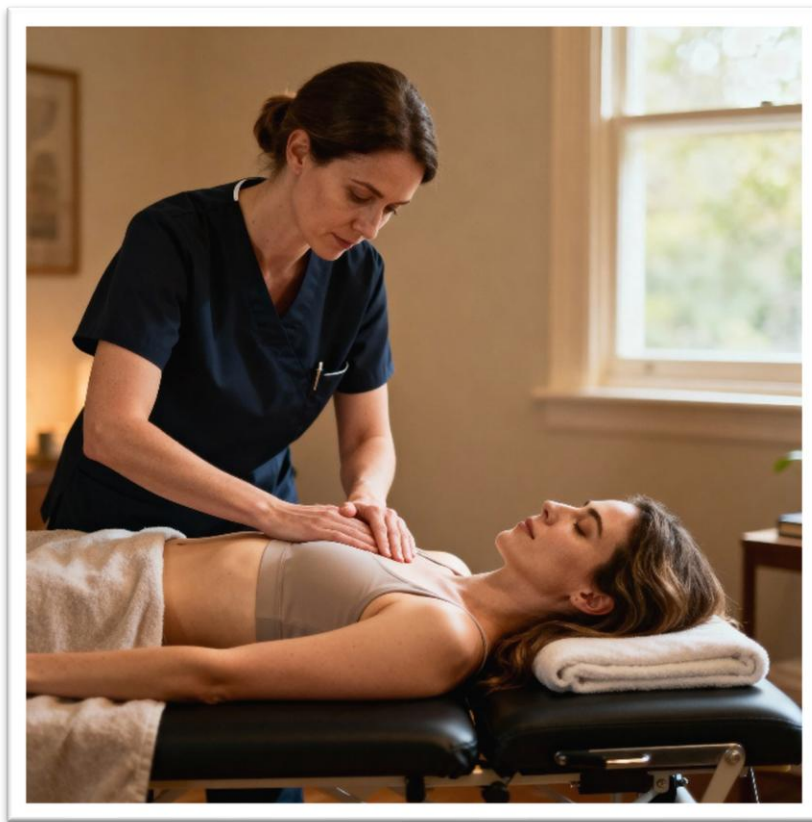


Täydentävä hoitaminen ja terveydenhuolto

asiantuntijaselvitys tutkimustiedosta ja kehitysehdotukset



Mikko Nenonen, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, dosentti, eMBA

Anneli Milén, HLT, dosentti (kansanterveystiede), professori (Global Health), MSc, Lontoo.

Markku Partinen, LKT, professori, dosentti (neurologia), hallinnon erikoislääkärin pätevyys

KIRJOITTAJISTA

Selvityksessä kuvaamme täydentävin menetelmin hoitamisen alaa, jotta lukija saa yleiskuvan. Työmme on tiivistelmä tutkimustiedosta ja ainoa laatuaan Suomessa. Esitämme vain tietoa emme mielipiteitä tai väitteitä. Mahdolliset virheet pyydämme kertomaan meille: anneli.milen@gmail.com.

Mikko Nenonen, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, dosentti, eMBA. Hän on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasrajapinnan ja johtamisen asiantuntija. Mikolla on kokemusta järjestelmän eri tasoilla ja tehtävissä mm. terveyskeskuslääkäri, kehittämispäällikkö, sairaalan tilaaja / tuottajajohtaja, terveyspoliittinen asiantuntija, kansalaisten valitsemana päättäjänä kunta- ja sairaanhoitopiiritasolla, konsulttina koti- ja ulkomailla ja kv-organisaatioiden hallituksissa (mm. European Health Management Association - EHMA).

Mikko on työskennellyt terveyskeskuksissa, Stakesissa, Lääkäriliitossa, sosiaali- ja terveysministeriössä, alue-, keskus- ja yksityissairaaloissa ja terveysyrityksissä. Hän on edustanut Suomea EU:n, Eurostatin, OECD:n ja NOMESKOn työryhmissä. Erityisenä osaamisalueena ovat tietokannat, kansalliset ja kansainväliset rekisterit ja tilastot. Luetuin ja siteeratuin Mikon julkaisuista on tieto- ja metatadateorioista ja ihmisen päätöksenteosta etenkin monimutkaisen ja ristiriitaisen informaation tilanteessa.

Anneli Milén, HLT, dosentti (kansanterveystiede), professori (Global Health), MSc Health Systems Management, LHTM, Lontoo. Hän on terveysjärjestelmien kehittämisen laaja-alainen asiantuntija. Hän perusti ja johti THL:ssa 1. kansallisen potilasturvallisuuden (pt) kehittämisohjelmaa. Tuolloin luotiin yhdessä mm. alueelliset ja kansalliset pt-verkostot sekä pt-koulutus maan kaikille th:n ammatilaisille. Opetushallinnossa hän käynnisti uuden kansallisen keskuksen CIMO:n ja johti kansainvälisen opiskelija-, opettaja- ja tutkijavaihdon järjestelyt ja mittavan kasvun.

Stakesissa Annelin johdolla kehitettiin sammuva kv- yksikkö keskiuureksi yritykseksi toteuttaen kv-konsortioissa useita mittavia EU:n ja Suomen hankkeita eri maiden sote:n kansallisen tason kehittämisessä. Hän on työskennellyt myös asiantuntijana WHO:ssa Genevessä ja noin 20 maassa mm. EU:n, UNAIDS:in, sekä Australian ja Suomen valtion tehtävissä - pitkäaikaisesti kuudessa maassa.

Markku Partinen, LKT, professori, neurologian dosentti. Hän toimii Helsingin yliopiston Clinicumissa vastuututkijana sekä Terveystalo Unen fokusyksikön seniorikonsulttina. Markku on työskennellyt tutkijana Stanfordin yliopistossa 1985–86 ja vierailevana professorina Bolognassa, Italiassa 1987 sekä Uppsalan yliopistossa 2013–2020. Hän on toiminut Maailman unilääketieteen yhdistyksen puheenjohtajana. Hän on Duodecimin unettomuuden Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja ja uniapnean Käypä hoito -työryhmän jäsen.

Markulla on yli 450 alkuperäistä tieteellistä julkaisua vertaisarvioituissa lehdissä ja useita kirjoja ja oppikirjalukuja. Hänen Hirsch-faktorinsa (H-indeksi) tietokannoissa ovat: Web of Science 74, SCOPUS 83 ja Google Scholar 101. H1N1-pandemian aikaan hän koordinoi Suomen Akatemian ja Ruotsin Vetenskapsrådetin NarpaNord- projektia. COVID-19 pandemian aikaan hän on toiminut päätutkijana HY:n kansainvälisessä ICOSs-projektissa.

Sidonnaisuudet: Emme ole hakeneet tai vastaanottaneet rahoitusta tai palkkiota tästä työstä. MN: Kansanlääkintäseura ry:n hallituksen jäsen. AM: ei sidonnaisuuksia. MP: ei sidonnaisuuksia.

TIIVISTELMÄ

Asiantuntijaselvitys on tieteelliseen tietoon perustuva yleiskuva siitä, mitä täydentävä hoitaminen koulutetun ammattilaisen antamana on. Tarkastelemme sitä neutraalisti ja puolueettomasti kansainvälisestä ja suomalaisesta näkökulmasta laajan tutkimustiedon sekä viranomaistiedon perusteella. Tietolähteet, 140 on selvityksen lopussa lueteltu viitetietoineen.

Tarkoituksemme on tukea asiallista ja tietoon perustuvaa keskustelua ja päätöksentekoa. Ajantasainen tutkimustieto on tarpeen päätöksenteossa hyvinvointialueilla ja kansallisessa ohjauksessa, kun tarvitaan uusia voimavaroja henkilöstöväjääseen ja keinoja väestön terveyshaasteisiin. Selvityksen on tarkoitus antaa tietopohjaa meneillään olevalle sote- ammattihenkilöstön lainsäädännön uudistukselle.

Asiantuntijaselvityksessä käsittelemme kansallisia kysymyksiä: erilaiset täydentävät hoidot ja niiden käytön yleisyys väestössämme sekä hakeutumisen syyt, asiakas- ja potilasturvallisuus ja vaikuttavuus, ammattilaisten koulutus ja osaaminen sekä alan lainsäädäntö meillä ja Pohjoismaissa.

Keskeiset havainnot ja kehittämisehdotukset

Laaja käyttö ja tavanomaiset hoitomuodot: Kolme miljoonaa suomalaista eli 60 % aikuisväestöstä käy lääkärin vastaanotolla vuoden aikana. Miljoona eli 20 % hakeutuu täydentäviin hoitoihin (saman tutkimuksen mukaan). Hoidot eivät ole ihmisille vaihtoehtoisia, vaan niihin hakeudutaan erilaisista tarpeista. Täydentäviä hoitoja käytetään edistämään omaa terveyttä ja ehkäisemään sairauksia mm. stressin, jännittyneisyyden ja väsyneisyyden lieventämisen kautta. Niistä haetaan helpotusta kipuihin ja vaivoihin sekä ei-vakavien sairauksien kuten migreenin hoitoon. Hoidot ovat tavallisia ja Pohjoismaissa vakiintuneita.

Turvallisuus ja koulutus: Hoidot ovat asiakkaille ja potilaille turvallisia: käsillä hoitaminen, kehoon kajoamattomuus ja lääkkeettömyys vaikuttavat siihen, että hoitomenetelmillä on melko vähän mahdollisia riskejä turvallisuudelle. Tieteellisiä perusteita ei ole sille, että näiden hoitojen käyttöä rajoitetaisiin tai niitä käytännössä kiellettäisiin.

Riittävä koulutus on välttämätön kaikessa ihmisen hoitamisessa ja suurella osalla täydentävää hoitoa antavista terapeuteista koulutus on riittävää, mutta kaikilla ei näin ole. Ehdotamme pohjoismaisen mallin mukaista melko kevyttä järjestelmää, jolla voidaan varmistaa mm. terapeuttien riittävä koulutus, ammattieettinen toiminta kuten markkinointi, omavalvonta, valitusten käsittely ja hoitovaihinkojen korvaus sekä se, että yleisö voi halutessaan valita terapeuttinsa tiedon pohjalta.

Hoidon turvallisuuden ja laadun vuoksi on tarpeen lisätä lääkärin ja sairaanhoitajien sekä terapeuttien tietoa toistensa työstä ja hoitomenetelmistä sekä parantaa toistensa työn arvostusta. Ehdotamme tietoon perustuvaa, puolueetonta koulutusta täydentävän hoitamisen alasta osana lääkäreiden ja sairaanhoitajien perus- ja täydennyskoulutusta. Vastaavasti terapeuttien koulutukseen on sisällyttävä lääketieteen opintoja kuten ehdotamme edellä.

Hoitojen vaikutus arkielämään: Hoidoissa olleet kokevat saavansa niistä hyötyä niihin tarpeisiinsa, joiden vuoksi ovat hakeutuneet hoidettaviksi. Vaikutukset näkyvät arkielämässä mm. kohentuneena toimintakykynä ja elämänlaatuna. Ehdotamme täydentävien hoitojen arkivaikuttavuuden tutkimuksen lisäämistä.

Sisältyminen terveydenhuoltoon: Täydentävien hoitojen liittäminen vakiintuneeseen terveydenhuoltoon on vähäistä sitä huolimatta, että ne ovat turvallisia ja kustannustehokkaita ja täydentävät vakiintuneen terveydenhuollon hoitopalettia. Lääketieteellisen ja sitä täydentävän hoitamisen yhdistäminen etenee mm. Euroopassa. Suomessa sitä toteutetaan jonkin verran yksityisessä- ja

työterveyshuollossa. Ehdotamme, että arvioidaan, mitä täydentäviä hoitomuotoja voidaan mahdollisesti suositella sisällytettäväksi terveydenhuoltoon. Arviointityö tehtäisiin vakiintuneen käypä hoito suositusten prosessin avulla kuten lääketieteellisetkin hoidot. Tämän pohjalta tulisi käynnistää pilot-tiohjelmiä kehittämään ja testaamaan joidenkin täydentävien hoitojen integrointia vakiintuneisiin hoitopolkuihin erityisesti silloin, kun ne voivat tukea tavanomaisia hoitoja tai tarjota kustannustehokkaita vaihtoehtoja.

SAMMANFATTNING

Expertrapporten är en vetenskapligt baserad översikt över vad kompletterande vård som tillhandahålls av en utbildad professionell innebär. Vi granskar detta neutralt och objektivt ur ett internationellt och finskt perspektiv, baserat på omfattande forsknings- och myndighetsinformation. Källorna, totalt 140 stycken, listas i detalj med referenser i slutet.

Syftet är att stödja en saklig och kunskapsbaserad diskussion och beslutsfattande. Aktuell forskningsinformation är nödvändig för beslutsfattande inom välfärdsregionerna och i den nationella styrningen, särskilt när nya resurser krävs för att möta personalbrist och växande hälsoutmaningar i befolkningen. Utredningen ska ge en grund för den pågående lagstiftningen för hälso- och sjukvårdspersonalen.

I rapporten behandlas nationella frågor: olika typer av kompletterande behandlingar, användningens utbredning i befolkningen och orsaker till användning, kund- och patientsäkerhet och effekter, utbildning och kompetens hos yrkesutövarna samt lagstiftningen i Finland och i de nordiska länderna.

Viktiga iakttagelser och utvecklingsförslag

Utbredd användning: Tre miljoner finländare, dvs. 60 % av den vuxna befolkningen, besöker läkare under ett år. En miljon, dvs. 20 %, söker sig till kompletterande behandlingar (enligt samma studie). Behandlingarna är inte alternativa till den vanliga vården, utan används för olika behov. Kompletterande behandlingar används för att främja egen hälsa och förebygga sjukdomar, till exempel genom att minska stress, spänningar och trötthet. De används också för att lindra smärta och besvär samt för lindring av icke-allvarliga sjukdomar som migrän. Behandlingarna är vanliga och etablerade i de nordiska länderna.

Säkerhet och utbildning: Behandlingarna är säkra för patienter och klienter: manuell behandling, icke-invasivitet och läkemedelsfrihet bidrar till att riskerna för skadeverkningar är begränsade. Det finns inget vetenskapligt stöd för att begränsa eller förbjuda dessa metoder.

Tillräcklig utbildning är avgörande inom all mänsklig vård, och en stor del av de terapeuter som erbjuder komplementär behandling har tillräcklig utbildning, men alla har inte det. Vi föreslår ett relativt lätt regelverk enligt den nordiska modellen, som kan säkerställa bland annat att terapeuternas utbildning är tillräcklig, att deras verksamhet styrs av yrkesetik, att egenkontroll finns, att reklamationer hanteras på ett korrekt sätt, och att system för ersättning vid vårdskador fungerar, samt att allmänheten har möjlighet att välja terapeut baserat på tillgänglig information.

För att förbättra patientsäkerhet och vårdkvalitet bör sjukvårdspersonal öka sin kunskap om varandras arbete och metoder samt värdesätta varandra mer. Vi föreslår evidensbaserad och objektiv utbildning om den kompletterande behandlingsbranschen som en del av grundutbildning och vidareutbildning för läkare och sjuksköterskor. Utbildningen för terapeuter bör också inkludera medicinska kunskaper, som nämns ovan.

Effekter av behandlingarna i det dagliga livet: personer som fått behandling upplever att de får nytta av den för att hantera de problem de sökt hjälp för. Effekterna visar sig i förbättrad vardag, t.ex. i bättre funktionsförmåga och livskvalitet. Vi föreslår att forskningen om den dagliga effekten av kompletterande behandlingar utökas.

Inkludering i hälsovården: Integration av kompletterande behandlingar i hälsovården är fortfarande låg, trots att de är säkra, kostnadseffektiva och kan komplettera det ordinarie vårdutbudet. I Europa sker en successiv integrering av medicinsk och kompletterande vård, och i Finland sker detta i viss mån inom privat och arbetshälsovård. Vi rekommenderar att man utvärderar vilka kompletterande metoder som potentiellt kan rekommenderas för inriktning i hälsovården. Utvärderingsarbetet bör genomföras med en etablerad process för evidensbaserade riktlinjer, liknande den för medicinska behandlingar. Utifrån detta bör pilotprogram inledas för att utveckla och testa integreringen av vissa komplementära behandlingar i etablerade vårdprocesser, särskilt när de kan stödja konventionella behandlingar eller erbjuda kostnadseffektiva alternativ.

Sisällysluettelo

1. TARKOITUS	7
2. TERMEISTÄ	8
3. YHDISTÄVÄSTÄ HOITAMISESTA KANSAINVÄLISESTI	9
4. MIHIN HOITOIHIN / HOITAJILLE SUOMESSA HAKEUDUTAAN?	11
4.1. Yleisimmät hoidot ja hoitojen antajat	11
4.2. Tyypillistä Suomessa käytetyille hoidoille	13
4.3. Mitä hoitajat tekevät eri hoidoissa?	14
4.4. Täydentävää hoitoa antavat hoitajat	16
5. ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS	17
5.1. Asiakas- ja potilasturvallisuudesta nykyisin	17
5.2. Tilasto- ja viranomaistietoa	17
5.3. Miten vakava haaste hoitojen turvallisuus on?	18
5.4. Täydentävät ja lääketieteelliset hoidot	18
5.5. Muut merkittävät riskit	20
5.6. Riskeille altteimmat hoitomenetelmät	22
5.7. Muut kuin hoitomenetelmän riskit	25
6. TÄYDENTÄVIEN HOITOJEN VAIKUTTAVUUDESTA	26
6.1. Täydentävien hoitojen tutkimisesta	26
6.2. Arkivaikuttavuudesta	27
6.3. Tutkimuksia koetusta vaikuttavuudesta	29
7. SÄÄNTELY	31
7.1. Sääntely ja valvonta Suomessa	31
7.2. Sääntely muissa Pohjoismaissa	33
8. JOHTOPÄÄTÖKSET	39
9. EHDOTUKSET	41
9.1. Ehdotukset lyhyesti	41
9.2. Ehdotusten perustelut ja yksityiskohdat	41
9.2.1. Turvallisuuden varmistaminen	41
9.2.2. Yhteistyön kehittäminen	44
9.2.3. Käypä hoito- suositusprosessi	45
9.2.4. Hyödyntäminen sote:ssa	45
9.2.5. Arkivaikuttavuuden seurantajärjestelmä	47
KIITOKSET	47
VIITTEET	48

1. TARKOITUS

Selvityksessä olemme koonneet ja jaamme tutkittua tietoa Suomessa käytössä olevista täydentävistä hoitomenetelmistä koulutetun ammattilaisen antamana. Tarkoitus on antaa alasta yleiskuva asiallista ja tietoon perustuvaa keskustelua ajatellen. Selvitys koostuu tutkimustiedosta ja viranomaistiedosta. Viimeaikaiset suomalaiset tutkimukset antavat uutta tietopohjaa alasta ja sitä tukee ulkomaisen tutkimuksen kasvanut määrä parin vuosikymmenen aikana.

Tutkittua tietoa on vieläkin melko vähän, mutta sen pohjalta pystytään vastaamaan kysymyksiin:

1. Miten yleisesti suomalaiset hakeutuvat täydentävää hoitoa antavalle hoitajalle?
2. Mihin eri hoitomenetelmin annettuihin hoitoihin he hakeutuvat?
3. Miksi he hakeutuvat täydentävään hoitoon hoitavalle henkilölle?
4. Miten turvallisia eri hoitomenetelmät ovat asiakkaalle / potilaalle?
5. Mitä vaikutuksia, hyötyjä ja haittoja saaduista hidoista on?
6. Miten Pohjoismaissa on varmistettu turvallisuutta ja säädelty alaa?
7. Mitä kehitysehdotuksia on perusteltua tehdä?

Tutkittu tieto on tarpeellista sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ja alueellista päätöksentekoa ja sen valmistelua varten. Päivitetyn tiedon avulla on mahdollista vastata terveydenhuollon henkilöstöpulaan ja väestön tarpeisiin sekä päivittää tiedot asiakas- ja potilasturvallisten hoitojen hyödyntämiseksi terveydenhuollossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja väestön terveyden mittavat haasteet edellyttävät harkittaviksi myös uusia voimavaroja ja hoitomenetelmiä. Niiden potentiaalia arvioitaessa on tarpeen tarkastella hoidon antajien osaamista, potilasturvallisuutta, laatua, vaikutuksia henkilötasolla ja väestössä sekä toiminnan kustannuksia. Täydentävien hoitomenetelmien ja niitä antavien koulutettujen ammattilaisten osaamisen hyödyntämistä on tarpeen arvioida neutraalisti ja puolueettomasti ja tiedolla perustellen.

Valtioneuvosto on kiinnittänyt huomiota tiedon puutteeseen täydentävästä hoitamisesta. Petteri Orpon hallitusohjelmaan (Valtioneuvosto 2023, 37) on kirjattu tarve ”vaihtoehtohoitojen sääntelyn selvittämisestä potilasturvallisuuden varmistamiseksi”. Selvitystarve oli myös edellisen hallituksen ohjelmassa (Valtioneuvosto 2019,152). Selvitystä ei ole kuitenkaan tehty.

Päätimme tehdä selvityksen ilman toimeksiantoa ja rahoitusta, koska tutkittua tietoa tarvitaan muun muassa **tietoon pohjautuvien säädösohjausten tekemiseksi meneillään olevassa sote- ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön uudistamisessa.**

Sekaannusta esiintyy kirjallisuudessa ja julkisuudessa siitä, mitä täydentävään hoitamiseen milloinkin sisällytetään. Korostamme, että tämä selvitys koskee erityisesti täydentävien hoitojen käyttöä esimerkiksi kipuoireiden lievittämisessä sekä arkielämässä selviytymistä ja kuntoutumista täydentäviä toimenpiteitä, joita asiakas / potilas saa häntä hoitavalta koulutetulta henkilöltä. Seuraavassa Luvussa 2 määritellemme termin. Me emme käsittele tarkemmin lääkäreiden, fysioterapeuttien ja kättilöiden antamaa akupunktuuria, emmekä kiropraktiikkaa, naprapatiaa ja osteopatiaa, joita käytetään erilaisten tuoreiden (akuuttien) kiputilojen hoidossa. Tähän selvitykseen eivät kuulu myöskään esimerkiksi jooga, pilates tai TaiChi- voimistelu eivätkä kaupoista ja apteekeista ostettavat ravintolisät, hivenaineet, vitamiinit ja itsehoitolaitteet. Selvitys ei koske myöskään täydentävään hoitamiseen kuulumattomina eheytyshoitoja, kauneudenhoitopalveluja eikä julkisuudessa esiin nostettuja muita asioita kuten esimerkiksi mustasalvaa tai hopeavettä.

2. TERMEISTÄ

Määrittelemme tässä selvityksessä käyttämämme keskeiset termit. Olemme soveltaneet termien kuvausta suomalaiseen ympäristöön.

Terveydenhuolto tarkoittaa selvityksessä julkista ja yksityistä terveydenhuoltojärjestelmää Suomessa. Asia yhteyden mukaan se voi viitata yleisesti tai erikseen jonkin yksittäisen maan terveydenhuoltoon.

Vakiintunut terveydenhuolto tarkoittaa terveydenhuoltoa ja hoitomenetelmiä, jotka perustuvat länsimaiseen lääketieteeseen. Joitakin täydentäviä hoitomenetelmiä sisältyy vakiintuneisiin hoitoihin joissakin maissa, myös Euroopassa.

Selvityksessä tarkastelemistamme hoitomenetelmistä ja hoidoista on kansainvälisessä keskustelussa ja tutkimuskirjallisuudessa esiintynyt monenlaisia ja eri sisältöisiä termejä: vaihtoehtoiset hoidot, täydentävät hoidot, yhdistävät hoidot, perinteiset / perinnehoidot. Meillä on lisäksi puhuttu luontaishoidoista [1], uskomushoidoista [2, 3] ja viimeisimpänä pärjäämishoidoista [4].

Alan kehitys on vaikuttanut termien kansainväliseen muutokseen. Nykyisin laajasti käytetty termi, täydentävät ja yhdistävät hoidot, kuvaa alan ja sen roolin muuttumista viime vuosikymmeninä. Siihen on päädytty täydentävät hoidot - termin kautta alkujaan vaihtoehtohoidot- ajattelusta. Myös Maailman terveysjärjestö WHO on ottanut käyttöön globaalisti samantyyppisen termin: perinteinen, täydentävä ja yhdistävä hoitaminen. Siitä ja globaalista strategiasta 2025–2034 ovat päättäneet parin sadan jäsenvaltion terveysministerit [5]. Myös muun muassa Yhdysvaltain kansallinen terveysvirasto National Institute of Complementary and Integrative Health korostaa yhdistämistä, myös nimessään [6].

Tässä selvityksessä käytämme termejä täydentävät hoitomenetelmät ja täydentävät hoidot. Jätämme tässä termistä pois sanan ”yhdistävä” ilmaisun lyhyden vuoksi.

Täydentävä hoito on asiakkaan / potilaan yksilöllistä hoitoa koulutetun henkilön antamana:

- Hoidot täydentävät vakiintuneen terveydenhuollon hoitovalikoimaa, mutta eivät yleensä¹ korvaa vakiintuneita lääketieteellisiä hoitomenetelmiä.
- Koska hoitava henkilö on saanut koulutuksen pääosin yhteen hoitomenetelmään, tarkastelemme niitä yhdessä (hoitomenetelmän nimi = hoitajan nimike).

Täydentäviä hoitomenetelmiä käytetään:

- yleisimmin erilaisten vaivojen lievittämisessä sekä henkilön koetun terveyden edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä.
- joidenkin ei-vakavien sairauksien ja vaivojen hoitamiseen.
- kroonisten sairauksien ja vaivojen oireisiin, mm. krooniseen kipuun tukien kipulääkitystä tai vähentäen erikoissairaanhoidon tarvetta.

Täydentäviä hoitomenetelmiä ei käytetä eikä tule käyttää vakavia sairauksia ”parantavina” hoitoina.

Täydentävä hoitaminen (verbi) tarkoittaa tässä selvityksessä hoitavan henkilön antamaa hoitoa jonkin täydentävän hoitomenetelmän avulla yksittäiselle hoidettavalle asiakkaalle / potilaalle. Hoitava henkilö on meillä ammatinharjoittaja (hoitaja / terapeutti), joka on saanut jonkin täydentävän hoitomenetelmän koulutuksen. Joissakin maissa, myös Euroopassa terveydenhuollon ammattihenkilö

¹ Joissain tilanteissa kivun lääkkeetön hoito esimerkiksi akupunktio voi vähentää tai poistaa vakiintuneen lääkehoidon tarpeen [7].

kuten lääkäri, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, jolla on kyseisen hoitomenetelmän koulutus, voi antaa itse täydentävää hoitoa. Esimerkiksi meillä akupunktiohoitoa antavat osana terveydenhuoltoa lääkärit, fysioterapeutit ja kättilöt. Suomessa on useita koulutettuja akupunktioterapeutteja, jotka antavat sitä vastaanotoillaan.

Haittatapahtumat ja hoitovahingot. Käytämme molempia termejä. Ne kuvaavat tässä esitettävissä olevia hoitotapahtumia, jotka eri vakavuudella vaarantavat asiakas- ja potilasturvallisuutta. Potilasvakuutuskeskus käyttää hoitovahingot- termiä.

Hypnoterapia on hoitomuoto, jossa hyödynnetään hypnoosia. Täydentävä hoitaja voi antaa koulutettuna kevyttä, lyhytkestoista hypnoterapiaa esimerkiksi kivun lievittämiseksi. Hypnoosia esitetään myös viihteenä, mutta sillä ei ole mitään tekemistä täydentävien hoitomenetelmien kanssa. Suomessa järjestetään lääketieteellisen hypnoosin koulutusta ja koulutetut hypnoterapeutit ovat lääkäreitä, sairaanhoitajia, psykologeja ja / tai psykoterapeutteja. Emme käsittele hypnoosimenetelmiä tässä tarkemmin, koska ne on jo integroitu osaksi mm. psykiatrista sairaanhoitoa. Suggestioiden käyttäminen hoidoissa liittyy myös vakiintuneeseen lääketieteeseen.

Täydentäviä hoitomenetelmiä on useita ja ne vaihtelevat maiden välillä. Suomessa on nyt tutkimustietoa siitä, mihin täydentäviin hoitomenetelmiin noin miljoona maamme koko 16- vuotta täytäneestä väestöstä vuositasolla hakeutuu [8]. Selvästi yleisimpiä ovat hieronnat², jäsenkorjaus, akupunktio, kasviterapia, vyöhyketerapia, homeopatia ja kosketus- ja energiahoito sekä osteopatia³, kiropraktiikka ja naprapatia. Näitä hoitomenetelmiä olemme kuvanneet Luvussa 4.

Vaihtoehtoiset hoidot- termi on muualla jäänyt lähes pois käytöstä, mutta Suomessa sitä vielä esiintyy. Täydentävät hoidot eivät ole vaihtoehto länsimaisen lääketieteen hoidoille. Tutkimuskirjallisuuden mukaan lääketieteellinen hoito ei viivästy siksi, että henkilö hakeutuu täydentävään hoitoon. Se ei myöskään keskeydy tai sitä ei vaihdeta täydentävään hoitoon (katso Luku 5).

Uskomushoidot on aiemmin lähes yksinomaan Suomessa käytetty termi. Se antaa virheellisen kuvan niistä hoitomenetelmistä, joita tässä selvityksessä käsitellään. Täydentävät hoitomenetelmät eivät perustu uskomuksiin. ”Uskomusta” ei tule rinnastaa plasebovaikutukseen, joka muodostaa merkittävän osan myös vakiintuneiden lääketieteellisten hoitojen kokonaisvaikutuksesta [9, 10].

3. YHDISTÄVÄSTÄ HOITAMISESTA KANSAINVÄLISESTI

Yhdistävän hoitamisen käytännöt ovat yleistyneet viime vuosikymmeninä eri puolilla maailmaa. Yhdistävässä hoitamisessa on kyse hoitamisesta, jossa terveydenhuollon asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon sisältyy terveydenhuollon tarjoamien vakiintuneiden menetelmien ohella täydentäviä hoitomenetelmiä [11, 12].

Yliopistollista koulutusta siitä annetaan muun muassa Australiassa, Belgiassa, Englannissa, Espanjassa, Italiassa, Itävallassa, Norjassa, Saksassa, Sveitsissä, Unkarissa ja Yhdysvalloissa.

Yhdistävän lääketieteen ja terveyden akateemiseen konsortioon kuuluu lähes sata jäsenorganisaatiota (yliopistokeskuksia ja klinikoita) mm. Yhdysvalloista, Australiasta, Brasiliasta ja Meksikosta. Yhdysvalloista mukana on noin 70 organisaatiota (mm. Harvard Medical School ja Stanford University) [13].

² Klassinen hieronta ja urheiluhieronta eivät sisälly tähän, sillä ne ovat Suomessa osa vakiintunutta terveydenhuoltoa.

³ Osteopatia, kiropraktiikka ja naprapatia ovat Suomessa osa vakiintunutta terveydenhuoltoa.

Huippututkimuskeskuksia on myös Euroopassa. Näitä ovat muun muassa Charité University Berlin ja Freiburgin, Tübingenin, Heidelbergin ja Witten / Herdecken yliopistot Saksassa, Bernin, Zurichin ja Baselin yliopistot Sveitsissä; Royal London Hospital for Integrated Medicine Lontoossa ja National Centre for Integrative Medicine Bristolissa Britanniassa; 84 klinikkaa sairaaloissa Toscanassa Italiassa; Norjan National Research Center for Complementary and Alternative Medicine NAFKAM sekä Pécsin yliopisto Unkarissa [14].

Kansallisia alan akateemisia tutkimuskeskuksia on noin 75 maassa [15]. Yhdysvalloissa tutkimuskeskus on osa kansallista terveysvirastoa (NIH, National Institutes of Health; Complementary and Integrative Health [6]. Euroopassa EUROCAM -säätio yhdistää eurooppalaiset alan kattojärjestöt [14]. Norjassa on toiminut 25 vuotta kansallinen, valtion rahoittama täydentävien hoitojen tutkimus ja tiedotuskeskus NAFKAM Norjan Arktisessa yliopistossa [16].

Maailman terveysjärjestö **WHO on kehottanut** jäsenvaltioitaan integroimaan täydentäviä ja hyviksi osoittautuneita kansallisia perinnehoitoja ja täydentäviä hoitoja terveydenhuoltojärjestelmiin.

Yhdistävä hoitaminen Euroopassa

Vakiintuneen terveydenhuollon ja täydentävän hoitamisen yhteistyö maailmalla etenee, mutta saa toisinaan osakseen kritiikkiä ja jopa vihamielisyyttä [12]. **Pohjoismaissa** täydentäviä hoitoja tarjotaan lisääntyvästi myös muun muassa sairaaloissa: jo vuonna 2008 joka toinen Norjan sairaala ja joka kolmas Tanskan sairaala tarjosi jotakin täydentävää hoitoa [18].

Saksassa, useiden Euroopan maiden joukossa, osavaltio Baden-Württemberg tukee yhdistävän hoidon osaamisverkostoa. Siinä sairaalat, avohoidon toimijat ja tutkimuslaitokset työskentelevät yhdessä vaikuttavien, turvallisten ja korkealaatuisten yhdistävien hoitomenetelmien kehittämiseksi, toimeenpanemiseksi ja arvioimiseksi.

Italiassa, toisena esimerkkinä Euroopassa, Toscanan maakunta on kehittänyt yhdistävää hoitamista julkisessa terveydenhuollossa 25 vuoden ajan. Toscanassa täydentävää ja yhdistävää hoitamista annetaan 84 julkisella klinikalla, neljässä lähetekeskuksessa ja sairaalassa Grosseton provinssissa [14, 19].

Suomessa yhdistävää hoitamista on yksityisessä terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa, muun muassa akupunktiota, osteopatiaa ja kalevalaista jäsenkorjausta. Joitakin hoitokeinoja mainitaan myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden työtä varten laadituissa käypä hoito -suosituksissa, esimerkiksi akupunktio [7]. Hoitopalvelujen tarjoajista koulutetut kiropraktikot, osteopaatit ja naprapaatit voivat rekisteröityä terveydenhuollon ammattihenkilöiksi [20] ja osalla täydentävistä hoitajista on jokin terveydenhuollon koulutus [17].

Suuri osa suomalaisista käyttää sekä vakiintuneita että täydentäviä hoitomenetelmiä. He valitsevat vakiintuneen terveydenhuollon palvelujen ohella itselleen tai perheenjäsenilleen myös muita hoitopalveluja. Täydentävän hoitajan vastaanotolle he ovat hakeutuneet usein oma-aloitteisesti ilman erillistä lähetettä. Noin miljoona suomalaista käy vuositasolla vähintään kerran täydentävää hoitoa antavan henkilön vastaanotolla. Yhtenä syynä on se, että hoitoon hakeutuneet henkilöt eivät ole kokeneet saaneensa riittävää apua oireisiinsa ja vaivoihinsa ainoastaan vakiintuneiden lääketieteellisten hoitomenetelmien avulla. [21-23] Tutkimuksissa on todettu, että täydentävien hoitojen kustannustehokkuus on hyvä [24, 25].

4. MIHIN HOITOIHIN / HOITAJILLE SUOMESSA HAKEUDUTAAN?

Suomen väestöstä suuri osa- 20 % eli miljoona ihmistä -hakeutuu täydentävään hoitoon (hoitajalle). Hoitomenetelmät ovat vakiintuneita kehittyneissä maissa ja kansanvälisessä tutkimuskirjallisuudessa täydentäviksi hoidoiksi luokiteltuja. Tyypillistä niille on hoitaminen käsillä, elimistöön kajoamattomuus, lääkkeettömyys, kokonaisvaltaisuus, pitkäkö hoitoaika ja hyvä kustannustehokkuus.

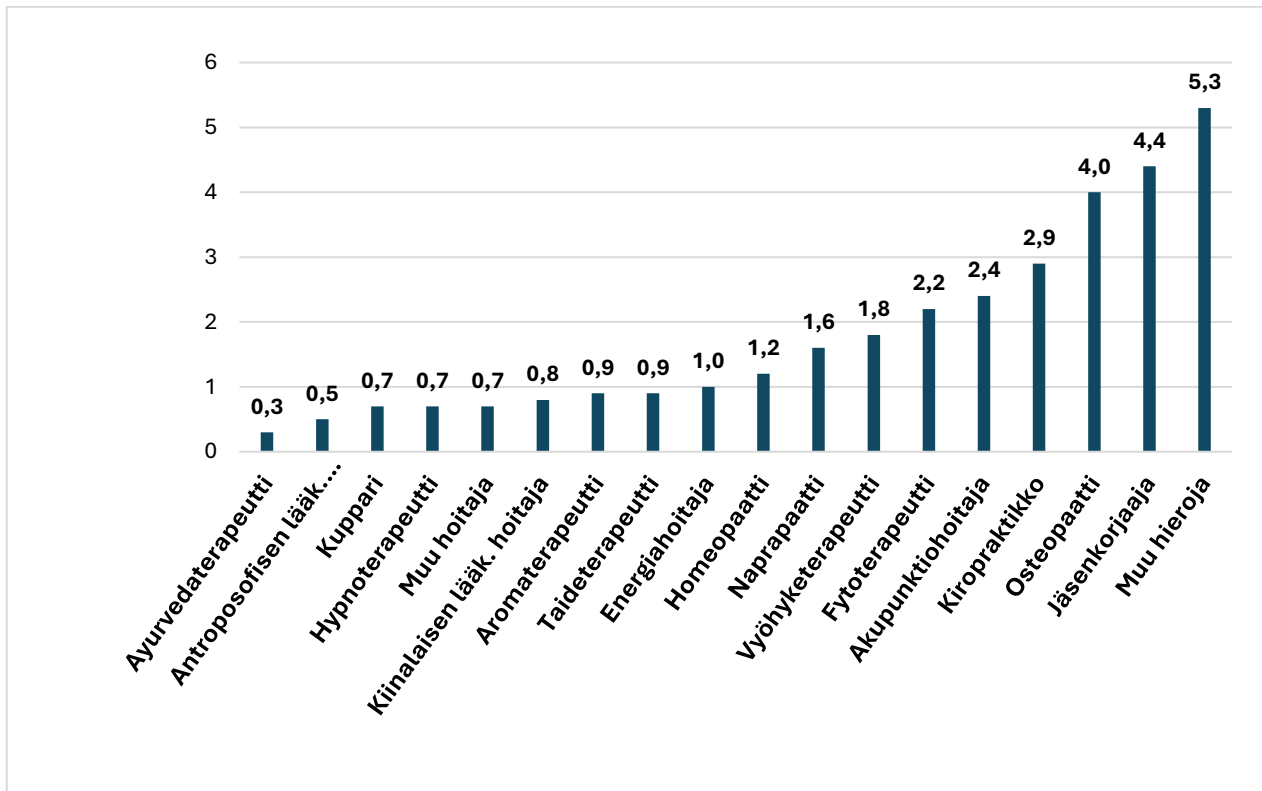
Selvästi yleisimpiä hoitoja meillä ovat hieronnat, kalevalainen jäsenkorjaus, akupunktio ja kasviterapia. Seuraavaksi yleisimpiä ovat vyöhyketerapia, homeopatia ja energiahoidot.

4.1. Yleisimmät hoidot ja hoitojen antajat

Täydentävän hoitajan vastaanotolle hakeutuu Suomessa väestötutkimuksen mukaan vuosittain joka viides Suomessa asuva 16- vuotta täyttänyt henkilö vähintään kerran, mikä merkitsee lähes miljoonaa ihmistä [8]. Koska täydentävä hoitaja on erikostunut yleensä yhteen hoitoon, kuvio kertoo sekä hoitajan valinnasta että hoitomenetelmän valinnasta.

Tästä kuvioista saa kokonaiskuvan siitä, mihin täydentäviin hoitoihin Suomessa hakeudutaan ja mitä hoitoja täydentävän hoitamisen ala meillä pitää ja ei pidä sisällään.

Kuvio 1: Täydentävän hoitajan vastaanotolla käyminen kyselyä edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Prosenttiosuus (%) kaikista kyselyyn vastanneesta 3244 henkilöstä hoitajan ammattinimikkeittäin [8]. Yksi prosentti on noin 47 000 ihmistä.*



Hoidot, joihin meillä hakeudutaan eniten ovat yleisyyssjärjestyksessä:

- **hieronnat:** faskia-, hermorata- ja lymfahieronnat

- **jäsenkorjaushoidot:** todennäköisesti pääosin kalevalainen jäsenkorjaus
- (osteopatia, kiiropraktiikka, naprapatia: th:ssa ammattihenkilöitä, nimikesuojattuja)
- akupunktio ja kasviterapia
- homeopatia ja energiahoidot

Hoidot, joihin meillä hakeudutaan selvästi vähemmän kuin edellä

- taideterapiat, aromaterapiat
- kiinalaisen lääketieteen hoidot (akupunktio ei mukana)
- hypnoterapia, kupparilla käynti
- antroposofisen lääketieteen hoidot, ayurvedaterapia

Hyvin harva, yhteensä 07 % aikuisväestöstä hakeutuu muihin hoitoihin:

- kraniosakraalihoito (käsillä painelua)
- shiatsu- hieronta (japanilainen, käsillä painelua)
- kansanparantaja
- kuumakivihieronta
- Trager-terapia (kevyitä venytyksiä, painalluksia ja kehon liikkeitä).

Hoitomenetelmät on kuvattu jäljempänä tässä Luvussa 4.

Kaikki edellä mainitut hoitomenetelmät ovat tavanomaisia esiintyen kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa, eivät ”erikoisuuksia”.

Norjassa väestötutkimuksen mukaan 22 % tutkimukseen osallistuneista (n= 2001) ilmoitti saaneensa täydentävää hoitoa vuoden aikana, Suomessa 20 %. Lääkärin antamana jotakin täydentävää hoitoa oli saanut 1,2 % vastaajista [26].

Islannissa tehdyssä väestötutkimuksessa täydentävän hoitajan vastaanotolle hakeutui noin 50 % vastanneista (n= 1599), mikä on selvästi enemmän kuin Suomessa (20 %). Hoitomenetelmät ovat lähes samoja kuin Suomessa. Ihmiset käyttivät sekä täydentäviä hoitoja että vakiintuneen terveydenhuollon palveluita, mutta eivät vaihtoehtoisesti [27].

Tanskassa aikuisväestöstä 24 %, Suomessa 20 %, on saanut hoitajan antamana täydentävää hoitoa vähintään kerran vuonna 2021 vastaten yli miljoonaa aikuista Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan. Tanskalaiset suosivat tyypillisesti hierontaa, osteopatiaa ja muita käsin tehtäviä hoitomuotoja kuten Suomessakin. Lähes joka viides oli vuoden aikana käynyt hierojan, osteopaatin tai vastaavan hoidossa [28]. Joka kolmannessa sairaalassa on saatavana täydentäviä hoitoja potilaan maksamana, mikä on suuri ero Suomen tilanteeseen, jossa niitä ei ole saatavana [18, 29].

Ruotsissa vuonna 2025 julkaistun väestötutkimuksen (n= 500) mukaan 13 % aikuisväestöstä hakeutui täydentävään hoitoon. Tämä on vähemmän kuin Suomessa 20 % ja johtunee osittain siitä, että tutkimusjakso oli 3 kk, suomalaisessa tutkimuksessa 12 kk. Keski-ikäiset 40–59 - vuotiaat hakeutuivat hoitoihin yleisimmin [30].

Suomessa 20 %, miljoona aikuisista hakeutuu täydentäviin hoitoihin / hoitajille vähintään kerran vuoden aikana. Joukosta erottuvat yleisimmät hoitomenetelmät.

Hoidot ovat tavanomaisia ja ne ovat Pohjoismaissa vakiintuneita menetelmiä, joilla tukea ihmistä terveyden edistämiseksi, sairauksien ehkäisyssä ja kipujen ja vaivojen lievittämisessä.

Hoitajien antamissa hoidoissa ei esiinny alaan kuulumattomia ”hoitoja” kuten mustasalva tai hopeavesi, joita julkisuudessa yhdistetään virheellisesti täydentäviin hoitoihin.

4.2. Tyypillistä Suomessa käytetyille hoidoille

Hoidot ovat keho -mieli- hoitoja, joissa kehon ja mielen ajatellaan olevan tiiviissä vuorovaikutuksessa.

Kokonaisvaltaisuus on näkemys ihmisestä ja terveydestä, sairaudesta ja paranemisesta kokonaisuutena, osien yhteyksistä ja vuorovaikutuksesta. Tähän perustuu pyrkimys yksilölliseen ja koko yksilön hoitamiseen. Tavoitteena on palauttaa mielen, kehon ja ympäristön välinen tasapaino [31].

Tavoitteina useissa hoitomenetelmissä on asiakkaan yleinen terveyden edistäminen ja sairauksiin liittyvien oireiden lievittäminen tai ehkäisy esimerkiksi rentoutumisen, stressioireiden vähentymisen ja rauhoittuneen olon saavuttamisen avulla. Myös kipujen ja kolotusten helpottaminen on tärkeässä osassa ja myös muiden hoitojen aiheuttamien haittojen vähentäminen. Joissakin sairauksissa voidaan täydentävillä hoitomenetelmillä nopeuttaa sairauden paranemista. Esimerkkeinä tällaisista ovat alaselän kiputilat (lumbago eli ns. ”noidannuoli”) ja migreenikohtausten ja tensiopäänsäryn hoito.

Arjessa pärjäämisen tukeminen. Yksinkertaistettuna voidaan todeta, että pitkäkestoisissa (kroonisissa) sairauksissa täydentävällä hoitamisella pyritään oireiden lievittämiseen ja elinvoiman lisäämiseen ja arjessa pärjäämisen tukemiseen vakiintuneiden hoitojen ohessa. Täydentävät hoidot eivät korvaa vakiintuneita näytöön perustuvia hoitoja.

Hoidetaan käsillä. Lähes kaikki täydentävät hoitomenetelmät perustuvat erilaisiin manipulaatiotoinenpiteisiin eli ne hoitava henkilö hoitaa käsillään hoidettavan henkilön iholla. Hoito on tunnusteltavaa ja painelevaa, eikä voimaa käytetä eikä liikeratoja ylitetä väkisin. Hoitavan henkilön kosketus (Nurse’s hand; Healer’s hand) on rentouttavaa ja helpottaa kipua ja stressiä [32].

Kosketuksella on selvästi konkreettisia hyötyvaikutuksia fyysiselle ja henkiselälle hyvinvoinnille osoittaa Ruhrin yliopistossa tehty laaja meta-analyysi aiemmista katsauksista, joissa oli 137 tutkimusta ja 13 000 tutkittavaa. Vaikutus oli myönteinen sekä silloin kun koskettaja oli läheinen ystävä tai perheenjäsen, että silloin, kun koskettaja oli koulutettu hieroja tai vastaava. Robotin kosketus ei korvaa ihmisen kosketusta [31].

Hoidon kesto. Hoitavan henkilön antama täydentävä hoito potilaalle tai asiakkaalle kestää tyypillisesti noin tunnin. Vertailuna esimerkiksi terveyskeskuksissa lääkärin vastaanottoaika on usein 15–30 minuuttia. Tunnin aikana on mahdollisuus kuulla potilasta pidempään. Potilaan kuuleminen selittää osaltaan hoitojen vaikuttavuutta.

Yhdistävässä hoitamisessa (integrative medicine) yhdistetään länsimaisen lääketieteen hoitomenetelmiä ja muita soveltuvia hoidon ja terveyden edistämisen menetelmiä. Tavoitteena on hoitaa ihmistä kokonaisuutena sen sijaan, että pyrittäisiin vain normalisoimaan poikkeavia laboratorio- tai kuvantamistuloksia. Yhdistävä hoitaminen tähdentää hoitosuhteen merkitystä ja huomioi ihmisen kehon-mielen-hengen yhteydet ja oman paranemiskyvyn. Sen syntyyn vaikuttivat kahdeksan yhdysvaltalaisista tunnettua yliopistoa, jotka perustivat ”Academic Consortium for Integrative Medicine & Health”, johon kuuluu nykyään 50 keskusta [13].

Yhdistävä hoitaminen on lähestymistapa, joka tarjoaa uuden paradigman vastata terveydenhuollon nykyhaasteisiin. Se yhdistää parhaat puolet biolääketieteen keinoista ja täydentävistä hoitomenetelmistä. Lähtöolettaimus yhdistävässä hoitamisessa on biopsykososiaalinen malli (käsitys) ihmisestä, terveydestä ja sairaudesta. Esimerkiksi COVID-19 pandemian aikana myös psyykkisillä tekijöillä (miehellä) on ollut tärkeä osuus vaivan tai sairauden kehittymisessä ja oireiden jatkumisessa [33].

Lääkkeettömyys. Asiakkaalle määrättyihin lääkityksiin ei puututa, vaan asiakas / potilas ohjataan tarvittaessa keskustelemaan niistä hoitavan lääkärin kanssa. Synteettisiä (allopaattisia) lääkkeitä ei anneta ja näin ollen ei synny vaaraa yhteisvaikutuksista. Poikkeuksena ovat eräät kasvirohdokset, esimerkiksi mäkikuisma, jonka käyttö onkin nykyisin Suomessa kielletty.

Kustannukset potilaalle. Yksityiset täydentäviä hoitoja antavat ammatinharjoittajat veloittavat 1–2 tunnin vastaanottoajasta asiakkaalta 60–120 euroa sisältäen arvonlisäveron. Keskimäärin täydentävät hoidot ovat kustannus / hyötysuhteeltaan hyviä. Hoito tulee usein edullisemmaksi kuin vastaava hoito tavanomaisen sairaanhoidon keinoin [24, 31]. Täydentävistä hoidoista ei saa KELA-korvausta.

4.3. Mitä hoitajat tekevät eri hoidoissa?

Pyrimme tässä antamaan yleiskuvan hoidosta ja hoitavan henkilön työstä.

Hieronnat (muut kuin tavanomainen eli klassinen ja urheiluhieronnat, jotka kuuluvat julkiseen terveydenhuoltoon) ovat Suomessa yleisimmin käytettyjä täydentäviä hoitoja.

Lymfahieronta on kevyttä ja rytmistä käsin tehtävää hoitoa hoidettavan iholla. Lymfaterapialla eli imunestehieronnalla pyritään imunestekierrossa olevien häiriöiden poistamiseen. Sitä käytetään muun muassa leikkausten, mm. rintasyövän, jälkihoitona sekä ennalta ehkäisevänä terveydenhoidona.

Hermoratahieronnasta on useita eri muotoja. Hoitaja painelee ihoa painallus-pyöritä-tekniikalla tarkoituksena aktivoida ääreishermoston hermosyitä tai kehon omia puolustusmekanismeja ja kaikkea hermoston alaista toimintaa. Hoitaja etenee päästä varpaisiin hermoratoja sormenpäillään hieroen, välillä painaen ja pyörittäen. Hermoratojen lisäksi hoidossa saatetaan aktivoida myös akupunktiopisteitä.

Faskiahieronnassa hoitaja hieroo ihoa kohdistuen sen erityisesti lihasten peitekalvoihin, jotka voivat olla ”jumissa”. Pyrkimyksenä on vaikuttaa toimintaan ja liikkuvuuteen.

Kalevalainen jäsenkorjaushoito on erilaista kuin joissakin maissa käytetty perinteinen jäsenkorjaus, jota kutsutaan englanniksi sanalla ”bone setting”. Siinä käytetään hoitavia käsiä meillä yleisiin tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin, kuten kehon tukirakenteiden liikeratojen palauttamiseen ja virheasentoista aiheutuvien kiputilojen ja aineenvaihduntahäiriöiden ja niistä johtuvien erilaisten ongelmien hoitamiseen. Hoitava henkilö tunnustelee hoidettavan kehoa lukien ongelmien aiheuttajia ja syitä kudosten jännitystilasta, kudospaineista ja kivuntuntemuksista. Kudoksia mobilisoidaan käsin, ilman voimaa tai niksautusta. Keskiössä on ihmisen kuuntelu ja kohtaaminen. Hoito ei korvaa leikkaushoitoa vaativaa ongelmaa, mutta sen avulla voidaan mahdollisesti korjata monia kiputiloja ja edesauttaa kuntoutumista sekä arjessa pärjäämistä. **Potilasturvallisuudesta katso Luku 5.**

Akupunktio on kuulunut alun perin perinteiseen kiinalaiseen lääketieteeseen ja sitä on käytetty erityisesti Aasiassa tuhansien vuosien ajan. Akupunktio on yleistynyt 1970-luvulta maailmanlaajuisesti ja sitä on myös tutkittu paljon myös satunnaistetuissa ja vertailevissa tutkimusasetelmissä. Akupunktiolla hoidetaan muun muassa selkä- niska-hartiaseudun vaivoja, synnytyskipuja, migreeniä ja muita päänsärkyjä, nivelrikkosärkyjä, pitkäaikaisen stressin vaivoja, unettomuutta, lihasjännityksiä, iskiasta, virtsavaivoja ja lapsettomuutta (myös lapsettomuushoitojen tukihoidona).

Perinteisen kiinalaisen lääketieteen hoitomuodoissa asiakkaan / potilaan tilan selvittäminen sekä hoitosuunnitelma tehdään haastattelulla, pulssia tunnustelemalla ja kieltä tarkastelemalla. Nykyaikaisessa akupunktiossa lääkäri tekee diagnoosin hyväksytyjen lääketieteellisten periaatteiden mukaan. Perinteiset akupunktiomeridiaanit noudattavat pitkälti faskioiden ja ääreishermostojen sijaintia.

Akupunktion vaikutukset voidaan selittää varsin hyvin myös neuroanatomisesti ja neurofysiologisesti [34-40]. **Potilasturvallisuudesta katso Luku 5.**

Fytoterapian eli kasvilääkinnän tavoitteena on tukea terveyden ylläpitämistä sekä ehkäistä ja lievittää terveyshaasteita kasveja hyödyntäen. Europan lääkeviraston hyväksymiä käyttötarkoituksia kasveille ovat esimerkiksi ruuansulatusvaivat, ripuli ja ummetus, nivelvaivat, unettomuus ja hermostuneisuus, stressin hallinta ja lievä masennus sekä iho- ja virtsatievaivat. Hoitava henkilö määrittelee hoidettavalle tarpeen mukaisesti kasvit tai kasvipäriset valmisteet, jotka ovat pääosin sisäisesti käytettäviä mm. ruuassa, yrttihaudukkeina, -mehuina, -puristeina, -uutteina ja ravintolisinä, ja ulkoisesti käytettyinä yrttiöljyinä, salvoina ja linimentteinä.

Terveydenhuollossamme ravitsemusterapeutit ja osa lääkäreistä hyödyntävät kasveja hoidon tukena (mm. Saksassa 70 % yleislääkäreistä). Lääkäriseura Duodecim mainitsee mm. kaunopunahatun rohdosvalmisteena nuhakuumeen ehkäisyyn ja hoitoon. **Potilasturvallisuudesta katso Luku 5.**

Vyöhyketerapiassa (refleksoterapia) painellaan käsillä / sormilla jalkapohjien alueita. Jalkapohjien hieronnasta ja refleksoterapiasta on viitteitä jo tuhansien vuosien takaa eri puolilta maailmaa. Suomeen jalkapohjien vyöhyketerapia on jalkauttanut norjalainen lääkäri, Charles Å Ersdal (1939–1995). Tieteellistä, vertaisarvioitua dokumentaatiota vyöhyketerapiasta on vähän. Suomessa vyöhyketerapian koulutusta ovat antaneet yhdistykset ja kaupalliset yritykset. Koulutusta annetaan jalkapohjien ärsytyksen lisäksi muistakin ärsytysmenetelmistä (mm. korva).

Hoito annetaan käsin hieroen, painellen tai tylpän hoitopuikon avulla ihon pinnalla. Jotkut vyöhyketerapiassa ärsytettävät ihoalueet ovat identtisiä akupunktiopisteiden kanssa, jolloin vaikutuksia voidaan selittää samoin kuin akupunktiossa. Kokonaisuutena vyöhyketerapian vaikutusmekanismeja ei voida kuitenkaan selittää neurofysiologisesti: systemaattisissa katsauksissa lähinnä koeolosuhteissa vyöhyketerapian vaikuttavuudesta ei ole saatu näyttöä [41, 42]. Myönteiset kokemukset eli koettu vaikuttavuus selittyvät ainakin osittain hoitoa antaneen henkilön positiivisella hyvevaikutuksella eli plasebovaikutuksella [42, 44]. Vyöhyketerapeutti kuuntelee ja koskettelee potilasta, joka muodostaa keskeisen osan plasebovaikutuksesta (plasebovaikutuksen ja plasebon erosta katso Luku 6.)

Homeopatia on saksalaisen lääkärin ja kemistin Samuel Hahnemannin (1755–1843) kehittämä lääketieteellinen järjestelmä. Samankaltaisuuden lain mukaan taudin oireita terveellä aiheuttavan aineen ajatellaan parantavan samoista oireista kärsivän sairaan. Potensoinnin laimentamalla ajatellaan voimistavan lääkeaineen vaikutusta sitä enemmän mitä pitemmälle sitä laimennetaan. Hoidossa potilaasta muodostetaan haastattelulla oirekuva, synteesi potilaan kokemista oireista ja potilaan olemuksesta; diagnoosia ei tehdä. Homeopaattinen valmiste valitaan siten, että pyritään löytämään vastinpari potilaan oirekuvan ja lääkkeen aiheuttaman oirekuvan mukaan. Homeopaattisia valmisteita käytetään myös ihon kautta salvoina ja nesteinä tai nenän kautta (nuuhkaus, spray). Homeopaattisten valmisteiden käytössä asiakasta neuvoo koulutettu homeopaatti.

Lääketieteen ja terveydenhuollon piirissä suhtautuminen homeopatiaan vaihtelee eri maissa. Hoito on Euroopassa yleisintä Italiassa, Itävallassa, Ranskassa, Saksassa ja Sveitsissä sekä lääkäreiden että homeopaattien antamana ja myös vakiintuneiden lääketieteellisten hoitojen rinnalla. On arvioitu, että eurooppalaisista noin 29 % käyttää homeopatiaa [45]. Homeopaattisia valmisteita hyväksyy ja valvonnasta vastaa Fimea perustuen EU:n direktiiviin. Koulutetun henkilön antamana homeopatia on turvallista. **Potilasturvallisuudesta katso Luku 5.**

Energiahoidoiksi kutsutaan hoitoja, jotka voivat sisältää käsien pitämistä kehon yläpuolella, hienovaraista kosketusta tai taputtelua, keskustelua tai rituaaleja. Energiahoidoja ovat esimerkiksi reiki- ja äänimaljahoidot. Niitä käytetään usein myös itsehoitona. Niiden vaikutuksia selitetään keho-

mielellisten kokemusten kautta. Energian käsite näiden hoitojen yhteydessä ei ole sama kuin klassisessa fysiikassa. Hoidot eivät perustu biolääketieteen mukaisiin fysiologisiin mekanismeihin. Hoitojen koetut hyödyt viittaavat kokemusvaikutuksiin (hoitavan henkilön tuottama positiivinen plasebovaikutus), joita tuottavat mm. myötätuntoinen kohtaaminen ja kosketus, hyväksi koettu hoitosuhde sekä hoitotilanteen kiireettömyys ja rauhallisuus. Energiahoitojen vaikuttavuudesta ei ole saatu lääketieteellistä näyttöä.

Edellä kuvattujen hoitojen lisäksi Suomessa hakeudutaan harvemmin seuraaviin hoitoihin / hoitajille yleisyysjärjestyksessä, katso edellä Kuvio1:

- **Taideterapiat:** musiikki, tanssi, kuvataide, kirjallisuus.
- **Aromaterapiat:** tuoksujen, eteeristen kasviöljyjen ja -uutteiden käyttö hyvään oloon.
- **Kiinalaisen lääketieteen menetelmät** (muut kuin akupunktio): moksibustio (akupisteiden lämmittäminen), yrttilääkintä, ruokavalioneuvonta ja erilaiset hierontamenetelmät.
- **Hypnoterapiaa** sovelletaan hypnoosin kevyenä muotona esimerkiksi krooniseen kipuun.
- **Kuppaus:** perinnehoido.
- **Antroposofisen lääketieteen menetelmät** ovat erityisesti Saksassa lääkäreiden harjoittamia. Ne pohjautuvat vahvasti biolääketieteeseen lisäten siihen sekä diagnoosin että hoidon osalta psyykkisen-, emotionaalisen- ja henkisen ulottuvuuden antroposofiasta käsin.
- **Ayurveda:** Tuhansia vuosia sitten alkanut, Intiassa keskeinen hoitotapa ja hoitokokonaisuuksisuus, jolla on oma ministeriö. Ayurvedinen lääketiede pyrkii mielen ja kehon tasapainoon ja sen hoitomenetelminä ovat muun muassa elämäntaidon valmennus, pulssinluenta, ayurvedinen pää- ja kasvohieronta ja kasvien käyttö.

4.4. Täydentävää hoitoa antavat hoitajat

Suomessa arvioidaan toimivan 5000–6000 terapeuttia, jotka antavat täydentävää hoitoa yksittäiselle ihmiselle. Tämä on esitetty arvio sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijatyöryhmän mietinnössä vuodelta 2009 täydentävän hoitamisen sääntelytarpeesta [17]. Seuraavat tiedot ovat tästä raportista. ”Lukumäärätietoa ei kerätä eikä alasta ole olemassa kansallista rekisteriä. Osalla vaihtoehtohoitoja antavista on myös jokin terveydenhuollon koulutus. Kaikki terapeutit eivät työskentele täysipäiväisesti.”

”Suuri terapiaryhmä on manuaaliset hoidot, joissa terapeuttien määräksi arvioidaan 1 500, vyöhyketerapeutteja lienee noin 2 000, homeopaatteja noin 1 000, kiinalaisen lääkinnän terapeutteja on arviolta 500–1000 ja lymfa- tai aromaterapeutteja arvioidaan olevan yhteensä noin 800. Nämä lienevät karkeita arvioita nykypäivän tilanteesta.

”Terapeutit toimivat yleensä itsenäisinä ammatinharjoittajina omalla vastaanotollaan tai terapia-asemilla ja lääkäriasemilla, fysikaalisissa hoitolaitoksissa tai kylpylöissä.”

Luontaislääketieteen keskusjärjestöön LKL ry kuuluu useita alan yhdistyksiä, joissa on jäseniä noin 900 ja lisäksi noin 180 opiskelijaa. LKL ylläpitää rekisteriä hoitajista, joilla on LKL:n edellyttämä koulutus ja jotka täyttävät muut kriteerit. Rekisteri on tätä kirjoittaessa päivitettävänä. Toinen alan kattojärjestö on Luontaishoitoalan Ammattilaiset ry. Sen jäsenyhdistykset pitävät alansa koulutuskriteerit täyttävistä jäsenistään omia rekistereitään, joissa on runsaat 250 jäsentä.

Suomessa täydentäviä hoitomenetelmiä käytetään jonkin verran vakiintuneessa terveydenhuollossa, myös lääkäreiden, fysioterapeuttien ja kättilöiden antamana).

5. ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS

Suomessa käytettävien täydentävien hoitomenetelmien asiakas- ja potilasturvallisuus on yksiselitteisesti hyvä silloin kun hoitavalla henkilöllä on riittävä koulutus. Sellaisia vaaratekijöitä niissä ei ole, jotka edellyttäisivät niiden käytön tai tarjonnan rajoittamista tai kieltämistä.

Koulutus ja osaaminen voivat olla riittämättömiä hoidon vaativuuteen nähden osalla hoitavia henkilöitä, jolloin turvallisuus voi vaarantua (katso Luku 9 Ehdotukset).

Tarvittava tieto ei aina siirry potilaalta lääkärille eikä terapeutilta asiakkaalle. Tämä voi haitata turvallisuutta ja hoitojen laatua (katso Luku 9 Ehdotukset).

5.1. Asiakas- ja potilasturvallisuudesta nykyisin

Ihmisen hoitamisen perusperiaate on tunnetusti "primum non nocere" (ensinnäkin, älä aiheuta haittaa). Sen mukaan on tärkeää punnita hoidon hyödyt ja haitat ja **käyttää hoitomenetelmää, josta on enemmän hyötyä kuin haittaa potilaalle**. Asiakas- ja potilasturvallisuuden lähestymistavat ovat muuttuneet 2000-luvulla. Asiakas- ja potilasturvallisuus ja siten myös haittatapahtumat ja hoitovahingot ovat kytköksissä useisiin tekijöihin eivätkä yleensä ole yhden henkilön "virhe". Hoitomenetelmän ja hoitoympäristön lisäksi turvallisuuden riskitekijöihin vaikuttavat koko organisaatio, hoitoa antavat henkilöt ja hoidettava ihminen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on merkittävää varmistaa hoitoon osallistuvien ammattilaisten yksilöllinen osaaminen ja sen ylläpito sekä ylipäänsä turvallisuuskulttuurin vahvistaminen, joiden on oltava myös sääntelyn ja ohjauksen ytimessä, korostaa J. Siikavirta sosiaali- ja terveysministeriöstä [46].

Siikavirran painottama osaaminen ja sen ylläpito koskee myös täydentävien hoitomenetelmien hoitoa antavia: on varmistettava heidän koulutuksensa ja osaamisensa. Mainittu turvallisuuskulttuurin vahvistaminen yksin toimivilla ammattilaisilla voisi toteutua hyvillä omavalvonnan menetelmillä. Nykypäivän potilasturvallisuudessa olennaista on tunnistaa hoitamisen turvallisuuden vaarat ja mahdolliset haittatapahtumat etukäteen ja suunnitella, miten niitä voi ehkäistä ja pienentää.

5.2. Tilasto- ja viranomaistietoa

Täydentävän hoidon palveluiden valvova viranomainen on **Turvallisuus- ja kemikaalivirasto Tukes**. Sen monia aloja kattava tehtävä lupa- ja valvontaviranomaisena on edistää muun muassa erilaisten vapaa-ajan palveluiden turvallisuutta. Se vastaa täydentävien hoitopalvelujen valvonnasta silloin, kun sitä annetaan muualla kuin vakiintuneessa terveydenhuollossa. Uusi kulutuspalveluja koskeva laki astui voimaan toukokuussa 2025 [47]. Laista lisää katso Luku 7 Sääntely.

Teimme tietopyynnön Tukesille ajanjaksolla 2016–2024 tulleista yhteydenotoista ja niiden käsittelystä, joissa potilas / asiakas itse tai läheinen oli valittanut saadusta täydentävästä hoidosta tai hoitajasta. Yhdeksän vuoden aikana oli yksi käsittelyyn johtanut ilmoitus ja siitä ei ollut seuraamuksia.

Kuluttaja- ja kilpailuvirasto KKV ottaa vastaan yhteydenottoja muista kuin turvallisuutta koskevista palveluiden mahdollisista virheistä ja kirjaa ne. Osa johtaa käsittelyyn. Teimme tietopyynnön kuluttajaneuvontaan saapuneista yhteydenotoista ja kuluttaja-asiamiehelle tulleista valvontaviihteistä koskien useita täydentäviä hoitomenetelmiä ajanjaksolla 2022–24. Kolmen vuoden aikana yhteydenottoja oli 20, joista kaksi koski hoitotapahtumaa ja muut valitukset koskivat hoitajakurssin maksuja, markkinoinnin terveystavotteita ja jatkuvaa alennusmyyntiä.

Etsimme viranomaistietoa myös **sosiaali- ja terveysministeriöstä (STM)**. Asiantuntijatyöryhmän mietinnössä vuodelta 2009 sääntelytarpeesta on todettu, että vaihtoehtoisten hoitojen turvallisuusriskit ovat suhteellisen vähäiset ja että ”vaihtoehtohoidon suurin vaara liittyy kuitenkin siihen, että vaihtoehtohoito viivästyttää mahdollisen vakavan sairauden toteamista ja siten viivästyttää hoidon aloittamista, tai että vakavassa jo todetussa sairaudessa luottaminen pelkästään vaihtoehtohoidon tehoon synnyttää riskin jättäytyä pois kyseisen sairauden seurannasta ja hoidosta terveydenhuollon toimintayksikössä” [17]. Asiantuntijaryhmä nosti esille myös hoitavan henkilön koulutuksen. Asiantuntijatyöryhmän esittämää haittatapahtumarekisteriä ei ole perustettu. **Tarkastelemme näitä turvallisuuden riskitekijöitä ja tutkimustietoa jäljempänä tässä Luvussa.**

Tilastotietoa täydentävien hoitojen haittatapahtumista ja hoitovahingoista ei ole, mikä on selvä puute.

5.3. Miten vakava haaste hoitojen turvallisuus on?

Kaikessa ihmisen hoitamisessa on lähtökohtaisesti riskejä asiakas- ja potilasturvallisuudelle. **Potilasturvallisuus on vakiintuneessa terveydenhuollossa edelleen suuri haaste**, sillä vältettävissä olevista hoitovahingoista seuraa:

- Merkittävää inhimillistä kärsimystä ja taloudellisia menetyksiä [48].
- Miljardi euroa / vuosi lisäkustannuksia terveydenhuollossa, Valtiontalouden tarkastusviraston mukaan [49].
- Hoitohaittojen ja -vahinkojen korjaaminen lisää terveydenhuollon kustannuksia 13 %, josta puolet olisi ollut estettävissä, OECD:n raportin mukaan [50].
- Vältettävissä olevia mittavia kuluja yhteiskunnan muille sektoreille.

Mitä eroja on tilastojen perusteella? Täydentävien hoitojen asiakasturvallisuudesta ei ole tilastoja. Terveydenhuollon potilasturvallisuuden kuva on hajanainen ja pirstaleinen [51]. Eniten kansallista tietoa on Potilasvakuutuskeskuksen PVK käsittelemissä potilaiden valituksissa, mutta nekin ovat vain ”jäävuoren huippu”.

5.4. Täydentävät ja lääketieteelliset hoidot

Taulukko 1: Täydentävien hoitojen ja lääketieteellisten hoitojen turvallisuuden riskitekijöitä.

RISKEJÄ POTILASTURVALLISUUDELLE

SAIRAUDEN HOITO	TÄYDENTÄVÄ HOITAMINEN
☐ Veitset, laitteet, instrumentit ☐ Elimistöön kajoavat hoidot	❖ Vain kädet, paitsi akupunktiossa neulat ❖ Pysytään iholla, paitsi akupunktiossa
☐ Kuolemia arviolta 900 - 1700 /v	❖ Kuolemia: väitteitä, yksi todettu tähän mennessä
☐ Leikkaukset: eniten riskejä ☐ Lääkehoidot: eniten riskejä	❖ Ei tehdä leikkauksia ❖ Ei lääkkeitä, paitsi kasviterapiassa, homeopatiassa
☐ Liiallinen voiman käyttö: luusto, lihaksisto joissain mahdollista	❖ Jäsenkorjaus: joissakin voi olla voiman käyttöä ❖ Kalevalainen jäsenkorjaus: ei voiman käyttöä
☐ Hoitoon pääsy viivästyy eri syistä, myös vakavan sairauden	❖ Vakavan sairauden hoito viivästyy: väite, ei tutkimusnäyttöä
☐ Sairaalassa: infektiot, painehaavat, kaatuminen	❖ Ei esiinny

Useat lääketieteelliset hoitamisen menetelmät ovat turvallisia tai melko turvallisia potilaille. Osa hoitomenetelmistä on sinänsä erityisen vaativia suorittaa ja siksi niiden riskit potilaan turvallisuudelle ovat suuremmat (taulukossa vasemmalla). Osassa vaarat johtuvat muista syistä.

Täydentävien Suomessa käytettyjen hoitojen hoitomenetelmät ovat sellaisia, joissa ei ole suuria riskejä asiakaan / potilaan turvallisuudelle (taulukossa oikealla). Ne ovat turvallisuudeltaan samaa luokkaa kuin lääketieteelliset vain vähän riskejä sisältävät menetelmät.

Seuraavassa tarkastelemme tarkemmin edellä olevan taulukon tietoja.

Kuolemat, jotka olisivat olleet estettävissä, tapahtuvat pääosin niissä vaativissa lääketieteellisissä hoidoissa, joissa on myös suurimmat turvallisuusriskit. Kuolemia on arviolta 700–1700 vuodessa tai jonkin verran vähemmän [53]. Suomalaisessa 350 ruumiinavauksen aineistossa kuolemaan johtaneista estettävistä hoitovahingoista valtaosa (30 %) oli aiheutunut lääkehoidoista tai suuren riskin toimenpiteistä, kuten vatsakirurgiasta (23 %) tai sydänkeuhkokirurgiasta (11 %). Täydentäviin hoitoihin liittyneitä kuolemia ei ollut [54, 55]. Norjalaisen tutkimuksen mukaan 4 % potilaiden sairaala-kuolemista, jotka eivät selity huonokuntoisuudella, olisi estettävissä [56].

Täydentävissä hoidoissa on julkisuudessa kerrottu tapahtuneen kuolemia kuitenkin antamatta tietoa tapahtumasta. Tähän mennessä on osoitettu tapahtuneen yksi kuolema, 35 vuotta sitten. Se ei johtunut käytetystä hoitomenetelmästä, kylmästä istumakylvystä (kuhdekylpy). Syynä oli hoitajan vakava pätemättömyys ja ymmärtämättömyys antamastaan hoidosta. Hän neuvoi diabetesta sairastavan lapsen vanhempia lopettamaan insuliinihoidon ja korvaamaan sen kyseisillä kylvyillä [57]. Hoitaja sai oikeuden tuomion kuolemantuottamuksesta.

Tapaus osoittaa riittävän koulutuksen merkityksen. Hoitoa antavalla on oltava tieto ja ymmärrys työnsä rajoista: täydentävät hoidot eivät ole vaihtoehtoja tavanomaisille vakavien sairauksien hoitoille vaan niitä täydentäviä. Saattaa tuijotua, että on muitakin vakavia haittoja, joita ei ole raportoitu. Ilmeistä on kuitenkin, että täydentävät hoitomuodot eivät ole sen vaarallisempia kuin tavanomaisen lääketieteen vähäriskiset hoitomuodot edellyttäen, että hoitojen antajalla on riittävä koulutus.

Vakavia hoitovahinkoja on Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan johtunut lääkehoidosta: kolmannes lääkehoitoa saavista potilaista, leikkaushoidosta: komplikaatiot 10 % ehkäistävissä olevista haitoista, sairaalainfektioista ja diagnostista virheistä [58].

- **Lääkehoito sairauden hoidossa.** Turvallisuus riskejä on lääkkeiden määräämisessä sekä niiden jakamisessa. Keskenään yhteensopimattomia lääkkeitä ja niiden haitallisia yhteisvaikutuksia on runsaasti [59]. OECD- maissa joka kymmenes potilas oli joutunut sairaalaan estettävissä olleiden lääkehaittojen vuoksi [60]. Joka viides potilas sai eriateisen, estettävissä olleen lääkehaitan sairaalassa ollessaan meta-analyysin mukaan, joka on laadittu useista, eri maissa tehdyistä tutkimuksista [61]. Norjan sairaaloissa yli puolet lääkityksessä sattuneista haittatapahtumista oli vahingollisia (62 %). Näistä 5 % oli vakavia ja 0.8 % aiheutti kuoleman [62].

Suomessa joka kolmas ikäihminen saa lääkehoitoja, joista on enemmän haittaa kuin hyötyä. Osa on vältettäviksi listattuja lääkkeitä, joista aiheutuu kaatumista, sekavuustilaa, muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymistä ja verenvuotoa [63].

- **Lääkkeetön hoito täydentävissä hoidoissa** tarkoittaa, että kipuja ja ei-vaikeita sairauksia kuten migreeniä tai selkävaivoja hoidetaan muilla kuin lääkkeillä. Kroonisen kivun hoitoon suositellaan myös lääkäreille nykyisin ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitoja [7]. Lääkäri voi suositella kipuun muun hoidon lisäksi täydentäviä hoitomenetelmiä, kuten akupunktiota, hierontaa tai kalevalaista jäsenkorjaushoitoa. Usein potilaat kuitenkin hakeutuvat oma-aloitteisesti täydentäviin hoitoihin lääkehoidon ohella tai sen sijaan. Näitä ovat mm. akupunktio, hieronta, homeopatia, kalevalainen jäsenkorjaushoito ja kasviterapia. Jälkimmäisellä ja synteettisillä lääkkeillä on yhteisvaikutusten riskejä, kuitenkin huomattavasti vähemmän kuin lääkkeillä on keskinäisiä haitta- ja yhteisvaikutuksia.
- **Leikkaus- ja anestesiahoitot** aiheuttavat vaativina hoitoina kaikista kajoavista hoitotoimenpiteistä eniten estettävissä olleiden hoitovahinkojen vaaroja, myös Suomessa. Näiden hoitojen alttius vaaroihin ei johdu niiden määrästä vaan siitä, että toimenpiteet ovat vaikeita ja vaativia. Vuonna 2024 näiden hoitojen estettävissä olleita hoitovahinkoja oli 35 % kaikista korvatuista hoitovahingoista ja näistä suurin osa, 40 % liittyi tuki- ja liikuntaelinten leikkauksiin. Potilasvahinkoilmoitusten määrässä on ollut nousua – korvauksia maksettiin vuonna 2024 kaikkiaan 25 miljoonaa euroa [64].
- **Täydentävissä hoitomenetelmissä ei kajota** ihmisen ihon alle elimistöön. Teräviä esineitä tai laitteita, jotka saattaisivat vahingossa mennä ihon läpi, ei hoidoissa käytetä. Poikkeuksena on akupunktio, jossa pistetään ohuita neuloja määrättyihin pisteisiin keholla. Sitä annetaan Suomessa myös vakiintuneessa terveydenhuollossa. Akupunktion turvallisuudesta katso jäljempänä.

5.5. Muut merkittävät riskit

Hoitoon pääsyn viivästyminen, painehaavat sekä potilaan hoidosta saama infektio ja potilaan kaatuminen tai putoaminen ovat muita merkittäviä usein vältettävissä olevia hoitohaittoja, joita esiintyy terveydenhuollossa [58]. **Näitä vaaroja ei ole täydentävässä hoitamisessa.**

- Hoitoon pääsyn viivästyminen on merkittävä riski potilasturvallisuudelle vakiintuneessa terveydenhuollossamme. Potilasvakuutuskeskuksen mukaan viime vuosina lisääntynyt hoitoon pääsyn viivästyminen näkyy siitä aiheutuneiden hoitovahinkojen kasvussa. Diagnoosiviiveitä oli viidennes hoitovahingoista vuonna 2024, Keskuksen mukaan [52]. Pitkät odotusajat voivat

johtaa monen potilaan tilan huononemiseen niin, että sillä on pysyviä tai pitkäaikaisia vaikutuksia työ- ja toimintakykyyn [65].

- Diagnoosin tai hoidon viivästykselle on useita selittäviä tekijöitä muun muassa terveydenhuoltopalvelujen riittämätön saatavuus ja järjestelmätason ongelmat hoitopoluissa [66].

Viivästykö lääketieteellinen hoito täydentävän hoidon vuoksi? Kysymys on tärkeä. Siitä ei ole maassamme olemassa tutkimustietoa. Täydentävien hoitojen antamista on esitetty rajattavaksi niin, että vain terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat hoitaa henkilöitä (ei ainoastaan vakavaa sairautta), joilla on jokin vakava sairaus kuten syöpä ja diabetes, on raskaana tai on lapsi. Sääntelyä on perusteltu potilasturvallisuudella [67], riskillä diagnoosin viivästykselle ja vaikuttavan hoidon viivästyksellä [68].

- **Mihin henkilö hakee hoitoa ja mistä?** Jos ja kun hoitoon pääsy ja hoidon aloittaminen viivästyvät terveydenhuollossa on mahdollista, että meilläkin henkilöt saattavat hakea muita ihmisiä todennäköisemmin täydentäviä hoitomenetelmiä saadakseen apua vaivoihinsa. Näin on todettu Yhdysvalloissa [69]. Jos henkilö hakee apua selvästi muuhun kuin vakavaan sairauteen, esimerkiksi hartioiden jännityksiin, migreeniin, stressiin tai terveytensä ylläpitoon, hän voi saada apua akupunktiosta, kalevalaisesta jäsenkorjauksesta, lymfaterapiasta, jne. kuten Luvussa 6 todetaan. Vakavan sairauden oireet eivät poistu minkään täydentävän hoitomenetelmän avulla.
- **Henkilö voi myös itse valita olla hakeutumatta** lääketieteelliseen hoitoon lainkaan, mikä luonnollisesti estää tai voi viivästyttää lääketieteellistä hoitoa. Valinta voi perustua käsityksiin vakiintuneen terveydenhuollon ja täydentävien hoitojen eriluonteisista riskeistä [18, 70, 71] ja terveydenhuollon kokemisesta vähemmän ihmiskeskeisenä [72]. Jos valinnan tekee vakavaa sairautta sairastava henkilö, tai terapeutti epäilee vakavaa sairautta, on terapeutin ehdottomasti ohjattava henkilö lääkärin hoitoon. Missään tilanteessa ja millään keinoin esim. markkinoinnissa ei ole ammattieettistä väittää parantavansa vaikeaa sairautta. Ehdotamme Luvussa 9 sääntelyä, joka puuttuu tähän kysymykseen.

Lääketieteellisen syöpähoidon mahdollinen viivästyminen täydentävien hoitojen käytön seurauksena on asia, jota on mielestämme tarpeen pohtia. Julkisessa keskustelussa Suomessa on erityisesti viitattu yhdysvaltalaiseen tutkimukseen [73]. Sen tuloksesta on laajasti uutisoitu, että vaihtoehtohoitojen käyttö lisää syöpäkuolleisuutta. Tutkimuksen tieteellisyyttä pidetään kyseenalaisena.

Muissa tutkimuksissa on todettu, että ylipäätään syöpähoidoista kieltäytyneiden kuolleisuus on suurempaa kuin ei-kieltäytyneiden, käytti muita hoitoja tai ei. Samoin syöpähoitojen korvaaminen vaihtoehtomenetelmillä johtaa huonompaan lopputulokseen [74]. Sen sijaan siitä, että ylipäätään vaihtoehtohoitojen käyttö lisää syöpäkuolleisuutta, ei ole näyttöä.

Päinvastoin täydentäviä hoitoja käytetään tukemaan lääketieteellisiä syöpähoitoja: useiden tutkimusten systemoidun katsauksen ja meta-analyysin mukaan täydentävät hoidot voivat parantaa syöpäpotilaiden elämänlaatua [75]. Toisen systemoidun katsauksen mukaan on lupaavia tuloksia useiden täydentävien hoitojen mahdollisuuksista lievittää rintasyöpään ja sen hoitoon liittyviä kipuja [76].

Täydentävien menetelmien käyttäminen tavanomaisten syöpähoitojen ohella vaikuttaa suotuisasti eivätkä täydentävät hoidot huononna ennustetta, kunhan muita hoitoja ei lopeteta ja korvata muilla hoidoilla [78].

Vakavan sairauden lääketieteellinen hoito ei viivästy tai keskeydy tutkimustiedon mukaan siksi, että potilas saa myös täydentävää hoitoa.

Täydentävien menetelmien käyttäminen tavanomaisten syöpähoitojen ohella vaikuttaa suotuisasti eivätkä täydentävät hoidot huononna ennustetta, kunhan lääketieteellisiä hoitoja ei lopeteta ja korvata muilla hoidoilla.

5.6. Riskeille altteimmat hoitomenetelmät

Kaikkiin hoitoihin, myös täydentäviin hoitoihin, liittyy turvallisuusriskejä. Ne kasvavat silloin, kuin hoitaja / lääkäri / terapeutti hoitaa sellaista sairautta tai sellaisia potilaita, joiden hoitamisessa hän ei ole saanut riittävää koulutusta. Etenkin seuraaviin neljään täydentävään hoitomenetelmään saattaa liittyä riskejä, jotka voisivat vaarantaa asiakas- / potilasturvallisuutta juuri koulutuksen riittämättömyyden ja valmisteiden valvonnan puutteen vuoksi. Turvallisuuteen on kuitenkin panostettu erilaisin toimin näissä hoidoissa.

AKUPUNKTIO

Akupunktio on turvallisimpia terveydenhuollon hoitoja laajan saksalaisen, useita tutkimuksia ja maita kattavan meta-analyysin mukaan [79]. Akupunktio on tutkitusti turvallista hoitoa myös raskaana oleville muun muassa migreenikivun, lantioalueen kivun, selkäkivun ja synnytyskipujen hoitamisessa meta-analyysin mukaan [80].

Vakavat hoitovahingot olivat harvinaisia. Yleisimmät vähäisistä haittatapahtumista olivat erittäin lieviä: mustelmia tai vähäistä verenvuotoa neulan pistokohdassa tai lyhytaikainen huimaus tai potilas voi kokea, että hoidolla ei ole vaikutusta tai että oireet pahenevat. Tutkijaryhmän mukaan osa lievistä haitoista liittyi hoidon itsensä vaikutuksiin. Vakavan hoitovahingon vaaran todennäköisyys oli osassa tutkimuksia: yksi vakava hoitovahinko / 10 000 hoitoa ja osassa tutkimuksia pienempi [79]. Akupunktiosta on monien kiputilojen hoidossa osoitettu olevan vähemmän haittavaikutuksia kuin lääkehoidosta [81].

Koulutus: Hoitovahinkoja ja haittoja voidaan ehkäistä varmistamalla akupunktiota antavien henkilöiden riittävä koulutus [79, 82, 83]. Koulutuksen tulisi sisältää opintoja anatomiassa ja fysiologiassa, akupunktion teoriassa ja käytännössä ja siinä tulee olla riittävästi käytännön potilashoitoa. Käyttämällä ruostumattomasta teräksestä valmistettuja joustavia ja kertakäyttöisiä steriilejä neuloja estetään neulan katkeaminen ja infektion leviäminen. Euroopassa nykyisin myytävät akupunktioneulat täyttävät Medical Device vaatimukset. Oikean tekniikan hallitseminen on keskeistä.

Suomessa on Suomen Lääkäreiden akupunktioyhdistys ry [84] ja kiinalaisen lääketieteen yhdistykset ovat järjestäneet koulutusta jo kymmenien vuosien ajan. Lääkäreillä ja fysioterapeuteilla on taustalla jo pitkät anatomian ja fysiologian luennot, jolloin koulutus on luonteeltaan jatkokoulutusta. Todistuksen saamiseksi vaaditaan 100 hoitokuvausta ja hyväksytysti suoritettu kuulustelu [84].

Kiinalaisen lääketieteen peruskoulutus sisältää 3640 tuntia 3,5 vuoden aikana. Se kattaa 130 opintopistettä (op) koostuen perinteisen kiinalaisen lääketieteen teoriasta ja käytännön harjoittelusta ja 30 op länsimaista lääketiedettä. Päähoitomuotona on akupunktio, josta opetellaan muun muassa akupunktiopisteet ja kunkin pisteen turvallinen pistosyvyys [85]. Yhdistys on kouluttanut myös kätilöitä kohdennetulla lyhytkursseilla käyttämään turvallisesti tiettyjä akupunktiopisteitä synnytyskipujen lieventämiseen.

KASVITERAPIA

Kasviterapiaan täydentävän hoitajan / terapeutin antamana hoitomenetelmänä liittyy mahdollisia riskejä asiakas- ja potilasturvallisuudelle.

1) Kaikkien lääkkeiden käyttö on riskialtista, oli kyse lääkkeistä tai kasviperäisistä lääkevalmisteista ja niitä säädelläänkin EU:n alueella tiukasti. Kaikki kasviterapiahoidossa käytetyt rohdosvalmisteet ovat lääkkeitä ja ne ovat lääkelain alaisia. Niille tarvitaan Fimean rekisteröinti, jolloin niiden laatu tarkistetaan. EU:n lääkedirektiivin perusteella Euroopan lääkevirasto EMA on määritellyt kasvirohdoksille lääkkeelliset käyttötarkoitukset: ruuansulatusvaivat, ripuli ja ummetus, nivelvaivat, unettomuus ja hermostuneisuus, stressin hallinta ja lievä masennus sekä iho- ja virtsatievaivat (nämä eivät ole sama asia kuin terveystuotteet). Valvonnasta vastaa Fimea ja valvontaa tekevät aluehallintovirastot.

2) Yhteisvaikutukset. Jotkin kasviperäiset valmisteet ja allopaattiset lääkkeet voivat heikentää tai vahvistaa toistensa vaikutusta. Muun muassa valeriana voi vaikuttaa muiden lääkkeiden tehoon ja aiheuttaa haitallisia yhteisvaikutuksia, erityisesti rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin kanssa. Myös mäkikuismalla on voinut olla yhteisvaikutuksia- sen käyttö on nykyisin kielletty Suomessa.

Tietämys yhteisvaikutuksista. Koulutetuilla kasviterapeuteilla on riittävästi koulutuksessa saatua tietoa yhteisvaikutuksista ja myös vasta-aiheista käytölle. Myös kasvirohdosvalmisteiden pakkauselosteet ovat hyvä tiedonlähde ja ne ovat sekä paukkauksissa että verkossa.

Luonnonlääketieteen keskusliitolla (LKL) on koulutuksen sisällölle ja kestolle kriteerit, jotka ovat edellytyksenä jäsenyyteen ja julkiseen rekisteriin pääsyyn. Myös kouluttajien hyväksymiselle on kriteerit [86].

Suomessa lääkärikoulutukseen ei sisälly opintoja kasviterapiasta, mikä voi vaikuttaa siihen, ettei lääkäri mahdollisesti huomioi yhteisvaikutuksen riskiä lääkehoidossa. Lääkäriseura Duodecimilla on yhteisvaikutuksista Inxbase – tietopankki. Myös potilas voi jättää kertomatta lääkärille kasviterapiasta lääkärin mahdollisesti negatiivisen asenteen vuoksi.

3) Muualta kuin Suomesta hankitut valmisteet voivat olla epäpuhtaita ja huonolaatuisia. Joissakin maissa säädökset ovat löyhempiä kuin EU- säädökset tai niitä ei ole. Valvonta on tulliilla. Yksittäiset ihmiset saattavat hankkia niitä itsehoitoon.

HOMEOPATIA

Homeopatiassa hoitoa antava terapeutti määrittää tarpeen ja suosittelee homeopaattisia valmisteita. Valmisteiden, joissa on vähäinen lääkeaineen määrä (kuten Suomessa käytetyissä), turvallisuus on hyvä, mutta vain vähän laimennetut voivat aiheuttaa vaaraa (ei käytetä Suomessa) toteaa Yhdysvaltain kansallinen terveysvirasto National Institutes of Health [87]. Muiden lääkevalmisteiden tavoin homeopaattiset valmisteet kuuluvat ennakkovalvonnan piiriin.

Homeopatiassa käytettäviä nieltäviä valmisteita on kahta tyyppiä. Vähän laimennetut eli vahvat lääkevalmisteet vaativat myyntiluvan ja niitä ei ole käytössä Suomessa. Runsaasti laimennetut (eli lievät) lääkeaineet vaativat rekisteröinnin ja niitä voidaan myydä myös muualla kuin apteekissa, ellei valvova viranomainen Fimea ole rajannut myyntikanavaa. Säädösten mukaan valmisteen laatu ja valmistus on selvitettävä kuten muillakin lääkevalmisteilla.

Homeopaattiset valmisteet sisällytettiin eurooppalaisiin lääkesäädöksiin direktiivein vuonna 1992, mistä alkaen homeopaattisten valmisteiden laadun ja turvallisuuden valvonta on kuulunut lääkevalvonnan piiriin. Valvonta ja lainsäädäntö on harmonisoitu EU:n alueella: markkinoille tulevat tai EU:n

alueella valmistetut homeopaattiset lääkkeet säädellään yhtenevästi. Euroopan talousalueella on noin 12 000 rekisteröityä valmistetta [88].

Suomessa valmisteet ovat Lääkelaitos Fimean rekisteröimiä ja se vastaa valvonnasta. Homeopaat-tisten valmisteiden rekisteröinnistä, valmistuksesta, myynnistä, maahantuonnista ja jakelusta sääte-levät Suomessa Lääkelaki 395/1987 ja Fimean määräykset. Homeopatian lainsäädäntöä Suomessa useassa lainsäädännössä: apteekkien sekä lääkeaineiden jakelua ja lääkkeiden valmistusta koske-vissa lainsäädännöissä, useiden EU:n direktiivien pohjalta sekä tullin maahantuonnin valvontaan liittyen [89].

Euroopassa määräykset ovat tiukemmat kuin muun muassa Yhdysvalloissa ja Intiassa. ETA-alueen ulkopuolelta ei ole luvallista tuoda homeopaattisia valmisteita, joita ei ole rekisteröity Suomessa. Valvonta on tullilla ja on samanlainen kuin muiden lääkeaineiden tuonnissa.

JÄSENKORJAUS

Liiallinen voimankäyttö, manipulaatio ja liikeratojen ylitys voivat aiheuttaa vahinkoa. Luiden manipu-lointi (bone setting) on perinteinen hoitotapa joissakin maissa ja hoidoissa tiedetään silloin tapahtu-van hoitovahinkoja, joskin myös monet saavat apua.

Suomessa yleisimmin käytetty jäsenkorjaushoito on kalevalainen jäsenkorjaus **ei kuulu edellä mai-nittuihin**. Koulutettuja osajia oli julkisessa rekisterissä 750 henkilöä ja hoitoja annettiin noin 450 000 vuonna 2024. Hoidossa ei käytetä voimaa ”enempää kuin luonnollisessa arkitoiminnassa kudoksiin kohdistetaan”. Potilasturvallisuutta varmistetaan mm. järjestelmällisellä ja vaativalla pe-ruskoulutuksella (150 opintopistettä), jonka loppukokeet läpäisevät puolet opiskelijoista. Täydennys-koulutukseen osallistutaan vähintään kahden vuoden välein. Molempiin kuuluvat ohjatut käytännön hoitoharjoitukset ja hoitonytöt. EU:n myöntämän nimisuoajatutun nimen käyttöoikeuden saa lopuksi näyttökokeen ja eettisiin toimintaohjeisiin kirjallisesti sitoutumisen perusteella. Koulutuksesta vastaa ja sen järjestää alan yhdistys. Julkisen rekisterin ja nimisuojausten avulla yleisö voi valita koulutetut ja turvallista hoitoa antavat hoitajat. Yhdistys on kieltänyt perustellusti joiltakin nimen käytön ja puut-tunut ei- hyväksytyjen henkilöiden nimen väärinkäyttöön. Voimankäytöstä hoitamisessa on annettu kymmenkunta huomautusta.

Perinteinen jäsenkorjaus erottuu kalevalaisesta jäsenkorjauksesta kipukohdissa niveliin ja kudok-siin kohdistuvien erilaisten tekniikkojen suhteen. Sillä hoidetaan enemmän kipukohtaa. Hoitoa ole tutkittu eikä sillä ole nimisuojausta. Koulutus on kolmivaiheinen ja kurssimuotoinen koostuen perus-, jatko- ja erikoistumisjaksoista. Hoitajia on 150.

Kaustislainen jäsenkorjaus perustuu nivelten paikalleen laittoon ja osittaiseen hierontaan, samoin kuin **muu itseoppineiden henkilöiden** antama jäsenkorjaus. Vuosien saatossa on syntynyt lukuisia ”guruun perustuvia” jäsenkorjaussuuntauksia. Näiden hoitojen turvallisuutta vaarantaa se, että kuka tahansa voi ilmoittaa olevansa ”jäsenkorjaaja”.

Suomessa käytettävien täydentävien hoitomenetelmien turvallisuus on hyvä. Niissä voi kuitenkin sattua haittatapahtumia, mikäli hoitavalla henkilöllä on riittämätön koulutus ja osaaminen.

Neljässä hoitomenetelmässä voi teoriassa olla melko vakavia vaaroja. Meillä niiden turvallisuutta on varmistettu riittävästi: akupunktio, riittävä koulutus; homeopatia, tiukka lievienkin valmisteiden sään-tely; kasviterapia, samoin; kalevalainen jäsenkorjaus; hyvä perus- ja täydennyskoulutus.

Lääkäreiden osaamista lääkkeiden ja kasviperäisten rohdosten yhteisvaikutuksista tulisi lisätä kou-lutuksella.

5.7. Muut kuin hoitomenetelmän riskit

Viittaamme tässä luvussa erityisesti katsaukseen kansainvälisistä tutkimuksista vuosilta 2000–2011 [90].

Koulutuksen ja ammattitaidon vaihtelevuus. Täydentävää hoitoa antavien henkilöiden koulutuksen pituus, sisältö ja laatu voivat vaihdella. Mikäli vähimmäiskoulutusvaatimuksia ei ole eikä niiden täyttymistä valvota, muutoin melko vähäiset riskit ja harvoin esiintyvät hoitovahingot voivat toteutua. Kaikilta täydentävin hoitomenetelmin hoitavilta henkilöiltä, myös terveydenhuollon ammattihenkilöiltä tulisi edellyttää täydentävän hoitamisen erityisosaamisen riittävää koulutusta.

Suomessa, toisin kuin Norjassa, Tanskassa ja Islannissa ei ole kansallista lainsäädäntöä ja järjestelmää varmistamaan asiakas -ja potilasturvallisuutta mm. koulutusvaatimuksilla. Tästä jäljempänä Luvussa 7 Sääntely ja Luvussa 9 Ehdotukset.

Tietämyksen, arvostuksen ja kommunikaation vähyys. Monet ihmiset hakeutuvat sekä lääkäripalveluihin että täydentäviin hoitopalveluihin: Suomessa lääkärin hoitoa sai tutkimusvuonna 64 % aikuisväestöstä ja vastaavasti täydentävää hoitoa sai 20 % [8]. Potilasturvallisuus ja kaiken hoidon vaikuttavuus edellyttää, että terveydenhuollon ja täydentävän hoidon antajilla on vähintään perustiedot toistensa työstä ja he arvostavat toistensa työtä.

Suomessa yhteistyössä näyttää olevan suuria haasteita. Terveydenhuollon ammattihenkilöt tuntevat täydentävää hoitamista puutteellisesti. Asenteet voivat olla kielteisiä tai peitellään myönteistä suhtautumista ammatillisen pelon vuoksi [91] tai johtuen lääkäreiden edunvalvontajärjestön Lääkäriliiton tähän mennessä aktiivisesta kielteisestä suhtautumisesta täydentävään hoitamiseen.

Suhtautuminen vaikuttaa olevan jonkin verran erilainen lääkärikunnassa kuin Lääkäriliitossa. Liiton vuonna 2021 teettämän kyselyn mukaan vastanneista lääkäreistä ”voisi harkita laajempaa käyttöä myös lääkärin työssä”: akupunktiota 40 % ja lymfahierontaa 32 %. ”Lääketiede voisi hyötyä vaihtoehtoisista menetelmistä” vastasi 41 % samassa kyselyssä. Myös ”Useimmat lääkärit hyväksyvät vaihtoehtohoitojen käytön niissä tapauksissa, joissa joku tuntee saavansa niistä apua” [92, 93].

Suomalaistutkimuksen mukaan potilas jätti kertomatta lääkärille täydentävien hoitojen käytöstään, mikä johtui:

1. pelosta lääkärin suhtautumisessa ja mahdollisista kielteisistä reaktioista,
2. useista aiemmista kielteisistä kokemuksista lääkärin suhtautumisesta.

Potilas kertoi vain joistakin hoidoista ja vain lääkärille, johon luotti. Tulisikin luoda avoin ja ymmärtävä ilmapiiri, jossa potilas voi vapaasti tuoda esille käyttämänsä hoitomuodot [94]. Myös yhteiskunnan valtavirran sosiaaliset normit voivat estää kertomista [95].

On myös mahdollista, että Suomessakin täydentävä hoitaja ei kerro asiakkaalle / potilaalle riittävän selkeästi hoidosta ja että terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat antaa puutteellista tai virheellistä tietoa täydentävistä hoidoista [90].

Taloudelliset riskit ja kaupallistuminen. Kuten muussakin terveystalouseläymässä, myös täydentävissä hoidoissa voi esiintyä rahastamista. Asiakas voi kokea rahojensa menneen hukkaan. Yleensä maksu 1–2 tunnista on 60–120 euroa sisältäen arvonlisäveron 25.5 %.

Sääntelyn puute voi olla kansanterveydellinen ongelma. Puuttuva tai heikko sääntely voi johtaa siihen, että turvallisiksi ja vaikuttaviksi tutkimuksin todettuja hoitoja, kuten akupunktiota tai kalevalaista jäsenkorjausta, ei ole saatavilla julkisessa terveydenhuollossa. Tällöin osa kansalaisista jää

kustannussyistä vaille näitä hoitoja. Hoitohaittojen kansallisen tilastoinnin puute haittaa potilasturvallisuuden varmistamista. Omavalvonnan kehittäminen ja valituskynnyksen madaltaminen ovat eräitä keskeisiä keinoja potilasturvallisuuden varmistamiseksi.

Vakava vaara asiakas- ja potilasturvallisuudelle on koulutuksen lisäksi keskinäisen tietämyksen ja arvostuksen vähyys terveydenhuollon ammattihenkilöiden, täydentävien hoitojen ammattilaisten ja ammattijärjestöjen kesken.

Sääntelyn puutteen vuoksi osa kansalaisista jää kustannus- ja muista syistä vaille yksilön terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisemistä terveydenhuollon vähäisen panostuksen vuoksi, samoin kuin riittävää kipujen ja vaivojen lääkkeetöntä lievitystä.

6. TÄYDENTÄVIEN HOITOJEN VAIKUTTAVUUDESTA

Täydentävillä hoidoilla on tutkitusti arkivaikuttavuutta eli hoidon kykyä tukea ihmisten pärjäämistä arjessa ja työelämässä.

Suomessa suurin osa, 80 %, saa hoidosta tarpeeseensa hyötyä: kipujen lievittyminen, henkisen ja fyysisen hyvinvoinnin lisääntyminen ja stressin väheneminen.

Epäsuoraa näyttöä arkivaikuttavuudesta antaa hoitojen runsas oma-aloitteinen käyttö asiakkaiden omalla kustannuksella.

Lisää tutkimustietoa tarvitaan arkivaikuttavuudesta. Ehdotamme kansallisen, yleisen arki- ja kustannusvaikuttavuuden rekisteripohjaisen arviointijärjestelmän käyttöönottoa, jossa myös täydentävät hoidot ovat mukana. Katso luku 9 Ehdotukset.

Ehdotamme myös Käypä hoito suosituksen laatimista keskeisistä täydentävistä hoitomenetelmistä vaikuttavuustutkimusten synteeseineen. Katso Luku 9 Ehdotukset.

6.1. Täydentävien hoitojen tutkimisesta

Edellisessä luvussa päädyimme siihen, että Suomessa käytettävät täydentävät hoitomenetelmät ovat **turvallisia** asiakkaalle. Erityisesti akupunktiossa, kasviterapiassa ja jäsenkorjauksessa on tärkeää, että hoitavalla henkilöllä on riittävä koulutus ja osaaminen, jotta erityisesti vakavat haattatapahumat, joskin harvinaiset, voidaan ehkäistä.

Seuraavassa pyrimme tarkastelemaan tutkimustiedon pohjalta minkälaisia vaikutuksia Suomessa käytetyillä täydentävillä hoitomenetelmillä ja hoitamisella on. Termejä vaikutus⁴ ja vaikuttavuus käytämme tässä synonyymeinä.

Täydentävien hoitojen vaikuttavuutta tutkitaan samalla tavoin kuin lääketieteellisen, psykologisen tai sairaanhoidollisen hoitamisen vaikutuksia. Tutkittavien hoitojen, lääkkeiden, interventio-ohjelmien jne. seuraamukset eli vaikutukset (outcome) voivat olla hyödyllisiä, haitallisia tai neutraaleja. Huomattavaa on, että tavoitellut / odotetut muutokset ovat näiden kuvaamiemme kohtien 1–3 tutkimusmuotojen välillä hyvin erityyppisiä. Muutoksia myös mitataan niissä eri tavoin:

⁴ Vaikuttavuus = tavoitteiden toteutumisen aste, muutoksen aikaansaamista.

1. **Biologisia ja fysiologisia muutoksia tutkitaan ja mitataan** varsinkin lääketieteellisissä tutkimuksissa: mitä muutoksia kehossa tapahtuu lääkkeen, hoidon tms. vaikutuksesta. Voimakkaimpana vaikuttavuuden tutkimuksena pidetään näissä koetutkimusasetelmissä satunnaisesti plasebokontrolloitua koetta (RCT, Randomized Controlled Trial). Siinä tutkitaan jonkin lääketieteellisen hoidon, esimerkiksi lääkkeen tehoa (efficacy) koeolosuhteissa.

RCT-tutkimusten tulosten yleistettävyyttä saattaa olla ongelmallista, mikäli tutkittavien sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat olleet kovin tiukkoja. Usein RCT-tutkimukset kestävät myös vain muutaman kuukauden, jolloin ei voida vetää johtopäätöksiä pitkäaikaisen hoidon vaikutuksista. RCT- kokeet ja niiden perusteella tehdyt järjestelmälliset katsaukset **eivät myöskään anna yleensä tietoa vaikuttavuudesta arjen olosuhteissa** [96].

Pyrimme selvitystyössämme laatimaan yhteenvedon täydentävien hoitojen vaikutuksista / vaikuttavuudesta. Ensin keskityimme edellä kuvattuun tutkimustyyppiin, jota lääketieteen hoitojen tehon tutkimuksissa erityisesti käytetään. Hyödyntämällä myös tekoälyä on haettu tutkimuksia ja katsauksia täydentävien hoitojen vaikutuksista [97].

Toteamme, että selvitystyössämme meillä ei ole ollut mahdollisuutta perehtyä riittävästi kaikkiin keskeisiin tutkimuksiin, arvioida niiden laatua ja laatia niistä synteesejä.

Ehdotamme, että laaditaan Käypä hoito suositus, jossa tarkasteltaisiin myös vaikuttavuuden tutkimusnäyttöä valituista keskeisistä täydentävistä hoidoista valittujen keskeisten vaivojen kohdalla, katso Luku 9 Ehdotukset.

2. **Psykologisten, sosiaalisten tai käyttäytymisen** muutoksista ollaan kiinnostuneita usein vaikuttavuuden, effectiveness, tutkimuksissa, joissa selvitetään mitä muutoksia jokin vaikutuskeino (hoito tai muu interventio) tiettyssä potilas- tai väestöryhmässä aiheuttaa todellisessa elämässä, (naturalistic study).
3. **Koetun terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun jne.** muutoksia selvitetään usein kyselyillä ja havainnoinnilla tutkimuksissa, joissa tarkastellaan yksilön kokemia muutoksia esimerkiksi voinnissaan, olossaan, vaivassaan, stressitilassaan, suoriutumisessaan arjessa, jne. Mitattuja vaikutuksia joko verrataan ennen- jälkeen hoidon tai verrataan eri ryhmiä. Parhaimmillaan seuraamuksien eli koetun terveyden ja toimintakyvyn mittaamisessa käytetään validoituja PROM-mittareita (Patient Related Outcome Measures). **Täydentävien hoitojen vaikutusten tutkimus nimenomaan arkielämän kannalta ja arkiympäristössä on tärkeää.** Näitä hoitomenetelmiä käytetään arjessa, ja useimmiten yhdessä terveydenhuollon tarjoamien hoitopalveluiden kanssa.

Seuraavassa tarkastelemme kohdan 3 mukaisesti tehtyjen tutkimusten näyttöä.

6.2. Arkivaikuttavuudesta

RCT⁵- tutkimusten pohjalta on selvää, että täydentävien hoitojen vaikutuksista on vähemmän tieteellistä näyttöä, suuntaan tai toiseen kuin biolääketieteellisten hoitojen vaikutuksista. Vain 20 % täydentävien hoitojen vaikuttavuustutkimuksista oli vuoteen 2016 mennessä RCT- tutkimuksia. Niissäkin näytön aste vaihteli ja kaiken kaikkiaan RCT- tutkimusnäyttö oli ristiriitaista [98].

⁵ RCT, randomized controlled trial, on tutkimusmenetelmä, jossa koehenkilöt sijoitetaan koeryhmään tai kontrolliryhmän satunnaisesti. Siinä mitataan muutosta sovitussa lopputulosmuuttujassa (esimerkiksi verenpaine) ja siinä olevia mahdollisia eroja koeryhmän ja kontrolliryhmän välillä.

Toisaalta myös lääketieteellisten hoitojen RTC- näyttö on heikohko: 94 prosentilla ei ole korkeatasoista tieteellistä RCT- näyttöä ja 58 prosentilla näytön aste on matala, havaittiin mittavassa Cochrane- katsausten meta-analyysissä [99]. Vertaaminen ei liene mielekäästä, sillä täydentävät hoidot ovat ihmisten arjessa pikemmin yksilön terveyden, hyvinvoinnin ja arkisen elämisen edistämistä kuin biolääketieteelliseen hoitoon rinnastettavaa, diagnosoitujen sairauksien hoitoa. Terveyden tukeminen tai hyvinvoinnista huolehtiminen ei ole yksi erillinen tauti, vaiva tai oire. Vaikutukset, joita tavoitellaan ja mitataan, ovat erilaiset. Täydentävissä hoidoissa esimerkiksi kokemus hyödyllisyydestä (=vaikutus) on yksi merkittävä syy näiden hoitomenetelmien laajaan käyttöön. Timo Ståhl on todennut, vakiintuneen terveydenhuollon terveyden edistämisen näyttöä tutkittaessa **tarvitaan erilaiset tutkimusmenetelmät** [100]. Sama myös koskee varsinkin niiden täydentävien hoitomenetelmien vaikuttavuuden tutkimista, joissa tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen.

Täydentävän hoitamisen tavoitteena on usein arkivaikuttavuus; se, että hoitokeino tuottaa positiivisia vaikutuksia todellisessa arkielämässä – ei laboratorio-olosuhteissa eikä tarkkaan rajatussa kliinisessä tutkimusympäristössä. **Arkivaikuttavuus syntyy ammattilaisen ja potilaan / asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa** [96]. On tärkeää, että täydentävien hoitojen näytön tieteellisiin tutkimuksiin osallistuvilta todellisilta ihmisiltä todellisessa elämässä kysytään heidän kokemuksiaan ja näkemyksiään vaikutuksista [101].

Terveydenhuollossamme käynnistyy hoidon vaikuttavuuden ja arkivaikuttavuuden mittaaminen nyt myös potilaan / asiakkaan oman arvion perusteella. Käyttöön otetaan vointimittari. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ”vointimittarin avulla potilas arvioi itse omaa terveydentilaansa ja toimintakykyään ennen ja jälkeen annetun palvelun”. ”Tämä on yksi askel kohti aiempaa vahvempaa asiakaslähtöisyyttä julkisessa terveydenhuollossa”. Ministeriön mukaan tarvitaan muutosta potilaan ja sote-ammattilaisen väliseen toimintakulttuuriin, muun muassa tiiviimpää yhteistyötä. Mittarin tiedot lisätään kansallisiin laaturekistereihin [102]. Toimintakykymittarin ja vastaavien kehittäminen eivät mittaa hoidon suorittamista eivätkä vastaanottokäytien lukumäärää vaan korostavat hoidon vaikuttavuutta ja hyötyä ihmisen arjessa, esimerkiksi päivittäisten asioiden hoitamisen helpottuminen, kotitöiden hoitamisen onnistuminen, kaupassakäynnin onnistuminen, kipulääkityksen tarpeen väheneminen, kokee itsensä terveemmäksi, on energisempi olo päivisin, nukkuu paremmin, on parempi mieli, jne.

Näytön suhteen on huomattava, että täydentävien hoitojen vaikuttavuus ei selity ainoastaan positiivisella plasebo-vaikutuksella. Positiivinen plasebovaikutus (hyvevaikutus) on kyllä parantamassa hoidon tuloksia. Täydentävässä hoidossa plasebovaikutusta voi lisätä moni tekijä, kuten hoitoa antavan henkilön empaattinen lähestymistapa, potilaan kuunteleminen ilman kiireen tunnetta ja käsin kosketteleminen.

Plasebovaikutus edellyttää, että henkilö aistii saavansa hoitoa ja kokee hoitotapahtuman positiivisena kokemuksena. Potilas voi kokea kivuliaankin toimenpiteen positiivisena. Plasebovaikutusta ei tule sotkea plaseboon (plasebolääkkeeseen; lumelääkkeeseen). Plasebolääke (farmakologisesti vaikuttamaton lääkeaine) on eri asia kuin positiivinen kokemus hoidosta (plasebovaikutus, hyvevaikutus). Plasebovaikutus liittyy kaikkeen onnistuneeseen hoitoon (lääkehoito, kirurgia, psykoterapia, täydentävät hoidot).

Jos hoitoa saanut henkilö kokee hoidon (hoitotapahtuman) kielteisenä, syntyy **nosebovaikutus** [103-106]. Nosebovaikutuksesta johtuen voi myös sinänsä tehokkaan lääkehoidon tai kirurgisen toimenpiteen vaikutus heikentyä merkittävästi [9, 10, 103, 106-110].

Plasebovaikutuksen neurobiologisesta mekanismista tiedetään jo paljon [9, 10, 110]. Sitä ei kuitenkaan vielä ymmärretä täydellisesti ja tarvittaisiin tarkemmat määritelmät plasebolle, nosebolle, plasebovaikutukselle ja nosebovaikutukselle [114].

6.3. Tutkimuksia koetusta vaikuttavuudesta

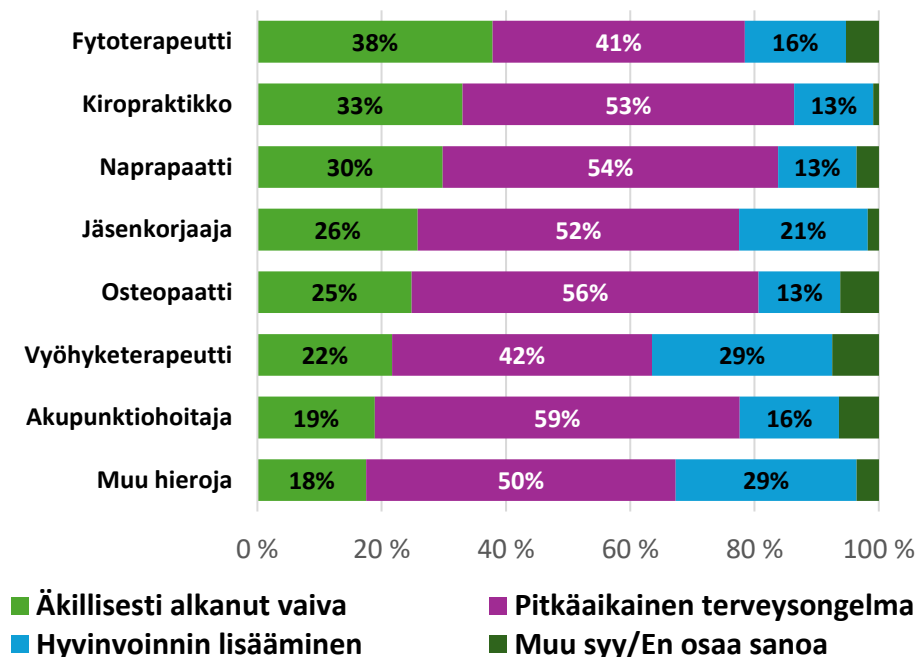
Täydentävien hoitojen vaikuttavuudesta ja hyödyistä niitä saaneiden näkökulmasta on joitain kansainvälisiä tutkimuksia. Tässä keskitymme suomalaiseen tutkimustietoon.

Tarve ja tavoite hakeutumiselle, tavoitteen toteutuminen hoidossa ja koettu hyöty. Vaikuttavuutta tutkittaessa on määriteltävä, miten vaikuttavuutta eli tavoitteiden toteutumisen astetta tarkastellaan kuten RCT tutkimuksissakin tehdään. Seuraavassa suomalaisessa tutkimuksessa tavoitteet ovat ne tarpeet, joiden vuoksi henkilö itse määrittelee, miksi hän hakeutui täydentävään hoitoon (RCT- tutkimuksessa esim. osallistujien korkea verenpaine). Hoidon jälkeen mitataan, missä määrin henkilö kokee tavoitteensa toteutuneiksi hoidon avulla (RCT- tutkimuksessa esimerkiksi hoidon eli lääkkeen tai lumelääkkeen vaikutus verenpaineeseen). Tässä tutkimuksessa käytetään laadullista mittaria eli henkilön omaa arviota missä määrin ja minkälaista hyötyä hän sai hoidosta.

Tarpeet täydentävään hoitoon hakeutumiselle

Suomalaisesta 16- vuotta täyttäneen väestön hakeutumisesta täydentäviin hoitoihin ja hoitojen vaikutuksista ja haitoista on tuoreita tutkimuksia. Täydentävän hoitajan vastaanotolle hakeutumisen tärkeimmät syyt ja tarpeet, joihin toivottiin saatavan apua, on kuvattu Kuviossa 2: ”Mikä oli tärkein syy, jonka vuoksi viimeksi menit fytoterapeutille / kiropraktikolle, jne. Valitse neljästä vaihtoehdosta” [8].

Kuvio 2: Täydentävää hoitoa saaneiden (n= 1657) syyt hakeutua hoitoon. Neljän annetun vaihtoehdon osuudet hoitajan/hoidon mukaan.



Pitkäaikainen terveysongelma (toinen palkki) on suomalaisessa väestössä selvästi yleisin syy hakeutua täydentävälle hoitajalle / tiettyyn hoitomenetelmään. Näihin toivotaan yleisimmin saatavan apua. Kyse on ongelmasta, ei välttämättä sairaudesta, ja todennäköisesti avun hakemisesta

pitkäaikaisiin **kipuihin ja vaivoihin** (esimerkiksi tuki- ja liikuntaelin vaivat, toistuva migreeni). Tähän viittaa myös seuraavan kuvion tieto, että yleisimmin koettu vaikutus oli juuri kivun, säryn ja kireyksien helpottuminen (hoidettavan henkilön tavoitteen toteutuminen eli hoidon vaikutus).

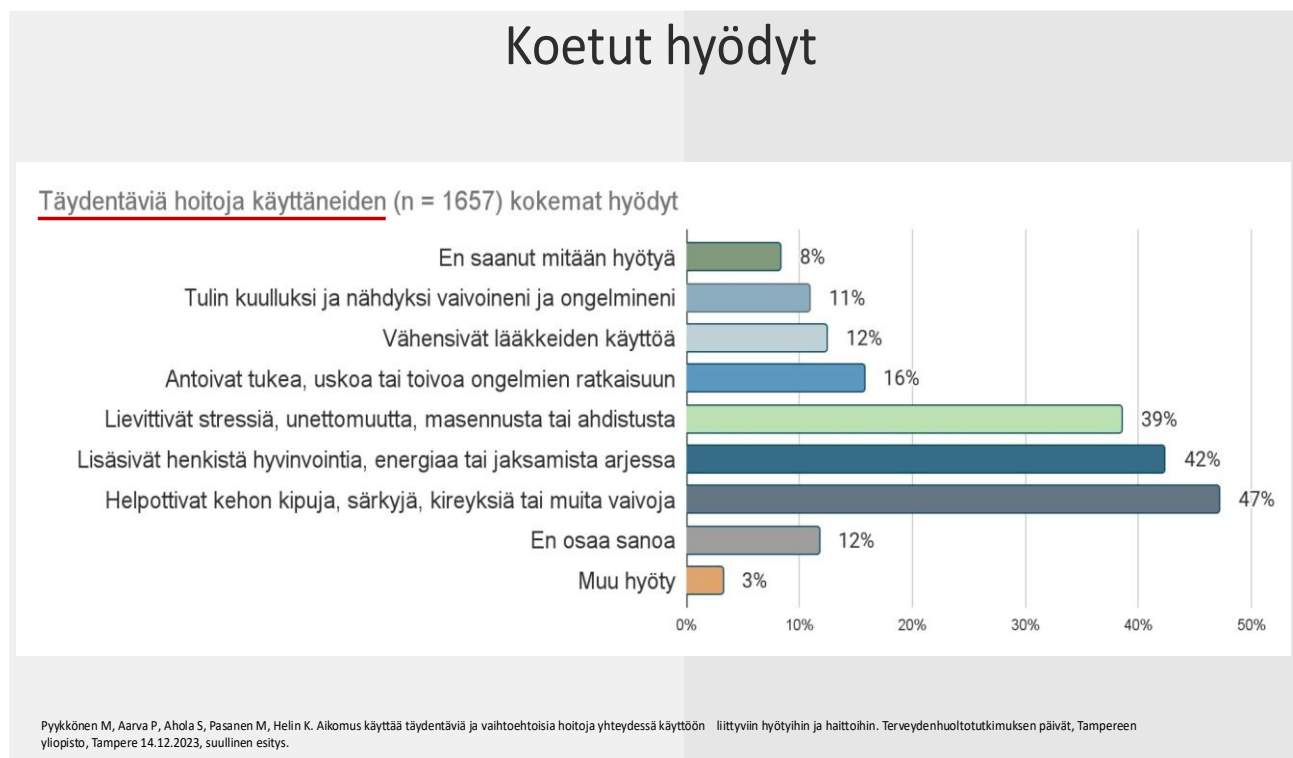
Äkillisesti alkanut vaiva (ei välttämättä sairaus) oli väestössä toiseksi yleisimmän tarpeen aiheuttaja hakeutua erityisesti fyto- eli kasviterapiaan ja kiropraktikolle. Hyvinvoinnin lisääminen oli merkittävä syy hakeutua vyöhyketerapiaan ja hierontoihin (kolmas palkki).

Norjassa erityisesti osteopatiaan, homeopatiaan, naprapatiaan ja kiropraktiikkaan hakeudutaan pitkään kestäneiden vaivojen vuoksi [26], mikä viittaa tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin ja kipuun. Hierontoihin, vyöhyketerapiaan ja kasviterapiaan hakeutumisen syynä oli pääasiassa hyvinvoinnin edistäminen. Tarpeet ovat pitkälti samoja kuin Suomessa.

Täydentävien hoitojen tutkituista hyödyistä

Kansainvälisten katsausten mukaan **täydentävien hoitojen käyttöä selittävät parhaiten koetut tai odotetut hyödyt** [23, 115].

Kuvio 3: Täydentävää hoitoa saaneiden (n= 1657) raportoimat hyödyt saadusta hoidosta 16- vuotta täyttäneiden väestötutkimuksessa. Lueteltuja vastausvaihtoehtoja oli neljä [117].



Puolet hoidossa käyneistä piti saamaansa hoitoa erittäin hyödyllisenä ja kolmannes hieman hyödyllisenä, yhteensä 80 % (Kuvio 3). Kahdeksan prosenttia ei saanut hyötyä ja 12 % ei osannut sanoa. Osuudet ovat jokseenkin samat kuin terveydenhuollon asiakkaiden kokemus siitä, saiko ”apua kun sitä tarvitsi” [116]. **Hoidoilla oli myönteisiä vaikutuksia eli vaikuttavuutta hoitoja saaneisiin.**

Hyödyt ovat terveyden ja sen edistämisen sekä arkisen elämän kannalta keskeisiä. Hyödyt ovat pääosin samoja, joihin myös vakiintuneessa terveydenhuollossa pyritään. Ne jakautuvat melko tasaisesti: kipujen ja särkyjen lievittyminen (47 %), henkisen hyvinvoinnin ja arjessa jaksamisen lisääntyminen (42 %) ja stressin, unettomuuden, masennuksen ja ahdistuksen lievittyminen (39 %)

luettelosta valittuina [117] (Kuvio 3). Jokin tietty täydentävä hoito voi tuottaa yhden tyyppisen hyödyn tai useita erilaisia hyötyjä.

Haittaa, vähintään yhden, ilmoitti saaneensa 15 % täydentäviä hoitoja saaneista: Rahat menivät hukkaan, kun en saanut apua 7 %; Kivut, säryt, vaivat pahenivat 4 %; Tulin huijatuksi 3 %; Tulin loukatuksi tai kohdelluksi epäasiallisesti 3 % tai muu haitta, mm. ”Vaiva helpotti vain hetkeksi” (osa oli saanut enemmän kuin yhden haitan). **Koetut haitat ovat henkilön pettymyksiä siihen, etteivät hoidolle asetetut toiveet toteutuneet eli hoito ei ollut vaikuttava, eivät potilasturvallisuuteen liittyviä.**

Erittäin hyödylliseksi koetaan kiropraktiikka, hieronnat, naprapatia ja jäsenkorjaus. Kaikkien kahdeksan hoitomuodon väliset erot hyödyllisyydessä ovat melko pieniä [117].

Norjassa 85–100 % piti saamansa täydentävän hoidon olleen avuksi ja 95 % lääkärin antaman lääketieteellisen hoidon hyödylliseksi [26]. Yleisimmin oltiin tyytyväisiä hierojien, homeopaattien ja kupparien apuun ja jonkin verran harvemmin akupunktion ja kasviterapian hyötyyn väestötutkimuksessa, jossa hyötykysymys oli pieni osa.

Ruotsissa suurin osa kertoi hoidon olleen ”erittäin vaikuttava” (effective) tai ”melko vaikuttava. Erittäin harva koki, että hoito ei auttanut, tai ei osannut sanoa. Kuusi henkilöä (1.2 %; 6 / 500) raportoi haitoista [30]. Väestötutkimus koski pääasiassa hoitojen yleisyyttä.

Suomalaisten kokemat hyödyt vastaavat järjestelmällisistä katsauksista ja meta-analyyseista tehdyn koosteen tuloksia: keskeisin käytön motiivi ovat hoidoista saatavat koetut hyödyt eli hoidot on koettu vaikuttaviksi. Näitä ovat **vaivojen helpottuminen, oireiden lievittyminen, lääketieteellisten hoitojen haittojen lieventyminen ja yleisen hyvinvoinnin koheneminen** [23].

Eri maissa tehtyjen tutkimusten mukaan hoidot koetaan kokonaisvaltaisiksi ja lääkkeettömiksi sekä hoitosuhde hyväksi [118-123].

Täydentäviin hoitoihin hakeudutaan joko pitkään jatkuneiden vaivojen ja kipujen vuoksi, joihin ei ole saatu apua, tai hyvinvoinnin edistämisen vuoksi. Koetut hyödyt vastaavat pitkälti hakeutumisen syitä ja odotuksia: kipujen lievittyminen, henkisen hyvinvoinnin lisääntyminen ja stressin väheneminen. Noin 80 % piti saamaansa hoitoa hyödyllisenä eli vaikuttavana, kaikissa hoidoissa lähes yhtä yleisesti.

Harva hoitoa saanut kokee haittoja eli kielteisiä vaikutuksia, kun odotukset eivät toteutuneet. Haitat eivät liity asiakasturvallisuuteen.

Täydentävään hoitoon hakeutujien tarpeiden ja odotusten toteutumisen mittaamisella, esimerkiksi koetulla hyödyllä saadaan tutkimustietoa hoitojen vaikuttavuudesta. Tutkimusta tarvitaan huomattavasti enemmän varsinkin hoitomenetelmään kohdistetun spesifin tarpeen toteutumiseen. Lisätieto vaikuttavuudesta arjessa edellyttää myös näiden hoitojen liittämistä rekisteripohjaiseen järjestelmään, katso Luku 9 Ehdotukset.

7. SÄÄNTELY

7.1. Sääntely ja valvonta Suomessa

Täydentävin ja yhdistävin hoitomenetelmien yksilölle annettava hoito perustuu Perustuslain 19 pykälään: ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle

riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä.” Tämän on katsottu viime kädessä tarkoittavan oikeutta yksilöllisen tarpeen mukaisiin palveluihin [124].

Julkisin varoin tuotettuja sote- palveluja ei valita tarjottaviksi viranomaispäätöksin vaan niistä tehdään ainoistaan suosituksia. ”Käytännössä terveydenhuollon lääketieteellistä sisältöä ohjaavat aikojen kuluessa muotoutuneet käytännöt ja eri tahojen eri aikoina ja erilaisia menettelyjä ja perusteita noudattaen antamat suositukset” toteaa Palko eli Kansallinen Palveluvalikoimaneuvosto. Se antaa suosituksia julkisen terveydenhuollon ja Kela-korvattavaan yksityisen terveydenhoidon palveluvalikoimista [125]. Kliinisten hoitosuositusten, esimerkiksi Suomalainen Lääkärisseura Duodecimin Käypä hoito suositusten tai erikoisalujen omien suositusten on tarkoitus tukea yksittäisiä terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Täydentäviä hoitomenetelmiä on Suomessa suositeltu käytettäväksi vähän. Akupunktio on mainittu 11 Käypä hoito -suosituksessa ja kivun hoidon suositus korostaa lääkkeettömien hoitojen ensisijaisuutta (joita muun muassa täydentävät hoidot ovat).

Yksityisessä terveydenhuollossa on tarjolla hoitamista täydentävin ja yhdistävin hoitomenetelmin, muun muassa lymfaterapiaa, osteopatiaa ja kiropraktiikkaa. Työterveydenhuollossa esimerkiksi seitsemän suuren yrityksen työterveyspalveluihin kuuluu kalevalainen jäsenkorjaus tarkoituksena myös työvoimakustannusten säästöt sairauspoissaoloja vähentämällä.

Julkisessa terveydenhuollossa on aiemmin täydentävää hoitoa antaviksi luetut kiropraktikot, osteopaatit ja naprapaatit sittemmin hyväksytty asetuksella Valviran valvomiksi nimekesuojatuiksi terveydenhuollon ammattihenkilöiksi. Akupunktiota antavat jotkin lääkärit, fysioterapeutit ja synnytyksissä kättilöt. Koulutettu akupunktioterapeutti on voinut toimia ulkopuolella julkisen terveydenhuollon.

Tilanne vaikuttaa olevan muuttumassa. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut vuonna 2023 ohjeen lisätä mahdollisuuksia hyödyntää monenlaista osaamista hyvinvointialueilla: ”Ammattihenkilölainsäädännön soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävärakenteiden ja tehtäväjaon toimintamallien kehittämisessä” [126]. Sen mukaan työnantajilla on täysi vapaus ja harkintavalta päättää tehtävien sisällöstä ja niiden tarkoituksenmukaisesta kohdentamisesta sekä tehtäviin edellytettävästä koulutus- ja osaamistasosta. Työnantaja vastaa viime kädessä palvelujensa laadusta ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisesta. **Ohje mahdollistaa myös täydentävin ja yhdistävin** hoitomenetelmin hoitavien koulutettujen henkilöiden, jotka eivät ole sote-ammattihenkilöitä, osaamisen hyödyntämisen täydentävänä terveydenhuollossa.

Näin ollen potilaan hoitaminen biolääketieteellisellä hoitomenetelmällä ja sitä täydentävällä hoidolla on virallisesti mahdollistettu. Esimerkkeinä mahdollisuuksista voi mainita riittävän koulutuksen saaneen akupunktioterapeutin antama hoito syöpäpotilaan hoitokipuihin yhteistyössä lääkärin kanssa tai tuki- ja liikuntaelinvaivoja potevan, ei leikkauksella hoidettavissa olevan potilaan hoitaminen kalevalaisella jäsenkorjauksella yhteistyössä hoitavan lääkärin kanssa.

Täydentävät hoidot yrittäjien tarjoamina palveluina. Täydentävää ja yhdistävää hoitamista antavat pääasiassa pienyrittäjät, yleensä yhden henkilön vastaanotolla ja yhden hoitomenetelmän avulla. Heidän toimintansa perustuu ammatilliseen vapauteen ja elinkeinovapauteen, jotka ovat Suomen perustuslain ja Euroopan perusoikeuskirjan turvaamia perusoikeuksia. Täydentävää hoitoa antavien henkilöiden työtä sääntelevä yrittäjiä koskeva lainsäädäntö sekä seuraavassa kappaleessa tarkastelemamme Kulutuspalvelulaki.

Toimintaa valvoo turvallisuus- ja kemikaalivirasto Tukes. Päivitetty laki vapaa-ajan palvelujen asiakasturvallisuudesta astui voimaan toukokuussa 2025 [47]. Lain tavoitteet ovat a) turvallisuus: palveluntarjoajien on varmistettava, että heidän tarjoamansa palvelut ovat turvallisia ja että niistä ei aiheudu terveysriskejä ja b) dokumentointi: palveluntarjoajat dokumentoivat velvoitteidensa

täyttämisen. Dokumentointi sisältää muun muassa kunkin hoitajan tunnistamat vaaratekijät asiakas-
turvallisuudelle, suunnitelmat turvallisuuteen vaikuttavien riskien pienentämiseksi sekä haittatapahtumien kirjaamisen.

Painopiste on palvelun tuottajan omavalvonnassa. Yksittäisten henkilöiden ohella yhdistysten rooli siinä on merkittävä. Tukes antaa alakohtaista ohjausta ja koulutusta omavalvonnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Keskeisinä valvonnan ja selvittämisen kohteina ovat esille tulleet ”arveluttavat” palvelut, jolloin asiakasturvallisuus voi olla vaarantunut. Nämä eivät välttämättä ole lainkaan täydentäviksi luokiteltuja hoitomenetelmiä ja / tai niitä saattavat antaa riittämättömästi hoitoon koulutetut henkilöt. Esimerkkejä ovat musta salva, juotava hopeavesi, otsonin asiaton käyttö ja sinänsä turvallisen bioresonassi- hoidon jälkeen annetut tietyt hoito-ohjeet.

Täydentävien hoitomenetelmien saantia on esitetty rajoitettavaksi lailla kolme kertaa. Sisältö on sama. Vuonna 2009 sosiaali- ja terveysministeriön kokoaman työryhmän enemmistö esitti rajoituksia tiettyjen potilasryhmien mahdollisuuksin käyttää muita kuin lääkärin antamia / määräämiä hoitoja” [17]. Pääperusteluna on ollut potilasturvallisuuden vaarantuminen eikä esitystä ole viety eteenpäin. Sääntelytyöryhmän toiminnasta tehdyn pro gradu- tutkimuksen mukaan vähemmistön esittämiä tutkimustietoja ja selvityksiä ei otettu huomioon eikä prosessi noudattanut tasapuolisuuden periaatteita [127].

Vuonna 2018 kansanedustaja Sari Raassina teki samansisältöisen lakialoitteen eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta riskillä diagnoosin viivästymiseen ja vaikuttavan hoidon viivästymisellä [67]. Pääperustelu oli potilasturvallisuuden vaarantuminen. Lakialoite raukesi uuden hallituksen myötä. Vuonna 2020 kansanedustaja Mia Laiho teki samansisältöisen lakialoitteen [68]. Pääperusteluna oli vaikuttavan hoidon mahdollinen viivästyminen. Lakiesitykset ovat samantyyppisiä kuin Ruotsin vuoden 1960 laki, jota selvityshenkilö asiantuntijaryhmineen esittänyt kahden vuoden selvitystyön pohjalta vuonna 1999 muutettavaksi. **Emme ota kantaa lakiesityksen sisältöön. Toteamme, että selvittämämme tutkimustieto ja muiden Pohjoismaiden sääntelyt eivät tue rajoitettavaa tai kieltävää lakia ja että Ruotsin ”vanha” rajoittava laki on tulokinnanvarainen. Tieto tukee toisenlaista sääntelyä, katso Luku 9 Ehdotukset.**

7.2. Sääntely muissa Pohjoismaissa

Norjassa, Tanskassa ja Islannissa on säädetty lait, joiden tarkoitus on varmistaa asiakas- ja potilasturvallisuus. Niiden keskiössä on ennen kaikkea varmistaa, että täydentävin hoitomenetelmin hoitoa antavat henkilöt ovat riittävästi koulutettuja sekä määrän että sisällön suhteen. Vaikka lait on säädetty noin 20 vuotta sitten, ne ovat edelleen voimassa pienin muutoksin.

Laeissa ja toimeenpanoa ohjaavissa asetuksissa määritellään kriteerit lääketieteen opinnoille, alan ja hoitomenetelmän koulutusmäärälle. Niissä edellytetään sitoutuminen ammatillisen toiminnan ja eettisen toiminnan ohjeisiin / sääntöihin. Osassa on vaatimus ottaa hoitovahinkovakuutus. Keinona on hoitavan henkilön pääsy yhteiskunnan pitämään julkisesti saatavilla olevaan rekisteriin, mikäli edellä mainittujen painotusten mukaiset ja yksityiskohtaisemmin määrätyt kriteerit täyttyvät. Rekisteröinti sisältää tietyn maakohtaisen yhteisen nimikkeen käyttöoikeuden. Rekisterin avulla yleisö voi halutessaan valita hoitavan henkilön, jolla on oikeus nimikkeen käyttöön ja joka täyttää kriteerit. Rekisterijärjestelmää hallinnoivat pääasiassa alan yhdistykset ja kattojärjestöt. Valtion keskushallinto tekee päätökset vain merkittävistä kysymyksistä. Arvonlisäverotus on eri lainsäädännön alainen.

Ruotsissa on voimassa vahvasti rajoittava lainsäädäntö, jonka muuttamistarpeiden vuoksi valtioneuvosto määräsi selvityksen laadittavaksi. Kaksivuotinen selvitystyö johti suosituksiin ja esitykseen lainsäädännöksi, joka on hengeltään samantyyppinen kuin edellä mainituissa Pohjoismaissa.

ISLANTI

Islannissa täydentävää hoitamista ja sen antajia sääntelevä laki on annettu 20 vuotta sitten, vuonna 2005: <https://www.althingi.is/lagas/nuna/2005034.html>. Lain toimenpanosta on tarkemmin säädetty asetuksella vuonna 2006: <https://island.is/reglugerdir/nr/0877-2006>. Vahinkovakuutuksesta on säädetty asetuksella <https://island.is/reglugerdir/nr/0876-2006> [128].

Parantajia koskeva laki 2005 ja asetus 2006

”Lain tavoitteena on edistää parantajien (laissa käytetty ”parantaja” vastaa Suomessa täydentävää hoitoa antavaa henkilöä) tarjoamien terveystalvelujen laatua ja niitä hakevien tai niitä käyttävien turvallisuutta. Tämän vuoksi lailla perustetaan parantajia ammatikseen harjoittavien henkilöiden vapaaehtoinen rekisteröintijärjestelmä, joka antaa islantilaisille tietoa, jotta he voivat halutessaan valita sellaisen parantajan palvelut,

1. jonka oikeuksista ja rajoituksista hoitaa, on säädetty lailla,
2. joka on riittävästi koulutettu täyttäen määritellyt koulutuskriteerit sekä määrältään että pääsäällöltään,
3. jolla on hoitovahinkovakuutus,
4. jonka hyväksyy rekisteriin alan tai hoitomenetelmän yhdistys ja
5. jonka toimintaa valvoo ensisijaisesti yhdistys (omavalvonta).

Rekistereitä on kaksi: a) henkilörekisteri, jossa ovat tietyt kriteerit täyttävät täydentävää hoitoa antavat hoitajat, joilla on oikeus käyttää myönnettyä erityistä ammattinimikettä ja b) yhdistysrekisteri, jossa ovat parantajia omavalvontana valvovat alan yhdistykset, jotka täyttävät tietyt kriteerit. Yhdistysten hakemuksen hyväksyy ministeriö kattojärjestön esityksestä. Molemmat rekisterit ovat yleisön julkisesti saatavilla laissa mainitun kansallisen kattojärjestön hallinnoimana.

Oikeudet ja rajoitukset. Laissa on kirjattu mitä parantajan ammattia harjoittavat ovat oikeutettuja tekemään ja mitä eivät. Oikeudet hoitamiseen ovat laajat, mutta heillä ei ole oikeutta diagnosoida sairauksia kuten lääkäreillä, väittää parantavansa sairautta eikä puuttua terveydenhuollossa annettavaan hoitoon. Parantaja ei saa hoitaa vakavasti sairasta ihmistä tarkoituksena parantaa ihminen tästä vakavasta sairaudesta (esimerkiksi syöpä, diabetes). Hän saa hoitaa kaikkien ihmisten kipuja, vaivoja ja oireita sekä ja hoidon sivuvaikutuksia kuten kipuja (vastaava teksti on myös Ruotsin lakiesityksessä).

Rekisterijärjestelmän hallinnointi. Lain mukaan järjestelmää hallinnoi kattojärjestö Islannin parantajien yhdistys, joka ylläpitää ajantasaista julkisesti saatavilla olevaa rekisteriä rekisteröidyistä parantajista sekä erillistä rekisteriä rekisteröintiä hoitamaan hyväksytyistä yhdistyksistä. Yhdistyksen tulee järjestää asiakkaiden mahdollisuus valittaa jäsenten ammatillisesta työstä ja käsitellä kanteluja. Parantaja voidaan poistaa rekisteristä tietyin ehdoin. Rekisteröidyillä parantajilla on oltava voimassa oleva hoitovahinkovakuutus.

NORJA

Norjan voimassa oleva lainsäädäntö vuodelta 2004 koskee kaikkia, jotka antavat asiakkaille / potilaille täydentäviä hoitoja: terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja rekisteröityjä tai ei-rekisteröityjä täydentävien hoitojen ammatinharjoittajia. Laki on ”Alternativ behandlingsloven: Lov om alternativ behandling av sykdom mv.” [129].

Laissa on kaksi olennaista kohtaa:

1. **Rekisteröinti**, jonka tarkoituksena on erottaa vakavissaan hoitoa antavat, koulutetut henkilöt muista. Viranomaisten ylläpitämään julkiseen rekisteriin voivat liittyä henkilöt, jotka kuuluvat johonkin virallisesti hyväksyttyyn alansa yhdistykseen ja ovat sitoutuneet hoitoalan eettisiin ohjeisiin ja joilla on vastuuvakuutus. Täydentävien hoitojen eivät enää ole arvonlisäverotuksesta vapautettuja.
2. **Täydentäviä ja vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä voi käyttää kaikentyyppisten sairauksien hoitoon**. Vakavan sairauden hoitamiseen sen parantamistarkoituksessa, esimerkiksi syöpäkasvaimen hoitamiseen tai tarttuvien tautien hoitamiseen, voi osallistua ilman terveydenhuollon virallista koulutusta, mikäli hoito tehdään potilasta hoitavan lääkärin kanssa yhteistyössä ja potilaan tahto huomioon ottaen. Kaikkien, myös vakaviin sairauksien ja niiden hoitoon liittyviä oireita saavat kaikki hoitajat pyrkii lievittämään itsenäisesti.

Norjassa myös lääkärit, sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja muut **vakiintuneen terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää työssään täydentäviä menetelmiä**. Laki sallii heidän hoitaa esimerkiksi homeopatialla, yrteillä, vyöhyketerapialla tai akupunktiolla joko yksittäisenä hoitona tai yhdistettynä lääketieteelliseen hoitoon.

Norjan lääkäriliitto on painottanut, että potilaan autonomiaa on kunnioitettava. Jos potilas hakee apua täydentävistä ja vaihtoehtoisista hoitomuodoista, se ei saa muuttaa lääkärin ammatillista asennetta potilasta kohtaan. Lääkärin tulee toimia ennakkoluulottomasti suhteessaan potilaan valintoihin. Jos potilas kokee asian tärkeäksi, lääkärin tulee myös ottaa yhteys vaihtoehtoisten hoitomuotojen harjoittajaan ja pyrkiä dialogiin potilaan parhaaksi.

Lain voimaan tultua vuonna 2004 Norjassa jotkut olivat **huolissaan siitä, että potilaat eivät enää menisi lainkaan lääkäriin vaan turvautuisivat ainoastaan vaihtoehtoisiiin hoitomuotoihin**. Käytäntö on osoittanut huolen turhaksi. Useimmat potilaat turvautuvat sairaanhoidon apuun samalla tavalla kuin aikaisemmin, mutta he kylläkin täydentävät hoitoa näillä lainmukaisilla menetelmillä.

Norjassa on arvovaltainen Kansallinen täydentävän ja vaihtoehtoisen lääketieteen tutkimuskeskus NAFKAM, joka toimii yhteistyössä Tromssan yliopiston kanssa [16].

RUOTSI

Ruotsissa täydentävin hoitomenetelmin annettavaa hoitamista säätelee yleinen laki: Patientsäkerhetslag 2010:659 [130]. Se on tältä osin sama kuin vuonna 1960 säädetty laki. Ruotsissa ollaan uudistamassa lainsäädäntöä: raportti on ”Statens offentliga utredningar: Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog” [131].

Vielä voimassa oleva täydentäviä hoitoja sääntelevä laki on säädetty 65 vuotta sitten vuonna 1960 (<https://lagen.nu/1960:409>), josta säädökset siirrettiin terveydenhuollon ammatillisesta toiminnasta annettuun lakiin 1998 ja sieltä edelleen nykyiseen 2010 yleiseen potilasturvallisuuslakiin. Luvussa 5 määrätty muun muassa, että vain terveydenhuollon viralliset ammattihenkilöt saavat hoitaa henkilöä, joka sairastaa syöpää, diabetesta tai epilepsiaa tai on raskaana. Lain määräykset ovat tulkinnanvaraisia. Tämä koskee erään tulkinnan mukaan myös näiden sairauksien hoitoon ja oireisiin liittyvää kipua, turvotusta ja muita vaivoja. Laki ei puutu täydentävien hoitojen tarjoamiseen ja käyttämiseen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi eikä ota kantaa yksittäisiin hoitomenetelmiin vaan ammatteihin.

Maan hallitus määräsi laadittavaksi laajan selvityksen täydentävästä hoitamisesta mukaan lukien lainsäädännön ajantasaistamisen ja kansalaisten valinnanvapauden. Selvityshenkilöksi

nimitettiin professori, sosiaalihuollon emeritus pääjohtaja Kjell Asplund. Selvityksen tarkoituksena oli "Hallituksen päätöksellä 27. huhtikuuta 2017 nimitettiin erityinen selvittäjä, jonka tehtävänä oli kartoittaa ja tehdä ehdotuksia kysymyksissä, jotka koskevat potilasvaikuttamisen ja potilasturvallisuuden lisäämistä muussa hoidossa kuin mitä harjoitetaan vakiintuneessa terveydenhuollossa (dir. 2017:143). Myöhemmin annettiin lisätehtävänä tarkastella potilasturvallisuuslain 5. ja 10. luvun säädöksiä.

Kahden vuoden selvitystyön perusteella Asplund asiantuntijaryhmineen **ehdotti lakiuudistusta ja teki useita muita ehdotuksia** [131]. Hoidot nähdään lakiehdotuksessa käyttökelpoisina helpottamaan vaikeissakin sairauksissa kipuja, huonoa oloa ja muita oireita, mutta niiden ei – lakiehdotuksen mukaan – katsota parantavan vakavia sairauksia. Ne voivat mahdollisesti parantaa lieviä sairauksia.

Vuoden 2019 lakiehdotuksen ydin on, että Ruotsissa täydentävien hoitojen ammatinharjoittaja saa lievittää kaikkien asiakkaiden, myös vakavista sairauksista kärsivien, lasten ja raskaana olevien erilaisia oireita ja vaivoja. Vakavia sairauksia he ehdotuksen mukaan eivät saa hoitaa. Vakavilla sairauksilla tarkoitetaan hengenvaarallisia sairaustiloja tai tiloja, jotka aiheuttavat tai tulevat aiheuttamaan laajan toimintakyvyn alentumisen. Vakaviin sairauksiin ja niiden hoitoon liittyviä oireita, kipuja ja vaivoja saa hoitaa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että akupunktiolla voi antaa kivunlievitystä ja lääketieteellistä joogaa voi suositella rauhattomuuteen syöpäsairauden yhteydessä. Muita mahdollisia ei-vakavia sairauksia saa hoitaa myös vakavasti sairaalla henkilöllä.

Muut kuin terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät lakiehdotuksen mukaan saa hoitaa alle 15-vuotiaiden lasten ja raskaana olevien henkilöiden sairauksia, mutta niiden oireita ja vaivoja kylläkin. Täydentävää hoitoa antavat henkilöt saavat hoitaa kaikkia asiakkaita / potilaita terveyden edistämiseksi ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi.

Ehdotus sanoo julki lain hengen: Kaikenlaisia ihmisten kärsimiä oireita saavat hoidoillaan pyrkiä lievittämään myös muut kuin vakiintunut terveydenhuolto ja sen ammattihenkilöt. Lakiesityksessä sairaus ja oire nähdään eri asioina. Myös vakava ja lievä sairaus pyritään erottamaan toisistaan.

Selvitystyötä johtanut professori Asplund selventää:

"Esimerkiksi ehdotetun lain mukaan tulee siis olemaan kiellettyä hoitaa skitsofreniaa vaihtoehtohoidolla lääkkeiden sijasta tai antaa vakaviin infektioihin vaihtoehtohoitoa antibioottien sijasta. Emme halua holhota. Siksi ehdotamme, että pelkästään oireita lievittävä hoito täydentävässä ja vaihtoehtoisessa hoidossa tulee olla sallittua myös tietyillä alueilla, joissa se tähän asti on ollut kiellettyä. Mutta silloin, kun kyse on erityisen suojelemisen tarpeessa olevista ryhmistä ja vakavaa sairautta potevien henkilöiden hoidosta haluamme ottaa käyttöön tiettyjä tiukennuksia.

Se, että tulee olemaan laillista käyttää täydentäviä ja vaihtoehtoisia metodeja oireiden lievityksessä ei mitenkään riipu siitä, onko niiden tehosta sairauden paranemisessa näyttöä vai ei."

Hänen mukaansa vakavien sairauksien rajaamisessa voi olla vaikeuksia, mutta Ruotsin sosiaalihuolluksessa on kehitetty malleja, joita voidaan käyttää arvioitaessa, kuinka vakava jokin sairaus on. Sen erottaminen, mikä on sairauden hoitoa sinänsä ja mikä oiretta lievittävää hoitoa ei ole kovinkaan vaikeaa, vaikka joissakin tilanteissa eronteko ei voi olla kristallinkirkas.

Selvityshenkilön asiantuntijaryhmineen tekemät muut ehdotukset [131]

Kansalaisille tarjotaan paremmat mahdollisuudet tehdä tietoon perustuvia päätöksiä harkitessaan täydentävän tai vaihtoehtoisen hoidon hakemista. Useat ehdotukset koskevat täydentävän ja vaihtoehtoisen hoidon **turvallisuuskysymyksiä**.

1. **Uusien hoitomenetelmien käyttöönottoa koskevan terveydenhuollon päätöksenteon** tulisi olla neutraalia eli täydentävät menetelmät tulisi ottaa käyttöön samoilla ehdoilla kuin muut menetelmät. Ehdotamme, että hallitus antaa Ruotsin terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen arviointivirastolle tehtäväksi arvioida täydentäviä menetelmiä, jotka voisivat olla ehdokkaita terveydenhuoltoon otettaviksi.
2. Ehdotamme, että täydentävästä hoitamisesta järjestetään **lyhyt kurssi useiden terveydenhuollon ammattiryhmien koulutuksessa**. Tavoitteena on, että potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat keskustella täydentävää ja vaihtoehtoista hoitoa koskevista kysymyksistä ja siten helpottaa potilaiden mahdollisuuksia tehdä tietoon perustuvia päätöksiä. Ehdotamme, että Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ja korkeakouluhallitus saavat tehtäväkseen edistää tätä käyttöönottoa. Ehdotamme myös, että Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle annetaan tehtäväksi kehittää alaa koskevaa koulutusaineistoa terveydenhuollon ammattilaisille.

Ruotsin lakiedotus vuodelta 2019 hoitajien toiminnan sääntelemiseksi noudattelee norjalaista vastaavaa lakia. Se ei sisällä norjalaista käytäntöä hoitajien vapaaehtoisesta rekisteröitymisestä julkiseen, yhteiskunnan ylläpitämään rekisteriin.

Lakiehdotus vuodelta 1999 ei ole edennyt. Ruotsin Lääkärilehden mukaan nykyinen sairaanhoidon ministeri Acko Ankarberg Johansson on sanonut, että hallitus ei näe akuuttia tarvetta lain muuttamiseen". Lehden mukaan selvityshenkilö, pääjohtaja emeritus Kjell Asplund pitää ehdotuksia edelleen hyvinä. "Ne käsittelivät joukon ongelmia, jotka liittyivät nykyiseen, varsin vanhentuneeseen lainsäädäntöön, ja ne saivat aikaan kohtuullisen tasapainon potilasturvallisuuden ja yksilöiden itsemääräämisoikeuden välillä." [133].

Täydentävin hoitomenetelmin asiakkaita hoitavien terapeuttien järjestöt ovat virallisissa lausunnoissaan [132] todenneet selvityksestä ja lakiehdotuksesta, että se / ne: rikkoo EU-ihmisoikeuksia, kartellisäädöksiä, lasten oikeuksia koskevaa yleissopimusta,

- rikkoo EU-lainsäädäntöä rajoittaessaan raskaana olevien naisten hoitamista,
- ei pohjaa tutkimukselliseen tietoon,
- asiantuntijakomiteassa oli vain yksi 17 jäsenestä edusti vaihtoehtoista lääketiedettä
- käsittely ei ollut puolueeton tai objektiivinen ja rikkoo hallituksen ohjeistusta (perustuslaki) ja julkishallintolakia. Tietolähteet olivat yksipuolisia ja puolueellisia.
- erittäin epäeettistä oli sisällyttää henkilö, joka on vastustanut aktiivisesti vuosikymmenien ajan vaihtoehtoista lääketiedettä. Samoin oli sisällyttää Ruotsin skeptikkoliikkeen puheenjohtaja, jolle on tunnusomaista aggressiiviset kampanjat vaihtoehtoista lääketiedettä vastaan.

TANSKA

Laki vuodelta 2004 hoitoa antavien henkilöiden määrää rekisterijärjestelmän perustamisesta. Julkisesti saatavilla olevaan rekisteriin hyväksytään täydentävin menetelmin hoitoa antavia ammattilaisia määrättyjen koulutuskriteereiden ja toiminnan ohjeiden ja eettisten ohjeiden noudattamisen perusteella. Toinen rekisteri sisältää alan rekisteritoimintaan hyväksytyt järjestöt, joille on myös laissa määrätty kriteerit ja rekisteröinti. Laki on saatavilla osoitteessa: <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/200312L00164> [134]. Lain toimeenpanomääräys on sisä- ja terveysministeriön antama ja saatavilla osoitteessa: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/859> [135].

Tanskan terveysviranomainen ei arvioi yksilökohtaisesti ammatinharjoittajien toimintaa, koska jokainen yhdistys on "itsesääntelevä" jäsentensä suhteen.

1. Täydentävää hoitoa antavien henkilöiden rekisteröintijärjestelmä

Lain, annettu vuonna 2004, tarkoituksena on varmistaa asiakkaiden ja potilaiden turvallisuus silloin kun he saavat täydentävää hoitoa terapeutilta tai terveydenhuollon ammattihenkilöltä.

Keskiössä on julkisesti saatavilla olevan rekisterijärjestelmän (RAB) perustaminen ja erityisesti siihen hyväksymisen tiukat kriteerit, hallinto ja valvonta. Rekisteröimällä voidaan varmistaa koulutusta ja osaamista ja siten tehdä eroa muihin palveluihin tarjoaviin henkilöihin. Rekisteröitymiseen hyväksytään täydentävien hoitojen terapeutteja ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka täyttävät määrätyt koulutuskriteerit, sitoutuvat noudattamaan monenlaisia eettisiä ja toimintaa koskevia sääntöjä ja ovat jäseniä alan ammattiyhdistyksissä, jotka ministeriö on hyväksynyt RAB- rekisterinpitäjiksi. Rekisteröitymistä haetaan ja se on vapaaehtoista. Julkiseen rekisteriin kuulumisesta on hyötyjä, muun muassa oikeus käyttää nimikettä, arvostus, markkinointi ja arvonlisäverotuksesta vapautuminen. RAB- nimeä pidetään merkittävänä ja väärinkäyttöä estetäänkin sakottamalla. Hoitovahinkovakuutus ei ole ehtona rekisteriin hyväksymiselle.

Koulutuksen tulee sisältää vähintään 660 oppituntia, josta 250 oppituntia ensisijaisesta hoitomuodosta (vastaa suomalaisessa koulutusjärjestelmässä 24 opintopistettä, yliopistoissa lukukauden tavoite on noin 30 op). Lisämääräyksiä koulutuksesta ja muusta lain toimeenpanosta on sisä- ja terveysministeriö antanut määräyksiä asetuksessa, saatavilla osoitteessa: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2017/859>) [136].

Alan yhdistysten rooli on keskeinen lain tarkoituksen täyttymiseksi. Ne vastaavat muun muassa kriteeriestä ja ne täyttävien henkilöiden hyväksymisestä rekisteriin ja rekisteristä poistamisesta, rekisterin saatavuudesta yleisölle sekä asiakkaiden, kuluttajien ja rekisteriin kuuluvien henkilöiden valitusten käsittelystä sovittelutyöryhmässä. Tehtävät sisältävät omavalvontaa sen sijaan, että viranomaisvalvonta olisi keskiössä. Rekisteröidyiksi hyväksytyjen henkilöiden rekisteriä hallinnoivat täydentävien hoitojen yhdistykset, jotka ministeriö on hyväksynyt.

Yhdistysten on täytettävä tietyt kriteerit ja haettava hyväksymispäätöstä RAB- rekisterinpitäjäksi terveys- ja vanhuusministeriltä Potilasturvallisuushallituksen tarkistuksen jälkeen. Kriteerit on määritelty laissa, muun muassa yhdistys on tarkoitettu nimenomaan ammattia harjoittaville henkilöille ja sisältää yhden tai useamman hoitomuodon sekä sillä on demokraattinen rakenne, eettiset säännöt, hallinto, hyvien kliinisten hoitotapojen säännöt sekä säännöt rekisteristä poistamisesta ja valituksia käsittelevä sovittelutyöryhmä. Hyväksytyjen kattojärjestöjen ja yhdistysten rekisteriä pitää Potilasturvallisuushallitus verkkosivuillaan.

Potilasturvallisuushallitus huomauttaa verkkosivuillaan, että ”rekisteröinti ei ole sama asia kuin valtuutus. Virasto ei valvo rekisteröityjä vaihtoehtoisia ammatinharjoittajia (RAB), ellei hoitava henkilö ole myös auktorisoitu terveydenhuollon ammattihenkilö. Rekisteröityminen ei tarkoita, että olemme hyväksyneet hoitavan henkilön (terapeutin), eikä se ole takuu tai hyväksyntä tietyille hoidolle”. **Tanskan lääkäriliitto** on vuonna 2019 vaatinut RAB- rekisterin purkamista (jota ei ole kuitenkaan tehty), koska liiton näkemyksen mukaan se antaa potilaalle väärän turvallisuuden tunteen ja rekisteri on tulkittavissa niin, että potilasturvallisuusviranomainen suosittelee hoitoja, joiden tehosta ei ole dokumentaatiota.

RAB-rekisteriin hyväksytyjen henkilöiden antamat hoidot on vapautettu **arvonlisäverotuksesta**. Verohallinnon kriteereinä on, että kyseessä on oltava hoito / terapia, jolla on hoitava tarkoitus ja että sen antajalla on oltava riittävä koulutus. Laki on saatavilla osoitteesta: <https://info.skat.dk/data.aspx?oid=1946964>. Riittäväksi koulutukseksi katsotaan hyväksyminen suojatun nimen RAB käyttöön eli RAB rekisteröinti [137].

2. Muu lainsäädäntö

Oikeus rintakehän alueen akupunktioon on 1) lääkäreillä ja kiropraktikoilla, 2) henkilöillä, jotka antavat akupunktiohoitoa myös rintakehän alueella osana julkista sairaalahoitoa ja 3) terapeutit, jotka on hyväksytty RBA- rekisteriin täyttäen mm. koulutuskriteerit. Edellytyksenä on, että edellä mainittuihin ryhmiin kuluvat henkilöt ovat suorittaneet kurssin rintakehän neula-akupunktiosta. Kurssi sisältää tietoa keuhkovaurioiden ehkäisemisestä, tunnistamisesta ja hoidosta [138].

Oikeus selkärangan manipulaatiohoitoon on kiropraktikoilla, lääkäreillä ja fysioterapeuteilla sekä terapeuteilla, jotka ovat rekisteröityjä RBA- rekisteriin täyttäen koulutuskriteerit. Kaikilla edellä mainituilla on oltava lisäksi vähintään 250 tunnin pituinen manuaalisen hoitomenetelmän koulutus [139].

Markkinoinnin ja mainonnan lainsäädännöllä pyritään laadun parantamiseen. Se koskee sekä terveydenhuoltoa että täydentävää hoitoa [140]. Markkinointi ja mainonta eivät saa olla muun muassa väärää tai harhaanjohtavaa, niistä ei saa puuttua oleellisia tietoja ja niissä on kiellettyä pilkata tai väheksyä kilpailevan terveystalouden palveluita, nimeä tai toimintaa. Esitettyjen väitteiden on oltava dokumentoidusti paikkaansa pitäviä. TV- ja videomainonta on kiellettyä.

Tanskan potilasturvallisuushallitus on perustanut neuvoston vuonna 2024 koskien täydentävää ja vaihtoehtoista hoitamista [141]. Neuvostossa on tutkimuskomitea, neuvoa-antava komitea ja kansainvälinen komitea. Tanskan valtio on tukenut tutkimusta täydentävistä ja vaihtoehtoisista hoidoista.

Neuvoston tarkoitus on: 1) edistää vakiintuneen terveydenhuollon ja täydentävän hoidon alan yhteistyötä käynnistämällä sillanrakennushankkeita, 2) edistää täydentävää hoitoa koskevan tiedon levitystä terveydenhuollossa ja yleisölle ja 3) keskustella täydentävän hoitamisen integroinnista vakiintuneeseen terveydenhuoltoon.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET

1. **Yleiskuva.** Selvitys antaa ajantasaisen ja tutkimustietoon perustuvan yleiskuvan täydentävän hoitamisen kokonaisuudesta Suomessa.
2. **Merkitys yksilön terveyden hoidossa.** Suomalaisille lääkäripalvelut ovat ensisijaisia - kolme miljoonaa, 60 % aikuisväestöstä kävi lääkärin vastaanotolla tutkimusvuonna. Täydentäviin hoitoihin hakeutui miljoona ihmistä eli 20 % aikuisväestöstä saman tutkimuksen mukaan.

Täydentävät hoidot ovat merkittävä lisäosa ihmisten keinoissa huolehtia terveydestään. Ne eivät näytä olevan kilpailevia vakiintuneen terveydenhuollon kanssa vaan ovat sitä täydentäviä.

3. **Täydentävät hoitomenetelmät.** Ihmiset hakeutuvat usein myös täydentäviin hoitoihin, joita ei meillä juurikaan ole saatavilla vakiintuneessa terveydenhuollossa. Niitä käytetään täydentämään lääketieteellisten hoitojen tarjontapalettia, ei niiden sijaan.

Täydentäviä hoitoja luonnehtii muun muassa käsillä hoitaminen (kosketus), elimistöön kajoamattomuus, lääkkeettömyys, ihmiskeskeisyys, kokonaisvaltaisuus eli ihmisen kokonaisuuden huomioiminen ja hoitotapahtumien pitkäkö kesto aika. Ihmiset valitsevat itse hoitavan henkilön ja haluamansa hoitomenetelmän. He myös maksavat hoidon itse.

Tukea haetaan oman terveyden yleiseen edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn esimerkiksi stressiin, jännitystiloihin, rauhoittumiseen, toipumiseen. Apua haetaan myös kipuihin, kolo-
tuksiin ja vaivoihin.

Yleisimmin hakeudutaan hierontoihin ja vyöhyketrapiaan; kalevalaiseen jäsenkorjaukseen; akupunktiohoitoon ja kasviterapiaan. Vakavissa sairauksissa kuten diabetes ja syöväst asiakas / potilas voi hakea lievennystä oireisiin, jotka vaivaavat hyvästä lääketieteellisestä hoidosta huolimatta. Esimerkkinä vaikkapa kivun lievitys ilman voimakasta opioidilääkitystä tai selkäydinstimulaattoria tai muita kajoavia hoitoja, joita potilas ei kenties halua käyttää.

4. **Tavanomaisuus.** Väestön käyttämät täydentävät hoidot ovat tavanomaisia, kansainvälisessä kirjallisuudessa esiintyviä ja lähes samoja kuin muissa Pohjoismaissa. Mahdollisesti esiintyvät ”erikoiset hoidot” ja niiden antajat voidaan rajata pois turvallisista täydentävistä hoidoista ja niiden antajista koulutuksen varmistavalla rekisteröintijärjestelmällä (Luku 9).
5. **Asiakas- ja potilasturvallisuus.** Suomessa käytettävien täydentävien hoitomenetelmien asiakas- ja potilasturvallisuus on hyvä. Sellaisia vaaratekijöitä ei ole, jotka edellyttäisivät niiden käytön tai antamisen kieltämistä.

Keskeinen edellytys terveydenhuollossa on ammattihenkilöiden koulutuksen ja osaamisen varmistaminen. Täydentävää hoitoa antavista henkilöistä osa täyttää turvallisen hoitamisen edellytykset: heillä on riittävä koulutus ja osaaminen hoidon vaativuuteen nähden sekä sitoutuminen ammattieettisiin ohjeisiin. Edellytysten täyttyminen voidaan varmistaa kuten Tanskassa, Norjassa ja Islannissa on tehty, perustamalla eräänlainen rekisteröintijärjestelmä kriteereineen ja julkisine tietokantoineen, josta asiakas voi valita hoitavan henkilön (Luku 9).

Täydentävillä hoidoilla yksistään ei voida parantaa vakavia sairauksia kuten syöväst, diabetes, vakavat infektiot, pitkäkestoiset tulehdussairaudet (autoimmuunisairaudet, reumasairaudet, MS-tauti, sydän- ja verisuonisairaudet), eikä niitä tule tässä tarkoituksessa tarjota tai antaa. Sääntelyllä voitaisiin varmistaa, että täydentäviä hoitoja antavat henkilöt eivät hoida vakavia sairauksia, kuten Tanskassa, Norjassa ja Islannissa on tehty rekisteröinnin lainsäädännössä.

Merkittävää on, että niissä määritellään myös, että vakavaa sairautta sairastavaa ihmistä saa hoitaa: useissa tutkimuksissa on osoitettu mm. täydentävien hoitojen voivan helpottaa kipuja sekä kohentavan elämänlaatua. Sairastava voi kärsiä myös muista, vakavaan sairauteen liittymättömistä vaivoista, joita voidaan lievittää täydentävillä hoidoilla henkilön niin halutessa.

Turvallisuuden ja vaikuttavuuden tärkeä edellytys on tarpeellisen tiedon jakaminen. Tällä hetkellä tarvittava tieto ei aina siirry lääkärin, täydentävää hoitoa antavan henkilön ja potilaan välillä. Ensiaskel voisi olla kurssi sote- ammattihenkilöille ja opiskelijoille, erityisesti lääkäreille, jotta he saavat yleiskäsityksen täydentävästä hoitamisesta. Samoin tulee varmistaa, että täydentävät hoitajat tuntevat lääketieteellisen hoitamisen perusteita ja omien hoitomenetelmiensä rajat. Tähän edellä mainittu rekisteröintijärjestelmä koulutus- ym. kriteereineen tarjoaa ratkaisun.

6. **Arkivaikuttavuus.** Koettujen hoidon tarpeiden ja hoidosta saatujen hyötyjen perustella yleisimmillä hoidoilla on lähes kaikille niitä saaneille selvää arkivaikuttavuutta: hoidolla on positiivisia vaikutuksia asiakkaan / potilaan todellisessa arkielämässä.

Arkivaikuttavuuden merkitystä korostaa STM:n päätös, että julkisessa terveydenhuollossa otetaan käyttöön vointimittari, jonka potilas arvioi itse omaa terveydentilaansa ja toimintakykyään ennen ja jälkeen annetun palvelun. Tiedot liitetään seurantaa ja arviointia varten

laaturekistereihin. Julkisen terveydenhuollon lisäksi mittauksen tulisi kohdistua myös täydentäviin hoitoihin.

7. **Primum non nocere** (Ensiksikin, älä aiheuta haittaa) lääketieteen periaatteen mukaan on punnittava hoidon hyödyt ja haitat ja käyttää hoitomenetelmää, jos sen hyöty on suurempi kuin haitta, eikä käyttää hoitoa, josta on enemmän haittaa kuin hyötyä potilaalle.

Täydentävien hoitojen saamisen ja antamisen kieltäminen ei ole perustelua lääketieteen, potilasturvallisuuden, ihmisten valinnanvapauden ja ammatinharjoittamisen oikeuden perusteella. Sen sijaan sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi voida meillä, kuten esimerkiksi Norjassa ja Tanskassa, hyödyntää kaikkia käytettävissä olevia tutkittuja hoitoja ja kaikkia niitä antavia koulutettuja ammattilaisia, joiden avulla toteutetaan perustehtävää eli ihmisten pärjäämistä arjessa, katso Luku 9 Ehdotukset.

9. EHDOTUKSET

Selvitystyömme perusteella ehdotamme viittä kehittämisen toimenpidettä. Esitämme ne tärkeysjärjestyksessä. Huom. Niiden perustelut ja yksityiskohtaisemman sisällön esitämme tässä Luvussa jäljempänä.

9.1. Ehdotukset lyhyesti

1. Asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi:

- a. Perustetaan julkisesti saatavilla oleva rekisterijärjestelmä, johon hyväksytään koulutus- ym. kriteerit täyttävät täydentäviä hoitoja antavat ammattilaiset.
- b. Varmistetaan perus- ja täydennyskoulutuksessa, että lääkäreillä ja sairaanhoitajilla on tutkimuksiin perustuvaa tietoa täydentävästä ja yhdistävästä hoitamisesta ja sen mahdollisuuksista ja rajoista.

2. Joidenkin täydentävien hoitomenetelmien hyödyntämiseksi sote:ssa

- a. Ehdotamme, että STM esittää Lääkäriseura Duodecimille työryhmän perustamista laatimaan Käypä hoito -suositukset arvioiteineen valituista Suomessa käytetyistä täydentävistä hoitomenetelmistä.
- b. STM:n ohjeen [126] mahdollistamaa, jo käynnistynyttä joidenkin täydentävien hoitomenetelmien soveltuvuutta ja hyödyntämistä sote:ssa jatketaan pilottihankkeilla.

3. Vaikuttavien ja turvallisten lääketieteellisten hoitojen ja täydentävien ja yhdistävien hoitojen priorisoimiseksi sote:ssa

- a. Ehdotamme perustettavaksi kaikkia sote- hoitoja ja myös täydentäviä hoitoja koskevan rekisteripohjaisen arkivaikuttavuuden seurantajärjestelmän. Hoidon vaikuttavuutta arvioitaessa on tärkeää huomioida myös niiden vaikutusta toimintakykyyn ja arkivaikuttavuuteen.

9.2. Ehdotusten perustelut ja yksityiskohdat

9.2.1. Turvallisuuden varmistaminen

PERUSTELUT

Perustelut nousevat erityisesti Luvuista 5, 6 ja 7⁶.

Luvun 5 Asiakas- ja potilasturvallisuus: johtopäätös on, että Suomessa annettavien täydentävien hoitomenetelmien asiakas- ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen on tärkeää. Ammattitaitoisten hoitajien antamana täydentävät hoidot ovat turvallisia.

Turvallisuutta vaarantavia tilanteita voi ilmetä, kuten kaikessa ihmisen hoitamisessa. Haittavaikutusten riskit kasvavat, mikäli hoitavalla henkilöllä on riittämätön koulutus ja osaaminen hoidon vaativuuteen nähden.

Luvun 6 Vaikuttavuus: johtopäätös on, että tutkimukset asiakkaan / potilaan kokemista hyödyistä saamastaan hoidosta viittaavat eri hoitomenetelmien arkivaikuttavuuteen. Muutamista hoidoista on saatu RCT- tutkimuksissa näyttöä myös muilla tulostittareilla.

Luvun 7 Sääntely: johtopäätös on, että Pohjoismaiden lainsäädännöistä ja kokemuksista puoltaa rakentavia toimia asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi, erityisesti hoitavien henkilöiden koulutuksen, osaamisen ja keskeisiin ohjeisiin sitoutumisen varmistamista.

Koulutuksen ja ammattitaidon vaihtelevuus on haaste kaiken hoidon turvallisuudelle myös vakiintuneessa terveydenhuollossa. Suomessa suurella osalla täydentävin hoitomenetelmin hoitavista henkilöistä on alan yhdistyksen edellyttämä järjestelmällinen koulutusohjelma ja osaamisen seuranta. Osalla näin ei kuitenkaan ole: koulutuksen pituus, sisältö ja laatu voivat olla riittämättömät ja siten joillakin voi olla puutteellinen ammattitaito hoidon vaativuuteen nähden. Ammatillisen toiminnan eettisyys muun muassa markkinoinnissa ja asiakkaan neuvonnassa on tarpeen varmistaa. Tarvitaan koulutusvaatimukset ja niiden täyttymisen varmistaminen sekä sitovat, koulutuksessa käsitellyt toiminnalliset ja eettiset säännöt. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöiltä tulisi edellyttää antamansa täydentävän hoitamisen erityisosaamisen riittävää koulutusta.

Lainsäädäntö muissa Pohjoismaissa. Norjassa, Tanskassa ja Islannissa edellä mainittuja asiakas- ja potilasturvallisuuden vaarantumisen riskejä on päädytty vähentämään kansallisella lainsäädännöllä vuosista 2004–2006 lähtien (Luku 7). Ruotsissa on vanha lainsäädäntö voimassa, jonka uusimisesta on maan hallituksen toimeksiannosta tehdyn selvitystyön pohjalta esitys ja muita ehdotuksia potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Pohjoismaissa näiden lakien avulla on pyritty:

1. **Varmistamaan hoidon turvallisuus ja laatu riittävällä koulutuksella ja hyvällä ammatitietikalla rajaoittamatta hoitojen saamista ja antamista.** Täydentävää hoitoa antavat henkilöt, joiden toiminnan riskit on minimoitu, erottuvat niistä henkilöistä, joiden hoitotoiminnassa asiakas- / potilasturvallisuus voi vaarantua. Koulutuksen pituus, sisältö ja laatu sekä toiminnan professionaalisuus ja eettisyys sekä hoitomenetelmän vakiintuneisuusaste ovat keskeisiä tekijöitä.
2. **Tarjoamaan väestölle** mahdollisuus valita julkisesti saatavilla olevasta rekisteristä hoitava henkilö, jonka toiminnan asiakasturvallisuus on varmistettu.
3. **Järjestämään väylät ja käsittely** hoitoa tai hoitajaa koskeville valituksille ja niiden tilastoinnille sekä hoitovahinkojen korvauksesta hoitavan henkilön vastuuvakuutuksesta.
4. **Alan omavalvonnan** vahvistamiseen muun muassa siten, että rekisteröintijärjestelmän toteutus on säädetty pääosin alan yhdistysten vastuulle.

⁶ Tarkoitamme täydentävillä hoitomenetelmillä kansainvälisessä kirjallisuudessa tunnistettuja hoitomenetelmiä, joita koulutettu hoitava henkilö antaa hoidettavalle Suomessa.

EHDOTUS

- **Pohjautuu** edellä kuvattuihin Tanskan, Norjan ja Islannin vastaaviin lakeihin ja Ruotsin lakiehdotukseen (Luku 7) sovellettuna aikaan ja Suomeen.
- **Ottaa huomioon** alaa säätelevän vuonna 2025 voimaan astuneen uudistetun lain ”Laki kulu-
tuspalvelujen turvallisuudesta” [47]. Laki korostaa riskilähtöisyyttä ja omavalvontaa.
- **Noudattaa** perustuslain 18. pykälää ”Jokaisella on oikeus lain mukaan hankkia toimeentu-
lonsa valitsemallaan työllä, ammatilla tai elinkeinolla” ja 19. pykälää ”Julkisen vallan on tur-
vattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveys-
palvelut ja edistettävä väestön terveyttä.” Tämän on katsottu ”viime kädessä tarkoittavan oi-
keutta yksilöllisen tarpeen mukaisiin palveluihin” [124, 125].
- **Tukeutuu** monen suomalaisen alan yhdistyksen osaamisen ja aiemman kokemuksenvas-
taavanlaisen, rajatun järjestelmän perustamisessa ja toteutuksessa (muun muassa Luonnon-
lääketieteen keskusliitto LKL ry, Luontaishoitoalan ammattilaiset ry, Kansanlääkintäseura ry,
Suomen Lääkäreiden akupunktioyhdistys ry, Akupunktioammattilaiset ry).

**Ehdotetun sääntelyn avulla tehdään konkreettisia toimia jo pääosin hyvän turvallisuuden var-
mistamiseksi edelleen kuitenkin kunnioittaen ihmisten oikeutta valinnanvapauteen ja ammat-
tilaisten oikeutta ammatinharjoittamiseen.**

Hyödyt ovat:

- a) hoitavien henkilöiden osaamisen ja ammattieettisen toiminnan varmistuminen,
- b) kysynnän vaikutuksesta hoitajien, jotka eivät täytä tai eivät hanki lisäkoulutusta, määrän vä-
heneminen,
- c) ihmisten mahdollisuus valita kriteerit täyttävä hoitava henkilö,
- d) haittatapahtumien nyt puuttuva tilastointi ja sen hyödyntäminen,
- e) omavalvonnan toteuttaminen ja yhteistyö valvojan viranomaisen Tukes kanssa.

SÄÄNTELYEHDOTUKSEN PÄÄSISÄLTÖ

1. **Perustetaan täydentävin hoitomenetelmin annettavan hoidon asiakas- ja potilasturvalli-
suuden varmistamiseksi rekisteröintijärjestelmä.** Rekisteröinti koskee hoitoa antavia henki-
löitä sekä alan yhdistyksiä. Järjestelmästä hyöttyy Suomen väestö sekä sosiaali- ja terveyden-
huolto. Huom. Rekisteröinti ei vastaa nykyistä Valviran ylläpitämää th:n ammattihenkilöiden re-
kisteröintiä vaan on toisentyypinen.
2. **Määritellään ja rajataan täydentävä hoitaminen:** Se on yksilön terveyden edistämistä, sairauk-
sien ennalta ehkäisyä, sairauksien ja muiden oireiden lievittämistä, kuntoutusta ja ihmisen tuke-
mista arjessa pärjäämisessä. Määritellään hoitamisen rajat: täydentävin menetelmin yksilöä hoi-
tavan koulutetun henkilön tulee ohjata asiakas tarvittaessa lääketieteelliseen hoitoon. Hänen on
kiellettyä väittää parantavansa vakavia sairauksia tai hoitaa henkilön vakavaa sairautta paranta-
mistarkoituksessa, kuitenkin hänellä on oikeus hoitaa kaikkien ihmisten vaivoja ja oireita.
3. **Määritellään kriteerit rekisteriin pääsyle.** Täydentävin hoitomenetelmin yksilöä hoitavat hen-
kilöt voivat saada vapaaehtoisesta hakemuksesta yhtenäisen nimen / nimityksen (esimerkiksi
rekisteröity, koulutettu täydentävä hoitaja, rekisteröity, koulutettu luontaishoitaja), jota he voivat
käyttää. Kriteerit täytettyään henkilö pääsee julkisesti saatavilla olevaan rekisteriin. Sote- am-
mattihenkilöt hyväksytään hakemuksesta rekisteriin samoin kriteerein.

Päätöksen kriteerien täyttymisestä tekevät tietyt hyväksytyt alan yhdistykset. Väestölle rekisteri tarjoaa mahdollisuuden tunnistaa ja valita riittävästi koulutettu ja toiminnan ammattimaisuuden ja eettisyyden sääntöihin kirjallisesti sitoutunut hoitava henkilö. Nimen väärinkäytöstä rangaistaan.

4. **Määritään vähimmäiskriteerit koulutukselle**, esimerkiksi vähintään 660 tuntia opintoja, josta tietyt määrät anatomiaa, fysiologiaa ja tautioppia sekä opintoja ensisijaisesta hoitomenetelmästä, asiakas- ja potilasturvallisuudesta, omavalvonnasta ja hoitamisen eettisestä ja professionaalista toiminnasta (muun muassa hoidon rajojen tunnistaminen, puuttumattomuus lääketieteelliseen hoitoon, markkinointi, asiakkaan kohtelu, salassapitovelvollisuus, rakentava yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa). Koulutuksen on koostuttava teoriaopinnoista, ohjatusta käytännön harjoittelusta ja kuulusteluista ja osaamisen näytöistä. Määritään vähimmäismäärä täydennyskoulutukselle. Kukin hyväksytty alan yhdistys määrittelee koulutuksen sisällön tarkemmin ja vastaa koulutuksen järjestämisestä.
5. **Alan hyväksytyjen yhdistysten tehtävät ja hyväksyminen.** Rekisteröintijärjestelmä perustuu yhdistysten vastuullisuuteen ja omavalvontaan. Yhdistyksen tulee täyttää tietyt kriteerit yhdistyslain ja yhdistyksen Patentti- ja rekisterihallituksen rekisteröinnin mukaisesti. Yhdistykseen tulee kuulua vähintään 30 jäsentä jokaisen hoitomenetelmän osalta, jolta se käsittelee hoitavan henkilön rekisteröintihakemusta.

Yhdistyksen hyväksyminen edellyttää selvitystä järjestelyistä, joilla se organisoii yksilön rekisteröitymisen sekä käsittelee hoitoja / hoitajaa koskevat valitukset ja niiden tilastoinnin, rekisteristä poistamisen ja mahdollisen uudelleen hyväksymisen. Yhdistys ylläpitää julkisesti saatavilla olevaa rekisteriä siihen hyväksytyistä henkilöistä ja toimittaa / linkittää määräajoin ajantasaisen osarekisterinsä tiedot kansalliseen rekisteriin.

Rekisterijärjestelmän viranomaistaho hyväksyy siihen kuuluvat yhdistykset. Viranomainen voi olla esimerkiksi valvova viranomainen Tukes, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL tai Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus.

Yhdistyksen hakemukset ja kriteerien täyttyminen käsittelee sitä varten perustettu täydentävien hoitomenetelmien yhteistyöryhmä tai vastaava, jossa edustettuina on alan yhdistyksiä suhteessa jäsenmäärään.

6. **Yhteistyöryhmä tai vastaava.** Vapaaehtoinen yhteistyöryhmä toimii valmistelevana viranomais- taholle. Se toimii yhteistyössä hyväksytyjen yhdistysten kanssa alan tunnettuuden ja uskottavuuden edistämiseksi ja asiallisen, väestöä palvelevan tiedon jakamiseksi. Se toimii kiinteässä yhteistyössä valvovan viranomaisen (Tukes) kanssa. Yhteistyöryhmä tai vastaava käsittelee yhdistyksen / yhdistysten kanssa rekisterijärjestelmää koskevaa riita-asiaa tai muuta ongelmaa ratkaisten asian. Se neuvottelee tarvittaessa vakuutusyhtiöiden kanssa rekisteröityjen täydentävää hoitoa antavien henkilöiden hoitovahinkovakuuttamisesta. Se myös neuvottelee verohallinnon kanssa arvonnäkökulman poistamisesta rekisteröidyiltä ammatinharjoittajilta. Yhteistyöryhmä voi tarvittaessa ja perustellusti edellyttää kohtuullisen maksun rekisteröityvältä henkilöltä kuitenkin ensin neuvotellen siitä hyväksytyjen yhdistysten kanssa.

9.2.2. Yhteistyön kehittäminen

PERUSTELUT

Suomalaiset käyttävät sekä lääkäri- ja muita lääketieteellisiä palveluja että täydentäviä hoitoja. Muualla Euroopassa on yleistymässä yhdistävä hoitaminen. Potilas- ja asiakasturvallisuuden ja hoidon

vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että vakiintuneen terveydenhuollon ja täydentävän hoidon antajat ymmärtävät toistensa roolit potilaan / asiakkaan hoidossa. Asiakas-lääkäri-täydentävä hoitaja voi työskennellä tehokkaammin potilaan terveyden avuksi, kun auttajilla on kommunikaation pohjana yhteinen kieli ja käsitteet.

Suomessa tässä on suuria haasteita (Luku 5). Terveydenhuollon ammattihenkilöt tuntevat täydentävää hoitamista yleensä puutteellisesti. Potilaat saattavat jättää kertomatta täydentävien hoitojen käytöstä terveydenhuollon ammattihenkilöille suomalaistutkimuksenkin mukaan. Täydentävä hoitaja ei kerro aina selkeästi ja ymmärrettävästi tarjoamansa hoidon laadusta ja sen rajoista. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat antaa puutteellista tai virheellistä tietoa täydentävistä hoidoista.

Kursseja, joissa tutustutaan täydentäviin hoitomenetelmiin, on lääkäreiden peruskoulutuksessa suurimmassa osassa EU- maita. Alan professuureja on ainakin kahdeksassa EU- maassa. Kurssit ovat yleensä vapaaehtoisia ja joissakin maissa pakollisia [142]. Koulutusta täydentävistä hoitomenetelmistä lääkäreille ja muille th:n ammattihenkilöille ei **Suomessa** ole. Koulutuksen tulee perustua tutkittuun tietoon ja puolueettomuuteen. Potilastyönsä vuoksi lääkäreillä on todennäköisesti kiinnostusta alaan tutustumiseen [92, 93].

9.2.3. Käypä hoito- suositusprosessi

Ehdotamme, että Lääkäriseura Duodecim perustaisi työryhmän, jonka laajana tehtävänä olisi laatia Käypä hoito -suositukset Suomessa käytössä oleville täydentäville hoidoille ja mahdollisesti hyödyntämiseksi sote:ssa. Asiantuntijaryhmään tulisi kuulua eri alojen ammattilaisia (lääkäreitä, muita terveydenhuollon edustajia (esim. fysioterapeutti, sairaanhoitaja, kättilö, psykologi) ja täydentävän hoitamisen alan tutkijoita ja asiantuntijoita. Koulutetuilta ammattilaisilta, jotka antavat yleisimpiä täydentäviä hoitoja, ja heidän järjestöjensä edustajilta tulee pyytää vähintään lausunnot ja kyseeseen voisi tulla myös oma oheistyöryhmä.

Työryhmän tulisi arvioida näyttö eri täydentävien hoitomuotojen turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta työryhmän tärkeimmiksi katsomiensa oireiden / vaivojen / sairauksien hoitamisessa (työryhmä laatii ns. PICO-kysymykset). Samalla työryhmän tulisi arvioida menetelmän soveltuvuutta Suomeen.

STM:n ohjeen [126] mahdollistamaa, jo käynnistynyttä joidenkin täydentävien hoitomenetelmien ja niitä antavien ammattilaisten voimavarojen jalkauttamista sote:en jatketaan pilottihankkeilla.

9.2.4. Hyödyntäminen sote:ssa

PERUSTELUT

Näyttöön perustuva hoitaminen ja asiakas- ja potilaskeskeisyys ovat sosiaali- ja terveydenhuollon perusta kaikissa taloudellis-teknologisesti kehittyneissä maissa. Lääketieteen jättimäisestä edistymisestä huolimatta on selvää, että Suomenkin terveydenhuollossa on mittavia haasteita. Monien lääkkeiden ja muiden hoitotoimenpiteiden haittavaikutukset, terveydenhuollon kasvavat kustannukset, kroonisten ei-tarttuvien tautien ja mielenterveyden häiriöiden sekä monisairaiden määrän lisääntyminen ovat herättäneet huolta. Nämä viittaavat siihen, että **väestöterveyden parantamiseksi tarvitaan muutosta terveydenhuollon arkikäytännöissä mukaan lukien kaikkien käytettävissä olevien resurssien hyödyntäminen.**

Riittävätkö biolääketieteen hoitokeinot vastaamaan nykyisiin väestöterveyden haasteisiin?

Moni hakee apua terveydenhuollon ulkopuolelta täydentävistä hoitomenetelmistä täydentäviltä hoitajilta. Täydentäviä hoitopalveluja käyttää Suomessa noin 20 % aikuisista ja valtaosa heistä ilmoittaa saaneensa niistä hyötyä.

Taloudellisten resurssien puutteen takia sote-uudistus näyttää johtaneen lähipalvelujen heikkenemiseen etenkin kaupunkiseutujen ulkopuolella, kun terveysasemia on suljettu ja suunnitellaan suljettaviksi. Tämä on heikentänyt entisestään palvelujärjestelmän kykyä vastata kansalaisten oireilähtöiseen palvelukysyntään.

Kun tähän liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon heikentynyt henkilökuntatilanne, on olemassa vaara, että yhä suurempi osa väestöstä jää ilman tarvitsemiaan palveluja. Tähän sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2023 reagoinut [126]. STM toteaa muun muassa:

”Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja saatavuus ovat heikentyneet voimakkaasti viime vuosina koko maassa. Laadukkaiden ja riittävien sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuus edellyttää riittävää ja osaavaa henkilöstöä. Henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden varmistamiseksi ammattihenkilöiden henkilöstöresursseja tulee kohdentaa siten, että työnjaolla voidaan vastata asiakkaiden ja potilaiden tarpeisiin hyödyntäen kaikkien työntekijäryhmien ammatillista osaamista.

Tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä on riittävästi ja se on ammattitaitoista ja pätevää. Osaamisen on vastattava väestön sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita. Henkilöstön tehtävärakenteen kehittämisellä parannetaan työn vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Kunkin ammattiryhmän työnkuvan selkiyttäminen ja vaikuttavat toimintamallit lisäävät vaikuttavuuden lisäksi myös työn houkuttelevuutta. Työnjaon ja tehtävärakenteen kehittämisessä on tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työ kohdennetaan kunkin ammattiryhmän koulutusta vastaaviin tehtäviin. Siksi avustavan ja tukipalveluhenkilöstön määrää on tarpeen lisätä sillä tavoin, ettei asiakas- ja potilasturvallisuutta vaaranneta eikä kelpoisuusvaatimuksia alenneta. Näin ammattihenkilöiden työaika vapautuu välittömään asiakas- ja potilastyöhön.”

Julkisessa terveydenhuollossa sosiaali- ja terveysministeriö on tämän vuoksi antanut ohjeen lisätä mahdollisuuksia hyödyntää monenlaista osaamista hyvinvointialueilla: ”Ammattihenkilölainsäädännön soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävärakenteiden ja tehtäväjaon toimintamallien kehittämisessä [126]. Sen mukaan työnantajilla on täysi vapaus ja harkintavalta päättää tehtävien sisällöstä ja niiden tarkoituksenmukaisesta kohdentamisesta sekä tehtäviin edellytetävästä koulutus- ja osaamistasosta. Työnantaja vastaa viime kädessä palvelujensa laadusta ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisesta. Ohje mahdollistaa myös täydentävin ja yhdistävin hoitomenetelmin hoitavien koulutettujen henkilöiden, muiden kuin sote- ammattihenkilöiden, osaamisen hyödyntämisen täydentävänä terveydenhuollossa.

Näin potilaan hoitaminen biolääketieteen hoidolla ja sitä täydentävällä hoidolla on virallisesti mahdollistettu. Esimerkkeinä mahdollisuuksista voi mainita mittavan koulutuksen saaneen akupunktioterapeutin antama hoito syöpäpotilaalla yhteistyössä lääkärin kanssa tai tuki- ja liikuntaelinsairaatta ja -vaivoja potevan, ei leikkauksella hoidettavissa olevan potilaan hoitaminen kalevalaisella jäsenkorjauksella.

Tämän ohjeen vaikutukset käytännön toimintaan ovat jääneet vähäisiksi ja esimerkiksi Kalevalaisen jäsenkorjauksen käyttöönottoa on tapahtunut pääasiassa työterveyshuollossa. Tämän vuoksi ehdotamme, että em. **ohjeen jalkauttamisen mahdollisuutta selvitetään pilottihankkeiden kautta**, joissa otettaisiin käyttöön saatavissa olevat resurssit eli ”leveämmät hartiat”, sekä huomioon myös väestöterveyden edistäminen. Tällöin voidaan myös seurata **täydentävien hoitomuotojen hyödyntämisen vaikutusta hoitotuloksiin sekä resurssi- ja taloustilanteeseen.**

9.2.5. Arkivaikuttavuuden seurantajärjestelmä

Täydentävien hoitomuotojen arkivaikuttavuuden arviointi perustuu tällä hetkellä pääasiassa hoitoa saaneiden ihmisten subjektiivisiin arvioihin. He käyttävät ja maksavat itse hoidot, joiden kokevat auttavan oireisiinsa ja edistävän pärjäämistään. Monet hoitosuhteet ovat pitkäaikaisia, mikä viittaa siihen, että käyttäjät kokevat saamansa hoidot tavalla tai toisella hyödyllisiksi / arkivaikuttavaksi.

Jotta päästäisiin tukevammalle tietopohjalle, **tarvitsemme jatkuvan ja kaikkia terveydenhuollossa käytettäviä hoitoja koskevan rekisteripohjaisen arkivaikuttavuuden (toimintakyvyn) mittaamisen seurantajärjestelmän.** Tämän pohjalta voitaisiin jatkossa tehdä ratkaisuja hoitojen arkivaikuttavuudesta, käytettävyydestä sekä ottamisesta osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja korvausjärjestelmiä.

Käytännössä tämä tarkoittaisi mahdollisimman kattavaa annettujen hoitojen ja kuntoutusten henkilötunnustasoista rekisteröintiä. Tämän jälkeen olisi mahdollista seurata viranomaisrekistereissä jo valmiina olevan tiedon avulla, tapahtuuko hoidetuilla henkilöillä muutosta epäsuorissa pärjäämismittareissa, esimerkiksi sairauslomissa, työkyvyssä, erikoissairaanhoidon palvelujen käytössä, päivystysvastaanottojen määrissä sekä monissa muissa väestön terveyttä, hyvinvointia ja elintapoja mittaavissa muuttujissa. Tiedot ovat saatavissa THL:n SOTKANET-tietokannoista sekä KELA:n ja Tilastokeskuksen rekistereistä. Hoidot, joilla ei ole arkivaikuttavuutta tulisi ottaa kriittisen tarkasteluun. Järjestelmä soveltuisi myös hoitoon liittyvien haittatapahtumien tunnistamiseen. Toimenpide- ja diagnoosinimikkeistön mukainen tiedonkeruu ei tähän tarkoitukseen ole riittävä.

Tämä seuranta tulisi toteuttaa viranomaistyönä sekä rahoittaa ja resursoida riittävästi. THL olisi tilastoviranomaisena soveltuvin organisaatio seurannan toteuttajaksi. Aineiston tulisi olla anonymisointuna myös avoimesti tutkijoiden käytettävissä sekä käytettävissä myös erillisselvityksiin.

KIITOKSET

Kiitämme seuraavia asiantuntijoita vastauksista pyytäessämme joitakin tietoja. Olemme suhtautuneet neutraalisti myös näihin tietoihin. Annina Nyholm, Ilkka Westman, Pauliina Aarva, Pia Vuolanto, Yvonne Holm, Regina Keskinen, Marja Jokela, Virpi Raipala- Cornier, Päiviö Vertanen, Satu Jämsä ja Mika Rönkkö.

VIITTEET

- [1]. LKL. Luonnonlääketieteen keskusliitto LKL ry. <https://www.lkl.fi/> . Viitattu 9.8.2025. 2025.
- [2]. Hemilä H. Uskomuslääkintä on harhaanjohtava termi. Duodecim. 2016;132:1389-90.
- [3]. Lääketieteen sanasto. Uskomuslääkintä. Duodecim Terveyskirjasto. 2021;ltt04596 (04596) (6.9.2021).
- [4]. Nylander O, Koivuniemi K, Nenonen M. SOTE 3.0 - Kohti SOTEn uutta kulttuuria. Suomen muutosmatka kolmen konkarin kertomana - Kansalaisten pärjääminen ja pärjäämistaidot keskiössä - SOTE 3.0: uusi toimintatapa ja uusi organisaatio. BoD - Books on Demand. Julkaisupäivä: 22. tammikuuta 2025. Kirjan ID: 9789528074557. 2025.
- [5]. WHO. <https://www.who.int/news/item/02-06-2025-wha78--traditional-medicine-takes-centre-stage>. Viitattu 4.9.2025.
- [6]. NCCIH. What does NCCIH do? <https://www.nccih.nih.gov/> . Vierailtu 9.8.2025.
- [7]. Kipu. Käypä hoito -suositus. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#K1>. Vierailtu 9.8.2025.
- [8]. Pyykkönen M, Aarva P, Ahola S, Pasanen M, Helin K. Use of complementary and integrative health in Finland: a cross-sectional survey. BMC Complementary Medicine and Therapies. 2023;23.
- [9]. Castelnovo G, Giusti EM, Manzoni GM, Saviola D, Gabrielli S, Lacerenza M, et al. What Is the Role of the Placebo Effect for Pain Relief in Neurorehabilitation? Clinical Implications from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. Front Neurol. 2018;9:310.
- [10]. Colloca L, Barsky AJ. Placebo and nocebo effects. New England Journal of Medicine. 2020;382:554-61.
- [11]. WHO. Traditional, Complementary and Integrative Medicine. https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1 Vierailtu 6.9.2025.
- [12]. Hoenders R, Ghelman R, Portella C, Simmons S, Locke A, Cramer H, et al. A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. Front Med (Lausanne). 2024;11.
- [13]. ACIMH. Academic consortium for integrative medicine & health. <https://imconsortium.org/> 2025; Vierailtu 9.8.2025.
- [14]. EUROCAM. Eurocam. Uniting European organisations in the sector of Traditional, Complementary and Integrative Healthcare; 2024. <https://cam-europe.eu/> Viitattu 21.9.2025.
- [15]. WHO. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/978924151536> ISBN: 9789241515436. Viitattu 15.9.2025.
- [16]. NAFKAM. NAFKAM 2000-2025. Tjuefem år med kunskap og fakta om komplementaer behandling. <https://nafkam.no/en>. 2025.
- [17]. STM. Vaihtoehtohoitojen sääntelyn tarve. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän mietintöjä nr: 17. Vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittäneen työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009. ISBN 978-952-00-2810-7 (PDF). 2009.

- [18]. Salomonsen LJ, Skovgaard L, La Cour S, Nyborg L, Launsø L, Fønnebø V. Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2011;11:4.
- [19]. EUROCAM. The draft WHO Global Traditional Medicine Strategy 2025-2034. <https://cam-europe.eu/guiding-principles-mep-interest-group-copy/> Viitattu 21.9.2025.
- [20]. Valvira. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattioikeudet. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/ammattioikeudet> Vierailtu 10.8.2025.
- [21]. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health*. 2018;46:448-55.
- [22]. Abheiden H, Teut M, Berghöfer A. Predictors of the use and approval of CAM: results from the German General Social Survey (ALLBUS). *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 2020;20:183.
- [23]. Maghrabi WH, Badr H, Alkhyat A, Schlaeger JM, Cynthia F. Perceived Usefulness Drives the Use of Traditional, Complementary, and Integrative Medicine: A Systematic Umbrella Review. *J Integr Complement Med*. 2025.
- [24]. Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2005;5.
- [25]. Herman PM, Poindexter BL, Witt CM, Eisenberg DM. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*. 2012;2.
- [26]. Kristoffersen AE, Quandt SA, Stub T. Use of complementary and alternative medicine in Norway: a cross-sectional survey with a modified Norwegian version of the international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-QN). *BMC Complement Med Ther*. 2021;21:93.
- [27]. Gunnarsdottir TJ, Örlygsdóttir B, Vilhjálmsdóttir R. The use of complementary and alternative medicine in Iceland: Results from a national health survey. *Scand J Public Health*. 2020;48:602-8.
- [28]. Møller SR, Ekholm O, Christensen AI. Trends in the use of complementary and alternative medicine between 1987 and 2021 in Denmark. *BMC Complement Med Ther*. 2024;24:23.
- [29]. Skovgaard L, Nicolajsen PH, Pedersen E, Kant M, Fredrikson S, Verhoef M, et al. Differences between users and non-users of complementary and alternative medicine among people with multiple sclerosis in Denmark: a comparison of descriptive characteristics. *Scand J Public Health*. 2013;41:492-9.
- [30]. Danell JB, Wode K, Jong M, Kristoffersen AE, van der Werf E, Nordberg JH. Use of complementary and alternative medicine (CAM) in Sweden: a cross-sectional survey. *Scand J Prim Health Care*. 2025;43:529-37.
- [31]. Packheiser J, Hartmann H, Fredriksen K, Gazzola V, Keyzers C, Michon F. A systematic review and multivariate meta-analysis of the physical and mental health benefits of touch interventions. *Nature Human Behaviour*. 2024;8:1088-107.
- [32]. Keller E, Bzdek VM. Effects of therapeutic touch on tension headache pain. *Nursing Research*. 1986;35:101-6.

- [33]. Partinen M, Holzinger B, Morin CM, Espie C, Chung F, Penzel T, et al. Sleep and daytime problems during the COVID-19 pandemic and effects of coronavirus infection, confinement and financial suffering: a multinational survey using a harmonised questionnaire. *BMJ Open*. 2021;11:e050672.
- [34]. Bossy J, Maurel JC, Godlewski G. Microscopic substratum of acupuncture points. *Bulletin de l'Association des Anatomistes*. 1975;59:357-62.
- [35]. Bossy J. Neural mechanisms in acupuncture analgesia. *Minerva Medica*. 1979;70:1705-15.
- [36]. Bossy J. Morphological data concerning the acupuncture points and channel network. *Acupuncture and Electro-Therapeutics Research*. 1984;9:79-106.
- [37]. Langevin HM, Churchill DL, Cipolla MJ. Mechanical signaling through connective tissue: A mechanism for the therapeutic effect of acupuncture. *FASEB Journal*. 2001;15:2275-82.
- [38]. Langevin HM, Yandow JA. Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes. *Anatomical Record*. 2002;269:257-65.
- [39]. Kawakita K, Shinbara H, Imai K, Fukuda F, Yano T, Kuriyama K. How do acupuncture and moxibustion act? - Focusing on the progress in Japanese acupuncture research. *Journal of Pharmacological Sciences*. 2006;100:443-59.
- [40]. Wang SM, Kain ZN, White P. Acupuncture analgesia: I. The scientific basis. *Anesthesia and analgesia*. 2008;106:602-10.
- [41]. Wang MY, Tsai PS, Lee PH, Chang WY, Yang CM. The efficacy of reflexology: Systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2008;62:512-20.
- [42]. Embong NH, Soh YC, Long LC, Wong TW. Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*. 2015;5:197-206.
- [43]. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *The Lancet*. 2010;375:686-95.
- [44]. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36:339-54.
- [45]. Homeopathy Research Institute. Homeopathy use around the world. <https://www.hri-research.org/resources/essentialevidence/use-of-homeopathy-across-the-world/> Vierailtu 20.9.2025.
- [46]. Siikavirta J. Terveysthuollon virheet tulevat kalliiksi – ja se raha on pois palveluista. Kolumni. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkosivusto: <https://stm.fi/-/terveydenhuollon-virheet-tulevat-kalliiksi-ja-se-raha-on-pois-palveluista> Vierailtu 25.9.2025.
- [47]. Finlex. Laki kulutuspalvelujen turvallisuudesta 185/2025. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2025/185> Vierailtu 25.9.2025.
- [48]. STM. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2022:2. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6> Vierailtu 25.9.2025.
- [49]. VTV. Valtion talouden tarkastusvirasto 2021. Tarkastuskertomus 7/2021: Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. <https://www.vtv.fi/julkaisut/potilas-ja-asiakasturvallisuuden-ohjaus-ja-seuranta/> Viitattu 25.9.2025.

- [50]. de Bienassis K, Llana-NOzal A, Klazinka N. The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul, OECD Health Working Papers, No. 121, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/be07475c-en>. OECD 2020. Viitattu 24.9.2025.
- [51]. Virkki M, Leskelä R-L, Ikonen T, Haatainen K, Welling M, Rauhala A, et al. Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt: Ehdotus seurannan mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:68. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-334-0> Viitattu 20.9.2025.
- [52]. Potilasvakuutuskeskus. Viidennes potilasvahingoista diagnoosiviiveitä – lääkärin on tärkeä tiedostaa mahdollisuus ajatusvinoumiin. PVK:n tiedote 21.1.2025. <https://www.pvk.fi/ajankohtaista/uutiset-ja-tiedotteet/uutiset-ja-tiedotteet/2025/viidennes-potilasvahingoista-diagnoosiviiveita/> Viitattu 26.5.2025.
- [53]. Pasternack A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim. 2006;122:2459-70.
- [54]. Kuvaja P, Keinänen N, Pakanen L. The incidence of iatrogenic deaths in the Finnish cause-of-death statistics; a retrospective study. J Forensic Leg Med. 2022;86:102302.
- [55]. Pakanen L, Kuvaja P. Hoidosta haetaan - lääketieteellisen hoidon aiheuttamat kuolemat ja niiden tutkinta. Duodecim. 2022;138:1905-11.
- [56]. Rogne T, Nordseth T, Marhaug G, Berg EM, Tromsdal A, Sæther O, et al. Rate of avoidable deaths in a Norwegian hospital trust as judged by retrospective chart review. BMJ Qual Saf. 2019;28:49-55.
- [57]. Virtanen M. Se tehoa, se tehoa. Skeptikko (<https://www.skepsis.fi/lehti/1992/14-skeptikko.pdf>). 1992;14:6-16.
- [58]. WHO. Patient safety (11 September 2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> Viitattu 24.9.2025.
- [59]. Raunio H. Lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00715/laakkeiden-haitalliset-yhteisvaikutukset> Viitattu 20.9.2025.
- [60]. de Bienassis K, Esmail L, Lopert R, Klazinga N. OECD Health Working Papers No. 147. The economics of medication safety: Improving medication safety through collective, real-time learning. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/09/the-economics-of-medication-safety_e79d5329/9a933261-en.pdf Viitattu 16.9.2025.
- [61]. Laatikainen O, Miettunen J, Sneek S, Lehtiniemi H, Tenhunen O, Turpeinen M. The prevalence of medication-related adverse events in inpatient - a systematic review and meta-analysis. European Journal of Clinical Pharmacology. 2017;73:1539-49.
- [62]. Mulac A, Taxis K, Hagesaether E, Gerd Granås A. Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. European Journal of Hospital Pharmacy. 2021;28:E56-E61.
- [63]. Paulamäki J. Potentially inappropriate medication among older adults. Prevalence, regional variation and risk of initiation. Tampere university dissertations 1188. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/205055/978-952-03-3814-5.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. 2025.
- [64]. Potilasvahinkokeskus. Potilasvahinko. <https://www.pvk.fi/ajankohtaista/uutiset-ja-tiedotteet/uutiset-ja-tiedotteet/2025/potilasvahingoista-miljardikustannukset-yhteiskunnalle/> Vierailtu 25.9.2025.

- [65]. THL. THL: Yhdenvertainen ja viiveetön hoitopaasy on sosiaali- ja terveydenhuollon perusta. Tiedote 19.4.2024. <https://thl.fi/-/thl-yhdenvertainen-ja-viiveeton-hoitopaasy-on-sosiaali-ja-terveydenhuollon-perusta> Vierailtu 16.10.2025. 2024.
- [66]. Aitavaara-Anttila M. Clinical pathway of the critically ill patient in Oulu University Hospital district. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1772. Väitöskirja. <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/47935/nbnfioulu-202402011533.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 2024.
- [67]. Eduskunta. LA 54/2018 vp. Sari Raassina kok ym. Lakialoite laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Sivut/LA_54+2018.aspx Vierailtu 25.9.2025.
- [68]. Eduskunta. Lakialoite LA 106/2020 vp. Mia Laiho kok ym. Lakialoite laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Sivut/LA_106+2020.aspx Vierailtu 25.9.2025.
- [69]. Ayers SL, Kronenfeld JJ. Delays in seeking conventional medical care and complementary and alternative medicine utilization. Health Serv Res. 2012;47:2081-96.
- [70]. Caspi O, Koithan M, Criddle MW. Alternative Medicine or "Alternative" Patients: A Qualitative Study of Patient-Oriented Decision-Making Processes with Respect to Complementary and Alternative Medicine. Medical Decision Making. 2004;24:64-79.
- [71]. Salamonsen A. Mind the Gap! Lay and Medical Perceptions of Risks Associated with the Use of Alternative Treatment and Conventional Medicine. Complementary Medicine Research. 2015;22:24-9.
- [72]. Thomson P, Jones J, Browne M, Leslie S. Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment: a population based study. . Complement Ther Clin Pract. 2014;20:339-49.
- [73]. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Complementary Medicine, Refusal of Conventional Cancer Therapy, and Survival among Patients with Curable Cancers. JAMA Oncology. 2018;4:1375-81.
- [74]. Chang EY, Glissmeyer M, Tonnes S, Hudson T, Johnson N. Outcomes of breast cancer in patients who use alternative therapies as primary treatment. American journal of surgery. 2006;192:471-3.
- [75]. Lin WF, Zhong MF, Zhou QH, Zhang YR, Wang H, Zhao ZH, et al. Efficacy of complementary and integrative medicine on health-related quality of life in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Cancer Management and Research. 2019;11:6663-80.
- [76]. Behzadmehr R, Dastyar N, Moghadam M, Abavisani M, Moradi M. Effect of complementary and alternative medicine interventions on cancer related pain among breast cancer patients: A systematic review. Complement Ther Med. 2020;March, 49.
- [78]. Mentink M, Verbeek D, Noordman J, Timmer-Bonte A, von Rosenstiel I, van Dulmen S. The Effects of Complementary Therapies on Patient-Reported Outcomes: An Overview of Recent Systematic Reviews in Oncology. Cancers. 2023;15.
- [79]. Bäumlér P, Zhang W, Stübinger T, Irnich D. Acupuncture-related adverse events: systematic review and meta-analyses of prospective clinical studies. BMJ Open. 2021;11:e045961.

- [80]. Park J, Sohn Y, White AR, Lee H. The safety of acupuncture during pregnancy: A systematic review. *Acupuncture in Medicine*. 2014;32:257-66.
- [81]. Hawk C, Ndetan H, Evans MW. Potential role of complementary and alternative health care providers in chronic disease prevention and health promotion: An analysis of National Health Interview Survey data. *Preventive Medicine*. 2012;54:18-22.
- [82]. Ernst E. Fatalities after CAM: an overview. *Br J Gen Pract*. 2011;61:404-5.
- [83]. Ernst E, Lee MS, Choi TY. Acupuncture: does it alleviate pain and are there serious risks? A review of reviews. *Pain*. 2011;152:755-64.
- [84]. SLA. Suomen lääkäreiden akupunktioyhdistys ry. <https://suomenlaakareidenakupunktioyhdistys.com/>. 2025.
- [85]. Akupunktioammattilaiset ry. Akupunktiokoulutus. Perinteisen kiinalaisen lääketieteen ammattilaisten sivusto. . <https://akupunktioammattilaiset.fi/koulutus/>. 2025.
- [86]. LKL. Luontaislääketieteen keskusliitto; koulutukset. <https://www.lkl.fi/luontaisalan-koulutusasiat/terapia-alojen-kouluttajat/>. 2025.
- [87]. NIH. Homeopathy: What You Need To Know. National Center for Complementary and Integrative Health. <https://www.nccih.nih.gov/health/homeopathy>. 2025.
- [88]. Herr G, Natz A, van Haselen R. The Coherency of Regulatory Requirements for Homeopathic Medicinal Products in the EU and the EAEU. *European Pharmaceutical Law Review*. 2019;3.
- [89]. Koski S. Homeopaattiset valmisteet lääkevalvonnassa. . SIC LÄÄKETIETOA FIMEASTA 3/2014. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120577/3_14%2050-52%20Homeopaattiset%20valmisteet%20laakevalvonnassa.pdf?sequence=1 Vierailtu 16.10.2025.
- [90]. Wardle JL, Adams J. Indirect and non-health risks associated with complementary and alternative medicine use: An integrative review. *European Journal of Integrative Medicine*. 2014;6:409-22.
- [91]. Vuolanto P, Sorsa M, Aarva P, Helin K. Katsaus suomalaiseen CAM-tutkimukseen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 2018;55:243-59.
- [92]. Kosonen S. Tutkimus osoittaa: lääkärit valmiita kieltämään joitain vaihtoehtohoitoja lailla. *S Lääkärilehti*. 2021;76:1664-5.
- [93]. Suomen Lääkäriliitto. Kyselytutkimus. Suhtautuminen hoitomuotoihin. <https://www.laakariliitto.fi/wp-content/uploads/2024/10/Laakarinen-kokemuksia-sairauspoissaolojen-arvioinnista-2021-vertailu.pdf>. 2024.
- [94]. Aarva P, Väänänen T, Pyykkönen M, Kankkunen TT. Varieties of silence – a mixed-methods study exploring reasons and justifications for nondisclosure of the use of complementary therapies to physicians in Finland. *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 2024;24.
- [95]. Vuolanto P, Bergroth H, Nurmi J, Salmenniemi S. Reconfiguring health knowledges? Contemporary modes of self-care as 'everyday fringe medicine'. *Public Underst Sci*. 2020;29:508-23.
- [96]. Malmivaara A, Zampolini M, Stam H, Gutenbrunner C. Pros and Cons of Randomized Controlled Trials and Benchmarking Controlled Trials in Rehabilitation: An Academic Debate within the European Academy of Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med*. 2022;54:jrm00319.

- [97]. Nenonen M. Mitä tutkimus kertoo turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta. ISBN: 978- 952-80-9615-3, 2025 Helsinki; Norderstedt, Saksa: BoD (Books on Demand); 2025.
- [98]. Danell JB, Danell R, Vuolanto P. Scandinavian research on complementary and alternative medicine: A bibliometric study. *Scand J Public Health*. 2020;48:609-16.
- [99]. Howick J, Koletsis D, Ioannidis JPA, Madigan C, Pandis N, Loef M, et al. Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2022;148:160-9.
- [100]. Ståhl T. Terveiden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen (pääkirjoitus). *Duodecim*. 2017;133:971-3.
- [101]. Ioannidis JPA. We Certainly Need Real Life Research-But What Is Real Life? *J Eval Clin Pract*. 2025;31:e70027.
- [102]. STM. Itsearviointiin perustuva vointimittari otetaan vaiheittain käyttöön hyvinvointialueilla. STM:n tiedote 11.6.2025. <https://stm.fi/-/itsearviointiin-perustuva-vointimittari-otetaan-vaiheittain-kayttoon-hyvinvointialueilla>. Vierailtu 17.9.2025.
- [103]. Partinen M. Lume. *Duodecim*. 1989;105:1691-2.
- [104]. Enck P, Benedetti F, Schedlowski M. New Insights into the Placebo and Nocebo Responses. *Neuron*. 2008;59:195-206.
- [105]. A. Mestre T. Nocebo and lessebo effects. *International Review of Neurobiology: Academic Press Inc.*; 2020. p. 121-46.
- [106]. Benedetti F, Frisaldi E, Shaibani A. Thirty Years of Neuroscientific Investigation of Placebo and Nocebo: The Interesting, the Good, and the Bad. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 2022;62:323-40.
- [107]. Zheng YC, Yuan TT, Liu T. Is acupuncture a placebo therapy? *Complement Ther Med*. 2014;22:724-30.
- [108]. Hall KT, Loscalzo J, Kaptchuk TJ. Genetics and the placebo effect: the placebome. *Trends Mol Med*. 2015;21:285-94.
- [109]. Weimer K, Colloca L, Enck P. Placebo effects in psychiatry: Mediators and moderators. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2:246-57.
- [110]. Benedetti F, Frisaldi E, Carlino E, Giudetti L, Pampallona A, Zibetti M, et al. Teaching neurons to respond to placebos. *Journal of Physiology*. 2016;594:5647-60.
- [111]. Frisaldi E, Shaibani A, Benedetti F. Placebo responders and nonresponders: what's new? *Pain Manag*. 2018;8:405-8.
- [112]. Ongaro G, Kaptchuk TJ. Symptom perception, placebo effects, and the Bayesian brain. *Pain*. 2019;160:1-4.
- [113]. Benedetti F. DRUGS AND PLACEBOS: WHAT'S THE DIFFERENCE? *Clinical Neuropsychiatry*. 2022;19:69-71.
- [114]. Bierman S, Weil A, Dahmer S. Placebo and the law of identification. *Front. Psychiatry* 15:1474558.doi: 10.3389/fpsyt.2024.1474558. 2024;1474558.

- [115]. Tangkiatkumjai M, Boardman H, Walker DM. Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic review. BMC Complement Med Ther. 2020;20:363.
- [116]. THL. Terveysasemien avosairaanhoidon vastaanottojen asiakaspalautekysely <https://raportointi.thl.fi/t/public/views/terveysasemakysely/yhteenveto?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y>. 2024.
- [117]. Pyykkönen M, Ahola S, Aarva P, Pasanen M, Helin K. The relationship between experienced benefits and harms of using complementary and integrative health approaches and intention to maintain their use in Finland. Research Square. Preprint (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4435651/v1>]. 2024.
- [118]. Hsu C, BlueSpruce J, Sherman K, Cherkin D. Unanticipated Benefits of CAM Therapies for Back Pain: An Exploration of Patient Experiences. Journal of alternative and complementary medicine. 2010;16:157-63.
- [119]. Sirois FM, Salamonsen A, Kristoffersen AE. Reasons for continuing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in students: a consumer commitment model. BMC Complement Altern Med. 2016;16:75.
- [120]. Kim C, Shin J-S, Lee J, Lee Y, Kim M, Choi A, et al. Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with a focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: a cross-sectional multicenter study of complementary and alternative medicine (CAM) hospitals. . BMC Complementary and Alternative Medicine. 2017;17
- [121]. Sirois FM, Riess H, Upchurch DM. Implicit Reasons for Disclosure of the Use of Complementary Health Approaches (CHA): a Consumer Commitment Perspective. Ann Behav Med. 2017;51:764-74.
- [122]. Salamonsen A. Mind the gap! Lay and medical perceptions of risks associated with the use of alternative treatment and conventional medicine. Forsch Komplementmed. 2015;22:24-9.
- [123]. Xu Z, Wang Y, Moutal A. Editorial: Complementary/Alternative Therapies for Epilepsy and Related Psychiatric Comorbidities. Front Neurosci. 2022;16:947644.
- [124]. Palveluvalikoimaneuvosto. Palveluvalikoimaneuvoston verkkosivut. Verkkosivusto, katsottu 4.2025: <https://palveluvalikoima.fi/palkon-periaatteet> Katsottu 15.4.2025. 2025.
- [125]. Palveluvalikoimaneuvosto. Palveluvalikoimaneuvoston verkkosivut julkisesti järjestetystä terveydenhuollosta. Palveluvalikoimaneuvoston verkkosivut: <https://palveluvalikoima.fi/5.1-julkisesti-jarjestetty-terveydenhoito>. Vierailtu 9.10.2025 2025.
- [126]. STM. Ammattihenkilölainsäädännön soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävärakenteiden ja tehtäväjaon toimintamallien kehittämisessä. VN/3955/2023-STM-57. 2023.
- [127]. Joutsijärvi J. Terveyskulttuurin määrittelemätön toiseus. Epävirallisen terveydenhoidon määrittelykamppailu suomalaisessa lakisääntelytarvekeskustelussa. Pro gradu -tutkielma. Uskontotiede. Historian, kulttuurin ja taiteiden tutkimuksen laitos. Turun yliopisto. Helmikuu 2014. 2014:117 sivua.
- [128]. Islanti. <https://www.althingi.is/lagas/nuna/2005034.html>. Lain toimenpanosta on tarkemmin säädetty asetuksella vuonna 2006: <https://island.is/reglugerdir/nr/0877-2006>. Vahinkovakuutuksesta on säädetty asetuksella: <https://island.is/reglugerdir/nr/0876-2006>.

- [129]. Norjalainen laki. Alternativ behandlingsloven: Lov om alternativ behandling av sykdom mv. . <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64?q=alternativ> . Vierailtu 9.10.2025.
- [130]. Regeringskansliet. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetslag 2010:659. <https://beta.rkrattsbaser.gov.se/sfs/item?bet=2010%3A659&tab=forfattningstext> Vierailtu 9.10.2025.
- [131]. Regeringskansliet. Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog SOU 2019:15. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2019/03/sou-201915> Vierailtu 10.10.2025.
- [132]. Regeringskansliet. Remiss SOU 2019:15 Komplementär och alternativ medicin och vård - säkerhet, kunskap och dialog, SOU 2019:28 ny lagstiftning. Diarienummer: S2019/01774/FS, S2019/02695/FS. <https://www.regeringen.se/remisser/2019/07/remiss-sou-201915-komlementar-och-alternativ-medicin-och-varld---sakerhet-kunskap-och-dialog-sou-201928-ny-lagstiftning/> Vierailtu 10.10.2025.
- [133]. Läkartidningen. Nyheter. Fortfarande inga skärpta lagförslag för alternativmedicinsk behandling. . Läkartidningen 1.4.2024
- [134]. Retsinformation. 2003/1 LSF 164. Forslag til Lov om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere. <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/200312L00164>. Vierailtu 11.10.2025.
- [135]. Retsinformation. BEK nr 859 af 13/06/2017. Indenrigs- og Sundhedsministeriet RAB-bekendtgørelsen. Bekendtgørelse om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere. <https://www.retsinformation.dk/eli/fta/2017/859>. Vierailtu 11.10.2025.
- [136]. Retsinformation. BEK nr 859 af 13/06/2017. Indenrigs- og Sundhedsministeriet RAB-bekendtgørelsen. Bekendtgørelse om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere. <https://www.retsinformation.dk/eli/fta/2017/859>. Vierailtu 11.10.2025.
- [137]. Skat.dk. D.A.5.1.5 Anden egentlig sundhedspleje Indhold. <https://info.skat.dk/data.aspx?oid=1946964> Vierailtu 11.10.2025.
- [138]. Retsinformation. LBK nr 1008 af 29/08/2024. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. <https://www.retsinformation.dk/eli/fta/2024/1008>. Vierailtu 11.10.2025.
- [139]. Retsinformation. BEK nr 859 af 13/06/2017. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. RAB-bekendtgørelsen. Bekendtgørelse om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere. <https://www.retsinformation.dk/eli/fta/2017/859> Vierailtu 11.10.2025.
- [140]. Retsinformation. LOV nr 326 af 06/05/2003. Lov om markedsføring af sundhedsydelser. <https://www.retsinformation.dk/eli/fta/2003/326#K2> Vierailtu 11.10.2025.
- [141]. Styrelsen for Patientsikkerhed. Dialogforum vedrørende Komplementær og Alternativ Behandling <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/alternativ-behandling/dialogforum-vedroerende-komplementaer-og-alternativ-behandling/> Vierailtu 11.10.2025.
- [142]. EUROCAM. Training & education: Teaching and training centres for each CAM modality. <https://cam-europe.eu/cam-training-and-education-europe/> Vierailtu 14.10.2025.