokonaisuuksista, jotka voidaan suorittaa työpäivien lomassa ilman erillisiä pitkiä koulutuspäiviä. Näiden huomioiden voidaan ajatella tukevan interventioiden toteuttamisen laatua, ja jatkuva pääsy materiaaleihin auttaa säilyttämään menetelmien keskeiset periaatteet ja vähentää riskiä siitä, että opittu tieto ajan myötä unohtuisi. Esimerkkinä koulutuksen rakenteesta kognitiivisen lyhytterapian vuoden mittainen koulutus yhdistää verkko-opintoja ja käytännön harjoittelua (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 64). Koulutukseen sisältyy noin 30 tuntia menetelmäohjausta sekä 70 tuntia koulutushoitosten toteuttamista.

Koulutuksessa olevia mentoroijia menetelmäohjaajia, jonka rooli on tukea ja opettaa koulutettavia menetelmän käytössä (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 32–33). Menetelmäohjaus siis tukee koulutettavia kehittämään keskeisiä taitoja ja käyttämään menetelmiä onnistuneesti omassa työssään. Myös koulutuksen jälkeen ammattilaisia tuetaan mentoroinnilla, joka vahvistaa osaamisen kehittymistä arjessa ja varmistaa menetelmien laadukkaan ja vaikuttavan käytön. Mentoroinnin kuvataan tukevan sekä yksittäisen työntekijän taitojen kehittämistä että alueellista hoitomallin juurtumista ja edistää toimijoiden välistä yhteistyötä (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 33).

On tärkeää, että haasteiden ilmetessä mentori kykenee toimimaan yhdistävänä tahona palvelujärjestelmän eri tasojen välillä (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 32–33). Koska hän työskentelee lähellä asiakastyötä tekeviä ammattilaisia ja tuntee arjen työskentelyolosuhteet, hän pystyy välittämään tietoa ja kehittämistarpeita eteenpäin myös esihenkilöille ja palvelujohdolle. Tämä voi helpottaa käytännön ongelmien ratkaisemista ja tukea kehittämistoimien toteutumista.

Menetelmäohjauksen ohella toimintamallin käyttöönottoa ja vakiinnuttamista tuetaan hyvinvointialueilla erillisen koordinaatiotehtävän kautta (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 40–41). Hankkeen tuomien muutosten käyttöönotto ja juurruttaminen osaksi arkea edellyttää toiminnan koordinoitua sekä eri palvelualueiden välistä yhteistyötä. Käsikirjassa korostetaan koordinaatiotoiminnan merkitystä mallin jatkuvuuden kannalta:

Ensisijainen keino ylläpitää ja jatkokehittää porrastettua hoitomallia on terapiakoordinaattoritoiminnan jatkuvuuden turvaaminen hyvinvointialueilla (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 45)

Tätä tehtävää edistää terapiakoordinaattori, jonka tehtäviin kuuluu toimintamallin kehittämisen tukeminen, eri toimijoiden välisen yhteistyön edistäminen sekä uusien menetelmien käyttöönoton ohjaaminen (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 40–41). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että terapiakoordinaattori omalla hyvinvointialueellaan auttaa työntekijöitä menetelmien käytössä ja toimii niin työntekijöiden kuin esihenkilöiden tukena. Koordinaattorin tehtäviin sisältyy koulutuksiin ja osaamisen kehittämiseen liittyviä vastuita. Hän voi vastata esimerkiksi terapianavigaattoriin, ensijäsennykseen ja ohjattuun omahoitoon liittyvien koulutusten toteuttamisesta tai tarjota menetelmäohjausta lyhytterapiakoulutusten aikana. Tehtävässä korostuu myös tiedolla johtamisen näkökulma, sillä terapiakoordinaattori edistää hoitojen vaikuttavuuteen liittyvän tiedon keräämistä ja hyödyntämistä tehden esimerkiksi erillisseurantaa omalta hyvinvointialueeltaan. Lisäksi koordinaattorit ovat mukana kansallisissa verkostoissa, joissa

toimintamallia kehitetään yhteiskehittämisen periaatteella eri hyvinvointialueiden toimijoiden kesken.

Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja tunnistaa menetelmäohjauksen terapiakoordinaattoreiden työn lisäksi myös esihenkilöiden panoksen toimintamallin jalkauttamisessa. Käsikirjan (2025, s. 112) mukaan ylimmän johdon tehtävä on konkretisoida selkeä tahtotila mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi ja sitoutua muutostyön tavoitteisiin. Lähijohtajien roolin kuvataan vaikuttavan merkittävästi siihen, miten uudet toimintatavat otetaan käyttöön ja juurtuvat käytäntöön. Käyttöönoton onnistuminen edellyttää, että esihenkilö- ja palvelupäällikkötasolta tarjotaan jatkuvaa arjen johtamista ja konkreettista käytännön tukea, mikä on nostettu toimintamallin käyttöönottoa käsittelevissä ohjeissa keskeiseksi tekijäksi (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 112). Esihenkilöille on tarjolla myös erillinen valmennus (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 42), jossa perehdytään porrasteiseen hoitomalliin ja käsitellään esimerkiksi työntekijöiden ohjaamista muutostilanteissa ja keskeisiin riskeihin varautumista. Lisäksi esihenkilöiden tueksi on perustettu kansallinen verkosto, joka mahdollistaa kokemusten ja havaintojen jakamisen parhaista käytännöistä sekä haasteista.

Tulosten perusteella koulutus ja osaamisen vahvistaminen nousevat keskeisimmäksi keinoksi Terapiat etulinjaan -toimintamallissa, kun pyritään tukemaan fideliteetin toteutumista organisatorisin ja hallinnollisin keinoin. Tämä havainto on linjassa Carrollin ja muiden (2007) esittämän näkemyksen kanssa, jonka mukaan koulutuksen ja tuen avulla voidaan lisätä interventioiden uskollisuutta. Koulutuksen ja mentoroinnin avulla varmistetaan, että ammattilaiset hallitsevat menetelmät oikein ja pystyvät soveltamaan niitä suunnitellulla tavalla, mikä muodostaa perustan menetelmien laadukkaalle ja vaikuttavalle toteutukselle. Lisäksi esihenkilöiden, ammattilaisten ja hyvinvointialueiden sitoutuminen muutokseen tukee koulutuksessa opittujen käytäntöjen juurtumista ja vahvistaa fideliteettiä käytännön työssä.

5.1.4 Vastuunjako ja roolit

Kuten luvussa 5.1.1 Yhteiskehittäminen todettiin, selkeä vastuunjako on keskeinen organisatorinen keino tukea implementaation fideliteettiä. Tulosten perusteella voidaan esittää, että erityisesti laajoissa palvelujärjestelmäinterventioissa fideliteetti ei rakennu pelkästään intervention sisällöllisten elementtien kautta, vaan keskeistä on myös miten toimijat osallistetaan, ja miten vastuut organisoidaan. Carrollin ja muiden (2007) viitekehysten näkökulmasta osallistaminen voidaan tulkita fasilitointistrategiaksi, eli yhdeksi niistä keinoista, joiden avulla intervention toteutusta pyritään tukemaan. Aineiston mukaan ammattilaisten mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja kehittämistyöhön nähdään tärkeänä osana muutostyötä, sillä osallistamisen voidaan nähdä vahvistavan sitoutumista ja motivaatiota, mikä voi heijastua toiminnan laatuun ja tuloksellisuuteen (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 112). Toimintamallissa ei keskitytä pelkästään ammattilaisten osallistamiseen, vaan toimintamalliin sisältyy myös asiakkaiden eli kansalaisten roolin vahvistaminen. Käsikirjassa (2025, s. 12) todetaan, että kansalaisille tulee tarjota työkaluja, jotka edistävät heidän osallisuuttaan. Näin toimintamalliin kuuluu pyrkimys lisätä yksilöiden tietoisuutta omasta tilanteestaan ja hoitovaihtoehtoihin, mikä voi osaltaan vaikuttaa siihen, miten he sitoutuvat hoitoihin.

Tätä tavoitetta edistää erityisesti Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelu, joka tarjoaa kaikille avoimia ohjattuja omahoito-ohjelmia, tietoa ja itsearviointimateriaaleja mielenterveyden tueksi (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 24–25). Palvelun käyttö ei edellytä virallista asiakkuutta terveydenhuoltoon, mikä mahdollistaa sen, että kansalaiset voivat osallistua omaan hoitoonsa ja saada tukea mielenterveyshaasteisiin omien tarpeidensa mukaan. Myös terapianavigaattorin käyttö mahdollistaa asiakkaan osallistumisen omaa hoitopolkua koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 26–28).

5.2 Intervention noudattaminen

Tarkastellussa terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjassa määritellään selkeästi toimintamallin ideologiaa ja tavoitteita. Yhtenäinen perusrakenne muodostaa keskeisen perustan palveluprosessien sekä niitä tukevien rakenteiden valtakunnalliselle kehittämiselle ja yhteistyölle. YTA-tasoiseen kehittämiseen kannustetaan myös valtakunnallisen ohjauksen kautta (Terapiat etulinjaan – toimintamallin käsikirja, 2025, s. 43). Esimerkiksi keskittämisasiasetus sekä YTA-sopimusasetus ohjaavat hyvinvointialueita kehittämään psykososiaalisia hoitoja yhteiseen suuntaan yhteistyöalueen tasolla. Nämä luovat edellytykset hankkeen toteuttamiselle eri hyvinvointialueilla tukien samalla hoitomenetelmien laadukasta käyttöönottoa.

Carrollin ja muiden (2007) implementaation fideliteettimallin mukaan intervention noudattaminen tarkoittaa sitä, missä määrin interventio toteutuu suunniteltujen ohjeiden ja tavoitteiden mukaisesti. Tämä ulottuvuus jakautuu neljään kategoriaan: sisältöön, toistuvuuteen, kestoon ja kattavuuteen. Intervention noudattaminen ymmärretään tässä tutkielmassa toimintamallin organisatorisena ja rakenteellisena tukena, eli tarkastellaan, millä tavoilla Terapiat etulinjaan -hanke pyrkii varmistamaan, että interventiot toteutuvat suunnitellun sisällön, keston, toistuvuuden ja kattavuuden mukaisesti koko organisaation tasolla. Vaikka kaikkia interventioiden osia ei toteutettaisi täydellisesti, mallin keskeiset, ”olennaiset” komponentit muodostavat sen ytimen, jonka toteutuminen on ratkaisevaa vaikuttavuuden kannalta (Carroll ja muut, 2007, s. 5).

Hankkeen kesto ja toistuvuus voidaan ymmärtää toimintamallin pysyvinä rakenteina. Kyse ei ole kertaluonteisesta hankkeesta, vaan jatkuvasta koulutus- ja kehittämisjärjestelmästä, joka tähtää palvelujärjestelmän pysyvään muutokseen. Terapiat etulinjaan -toimintamalli on ikään kuin rakennettu ratkaisemaan tiettyjä palvelujärjestelmän ongelmia, kuten hoitoon pääsemisen hitautta ja mielenterveyspalveluiden hajanaisuutta. Kattavuus puolestaan liittyy siihen, että toimintamalli ulottuu useille hyvinvointialueille ja kattaa eri ikäryhmät sekä palvelutasot matalan kynnyksen tuesta erikoissairaanhoidon. Organisatorisesti määritelty yhteinen perusrakenne, eli sisältö tukee sitä, että mallin

keskeiset elementit sisältyvät alueellisiin palvelujärjestelmiin. Voidaan siis todeta, että selkeästi jäsenelty palvelujärjestelmä tukee ammattilaisten mahdollisuuksia kohdentaa hoitointerventioita tarkoituksenmukaisesti oikeaan kontekstiin ja asiakasryhmiin, mikä auttaa ylläpitämään intervention kattavuutta ja toistuvuutta suunnitellulla tavalla. Tämä ohjaus itsessään vahvistaa fideliteetin toteutumista.

Intervention sisältö voidaan ymmärtää sen “aktiivisina ainesosina”, eli hoitoina, menetelminä, taitoina tai tietona, joita interventio pyrkii välittämään osallistujilleen (Carroll ja muut, 2007, s. 4). Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjassa ei kuitenkaan erotella intervention ydinkomponentteja, mutta seuraavissa alakappaleissa tarkastellaan Terapiat etulinjaan -hankkeen sisältöä tarkemmin. Tarkastelun kohteena on porrasteinen hoitomalli ja digitaaliset ratkaisut.

5.2.1 Porrasteinen hoitomalli

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa fideliteettiä tuetaan rakenteellisella hoidon porrastuksella (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 42–45). Käsikirjan mukaan palvelut järjestetään selkeäksi jatkumoksi, jossa hoidon intensiivisyys ja vaativuus lisääntyvät portaittain. Tämä organisatorinen ratkaisu ohjaa ammattilaisia tarjoamaan ensisijaisesti näyttöön perustuvia, tarkoituksenmukaisia ja riittävän kevyitä interventioita ennen siirtymistä intensiivisempiin hoitomuotoihin. Tämä voidaan nähdä paitsi kustannustehokkaana myös rakenteellisesti perusteltuna ratkaisuna, joka tukee hoidon oikea-aikaista kohdentumista. Samalla se vahvistaa fideliteettiä, sillä ammattilaisten toimintaa ohjataan selkeiden periaatteiden mukaisesti tarjoamaan asiakkaalle hänen tilanteeseensa nähden riittävä, mutta ei tarpeettoman raskas hoito.

Porrasteinen rakenne (0–4 porrasta) toimii sekä resurssien hallinnan välineenä että menetelmien tarkoituksenmukaisen käytön ohjaajana. Porrastetussa hoitomallissa mielen-terveyspalvelut jäsenetään usealle tasolle hoidon vaativuuden mukaan (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 42–45). Mallin matalammat portaavat toteutuvat

pääosin perusterveydenhuollon palveluissa, joissa tarjotaan varhaisempia ja kevyempiä psykososiaalisia interventioita. Hoitojen toteutuminen edellyttää yleensä asiakkaalta riittävää toimintakykyä sekä aktiivisuutta, koska esimerkiksi ohjatun omahoidon toteuttaminen vaatii myös itsenäistä työskentelyä. Mallin korkeammilla tasoilla hoidot muuttuvat intensiivisemmiksi ja psykoterapeuttisesti vaativammiksi. Näillä tasoilla asiakas tarvitsee valmiuksia sitoutua pidempiaikaiseen terapeuttiseen prosessiin, ja ammattilaiselta edellytetään syvällisempää koulutusta ja menetelmäosaamista. Hoitomuotoihin kuuluvat muun muassa lyhytkestoiset sekä pitkäkestoiset psykoterapiat, joiden kesto voi ulottua useisiin vuosiin. Hoitovaihtoehtojen monipuolisuus edellyttää myös ryhmä-, pari- ja perheterapian huomioimista.

Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjassa tuodaan esiin porrastetun hoitojärjestelmän vahvuuksia ja viitataan tutkimusnäyttöön, jonka mukaan huolellisesti toteutettu porrastettu hoitomalli on yhteydessä parempiin hoitotuloksiin (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 22–23). Vaikka porrastetun hoitomallin käytännön toteutus voi vaihdella eri asiakasryhmien ja hyvinvointialueiden välillä, sen peruseriaate on yhtenäinen. Hallinnollisesti määritelty yhteinen viitekehys luo perustan menetelmien yhdenmukaiselle käytölle, vaikka paikallista soveltamista sallitaan. Tämä tasapaino joustavuuden ja rakenteellisen ohjauksen välillä tukee fideliteetin säilymistä erilaisissa toimintaympäristöissä, kuten alla olevassa lainauksessa todetaan. Käsikirja ei kuitenkaan tarkenna, missä määrin toteutuksessa voidaan joustaa ilman että se vaarantaisi yhdenmukaista toteutusta.

Tavoitteena on, että porrastuksen perusrakenne on hyvinvointialueilla yhtenäinen, vaikka sisällöt voivatkin alueittain vaihdella (Terapiat etulinjaan -hankkeen käsikirja, 2025, s. 22).

5.2.2 Digitaaliset ratkaisut

Carrollin ja muiden (2007) fideliteettimallia voidaan soveltaa myös digitaalisten ratkaisujen tarkasteluun. Ne voivat tukea intervention noudattamista tarjoamalla yhteisiä sisältöjä, ohjaamalla toteutuksen laatua sekä mahdollistamalla tiedonkeruuta ja toteutuksen seuranta. Tutkimuskysymyksen näkökulmasta ne tarjoavat siis konkreettisia välineitä, joilla voidaan edistää fideliteetin toteutumista koko organisaation tasolla. Digitaaliset alustat ja työkalut, kuten Mielenterveystalo, Terapianavigaattori, erilaiset digitaaliset hoito-ohjelmat sekä koulutuslupustat tukevat paitsi hankkeen, mutta myös hoitointervention suunnitellun sisällön, keston, toistuvuuden ja kattavuuden ylläpitämistä. Ne mahdollistavat hoidon tarpeen yhdenmukaisen arvioinnin, koulutettujen ammattilaisten osaamisen vahvistamisen ja hoitopolkujen selkeyttämisen, mikä yhdessä selkeän porrastetun hoitomallin kanssa luo edellytykset intervention johdonmukaiselle toteutumiselle. Seuraavaksi tarkastellaan näitä digitaalisia ratkaisuja ja niiden roolia noudattamisen tukena.

Terapiat etulinjaan –hankkeessa käyttöön otettu Terapianavigaattori edistää fideliteettiä yhdenmukaistamalla ensiarvioinnin käytännöt ja varmistamalla hoitojen suunnitellun sisällön ja kohdentumisen (Terapiat etulinjaan –toimintamallin käsikirja, 2025, s. 27–28;47–48). Usein jo ennen hoitoon hakeutumista asiakasta ohjataan täyttämään sähköisesti erilaisia kyselyitä, joissa hän kuvaa tilanteensa ja avun tarpeensa. Asiakkaalta kartoitetaan esimerkiksi masennusoireita lyhyillä ja helposti ymmärrettävillä kysymyksillä. Mikäli oireita havaitaan, järjestelmä avaa lisäkyselyitä kyseiseen aihepiiriin liittyen. Kyselyn täyttämisen jälkeen asiakas saa henkilökohtaisen koodin, jonka avulla terveydenhuollon ammattilainen voi avata ja tarkastella hänen tuloksiansa. Asiakas ottaa usein yhteyttä terveydenhuollon palveluihin täyttämisen jälkeen, ja hänelle varataan ensijäsennysaika ammattilaisen kanssa. Tässä tapaamisessa navigaattorin tulokset käydään läpi, jonka jälkeen ideaalitalanteessa sopiva hoitointerventio voidaan käynnistää nopeasti (Terapiat etulinjaan – toimintamallin käsikirja, 2025, s. 27–28). Asiakkaan tilanteesta muodostetaan kokonaiskuva tarkastelemalla esimerkiksi oireiden vaikutusta toimintakykyyn, arjessa selviytymiseen ja työkykyyn (Terapiat etulinjaan – toimintamallin käsikirja, 2025, s.

49). Samalla keskustellaan mahdollisista aikaisemmista hoidoista sekä siitä, edellyttääkö asiakkaan tilanne yhteistyötä muiden ammattilaisten, kuten sosiaalityöntekijöiden kanssa.

Kun asiakkaan kokonaistilanne on muodostettu, arvioidaan seuraavaksi hänen hoitotarpeensa (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 49). Arvioinnissa huomioidaan useita tekijöitä: matalan kynnyksen hoidot soveltuvat ensisijaisesti tilanteisiin, joissa asiakkaan oireet ovat lieviä tai keskivaikeita, toimintakyvyssä ei ole merkittävää alenemaa, päihdeongelmaa ei esiinny akuutisti eikä samalle ongelmalle ole hiljattain toteutettu vaikuttavaa hoitoa. Näissä tapauksissa 1.portaan hoitojen voidaan katsoa usein olevan riittäviä ja hyödyllisiä suurelle osaa asiakkaista. Jos asiakkaan oireilu on vakavaa, toimintakyky merkittävästi heikentynyt, päihdeongelma on huomattava tai aiempaa hoitohistoriaa runsaasti, arviointia syvennetään usein esimerkiksi järjestämällä toinen ensijäsennyskerta (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 49). Huomion arvoista on kuitenkin se, että arviointiprosessi noudattaa osaltaan myös porrastettua logiikkaa: ammattilainen voi tarvittaessa käynnistää hoidon asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti miltä tahansa porrastetun hoitomallin tasolta (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 48).

Käsikirjassa (2025, s. 47) painotetaan, että navigaattorin tuottama raportti toimii vain tukena, ja ammattilainen määrittää aina asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen henkilökohtaisesti ensijäsennyshaastattelussa. Saman lähteen mukaan navigaattorin täyttäminen on vapaaehtoista, eikä sitä pidetä edellytyksenä palveluihin pääsemiseen. Tämän voidaan ajatella korostavan työkalun saavutettavuutta ja varmistavan, että apua hakevat voivat osallistua arviointiin oman halunsa mukaan. Koska navigaattorin täyttö on maksutonta ja väline on helposti internetistä saatavilla, on sen käyttö todennäköisempää. Käsikirjan (2025, s. 15) mukaan digitaalisia työkaluja voidaan käyttää lisäämään palveluiden saavutettavuutta riippumatta siitä, missä käyttäjä asuu. Tämän seurauksena voidaan epäsuorasti edistää interventioiden laajaa ja yhdenmukaista toteutusta tukien toimintamallin fideliteettiä.

Terapianavigaattorin ja sitä seuraavan ensijäsennyksen ohella Mielenterveystalon verkkosivusto ja muut digitaaliset alustat tarjoavat yhtenäiset ohjeistukset ja materiaalit kaikille hyvinvointialueille, mikä vähentää satunnaisuutta hoidon tarjonnassa ja yhdenmukaistaa interventioiden toteuttamista erialueilla. Digitaalisten työkalujen avulla voidaan myös seurata asiakkaiden etenemistä ja hoidon toistuvuutta, mikä mahdollistaa palaute-tietoisien työotteiden soveltamisen ja intervention keston hallinnan koko hoitajakson ajan. Lisäksi digitaaliset koulutuslustoat mahdollistavat ammattilaisten kouluttamista sekä osaamisen ylläpitämistä. Verkko-opinnot, koulutusmateriaalien jatkuva saatavuus ja esimerkiksi menetelmäohjaus luovat takuuta sille, että kaikki koulutettavat hallitsisivat menetelmien keskeiset työkalut. Organisaation näkökulmasta digiratkaisut mahdollistavat myös datan ja raporttien keruun, mikä tukee toiminnan seuranta ja tiedolla johtamista sekä auttaa varmistamaan, että interventio toteutuu menetelmän mukaisesti.

5.3 Intervention kompleksisuus

Tämän tutkielman teoreettisen viitekehyksen mukaan intervention kompleksisuus viittaa siihen, kuinka yksinkertaisia tai monimutkaisia interventiot ovat niiden kuvauksen ja toteutuksen suhteen (Carroll ja muut, 2007, s. 5). On todettu, että yksinkertaiset ja tarkasti määritellyt interventiot toteutuvat uskollisemmin kuin kompleksiset tai epätarkat interventiot. Terapiat etulinjaan -hankkeessa on tunnistettavissa piirteitä, jotka ovat tyypillisiä kompleksisille interventioille, kuten useista toisiinsa kytkeytyvistä osatekijöistä koostuva toimintamalli. Lisäksi mallin toteuttamiseen osallistuu useita toimijaryhmiä eri organisatorisilla tasoilla, ja sen soveltaminen edellyttää paikallista mukauttamista osaksi olemassa olevia palvelurakenteita. Korkea kompleksisuus voi Carrollin mallin mukaan heikentää implementaation fideliteettiä (Carroll ja muut, 2007). Tässä toimintamallissa kompleksisuutta pyritään hallitsemaan erityisesti muodostamalla yhtenäisen perusrakenteen kaikilla hyvinvointialueilla, tarjoamalla yhtenäisiä koulutusrakenteita ja hyödyntämällä digitaalisia työkaluja.

Käsikirjassa kuvataan mielenterveyspalvelujärjestelmään liittyviä rakenteellisia haasteita, joihin liittyvät myös merkittävät yhteiskunnalliset kustannukset (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 9–10). Vaikka mielenterveyden häiriöiden kokonaiskustannukset ovat huomattavat, vain osa niistä muodostuu suorista hoidon kustannuksista. Samalla varhaisvaiheen psykososiaaliset hoidot ovat osoittautuneet kustannusvaikuttaviksi, mutta niiden saatavuudessa on ollut puutteita, mikä viittaa palvelujärjestelmän rakenteellisiin ongelmiin. Lisäksi käsikirjassa kuvataan muita järjestelmätason haasteita, kuten palveluiden kuormittumista eri tasoilla, rakenteellista pirstaleisuutta, päällekkäistä työskentelyä sekä hoitopolkujen moninaisuutta ja niihin liittyviä viiveitä (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 9–10). Olennainen haaste on hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoon ohjauksen vaihtelu julkisen ja yksityisen sektorin välillä (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 27). Osaltaan siis toimintaympäristön hajanaisuus voi estää asiakkaita pääsemästä oikea-aikaisesti sopiviin palveluihin ja aiheuttaa päällekkäistä työtä ammattilaisille.

Terapiat etulinjaan -hanke sijoittuu toimintaympäristöön, jossa eri toimijoiden ja palvelutasojen välinen yhteensovittaminen on keskeistä. Tämä tarkoittaa, että asiakkaan hoito toteutuu useiden ammattilaisten ja palveluiden yhteistyönä. Toimintamallia toteutetaan samanaikaisesti eri hyvinvointialueilla, mikä edellyttää yhteisten käytäntöjen yhteensovittamista. Hanke on vastannut tähän haasteeseen yhtenäistämällä hoitoon ohjauksen käytäntöjä, selkeyttämällä eri toimijoiden rooleja ja rakentamalla johdonmukaisempia hoitopolkuja. Tämä tarkoittaa, että intervention toteutuminen ja fideliteetti eivät riipu vain yksittäisten hoitomenetelmien oikeasta soveltamisesta, vaan myös siitä, kuinka hyvin toimintamalli hallitsee monimutkaista palvelujärjestelmää. Rakenteellisen hajanaisuuden ja päällekkäisyyksien vähentyessä paranevat edellytykset sille, että asiakkaat ohjautuvat oikea-aikaisesti oikean tasoisiin hoitoihin ja että hanke toteutuu suunnitellusti eri toimintaympäristöissä.

5.3.1 Käyttöönoton vaiheet ja prosessikuvaus

Käsikirjassa kerrotaan, että prosessin onnistuminen on riippuvainen eri tasojen välisestä yhteistyöstä ja toimivasta vuorovaikutuksesta (s. 112–116), mikä korostaa intervention toteuttamiseen liittyvää organisatorista moniulotteisuutta. Esimerkiksi aikuisten palveluissa keskeistä on se, miten vastuu asiakkaan hoidosta jakautuu perusterveydenhuollon ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden kesken (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 112).

Prosessikuvausta voidaan tarkastella Carrollin ja muiden (2007) viitekehyksen kautta intervention kompleksisuutena, joka moderoi implementaation fideliteettiä. Useiden toimijatasojen, palvelurakenteiden ja vastuiden yhteensovittaminen lisää toteutuksen kompleksisuutta ja voi siten lisätä vaihtelua intervention käytännön toteutuksessa. Samanaikaisesti käsikirjassa kuvattu prosessien jäsentäminen ja vastuiden määrittely voidaan tulkita pyrkimykseksi hallita tätä kompleksisuutta. Carrollin mallin mukaisesti selkeämmät rakenteet ja tarkemmin määritelty toteutus voivat tukea intervention uskollisempaa toteutumista, kun epäselvyydet ja tulkinnanvaraisuus vähenevät.

Käyttöönotto jäsentyy vaiheittaiseksi prosessiksi, joka etenee neuvottelusta valmistelun ja toteutuksen kautta ylläpitoon ja jatkokehittämiseen (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 112). Hankkeen uudistukset muodostavat pitkäjänteisen kehittämissuunnitelman, jonka sujavuus riippuu toimijoiden vaikutusmahdollisuuksien kokemuksesta ja sitoutumisesta. Ensimmäisessä neuvotteluvaiheessa keskeistä on muodostaa eri toimijoiden kesken yhteinen ymmärrys siitä, mihin tarpeisiin toimintamallilla pyritään vastaamaan ja millaisia muutoksia sen käyttöönotto edellyttää organisaation sisällä. Neuvotteluvaiheessa yhteistyötä koordinoi hyvinvointialueen terapia- tai interventiokoordinaattori tai muu nimetty vastuuhenkilö yhdessä toimintayksiköiden lähi- ja keskijohdon kanssa. Tässä vaiheessa jäsenetään, mitä toimintamalli tarkoittaa käytännössä ja mitä sen käyttöönotto edellyttää eri toimijoilta. Samalla tarkastellaan, miten toiminnan tuloksia voidaan seurata arjessa, ja luodaan edellytyksiä yhteistyölle. Keskeistä on, että toimijoilla on selkeä ymmärrys avoimista kysymyksistä ja riittävästi tilaa muutokselle (Terapiat

etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 112–116). Yksinkertaisesti määritellyt interventiot on helpompi toteuttaa uskollisesti, sillä monimutkaisissa malleissa toteutuksen vaihtelu on suurempaa ja osa-alueet voivat jäädä puutteellisesti tai virheellisesti toteutetuiksi (Carroll ja muut, 2007, s. 5), mikä korostaa selkeän prosessikuvauksen ja vastuiden määrittelyn merkitystä.

Valmisteluvaihe on keskeinen kompleksisuuden näkökulmasta, sillä se yhdistää organisaation eri tasot, tuo esiin henkilöstön kokemukset ja valmistaa koko toimintaympäristön muutoksen omaksumiseen. Toisen vaiheen painopiste on tiiviissä yhteistyössä eri toimijoiden kesken. Osallistumista toivotaan niin työn parissa toimivilta ammattilaisilta kuin johdoltakin, ja vaiheen aikana hyödynnetään kansallisesti kerättyjä kokemuksia ja vertailutietoa muun muassa porrastetun hoitomallin toteutuksesta sekä yksittäisten menetelmien käyttöönotosta. Valmisteluvaiheessa pohditaan muun muassa, miten muutoksesta viestitään kaikille sidosryhmille ja millainen porrastettu hoitomalli parhaiten soveltuu oman alueen tarpeisiin. Työn etenemistä helpottaa selkeä suunnitelma ja systemaattinen työote, jota tukevat muun muassa Käyttöönoton ABC- ja riskienhallintatyökalut. Valmisteluvaiheen lopuksi käynnistetään työkalujen ja menetelmien koulutukset. Valmisteluvaihe koetaan usein haastavimmaksi hyvinvointialueiden vastuuhenkilöiden keskuudessa, sillä siinä tehdään useita päätöksiä ja sovitaan toimintalinjoista. Esihenkilöiden päätösvallan rajat eivät aina ole selviä, ja vaihe paljastaa ensimmäistä kertaa konkreettisesti myös henkilöstön näkemykset ja tunteukset tulevasta muutoksesta.

Seuraavassa osiossa, eli varsinaisessa toteutusvaiheessa toimintamalli alkaa näkyä konkreettisesti arjen työssä, kun uusia menetelmiä otetaan käyttöön hyvinvointialueiden arjessa. Samalla niiden käyttöä seurataan ja tuetaan erilaisin rakentein, jotka auttavat ammattilaisia soveltamaan menetelmiä käytännössä. Esimerkkinä tuesta voidaan pitää kognitiivisen lyhytterapian menetelmäohjauksia. Tässä vaiheessa korostuu myös yhteinen oppiminen: yksiköissä käsitellään kokemuksia, tarkastellaan kerättyä tietoa ja tehdään tarvittaessa muutoksia toimintatapoihin. Prosessin edetessä hahmottuu, mitkä ratkaisut toimivat käytännössä ja missä ilmenee haasteita.

Toteutusvaiheessa korostuu tarve arvioida käyttöönottoon liittyviä riskejä uudelleen ja tarkastella, miten aiemmin suunnitellut ratkaisut toimivat käytännössä. Vaihe tarjoaa mahdollisuuden tehdä tarvittavia muutoksia, kun kokemusta kertyy ja toiminnan haasteet tulevat näkyviksi. Aineiston valossa näyttää siltä, että uudet käytännöt eivät siirry sellaisenaan arkeen, vaan niiden toimivuutta arvioidaan ja muokataan käytännön kokemusten pohjalta. Fideliteetti rakentuu tällöin jatkuvana sovittamisena, jossa keskeistä on toimintamallin ydinsisällön säilyminen muuttuvissa olosuhteissa. Ylläpidon ja jatkokehittämisen vaiheessa keskiöön nousee se, vakiintuuko toimintamalli osaksi arjen työtä vai ei. Tässä vaiheessa ei enää rakenneta uusia rakenteita, vaan tarkastellaan, miten aiemmin käyttöön otetut käytännöt toimivat käytännössä ja säilyvätkö ne ajan myötä. Toiminnan jatkuvuutta voivat haastaa monet tekijät. Esimerkiksi henkilöstömuutokset, epävarmuus menetelmien käytössä tai puutteet seurannassa voivat heikentää mallin toteutumista. Käsikirja huomioi myös, että palvelurakenteiden hajanaisuus voi vaikeuttaa toimintamallin johdonmukaista toteuttamista. Mikäli ylläpitoon ei kiinnitetä riittävästi huomiota, on riskinä, että toiminta alkaa vähitellen hajautua ja käytännöt palaavat aiempaan muotoon. Käsikirja korostaa hyvinvointialuekohtaisen terapia- tai interventiokoordinaattorin työpanosta kaikilla osa-alueilla.

Yllä olevat havainnot osoittavat, että Terapiat etulinjaan -intervention käyttöönotto vaatii vaiheittaista ja koordinoitua työtä eri toimijoiden välillä. Kompleksisessa palvelujärjestelmässä onnistuminen ei perustu yksittäisten ammattilaisten ponnistuksiin, vaan siihen, että rakenteet, tukirakenteet ja yhteistyö mahdollistavat johdonmukaisen toteutuksen. Samalla vaiheittainen prosessi tarjoaa mahdollisuuden tarkastella käytännön kokemuksia, tehdä korjausliikkeitä ja vahvistaa fideliteettiä. Prosessi ei rajoitu yksittäisen menetelmän käyttöönottoon, vaan sisältää laajempaa palvelujärjestelmän kehittämistä.

5.4 Toteuttamisen laatu

Tässä seuraavassa osiossa tarkastellaan Carrollin ja muiden (2007) viitekehyksen pohjalta toteutuksen laatua. Intervention toteuttamisen laatu määritellään kuvaavan sitä, kuinka

toteuttaja sen toteuttaa (Carroll ja muut, 2007, s. 2–3). Sen arviointi voi edellyttää vertailukohtaa joko intervention sisällä tai sen ulkopuolella. Carroll ja muut (2007, s. 3) jatkavat, että toisaalta laatu voi tarkoittaa sitä, kuinka lähelle toteutus pääsee teoreettista ihannetta. Toimintamallissa kiinnitetään huomiota toteutuksen laatuun esimerkiksi määrittelemällä ammattilaisten osaamisvaatimuksia, tarjoamalla jatkuvaa tukea ja tekemällä seuranta. Tämä vastaa Carrollin mallin käsitystä siitä, että pelkkä intervention toteuttaminen ei riitä, vaan sen tulee tapahtua laadukkaasti korkean fideliteetin saavuttamiseksi. Samalla toteutuksen laatu toimii Carrollin viitekehyksen mukaisesti keskeisenä modaattorina fideliteetin ja intervention vaikuttavuuden välillä (Carroll ja muut, 2007, s. 2–3). On nimittäin mahdollista, että interventiota voidaan toteuttaa ”laaduttomasti”, mikä luonnollisesti heikentää toteutuksen uskollisuutta.

Hankkeessa on asetettu selkeät tavoitteet hoitoon pääsyn nopeudelle ja hoitojen vaikuttavuudelle (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 71), mikä ohjaa ammattilaisten toimintaa ja mahdollistaa hoidon laadun seurannan. Alemmat hoitotasot, kuten matalan kynnyksen psykososiaaliset tuet ja ohjattu omahoito, pyritään käynnistämään yleensä viikon sisällä. Toisen portaan palvelut, kuten perustason lyhytterapiat ja lasten tulisi saada käyntiin kuukauden kuluessa. Tavoitteiden avulla seurataan myös hoitojen tuloksia. Esimerkiksi alemmilla hoitoportilla odotetaan, että vähintään puolet hoidossa olleista asiakkaista saavuttaa merkittävän oireiden lievittymisen. Tavoitteet on määritetty kansainvälisen ja kotimaisen tutkimus- ja arviointikokemuksen pohjalta, ja niiden tarkastelussa otetaan huomioon myös voimassa oleva ja tuleva lainsäädäntö (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 71).

Käsikirjassa tuodaan esiin terveydenhuollon toimintaympäristöön liittyvä havainto, jonka mukaan uusien toimintatapojen vakiintuminen ei tapahdu pysyvästi ilman jatkuvaa ylläpitoa (Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja, 2025, s. 40). Ilman aktiivista tukea ja seuranta on mahdollista, että työskentely palautuu ajan myötä aiemmin vakiintuneisiin käytäntöihin. Myös henkilöstön vaihtuvuus lisää tarvetta palata säännöllisesti sovituihin toimintamalleihin ja varmistaa, että yhteiset käytännöt säilyvät organisaatiossa.

Näin jatkuva ylläpito ja seuranta tukevat toteutuksen laatua varmistamalla, että toimintamallin keskeiset periaatteet säilyvät käytännön työssä myös ajan kuluessa.

Käsikirjassa (2025, s. 34–35;123) mainittu psykoterapian laaturekisteri tukee osaltaan hoitojen vaikuttavuuden ja saatavuuden seurantaan. Se tuottaa vaikuttavuustietoa perustuen esimerkiksi potilastietoihin, diagnooseihin, hoitomenetelmiin tai tuottajakohtaisiin tietoihin. Laaturekisteri tarjoaa tavan seurata hoitojen edistymistä ja mahdollisia haittavaikutuksia. Sen avulla terapeutti voi seurata potilaan vointia ja kerätä toistuvaa palautetta esimerkiksi hoitosuhteen laadusta ja hoidon toteutumisesta, mikä tukee palautetietoisien hoidon toteuttamista ja hoidon yksilöllistämistä. Suuremmassa kuvassa organisaatiotasolla laaturekisteri mahdollistaa prosessien tarkastelun ja toiminnan kehittämisen datan avulla. Se auttaa tunnistamaan esimerkiksi hoitojen alkamisen viiveitä ja palvelujen ruuhkautumista, minkä perusteella voidaan kohdentaa koulutusta, lisätä resursseja tai suunnata rekrytointia. Yhdistettynä palvelusetelijärjestelmään laaturekisteri tukee hoitojen tarkempaa kohdentamista sekä parantaa potilaiden mahdollisuutta aloittaa hoito suunnitellussa aikataulussa.

5.4.1 Riskienhallinnan työkalu

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa laadunhallintaa tuetaan myös riskienhallinnan käytännöllä, joilla varmistetaan interventioiden suunniteltu ja turvallinen käyttöönotto (Terapiat etulinjaan, toimintamallin käsikirja, 2025, s. 117). Käsikirjassa kuvatun riskienhallinnan työkalun tavoitteena on tunnistaa sellaisia uhkia, jotka voivat heikentää psykososiaalisten hoitojen juurtumista ja vaikuttavaa toteutusta palvelujärjestelmässä. Työkalu tukee ammattilaisten ja organisaatioiden kykyä arvioida riskien todennäköisyyttä ja merkitystä sekä suunnitella toimenpiteitä, joilla riskejä voidaan pienentää. Sen kuvataan soveltuvan kaikkiin ikäryhmiin ja menetelmiin. Työkalu on keskeinen osa intervention toteuttamisen laatua, sillä ilman systemaattista riskienhallintaa on vaarana, että uudenlaisten toimintatapojen käyttöönotto jää puutteelliseksi.

Riskienhallinnan työkalussa on ennalta määritelty 17 keskeistä riskiä, jotka voivat vaikuttaa interventioiden onnistumiseen. Riskit ovat kuvattu, ja kullekin riskille on arvioitu sen mahdolliset seuraukset sekä tunnistettu toimivia suojoitoimenpiteitä. Työkalu sisältää riskikohtaisia esimerkkejä suojoitoimenpiteistä, joiden avulla yksittäisen riskin toteutumisen todennäköisyyttä pystytään vähentää. Jokaiselle riskille on määritelty sen merkittävyyden asteikko, joka kuvaa riskin mahdollista vaikutusta interventioiden onnistumiseen (1–4). Samoin riskin toteutumisen todennäköisyys arvioidaan aina yksikkökohtaisesti neljän portaan asteikolla.

5.5 Ohjelman erottuvuus

Terapiat etulinjaan -toimintamallin keskeinen erityispiirre on, että se ei muodostu yksittäisestä hoitomenetelmästä tai interventiosta, vaan laajemmin mielenterveyspalvelujen järjestämistä jäsentävästä palvelujärjestelmän rakenteesta. Tässä mielessä toimintamallin erottuvuus voidaan kytkeä Carrollin ja muiden (2007) viitekehykseen, missä se tarkoittaa eri ohjelmien tai niiden osien ainutlaatuisten piirteiden tunnistamista sekä niiden elementtien määrittelyä, jotka ovat välttämättömiä ohjelman toimivuudelle.

Toinen mallin erottuva piirre liittyy sen kansalliseen kehittämistapaan, jonka tavoitteena on luoda yhteinen perusrakenne koko maahan. Toimintamallia on kehitetty valtakunnallisessa yhteistyössä, mikä pyrkii yhtenäistämään mielenterveyspalvelujen käytäntöjä eri hyvinvointialueilla. Tämä poikkeaa tilanteesta, jossa yksittäiset kunnat tai organisaatiot kehittävät palvelujaan toisistaan riippumatta, ja tukee näin yhtenäisempien hoitokäytäntöjen muodostumista. Lisäksi digitaaliset ratkaisut muodostavat toimintamallissa keskeisen osan hoitoprosessia eivätkä ainoastaan erillisiä tukipalveluja. Digitaalisia työkaluja hyödynnetään muun muassa hoidon tarpeen arvioinnissa, interventioiden toteuttamisessa sekä ammattilaisten koulutuksessa. Toimintamallissa korostuu myös tiedonkeruu ja seuranta, joiden avulla voidaan arvioida hoitojen vaikuttavuutta ja tuetaan toiminnan jatkuvaa kehittämistä.

Toisaalta erottuvuuden voi yhdistää myös intervention ydinkomponentteihin. Intervention noudattamista tarkasteltaessa luvussa 5.2 todettiin, ettei Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjassa erotella selkeästi intervention ydinkomponentteja. Tällainen erottelu näyttäisi soveltuvan paremmin yksittäisten hoitomenetelmien, kuten lyhytterapian, tarkasteluun kuin palvelujärjestelmätason kokonaisuuden analysointiin. Keskeisten komponenttien tunnistamisella on kuitenkin keskeinen rooli implementaation arvioinnissa, sillä se auttaa jäsentämään, mitkä tekijät ovat välttämättömiä intervention onnistumiselle ja missä kohdin toteutuksessa ilmenevät haasteet voivat heikentää saavutettuja tuloksia. Jos interventioiden keskeisiä komponentteja ei pystytä toteuttamaan suunnitellusti, se voi Carrollin ja muiden (2007, s. 3) mukaan selittää mahdollisia puutteita vaikuttavuudessa. Näiden elementtien yhteensovittaminen on keskeistä, sillä yksittäisten osien puutteellinen toteutuminen voi heijastua koko palvelujärjestelmän toimivuuteen.

Terapiat etulinjaan -toimintamallin erottuvuutta voidaan tarkastella myös suhteessa niihin haasteisiin, joihin se pyrkii vastaamaan suomalaisessa mielenterveyspalvelujärjestelmässä. Malli on rakennettu ratkaisemaan hoitoon pääsyn viiveitä, psykososiaalisten hoitojen rajallista saatavuutta sekä palvelujen hajanaisuuteen liittyviä ongelmia jäsentämällä mielenterveyspalvelujen toteuttamista yhteisen rakenteen kautta. Tässä mielessä toimintamallin erottuvuus ei perustu yksittäiseen menetelmään, vaan siihen, että se määrittelee palvelujärjestelmän tasolla, miten psykososiaalisia interventioita tulisi tarjota ja miten hoitoon ohjautuminen tapahtuu. Carrollin ja muiden (2007) viitekehystä soveltamalla tämän voi nähdä ohjelman erotteluna, jolla varmistetaan intervention toimivuus. Toimintamallin keskeiset rakenneosat voidaan tässä valossa nähdä välttämättöminä elementteinä, joiden toteuttaminen on edellytys intervention uskollisuudelle ja vaikuttavuudelle. Carrollin mallin näkökulmasta ohjelman erottuvuus liittyy myös siihen, että intervention keskeiset elementit on määritelty riittävän selkeästi, jotta voidaan erottaa, mitkä käytännöt kuuluvat toimintamalliin ja mitkä eivät. Yhdessä Terapiat etulinjaan -hankkeen osa-alueet muodostavat sille tunnistettavan ja muista toimintatavoista erottettavan kokonaisuuden.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän Pro gradu -tutkielman tavoitteena oli antaa kuva siitä, miten tutkittavassa Terapiat etulinjaan -hankkeessa on huomioitu fideliteetti. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella Terapiat etulinjaan -toimintamallissa käytettyjä hallinnollisia ja organisatorisia keinoja, joilla pyritään varmistamaan menetelmän fideliteetin säilyminen. Hallinnollinen ja organisatorinen tuki toimii sillanrakentajana strategisen tason tavoitteiden ja käytännön työn välillä. Ilman selkeitä rakenteita on riski, että paikallisissa toteutuksissa toimintamalli muuntuu. Valtakunnallisen Terapiat etulinjaan -toimintamallin toteutuksen uskollisuuden tarkastelu oli perusteltua, koska monitasoisen ja laajan intervention onnistuminen edellyttää eri osien suunniteltua ja yhdenmukaista toteutumista. Tutkielma laajentaa fideliteetin tarkastelua yksilötasolta järjestelmätasolle ja esittää, että fideliteetti on pitkälti rakenteellisesti tuotettu ilmiö.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä tarkoitetaan fideliteetillä eli uskollisuuden säilyttämisellä?
2. Millä tavoin Terapiat etulinjaan -toimintamallissa pyritään tukemaan fideliteetin toteutumista organisatorisin ja hallinnollisin keinoin?

6.1 Johtopäätökset

Pérez ja muut (2016) ovat tuoneet esiin, että käytännössä interventioita harvoin toteutetaan täysin alkuperäisen suunnitelman mukaan, vaan mukautuksia tehdään usein. Ne ammattilaiset, jotka työskentelevät intervention parissa saattavat tulkita ja toteuttaa sitä eri tavoin (Sidani & Braden, 2021, s. 114). Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka intervention teoreettinen malli on määritelty, sen käytännön toteutus voi vaihdella johtaen erilaisiin tuloksiin. Fideliteetti auttaa määrittämään sitä, missä määrin intervention toteutus vastaa alkuperäistä suunnitelmaa (Carroll ja muut, 2007). Toteutuksen uskollisuuden

mittaaminen on Carrollin ja muiden (2007) mielestä tärkeää, sillä tutkimusnäyttö osoittaa interventioiden onnistumisen olevan vahvasti sidoksissa siihen, kuinka tarkasti ne toteutetaan alkuperäisten suunnitelmien mukaisesti. Carrollin ja muiden (2007) mukaan useat tutkimukset tukevat tätä havaintoa korostaen fideliteetin keskeistä roolia interventioiden vaikuttavuudessa (ks. Forgatch ja muut, 2005; Thomas ja muut, 2015; Noel, 2016).

Aikaisemman tutkimuksen mukaan fideliteettiä voidaan tarkastella sekä järjestelmätason rakenteiden että yksittäisten toimijoiden näkökulmasta, sillä intervention toteutuminen muotoutuu myös ammattilaisten käytännön valintojen ja asiakkaiden omaksumisen kautta (Kemp ja muut, 2024; Sidani & Braden, 2021). Tämän tutkielman tulokset tukevat tätä näkemystä, sillä pelkästään palvelujärjestelmätason tarkastelu, eli se, miten organisaatio pyrkii edistämään fideliteettiä ei riitä muodostamaan kokonaiskuvaa intervention toteutumisesta. Näin ollen fideliteetin tarkastelu edellyttää eri tasojen huomioimista, jotta voidaan luoda todellista ymmärrystä siitä, miten rakenteet, ammattilaisten toiminta ja asiakkaiden osallistuminen yhdessä vaikuttavat intervention fideliteettiin. Fideliteetin saavuttamisessa ei ole siis kysymys vain siitä, mitä tehdään vaan ennen kaikkea siitä, miten toteutusta tuetaan ja johdetaan.

Taulukossa 2 nostetaan esiin keskeisiä tuloksia siitä, millä tavoin Terapiat etulinjaan -toimintamallissa pyritään tukemaan fideliteetin toteutumista organisatorisin ja hallinnollisin keinoin. Tulokset ovat teemoiteltu Carrollin ja muiden (2007) kehittämän yhdistetyn implementaation fideliteetin viitekehyksen mukaisesti, joka jäsentää uskollisuuteen vaikuttavia keskeisiä ulottuvuuksia. Viitekehystä hyödynnettiin tutkielmassa tämän tutkielman kontekstiin soveltavin osin. Käytetyt ulottuvuudet olivat: intervention noudattaminen, toteutuksen laatu, ohjelman erottuvuus, intervention kompleksisuus sekä fasilitointistrategiat.

Taulukko 2. Yhteenveto keskeisistä fideliteettiä tukevista keinoista Terapiat etulinjaan -toimintamallissa.

Intervention noudattaminen	<p>Palveluiden yhtenäinen perusrakenne ja tavoite kansallisella tasolla</p> <p>YTA-tasoinen kehittämistyö</p> <p>Porrastettu hoitomalli</p> <p>Digitaaliset ratkaisut (sis. terapianavigaattori, ensijäsennys, verkkopalvelut)</p>
Toteutuksen laatu	<p>Osaamisvaatimukset ja jatkuvan tuen tarjoaminen</p> <p>Selkeästi määritellyt tavoitteet hoitojen vaikuttavuudelle</p> <p>Laaturekisteri</p> <p>Riskienhallinta ja riskienhallinnan työkalu</p>
Ohjelman erottuvuus	<p>Toimintamallin konseptin ainutlaatuiset piirteet (sis. porrasteinen hoitomalli, kansallinen kehittämistyö, digitaaliset ratkaisut, jatkuva tiedonkeruu ja seuranta)</p> <p>Palvelujärjestelmälähtöinen malli</p>
Intervention kompleksisuus	<p>Toimintaympäristön hajanaisuuden vähentäminen</p> <p>Pyrkimys vastata mielenterveyspalvelujärjestelmän rakenteellisiin haasteisiin</p> <p>Käyttöönoton vaiheet ja prosessikuvaus</p>
Fasilitointistrategiat	<p>Yhteiskehittäminen</p> <p>YTA-kohtaiset verkostot</p> <p>Tiedolla johtaminen ja arkivaikuttavuus</p> <p>Vaikuttavuustiedon kerääminen ja hyödyntäminen</p> <p>Koulutus ja osaamisen vahvistaminen</p>

	Osallistaminen ja vastuunjako
--	-------------------------------

Kokonaisuutena tulokset tukevat Carrollin ja muiden (2007) esittämää näkemystä siitä, että implementaation fideliteetti ei synny itsestään, vaan se edellyttää systemaattista tukea. Myöskään aina sitä ei tueta suoraan, vaan epäsuorasti esimerkiksi koulutuksen kautta. Käytetyssä aineistossa fideliteetti näyttäytyy ensisijaisesti järjestelmätason ilmiönä, jota tuotetaan organisatoristen rakenteiden kautta.

Fideliteetin näkökulmasta yhtenäinen perusrakenne luo keskeiset edellytykset palveluprosessien ja niitä tukevien rakenteiden valtakunnalliselle kehittämiselle ja yhteistyölle, ja tämänkaltaisen rakenteen voidaan nähdä toteutuvan myös Terapiat etulinjaan -hankkeessa. Tutkielman tulosten mukaan keskeiseksi fideliteettiä tukeviksi keinoiksi osoittautuivat selkeästi jäsenelty palvelujärjestelmä, verkostot ja laajempi yhteiskehittäminen sekä koulutus, joka sisälsi erityisesti menetelmäohjauksen sekä terapiakoordinaattoritoiminnan. Lisäksi esimerkiksi digitaalinen koulutusala toimii organisatorisena keinona tukea yhdenmukaista toteuttamista, sillä se mahdollistaa yhtenäisen koulutussisällön jakamisen kaikille ammattilaisille. Yhtä lailla hankkeen muut useat digitaaliset ratkaisut mahdollistavat jatkuvan seurannan ja arvioinnin tarjoten konkreettisia välineitä, joilla voidaan edistää fideliteetin toteutumista.

Tutkielman teoreettisen viitekehyksen kirjallisuuteen peilaten fideliteetin toteutumisessa interventioiden ydinkomponenttien tunnistaminen nähdään tärkeänä, jotta toteutuksessa voidaan varmistaa intervention keskeisten elementtien säilyminen. Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirja ei tarjonnut selkeää erottelua siitä, mitkä intervention osista ovat ydinkomponentteja ja mitkä puolestaan muokattavissa olevia, mikä toi tulkinnanvaraisuutta analyysiin. Esimerkiksi porrastetun hoitomallin kuvauksessa korostetaan samanaikaisesti sekä yhtenäistä perusrakennetta että paikallisen soveltamisen mahdollisuutta, mutta joustavuuden rajoja ei määritelty tarkemmin. Keskeiseksi kysymykseksi nousee, miten tunnistaa ydinkomponentteja, jotka ovat välttämättömiä

tulosten saavuttamiseksi, ja erottaa ne niistä osista, joita voidaan muokata, jättää pois tai lisätä paikallisesti. Mowbrayn (2003) tulokulma ydinkomponenttien määrittelyn jättämisestä huomautti, että interventiota toteuttavat terveydenhuollon ammattilaiset voivat joutua tukeutumaan omaan viitekehukseensa, asiantuntemukseensa ja tietämykseensä määritelläkseen intervention keskeisiä tekijöitä, sen osia ja niiden käytännön toteutusta. Tämä voi johtaa eroihin siinä, mitä tarjotaan ja mikä oli suunniteltu. Tutkielman johtopäätöksissä voidaan kuitenkin esittää, että keskeisiksi komponenteiksi olisi mahdollista määritellä porrasteinen hoitomalli, digitaaliset ratkaisut, yhteiskehittäminen sekä jatkuva tiedonkeruu ja seuranta. Sen sijaan avoimeksi jää, missä määrin näitä komponentteja voidaan muokata ilman, että fideliteetti vaarantuu.

Terapiat etulinjaan -toimintamallissa koulutus näyttäytyy keskeisenä ja laajasti organisoituina osana intervention toteutusta. Intervention onnistuminen ei perustu ainoastaan menetelmien tekniseen toteutukseen, vaan myös siihen, että henkilöstö ymmärtää intervention tavoitteet ja toimii niiden mukaisesti. Koulutuksen ja sen jälkeisen ohjaustyön, kuten terapiakoordinaattori- ja menetelmäohjaustyön avulla varmistetaan, että ammattilaiset hallitsevat menetelmät oikein ja pystyvät soveltamaan niitä suunnitellulla tavalla. Lisäksi esihenkilöiden, ammattilaisten ja hyvinvointialueiden sitoutuminen muutoksiin tukee opittujen käytäntöjen juurtumista ja vahvistaa fideliteettiä käytännön työssä. Henkilökunnan suhtautumisen ja sitoutumisen huomioimista voitaisiin kuitenkin korostaa nykyistä enemmän, sillä aiemman tutkimuksen perusteella niillä on myönteinen yhteys interventioon uskolliseen toteutumiseen (Carroll ja muut, 2007). Samoin yhteiskehittämisessä asiakkaan näkökulma ja osallistuminen jää puuttumaan, mikä voi rajoittaa sen ymmärrystä, miten interventio toimii käytännössä.

Tulosten mukaan tiedolla johtaminen ei toimi pelkästään raportoinnin välineenä, vaan aktiivisena keinona ohjata ja yhdenmukaistaa toteutusta. Carrollin ja muiden (2007) esittämien osa-alueiden väliset yhteydet ja vuorovaikutukset muodostavat kokonaisuuden, jonka onnistuminen edellyttää seuranta. Terapiat etulinjaa -hankkeessa vaikuttavuudesta kerätään tietoa nimenomaan arkivaikuttavuuden näkökulmasta. Tietoa kerätään

muun muassa koulutustoiminnasta, digitaalisten palveluiden käytöstä sekä asiakkaiden oireista, jolla pyritään havaitsemaan muutoksia porrasteiseen hoitomalliin kuuluvien hoitojen aikana. Tutkielman tulosten perusteella tiedolla johtaminen yhdistää organisatorisen ohjauksen ja vaikuttavuustiedon mahdollistaen resurssien kohdentamisen sekä yhdenmukaisuuden varmistamisen eri hyvinvointialueilla. Yhteiskehittäminen ja selkeä vastuunjako tukevat näitä, koska ne selkiyttävät roolit ja vastuut eri organisaatiotasoilla lisäten toteutuksen yhteneväisyyttä.

6.2 Pohdinta

Terapiat etulinjaan -toimintamallin toimeenpano on tapahtunut samanaikaisesti sosi-aali- ja terveydenhuollon uudistuksen sekä koronapandemian kanssa. Tällaiset laajat muutokset luovat väistämättä muutosta ja kuormitusta, mikä voi vaikuttaa myös interventioiden implementaatioon ja niiden uskolliseen toteutumiseen. Interventioiden näkökulmasta jo olemassa olleet muutokset voivat sekä haastaa että toisaalta tukea implementaatiota. Toisaalta samanaikaiset uudistukset voivat hajauttaa resursseja, heikentää henkilöstön sitoutumista ja vaikeuttaa yhtenäisten toimintatapojen juurruttamista. Toisaalta niillä on potentiaalia luoda otollinen tilanne uusien toimintatapojen käyttöönotolle, kun olemassa olevia rakenteita ja käytäntöjä ollaan joka tapauksessa uudistamassa. Tässä mielessä Terapiat etulinjaan -toimintamalli on voinut hyötyä siitä, että se on tarjonnut uudistuksen tilanteessa, jossa palvelujärjestelmää on muokattu ulkoisten vaikutusten vuoksi. Lisäksi hankkeelle on ollut selkeä yhteiskunnallinen tarve, kun Kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa 2020–2030 tunnistettiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisen merkitys.

Niin kuin todettu, vaikuttavuus ja fideliteetti kulkevat käsi kädessä, sillä ilman tietoa toteutuksen uskollisuudesta on vaikea arvioida, missä määrin halutut tulokset johtuvat interventiosta tai sen toteutuksen vaihtelusta. Terapiat etulinjaan -toimintamallista on laadittu ulkopuolinen vaikutusten arviointi, jossa hankkeen tärkeiksi vaikuttavuuden edellytyksiksi havaittiin muun muassa koulutuksien järjestäminen sekä tiedolla johtamisen ja

yhteiskehittämisen rakenteiden keskittäminen (Esior, 2026). Näitä samoja teemoja voidaan tarkastella myös impementaation fideliteetin näkökulmasta, sillä tämän tutkielman perusteella ne luovat organisatorisia edellytyksiä intervention suunnitelman mukaiselle toteutukselle. Vaikuttavuuden ja fideliteetin edellytykset näyttävät tutkielman perusteella ainakin siis osittain päällekkäisiltä, sillä vaikuttavuuden kannalta keskeiset rakenteet näyttävät samalla myös fideliteettiä tukevin.

Tämän tutkimusasetelman keskeisiin asioihin voidaan liittää myös kriittisiä näkökulmia. On huomioitava, että tarkasteltu aineisto kuvaa ensisijaisesti toimintamallin tavoitteita ja rakenteita, eikä sen käytännön toteutumista tai vaikuttavuutta. Tutkielman tulokset kertovat enemmän siitä, miten toimintamalli on tarkoitettu toimimaan, kuin siitä, miten se todellisuudessa toimii. Sama pätee myös fideliteetin tarkasteluun: vaikka käsikirjassa kuvattiin selkeästi tekijöitä, joita voidaan yhdistää fideliteetin tukemiseen, ne eivät vastaa kysymykseen kuinka uskollisesti interventiota toteutetaan.

Toisaalta fideliteetin näkökulmasta liian tiukka pitäytyminen ennalta määritellyissä toimintatavoissa voi rajoittaa uusien käytäntöjen kehittämistä ja kehittymistä. Tätä ilmiötä voidaan tarkastella polkuriippuvuuden käsitteen kautta, jossa aiemmin omaksutut toimintatavat alkavat ohjata toimintaa vaikeuttaessaan samalla niiden muuttamista. Tällaisessa tilanteessa on mahdollista, että fideliteetti ylläpitäisi vakiintuneita käytäntöjä, vaikka niiden uudistaminen olisi perusteltua.

Teoreettisella tasolla fideliteetin ja polkuriippuvuuden välinen suhde on jännitteinen, koska toteutukseen vaikuttaa aina aikaisemmat muotoutuneet käytännöt ja rakenteet (esim. Pierson, 2000). Fideliteetti ei ”tapahdu” neutraalissa toimintaympäristössä, vaan se väistämättä limittyy ja mukautuu olemassa oleviin toimintapolkuihin. Yksittäisten hoitosuhteiden tasolla tätä jännitettä voidaan havaita esimerkiksi teoriaosuudessa käydyn ammattilaisen aikaisemman koulutuksen ja työkokemuksen kautta, joiden on todettu ohjaavan intervention tulkintaa ja käytännön toteutusta (Sidani & Braden, 2021; Wiltsey-Stirman ja muut, 2015).

Polkuriippuvuus järjestelmätasolla voi puolestaan ilmetä esimerkiksi organisaatoraken-teissa tai resurssien kohdentamisessa, jotka eivät välttämättä ole täysin yhteensopivia uuden toimintamallin kanssa (Pierson, 2000). Esimerkiksi palvelujärjestelmä, joka on ra- kentunut pidempien hoitosuhteiden varaan voi itsessään vaikeuttaa lyhytkestoisiin inter- ventioihin perustuvan mallin käyttöönottoa. Tämä korostuu Terapiat etulinjaan -hoito- mallin kaltaisessa kontekstissa, jossa tavoitteena on nopeuttaa hoitoon pääsyä ja lisätä lyhyiden, vaikuttavien interventioiden käyttöä perustasolla. Haaste liittyy erityisesti sii- hen, että olemassa olevat resurssien kohdentamisen tavat, kuten pitkiksi jaksoiksi raken- netut hoitokäynnit tulevat pitkäkestoisempaa työskentelyä. Lisäksi palveluihin pääsyn kriteerit ja mittarit eivät välttämättä tue nopeaa työskentelyä, vaikka uusi toimintamalli sitä edellyttäisi. Siirtyminen uudenlaiseen, porrastettuun hoitomalliin edellyttää muu- toksia koko palvelujärjestelmän toimintalogiikkaan, jolloin fideliteetti kytkeytyy suoraan olemassa olevien käytäntöjen muutoskykyyn.

Mahdollisen polkuriippuvuuden haasteen lisäksi Terapiat etulinjaan -hanketta kokonai- suudessaan on kritisoitu mediassa. Esimerkiksi Yle on nostanut 6.6.2024 esiin uutisoin- nissaan, että asiantuntijoiden mukaan Terapiat etulinjaan -toimintamallia ei ole tutkittu kuitenkaan riittävän kattavasti eikä sen kokonaisvaikuttavuudesta ole toistaiseksi riittä- västi tutkimusnäyttöä (Kammonen ja muut, 2024). Uutisessa tuodaan esiin yksittäisten interventioiden, kuten esimerkiksi lyhytterapioiden vaikuttavuudesta olevan tutkimus- näyttöä, mutta koko mallin vaikuttavuutta yhdistettynä oirelähtöiseen hoitoonohjauk- seen ei ole tutkittu tarpeeksi. Lisäksi uutisessa kritisoidaan etenkin toimintamallin no- peaa käyttöönottoa.

6.3 Luotettavuus ja tehdyt rajaukset

Tätä Pro gradu -tutkielmaa tehdessä on huomioitu hyvän tieteellisen käytännön periaat- teet. Tutkimusaineisto koostui julkisesta Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjasta, joten tutkielman tekemiseen ei sisältynyt esimerkiksi yksityisyydensuojaan liittyviä kysy- myksiä. Tutkielma rajautui tarkastelemaan Terapiat etulinjaan -toimintamallin aikuisten

hoitoihin liittyviä menetelmiä, sillä koko mallin kattava tarkastelu lasten, nuorten ja aikuisten palveluissa olisi tehnyt aineistosta liian laajan.

Käsikirjan kirjoittajina on toiminut toimintamallin asiantuntijajoukko. On siis mahdollista, että aineisto kuvaa ilmiötä vain hankkeessa työskentelevien näkökulmasta, eikä sellaisena kuin se todellisuudessa esiintyy. Analyysivaiheessa tunnistettiin Bowenin (2009, s. 31) rajoite siitä, että Terapiat etulinjaan -toimintamallin käsikirjan käyttäminen tutkimuksen aineistona edellyttää tutkijan tulkintaa, koska käsikirjaa ei ole suunniteltu käytettäväksi tutkimuksen tavoitteita varten. Dokumenttiaineisto nähtiin perusteltuna rajauksena, koska tutkimuksen tavoitteena ei ollut tarkastella menetelmän toteutumista käytännössä, vaan selvittää, miten fideliteettiä pyritään ohjeiden ja rakenteiden tasolla tukemaan. Tutkielman aineistoa pyrittiin tarkastelemaan mahdollisimman objektiivisesti. Huomattava on kuitenkin, että luotettavuutta olisi lisännyt erityyppisten dokumenttien analysointi. Koska tässä dokumenttianalyysissä ei hyödynnetty lisänä haastatteluita tai muita lisäaineistoa, aineiston tulkinta perustuu pääosin tutkijan omaan arvioon merkityksistä. Tämä asettaa rajoitteita tulosten syvällisyydelle.

Tämän tutkimuksen analyysivaiheessa tehtiin rajauksia, minkä vuoksi Carrollin fideliteettimalliin kuuluvaa intervention altistumisen ulottuvuutta sekä osallistujien vastetta ei tarkasteltu. Aineistoa analysoidessa huomattiin, että se ei mahdollista intervention toteutumisen määrällistä arviointia, kuten hoitojen keston analysointia. Tutkimusmateriaalin perusteella ei voida myöskään tarkastella hyvinvointialueiden tai työntekijöiden sitoutumista tai kokemuksia. Näin ollen analyysi rajautui niihin fideliteetin ulottuvuuksiin, joita aineiston perusteella on mahdollista arvioida.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Hanke on vuonna 2024 saanut rahoituksen satunnaistettuun kontrolloituun tutkimukseen (RCT-tutkimus), jolla tutkitaan toimintamallin kuuluvien hoitojen vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta (HUS, 2025). Tutkimuksissa onkin todettu, että tämänkaltaiset

tutkimukset tuottavat luotettavimmat arviot terapeuttien interventioiden vaikuttavuudesta (Páez ja muut, 2025). Vaikuttavuuden luotettava arviointi edellyttää kuitenkin sitä, että interventiot toteutetaan suunnitellulla tavalla (Carroll ja muut, 2007; Sidani & Braden, 2021). Kun tutkimustulokset osoittavat, että interventio on tehokas tuottamaan odotettuja parannuksia lopputuloksissa, fideliteettiä koskeva näyttö määrittää, johtuuko havaitut muutokset intervention asianmukaisesta toteuttamisesta. Jos tulokset puolestaan viittaavat intervention olevan tehoton, fideliteettiä koskeva näyttö auttaa selvittämään ja tunnistamaan tehottomuuden syitä. Jos fideliteettiä koskeva arviointi osoittaa, että interventio toteutetaan suunnitellusti ja että asiakkaat sitoutuvat interventioon, mutta odotettuja muutoksia ei saavuteta, voidaan päätellä intervention olevan tehoton (Sidani & Braden, 2021, s. 123). Tämän syy-seuraussuhteen vuoksi myös fideliteetin tarkastelu myös jatkossa on tärkeää: ilman tietoa toteutuksen uskollisuudesta ei voida varmuudella erottaa mistä havaittu vaikuttavuus johtuu. Toisaalta tutkimukset osoittavat, että korkea fideliteetti ei yksin takaa parempia hoitotuloksia, sillä niihin vaikuttaa samanaikaisesti suuri joukko muita tekijöitä (Páez ja muut, 2025). Fideliteettiä kannattaakin tutkia mieluummin osana laajempaa kontekstia kuin yksittäisenä laatumittarina.

Tämän tutkielman analyysivaiheessa poisrajautuneet ulottuvuudet olivat intervention altistuminen sekä osallistujien vaste. Näitä ulottuvuuksia olisi kuitenkin mahdollista tutkia jatkossa aineistonkeruumenetelmin. Intervention altistumista voitaisiin tutkia esimerkiksi tarkastelemalla toteutuneiden lyhytterapiakäyntien määrää, kestoa ja sisältöjä potilastietojärjestelmästä sekä vertaamalla näitä tuloksia intervention suositeltuun toteutustapaan. Lisäksi voitaisiin analysoida, kuinka hyvin keskeiset menetelmät toteutuvat käytännössä esimerkiksi kyselylomakkeiden tai havainnoinnin avulla. Osallistujien vastaanottavuutta ja sitoutumista interventioihin voitaisiin puolestaan tutkia keräämällä tietoa sekä asiakkailta että ammattilaisilta. Jälkimmäisiltä voitaisiin kysyä esimerkiksi intervention koetusta hyödyllisyydestä ja sovellettavuudesta, kun taas asiakkailta voitaisiin kartoittaa kokemuksia hoidon vaikutuksista. Sitoutumista olisi mahdollista tarkastella esimerkiksi hoitojen keskeyttämisprosentteja seuraamalla.

Jatkotutkimuksessa Terapiat etulinjaan -toimintamallin fideliteetin toteutumista voitaisiin tarkastella kahdella eri tasolla. Yksittäisten hoitojen tasolla, esimerkiksi lyhytterapioidissa huomio kohdistuisi siihen, kuinka uskollisesti ammattilaiset toteuttavat intervention keskeisiä menetelmiä ja rakennetta. Palvelujärjestelmän tasolla tarkastelu laajenis organisaatioihin ja rakenteisiin, eli kuinka systemaattisesti alueet ottavat käyttöön toimintamallin mukaisia käytäntöjä. Yhtenä keskeisempänä ja konkreettisimpana jatkotutkimusaineena voitaisiin siis tarkastella interventioiden fideliteetin säilymistä niiden siirtäessä osaksi hyvinvointialueiden arkea. Erityisesti Terapiat etulinjaan -hankkeen kaltaisissa laajamittaisissa hankkeissa olisi tärkeää tutkia, mitä interventioille tapahtuu käytännön työssä. Jatkotutkimuksissa voitaisiin hyödyntää laadullisia menetelmiä, kuten esimerkiksi henkilöstön haastatteluita, jotta saataisiin syvällisempää ymmärrystä niistä tekijöistä, jotka tukevat tai haastavat fideliteetin säilymistä. Erityisen kiinnostava näkökulma olisi se, että tarkasteltaisiin miten ammattilaiset tasapainottelevat näyttöihin perustuvien interventioiden vaatimusten ja käytännön työn reunaehtojen välillä. Tämänkaltaisen tutkimus toisi tietoa siitä, miten interventioiden vaikuttavuus säilyisi implementaation eri vaiheissa. Arvokasta tietoa toisi myös se, miten koulutusta ja käyttöönottoa tulisi kehittää, jotta sekä fideliteetti että tässäkin tutkielmassa tunnistettu tarkoituksenmukainen joustavuus toteutuisivat arjen työssä.

Lähteet

- Albers, B., Verweij, L., Blum, K., Oesch, S., Schultes, M. T., Clack, L., & Naef, R. (2024). Firm, yet flexible: a fidelity debate paper with two case examples. *Implementation Science*, 19(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01406-3>
- Bagley H. J., Short H., Harman N. L., Hickey H. R., Gamble C. L., Woolfall K., Young B., Williamson P. R. (2016). A patient and public involvement (PPI) toolkit for meaningful and flexible involvement in clinical trials—a work in progress. *Research Involvement and Engagement*, 2(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40900-016-0029-8>
- Barac, R., Kimber, M., Johnson, S., & Barwick, M. (2018). The effectiveness of consultation for clinicians learning to deliver motivational interviewing with fidelity. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 15(5), 510-533.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Bohnsack, R. (2014). Documentary method. In U. Flick (Ed.) *Documentary method* (Vol. 0, pp. 217-233). SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781446282243.n15>
- Boyd, L., Baker, E., & Reilly, J. (2019). Impact of a progressive stepped care approach in an improving access to psychological therapies service: An observational study. *PLoS One*, 14(4), e0214715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214715>
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679-686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)
- Colder Carras, M., Machin, K., Brown, M., Marttinen, T. L., Maxwell, C., Frampton, B., ... & Jones, N. (2023). Strengthening review and publication of participatory mental

- health research to promote empowerment and prevent co-optation. *Psychiatric services*, 74(2), 166-172. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220085>
- Consumers Health Forum of Australia. (2017). Experience based co-design toolkit. <https://ahha.asn.au/resource/experience-based-co-design-toolkit/>
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000772>
- DalGLISH, S. L., Khalid, H., & McMahon, S. A. (2020). Document analysis in health policy research: the READ approach. *Health policy and planning*, 35(10), 1424-1431. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa064>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A., & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen.
- ESIOR. (2026). *Terapiat etulinjaan –toimintamallin (Te) käyttöönoton vaikutusten arviointi*. ESior Oy:n raportti 16.1.2026. Noudettu 7.4.2026 osoitteesta: <https://terapiat-etulinjaan.fi/ajankohtaista/uutinen/2026/03/16/terapiat-etulinjaan-toimintamalli-on-maksanut-investointikustannukset-takaisin-jo-hankeaikana-ulkopuolisen-arviointi-toteaa/>
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of parent management training. *Behavior therapy*, 36(1), 3-13. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80049-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80049-8)
- Gaden, T. S., Gold, C., Assmus, J., Kvestad, I., Stordal, A. S., Bieleninik, Ł., & Ghetti, C. (2023). Treatment fidelity in a pragmatic clinical trial of music therapy for premature infants and their parents: the LongSTEP study. *Trials*, 24(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06971-w>
- Grindell C., Coates E., Croot L., O’Cathain A. (2022). The use of co-production, co-design and co-creation to mobilise knowledge in the management of health conditions:

- A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 877.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08079-y>
- Hasson, H. (2010). Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. *Implementation science*, 5(1), 67.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-67>
- Heinijoki, H., Karhula, M., & Seppänen-Järvelä, R. (2023). Implementaatiotutkimuksen viitekehysten soveltaminen kuntoutuksen tutkimuksessa. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 60(2).
<https://doi.org/10.23990/sa.120634>
- Hobson-Merrett, C., Frost, J., Gwernan-Jones, R., Pinfold, V., Clark, M., El Naggari, S., ... & Byng, R. (2024). Realist assessment of fidelity during the implementation of the PARTNERS collaborative care intervention for people with diagnoses of severe mental illness within a cluster randomised controlled trial. *PLOS Mental Health*, 1(6), e0000130 <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000130>
- HUS. (2025, 10. joulukuuta). *Lisää yhteistyötä hyvinvointialueiden ja perusterveydenhuollon kanssa – HUS sai Suomen Akatemialta noin 5 miljoonaa euroa rahoitusta hankkeilleen*. Noudettu 31.3.2026 osoitteesta <https://www.hus.fi/ajankoh-taista/lisaa-yhteistyota-hyvinvointialueiden-ja-perusterveydenhuollon-kanssa-hus-sai-suomen>
- Isokuorppi, N., & Aaltio, E. (2020). Fidelity and influencing factors in the Systemic Practice Model of children's social care in Finland. *Children and Youth Services Review*, 119, 105647. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105647>
- Kammonen, T., Hurme, A., & Korkala, H. (2024, 6. kesäkuuta). *Hoitajat iloitsevat, tutkijat jarruttelevat: Suomi hoitaa nyt mielen häiriöitä tavalla, jonka toimivuutta vasta tutkitaan*. YLE. Noudettu 31.3.2026 osoitteesta <https://yle.fi/a/74-20092177>
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., ... & Sourander, A. (2023). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European child & adolescent psychiatry*, 32(6), 995-1013.
<https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>

- Kemp, E., Aquino, M. R. J., Wilson, R., Vasiljevic, M., McBride, K., Robson, C., ... & Rodrigues, A. (2024). Assessing fidelity of design and training of Making Every Contact Count (MECC) in a mental health inpatient setting. *BMC Public Health*, 24(1), 3335. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20774-5>
- Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2015). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>
- Käypä hoito. (2015). *Alkoholiongelman motivoiva haastattelu*. Noudettu 22.1.2026 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak04628>
- Käypä hoito. (2020). *Kognitiivis-behavioraalinen ja interpersonaalinen terapia depressioiden akuuttivaiheen hoidossa*. Noudettu 21.1.2026 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak04361>
- Käypä hoito (2020b). *Pari- ja perheterapiat depressioiden hoidossa*. Noudettu 22.1.2026 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak06941>
- Lahtinen, I. (2023). *Ohjattu omahoito*. Innokylä. Noudettu 8.11.2024 osoitteesta <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/ohjattu-omahoito>
- Luoma, M. & Lindell, J. (2020). Johtaminen ja kompleksisuus - kolmijaosta kokonaisvaikutukseen. Teoksessa Vartiainen, P. ja Raisio, H (toim.), Johtaminen kompleksisessa maailmassa (s. 70–98). Gaudeamus.
- Meskanen, K. (2024). *Termit itsehoito ja omahoito*. Duodecim Käypä Hoito. Noudettu 8.11.2024 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix03443>
- Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mildon, R., & Shlonsky, A. (2011). Bridge over troubled water: Using implementation science to facilitate effective services in child welfare. *Child abuse & neglect*, 35(9), 753-756. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.001>
- Mielenterveystalo. (n.d.). *Omahoito-ohjelmat*. Noudettu 8.11.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/mielenterveyspalvelut/omahoito-ohjelmat>

- Mielenterveystalo. (n.d., b). *Nettiterapia*. Noudettu 21.1.2026 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapia>
- Mogalakwe, M. (2009). The documentary research method—using documentary sources in social research. *Eastern Africa social science research review*, 25(1), 43-58.
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American journal of evaluation*, 24(3), 315-340. <https://doi.org/10.1177/109821400302400303>
- Noel, P. E. (2006). The impact of therapeutic case management on participation in adolescent substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(3), 311-327. <https://doi.org/10.1080/00952990500328646>
- Nousiainen, M. (2024). *Terapiat etulinjaan -toimintamalli*. Innokylä. Noudettu 14.10.2024 osoitteesta <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/terapiat-etulinjaan-toimintamalli>
- Palmer V. J., Weavell W., Callander R., Piper D., Richard L., Maher L., Boyd H., Herrman H., Furler J., Gunn J., Iedema R., Robert G. (2019). The Participatory Zeitgeist: An explanatory theoretical model of change in an era of coproduction and codesign in healthcare improvement. *Medical Humanities*, 45(3), 247–257. <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011398>
- Páez, A., Nunan, D., McCulloch, P., & Beard, D. (2025). The influence of intervention fidelity on treatment effect estimates in clinical trials of complex interventions: a metaepidemiological study. *Journal of clinical epidemiology*, 177, 111610. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111610>
- Pérez, D., Van der Stuyft, P., Zabala, M. C., Castro, M., & Lefèvre, P. (2016). A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation science: IS*, 11(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0457-8>
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research: what it is and how to do it. *Bmj*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>

- Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251–267 <https://doi.org/10.2307/2586011>
- Prior, L. (2002). Using documents in social research.
- Roennfeldt, H., Stewart, V., Wyder, M., Fawcett, T., Robertson, C., Soole, R., ... & Chapman, J. (2025). Scoping Review of Co-Design in Mental Health Research: Essential Elements and Recommendations. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*, <https://doi.org/10.1177/15394492251367259>
- Rosenström, T. H., Saarni, S. E., Saarni, S. I., Tammilehto, J., & Stenberg, J. H. (2025). Efficacy and effectiveness of therapist-guided internet versus face-to-face cognitive behavioural therapy for depression via counterfactual inference using naturalistic registers and machine learning in Finland: a retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 12(3), 189-197. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00404-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00404-8)
- Saarni, S., Nurminen, S., Mikkonen, K., Karolaakso, T., Stenberg, J. H., Ekelund, J., & Saarni, S. (2022). The Finnish therapy navigator—Digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica*, 53, 120–137. Noudettu 20.9.2024 osoitteesta https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp-content/uploads/2022/11/Psychiatria_Fennica-2022-Saarni.pdf
- Schreier, M. (2024). Qualitative content analysis in practice. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529682571>
- Seilo, N., Lindholm, L., Tani, S., Laajasalo, T., Lämsä, R., Cresswell-Smith, J., ... & Linna-ranta, O. (2024). Psykososiaalisen intervention adaptointikuvaus keskeisistä näkökulmista ja käsitteistä. *Kasvun tukiaikakauslehti*, 4(1).
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2021). Nursing and health interventions: design, evaluation, and implementation. John Wiley & Sons.
- Sipilä, R., Mäntyranta, T., Mäkelä, M., Komulainen, J., & Kaila, M. (2016). Implementointia suomeksi. *Duodecim*, 132(9), 850-857.
- Slattery P., Saeri A. K., Bragge P. (2020). Research co-design in health: A rapid overview of reviews. *Health Research Policy and Systems*, 18, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0528-9>

Terapiat etulinjaan. (2022). *Miksi Terapiat etulinjaan -mallia tarvitaan?* Noudettu 20.9.2024 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/terapiat-etulinjaan-malli/miksi-terapiat-etulinjaan/>

Terapiat etulinjaan. (2023). *Terapiat etulinjaan -toimintamallin idea*. Noudettu 20.9.2024 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/terapiat-etulinjaan-malli/terapiat-etulinjaan-toimintamallin-idea/>

Terapiat etulinjaan. (2023b). *Ohjattu omahoito aikuisille*. Noudettu 8.11.2024 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/ohjattu-omahoito-aikuisille/>

Terapiat etulinjaan. (2023c). *Mielenterveystalo.fi – tehokasta ja luotettavaa apua nopeasti!*. Noudettu 8.11.2024 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/mielenterveystalo-fi/>

Terapiat etulinjaan. (2024a). *Porrastettu hoitomalli aikuisten mielenterveyspalveluissa*. Noudettu 21.9.2024 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/porrastettu-hoitomalli-aikuisten-mielenterveyspalveluissa/>

Terapiat etulinjaan. (2024b). *Terapiat etulinjaan -hankeinfo*. Noudettu 14.10.2024 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/info/terapiat-etulinjaan-hankeinfo/>

Terapiat etulinjaan. (2024c). *Uusia tuloksia ohjatussa omahoidosta: oireilu vähenee merkittävästi intervention aikana*. Noudettu 12.11.2024 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/ajankohtaista/tiedotteet/2024/10/31/uusia-tuloksia-ohjatusta-omahoidosta-oireilu-vahenee-merkittavasti-intervention-aikana/>

Terapiat etulinjaan – toimintamallin käsikirja. (2025). Noudettu 30.11.2025 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/>

Terapiat etulinjaan. (2025a) *Interpersonaalinen ohjanta IPC aikuisille*. Noudettu 21.1.2026 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/metodit/interpersonaalinen-ohjanta-ipc-aikuisille/>

Terapiat etulinjaan. (2025b). *Seurantatulokset aikuisten IPC-interventiosta*. Noudettu 21.1.2026 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/wp-content/uploads/2025/02/IPC-aikuiset-seurantatulokset-2024.pdf>

- Terapiat etulinjaan. (2025c). *Interpersonaalinen terapia IPT aikuisille*. Noudettu 21.1. osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/menetelmat/interpersonaalinen-terapia-ipt-aikuisille/>
- Terapiat etulinjaan. (2025d). *Tunnekeskeinen pari-interventio*. Noudettu 22.1.2026 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/menetelmat/tunnekeskeinen-pari-interventio/>
- Terapiat etulinjaan. (2025e). *Motivoiva haastattelu*. Noudettu 22.1.2026 osoitteesta <https://terapiatetulinjaan.fi/aikuiset/menetelmat/motivoiva-haastattelu/>
- Terveyskylä. (n.d.). *Mielenterveystalon nettiterapiat*. Noudettu 21.1.2026 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/omapolku/digihoitopolut/mielenterveystalon-netti-terapiat>
- Thomas, R. E., Baker, P. R., Thomas, B. C., & Lorenzetti, D. L. (2015). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004493.pub3>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030.
- Wiltsey Stirman, S., A Gutner, C., Crits-Christoph, P., Edmunds, J., Evans, A. C., & Beidas, R. S. (2015). Relationships between clinician-level attributes and fidelity-consistent and fidelity-inconsistent modifications to an evidence-based psychotherapy. *Implementation Science*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0308-z>
- Yin, R. K. (2009). Case study research: Design and methods (Vol. 5). sage.