

ANALYYSIT

Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta

TOM ERIK ARNKIL – JAAKKO SEIKKULA – ROBERT ARNKIL

Keskusvalta höllensi ohjausotettaan hyvinvointivaltion ekspansiovaiheen jälkeen. Muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon sääntelykonseptioksi omaksuttiin informaatio-ohjaus. Yksityiskohtaisten normien ja korvamerkittyyden resurssien sijaan tuli puitesäännöstöä ja puitebudjetteja sekä tiedontuotantoa käytäntöjen kehittämisen tueksi. Samaan aikaan tuon desentralisaation kanssa ajaututtiin lamaan. Kuntien ja muiden paikallistoimijoiden liikkuma-ala kasvoi ja liikkumavara väheni. Kohta havaittiin alueellista eriyymistä ja kansalaisten eriarvoistumista palveluiden saajina; on alettu jopa kysyä, onko Suomi enää länsinaapureihin verrattava pohjoismainen hyvinvointivaltio. Nyt etsitään uutta ohjauskonseptiota. Yhdeksi sen keskeiseksi elementiksi ovat hahmottumassa *hyvät käytännöt*, joita pyritään levittämään *ohjelmaohjauksella*, ja hyvien käytäntöjen kärkikastiin nostetaan *näyttöön perustuvan tutkimuksen todella vaikuttaviksi osoittamat* käytännöt. Kehittämishajelmien ohella niitä viedään kentälle käypä hoito -suositusten ja vastaavien *uudenlaisten normitusten* avulla.

Pohdimme tässä artikkelissa käytäntöjen tutkittavuutta, siirrettävyyttä ja jatkuvuutta. Peräänkuulutamme tutkimusta, joka ei pelkistä inhimillisiä käytäntöjä yhden tai kahden muuttujan yksisuuntaiseksi vaikutuksiksi, kehittämistä, joka ei oletta inhimillisten käytäntöjen olevan siirrettävissä esineiden tavoin, ja hallinnointia, joka ei oletta voivansa monistaa moniulotteisia käytäntöjä etäisyyden päästä. Argumentoimme monipuolisen hyvän käytännön konseptin puolesta.

Keskusteluja EU:ssa, kokemusten erittelyä Norjassa

Hyvien (tai peräti ”parhaiden”) käytäntöjen tun-

nistamisesta, validoinnista ja levittämisestä keskustellaan nykyään ahkerasti Suomessa, Euroopassa ja maailmassa laajemminkin. Suomessa keskustelu vilkastui erityisesti Euroopan unionin myötä. Hyvien käytäntöjen levittämisen idea liittyy keskeisellä tavalla EU:n suosimaan avoimen koordinaation menetelmään (Open Method of Coordination, OMC), jolla halutaan korostaa tiedon ja merkitysten muodostamisen ”pehmeää diskursiivista hallintoa” kovan lainsäädäntöpainotteisen hallitsemisen sijaan tai pikemminkin rinnalla. Näihin diskursiivisiin menetelmiin kuuluvat 1) yhteisen avainkäsitteistön luominen (kuten ”elinikäinen oppiminen” tai ”työelämän laatu”), 2) yhteisten luokittelujen ja indikaattoreiden luominen, 3) yhteisen tietopohjan luominen (kuten tilastollisen perustan ja menetelmien yhtenäistäminen), 4) vertailujen, arvioinnin ja vertaisarvioinnin käyttäminen sekä 5) tiedon ja tulosten levittäminen (kuten hyvien käytäntöjen levittäminen) (Jacobsson 2004). Kolme ensimmäistä liittyvät tarpeeseen luoda selkeyttä, yhtenäisyyttä ja vertailukelpoisuutta yli eri kontekstien ja kaksi jälkimmäistä eri kontekstista toiseen tapahtuvan oppimisen tai ”sovittamisen” edistämiseen.

Logiikka menee suunnilleen näin: Tietyllä tavalla tunnistetaan ja todistetaan, että jokin toimintatapa on hyvä, eli sillä saadaan aikaan vaikuttavuutta. Tämä hyvä käytäntö raportoidaan ja tallennetaan hyvien käytäntöjen ”tapauspankkiin”, jossa se on, uuden tietotekniikankin ansiosta, helposti kaikkien ulottuvilla. Näihin hyviin käytäntöihin perehdytään, niistä kiinnostutaan, vakuutaudutaan ja niitä aletaan soveltaa omassa toiminnassa ja – hyviä tuloksia alkaa syntyä. Näin saadaan aikaan hyvää vaikuttavuutta laajasti.

Tähän ideaan liittyy kuitenkin ongelmia ja paradokseja. Pulmat alkavat jo siitä, mikä on *hyvä* tai peräti paras käytäntö – ja miten sellaisen ole-

massaolo todistetaan, ts. *mikä on näyttö*. Toiseksi ongelmaksi on osoittautunut, että vaikka hyviä käytäntöjä tunnistettaisiinkin, niiden *leviäminen/levittäminen* on osoittautunut hyvin pulmalliseksi. Puhutaan sovelluskuilusta (knowing-doing-gap) (O'Dell & Grayson 1998). On vielä kolmaskin, ehkä vielä vakavammaksi osoittautunut ongelma. Vaikka hyviä käytäntöjä saataisiinkin leviämään, niiden *kestävyys* on osoittautunut heikoksi. Olipa käytäntö ollut kuinka hyvä tahansa jossain, kontekstissa A, se ei välttämättä ”istu” toisaalle, kontekstiin B. Ilmeisesti käytännöllä on kontekstissa A ollut jotain sellaisia edellytyksiä, joita B:ssä ei ole.

Mikä on hyvä tai peräti paras käytäntö?

Kokemus ja keskustelu – niin arviointimaailman, työelämän kehittämisen kuin tutkimuksenkin piirissä – viittaavat siihen, että kun puhutaan hyvästä *käytännöstä* (eikä esim. yksittäisestä työvälineestä, käsitteestä tai vaikkapa lääkkeestä), kysymyksessä on viime kädessä aina jotain paikallista ja sitä soveltaa jokin paikallinen *käytäntöyhteisö*. Avainkäsite on siten käytäntö tai käytäntöyhteisö (Wenger 1998). Tämä taas on aina kompleksinen ilmiö, josta tiedon saanti, puhumattakaan ilmiön siirtämisestä toiseen kontekstiin, on monimutkaista. Viimeaikaisessa tietämystä ja käytäntöjä koskevassa keskustelussa on (jälleen) tuotu esiin *hiljaisen tiedon* (tacit knowledge) tärkeys, eli ei riitä, että hyvää käytäntöä kartoitettaessa kiinnitetään huomiota vain ilmitietoon (Taceuchi & Nonaka 2004). Ilmitieto on kuin jäävuoren huippu. Kysymys on pitkälti vaikeasti ilmaistavan – kokemukseen uponneen tai ankkuroituneen – ja käsitteellisen, teoreettisen tiedon suhteista. Jonkin uuden asian, idean tai toiminnon artikulointi ja toisaalta sen käytäntöön sijoittaminen vaativat erityistä oppimisprosessia, johon eri tavoin osallistuu laajempi käytäntöyhteisö. Mitään – paras-takaan – käytäntöä ei pystytä nostamaan praksisyhteydestä eikä sinne sijoittamaan ilman tätä hyvin monimuotoista *omaksumisprosessia*.

Jonkin käytännön julistaminen hyväksi tai peräti parhaaksi on aina viime kädessä suhteellista. Hyviä käytäntöjä on eriasteisia, riippuen kontekstista ja validoinnin asteesta, johon kuuluu myös ajallinen *kestävyys*. Mikä on uutta ja innovatiivista yhdelle yhteisölle, voi olla jo rutiinia toiselle. Käytäntöä on voitu koetella paikallisesti, alueellisesti tai laajemmin. Se on voinut olla olemassa vain lyhyen aikaa samanlaisena pysyvissä olo-

suhteissa tai saattanut kestää ajan kokeen yli tilanteiden muuttumisen.

Näyttö ja näyttökoulukunnat

Eri koulukunnilla on eri näkemys siitä, miten jonkin käytännön ”hyvyys” todennetaan, mikä on näyttöä. Rajankäyntejä esiintyy esimerkiksi koeasetelmien ja ei-kokeellisten todistustapojen välillä tai numeerisen meta-analyysin ja narratiivisten menetelmien välillä. Keskustelu näiden koulukuntien sisällä ja välillä viittaa kuitenkin siihen, että pulmia ja haasteita on kussakin riittämiin (Heckman & Smith 1996). Myös yhdistäviä, moniulotteisia vaihtoehtoja kehkeytyy koko ajan (Pawson 2002). Keskeinen pulma on se, että kysymys on ihmisistä, ihmisten toiminnasta. Ihmisen toimintaan vaikuttaa koko ajan lukematon määrä tekijöitä ja ihminen itse muuttaa toimintaansa. Mitä monimutkaisempi ihmisten toimintaan liittyvä asia on käsillä, sitä kompleksisempi on kysymys jonkin intervention ”hyvyydestä” ja sitä koskevasta näytöstä. Yhtenä keskeisenä näytön pulmana on *puuttuvan tiedon* ongelma, mm. kysymys siitä, mitä olisi tapahtunut, jos intervention kohteena olevat eivät olisikaan olleet kyseisen intervention kohteena. Ihmisten toiminnan ollessa kyseessä tuollaista puuttuvaa tietoa voidaan vain arvioida likimääräisesti.

Mikään koulukunta – sen paremmin kokeellinen kuin ei-kokeellinen, numeerinen meta-analyysi tai jokin narratiivinen suuntaus – ei ole täydellisesti ratkaissut näitä kysymyksiä. Niiden mahdolliset ja heikkoudet ovat usein käänteisiä tai toisiaan täydentäviä. Kokeelliset asetelmat ovat täsmällisempiä, mutta ne voivat olla myös triviaaleja tai aliarvioivat ilmiön kompleksiteettia. Niissä ovat pulmana myös satunnaistamisen mahdollinen vinous (randomisation bias), eli valikoitumista tapahtuu sittenkin, sekä korvautumisen aiheuttama vinous (substitution bias), eli kontrolliryhmään kohdistuu sittenkin vaikutuksia, joita haluttiin eliminoida. Ei-kokeelliset ja narratiiviset menetelmät tavoittavat ilmiön kompleksiteetin ja kontekstin herkemmin, mutta voivat myös jäädä idiograafiseksi, erilliseksi tapauksiksi, joista ei päästä eteenpäin tulosten yleistämisen ja käytännön yleistymisen suuntaan.

Täydellistä näyttömenetelmää ei ole olemassa. Siksi peräänkuulutamme monipuolista lähestymistapaa hyviin käytäntöihin ja niiden todentamiseen, levittämiseen ja jatkuvuuden turvaamiseen. Näytönhankintakeinon tulisi olla pikem-

minkin *menetelmämatriisi*, jossa tarkasteltava ilmiö voi näyttäytyä monessa valossa.

Laajan tutkimusohjelman kokemuksia

Norjan tutkimusvetoisen työelämän kehittämisohjelman kokemukset voivat tarjota tärkeän esimerkin aiheesta (ks. Gustavsen 2002). Norjan ohjelmissa on menossa jo ainakin kolmas sukupolvi ja takana on vuosikymmenien kasautunut kokemus: tuhansia projekteja, tutkimuslaitosten ja työpaikkojen toimintaa, arviointia – mukaan lukien kokeneiden ulkomaisten tutkustiimien ulkopuoliset arviot. Arvioinneissa on sovellettu laajalti tarjolla olevia menetelmiä, näyttöön perustuvaa arviointia, vertailuasetelmia, toimintatutkimusta jne. Kaiken kaikkiaan voi perustellusti olettaa, että Norjassa on tehty pontevaa työtä hyvien käytäntöjen löytämiseksi, validoinniksi ja levittämiseksi. Mikä viesti hyvistä käytännöistä ja niiden levittämisestä on kuultavissa näiden kokemusten pohjalta?

Työelämän kehittämisessä, myös Norjassa, ajateltiin varsin pitkään, aina 1950-luvulta lähtien, että tutkimuksen kautta olisi löydettävissä eri tilanteisiin ”ideaalinen organisaatio” (siis eräänlainen hyvä käytäntö) ja myös sitä tukeva (tutkimusvetoinen) kehittämisorganisaatio. Analogia tämän päivän haaveeseen tutkimuksen kautta validoitujen hyvien käytäntöjen levittämiseen on ilmeinen. Tutkimuksen kautta tuotiin työpaikoille uusia malleja ja käsitteitä, kuten ”tiimityö” tai ”ohut organisaatio” tai ”Business Process Re-engineering (BPR)” ja oletettiin, että näitä omaksumalla asiat alkaisivat sujua paremmin, koskapa näitä soveltamalla oli jossain muualla saatu, validoidusti, kestäviä tuloksia. Tutkimusyhteisö siis tiesi etukäteen, mikä on hyvää käytäntöä – paremmin kuin praktikot itse.

Asiat eivät kuitenkaan sujuneet niin kuin tutkijat olettivat. Työpaikoilla oltiin omaksuttavien uusien konseptioiden suhteen usein ihmetteleviä ja torjuvia. Tutkijoiden konstruoimat tapausesimerkit, joilla oli tarkoitus silloittaa teoriaa ja käytäntöä, koettiin ”teoriaksi”, tekstiksi, jota oli vaikea ymmärtää kontekstissa. Kaivattiin käytännön esimerkkejä, ”joissa voisi vieraillla”, ja ihmisiä, joiden kokemuksista voisi keskustella. Vasta varsin monivaiheisen ja vaivalloisen prosessin jälkeen, jossa tarvittiin eri toimijoiden roolien kunnioittamista, keskinäistä kuuntelemista ja tutkijoiden dominoiman kielipelin ”tasoittamista”, kokeilua, sovittamista ja modifiointia, työpaikkojen oma

oppimisprosessi alkoi saada tuulta siipiensä alle. *Kyky oppia omasta toiminnasta osoittautuikin koko asian ytimeksi*. Mitään ideaa, mallia tai hyvää käytäntöä ei sovellettu sellaisenaan, vaan tuloksena oli aina jonkinlainen olosuhteisiin sovellettu hybridi.

Björn Gustavsen (2002) toteaa, että kehitys 1950-luvun asetelmista on korostanut paikallislähtöisyyden (tavallaan paikallisteorian), paikallisten toimintayhteisöjen ja hiljaisen tiedon tärkeyttä asiantuntijavetoisuuden kustannuksella. Nykyisessä verkostoyhteiskunnassa, jossa oppiminen tapahtuu monitoimijaisesti ja interaktiivisesti, tutkimus ei voi pitäytyä yksinkertaiseen ja rajattuun muutaman muuttujan kautta vaikuttamiseen, vaan siitä on tultava *ongelmanratkaisukumppani*, jonka roolin haasteet eivät ole pelkästään tiedollisia ja tieto-opillisia, vaan myös organisatorisia ja käytännöllisiä.

Kaiken kaikkiaan Norjan kokemus tutkimuksesta osoittaa Gustavsenin (2002, 93–99) mukaan, että ”ei riitä, että rakennustarvikkeita lähetetään paikalle, on oltava mukana paikan päällä rakentamassa”.

Erityistapauksena näyttöön perustuva tutkimus ja tapausesimerkinä psykiatria

Tietyllä tavalla pitäisi siis tunnistaa ja todistaa, että jokin toimintatapa on hyvä, eli sillä saadaan aikaan vaikuttavuutta. Kasautuvaa tutkimustietoa on vaikea hallita käytännön prosesseissa. Onneksi on tahoja, jotka kokoavat tutkimuksia käytännöistä, mm. Cochrane-kirjasto psykiatriassa ja Campbell-kirjasto sosiaalityössä. Ne ovat tietokantoja, joihin pyritään keräämään uusin näyttöön perustuva tutkimustieto. Tiedosta tehdään meta-analyysseja ja niihin pohjautuen taas laaditaan eri tahoilla hoito- ja muita käytäntösuosituksia. Oppaat ja suositukset ovat tärkeitä käytäntöjen suuntaajia, eräänlaisia hallinnollisen normin uusia korvikkeita.

Suosituksiin ladataan suuria odotuksia. Niistä haetaan tukea *priorisointipäätöksiin*. Tutkitun hyvän käytännön yleistymistä ei ainoastaan jäädä odottelemaan. Yleistymisen tueksi tarjotaan hallinnollista vääntöä. Näin näyttöön perustuva tutkimus tulee tiiviiksi elementiksi uudenaikaisessa ohjauskonseptiossa. Kun peruspalveluministeri Liisa Hyssälä Helsingin Sanomien Vieraskynä-palstalla 1.12.2004 perusteli terveydenhuol-

lon uudelleenjärjestelyjä, hän maalasi näköalan prosessiin, jossa tutkitut hyvät käytännöt valtaavat kentän: ”Yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit on valmisteltu Käypä Hoito -ohjeiden perusteella, eli pohjana on tieteellisesti tutkittu tieto hoitojen vaikuttavuudesta. Tarkoitus on siis keskittyä vaikuttavaan hoitoon ja karsia niitä menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on vähän tai ei ollenkaan näyttöä.”

Ministeri kirjoitti terveydenhuollon jonoista ja kansalaisten oikeudesta vaikuttavaan hoitoon. Vastaavanlaista *käytäntöjen ohjaamista* toteutetaan muuallakin terveydenhuollossa ja muuallakin kuin terveydenhuollossa. Tarkastelemme seuraavassa psykiatriaa ja skitsofrenian hoitoa, jotta voimme problematisoida mutkattomalta tuntuvan ”huonot pois, hyvät tilalle” -vision.

Psykkisiä ja sosiaalisia pulmatilanteita ratkova työskentely on nykyisellään sangen monipuolista, ja niin on myös käytäntöjen tutkimuskin. On tapahtunut ilahduttava hyppäys: hankitaan hyvin monipuolista tietoa hyvin laajalla menetelmävalikoimalla. Samaan aikaan on tapahtunut yllättävää kuihtumista. Esimerkiksi psykiatrian tieteellisissä lehdissä julkaistaan raportteja oikeastaan vain koasetelmiin perustuvista tutkimuksista. Muunlaisilla tutkimuksilla saatu tieto joutuu toisarvoiseen asemaan. Vaikka meta-analyysiin mukaan otettujen tutkimusten määrä on viime vuosina kasvanut tuntuvasti, joukkoon kelpuutettujen tutkimusten laatu ei kuitenkaan ole vastaavasti monipuolistunut. Näyttöön perustuvat tutkimukset ovat yhä enemmän toistensa kaltaisia. Tutkimusasetelmissa on tietysti tehtävä rajauksia ja pelkistyksiä, jotta löydetään selittäviä eroja. Vaarana kuitenkin on, että *vahvasti yksinkertaistavat asetelmat valikoivat tutkimuksen piiriin vain sellaisia käytäntöjä, joissa hoidettava ongelma määritellään yksiselitteisesti* – esimerkiksi biologisena sairautena. Etsittäessä yleispäteviä vaikutussuhteita on huolehdittava siitä, että paikalliset erityistekijät eivät pääse vaikuttamaan tuloksiin. Psykososiaaliset käytännöt kuitenkin koostuvat nimenomaan kontekstuaalisista tekijöistä, ellei niitä käsitetä pelkistetyin tekniikan yksisuuntaiseksi vaikutukseksi.

Vertailemme *avoimia dialogeja* koskevia tuloksia ja psykiatrian käypä hoito -suositusta ja sen taustatutkimuksia. Avoimet dialogit kuuluvat sellaiseen hoito- ja auttamiskäytäntöjen suuntaukseen, jossa pyritään läheisverkostojen ja työntekijäverkostojen vuoropuheluun sekä mahdollisuuk-

siin yhdistää voimavaroja maallikot-ammattilaiset-rajoja ylittäen. Avoimissa dialogeissa työntekijät ovat itsekin muutoksen kohteina; ekspertiisi on verkostojen kohtaamisessa muodostuvaa uutta ymmärrystä ja jaettua asiantuntemusta. Vuoropuhelussa muodostetaan yhteistä kieltä, joka tulee oireiden sijaan. Asianosaisille käy mahdolliseksi jakaa kokemuksia.

Avointen dialogien käytäntö toteutuu

– *välittömänä apuna*. Verkostot kutsutaan koolle 24 tunnin sisällä. Kriiseissä on paitsi tarve nopeaan apuun myös mahdollisuus elämän tärkeiden asioiden uudelleenmäärittelyyn. Tämä ikkuna sulkeutuu varsin pian; outoon käyttäytymiseen totutaan, ihmisiä määritellään ja määritteilyt vakiintuvat.

– *sosiaalisten verkostojen huomioon ottamisena*. Mukaan kutsutaan ne henkilöt, joita asia koskee. Kyse on sekä asiakkaan läheisverkon että pulmaan liittyvän työntekijäverkoston kokoamisesta. Kutsuttavien valinnan tekevät ammattilaisiin yhteyden ottaneet ihmiset itse. Läheisverkostoja ei kutsuta mukaan vuorovaikutuksesta etsittävien patologioiden paljastamiseksi, kuten joissakin perheterapiasuuntauksissa, vaan voimavaraksi. Jotta voitaisiin ymmärtää, mistä on kysymys, tarvitaan moniäänisyyttä.

– *joustavuutena ja liikkuvuutena*. Kriisiin joutunutta ei oteta vakiomuotoisen hoito-ohjelman potilaaksi, vaan kokonaisuus räätälöidään tarpeen mukaan. Hoito tapahtuu siellä, missä se on potilaalle turvallisinta, usein kotona. Samoin eri hoitomenetelmät integroidaan yhteiseen prosessiin kunkin potilaan erityistarpeen mukaisesti. Joku selviää intensiivisillä koko perheen kriisi-istunnoilla, toiset hyötyvät näiden lisäksi yksilöpsykoterapiasta, joidenkin hoidossa voi lääkehoito painottua muita enemmän.

– *työryhmän vastuullisuutena*. Työntekijä ei voi lähettää asiakasta eteenpäin lähettämättä myös itseään. Näin esetetään sellainen ”luukutus”, jossa ihmiset joutuvat noukkimaan palvelunsa palasia sektoroituneen järjestelmän yksiköistä. Kaikki hoitoon liittyvät asiat suunnitellaan ja sovitaan asiakkaan läsnä ollessa. Erillisiä työntekijöiden keskeisiä hoidin suunnittelukokouksia ei pidetä. Pyritään siihen, että hoitoon liittyvät yksiköt oppivat uudenlaisen toimintakulttuurin: Jos kyseiseen yksikköön otetaan yhteyttä, kyseinen yksikkö/työntekijä on vastuussa tapaamisen järjestämisestä. Asiakkaalle ei sanota ”emme me”.

– *psykologisena jatkuvuutena*. Dialogi-istun-

toja jatketaan niin kauan ja niin usein kuin tarpeellista. Hoito-ohjelmaa ei lyödä lukkoon etukäteen. Ne, jotka muodostavat vuoropuheluissa keskinäistä ymmärrystä, jatkavat riippumatta siitä, että he useimmiten kuuluvat eri psykososiaalisen kentän yksiköihin. Ymmärryksen muodostumisen kannalta ei ole yhdentekevää, vaihtuvatko työntekijät vai eivät. Vaihdot tapahtuvat sovituksi.

– *epävarmuuden sietona*. Diagnostointiin tai muuhun määrittelyyn ei kiirehditä. Asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa muodostetaan jaettava kieltä; koetetaan löytää mahdollisuutta pukea sanoiksi vaikeita kokemuksia. Moniäänisyys on voimavara epävarmuuden sietämiseksi. Lääkityksen määräämiseen ei kiirehditä. Oireina esiintyvää kieltä kuunnellaan ja se sisällytetään dialogiin.

– *dialogisuus*. Hoito tähtää dialogin synnyttämiseen eri äänten välillä. Jotta vastaukseen suuntautuva puhe ja yhteisen kielialueen muodostuminen mahdollistuisivat, ammattilaisten tulee ennen kaikkea kuunnella, seurata asiakkaan ja läheisten kieltä, puhua omasta näkökulmastaan ja välttää monologisia, sulkeutuvia ilmaisuja, joissa määritellään, miten asiat ovat tai miten toisten tulisi niistä ajatella.

Avointen dialogien hoitokäytännöt tuottavat lupaavia tuloksia vaikeissa psyykkisissä kriiseissä (Seikkula & al. 2003), mutta joiltakin osin *suosituksista oleellisesti poikkeavien käytäntöjen avulla*. Suomen psykiatriyhdistys julkaisi (2001) Skitsofrenian käypä hoito -oppaan.¹ Sen suositukset pohjautuvat näyttöön perustuvaan tutkimukseen, siis koeasetelmalla saatuun tietoon. Oppaassa kehoitetaan neuroleptilääkityksen aloittamiseen välittömästi hoidon alussa. Vaikka lääkehoito ei ole avoimen dialogin hoidon keskeinen kysymys, voimme tarkastella tuosta aspektista saatua tutkimustietoa kohtana, joka tuo lähestymistapojen erot selvästi nähtäville.

Avoimen dialogin hoidossa lääkehoito pyritään integroimaan osaksi kokonaisuhoitoa. Sillä ei siis pyritä esimerkiksi antipsykoottisen neuroleptilääkityksen ehkäisyyn, vaan lääkitystä käytetään tarpeen mukaan. Avointen dialogien tutkimukses-

sa tulokset tulivat *paremmiksi* niiden potilaiden kohdalla, joilla joko lääkitystä ei lainkaan aloitettu tai se siirrettiin myöhäisempään hoidon vaiheeseen. Käypä hoito -oppaassa lääkityksen aloittamista perustellaan sillä, että se ehkäisee oireiden uusiutumista. Siinäkin suhteessa avointen dialogien tuloksellisuustutkimuksessa kävi toisin: uusiutumisia tuli vähemmän niissä ryhmissä, joissa lääkitystä ei aloitettu heti hoidon alussa. Lisäksi näissä ryhmissä potilaat selviytyivät psykoottisista oireistaan paremmin ja pääsivät takaisin työelämään useammassa tapauksessa kuin alusta alkaen neuroleptilääkkeillä hoidetut potilaat. (Seikkula & al. 1999; Seikkula & al. 2001 a & b.)

Avointen dialogien seuranta tutkimuksen tulokset poikkeavat edellä mainittujen suositusten taustatutkimuksista siksi, että *tutkimukset koskevat eri ilmiöitä*. Suosituksen taustatutkimukset koskevat yhden muuttujan interventioita, avoimet dialogit taas sekä *koko hoitojärjestelmän organisointia* että – sen olennaisena osana – osapuolten *monenkeskisiä vuoropuheluja*.

Selittävien tekijöiden määrittelemisen yksitel- len ja kontrolloidusti on tärkeää koeasetelmas- sa, mutta tuollainen muuttujien hallinta ei ole mahdollista käytännön työtilanteissa. Käypä hoito -oppaan lääkesuositukset perustuvat sellaisiin koeasetelmatutkimuksiin, joissa koko koeryhmä saa tutkittavaa lääkettä ja koko kontrolliryhmä taas lumelääkettä. Kaiken lisäksi tutkimusjakso kestää vain 6–8 viikkoa. Psykoottisten potilaiden hoidon kannalta kumpikin tutkimuksen ominaisuus on outo: Käytännössä lääke tulee aina sovittaa potilaan yksilökohtaiseen vasteen ja tarpeen mukaisesti eikä automaattisesti kaikille. Samoin 6–8 viikon jakso on aivan liian lyhyt hoidon lopputuloksen ennustamiseksi.

Pelkistämisoongelma on havaittu myös koeasetelmatutkijoiden keskuudessa. Werner Kissling ja Stefan Leucht (2001) ovat todenneet, että kuulu koeasetelmissa saatujen tulosten ja hoitokäytännön välillä on aivan liian suuri. Ratkaisuksi he suosittivat *naturalististen, siis itse hoitotilanteissa toteutettujen seuranta tutkimusten painottamista*.

Muodostuuko tahaton ja vaarallinen valikointimekanismi?

Satunnaistetut kokeet ovat kohoamassa näyttö- tutkimuksen mittapuuksi. Sen ohella, että on tärkeää tutkia kontrolloidusti ja ryhmät satunnais-

¹On huomion arvoista, että suosituksia tekevät yhä yleisemmin ammattikuntayhdistykset (esim. lääkäri- seurat), kun 1980-luvulla niiden laadinnassa pyrittiin monitieteisyyteen (Suomessa tärkeänä esimerkkinä Skitsofrenia-projekti).

taen sellaisia ilmiöitä, jotka todellakin ovat vain yhden tai kahden vaikuttavan ”ainesosan” kohdistumista kohteeseen, on tärkeää tutkia monipuolisesti sellaisia käytäntöjä, jotka pohjautuvat monensuuntaisiin vaikutuksiin monitoimijaisessa ympäristössä. Tällaisia – työntekijä- ja läheisverkostojen dialogeihin ja voimavarojen yhdistämiseen tähtääviä – käytäntöjä tarvitaan paitsi mielenterveystyössä myös muilla toimialoilla, joilla muodostuu ns. moniasiakkuutta. Muun muassa pitkäaikaistyöttömyyden käsittelyssä, lasten ja lapsiperheiden palveluissa, vanhustenhuollossa ja vammaishuollossa muodostuu tilanteita, joissa asiakkaiden on asioitava usealla taholla. Tarvitaan uudenlaista integraatiota – ja ammattiauttamisen voimavarojen kytkeytymistä hyvin asiakkaiden arjen ja heidän läheisverkostojensa voimavaroihin. Monitoimijaisia kohtaamisia ja asiakasta tukevan voimavarayhdistelmän vaikuttavuutta ei voi mielekkäästi pelkistää yhden tahon yhden-suuntaiseksi interventioiksi.

On huolestuttavaa, jos ”huonot käytännöt pois, hyvät tilalle” -pyrkimys nojautuu yksinomaan tai ylikorostuneesti koasetelmatutkimukseen. Kuvasta rajautuu pois tavattoman tärkeitä käytäntöjä – siksi, että ne eivät antaudu elämään yksinkertaisempiin asetelmiin. Erittäin huolestuttavaa kansalaisten saamien palveluiden kehittymisen kannalta on, jos muodostuu *valikointimekanismi*, joka tulee seuloneeksi priorisointien huipulle vain asiantuntijakeskeiset interventiot. Saattaa muotoutua seuraavanlainen toisiaan vahvistavien elementtien kehä:

- Nimenomaan ne ruohonjuuritason käytännöt, jotka nojautuvat vahvasti asiantuntijakeskeisiin tekniikoihin ja spesialistin tekemiin interventioihin, ovat tutkittavissa pelkistävissä asetelmissa.
- Satunnaistettuja kokeita suosivan tutkimuksen piiriin valikoituu näin toimenpidekeskeisiä käytäntöjä; prosessia korostavat käytännöt ovat sivussa.
- Näyttötutkimuksista meta-analyyyseja tekevät kirjastot saavat tutkittujen käytäntöjen koelmiinsa vain edellä mainitun kaltaisia käytäntöjä.
- Käypä hoito- tai käypä käytäntö -suositusten laatijat käyttävät aineistonaan edellä mainitua valikoitua materiaalia.
- Ohjelmaohjauksessa toteutettavissa ”huonot pois, hyvät tilalle” -priorisoinneissa nojaututaan vallitsevaan näyttöön perustuvaan tutkimukseen, ja näin osaksi ohjauksessa toteutuvaa valikointia

tulee *tutkittavuus kapea-alaisin keinoin* eikä *käytäntöjen merkittävyys kansalaisten hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmän integraation kannalta*.

Kaukaa hallitseminen

Satunnaistetussa kokeessa saadaan onnekaassa tapauksessa esiin *universaaleja syy- ja seurausuhteita*. Jos näin todella käy, tiedossa on vaikutusmekanismi, jonka voi olettaa toimivan samalla tavoin kaikissa olosuhteissa. Tämä taas tarjoaa mahdollisuuksia *kontekstien hallitsemiseen kaukaa*. Hallinnollisesta keskuksista voidaan säädellä kontekstien A, B ja C toimintaa siten, että niissä koetaan saada aikaan satunnaistetussa kokeessa hyväksi todettu käytäntö. Mikäli valtakunnalliset kehittämishjelmat ja niihin liittyvä resursointi rakennetaan niin, että kunnat ja muut paikallistojat pannaan valinnan eteen, käsillä on paljon järeämpi instrumentti kuin informaatio-ohjaus.

Ohjattavana on asiantuntijajärjestelmä. Hallinnon kehoitus ei välttämättä vakuuta alan asiantuntijoita, vaikka se annettaisiin korkealta virkaportaalta. Nyt hallinnolla on mahdollisuus lainata auktoriteettia tiedejärjestelmältä: Lahjomattomien meta-analyysien pohjalta osoitetaan, että suositus on kiistaton selitys ilmiöön vaikuttamisen pätevistä keinoista. Uusi ”tiedeperustainen” politiikka on kätevää desentralisoinnin kannalta. Mahdollisuus keskusohjaukseen kasvaa samalla, kun valtaa delegoidaan: Kunnille ja muille paikallistojille suositellaan todistettuja käytäntöjä ja niitä houkutetaan – rahalla – mukaan kehittämishjelmiin. Niillä on vapausasteita toimia myös tieteellisiä totuuksia vastaan. Tosin tuollaisiin käytäntöihin ei osoiteta ohjelmissa resursseja.

Vaikuttavuusnäytön hankkiminen on miltei samastumassa *vahvojen selitysten* hakuun. Mikäli voidaan mahdollisimman vähillä selittävillä tekijöillä selittää mahdollisimman monta selitettävää tekijää, selitys on vahva. Kausaaliselitykset ovat vahvoja, korrelaatiot näitä heikompia ja kuvaukset vielä heikompia. ”Näyttö” käsitetään yhä korostuneemmin koasetelman tuottamaksi näyttöksi; muu näyttö ei oikein näyttöä olekaan. Bruno Latour (1988) toteaa, että pyrkimys etsiä vahvoja selityksiä liittyy hallintapyrkimyksiin: *vahvoja selityksiä tarvitaan silloin, kun yritetään kontrolloida useita konteksteja etäisyyden päästä*.

Satunnaistettujen kokeiden kohoaminen vaikuttavuustutkimuksen mittapuuksi ei ole tieteen

sisäinen asia, vaan heijastaa tieteen ja yhteiskunnan suhteiden tiivistymistä. *Hallinnon pyrkimys löytää uusi, desentralisoinnin oloihin sopiva mutta keskuhallinnon ohjailumahdollisuuksia kohentava konseptio ajaa sitä nostamaan nimenomaan kaukaa hallitsemiseen sopivan näyttösuuntauksen korokkeelle.* Mikäli hallinnoinnissa suuntauduttaisiin vuorovaikutteisempiin prosesseihin, kysyntää olisi toisenlaisellekin näytölle: avarammalle, monipuolisemmalle. Jos hyvät käytännöt mielletäisiin monimutkaiseksi inhimilliseksi toiminnaksi, jossa on muutakin kuin tapauspankista omaksuttu menetelmä, kysyntää olisi sellaiselle tutkimukselle, joka auttaisi muodostamaan *oppivia käytäntöyhteisöjä.* Sellainen hyvä käytäntö, joka on ”hyvä” riippumatta johtamiskäytännöistä, asiakassuhteista ja partnerisuhteista, on luultavasti tavattoman yksinkertainen, operaatiotasoinen menetely, joka voitaisiin monistaa koko valtakuntaan käskytykskanavia pitkin.² Satunnaistetuilla kokeilla ja niiden tuloksilla on paikallisten oppimisprosessien tukemisessa *täydentävä* paikkansa, asema *erityistilanteiden* (yksisuuntaisten vaikutusyhteyksien) tutkimustapana ja selittäjänä.

Tutkimuksessa voidaan käyttää useita menetelmiä. Voidaan käyttää tilastollista tietoa käytäntöjen tuloksellisuuden kuvaamiseen keskiarvoina ryhmätasolla ja samaan aikaan samojen asiakkaiden hoito- tai konsultaatioprosessien kvalitatiivista kuvaamista sekä tapausanalyysinä että erilaisina diskurssi- ja dialogin analyyseinä. Eri menetelmistä saadaan tietoa, jonka ei välttämättä tarvitse olla yhteensopivaa. Ristikkäin menevä informaatio kuvaa analyysoitavia ilmiöitä monipuolisesti ja avaa uusia tutkimusongelmia ja oppimisprosessien haasteita.

OMC ja kalkyloinnin keskuskeskukset

EU:n suosima avoimen koordinaation menetel-

²*Kansalaisten saamien palveluiden kehittämisessä on paljonkin tarvetta tekniikoiden tehostamiselle, ja kehityksien soisi perustuvan hyvään vaikuttavuustutkimukseen. Monet keskeiset haasteet eivät kuitenkaan ole tekniikkatasoisia. Kansalaisten arki ei ole sektori-jakoinen, byrokraatit ovat. Kuinka ylittää palveluiden ja toimenpiteiden fragmentaatiota ja saada asiakkaiden ja heidän läheistensä voimavarat sekä ammattilaisten voimavarat hyviksi arkea tukeviksi yhdistelmiksi? Ratkaisut tuskin löytyvät poimimalla tekniikka tapauspankista ja implementoimalla se.*

mä (OMC) luo kysyntää *kalkyloinnin keskuksille.* Ne – kuten hyvien käytäntöjen tapauspankit ja näyttöön perustuvaan tutkimukseen pohjautuvat meta-analyysikirjastot – tarjoavat kaukaa hallitsemisen edellyttämää välineistöä. Latour (2002) kuvaa prosessia, jolla paikallinen, moniulotteinen aineisto saadaan sellaiseen muotoon, että sitä voidaan käyttää kyseisen kontekstin ja muidenkin hallintoihin. Hän kysyy, kuinka on mahdollista vaikuttaa kaukaa tuntemattomiin tapahtumiin, paikkoihin ja ihmisiin, ja jatkaa (2002, 223): ”Vastaus: *jollakin* tavoin tuomalla kotiin nuo tapahtumat, paikat ja ihmiset. Kuinka tämä voidaan saavuttaa, ovathan ne kaukana? Keksimällä keinoja, jotka a) saavat ne *liikkuviksi* niin, että ne voidaan tuoda takaisin, b) pitävät ne *vakaina* niin, että niitä voidaan liikutella edestakaisin ilman suurta vääristymää, rappeutumista tai rapistumista, ja c) ovat *yhdisteltävissä* niin, että olivatpa ne tehty mistä hyvänsä aineksesta, niitä voi kerryttää tai koota tai selata kuin korttipakkaa. Jos nämä ehdot täytetään, pieni maaseutukaupunki tai epämääräinen laboratorio tai pieni vähäpätöinen autotallifirma, joka alkujaan oli yhtä heikko kuin mikä hyvänsä paikka, muodostuukin keskuksiksi, joka hallitsee muita paikkoja etäisyyden päästä.”

Yksi esimerkki, jota Latour käyttää, on kartta. Kun maapallo on jaettu pituus- ja leveyspiireihin, mikä hyvänsä paikka voidaan määrittää täsmällisesti. Ja kun tehdään mittauksia paikan päällä, kartoittaen niin pituutta ja leveyttä kuin syvyyttäkin, saadaan sellainen kuvaus, jolla tuo paikka voidaan siirtää arkistoitavaksi, selailtavaksi ja käytettäväksi vaikkapa sotilaallisissa tai kaupallisissa tarkoituksissa. Mikäli vielä tehdään demografisia, biologisia, geologisia, mineralogisia ja muita selvityksiä, paikat ja ihmiset ovat kätevästi liikuteltavissa, vakaita ja yhdisteltävissä. Ne on käännetty sellaiselle kielelle, joka mahdollistaa etäältä hallitsemisen. Paikallisten paikallinen tieto on tuohon tarkoitukseen liian epätarkkaa ja epäluotettavaa.

Näyttöön perustuvan tutkimuksen yksiköt ja laitokset sekä niiden pohjalta meta-analyysija käypä käytäntö -suosituksia laativat yksiköt muodostavat ketjun, jossa paikallis-ajallinen tapahtumamateriaali – kuten hoitoprosessi – muokataan sellaiseen muotoon, että sitä voi liikutella, selata ja kumuloida. Kun esitetään vahva selitys, ajassa, paikassa ja vuorovaikutuksessa ilmaantuva uniikki ilmiö pelkistetään suhteeksi, jossa ei ole mitään ajallista, paikallista tai ainutkertaista. *Toimittaessa*

itse siinä kontekstissa, jota selitykset koskevat, heikot selitykset saattavat kuitenkin olla jopa arvokkaimpia. Jos kontekstissa A halutaan oppia kontekstissa B kehittelystä hyvästä käytännöstä, monipuolinen ja ”tiheä” kuvaus on verraton apu, ja korrelaatiotasoiset kuvaukset, jotka antavat osviittaa yhteisvaikutuksista, ovat hyödyllisiä. Sen sijaan kontekstissa B tapahtuneen toiminnan ilmaiseminen vain tekniikkana, jossa yksi tai kaksi asiaa vaikuttaa osoitetulla tavalla, jättää paljon toivomisen varaa paikallisen oppimisen kannalta, mikäli se jää ainoaksi informaatioksi.

Kohti sosiaalisesti elinvoimaista tietoa

Helga Nowotny, Peter Scott ja Michael Gibbons (2002) arvelevat, että pyrkimys tuottaa pätevää (validia) tietoa siten, että tiede puhdistetaan mahdollisimman tarkoin niistä konteksteista, joissa ilmiöt ilmenevät, tuottaakin *vähemmän pätevää* tietoa kuin konteksteihin sitoutunut tutkimus. Toisaalta, jos tutkimus ei luo omia (laboratoriomaisia) olosuhteitaan, tutkimusasetelmien rakentaminen on vähintäänkin haasteellista. Pulman ratkaisua tavoitellaan ääripäiden välimaastosta (Nowotny & al. 2002). He ehdottavat keskivertoisesti tai keskivahvasti kontekstiin sitoutuneita tutkimuksia, joissa tieteen peruslähtökohdat yhdistyvät kuhunkin tutkimuskontekstiin.

Keskivertoisesti kontekstiin sidotussa tutkimuksessa tutkimuksen kohteet ovat alusta lähtien mukana avoimessa vuorovaikutuksessa luomassa tutkimuksen ehtoja ja asettamassa omia kysymyksiään. Kun laboratoriomaisessa tutkimuksessa näköalana on tulosten soveltaminen rajatulla toimialalla, keskivahvasti kontekstualisoidussa tutkimuksessa perspektiivi siirtyy myös tulosten ”vaikutusten kontekstin” ennakoimiseen. Tarkasteluun tulee laajempi alue kuin perinteisesti mielletty tulosten soveltamisala: *ihmisiin kohdistuvat vaikutukset*. Näitä vaikutuksia ennakoimaan tarvitaan kuitenkin perinteistä rajattua tutkimusyhteisöä laajempi joukko. Tutkimuksen haasteeksi tulevat kyky muodostaa rajoja ylittäviä yhteisöjä ja kyky dialogiin. Tämä ei ole vain monitieteisyyttä ja tieteenalarajojen ylittämistä koskeva vaatimus, vaan myös uudenlaisten tutkijat–muut toimijat–suhteiden muodostamisen haaste. Tutkimuksen kohteetkin muotoutuvat prosessin kuluessa. Nowotny, Scott ja Gibbons näkevät tällaisen tutkimuksen edellyttävän agoroita ja dialo-

geja. Agorat ovat osapuolten kohtaamisareenoita, dialogit ovat se vuorovaikutuksen tapa, jolla osapuolet voivat tulla mukaan sekä tutkimuksen muotoutumiseen että sen vaikutusyhteyksien ennakoimiseen. Tutkimusprosessit suunnitellaan sellaisiksi, että niissä tapahtuu koko ajan reflektiota tutkijoiden, tutkimuksen kohteiden, eri tutkimusmenetelmien ja johtopäätösten välillä. Johtopäätösten synty tapahtuu avoimessa oppimistilanteessa, jossa kaikki osapuolet oppivat.

Nowotny, Scott ja Gibbons eivät esitä, että olisi aika hylätä pelkistetyt koasetelmat. He uskovat, että sitoutumalla keskivahvasti konteksteihin voidaan tuottaa sosiaalisesti ”tanakkaa”, elinvoimaista (”socially robust”) tietoa: Sosiaalinen tieto on päässyt vaikuttamaan siihen, se pätee laboratorio-olosuhteiden ulkopuolellakin, ja sitä voi jatkuvasti testata. Tekijöiden mielestä vankkumaton usko yhteiskunnalliseen suunnitteluun ja tieteen ennustettavuuteen ja sitä ilmentävä näyttöön perustuvan tutkimuksen suosio ovat modernisaation kliimaksin jääräpäinen jääne.

Käytännöllisen viisauden tuki vai kauko-ohjattu praktikko

Aristoteles kuvaa Nikomakhoksen etiikassa (NE) laittamattomasti *käytännöllistä viisautta*, fronēsisia (tai käytännöllistä järkeä, kuten se on myös suomennettu). Tuon viisauden arvostusta kaipaisi nykyäänkin lisää. Aristoteles painottaa, että vaikka käytännön tilanteissa on hyötyä universaalien periaatteiden tuntemuksesta, käytäntö ei koskaan pelkisty niihin. Tarvitaan juuri niiden ihmisten tietoa, jotka ovat kyseisissä tilanteissa. Heitä voi auttaa tieto yleisistä periaatteista, universaaleista, mutta siitä he saavat enintään osviittaa. Käytäntö näet ”koostuu” partikulaareista, yksittäisistä asioista:

”Sellainen ihminen on ilman lisämääreitä hyvä har-kitsemaan, joka päättävän järjen perusteella kykenee osumaan tehtävissä olevista asioista siihen, joka on ihmiselle parasta. Ja käytännöllinen järki ei koske vain yleisiä totuuksia, vaan sen tulee tuntea myös yksittäiset asiat, sillä se koskee toimintaa, ja toiminta liittyy yksittäisiin asioihin. Siksi jotkut, jotka eivät tieteellisesti tiedä asioita, ovat käytännöllisempiä kuin ne, jotka tietävät, sillä heillä on kokemusta. (...) Käytännöllinen järki liittyy toimintaan. Siksi siihen kuuluvat molemmat puolet, mutta jälkimmäinen enemmän.” (NE, VI 7. 1141b, 12–17 ja 21–23.)

Kokemusta ei voi sivuuttaa – eikä siihen voi kii-rehtiä.

”(N)uorukaisista voi tulla geometrikkoja ja matemaatikkoja ja viisaita tällaisissa asioissa, mutta nuori ei näytä voivan olla osallinen käytännöllisestä järjestä. Näin on sen takia, että käytännöllinen järki suuntautuu myös yksittäisiin asioihin, ja ne opitaan tuntemaan kokemuksen kautta, mutta nuorukaiselta puuttuu kokemusta, johon tarvitaan pitkä aika.” (NE, VI 7. 1142a, 12–16.)

Nuorella henkilöllä voi olla erinomainen perehtyneisyys teoriaan (epistēmē), joka koskee todistettavissa olevia muuttumattomia asioita, mutta käytäntö ei koostu muuttumattomista asioista.

”On selvää, että käytännöllinen järkevyyden ei ole tieteellistä tietoa. Se koskee, kuten sanoimme, yksittäisiä asioita, sillä tehtävät teot ovat sellaisia.” (NE VI 8. 1142a, 23–25.)

Nuori henkilö saattaa toivoa, että tiede saisi vihdoin kehitettyä teorian käytännöstä – sellaisen, joka antaa hänelle navigointiohjeet. Mikäli Aristoteleeseen on uskomista, hän joutuu pettymään:

”(T)oimintaa koskeva selvitys voi olla vain yleispiirteinen eikä tarkka, sillä (...) tutkimuksilta ei tule odottaa enempää kuin mitä kohde sallii. (...) Kun jo yleinen tarkastelu on tällaista, yksittäisten tapausten tarkastelusta puuttuu vielä enemmän tarkkuutta, sillä ne eivät lankea minkään määrättyjen taitojen tai ohjeiden alaisuuteen, vaan tekijäin on aina itse harkittava, mikä kussakin tilanteessa on sopivaa (...).” (NE, II 2. 1104a, 1–9.)

Näyttöön perustuvan lääketieteen (evidence-based medicine, EBM) alkuperäisenä ihanteena oli valistunut praktikko, jota tuetaan viisaiden päätösten tekemisessä: Praktikko tarkastelee ongelmatilanteita kohdatessaan vaikuttavuustutkimuksia ja poimii kyseiseen pulmaan todistettavasti parhaimmin vaikuttavan keinon (lääkkeen, menetelmän tms.). William A. Ghalin ja Peter M. Sargiousin (2002) mukaan näyttöön perustuvan lääketieteen alkuperäinen ideaalimalli koostui viidestä askelesta: 1) tunnistetaan tiedon ja tiedontarpeen aukot, 2) muotoillaan täsmennetyjä kysymyksiä, 3) tunnistetaan ja otetaan vastaan informaatiota, 4) arvioidaan näyttöä kriittisesti ja 5) sovelletaan tietoa oikea-aikaisesti todellisiin klinisiin ongelmiin. Ghalin ja Sargiousin mukaan neljästä ensimmäisestä askelesta on luovuttu kokonaan. Heidän mielestään – ja he ilmoittautuvat EBM:n kannattajiksi – on tunnistettava, ettei alkuperäinen EBM-ajatus voi toimia keskivertopraktikon kohdalla. Praktikot eivät ehdi paneutua alkuperäistutkimuksiin, eikä tutkimusten lukutaitokkaan ei ole kaikin osin toi-

vottavalla tasolla. Ghali ja Sargious arvioivat, että joistakin praktikoista tulee näyttöön perustuvan tutkimuksen tekijöitä eli tiedon tuottajia. Joistakin tulee tuollaisen tutkimustiedon käyttäjiä, vaikka he eivät osallistuisikaan tiedon tuottamiseen. Useat praktikot ovat ”seurailijoita”. Heidä ohjaavat paikalliset normit ja muut ohjenuorat. Ghali ja Sargious pitävät tätä muunnosta alkuperäiseen ideaaliin mahdollisuutena *rakentaa siltää* EBM-myönteisen ja siihen nähden kriittisen leirin välillä.

Ross E. G. Upshur (2002) panee merkille, että EBM:n ideaalien mureneminen tuottaa *ylemmän auktoriteetin paluun*. Valinnat pyritään tekemään kiireisille praktikoille helpommiksi: tarjolla on alkuperäistutkimuksista tiivistettyjä, valmiiksi arvotettuja katsauksia. Myös Ghali ja Sargious kiinnittävät huomiota siihen, että kiireiset praktikot joutuvat muuntuneessa EBM-toiminnassa tavallaan kauko-ohjaukseen. Latourin terminologiaa seuraten voitaisiin sanoa, että heidän kontekstejaan hallitaan kaukaa käyttäen hyväksi EBM-kalkyloinnin keskuksia. Aristoteleen terminologiaa seuraten voitaisiin sanoa, että pyrkimys tukea käytännöllisesti viisasta praktikkoa kallistuu kohti partikulaarit sivuuttavaa kontrollia.

Ghalin ja Sargiousin yritys rakentaa siltää EBM-kritiikin ja EBM-kehittelyn välille – pohdinta erikoistumisesta, jossa jotkut perehtyvät enemmän, toiset vähemmän alkuperäistutkimuksiin – viittaa kiinnostavalla tavalla *käytäntöyhteisöihin*. Ehkäpä ratkaisu ei olekaan *yksilötasolla*, kun on kysymys hyvistä toimintakäytännöistä. Ehkäpä tulisi löytää keinoja tukea sellaista tutkijoiden, välittäjien, praktikoiden, johtajien ja partnereiden yhteisöä, joka voi kohdata agoroilla, kehittää toimintaa dialogeissa ja saada aikaan oppimisprosesseja, joissa kunkin täydentävä erilaisuus tulee voimavaraksi.

Kohti monipuolisia prosesseja

Aloitimme kuvaamalla ongelmia ja paradokseja hyvien käytäntöjen esiin saamisessa ja yleistämisessä: Ei ole itsestään selvää, mikä on näyttöä niistä, kuinka ne leviävät ja millaiseksi muotoutuu niiden kestävyys. Olemme argumentoineet avaran tutkimuksen puolesta ja painottaneet oppimisprosesseja. Hyviä käytäntöjä ei voi siirtää kuin esineitä, ne on *luotava paikallisesti*. ”Ulkoa” tuodut ratkaisut pulmiin ovat tervetulleita, mutta ne

eivät missään tule tyhjän tilaan eivätkä täsmälleen samanlaiseen kontekstiin kuin se, jossa ne alun perin kehiteltiin.

Esimerkkinä käyttämämme avoimen dialogien toimintakäytännön kehittäminen on tapahtunut *alueellisena prosessina*, jossa on yhdistynyt neljä toisiaan tukevaa toimintaa:³

1) Itse hoitoprosessien muuttaminen aluksi yksinkertaisia peukalosääntöjä noudattaen. Nämä yksinkertaiset säännöt ovat sellaisia, että kaikki työntekijät voivat seurata niiden toteutumista päivittäin. Keroputaan sairaalassa, jossa käytäntöä kehiteltiin 1980-luvun puolivälistä alkaen, ne olivat aluksi seuraavanlaisia: a) Potilaan tulee olla mukana aina, kun hänen asioistaan keskustellaan, ja omaisten aina, kun tehdään päätöksiä, jotka liittyvät heidän elämäänsä. b) Keskusteluja tulisi tapahtua työryhmän kanssa niin paljon kuin mahdollista ja kahdenkeskiset lääkärin, psykologin ja muiden tapaamiset toteutetaan vain perustellusta syystä.

2) Henkilöstön kouluttaminen uuteen toimintakäytäntöön, painottaen dialogisuutta ajattelutapana ”tekniikan” tai ahtaasti ymmärretyt menettelmän sijasta. Tällä on tuettu sekä uudenlaisen työskentelytavan omaksumista että sen generoin-

³Kokonaisuus on kuvattu tarkemmin mm. teoksessa Seikkula & Arnkil 2005.

TIIVISTELMÄ

Tom Erik Arnkil & Jaakko Seikkula & Robert Arnkil: Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta

Hyvien käytäntöjen tunnistamisesta, validoinnista ja levittämisestä keskustellaan vilkkaasti Suomessa, Euroopassa ja laajemminkin kansainvälisesti. Suomessa keskustelu vilkastui erityisesti EU:n ja sen suosiman avoimen koordinaation menetelmän myötä. Perusoletuksena on, että hyvät käytännöt leviävät ”tapauskankeista”. Pulmiksi ovat kuitenkin osoittautuneet sekä kysymys näytöstä – millä osoitetaan käytäntö toimivaksi – että käytäntöjen siirrettävyys kontekstista toiseen, ja vihdoin käytäntöjen kestävyys. Hyvää käytäntöä toteuttaa aina jokin käytäntöyhteisö, jonka tieto käytännöistään on suurelta osin ns. hiljaista tietoa. Hyvät käytännöt eivät ole vain yksittäisiä menetelmiä, jotka ovat poimittavissa yhteyksistään. Sellainen käytäntö, joka on hyvä riippumatta johtamiskäytännöistä, asiakkasuuhteista ja kumppanuus- ja kilpailijasuuhteista on luultavasti tavattoman yksinkertainen tekniikka, jonka

voisi levittää käskytyjärjestelmää käyttäen. On tärkeää tukea käytäntöyhteisöjen oppimisprosesseja.

3) Tutkimus sekä dialogisuudesta että uuden käytännön tuloksellisuudesta – useita lähestymistapoja ja aineistoja käyttäen.

4) Päätöksenteon tuki dialogisille käytännöille.

Seurantatutkimuksen tuottamat päätelmät hyvin toimineen hoidon keskeisistä puolista vaikuttavat edellä mainitussa rakenteessa suoraan käytännön työhön. Kyseiset neljä toimintaa – hoito, koulutus, tutkimus ja päätöksenteko – saatettiin aluetasolla vuorovaikutukseen siten, että ne ruokkivat toisiaan. Hoitotilanteista tulevat uudet kokemukset tarjoavat pohjan empiiriselle aineistolle ja kiintopisteitä koulutukselle. Tutkimus tarjoaa analyyseja ja synteesejä aineistoista, kokemusten käsitteellistämisen tapoja ja sisältöä koulutukselle. Koulutus pyrkii lisäämään toimijoiden mahdollisuuksia generoida luovia dialogisia käytäntöjä. Päätöksenteko tarjoaa toimintarakenteelle jatkuvuutta. Jotta edellä kuvattu olisi mahdollista, on tarvittu osapuolten erilaisia kohtaamisen areenoita ja sellaisia kohtaamisen tapoja, joissa yksi käsitys ei vaadi ehdotonta auktoriteettia, vaan luodaan mahdollisuudet etsiä yhdessä uusia mahdollisuuksia mieltää asiat ja jatkaa toimintaa.

voisi levittää käskytyjärjestelmää käyttäen. On tärkeää tukea käytäntöyhteisöjen oppimisprosesseja.

Näyttökoulukuntien heikkoudet ja vahvuudet ovat toisiaan täydentäviä. Kokeelliset asetelmat ovat täsmällisiä, mutta soveltuvat huonosti kompleksisiin ja pitkäkestoisiin ilmiöihin. Ei-kokeelliset menetelmät taavoittavat paremmin ilmiöiden moniulotteisuutta ja vaikutusten monensuuntaisuutta, mutta voivat jäädä erillistapauksiksi, joista ei päästä eteenpäin yleistämisen suuntaan. Norjan pitkän tutkimusvetoisen työelämän kehittämissuunnitelman opetukset kertovat, että tutkimuksen pitäisi tukea käytäntöyhteisöjen kykyä oppia omasta toiminnastaan; sen tulisi tulla ongelmanratkaisukumppaniksi, jolloin haasteet ovat paitsi tiedollisia myös organisatorisia ja käytännöllisiä.

Näyttöön perustuva tutkimus (evidence-based research) erityistapaus, satunnaistetut kokeet, on nousemassa näyttötutkimuksen mittapuuksi. Satunnaistetuista kokeista haetaan selkänajoja priorisointipäätöksiin. Kyseisissä asetelmissa ei tavoiteta monensuuntaisia vaikutuksia eikä sellaisia palvelujärjestelmän toimintatapoja, jotka pohjautuvat osapuolten monenkeskisiin

vuoropuheluihin. On vaarana, että muodostuu vaarallinen valikointimekanismi:

– Nimenomaan ne ruohonjuuritason käytännöt, jotka nojautuvat vahvasti asiantuntijakeskeisiin tekniikoihin ja spesialistin tekemiin interventioihin, ovat tutkitavissa pelkistävissä asetelmissä.

– Satunnaistettuja kokeita suosivan tutkimuksen piiriin valikoituu näin toimenpidekeskeisiä käytäntöjä; prosessia korostavat käytännöt ovat sivussa.

– Näyttötutkimuksista meta-analyseja tekevät kirjastot saavat tutkittujen käytäntöjen kokoelmiinsa vain edellä mainitun kaltaisia käytäntöjä.

– Käypä hoito- tai käypä käytäntö -suositusten laatijat käyttävät aineistonaan edellä mainittua valikoitua materiaalia.

– Ohjelmaohjaukseen viedyissä priorisoinneissa nojaututaan vallitsevaan näyttöön perustuvaan tutkimukseen, ja näin osaksi ohjauksessa toteutuvaa vali-

kointia tulee tutkittavuus kapea-alaisin keinoin eikä käytäntöjen merkittävyys kansalaisten hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmän integraation kannalta.

Satunnaistetut kokeet kohoavat vaikuttavuustutkimuksen mittapuuksi siksi, että ne sopivat hyvin kaukaa hallitsemiseen: hallinnan keskuksista koetetaan saada aikaan toivottavia muutoksia konteksteissa A, B ja C vetoamalla siihen, että tutkimuksessa on löydetty uni-versaali, kaikissa olosuhteissa vaikuttava kausaalimekanismi. Monensuuntaisten vaikutusten tutkimiseen ja oppivien käytäntöyhteisöjen tukemiseen tarvittaisiin kuitenkin tutkimuksen toisiaan täydentäviä keinoja, monipuolisia menetelmämatriseksi. Tämä edellyttää sekä monitieteisyyttä että vuoropuhelua tutkijoiden ja muiden osapuolten kesken. Hyvät käytännöt on luotava paikallisesti, silloinkin kun hyödynnetään muualla kehiteltyjä innovaatioita.

KIRJALLISUUS

ARISTOTELES: Nikomakhoksen etiikka. Suomentanut ja selitykset laatinut Simo Knuutila. Toinen, tarkistettu painos. Helsinki: Gaudeamus, 2005

GHALI, W. & SARGIOUS, P.: The evolving paradigm of evidence-based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 8 (2002): 2, 109–112

GUSTAVSEN, B.: Constructing New Organisational Realities – The Role of Research. *Concepts and Transformation* 7 (2002): 3, 237–261

HECKMAN, J. & SMITH, J.: Experimental and Non-experimental Evaluation. In: Schmid, G. & O'Reilly, J. & Schönmann, K.: *International Handbooks of Labour Market Policy and Evaluation*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 1996

HYSSÄLÄ, L.: Terveyspalveluiden saatavuus paranee merkittävästi. *Helsingin Sanomat* 1.12.2004

JACOBSSON, K.: Soft Regulation and Subtle Transformation of States: The Case of EU Employment Policy. *Journal of European Social Policy* 14 (2004): 4, 355–370

KISSLING, W. & LEUCHT, S.: Results of treatment of schizophrenia: Is the glass half full or half empty. *International Clinical Psychopharmacology* 14 (2001): Suppl 3, S11–S14

LATOUR, B.: Politics of explanation: an Alternative. P. 155–176. In: Woolgar, S. (ed.): *Knowledge and Reflexivity*. *New Frontiers in Sociology*. Bristol: Sage Publications, 1988

LATOUR, B.: *Science in Action*. How to follow scientists and engineers through society. Tenth printing. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2002

NOWOTNY, H. & SCOTT, P. & GIBBONS, M.: *Re-thinking science: Knowledge and the public in an age of uncertainty*. Malden, MA: Blackwell Publishers, 2002

O'DELL, C. & GRAYSON, C. JACKSON JR.: *If We only Knew What We Know*. New York: Free Press,

1998

PAWSON, R.: Evidence-based Policy: In Search of a Method. *Evaluation*. *The International Journal of Theory, Research and Practice* 8 (2002): 2, 157–181

SEIKKULA, J. & ARNKIL, T. E.: *Dialoginen verkostotyö*. Helsinki: Tammi, 2005

SEIKKULA, J. & ALAKARE, B. & AALTONEN, J.: Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – kahden vuoden seuranta tutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Teoksessa: Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.): *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön*. Helsinki: Kirjayhtymä, 1999

SEIKKULA, J. & ALAKARE, B. & AALTONEN, J.: Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology* 14 (2001), 247–265. 2001a

SEIKKULA, J. & ALAKARE, B. & AALTONEN, J.: Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology* 14 (2001), 267–284. 2001b

SEIKKULA, J. & ALAKARE, B. & AALTONEN, J. & HOLMA, J. & RASINKANGAS, A. & LEHTINEN, V.: Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services* 5 (2003): 3, 163–182

SKITSOFRENIAN KÄYPÄ HOITO. Suomen Psykiatriyhdistys ry., 15.10.2001

TAKEUCHI, H. & NONAKA, I.: *Hitotsubashi on Knowledge Management*. Singapore: John Wiley and Sons, 2004

UPSHUR, R.: If not evidence, then what? Or does medicine really need a base. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 8 (2002): 2, 113–119

WENGER, E.: *Communities of Practice – Learning, Meaning and Identity*. London: Cambridge University Press, 1998.