



TOIMITTANEET
SCOTT D. MILLER & BOB BERTOLINO

FIT ELL



FEEDBACK-INFORMED TREATMENT
- PALAUTETIETOINEN HOITO

MIKÄ TOIMII TERAPIASSA: JOHDANTO

Tässä osassa esitellään ja kuvaillaan tutkimustuloksia, jotka muodostavat perustan FIT-lähestymistavalle. Tässä osassa käymme läpi tärkeimmät tutkimustulokset, jotka muodostavat empiirisen pohjan FIT:lle.

Psykoterapia on tehokas menetelmä psyykkisen ahdingon vähentämiseen ja toimintakyvyn lisäämiseen. Lambert ja Ogles (2004) ovat laajassa tutkimusyhteenvedossa todenneet, että psykoterapia johtaa oireiden lievenemiseen ja lisää toimintakykyä. Se ei ainoastaan nopeuta luonnollista kuntoutumista, vaan tarjoaa monesti myös lisäkeinoja selviytymiseen ja välineitä tulevaisuuden ongelmien käsittelyyn. Yleisesti voidaan sanoa, että terapiasta on huomattavaa etua asiakkaille silloin, kun teriapalveluita tarjoavat taitavat, viisaat ja tasapainoiset terapeutit.

1.1 KÄYTTÄYTYMISTIETEEN TUTKIMUSTULOKSIA

Keskimäärin 80 % hoitoa saavista henkilöistä voi paremmin kuin hoitamattomat

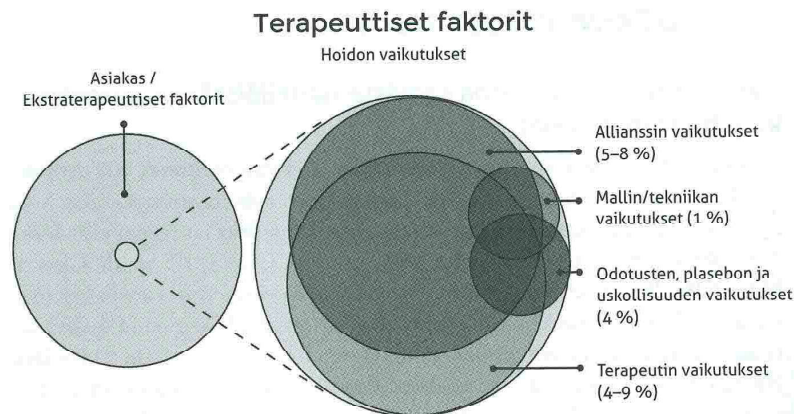
Tutkimukset viimeisen 50 vuoden ajalta järjestelmällisesti osoittavat, että psykoterapialla on tilastollisesti mitattuna suuri ja yhtenäinen vaikuttavuusaste (Effect Size, ES), 0,8–1,2, riippumatta populaatioista, iästä, sukupuolesta tai diagnoosista (Asay & Lambert 1999, Lambert & Ogles 2004, Smith & Glass 1977, Smith, Glass & Miller 1980, Wampold 2001). Tilastollinen vaikuttavuusaste viittaa hoidosta johtuvan muutoksen määrään keskihajonnan yksiköissä (Standard Deviation Unit) verrattaessa joko hoidossa olevan potilaan kliinistä statusta hoitamattomaan tai potilaan kliinistä statusta ennen ja jälkeen hoidon. Tilastollinen vaikuttavuusaste viittaa hoidosta johtuvan muutoksen määrään keskihajonnan yksiköissä (Standard Deviation Unit) verrattaessa joko hoidossa olevan potilaan kliinistä statusta hoitamattomaan tai potilaan kliinistä statusta ennen ja jälkeen hoidon.

Psykoterapia on kustannustehokasta

Terapian on näytetty vähentävän sairaalahoitoja, lääkärikonsultaatioita, lääkkeiden käyttöä, perheen ja sukulaisten antamaa hoitoa ja yleisiä sairaanhoidon kustannuksia 60–90 % (Chiles, Lambert & Hatch 1999, Kraft, Puschner, Lambert & Kordy 2006). Nämä tutkimustulokset on havaittu tutkittaessa niitä henkilöitä, jotka käyttävät lääkäri- ja terveydenhoitopalveluja paljon ja jotka ovat saaneet yksilö-, perhe- tai pariterapiaa (Cummings 2007, Law, Crane & Berge 2003).

Terapia toimii laajalti terapeutin ja asiakkaan välillä vaihtelevasti esiintyvien yhteisten tekijöiden ansiosta

Vaikka tiettyjä yksittäisiä vaikuttavia psykoterapian osia on yritetty tunnistaa, tutkimustulokset osoittavat, että onnistuneet tulokset johtuvat ydinjoukosta yhteisiä terapeuttisia tekijöitä riippumatta viitekehyksestä tai hoitomallista (Hubble, Duncan & Miller 1999, Lambert 1992, Lambert, Shapiro & Bergin 1986). Tässä kirjassa termiä terapeuttinen faktori käytetään kuvaamaan mitä tahansa tekijää, jonka tiedetään edesauttavan tehokasta psykoterapiaa. Kun nämä tekijät esitellään ja niistä keskustellaan, on tärkeää muistaa, että tekijät eivät ole muuttumattomia tai suhteellisesti pysyviä; ne ovat muuttuvia ja dynaamisia. Hoitotulokseen vaikuttavan faktoreiden rooli ja vaikuttavuusaste (effect size) riippuvat asiayhteydestä eli tarkemmin siitä, kuka on osallisena, mitä tapahtuu terapeutin ja asiakkaan välillä, missä ja miten terapeuttinen vuorovaikutus tapahtuu ja kenen perspektiivistä asioita tarkastellaan. Kuva 1 esittelee visuaalisesti ne tekijät, joiden tutkimus on osoittanut vaikuttavan psykiatrisen hoidon lopputulokseen.



KUVA 1. Terapeuttiset faktorit.

Terapeuttiset faktorit ja niiden määritelmät

Asiakastekijät ja terapian ulkopoliset tekijät: Nämä ovat hoidosta riippumattomia tekijöitä, joihin kuuluvat asiakkaan valmius muutokseen, voimavarat ja resurssit, toimintakyky ennen hoitoa, sosiaalinen tuki, sosioekonominen asema, henkilökohtainen motivaatio ja elämäntilanne (Hubble et al. 2010). Arviolta 80–87 %

piste-eroista tekijöistä ja vaihtelusta tai tiedostamattomuudesta syntyneistä eroista ja e

Hoidon vaikutus ovat oleellisesti noin 13–20 %

Terapeutin vaikutus merkittävästi terapeuttista oireiden lievitystä (Luborsky et al. 1985). Parempia terapeuttisia eroista terapeuttisista tekijöistä (Baldwin, 1991) on ollut merkityksellisiä kokemuksen ohjauksen näkökulmasta (Evidence-Based Practice, 2005).

Allianssin vaikutus terapeuttisen laadun hoitotulokseen. Allianssi kiinnittyy sitoutuneisuuteen.

Odotukset, terapeutin odotukset. Asiakkaan kunnioituksesta, tarjotusta annettuun hoitoon näihin tekijöihin usko valittuun

piste-eroista hoidossa olevien ja hoitamattomien asiakkaiden välillä johtuu asiakas-tekijöistä ja terapian ulkopuolisista tekijöistä (esim. Wampold 2001). Suurin osa vaihtelusta johtuu yleisistä tilastovirheistä – selittämättömistä, kontrolloimattomista tai tiedostamattomista vaikutuksista, mukaan lukien puutteet ja virheet kokeellisessa metodiikassa ja mittauksessa. Osa selittämättömistä tai tiedostamattomista vaikutuksista syntyy asiakkaan panoksesta terapiassa: hänen terapianaikaisista olosuhteistaan ja elämäntapahtumistaan, jotka joko auttavat tai vaikeuttavat paranemista.

Hoidon vaikutukset: Nämä vaikutteet edustavat laajaa faktoreiden ryhmää, jotka ovat oleellisia hoidon kannalta. Hoidon osuuden lopputuloksesta arvioidaan olevan noin 13–20 %. Hoidon osatekijöihin kuuluvat seuraavat:

Terapeutin vaikutus: Tutkimustulokset osoittavat, että hoitotulokseen vaikuttaa merkittävästi se, kuka terapiaa antaa. Lukuisat tutkimukset osoittavat, että jotkut terapeutit ovat muita tehokkaampia (esim. Brown, Lambert, Jones & Minami 2005, Luborsky et al. 1986, Wampold & Brown 2005). Paremmat terapeutit muodostavat parempia terapeuttisia suhteita laajemman asiakaskunnan kanssa. Itse asiassa 97 % eroista terapeuttien välillä johtuu eroista terapeuttisen allianssin muodostamisessa (Baldwin, Wampold & Imel 2007). Muilla terapeutin ominaisuuksilla ei juurikaan ole merkitystä hoidon tuloksiin. Näihin ominaisuuksiin kuuluvat ikä, sukupuoli, kokemuksen määrä, koulutus, tutkinto, harjoittelu, teoreettinen orientaatio, työnohjauksen määrä, henkilökohtainen terapia sekä näyttöön perustuvan menetelmän (Evidence-Based Method, EBM) valinta.

Allianssin (työliiton) vaikutus: Terapeutin ja asiakkaan välisen vuorovaikutussuhteen laadulla on vaikutusta hoitotulokseen. Sosiaali- ja terveystaloudissa suurin hoitotulokseen vaikuttava tekijä on terapeuttinen vuorovaikutussuhde eli allianssi. Allianssi kiinnittää asiakkaan hoitoprosessiin. Tutkimukset osoittavat, että asiakkaan sitoutuneisuus on keskeisin myönteistä muutosta ennustava tekijä terapiassa.

Odotukset, plasebo ja uskomukset: Nämä faktorit viittaavat sekä asiakkaan että terapeutin odotuksiin ja uskomuksiin terapiasta ja sen potentiaalisista vaikutuksista. Asiakkaan kannalta nämä tekijät liittyvät toivoon ja odotuksiin hoidon vaikuttavuudesta, tarkemmin sanottuna siihen, kuinka paljon asiakas uskoo terapeuttiin ja annettuun hoitoon (tunnetaan myös nimellä plasebovaikutus). Terapeutin osalta näihin tekijöihin kuuluvat positiiviset odotukset, usko terapian toimivuuteen sekä usko valittuun lähestymistapaan (viitekehykseen) ja metodien hyödyntämiseen.

Menetelmän ja tekniikan vaikutukset: Kaikkiin terapioihin liittyy menetelmiä ja toimintatapoja, joiden tehokkuus riippuu siitä, miten hyvin nämä menetelmät sopivat asiakkaan mieltymyksiin ja odotuksiin ja miten hyvin ne aktivoivat muita faktoreita, kuten uskomuksia ja toivoa parantumisesta. Hoitomallit ja -tekniikat toimivat parhaiten silloin, kun ne sitovat ja innostavat osallistujia ja tuovat rakennetta terapiaan. Tutkimukset osoittavat, että struktuurin ja fokuksen puute hoidossa ennustaa negatiivista hoitotulosta (esim. Lambert & Bergin 1994, Mohl 1995 ja Sachs 1983).

Tutkimustulokset osoittavat, että psykoterapia myötävaikuttaa voimien kohenemiseen ja asiakkaan parempaan toimijuuteen. Se on myös kustannustehokasta. Kun terapian tehokkuus ja hyöty on todettu, siirrymme tarkastelemaan kahta kriittistä kysymystä seuraavissa luvuissa: Mikä ei toimi terapiassa? Ja positiivisemmin: mikä toimii terapiassa?

Mikä ei toimi terapiassa?

Tämä luku keskittyy siihen, mikä ei toimi terapiassa. Käsittelemme kahta pääaluetta: 1) yleinen terapian tulosten kehittymättömyys sitten ensimmäisten meta-analyytisten tutkimusten 1970-luvulla ja 2) lista ei ennakoitavista ja heikosti ennustavista tekijöistä, jotka eivät vaikuta tai vaikuttavat hyvin vähän tuloksiin.

Kehityksen puute terapian tehokkuudessa

Saatavilla olevissa tutkimuksissa kuvaillaan syitä, joiden vuoksi hoidon tehokkuus ei ole havaittavasti parantunut viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana.

Hoitomallin painottaminen ammatillisessa keskustelussa ja koulutuksessa:

Vaikka vertailu on suosittua, kilpailevien lähestymistapojen ja viitekehysten välillä ei juurikaan ole eroja terapian tulosten kannalta, etenkin jos seuraavat seikat otetaan huomioon.

Yhtenäiset olosuhteet terapeuttisten viitekehysten (bona fide) välillä. Bona fide -viitekehukset määritellään hoidoiksi, jotka 1) on tarkoitettu terapeuttisiksi (perustuvat teoriaan ja siihen liittyviin tekniikkoihin), 2) ovat toimivia psykoterapeuttisen yhteisön mielestä (esim. ammatillisten kirjojen tai oppaiden mukaan), 3) on toteutettu koulutettujen terapeuttien toimesta ja 4) sisältävät tekijöitä, joita on kaikissa psykoterapian muodoissa (esim. terapeuttinen vuorovaikutus) (Anderson, Lunnen & Ogles 2010, Benish et al. 2008, Frank & Frank 1991, Imel & Wampold 2008, Wampold 2007, Wampold et al. 1997). Kun hoito-olosuhteet ovat yhtenäiset, ei bona fide -viitekehysten välillä ole havaittavaa eroa.

Meta-analyyt

verrattuna: M

on käytetty er lastollista näyt verrattuna. Lu kuudessa ei ole koterapioiden PTSD:n hoido et al. (2008) ja man (masenni 2008) psykote metodit ovat määrittelee tätä näkemysi ten välillä, eivä ole löydetty ki on keksinyt ps sa tehdessään have won, and ansaitsevat pal

Keskeytysten

47 % asiakkais Pekarik 1993). (Garcia & We kaiden kanssa, aikaisessa vaih

Ei tunnisteta

hoidon aikana

merkittävä osa huononee tera 2004). Lapsilla et al. 2010). O heikkenee psyk kustannuksista asiakkaita, jotr hoidon tai joill Sitä vastoin te min tunnistan

menetelmiä
menetelmät
voivat muita
ja -tekniikat
uovat raken-
tute hoidossa
fohl 1995 ja

miseen
rapian
nyistä
terapiassa?

ta pääaluetta:
mcta-analyyt-
i ennustavista

i tehokkuus ei
na.

lutuksessa:
ehysten välillä
seikat otetaan

llä. Bona fide
rtisiksi (perus-
oterapeutin
, 3) on toteu-
ita on kaikissa
erson, Lunnan
Wampold 2008,
t yhtenäiset, ei

Meta-analyttisten tutkimusten tilastollinen vahvuus yksittäisiin tutkimuksiin verrattuna: Meta-analyysi on menetelmä, jolla yhdistetään useita tutkimuksia, joissa on käytetty eri metodeja, otoskokoja ja hoitomuotoja. Meta-analyysi vahvistaa tilastollista näyttöä sekä lisää joustavuutta ja yleistettävyyttä yksittäisiin tutkimuksiin verrattuna. Lukuisat meta-analyysit osoittavat, että bona fide-hoitomuotojen tehokkuudessa ei ole eroa. Tähän päivään mennessä ei ole löydetty tuloseroja yleisten psykoterapioiden (Wampold et al. 1997), masennuksen hoidon (Wampold et al. 2002), PTSD:n hoidon (Benish, Imel & Wampold 2008), päihdehäiriöiden hoidon (Imel et al. 2008) ja neljän yleisimmän lapsilla ja nuorilla ilmenevän mielenterveysongelman (masennus, ADHD, ahdistus ja käytöshäiriöt) (Miller, Wampold & Varhely 2008) psykoterapeuttisten hoitomuotojen välillä. Vaikka usein väitetään, että jotkut menetelmät ovat muita parempia tai että näyttöön perustuva hoitomenetelmä (EBM) määrittelee tarkat hoidot eri diagnoosille, meta-analyttiset tutkimukset eivät tue tätä näkemystä. Lisäksi erot, joita tietyissä tutkimuksissa on havaittu eri viitekehysten välillä, eivät ylitä sattumanvaraista vaihtelua (Wampold 2001). Sitä, että eroja ei ole löydetty kilpailevien hoitojen välillä, kutsutaan nimellä Dodo Verdict. Ilmaisu on keksinyt psykologi Saul Rozenzweig. Hän siteerasi Liisan seikkailuja ihmemaassa tehdessään yhteenvedon todistusaineistosta liittyen eroihin tehokkuudessa: "All have won, and therefore all deserve prizes." ("Kaikki ovat voittaneet, joten kaikki ansaitsevat palkinnon.")

Keskeytysten huomiotta jättäminen terapiassa: Tutkimukset osoittavat, että noin 47 % asiakkaista keskeyttää ennen aikaisesta ja yksipuolisesti terapian (Wierzbicki & Pekarik 1993). Lapsilla ja nuorilla prosenttiosuus vaihtelee 28 %:n ja 85 %:n välillä (Garcia & Weisz 2002, Kazdin 1996). Terapeutit saavuttavat tuloksia niiden asiakkaiden kanssa, jotka pysyvät terapiassa, mutta liian moni päättää lopettaa terapian aikaisessa vaiheessa.

Ei tunnista asiakkaita, jotka eivät hyödy terapiasta ja joiden vointi heikkenee hoidon aikana: Jopa hyvin koulutettujen ja ohjausta saavien terapeuttien asiakkaista merkittävä osa (30–50 %) ei hyödy terapiasta. Aikuisista asiakkaista 5–10 %:n vointi huononee terapian aikana (Hansen, Lambert & Forman 2002, Lambert & Ogles 2004). Lapsilla ja nuorilla voinnin heikentymistä ilmenee noin 12–20 %:lla (Warren et al. 2010). On arvioitu, että asiakkaat, jotka eivät hyödy terapiasta tai joiden vointi heikkenee psykoterapian aikana, kuluttavat 60–70 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Miller 2011). Lisäksi terapeutit eivät yleisesti onnistu tunnistamaan asiakkaita, jotka eivät edisty, joiden vointi heikentyy, jotka ovat vaarassa keskeyttää hoidon tai joilla on mahdollisuus saada negatiivisia tuloksia (Hannan et al. 2005). Sitä vastoin terapeutit, joilla on saatavilla asiakaspalautetietoja, pystyvät helpommin tunnistamaan asiakkaat, jotka eivät kunnoudu tai joiden vointi heikkenee.

Asiakaspalautedatan avulla terapeutit pystyvät reagoimaan näihin asiakkaisiin ja siten vähentämään keskeyttämisen ja negatiivisen hoitotuloksen riskiä (Lambert 2010, Miller et al. 2004).

Samanlaisen koulutuksen ja kokemuksen omaavien terapeuttien tuloksissa on huomattavaa vaihtelua: Käytännössä jotkut psykoterapeutit saavuttavat säännöllisesti parempia tuloksia kuin toiset riippumatta potilaiden psykiatrisesta diagnoosista, iästä, kehitystasosta, lääkityksestä tai sairauden vakavuudesta (Brown, Lambert, Jones & Minami 2005, Wampold & Brown 2005). Löydökset osoittavat, että tehokkaimpien terapeuttien antaman hoidon tulokset ovat 50 % paremmat ja hoidon keskeytyksiä ilmenee 50 % vähemmän kuin tehottomampien terapeuttien asiakkailla (Wampold & Brown 2005). Viimeisimpien tutkimustulosten mukaan 97 % tuloseroista terapeuttien välillä johtuu eroista kyvyssä muodostaa allianssi asiakkaan kanssa (Baldwin, Wampold & Imel 2007). Nämä löydökset viittaavat siihen, että tehokkaimmat terapeutit työskentelevät kovemmin kuin kollegansa etsiessään ja ylläpitäessään asiakkaan sitoutuneisuutta terapiaan. He myös käyttävät enemmän aikaa, energiaa ja resursseja kehittääkseen taitojaan (Hubble et al. 2010). Tutkimukset osoittavat yhdenmukaisesti, että paras ennuste hoitoon kiinnittymiselle on asiakkaan antama arvosana terapeutisesta allianssista (Bachelor & Horvath 1999).

Terapeuttien tietämättömyys työnsä tehokkuudesta ja taipumus yliarvioida tehokkuutta: Suurin osa terapeuteista ei ole koskaan mitannut eikä siksi tiedä, kuinka tehokasta heidän tekemänsä työ on (Hansen, Lambert & Forman 2002 ja Sapyta, Riemer & Bickman 2005). Terapeuttien on mahdotonta tietää, kehityvätkö he työssään, jos he eivät tiedä tehokkuustasoaan. Lisäksi terapeutit eivät ole immuuneja vääristymille itsearviointissa, kun he vertaavat omia taitojaan kollegoidensa taitoihin ja kun he arvioivat asiakkaidensa edistymistä tai voinnin huononemista (Dew & Reimer 2003, Lambert 2010). Walfish, McAlister, O'Donnell ja Lambert (2010) ovat osoittaneet, että terapeutit arvioivat kliiniset taitonsa ja tehokkuutensa keskimäärin paremmaksi kuin 80 %:lla kollegoistaan. Tämä on tilastollinen mahdottomuus. Vielä pahempaa voidaan pitää sitä, että alle 4 % terapeuteista katsoi taitonsa olevan keskitasoa eikä yksikään arvioinut suorituskykyään alle keskiarvon. Terapeuttien yliarvioidessa työnsä vaikuttavuutta riski hoidon keskeytyksille ja negatiivisille hoitotuloksille kasvaa.

Terapeutin tehokkuus tasaantuu ajan saatossa, jos sen kehittämisen eteen ei nähdä vaivaa: Uransa aikana terapeutti mukautuu olosuhteisiin sekä turvautuu tiettyihin metodeihin ja strategioihin, joihin hän on saanut koulutuksen tai jotka ovat hänelle tuttuja. Uransa aikana terapeutti muuttuu itsevarmemmaksi siinä,

mitä hän ajat
faktorit saata
tavat tehokku
tehokkuuden
asiakkaan pal

Hoidon tu vaikuttav:

Useissa tutkin
joilla on vain
seuraavat:

- asiak
(Wam
- terapi
harjoi
henki
(Beutl
Miller,
- terapi
(Beni
& Varl
- viiteke
- kiinnit
(Dunca

Mikä tera

Seuraavaksi ke
mikä toimii ter
vaikutuksesta h
alueet ovat kes
muksen kasvati
mellä onnistun
myös mielen ter
sesti eri aloilla
että terapeutit s
avulla suuremp

kkaisiin ja
(Lambert

oksissa on
it säännöl-
a diagnoo-
own, Lam-
osoittavat,
remmat ja
rapeuttien
ikaan 97 %
i asiakkaan
siihen, että
tsiessään ja
: enemmän
10). Tutki-
ymiselle on
vath 1999).

rvioida te-
edä, kuinka
2 ja Sapyta,
ttävätkö he
ole immuu-
illegoidensa
ononemista
ja Lambert
okkuutensa
llinen mah-
teista katsoi
keskiarvon.
ksille ja ne-

en eteen ei
ä turvautuu
ssen tai jot-
maksi siinä,

mirä hän ajattelee asiakkaistaan. Vaikka nämä ja jotkin muut terapeuttiin liittyvät faktorit saattavat auttaa tiettyjä asiakkaita joissain tilanteissa, ne useimmiten johtavat tehokkuuden tasaantumiseen. Terapeuttien tulisi määrittää henkilökohtainen tehokkuuden lähtötaso ja kehittää sitä käyttämällä luotettavia ja päteviä menetelmiä asiakkaan palautteen seuraamiseen suhteessa tulokseen ja allianssin vahvuuteen.

Hoidon tulokseen vähäisesti tai ei ollenkaan vaikuttavat tekijät

Useissa tutkimuksissa kolmenkymmenen viime vuoden aikana on havaittu tekijöitä, joilla on vain vähän tai ei ollenkaan vaikutusta hoitotulokseen. Näihin kuuluvat seuraavat:

- asiakkaan ikä, sukupuoli, diagnoosi ja aikaisempi hoitohistoria (Wampold & Brown 2005)
- terapeutin ikä, sukupuoli, kokemusvuosien määrä, koulutus, tutkinto, harjoittelu, teoreettinen orientaatio, työnohjauksen määrä, henkilökohtainen terapia, erityis- tai yleisosaaminen ja EBM:n käyttö (Beutler et al. 2004, Hubble et al. 2010, Nyman, Nafziger & Smith 2010, Miller, Hubble & Duncan 2007, Wampold & Brown 2005)
- terapiamalli ja -menetelmä (Benish, Imel & Wampold 2008, Imel et al. 2008, Miller, Wampold & Varhely 2008, Wampold et al. 1997, Wampold et al. 2002)
- viitekehysten sopiminen diagnoosiin (Wampold 2001)
- kiinnittyminen / uskollisuus / kelpoisuus määrättyyn viitekehykseen (Duncan & Miller 2005, Webb, Derubeis & Barber 2010).

Mikä terapiassa toimii?

Seuraavaksi keskitytään kahteen osa-alueeseen, jotka muodostavat perustan sille, mikä toimii terapiassa: 1) havainnot rutiininomaisen ja jatkuvan asiakaspalautteen vaikutuksesta hoitotulosten paranemiseen ja 2) tulosten ennusteet. Molemmat osa-alueet ovat keskeisiä hoitotulosten paranemisessa, mutta myös asiakkaiden luottamuksen kasvattamisessa ja sen varmistamisessa, että psykoterapia on pitkällä tähtäimellä onnistunut hoitomuoto. Lisäämällä vastuullisuutta ja kehittämällä johtajuutta myös mielenterveyspalveluihin tehtyjen sijoitusten tuotto nousee. Maailmanlaajuisesti eri aloilla ollaan siirtymässä tuloskeskeiseen toimintaan. On välttämätöntä, että terapeutit seuraavat tätä trendiä ja osoittavat luotettavien ja pätevien metodien avulla suurempaa vastuullisuutta psykoterapian arvosta.

Rutiininomaisen ja jatkuvan asiakaspalautteen rooli tulosten parantumisessa

Tutkimukset tuovat esiin, että säännöllisen ja jatkuvan asiakaspalautteen käyttö tarjoaa terapeutille ja koko alalle yksinkertaisen, käytännöllisen ja merkityksellisen tavan hoidon hyödyllisyyden dokumentointiin. Totuudenmukaisen ja luotettavan terapeuttiseen allianssiin ja tulokseen liittyvän asiakaspalautteen pyytäminen ja kerääminen jopa kaksinkertaistavat hoidon vaikuttavuusasteen tilastollisesti, puolittavat hoidon keskeytymäärän ja vähentävät voimien huonontumisen riskiä. APA:n Evidence-Based Practice -työryhmä (2006) on todennut, että ajantasaisen asiakaspalautteen antaminen ja sen käyttö hoidon etenemisen mittaukseen sekä kliinisten apuvälineiden saatavuus hoidon mukauttamiseen ovat eräitä tärkeimmistä tutkimustarpeista.

Miller (2011) on tehnyt yhteenvedon rutiininomaisen monitoroinnin ja tulosten käytön vaikutuksesta 13 tutkimuksessa, joiden otoskoko oli yhteensä 12 374 kliinisesti, kulttuurisesti ja ekonomisesti erilaista asiakasta. Yhteenvedon mukaan säännöllinen tulosten ja asiakaspalautteen seuraaminen:

- jopa kaksinkertaistaa hoidon tehon eli tilastollisen vaikuttavuuden (luotettava ja kliinisesti merkittävä muutos)
- vähentää hoidon keskeytyksiä puoleen
- vähentää asiakkaan tilan huonontumista 33 %
- vähentää sairaalahoitoja ja lyhentää osastojaksoja 66 %
- vähentää merkittävästi hoidon kustannuksia verrattuna verrokkiryhmiin, joissa ei ole käytetty palautemenetelmää (näiden kustannukset kohosivat).

Tutkimusaineisto osoittaa, että säännöllinen jokaisessa tapaamisessa annettu palaute verrattuna harvemman aikavälin palautteeseen (esim. joka kolmannessa tapaamisessa tai hoidon alussa ja lopussa) (Warren et al. 2010) on tehokkaampaa tulosten kannalta ja vähentää keskeytyksiä.

Hoitotulosten ennusteet

Seuraavien tekijöiden on näytetty olevan pysyviä ja ennustavan vahvasti hoitotulosta.

Terapian jatkuminen ilman positiivista muutosta: Mitä pidempään asiakkaat käyvät terapiassa ilman kokemusta positiivisista muutoksista, sitä todennäköisemmin he kokevat negatiivisia tai nollatuloksia hoidostaan tai keskeyttävät hoidon (Duncan, Miller, Wampold & Hubble 2010).

Varhaiset mu
sen suhde. Tut
käynnillä, 60-
jälkeen ja 85 %
koettu muoto.
vahva indikaat
alusta alkaen o

Asiakkaan arv
mukaisena ja l
osoittavat myö
ennuste hoidos

Asiakkaan sit
vaitsivat, että a
määrittäjäksi. V
kaat hyötyvät y
asiakkaan sitout
kaan suurimma
alliansseja erilai

Allianssin vahvi
joka vahvistuu j
rempia hoitotule
hoidon aikana (

Asiakkaan ahdi
taa asiakkaan ah
tuskaa, saavat yle
on vähäisempää
2010). Tieto asial
räästä ja intensitee

Terapeutin usko
tapaan: Tutkimu
kehysten välillä. T
Lisäksi on tärkeää
mänsä viitekehyyk

oli

utteen käyttö
erkityksellisen
n ja luotetta-
n pyytäminen
tilastollisesti,
umisen riskiä.
tä ajantasaisen
taukseen sekä
ä tärkeimmistä

at tulosten
12 374
don mukaan

muutos)

hmiin,
hosivat).

annettu palaute
ssa tapaami-
paa tulosten

ti hoitotulosta.

pään asiakkaat
dennäköisem-
ttävät hoidon

Varhaiset muutokset: Tähän viitataan termillä psykoterapian määrän ja vaikutuksen suhde. Tutkimukset osoittavat, että noin 30 % asiakkaista voi paremmin toisella käynnillä, 60–65 % voi paremmin seitsemännellä kerralla, 70–75 % puolen vuoden jälkeen ja 85 % vuoden jälkeen (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky 1986). Vaikka koettu muutos vaihtelee jonkin verran asiakkaiden välillä, aikainen hoitovaste on vahva indikaattori lopputuloksesta. Täten kuntoutumisen seuraaminen terapian alusta alkaen on tärkeää.

Asiakkaan arvio allianssista: Asiakkaan arviota allianssista voidaan pitää johdonmukaisena ja luotettavana ennusteena hoitotuloksesta. Monet tutkimustulokset osoittavat myös, että asiakkaan arvio on huomattavasti terapeutin arviota parempi ennuste hoidossa pysymiseen ja hoitotulokseen.

Asiakkaan sitoutuminen hoitoon: Orlinsky, Rønnestad ja Willutzki (2004) havaitsivat, että asiakkaan osallistumisen laatu nousee tärkeimmäksi hoitotuloksen määrittäjäksi. Vahvimmin hoitoon kiinnittyneet ja hoidossa mukana olevat asiakkaat hyötyvät yleensä eniten terapiasta. Terapeuttinen allianssi ennustaa parhaiten asiakkaan sitoutumista. Muistelemme aiemmin siteerattuja tutkimustuloksia, joiden mukaan suurimmat erot johtuvat terapeuttien kyvyistä muodostaa, hoitaa ja ylläpitää alliansseja erilaisten asiakkaiden kanssa.

Allianssin vahvistuminen hoidon aikana: Asiakkaan ja terapeutin välinen allianssi, joka vahvistuu ja kehittyy hoidon alusta hoidon loppuun, näyttää tuottavan parempia hoitotuloksia kuin allianssit, jotka alkavat ja pysyvät hyvinä tai heikkenevät hoidon aikana (Anker, Duncan & Sparks 2009, Anker et al. 2010).

Asiakkaan ahdinko terapian alussa: Diagnoosia enemmän hoitotulokseen vaikuttaa asiakkaan ahdingon vakavuus terapian alussa. Asiakkaat, jotka kokevat suurta tuskaa, saavat yleensä suuremman hyödyn hoidosta kuin asiakkaat, joiden ahdinko on vähäisempää tai jotka eivät koe tuskaa (Duncan, Miller, Wampold & Hubble 2010). Tieto asiakkaan ahdingon määrästä auttaa tekemään päätöksiä hoidon määrästä ja intensiteetistä.

Terapeutin usko käyttämäänsä viitekehukseen ja terapeuttiseen lähestymistapaan: Tutkimuksissa ei ole löydetty merkittäviä eroja hoitotuloksessa eri viitekehysten välillä. Terapeutin tulee kuitenkin uskoa terapian parantavaan voimaan. Lisäksi on tärkeää, että terapeutin toiminta on perusteltua ja että hän uskoo käyttämänsä viitekehukseen ja lähestymistapaan (Hubble et al. 2010).

1.2 ALLIANSSI ELI TERAPEUTTINEN TYÖLIITTO

Allianssilla viitataan asiakkaan ja terapeutin välisen yhteistyön laatuun ja vahvuuteen (Norcross 2010). Allianssi koostuu neljästä empiirisesti tutkitusta osasta:

1. yhteisymmärrys hoidon tavoitteista, tarkoituksesta ja päämäärästä
2. yhteisymmärrys terapiassa käytetyistä välineistä, tavoista ja metodeista
3. yhteisymmärrys terapeutin roolista
4. mukautuminen asiakkaan mieltymyksiin.

Yli 1100 erillistä tutkimusta dokumentoi allianssin tärkeyden onnistuneessa terapiassa, tehden siitä yhden vahvimista näyttöön perustuvista käsitteistä psykoterapiassa (Norcross 2011, Orlinsky, Rønnestad & Willutzki 2004). Tutkimuslöydöksiä kuvaillaan tarkemmin seuraavaksi.

Terapeuttisella allianssilla on huomattava ja johdonmukainen vaikutus asiakkaan onnistumiseen erilaisissa psykoterapioissa. Yli 20 meta-analyysiä on osoittanut terapeuttisen allianssin vaikutuksen hoidon tuloksiin (Norcross 2011). Asiakkaan ja terapeutin välinen suhde ja allianssi vaikuttavat tehokkuuteen yhdessä hoitomallin, asiakkaan erityispiirteiden ja terapeutin ominaisuuksien kanssa. Allianssi vaikuttaa hoidon tulokseen 5–9 kertaa enemmän kuin käytetty malli tai tekniikka.

Asiakkaan arvio omasta voinnista tulohetkellä sekä arvio allianssista ovat parhaita ennusmerkkejä hoitotuloksesta. Ne korreloivat paremmin lopputuloksen kanssa kuin terapeutin tekemät arviot. Asiakkaan tekemä arvio terapeutin ja asiakkaan välisestä vuorovaikutussuhteesta ennustaa hoitotulosta, ja se on luotettavampi kuin terapeutin tekemä arvio (Horvath & Symonds 1991, Martin, Garske & Davis 2000, Norcross 2010 ja 2011). Jotkut terapeutit muodostavat parempia alliansseja asiakkaidensa kanssa ja myös saavuttavat parempia hoitotuloksia. Heikompia alliansseja muodostavien terapeuttien asiakkaat keskeyttävät hoidon useammin ja saavat huonompia hoitotuloksia (Hubble et al. 2010 ja Lambert 2010).

Merkittävä osa terapeuttisessa allianssista on yhteistyön laatu. Jotkut terapeutit määrittävät allianssin laadun vaihtelu kyvyssä nauttia eroista hoitotuloksista.

Allianssin seurantaan kiinnittyminen on tärkeää. Asiakaspalautekyselyt luomaan terapeutin tietoa allianssin laadusta (Norcross 2009, Anker et al. 2007). Allianssin seuranta tuottaa parempia hoitotuloksia (Norcross & Hubble 2010, Iversen et al. 2007).

in ja vahvu-
sta osasta:

tuneessa terapi-
tä psykoterapi-
rimuslöydöksiä

vaikutus asi-
a-analyysiä on
lorcross 2011).
okkuuteen yh-
auksien kanssa.
ytetty malli tai

lianssista ovat
imin lopputu-
i arvio terapeu-
ilosta, ja se on
1991, Martin,
nuodostavat pa-
a hoitotuloksia.
yttävät hoidon
Lambert 2010).

Merkittävä osa terapeuttien välisistä eroista hoitotuloksessa johtuu eroista terapeuttisessa allianssissa. Asiakkaiden allianssiarvioissa on eroja. Siitä huolimatta jotkut terapeutit muodostavat parempia alliansseja asiakkaidensa kanssa kuin toiset. Vaihtelu kyvyssä muodostaa alliansseja selittää suuren osan terapeuttien välisistä eroista hoitotuloksissa (Baldwin et al. 2007).

Allianssin seurannan avulla terapeutit voivat tunnistaa ja korjata ongelmia hoitoon kiinnittymisessä ja siten vähentää ennen aikaisia keskeytyksiä ja negatiivisten tulosten riskiä. Säännöllinen ja jatkuva allianssin seuranta ajantasaisen asiakaspalautekyselyn avulla auttaa sekä tunnistamaan mahdollisia ongelmia että luomaan terapeutille mahdollisuuksia korjata virheet (Anker, Duncan & Sparks 2009, Anker et al. 2010). Lisäksi allianssin kehittyminen hoidon alusta loppuun tuottaa parempia hoitotuloksia ja vähentää keskeytyksiä (Duncan, Miller, Wampold & Hubble 2010, Harmon et al. 2007, Lambert 2010, Miller, Hubble & Duncan 2007).

1.4 ERITYISOSAAMINEN JA KLIININEN TYÖSKENTELY

Monissa eri alojen tutkimuksissa (esim. lääketiede, musiikki, urheilu, matematiikka) on dokumentoitu tarvittavat vaiheet ensiluokkaisen suorituskyvyn saavuttamiseen. Nämä vaiheet ovat 1) suoriutumisen lähtötilanteen kartoitus, 2) sitoutuminen tarkoituksenmukaiseen ja pohdiskelemaan ammatinharjoitukseen ja 3) jatkuvan palautteen ja valmennuksen saaminen. Seuraavaksi käymme läpi nämä vaiheet.

Suorituskyvyn lähtötilanteen kartoitus

Parhaat ammattilaiset osaavat arvioida tietonsa, taitonsa ja tehokkuutensa tarkasti, olipa kyse urheilusta, musiikista, lääketieteestä tai psykoterapiasta. Lisäksi alojensa parhaat jatkuvasti vertaavat tämänhetkistä suoriutumistasoaan 1) omaan parhaaseen tulokseensa, 2) muiden suoriutumiseen ja 3) tunnettuun kansalliseen standardiin tai perustasaan (Ericsson, Charness, Feltovich & Hoffman 2006).

Sitoutuminen tarkoituksenmukaiseen ja pohdiskelemaan ammatillisuuteen

Ammattilaiset harjoittelevat parantaakseen henkilökohtaista tavoitteellista suoriutumistaan. Parhaat ammattilaiset käyttävät tähän jopa neljä tuntia päivässä viikon jokaisena päivänä, mukaan lukien viikonloput ja lomapäivät. Tämä erittäin fokuoitunut ja harkittu vaivannäkö on todella kuluttavaa. Tästä syystä useimmat harjoitukset kestävät kerrallaan enimmillään 45 minuuttia, jonka jälkeen seuraa lepotauko. Tarkoituksenmukainen harjoittelu on erilaista eri aloilla. Kaikissa muodoissaan siihen kuitenkin liittyy erittäin fokuoitunut ja toistuva taitojen harjoittelu, jossa keskitytään kehittämään niitä ammattiin liittyviä osa-alueita, joita ei vielä hallita. Ajan kanssa harjoittelu johtaa syventyneeseen alakohtaisen tietämyksen kehittymiseen. Parhaat eivät ainoastaan tiedä enemmän, vaan he tietävät milloin, missä, miten ja kenen kanssa he käyttävät tietojaan.

Jatkuvan palautteen ja valmennuksen saaminen

Ammattilaisilla on yleensä valmentaja tai ohjaaja, joka antaa ohjeita ammatilliseen toimintaan ja harjoitteluun. Valmentajat kannustavat ammatillaisia toimimaan tämänhetkisen suorituskykynsä yläpuolella.

Merkitys terap

Ammattitaitoa tutkitta
terapeutin tule

1. mitata tulostase
2. tunnistaa amma
osaamisensa ulk
3. kehittää ja toteu
4. saada valmennu
5. mitata suunnitel
6. mukauttaa suun

Yllä mainittua prosessi
reflektioi). Kehittääkse
Tämä tarkoittaa sitä, et
suunnitelman näiden t
asiantuntijat seuraavat
ajatteluvaiheessa suun
sekä sitä, miten laaduk
määrä, jolla erinomaise
kollegoistaan. Reflektio
yksityiskohtia ja tunnis
heitä saavuttamaan tav
selittävät epäonnistum
Parhaat ammattilaiset t
kontrolloitavia tekijöitä

Näitä erinomaiseen suc
FIT-mittauksen tietojen

- Hyväksy, että
- Varaa jokaisel
45 minuuttia l
- Keskustele FIT
(liittymällä ICC
- Aseta pieniä, r
(seuraava kys

Merkitys terapeuteille

Ammattitaitoa tutkittaessa havaitaan, että parantaakseen suorituskykyään terapeutin tulee

1. mitata tulostasonsa ja määrittää yleinen tehokkuutensa,
2. tunnistaa ammattinsa osa-alueet, jotka ovat hänen tämänhetkisen osaamisensa ulkopuolella,
3. kehittää ja toteuttaa tarkoituksenmukaista ammatinharjoitusta,
4. saada valmennusta, ohjeita ja koulutusta,
5. mitata suunnitelman ja koulutuksen vaikutus suorituskykyyn ja
6. mukauttaa suunnitelmaa ja toimenpiteitä.

Yllä mainittua prosessia kutsutaan nimellä TAR: Think, Act, Reflect (ajattele, toimi, reflektoi). Kehittääkseen luotettavan suorituskykynsä piiriä parhaat ovat kauaskatseisia. Tämä tarkoittaa sitä, että he asettavat kehitykselleen tarkat tavoitteet ja luovat suunnitelman näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Toimintavaiheessa menestyksekkäät asiantuntijat seuraavat suoriutumistaan. He tarkkailevat jatkuvasti sitä, etenevätkö he ajatteluvaiheessa suunniteltujen vaiheiden mukaan ja hyödyntävätkö he strategioita, sekä sitä, miten laadukkaasti kaikki vaiheet toteutuvat. Jo pelkkä yksityiskohtien määrä, jolla erinomaiset terapeutit arvioivat suoriutumistaan, erottaa heidät keskitason kollegoistaan. Reflektointivaiheessa huippusuoriutajat käyvät läpi suoritusensa yksityiskohtia ja tunnistavat tarkkoja tekoja ja vaihtoehtoisia strategioita, jotka auttavat heitä saavuttamaan tavoitteensa. Menestymättömät oppijat toimivat suurpiirteisesti ja selittävät epäonnistumisensa ulkoisilla seikoilla ja hallitsemattomilla tapahtumilla. Parhaat ammattilaiset tietävät tarkasti mitä tekevät sekä siteeraavat useimmiten kontrolloitavia tekijöitä.

Näitä erinomaiseen suorituskykyyn liittyviä löydöksiä voidaan suoraan hyödyntää FIT-mittauksen tietojen ja taitojen oppimisessa:

- Hyväksy, että FIT-mittauksen hallitsemiseen menee aikaa.
- Varaa jokaiselle päivälle aikaa opiskella ja harjoitella, maksimissaan 45 minuuttia kerrallaan. Pidä välillä lepotaukoja (vähintään 15 minuuttia).
- Keskustele FIT-mittauksesta kokeneemman kollegan kanssa (liittymällä ICCE:hen saat välittömän yhteyden muihin ammattilaisiin).
- Aseta pieniä, mitattavia tavoitteita ja tunnista erillisiä suoritusindikaattoreita (seuraava kysely on hyvä aloitus).