

Terapiat
etulinjaan

Kognitiivinen lyhytterapia

Seurantatuloksia perustason mielenterveys- ja päihdepalveluista

2024



Euroopan unionin
rahoittama
NextGenerationEU

Kognitiivinen lyhytterapia

- Kognitiivinen lyhytterapia (KLT) (toimenpidekoodi: IDY03) on keskimäärin seitsemän kontaktikerran hoito. Menetelmä perustuu kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian (CBT) viitekehykseen, jonka perusajatuksena on se, että ihmisen ajattelu, tunteet ja käyttäytyminen ovat yhteydessä toisiinsa. Kognitiivisessa lyhytterapiassa ammattilainen ja asiakas työskentelevät tasavertaisessa yhteistyösuhteessa tavoitteellisesti määriteltyä tavoitetta kohden.
- Kognitiivinen lyhytterapiakoulutus sisältää ammattilaisen yleisiä taitoja hoitavan yhteistyösuhteen rakentamiseksi ja terapeuttisen vuorovaikutuksen toteuttamiseksi. Koulutus sisältää hoitomallit seuraavien mielenterveyden ongelmien hoitamiseksi: (yleistynyt) ahdistus, masennus, unettomuus, riippuvuudet, sosiaalisten tilanteiden pelko ja paniikkihäiriö.
- Kognitiivinen lyhytterapia on sopivaa ja oikea-aikaista hoitoa lievissä- ja keskivaikeissa mielenterveyden häiriöissä sekä tietyn edellytyksin myös vakava-asteisten oireiden hoidossa.

Käytettävissä oleva aineisto

- Jokainen koulutukseen osallistuva toteuttaa koulutuksen aikana useita koulutushoitoja ja seuraa niiden vaikuttavuutta - koulutuksen yksi keskeinen tavoite on palautetietoisien hoidon toteuttaminen yksilökohtaisen tiedon avulla.
- Analyyseissä hyödynnettävä aineisto on koottu koulutushoitosten seurantatiedoista.
- Aineisto on perustason mielenterveys- ja päihdepalveluja koskeva naturalistinen seuranta ja käsittelee niiden asiakkaiden hoitoa, joita perustasolla muutenkin hoidetaan.
- Aineisto käsittää suuren osan Suomen hyvinvointialueista, eli se on myös maantieteellisesti hyvin kattava ja edustava.
- Käytettävissä oleva aineisto käsittää tällä hetkellä 2663 perustasolla toteutettua kognitiivista lyhytterapiaa.

Millaista päättelyä seurannan kautta voidaan tehdä?

- Tulokset luovat kuvaa kognitiivisen lyhytterapian vaikuttavuudesta palvelujärjestelmän arjessa (effectiveness vs. *efficacy*).
- Kognitiivis-behavioraaliset terapiat ovat pitkälti tutkittuja yleisten mielenterveyden häiriöiden hoidossa (mm. Cuijpers ym., 2023, Cuijpers ym., 2014, Rabasco ym., 2022, Mayo-Wilson ym., 2014., Trauer ym., 2015, Magill ym., 2019)
 - Tästä syystä on hyvin keskeistä arvioida hoidon vaikuttavuutta ”kentällä”, sillä kontrolloiduissa olosuhteissa luodut koeasetelmat eivät usein vastaa arkielämän todellisuutta.
- Kliinisten vaikuttavuustulosten lisäksi menetelmän soveltuvuutta ja käytettävyyttä arvioitaessa tulee huomioida myös menetelmän käyttöön liittyvät kustannukset, hoitoa toteuttavan ammattilaisten näkökulma ja asiakkaiden palaute.
- Vertailemalla saatuja tuloksia kansainvälisten seurantatulosten kautta voidaan päätellä, vertautuvatko tulokset muissa ympäristöissä toteutettuihin naturalistiseen seurantatuloksiin – eli ottaa kantaa menetelmän vaikuttavuuteen.

Kognitiivisen lyhytterapian kliiniset seurantatulokset

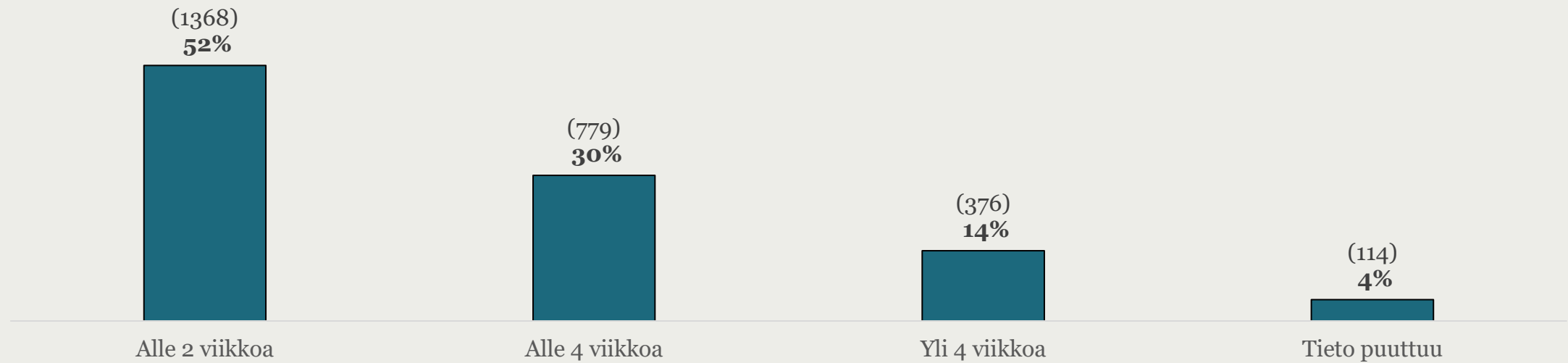
- Tämä raportti käsittelee KLT:n kliinisiä tuloksia erityisesti ahdistuksen ja masennuksen osalta.
 - Nämä kohdeoireet käsittävät tämän seurannan perusteella yhteensä yli 70 % perustason palvelutarpeesta
- Muiden häiriöiden osalta toteutetaan vastaavat raportit, kun aineistoa on kertynyt riittävästi.
- Kliinisiä tuloksia seurataan koulutushoidoissa käynti käynniltä kahdella oirekyselyllä.
 - Käytössä on aina PHQ-9 (Kroenke ym., 2001), jonka lisäksi toisena oireena on hoidettavat kohdeoireen mukainen mittari (masennuksessa ja ahdistuksessa GAD-7 (Spitzer ym., 2006))

**Terapiat
etulinjaan**

Kognitiivisen lyhytterapian
kliiniset seurantatulokset

Yli puolet aloittaa kognitiivisen lyhytterapian alle 2 viikossa

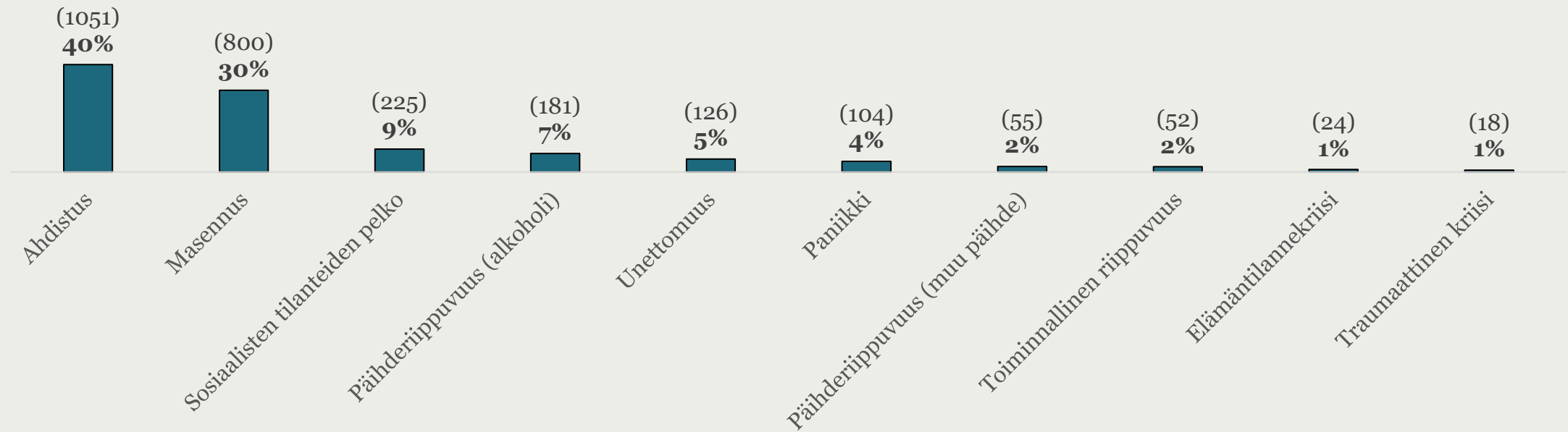
(n=2637)



Terapiat
etulinjaan

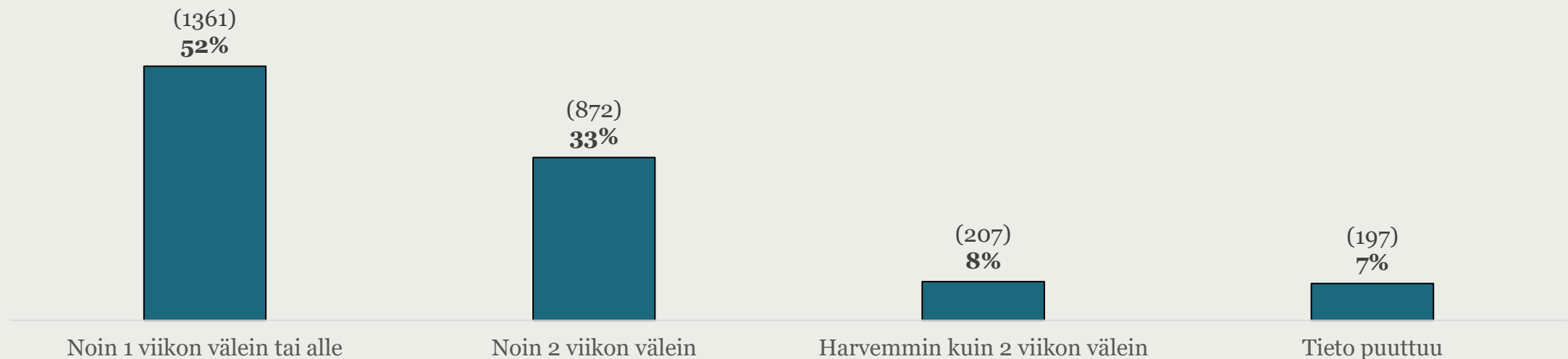
Kognitiivisen lyhytterapian kohdeoire on tyypillisesti ahdistus tai masennus

(n=2637)



Useimmiten kognitiivinen lyhytterapia toteutetaan viikoittaisilla tapaamisilla

(n=2637)



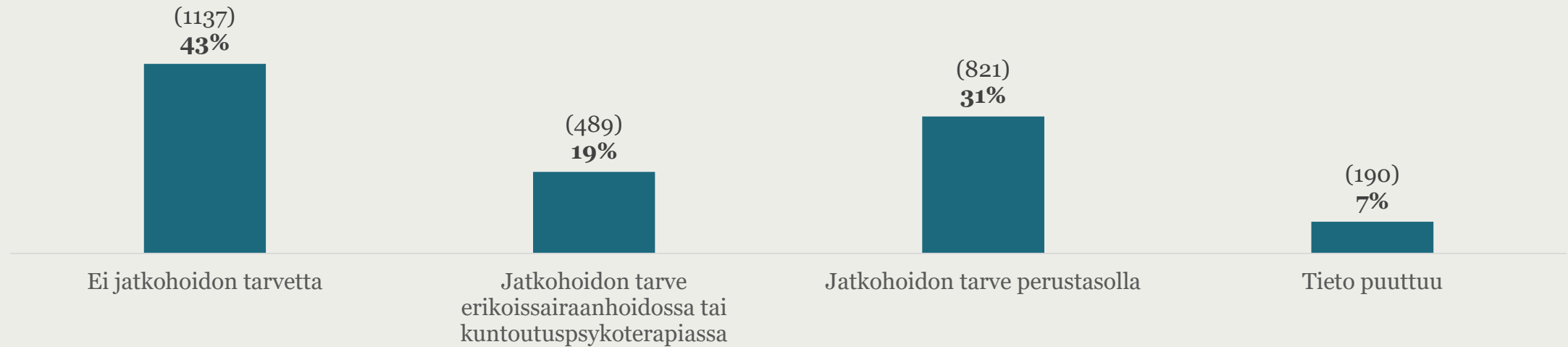
Valtaosa hoidoista päättyy suunnitellusti

(n=2637)



Jatkohoidon tarve, kaikki

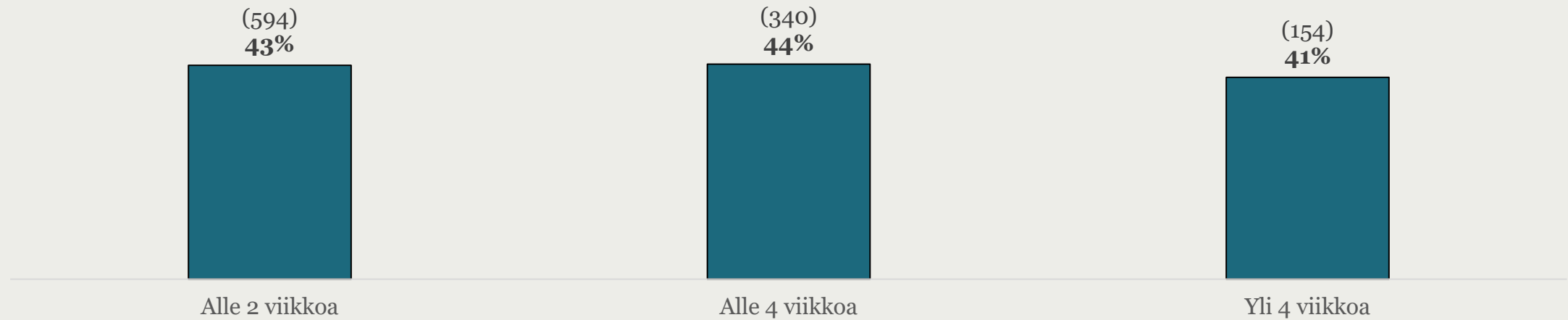
(n=2637)



Terapiat
etulinjaan

Odotusaika x Ei tarvetta jatkohoidolle

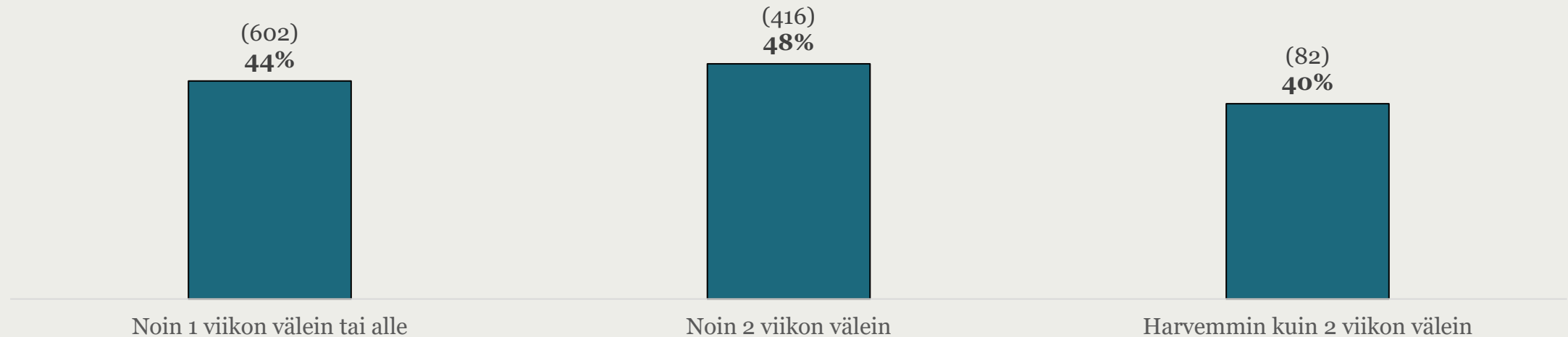
(n=1088)



Terapiat
etulinjaan

Käyntien tiheys x Ei tarvetta jatkohoidolle

(n=1100)



Edeltävä hoito x Ei tarvetta jatkohoidolle

(n=1086)

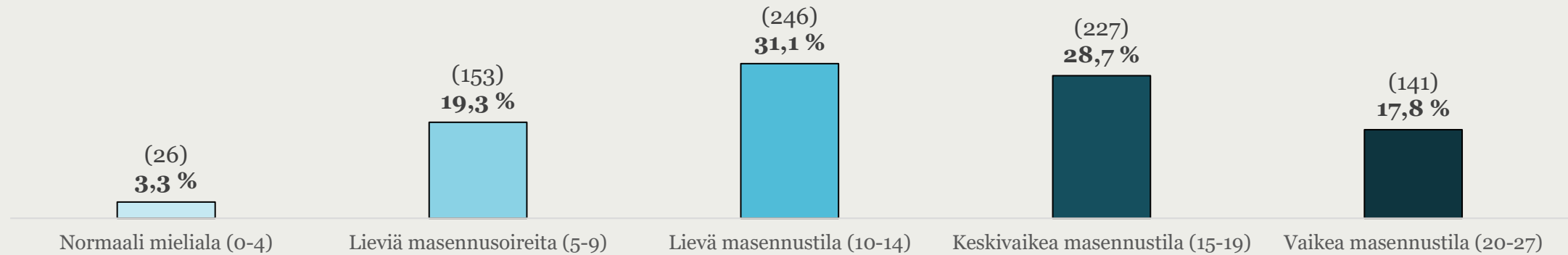


**Terapiat
etulinjaan**

Masennus kohdeoireena

Masennusoireiden jakauma hoidon alussa

PHQ-9 (n=793)



Odotusaika ja PHQ-9 lähtöpisteet, masennus

(n=773)

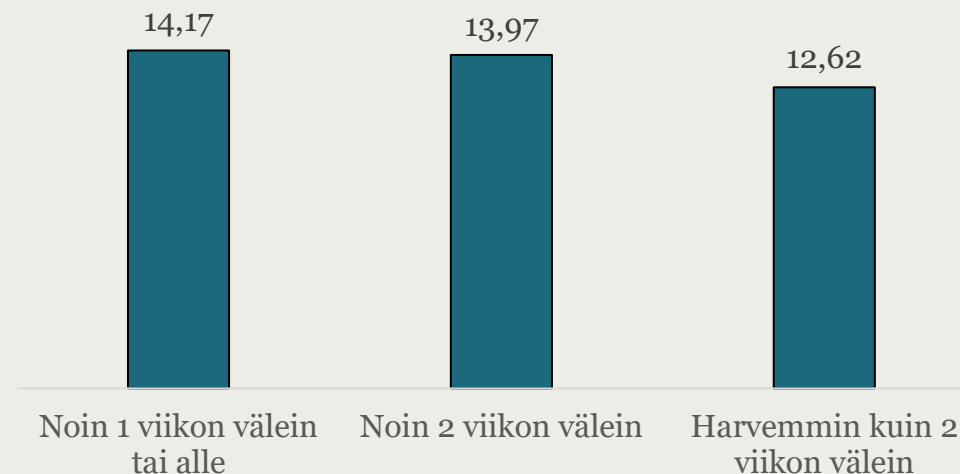
- Lähtöoireiden vakavuusaste ei eroa niiden asiakkaiden välillä, jotka odottavat <2 viikkoa, <4 viikkoa tai >4 viikkoa.
- Joillakin asiakkailla saattaa tapahtua oireiden vakavoitumista odotuksen aikana, mutta toisaalta odotuksen aikana voi toteutua myös spontaania toipumista.



Hoidon intensiivisyys ja PHQ-9 pisteet hoidon alussa

(n=740)

- Lähtöpisteet näyttävät vaikuttavan hieman siihen, että kuinka tiiviisti terapia järjestetään.
- Korkeammat lähtöoireet ohjaavat mahdollisesti toteuttamaan terapiaa intensiivisemmin.



Edeltävä hoito

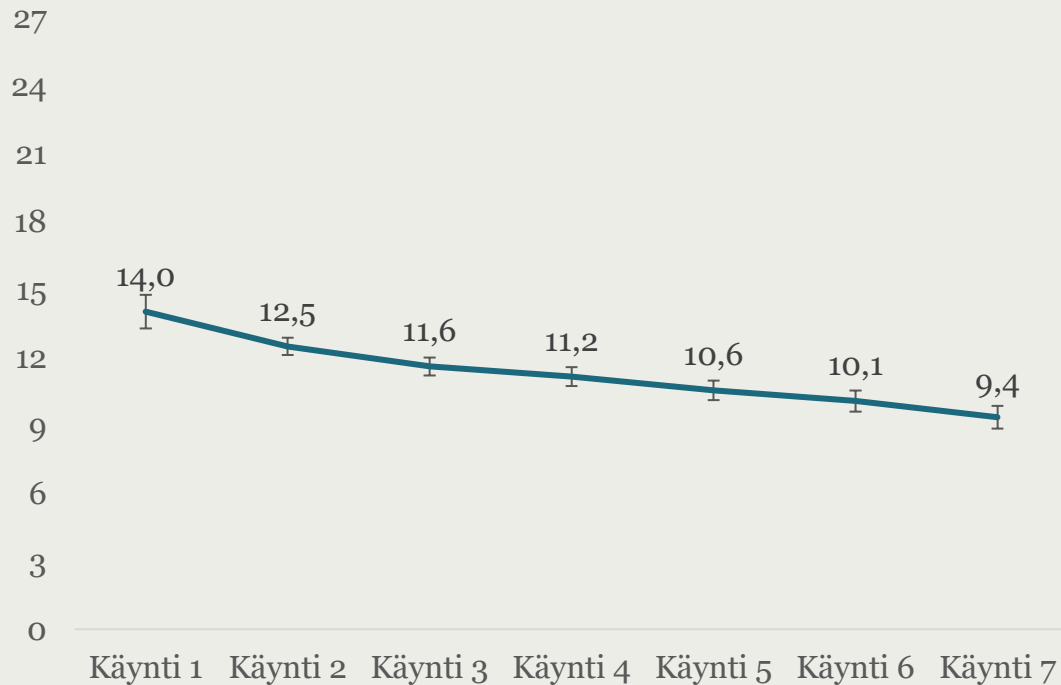
Kohdeoire: masennus (n=718)



PHQ-9 pisteiden muutos, masennus

(n=793)

PHQ-9 muutos KLT:n aikana (95 % luottamusvälit)



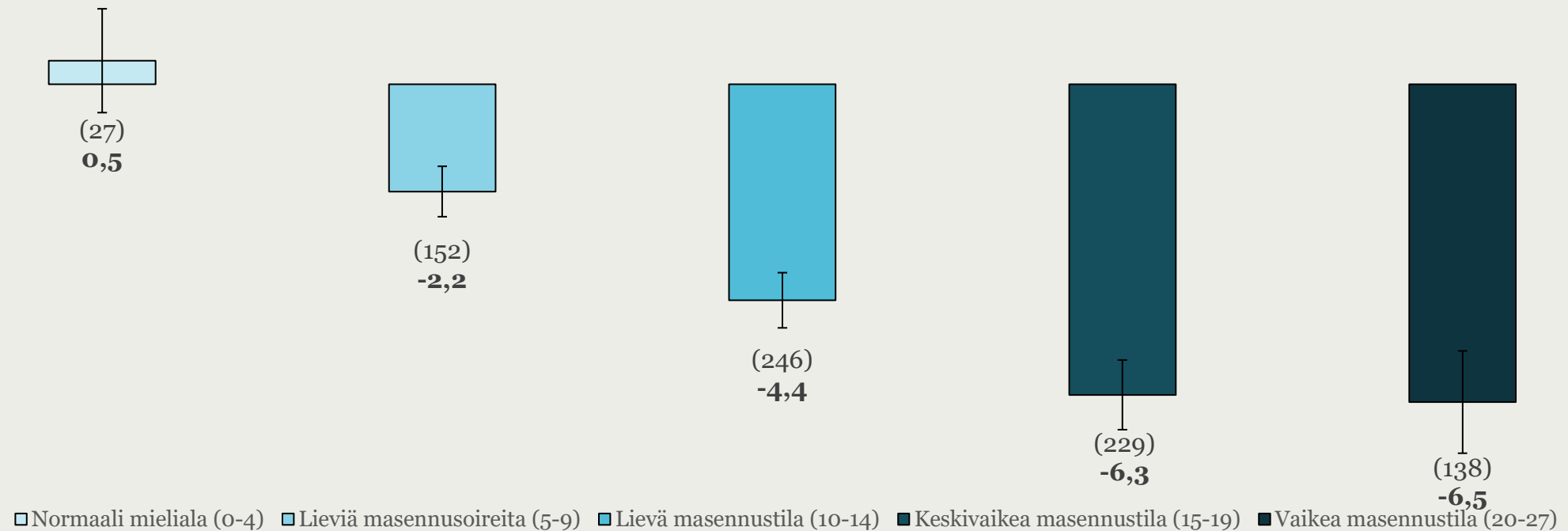
PHQ-9	n (%)
Häiriötasoinen oireilu hoidon alussa	614 (77,4 %)
Luotettava toipuminen*	255 (41,5 %)
Luotettava voinnin heikkeneminen	7 (1,1 %)

* Luotettava toipuminen: vähintään viiden (5) pisteen muutos (McMillan ym., 2010) ja siirtyminen häiriötasoisesta (≥ 10) oireilusta ei-häiriötasoiseen oireiluun

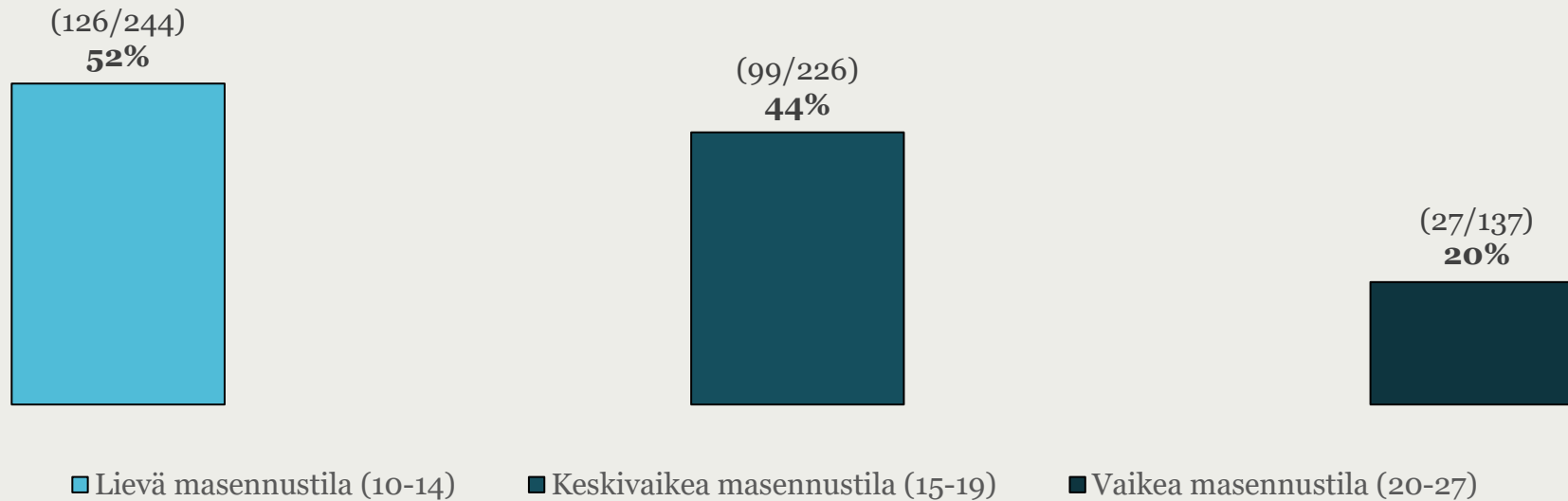
Keskimääräinen oireipistemuuotos **-4,8**

Lähtöoiretaso x PHQ-9 muutos kognitiivisen lyhytterapian aikana

Kohdeoire: masennus (n=792)

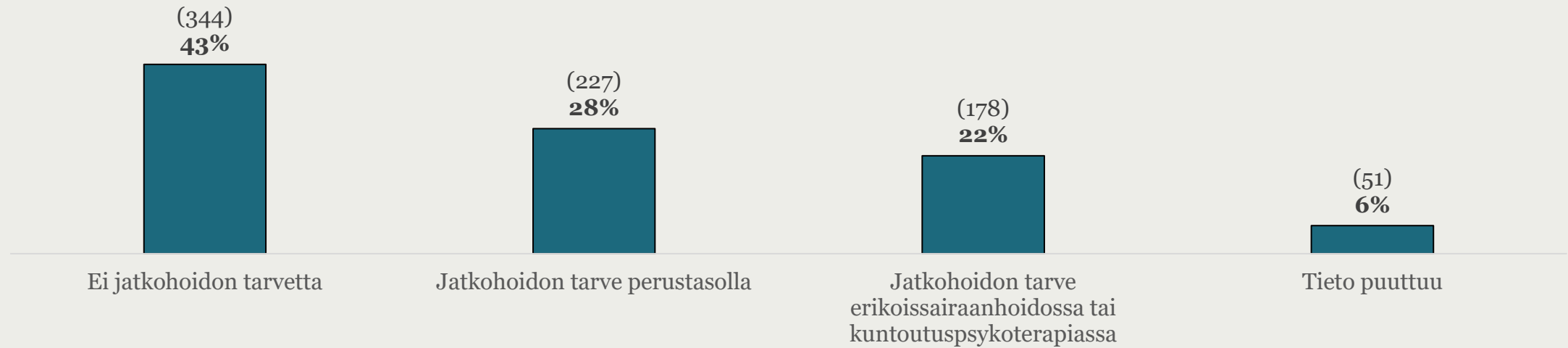


Luotettavan toipumisen osuus vakavuusasteittain, masennus (n=607)



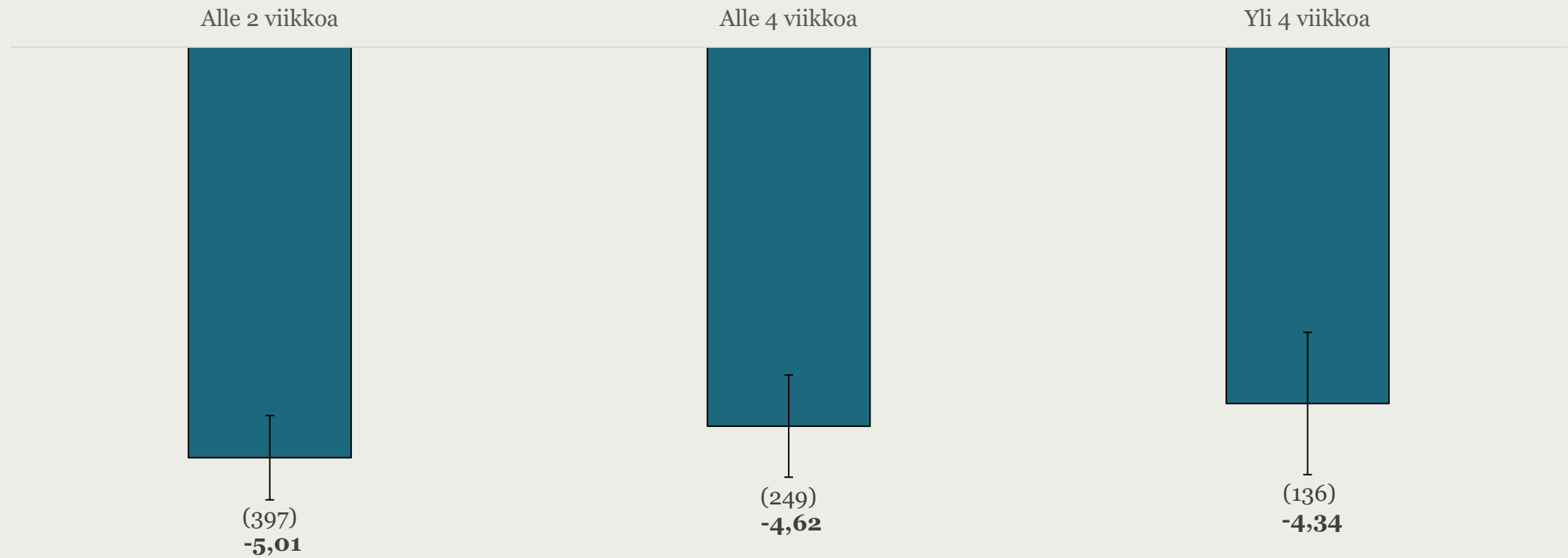
Jatkohoidon tarve

Kohdeoire: masennus (n=800)



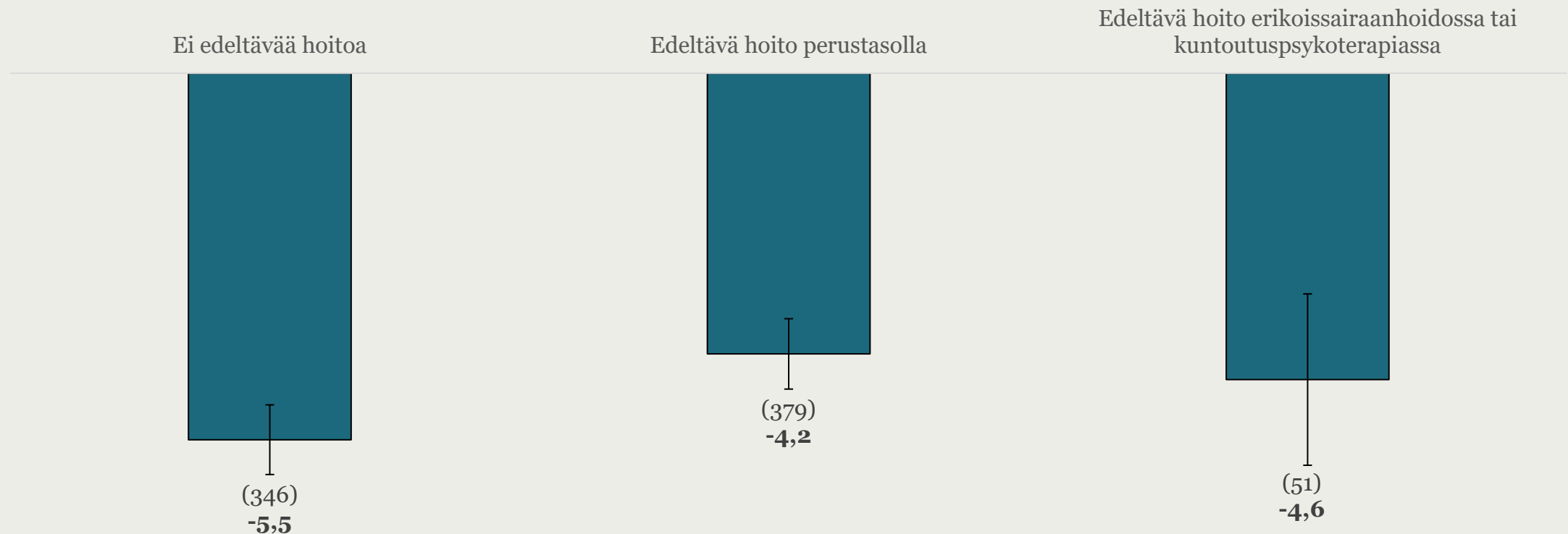
Odotusaika ja PHQ-9 pisteiden muutos lyhytterapian aikana

Kohdeoire: masennus (n=800)



Edeltävä hoito ja PHQ-9 pisteiden muutos lyhytterapian aikana

Kohdeoire: masennus (n=776)



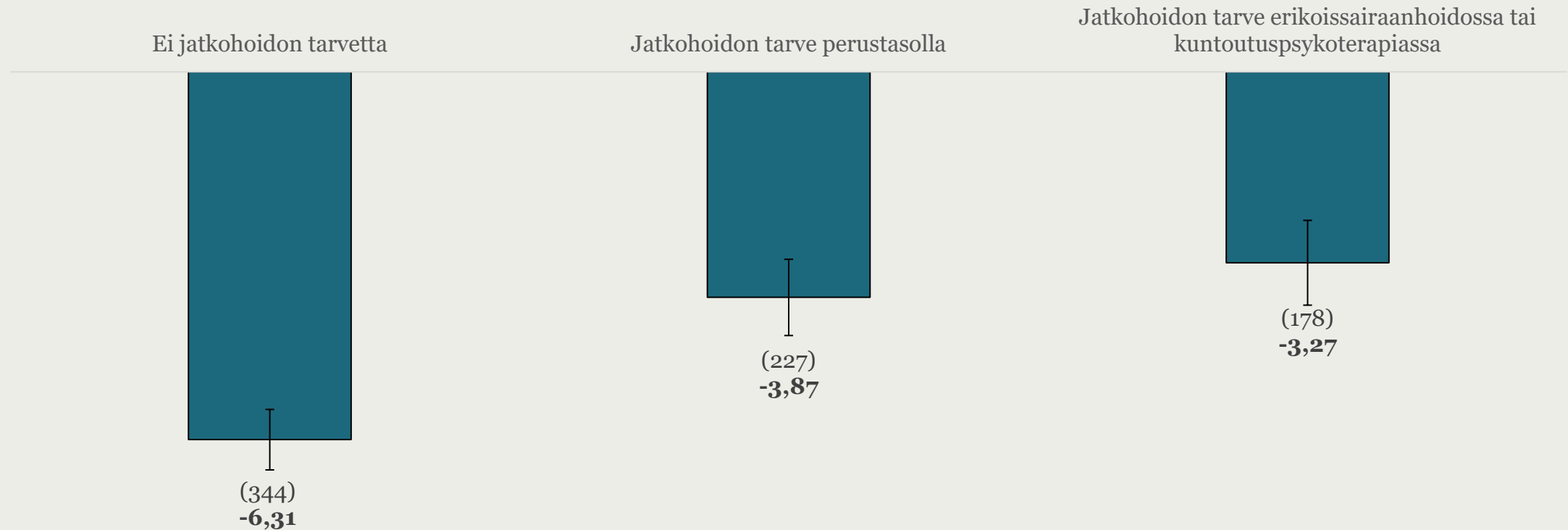
Hoidon intensiivisyys ja PHQ-9 pisteiden muutos lyhytterapian aikana

Kohdeoire: masennus (n=740)



Jatkohoidon tarve ja PHQ-9 pisteiden muutos lyhytterapian aikana

Kohdeoire: masennus (n=793)

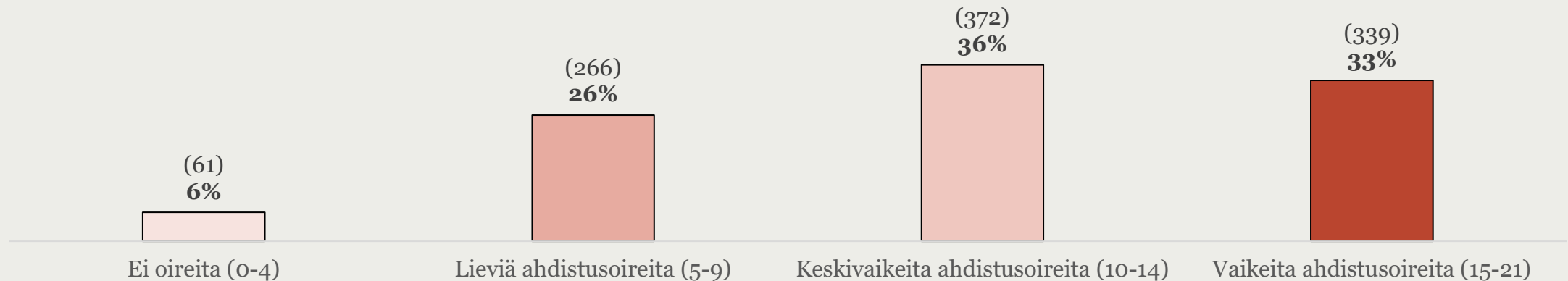


**Terapiat
etulinjaan**

Ahdistus kohdeoireena

Ahdistusoireiden jakauma hoidon alussa

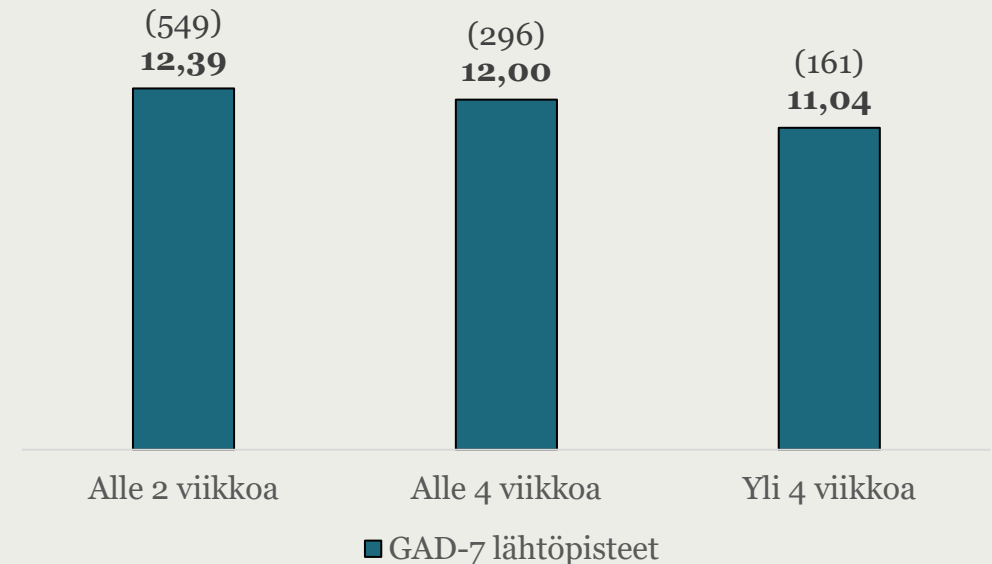
GAD-7 (n=1038)



Odotusaika ja GAD-7 pisteet hoidon alussa

n=1006

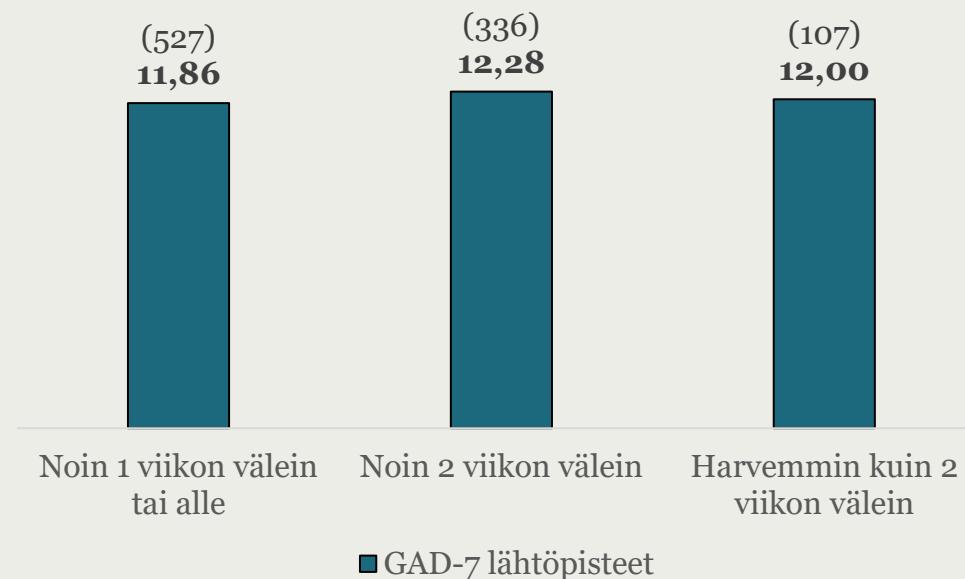
- Asiakkaiden välillä, jotka odottavat <2 viikkoa ja <4 viikkoa ei näyttäisi olevan eroa lähtöoiretason suhteen.
- Yli neljä viikkoa odottavilla näyttäisi olevan hieman vähemmän oireita hoidon alkaessa muihin ryhmiin verrattuna.



Hoidon intensiivisyys ja GAD-7 pisteet hoidon alussa

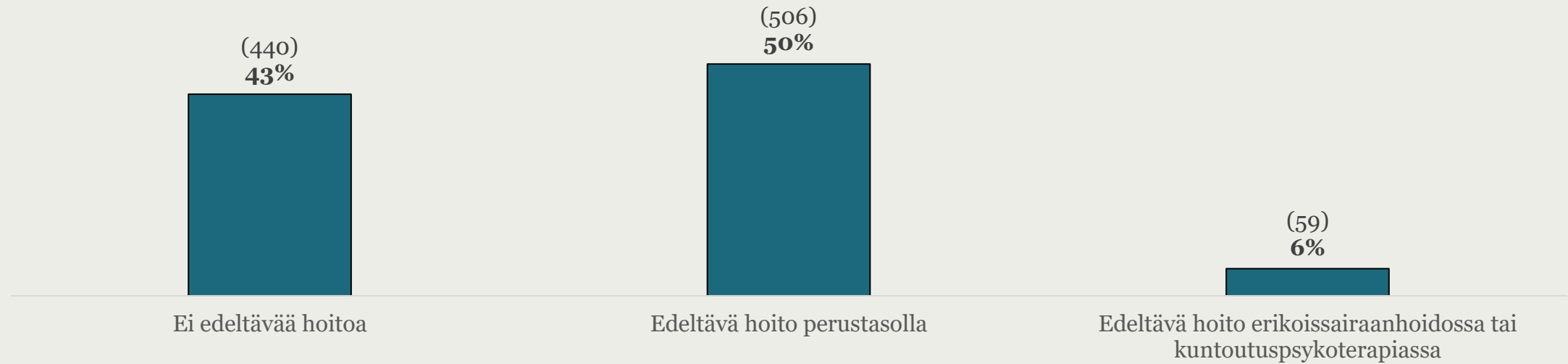
n=970

- Lähtöoiretaso ei näyttäisi suuresti vaikuttavan toteutettavan terapian intensiivisyyteen.



Edeltävä hoito

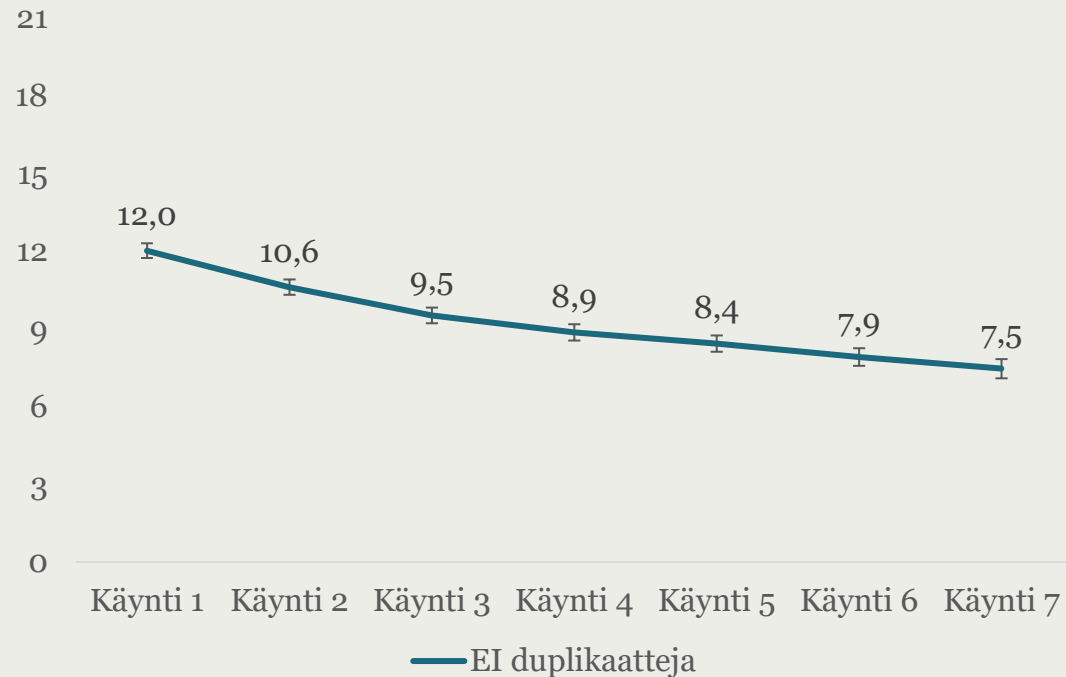
Kohdeoire: ahdistus (n=1019)



GAD-7 pisteiden muutos, ahdistus

(n=1038)

GAD-7 muutos KLT:n aikana (95 % luottamusvälit)



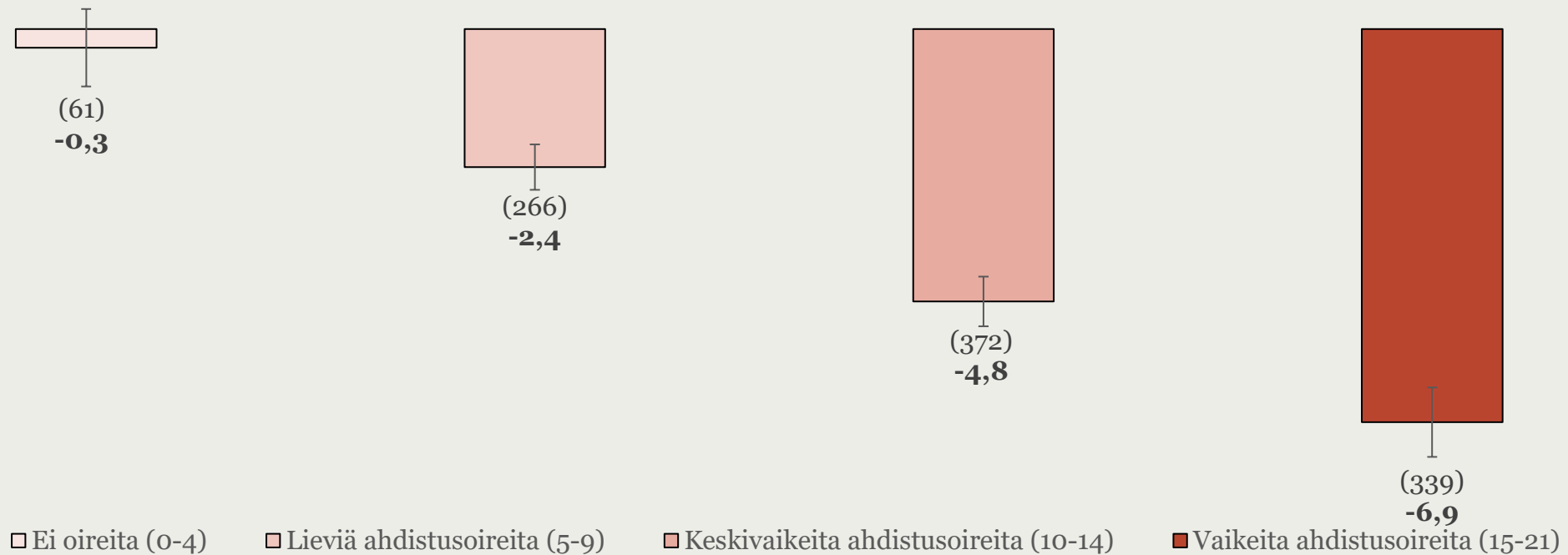
GAD-7	n (%)
Häiriötasoinen oireilu	711 (68,5%)
Luotettava toipuminen*	391 (55,0%)
Luotettava voinnin heikkeneminen	17 (2,4%)

* Luotettava toipuminen: vähintään neljän (4) pisteen muutos (Toussaint ym., 2020) ja siirtyminen häiriötasoisesta (≥ 10) oireilusta ei-häiriötasoiseen oireiluun

Keskimääräinen oireipistemuuotos **-4,6**

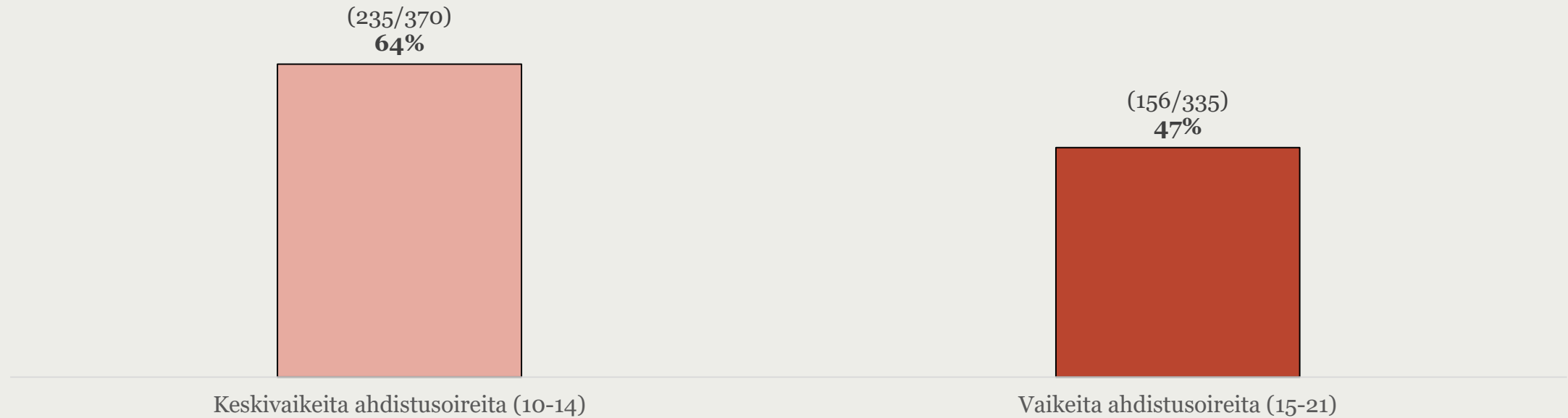
Lähtöoiretaso x GAD-7 muutos kognitiivisen lyhytterapian aikana

Kohdeoire: ahdistus (n=1038)



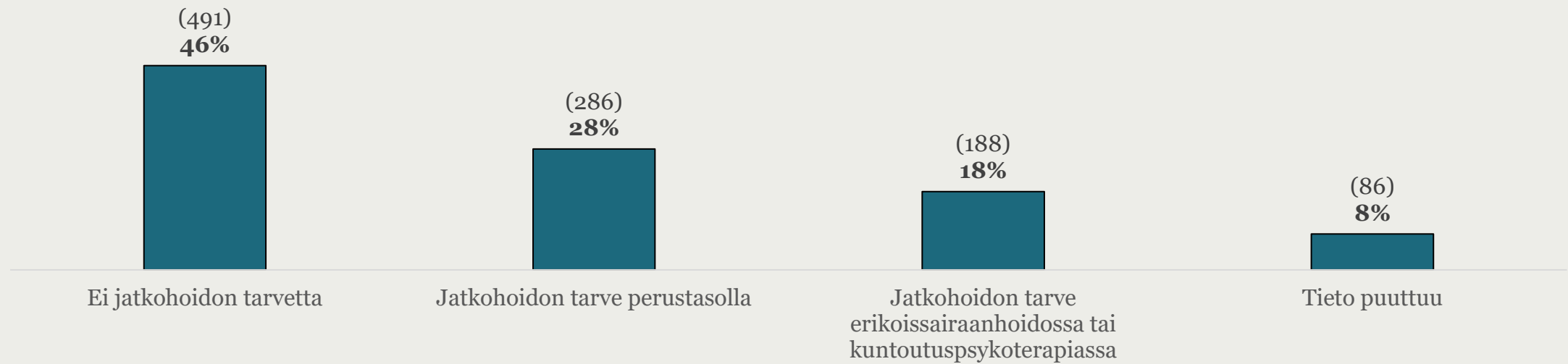
Toipumisaste vaikeusasteittain, ahdistus

(n=705)



Jatkohoidon tarve

Kohdeoire: ahdistus (n=1051)



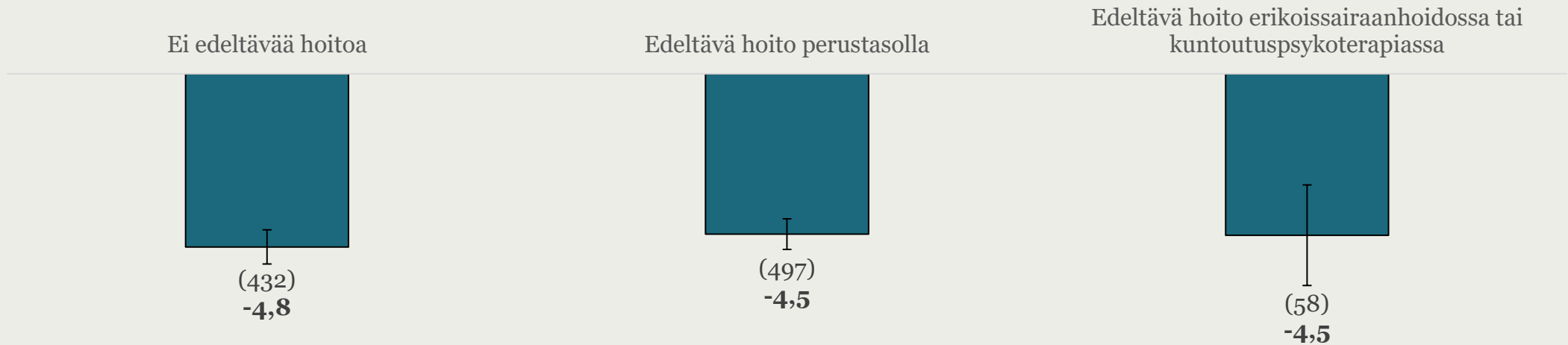
Odotusaika ja GAD-7 pisteiden muutos lyhytterapian aikana

Kohdeoire: ahdistus (n=1006)



Edeltävä hoito ja GAD-7 pisteiden muutos lyhytterapian aikana

Kohdeoire: ahdistus



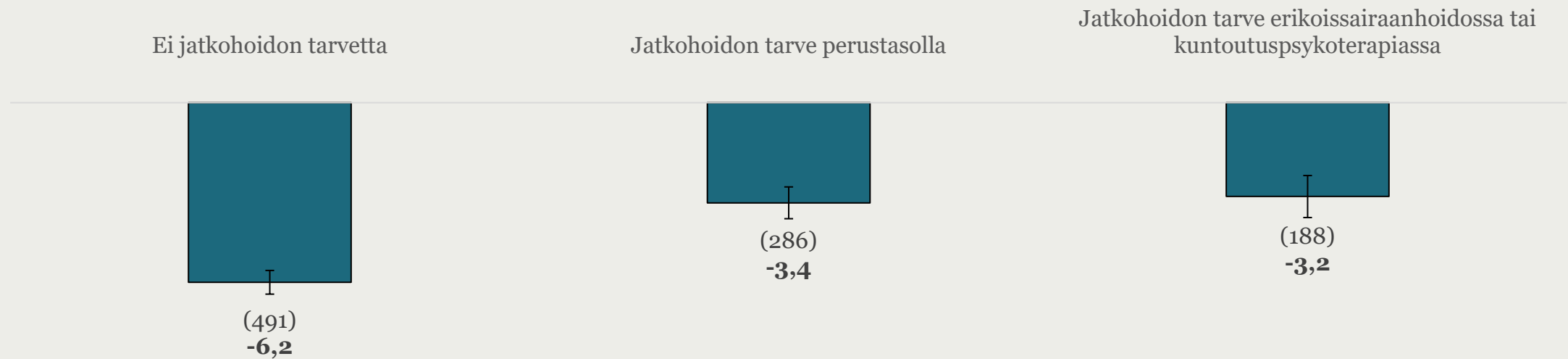
Hoidon intensiivisyys ja GAD-7 pisteiden muutos lyhytterapian aikana

Kohdeoire: ahdistus



Jatkohoidon tarve ja GAD-7 pisteiden muutos lyhytterapian aikana

Kohdeoire: masennus



Terapiat etulinjaan

Mitä nämä tulokset meille
kertovat?

Perustasolla toteutetaan vaikuttavaa terapiaa

- Kognitiivinen lyhytterapia kohdentuu useimmiten masennus- tai ahdistusoireisiin.
 - Yli puolella (n. 56 %) on taustalla aiempaa hoitoa.
- Perustasolla hoidetaan sekä lieviä, keskivaikeita, vakavia että subkliinisiä oireita.
- Masennusoireet vähenevät masennusta hoidettaessa keskimäärin 4,6 –pistettä PHQ-9-oirekyselyllä mitattuna, 41,4 % toipuu häiriötasoisesta masennusoireilusta ja 43 % ei tarvitse jatkohoitoa.
 - Yli puolet (52 %) toipuu lievistä masennusoireista ja viidennes vaikeista masennusoireista.
- Ahdistusoireet vähenevät ahdistusta hoidettaessa keskimäärin 4,6 –pistettä GAD-7 oirekyselyllä mitattuna, 55,1 % toipuu häiriötasoisesta ahdistusoireilusta ja 46 % ei tarvitse jatkohoitoa.
 - 62,8 % toipuu keskivaikeista ahdistusoireista ja 45,8 % vaikeista ahdistusoireista.

Seurantatulokset vertautuvat kansainvälisiin vertailupisteisiin

- Keskeisimmän ja laaja-alaisimman vertailupisteen suomalaisen järjestelmän kanssa tarjoaa Englannin verorahoitteinen järjestelmä, jonka osana on vuodesta 2008 vahvistettu pääsyä vaikuttavaan terapiaan (*IAPT* nyk. *NHS Talking Therapies*).
- Ohjelman tuloksia koostaneeseen meta-analyysiin (Wakefield ym., 2021) verrattuna havaitaan, että nyt raportoidut kognitiivisen lyhytterapian seurantatulokset ovat linjassa katsauksessa raportoitujen seurantatulosten kanssa:
 - Toistettujen mittausten efektikoko (Cohenin D): masennusta hoidettaessa **0,82** [0,77-1,26, Wakefield ym., 2021]
 - Toistettujen mittausten efektikoko (Cohenin D): ahdistusta hoidettaessa **0,96** [0,76-1,36, Wakefield ym., 2021]
- Vertailu on sikäli kotimaiseen kontekstiin edullinen, sillä verrattuna Englannin järjestelmään, on uusien yksiköiden ja näihin allokoitun erillisrahoituksen sijaan pyritty muuttamaan olemassa olevia palvelurakenteita – tehtävä, joka on aina useita kertaluokkia hankalampaa.

**Terapiat
etulinjaan**

Lähdeviitteet

Lähteet

1. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, Karyotaki E. 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*. 2023 Feb;22(1):105-15.
2. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2014 Mar 1;34(2):130-40.
3. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ- 9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001 Sep;16(9):606-13.
4. Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, Carroll K. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2019 Dec;87(12):1093.
5. McMillan, D., Gilbody, S., & Richards, D. (2010). Defining successful treatment outcome in depression using the PHQ-9: a comparison of methods. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 122-129.
6. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranouzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, Pilling S. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2014 Oct 1;1(5):368-76.
7. McMillan D, Gilbody S, Richards D. Defining successful treatment outcome in depression using the PHQ-9: a comparison of methods. *Journal of affective disorders*. 2010 Dec 1;127(1-3):122-9.
8. Rabasco A, McKay D, Smits JA, Powers MB, Meuret AE, McGrath PB. Psychosocial treatment for panic disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022 Mar 1;86:102528.
9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006 May 22;166(10):1092-7.
10. Toussaint, A., Hüsing, P., Gumz, A., Wingenfeld, K., Härter, M., Schramm, E., & Löwe, B. (2020). Sensitivity to change and minimal clinically important difference of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7). *Journal of affective disorders*, 265, 395-401.
11. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2015 Aug 4;163(3):191-204.
12. Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds- Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta- analysis of 10- years of practice- based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1-37.