

Asia: VN/36135/2023

Luonnos hallituksen esitykseksi laeiksi terveydenhuoltolain 7 a §:n, sosiaalihuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

Taustatiedot lausunnonantajalta

Organisaatio tai vastaajataho

Muu järjestö tai yhdistys

Kysymys viranomaisille, mikä on lausuntoa käsitelleen toimielimen nimi ja käsittelypäivämäärä?

EFPP Suomen kansallisen verkoston hallitus, 2.12.2025

Lausunnonantajan lausunto

Onko ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista säätämisestä kannatettava?

Ei

Perustelut ja lisähuomiot esityksen kannatettavuutteen liittyen.

Ks kohta "Liittyykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?"

**Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten taloudellisista vaikutuksista (jakso 4.2)?
Voitte perustella näkemystänne tähän.**

Ks kohta "Liittyykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?"

Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten muista vaikutuksista (jakso 4.2)? Voitte perustella näkemystänne tähän.

Ks kohta "Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?"

Onko lakiehdotuksilla jotain sellaisia vaikutuksia, joita esitysluonnoksessa ei vielä ole otettu huomioon, ja jos on, niin millaisia vaikutuksia?

Ks kohta "Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?"

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Terveystalolaki 7 a §

Ks kohta "Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?"

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki 30 a §

Ks kohta "Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?"

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sote-järjestämislaki 36 §

Ks kohta "Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?"

Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?

Vaikuttavuuden lisäämisen potentiaali on pääasiassa muualla kuin psykoterapioiden välisissä eroissa potilasryhmätasolla

Potilasryhmätasolla on toistaiseksi löytynyt ylipäänsä vain vähän tai vähäisiä eroja tutkittujen psykoterapioiden välillä (Wampold B. E. et al 2017), esim. masennuksessa (Cuijpers P. et al 2021, Cuijpers P. et al. 2023) tai epävakautteen kehitettyjen hoitomuotojen välillä (Oud M. et al. 2018, Cristea I.A. et al 2017). Tutkimusnäytön perusteella kysymyksen vaikuttavasta tai soveltuvasta hoidosta pitäisi näin ollen olla potilaskohtainen eikä pelkästään diagnoosiryhmäkohtainen kysymys (Cuijpers P. et al 2021, Oud M. et al. 2018, Cristea I.A. et al 2017, Norcross J. & Wampold B. 2018).

Psykoterapian vaikuttavuustutkimuksissa vertailtavien hoitojen eroa kuvataan usein efektikoolla. Tutkittujen psykoterapioiden efektikoko verrattuna hoidon jonottamiseen on suuri (0.85). Kuntoutuksen ja hoidon alalla psykoterapiat vertautuvat näin ollen keskimäärin varsin vaikuttavina interventioina. Sen sijaan psykoterapioita keskenään verrattaessa niiden erot efektikokoina ovat vain vähäisiä (0–0,2). Tuloksellisuustutkimusten perusteella vaikuttavuutta voidaan lisätä etenkin räätälöimällä psykoterapioita ja hoitoja yksilöllisesti. Esimerkiksi jo hoidon räätälöinti pelkästään

ihmisen kulttuuriin voi parantaa tuloksellisuutta efektikokona 0.5 eli kohtalaisesti, potilaan psykoterapiaan liittyvien preferenssien ja motivaation huomioiminen hoitomuodon valinnassa 0.28, räätälöinti potilaan psyykkisiin selviytymiskeinoin peräti 0.6 ja potilaan mahdollisen uskonnollisuuden huomioiminen 0.13–0.43. (Norcross J. & Wampold B. E. 2018)

Tutkitusti vaikuttavia vaihtoehtoja on siis potilasryhmätasolla yleensä monia. Sen sijaan yksilötasolla eri hoitomuotojen välillä voi olla aivan ratkaisevia eroja soveltuvuudessa, ylipäänsä hoitoon sitoutumisessa ja lopulta niiden tuloksellisuudessa. Oikea ja pragmaattinen kysymys onkin: mikä hoitomuoto ja miten sovellettuna voisi juuri kyseisen ihmisen kohdalla kulloinkin toimia?

53 tutkimusta ja 16000 potilasta käsittävän meta-analyysin perusteella potilaan psykoterapiaan liittyvien toiveiden ohittaminen lähes tuplasi hoitojen keskeytymisen. Tämä on yhteydessä myös toteutuneiden hoitojen tuloksellisuuteen ja sen tulisi yhtä lailla olla kiinteä osa näyttöön perustuvia hoitolinjauksia (Swift J. K. et al 2021). Kotimainen Käypä hoito -näytönastekatsaus (2020) noteeraa psykoterapiapotilaan toiveiden huomioimisen yhteyden hoitoon sitoutumiseen ja sen tuloksellisuuteen parhaalla näytönasteella A. Myös potilaslaki ohjaa kuuntelemaan potilasta hoitoratkaisuissa. Tällä seikalla on myös suuri eettinen merkitys (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992: §5 ja §6). Ilman monipuolista hoitovalikkoa ei kuitenkaan ole valinnanvaraa.

Yhdysvaltain psykologiyhdistys APA linjaa (2005) mittavien katsausten pohjalta, että näyttöön perustuva käytäntö edellyttää psykoterapioiden häiriöryhmäkohtaisten vaikuttavuustutkimusten lisäksi asiantuntijan arvion kyseisen potilaan yksilöllisistä tarpeista ja mahdollisuuksista sekä potilaan piirteiden, kulttuurin sekä toiveiden huomioimista jo hoidon valinnassa ja suunnittelussa. Näiden tulosten valossa onkin ymmärrettävää, että muihin terveydenhoidon interventioihin verrattuna potilas on psykoterapiassa vähemmän passiivinen intervention kohde ja enemmänkin aktiivinen hoitoprosessin osapuoli jo hoitomuodon valinnasta alkaen. Psykoterapioiden keskeinen vaikuttava elementti on potilaan ja terapeutin välinen monimuotoinen yhteistoiminta (Leiman M. 2015). Kaikki psykoterapiat perustuvat hyvin vahvasti vastavuoroiseen ja intensiiviseen vuorovaikutukseen, jossa potilaan myös itse psykoterapiatyöskentelyä koskevat merkityksenannot ja kokemukset ovat ohittamattomia.

Käypä hoito ja Palko voisivat laatia näytönastekatsauksia tai suosituksia psykoterapioiden yksilöllisestä räätälöimisestä vahvan olemassa olevan näytön (esim. Norcross J. & Wampold B. E. 2018) perusteella. Psykoterapioissa hoidon yksilöllinen räätälöinti tuo hoidon suunnitteluun ja toteutukseen potilaan ja hänen oireilunsa henkilökohtaisesti merkityksellistä ja elävää kontekstia; ei oireilu eivätkä hoitoprosessit tapahdu tyhjiössä ja irrallaan elämän ja ihmissuhteiden realiteeteista tai psyykkisistä resursseista.

Ehdotamme psykoterapioissa yksilöllistä hoitoonohjausta ja räätälöintiä läpileikkaavaksi periaatteeksi palveluvalikoiman kehittämisessä. Ne lisäävät yhdenvertaisuutta palvelujärjestelmässä, vaikuttavuutta ja myös kustannusvaikuttavuutta, koska sama työvoima pienellä lisäosaamisella varustettuna ja samalla työpanoksella voi päästä osuvampiin hoitotuloksiin potilaidensa kanssa.

Näyttöön perustuvien hoitosuosittelujen rajoitukset tulee huomioida palveluvalikoiman periaatteissa

Kliinikot ja palvelujärjestelmä tarvitsevat näyttöön perustuvien hoitosuosittelusten kokoamaa ja tiivistämää tietoa. Psykoterapioiden palveluvalikoiman kehittämisessä on kuitenkin tärkeä tuntee ja huomioida myös satunnaistettujen ja kontrolloitujen kliinisten kokeiden ja näyttöön perustuvien hoitosuosittelusten rajoitukset ja sokeat pisteet. Eräs keskeinen dilemma on tutkimuksen sisäisen ja ulkoisen validiteetin välinen ristiriita. Satunnaistetuissa ja kontrolloiduissa kliinisissä kokeissa saavutetaan korkea sisäinen validiteetti vakioimalla tutkimuksen kohteena oleva interventio ja kontrolloimalla sekoittavia muuttujia. Näiden tutkimusten ulkoinen validiteetti sen sijaan on heikko mm. seuraavien seikkojen vuoksi: oikeasti kliinisessä arjessa interventioita tehdään responsiivisesti ainutkertaisessa vuorovaikutuksessa yksilöllisesti oireilevalle potilaalle mahdollisella tavalla, terveydenhuollon potilailla on usein useita hoitoprosessiin vaikuttavia häiriöitä ja, edellisten realiteettien takia, merkittävä osa psykoterapeuteista käyttää myös muita kuin oman suuntauksensa interventioita.

135 hoitomuodon tutkimusnäyttöä 23 häiriöryhmässä vertailtiin neljässä hoitosuosittelussa (Morian J.A. et al 2017). Vaikutusvaltaisilla hoitosuosittelulla (Brittein NICE, Cochrane instituutti, Yhdysvaltain APA ja Australian APS) oli vähintään kelvollinen konsensus vain seitsemässä häiriöryhmässä 23sta. Pahimmillaan hoitomuodot saavat parhaan näytönasteen yhdessä hoitosuosittelussa mutta eivät mitään noteerausta kolmessa muussa hoitosuosittelussa. Eniten tutkitun häiriön eli masennuksen kohdalla 23 hoitomuotoa sai jonkinasteisen noteerauksen näytöstä. Toisaalta masennuksen kohdalla yksikään hoitomuoto ei tullut noteeratuksi kaikissa neljässä hoitosuosittelussa.

Espanjalaiset tutkijat löysivät alhaisen konsensuksen syiksi mm. sen, että työryhmät ja niiden protokollat saattavat olla virhelähteinä, jolloin suositusten lukijalle jää epäselväksi mitkä ovat tutkimusten valinta- ja hyvän näytön arviointikriteerit. Esim. Cochrane ja NICE hyväksyvät aineistoksi vain itse tilaamiaan meta-analyyskejä. Eri hoitosuosittelut siis hyväksyvät tutkimuksia näytöksi vaihtelevin kriteerein ja ristiin.

Ilman psykoterapiatutkimuksen laaja-alaista ja erilaisten tutkimusmenetelmien vahvuuksien ja rajoitusten tuntemista riskinä on käytännössä palveluvalikoiman kapeutuminen jonkin yksittäisen hoitosuosittelun ja sen kapeiden kriteerien mukaisesti. Tarvitaan monitieteistä asiantuntemusta, kokonaisharkintaa ja lintuperspektiiviä kokonaiskuvan sisäisen ja ulkoisen validiteetin vaalimiseksi ja hyödyntääksemme esim. keskenään ristiriitaisia tuloksia psykoterapioiden rekisteriseurantojen ja hoitosuosittelusten välillä.

HUS-alueen ostopalvelulyhytpsykoterapioiden useita diagnoosiryhmiä kattavassa rekisteriseurannassa oire- ja toimintakykyarvojen pisteet laskivat eri psykoterapiamuodoissa yhtä paljon (Saarni S. & al 2024). Tutkijat nostivat keskeiseksi kysymykseksi, mikä hoidosta olisi kenellekin potilaalle optimaalisin.

Työterveyslaitoksen tutkijoiden (Selinheimo S. & al. 2025) yli 10 000 kuntoutuspsykoterapiassa kävijän neljän vuoden rekisteriseurannassa seurattiin työkyvyttömyyden muutoksia kuudessa yleisimmässä psykoterapiasuuntauksessa. Psykoterapioiden alkaessa masennuksesta tai ahdistuksesta johtuvissa työkyvyttömyyspäivissä oli eroa eri psykoterapiasuuntausten kesken, keskimäärin työkyvyttömyyspäiviä oli 30–42 vuodessa.

Tutkimus kuvaa hoitoja juuri sellaisina kuin ne hoitojärjestelmässä oikeasti tapahtuvat, eli ulkoinen validiteetti on vahva. Sillä potilasaineistolla mikä kuhunkin terapiaan oli ohjautunut, työkyvyttömyyspäivät vähenivät kaikissa suuntauksissa 76–82 %. Ostopalvelopsykoterapioiden ja Kuntoutuspsykoterapioiden rekisteriseurantojen tulokset ovat olennaisia, vaikka tai itse asiassa juuri

sen vuoksi, ettei kaikista psykoterapiamuodoista ole paljoa näyttöä hoitosuosituksissamme. Riskinä on siis pahimmillaan joidenkin em. rekisteriseurannoissa mukana olevien psykoterapioiden ulossulkeminen palveluvalikoimasta, jos esim. yksittäisiä hoitosuosituksia aletaan lukea sokeasti ja ilman kokonaisharkintaa, esim. lyhyen tähtäimen säästämisargumentein.

Tällainen kapean tekninen lähestymistapa voisi pahimmillaan osaltaan johtaa menetelmämonopoliin muodostumiseen. On tärkeää varmistaa, että jatkossakin lakisääteiset palvelut, kuten monimenetelmällinen Kelan kuntoutuspsykoterapia, säilyvät osana palvelujärjestelmää ja kansalaisten yhdenvertaista hoidon saatavuutta. Palveluvalikoimassa on tärkeää säilyttää paitsi erilaisia hoidollisia orientaatioita myös erilaisia psykoterapian toteutusmalleja (esim. ryhmä-, pari- ja perheterapia).

Ehdotuksiamme psykoterapioiden palveluvalikoiman periaatteiksi

Ehdotamme psykoterapioiden palveluvalikoiman periaatteeksi ja kansallisen kehittämisen perustaksi adversariaalia kollaboraatiota. Siinä psykoterapiamenetelmiä, palveluvalikkoon, hoitoonohjausta, monipuolista vaikuttavuusnäyttöä ja sen kriteereitä tarkasteltaisiin työryhmissä, joissa on edustusta eri hallinnon ja eri tieteiden aloilta mutta myös eri psykoterapiasuuntauksia edustaen. Tällainen yhteistyö ja tasapaino yli hallinnon ja tieteenalojen ja monipuolinen asiantuntemus tulisi ohjata ja varmistaa laissa.

Nykyisellään Palkon ja Käypä hoito -työryhmät koostuvat lähes yksinomaan lääkäreistä. Suositusten laatijoissa on hyvin vähän esim. psykologeja tai psykoterapiatutkijoita. Psykososiaaliset hoitomuodot eivät kuitenkaan kuulu yksinomaan psykiatrian tai lääketieteen ydinalueisiin, vaan muodostavat poikkitieteellisen ja moniammatillisen kokonaisuuden. Lääketieteellinen lähestymistapa painottuu biomedikaaliseen näkökulmaan ja satunnaistettuihin kontrolloituihin tutkimuksiin (RCT), mikä ei yksinään tarjoa riittävän kattavaa tai tieteellisesti perusteltua kuvaa psykoterapian monimuotoisuudesta ja vaikuttavuudesta. Tämän vuoksi työryhmiin on jatkossa tärkeää nimetä laaja-alaisesti eri ammattiryhmien edustajia, jotta suositusten valmistelu heijastaa asianmukaista ja Suomen parasta asiantuntemusta ja moniammatillista näkökulmaa.

On lisäksi tarpeen korostaa, että sekä Palkon että Käypä hoito -suositusten valmisteluun osallistuvien työryhmien kokoonpanon tulee olla riippumaton ja läpinäkyvä. Työryhmiin ei tule nimetä henkilöitä, joilla on mahdollisia intressiristiriitoja suhteessa arvioitaviin hoitomuotoihin tai joiden henkilökohtaiset taloudelliset sidonnaisuudet voivat vaikuttaa työn puolueettomuuteen. Esimerkiksi sote-alueille konsultointipalveluja tarjoavat toimijat sekä lääkevalmistajien edustajat tulisi rajata työryhmien ulkopuolelle, jotta suositusten valmistelu säilyy riippumattomana ja luottamusta herättävänä.

Ehdotamme vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arvioissa painotettavan pitkän aikavälin seurantoja ja kokonaisvaltaisempia tulosmuuttujia vaikuttavuustutkimusten kriteereinä. Esim. Yhdysvaltain psykologiyhdistyksen (APA) päivitetyt näyttöön perustuvan psykoterapian kriteerit korostavat meta-analyysistä yksittäisten kliinisten kokeiden sijaan, tutkimuksen korkeaa laatua, kliinistä merkitsevyyttä tilastollisen merkitsevyyden rinnalla, vaikuttavuutta myös pitkän aikavälin seurannassa, toimintakyky- ja muiden terveystulosten korostamista tulosmittareina

oiremittareiden rinnalla, tulosten yleistettävyyttä kliiniseen todellisuuteen (ekologinen validiteetti), keskittymistä transdiagnostisiin ilmiöihin ja monimutkaiseen 'kolmiulotteiseen' potilaaseen pelkkien oirediagnoosien sijaan sekä muutosmekanismeihin (Leichsenring F. et al. 2023).

Palveluvalikoiman periaatteissa ja vaikuttavuuden kriteereissä olisi hyvä huomioida myös psykoterapiapotilaiden omat tavoitteet ja kokemansa muutokset psykoterapioissa. Eri yksilöpsykoterapiasuuntausten ja diagnoosiryhmien potilaista koostuvassa lähes kolmen tuhannen potilaan laadullisessa meta-analysissä tutkittiin potilaiden kokemia muutoksia ja tavoitteita potilaslähtöisen näkökulman saamiseksi psykoterapioiden vaikuttavuuteen. Pelkkä oiremuutosten tarkastelu on potilaiden näkökulmasta riittämätöntä ja tarvitaan kokonaisvaltaisempaa näkemystä psykoterapioiden vaikuttavuudesta (Ladmanová M. et al. 2025). Tämän tutkimuksen tuloksia analysoitiin toisessa tutkimuksessa pidemmälle. Potilaiden tavoitteiksi ja oleellisiksi muutoksiksi psykoterapioissa kiteytyi työkyky, kyky rakastaa ja löytää elämään tarkoitusta (Zavlis O. 2025). Tällaisten tavoitteiden tai muutosten terveyshyötyjä ei voine ohittaa.

Valtioneuvoston esityksessä oleellinen kohta on palveluvalikoiman kokonaisharkinta. Siinä kokonaisharkinnassa psykoterapioiden osalta on aivan keskeistä monialainen sisällöllinen asiantuntemus psykoterapiamuodoista, psykoterapiatutkimuksen eri paradigmoista rajoituksineen sekä psykoterapioiden kouluttamisesta. Näitä edustavat Suomessa ainakin Psykiatria, Psykologian laitosten yhteistyöverkosto Psykonet, THL, psykoterapiakoulutuksesta vastaavat yliopistojen yksiköt, mutta se vaatii tieteiden ja hallinnonalojen ylittävää yhteistyötä.

Palveluvalikoiman periaatteiden ja kehittämisen pitäisi toisin sanoen lähteä väestön yksilöllisten tarpeiden ja mahdollisuuksien tunnistamisesta. Pelkkä menetelmien vaikuttavuuden vertaileminen potilasryhmätasolla jää vaikuttavuuden lisäämisen kannalta hakuammunnaksi koska silloin suurin osa vaikuttavuuteen liittyvistä tekijöistä ja mahdollisuuksista ohitetaan. Palveluvalikoimaa kehitettäessä ja sen periaatteissa katseen tulisi siis olla erityisesti potilaassa, psykoterapia-arviossa ja menetelmän soveltuvuudessa potilaalle.

Palveluvalikon sisällöllinen ohjaus vaikuttaa hoitokulttuuriin, käytäntöihin ja klinikoiden ajatteluun teoreettisesti ja hoitomenetelmällisesti joko niitä rikastaen tai niitä kaventaen. Koska psykoterapioiden vaikutusmekanismeista tiedetään toistaiseksi vain rajallisesti (Cuijpers P. et al 2019), on aivan oleellista eksplisiittisesti vaalia moniteoreettista ja -menetelmällistä psykoterapiakulttuuria palvelujärjestelmässämme (Valkonen H. 2025). Sellainen ruokkii klinikon ja järjestelmän oppimista kohti potilaan realististen tarpeiden ja mahdollisuuksien tunnistamista. Monipuolisen palveluvalikoiman eksplisiittinen korostaminen voi myös olla tärkeä viesti esim. hyvinvointialueille, joilla saattaa olla taloudellisia paineita karsia palveluvalikoimaa huomioimatta pitkän aikavälin inhimillisiä ja taloudellisia seurauksia palveluvalikoiman ja osaamisen köyhtymisestä.

Viittaamme myös Suomen Psykologiliiton lausuntoon Lasten ja Nuorten mielenterveyden hoitotakuusta (2024): Hoitojärjestelmiä ei tulisi kehittää jokin menetelmä tai kapea hoitovalikko

edellä, esim. siten että hoitotakuu koskee vain muutamaa menetelmää, koska käytännössä silloin suurin osa väestöstä jää itselleen vaikuttavan hoidon ja siis hoitotakuun ulkopuolelle. Tämä käytännössä rikkoo laissakin mainittua yhdenvertaisuutta. Yhdenvertaisuus ja vaikuttavuus voidaan saavuttaa vain aidosti monipuolisella palveluvalikoimalla.

Psykologiliitto ehdottaa hyvinvointialueille velvollisuutta järjestää laajasti vaikuttaviksi osoittautuneita interventioita, jotta väestön hoidon moninaiset tarpeet ja realistiset muutoksen mahdollisuudet tavoitettaisiin. Yksityiset palveluntuottajat voivat vapaasti valita tarjoamansa palvelut intressiensä mukaan. Julkiset psykoterapiapalvelut sitä vastoin tulee kehittää väestön kirjavista hoidon tarpeista ja realistisista mahdollisuuksista käsin. Ilman monipuolista palveluvalikkoa se ei valitettavasti ole mahdollista.

On syytä myös pohtia, vaikuttavatko palveluvalikoimalinjaukset sote-sektorin yksiköiden henkilöstön vetovoima- ja pitovoimatekijöihin. Onko useammasta psykoterapiasuuntauksesta ammentava ja keskustelevala hoitamisen ja yhdessä kehittämisen kulttuuri henkilöstön oppimisen ja työn mielekkyyden kannalta tärkeää?

LÄHTEET:

American Psychological Association (2005). American Psychological Association Policy statement on evidence-based practice in psychology. www.apapracticentral.org/ce/courses/ebpstatement.pdf

Cristea I. A. et al (2017): Efficacy of Psychotherapies for borderline personality disorder. A systematic review and a meta-analysis. JAMA Psychiatry, vol. 74, p 319-328.

Cuijpers P. et al. (2019): The role of common factors in psychotherapy outcomes. Annual Review of clinical psychology. Vol 15, 207-231.

Cuijpers P. et al (2021): Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. World Psychiatry 20 / 2, 283-293.

Cuijpers P. et al (2023): Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. World Psychiatry, vol. 22/2, 105-115.

Käypä hoito näytönastekatsaus (2020): Potilaan toiveet psykoterapeuttisesta hoidosta <https://www.kaypahoito.fi/nak08232>

Leichsenring F. et al. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment - an umbrella review based on updated criteria. World Psychiatry, Vol. 22:286–304 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37159376/>

Ladmanová, M. et al. (2025). Client-identified outcomes of individual psychotherapy: a qualitative meta-analysis. The Lancet Psychiatry, Volume 12, Issue 1, 18 - 31

Leiman M. (2015). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. s. 13-25. Teoksessa Psykoterapiat. Duodecim.

Moriana J.A. et al. (2017): Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. Clinical Psychology Review Volume 54, June 2017, Pages 29-43

Norcross J. C. & Wampold B. E. (2018): A new therapy for each patient: Evidence-based relationship and responsiveness. J. Clin. Psychology, vol 74, p. 1889-1906.

Oud M. et al. (2018): Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and a meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, p 1-14.

Saarni S., Malkki V. & Plattonen A. (toim) 2024: Psykoterapian kohdentumisen ja vaikuttavuuden optimointi Suomessa. Kuntoutusta kehittämässä 41, KELA.

Selinheimo, S. et al. (2025). Is psychotherapy orientation important for depressive and anxiety disorder-related work disability outcomes? A prospective nationwide register study. BMC Psychiatry 25, 680 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07140-4>

Suomen Psykologiliitto ry (2024). Suomen Psykologiliitto ry:n lausunto: Hallituksen esitysluonnos eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksiksi lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamiseksi (VN/29418/2023)

Swift J. K. et al (2021): The importance of listening to patient preferences when making mental health care decisions. World Psychiatry 20 / 3 October, 316-317.

Valkonen H. (2025). Psykoterapian ytimessä – psykoterapian vaikutusmekanismi ja perusolemus kolmen metateorian eriävien näkemysten valossa. Duodecim, vol. 141, 1888-87.

Wampold B. E. et al (2017): In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behaviour therapy. Psychotherapy Research, vol 27, 14-32.

Zavlis, O. et al. (2025). The most important aims of psychotherapy: to love, to work, and to find meaning. The Lancet Psychiatry, Volume 12, Issue 3, 173 - 174

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia?

Ks kohta "Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?"

Sundvall-Piha Sari
EFPP Suomen kansallinen verkosto ry