

NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN PSYKOLOGIAN SYNTYHISTORIAA TAI NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN PSYKOLOGIAN JUURILLA

Hyvä työ ilmentää suurta asiantuntijuutta ja sisältää jatkuvan huolen yksilön itsensä tekemän työn laajemmista seurauksista ja sovellusmahdollisuuksista (Gardner, 2002). Kliinistä työtä tekevä saattaa kuitenkin havaita, että omasta hyvästä tarkoituksesta ja asiantuntijuudesta huolimatta asiakkaille suositeltavat jatkotoimenpiteet eivät johdakaan haluttuihin tuloksiin (Seider, Davis ja Gardner, 2007). Oman työn seurausten miettimisen lisäksi on tärkeää saada myös systemaattisempaa tietoa käytettyjen työmenetelmien vaikuttavuudesta. Onkin löydettävä keinoja, joiden avulla hyvän työn tekeminen helpottuu. Yksi tapa on koota tietoa psykologisten työmenetelmien vaikuttavuudesta ja levittää tätä tietämystä sinne missä työskentelyolosuhteet muotoutuvat.

Lyhyt katsaus psykoterapiatutkimuksen historiaan

Psykologit tekevät hyvin paljon muutakin kuin terapeutista tai edes kliinistä asiakastyötä. Työmenetelmien vaikuttavuuden arvioinnin kysymystä on kuitenkin helppoa lähestyä psykoterapiatutkimuksen kautta. Psykoterapian vaikuttavuutta on tutkittu järjestelmällisesti jo 50 vuotta. Brittiläinen psykologi Hans Eysenck kokosi vuonna 1952 yhteen 19 psykoterapian seurantatutkimusta. Eysenck vertasi psykoterapian päättäneitä potilaita yleislääkärillä tai mielisairaaloissa hoidettujen potilaiden seurantatietoihin ja totesi, että jälkimmäiset voivat jopa paremmin. Eysenckin tuolloin käyttämät menetelmät eivät kestä nykyaikaista tarkastelua, mutta hänen työnsä vaikutti siihen, että kokeellista ryhmävertailua alettiin pitää ihanteellisena tapana tehdä psykoterapiatutkimusta (Leiman, 2004).

Pian kuitenkin havaittiin, että ryhmävertailujen käyttäminen oli hyvin ongelmallista. Useimmat psykoterapiat kestivät niin kauan, että niiden tutkiminen tuli liian kalliiksi. Vertailuryhmien muodostaminen oli vaikeaa, sillä lumehoidon tarjoaminen apua hakeville ei vastannut käsitystä hyvästä hoidosta. Kokeellisilla asetelmilla tutkittiin kuitenkin melko paljon etenkin käyttäytymisterapioiden vaikutuksia ja

voitiin osoittaa, että Eysenckin johtopäätökset psykoterapian toimimattomuudesta olivat virheellisiä. Sen sijaan eri terapiamuodoilla ei näyttänyt olevan eroa keskenään (Leiman, 2004).

Ryhmävertailuihin perustuvissa tutkimuksissa taustalla oli oletus siitä, että asiakkaat ovat samanlaisia ja terapeuttien toimintatavat yhtenäisiä. Tätä näkemystä kritisoitiin jo vuonna 1967, jolloin Gordon Paul esitti kuuluisan näkemyksensä, että tutkimuksissa tulisi selvittää ennen kaikkea mikä hoito, kenen antamana ja millaisissa olosuhteissa on tehokkainta tälle yksilölle, jolla on juuri tämä ongelma (Paul, 1967). Paulin ja Kieslerin ehdottamat ryhmävertailuiden sijaan käytettävät faktoriaaliset tutkimusasetelmat kymmeninentuhansine yksittäisine vertailuineen olivat kuitenkin liian monimutkaisia, jotta niiden laajempi käyttö olisi ollut mahdollista (Leiman, 2004).

1970-luvun meta-analyytiset tutkimukset osoittivat, että useimpien psykoterapiamuotojen vaikuttavuus on hyvä, eivätkä eri terapiamuodot eroa toisistaan suuresti tässä suhteessa (Smith ja Glass, 1977). Samoihin aikoihin ryhmävertailuissa pyrittiin saamaan esiin psykoterapiamuotojen vaikuttavuuksissa eroja minimoimalla tutkimusryhmään kuuluvien potilaiden välinen vaihtelu. Nauhoitettuja terapiaistuntoja ja keskusteluja tarkemmin analysoimalla havaittiin kuitenkin, että yhden terapiasuuntauksenkin sisällä yksittäiset terapiaprosessit poikkesivat suuresti toisistaan. Nämä erot johtuivat potilaiden ja terapeuttien yksilöllisyyden yhdistelmästä. Havaittiin myös, että psykiatrisella diagnostiikalla ei usein tavoiteta oireiden taustalla olevien ilmiöiden moninaisuutta (Leiman, 2004).

Ryhmävertailujen käyttämistä alettiinkin kyseenalaistaa 1980-luvulle tultaessa. Lyhyiden käsikirjaan perustuvien terapioiden tutkimiseen ne sopivat paremmin, mutta terapeuttisen yhteistyösuhteen merkitystä niissä oli vaikea tavoittaa. Terapeuttisella yhteistyösuhteella tarkoitetaan asiakkaan ja terapeutin välistä vuorovaikutusta ja luottamusta, joilla on osoitettu olevan suuri merkitys psykoterapian vaikuttavuuteen terapiasuuntauksesta riippumatta (Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia, 2007).

Ryhmävertailuissa jätettiin lisäksi huomioimatta se, että psykoterapiaprosessin tavoitteena on kehitys, joka voi myös ilmetä esimerkiksi masennusoireiden parempaan tunnistamisena ja hallitsemisena (Leiman, 2004). Diagnosoidun häiriön oireiden poistaminen ei siis ole aina terapian ensisijainen päämäärä, toisin kuin lääkehoidossa. Psykoterapian ja lääkehoidon vaikuttavuuden vertaileminen ei ole mielekäästä tällaisissa tapauksissa, joissa jo hoidon tavoitteet ovat erilaiset.

Psykoterapiatutkimuksessa alettiinkin kehittää paremmin tarkoitukseen sopivia menetelmiä. Kokeellisten ryhmävertailuiden suosio nousi kuitenkin taas 1990-luvulla näyttöön perustuvan lääketieteen kehityksen myötä.

Näyttöön perustuva lääketiede

Näyttöön perustuvan lääketieteen alkulähteitä voidaan jäljittää aina 1700-luvulle asti. James Lind suoritti tuolloin laivalla työskennellessään kokeen, jossa hän jakoi keripukkia sairastavat merimiehet erilaista hoitoa saaviin ryhmiin. Sitrushedelmiä päivittäin saaneiden merimiesten tila koheni huomattavasti, kun taas meriveden, sinappi-valkosipuli-piparjuuri-yhdistelmän, viinietikan tai tarkemmin määrittelemättömän eliksiirin nauttimisella ei juurikaan ollut vaikutusta ja siiderin tuoma apu oli vain lievää. Lind oli suorittanut ensimmäisen raportoidun satunnaistetun kokeellisen ryhmävertailun, mutta aika ei vielä ollut kypsä tällaisille tutkimustuloksille. Tutkimuksen tulokset siirtyivät käytäntöön vasta yli 50 vuotta myöhemmin ja kesti lähes sata vuotta ennen kuin erilaisten toimenpiteiden vaikutuksia alettiin arvioida järjestelmällisemmin (Doherty, 2005).

1800-luvulla Semmelweis havaitsi kontrolloidun koeasetelman avulla, että käsihygienialla on merkitystä tautien leviämiseen. Samoihin aikoihin Louis Pasteur julkaisi teoriansa bakteerien merkityksestä sairauksissa. Näyttöajattelun isänä pidetään usein kuitenkin Pierre Louisia, joka kehitti 1800-luvun puolessavälissä menetelmän osoittaakseen, että kuppaamisesta ei ollut apua keuhkokuumeen hoidossa. (Doherty, 2005; Gillenwater ja Gray, 2003).

Järjestelmällisimmin tutkimusnäytön saamista päätöksenteon apuvälineeksi edisti 1900-luvulla brittiläinen epidemiologi Archie Cochrane, joka uransa alkuvaiheessa kirjoitti muun muassa tuberkuloosin hoitomenetelmistä (Gillenwater & Gray, 2003). Vuonna 1967 hän alkoi kirjoittaa satunnaistettujen kokeellisten ryhmävertailujen merkityksestä ja julkaisi vuonna 1972 merkittävimmän teoksensa *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Cochrane muotoili ajatuksensa siinä hyvin selväsanaisesti: koska terveydenhuollon resurssit tulevat aina olemaan rajallisia, niitä pitää käyttää tarjoamalla kohtuudenmukaisesti sellaisia toimenpiteitä, jotka on osoitettu tehokkaiksi kunnolla suoritettujen arviointien kautta. Hän korosti erityisesti satunnaistettujen kokeellisten ryhmävertailujen merkitystä, sillä hänen näkemyksensä mukaan niiden tuottama tieto on luotettavampaa kuin muunlaisilla tutkimusasetelmilla saatu (The Cochrane Collaboration).

Termi näyttöön perustuva lääketiede, evidence-based medicine, otettiin käyttöön Kanadassa McMasterin yliopistossa 1980-luvulla, jolloin termillä kuvattiin siellä vuosikymmenen ajan kehitettyä kliinisten käytäntöjen opetusmenetelmää. Jo 1960-luvulta lähtien opetus oli perustunut ongelmalähtöiseen oppimiseen, jossa kliininen käytäntö yhdistettiin tutkimustietoon. 1970-luvulla kanadalaisten ja brittiläisten yhteistyönä alettiin Cochranen teoksen innoittamana koota systemoituja katsauksia satunnaistetuista kokeellisista ryhmävertailuista, jotka liittyivät raskauteen ja synnytykseen. Vuonna 1987, vuotta ennen kuolemaansa, Cochrane kannusti käyttämään tämän työn yhteydessä kehitettyjä työtapoja muillakin lääketieteen osa-alueilla. (Gillenwater ja Gray, 2003). Vastaukseksi Cochranen haasteeseen Oxfordiin avattiin hänen kuolemansa jälkeen ensin Cochrane Centre vuonna 1992. Seuraavana vuonna perustettiin The Cochrane Collaboration, johon myös Kanadassa toiminut tutkimusnäytön arviointijärjestelmä yhdistyi. (Gillenwater ja Gray, 2003; The Cochrane Collaboration).

Nykyään monissa maissa on kansalliset järjestelmät näyttöön perustuvien hoito-
muotojen edistämiseksi. Esimerkiksi Ruotsissa, Ranskassa, Yhdysvalloissa ja Australiassa ministeriöt koordinoivat niitä. Suomessa ja monissa muissa Euroopan maissa asia on puolestaan ammattijärjestöjen vastuulla (Burgers ym., 2003).

Suomessa Lääkäriseura Duodecim on vuodesta 1994 tehnyt Käypä hoito -suosituksia (www.kaypahoito.fi). Termi Käypä hoito otettiin käyttöön jo parikymmentä vuotta aiemmin, mutta vuodesta 1994 sillä on tarkoitettu säännöllisesti päivitettäviä suosituksia, jotka perustuvat tasokkaisiin julkaisuihin, joihin suurempi joukko erikoislääkäreitä on huolellisesti perehtynyt arvioiden myös niiden laatua (Pasternack ja Raivio, 2004). Käypä hoito –suositukset vastaavat sekä sisältönsä että rakenteensa puolesta pitkälti muualla Euroopassa tehtäviä suosituksia (Ketola ym., 2004), ja myös ne perustuvat ennen kaikkea systemoituihin katsauksiin satunnaistetuista kokeellisista ryhmävertailuista.

Näyttöön perustuvan lääketieteen perusajatuksen voi tiivistää Sackettin ja työtovereiden (1996) sanoin näin: ”... parasta tutkimusnäyttöä käytetään tunnollisesti, yksitulkintaisesti ja arvostelukykyisesti tehtäessä päätöksiä yksittäisen potilaan hoidosta”. Lääketieteessä paras mahdollinen tutkimusnäyttö tarkoittaa melko yksiselitteisesti oireiden vähenemistä tai häviämistä, mikä tulee esiin satunnaistetuissa kokeellisissa ryhmävertailuissa. Näyttöön perustuvan lääketieteen perusajatus on myös psykologian näkökulmasta järkevä (esim. APA, 2006), mutta menetelmällisesti ajaututaan helposti samanlaisiin ongelmiin, joita psykoterapiatutkimuksessa kohdattiin jo 1960-luvulla.

Tutkimusnäyttöajattelun siirtyminen psykologiaan: American Psychological Association (APA)

Työmenetelmien valitsemista ohjaavia suosituksia on tehty psykologian eri osa-alueilla varmasti yhtä kauan kuin psykologeja on koulutettu. Näyttöön perustuvien käytäntöjen liikkeen myötä suositusten perusteita alettiin kuitenkin säädellä systemaattisemmin. Vuonna 1992 American Psychological Association APA kokosi työryhmän miettimään mallia suositusten rakentamiselle. Työryhmä perustettiin toimintaympäristön muutoksen saneleman pakon edessä, sillä hoitoja korvaavat tahot eivät Yhdysvalloissa enää halunneet maksaa interventioista, joiden tehosta ei ollut tutkimusnäyttöä (Mikael Leiman, henkilökohtainen tiedonanto).

Samoihin aikoihin APA:n Kliinisen psykologian jaos perusti oman työryhmän kokoamaan ja levittämään tietoa vaikuttavista psykoterapioista. Aluksi työryhmä kokosi listan hoitomuodoista, joille löytyi tiukat kriteerit täyttävää tutkimusnäyttöä (APA, 1995). Työryhmä nimesi hoitomuodot alkuvaiheessa empiirisesti validoiduiksi terapioiksi (empirically validated therapies), mutta listan päivytyksen yhteydessä nimi muutettiin empiirisesti tuetuiksi hoitomuodoiksi (empirically supported treatments) (Chambless ym., 1996; 1998). Empiirisesti tuettu hoitomuoto tarkoittaa siis sellaista työmenetelmää, jonka on osoitettu toimiva tietyn häiriön hoidossa tietyssä tilanteessa. On hyvä pitää mielessä, että kyseinen käsite on huomattavasti suppeampi kuin käsite näyttöön perustuva psykologinen käytäntö, joka ottaa huomioon myös esimerkiksi asiakkaan tarpeet.

Empiirisesti tuettujen hoitomuotojen listan kokoamisen jälkeen työryhmä teki kyselyn kliinisten psykologien kouluttajille selvittääkseen, kuinka paljon kyseisiä hoitomuotoja opetetaan. Ryhmän tavoitteena oli saada empiirisesti validoidut terapiat osaksi kaikkia koulutusohjelmia sekä levittää Cochranen hengessä tietoa kliinisen työn tekijöille, yleisölle ja maksajille siitä, että psykoterapia on tehokasta ja taloudellista ja jopa laskee sairaanhoidon kustannuksia (APA 1995). Lisäksi haluttiin osoittaa, että psykologiset hoitomuodot ovat yhtä tehokkaita tai tehokkaampia kuin lääkehoito, eikä sivuvaikutuksista tarvitse olla huolissaan (Levant, 2006). Sinänsä ymmärrettävä tavoite pohjautui siihen, että monissa näyttöön perustuvissa psykiatrian alan suosituksissa psykologiset hoitomuodot olivat saaneet hyvin vähän huomiota (Westen ja Bradley, 2005).

Hyvästä tarkoituksesta huolimatta listaa alettiin kuitenkin pian käyttää tavalla, josta oli psykologeille enemmän haittaa kuin hyötyä. Listan tekijät painottivat alusta asti, että jonkin hoitomuodon puuttuminen listalta tarkoittaa todennäköisesti sitä, ettei asiaa ole ehditty vielä selvittää (APA, 1995). Listaa tulkittiin kuitenkin käänteisesti niin, että useimmat psykologien käyttämät työtavat ovat tehottomia eikä niistä sen vuoksi kannata maksaa.

Empiirisesti validoitujen terapioiden listan täydentäminenkin (Chambless ym., 1996; 1998) ei ratkaissut ongelmaa, sillä suuri osa psykologien työmenetelmistä

rajautui käsittelyn ulkopuolelle työryhmän käyttämistä menetelmistä johtuen. Työryhmä oli lainannut hoitomuotojen määritelmien ja tutkimusnäytön kriteerit (APA, 1995) lähes suoraan näyttöön perustuvasta lääketieteestä. Lääketieteen kriteerein oli mahdollista arvioida ainoastaan lyhyitä käsikirjaan perustuvia hoitumuotoja, jotka on toistettavissa työntekijästä riippumatta. Hoitojen kohderyhmät olivat tarkkaan rajattuja ja ne perustuivat DSM-IV -luokitukseen, jolloin tutkimuksissa oli mukana ainoastaan yksiselitteisesti diagnosoitavissa olevia asiakkaita (Westen ja Bradley, 2005). Psykologiset ongelmat ovat kuitenkin luonteeltaan sellaisia, että monilla asiakkailla diagnosoitavien häiriöiden kaikki kriteerit eivät täyty ja toisaalta kaksoisdiagnoosit ovat yleisiä (APA, 2002). Miten tällaisissa tapauksissa tulisi tutkia hoidon vaikuttavuutta? Lääketieteen kriteerein tiettyjen häiriöiden (esim. paniikkihäiriön) psykologisessa hoidossa otettiin huomattavia edistysaskeleita, mutta toisen-tyyppiset ongelmat ja työtavat vaativat toisenlaista lähestymistapaa.

Heti ilmestymisensä jälkeen empiirisesti validoitujen terapioiden lista herättikin vastustusta psykologikunnassa. Kliinisen psykologian jaoksen työryhmä kirjoitti jo ensimmäiseen raporttiinsa (APA, 1995) jälkipuheen ennen sen virallista julkaisemista yrittäen vastata osaan saamastaan kritiikistä ja perustella käyttämäänsä lähestymistapaa. Kritiikistä huolimatta työryhmä julkaisi vielä kaksi päivitystä listastaan (Chambless ym., 1996;1998) pitäen kiinni alkuperäisistä kriteereistään, korostaen edelleen sitä, ettei sen ole tarkoituskaan vastata kaikkiin kysymyksiin.

Samaan aikaan APA:ssa jatkettiin työtä suositusten tekemisen ohjeistamisessa, ja ensimmäisen työryhmän aikaansaaman mallin korvasi edelleen käytössä oleva Criteria for the Evaluation of Treatment Guidelines (APA, 2002). Kriteereissä korostetaan, että hyvässä hoitosuosituksessa on käsitelty sekä psykologisten työmenetelmien vaikuttavuutta että kliinistä hyödynnettävyyttä, ja molemmat on kuvattu yksityiskohtaisesti pitkän luettelon muodossa.

Vaikka kriteerit ovat huomattava parannus empiirisesti tuettujen hoitomuotojen vaatimuksiin, ongelmattomia eivät ole nekaan. Kriteerejä on ollut tekemässä useiden eri psykologian jaosten edustajia, ja lopputulos on kompromissi, johon kaikki osapuolet ovat olleet jokseenkin tyytyväisiä. Kriteerit sisältävät edelleenkin oletuk-

sen tarkkaan määriteltyjen häiriöiden hoidosta sekä siitä, että paras tutkimusnäyttö saadaan kokeellisilla ryhmävertailuilla, jotka ovat mielellään satunnaistettujakin. Samalla kuitenkin korostetaan, että kokeelliset tutkimukset eivät sovellu kaikkien työmenetelmien arviointiin, että menetelmien valinnassa on oltava asiakaskohtaista joustonvaraa ja että työntekijöiden, asiakkaiden ja ympäristöjen erilaisuus ja erilaiset toiveet on otettava huomioon (APA, 2002).

Kriteerien ilmestymisen jälkeen APA:n puheenjohtaja kokosi työryhmän näyttöön perustuvien psykologisten käytäntöjen edistämiseksi. Työryhmä päätyi seuraavaan määritelmään: ”Näyttöön perustuvilla psykologisilla käytännöillä tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan tutkimustiedon ja kliinisen asiantuntijuuden yhdistelmää potilaiden erityispiirteiden, kulttuurin ja valintojen kontekstissa.”. Tämä on hyvin lähellä näyttöön perustuvan lääketieteen amerikkalaista määritelmää (APA, 2006).

Viimeisten 15 vuoden aikana APA:n eri työryhmien yhtenä pyrkimyksenä on selvästi ollut psykologien aseman vahvistaminen kilpailussa lääketieteen kanssa. Käytännössä tämä tapahtuu edelleenkin pitkälti lääketieteen sanelemin ehdoin. Näyttöön perustuvaa psykologiaa ei rakenneta vieläkään riittävästi psykologien omista lähtökohdista käsin. Sen sijaan muokataan ja sovelletaan lääketieteen toimintamalleja niiltäkin osin, jotka eivät sovi psykoterapioiden tutkimiseen.

Näyttöön perustuva psykologia muualla maailmassa

Yhdysvaltain ohella monissa muissakin maissa on viime vuosien aikana tehty näyttöön perustuvia suosituksia psykologisista työmenetelmistä tai ainakin päätetty mil-
lä periaatteilla niitä muotoillaan. APA:n alkuaikojen virheistä on otettu oppia, mutta menetelmäkysymykset aiheuttavat vaikeasti ratkaistavia ongelmia muuallakin.

Esimerkiksi Saksassa Deutsche Gesellschaft für Psychologie:n psykoterapiajaos tekee yhteistyötä Hogrefe-kustantamon kanssa julkaisten suosituksia kirjojen muodossa. Kyseisessä psykoterapiajaksossa on käyty kiivasta keskustelua sen jälkeen, kun Psykoterapian tieteellinen lautakunta WBP julkaisi metodipaperin laadukkaan

psykoterapiatutkimuksen kriteereistä (Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, 2007). Metodipaperissa muun muassa asetettiin tiukkoja vaatimuksia tutkimusasetelmista ja korostettiin satunnaistettujen kokeellisten ryhmävertailuiden merkitystä.

Norjassa APA:n määritelmien katsotaan vastaavan hyvin paikallisia näkemyksiä (Rønnestad, 2008), ja siellä tehtävän työn pohjaksi APA:n (2002) kriteerit on käännetty sellaisenaan norjaksi (Norsk Psykologforening, 2007). Norjassa toimii myös kansainvälinen The Campbell Collaboration, joka tuottaa systemoituja katsauksia sosiaali-, kasvatusta- ja oikeustieteiden alaan kuuluvien interventioiden vaikuttavuudesta (The Campbell Collaboration).

Tanskassa näyttöön perustuvasta psykologiasta on käyty tiivistä keskustelua psykologiyhdistyksen lehdessä (esim. Hougaard, 2007; Zachariae, 2007), mutta virallisia päätöksiä ei ole tehty. Myös Ruotsissa asia on ollut säännöllisesti esillä. Lokakuussa 2008 pohjoismaiset psykologijärjestöt sopivat yhdessä, että APA:n suositus voidaan ottaa kaikissa Pohjoismaissa jatkotyöskentelyn pohjaksi, ja ammattiasioiden päälliköt valmistelevat asiaa jatkossa (Vesa Nevalainen, henkilökohtainen tiedonanto).

Australiassa kansallinen terveys- ja lääketieteellisen tutkimuksen neuvosto on julkaissut ohjeiston moniammatillisesti tehtävien suositusten laatimisesta (National Health and Medical Research Council, 1999; 2000a; 2000b; 2000c), ja suosituksia myös valmistellaan koordinoitusti neuvoston kanssa yhteistyössä (esim. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007). Moniammatillisessa ohjeistuksessa on kiistatta etunsa, mutta käytännössä lääketiede sanelee tällöin täysin suositusten tekemistä ohjaavat kriteerit. Australialaiset kansallisella tasolla hyväksytyt suositukset perustuvatkin pääasiassa satunnaistettuihin kokeellisiin ryhmävertailuihin, ja muuta tutkimusnäyttöä on hyödynnetty vain siinä tapauksessa, että satunnaistettuja tutkimuksia ei ole löytynyt.

Iso-Britanniassa tilanne on vastaavanlainen kuin Australiassa. The British Psychological Society:n vaikuttavuuden tutkimuksen keskus (Centre for Outcomes, Research and Effectiveness, CORE) valmistelee moniammatillisia tutkimusnäyttöön perustuvia suosituksia yhdessä psykiatrien kanssa National Institute for Health and

Clinical Excellence:lle (NICE), joka on toiminut vuodesta 1999. NICE noudattaa näyttöön perustuvaa lääketiedettä varten kansainvälisesti EU:n rahoituksella kehitetyn AGREE-lomakkeen laatukriteereitä (The Agree Collaboration, 2002) (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). NICE:n suositusten ohella brittiläisillä psykologijaostoilla on omia käytännön ohjeistuksiaan (ks. http://www.bps.org.uk/publications/prof-pract/prof-pract_home.cfm), mutta tutkimusnäyttöä on raportoitu niissä melko vaihtelevasti.

Suomessakin psykologeilla on ollut edustajia psykologien työtä sivuavien Käypä hoito -suositusten työryhmissä, ja Suomen Psykologiliittoa on pyydetty lukemaan suosituksia ennen niiden julkaisemista. Tämä ei kuitenkaan riitä, sillä kuten APA:n esimerkki osoitti, lääkäreiden työn tuloksellisuuden arviointiin kehitetyillä menetelmillä ei saada kuvattua kaikkea sitä, mikä on oleellista psykologin työssä. Suomi on ollut ensimmäisten joukossa linjaamassa näkemystä siitä, että terveydenhuollon tulisi perustua näyttöön (Ketola ym., 2004), ja siksi on tärkeää, että psykologit tuovat itse esiin työnsä monipuolisuuden. APA:n entinen puheenjohtaja Ronald F. Levant totesi vuonna 2006, että jos psykologit eivät itse määrittele, mitä näyttöön perustuva psykologia on, joku muu tekee sen meidän puolestamme.

Miten tästä eteenpäin?

Näyttöön perustuva psykologinen käytäntö (evidence-based psychological practice, EBPP) on laajempi käsite kuin empiirisesti tuettu hoitomuoto (empirically supported treatment, EST). Kyseessä ei siis ole vain toimiiko tietty työmenetelmä tietyn häiriön hoidossa tietyssä tilanteessa. Näyttöön perustuva käytäntö pyrkii myös selvittämään asiakkaan tarpeet ja määrittämään, miten tietynlaisen asiakkaan kanssa päästään parhaaseen lopputulokseen (APA, 2006). Tämä tavoite tulee lähelle Gardnerin, Damonin ja Csikszentmihalyin Hyvän työn määritelmää: hyvä työ ilmentää suurta asiantuntijuutta ja työntekijä kantaa jatkuvaa huolta tekemänsä työn laajemmista seurauksista ja sovellusmahdollisuuksista (Gardner, 2002). Ihannetilanteessa näyttöön perustuvassa käytännössä olisi siis kyse hyvästä työstä tässä merkityksessä.

Käytännössä näin pitkälle ei ole vielä yleisesti päästy. Psykologit tekevät paljon sellaista hyvää ja laadukasta työtä, jota ei ole mahdollista määritellä niillä kriteereillä, joita yleensä vaaditaan näyttöön perustuvissa suosituksissa. Osa psykologien tekemästä työstä jää suositusten ulkopuolelle monista syistä. Eivät vain lääketieteessä määritellyt, vaan usein myös psykologien omatkin hoitosuositukset ovat häiriölähtöisiä. Tällöin keskitytään ainoastaan sellaisiin ongelmiin ja asiakkaisiin, jotka on luokiteltavissa esimerkiksi ICD10:n (WHO, 1992) tai DSM IV:n (American Psychiatric Association, 1994) avulla, ja lähes kaikki ennaltaehkäisevä työ rajautuu häiriölähtöisten suositusten ulkopuolelle.

Lääketieteen kriteerein toteutetut ryhmävertailut toimivat usein psykologiassakin kun kyse on tarkkaan rajattujen interventoiden tutkimuksesta, jolloin tutkimustuloksia voidaan myös hyödyntää hoitojen markkinoinnissa ja niiden saatavuuden lisäämisessä. Psykologijärjestöjen tulisi kuitenkin pitää huolta siitä, että psykologien tekemä hyvä ja laadukas työ tulee kuvatuksi riittävän monipuolisesti: psykologin työssä on kyse muustakin kuin häiriöiden hoitamisesta ja oireiden poistamisesta. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon taustalla tulee varmasti aina olemaan alun perin Cochranen esittämä ajatus siitä, että rajallisia resursseja on käytettävä ainoastaan todistetusti vaikuttaviin työmenetelmiin (The Cochrane Collaboration). Tämä on tärkeä tavoite, mutta psykologien on oltava itse mukana määrittelemässä, millaisilla tieteellisillä menetelmillä psykologien työn laatua ja vaikuttavuutta voidaan tutkia ja miten nämä tutkimukset tiivistetään suositusten muotoon.

Eräs tapa yrittää välttää lääketieteeseen pohjautuvan näyttöajattelun rajoituksia psykologien työn vaikuttavuuden tutkimisessa on väljentää kriteereitä. Esimerkiksi kriisi- ja traumapsykologian alalla maailmalla on tehty suosituksia, joiden pohjana on systemaattisesti dokumentoidun kliinisen kokemuksen perusteella muotoutunut käsitys siitä, mitkä työmenetelmät ovat hyviä ja toimivia (Koordinierter Sanitätsdienst, 2006; National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006). Näihin kliinisestä työstä lähteviin kuvauksiin on sitten etsitty paras saatavilla oleva tutkimusnäyttö niiltä osin, kuin sellaista löytyy. Tällainen näyttöä hyödyntävä (evidence-informed) lähestymistapa lähtee liikkeelle toisesta suunnasta

kuin empiirisesti tuetut hoitomuodot, joissa suositusten sisältö määräytyy suoraan olemassa olevan tutkimusnäytön perusteella, vaikka näyttöä ei olisi olemassa tarpeeksi monipuolisesti eri työmenetelmistä. Näyttöä hyödyntävien suositusten yhteydessä voidaan aina tehdä ehdotuksia siitä, mistä kliinisessä työssä toimiviksi todetuista menetelmistä pitäisi tehdä enemmän vaikuttavuustutkimusta, jolloin ihannetilanteessa suositusta voidaan myöhemmin päivittää tiukemmin näyttöön perustuvaan suuntaan.

Useimpien psykologien tavoitteena on tehdä laadukasta ja sosiaalisesti vastuullista työtä. Tätä päämäärää edistää näyttöön perustuvan ja näyttöä hyödyntävän tutkimuksen kehittäminen ja edistäminen. Psykologien työ perustuu pitkälti tutkimuksen ja käytännön osoittamiin hyviin toimintatapoihin. Hyvän työn kokemus on kuitenkin myös henkilökohtainen. Howard Gardnerin (2003) sanoin: ”Olenko itse ylpeä vai häpeissäni työstäni? Millainen maailma olisi, jos kaikki tekisivät työtä samalla tavoin kuin minä itse?”

Lähteet

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th edition). Washington, DC.

American Psychological Association (2002). Criteria for Evaluating Treatment Guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059.

(<http://www.apa.org/practice/evaluate.pdf>)

American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. (<http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>)

American Psychological Association, Division of Clinical Psychology (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Re-

port and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-27.

(<http://www.apa.org/divisions/div12/journals.html#ESTs>)

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: ACPMH.

(http://www.acpmh.unimelb.edu.au/site_resources/guidelines/ACPMH_FullASDan dPTSDGuidelines.pdf).

Burgers, J. S., Grol, R., Klazinga, N. K., Mäkelä, M., Zaat, J (2003). Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *International Journal of Quality in Health Care*, 15(1), 31-45.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, P., Daiuto, P., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Bennett Johnson, S., Mueser, K.T., Pope, K.T., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.

(<http://www.apa.org/divisions/div12/journals.html#ESTs>)

Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Cristoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R, Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A., McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.

(<http://www.apa.org/divisions/div12/journals.html#ESTs>)

Doherty, S. (2005). History of evidence-based medicine. Oranges, chloride of lime and leeches: Barriers to teaching old dogs new tricks. *Emergency Medicine Australasia*, 17, 314-321.

Gardner, H. (2002). Good Work, Well Done: a Psychological Study. *Chronicle of Higher Education*, 48 (24)

Gardner, H., Seevers, R., Shaughnessy, M. F. (2003). Good work: An interview with Howard Gardner. *North American Journal of Psychology*, 5(1), 47-54.

Gillenwater, J.Y., Gray, M. (2003). Evidence: What Is It, Where Do We Find It, and How Do We Use It? *European Urology Supplements*, 2, 3-9.

Hougaard, E. (2007). Evidens: Noget for psykologer? *Psykolog Nyt*, 20, 14-20.
(<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/15019.pdf>)

Ketola, E., Kaila, M., Mäkelä, M. (2004). Käypä hoito-suositukset - kokeilusta kulmakiveksi. *Duodecim*, 120, 2949-54

Koordinierter Sanitätsdienst (2006). Psychologische Nothilfe: Deutscher Teil. *Informationsschrift*, 2, 4-56.
(<http://www.vtg.admin.ch/internet/vtg/de/home/themen/san/koordinierter0/steuerungsggruppe/downloads.parsys.0005.downloadList.00051.DownloadFile.tmp/informationsschriftksd205psychologischennothilfe.pdf>)

Leiman, M. (2004). Psykoterapiatutkimuksen historiaa. Esitys Jyväskylän yliopiston psykoterapiaklinikan seminaarissa "Näyttöön perustuva psykoterapia" 12.-13.2. 2004. (www.joensuu.fi/Noot/ML)

Levant, R. F. (2006). Making psychology a household word. *American Psychologist*, 61(5), 383-395.

National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition*.
(http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/smallerPFA_2ndEditionwithappendices.pdf)

National Health and Medical Research Council (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Canberra: NHMRC.
(http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp30.pdf)

National Health and Medical Research Council (2000a). *How to review the evidence: Systematic identification and review of the scientific literature*. Canberra: NHMRC. (http://www.nhmrc.gov.au/PUBLICATIONS/synopses/_files/cp65.pdf)

National Health and Medical Research Council (2000b). *How to use the evidence: Assessment and application of scientific evidence*. Canberra: NHMRC. (http://www.nhmrc.gov.au/PUBLICATIONS/synopses/_files/cp69.pdf)

National Health and Medical Research Council (2000c). *How to prepare and present evidence-based information for consumers of health services: A literature review (1999)*. Canberra: NHMRC. (http://www.nhmrc.gov.au/PUBLICATIONS/synopses/_files/cp72.pdf)

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *The guidelines manual*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. (<http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/GuidelinesManualAllChapters.pdf>)

Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 1127-1128. (http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=31378&a=Kapittel)

Paul, G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109-118.

Pasternack, A., Raivio, K. (2004). Perusteltu käsitys hyvästä hoidosta. *Duodecim*, 120, 2946-2947.

Seider, S., Davis, K., Gardner, H. (2007). Good work in psychology. *The Psychologist*, 20(11), 672-676.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia (2007). Konsensuslausuma 18.10.2006. *Duodecim*, 123(1), 112-20.

Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 4, 444-454.

(http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=43727&a=Kapittel)

Smith, M., Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760

The Agree Collaboration (2002). *Agree-lomake hoitosuositusten tutkimukseen ja arviointiin*.

(http://www.agreetrust.org/docs/AGREE_Instrument_Translations/AGREE_Instrument_Finnish.pdf)

The Campbell Collaboration. <http://www.campbellcollaboration.org> (katsottu 16.10.2008)

The Cochrane Collaboration. <http://www.cochrane.org> (katsottu 13.10.2008)

Westen, D., Bradley, R. (2005). Empirically supported complexity: Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 266-271.

Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2007). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie* (Version 2.6). Berlin.

(http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/WB_Psychotherapie_Methodenpapier_22112007.pdf)

World Health Organisation (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th revised edition). Geneva, Switzerland.

Zachariae, B., (2007). Evidensbasert psykologisk praksis. *Psykolog Nyt*, 12, 16-25.
(<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/14842.pdf>)

INFOLAATIKKO:

Suomen Psykologiliitto ja Suomen Psykologinen Seura perustivat vuonna 2007 Psykologian tieteellisen neuvottelukunnan kokoamaan tietoa psykologisten työmenetelmien pätevyydestä, vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta. Neuvottelukuntaan kuuluu psykologian eri sovellusalojen johtavia tutkijoita ja professoreita (esitely tarkemmin www.psykologi.fi –sivustolla). Työhön osallistuu lisäksi Psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran asiantuntijoita, Psykologiliiton palkkaama osa-aikainen sihteeri sekä kulloinkin käsiteltävän sovellusalan parhaimmat asiantuntijat Suomessa.

Neuvottelukunta päätti tehdä ensimmäisen suosituksensa akuutista kriisityöstä, sillä aihe nousee toistuvasti esiin julkisuudessa. Liikkeellä on paljon käsityksiä, jotka perustuvat epätarkkoihin tulkintoihin tutkimuksista, jotka eivät ole suoraan sovellettavissa Suomessa tehtävään työhön. Työnsä alkuvaiheessa neuvottelukunta on käyttänyt aikaa toimintatapojensa määrittelyyn ja on päättänyt tehdä ensimmäisen suosituksensa monipuolista tutkimusnäyttöä hyödyntävänä hyvien käytänteiden kuvauksena. Suositus tulee täydentämään Duodecimin valmisteilla olevaa traumaperäisen stressihäiriön hoitosuositusta keskittyen kriisityöhön, jota tehdään ajallisesti ennen kuin traumaperäinen stressihäiriö voidaan diagnosoida. Tarkoitus ei ole tuottaa Käypä Hoito -suosituksille kilpailijoita vaan tuoda esiin hyvä työ, jota psykologit tekevät diagnooseista riippumatta psykologian eri osa-alueilla.