

Jarl Wahlström

Psykoterapia palveluvalikoimassa – hyvä suositus ja ongelmalliset perustelut

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Terveystieteiden tutkimuskeskus (PALKO) on kesäkuussa 2018 alustavasti hyväksynyt suositusluonnoksen ”Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa”. Suositusluonnos on ollut kommentoitavana ja kommentointiajan päätyttyä PALKO käsittelee saadun palautteen ja päättää marraskuussa lopullisen suosituksen hyväksymisestä. Suositus on merkittävä, koska PALKO:n tehtävänä on antaa suosituksia siitä, mitkä tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat julkisiin varoin rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan Suomessa. Suositusta antaessaan neuvoston tulee ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.

PALKO:n suositusluonnoksen mukaan vaikuttavaksi todetut psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja niitä tulisi olla tarjolla osana tavoitteellista ja tarpeenmukaista hoitoa tai kuntoutusta eriasteisissa häiriöissä. On myönteistä, että tällainen suositus annetaan ja se vahvistaa psykoteriapioiden asemaa terveydenhuollon palveluvalikoimassa. Tehtävänannon rajaaminen mielenterveys- ja päihdehäiriöihin on kuitenkin ongelmallinen, koska tämä helposti ohittaa psykoteriapioiden

käytön mahdollisuudet laajemmin sosiaalisissa ja terveydellisissä ongelmissa. Lisäksi, koska varsinainen suositus on lyhyt (yhden liuskan mittainen) ja yleisluontoinen, on todennäköistä, että sen tausta-aineisto tulee merkittäväksi päätettäessä psykoteriapioiden tulevasta käytöstä muuttuvassa terveydenhuoltojärjestelmässämme.

Suosituksen tausta-aineistoon kuuluvat 52-sivuinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen yhdeksän liitettä sekä 58-sivuinen perustelumuiotio ja sen neljä liitettä. Perustelumuiotiossa todetaan lähtökohtana, että sote-uudistuksen myötä järjestämislailla erotetaan toisistaan sote-palveluiden järjestäminen ja tuottaminen ja valinnanvapauslailla lisätään asiakkaan valinnanvapautta. Monikanavahoitusta yksinkertaistetaan ja Kelan kuntoutuspsykoteriapien järjestämisen ja rahoituksen siirrosta maakunnille toteutetaan kokeilu. Suosituksen antaminen liittyy siis keskeisesti Kelan tukeman kuntoutuspsykoteriapien mahdolliseen alasajoon (kts. Tuomo Tikkasen kirjoitus *Psykoterapia* 2/2018).

Ottamatta tässä yhteydessä kantaa siihen, miten psykoteriapiapalveluiden järjestäminen, rahoitus ja tuottaminen tulevaisuudessa olisi mielekkäintä toteuttaa, kiinnitän huomion systemaattisen kirjallisuuskatsauksen merkittävään metodologiseen ongelmaan. Kirjallisuuskatsauksessa käytetään menetelmällisenä lähestymistapana ns. PICO-rakennetta. Tämä

eri hoitomenetelmien vertailuun kehitetty menetelmä soveltuu lääkkeiden ja lääketieteellisten toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointiin, mutta on psykoterapioiden kohdalla erittäin pulmallinen useista syistä.

Ensinnäkin PICO-menetelmä edellyttää, että käytettävä interventio (I) on selvästi kuvattavissa ja toistettavissa. Psykoterapia on kuitenkin vuorovaikutuksellinen hoitomuoto, jossa potilaan osallistumisen tapa on prosessin toteutumisen kannalta keskeinen. Jokainen hoitoprosessi on näin ollen yksilöllinen riippumatta siitä, sitoutuuko terapeutti enemmän tai vähemmän selkeästi johonkin tiettyyn psykoterapiamenetelmään. Tiedämme, että käytettävän psykoterapiamenetelmän osuus hoidon tuloksen vaihtelussa on vähäisempi kuin terapeutin, potilaan ja heidän välisen yhteistyön laadun osuudet.

Toiseksi PICO-menetelmässä potilas (P) määritellään tietyn spesifin diagnoosin edustajana. Käytännössä psykoterapiapotilaat ovat yleensä aina moniongelmallisia ja usein myös muodollisesti useiden diagnoosien kantajia. Lisäksi tiedetään, että hoidon tulokseen vaikuttaa diagnoosi paljon vähemmän kuin potilaan useat muut psykologiset ja sosiaaliset ominaisuudet (ns. psykoterapiasoveltuvuus). Näin ollen psykoterapeutin työtapaa ei voi ensisijaisesti ohjata potilaan diagnoosi, vaan hänen asemoitumisensa suhteessa koettuun ongelmaansa ja yksilöllinen tapansa asettaa hoitosuhteeseen.

Kolmanneksi PICO-menetelmä edellyttämä vertailuhoido (C) on psykoterapiatutkimuksissa pulmallinen. Tavanomainen hoito sisältää yleensä myös psykososiaalisia elementtejä (hoitavan henkilön ja potilaan välinen suhde, odotus hoidon vaikutuksesta jne.). Odotuslistalla oleminen antaa jo odotuksen avun saamisesta, eikä ole näin ollen verrannollinen ei-hoitoon. Eettisistä syistä ei ole mahdollista toteuttaa koeeasetelmia, joissa psykoterapian vaihtoehtona on ei-hoito. Kliinisissä kokeissa jää siksi väistämättä selvittämättä, mikä on annettavan psykoterapian todellinen hyöty siihen verrattuna, että potilaan häiriö jäisi hoitamatta.

Neljänneksi PICO-menetelmä edellyttää, että terveystulos (O) on spesifisti määriteltävissä

ja kvantifioitavissa. Kuitenkin käytännössä psykoterapioissa tiettyjen oireiden väheneminen tai toimintakykyasteiden lisääntyminen on terapeutin ja potilaan keskinäisessä yhteistyössä vähemmän fokuksessa, työskentelyn kohdistuessa potilaan koettuihin ongelmiin ja elämänlaatuun. Mitattavissa oleva vaikutus on tietysti tärkeä, mutta psykoterapian terveystuloksen supistaminen siihen jättää varjoonsa hoidon varsinaisen potilaalle antaman hyödyn. Kärjistämättä voi sanoa, että oireiden lieventyminen on potilaan psyykkisen ahdingon vähenemiseen ja toimijuustunnon lisääntymiseen liittyvä oheishyöty.

Edellä olevat menetelmälliset pulmat johtavat siihen päätelmään, että satunnaistetuilla kliinisillä kokeilla on hyvin rajoitetusti annettavaa psykoterapioiden tuloksellisuuden arvioimisessa, saatikka niiden vaikutusmekanismien tutkimisessa. Tästä vallitsee yhä laajemmin konsensus kansainvälisesti psykoterapiatutkijoiden piirissä. Useimmat kliiniset kokeet ohittavat sen, psykoterapioiden kustannusvaikuttavuusvertailun kannalta keskeisen näkökulman, että psykoterapioiden terveystulos on potentiaalisesti pitkäkestoinen. Kliinisten kokeiden seuranta-ajat jäävät yleensä lyhyiksi. Harvat vaikuttavuustutkimukset ovat arvioineet pitkistä psykoterapioista saatavaa pitkäkestosta hyötyä. Myönteisenä poikkeuksena on mm. Helsingin psykoterapiatutkimus.

Suosituksen tausta-aineistoon kuuluva ”Terapioiden kuvaus”-liite on myös ongelmallinen. Ensinnäkin ovat eri psykoterapiamenetelmien kuvaukset kovin pinnallisia (ääriesimerkkinä integratiivisen psykoterapian kuvaus) ja toisaalta siinä rinnastetaan tosiinsa hyvin eritasoisia menetelmiä. Psykoanalyttisen psykoterapian maininta puuttuu kokonaan. Periaatteellisemmin kuvaus on ongelmallinen siksi, että tiedämme, että kliinisessä käytännössä eri menetelmien toteutuksessa on sisäisestikin suurta vaihtelua, useimmat psykoterapeutit yhdistävät eri menetelmiä joustavasti potilaan tarpeiden ja hoitoprosessin edistymisen mukaan, ja hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavat enemmän menetelmien yhteiset tekijät kuin niihin sisältyvät spesifit tekniikat.

Kliinisten kokeiden sijalle psykoterapian

vaikuttavuuden arvioinnissa on tulossa yhä vahvemmin naturalistissa konteksteissa toteutettavat, tilastollisia monitasomalleja ja aikasarja-analyysyjä hyödyntävät seurantatutkimukset. Näissä tutkimuksissa usein hyvin suuret aineistot kerätään kentän psykoterapeuttien myötävaikutuksella luonnollisissa kliinisissä olosuhteissa toteutettavista hoitoprosesseista. Kun toistomittauksin seurattavat hoitovastemuuttujien tulokset liitetään potilaita, terapeutteja ja olosuhteita kuvaaviin taustamuuttujiin ja terapian aikana kerättäviin prosessimuuttujiin (esim. terapeuttinen yhteistyösuhde) saadaan tietoa hoitotulosta muokkaavien moderaattorien ja sitä välittävien mediaattoreiden yhteydestä hoitotulokseen.

Psykoterapeutit ovat perinteisesti suhtuneet tietyllä varauksella terapian tuloksen mittaamiseen määrällisillä numeroasteikoilla. On ajateltu tuloksen ilmaisemisen kvantitatiivisella mittarilla edustavan yksinkertaistettua käsitystä hoidon tavoitteista ja sen vaikutusmekanismeista ja tulosmittareiden määrittelyvän terapian tulosta ennakkoon, terapeuteista ja asiakkaista riippumattomasti. Tämä sopii huonosti yhteen psykoterapian yhteistyötä, kokemuksellisuutta ja luovuutta korostavan eetoksen kanssa.

Kansainväliset tutkimukset kuitenkin osoittavat, että hoitovasteen toistomittaukset ja niiden perusteella terapeutille ja potilaalle tuleva palaute hoidon edistymisestä koetaan hyödyllisiksi silloin, kun terapeutit voivat integroida

ne aidosti omaan työnäkyyn ja työskentelytapaan. Näiden menetelmien onnistunut käyttö terapeuttisessa prosessissa näyttää olevan yhteydessä siihen, tuleeko niistä terapeutin ja potilaan kollaboratiivisia työvälineitä. Ne voivat auttaa potilaita mieltämään minkälaiset aiheet ja kysymykset ovat terapeuttisen työn kannalta keskeisiä ja tuomaan ne esille. Terapeutteja ne voivat ohjata nostamaan keskustelujen kohteeksi sellaisia aiheita, joita he niiden sensitiivisyyden vuoksi ehkä turhaankin arkailisivat ottaa puheeksi.

PALKON varsinainen suositus psykoterapioista palvelutarjonnassa on mielestäni oikeaan osuva ja hyödyllinen. Perusteluaineiston menetelmällinen lähestymistapa on kuitenkin hyvin kapea ja voi johtaa ei-suositeltaviin seuraamuksiin psykoterapioiden käytössä muuttuvassa terveydenhuoltojärjestelmässämme. Tällainen kielteinen seuraamus voisi olla tarjottavien psykoterapiamenetelmien rajoittaminen kapeasti määritellyn näytön perusteella. Koska hoitomenetelmien todennettu vaikuttavuus tulee tulevaisuudessa olemaan yhä merkittävämpi perustelu niiden kustantamiseen julkisista varoista, on tärkeää, että psykoterapeutit suhtautuvat myönteisesti terapian tulosten määrälliseen todentamiseen. Tämä kuitenkin edellyttäen, että tutkimusasetelmat ja arviointimenetelmät ovat asianmukaisella tavalla psykoterapeuttisen hoidon perusolemusta edustavia.