

Lausunto hoitotakuulainsäädännöstä

Psykoosisairausdiagnoosin saaneita edustavan potilasjärjestön Nouseva mieli – Suomen skitsofreniayhdistys ry:n lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. Viitatus lausuntopyynnön diaarinumero: VN/12948/2019.

Mielenterveysjärjestöt ovat ansiokkaasti tuoneet esille, ettei hallituksen esitys hoitotakuusta kunnolla toteuta Terapiatakuu-kansalaisaloitteen vaatimuksia perustason mielenterveyspalvelujen parantamisesta (Lehtinen & Erkkilä, 2021). Mielenterveysjärjestöt ovat vaatineet (Mielenterveyspooli, 2021), että mielenterveyspalvelujen osalta säädetään erillinen pykälä tutkimusnäyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitomenetelmien ja lyhytinterventioiden sisällyttämistä perusterveydenhuollon ja hoitotakuun piiriin. Olemme kuitenkin huolissamme, ettei hoitotakuu ole vielä tällöinkään riittävä turvaamaan tarpeenmukaista apua mielenterveysongelmista kärsiville etenkin, jos tutkimusnäyttöön perustuvalla hoitomenetelmällä tarkoitetaan tässä pääosin satunnaiskontrolloituun tutkimusnäyttöön perustuvia hoitomenetelmiä.

Näyttöön perustuvassa lääketieteessä arvostetaan eniten satunnaiskontrolloidulla koeasetelmalla tuotettua näyttöä tutkimuksen kohteena olevan hoitomenetelmän tehosta ja vaikuttavuudesta, sillä satunnaistamalla tutkittavia eri hoitoryhmiin voidaan parhaimmillaan poistaa sekoittavien tekijöiden vaikutus. Satunnaiskontrolloidun koeasetelman toteuttaminen edellyttää kuitenkin ennalta määritellyn hoitomanuaalin mukaisia ja näin tarkkarajaisia interventiomenetelmiä, joita kohdennetaan tyypillisesti sairauden tai diagnoosiryhmien mukaan. Tällainen muuta lääketiedettä jäljittelevä tapa tuottaa tutkimusnäyttöä ja hoitosuosituksia on osoittautunut mielenterveystyössä ongelmalliseksi johtuen mielenterveyspalveluissa kohdattavien ongelmien monitekijäisestä luonteesta, jota nykymuotoisilla oirekuvauksiin pohjautuvilla diagnoosiluokilla ei voida tavoittaa (Bracken ym., 2012; van Os ym., 2019). Tämän on katsottu johtaneen useassa maassa mekaaniseen ja pitkällä aikavälillä tehottomaan hoitokäytäntöön, joissa potilaan yksilöllisestä tilanteesta riippumatta seurataan ennalta määritettyä hoitosapluunaa, ja joissa pääpaino on enemmän tietyn hetken oirekuvassa kuin oireita ja ongelmia todellisuudessa aiheuttavissa asioissa (esim. Maj ym., 2020; Maj ym., 2021; van Os ym., 2019).

Tutkimusten mukaan ennalta ohjeistetut terapiat eivät ole vaikuttavuudeltaan sen tehokkaampia kuin sellaiset vuorovaikutukselliset menetelmät, joissa korostetaan esimerkiksi vuorovaikutuksen laatua ennalta

määriteltyjen metodien ja työskentelytapojen sijaan (esim. Truijens ym., 2019). Itse asiassa ennalta ohjeistetulla terapialla voi olla nimenomaan negatiivinen vaikutus yhteistyösuhteeseen, koska se ei auta kunnolla joustamaan yksilöllisen tilanteen ja tarpeen mukaan (Leiman, 2004). Koska esimerkiksi satunnaiskontrolloituja kokeita ei voida kunnolla toteuttaa monimutkaisemmista, kokonaisvaltaisemmista ja ihmisen hyvinvoinnin laaja-alaisemmin huomioivista lähestymistavoista, ei tällaisia palvelujärjestelmässä yleensä pidetä näyttöön perustuvina mielenterveyshoitoina, vaikka ne voisivatkin parantaa mielenterveyshoidon vaikuttavuutta ja samalla edistää myös satunnaiskontrolloituun tutkimusnäyttöön perustuvien hoitomenetelmien käyttöönottoa (Alanen, 2009; Thomas ym., 2012; van Os ym., 2019). Lisäksi satunnaiskontrolloiduilla kokeilla saatava näyttö ei ole yleistettävissä todelliseen mielenterveystyöhön johtuen muun muassa tällaisten koeasetelmien tiukoista sisäänottokriteereistä ja lyhyestä seuranta-ajasta. Myös hoidon tehokkuuden ja vaikuttavuuden arvioinnissa on psykiatriassa keskitytty lähinnä muutoksiin tietynhetken oirekuvassa, joka ei ole sama asia kuin esimerkiksi yksilön subjektiivisesti koettu hyvinvointi, pitkän aikavälin sosiaalinen selviytyminen tai yhteiskuntaosallisuus (Bergström, painossa).

Onkin muistettava, etteivät satunnaiskontrolloituun tutkimusnäyttöön perustuvien hoitojen koostaminen hoitosuosituksiksi itsessään tarjoa tutkimusnäyttöä siitä, miten hyvin ne toimivat käytännössä erilaisissa olosuhteissa (Leichsenring, 2004). Esimerkiksi Isossa-Britanniassa satunnaiskontrolloituun näyttöön perustuvien matalan kynnyksen lyhytinterventioiden ja muiden psykososiaalisten hoitojen systemaattinen käyttöönotto (IAPT-hanke) näytti lopulta johtavan hoitomenetelmien kaventumiseen, palveluiden ruuhkautumiseen ja työntekijöiden uupumiseen (Scott, 2018; Scott, 2021; Westwood ym., 2017). Vaikka selvärajaisia masennus- ja ahdistusoireita pystyttiinkin jossain määrin aiempaa tehokkaammin lievittämään (Wakefield ym., 2021), jäi täysin toipuneiden potilaiden osuus edelleen huolestuttavan pieneksi (Scott, 2018). Hoidon keskeyttäneiden määrä oli huomattava (Scott, 2021), monet päätyivät lopulta uudelleen hoidon piiriin (Ali ym., 2017) ja monimutkaisista ongelmista kärsiville näyttöön perustuvat lyhytinterventiot eivät lähtökohtaisestikaan soveltuneet (Martin ym., 2021; Wakefield ym., 2021). Mielenterveyspalveluita tarvitsevista suurin osa on kuitenkin juuri monimutkaisista ongelmista kärsiviä (Martin ym., 2021). (Bergström, painossa s.44.)

Satunnaiskontrolloituun näyttöön perustuvat interventiomenetelmät ja näiden systemaattinen implementointi sivuttavat herkästi apua tarvitsevien ja heidän läheistensä todelliset tarpeet (Alanen, 2009). Lisäksi näyttöön perustuvien interventiomenetelmien käyttöönotto edellyttää, että ongelma on tarkkaan ennalta määritetty esimerkiksi psykiatrisin diagnoosin. Tällainen määrittely vie usein itsessään runsaasti aikaa ja henkilöstöresursseja, eikä se välttämättä edesauta ihmisiä hahmottamaan mistä todella on kyse ja mitkä tekijät ongelmia tai oireita aiheuttavat, sillä käytössämme olevat psykiatriset diagnoosit eivät ota kantaa oireiden syihin (Frances, 2013).

Mikäli psykososiaalista tukea ja apua kohdennetaan pääasiassa ennalta määritettyjen oirekuvausten ja validiteetiltaan puutteellisten diagnoosien mukaan, johtaa tämä herkästi sekä yksilölle että yhteiskunnalle haitalliseen medikalisaatioon, jossa ihmisten yksilöllisiin ominaisuuksiin ja elämäntilanteisiin nähden johdonmukaisia reaktioita hoidetaan pääasiassa lääketieteellisinä ongelmina (Bergström, 2020a). Tällöin yhä useampi myös selittää omien ja toisten ongelmien ja oireiden johtuvan psykiatrisesta tai neuropsykiatrisesta diagnoosista eli oirekuvauksesta, jolloin myös sekä avun hakeminen että sen tarjoaminen perustuu ongelmia ylläpitävään kehäpäätelmään (Bergström, painossa).

Mielenterveyspalveluita tai käytössämme olevia hoitomenetelmiä ei myöskään ole lähtökohtaisesti suunniteltu vastaamaan kaikkiin niihin ongelmiin, joita tänä päivänä pidetään mielenterveysongelmina (Bergström, painossa; Frances, 2013). Palvelujärjestelmä kuormittuu ja hoito kohdentuu pääasiassa yksilön ominaisuuksiin sen sijaan, että huomiota kiinnitettäisiin esimerkiksi elinolosuhteisiin, elämäntapahtumiin, kulttuurin ihanteisiin sekä yhteiskunnan tietyytyppisiin vaatimuksiin ja odotuksiin.

Maailman terveysjärjestö WHO on vuonna 2021 julkaissut ennen kaikkea poliittisille päätöksentekijöille suunnatut ohjeistukset, joissa tuodaan esille yllälueteltuja ongelmia ja esitetään näihin konkreettisia ratkaisuehdotuksia. Lähtökohta on, ettei mielenterveyshoidon vaikuttavuutta pystytä tosiasias-
edistämään pelkästään mielenterveyspalveluita resursoimalla tai kehittämällä. Sen sijaan tarvitaan kokonaisvaltaisempaa lähestymistavan muutosta ja sektorirajat ylittävää kehittämistyötä, jossa pyritään tarkemmin huomioimaan yksilön ja hänen läheisten todellinen avuntarve sekä ne tekijät, jotka inhimillistä kärsimystä ja pahaa oloa tosiasias-
aiheuttavat. Yhteistä WHO:n esittämille malleille on eri sosiaali- ja terveyspalveluiden saumaton ja tiiviisti osana yhteisö toimiva integraatio, jossa apua ei tarjota ennalta määritettyjen diagnoosien mukaan, vaan enemmän yksilöllisen ja alati muuttuvan elämäntilanteen mukaan. Kaikki WHO:n ohjeistuksessa esiin ottamat mallit ovat myös osoittautuneet pitkällä aikavälillä kustannustehokkaammiksi kuin perinteinen ylhäältä alaspäin toteutettava, ryhmätason yleistykseen pyrkivä ja palvelujen ja/tai ammattilaisten erikoistumiseen perustuva tapa organisoida mielenterveyspalveluita.

Yksi WHO:n malleista on Suomessa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella 1980- ja 1990-luvuilla kehitetty avoimen dialogin malli. Avoimen dialogin mallilla tarkoitetaan samanaikaisesti sekä tapaa organisoida mielenterveyspalveluita että tapaa kohdata hädässä olevia ihmisiä (Seikkula ym., 2011). Hoitomallissa ensimmäinen hoitotapaaminen voidaan tilanteesta riippumatta järjestää 24 tunnin sisällä yhteydenotosta ihmisten omassa elinympäristössä. Läheteitä tai diagnooseja ei tarvita. Mukaan ensimmäiselle tapaamiselle kutsutaan kaikki, joita vaikea tilanne jollakin tavoin koskettaa. Hoitoa ei näin ollen kohdenneta vain yksilöön, vaan koko sosiaalinen verkostoon. Sosiaalinen verkosto voi koostua perheenjäsenistä, ystäväistä, muista läheisistä tai muiden palveluiden työntekijöistä; ihmisistä, joista voisi olla vaikean tilanteen ratkaisemisessa hyötyä. Hoidon ensisijaisena tavoitteena ei ole yksilön tai hänen läheisverkostonsa muuttaminen, vaan tasa-arvoisen ja dialogisen vuorovaikutuksen turvaaminen, jossa

kaikkien ääni pyritään saamaan tasa-arvoisena kuuluviin, ja jossa kaikki tulkinat ja päätökset tehdään tapaamisen aikana yhteistyössä kaikkia asianomaisia osallistaen. Tavoitteena on, että ongelmasta tai oireesta riippumatta hoito siirtyy mielenterveyshoidon kaltaisista keinotekoisista ympäristöistä ihmisten todellisen elämän kontekstiin.

Hoitomallissa samat työntekijät ovat ammattitaustastaan riippumatta vastuussa tapaamisten järjestämisestä ja tasa-arvoisen vuorovaikutuksen turvaamisesta. Tarvittaessa tapaamisia voidaan järjestää päivittäin. Tapaamisilla käydään läpi vaikeaa tilannetta ennen kaikkea asianomaisen ja hänen läheistensä näkökulmasta. Sen sijaan, että kysyttäisiin mikä ihmisessä on vikana tai millaista sairautta hän sairastaa, ollaan kiinnostuneita siitä, mitä ihmisille on tapahtunut. Tavoitteena on jaettu ymmärrys vaikeasta elämäntilanteesta ja siihen ajankohtaisesti vaikuttavista asioista.

Kun verkostokeskeinen ja dialoginen vastaus kriisiin on saatu yllä kuvatulla tavalla turvattua ja jaettua ymmärrystä tämän myötä luotua, voidaan olemassa olevia hoitomenetelmiä soveltaa joustavasti tämän ymmärryksen ja näin ollen ihmisten yksilöllisen elämäntilanteen mukaan. Jotkut voivat tarvita apua toisenlaisista palveluista, jolloin asiantuntijoita ja ammattilaisia muista palveluista voidaan kutsua osaksi verkostoa ja yhteisiä hoitotapaamisia. Jotkut voivat tarvita pidempikestoisempaa hoitoa sekä hyötyä myös strukturoidummasta psykoterapeuttisesta työskentelystä. Useimmille kuitenkin riittää pelkästään se, että tulee välittömästi hädän hetkellä kohdatuksi ja vaikeaa elämäntilannetta päästään yhteistyössä kaikkien asianomaisten kanssa ratkomaan. Hoitoajat pysyvät lyhyinä, palvelujärjestelmän kokonaiskuormitus laskee, tiedonkulku eri toimijoiden välillä paranee, päällekkäisen työn määrä vähenee ja resurssit saadaan näin optimaalisella tavalla käyttöön. Kattavissa seurantatutkimuksissa verkostokeskeisen avoimen dialogin hoitomallin on todettu edistävän vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien sosiaalista selviytymistä (Bergström, 2020b), ollen myös yhteydessä vähäisempään palvelujärjestelmän kokonaiskuormitukseen (Bergström, 2020b; Karvonen ym., 2008) sekä välittömiin kustannussäästöihin (Karvonen ym., 2008).

Avoimen dialogin hoitomallia implementoidaan ja tutkitaan parhaillaan useissa eri maissa. Hoitotulokset ovat olleet sekä hoidon vaikuttavuuden (Buus ym., 2019; Bouchery ym., 2018; Kinane ym., 2021) että potilastyytyvyyden näkökulmasta lupaavia (Tribe ym., 2019). Lisäksi on saatu viitteitä hoitomallin kustannustehokkuudesta standardihoitoon verrattuna (Buus ym., 2019; Bouchery ym., 2018).

Vastaavanlaisia tuloksia on viime aikoina raportoitu myös muista hoitomalleista, joissa korostetaan tarpeenmukaista ja elämänongelmien konkreettiseen ratkaisemiseen pyrkiviä lähestymistapoja perinteisten hoitosuosituksen mukaisen standardihoidon sijaan (Cook ym., 2019). Esimerkiksi Iso-Britannian julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on meneillään valtakunnallinen tutkimushanke, jossa maan mielenterveyspalveluita uudelleenorganisoidaan avoimen dialogin mallin mukaan (Razzaque & Stockmann, 2016). Yhtenä tavoitteena on pyrkiä ratkaisemaan nimenomaan niitä ongelmia, joita yllä mainittuun IAPT-

hankkeeseen on Iso-Britanniassa liittynyt. Näistä ongelmista huolimatta Suomessa tuntuu edelleen olevan tavoitteena nimenomaan tietynlaiseen näyttöön perustuvien matalan kynnyksen interventiomien laaja-alainen implementaatio. Suomessa avoimen dialogin ja vastaavanlaisten tarpeenmukaisten hoitomallien systemaattisempi kehitystyö rajautui pääasiassa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueelle, jossa se myös hiipui 2000-luvun aikana. Suomessa ei ole myöskään ollut mielenkiintoa muiden WHO:n esiin ottamien hoitomallien tutkimiselle ja kehittämiselle.

Avoimen dialogin ja muiden tarpeenmukaisten hoitomallien kehitys- ja tutkimustyön hiipumista Suomessa selittää osaltaan sekä 1990-luvun lama että näyttöön perustuvan lääketieteen ihanteiden vahvistuminen suomalaisessa psykiatriassa; avoimen dialogin hoitomallin kaltaisia kokonaisvaltaisia lähestymistapoja ei voida kunnolla tutkia satunnaiskontrolloiduilla asetelmilla, sillä kyse ei ole manualisoitavasta tai muita hoitomenetelmiä poissulkevista interventioista, vaan toisenlaisesta tavasta organisoida mielenterveyspalveluita niin, että myös näyttöön perustuvien hoitomenetelmien implementaatio ja ennen kaikkea hädässä olevien ihmisten yksilöllisempi kohtaaminen mahdollistuu (Alanen, 2009). Suomessa avoimen dialogin hoitomallin kehitystyön hiipumista selittänee myös erilaiset oppi- ja ammattikuntakiistat (Bergström, 2020b; Buus et al., 2017) sekä harhaanjohtava tapa tulkita palvelujärjestelmän väestösuhteutettua kuormitusta ja itsemurhakuolleisuutta kuvaavia julkisia mielenterveysindikaattoreita osoitukseksi eri alueiden mielenterveyspalveluiden vaikuttavuudesta (Bergström, 2020c).

Länsi-Pohjan alueella avoimen dialogin hoitokäytännön kehitystyö hiipui 2000-luvun aikana ensin palveluiden kunnallistamisen ja sittemmin yksityistämisen myötä (Bergström, 2020b). Lisäksi kehitystyötä johtaneet työntekijät eläköityivät, eikä uusia työntekijöitä pystytty enää kouluttamaan aiemmalla tavalla talkoovoimin hoitokäytäntöön suomalaisessa psykoterapia-koulutuksessa tapahtuneiden muutosten ja tästä aiheutuneiden hallintokustannusten merkittävän kasvun vuoksi. Tämän hetken terveydenhuollon ammattihenkilöiden peruskoulutukset eivät puolestaan anna kunnollisia valmiuksia psykoterapeuttiseen työhön, eikä tällaista puutetta osaamisessa pystytä paikkaamaan ainoastaan lyhytpsykoterapeuttisten menetelmien kurssimuotoisella kouluttamisella.

Hoitotakuu ja terapiatakuu kansalaisaloite eivät nähdäksemme vielä itsessään poissulje kokonaisvaltaisempien hoitokäytäntöjen kehittämistä ja implementaatiota. Katsomme niin ikään erittäin tärkeäksi, että perustason mielenterveyspalveluita parannetaan niin, että ihmisiä pystyttäisiin välittömästi ja heidän yksilöllisen elämäntilanteensa mukaisesti auttamaan. Kannatamme myös mielenterveysjärjestöjen vaatimusta terapiatakuun mukaisten psykososiaalisten hoitomenetelmien sisällyttämisestä perusterveydenhuollon ja hoitotakuun piiriin, kunhan tämä ymmärretään näyttöön perustuvaa lääketiedettä laaja-alaisemmin tarpeenmukaisen ja yli sektorirajat ylittävänä psykososiaalisen tukena, joka ei rajaudu vain diagnoosien mukaan kohdennettaviin interventiomaihin. Katsomme, että

tällainen laaja-alaisempi määritelmä mahdollistaisi paremmin myös palvelujärjestelmän kehittämisen alhaalta ylöspäin tehtävän ja prosessiluontoisen koulutus-, tutkimus- ja hanketyönkeinoin, jolloin palvelut saataisiin paremmin vastaamaan alueellisia erityispiirteitä ja näin sen väestön todellisia tarpeita.

Psykoterapiatutkimus osoittaa kiistattomasti (esim. Wampold, 2015), että diagnoosista, ongelmasta ja interventiomenetelmästä riippumatta mielenterveyshoidossa on vaikuttavaa ennen kaikkea vuorovaikutuksen laatu, luottamuksellinen yhteistyösuhde, yhteiskuntaosallisuus, ymmärretyksi tuleminen ja yksilöllisten elämäntapausten konkreettinen ratkaiseminen. Mikäli todella haluaisimme edistää näyttöön perustuvaa mielenterveyshoitoa ja sen käytännön toteutumista palvelujärjestelmässämme, tulisi meidän ensisijaisesti edistää yllälueteltuja asioita yksittäisten menetelmien sijaan.

Lähteet:

- Alanen, Y. O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1(2), 156–166.
- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., Lucock, M., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour research and therapy*, 94, 1–8.
- Bergström, T. (2020a). Näkökulma laajenee, mielenterveysstigma vähenee. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 50(1), 69–71.
- Bergström, T. (2020b). Life after integrated and dialogical treatment of first-episode psychosis: Long-term outcomes at the group and individual level. *JYU Dissertations* 207.
- Bergström, T. (2020c). Rakenteelliset tekijät mutkistavat väestösuhteutettujen mielenterveysindikaattorien tulkintaa. *Suomen Lääkärilehti*, 75(40), 2052–2053
- Bergström, T. (painossa). Mieleton häiriö – psykiatrian ongelma ja sen ratkaisu. PS Kustannus.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M. R., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 201(6), 430–434.
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J. & Rossen, C. B. (2017). Adapting and implementing Open Dialogue in the Scandinavian countries: A scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 391–401.
- Buus, N., Kragh Jacobsen, E., Bojesen, A. B., Bikic, A., MüllerNielsen, K., Aagaard, J. & Erlangsen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and

- their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119–127.
- Bouchery, E. E., Barna, M., Babalola, E., Friend, D., Brown, J. D., Blyler, C. & Ireys, H. T. (2018). The effectiveness of a peer-staffed crisis respite program as an alternative to hospitalization. *Psychiatric Services*, 69(10), 1069–1074.
- Cook, J. A., Shore, S., Burke-Miller, J. K., Jonikas, J. A., Hamilton, M., Ruckdeschel, B., Norris, W., Markowitz, A. F., Ferrara, M. & Bhaumik, D. (2019). Mental health self-directed care financing: Efficacy in improving outcomes and controlling costs for adults with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 70(3), 191–201.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow & Co.
- Karvonen, M., Peltola, M., Isohanni, M., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lehtinen, K., Hella, P. & Häkkinen, U. (2008). PERFECT – Skitsofrenia. Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. *STAKES* 8/2008.
- Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M. & MacInnes, D. (2021). Peer supported open dialogue in the national health service: Implementing and evaluating a new approach to mental health care. *BMC Psychiatry*.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 137–151.
- Lehtinen, S., Erkkilä, K. (2021) Toteutuuko terapiatakuu hoitotakuun rahoituksella? Mielenterveyspoolin blogi. <https://mielenterveyspooli.fi/blogi-toteutuuko-terapiatakuu-hoitotakuun-rahoituksella/>. Viitattu 31.12.2021.
- Maj, M., Stein, D. J., Parker, G., Zimmerman, M., Fava, G. A., De Hert, M., Demyttenaere, K., McIntyre, R. S., Widiger, T. & Wittchen, H. U. (2020). The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 269–293.
- Maj, M., van Os, J., De Hert, M., Gaebel, W., Galderisi, S., Green, M. F., Guloksuz, S., Harvey, P. D., Jones, P. B., Malaspina, D., McGorry, P., Miettunen, J., Murray, R. M., Nuechterlein, K. H., Peralta, V., Thornicroft, G., van Winkel, R. & Ventura, J. (2021). The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 4–33.
- Martin, C., Iqbal, Z., Airey, N. D., & Marks, L. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) has potential but is not sufficient: How can it better meet the range of primary care mental health needs?. *The British journal of clinical psychology*, 10.1111/bjc.12314. Advance online publication.

- Mielenterveyspooli (2021) Lausunto hoitotakuulainsäädännöstä. Mielenterveyspoolin julkaisematon asiakirja. Viitattu 31.12.2021.
- Razzaque, R. & Stockmann, T. (2016). An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry Advances*, 22(5), 348–356.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive Open-Dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192–204.
- Scott, M. J. (2018). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) – The need for radical reform. *Journal of Health Psychology*, 23(9), 1136–1147.
- Scott M. J. (2021). Ensuring that the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme does what it says on the tin. *The British journal of clinical psychology*, 60(1), 38– 41.
- Thomas, P., Bracken, P. & Timimi, S. (2012). The limits of evidence-based medicine in psychiatry. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 19(4), 295–308.
- Tribe, R. H., Freeman, A. M., Livingstone, S., Stott, J. C. H. & Pilling, S. (2019). Open dialogue in the UK: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry Open*, 5(4), e49.
- Truijens, F., Zühlke-van Hulzen, L. & Vanheule, S. (2019). To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 329–343
- Van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A. & Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, 18(1), 88–96.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A. & Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *The British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1–37.
- Westwood, S., Morison, L., Allt, J. & Holmes, N. (2017). Predictors of emotional exhaustion, disengagement and burnout among improving access to psychological therapies (IAPT) practitioners. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 26(2), 172–179.
- WHO. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and right-based approaches. Geneva: World Health Organization.

Nouseva mieli – Suomen skitsofreniayhdistys ry:n puolesta

Helsingissä 31.12.2021

Tapio Gauffin

Tapio Gauffin

Hallituksen puheenjohtaja, Nouseva mieli – Suomen skitsofreniayhdistys ry