

LIITE 8.

NÄYTÖN ASTEEN MÄÄRITTELY

Tulostaulukossa kunkin diagnoosi-interventioparin kohdalle on viitteeksi merkitty lähde, jonka perusteella vaikuttavuustulos ja näytön asteen arviointi on tehty (tuorein systemoitu katsaus, Käypä hoito -suosituksen näytönastekatsaus (NAK) tai satunnaistettu tutkimus).

Jos näytön aste on lähteessä ilmoitettu GRADE-yhteistyössä käytetyillä A-D-koodeilla (Jousimaa 2014), on luokitusta käytetty sellaisenaan. Jos lähde käyttää jotain muuta näytön asteen arviointitapaa, työryhmä on muuntanut raportoidun näytön asteen A-D koodiksi (kts. alla). Jos lähde ei ole arvioinut näytön astetta, työryhmä on tehnyt sen GRADE-ohjeiden mukaisesti. Arviointitapa on alla kuvattu lähdetyyppien mukaan jaoteltuna ja poikkeuksien osalta lopputulos on esitetty kunkin tutkimuksen kohdalla aakkosjärjestyksessä.

Käypä hoito -näytönastekatsaukset (NAK)

Katsauksessa ilmoitettua näytön astetta käytetty sellaisenaan.

Cochrane-katsaukset

- “Moderate quality of evidence” = B
- “Low quality of evidence“ = C
- “Very low quality of evidence“ = D
- Yksittäisiä Cochrane-katsauksia, joiden kohdalla ei ollut käytetty em. luokittelua
 - Abbass ym. 2014: Psykodynaaminen terapia masennuksessa, 33 RCT:tä n=2173, “Heterogeneity and loss of significance of some measures in follow-up suggest these results be interpreted with caution. “ → B
 - Armelius ja Andreassen 2007, CBT epäsosiaalisessa käytöshäiriössä. 5 RCT:tä ja 7 muuta → B
 - Gates ym. 2006. Perheterapiat kannabiksen käytössä. 3 erilaista perheinterventioita, joissa samansuuntaiset tulokset → B
 - Gillies ym. 2012. Psykoterapiat lasten ja nuorten posttraumaattisen stressihäiriön hoidossa. Kaikki terpiat 3 RCT:tä yli 1 kk seurannalla, alle vuoden kestoisissa positiiviset tulokset ja yli yhden vuoden kestoisissa negatiivinen tulos → B
 - Hay ym 2009. Psykoterapia ahmimishäiriössä ja lihavan ahmimishäiriössä. 3-12 RCTtä, ei tilastollista heterogeenisyyttä = A
 - Justo ym. 2007. Perheinterventiot kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. 2 RCTtä, N = 65, “Small and heterogenous body of evidence“ → C
 - Kaner ym. 2007 Alkoholin lyhytneuvonta perusterveydenhuollon potilailla, joilla ei vaikeaa riippuvuutta. 22 RCT:tä, joiisa yhteneväisesti positiiviset tulokset eri alaryhmäanalyyseissä → A
 - McQueen ym. 2011 Alkoholin käytön lyhytneuvonta sairaalahoidossa oleville. 3 RCT:tä joissa 2-6 kk seurantatulokset, näissä positiivinen tulos; 1 RCT, jossa 9 kk seuranta, tässä raja-arvoinen tulos ja 3 RCT:tä, jossa 1 vuoden seuranta, näissä ei merkitsevää eroa. → B
 - Thomson ym. 2007, 5 RCTtä, N=247. Kaikki psykoterapiat hypokondriassa. Merkitsevää heterogeenisyyttä → B
 - Thomson ym. 2007. Psykoterapiat somatoformisissa häiriöissä. 1 RCT, N=20. Psykoedukaatio hypokondriassa. → C
 - Whalley ym. 2011. Masennus ja ahdistus somaattisesti sairailta. 12 RCTtä, N = 5041 (depressio) ja N=2771 (ahdistuneisuus), tutkimusmetodien raportoinnissa puutteita (arvioijien sokkoutus=?), tuloksissa suurta heterogeenisyyttä → C

SBU:n (Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services) katsaukset

“The strength of evidence is graded on four levels:

- Strong scientific evidence (++++) = A
Based on studies of high or moderate quality with no factors that would weaken an overall appraisal.
- Moderately strong scientific evidence (+++0) = B
Based on studies of high or moderate quality with isolated factors that weaken an overall appraisal.
- Limited scientific evidence (++00) Evidence Grade 3 = C
Based on studies of high or moderate quality with factors that weaken an overall appraisal.
- Insufficient scientific evidence (+000) = D
The scientific evidence is insufficient when scientific evidence is absent, available studies have low quality or studies of similar quality report conflicting results. “

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (Jonas ym. 2013)

- “High = A
High confidence that the evidence reflects the true effect. Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.
- Moderate = B
Moderate confidence that the evidence reflects the true effect. Further research may change our confidence in the estimate of the effect and may change the estimate.
- Low = C
Low confidence that the evidence reflects the true effect. Further research is likely to change our confidence in the estimate of the effect and is likely to change the estimate.
- Insufficient = D
Evidence either is unavailable or does not permit estimation of an effect.“

NICE Guideline

Käyttää GRADE-luokitusta, jossa moderate quality of evidence = B

- CBT alkoholin käytön vähentämisessä: NICE Guideline 2014, “moderate quality of evidence“; Simojoki 2015 NAK 04630 Näytön aste B → B

Dragioti ym. 2017

- Class I (Dragioti ym. 2017): meta-analyysissä (random effect) tilastollisesti merkitsevä summatulos, jonka P-arvo $< 10^{-6}$; potilaita yli 1000, tutkimusten heterogeenisuus alhainen tai kohtalainen ($I^2 < 50\%$); 95%: ennakoitväli (prediction interval) ei sisällä nolaa; ei pienten tutkimusten tuomaa positiivista systemaattista virhettä (small study effect); isoimman tutkimuksen vaikutuksen suuruus (effect size) konservatiivisempi kuin random effect summan vaikutuksen suuruus. = A
- “Class II (Dragioti ym. 2017) Highly suggestive evidence : >1000 participants, highly significant summary associations ($p < 10^{-6}$ by random-effects) and 95% prediction interval not including the null value.“ = B
- “Class III criteria: Suggestive evidence, required only >1000 participants and $p \leq 0.001$ by random-effects“; = B
- “Weak evidence (Class IV) criteria: required only p -value ≤ 0.05 “; = C

Muut katsaukset

- Babowitch ym. 2016 Psykoterapiat nuorten masennuksen ja päihteiden käytön hoidossa. 2 RCT:tä, n= yhteensä 100, molemmissa masennus väheni, mutta päihteiden käyttö vain toisessa.
- Bennett ym 2016. Lasten ja nuorten ahdistuneisuuden psykososiaalinen hoito: Näytön laatu 1 =paras → A
- CADTH 2011 (Syst. katsaus). Käyttäytymisterapiat ADHD:ssä; 4 RCTtä, tulokset samansuuntaiset, heterogeenisyyttä. Puustjärvi 2011 NAK aste B, Sprich 2016 (RCT); N=46. Arvioija sokkoutettu, kapeat luottamusvälit, aste B, yhdistettynä → B
- Cooper 2015, CBT kannabiksen käytön vähentämisessä, 1 RCT, tuloksiin liittyvä harhan riski on suuri. Tacke 2012 NAK 05105, NA = B. Yhdistettynä → B
- Cooper 2015, SR, Motivoiva haastattelu/Motivaatiota lisäävä terapia kannabiksen käytön vähentämisessä, 10 RCTtä, vaihtelevat tulokset, harhan riski kohtalainen tai suuri. → C
- Costa ja Melnik 2016; SR (30 katsausta ja 101 RCTtä). Analyysiä ei kuvattu, Vain kaksi tutkimusta anoreksian hoidosta perheterapialla → B
- Cristea ym. 2017: Psykososiaalinen hoito epävakaassa persoonallisuudessa. 13 RCT:tä (5 KBT:lle, 4 dialektiselle käyttäytymisterapialle, 2 psykodynaamiselle). ”Borderline-relevant outcomes (all therapies). Dialectical behavior therapy and psychodynamic approaches were the only types of psychotherapies more effective than control interventions. Publication bias was persistent.” Eri terapiat → C (näytön astetta alentaa tuloksen epätarkkuus ja julkaisuharha). Yksittäisille vaikuttaville terapioidille → A (4 RCT, NAK päätyntä A:han) ja → B (2 RCT, näytön astetta alentaa julkaisuharha)
- Cuijpers ym. 2014a: Meta-analyysi. Psykoterapia subkliinisen masennuksen hoidossa. Näytön astetta alentaa tulosten epätarkkuus ja lyhytkestoisuus → C
- Cuijpers ym. 2014b: Meta-analyysi. Ikäihmisten depression psykososiaalinen hoito. Ei heterogeenisyyttä tai julkaisuharhaa → A
- Das ym. 2016: 38 SR:ta. Psykologiset interventiot nuorilla. Tutkimukset hyvin heterogeenisiä. → B
- Dugosh ym. 2016: 3 katsausta, 27 empiiristä tutkimusta, Psykoterapia päihdevieroituksessa. “the incremental utility varied across studies, outcomes, medications, and interventions” → B
- Epstein R, 2015; SR ja verkostometanalyysi (59 RCTtä): Psykoterapiat lasten käyttöhäiriöissä. Lapsiin kohdistuva interventio 2 RCT:tä → C , vanhempiin kohdistuva interventio 25 RCT:tä → B, molempiin kohdistuva interventio 39 RCT:tä → B . Näytön aste on tutkijoiden itseensä asettama.
- Galsworthy ym. 2014: 4 RCT:tä. CBT anoreksiassa. Heterogeenisuutta. → B
- Gergov ym. 2015. Nuorten psykoosien hoito: KKT-perheterapia 1 RCT → C, relapsien ehkäisy-KKT ja varhainen KKT 1 RCT kumpaakin → C, kognitiivis-analyttinen 1 RCT → C , kognitiivinen kuntoutus 2 RCT:tä, joissa eri verrokkit → C. Psykoosiriskissä olevien nuorten hoito: kognitiivinen terapia 3 RCT:tä, joissa eri verrokkeja ja ristiriitaiset tulokset → C,
- Gotink 2015 (UR); 23 katsausta; 115 RCTtä, tulokset samansuuntaiset. Julkaisuharhan riski. Kyseessä tietoinen läsnäolo ahdistuneisuuden vähentämisessä → B
- Kohler ym. 2015 motivoiva haastattelu alkoholin vuoksi sairaalahoidossa oleville nuorille. 6RCT:tä, 5:ssä laatu kelvollinen, luottamusvälit laajoja → B
- Lee 2008, SR; KBT metamfetamiinista vieroituksessa: 3 RCTtä, . Alho 2012 (NAK 05130) NA = A, yhdistettynä → A
- Lee 2008, SR, Palkkiohoito metamfetamiinista vieroituksessa, 4 RCTtä, samansuuntaiset tulokset, ei arvioita heterogeenisyydestä tai julkaisuharhasta. Reback 2010

RCT; (julk Alhon kats. jälkeen) N=131, metodeissa lieviä puutteita. Alho 2012 NAK 05130, NA = A, yhdistettynä → A

- Lee 2015, SR; skeematerapia BPD+päihdeongelmassa; 3 RCTtä, pienet otoskoot, tuloksissa vaihtelua. → C
- Lee 2015, SR; CBT BPD+päihdeongelmassa: 4 RCTtä, pienet otoskoot, tuloksissa vaihtelua. → C
- Linardon ja Brennan 2017, SR; 11 RCTtä (N=400). KBT syömishäiriöissä: ei julkaisuharhaa, heterogeenisyyttä. → B
- Linardon ja Brennan 2017, SR; 11 RCTtä (N = 474). KBT syömishäiriöissä: ei julkaisuharhaa, heterogeenisyyttä. → B
- Lindberg ym. 2015, syst. katsaus SLL:ssä nuorten käytöshäiriöiden psykososiaalisista hoidoista.
 - KKT käytösongelmiin: 2 RCT:tä (n=113), jossa verrataan hoitoa hoitojonoon ja 25 tutkimusta, jossa verrokkina huomion osoittaminen, näissä KKT parempi. KKT uusintarikollisuuteen, verrokkina tavanomainen hoito, 12 RCT:tä sisältävä Cochrane-katsaus, jonka tuloksen on että KKT parempi. → A
 - Perheterapiat nuorisorikollisuuden ja aggressiivisen käyttäytymisen vähenemiseen: 3 meta-analyysiä, joissa kussakin 9-27 alkuperäistutkimusta, verrokkina myös muita interventioita. Perheterapiat parempia, vaikutuksen suuruus laskennallisesti pieni tai kohtalainen. → B
- Marttunen ym. 2015 syst. katsaus SLL:ssä nuorten masennuksen hoidoista.
 - KKT 3 meta-analyysiä, 22 RCT:tä, joissa KKT parempi kuin hoidon odotus ja tavanomainen hoito → A
 - Interpersoonallinen terapia 2 meta-analyysiä, 6 RCT:tä, joissa IPT parempi kuin hoidon odotus ja tavanomainen hoito → A
- Mujoomdar ym. 2009. Ahdistuneisuushäiriön hoito. BT vs TAV: 3 RCT:tä → B; KKT vs. LÄÄ 1 RCT → C
- Mulqueen 2015, Syst. katsaus; 8 RCTtä: huomattavaa heterogeenisyyttä, ei julkaisuharhaa. Kyseessä työmuistin harjoittaminen ADHD:ssä → B
- Murphy ym. 2009: Psykotrapia masennuksessa. 1 meta-analyysi, 1 HTA, 5 RCTtä; tutkimusten laatu rajallinen → B
- Newton 2013 systemoitu katsaus: 9 RCT:tä, joiden mukaan lyhytneuvonta osastolle päihteiden vuoksi osastolle joutuneille alle 21 vuotiaalle ei näyttänyt vähentävän alkoholin käyttöä, mutta alkoholin käytön aiheuttamiin ongelmiin interventiolla saattoi olla enemmän tehoa (3 tutkimusta, joissa harhan riski kohtalainen tai suuri). Arnaud 2017 RCT-tutkimuksessa ei saatu eroja kun mitattiin humalakertojen määrää ja alkoholin aiheuttamia haittoja → C
- Ougrin ym. 2015. Psykososiaaliset interventiot nuorten itsetuhoisuuteen. 19 RCT:tä ja meta-analyysin mukaan ”The proportion of the adolescents who self-harmed over the follow-up period was lower in the intervention groups (28%) than in controls (33%), p=0,02”. Näytön astetta alentaa vaikutuksen pienuus → B
- Piet ja Hougaard 2011. Mindfulness masennuksen hoidossa. 4 RCT:tä joissa vertailuna tavanomainen hoito, näistä kolme laadultaan hyviä ja yksi kelvollinen. Hyvissä tutkimuksissa ei tilastollisesti merkitsevää eroa, kelvollisessa oli. Näiden meta-analyysi antaa mindfulnessia suosivan tuloksen (RR 0,66, 95% LV 0.50...0.87). Näytön astetta alentaa tuloksen epätarkkuus →
- Ranta ym. 2015 SLL-katsaus.
 - Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) nuorten ahdistuneisuushäiriöissä 6 RCT:tä Reynoldsin 2012 ja Jamesin 2013 syst. katsauksess → A.

- KKT nuorten pakko-oireisessa häiriössä 5 RCT:tä O’Kearnyn syst katsauksessa 2010, lisäksi erikseen taulukoitu 7 RCT:tä, joissa kuudessa KKT oli parempi kuin hoidon odottelu tai pelkkä kontakti → A.
- KKT+lääke vs lääke nuorten pakko-oireisessa häiriössä 2 RCT:tä → B.
- Kaikki terapiamuodot nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa 7 RCT:tä, joista OR 4,2, yhdistetty taulukossa Dragiotin lasten tuloksiin → A.
- Kognitiivinen käyttäytymisterapia nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa 7 RCT:tä (Gillies 2012 syst katsaus), joista OR 8,6 toipumiselle yli vuoden seurannassa. Lisäksi erikseen taulukoitu 3 RCT:tä vuosilta 2002-07, joissa lyhyet seurantaajat. Näytön astetta alentaa lyhyet seuranta-ajat → B.
- EMDR lasten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa 1 RCT (Rodenburg 2009), seuranta lyhyt → C.
- Kaikki psykoterapiamuodot nuorten sosiaalisten tilanteiden pelossa 4 RCT:ssä (NICE/Clark 2013), näytön astetta alentaa tuloksen epätarkkuus → B.
- KKT nuorten paniikkihäiriössä 1 pieni RCT (Pincus 2010) → C
-
- Rapport 2013, Syst. katsaus; Käyttäytymisterapia ADHD:ssä. 2 RCT:tä: vain kaksi tutkimusta, heterogeenisyyksiä ei laskettu → C
- Reback 2010. Palkkiohoito amfetamiista vieroittamisessa, RCT N = 131, metodeissa puutteita, esim sokkoutusta ja satunnaistamista ei kuvattu. → C
- Reback 2010. Palkkiohoito kokaiinista vieroittamisessa, RCT N = 131 metodeissa puutteita, esim sokkoutusta ja satunnaistamista ei kuvattu. → C
- Sayegh 2017, SR; Motivoiva haastattelu alkoholin käytön vähentämisessä: 5 RCT, otoskoosta ei tietoa, heterogeenisuus ja julkaisuharha vähäistä. → B. NICE Guideline 2014: ”moderate quality of evidence”, yhdistetty näytön aste → B
- Sayegh 2017, SR; Motivoiva haastattelu päihteiden sekakäytön vähentämisessä: 3 RCT, otoskoosta ei tietoa, kaikissa ES samansuuntainen, heterogeenisuus ja julkaisuharha vähäistä, → B
- Sayegh 2017, SR; palkkiohoito päihteiden sekakäytön vähentämisessä: 4 RCT:tä, otoskoko >30: heterogeenisuus ja julkaisuharha vähäistä. Benishek: 6 RCT:tä, kaikissa n> 30, samansuuntaiset tulokset. heterogeenisuus vähäistä, ei merkitsevää julkaisuharhaa. → A
- Skapinakis ym. 2016: Pakko-oireisen häiriön hoito, syst. katsaus ja verkostometanalyysi
 - yli 3 vähintään kelvollista RCT:tä → A,
 - 2 kelvollista, jos n>100 → B
 - 1-2 kelvollista tai n<100; 3 heikkoa, n=83 → C
- Stevenson ym. 2010 HTA, CBT masennuksessa 1 RCT, 3 ei-satunnaistettua tutkimusta → C
- Strandholm ym. 2016, SLL-katsaus nuorten itsetuhoisuuden ja epävakaiden piirteiden psykoterapeuttisesta hoidosta. KKT: katsauksessa taulukoitu RCT (Barbe 2004, n=37) ei vertaa KKT:ta tavanomaiseen hoitoon vaan kahteen muuhun aktiivi-intervention. Perheterapian osalta 2 RCT:tä. Diamondin tutkimuksessa seuranta aika alle 6kk eli hylätään. Pinedan RCT:ssä kyse perheintervention ja tavanomaisen hoidon yhdistelmästä verrattuna tavanomaiseen hoitoon, 6 kk seuranta-aika, n=48, tulos positiivinen → C, Ryhmäterapia itsen vahingoittamiseen 2 RCT:tä, toisessa negatiivinen ja toisessa nollatulot → nollatulot ja C; Dialektinen käyttäytymisterapia epävakaiden oireiden ja itsetuhoisuuden hoidossa 2 RCT:tä (Katz 2004 ja Mehlum ym. 2014), itsetuhoisuuden osalta 1 tutkimuksessa dialektinen terapia parempi ja toisessa samanveroinen kuin tavanomainen hoito. Lisäksi huomioidaan kolmas RCT Pistorel-

- lo 2012, kts alla → positiivinen tulos ja C, näytön astetta laskee tutkimusten laatu, vaikutuksen epävarmuus ja lyhyt kesto; Kognitiivisanalyttinen psykoterapia epävakaisiin oireisiin 2 RCT:tä, näytön astetta alentaa heterogeenisuus ja tulosten epätarkkuus → C; Tunteiden säätelyn taitoryhmä yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon 1 RCT → C; Mentalisaatioon perustuva terapia → CTaylor ym. 2016: Skeematerapia epävakkaan persoonallisuuden hoidossa. 1 RCT, 4 avointa tutkimusta, 2 tapaussarjaa → C
- Tchanturia ym. 2014: Kognitiivinen kuntoutus anoreksiassa. 1 RCT → C
 - Tran 2009. Ryhmäterapia skitsofrenian hoidossa. HTA-katsaus, 3 katsausta, 9 RCT:tä, 1 CCT; interventioissa, menetelmissä ja tulosten mittaamisessa paljon heterogeenisyyttä. Oksanen 2013 NAK 06183, NA = C. Yhdistettynä → C

Kun NAK ja viimeisin katsaus antavat eri näytön aste -arvion

- Dragioti ym. 2017 aste D ja NAK 06932 Marttunen 2014 aste B. Kyseessä tukeva antava terapia masennuksen hoidossa → C
- Dragioti ym. 2017 aste D ja NAK 08229 Lindfors 2014 aste C. Kyseessä hyväksymis- ja omistautumisterapia masennuksen hoidossa. → C
- Dragioti ym. 2017 aste D ja NAK 08327 Ebeling 2014 aste B: Kyseessä kognitiivinen käyttäytymisterapia bulimian hoidossa. → C
- Karyotaki ym. 2016. Grade C ja NAK 04368 Lindfors 2014f NA = A. Kyseessä psykoterapia+lääkehoito vs lääkehoito masennuksen ylläpitohoitona. → B
- Dragioti ym. 2017 näytön aste C ja NAK 06734 Honkonen ja Pasternack 2008 aste A: Kyseessä ratkaisukeskeinen terapia masennuksessa. Yli 1000 potilasta, useita satunnaistettuja tutkimuksia, joissa samansuuntaisia tuloksia → B

Satunnaistetut hoitokokeet (RCT)

- Bateman 2016, (RCT, N = 40). Pieni potilasryhmä, arvioijia ei sokkoutettu. Kyseessä mentalisaatioterapia itsetuhoisilla potilailla. → C
- Ferrin ym. 2016 (RCT; N=69). Pienenhö potilasryhmä, arvioijia ei sokkoutettu. Kyseessä psykoedukaatio ADHD:ssä. → C
- Montoya 2014 (RCT; N=208). Vähän poispuodonneita, kapeat luottamusvälit, arvioijia ei sokkoutettu. Kyseessä vanhempien psykoedukaatio ADHD:ssä. → B
- Pistorello ym. 2012, RCT (N=63) Dialektinen käyttäytymisterapia itsetuhoisuudessa. Ei puutteita laadussa, arvioijat sokkoutettu, pienenhö tutkimus. Lisäksi Strandholmin syst. katsauksesta Mehlum ym. 2014 RCT, jossa vaikuttavuutta heti 19 intervention jälkeen, mutta ei enää 1 vuoden seurannassa Mehlum ym. 2016. Näytön astetta laskee tutkimusten laatu ja vaikutuksen lyhyt kesto → C.
- Tait 2015. CBT+motivoiva ohjaus amfetamiinivieroituksessa. RCT; N=160. Poisjääneitä noin puolet kummassakin ryhmässä. → B
- Wagner ym. 2016, RCT (N=139), CBT ahmintahäiriössä. Meskanen 2014 NAK 08350, näytön aste B → B
- Wagner ym. 2013 CBT bulimiassa (RCT; N=155) ja Ruwaard 2013 (RCT; N=105) → B

LÄHDE

Jousimaa, J., Liira, H., Liira, J. & Komulainen, J. 2010, "Hoitosuosituksen näytönasteen ja vahvuuden arviointi GRADE-työryhmän tapaan.", Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, vol. 1.

