



HYTE-toimintamalli

1 / 2022

Nuorten interpersonaalinen ohjanta (IPC-N)

Toimintamallin kuvaus: Klaus Ranta

Toimintamallin vertaisarviointi: Anu Raevuori & Max Karukivi

Hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimintamallien arviointi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Institutet för hälsa och välfärd

Finnish Institute for Health and Welfare

www.thl.fi



1 / 2022

Toimitus

hytearviointi@thl.fi

Päätoimittaja

Projektipäällikkö, Marika Kylänen
(etunimi.sukunimi@thl.fi, 029 524 7882)

Toimittaja

Kehittämispäällikkö, Elisa Kostiainen
(etunimi.sukunimi@thl.fi, 029 524 8602)

Taittäjä

Projektiassistentti, Jenni Lintunen

Julkaisija

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö
Mannerheimintie 166, A4
PL 30, 00271 Helsinki
Puh/tel +358 29 524 6000
www.thl.fi

Julkaisusarja

HYTE-toimintamalli
ISSN 2737-2936 (verkkójulkaisu)

Julkaisupaikka

HYTE-toimintamallien arvioinnit verkossa:
<https://thl.fi/hytearviointi>

Arkistointi

HYTE-toimintamallien arviointien arkistointi,
Julkari:
<https://www.julkari.fi/>

HYTE-toimintamallin lähetys arviointiin

hytearviointi@thl.fi

Sosiaalinen media

Twitter
https://twitter.com/HYTE_arviointi
LinkedIn
<https://linkedin.com/company/hyte-toimintamallien-arviointi>

HYTE-toimintamallien arviointi

Hyvinvointia ja terveyttä edistävien (HYTE) toimintamallien arviointi on avoin tiedolla johtamisen palvelu, jonka kehittäminen alkoi THL:ssä vuonna 2019. Palvelu tarjoaa vertaisarvioitua tietoa näyttöön perustuvista toimintamalleista, joita julkaistaan HYTE-toimintamalli-julkaisusarjassa.

Arviointiin otetaan HYTE-toimintamalleja eri aloilta, jotka edistävät hyvinvointia, terveyttä, turvallisuutta ja osallisuutta, edistävät yhdenvertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta, ehkäisevät eriarvoisuutta, hyvinvointi- ja terveyseroja, syrjäytymistä ja yksinäisyyttä, sekä edistävät sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävästä kehityksestä.

HYTE-toimintamalli-julkaisusarja

HYTE-toimintamalli-julkaisusarjassa on julkaistu toimintamallien arviointeja vuodesta 2019 lähtien. Jokainen toimintamalli käy läpi systemaattisen arviointiprosessin, joka tehdään yhteismitallisin kriteerein. Arvioinnit perustuvat toimintamallin edustajan kuvaukseen toimintamallista ja vähintään kahden arvioitsijan lausuntoon. Arviointi tehdään asteikolla 1-5 (heikko-erinomainen). Arvioinnin kohteena on toimintamallien vaikuttavuus, näyttö ja sovellettavuus käytäntöön. Arviointi on luonteeltaan kehittävä.

Arvioitsijoina voivat toimia toimintamallin riippumattomat asiantuntijat ja kokemusasiantuntijat. Menetelmänä on avoin vertaisarviointi, joka on laadunvarmistuksen ja kehittämisen keino. Arvioitsija voi valita tekeekö hän arvioinnin anonyymisti vai avoimesti.

Julkaisu sisältää toimintamallin edustajan tekemän kuvauksen toimintamallista ja yhteenvedon arvioitsijoiden lausunnoista.

HYTE-toimintamalli-julkaisusarjan kielet ovat suomi, ruotsi ja englanti. Jokainen arviointi julkaistaan erillisenä pdf-tiedostona thl.fi-sivuilla ja arkistoidaan Julkariin.

Tiivistelmä

Toimintamallin nimi: Nuorten interpersonaalinen ohjanta (IPC-N)

Tausta ja tavoite: Levittää ja juurruttaa nuorten masennusoireisiin suunnattua IPC-N-interventiota perustason palveluihin ja oppilaitoksiin, joissa ei juuri ole ollut käytettävissä olevia nuorten hoidollisia mielenterveyden interventioita. Masennus alentaa nuoren toimintakykyä ja lisää riskiä myöhemmille mielenterveyden häiriöille.

Käyttö: Valtakunnallinen pilotti toteutettiin Espoossa 2016–17. Sen jälkeen IPC-N:ää on levitetty valtakunnallisesti. Vuodesta 2020 alkaen mukana ovat olleet yliopistosairaaloita ylläpitävät sairaanhoitopiirit ja 20 maakuntaa.

Kohderyhmä: 12–19-vuotiaat nuoret, jotka hakevat ensi kertaa apua alentuneeseen mielialaan, heillä todetaan siihen viittaavia oireita tai lievä/keskivaikea komplisoitumaton masennustila. Mallin levittäminen ja juurruttaminen kohdistuu perustason mielenterveystyötä tekeviin ammattilaisiin ja sitä tuottaviin organisaatioihin.

Soveltuvuus eri kohderyhmiin: Pilotista hyötyivät myös nuoret, joilla oli samanaikaisesti ahdistuneisuutta.

Menetelmä: IPC-N on perustasolle kehitetty, kuuden käynnin mittainen strukturoitu interventio nuoren masennusoireisiin ja masennukseen. Se on lyhytversio A-tason tutkimusnäytön omaavasta nuorten 12–16 käynnin interpersonalisesta terapiasta (IPT-N). Molemmassa masennusoireiden ajatellaan olevan liitännäisiä nuoren ihmissuhteissa ilmeneviin ongelmiin. IPC-N-interventio kohdistuu merkittävien ihmissuhteiden korjaamiseen psykoedukaation, keskustelun ja harjoitteiden avulla. Perustasolle IPC-N:ään koulutettujen ammattilaisten työskentelyä ohjaavat erikoissairaanhoidon IPT-N:ään koulutetut ammattilaiset.

Seuranta ja arviointi: Vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja juurruttamisen onnistumista tulee seurata. Koulutussuunnittelusta ja kouluttamisesta vastaavan kouluttajaorganisaation määrittely ja resursointi on tarpeen. Juurruttamisen koordinaatio toiminta tulee turvata. THL:n kansallisen implementaation tukiroolia tulee ylläpitää.

Tulokset ja vaikutukset: Toimintamallilla vaikutetaan nuorten keskeisen mielenterveysongelman, masennuksen varhaisen hoidon saatavuuteen ja sitä kautta kansanterveyteen.

Vaikuttavuus: Tutkimuksessa (Suomi, Britannia) IPC-N on näyttänyt perustason henkilöstölle ja nuorille soveltuvana, masennusoireita lievittävänä interventiona. Näyttö IPC-N:n vaikuttavuudesta verrattuna peruspalveluissa annettavaan tavalliseen tukeen on kuitenkin vielä puutteellista.

Kustannusarvio: Karkea arvio on 2,5–3 miljoonaa euroa/vuosi. Tämä koostuu juurrutustiimien ylläpidosta, IPC-N-koulutuksista, IPT-N-koulutuksista ja IPC-N-menetelmäohjaajakoulutuksista, kouluttajakoulutuksista, sekä työajan osoittamisesta erikoissairaanhoidossa ja perustasolla suorittaja-, esimies- ja johtotasolla.

Kustannusvaikuttavuus: IPC-N-pilottihankkeen jälkeisessä 6 kk seurannassa 8 % hoidon läpi käyneistä tuli erikoissairaanhoidon asiakkaiksi, 92 %:lla tilanne masennusoireiden osalta helpottui oleellisesti.

Jatkokehittäminen: IPC-N:n lisäksi olisi hyödyllistä tutkia ryhmämuotoisten ja varhaisoireisiin suuntautuvien IPT-versioiden käyttöönottoa, sillä se voitaisiin rakentaa jo koulutettujen IPC-N-yksilötyöntekijöiden osaamisen päälle.

Avainsanat: IPC, IPC-N, nuoret, mielenterveys, masennus, varhaisinterventio

Teema-alueet: Hyvinvointijohtaminen, Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sote:ssa, Kansantautien ehkäisy, Mielenterveys, Palvelujärjestelmä ja rakenteet, Sosiaalinen toimintakyky, Toimintakyky, Yhdenvertaisuus

Toimintamallin yhteyshenkilö Suomessa: Klaus Ranta (etunimi.sukunimi@tuni.fi)

Toimintamallin arvioitsijat: Anu Raevuori ja Max Karukivi

Kansalliset verkkosivut: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021100149175>

Kansainväliset verkkosivut: <https://interpersonalpsychotherapy.org>

Arviointiluokka: Kansallisesti käytössä oleva toimintamalli (5–10 vuotta)

Kokonaisarviointi: 3/5 (hyvä)

Tarve toimintamallille on suuri ja toimintamallin sisältämä pääosin hyvä ja selkeä suunnitelma voi onnistuessaan tuottaa merkittäviä hyötyjä sekä kohderyhmän nuorille että yhteiskunnalle. Tutkimusnäyttö toimintamallin vaikuttavuudesta on kuitenkin vielä niukkaa eikä kustannusvaikuttavuutta ole arvioitu. Haasteena on myös kouluttajien saatavuus, sekä palvelujärjestelmän resurssien riittävyys kouluttamiseen ja juurruttamiseen.

Arvioinnin päivämäärä: 15.3.2022

Sammandrag

Praktiks namn: Interpersonell styrning av unga (IPC-N)

Bakgrund och mål: Sprider och förankrar IPC-N-interventionen för ungas depressiva symtom i tjänster på basnivå och läroanstalter där det inte egentligen har funnits terapeutiska interventioner i ungdomars psykiska hälsa. Depression sänker ungas funktionsförmåga och ökar risken för psykiska störningar senare i livet.

Användning: Det pilotförsöket genomfördes i Esbo 2016–2017. Därefter har IPC-N spritts på nationell nivå. Från och med 2020 har de sjukvårdsdistrikt som upprätthåller universitetssjukhus och 20 landskap deltagit i försöket.

Målgrupp: Unga i åldern 12–19 år som för första gången söker hjälp till nedsatt sinnesstämning, konstateras ha symtom som tyder på detta eller mild/medelsvårt okomplicerat depressivt tillstånd. Spridningen och förankringen av modellen riktas till organisationer och yrkespersoner som utför mentalvårdsarbete på basnivå.

Lämplighet för olika målgrupper: Även unga som samtidigt lider av ångest drog nytta av pilotförsöket.

Metod: IPC-N är en strukturerad intervention för depressionssymtom och depression hos unga på basnivå som omfattar sex besök. Det är en kort version av den interpersonella terapin på 12–16 besök med vetenskaplig evidens på A-nivå (IPT-N). I båda av dessa anses depressionssymtom vara förknippade med problem i ungdomarnas relationer. Praktiken riktas till reparation av betydande relationer med hjälp av psykoedukation, diskussion och övningar.

Uppföljning och utvärdering: Inverkan, kostnadseffektivitet och förankringens framgång ska följas upp. Det krävs definition av och resursfördelning för den utbildande organisationen som ansvarar för planeringen och genomförandet av utbildningen. Koordinationen av förankringen ska tryggas. Den stödande rollen av THL:s nationella implementering ska upprätthållas.

Resultat och effekter: Genom praktiken påverkas ungdomarnas psykiska problem, tillgången till tidig behandling av depression och därigenom folkhälsan.

Effektivitet: I undersökningen (Finland, Storbritannien) har IPC-N visat sig vara en lämplig intervention som lindrar depressionssymtom för basnivåns personal och ungdomar. Beviset på IPC-N:s effektivitet jämfört med det vanliga stödet som ges inom basservicen är dock fortfarande bristfälligt.

Kostnadsberäkning: Den grova uppskattningen är 2,5–3 miljoner euro/år. Detta består av upprätthållandet av förankringsteamet, IPC-N- och IPT-N-utbildningarna, IPC-N-metodhandledarutbildningarna, utbildarutbildningarna och påvisandet av arbetstiden.

Kostnadseffektivitet: 6 månader efter pilotprojektet blev 8 % av dem som genomgått behandlingen klienter inom den specialiserade sjukvården, och hos 92 % förbättrades depressionssymtomen avsevärt.

Vidareutveckling: Det skulle undersöka ibruktagandet av grupp-specifika IPT-versioner och IPT-versioner som riktas till tidiga symtom, eftersom de kunde byggas på den befintliga kompetensen av utbildade IPC-N-arbetare.

Nyckelord: IPC, IPC-N, unga, psykisk hälsa, depression, tidig intervention

Teman: Välfärdsledning, Främjande av välfärd och hälsa inom social- och hälsovården, Förebyggande av folksjukdomar, Psykisk hälsa, Servicesystem och strukturer, Social funktionsförmåga, Funktionsförmåga, Jämlikhet

Kontaktperson för praktiken i Finland: Klaus Ranta (fornamn.efternamn@tuni.fi)

Utvärderare av praktiken: Anu Raevuori och Max Karukivi

Nationell webbplats: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021100149175>

Internationell webbplats: <https://interpersonalpsychotherapy.org>

Utvärderingsklass: Praktik som används nationellt (5–10 år)

Helhetsbedömning: 3/5 (bra)

Behovet av praktiken är stort och den huvudsakligen goda och klara planen i praktiken kan vid framgångsrikt genomförande producera betydande nytta både för målgruppens ungdomar och samhället. Den evidensbaserade informationen om praktikens effekt är bristfälligt och kostnadseffektiviteten har inte bedömts. En utmaning är också tillgången till utbildare samt tillräckligheten av servicesystemets resurser för utbildning och förankring.

Utvärderingsdatum: 15.3.2022

Summary

Name of the practice: Interpersonal counselling for adolescents (IPC-A)

Background and aims: To disseminate and establish IPC-A interventions that target depression symptoms among young people in base-level services and educational institutions, which have lacked therapeutic interventions. Depression reduces young people's functional capacity and increases the risk of mental health problems.

Use of the practice: The pilot was carried out in Espoo during the period 2016–2017. Since then, IPC-A has been introduced nationwide. At 2020, the participants in the project were the university hospital districts and 20 regions.

Target group: Young people aged 12–19 who either are seeking help for a depressed state of mind for the first time, are diagnosed with symptoms suggestive of this, or have mild/moderate uncomplicated depression. The dissemination of the practice is aimed at organizations and professionals engaged in basic mental health work.

Applicability to different target groups: The pilot also benefited adolescents who had anxiety at the same time.

Method: IPC-A is a base-level, structured, six-visit intervention for addressing depression and symptoms of depression in young people. It is a short version of the 12–16-visit interpersonal therapy model for young people (IPT-N), which has attained A-level research results. The symptoms of depression are assumed to be related to problems in the young people's relationships. The IPC- intervention focuses on rectifying issues in significant interpersonal relationships through psychoeducation, discussion and exercises.

Monitoring and evaluation: Monitoring is needed for effectiveness and cost-effectiveness as well as progress in establishing the model's use. There is also a need to designate and resource the training organization responsible for the planning and execution of training in the use of the model. The coordination of work on establishing the practice must be ensured, and THL's supportive role in national implementation must be maintained.

Results and impacts: Use of the practice impacts the availability of early treatment for depression, which is a primary mental health problem among young people, and thus impacts public health as a whole.

Effectiveness: The research carried out (Finland, UK), has shown IPC-A to be a suitable intervention for use by base-level personnel to alleviate symptoms of depression among young people. However, there is still a lack of evidence on the effectiveness of IPC-A in comparison to the standard support provided in basic services.

Cost estimate: The estimated cost is roughly EUR 2.5–3 million/year. This consists of maintaining teams for establishing the practice, IPC-A- and IPT-N trainings, IPC-A instructor and trainer trainings, and the assignment of work time in specialized medical care and basic services at the practitioner, supervisory and managerial level.

Cost-effectiveness: 6-months after the pilot, 8% of patients who received counselling became customers of specialized medical care and 92% had a significant improvement in their depression symptoms.

Further development: It would also be beneficial to explore the introduction of IPT versions aimed at groups and early symptoms, as these could be introduced as additional training for workers already skilled in IPC-A.

Keywords: IPC, IPC-A, young people, mental health, depression, early intervention

Theme areas: Welfare management, Welfare and health promotion in social welfare and health care, Prevention of national diseases, Mental health, Service system and structures, Social functioning, Functional capacity, Equality

Contact person for the practice in Finland: Klaus Ranta (firstname.lastname@tuni.fi)

Peer-reviewers of the practice: Anu Raevuori and Max Karukivi

National website: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021100149175>

International website: <https://interpersonalpsychotherapy.org>

Evaluation category: Nationally used practice (5–10 years)

Overall evaluation: 3/5 (good)

There is a great need for the practice. The high-quality and clear plan included in the practice can bring significant benefits to the target group and society. But there is a little research evidence on the effectiveness of the practice, nor have assessments been made of its cost-effectiveness. Other challenges include a shortage of trainers and questions of whether the service system has sufficient resources for the training and for establishing the practice.

Date of the evaluation: 15 March 2022

Sisällys

1 IPC-N-TOIMINTAMALLIN KUVAUS	7
1.1 Toimintamallin vaikuttavuusketju	7
Tavoite, tausta ja tarve	7
Kohderyhmä, asiantuntijat ja sidosryhmät	9
Menetelmä	10
Seuranta ja arviointi.....	11
Tulokset, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus	12
Johtaminen ja hallinto.....	14
Viestintä.....	15
Etiikka ja riskit.....	15
Resurssit ja kustannusarvio	16
Jatkokehittäminen	17
Yhteenveto vaikuttavuudesta.....	17
1.2 Toimintamallin näyttöön perustuva tieto.....	17
Tutkimustietoon perustuva näyttö	17
Asiantuntijatietoon perustuva näyttö	20
Kokemusasantuntijatietoon perustuva näyttö.....	20
Yhteenveto näyttöön perustuvasta tiedosta	22
1.3 Toimintamallin sovellettavuus käytäntöön	22
Sovellettavuus Suomeen.....	22
Sovellettavuus eri kohderyhmiin	23
Olemassa olevat rakenteet ja verkostot	24
Koulutus ja koulutusmateriaalit.....	24
Käyttö Suomessa ja kansainvälisesti	25
Toimintamallin käyttöönoton merkitys kunnissa ja hyvinvointialueilla	25
Huomioita sovellettavuudesta käytäntöön	25
Yhteenveto sovellettavuudesta käytäntöön	26
1.4 Toimintamallin lähteet	26
2 IPC-N-TOIMINTAMALLIN VERTAISARVIOINTI	31
Arvio toimintamallin vaikuttavuudesta	31
Arvio toimintamallin näyttöön perustuvasta tiedosta	41
Arvio toimintamallin sovellettavuudesta käytäntöön.....	44
Kokonaisarviointi.....	48
LIITTEET	49

1 IPC-N-TOIMINTAMALLIN KUVAUS

1.1 Toimintamallin vaikuttavuusketju

Tavoite, tausta ja tarve

Tavoite

IPC-N -toimintamalli pyrkii nuorten peruspalveluihin, erityisesti opiskeluhooltoon levitetyllä masennuksen lyhytinterventiolla parantamaan 12-19 -vuotiaiden nuorten masennusoireiden ja lievän-keskivaikean depression varhaista hoitoa.

Tausta

IPC-interventio (Interpersonal Counseling) kehitettiin alun perin tarpeeseen kohdata nopeasti, taloudellisesti ja perustason palvelujärjestelmiin sovellettavalla tavalla lievistä depressiosta kärsiviä aikuispotilaita. Sen kehittivät tri Myrna Weissman ja tri Gerhard Klerman Yhdysvalloissa 1980-luvulla. IPC kehitettiin lyhennetyksi versioksi tekijöiden Yalen yliopistossa kehittämästä, 12-16 tapaamiskerran depression interpersonaalisesta terapiasta (Interpersonal Therapy, IPT).

Kolmen-kuuden tapaamiskerran mittaista IPC-interventiota on sittemmin sovellettu aikuisten ikäryhmässä, esimerkiksi sairaaloissa vakavasta sairauksista kärsiville, masennusoireista tai masennuksesta kärsiville potilaille, synnytyksen jälkeisen masennuksen yhteydessä sekä perustason terveydenhuollon avohoitopalveluiden työkaluksi, esimerkiksi terveysasemien sairaanhoitajia kouluttamalla. IPC:n kehittämisessä huomioitiin jo alusta alkaen intervention sovellettavuus ja koulutettavuus sellaisten perustasolla työskentelevien ammattilaisten työkaluksi, joilla ei ole psykiatrasta tai mielenterveysalan peruskoulutusta.

Sittemmin IPT:stä johdetut terapiamallit ovat laajenneet ja muodostavat kirjon eri ryhmille ja eri tarkoituksiin kehitettyjä interventiota. Ne jakavat kuitenkin kaikki IPT:n perusajatuksen, jonka mukaan masennusoireet ilmenevät ihmissuhteiden ongelmien yhteydessä, ja toisaalta masennuksen oireet haittaavat toimintaa ihmissuhteissa, ja että ihmissuhteiden katkoskohtiin vaikuttamalla voidaan saada aikaan muutosta myös masennusoireissa.

Havainnot nuorten masennuksen yleisyydestä ja merkityksestä aikuisuuden mielenterveyden suotuisalle kehitykselle johtivat Yhdysvalloissa nuorille kehityksellisesti muokatun interpersonaalisen terapian kehittämiseen. Laura Mufson työtovereineen kehitti yhteistyössä Myrna Weissmanin kanssa 1990-luvun alussa ensimmäisen nuoruusikäisille muotoillun version interpersonaalisesta terapiasta, 12-16 tapaamiskerran mittaisen nuorten interpersonaalisen terapian (Interpersonal Therapy for Adolescents: IPT-A). Pitkään IPT-A, suomeksi nuorten interpersonaalinallinen terapia, IPT-N, on ollut ainoa nuorille sovellettu interpersonaalisen terapian muoto. IPT-N:stä on 2000-luvun mittaan kertynyt niin paljon tutkimusnäyttöä, että tällä hetkellä näyttö sen vaikuttavuus nuorten masennuksen hoidossa määritellään A-luokkaan kuuluvaksi (Duodecim, 2021). IPT-N:ää on viety joissakin kansainvälisissä tutkimus- ja kehittämisprojekteissa myös kouluihin, mutta suomalaisittain se on niin pitkä, että intervention juurruttaminen kouluihin olisi varsin vaikeaa.

Nuorten IPC eli nuorten interpersonaalinen ohjanta, IPC-N, on vastaavalla tavalla kuin aikuisilla, lyhennetty versio nuorten interpersonaalisesta terapiasta. Se jakaa samat teoreettiset periaatteet kuin IPT-N ja interpersonaalinen terapia yleensäkin, mutta on strukturoidumpi ja lyhyempi. Paul

Wilkinsonin ja Victoria Cestaron tutkimusryhmä muokkasi Britanniassa alkuperäiseen Myrna Weissmanin IPC-hoitokäsikirjaan pohjautuen kehityksellisesti nuorille soveltuvan IPC -hoitomallin, IPC-A:n, suomeksi IPC-N:n. Tätä IPC-N -intervention käsikirjaa käytettiin ensimmäisessä suomalaisessa IPC-N -pilottitutkimuksessa Espoossa 2016-2017.

Nuorten IPC-N perustuu ajatukseen ihmissuhteiden merkityksestä masennuksen ilmenemisessä ja toisaalta ihmissuhteiden ongelmakohtien korjaamisen merkityksestä masennuksesta toipumisessa.

Suomessa on ollut nuorten ikäryhmälle suunnatuissa perustason palveluissa käytössä erittäin niukasti masennusoireiden ja lievän masennuksen varhaisinterventioita. Mahdollisten olemassa olevien käytänteiden vaikuttavuudesta ei ole olemassa juuri julkaistua tietoa. Taustalla ovat todennäköisesti nuorten palvelujärjestelmän mitoituksen, pirstaleiseen rakenteeseen ja hallintoon, ja jopa palveluiden järjestämisen juridiikkaan liittyvät syyt, jotka ovat hidastaneet nuoriin kohdistettujen, systemaattisesti levitettyjen hoitojen antamista ja tutkimista.

Perustason palvelujen mitoituksen ja niille tehtäväksi määriteltujen toimintojen laajuuden takia mahdollisuudet muun tyyppisten kuin lyhyiden interventioiden käyttöön ottoon nuorten ikäryhmille ovat monin paikoin heikot. Palveluissa voi olla käytössä paikallisesti joitakin nuorten toimintamalleja, mutta harvoja on kehitetty tai arvioitu kokonaisuutena. Monet nuorten mielenterveyttä edistävät toimintamallit on rahoitettu hankekausiksi ja julkisen palveluiden ulkopuolelle. Tämä aiheuttaa usein sen, että mallien pysyvyydelle välttämätön menetelmä- ja järjestelmätuki katkeaa hankekauden jälkeen.

Nuorten masennuksen kognitiiviseen terapiaan pohjautuvaa Maestro-toimintamallia koulutettiin ja levitettiin 2000-luvun alussa. Interventio on valitettavasti jäänyt pisteittäiseen käyttöön, sen koordinoitua koulutusta ei ole systemaattisesti järjestetty, eikä intervention vaikuttavuutta ole kattavasti arvioitu. Osasyynä on se, että mallin systemaattista koulutus-, levittämis- ja juurruttamissuunnitelmaa ei ole rahoitettu. Kokonaisuudessaan arviointeja nuorten keskeisten mielenterveyshäiriöiden perustasolle sovellettavissa olevista, kehityksellisesti muokatuista ja hoidollisista interventiomalleista ei ole juuri esitetty. Nuorten masennuksen osalta arviointeja perustasolle soveltuvista, vaihtoehtoisista nuorten strukturoitujen toimintamalleista ei ole myöskään käytettävissä.

Tarve

- Yksilö: IPC-N toimintamalli tuottaa yksilötasolla nuorelle masennusoireiden lievittymistä, ja tukee hänen toimintakykynsä palautumista.
- Väestö: nuorten väestöryhmä saadaan strukturoitujen, tutkittujen interventioiden piiriin kouluttamalla perustason henkilöstöä tuottamaan IPC-N:ää.
- Palvelujärjestelmä: nuorten mielenterveyspalvelujen organisointi ja johtaminen perustasolla on ollut pirstaloitunutta. IPC-N:n laadukas, systemaattinen levittäminen, kattava hoitovasteen arviointi, implementoinnin koordinaatio ja tuki, kouluttajatahon määrittely ja näiden resursointi kehittävät perustason palveluja. Kouluttamisen lisäksi on varmistettava perustason henkilöstön työajan allokointi nuorten mielenterveystyöhön.
- Lisäarvo toimintakäytännöille ja palvelujärjestelmälle: Nuorten palvelujärjestelmässä on ollut puutetta varhaisten, hoidollisten interventioiden tuottamisessa nuorten ikäryhmälle ja puutteellista koordinaatiota eri palvelutasojen välillä. IPC-N -mallin levittämisessä 2016-22 nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon tukena suunnitellusti perustasoa interventioiden

tuottamisessa: samanaikaisesti perustason työntekijöille suunnattujen IPC-N-koulutusten ohella erikoissairaanhoidon henkilöstöä on koulutettu nuorten interpersonaalisen terapian pidemmän version, 12-16 tapaamiskerran IPT-N:n suorittamiseen omassa työssään erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon henkilöstö on koulutettu toimimaan omien tehtäviensä ohella menetelmäohjaajina (työnohjaajina) perustason IPC-N-työntekijöille.

- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen: IPC-N -toimintamalli toimii laajalla alueella: se on sovellettavissa sekä nuorten masennusoireiden kohdistetuksi preventiiviseksi interventioksi masennuksen kehittymistä vastaan, että hoidollisena interventiona nuorten lievässä-keskivaikeassa depressiossa.
- Osallisuuden edistäminen: nuorten mielipiteitä heidän toiveistaan mielenterveyden hoidon optimaalisesta toteuttamistavasta ja IPC-N -toimintamallin hyväksyttävyydestä, hyödyllisyydestä ja toimivuudesta on selvitetty ja kysytty kansallisen IPC-N -pilottihankkeen yhteydessä 2016-2017. Perustason henkilöstön näkemyksiä IPC-N -menetelmän soveltuvuudesta ja toimivuudesta on kartoitettu sekä ko. pilottihankkeessa että sen jälkeen myös osana valtion rahoittamaa Tulevaisuuden sotekeskus-ohjelmaa 2020-22. Nuorten osallisuutta tulee toimintamallin kansallisessa levittämisessä ja juurruttamisessa edelleen edistää ja heidän kokemuksiin kuulla niin intervention ohjautumisesta, sen toimittamisen tavasta kuin hyödyllisyydestäkin.
- Oikeudenmukaisuuden edistäminen: IPC-N:n levittäminen Suomen maakuntiin yhtenäisin perustein sekä yhtenäisin koulutusta koskevin periaattein toteuttaa oikeudenmukaisuuden periaatetta nuoruuksikäisten väestöön nähden.
- Yhdenvertaisuuden edistäminen ja hyvinvointierojen ehkäiseminen: IPC-N:n vieminen maakuntiin ja intervention metodisesti yhtenäisin periaattein toteutettu kouluttaminen ja levittäminen edistää alueellista yhdenvertaisuutta suomalaisnuorten kesken ja parantaa nuorten asemaa juuri heille suunnattujen hoidollisten palvelujen saajina.
- Syrjäytymisen ehkäiseminen: Nuorten syrjäytymisen taustalla on usein mielenterveyden häiriö. Masennus on nuorilla keskeinen näistä häiriöistä.

Kohderyhmä, asiantuntijat ja sidosryhmät

Kohderyhmä

12-19-vuotiaat nuoret, joilla on joko 1. masennusoireita, 2. lievä masennus tai 3. komplisoitumaton keskivaikea masennus.

Asiantuntijat ja sidosryhmät

IPC-N- toimintamallin maahantuonti ja ensimmäiset koulutukset järjestettiin HUS:in toimesta Valtioneuvoston rahoittamassa, Espoon kaupungin ja THL:n kanssa yhteistyössä toteutetussa VN-TEAS kehittämishankkeessa 2016-2017. IPC-N:n kouluttamisen ja levittämisen mallinnusta ja muualle Suomeen tuotettuja IPC-N -koulutuksia koordinoi 2016-2020 HUS, (ylilääkäri Klaus Ranta ja työryhmä). Suomalaisen IPC-N-kouluttamismallin suunnittelu toteutettiin yhteistyössä Irossa-Britanniassa toimivien IPT-N ja IPC-N-asiantuntijoiden kanssa (Anna Freud Center, University College London) 2016-2021.

Keskeinen IPC-N:n ja IPT-N:n kouluttaja ja kouluttamisen konsultti on ollut tri Roslyn Law Anna Freud Centeristä. Hän toimii Britanniassa IPT-N-hoidon kansallisena koordinaattorina CYP-IAPT-ohjelman puitteissa. IPC-N -metodiikan osalta toinen keskeinen yhteistyökumppani on ollut tri Paul Wilkinson (Cambridge University), jonka työryhmän nuorille muokkaamaa, Myrna Weissmanin alkuperäistä IPC-käsikirjaa on käytetty suomalaisissa IPC-N-koulutuksissa. Toimintamallin ja kouluttamisen suunnittelussa on konsultoitu niin ikään interpersonaalisen terapian kehittäjää, professori Myrna Weissmania. Suomalaisena asiantuntijana toimintamallin kehittämiseen on osallistunut keskeisesti myös PsT Jarmo Kontunen, joka on toiminut myös suomalaisena kouluttajana.

IPC-N -pilottihankkeen jälkeisiä IPC-N -koulutuksia ja IPC-N -menetelmäohjaajakoulutuksia on järjestetty säännöllisesti vuodesta 2018 alkaen Anna Freud Centerin tuottamana ja HUS:in koordinoimana. Vuosien 2020-22 Tulsote-hankkeessa IPC-N -intervention keskeinen kouluttaja Suomessa on ollut nuorisopsykiatrian ylilääkäri Tarja Koskinen KYS:istä, jolla on Suomessa pisin kokemus IPT-N:stä ja IPC-N:stä, niiden ohjaamisesta nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja nuorille suunnatuissa palveluissa perustasolla. Anna Freud Centeriltä tilattu, Suomeen kohdistettu IPC-kouluttajien koulutus on parhaillaan meneillään (2020-2022).

Menetelmä

Suunnittelu

Toimintamallin ja sen kansallisen levittämisen alustava mallintaminen toteutettiin 2016-2017 Valtioneuvoston kanslian rahoittamassa pilottihankkeessa, jonka osallisina olivat HUS, THL ja Espoon kaupunki (Ranta ym., 2018). Raportti on julkaistu Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarjassa numerolla 90/2017.

STM:n Tulevaisuuden Sote-keskushanketta 2020-2022 ennakoiden toimintamallin kehittäjät valmistelivat vuosina 2019-2021 aiemman työnsä ja suomalaisten kokemusten pohjalta myös mallin IPC-N:n kansalliseksi, porrasteiseksi koulutusjärjestelmäksi. Kuvaus sisältää perustason IPC-N -koulutuksiin otettavien sisäänotto- ja pätevyyskriteerit sekä vastaavat kriteerit koulutukseen otettaville IPC-N -menetelmänohjaajille. Huomiota on kiinnitetty riittävän osaamispätevyyksien (kompetenssien) tuottamiseen kriteeristöineen. Koulutusjärjestelmän kuvaus on ohjannut IPC-N -koulutukseen tehtäviä valintoja ja IPC-N:n levittämistyötä.

Yliopistosairaalat ovat muodostaneet vuodesta 2019 alkaen verkoston, jossa ne koordinoivat erva-alueillaan yhteistyössä alueen maakuntien kanssa tehtävää juurrutustyötä. Valtion rahoittamassa Tulevaisuuden sotekeskus-ohjelmassa 2020-2022 viisi yliopistosairaalaakin erva-alueillaan, ja yhteistyössä alueidensa maakuntien kanssa järjestävät IPC-N -koulutuksia. THL tukee IPC-N -toimintamallin käyttöönoton kansallista toimeenpanoa.

Toteutus

I. Kansallinen IPC-N pilottihanke, Espoo 2016-2018. Toimijat HUS, THL ja Espoon kaupunki: menetelmän soveltuvuuden ja hyödyllisyyden arviointi Suomessa, kansallisen levittämismallinnoksen valmistelu ja testaaminen.

II. IPC-N:n kansallisen levittämisen pohjustamisvaihe 2018-2020: IPC-N-menetelmäohjaajakoulutusten järjestäminen, erikoissairaanhoidon suunnattujen IPT-N -koulutusten järjestäminen menetelmänohjaajien tuottamiseksi. Kouluttajakouluttamisen suunnittelu ja käynnistys sekä koulutusjärjestelmän suunnittelu. Koordinoinnista vastasi HUS.

III. IPC-N:n kansallinen levittäminen Tulevaisuuden sotekeskus-ohjelman osana 2020-2022: Talvella 2020-2021 koulutettiin 605 IPC -työntekijää maakuntiin. Yliopistosairaaloissa toimivat juurruttamista edistävät juurruttamis (osaamiskeskus) työryhmät. Kouluttamismallin jatkokehittäminen. Menetelmää on levitetty kaikkiin maakuntiin.

Juurutus

Kaikissa Suomen maakunnissa on vuosina 2020-2022 toiminnassa osana Tulevaisuuden sotekeskus-hanketta maakunnallinen hanke, jossa IPC-N:ää levitetään ja juurrutetaan perustason palveluihin. Hankkeessa on muodostettu käytännön suunnitelmat IPC-N:n viemiseksi kunkin maakunnan perustason palveluihin tai opiskeluhoitoon. Juurruttaminen tapahtuu yhteistyössä yliopistosairaaloiden juurruttamis (osaamiskeskus) -tiimien kanssa, jotka koordinoivat koulutusten järjestämistä niiden omilla erityisvastuualueilla. Yliopistosairaalat ovat verkostoituneet keskenään koordinaation takaamiseksi. THL tukee kansallista juurruttamista.

Seuranta ja arviointi

Nuorten ottamista IPC-N -interventioon on useimmilla alueilla seulottu masennusoireiden osalta R-BDI-instrumentin avulla. Kokonaispistemäärä 5 tai enemmän on toiminut indikaattorina oireiden merkittävyydestä. Haastattelussa on täydennetty R-BDI -mittarilla toteutettua oireiden itsearviointia. Nuoren soveltuvuutta IPC-N:ään ja intervention toteuttamismahdollisuuksia voidaan haastattelussa arvioida THL:n julkaiseman tarkistuslistan sisältämien kriteerien avulla (ks. Ranta ym. 2021; THL, 2021). Se sisältää ammattilaisen arvioinnin nuoren masennusoireiden vakavuudesta, niiden ensisijaisuudesta oireiden kokonaisuudessa, nuoren motivaatiosta hoitoon, mahdollisten muiden akuuttien toimenpiteiden tarpeesta vakaviin oireisiin, ja kasvuympäristön tuen riittäväydestä.

IPC-N -interventioon sisältyy se, että intervention aikana nuoren masennusoireita ja niissä tapahtuvia muutoksia seurataan säännönmukaisesti ja toistetusti. Seuranta tapahtuu tavallisesti PHQ-9 -mittarilla jokaisen tapaamisen yhteydessä. Tarpeesta ja mahdollisuuksista riippuen masennusoireita on hyödyllistä kartoittaa laajemmin myös BDI-21-instrumentilla. Nuoren yleistä hyvinvointia ja siinä tapahtuvaa muutosta voidaan seurata myös lyhyen YP-CORE -mittarin avulla. Mittaaminen on tapahtunut alueellisesti sovitulla tavoilla, niiden perustason palveluissa olevien toteuttamismahdollisuuksien mukaan. THL koordinoi kansallisen arvioinnin käytäntöjä.

Kohderyhmän, asiantuntijoiden ja sidosryhmien osallistuminen

Kohderyhmä: Nuorten kohderyhmä osallistui intressi- ja informointiryhmänä säännöllisesti Espoon IPC-N-pilottihankkeeseen 2016-2017. Heidän kokemuksiaan saadusta palveluista ja sen hyödyllisyydestä kartoitettiin erillisellä puolistrukturoidulla kyselyllä osana IPC-N -toimintamallin soveltuvuustutkimusta.

Asiantuntijat: IPC-N -pilottihankkeen yhteydessä perustasolla toimivat ammatilliset esimiehet ja työntekijät olivat keskeisesti mukana hankkeen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tulevaisuuden Sote-keskusohjelmassa 2020-2022 alueelliset seurantaröhmät toimivat kaikissa maakunnissa, alueesta riippuen hieman eri tyyppisissä koostumuksissa, mutta koostuen yliopistosairaaloiden juurruttamistyöryhmien ammattilaisista ja perustason esihenkilöinä toimivasta paikallisesti koordinoivista ammattilaisista.

Sidosryhmät: IPC-N -pilotti 2016-2017 toteutui HUS:in, THL:n ja Espoon kaupungin yhteistyössä. Tulevaisuuden sotokeskus-ohjelmassa 2020-2022 on mukana laaja verkosto toimijoita: STM, THL, yliopistosairaalat, maakunnat, Tulsote-hankeorganisaatiot.

Tulokset, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

Tulokset

Toistaiseksi IPC-N -pilottihankkeessa (2016-2017) ja mallin levittämisen alkuvaiheessa (2018-2020) on havaittu, että IPC-toimintamalli soveltuu työväliseksi perustason mielenterveystyöhön kouluihin ja neuvoloihin sekä opiskelijahuoltoon, sekä näissä työskentelevien ammattiryhmien työkaluksi.

Pilottitutkimuksessa 2016-2017 IPC-N:n hyödyllisyydestä nuorten masennuksen hoidossa kertyi alustavaa näyttöä: interventio näytti yhdistyvän nuorten masennusoireiden vähentymiseen. Vaste tehostui 6 kuukauden seurannassa. Pilottitutkimuksessa IPC-N:n (n=29) ja aktiivisen vertailuhoidon (n=22) välillä ei kuitenkaan havaittu tilastollista eroa nuorten masennusoireiden vähentymisessä. Myös opiskeluhuoltoon rakennettu vertailuhoito, supportiivinen, masennusoireita toistuvasti mittarein arvioiva ja masennusoireisiin kohdistettu kuuden kerran vertailuhoito tuotti masennusoireiden vähentymistä nuorilla.

Pilottitutkimuksen tulokset viittasivat siihen, että IPC-N -interventio toimii myös silloin, kun nuoren oireistossa on liitännäisiä ahdistuneisuusoireita tai -häiriöitä, ja kun masennusoireiden vaikeusaste oli viitteellisesti korkeampi kuin vertailuhoidossa, ja varsinkin työntekijän ADRSc- instrumentilla arvioimana sellainen, että se ylitti kliinisen masennustilan katkaisupisteen ko. mittarilla.

IPC-N -pilotissa kyettiin arvioimaan hankekauden rajallisen keston vuoksi valitettavasti vain työntekijöiden aivan ensimmäisiä toteutuneita IPC-N -interventioita, joten on syytä olettaa, että tutkimus ei välttämättä vastaa intervention tuloksellisuutta vaiheessa, jossa työntekijöiden menetelmälliset taidot ja mentelmälliset osaamiskompetenssit ovat täysin kehittyneet.

IPC-N -toimintamalli näyttäytyy perustasolle soveltuvana ja hyödyllisenä varhaisinterventiona nuorten masennukseen. Se vaikuttaisi rohkaisevan työntekijöitä menetelmäohjauksen tuella hoitamaan myös hieman vaikeampioireista masennusta ja sellaista masennusta, johon liittyy ahdistuneisuutta. Pilottitutkimuksen yhteydessä havaittua löydöstä nuorten hitaasta kertymisestä vertailevaan interventioon voi selittää peruspalveluiden opiskeluhuoltoon peruskouluissa ohjaava juridiikka ennaltaehkäisevien toimenpiteiden ensisijaisuudesta sekä IPC-N -interventioon verrattuna vähäisempi ohjauksellinen tuki.

Jatkossa tarvitaan lisätietoa IPC-N -intervention vaikuttavuudesta kattavammassa asetelmassa, eri tyyppisiin ja palvelujärjestelmäekologisesti edustavampiin, tosielämässä toteutuviin vertailuhoitoin nähden (ns. treatment as usual) ja tilanteissa, joissa interventioita antavien työntekijöiden menetelmäkompetenssit ovat täysin kehittyneet.

Olisi kansanterveydellisesti ensiarvoisen tärkeää tarkastella ja kehittää hoidollista toimintaa säätelevää juridista ohjausta nuorten perustason mielenterveyspalveluissa ja esimerkiksi yläkoulujen opiskeluhuollossa. Tärkeää se on siksi, että jos hoidollinen toiminta määrittellään ainoastaan erikoissairaanhoidossa toteutuvaksi, se tuottaa yläkouluikäisten nuorten mielenterveyden häiriöiden korkean ilmaantuvuuden ja esiintyvyyden takia tilanteen, jossa moni mielenterveyden häiriöstä kärsivä nuori jää vaille hoidollista interventiota – varsinkin varhaisia interventioita, sillä erikoissairaanhoido ei pysty hoitamaan kaikkia mielenterveyden häiriöitä.

Jatkossa on tärkeää myös nimetä ja riittävästi resursoida IPC-N:n ja nuorten interpersonaalisen terapian koulutuksesta vastaava toimijataho soveltuvasta koulutusorganisaatiosta ja varmistaa siten IPC-N:n yhtenäisen ja laadukas täydennys- ja jatkokoulutus. Näin voitaisiin myös huolehtia ja ylläpitää IPC-N -menetelmään liittyviä yhtenäisiä, klinisiä kouluttaja-, menetelmäohjaaja- ja tuottajapäteyyksiä ja koulutusten sisäänottokriteerejä. Tämä on tarpeen myös, jotta IPC-N-menetelmään ei jatkossa liittyisi: 1. puutteellisin osaamisresurssein tuotettua koulutusta, joka ei tuota koulutetuille riittäviä taitoja vaikuttavaan hoitoon; 2. vaillinaisella menetelmäohjauksella tuetun koulutuksen järjestämistä; 3. alueellista eriarvoisuutta intervention tuottamassa hyödyssä alueiden väestölle.

Samoin IPC-N -toimintamallin, sen juurruttamisen ja kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi tulisi muodostaa toimintasuunnitelma, jonka koordinoijaksi parhaiten sopisi kansallisella tasolla menetelmän implementaatiota tukeva THL. Palvelujärjestelmään tulee varata Tulevaisuuden sotekeskus-ohjelmakauden jatkeeksi riittävä resurssi yliopistosairaaloiden erityisvastuualueillean juurruttamistiimien suorittamalle menetelmäohjaukselle ja alueelliselle juurruttamisen tuelle, tukien näin yliopistosairaaloiden ns. keskittämisasiäsetuksen mukaista roolia omien erityisvastuualueidensa psykososiaalisten hoitojen tarpeenmukaisen saannin koordinaattoreina. Koordinoiva rooli liittyy asetuksen mukaisesti eri tyyppisiin psykososiaalisiin hoitoihin.

Kaiken kaikkiaan sekä rekisteritiedon perusteella että palvelujärjestelmän hoitoketjun osilta arvioituna on nähtävissä pulaa nuorten ikäryhmälle kohdistetuista, mielenterveysinterventioihin käytettävissä olevista, tai niihin allokoituista henkilö- ja aikaresursseista perustasolla. Tämä on yksi mahdollinen syy siihen, että eri ikäryhmistä nimenomaan nuoruusikäisillä on todettu pitkittäisesti, jo 2010-luvulta asti, kaikkein voimakkain mielenterveyden hoidon keräytyvyyden kasvu erikoissairaanhoidon (Vorma ym., 2020).

Perustason resurssien käytettävyys nuorten mielenterveyden hoidollisiin interventioitehtäviin tulisi selvittää järjestelmätasolla maakunnittain. Mikäli reaalisia henkilöstöpuutteita tarpeeseen nähden esiintyy, perustason palvelujen resurssointia tulee kehittää maakunnissa.

Niin ikään tulisi valtakunnallisesti varmistaa riittävä juridinen ohjaus hoidollisten interventioiden tekemisen mahdollistamiseksi perustasolla nuorten ikäryhmälle.

Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

IPC-N -toimintamallin vaikuttavuudesta pitkällä aikavälillä ei ole toistaiseksi tietoa. On oletettavaa, että keskeinen tekijä pitkäaikaisvaikuttavuudessa on IPC-N -menetelmän juurtuminen. Jos ammattilaisten interventioiden antamista ei tueta riittävästi esimerkiksi menetelmäohjauksen keinoin sekä muilla mielenterveystyön tekemisen mahdollistavilla juurruttamisen tukitoimenpiteillä, IPC-N -interventioita ei yksinkertaisesti suoriteta. Kokemukset tähän saakka toteutetussa implementaatioissa eri puolilla maata viittaavat tähän.

Jatkossa tulee tärkeäksi arvioida systemaattisesti myös IPC-N -intervention kustannusvaikuttavuutta. Arviointia tulisi toteuttaa verraten IPC-N:ää perustason palveluissa jo toteutettuun ja resursoituun vaihtoehtoiseen palveluun, sekä ja myös erikseen arvioituna, annettujen IPC-N -interventioiden kustannusvaikuttavuutena.

IPC-N -toimintamallin palvelujärjestelmän kautta tuottamaa terveyshyötyä on myös tarpeen selvittää jatkossa laajemmin arvioimalla implementaatioimenpiteiden onnistumista ja toteutumista eri alueilla lukumääräisesti sekä arvioimalla maakunnissa/lueilla toteutettunutta muuta palvelujen käyttöä, esimerkiksi nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttöä. Tällainen

arviointi edellyttää kuitenkin kunkin maakunnan/alueen palvelujärjestelmien nuorille kohdistettujen toimintakäytäntöjen ja mielenterveystyön työnjaon tuntemusta ja tulosten suhteuttamista kunkin alueen palveluiden käytettävissä oleviin resursseihin sekä perustason palveluissa että erikossairaanhoidossa, sillä näiden välisessä resursoinnissa ja työnjaossa esiintyy merkittäviäkin alueellisia eroja.

Toimintamallin mahdollisia muita, arvioitavia terveysvaikutuksia, yhteiskunnallisia vaikutuksia ja kustannusvaikutuksia:

- Yksilöt: vaikutukset nuoren terveydelle: koettu kärsimys laskee, yleinen ja sosiaalinen toimintakyky palautuu. Riski masennuksen pitkittymiselle tai vaikeutumiselle pienenee. Kouluttautumiskyky palautuu. Syrjäytymisriski laskee.
- Nuorten ikäryhmä: mielenterveyspalvelut toimivat kokonaisuutena paremmin, mahdollisuus saada varhaisinterventio paranee.
- Yhteiskunta: mielenterveysyistä tapahtuva eläköityminen vähenee, toimintakyvyttömyydestä seuraava kustannustaakka vähenee.

IPC-N -toimintamallin kustannusvaikuttavuutta voidaan lähestyä monesta näkökulmasta. Palvelujärjestelmän näkökulmasta toiminnan strukturointi (opiskeluhuollon varhaisten, vaikuttavien hoitojen lisääminen) tuottaa todennäköistä säästöä erikoissairaanhoidon kustannuksissa masennuksen osalta. Optimaalisesti tämä voisi olla seuraus ei-strukturoidun, vähemmän vaikuttavan toiminnan korvautumisella vaikuttavammalla toiminnalla, mutta tämän osoittamiseksi tarvitaan suomalaista vertailututkimusta ekologisesti edustavan, palveluissa rutiinisti annetun palvelun ja IPC-N -intervention välillä.

Vertailua tulisi optimaalisesti jatkossa suorittaa myös yhtä paljon perustason ajallista ja taloudellista resurssia vievään muuhun perustason mielenterveysinterventioon. Tällaisen intervention muotoilu perustasolle olisi tärkeää kustannusvaikuttavuuden selvittämisen suhteen relevantin vertailuasetelman muodostamiseksi, minkä jälkeen tulisi arvioida ryhmien tarvitsemaa jatkohoitoa masennuksen takia esimerkiksi erikoissairaanhoidossa.

Samoin voitaisiin arvioida vertailuasetelmassa tutkimuksessa havaittuja, muita masennukseen liittyviä seurauksia, esimerkiksi nuorilla jatkossa esiintyviä mahdollisia kouluttautumispuutoksia, päihdekäyttöä tai lisääntyneitä muita terveyspalvelujen käyttöä. Näiden mahdollisten seurausten esiintymistä tulisi selvittää tulisi kansallisessa, riittävän laajassa seuranta-asetelmassa, jossa huomioitaisiin myös rekisteriseuranta.

Varhainen hoidon kustannusvaikuttavuus: On viitteitä siitä, että varhainen hoito tuottaa paremman hoitovasteen. Yksi eläköitynyt nuori tuottaa elinaikanaan yhteiskunnalle yli miljoonan kustannuslisän. Masennuksen ilmaantuvuuden perusteella noin 7000 nuorta tarvitsisi vuosittain interventiota. Jos hyvin varovasti ajatellaan, että joka sadas nuori (= 70 nuorta saisi IPC-N-varhaisinterventiosta avun, jonka tuella hän jatkossa välttää pahimmat pitkäaikaisseuraamukset, kuten eläköitymisen, yhteiskunnan kokonaissäästö olisi runsaat 70 miljoonaa euroa.

Johtaminen ja hallinto

Kansallisen kouluttamis-, levittämisen- ja juurruttamismallin muotoilua on edistetty melko pitkälle vuosina 2016-2021. Toistaiseksi terveydenhuollon ns. keskittämisesetukseen mukaisesti yliopistosairaalat toimivat omilla erityisvastuu (erva-) alueillaan juurruttamisen ja ylläpidon koordinaattoreina. Ei ole vielä selvillä, miten koordinoitua järjestetään terveydenhuollon uudistuksen jälkeisillä sote/hyvinvointialueilla.

Interpersonaalisen terapian metodisesta kouluttamisesta vastaava kouluttajaorganisaatio on jatkossa tarpeen määritellä ja resursoida, jotta tuotettavien menetelmällisten osaamiskompetenssien laadukkuus voidaan turvata, koulutuspolut eivät eriydy tai pirstaloidu eri osissa maata tai koulutuksellista osaamisen tai menetelmällisen tuen potentiaalia menetettä. Juurruttamistoimenpiteitä tulee tukea osana yliopistosairaaloiden psykososiaalisten menetelmien koordinaatiotoimintaa. THL tukee IPC-N -menetelmän kansallista implementaatiota. THL on valmistellut palvelujärjestelmään sopivien toimenpidekoodien määrittelyä kansallisessa seurannassa. IPC-n toimintamallille määritettävän koulutusorganisaation ja THL:n yhteistyö tulee varmistaa. Maakunnissa ja niiden perustason palveluissa IPC-N -menetelmä leviää tällä hetkellä valtion rahoittamassa vuosien 2020-2022 Tulsoite-ohjelmassa ja hankeorganisaatioissa kiinteässä yhteistyössä yliopistosairaaloiden kanssa.

Viestintä

Toistaiseksi toimintamallia on levitetty valtionrahoituksen avulla. Tulevauuden Sote-keskus 2020-2022 -ohjelmarahoitus on osoitettu maakunnille ja yliopistosairaanhoitopiireille, jotka ovat muodostaneet maakunnissa ja viiden erä-/yhteistyöalueen välillä toiminnallisia sopimuksia. Viestintä tapahtuu viiden yliopistosairaanhoitopiirin alueilla niiden hankeorganisaatioissa ja maakunnissa. Kullekin viidelle yhteistyöalueelle on muodostunut IPC-N -toimintamallin koordinoitiin yhteistyössä alueiden perustason organisaatioiden kanssa oman tyyppisiä rakenteitaan, ja myös aluekohtaista tiedottamista. Yliopistosairaaloilla on omaan koordinaatorooliinsa liittyen omat tiedostussivustonsa. THL:llä on kansallisen tuen rooli, jossa on kansallista viestintää.

Etiikka ja riskit

Etiikka

Eettiset tekijät, jotka puoltavat toimintamallin merkitystä nuorille:

IPC-N -intervention varhaisuus, intervention sovittaminen olemassa oleviin perustason palveluihin, sekä intervention kouluttamiskriteerien luominen parantavat nuorten hoidon saamista läheltä, kynnyksettä, toteutuessaan laadukkaasti. IPC-N -toimintamalli parantaa nuorten alueellista tasa-arvoa Suomessa ja mahdollistaa paremman ennusteen nuorten masennuksen hoidolle lisäämällä varhaisen hoidon saatavuutta.

Eettiset riskit toimintamallin levittämisestä: Mikäli IPC-N -toimintamallin palvelujärjestelmä-implementaatioissa ei kyetä tehokkaasti puuttamaan perustason rakenteellisiin esteisiin (perustason hoidollista toimintaa estävä juridinen sääntely, nuorten hoidolliseen mielenterveystyöhön käytettävän aika- ja henkilöpanoksen osoittamisen epäonnistuminen), on riski että IPC-N -toimintamallin levittämiseen ja juurruttamiseen käytetyt resurssit menetetään perustason pohjarakenteen jäädessä menetelmän juurruttamiseen soveltumattomaksi. Tällöin tarvitaan kuitenkin joka tapauksessa uudelleenarviointia nuoruusikäisten ikäryhmälle perustasojen palveluissa kohdistetun mielenterveystyön suorittamisen edellytyksistä Suomessa.

Toiseksi tulisi suorittaa laajempi tutkimus IPC-N -menetelmän vaikuttavuudesta verrattuna perustason toimintaympäristössä tyyppisesti tarjottuun masennuksen kohtaamisen/hoidon malliin, joka käyttää saman verran resursseja. Näin voitaisiin osoittaa / arvioida tällaisessa asetelmassa metodisesti huolellisesti koulutetun, ohjatun ja riittävinä taidollisina kompetensseina opitun ja toteutetun IPC-N:n vaikuttavuus laajemmassa asetelmassa. Tällainen jatkotutkimus

pienentää riskiä sille, että IPC-N interventio ei olisikaan vaikuttava laajassa asetelmassa ei-kouluttamiseen verrattuna.

Kansallinen IPC-N-pilottitutkimus on aikanaan arvioitu eettisten seikkojen osalta HUS-alueen Psykiatrian eettisessä lautakunnassa vuonna 2016.

Riskit

Nuorten mielenterveyspalvelut ovat hallinnollisesti pirstaleisia, mikä aiheuttaa riskin, että IPC-N -menetelmä ei juurru yhtenäisenä kokonaisuutena yli ammattiryhmien palvelurakenteeseen. Sote-ratkaisun synnyttyä on ratkaisevaa, miten nuorten ikäryhmän mielenterveyspalveluiden johtaminen toteutetaan maakunnissa. Maakuntien tai erityisvastuualueiden keskinäinen kilpailu voi katkaista yhteistyön toimintamallin levittämisessä ja juurruttamisessa. Eri ikäryhmien mielenterveyteen suunnattavista resursseista ja toimintamalleista käytävä hallinnollinen tai ideologinen kilpailu voi katkaista nuorten ikäryhmälle suunnattavan IPC-N -toimintamallin kehittämisen. Tietojohtaminen nuorten mielenterveyspalveluissa on tarpeen.

Resurssit ja kustannusarvio

Seuraavassa esitetään karkea, suuntaa antava laskelma IPC-N-toimintamallin ylläpitoon julkisin varoin:

- 1) Suoran kouluttautumisen kustannukset: Vuoteen 2022 mennessä on vuosittain eri tasoilla toteutunut kouluttautumiseen liittyviä kstannuksia seuraavasti (IPC-N-menetelmän koulutukset perustason ammattilaisille, IPC-N -menetelmäohjaajakoulutukset, IPT-N -koulutukset erikoissairaanhoidon uusille työntekijöille, IPC-kouluttajakoulutus): noin 0,5 miljoonaa euroa / vuosi. Kouluttaminen on jatkossa tarkoituksenmukaista tuottaa kansallisesti keskitetysti metodisen osaamisen varmistamiseksi (ks. kohta 3) .
- 2) Yliopistosairaaloiden erityisvastuu (erva-) alueelliset juurruttamis (osaamiskeskus) -työryhmät eri tyyppisten psykososiaalisten menetelmien alueellisen saatavuuden ja pysyvyyden koordinoitiin. Työryhmien toimintakohdistuu osaksi IPC-N -toimintamalliin, mutta käsittää myös muiden nuorten mielenterveyteen liittyvien psykososiaalisten menetelmien alueellisen juurruttamisen tukea (nuorilla vuosien 2020-22 Tulevaisuuden sote-keskusohjelmassa ne osallistuvat myös Cool Kids-menetelmän levittämiseen ja juurruttamiseen nuorten ahdistuneisuushäiriöiden varhaisen hoidon edistämiseksi). Juurruttamistiimien toiminta on käsittänyt Tulevaisuuden sote-keskus-ohjelmassa viidellä erityisvastuualueella IPC-N -menetelmäohjauksen tuottamisen perustason työntekijöille ja useat muut perustason mielenterveystyön tukemisen toimenpiteet, mm. yhteistyörakenteiden luomisen, perustason ammattilaisten mielenterveystyön yleisen tukemisen, ja IPC-N:ään liittyvän menetelmällisen tuen.) Näiden työryhmien toiminnassa on ollut mukana Suomessa kaikkiaan henkilöresursseina arvioidennoin 14 henkilötyövuotta, kustannuksena karkeasti arvioiden noin 1,2 – 1,5 miljoonaa euroa vuodessa.
- 3) Jatkossa IPC-N -toimintamallin pysyvyyttä varmistamaan tulisi osoittaa kansallinen, interpersonaalisen terapian menetelmällistä koulutusta tuottava asiantuntija-koulutusorganisaatio, jotta menetelmäkouluttamisen metodinen laatu ja lopulta interventiosta nuorille seuraava hoidon vaikuttavuus voidaan varmistaa. Karkea kustannusarvio kouluttajaorganisaation ylläpidolle, joka tuottaisi yhtenäisen koulutussuunnittelun, metodikoulutuksen, osallistuisi vaikuttavuustutkimuksen yhteiskoordinoitiin yhteistyössä kansallisen juurruttamisen tukemista vastaavan THL:n kanssa on arviolta noin 4-5 henkilötyövuotta, suurin piirtein 0,5 milj. euroa / vuosi.

Kouluttajaorganisaation ja IPC-N:n kansallista juurruttamista tukevan THL:n kiinteä yhteistyö tulisi varmistaa.

4) Maakuntien mahdolliset muut tarpeet IPC-N -toiminnan suorittamisen varmistamiseksi liittyvät sen varmistamiseen että intervention antamiselle on varattu riittävä aika- ja henkilöpanos sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa. Nämä resurssitarpeet on kartoitettava realistisesti. Mikäli osoittautuu että maakunnassa ei ole riittävä, nuorten ikäryhmälle perustasojen palveluissa osoitettua mielenterveystyön resurssia IPC-N:n toteuttamiseen, interventioita ei voida toimittaa nuorille. Tähän tarvittavien resurssien arviointi ei ole mahdollista ilman maakuntien kartoitettavia toimenpiteitä. Siksi, tässä mahdollisesti tarvittavan resurssin kokoluokka ei ole arvioitavissa, vaan vaatii kaikissa maakunnissa toteutetun, perustasolla nuorten hoidolliseen mielenterveystyön käytettävissä olevan henkilöresurssin realistisen arvioinnin. Nuorten perustason mielenterveysinterventioihin käytettävissä oleva julkisen sektorin henkilöstön aika- ja henkilöresurssin riittävyys ei sinänsä liity erityisesti IPC-N -toimintamallin käyttöönottoon, vaan minkä tahansa perustasolle tuotavan hoidollisen, strukturoidun mielenterveysintervention käyttöön ottoon.

- Kustannusarvio: karkeasti 2,5 - 3 miljoonaa euroa / vuosi
- Rahoitus ja sidonnaisuudet: IPC-N-menetelmää on toistaiseksi levitetty valtion erillisrahoituksella.

Jatkokehittäminen

IPC-N -menetelmän jatkokehittäminen on tärkeää. Paitsi yksilömuotoisen IPC-N:n, jatkossa myös nuorten ryhmämuotoisten ja, varhaisoireisiin suuntautuvien, samasta teoriasta rakennettujen IPT-ohjelmaversioiden, esimerkiksi IPT-AST:n (Interpersonal Therapy – Adolescent Skills Training) käyttöönotto saattaisi lisätä levittämisen tehokkuutta useammille nuorille ja myös 11-12 -vuotiaille varhaisnuorille, etenkin kun se voitaisiin rakentaa jo koulutettujen IPC-N -yksilötyöntekijöiden osaamisen päälle.

Yhteenveto vaikuttavuudesta

- Vahvuudet: IPC-N -toimintamalli kohtaa merkittävän kansallisen terveystarpeen. Perustasolla on merkittävää puutetta hoidollisista toimenpiteistä nuorten ikäryhmälle. Malli pyrkii luomaan mielenterveystyötä integroivaa kokonaisjärjestelmää, jossa perustaso ja erikoissairaanhoido toimii yhdessä.
- Toimintamallin haasteet /kehittämiskohteet: aikaisempaa, samalla tapaa mielenterveystyötä kokonaisuutena koordinoivaa aiempaa mallia ei ole ollut olemassa. Eri ammattiryhmiä ja eri hallinnollisia organisaatioita edustavien päättäjien tuomista mukaan tulisi siksi tehostaa.

1.2 Toimintamallin näyttöön perustuva tieto

Tutkimustietoon perustuva näyttö

Suoritettut satunnaistetut tutkimukset nuorilla:

- Suomalaisessa IPC-N:n pilottitutkimuksessa (Parhiala ym. 2020) arvioitiin yläkoulujen terveydenhoitajien, kuraattorien ja koulupsykologien toteuttaman IPC-N:n (n=29 interventiota) sekä aktiivisen, masennusoireisiin kohdistetun ja oireita mittaavan vertailuintervention (BPS; n=22 interventiota) vaikuttavuutta interventioiden lopussa sekä 3 kk ja 6 kk seurannoissa. Kyseessä oli ryvästetty satunnaistettu tutkimus, espoolaiskoulut oli satunnaistettu antamaan joko IPC-N:ää tai BPS:ää. IPC-N:ää antaneet työntekijät saivat säännöllistä menetelmäohjausta erikoissairaanhoidosta. Interventioon sisään ottamiseksi nuorella tuli olla joko lievä tai keskivaikkea komplisoitumaton masennustila DSM-5 -häiriöluokituksen mukaan.

Tässä pilottitutkimuksessa molemmat hoidot vähensivät masennusoireita sekä nuorten itsearvioissa (BDI-21) että työntekijän arvioimana (Adolescent Depression Rating Scale; ADRSc), eikä hoitoryhmien välillä ollut näiden suhteen eroa. Masennuspiistemäärän keskiarvo väheni BDI-21 -mittarilla arvioituna IPC-N ryhmässä 18.97:stä (hoidon alku) 11.83:een (hoidon loppu); BPS-ryhmässä 15.23:sta (hoidon alku) 8.78:aan (hoidon loppu). ADRSc-asteikolla mitattuna IPC-N ryhmän pistekeskiarvo väheni 17.94:stä (hoidon alku) 11.49:ään (hoidon loppu); BPS-ryhmässä 13.95:stä (hoidon alku) 6,81:een (hoidon loppu) Nuorten koettu hyvinvointi arvioituna YP-CORE -mittarilla parani yhtä lailla molemmissa ryhmissä. Masennusoireiden väheneminen tapahtui samansuuntaisesti molemmissa ryhmissä hoidon alun, lopun ja seurantapisteen välillä. Diagnostisen remission osalta 6 kk seurannan kohdalla 79 % nuorista IPC-N -ryhmässä ja 75 % BPS-ryhmässä ei enää täyttänyt masennuksen diagnostisia kriteereitä, ryhmien välillä ei ollut tilastollista eroa.

Parhialan ym. (2020) yllä mainitussa pilottitutkimuksessa IPC-N -ryhmässä nuorten masennus oli tutkijan haastattelussa BPS-ryhmään verrattuna hieman useammin, kuitenkin vain viitteellisesti keskivaikkea (30 % vs. 14 %; $p = .14$). Interventiota antaneen työntekijän strukturoidussa arvioissa nuorten masennusoireet olivat IPC-N -ryhmässä hoidon alussa BPS -ryhmään nähden viitteellisesti vaikeampia (ADRSc -pisteet: 18 vs. 14 pistettä; $p = .06$; ADRSc:n kliininen katkaisupiste depressiolle 15 pistettä). Samanaikaisia ahdistuneisuushäiriöitä oli IPC-N-interventioryhmässä BPS-ryhmään nähden enemmän (42 % vs. 14 %; $p = .04$).

- Japanilaistutkimuksessa (Yamamoto ym. 2018) arvioitiin keskimäärin 21-vuotiaita opiskelijoita (n=31), joilla oli depressio-oireita, mutta ei depression diagnoosia. Tutkimuksessa arvioitiin IPC-N:n vaikutusta masennusoireisiin ja lisäksi opiskelijoiden copingstrategioiden käyttöä. Masennusoireet (Zung Self-Rating Depression Scale) vähenivät merkittävästi IPC-N -ryhmässä (n= 15; $z = -2.675$, $p = .007$), mutta eivät tavanomaista ohjantaa saaneiden ryhmässä (N=15) Vertailuinterventio oli opiskelijaan keskittyvä, Japanissa käytetty tavanomainen ohjanta. Ohjaajina molemmissa ryhmissä olivat valmistuvat psykologian opiskelijat, jotka saivat lyhyen, yksipäiväisen didaktisen opetuksen IPC-N:stä ja vertailuinterventiosta ja tekivät simuloituja harjoitteluhuoltoja ennen tutkimusta. Kaikilla oli viikoittainen, kokeneen psykiatrin ryhmätyönohjaus tutkimuksen ajan. Huolimatta depressiopisteiden määrän tilastollisesti merkittävästä laskusta ennen-jälkeen asetelmassa IPC-N-ryhmässä, absoluuttinen lasku oli IPC-N -ryhmässä suhteellisen vähäinen (ennen hoitoa 37.8 pistettä, hoidon lopussa 34,5 pistettä), ja sen kliinistä merkitystä on vaikea arvioida.

Kontrolloimattomat (avoimet) tutkimukset nuorilla:

- Kymmenen 12-19 -vuotiasta nuorta osallistui amerikkalaistutkimuksessa (Mufson, Yanes-Lukin & Anderson 2015) IPC-N:ää ajalliselta kestoaltaan vastaavaan, kuuden käynnin nuorten IPT:stä kehitettyyn interventioon (BIPT-A). Kaikilla oli DSM-IV -häiriöluokituksen mukainen depressio. Nuoret kokivat intervention erittäin hyödyllisenä, 90 % vei sen loppuun. Vasteina arvioitiin kliinikon ja nuoren itse arvioimaa masennuksen vakavuutta, sosiaalista ja yleistä toimintakykyä ja oireiden muutoksen merkittävyyttä. Muutokset olivat tilastollisesti merkitseviä kaikissa alku-

loppu-vertailussa: Kliinikon arvioima oiremuutos CDRS-R -arviointiasteikolla oli: 65.5 pistettä (alku) vs. 54.5 pistettä (loppu). BDI-II -itsearviointimittarilla muutos oli: 18.2 pistettä (alku) vs. 6.9 pistettä (loppu). Toimintakyky perheen ja ystävien kanssa parani SAS-SR- asteikolla arvioituna molemmilla alueilla. Oireisiin kytkeytyvä kliininen vointi parani CGI-asteikolla: 3.8 (alku) vs. 2.5 (loppu); Yleinen toimintakyky CGAS asteikolla parani 58.2 (alku) vs. 65.6 (loppu). Avoimessa tutkimuksessa ei voida sulkea pois spontaanin paranemisen vaikutusta.

- Britanniassa suoritettussa IPC-N -menetelmän pilottitutkimuksessa (Wilkinson, Cestaro & Pinchen, 2018) arvioitiin metodikoulutettujen nuorisotyöntekijöiden antamaa 23:n 11-17-vuotiaan nuoren hoitoa IPC-N:llä. Kaikilla nuorilla oli masennusoireita. Hoidon alussa nuorten depression oirepistemäärät olivat RCADS -mittarilla arvioituna 78.2 pistettä ja lopussa 52.9 pistettä. Keskimääräinen pisteiden vähennys oli 25.3 (keskihajonta 15.5). Niiden nuorten osuus kaikista nuorista, joilla oli ”todennäköinen depressio” oirepistemäärien avulla arvioituna, oli intervention alussa 83 % ja intervention lopussa 13 %. Kaikki nuoret ja interventiota toteuttaneet nuorisotyöntekijät kokivat IPC-N -intervention myönteiseksi. Nuoret kokivat IPC-N:n tarjonnan käytännön apua, hyödylliseksi koettuja tavoitteita, psykoedukaatiota ja oireiden toistetun mittaamisen niin ikään itselleen hyödyllisenä. Avoimessa tutkimuksessa ei voida sulkea pois spontaanin paranemisen vaikutusta.

Britanniassa on laajempi IPC-N:ää koskeva tutkimushanke (Abotsie ym. 2020) menossa:

- Kyseessä perustason palveluissa toteutettava randomisoitu, kontrolloitu tutkimus. Nuorisotyöntekijöitä koulutetaan IPC-N:ään. Masennusoireita raportoivat, 12-18-vuotiaat nuoret satunnaistetaan saamaan joko IPC-N:ää tai tavanomaista hoitoa.

IPC-N on parhaillaan aktiivisen tutkimuksen kohteena. Taustalla on saman interventioperheen pidemmästä nuorille kehitetystä interventiomallista, IPT-N:stä kertynyt tutkimusnäyttö nuorten depression hoitona. Suomalaisena masennuksen Käypä hoito -suosituksessa IPT-N sijoittuu korkeimpaan, A-luokkaan. Toistaiseksi tutkimusnäyttö lyhennetystä IPC-N -interventiosta on vielä alustavaa.

IPC-N:stä on julkaistu kaksi randomisoitua tutkimusta ja kaksi ilman vertailuryhmää toteutettua tutkimusta, neljän eri tutkimusryhmän toteuttamana. Kaikissa on todettu intervention vähentävän nuorten masennusoireita. Japanilaisessa vertailussa opiskelijoiden tavanomaisesti saamaan ohjantaan IPC-N näyttäytyi interventioista vaikuttavampana (Yamamoto, 2018), kuitenkin tässä tutkimuksessa kohderyhmä olivat hieman iäkkäämmät opiskelijat (keski-ikä 21 vuotta) ja absoluuttinen, prosentuaalinen muutos depressio-oireissa IPC-N:n alusta loppuun vaikutti pieneltä.

Suomalaistutkimuksessa vertailussa aktiiviseen vertailuhoitoon ei havaittu vaikuttavuuseroa (Parhiala ym., 2020), joskin oireiden intensiteetti oli viiteellisesti korkeampi ja komorbiditeetti ahdistuneisuushäiriöiden suhteen oli korkeampi IPC-N -ryhmässä vertailuryhmään nähden. IPC-N -intervention tuloksen kliinisestä merkittävydestä kertoo se, että 6 kk seurannan jälkeen diagnostisen remission masennuksen osalta oli saavuttanut 79 % nuorista. Hoitovaste IPC-N:lle näytti parantuvan 6 kuukauden seurannassa.

Ei ole vielä riittävästi tietoa IPC-N:n paremmuudesta suhteessa aktiivisiin vertailuhoitoihin tai sen paremmuudesta suhteutettuna ekologisesti edustavaan, reaalisesti esimerkiksi opiskeluhollossa toteutettuun muuhun hoitoon.

Kaikki tutkimukset viittaavat menetelmän olevan hyödyllinen ja vähentävän oireita. Japanilaistutkimuksessa (Yamamoto ym., 2018) osallistujat olivat hieman vanhempia, nuoria

aikuisia, keski-ikä 21 vuotta. Oirevähennys vaikuttaa prosentuaalisesti arvioiden pieneltä. Suomalaistutkimus (Parhiala ym., 2020) viittaa siihen, että 12-17-vuotiaiden lievään ja keskivaikeaan, myös ahdistuneisuushäiriön kanssa yhdessä esiintyvään depression, saadaan kliinisesti hyvä vaste IPC-N:llä. Vertailua aktiiviseen vertailuinterventioihin tarvitaan lisää.

Muissa maissa toteutetuissa tutkimuksissa tutkimusryhmät vastasivat hyvin suomalaista kohderyhmää. Tutkittavat olivat nuoria, 12-19 vuotiaita. Avoimista tutkimuksista amerikkalaistutkimuksen (Mufson ym., 2015) kuuden kerran lyhennetty IPT-N (BIPT-A) ei perustunut täysin samaan manuaaliin kuin suomalaistutkimuksessa (Parhiala ym. 2020) ja brittitutkimuksessa (Wilkinson ym., 2019), mutta interventioiden teoriapohjaa ja metodiikkaa voidaan pitää silti yhtenevänä. Tarvitaan lisää kontrolloituja tutkimuksia.

Taulukko 1. Tutkimustietoon perustuvan näytön määrä

	Toimintamallia koskevat tutkimushankkeet, kpl	Toimintamallia koskevat julkaisut, kpl
Kansalliset	1-3	4-9
Kansainväliset	4-9	4-9

Asiantuntijatietoon perustuva näyttö

IPC-N-pilottitutkimuksen yhteydessä (2016-2018, vaihe I), kansallisen levittämisen alkuvaiheessa (2018-2020, vaihe II) sekä kansallisen levittämisen vaiheessa (Tulevaisuuden sotekeskushanke, vaihe III) kerätty asiantuntijatiieto viittaa IPC-N -mallin hyödyllisyyteen nuorille.

Mallin vaikutuksesta nuorten masennusoireisiin on olemassa suomalaisten mielenterveyskentän toimijoiden keskuudessa lisääntyvää, enimmäkseen yhdenmukaista näyttöä. IPC-N -interventio näyttää vähentävän nuorten masennusoireita. Pistemäärien väheneminen näyttäisi pääosin kliinisesti merkittävältä havaittujen pistemäärien valossa. Toinen havainto on, että IPC-N -menetelmä tulee todennäköisesti kohdistaa mallissa alun perinkin tarkoitettuun ryhmään, eli nuoriin, joilla ei ole vaikea-asteista masennusoireistoa, ja että osa nuorista tarvitsee jatkettua tai lisätyöskentelyä.

IPC-N -intervention vaikuttavuutta on selvitetty Suomessa tieteellisessä tutkimuksessa (Parhiala ym., 2020) ja sen soveltuvuutta suomalaiseen käyttöympäristöön on ko. tutkimuksen ohella selvitetty myös perustason työntekijöille suunnatuissa laadullisissa ja määrällisissä selvityksissä.

Kokemusasiiantuntijatietoon perustuva näyttö

Kokemusperäinen, systemaattisesti koottu palaute IPC-N -mallin soveltuvuudesta Suomeen sekä nuorten että ammattilaisten raportoimana on pääosin positiivista. Listattuna alla on kuusi aiheesta tehtyä julkaisua.

IPC-N -pilottihanke Espoossa (Ranta ym., 2018; Parhiala ym., 2020). Pilottihankkeessa saatiin strukturoiduin kyselyin näyttöä IPC-N -toimintamallin soveltuvuudesta sekä nuorille että yläkoulun opiskelijahuollon ammattihenkilöille. Nuoret kokivat intervention laajasti itselleen hyödylliseksi. Itseään auttaneina tekijöinä he toivat esiin mm. kuulluksi tulemisen, keskustelun, avun oireiden kanssa pärjäämiseen, avun ajatella ja toimia toisin sekä ohjaajan kanssa tehdyt tehtävät sekä tapaamisten välillä tehdyt harjoitteet ja toiminnan. IPC-N -koulutetut työntekijät kokivat työmalliin

kouluttamisen mielekkääksi, ja valtaosa halusi käyttää menetelmää jatkossa. Työntekijät kokivat pystyvänsä jatkossa kohtaamaan paremmin alkavaa masennusta potevia nuoria. Nuorten löytyminen interventioon koettiin haastavaksi.

Arppe (2020) haastatteli laadullisessa tutkimuksessaan koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon IPC-N -koulutettuja ja menetelmää käyttäneitä ammattihenkilöitä (n=6) Tampereella laadullisella teemahaastattelulla. Haastatellut kokivat IPC-N:n soveltuvan hyvin nuorten lievien masennusoireiden hoitoon selväpiirteisissä tilanteissa. Niin ikään työntekijät kokivat IPC-N -menetelmän selkiyttävän työskentelyään ja tuovan siihen struktuuria. Työskentelyn fokuusoimisen kohdealueeseen koettiin mahdollistavan nuoren voinnin kohentumisen myös laaja-alaisemmin. IPC-N:n käyttäminen vaati työntekijältä sekä riittävästi resursseja että joustavuutta. Menetelmän koettiin kuitenkin parantaneen haastateltujen ammattilaisten työskentelyä mielenterveyden parissa, sekä tuoneen työskentelyyn varmuutta ja kokemuksia onnistumisesta. Työntekijät näkivät tärkeäksi mahdollistaa menetelmän teon työnsä arkeen. Tässä kehittämistarpeena he toivoivat esimiehen ja työyhteisön tuen varmistamista IPC-N:n käyttöön otolle.

Surma-ahon (2020) sosiaalityön pro-gradu-työssä arvioitiin fokusoiduin haastatteluin IPC-N:n toteuttamista koulukuraattoreina työskentelevien sosiaalityöntekijöiden (n=9) kokemuksina kolmessa kaupungissa. IPC-N koettiin strukturoiduksi, teoreettiseen runkoon pohjautuvaksi ja ajallisesti rajatuksi fokusoiduksi työmalliksi tekniikoineen. Menetelmän vahvuuksiksi kuraattorit nimesivät keskittymisen yhden työskentelyfokuksen ympärillä työskentelyyn, menetelmän tekniikat, esimerkiksi psykoedukaation, sen struktuurin ja siinä läsnä olevan vuorovaikutuksen. Vuorovaikutuksen he näkivät toteutuvan kolmella eri ulottuvuudella: IPC-N:n havaittiin perustuvan vuorovaikutukseen, menetelmää toteutettaessa vuorovaikutuksella työskennellään, ja ohjauksen kohde on oppilaan vuorovaikutuksen vahvistaminen hänen ihmissuhteidensa korjaantumiseksi. Huolta nostatti se, siirtykö kuraattorityön painopiste entisestään yksilökohtaiseen oppilashuoltoon, kun heidät on koulutettu IPC-N:ään.

Maukosen (2021) kyselytutkimuksessa selvitettiin Jyväskylän nuorisovastaanoton työntekijöiden kokemuksia IPC-N -menetelmän käytöstä laadullisena, sähköisenä kyselytutkimuksena. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin aineiston teemapohjaista ryhmittelyä. Työntekijöiden kokemukset menetelmän käytöstä vaihtelivat, mutta useat työntekijät nostivat esiin menetelmän hyödynnettävyyden. IPC-N -menetelmän hyötyinä nähtiin strukturoitu työskentely nuoren kanssa ja yhdelle ongelma-alueelle kohdennettu työskentely. Menetelmäohjaus nähtiin erittäin tärkeänä menetelmän toimivuuden ja työntekijän työskentelyn kannalta. Haasteina menetelmän käytölle työntekijät kokivat, että hoitoon tulleilla nuorilla esiintyi myös menetelmän soveltamisen kannalta pitkään kestäneitä, liian vaikeita oireita, ja he kohtasivat nuoria, joille lyhytinterventio ei riittänyt, sekä lisäksi työskentelyn fokusoinnin haasteet ja aikatauluttamisen. Kehitysideoina esitettiin mm. menetelmäohjauksenpitkittäisen jatkamisen tarve sekä tarve suorittaa toteutettua tarkempi alkuarvio ennen IPC-N:n käyttöä.

Internetissä on julkaistu tietoa TAYS -erityisvastuualueen IPC-N -menetelmällä hoidetuista nuorista (n=37) vuonna 2021. Nuorten BDI-21 -pistemäärän mediaani oli IPC-N -interventiota aloitettaessa 17 pistettä, ja intervention päättyessä 10,5 pistettä. PHQ-9 -mittarilla vastaavat lukemat olivat 12 ja 6 pistettä. Nuorista 36 % oli intervention hyödyllisyydestä itselleen 36 % täysin samaa mieltä, loput olivat jokseenkin samaa mieltä. Yli kolmannes (37 %) ammattilaisista jatkoi harvajaksoisia seurantakäyntejä nuoren kanssa. Reilu neljännes (27 %) ammattihenkilöistä ei sopinut nuorille jatkohoitoa. Joka viidennen nuoren kohdalla (21 %) ammattilainen teki lähetteen erikoissairaanhoidon.

Yhteenveto näyttöön perustuvasta tiedosta

IPC-N-mallia on tutkittu neljässä maassa neljän ryhmän toimesta. Näyttö soveltuvuudesta ja hyödyllisyydestä nuorten masennusoireiden vähentämiseen on vasta kehittymässä, mutta tulokset ovat kohtuullisen yhdenmukaisia. Tarvitaan lisää vertailututkimuksia. Lisää tietoa tarvitaan menetelmän vaikuttavuudesta suhteessa aktiivisiin vertailuhoitoihin ja luonnollisissa ympäristöissä toteutettaviin, ekologisesti valideihin (samankaltaisia kuin todellisuudessa palveluissa annettavat hoidot) vertailuhoitoihin. Suomessa sellaisen tutkimuksen toteuttaminen, jossa IPC-N:ää verrataan kliinisen masennuksen hoidossa tavanomaiseen toimintaan opiskelijahuollossa, on ollut haastavaa vaikeaa opiskelijahuollon toimintamallin ja siihen kohdistuvan sääntelyn takia.

1.3 Toimintamallin sovellettavuus käytäntöön

Sovellettavuus Suomeen

IPC-N -toimintamallin sovellettavuutta Suomeen ja sen sopivuutta opiskeluhoillon mielenterveys-interventioksi arvioitiin aluksi 2016-2018 Espoossa valtionrahoituksella toteutetun pilottihankkeen valmisteluvaiheessa (Ranta ym., 2018; Parhiala ym. 2020).

Pilottihankkeen valmisteluvaiheessa arvioitiin asiantuntijaverkostojen kautta myös kokemuksia aiemmista, Suomessa nuorten mielenterveystyön perustasolla toteutetuista nuorten masennuksen interventioiden levittämishankkeista: esimerkiksi ryhmämuotoisen Maestro-intervention levittämisestä.

Maestro -interventioon koulutettujen kokemuksia menetelmän käytöstä kouluissa on selvitetty Uudella-maalla menetelmään koulutettujen kokemuksina opinnäytetöissä (Talja & Suanto 2010; Romppainen & Salminen 2014).

Maestro -menetelmää ei ole valitettavasti ainakaan laajamittaisesti systemaattisesti levitetty, koulutettu, tai sen juurruttamista tuettu ohjelman maahantuonnin (2005) jälkeen Suomessa. Alkuperäisessä levittämishankkeessa mukana olleiden toimijoiden haastattelussa ilmeni havainto siitä, että ryhmämuotoisen toimintamallin ylläpito vaatii merkittävää organisaation tukea toimintamallin varmistamiseksi kouluissa.

IPC-N -pilottihankkeen valmistelussa, sidosryhmien kanssa käytyjen keskustelun pohjalta yksilötapaamisina toteutettava IPC-N arvioitiin soveltuvaksi opiskeluhoillon työtapoihin, koska siellä myös rutiinistikin toteutettiin tämän mittaisia (kuusi käyntiä) yksilöön kohdistettuja tapaamissarjoja koulupsykologien, -kuraattoreiden ja -terveydenhoitajien toimesta. Pitkien tapaamissarjojen juurrutus nähtiin hyvin vaikeana. Taustatekijänä oli myös havainto nuorten pidemmän, samaan interventioperheeseen kuuluvan IPT-N -intervention taustalla olevasta vaikuttavuusnäytöstä nuorten depression hoidossa, ja aiemmassa tutkimuksessa havaitusta interpersonaalisen toimintatavan sovellettavuudesta myös kouluissa toimivien työntekijöiden työvälineeksi.

Pilottitutkimuksessa Espoossa työntekijät pitivät IPC-mallia pääosin hyvin soveltuvana käyttöön (Ranta ym., 2018; Parhiala, 2020). Samoin myöhemmissä laadullisissa julkaistuissa selvityksissä perustason työntekijät ovat pitäneet julkaistuissa selvityksissä IPC-N -toimintamallia mallia

pääosiin omaan työskentelyynsä soveltuvana (Arppe, 2020; Surma-Aho, 2020; Maukonen, 2021), samoin asiantuntijaraportissa (TAYS, 2021).

Nuorten julkisten mielenterveyspalveluiden saatavuus on ollut viime vuosina Suomessa heikkoa. Kansallinen seuranta osoittaa viime vuosikymmeninä, ja edelleen alkavalla 2020-luvulla nuorten yhä enenevää kasaantumista erikoissairaanhoidon. Nuorten perustasolla, esimerkiksi opiskeluhuollossa toteutettavien mielenterveyspalveluiden systemaattinen kehittäminen on ollut vaikeaa palvelujärjestelmän pirstaleisuuden vuoksi. Perustasolla toteutettavien nuorten mielenterveysinterventioiden ohjausta on vaikeuttanut myös palvelujen toteuttamisen vaikeasti tulkittava juridinen määrittely, jossa todetaan oppilaitoksissa yksilöllisen tuen järjestämisvelvollisuus, mutta toisaalta perusopetuksen yhteydessä annettavassa kouluterveydenhuollossa rajataan varsinainen hoito palvelun ulkopuolelle, mikä on aiheuttanut tulkinallisia erilinjaisuuksia.

Kun noin 20 % nuorista kärsii mielenterveyden häiriöistä, hoidollisille interventioille, erityisesti lieville ja keskivaikeille häiriöille (mukaan lukien nuorten masennus) suunnatuille palvelulle on palveluissa sekä suuri tarve ja mahdollinen samanaikainen merkittävä palvelujen säätely aukkokohta tarpeen kohtaamisessa. Tarpeen kattamiseksi tarvitaan interventiomenetelmiä, jotka on kohdistettu nuorten kaikkein yleisimpiin, alkaviin mielenterveyden häiriöihin, kuten masennukseen, sekä myös masennusoireiluun, joka ei kaikilta osin täytä diagnostisia kriteereitä. IPC-N -toimintamalli on kehitetty juuri tähän tarpeeseen ja vailla psykiatrasta koulutusta olevan henkilöstön interventiomalliksi.

Nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon ruuhkautunutta ja tällä hetkellä nuoret jonottavat hoitoa. Hoidollisen intervention saaminen viivästyy joka tasolla. Hoidon viivästyessä masennuksen paraneminen on heikompaa. Tällä on merkittäviä terveysvaikutuksia inhimillisiä ja kustannusvaikutuksia. Nuorten sairastavuus ja syrjäytyminen depression takia tuottavat jatkuessaan kymmenien – satojen miljoonien kustannuksia kansallisesti. Poliittiset, taloudelliset ja sosiaaliset tekijät kaikki puoltavat mallin käyttöönottoa.

Sovellettavuus eri kohderyhmiin

IPC-N -toimintamallia voidaan kohdistaa nuoriin. Nuorilla tarkoitetaan tässä 12-19 -vuotiaita. Useimmat heistä opiskelevat perusopetuksen yläkouluissa ja toisen asteen oppilaitoksissa. Masennuksen ilmaantuvuus kolminkertaistuu nuoruusiässä. Ilmaantuvuuteen vaikuttavat yksilönkehitykseen liittyvät biologiset ja psykologiset muutostekijät sekä laajemmat, niin ikään ikäkausispesifit sosiaaliset tekijät. Masennusoireiden tullessa esiin varhainen interventio on tehokkain tapa puuttua siihen. IPC-N -interventio perustuu, kuten sen kanssa saman teoreettisen perustan ja interventiomethodiikan jakava, pidempi IPT-N-interventio (12-16 käyntiä), ihmissuhteiden ja masennusoireiden keskinäiseen riippuvuuteen ja samanaikaiseen korjaamiseen.

IPT-N:stä on kertynyt kansainvälisessä tutkimuksessa näyttöä vaikuttavana nuorten masennuksen hoitomenetelmänä. Aikuisten IPC- hoitomallia on tutkittu monissa maissa, ja myös suomalaisilla aikuisilla. Sen sovellettavuus ja hyödyllisyys näyttää olevan hyvä myös suomalaisten aikuisten ikäryhmässä. On myös tutkimusnäyttöä siitä että myös masennusoireista kärsivät, hieman nuoremmatkin varhaisnuoret voivat hyötyä esimerkiksi IPT:n ryhmämuotoisesta ja taitopainotteisesta, masennusta ennaltaehkäisevästä IPT-AST-ohjelmaversiosta (Young ym., 2006).

Olemassa olevat rakenteet ja verkostot

IPC-N -toimintamallin levittäminen on perustunut toistaiseksi sen toimittamiseen nuorten nykyisten kunnallisten peruspalveluiden päälle, pääosin opiskeluhuollon palveluihin. Se on kentällä vastaanotettu työntekijöiden puolelta laajasti tarpeeseen tulevana, koska nuorten kanssa työskenteleville ei ole ollut tarjolla työkaluja ja nuorilla on runsaasti mielenterveystarpeita. Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus ovat niistä kaikkein yleisimmät. Tulevaisuuden sotekeskus-ohjelmassa 2020-22 IPC-N -toimintamallia on edistetty maakuntiin suunnattujen koulutusten ohella yliopistosairaaloihin sijoitetuilla implementaatiotiimeillä, jotka ohjaavat ja varmistavat juurrutusta esimerkiksi menetelmäohjausta (=menetelmään suunnattua työnohjausta) mielenterveystyön tukea ja muuta materiaalitukea tarjoamalla. THL tulee toimintamallin kansallista toimeenpanoa.

Menetelmän juurruttamisen haasteet liittyvät palvelujärjestelmän rakenteisiin erityisesti perustasolla. Nuorten mielenterveyden palvelujärjestelmässä on kaikkien kaikkiaan puutteita lievien-keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyteen nähden riittävien resurssien allokoimisessa nuorten mielenterveysinterventioihin. Palvelujärjestelmän ammattilaisilla on monia, keskenään kilpailevia heille osoitettuja tehtäviä laajasti lasten ja nuoren ikäryhmiin jakautuen, ja lisäksi perustason mielenterveystyötä ohjataan useilta tahoilta. Selkeä ohjeistus ja tuki hoidollisten menetelmien toimittamisen tueksi tulisi ohjeistaa myös säädöstasolla kansallisesti.

IPC-N -menetelmää on toistaiseksi levitetty valtion erillisrahoituksella. IPC-N:n metodisen osaamisen ja osaamiskompetenssien tuottamiseksi laadukas, kansallisesti toimivaltainen, koulutusjärjestelmää, -kriteereitä ja koulutuksia järjestävä toimija olisi tarpeen jatkossa nimetä ja resursoida soveltuvasta psykoterapeuttisten menetelmien kouluttaja -organisaatiosta. Tämä mahdollistaisi jatkossa IPC-N -intervention toteuttamisen ammattitaitoisesti, vaikuttavasti ja samoin metodisin periaattein kaikkialla maassa. Hajautetun koulutuksen riskinä on se, että syntyy nuorten interventioihin vaikuttavaa alueellista epätasa-arvoa ja mahdollisia osaamispuutteita.

Koulutus ja koulutusmateriaalit

Suomessa IPC-N -interventiomallin koulutustilaisuuksia (perustason uudet IPC-N -työntekijät, erikoissairaanhoidon IPC-menetelmäohjaajat, erikoissairaanhoidon koulutetut uudet IPT-N -työntekijät) järjesti levittämisen alkuvaiheessa vuosina 2016-2017 HUS. Koulutusta on hankittu Iso-Britanniasta, Lontoon Anna Freud Centeristä. Keskeinen kouluttaja on ollut tri Roslyn Law. Suomalaisista asiantuntijoista PsT Jarmo Kontunen on ollut kouluttajana mukana levittämisen alkuvaiheessa sekä sen jatkovaiheessa 2018-2019. Valtion rahoittaman Tulevaisuuden sote-keskushankkeen yhteydessä 2020-2022 maakuntien yhdessä yliopistosairaaloiden järjestämissä koulutuksissa keskeinen IPC-N -menetelmän interventiokouluttaja on ollut yl Tarja Koskinen KYS:istä.

Vuosina 2020-22 Suomessa toteutetaan useita maakuntien alueellisia koulutuksia yliopistosairaaloiden ohjannassa. Suomalainen kouluttajakoulutus on käynnistynyt Anna Freud Centerin tuottamana 2020 ja ryhmä kouluttajia valmistuu 2022. HUS:in piirissä valmisteltiin IPC-N pilottihankkeen (2016-2017) ja jatkokoulutusvaiheen (2018-2020) pohjalta vuosina 2020-2021 porrasteinen kouluttamismalli IPC-N- ja IPT-N -työntekijöille, menetelmäohjaajille ja kouluttajille. Malli rakennettiin konsultoiden menetelmän kansainvälisiä kehittäjiä ja levittäjiä (Myrna Weissman, Roslyn Law, Paul Wilkinson). Kouluttamismalli sisältää kriteeristöä koulutuksiin tulemiseksi ja koulutuksien suorittamiseksi edellytettäviä kliiniseen IPC-N -työskentelyyn liittyviä kesto-, ja määrällisiä suorittamistavoitteita.

Valtionrahoitteisessa Tulevaisuuden sote-keskus- hankkeessa 2020-2022 viiden yliopistosairaalan verkosto on toiminut koordinoitussa yhteistyössä ns. osaamiskeskusmallin mukaisesti. Jokainen yliopistosairaala koordinoi kouluttautumista alueellaan. IPC-N -koulutusmateriaaleja on saatavissa yliopistosairaaloiden kautta, osaksi niiden internet -sivuilla, niiden implementaatiotiimien kautta. Keskeisin materiaalien levittämiskanava on jakaminen yliopistosairaaloiden (HUS/HYKS; TAYS; TYKS, KYS, OYS) koordinoimien koulutusten yhteydessä.

Käyttö Suomessa ja kansainvälisesti

Käyttö Suomessa

Toimintamallia on tutkittu Suomessa vuodesta 2016 alkaen.

Käyttö alkanut Suomessa 2016; pilotti Espoossa. Valtakunnallisessa käytössä 2020-2022; yliopistosairaaloita ylläpitävät sairaanhoitopiirit ja 20 maakuntaa.

Käyttö Euroopassa

Iso-Britannia.

Käyttö Euroopan ulkopuolella

Japani.

Taulukko 2. Toimintamallin käyttö Suomessa ja kansainvälisesti

	Käyttöalueet
Suomessa	Yliopistosairaaloita ylläpitävät sairaanhoitopiirit ja 20 maakuntaa
Euroopassa	Iso-Britannia
Euroopan ulkopuolella	Japani

Toimintamallin käyttöönoton merkitys kunnissa ja hyvinvointialueilla

Nuorten perustason palvelut ovat olleet niin hajallaan, että nuorten perustasolle suunnattujen mielenterveysinterventtioiden järkevää, toimivaa tai tehokasta koulutusta, levittämistä ja juurruttamista on ollut toistaiseksi lähes mahdotonta järjestää. IPC-N -toimintamallin levittämisen ja juurruttamishistorian pohjalta voidaan havaita, että tällainen toiminta vaatii onnistuakseen merkittävää ja erillisesti resursoitua sekä jatkuvaa levittämisen, juurruttamisen ja kouluttamisen tukemista. Tämän kautta tulee myös ymmärrettäväksi, miksi systemaattista mielenterveysinterventtioiden antamista nuorille ei ole aiemmin tapahtunut. STM:n Tulevaisuuden sotekeskus -ohjelmassa 2020-2022 IPC-N -mallia levitetään maanlaajuisesti joka maakuntaan, mikä on erittäin merkittävä avaus. Toiminnan merkitys kunnille ja alueille on siksi erittäin suuri.

Huomioita sovellettavuudesta käytäntöön

Sovellettavuus vaikuttaa tehtyjen suomalaisten selvitysten pohjalta hyvältä.

Yhteenvedo sovellettavuudesta käytäntöön

Intervention pituus, sopivuus eri ammattiryhmille ryhmille, koulutettavuus ovat kaikki hyviä. Niitä on arvioitu suomessa strukturoiduin kyselyin.

1.4 Toimintamallin lähteet

Internet-sivut ja sosiaalinen media

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143171/THL_Tieda_ja_toimi_IPC_A4_2s_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

<https://thl.fi/documents/605877/4280523/IPC-menetelm%C3%A4+terveydenhoitajien+ty%C3%B6kaluna+Ranta.pdf/304360fd-0380-4955-85cb-bc5847eb58eb>

Sosiaali- ja terveysministeriö:

<https://soteuudistus.fi/-/iso-satsaus-nuorten-mielenterveyteen-sadat-opiskeluhoollon-ammattilaiset-kouluttautuvat-uuteen-malliin>

TAYS:

https://www.tays.fi/fi-fi/sairaanhoitopiiri/Alueellinen_yhteisty%C3%B6/Vivaprojekti

TAYS implementoinnin opas:

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/ipcn-implementointi-opiskeluhoollossa/kehittajat>

<https://innokyla.fi/sites/default/files/2022-01/IPC%20implementointiopas%202021-2022.pdf>

TYKS:

<https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/varsinais-suomi-tulevaisuuden-sote-keskus>

HUS:

<https://terapietatulinjaan.fi/lisaamme-menetelmia-nuorille-ipc/>

OYS:

https://popsote.fi/wp-content/uploads/2020/05/LIITE_Hankekokonaisuus-esittelydiat.pdf

<https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/pohjois-pohjanmaa-tulevaisuuden-sote-keskus>

KYS:

https://www.pssh.fi/etusivu?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=8786041&_101_t

[ype=content&_101_urlTitle=nuorten-mielialaoireisiin-varhaista-apua-suoraan-kouluilta&inheritRedirect=false](#)

Kansainvälinen interpersonaalisen terapian kattojärjestön www-sivu:

<https://interpersonalpsychotherapy.org>

Lainsäädäntö

Yliopistosairaaloiden koordinoituvastuu psykosiaalisten hoitojen saatavuuden varmistamiseksi alueillaan. Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 27.8.2017/582.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>

Poliittiset suositukset ja ohjeistukset

Heinonen, O. P., Ikonen, A. K., Kaivosoja, M. & Reina T. (2019). *Yhdyspinnat yhteiseksi mahdollisuudeksi: Selvitys lapsi-, nuoriso- ja perhepalveluiden toteuttamiseen liittyvistä yhdyspinnoista muuttuvassa toimintaympäristössä*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 8/2018. Sosiaali ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3904-2>

Ranta, K. (2020). *Psykososiaalisten menetelmien saatavuuden parantaminen nuorten perustason palveluissa*. Kansallinen mielenterveysstrategian 2020-2030 esitysaineistot 11.2.2020. Sosiaali ja terveysministeriö.

https://stm.fi/documents/1271139/12804033/KlausRanta_mielenterveysstrategia_11.2.2020.pdf/2a6155b0-10d8-6290-6b6d-9d64b5942d0c/KlausRanta_mielenterveysstrategia_11.2.2020.pdf?t=1583244283000

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022: Ohjelma- ja hankeopas*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>

Vertaisarvioidut julkaisut toimintamallista

Abotsie, G., Cestaro, V. & Gee B. ym (2020). Interpersonal counselling for adolescent depression delivered by youth mental health workers without core professional training: a feasibility randomised controlled trial study protocol. *Pilot and Feasibility Studies* 6(191). <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00733-8>

Parhiala, P., Ranta, K., Gergov, V., Kontunen, J., Law, R., La Greca, A. & Marttunen, M. (2020). Interpersonal counselling in the treatment of adolescent depression: A randomized controlled effectiveness and feasibility study in school health and welfare services. *School Mental Health* 12(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09346-w>

Wilkinson, P. O., Cestaro, V. & Pinchen, I. (2018). Pilot mixed-methods evaluation of interpersonal counselling for young people with depressive symptoms in non-specialist services. *Evidence Based Mental Health* 21(4), 134–138. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300028>

Kuuden käynnin ns. lyhyt - IPT-A (terapiamalli teoreettisesti sama kuin IPC-N ja IPT-N): Mufson, L., Yanes-Lukin, P., Anderson, G. (2015). A pilot study of brief IPT-A delivered in primary care. *General Hospital Psychiatry* 37(5), 481–484. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.04.013>

Nuoret aikuiset, 20-21 -vuotiaat opiskelijat:

Yamamoto, A., Tsujimoto, E., Taketani, R., Tsujii, N., Shirakawa, O. & Ono, H. (2018). The effect of interpersonal counseling for subthreshold depression in undergraduates: an exploratory randomized controlled trial. *Depression Research and Treatment*, article ID 4201897. <https://doi.org/10.1155/2018/4201897>

Aikuiset:

Kontunen, J., Timonen, M., Muotka, J., & Liukkonen, T. (2016). Is interpersonal counselling (IPC) sufficient treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT). *Journal of Affective Disorders* 189 (1), 89–93.

Kontunen, J. (2016). Interpersonaalinen psykoterapia. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & Sourander A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (515–524) Kustannus Oy Duodecim.

Kontunen, J., Weiste, E., Liukkonen, T., Timonen, M. & Aaltonen, J. (2020). Predicting response to interpersonal counselling (IPC) from case formulation: a systematic comparison between recovered and unchanged depressive cases. *Counselling Psychology Quarterly* 33(4), 465–489.

Kontunen, J., Liukkonen, T. & Aaltonen, J. (2019). *Mechanisms of change in interpersonal counselling (IPC) for depression: A theory-building case study*. Käsikirjoitus. Jyväskylän yliopisto. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/67912/978-951-39-8086-3_vaitos06032020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R. K. R., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2010). The outcomes of interpersonal counselling on depressive symptoms and distress after myocardial infarction. *Nordic Journal of Psychiatry* 64(2), 78–86.

Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R. K. R., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2011). The effects of interpersonal counselling on health-related quality of life after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 20(23-24), 3373–3382.

Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R. K. R., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2011). Depression focused interpersonal counseling and the use of healthcare services after myocardial infarction. *Perspectives in Psychiatric Care* 48(1), 47–55.

Weissman, M. M., Hankerson, S. H. & Scorza, P. (2014). Interpersonal counseling (IPC) for depression in primary care. *American Journal of Psychotherapy* 68(4), 359–383.

Julkaisut toimintamallista

Ranta, K., Parhiala, P., Pelkonen, R., Seppälä, T. T., Mäklin, S., Haula, T., Nikula, M., Mäkinen, M., Rintamäki, T. & Marttunen M. (2017). *Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle*. Valtioneuvoston selvitys ja

tutkimustoiminnan julkaisusarja 90/2017. Valtioneuvoston kanslia. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201902195345>

Tampereen yliopistollinen sairaala (2021). *Tilastoa tehdyistä IPC-ohjauksista*. [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoidopiiri/Alueellinen_yhteistyö/Vivaprojekti/Tutkimustietoa/Tilastoa_tehdyistä_IPCohjauksista\(130233\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoidopiiri/Alueellinen_yhteistyö/Vivaprojekti/Tutkimustietoa/Tilastoa_tehdyistä_IPCohjauksista(130233))

Kontunen, J., Karlsson, H. & Larmo A. (2007). *Interpersonaalinen psykoterapia: depression fokusoitu hoitomenetelmä*. Edita.

Marttunen, M. (2020). *Interpersonaalinen yksilöpsykoterapia (IPT-A) nuorten depression akuuttihoidossa*. Näytönastekatsaus. Käypä hoito. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak04392>

Konferenssijulkaisuja saatavilla mm. <https://interpersonalpsychotherapy.org/>

Muita julkaisuja

<https://www.talentia-lehti.fi/mielenterveytta-kouluihin/>

<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/nuorten-masennus-vaheni-kun-he-osallistuivat-lyhytterapiaan-koulussa/>

<https://www.lansivayla.fi/paikalliset/1475859>

<https://yle.fi/uutiset/3-10142758>

https://www.jyvaskyla.fi/uutinen/2020-11-04_nuorten-mielenterveyden-tukemiseen-koulutetaan-lisaa-osaajia

<https://ekollega.fi/-/ipc-menetelmakoulutus>

<https://satasote.fi/ajankohtaista/artikkelit/nuorten-hyva-hoitomalli-saatavana-omassa-koulussasi-tunnista-masennus-ja-loyda-tie-ulos/>

<https://etela-savo.fi/etelasavolaisten-nuorten-hyvinvointia-tuetaan-uuuella-ohjausmenetelmalla-tulevaisuuden-sote-keskus-hankkeessa/>

<https://www.hyvisforum.fi/2021/02/24/nuorten-mielialaoireisiin-varhaista-apua-suoraan-kouluilta/>

Kerätyt aineistot

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Espoon IPC -pilottitutkimuksen 2016-2017 yhteydessä kerätty materiaali: asiantuntijahaastattelut, nuorten haastattelut

Opinnäytetyöt

Surma-aho, K. (2020). ”Perussävyt ovat vuorovaikutuksessa ja niiden täytyy olla työssä mukana, muutoin IPC ei ole mikään ratkaisu”: Koulukuraattoreiden kokemuksia interpersoonallisesta ohjauksesta [pro gradu -työ, Itä-Suomen yliopisto]. eRepo Itä-Suomen yliopiston avoimien aineistojen palvelu. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20200636>

Arppe, S. (2020). *Interpersoonallinen ohjaus (IPC) nuorten masennusoireiden hoidossa. Työntekijöiden kokemuksia menetelmän käytöstä ja vaikutuksesta omaan työhön* [ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu]. Theseus ammattikorkeakoulujen opinnäytetyö- ja julkaisuarkisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202102092110>

Kontunen, J. (2020). *Therapeutic Change in Interpersonal Counselling (IPC) for Depression. A mixed methods study of primary health care patients* [väitöskirja, Jyväskylän yliopisto]. JYX Jyväskylän yliopiston julkaisuarkisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8086-3>

Maukonen, A. (2020). *IPC-menetelmä Jyväskylän nuorisovastaanoton työntekijöiden näkökulmasta* [ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, LAB-ammattikorkeakoulu]. Theseus ammattikorkeakoulujen opinnäytetyö- ja julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021061415919>

Parhiala, P. (2020). *The role of learning difficulties and brief treatment for student well-being* [väitöskirja, Jyväskylän yliopisto]. JYX Jyväskylän yliopiston julkaisuarkisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8028-3>

Koulutusmateriaalit

-

Toimintamallin kuvauksessa käytetyt muut lähteet

Ranta, K., Marttunen, M., Seilo, N., & Koskinen, T. (2021). Nuorten ahdistuksen ja depression lyhytpsykoterapiat perusterveydenhuollossa *Suomen Lääkärilehti* 76(49), 2959-2964. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2021/SLL492021-2959.pdf>

Talja, H. & Suanto, T. (2010). *Masennuksen ehkäisyä stressinhallintaa oppimalla -kurssin ohjaajien kokemuksia kurssin ohjaamisesta* [ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, Laurea-ammattikorkeakoulu]. Theseus ammattikorkeakoulujen opinnäytetyö- ja julkaisuarkisto. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22094/Suanto_Talja.pdf?sequence=1

Romppainen, M. & Salminen, E. (2014). *Maestro stressinhallintakurssi ennaltaehkäisevänä työmenetelmänä: Verkostoitumispäivä Maestro-ohjaajille Itä-Uudellamaalla* [ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, Laurea-ammattikorkeakoulu]. Theseus ammattikorkeakoulujen opinnäytetyö- ja julkaisuarkisto. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86153/Romppainen_Mia%20Salminen_Emma.pdf;jsessionid=6BBA0F38A205CA0BB905EC2A13022DEB?sequence=1

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., Kosloff, A. (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>

Young, J.F., Mufson, L. and Davies, M. (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(12), 1254-1262. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01667.x>

2 IPC-N-TOIMINTAMALLIN VERTAISARVIOINTI

Arvio toimintamallin vaikuttavuudesta

I Toimintamallin vaikuttavuus	Arvio	Pisteet (1-5)
Tavoite	<p>Toimintamallin tavoitteena on yhtenäisin, kansallisin kriteerein kouluttaa, levittää ja juurruttaa nuorten masennusoireisiin ja lievään-keskivaikeaan masennukseen suunnattua interventiota (nuorten interpersonaalinen ohjanta, IPC-N) Suomeen nuorten perustason palveluihin (painotetuimmin yläkoulujen ja toisen asteen oppilaitosten opiskeluhooltoon) sekä arvioida sen vaikuttavuutta. Intervention kohderyhmänä ovat 12-19-vuotiaat nuoret. Toimintamalli pyrkii myös siihen, että hoidollinen toiminta vakioituu ja laajenee nuorten perustason palveluissa. Suomessa nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoido on valtakunnallisesti ruuhkautunut. Keskeisiä syitä tähän on nuorten perustason mielenterveyspalveluiden pirstaleisuus, aliresursointi ja hoidollisten interventioiden puute. Toimintamallin tavoite laadukkaana masennusoireisiin ja masennukseen suunnatun intervention juurruttamisesta suomalaisen palvelujärjestelmään on perusteltu ja uskottava, joskin suhteessa palveluiden tarpeeseen yksin riittämätön.</p>	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko
Tausta	<p>Masennus on keskeisimpiä nuorten mielenterveysongelmia, vaikkakaan ei ainoa niistä, joten intervention kohdentuminen vain masennukseen rajaa osan kohderyhmästä pois. Toisaalta myös muihin keskeisiin nuorten mielenterveysongelmiin on hyvin rajallisesti vaihtoehtoisia toimintamalleja tarjolla. Näin ollen toimintamallin potentiaalinen lisäarvo ajankohtaiseen tilanteeseen nähden on merkittävä, vaikkakaan se ei nuorten mielenterveysongelmien kirjo huomioden poista muiden täydentävien toimintamallien tarvetta.</p>	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko
Tarve	<p>Huolimatta suuresta tarpeesta kouluissa ja oppilaitoksissa ei käytännössä ole ollut saatavissa hoitoa mielenterveyden häiriöihin. Toimintamallin lisäarvo tähän nähden on merkittävä, koska malli tarjoaa strukturoidun perustasolla toteutettavan hoitomallin masennukseen, joka on yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä myös nuorilla.</p>	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko

	<p>Kohderyhmänä oleville nuorille, joiden ajankohtaisesti perustasolta saama mielenterveyden tuki on tyypillisesti vaihtelevaa sekä laadultaan että intensiteetiltään, toimintamallilla voi yhdenvertaisuuden edistämisen ohella olla huomattava lisäarvo. Yhteiskunnan näkökulmasta on tärkeää pystyä hoitamaan nuorten masennusta mahdollisimman varhain, jotta vältetään inhimillisen kärsimyksen pitkittymiseltä, masennuksen pahenemiselta ja ehkä myös erikoissairaanhoidon lähettämiseltä.</p>	
Tarve HYTE-näkökulmasta	<p>IPC-N toimintamallilla pyritään parantamaan nuorten perustason mielenterveyspalveluita tarjoamalla heille lievän-keskivaikean masennuksen varhaista hoitoa; näin kyetään parantamaan masennuksen hoidon tuloksellisuutta. Menetelmä saattaa varhaisena interventiona toimia myös masennuksen ennaltaehkäisyssä. Jos näissä tavoitteissa onnistutaan, toimintamalli kykenee edistämään nuorten ja heidän perheittensä hyvinvointia ja terveyttä. IPC-N:n vieminen maakuntiin ja yhtenäisin periaattein toteutettu kouluttaminen ja levittäminen saattaa edistää alueellista ja sosioekonomista yhdenvertaisuutta suomalaisnuorten kesken. Toisaalta yhdenmuotoisen intervention suuntaaminen koko väestölle saattaa paradoksaalisesti myös lisätä väestöryhmien hyvinvointieroja, mikäli ryhmien kyky hyötyä interventiosta on hyvin erilainen. Syrjäytymisen taustalla on usein mielenterveyden häiriö, ja usein tämä häiriö on masennus. Voidaan toivoa että IPC-N-interventiolla on nuorten syrjäytymisen ehkäisyvaikutusta.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
Vaiheiden ja menetelmien johdonmukaisuus	<p>Vaiheet on kuvattu selkeästi ja johdonmukaisesti. Tavoite laajasta kansallisesta levittämisestä huomioiden suunta yliopistosairaaloiden THL:n tukemana koordinoimiin koulutuskokonaisuuksiin kuvautuu tarpeellisenä. Tavoitteena on, että koulutusten suunnittelusta, menetelmäkouluttamisesta ja menetelmän integriteetin valvomisesta vastaisi yksi kansallinen taho. Soteuudistuksen vaikutus hankkeen johtamiseen ja toteutumiseen on ilmeisesti kuitenkin epäselvää.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>

<p>Vaikuttavuuden mittaaminen ja seuranta</p>	<p>Vaikuttavuuden seurantaan esitetyt yksilökohtaiset mittarit (R-BDI, PHQ-9, BDI-21) ovat perusteltuja ja hyviä. Muuten kuvaus on suppea ja tutkimusnäyttöä potentiaalisesti lisääviä tutkimusasetelmia tai järjestelmätason vaikuttavuusmittareita ei esitetä, vaan todetaan, että THL koordinoi kansallisen arvioinnin käytäntöjä. Tämä vaikka puutteellinen näyttö sekä intervention vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on tiedostettu. Integriteetin säilyttämisen katsotaan olevan intervention toimivuudelle tärkeää, mutta laadunvalvontaa ei kuvata.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Kohderyhmän tarkoituksenmukaisuus</p>	<p>IPC-N on interpersonaalista ohjannasta nuorille kehitetty versio. Kohderyhmä on huomioitu mallin kehittämisessä ja mallin tavoitteet on asetettu suomalainen kohderyhmä ja olosuhteet huomioiden. Kohderyhmä (nuoret) osallistui intressi- ja informointiryhmänä säännöllisesti Espoon IPC-N-pilottihankkeeseen 2016-2017.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Asiantuntijoiden ja sidosryhmien tarkoituksenmukaisuus</p>	<p>Kansallista IPC-N-koulutusta on järjestetty HUS-nuorisopsykiatrian aloitteesta Suomessa. Vuosina 2016-2021 koulutuksen ja suomalaisen kansallisen kouluttamismallin suunnittelua ja yhteistyötä on toteutettu yhteistyössä Iso-Britanniassa toimivien IPT-N ja IPC-N-asiantuntijoiden kanssa (Anna Freud Center, University College London). Keskeinen kouluttaja ja konsultti on ollut tri Roslyn Law, joka toimii Iso-Britanniassa IPT-N-hoidon kansallisena koordinaattorina CYP IAPT-hankkeessa. IPC-N -metodiikan osalta toinen tärkeä yhteistyökumppani on ollut tri Paul Wilkinson (Cambridge University). Toimintamallin ja kouluttamisen suunnittelussa on konsultoitu interpersonaalisen terapian kehittäjää, prof. Myrna Weissmania. Suomalaisena asiantuntijana toimintamallin kehittämiseen on osallistunut keskeisesti PsT Jarmo Kontunen, joka on toiminut myös kouluttajana. IPC-pilottihankkeen jälkeisiä IPC-N koulutuksia ja menetelmäohjaajakoulutuksia on järjestetty 2018 alkaen Anna Freud Centerin tuottamana ja HUS:in koordinoimana. Vuosien 2020-2022 Tulsote-hankkeessa keskeinen kouluttaja Suomessa on ollut KYS nuorisopsykiatrian ylilääkäri nuorisopsykiatri Tarja Koskinen, jolla on Suomessa pisin kokemus IPT-N:stä ja IPC-N:stä. Anna Freud Centeriltä tilattu Suomeen kohdistettu IPC-kouluttajien koulutus on parhaillaan meneillään (2020-2022). Edellä</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>

	<p>mainittujen sidosryhmien asiantuntijuus teeman kannalta vaikuttaa erinomaiselta.</p> <p>Meneillään olevan Tulsoite-hankkeen yhteydessä on 2020-21 valmisteltu kansallinen, porrasteinen IPC-N -koulutusjärjestelmän kuvaus, joka sisältää IPC-N koulutukseen otettavien sisäänotto- ja pätevyyskriteerit sekä vastaavat kriteerit IPC-N- menetelmäohjaajille. Yliopistosairaalat ovat muodostaneet verkoston, jossa ne koordinoivat erä-alueilla yhteistyössä maakuntien kanssa tehtävää juurrutustyötä. Ne järjestävät yhteistyössä maakuntien kanssa IPC-N-koulutuksia ja THL tukee ohjelman kansallista toimeenpanoa. IPC-N-menetelmän levittämiseen ja juurruttamiseen kuuluvat oleellisesti IPC-N-intervention koulutukset perustason työntekijöille sekä heitä kouluttavien menetelmäohjaajien (erikoissairaanhoidosta) IPT-N-koulutus. Kummankin ryhmän edustajat ovat peruskoulutukseltaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä, heidän asiantuntijuutensa ja kompetenssinsa varmistaminen vaikuttaa riittävältä. IPC-N-menetelmäohjaukset tapahtuvat peruskoulutuksen jälkeen kerran kolmessa viikossa vuoden ajan, mikä vaikuttaa riittävältä. Hankkeen menestymisen kannalta (menetelmäohjaajat ja IPC-N koulutetut työntekijät) ovat olennaisin resurssi, joten heidän saatavuutensa ja työssä pysymisen turvaaminen on erittäin tärkeää</p>	
<p>Lyhyen aikavälin vaikuttavuus</p>	<p>Toistaiseksi IPC-pilottihankkeessa (2016-2017) ja mallin levittämisen alkuvaiheessa (2018-2021) on havaittu, että IPC-toimintamalli soveltuu työvälineeksi perustason mielenterveystyöhön kouluihin ja opiskelijahuoltoon, sekä näissä työskentelevien ammattiryhmien työkaluksi. IPC-N:ää koskevassa pilottitutkimuksessa 2016-2017 IPC-N-interventio oli yhteydessä nuorten masennusoireiden kohtalaiseen vähentymiseen, mutta se ei ollut vertailuinterventiona käytettyä psykososiaalista supportiota parempi. Vaikka intervention saaneet nuoret olivat hieman vaikeaoireisempia kuin aktiivisen vertailuhoidon ryhmässä, jälkimmäinen vaikutti tuottavan samantasoisia tuloksia, joten toimintamallin edut suhteessa muihin tavanomaista hoitoa tehostaviin toimiin ovat vielä varmistamatta. Ratkaiseva vaikutus vaikuttaa olleen interventiota ensilinjassa nuorten kanssa toteuttavilla perustason työntekijöillä; kuinka heidän osaamisensa,</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>

	<p>motivaationsa ja työssä jaksamisensa tukeminen saadaan onnistumaan pitkällä aikavälillä. Tähän panostaminen on tärkeää. Vuoden jälkeen perustason IPC-N-työntekijöiden saama menetelmäohjaajien tuki loppuu; tämä voi vaikuttaa heidän työskentelynsä laatuun ja motivaatioon heikentävästi. Jonkinlaista, vaikka harvataajuisempaa, tukea näille työntekijöille olisi tärkeää tarjota myös tämän jälkeen.</p> <p>Vaikuttavuutta palvelujärjestelmätasolla ei toistaiseksi ole juuri arvioitu ja tätä tulee tulevaisuudessa kehittää.</p>	
Pitkän aikavälin vaikuttavuus	<p>Tavoitteena yksilötasolla on kärsimyksen väheneminen ja toimintakyvyn palautuminen, palveluiden tasolla niiden parempi toimivuus ja yhteiskunnan tasolla kustannustaakan väheneminen. Keskeiseksi tekijäksi tavoitteissa onnistumisessa nähdään IPC-N-intervention juurtuminen. Toimintamallin pitkän aikavälin vaikuttavuudesta ei ole toistaiseksi juurikaan tietoa. Tämä olisi mahdollisimman pian syytä tutkia RCT-asetelmassa niin että IPC-N-mallia verrataan todelliseen käytössä olevaan hoitoon (TAU). Tässä pitäisi tavoitella vähintään kohtalaista eli yli 0.50 efektikokoa. Jos efektikoko verrattuna TAU:n (on eri asia kuin ennen-jälkeen efektikoko hoitoryhmässä) jää alle 0.20, käytön jatkaminen ei ole järkevää.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen</p> <p><input type="checkbox"/> 4 kiitettävä</p> <p><input type="checkbox"/> 3 hyvä</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
Kustannusvaikuttavuus	<p>IPC-toimintamallin kustannusvaikuttavuudesta on vain vähän tietoa. Taloudellisten vaikutusten arvioimiseksi masennuksen ja masennusoireiden esiintyvyys ja vakavuusasteet väestötasolla kohderyhmän ikäisillä sekä ainakin paikallisessa erikoissairaanhoidossa tämän indikaation vuoksi olevien määrä, ja kustannukset masennuksen hoidossa olisi oltava tiedossa. Jos menetelmällä tullaan perustasolla hoitamaan suuri määrä nuoria, olisi kustannusvaikuttavuuden kannalta erittäin tärkeää selvittää onko hoidon saamisella vaikutusta opintoihin ja syrjäytymiseen. Koska syrjäytymisestä per henk aiheutuvat kustannukset ovat suuret, pienelläkin muutoksella tässä (ehkäistyjen syrjäytyneiden määrä) aikaansaadaan suuret kustannusvaikutukset.</p> <p>Kustannusvaikuttavuudesta esitetään Espoossa toteutettuun pilottihankkeeseen perustuva karkea laskelma. Pilottihankkeen jälkeisessä seurannassa vain 8 % hoidon läpi käyneistä tuli erikoissairaanhoidon asiakkaiksi, ja lopuilla</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen</p> <p><input type="checkbox"/> 4 kiitettävä</p> <p><input type="checkbox"/> 3 hyvä</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 heikko</p>

	<p>92 %:lla tilanne masennusoireiden osalta helpottui oleellisesti, mikä vaikuttaa rohkaisevalta: tässä pitäisi tietää minkä ajan kuluessa 8% hoidon läpikäynneistä päätyi esh:n sekä kuinka kauan parantunut tilanne pysyi. Pitkän aikavälin taloudellisten vaikutusten arviointi toimintamallin ollessa käytössä on nähdäkseni tällä hetkellä hyvin vaikeaa. Toivottavaa olisi, että toimintamallin käyttö vähentäisi potilaspainetta (nuoriso)psykiatrisen erikoissairaanhoidon suuntaan. On kuitenkin myös mahdollista että toimintamalli paljastaa piilossa ja hoitamatta olevaa hoidon tarvetta, ja että hoidon kokonaiskysyntä sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa lisääntyy.</p>	
<p>Etiikka</p>	<p>Eettiset tekijät on kuvattu eettisiä näkökohtia vahvistavalta kannalta. IPC-N-intervention varhaisuus, intervention sovittaminen olemassa oleviin perustason palveluihin ja intervention kouluttamiskriteerien luominen kaikki helpottavat hoidon saamista läheltä, matalalla kynnyksellä, ja riittävän aikaisin, mikä on erittäin tärkeitä ja hienoa. Voimme toivoa, että toimintamallin käyttö parantaa alueellista ja sosioekonomista tasa-arvoa ja parantaa masennuksen ennustetta. Eettiset riskit: on esimerkiksi mahdollista, että joidenkin interventioon ohjautuvien nuorten psykiatrisen ongelmatiikka on liian haastavaa perustason työntekijöille. Tällöin työntekijä voi jäädä nuoren kanssa kannattelijan rooliin kunnes nuori pääsee eteenpäin esim. erikoissairaanhoidon.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Johtaminen ja hallinto</p>	<p>Terveystieteiden keskeisten toimintamallien mukaisesti yliopistosairaalat toimivat omilla alueillaan juurruttamisen ja ylläpidon koordinaattoreina. On olemassa yhteinen kansallinen koulutusjärjestelmä, ja yliopistosairaalat tekevät yhteistyötä koulutukseen lähettämässä. Maakunnissa ja niiden perustason palveluiden edustajien keskuudessa ohjelma leviää tällä hetkellä 2020-2022 TulSote-hankeorganisaatioiden kautta, ja nämä toimivat kiinteässä yhteistyössä yliopistosairaaloiden kanssa. Lähitulevaisuudessa tulee varmistaa ja määritellä yksi kansallinen kouluttamisesta vastaava taho, jotta tuotettavien osaamiskompetenssien laadukkuus voidaan taata, eivätkä koulutuspolut eriydy, pirstaloitu ja koulutuksellinen osaamis- ja menetelmätukipotentiaali menetetään. THL tukee</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>

	ohjelman kansallista implementaatiota, ja sen yhteistyö tulee varmistaa kansallisen kouluttajatahon kanssa. Johtaminen ja hallinto vaikuttavat riittävästi; on kuitenkin olennaista, kuinka tiivistä kuvattuja toimia tehdään ja kuinka selkeästi vastuut on määritelty.	
Viestintä	Kansallista viestinnästä vastaavaa tahoa ei tällä hetkellä ole, vaan kukin yliopistosairaalaapiiri vastaa toimintamallin hallinnon ohella viestinnästä alueellaan. THL tukee kansallisella tasolla viestintää. Sisäinen ja ulkoinen viestintä sekä asiantuntijaverkostot tukevat toimintamallin leviämistä.	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko
Riskit	Nuorten mielenterveyspalvelut ovat hallinnollisesti pirstaleisia, mikä aiheuttaa riskin, että IPC-N-menetelmä ei juurru yhtenäisenä kokonaisuutena yli ammattiryhmien palvelurakenteeseen. Tähän riskiin hanke on nähdöksenä pyrkinyt varautumaan hyvin. Sote-maakuntien tai erityisvastuualueiden keskinäinen kilpailu voi katkaista yhteistyön kouluttamisessa, levittämisessä ja juurruttamisessa. Myös nuorten mielenterveyspalveluiden johtaminen maakunnissa on ilmeisesti vielä avoinna. Ei ole tietoa kuinka tähän on varauduttu. Eri ikäryhmien mielenterveyteen suunnattavista resursseista käytävä kilpailu tai jokin muu seikka voi katkaista nuorten ikäryhmälle suunnattavan IPC-toimintamallin kehittämisen. Ei ole tietoa onko tähän varauduttu, mutta hankkeen johto oletettavasti pystyy reagoimaan tähän niin hyvin kuin mahdollista (toimintamallin säilymisen kannalta). Etulinjan työntekijäresurssin riittävyys ja pysyvyys. Ei ole tietoa onko riskiin tällä saralla varauduttu. Esim seuraava tai vastaavankaltainen tilanne: Joidenkin interventioon ohjautuvien nuorten psykiatrisen ongelmatiikka voi olla liian haastavaa perustason työntekijöille. Tällöin työntekijä voi jäädä nuoren kanssa kannattelijan rooliin kunnes nuori pääsee eteenpäin esim. erikoissairaanhoidon. Ei ole selvillä, onko tämä resurssien puitteissa mahdollista. Jos nuori ei pääse erikoissairaanhoidon tai muuhun hänelle paremmin soveltuvaan hoitoon, mutta ei pysty hyötymään IPC-N-interventiostakaan, kuinka silloin toimitaan? Tämä siis vain yksi skenaario, ei tietoa kuinka tämänkaltaisiin tilanteisiin on varauduttu. Suunnitelma toimintamallin levittämisestä ja juurruttamisesta on	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko

	<p>kunnianhimoinen ja vie huomattavan määrän resursseja kansallisesti. Vähäinen näyttö intervention vaikuttavuudesta ja tähän liittyvät ilmeiset riskit kustannusvaikuttavuuden suhteen sekä vielä keskeneräinen suunnitelma koulutusvastuun keskittämisestä ja koordinoimisesta tulisi myös huomioida riskeinä. Tällaisen hankkeen toteuttaminen niin, että kaikkiin riskeihin varauduttaisiin, on kuitenkin mahdotonta. On parempi, että hanke (riskeineen) toteutetaan kuin jätetään toteuttamatta.</p>	
<p>Resurssit, budjetti, rahoittajat ja sidonnaisuudet</p>	<p>Suuntaa antava laskelma vaikuttaa uskottavalta: 1) Kouluttautuminen eri tasoilla (IPC-N-peruskoulutukset, IPC-N menetelmäohjaajakoulutukset, kouluttajakoulutus): 0,5 milj. eur. 2) Yliopistosairaaloiden implementaatio/osaamiskeskustiimit (kunkin viiden erityisvastuualueen menetelmäohjaus, implementaation muu tuki, menetelmätuki) 14 htv noin 1,2 – 1,5 milj. eur. 3) Tarvittava kansallinen keskitetty interventioiden kouluttajuuden kansallinen asiantuntija/osaamistaho, esimerkiksi yliopiston yhteydessä (yhtenäinen koulutussuunnittelu ja koulutusten organisointi, seuranta, vaikuttavuustutkimuksen yhteiskoordinointi) 0,5 milj. euroa 4) Maakuntien tarpeet – kartoitettava, mikäli osoittautuu että maakunnassa ei ole riittävä perustason resursseja, sijoitettava, kokoluokka ei arvioitavissa, Resurssien yksityiskohtaista riittävyttä ei pysty arviomaan. Jaamme huolen perustason työntekijöiden riittävydestä ja hankkeen piirissä pysymisestä (kouluttamisen jälkeen ja ennen kaikkea sen jälkeen kun tuki vuoden kuluttua loppuu); lisäksi esh:n menetelmäohjaajien riittävyys ja pysyvyys on epävarmaa. Sidonnaisuuksia ei ole raportoitu. Hanke toimii julkisella rahoituksella, mutta onko keskeisillä toimijoilla toimintamalliin liittyviä yksityisiä taloudellisia tai muita sidonnaisuuksia?</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Jatkokehittäminen</p>	<p>Toimintamallin vahvuus on hyvin suunniteltu ja kompakti manualistoitu interventio, joka on suunnattu perustasolle, jossa tarve tällaiselle on valtava. Jatkokehittämisen kannalta olennaista on hankkeen kyky vastata nopeasti mahdollisiin ongelmiin, kuten mahdolliseen</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p>

	työntekijäresurssihaasteeseen. Jatkokehittämisen kannalta olennaista on myös laadukas toimintamallista tehtävä tutkimus. On tärkeää mahdollisimman pian verrata IPC-N-menetelmää tavanomaiseen nuorten perustasolla saamaan tukeen (TAU) RCT-asetelmassa, jotta selviää, onko menetelmällä vaikuttavuutta.	<input type="checkbox"/> 1 heikko
Toimintamallin johdonmukaisuus	Toimintamalli eri vaiheineen on kuvattu johdonmukaisesti ja selkeästi.	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko
Toimintamallin levinneisyys ja vaihe: a) Suomessa	Pilotti; Espoo. Kausi 2020-2022 valtakunnallinen, 20 maakuntaa. Toimintamalli on ollut käytössä Suomessa 2016 alkaen, ja 2016-2017 sitä on myös tutkittu Suomessa. Lisäksi toimintamallin käyttöönottoon ollaan hakemassa rahoitusta Suomessa 2020-2022 Tulsote -ohjelma (STM).	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko
b) Euroopassa	Iso-Britannia, v.2016 alkaen ollut käytössä ja tutkittu.	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko <input type="checkbox"/> 0 ei koske ko. toimintamallia
c) Euroopan ulkopuolella	Japani, v.2013 alkaen ollut käytössä ja tutkittu.	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input checked="" type="checkbox"/> 1 heikko <input type="checkbox"/> 0 ei koske ko. toimintamallia
Kokonaisarvio osa-alueen 1 vahvuuksista ja heikkouksista	Kyseessä on poikkeuksellisen laaja ja kunnianhimoinen toimintamalli, jonka tavoitteet ja käyttöönotto on selkeästi ja johdonmukaisesti esitetty. Heikkoutena näyttäytyy toimintamallin levittämiseen ja juurruttamiseen liittyvät riskit sekä vielä puutteellinen näyttö vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta, jotka ovat myös olennaisia riskitekijöitä. Toimintamallin levittäminen ja osaamisen ylläpito edellyttävät riittävästi kouluttajia ja rakenne tältä osin	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko

	<p>kuvautuu hauraana, vaikkakin sitä ollaan vahvistamassa käynnissä olevalla kouluttajakoulutuksella. Toimintamallissa on kuitenkin suhteellisen hyvin huomioitu, miten riskitekijöiden vaikutusta voidaan vähentää ja tietoa vielä vaillinaisista osa-alueista lisätä. Ottaen huomioon toimintamallin levittämisen mittakaavan ja tämän edellyttämät huomattavat resurssit sekä perustason aliresursointiin liittyvät haasteet, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden laadukas arviointi on erittäin tärkeää.</p>	
--	--	--

Arvio toimintamallin näyttöön perustuvasta tiedosta

II Näyttöön perustuva tieto toimintamallista	Arvio	Pisteet (1-5)
<p>Näyttöön perustuvan tiedon laatu ja määrä:</p> <p>a) Suomessa</p>	<p>IPC-N-mallin vaikutuksesta nuorten masennusoireisiin on olemassa yksi suomalainen RCT-tutkimus (Parhiala ym.2020), jonka mukaan IPC-N vähentää nuorten masennusoireita kliinisesti merkittävästi (kohtalainen efektikoko). Tässä tutkimuksessa IPC-N ei ollut parempi kuin vertailuinterventio (Brief Psychosocial Support, BPS). Toisaalta vertailuinterventiokaan ei täysin vastannut rutiiniolosuhteiden tavanomaista hoitoa tai hoidotta jättämistä, sillä sen tekijät saivat ohjeet supportioon ja seurantaan. Joka tapauksessa tutkimuksen mukaan IPC-N ei ollut epäspesifiä psyykkistä supportiota parempi hoito, vaan se oli yhtä hyvä. Tämän lisäksi 5 kansallista julkaisua sisältäen määrällisiä ja laadullisia selvityksiä. Näistä ilmeisesti kaksi oli vertaisarvioituja (toinen laadullinen tutkimus): näissä menetelmän arviot myönteisiä.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>b) Euroopassa</p>	<p>Kontrollomaton, avoin tutkimus Iso-Britanniassa nuorilla: Wilkinson 2018: ”Mean (SD) RCADS depression-T scores fell from 78.2 (11.1) to 52.9 (16.8). All young people and youth workers interviewed were positive about it.” Ilman verrokkeja vaikuttavuuden arvioinnissa tällä tutkimuksella vähän arvoa. Tämän lisäksi Iso-Britanniassa on meneillään satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko <input type="checkbox"/> 0 ei koske ko. toimintamallia</p>
<p>c) Euroopan ulkopuolella</p>	<p>RCT: Japanissa: Yamamoto ym. 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> Osallistujat; undergraduates aged 20–39 years, ikä keskiarvo 20,7v with subthreshold depression: 31 tutkittavaa, joista 6 miestä ja 25 naista > ei voida yleistää suomalaisiin alle 18v nuoriin, vanhempiin nuoriin luultavasti paremmin Absoluuttinen pisteiden lasku 3,27 (SDS-score 37,8 > 34,53) eli 8,7% alenema pistemäärässä, ei vaikuta kliinisesti merkittävältä laskulta. Esim BDI-II:n MCID on minimissään 17,5%. Ei aktiivista verrokki-interventiota Tutkittavat mahdollisesti valikoituneet motivaation (halu saada IPC-hoitoa). <p>Kontrollomaton avoin tutkimus nuorilla:</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko <input type="checkbox"/> 0 ei koske ko. toimintamallia</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Mufson ym. 2015: latinonuria. ”Tulokset paranivat kaikilla mittareilla”; ei tietoa minkä verran tulokset paranivat. Ilman verrokkeja vaikuttavuuden arvioinnissa tällä tutkimuksella ei juuri arvoa. 	
<p>Kokemustietoon perustuva näyttö vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta -toimintamallin käytännön hyöty -kohderyhmän tuottama näyttö -esimerkit kokemustietoon perustuvasta näytöstä</p>	<p>IPC-N-mallia on tutkittu neljässä maassa neljän ryhmän toimesta. Näyttö soveltuvuudesta ja hyödyllisyydestä nuorten masennusoireiden vähentämiseen on vielä niukkaa. Suomessa toteutetussa pilottitutkimuksessa kerätyn palautteen kuvataan olleen pääosin positiivista, mutta muuten kokemusperäistä tietoa tai sen keräämisessä käytettyjä menetelmiä ei kuvata laajemmin. Kokemustietoon perustuvaa näyttöä kustannusvaikuttavuudesta ei ole. Lisää tietoa tarvitaan menetelmän vaikuttavuudesta suhteessa aktiivisiin vertailuhoitoihin ja luonnollisissa ympäristöissä toteutettaviin (TAU) vertailuhoitoihin.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Asiantuntijatietoon perustuva näyttö vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta -toimintamallin käytännön hyöty -asiantuntijoiden tuottama näyttö -asiantuntijatietoon perustuvan näytön vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus</p>	<p>Asiantuntijatietoa on kerätty useissa vaiheissa lähtien pilottitutkimuksesta jatkuen tämänhetkiseen TulSote-ohjelmaan. Palaute on vahvistanut käsitystä intervention hyödyllisyydestä nuorille. Interventiota käyttäneiden työntekijöiden kokemuksista on tehty laadullinen tutkimus, joka on julkaistu opinnäytetyönä (Arppe 2020). Asiantuntijatietona tuodaan esille, että pilottitutkimuksessa intervention saaneet nuoret olivat vaikeaoireisempia kuin aktiivisen vertailuhoidon saaneessa ryhmässä. Asiantuntijatietoon perustuvaa tietoa kustannusvaikuttavuudesta ei ole. Hankkeen vastuuhenkilö(t) uskovat toimintamallin olevan vaikuttava, ja sitä tukee yksi RCT-tutkimus, joskaan interventio ei ollut vertailuinterventiota parempi. Toimintamallin vahvuus on hyvin suunniteltu ja kompakti manualistoitu interventio, joka on suunnattu perustasolle, jossa tarve tällaiselle on todella suuri. Tätä ei mielestäni voi vaikuttavuusarvioinnissakaan ohittaa, sillä toimintamalli on onnistuessaan hyvin selkeä parannus vallitseviin olosuhteisiin.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Tutkimustietoon perustuva näyttö -toimintamallin tieteellisyys -tutkimusnäytön laatu, määrä ja menetelmät</p>	<p>Toimintamallin IPC-N-interventiosta on tehty kaksi satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta ja kaksi avointa tutkimusta. Näiden perusteella interventio lievittää nuorten masennusoireita. Yhdessä satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä</p>

<p>-tutkimusnäyttö vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta</p>	<p>(Yamamoto ym. 2018) interventio lievitti oireita tavanomaista hoitoa tehokkaammin ja toisessa samantasoisesti kuin kohdennettu vertailuhoito (Parhiala ym. 2020). Tutkimuksiin sisältyy kuitenkin edellä kuvattuja menetelmällisiä rajoitteita. Intervention kustannusvaikuttavuutta ei ole tutkittu.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Tulosten sovellettavuus Suomeen</p>	<p>Toinen satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista on toteutettu Suomessa. Muissa tutkimuksissa olleet tutkittavat vastaavat suomalaista kohderyhmää.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Kokonaisarvio osa-alueen 2 vahvuuksista ja heikkouksista</p>	<p>Toimintamallin interventiosta on tehty kaksi satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta ja kaksi avointa tutkimusta, joiden perusteella se lievittää nuorten masennusoireita. Kokemusperäinen ja asiantuntijatietoon perustuva näyttö tukevat intervention hyödyllisyyttä. Tutkimustietoa intervention vaikuttavuudesta niin verrattuna tavanomaiseen hoitoon kuin muihin hoitoa tehostaviin toimiin kaivataan vielä kuitenkin lisää ja menetelmän kustannusvaikuttavuus on käytännössä arvioimatta.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input checked="" type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>

Arvio toimintamallin sovellettavuudesta käytäntöön

III Toimintamallin sovellettavuus	Arvio	Pisteet (1-5)
Tarve ja sovellettavuus Suomessa	<p>Nuorista noin 20 % sairastaa mielenterveyden häiriötä. Vaikka osa heistä ei tarvitse hoidollista interventiota häiriöstä toipuakseen, nuorten mielenterveyspalveluiden saatavuus on riittämätöntä tarpeeseen nähden. Nuorille tarkoitetut perustason mielenterveyspalvelut ovat pirstaleisia, aliresursoituja ja hoidollisia interventioita on tarjolla vähän. Tähän on vaikuttanut myös lainsäädännöstä tehty tulkinta, jossa perusopetukseen liittyvästä kouluterveydenhuollosta on paikoin rajattu varsinainen hoito pois. Ongelmat näkyvät esimerkiksi nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kansallisena ruuhkautumisena. Kansantaloudelliselta kannalta mielenterveyssyyt korostuvat entistä voimakkaammin varhaisessa eläköitymisessä ja lisääntynyt poliittinen ymmärrys mielenterveyden häiriöistä merkittävämmä nuoruusikäisten terveysongelmana tukevat toimintamallin levittämisen merkitystä. Nämä haasteet huomioiden perustasolla toteutettavat hoidolliset interventiot, joiden toteuttamiseen työntekijöillä on riittävä osaaminen, tuki ja resurssit, ovat erittäin tarpeellisia. IPC-toimintamallin sovellettavuutta Suomeen ja sen sopivuutta opiskeluhuollon mielenterveysinterventioksi arvioitiin 2016-2018 Espoossa suoritetun pilottihankkeen valmisteluvaiheessa (Ranta ym., 2018). Tämän valmistelussa käytiin sidosryhmien kanssa käytyjen keskustelun pohjalta soveltuvana esimerkiksi opiskeluhuollon työtapoihin, koska siellä rutiinistikin toteutetaan tämän mittaisia (kuusi käyntiä) yksilöön kohdistettuja tapaamissarjoja koulupsykologien, -kuraattoreiden ja -terveydenhoitajien toimesta. Pilottitutkimuksessa Espoossa työntekijät pitivät IPC-mallia pääosin hyvin soveltuvana käyttöön. Myös toisen asteen keskitetyn opiskeluhuollon työntekijät ovat pitäneet julkaistussa selvityksessä (Arppe, 2020) mallia käytäntöön soveltuvana.</p>	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko
Toimintamallin tarve ja sen sovellettavuus eri kohderyhmiin	<p>Hoidollisen intervention viivästyminen sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa sen ruuhkautumisen vuoksi aiheuttaa merkittävää inhimillistä kärsimystä. Tarve toimintamallille</p>	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä

	<p>kohderyhmässä on suuri. IPC-N-nterventio soveltuu tähänastisen tutkimusnäytön perusteella erinomaisesti käytettäväksi kohderyhmässä eli 12-19-vuotiailla nuorilla. Perusopetuksen yläkoulut ja toisen asteen oppilaitokset tavoittavat valtaosan tästä kohderyhmästä. Masennusoireet ovat yleisimpiä tämänikäisten mielenterveysongelmista, mutta vain masennusoireisiin ja masennukseen kohdentuva interventio rajoittaa sen sovellettavuutta ja rajaa myös osan kohderyhmästä tämän ulkopuolelle.</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Perusrakenteen soveltuvuus toimintamallin käytölle Suomessa</p>	<p>IPC-N-toimintamallin levittäminen on perustunut toistaiseksi sen toimittamiseen nuorten nykyisten kunnallisten peruspalveluiden päälle, pääosin opiskeluhoillon palveluihin. Se on kentällä vastaanotettu työntekijöiden puolelta laajasti tarpeeseen tulevana, koska nuorten kanssa työskenteleville ei ole ollut tarjolla työkaluja ja nuorilla on runsaasti mielenterveystarpeita. Tulevaisuuden sotekeskus-ohjelmassa 2020-2022 on edistetty IPC-N interventioita maakuntiin suunnattujen koulutusten ohella yliopistosairaaloihin sijoitetuilla implementaatiotiimeillä, jotka ohjaavat ja varmistavat juurrutusta. THL:n rooli toimintamallin kansallisen toimeenpanon tukijana on myös perusteltu. Menetelmän juurruttamisen haasteet liittyvät palvelujärjestelmän rakenteisiin. Nuorten mielenterveyden palvelujärjestelmässä on puutteita varsinkin lievien-keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden tunnistamisen ja hoidon suhteen. Palvelujärjestelmän ammattilaisilla on kilpailevia tehtäviä, ja lisäksi mielenterveystyötä ohjataan useilta tahoilta. Selkeä ohjeistus ja tuki hoidollisten menetelmien toimittamisen tueksi tulisi ohjeistaa myös säädösten tasolla kansallisesti. Korkeatasoinen kansallinen koordinoitu koulutusjärjestelmä ja koulutustaho tulisi resursoida ja varmistaa, jotta IPC-N interventiota toteutetaan ammattitaitoisesti ja samoilla periaatteilla kaikkialla maassa. Muutoin syntyy alueellista epätasa-arvoa ja osaamispuutteita.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>
<p>Koulutus ja sen saatavuus</p>	<p>Suomessa IPC-mallin koulutustilaisuuksia (IPC-työntekijät ja IPC-menetelmäohjaajat) on järjestänyt HUS levittämisen alkuvaiheessa. Koulutusta on hankittu Iso-Britanniasta, Lontoon Anna Freud Centeristä. Keskeinen kouluttaja on ollut tri Roslyn Law. Suomalaisista asiantuntijoista</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>

	<p>PsT Jarmo Kontunen on ollut kouluttajana mukana levittämisen alkuvaiheessa.</p> <p>Tulevaisuuden sote-keskushankkeen yhteydessä 2020-2021 maakuntien yhdessä yliopistosairaaloiden järjestämissä koulutuksissa keskeinen kouluttaja on ollut yl Tarja Koskinen KYS:istä. Vuosina 2021-22 Suomessa toteutetaan useita maakuntien alueellisia koulutuksia yliopistosairaaloiden ohjannassa. Suomalainen kouluttajakoulutus on käynnistynyt 2020 ja ryhmä kouluttajia valmistuu 2022. HUS:in piirissä valmisteltiin 2020-2021 porrasteinen kansallinen malli kouluttamisesta IPC-työntekijöille, menetelmäohjaajille ja kouluttajille konsultoiden menetelmän kansainvälisiä kehittäjiä ja levittäjiä, malli sisältää kriteeristöä koulutuksiin tulemiseksi ja koulutuksien suorittamiseksi edellytettäviä kliiniseen IPC-N työskentelyyn liittyviä kesto-, ja määrällisiä suorittamistavoitteita. Ajankohtaisesti kouluttajia on kuitenkin vähän, mihin liittyviä haasteita kouluttajakoulutuksesta vuonna 2022 valmistuvat toivottavasti helpottavat. Tällä hetkellä toimintamallin levittämisen kiihtyessä kouluttajien rajallinen määrä voi kuitenkin rajata sen saatavuutta. Yliopistosairaaloiden verkosto on toiminut yhteistyössä ns. osaamiskeskusmallin mukaisesti ja jokainen yliopistosairaala koordinoi kouluttautumista alueellaan. IPC-N-koulutusmateriaaleja on saatavissa yliopistosairaaloiden kautta, osaksi niiden internet-sivuilla, niiden implementaatiotiimien kautta. Keskeisin materiaalien levittämiskanava on jakaminen yliopistosairaaloiden koordinoimien koulutusten yhteydessä.</p>	
<p>Toimintamallin käyttöönoton merkitys kunnissa ja hyvinvointialueilla</p>	<p>Nuorten perustason palvelut ovat olleet niin hajallaan, että interventioiden järkevää, toimivaa tai tehokasta koulutusta, levittämistä ja juurruttamista on ollut toistaiseksi mahdotonta järjestää. STM:n Tulevaisuuden sotekeskusohjelmassa 2020-2022 IPC-N-interventiota levitetään maanlaajuisesti joka maakuntaan, mikä on erittäin merkittävä avaus ja toiminnan merkitys kunnille ja alueille on siksi erittäin suuri. Jatkossa on erittäin tärkeää varmistaa valtakunnallinen koulutusohjaus ja koulutuksen järjestäminen yhtenäisin kriteerein koko maassa toimivan koulutuksen järjestäjätahon nimeämisen kautta, sekä varmistaa yliopistosairaaloiden resurssit (implementaatio/osaamiskeskustiimien toiminta) omilla alueillaan IPC-N-intervention juurtumisen tueksi.</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko</p>

Muut kommentit toimintamallin käytäntöön sovellettavuudesta	-	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko
Kokonaisarvio osa-alueen 3 vahvuuksista ja heikkouksista	Toimintamallille on selvä tarve ja sillä on potentiaalia helpottaa nuorten mielenterveyspalveluissa olevaa vajetta interventioiden suhteen ja lisätä palveluiden yhdenvertaisuutta, ainakin yhden potilasryhmän osalta. Toimintamallin soveltuvuus Suomeen ja paikalliseen palvelujärjestelmään ja sen toimintatapoihin vaikuttavat hyviltä. Haasteena on niukka ajankohtainen kouluttajaresurssi suhteessa toimintamallin levittämisen tavoitteisiin sekä se, että interventiota toteuttaviin työntekijöihin, heidän koulutukseen ja menetelmäohjaukseen on käytettävissä riittävät resurssit juurtumisen varmistamiseksi.	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input checked="" type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko

Kokonaisarviointi

Kokonaisarviointi	Pisteet (1-5)
<p>Toimintamalli sisältää nuorten lievään-keskivaikeaan masennukseen tarkoitetun perustason mielenterveyspalveluissa annettavan hoidollisen intervention (IPC-N) sekä suunnitelman sen kattavaksi levittämiseksi ja juurruttamiseksi Suomessa. Tavoitteena on intervention saatavuutta lisäämällä saattaa vaikuttava perustason hoito useamman masennusoireista kärsivän nuoren ulottuville ja samalla helpottaa nuorten mielenterveyspalveluiden ruuhkaa. Toimintamallin interventio on suunnitteilla levittää kaikkiin maakuntiin Suomessa ja kouluttaa laaja joukko työntekijöitä sen käyttöön. Tarve toimintamallille on suuri ja toimintamallin sisältämä pääosin hyvä ja selkeä suunnitelma voi onnistuessaan tuottaa merkittäviä hyötyjä sekä kohderyhmän nuorille että yhteiskunnalle. Toimintamallin levittämiseen liittyy kuitenkin myös olennaisia haasteita ja ilmeisiä riskejä, joita on myös suunnitelmassa huomioitu. Tutkimusnäyttö toimintamallin vaikuttavuudesta on vielä niukkaa eikä sen kustannusvaikuttavuutta ole lainkaan arvioitu. Myös kouluttajien saatavuus ja riittävien resurssien irrottaminen palvelujärjestelmässä sekä työntekijöiden kouluttamiseen että intervention juurruttamiseen ovat keskeisiä haasteita. Toimintamallissa on esitetty vaihtoehtoja ja suunnitelmia niin toimintamallin vahvistamiseksi, tutkimustiedon lisäämiseksi kuin riskien vaikutuksen vähentämiseksi.</p>	<input type="checkbox"/> 5 erinomainen <input type="checkbox"/> 4 kiitettävä <input checked="" type="checkbox"/> 3 hyvä <input type="checkbox"/> 2 tyydyttävä <input type="checkbox"/> 1 heikko

LIITTEET

Taulukko 1. Toimintamallin tiivistetty kuvaus

Tarve	Perustason palveluissa ja oppilaitoksissa toteutettavaksi soveltuvia, hoidollisia menetelmiä nuorten masennukseen ei juuri ole ollut saatavissa Suomessa.
Tavoite	IPC-N -toimintamalli levittää ja juurruttaa perustasolle kehitettyä IPC-N -interventiota Suomeen.
Kohderyhmä	12-19 -vuotiaat suomalaisnuoret, sekä lisäksi Suomessa perustasolla ja oppilaitoksissa nuorille mielenterveyspalveluita tarjoavat ammattilaiset ja organisaatiot.
Menetelmä	Nuorten interpersonaalinen ohjanta IPC-N, sekä intervention levittämisen- ja juurruttamismalli.
Tulokset ja vaikutukset	Kuusi tapaamiskertaa käsittävä IPC-N -interventio vaikuttaa soveltuvalta käytettäväksi suomalaisissa perustason palveluissa ja oppilaitoksissa. Sen yllä pitäminen vaatii vuosittain jatkuvaa juurruttamisen ja kouluttamisen tukea ja resursointia. Varhainen hoito parantaa masennuksen hoidon vaikuttavuutta ja voi estää nuorilla masennukseen liittyviä akateemista tai sosiaalisen toimintakyvyn alenemaa.
Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus	IPC-N -menetelmä näyttää Suomessa alustavasti hyödylliseltä. Perustasolla on mahdollista toteuttaa nuorten hoitoa. IPC-N -intervention saaneilla nuorilla masennusoireet näyttävät lievittyvän, myös keskivaikeassa masennuksessa ja myös silloin kun masennukseen yhdistyy ahdistuneisuutta. IPC-N:n vaikuttavuudesta verrattuna kouluissa ja peruspalveluissa rutiinisti annettavaan saman mittaiseen tukeen ei ole juuri tietoa, ja sitä tulisi hankkia. Myöskään IPC-N - menetelmän kustannusvaikuttavuudesta ei ole tietoa, ja sitä tulisi saada.
Etiikka	Toimintamallin eettisyyttä on arvioitu HUS-alueen eettisessä toimikunnassa 2016. Eettisesti puoltavat tekijät liittyvät suuren tarpeeseen nuorten hoidon lissämiselle sekä tasa-arvoisuuden lisääntymiseen. Eettiset riskit liittyvät toistaiseksi vielä puutteelliseen tutkimusnäyttöön vaikuttavuudesta.
Toimivuuden arviointi	IPC-N -menetelmän toimivuudesta perustasolla sekä toimintamallissa kuvatusista sen kouluttamis-, levittämisen-, ja juurruttamismallista peruspalveluihin ja oppilaitosten palveluihin on alustavaa myönteistä kokemusta Suomessa. Laajaan kansalliseen levittämiseen liittyy myös haasteita, esimerkiksi kouluttajien ja menetelmäohjaajien saatavuuden turvaamisessa ja riittävien resurssien irrottamisessa intervention antamiseen palvelujärjestelmässä sekä työntekijöiden kouluttamiseen että intervention juurruttamiseen. Viimeksi mainitut liittyvät ylipäätään nuorten mielenterveysinterventoiden saatavuuden lisäämiseen peruspalveluissa.
Resurssit ja kustannukset	2,5 – 3 miljoonaa euroa vuodessa.

Taulukko 2. Toimintamallin sovellettavuus käytäntöön

Toimintamallin tarve Suomessa	IPC-N -toimintamallille on selvä tarve Suomessa. Nuorten mahdollisuus saada varhaista hoitoa yleisiin mielenterveyden häiriöihin, kuten masennukseen, on ollut riittämätöntä.
Toimintamallille olemassa olevat rakenteet Suomessa	Toimintamallille on olemassa riittävä pohja julkisissa palveluissa, mutta sen ylläpito edellyttää jatkuvaa toiminnallista yhteistyötä peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon välillä ja aikaresurssin osoittamista hoidollisen IPC-N-intervention tekemiselle peruspalveluissa sekä menetelmäohjaukseen tarvittavan aika- ja henkilöpanoksen osoittamista erikoissairaanhoidosta. Kouluttajaorganisaatio, joka vastaa menetelmän kouluttamisesta, metodisesta ylläpidosta, laadusta ja kehittämisestä kansallisesti, tulisi nimetä ja resursoida jatkossa Suomessa.
Koulutuksen saatavuus Suomessa	Toimintamalliin liittyvää koulutusta on ollut saatavissa valtionrahoituksella vuodesta 2016. Keskeisinä kouluttajina ovat toimineet Britanniasta / Anna Freud Center, tri Roslyn Law, PsT Jarmo Kontunen, ja nuorisopsykiatrian yl Tarja Koskinen / KYS. Suomalainen kouluttajakoulutus on menossa.
Sovellettavuus eri kohderyhmiin	IPC-N -menetelmää voidaan soveltaa 12–19-vuotialle yläkouluissa ja 2. asteella. Interpersonaalisen hoidon sovellusalueen laajentaminen nuorempaan ikäryhmään, esimerkiksi 5–6-luokkalaisten masennusoireiden hoitoon, on melko helposti toteutettavissa esimerkiksi ammattilaisten lyhyellä jatkokoulutuksella ryhmämuotoiseen, ennaltaehkäisevään ja saman teoriapohjan omaavaan IPT-AST-interventiomalliin.
Viestintä ja toimintamallin levittäminen	Yliopistosairaalat ja sote-maakunnat vastaavat toimintamallin viestinnästä alueillaan. THL ylläpitää kansallista viestintää ja vastaa menetelmän levittämisen ja juurruttamisen kansallisesta tuesta. Toimintamallia on levitetty valtionavustuksella pilottivaiheessa vuosina 2016-2017, sitten julkisen terveydenhuollon yhteistyössä HUS:in koordinoimina koulutuksina vuosina 2018-19. Vuosina 2020-2022 toimintamallia on levitetty osana valtion rahoittamaa Tulevaisuuden Sote-keskus -hanketta.
Riskit toimintamallin käytäntöön sovellettavuudessa	Riskinä on se, että julkisen terveydenhuollon sektori ei ohjaa/resursoi riittävästi aika- ja henkilöresurssia IPC-N-hoitojen toimittamiseen eikä niiden tukemiseen. Tämä on geneerinen riski liittyen kaikkeen nuorten ikäryhmälle toteutettavaan strukturoituun, hoidolliseen mielenterveystyöhön ja sen saatavuuden parantamiseen perustasolla, eikä liity sinänsä vain IPC-N -menetelmään.
Sovellettavuus kuntiin ja alueille	Suomalaisten kokemusten mukaan IPC-N -toimintamallin sovellettavuus kuntiin ja alueille vaikuttaa kohtuullisen hyvältä.