

MDFT – Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely

(1. arvio / 23.6.2016)

Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely (*Multidimensionaal Family Therapy*; MDFT) on intensiivinen, jalkautuva perhe- ja systeemiorientoitunut työtapo lastensuojelun ja erikoissairaanhoidon avohoidon työntekijöille, jotka työskentelevät laaja-alaisista, monimuotoisista vaikeuksista (käytös- ja päihdehäiriöt) kärsivien 12–19-vuotiaiden nuorten kanssa.

MDFT toimii parhaiten riittävän vaikeissa ja kriisiytyneissä tilanteissa, joissa avohoidon toimia on jo kokeiltu ja harkitaan sijoitustoimenpiteitä. Yksilökeskeisten työtapojen sijaan auttamistyöskentelyyn otetaan mukaan perhe ja vanhemmat sekä muut nuoren elämässä vaikuttavat systeemit ja tahot (koulu, kaverit, muut viranomaisverkostot). Riski- ja suojaavat tekijät pyritään tunnistamaan niin yksilö-, perhe- kuin verkostotasolla, ja nuoren hoito räätälöidään yksilöllisesti tilanteen edellyttämällä tavalla.

Ilmiöt: Käytösongelmat ja -häiriöt, sijoitettujen lasten hyvinvoinnin tukeminen

Kokonaisarvio¹: 3/3 Vahva dokumentoitu näyttö

MDFT:n osalta on vahvaa näyttöä päihdeongelmien vähenemisestä sekä vähäisemmässä määrin myös koulunkäyntivaikeuksien, rikollisuuden, käytösongelmien ja internalisoivien ongelmien vähenemisestä 11–21-vuotiailla nuoruusikäisillä, jotka osallistuvat MDFT-interventioon, verrattuna nuoriin, jotka osallistuvat muihin hoitomuotoihin.

Sovellettavuus Suomeen²: Kohtalainen

¹ Laatikko sisältää niin sanotun PICO-lausekkeen. PICO tulee englanninkielisistä sanoista:

- P = populaatio; ryhmä, jota tutkitaan (*population, patient*)
- I = interventio, tutkittava toimenpide, hoito, (*intervention*)
- C = vertailuryhmä, vaihtoehtoinen menetelmä (*comparison, control*)
- O = menetelmän tuottamat tulokset, seuraus (*outcome*)

PICO auttaa intervention tutkittujen vaikutusten selkeässä ja tarkassa kuvaamisessa. Se kertoo mistä interventiosta on kyse, millaisia tuloksia sillä saadaan, kenelle se on vaikuttava ja kehen verrattuna.

² Sovellettavuuden arviointiin vaikuttavat seuraavat osa-alueet: koulutus, koulutuksen saatavuus, kustannustehokkuus, soveltuvuus ja mittaaminen/arviointi

1 Esittely

1.1 Tausta

MDFT [1] syntyi 1980-luvulla Yhdysvalloissa tarpeesta kehittää monimuotoisista ongelmista (käytös-, päihde- ja mielialahäiriöt) kärsivien nuorten kanssa työskentelyyn tehokkaampia, kattavampia ja vaikuttavampia työtapoja. Laitossijoitukset ja yksilökeskeinen työote koettiin riittämättöminä ja kalliina.

Työmallin teoreettinen perusta on integratiivinen. Lähtökohtaisesti se nojautuu systeemiseen ja strukturaaliseen perheterapiaan. Sen tukena on vahva sosiaaliekologinen ajattelu [2], eli näkemys siitä, että käyttäytyminen on tulosta yksilön ja ympäristön yhteisvaikutuksesta. Jos käyttäytymistä halutaan muuttaa, pitää työskennellä myös ympäristön kanssa. Työskentelyn oikeaan kohdentamiseen haettiin työkaluja kehityspsykologiasta ja riski- ja suojatekijä -ajattelusta. Rinnastamalla nuoren ongelmallinen tilanne ja siihen johtanutta kehitystä nuoruuden normatiiviseen kehityskaareen pystytään paikallistamaan miten, milloin ja minkä tekijöiden vaikutuksesta nuoren odotuksenmukainen kehityskulku on häiriintynyt. Hienovaraista riski- ja suojatekijäarviointia tehdään yhtä lailla nuoresta, vanhemmista, perheestä ja laajemmasta ympäristöstä, jotta interventiot pystytään räätälöimään yksilöllisesti tilanteen edellyttämällä tavalla. Muutoksen työväline yksilötyössä on haitallisten ajattelu- ja toimintamallien tunnistaminen, tutkiminen ja muuttaminen. Tässä käytetään apuna kognitiivisen (käyttäytymis)terapian viitekehystä ja interventioita, jota tuetaan ratkaisukeskeisellä suhtautumisella uusien vaihtoehtojen rakentamiseen.

1.2 Kohderyhmä

- Nuoret
- Perheet
- Vanhemmat

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Kohderyhmä on laaja-alaisista, monimuotoisista vaikeuksista (käytös- ja päihdehäiriöt) kärsivät 12–19-vuotiaat nuoret, joiden kohdalla on jo kokeiltu kevyempiä avohoidon työmenetelmiä ja joiden jatkotoimenpiteinä harkitaan laitossijoitusta.

MDFT:n aloittaminen edellyttää, että nuorella on elämässään vähintään yksi aikuinen (huoltaja tai joku muu), joka on valmis sitoutumaan työskentelyyn. Työskentelyn edellytys on nuoren riittävä kognitiivinen kapasiteetti. Akuutti syömishäiriö tai itsetuhoisuus estävät työskentelyn aloittamisen.

1.4 Menetelmän kuvaus

MDFT on manualisoitu, mutta yksilöllisen tarpeen mukaan joustava työtapo. Työtavan taustalla on selkeä muutosteoria. Muutoksen edellytyksenä pidetään työntekijöiden vankkoja kliinisiä taitoja. Työmalli yhdistää systeemistä perheterapiaa, ratkaisukeskeisyyttä ja palveluohjausta. Yksi työntekijä työskentelee yksilö, perhe- ja verkostotasoilla: yksin nuoren, yhdessä ja erikseen kummankin vanhemman, koko perheen ja verkostojen kanssa. Tällä ratkaisulla varmistetaan kokonaiskuvan rakentuminen tilanteesta, sekä se, että vastuu prosessin etenemisestä, hallinnoimisesta ja arvioinnista on selkeästi nimetty ja prosessin hallinnointi perustuu riittävän kattavaan, monista tietolähteistä ammentavaan asiantuntija-arviointiin.

MDFT-prosessi kestää noin 5–9 kuukautta ja jakautuu kolmeen vaiheeseen: aloitus, läpityöskentely ja lopetus. Prosessi on intensiivinen; tapaamisia on viikoittain 2–3. Intensiivisyys tukee mm. kannattelevien yhteistyösuhteiden (monen samanaikaisen allianssin) rakentumista ja ylläpitämistä. Yhteistyösuhteen puolestaan ajatellaan edesauttavan asiakkaiden sisäisen muutosmotivaation viriämistä ja vahvistumista,

jolloin he oletuksenmukaisesti myös sitoutuvat työskentelyyn. Tapaamisia pidetään asiakkaiden kotona ja muissa arkisissa paikoissa.

MDFT on tiimiperustainen työmalli. Tiimissä on oma menetelmäohjaaja ja tiimi toimii ammatillisena tukena jokaiselle sen jäsenelle. Työntekijöillä on rajallinen määrä asiakkaita kerrallaan. Ohjesääntönä pidetään asiakasprosessien vaiheesta riippuen enintään 8 asiakasta. Työ edellyttää yksityiskohtaista ja kirjallista tapaamisten suunnittelua ja valmistelua ja osuvien välitavoitteiden asettamista, välitavoitteiden saavuttamisen seuraamista ja korjaamista.

Menetelmän integriteetin varmistamiseksi työntekijöiden menetelmäuskollisuutta ja -osaamista arvioidaan videoituja perhetapaamisia aineistona käyttäen. Menetelmäuskollisuutta arvioi ulkopuolinen arvioitsija ja kompetenssia menetelmän kouluttaja.

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

Vahva

2.2 Tutkimus

Työmenetelmästä löytyy yli kymmenen satunnaistettua verrokkiryhmätutkimusta, joissa on mitattu päihdekäytön (erityisesti kannabis) lisäksi intervention vaikutuksia myös liitännäisongelmiin (antisosiaalinen käytös ja kaveripiiri, koulunkäynti, laitoshoidon tarve, internalisoivat oireet, hoidon keskeyttäminen). Tutkimuksiin on kuulunut myös 12 kuukauden seurantoja (esim. [3]). Valtaosa tutkimuksista on tehty USA:ssa, mutta tuloksia on myös Keski-Euroopasta. Esimerkiksi satunnaistetussa kontrolloidussa INCANT-tutkimuksessa verrattiin MDFT:n vaikutuksia nuoren yksilömuotoiseen terapiaan (treatment as usual). Osallistujat olivat 13–18-vuotiaita nuoria perheineen (n = 450 perhettä, 85 % nuorista oli poikia). Nuorilla oli joko kannabiksen väärinkäyttöä tai kannabisriippuvuus (mm. [4][5][6][7]). Tutkimuksessa mitattiin intervention vaikutusta paitsi kannabiksen käyttöön (itseraportointi), myös muihin psyykkisiin ongelmiin vanhempien ja nuoren itsensä kokemana (mittareina Youth Self-Report (YSR) ja Child Behaviour Checklist (CBCL)). Seurannat tehtiin kolme, kuusi ja 12 kuukautta intervention jälkeen. Lisäksi Euroopassa on tutkittu myös MDFT:n vaikutusta kannabista käyttävien nuorten (n = 169) itseraportoituun rikollisuuteen yksilöterapiaan verrattuna 6 ja 12 kuukauden seurannassa ([8]).

MDFT on ollut mukana useissa meta-analyyseissa osana muita perheterapioita [9][10][11], viime vuosina myös yksittäisenä interventiona kahdessa meta-analyysissä [12][13] ja yhdessä katsauksessa [14]. Laajin ja tuorein meta-analyysi [13] analysoi 19 julkaisua (n = 1488 nuorta), joissa oli raportoitu yhteensä 61 efektikokoa kahdeksasta satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta, joissa oli arvioitu MDFT:n vaikutusta päihteidenkäyttöön, rikollisuuteen sekä eksternalisoiviin tai internalisoiviin oireisiin.

Päivittyvä lista merkittävimmistä tutkimuksista löytyy osoitteesta: www.mdft.org/Resources/Publications

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

Kohtalainen

3.2 Vaikuttavuus

Tutkimustulokset osoittavat, että MDFT vaikuttaa erityisesti päihteidenkäytön vähenemiseen ja hoitotuloksen pysyvyyteen.

Ryhmävertailututkimuksissa MDFT:llä on saavutettu muita hoitomuotoja (mm. ryhmäterapiaa, perheterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja laitoshoidoa) parempia hoitotuloksia useimmissa (esim. [3][15]), mutta ei kaikissa tutkimuksissa (esim. [16]). Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro ja Henderson [17] totesivat, että MDFT-ryhmiin osallistuvilla nuorilla päihteiden käyttö on laskenut nopeammin, lisäksi päihdeongelmien vakavuus ja eri päihteiden käyttö ovat vähentyneet enemmän kuin verrokkiryhmissä [15][18]. Vaikutukset päihteidenkäyttöön ovat olleet havaittavissa myös RCT-tutkimusten 12 kuukauden seurannoissa [3][18][19].

MDFT:n on todettu vähentävän myös masennus- ja ahdistuneisuusoireilua sekä käytösoireita. Lisäksi se vaikuttaa myönteisesti koulunkäyntiin ja koulumenestykseen. Myös rikollinen toiminta on vähentynyt MDFT-nuorilla laitoshoidoa saaneita nuoria enemmän [3].

MDFT näyttäisi olevan erityisen vaikuttava juuri pitkälle kehittyneistä ja vaikea-asteisista päihdeongelmista ja useista samanaikaisista mielenterveyden ongelmista kärsivien nuorten hoidossa (mm. [15]). Lisäksi MDFT näyttää toimivan muita hoitoja tehokkaammin erityisesti pojilla ([19], integratiivinen data-analyysi viidestä RCT:sta).

Meta-analyysit ja katsaukset

Meta-analyyseissa ja katsauksessa [12][13][14] MDFT:lla on todettu suotuisa vaikutus sekä päihdehäiriöihin että liitännäisongelmiin (antisosiaalinen käytös ja kaveripiiri, koulunkäynti, laitoshoidontarve, internalisoivat oireet).

Filgesin ja kollegoiden [12] meta-analyysi sisällytti mukaan tutkimukset, joiden aineistoissa 11–21-vuotiaita huumausaineidenkäyttäjiä (5 tutkimusta, yhteensä 16 julkaisua). MDFT oli muita hoitoja vaikuttavampi a) päihteidenkäytön vakavuuden ja b) käyttöfrekvenssin vähentäjänä 6kk seurannassa. 12 kk seurannassa ainoastaan vaikutus käyttöfrekvenssiin oli merkittävästi muita hoitomuotoja parempi. Efektikoot olivat melko pieniä ja luottamusvälit lähellä nollaa. Tutkijat totesivat, että lisätietoa vaikutuksia välittävistä tekijöistä tarvitaan.

Van der Polin ja kollegoiden meta-analyysissä [13] tarkasteltiin kahdeksaa satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, ja todettiin MDFT:n olevan muihin hoitomuotoihin (kognitiivisbehavioraalinen hoito, ryhmäterapia tai yhdistelmähoitot) verrattuna tehokkaampi hoito sekä nuoren päihteidenkäyttöön, rikollisuuteen että eksternalisoiviin ja internalisoiviin oireisiin. Efektikoko oli melko pieni ($d = 0,24$, $p < 0,001$; 13 % hyöty muihin hoitomuotoihin verrattuna), eikä sen suuruus eronnut merkittävästi nuoren ongelman luonteesta (päihteet, rikollisuus, eksternalisoivat tai internalisoivat oireet) riippuen. Moderaattorianalyysissä todettiin niiden nuorten, joiden päihteidenkäyttö tai käytösongelmat olivat luonteeltaan vakavampia, hyötynneen MDFT:stä enemmän. Nuoren ikä, sukupuoli, sosioekonominen tausta, etninen ryhmä tai hoidon kesto eivät vaikuttaneet tuloksiin. Iältään vanhempien tutkimusten efektikoot olivat suurempia. Tutkimuksen maantieteellinen toteutuspaikka ei vaikuttanut tuloksiin.

INCANT-tutkimus

Suomalaisen implementaation kannalta merkittävä tutkimus on Euroopassa toteutettu laaja INCANT-tutkimus, jossa todettiin MDFT:n olevan vaikuttava myös eurooppalaisissa olosuhteissa. Rigter kollegoineen [5] totesi INCANT-tutkimuksen pohjalta MDFT:n vähentävän 13–18-vuotiailla nuorilla sekä kannabisriippuvuutta että kannabiksen käyttöä tavanomaista hoitoa

(yksilötapaamiset) enemmän 12 kuukauden seurannassa. Vaikka sekä MDFT että yksilöhoitoryhmässä havaittiin myönteisiä muutoksia kannabiksen käyttöä mittaavissa tulosuuttujissa, oli MDFT tavanomaista hoitoa parempi mitattaessa kannabisriippuvuuden esiintyvyyden vähenemistä, kannabiksen käyttöön liittyvien oireiden vähenemistä sekä käyttöpäivien vähenemistä. MDFT vähensi kannabiksen käyttöpäivien määrää tavanomaista hoitoa enemmän niillä nuorilla, joilla käyttö oli ennen interventiota tiheintä, vähemmän käyttävien ryhmässä ero hoitomuotojen välillä ei ollut merkittävä. MDFT:n ja tavanomaisen hoidon välisen eron suuruutta kuvaavat efektikoot vaihtelivat kohtalaisesta suureen: kannabisriippuvuusdiagnoosien väheneminen $d = 0,65$; kannabisriippuvuuden oireiden väheneminen $d = 1,27$; kannabiksen käyttöpäivien väheneminen runsaasti käyttävien ryhmässä $d = 0,60$. Myös hoitomyöntyvyyks oli MDFT:ssä tavanomaista yksilöhoitoa parempi: 90 prosenttia MDFT-ryhmän asiakkaista oli käynyt hoidossa loppuun saakka, tavanomaista hoitoa saaneiden ryhmässä hoidon loppuun suorittaneiden nuorten määrä oli 48 prosenttia (OR = 9,8; 95 % luottamusväli = 5,7–16,7).

Osana INCANT-tutkimusta toteutetussa RCT-tutkimuksessa ($n = 169$) havaittiin lisäksi, että pienempi osa MDFT-hoitoa saaneista nuorista syyllistyi väkivaltarikoksiin yksilöterapiaa saaneisiin nuoriin verrattuna ($p = 0,04$, $d = 0,43$), omaisuusrikollisuuden osalta ei havaittu vastaavaa eroa [8].

Suomalainen tutkimusnäyttö

Varsinaista suomalaista tutkimusnäyttöä ei toistaiseksi ole, mutta Palaset kohdalleen -hankkeessa, jossa sertifioitiin osallistujat MDFT-menetelmään [20] havaittiin mm. nuorten koulunkäyntiin ja laitoshoitoon liittyviä myönteisiä muutoksia (ennen interventiota kotona asui 55 prosenttia nuorista, intervention jälkeen 88 prosenttia nuorista; ennen interventiota koulua kävi 49 prosenttia nuorista, intervention jälkeen 96 prosenttia).

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

MDFT-terapeuttien sertifioinnista ja menetelmän levittämisestä Euroopassa vastaa Euroopan MDFT-akatemia, joka sijaitsee Hollannissa. Suomessa koulutusta on järjestetty Suomen Mielenterveysseuran ja Euroopan MDFT-akatemian yhteistyönä Palaset kohdallaan -hankkeen puitteissa. Lähiopetuspäivien ohella varsinainen menetelmän oppiminen tapahtuu tarkasti seuratuissa ja tuetuissa koulutushoidoissa. Opetusta annetaan monin erilaisin aktiivisen oppimisen menetelmin, mm. mallintaminen, harjoittelu, yksilöllinen palaute ja teoreettinen kirjallinen tieto käsikirjan muodossa. Koulutus on korkeatasoinen ja siihen liittyy olennaisesti laadunvarmennuksen menetelminä menetelmäuskollisuuden eli adherenssin sekä terapeutin kompetenssin arviointi. Koulutuksen tarkemmat sisällöt kuvattu alla:

- Kouluttaja: MDFT Academy Hollanti, koordinaattorina Suomen Mielenterveysseura
- Koulutuskieli: Suomi ja englanti
- Koulutuksen kesto: Kaksi vuotta
- Koulutettavat: Käytös- ja päihdehäiriöistä kärsiviä nuoria kohtaavat tahot, koulutetaan tiimejä (ei yksittäisiä terapeutteja). Tiimissä oltava 1 avainterapeutti (=tiimin menetelmäohjaaja) ja 3 terapeuttia (vähintään) tai 2 avainterapeuttia + 4 terapeuttia
- Koulutuskokonaisuus: Avainterapeutti koulutetaan ensin (6kk). Seuraavassa vaiheessa tiimi tulee koulutukseen mukaan, jolloin avainterapeutti toimii tiimensä apukouluttajana ja opiskelee samalla

menetelmäohjausta. Heti tiimin ensimmäisten seminaaripäivien jälkeen avainterapeutti aloittaa tiiminsä ohjaamisen (tiimitapaamiset ja asiakastapausten kanssa työskentely).

- Koulutusmateriaali:
 - manuaali (suomenkielinen ja englanninkielinen)
 - kurssimateriaali (Powerpoint-diat)
 - lisämateriaali: interventio-opas, keskeisten istuntojen ("core sessions") kuvaus ja ohjeistus
 - istuntojen suunnitelmalomakkeet
 - tapauskuvauslomakkeet
 - menetelmäohjausopas
 - menetelmäohjauksen raportointilomakkeet
- Monitorointi: Koulutushoidot dokumentoidaan kirjallisesti viikoittaisina suunnitelmina MDFT-sivustolle. Viikkosuunnitelmassa on valmisteltu jokainen viikon sisällä toteutuva tapaaminen. Kouluttajat ja työnohjaajat pystyvät seuraamaan työskentelyn etenemistä ja antamaan palautetta. Koulutuksen aikana videoidaan perhetapaamisia, joista tehdään menetelmäuskollisuuden arviointi ja kyvykkyyden arviointi. Nauhoituksia käytetään koulutusmateriaalina.
- Koulutuksen luonne: Seminaaripäiviä on yhdeksän, suuri osa opiskelusta tapahtuu ohjatusti työskentelemällä. Käsikirjaan perehtyminen tapahtuu suurelta osin oma-aloitteisesti tai tiimeissä.
- Koulutettavilta toivottavia ominaispiirteitä:
 - kyky omaksua uutta tietoa, poisoppia vanhaa
 - kyky oma-aloitteiseen työskentelyyn, aktiivisuus
 - myönteinen suhtautuminen muutokseen
 - hyvä paineensietokyky
 - riittävä englannin kielen taito
 - soveltuva pohjakoulutus on sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus, edellytyksenä myös vankka kokemus perheiden kanssa työskentelystä.

Keskeinen osa MDFT-mallia ja koulutusta on adherenssiarvio, joka kertoo siitä, missä määrin interventiolle keskeiset toiminnot ovat olleet mukana työntekijän työskentelyssä. Menetmäkoulutukseen kuuluu ulkopuolisen arvioitsijan arvio videoiduista asiakastapaamisista MDFT Intervention Inventory (MII)-manuaalin mukaan. Koulutuksessa kootaan tietoa myös siitä, miten koulutettavat ja menetelmää käyttävät sen kokevat.

4.2 Koulutuksen saatavuus

Koulutusten saatavuudesta voi tiedustella menetelmän yhteyshenkilöltä Katriina Rinkiseltä. Haasteena on, että menetelmän kouluttajaoikeuksia ei ole saatu toistaiseksi Suomeen, mikä rajoittaa koulutuksen saatavuutta. Kustannukset moniin muihin menetelmiin verrattuna ovat edulliset (ei kalliita lisenssimaksuja).

Koulutusta tarjottiin Suomen Mielenterveysseuran 'Palaset kohdalleen' -hankkeessa (2009–2013), jossa tuotiin MDFT-menetelmä Suomeen syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamiseksi.

4.3 Kustannustehokkuus

Frenchin, Roebuckin & Dennisin [21] tutkimuksessa MDFT:n arvioitiin olevan taloudellisesti kilpailukykyinen tavanomaiseen hoitoon verrattuna (viikottainen kustannus per asiakas 164 dollaria vs. 365 dollaria), varsinaista kustannustehokkuusanalyysejä ei tehty. Kustannustehokkuuden kannalta merkityksellistä myös hoidon alhainen keskeyttämisprosentti [17]. Lisätutkimusta tarvitaan. Suomesta ei arvioita kustannustehokkuudesta.

4.4 Soveltuvuus

MDFT on sosiaalipoliittisesti hyvin perusteltavissa erityisesti syrjäytymisen ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Palaset kohdalleen -hankkeen havaintojen [20] perusteella näyttää siltä, että MDFT on toimiva työmuoto Suomessa. Hankkeen päättyessä MDFT:n implementaatio oli vielä kesken.

4.5 Mittaaminen ja arviointi

Asiakkaiden kokemuksista ei Suomessa ole kerätty systemaattista palautetta. Osana hanketta kerätty tulostietoa nuorten koulunkäyntiin ja laitoshoitoon liittyvistä muuttujista. Ulkopuolinen arvioitsija arvioi työntekijän menetelmäuskollisuutta ja menetelmän kouluttaja työntekijän kompetenssia.

Viitteet

1. Liddle, H. A. (2010). Treating adolescent substance abuse using multidimensional family therapy. Teoksessa J. Weisz & A. Kazdin (toim.): Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (second edition). N.Y.: Guilford.
2. Brofenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
3. Liddle, H., Rowe, C., Dakof, G., Henderson, C. & Greenbaum, P. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 12–25.
4. Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64–71.
5. Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. & Rowe, C.L. (2012). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomized controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85–93.
6. Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 119–126.
7. Schaub, M., Henderson, C., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendris, V., Rowe, C. & Rigter, H. (2013). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14, 26.
8. Van der Pol, T. M., Henderson, C. E., Hendriks, V., Schaub, M. P. & Rigter, H. (2018). Multidimensional family therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1573–1588.
9. Baldwin, S., Christian, S., Berkeljon, A. & Shadish, W. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 281–304.
10. Tanner-Smith E., Wilson, S. & Lipsey, M. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 145–158.
11. Stanton M. D. & Shadish W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bulletin*, 122, 170–191.
12. Filges, T., Andersen, D. & Klint Jørgensen, A. (2015). Effects of multidimensional family therapy (MDFT) on nonopioid drug abuse: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 1–16.
13. Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M., Stams, G., Doreleijers, T., Domburgh, L. & Vermeiren, R. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
14. Rowe, C. (2010). Multidimensional family therapy: Addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 563–576.

15. Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 885–897.
16. Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. & Funk, R. (2004). The cannabis youth treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197–213.
17. Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. & Henderson, C. C. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 11, 49–63.
18. Liddle, H., Dakof, G., Turner, R., Henderson, C. & Greenbaum, P. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, 1660–1670.
19. Greenbaum, P. E., Wang, W., Henderson, C. E., Kan, L., Hall, K., Dakof, G. A. & Liddle, H. A. (2015). Gender and ethnicity as moderators: Integrative data analysis of Multidimensional Family Therapy randomized clinical trials. *Journal of Family Psychology*, 29, 919–930.
20. Ehrling, L. (2014). Multidimensional family therapy. Uusi työtapa nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MDFT:n mahdollisuuksista. Loppuraportti. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
21. French, M. T., Roebuck, M. C. & Dennis, M. (2002). The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: Findings from a multisite experiment. *Addiction*, 97, S84–87.

Liite 1. Arviointikäsi kirja ennen vuotta 2022 tehdyille menetelmäarvioinneille: Menetelmien arviointi Kasvun tuessa ennen kuin menetelmien vaikuttavuutta alettiin arvioida systemaattisina katsauksina.

1 Menetelmien arviointityön perusta

Kasvun tuki -tietolähde koostuu arvioiduista varhaisen tuen menetelmistä. Varhaisella tuella tarkoitetaan sekä mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämistä että ongelmien ehkäisemistä. Vaikuttavalla menetelmällä tarkoitetaan tutkimusnäyttöön pohjautuvaa menetelmää, jonka avulla voidaan lapsissa ja tai heidän perheissään aikaansaada myönteisiä muutoksia. Näytöllä puolestaan tarkoitetaan tieteellisesti ja teoreettisesti perusteltuja tutkimustuloksia. (esim. [1, 2]).

Näyttöön perustuva toiminta ja asiakastyö

Tutkimusnäytön soveltaminen ja käyttö asiakastyössä tarkoittavat sitä, että asiantuntija käyttää parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa ja huomioi asiakkaan kokemustietoa ja toiveita arvioidessaan sopivan menetelmän valintaa. Näyttöön perustuvan tiedon käyttökelpoisuus on aina arvioitava yksilökohtaisesti ja yhteistyössä asiakkaan kanssa. Vaikka menetelmä olisi vaikuttava, menetelmä ei välttämättä sovellu yksittäisen asiakkaan tilanteeseen. Olosuhteet ja ympäristö, jossa asiakastyötä tehdään vaikuttavat näyttöön perustuvaan asiakastyöhön. Olennainen osa näyttöön perustuvaa asiakastyötä ja päätöksentekoa on myös työntekijän ammattitaito ja -kokemus, kriittinen arviointikyky ja myötäelämisen taito. Näyttöön perustuva asiakastyö perustuu useamman tietolähteen samanaikaiseen, tietoiseen ja systemaattiseen käyttöön. (mukaillen Hotus; Käypä hoito.) Näyttöön perustuvan psykososiaalisen asiakastyön ja päätöksenteon velvoite tulee sosiaali- ja terveysalan lainsäädännöstä ja eettisistä ohjeistuksista.



Kuva 1. Näyttöön perustuvan asiakastyön ja päätöksenteon osatekijät Hoitotyön tutkimussäätiön ja Käypä hoito -ohjeita mukaillen.

Pohjoismaiset tietolähteet esimerkkeinä

Pohjoismaista löytyy pitkälle kehitettyjä tietolähteitä, joiden tarkoituksena on arvioida, tuottaa ja tiivistää lasten ja heidän perheidensä hyvinvointia käsittelevää tutkimustietoa yleistajuisesti. Norjan [Ungsinn-](#), Tanskan [Vidensportalen-](#) ja Ruotsin [Metodguide-](#)tietolähteitä ja näiden arviointiasteikoita on hyödynnetty Kasvun tuen arviointiasteikon kehittämistyössä.

2 Menetelmien arviointiprosessi

Menetelmien arviointityössä painotetaan puolueettomuutta. Luokituksesta vastaa tieteellinen toimituskunta. Ennen vuotta 2022 arvioitujen menetelmien luokituksesta päätti tieteellinen neuvosto tieteellisen päätoimittajan esityksen pohjalta. Vuodesta 2022 alkaen arvioinnit julkaistaan ja päivitetään vertaisarvioituina systemaattisina katsauksina Kasvun tuki -aikakauslehdessä.

Ennen vuotta 2022 menetelmien arviointityössä on ollut mukana Kasvun tuen tieteellinen toimituskunta ja tieteellinen neuvosto. Kasvun tuen menetelmien arviointiprosessi on laadittu sovelletusti pohjoismaisten ja kansallisten menetelmien arviointikäytäntöjen pohjalta läpinäkyväksi ja puolueettomuuteen tähtääväksi. Tietolähteessä jo olevia menetelmiä päivittää vuosittain käymällä läpi uusin tutkimuskirjallisuus sekä olemalla yhteydessä menetelmien edustajiin.

Hakeminen mukaan

Kasvun tuen tieteellinen toimituskunta kartoittaa jatkuvasti mahdollisia menetelmiä, jotka arvioidaan arviointiprosessin kautta. Kartoituksessa huomioidaan kentän tarpeet. Menetelmistä kootaan käyttäjäystävällisiä kuvauksia, joiden avulla ammattihenkilöt voivat arvioida menetelmien sovellettavuutta käytäntöön.

Kotimaisilla menetelmien kehittäjillä on myös mahdollisuus hakeutua mukaan omilla interventioilla. Mukaan hakeutumiseen riittää vapaamuotoinen sähköposti, jonka jälkeen käynnistyy yhteistyö toimituksen kanssa. Vähimmäisvaatimukset täyttävät menetelmät otetaan Kasvun tukeen arvioitaviksi. Kun menetelmä on hyväksytty Kasvun tuki -arviointiprosessiin ja arviointi käynnistyy, tehdään arviointi loppuun saakka ja se julkaistaan Kasvun tuki -sivustolla. Arviointiprosessista ei voi jäädä pois kesken arvioinnin.

Menetelmien arviointi- ja kehittämisprosessiin on kutsuttu mukaan myös menetelmiä, joita ei ole tieteellisesti tutkittu. Ne voivat silti olla korkeatasoisia, vaikuttavia ja hyvin sovellettavia [3].

Menetelmätiedon kokoaminen

Arviointiprosessi aloitetaan keräämällä menetelmästä tietoa tietokannoista ja menetelmään liittyvästä oheismateriaalista, kuten raporteista ja menetelmäoppaasta. Menetelmätiedon kokoaa Kasvun tuen tieteellinen toimituskunta. Kerätyn tiedon perusteella menetelmää arvioidaan

- 1) tutkimusnäytön,
- 2) vaikuttavuuden ja
- 3) sovellettavuuden näkökulmista.

Arviointiprosessi

Arvioitsijoina toimii asiantuntijajaneeli – tieteellinen neuvosto –, jonka jäsenet edustavat laaja-alaisesti lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä tieteenaloja. Arvioitsijana ei voi toimia henkilö, joka on esimerkiksi ollut mukana menetelmän kehittämisessä tai kilpailevan menetelmän edustajana. Arvioitsijalta toivotaan tietoa ja kokemusta menetelmistä ja niiden taustoista.

Tieteellinen neuvosto kokoontuu puolivuositain arviointikokoukseen. Asiantuntijajaneelin arviointityön pohjana toimivat tieteellisen päätoimittajan esittelemä tiivistelmä menetelmästä ja ehdotus luokituksesta. Tiivistelmää laatiessa Kasvun tuen tieteellinen toimituskunta tekee yhteistyötä arvioitavan menetelmän kehittäjän kanssa ja menetelmälle valittavan tieteellisen neuvoston vastuujäsenen kanssa. Tiivistelmä koostuu menetelmän kirjallisesta kuvauksesta ja menetelmän tutkimusnäyttöön, vaikuttavuuteen ja

sovellettavuuteen pohjautuvasta yhteenvetoasteikosta. Tieteellisen neuvoston konsensukseen tähtäävässä arviointityössä käydään läpi menetelmän vahvuudet ja heikkoudet, sovellettavuus ja toimivuus käytännössä ja päätetään menetelmän saama luokitus.

Kun asiantuntijapaneeli on käynyt läpi arvioitavan materiaalin, tekee Kasvun tuki tieteellinen toimituskunta arvioista yhteenvetoluonnoksen. Yhteenvetoluonnos luokituksineen lähetetään vielä tarkastettavaksi ja kommentoitavaksi menetelmän edustajille ennen lopullista julkaisua.

Kaikilta arviointiprosessiin osallistuvilta menetelmiltä vaaditaan neljän vähimmäisvaatimuksen täyttyminen. Vähimmäisvaatimuksilla tarkoitetaan, että menetelmällä on

- 1) rajattu kohderyhmä,
- 2) tutkimukseen pohjautuva teoria,
- 3) selkeästi määritelty koulutus sekä
- 4) eettinen arvopohja.

Kasvun tuki -arviointiin pääsyyn menetelmältä edellytetään, että se on suunnattu alle 18-vuotiaille lapsille kasvu- ja kehitysympäristöissä, esimerkiksi koulussa, kotona tai harrastuksissa. Menetelmällä tulee olla Suomeen sovellettava, strukturoitu ja hyvin toteutettu menetelmäkoulutus. Menetelmältä vaaditaan eettisyyttä ja asetettujen eettisten periaatteiden noudattamista. Eettisyyden arvioinnissa huomioidaan menetelmän asiakaslähtöisyys, vuorovaikutuksellisuus, voimaannuttavuus ja asiakkaan osallisuuden toteutuminen. Arviointiin mukaan otettavilta menetelmiltä edellytetään teoria- ja tutkimustaustaa.

Kasvun tukeen ei oteta arvioitavaksi diagnostisia interventioita, arviointimenetelmiä tai mittareita. Lisäksi kestoltaan rajoittamattomat, hoidolliset, interventiot eivät kuulu arvioinnin piiriin.

3 Menetelmien arviointi ja kriteerit

Menetelmien näyttöä arvioitaessa arvioidaan yleensä kolmea osa-aluetta: 1) tutkimusnäyttöä, 2) vaikuttavuutta sekä 3) sovellettavuutta [4, 5]. Kasvun tuessa menetelmän tutkimusnäyttöä, vaikuttavuutta ja sovellettavuutta arvioidaan omilla asteikoillaan.

Tutkimusnäyttö

Tutkimusnäytön arviointi Kasvun tuessa perustuu Käypä hoito -suositusten [6] tutkimusnäytön vahvuuden nelijakoon (vahva, kohtalainen, heikko näyttö, ei näyttöä) ja Hollannissa ja Pohjoismaissa käytössä oleviin tutkimusnäytön kriteeristöihin. Norjassa menetelmien tutkimusnäyttö on koottu Ungsinn-tietokannaksi [7]. Ungsinn pohjautuu hollantilaiselle mallille [8], joissa kummassakin tutkimusnäyttö ja vaikuttavuus on luokiteltu neljälle tasolle. Hollannin mallissa näytön tasot ovat: 1) kausaalinen, 2) indikaatiivinen, 3) teoreettinen ja 4) kuvaileva näyttö ja vaikuttavuuden asteet: 1) vaikuttava, 2) toiminnallisesti, 3) todennäköisesti ja 4) mahdollisesti vaikuttava. Norjan mallissa näyttö liittyy myös kiinteästi vaikuttavuuteen ja näytön tasot on nimetty seuraavasti: dokumentoidusti, toiminnallisesti, todennäköisesti ja mahdollisesti vaikuttava.

Vaikka tutkimusnäyttö ja vaikuttavuus liittyvätkin kiinteästi toisiinsa, niin Kasvun tuen arvioinnissa on päädytty arvioimaan tutkimusnäyttö erillään vaikutuksista. Tutkimusnäytön aste ja menetelmän vaikutukset on haluttu erottaa kahdeksi eri arviointiasteikoksi selvyiden vuoksi: vaikka menetelmän tutkimusnäyttö olisi vahva, voi menetelmän vaikutukset vaihdella vähäisestä vahvaan. Joissain tapauksissa voidaan todeta vahvasta tutkimusnäytöstä huolimatta, että menetelmällä ei ole vaikutusta tai sen vaikutus voi olla

kielteinen. Jotta tuloksettomien tai haitallisten menetelmien käytöltä vältyttäisiin, myös nollatulosten tai kielteisten vaikutusten esiin tuominen on tärkeää.

Tutkimusnäytön arvioinnissa arvioidaan erityisesti menetelmän tutkimusasetelmaa. Pelkkä tutkimusasetelman laatu ei kuitenkaan ratkaise tutkimusnäytön astetta, vaan tutkimusnäytön arvioidaan: tutkimuksen eettinen toteutus, tutkimuksen laatu (pätevyys ja otoskoko), tutkimusten määrä, tutkimustulosten yhdenmukaisuus, tutkimustulosten merkittävyys ja tutkimustulosten merkityksellisyys (esim. [6, 9]).

Ylimmälle tasolle (vahva dokumentoitu näyttö) yltää satunnaistettu vertailukoe (RCT, *randomized controlled trial*), jota pidetään tutkimusmaailmassa vaikuttavuustutkimuksen kultaisena standardina (esim. [4, 10]). Tätä tutkimusasetelmaa pidetään luotettavimpana, kun tarkastellaan, onko toivottu muutos menetelmän vaikutusta. Tutkimusasetelmassa yksi ryhmä saa tutkittavan menetelmän ja toinen ryhmä toimii kontrollina tai saa tavallista hoitoa (*treatment-as-usual*), samalla kontrolloiden tuntemattomia ja tunnettuja tekijöitä.

Tutkimusnäytön aste	Tutkimusnäytön kriteerit
Vahva (3)	<ul style="list-style-type: none"> Satunnaistetut vertailukokeet luonnollisissa oloissa Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja meta-analyysit
Kohtalainen (2)	<ul style="list-style-type: none"> Satunnaistamattomat vertailukokeet Kvasikokeelliset tutkimukset: kohorttitutkimukset, tapaus-verrokkiryhmätutkimukset
Vähäinen (1)	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimusasetelma ei sisällä vertailuryhmää Tapaustutkimukset
Ei riittävää näyttöä (0)	<ul style="list-style-type: none"> Kokeellisia tutkimuksia ei ole olemassa Laadulliset tutkimukset Asiantuntijanäkemykset, havainnointi, haastattelut, asiakirja-analyysit
Ei tietoa / Tutkimus meneillään (-)	<ul style="list-style-type: none"> Arvioinnin tueksi ei ole vielä saatavilla riittävää tietoa

Kuva 2. Tutkimusnäytön asteen arviointi, kriteerit ja luokitus.

Vaikuttavuus

Kasvun tuki -arvioinnissa selitettävien muuttujien tulee liittyä lasten hyvinvointiin, esimerkiksi koulunkäyntikykyyn, elämänlaatuun, mielialaan tai psyykkisiin oireisiin. Lisäksi huomioidaan vanhemmuuteen ja vanhemmuuden laatuun, esimerkiksi lapsen ja vanhemman vuorovaikutukseen, liittyvät selitettävät muuttujat. Arvioinnissa vaikuttavalta menetelmältä vaaditaan, että se osoitetusti saa aikaan toivottuja vaikutuksia kohderyhmässä. Vaikuttavan menetelmän tutkimusten kohderyhmän tulee olla edustava, jotta vaikutuksen voidaan ajatella olevan yleistettävissä laajemminkin tutkittavaan väestöosaan. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota, että vaikutusten vahvuus on mitattu tarkoituksenmukaisella ja

kohdejoukolle soveltuvalle mittarilla (esim. [6, 9, 11]). Vaikutusten arvioinnissa keskeisiä arvioitavia suureita ovat vaikuttavuuden suuruus ja suunta [6].

Vaikuttavuusnäytön aste	Kriteerit
Vahva (3)	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmällä on suuri vaikutus kohdejoukkoon, joka vastaa suomalaista kohdeväestöä Vaikutus on mitattu kohdeväestölle tärkeällä tulostittarilla Vaikutuksen suunta on selkeä ja on epätodennäköistä, että uudet tutkimukset muuttaisivat sen suuntaa
Kohtalainen (2)	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmällä on kohtalainen vaikutus kohdejoukkoon, joka vastaa tai on sovellettavissa suomalaisen kohdeväestöön Vaikutus on mitattu kohdeväestölle vähintään kohtalaisen tärkeällä tulostittarilla Vaikutuksen suunta on kohtalaisen selkeä. Tuloksissa vähäistä ristiriitaa ja uudet tutkimukset voivat muuttaa vaikuttavuusarviota
Vähäinen (1)	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmällä on heikko vaikutus kohdejoukkoon, joka ei vastaa tai vastaa huonosti suomalaista kohdeyleisöä Vaikutus on mitattu mittarilla, joka ei ole kohdeväestölle tärkeä Vaikutusten suunta on heikosti selvillä. Tuloksissa paljon ristiriitaa ja uudet tutkimukset todennäköisesti muuttavat vaikuttavuusarviota
Ei vaikuttavuutta (0)	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmällä ei ole vaikutusta, sen suunta ja suuruus ovat epävarmoja tai vaikutus on haitallinen
Ei tietoa vaikuttavuudesta (-)	<ul style="list-style-type: none"> Arvioinnin tueksi ei ole vielä saatavilla riittävä tietoa

Kuva 3. Vaikuttavuusnäytön arviointi, kriteerit ja luokitus.

Sovellettavuus

Kasvun tuen menetelmäarvioinnissa huomioidaan, onko menetelmä käyttöön otettavissa ja sovellettavissa Suomen olosuhteisiin. Sovellettavuuden arviointialueet on valittu näytön arviointiin liittyvän kirjallisuuden pohjalta (esim. [12, 13, 14]) ja pohjoismaisten näyttöön perustuvien mallien pohjalta. Kolmiportainen arviointiasteikko mukailee osittain Ruotsissa käytettyä asteikkoa. Myös implementointia ja sen onnistumista pidetään tärkeänä, mutta implementointi ei ole arviointikriteerinä. Soveltuvuutta arvioidaan kokonaisuudessaan heikoksi, kohtalaiseksi tai vahvaksi.

Sovellettavuus	Kriteerit
Koulutus	<ul style="list-style-type: none"> Opetustapa ja sen monipuolisuus Koulutuksen sisällön ja materiaalin selkeys Kouluttajien riittävä koulutus ja kokemus Koulutukseen sisällytetty koulutusarviointi Menetelmäuskollisuuden ylläpidosta huolehdittu
Koulutuksen saatavuus	<ul style="list-style-type: none"> Koulutus helposti ja kattavasti saatavilla Koulutuksen kustannukset ovat kohtuulliset
Kustannustehokkuus	<ul style="list-style-type: none"> Onko kustannusvaikuttavuusanalyysia tehty Onko resurssien tarve kuvattu (koulutuksen järjestämisen hinta, tarvittavat henkilöresurssit) Kustannustehokkuuden arvioinnissa voidaan huomioida myös ulkomailla toteutettuja kustannustehokkuuden laskelmia
Soveltuvuus	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmän sovellettavuus Suomen tilanteeseen ja olosuhteisiin: onko menetelmälle tarve ja soveltuuko menetelmä sosiaali-, terveys- ja kasvatusalueille Soveltuvuutta pidetään toistaiseksi heikkona jos menetelmää ei ole Suomessa käytetty tai tutkittu, mutta käyttökokemuksia ja tutkimustietoa Pohjoismaista löytyy Soveltuvuus on kohtalainen mikäli menetelmästä löytyy jonkin verran käyttö- ja tutkimustietoa Suomesta tai Pohjoismaista Soveltuvuus on hyvä, mikäli menetelmästä on paljon käyttö- ja tutkimustietoa Suomesta tai Pohjoismaista
Mittaaminen ja arviointi	<ul style="list-style-type: none"> Sisältääkö menetelmä käyttäjien, koulutettavien ja kohderyhmän kokemusten arviointia

Kuva 4. Sovellettavuuden arviointi ja kriteerit.

Menetelmän kokonaisarviointi

Tutkimus- ja vaikuttavuusnäytön arviointiluokkien pohjalta laaditaan kokonaisarvio ja menetelmä sijoitetaan kokonaisarvion perusteella kuviossa 5 esitettyihin luokkiin. Mikäli menetelmä ei saa vaikuttavuusnäytön osalta yhtään pistettä, on kokonaisarvio aina *ei dokumentoitua vaikuttavuusnäyttöä*. Vastaavasti menetelmä, jonka vaikuttavuudesta ei vielä ole tehty määrällistä tutkimusta, sijoittuu luokkaan *ei riittävää tutkimusnäyttöä*. Luokitukset voidaan merkitä myös pisteillä. Vahvan dokumentoidun näytön menetelmät yltyvät kolmeen pisteeseen. Kohtalaisen dokumentoidun näytön omaavat menetelmät saavat kaksi pistettä. Heikommin näytöltään dokumentoidut menetelmät saavat yhden pisteen. Menetelmät, joista ei tutkimustiedon pohjalta ole näyttöä tai vaikuttavuutta tai joiden käyttökelpoisuudesta Suomen olosuhteissa ei ole riittävästi tietoa, jäävät ilman pisteitä.

Tutkimus-näyttö	Vaikuttavuus-näyttö	Kokonaisarvio	
3	2–3	Vahva dokumentoitu näyttö	●●●
2	1–2	Kohtalainen dokumentoitu näyttö	●●○
1	1	Vähäinen dokumentoitu näyttö	●○○
0–3	0	Ei dokumentoitua vaikuttavuusnäyttöä	○○○
0	–	Ei riittävää tutkimusnäyttöä	○○○

Kuva 5. Menetelmien kokonaisarviointi ja luokitus.

Viitteet

1. Jané-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D. & Wahlbeck, K. (2010). Evidence in public mental health. Commissioning, interpreting and using evidence on mental health disorder prevention: An everyday primer. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lissabon.
2. Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjälle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 47. Helsinki.
3. Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjälle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 47. Helsinki.
4. Flay, B., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Mościcki, E. K., Schinke, S., Valentine, J. C., & Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151–175.
5. Kellam, S. G. & Langevin, D. J. (2003). A framework for understanding evidence in prevention research and programs. *Prevention Science*, 4, 137–153.
6. Käypä hoito. (2021).
7. Mørch, W-T., Neymer, S-P., Holth, P. & Eng, H. (2008). Ungsinn. Virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. Kriterier for klassifisering av evidensnivå og dokumentasjonsgrad. Forebyggingsenheten, Universitetet i Tromsø. Tromsø.
8. Veerman, J. W. & van Yperen, T. A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212–221.
9. Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587–592.
10. Jané-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D. & Wahlbeck, K. (2010). Evidence in public mental health. Commissioning, interpreting and using evidence on mental health disorder prevention: An everyday primer. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lissabon.
11. Silverman, W. K. & Hinshaw, S. P. (2008). The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 1–7.
12. Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjälle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 47. Helsinki.
13. Marklund, K., Andershed, A-K., & Andershed, H. (2012). Pohjolan lapset. Varhainen tuki perheille (Nordens barn. Tidiga insatser för familjer). Ineko. Tukholma.
14. Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A. & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628–648.