

Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmät (Incredible years parenting programme)

(1. arvio / 11.9.2016)

Intervention tavoitteena on vahvistaa vanhempien myönteisten kasvatustekniikoiden käyttöä käytösongelmaisten lasten kanssa ja tätä kautta vahvistaa lapsen itsetuntoa ja suoriutumista arjessa.

Ilmiöt: Käytösongelmat ja -häiriöt, Pärjäävyys, Vanhemmuustaidot

Kokonaisarvio¹: 3/3 vahvaa dokumentoitua näyttöä

Sillä on vahvaa näyttöä käytösoiden vähenemisestä 3–12-vuotiailla lapsilla verrattuna niihin lapsiin, joiden vanhemmat eivät osallistuneet vanhemmuusryhmiin.

Sovellettavuus Suomeen²: Menetelmän sovellettavuus Suomeen on vahva.

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

Ihmeelliset vuodet on Yhdysvalloissa 30 vuoden ajan kehitetty menetelmäperhe, joka perustuu sosiaalisen oppimisen teoriaan, kognitiivisbehavioraalisiin periaatteisiin ja kiintymyssuhdeteoriaan. Ohjelman ajatuksena on, että aikuisen toimintaa muutamalla voidaan muuttaa myös lapsen käytöstä.

Käyttäytymismallien muuttaminen vaatii kuitenkin pitkäkestoista intensiivistä ohjausta ja tukea. Vanhemmuusryhmien sisältö nojaa tutkimustietoon, joka on osoittanut aikuisen ja lapsen välisen positiivisen vuorovaikutuksen ja suhteen merkityksen käytösongelmien ja -häiriöiden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Ihmeelliset vuodet -ohjelman vanhemmuutta tukevista osioista alle kouluikäisten ja kouluikäisten perusohjelmia (basic) on tieteellisesti tutkittu eniten, ja nämä ovat tällä hetkellä Suomessa käytössä olevat osiot.

Tämä arviointi pohjautuu kokonaisuudessaan perusohjelmaan liittyvään tieteelliseen tutkimukseen ja arvioon sen käyttökelpoisuudesta.

1.2 Kohderyhmä

- Leikki-ikäiset
- Alakouluikäiset
- Perheet
- Vanhemmat

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Kohteena ovat 3–12-vuotiaiden lasten vanhemmat, joiden lapsilla on käytöksen pulmia tai käytöshäiriöitä.

1.4 Menetelmän kuvaus

Vanhemmuusryhmät ovat kestoaltaan noin 2,5 tuntia ja ne kokoontuvat viikon välein 12–20 viikon ajan kohderyhmästä riippuen. Vetäjinä toimii kaksi koulutettua ryhmänohjaajaa. Osallistujia on 10–14.

Vanhemmuusryhmän tavoitteena on auttaa vanhempia suuntaamaan lapseen positiivista huomiota, empatiaa sekä tunnistamaan omaa ja lapsen käytöstä ja toimintatapoja. Vanhemmat saavat käyttöönsä uusia kasvatuksellisia keinoja. Pitkäjänteisellä lapsen hyvän käytöksen palkitsemisella sekä huonon käytöksen sammuttamisella saadaan muutoksia lapsen käyttäytymiseen ja kohennetaan lapsen itsetuntoa ja suoriutumista kotona, päiväkodissa ja koulussa.

Tehottomien rangaistusten sijaan vanhempia opetetaan antamaan lapselle jokin iänmukainen seuraamus, silloin kun se on välttämätöntä. Ryhmissä korostetaan tietoisien läsnäolon, leikin ja yhdessä tekemisen tärkeyttä, erilaisten taitojen opettamista, tehokasta kehumista ja palkitsemista, rajojen asettamista sekä keinoja puuttua huonoon käyttäytymiseen.

Menetelminä vanhemmuusryhmissä käytetään mm. keskusteluja, dvd-esimerkkejä, rooliharjoituksia ja kotitehtäviä, kaverisoittoa (rakennetaan tukiverkostoa ryhmäläisten välille) sekä vetäjien viikottaisia soittoja vanhemmille, joiden avulla pyritään tukemaan vanhempia uusien toimintatapojen käyttöönotossa.

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

3/3 vahva

2.2 Tutkimus

Katsaukset ja meta-analyysit

Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmistä on tehty kymmeniä vertaisarvioituissa tiedelehdissä julkaistuja tutkimuksia. Tutkimuksissa on käytetty standardoituja käytösongelmien mittareita (mm. Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI), lasten prososiaalisten taitojen sekä vanhempien kasvatuskäytäntöjen mittareita ja haastatteluja sekä observaatiota ja tietoa on kerätty lapsilta, vanhemmilta ja opettajilta.

Menting, de Castro ja Matthys [1] löysivät meta-analyysiinsa 50 tiedelehdissä julkaistua tutkimusta, jossa (a) tutkittiin IV-vanhemmuusohjelman vaikutusta joko yksin tai yhdessä muiden interventioiden kanssa b) interventioryhmää verrattiin kontrolliryhmään c) tutkimuksessa raportoitiin ainakin yhden käytösongelmia tai prososiaalista käytöstä mittaavan instrumentin tulokset d) tutkimuksessa raportoitiin efektikoko tai sen laskeminen oli mahdollista aineiston perusteella.

Pidano ja Allen [2] arvioivat katsauksessaan ohjelman kehittäjistä riippumattomien tutkimusryhmien tekemät tutkimukset. He löysivät katsauksessaan 23 Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusohjelmasta tehtyä tutkimusta, jotka täyttivät seuraavat ehdot: tutkimus oli julkaistu vertaisarvioidussa tiedelehdessä, tutkimuksessa verrattiin vanhemmuusinterventiota kontrolliryhmään tai muuta hoitoa saavaan ryhmään ja tutkimus oli tehty muiden kuin ohjelman kehittäjien toimesta. Suurin osa tutkimuksista keskittyi noin 4–8-vuotiaisiin lapsiin.

Karjalainen, Santalahti ja Sihvo [3] löysivät systemaattisessa katsauksessaan 13 Euroopassa vuosina 2005–2015 toteutettua alkuperäistutkimusta, joissa tutkittiin Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusohjelmaa käytöshäiriöiden hoidossa tai ehkäisyssä ja joissa otoksena on ollut vähintään 50 lasta, joista useimmissa oli vähintään kuuden kuukauden seuranta-aika. Kolmessa tutkimuksessa kohderyhmänä olivat vanhemmat, joiden lapsella oli uhmakkuus- tai käytöshäiriö, viidessä käytösongelmaisten lasten vanhemmat ja kolmessa riskiryhmään kuuluvien lasten vanhemmat.

RCT-tutkimuksia on tehty sekä kliinisissä aineistoissa uhmakkuushäiriö-/adhd-diagnoosin saaneiden lasten keskuudessa (kahdeksan tutkimusta ohjelman kehittäjän toimesta, kuusi muiden tutkijoiden toimesta), että preventiivisenä ohjelmana riskiryhmiin kuuluvien alhaisen sosioekonomisen taustan perheiden parissa (2–12-vuotiaat lapset; neljä RCT-tutkimusta ohjelman kehittäjien toimesta, kuusi RCT-tutkimusta muiden tutkimusryhmien toimesta) (www.incredibleyears.com).

Vaikka 12 kuukauden seurantatutkimuksia vanhemmuusohjelman vaikutusten pysyvyydestä on lukuisia, on useamman vuoden pitkäaikaisvaikutuksista vielä verrattain vähän tietoa. Webster-Stratton, Rinaldi ja Reid [4] seurasivat ohjelmaan 3–8-vuotiaana osallistuneita (58 poikaa, 20 tyttöä) lapsia 8–12 vuotta ohjelmaan osallistumisen jälkeen. Tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää. Eurooppalaisista tutkimuksista pisin seuranta-aika on Scottin, Briskmanin ja O'Connorin [5] RCT-tutkimuksessa, jossa seuranta aika oli keskimäärin 7,8 vuotta (vaihteluväli 5,6–10,5 vuotta), tulosuuttujina olivat antisosiaalinen käytös ja antisosiaaliset piirteet.

Tutkimukseen osallistui sekä riskiryhmään kuuluvia lapsia, joilla oli epäsosiaalista käytöstä (seurannan n = 90) että vaikean käytösoireilun vuoksi hoitoon lähetettyjä lapsia (seurannan n = 93). Lapset olivat seurantahetkellä 9–13-vuotiaita.

Pohjoismaiset RCT-tutkimukset

Ruotsalaistutkimuksessa [6] 8-vuotiasta uhmakkuushäiriödiagnoosin saanutta lasta (n = 62) vanhempieneen jaettiin interventioryhmään (Ihmeelliset vuodet Basic Programme; n = 38) ja jonotuslistalle (n = 24).

Perheet olivat julkisen terveydenhuollon asiakkaita. Tulosuuttajat liittyivät sekä lapsen käytökseen ja psyykkisiin oireisiin (mittareina Eyberg Child Behavior Inventory (ECBO), Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory- Revised (SESBI-R), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Kiddie-Sads) että äidin psyykkiseen vointiin ja vanhammuuteen (mittareina Symptom Check List (SCL), the Parental Locus of Control (PLOC) ja Parenting Alliance Measure (PAM)). Interventioryhmää seurattiin ennen interventiota sekä välittömästi ja 12 kuukautta intervention jälkeen. Kontrolliryhmälle ei tehty 12 kuukauden seuranta.

Ruotsalaisessa vaikuttavuustutkimuksessa [7] Ihmeellisiä vuosia verrattiin ohjelman ruotsalaiseen adaptaatioon (Comet-ohjelma), kahteen muuhun vanhemmuusinterventioon (behavioraaliseen teoriaan pohjaava Cope ja kiintymyssuhdeteoriaan pohjaava Connect) sekä jonotuslistalla olevien lasten ryhmään.

Osallistujat tulivat kouluista, sosiaalitoimistoista tai lastenpsykiatrian toimipisteistä. Lapset olivat 3–12-vuotiaita (n = 1104 lasta). Mittaukset tehtiin ennen interventiota ja 3–4 kuukautta intervention jälkeen. Tulostittareina olivat lapsen käytöksen ongelmat (ECBI), lisäksi mitattiin ADHD-oireita, vanhemman reaktioita lapsen käytökseen, vanhemman kokemaa kompetenssia vanhempana sekä vanhemman psyykkistä hyvinvointia. Sosiodemografiset muuttujat kontrolloitiin analyyseissa.

Norjassa on tutkittu Ihmeelliset vuodet vanhempien ohjelmaa RCT-asetelmalla yhdessä lasten ohjelman (Ihmeelliset vuodet Dinosauruskoulu) kanssa. Otos koostui 127 perheestä, joista 47 perhettä osallistui ainoastaan vanhempien ohjelmaan (12–14 viikkoa, 2t/viikko), 52 vanhempien ohjelmaan ja Dinosauruskouluun (18 viikkoa, 2 tuntia/viikko) ja 28 perhettä toimi jonotuslista-kontrollina.

Perheiden lapset olivat 4–8-vuotiaita ja heidät oli lähetetty saamaan hoitoa uhmakkuus- tai käytösongelmien vuoksi (n = 127, 80% poikia ja 20% tyttöjä). Lapsista 90 prosentille oli asetettu uhmakkuushäiriö- tai käytöshäiriödiagnoosi. Lapsen käytösongelmiin ja vanhempien kasvatuskäytäntöihin liittyviä tulosuuttajia mitattiin useilla standardoiduilla mittareilla (mm. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI), Child Behavior Checklist (CBCL), KIDDIE-SADS, Parenting Practices Interview (PPI)) ja mittaukset tehtiin välittömästi sekä 6kuukautta ja 12 kuukautta intervention jälkeen.

Tietoa kerättiin opettajalta/päiväkodista (mm. lapsen käytösongelmat, sosiaalinen kompetenssi, akateeminen suoriutuminen, opettajan ja lapsen välinen suhde), vanhemmilta (vanhempien käyttämät kasvatusstrategiat, esim. autoritäärinen vanhemmuus, positiiviset strategiat, epäjohdonmukaiset käyttäytymistä ohjaavat säännöt) sekä lapsilta (lasten ongelmanratkaisutaito sosiaalisissa tilanteissa).

Tulokset on julkaistu kolmessa vertaisarvioidussa artikkelissa [8][9][10]. Norjalaiseen seurantatutkimukseen [11] osallistui 99 perhettä, 55 prosenttia interventioon tutkimuksen aiemmassa vaiheessa osallistuneista. Näistä perheistä 37 prosenttia oli osallistunut ainoastaan vanhemmuusinterventioon, 63 prosenttia oli lisäksi osallistunut lastenryhmään.

Seurannan pituus oli 5–6 vuotta, lasten keski-ikä seurantavaiheessa 12,1 vuotta. Seurannassa ei ollut kontrolliryhmää, koska tutkimuksen jonotuslista-kontrolliryhmä osallistui interventioon puoli vuotta interventioryhmän jälkeen.

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

3/3 vahva

3.2 Vaikuttavuus

Katsaukset ja meta-analyysit

Mentingin ja kollegoiden [1] 50 tutkimuksen meta-analyysissä vanhemmuusintervention keskimääräinen efektkoko lapsen käytösongelmiin (kaikki informantit huomioiden) oli 0,27. Tarkasteltaessa vanhemmilta kerättyä tietoa, kliinisissä aineistoissa tehdyillä hoidollisilla interventioilla oli suurempi efekti ($d = 0,50$) kuin indikoiduilla, oireileviin lapsiin kohdennetuilla ($d = 0,20$) tai selektiivisillä, riskiryhmiin kohdistetuilla ($d = 0,13$) preventiivisillä tutkimuksilla. Lapsen käyttäytymisongelmien vakavuusaste intervention aloittamishetkellä oli tärkein vaikutusta ennustava tekijä (mitä vakavemmat ongelmat, sitä suurempi vaste).

Pidano ja Allen [2] totesivat katsauksessaan vanhempainohjelman vaikuttavuudesta olevan vahvaa näyttöä 23 sellaisen tutkimuksen perusteella, jotka olivat riippumattomia ohjelman kehittäjistä.

Karjalaisen, Santalahden & Sihvon [3] systemaattisessa katsauksessa todettiin, että Euroopassa 2005–2015 toteutetuissa tutkimuksissa ($n = 13$) Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusinterventio oli tavallisia tukitoimia tehokkaampi lapsen käytösongelmien vähentäjänä yhtä tutkimusta lukuunottamatta.

Efektikoot olivat käytöshäiriödiagnoosin saaneilla 0,9, käytösongelmaisilla 0,56 ja riskiryhmään kuuluvilla 0,81. Katsauksessa raportoitiin tulokset pitkäaikaisvaikuttavuudesta (6/12 kk) dikotomisella skaalalla (kyllä/ei). Kirjoittajat eivät näin ollen raportoineet tunnuslukuja, mutta totesivat ohjelman olleen vaikuttava katsauksessa mukana olleiden tutkimusten 6/12 kk seurannoissa.

Pohjoismaiset RCT-tutkimukset

Ruotsalaistutkimuksessa [6] havaittiin vanhemmuusinterventoryhmässä kontrolliryhmään verrattuna lasten käytösoireissa merkittävä lasku vanhempien arvioimana. Muutos havaittiin sekä käytösongelmien intensiteetissä että vanhempien ongelmalliseksi kokemien käytösongelmien määrässä. Efektikoko oli suuri (pre- ja post-interventio mittaukset: ECBI-Intensity -skaalan osalta Morrisin efektkoko 1,17 ja ECBI-Problem -skaalan osalta efektkoko 1,26).

Muutosten kliinistä merkittävyyttä arvioitiin RCI-indeksin avulla, ja havaittiin interventoryhmässä 71 prosenttia lapsista tilastollisesti merkitsevä positiivinen muutos käytösoireissa (pre- ja post-interventiomittaukset), kontrolliryhmässä vastaava luku oli 33 prosenttia. Ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä.

Samoin äitien kokema vanhemmuusallianssi lisääntyi interventoryhmässä kontrolliryhmää enemmän, ero oli tilastollisesti merkitsevä (efektikoko 0,36). Interventio- ja kontrolliryhmän välillä ei havaittu muutosta lasten internalisoivissa oireissa tai opettajan arvioimissa käytösoireissa.

Tutkimuksen heikkoutena oli, että vuoden seuranta tehtiin vain interventoryhmän osalta, Vuoden seurannassa interventoryhmän osalta raportoitiin, että 23 prosenttia lapsista oli uhmakkuushäiriödiagnosi (alkutilanteessa diagnoosi oli kaikilla). Lisäksi vanhemmuusryhmään osallistuneiden lasten ongelmakäyttäytyminen koulussa oli vähentynyt vuoden seurannassa.

Ruotsalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa vaikuttavuustutkimuksessa [7] verrattiin neljää vanhemmuusinterventiota. Kaikki interventiot (Comet, Ihmeelliset vuodet, Cope, Connect) vähensivät lapsen käytösongelmia ja ADHD-oireita tilastollisesti merkittävästi jonotuslistaan verrattuna, Ihmeelliset vuodet -ohjelman osalta efektkoot olivat kohtalaisia (ECBI-I, $d = -0,42$ (95 % luottamusväli; 0,32–0,52) ja ECBI-P, $d = -0,27$ (95 % luottamusväli; 0,23–0,29).

Verrattaessa Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusohjelman vaikutusta muihin interventioihin, oli Comet-intervention vaikutus käytösongelmiin vahvempi ECBI-I skaalan pistemäärällä mitattuna, Ihmeelliset vuodet -ohjelman vaikutus oli puolestaan merkittävästi Connect-interventiota vahvempi.

ECBI-P skaalan osalta Ihmeelliset vuodet ei merkittävästi eronnut muista ohjelmista. Vastaavasti kuin muut vanhemmuusohjelmat, Ihmeelliset vuodet lisäsi vanhempien kompetenssin tunnetta ja vähensi vanhempien kokemaa stressiä, mutta toisin kuin muut ohjelmat, ei vähentänyt vanhempien depressio-oireita.

Norjalaisessa RCT-tutkimuksessa [10] havaittiin vanhemmuusintervention vähentävän 4–8-vuotiaiden (n = 127) lasten käytösongelmia: verrattaessa vanhemmuusryhmää kontrolliryhmään (jonotuslista) efektikoot (d) olivat ECBI-I:n skaalan osalta 0,65 (äitien arvio lapsen käytösoireista) ja 0,80 (isien arvio lapsen käytösoireista), ECBI-P skaalan osalta ero kontrolliryhmään oli merkittävä ainoastaan isien arvioiden osalta (d = 0,75).

Lisäksi lasten aggressiivinen käyttäytyminen (CBCL) väheni kontrolliryhmään verrattuna merkittävästi äitien (mutta ei isien) arvioimana (d = 0,58 vanhemmuusintervention osalta ja d = 0,75 kun vanhemmuusinterventioon yhdistettiin Ihmeelliset vuodet -lastenryhmä).

Tutkimuksessa ei todettu eroja pelkän vanhemmuusryhmän ja vanhemmuusryhmään sekä lastenryhmään osallistuneiden perheiden välillä. Tutkimuksen mukaan Dinosaurius-ryhmien eivät tuo lisähyötyä verrattuna pelkkään vanhemmuusryhmään. Yhden vuoden seuranta tehtiin ainoastaan interventorioryhmälle.

Neljällä viidestä interventioon osallistuneesta lapsesta ei ollut uhmakkuushäiriödiagnoosia yhden vuoden seurannassa (lähtötilanteessa yli 90%). Vanhempien positiivisten kasvatusstrategioiden määrä lisääntyi interventorioryhmissä, ankara ja epä johdonmukainen kasvatus sekä vanhemman stressi puolestaan vähenivät, efektikoot vaihtelivat kohtalaisesta suureen.

Samasta RCT- tutkimuksesta julkaistussa toisessa alkuperäisartikkelissa arvioitiin vanhemmuusintervention vaikutusta päivähoitossa/koulussa ilmeneviin käytösongelmiin. Tutkimuksessa todettiin, että vanhemmuusryhmä (ilman samanaikaista lastenryhmää) ei vähentänyt lasten käytösongelmia merkittävästi koulu- ja päiväkotikontekstissa kontrolliryhmään verrattuna [8].

Kolmas samasta tutkimusaineistosta julkaistu alkuperäisartikkeli totesi vanhemmuusohjelmalla suotuisia vaikutuksia lasten sosiaaliseen kompetenssiin isien arvioimana sekä heti intervention jälkeen, että vuoden seurannassa. Vaikutuksia ei kuitenkaan havaittu äitien, opettajien tai lasten arvioimana [9].

Pitkäaikaisvaikutukset

Tulosten pysyvyys vähintään vuoden seurannassa on osoitettu useammassa tutkimuksessa (esim. [3]). Eurooppalaisessa RCT-tutkimuksessa [5] seurattiin kahta käytösoireisten lasten ryhmää (hoitoon lähetetyt ja korkean riskin lapset) ja kontrolliryhmää 5–10 vuoden ajan.

Intervention vaikutukset sekä antisosiaaliseen käyttäytymiseen että antisosiaalisiin piirteisiin olivat pysyviä vaikean käytösoireilun vuoksi hoitoon lähetettyjen lasten ryhmässä (efektikoot: uhmakkuusoireet 0,91, epäsosiaaliset persoonallisuuspiirteet 0,7), ja uhmakkuushäiriödiagnoosin todennäköisyys oli merkittävästi laskenut kontrolliryhmään verrattuna (OR = 0,20, 95% luottamusväli: 0,06–0,69). Vaikutuksia ei kuitenkaan havaittu korkean riskin ryhmässä, jossa lasten oireiden lähtötaso oli matalampi.

Drugli ja kollegat [11] havaitsivat norjalaisaineistossa, että 5–6 vuoden seurannassa kaksi kolmannesta vanhemmuusryhmään osallistuneiden vanhempien lapsista ei enää saanut uhmakkuushäiriö- tai käytöshäiriö-diagnoosia (lähtötilanteessa kaikilla oli diagnoosi). Mitään psykiatrista diagnoosia ei asetettu 5–6 vuoden seurannassa 35 prosenttia lapsista.

Tutkimuksen rajoitteena on, että sen perusteella ei voida suoraan arvioida Ihmeelliset vuodet vanhemmuus- ja lastenryhmän eroja pitkäaikaisvaikutusten osalta, koska ryhmä sisälsi sekä pelkkään vanhemmuusryhmään osallistuneita perheitä että vanhemmuus- ja lasten terapeuttiseen ryhmään osallistuneita perheitä.

Webster-Stratton, Rinaldi ja Reid [4] raportoivat tuloksia 8–12 vuoden seurannan jälkeen ja arvioivat, että ohjelmaan 3–8-vuotiaana osallistuneilla lapsilla oli odotusarvoon nähden (aiemmat kliinisesti merkittävät käytösoireet) vähemmän käytöspulmia (mm. kontakteja poliisiin/oikeusjärjestelmään). Tulosten tulkintaa vaikeuttaa kontrolliryhmän puute ja on huomautettu [2], että kriminaalitekoihin syyllistyneiden (23%) sekä päihdeongelmaisten (46%) nuorten osuus seurannassa oli melko korkea.

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

Vanhemmuusryhmän ohjaajakoulutuksessa annetaan tietoa ohjelmasta ja sen peruseriaatteista. Koulutuksessa opetetaan keinoja vanhemman ja lapsen positiivisen vuorovaikutuksen lisäämiseksi ja negatiivisen käytöksen vähentämiseksi ryhmämuotoisella työtavalla.

Koulutuksen sisältö:

- ohjelman peruseriaatteet
- ryhmän ohjaamisen keinot
- leikki ja lapsen kanssa toimiminen
- lapsen oppimisen edistäminen
- positiivisen käytöksen vahvistaminen – rajojen asettaminen
- positiiviset kurinpitomenetelmät
- ongelmanratkaisu
- vuorovaikutustaidot

Koulutuksessa käsitellään myös ohjelman kannalta keskeisiä ryhmän ohjaukseen liittyviä asioita, kuten vanhempien tukeminen ja kannustaminen, kotitehtävät, viikoittaiset puhelinsoitot, DVD-esimerkkien käyttö ryhmässä, roolileikkien ja harjoitteiden ohjaaminen, monisteiden käyttö, peruseriaatteiden esille saaminen ryhmäläisiltä. Koulutus on vuorovaikutteinen ja sisältää paljon käytännön harjoitteita. Koulutus on kestoltaan kolme peräkkäistä päivää.

Ryhmän ohjaamiseen tarvitaan manuaali, joka tilataan pääorganisaatiosta. Kouluikäisten manuaali on suomeksi ja alle kouluikäisten englanniksi. Videot on suomennettu.

Jokaisen koulutuspäivän päätteeksi koulutukseen osallistujia pyydetään täyttämään arviointilomake koulutuspäivästä. Koulutuksen jälkeen ohjaajat päteväytyvät sertifiointiohjelman kautta, jonka puitteissa osallistujat toimittavat mm. videomateriaalia vetämästään vanhemmuusryhmästä. Sertifiointiohjelma toimii menetelmäuskollisuuden varmistajana.

Työnohjaus

Työnohjaaja eli peer coach on sertifiotunut ryhmänohjaaja, joka päteväytyy antamaan uusille ryhmänohjaajille tukea ja apua ryhmien aloitukseen. Työnohjausta suositellaan annettavaksi kolmen ensimmäisen ryhmän aikana, jotta uudet ryhmänohjaajat pääsevät käyntiin ja toimivat ohjelman mukaisesti. Tämä auttaa myös sertifioutumisessa.

Peer coach -sertifioutuminen

Edellytys: sertifiotunut ryhmänohjaaja, joka vetänyt vähintään 6 vanhemmuusryhmää.

- 2 päivän koulutus joko ulkomailla tai pyrimme järjestämään Suomessa

- antaa työnohjausta kuudelle ryhmänohjaajalle ja auttaa heidät sertifioitumaan
- videoi työnohjauksistaan työnäytteen, joka lähetetään USA:han sertifioitumiskulut

4.2 Koulutuksen saatavuus

Vanhemmuusryhmän ohjaajakoulutuksia järjestää Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskus.

4.3 Kustannustehokkuus

Menetelmän kustannustehokkuudesta on kansainvälistä näyttöä mm. Englannista ja Irlannista ^{[12][13]}. Esimerkiksi Edwards kollegoineen ^[12] vertasivat Ihmeelliset vuodet vanhemmuusryhmien kustannuksia jonotuslistaan ja totesivat inkrementaalisen kustannusvaikuttavuussuhteen (ICER) olevan 73 puntaa. ICER luku kertoo, kuinka paljon lisäkustannuksia syntyy siitä, että interventiolla saadaan aikaan yhden pisteen lasku ECBI-I pistemäärässä (95 % luottamusväli 42–140 puntaa).

Samana tutkimuksen mukaan, lapsen oireilun vakavuusasteesta riippuen, yhden lapsen käytösongelmien hoitaminen vanhempainryhmän avulla niin, että oireilu laskisi kliinisen puuttumisrajan alapuolelle, maksaisi 1344–5486 puntaa (keskimäärin noin 3600 euroa).

Pohjoismaisia tutkimuksia Ihmeelliset vuodet -menetelmän kustannusvaikuttavuudesta ei toistaiseksi ole. Tulossa on kotimainen katsaus käytöshäiriöinterventioiden ulkomaisista kustannusvaikuttavuus-tutkimuksista ^[14]. Katsaukseen sisällytetyistä vaikuttavista interventioista Ihmeelliset vuodet -interventio oli kustannuksiltaan yksi korkeimmista.

4.4 Soveltuvuus

THL:ssä 2014 tehdyn selvityksen mukaan ohjelma soveltuu Suomen olosuhteisiin. Sille on myös kansallinen tarve ja se on sosiaalipoliittisesti perusteltavissa. Menetelmä on ollut käytössä Suomessa jo vuosia ja se on otettu kentällä erittäin hyvin vastaan. Soveltuu kentän toimintatapoihin ^[15].

4.5 Mittaaminen ja arviointi

Vanhemmuusryhmässä vanhemmat arvioivat jokaista ryhmäkertaa arviointilomakkeella. Lomakkeiden kysymykset keskittyvät sekä ryhmätapaamisen/ohjelman toteuttamistapaan. Ohjelman lopuksi he täyttävät pidemmän arviointilomakkeen koko ohjelmasta.

Lapsen ja vanhemman välisessä suhteessa, toiminnassa ja käyttäytymisessä havaittuja muutoksia arvioidaan joka kerralla kotitehtävien läpikäynnin aikana. Arviointi mahdollistaa menetelmäuskollisuuden arvioinnin, kehittämisen ja laadunvalvonnan sekä ohjelman vaikutusten seurannan.

Viitteet

1. Menting, A. T., de Castro, B. O. & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 901–913. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
2. Pidano, A. E. & Allen, A. R. (2015). The Incredible years series: A review of the independent research base. *Journal of Child Family Studies*, 24, 1898–1916. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9991-7>
3. Karjalainen, P., Santalahti, P. & Sihvo, S. (2016). Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käytöshäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä? *Duodecim*, 132(10), 967–974. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/10/duo13151>
4. Webster-Stratton, C., Rinaldi, J. & Reid, M. J. (2011). Long-term outcomes of Incredible years parenting program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x>
5. Scott, S., Briskman, J. & O'Connor, T. G. (2014). Early prevention of antisocial personality: long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *American Journal of Psychiatry*, 171, 649–657. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13050697>
6. Axberg, U. & Broberg, A. (2012). Evaluation of “The incredible years” in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 224–232. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00955.x>
7. Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M. & Gianotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1069–1084. <https://doi.org/10.1037/a0039328>
8. Drugli, M. B. & Larsson, B. (2006). Children Aged 4–8 years with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalization effects to day- care and school settings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 392–399. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0546-3>
9. Drugli, M., Larsson, B. & Clifford, G. (2007). Changes in social competence in young children treated because of conduct problems as viewed by multiple informants. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 370–378. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0609-0>
10. Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H. & Mørch, W-T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 42–52. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0702-z>
11. Drugli, M., Larsson, B., Fossum, S. & Mørch, W-T. (2010). Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 559–566. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x>
12. Edwards, R., Cailleachair, A., Bywater, T., Hughes, D. & Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: Cost effectiveness analysis. *BMJ*, 31, 334–342. <https://doi.org/10.1136/bmj.39126.699421.55>
13. O'Neill, D., McGilloway, S., Donnelly, M., Bywater, T. & Kelly, P.I. (2013). A cost-effectiveness analysis of the Incredible years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *European Journal of Health Economics*, 14, 85–99. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0342-y>

14. Rissanen, E., Kankaanpää, E., Surakka, A. & Vornainen, R. (2018). Vanhemmuuden varhaisen tuen interventioiden kustannusvaikuttavuus. Systemaattinen katsaustutkimus. Yhteiskuntapolitiikka 83(1), 62–72. <https://www.julkari.fi/handle/10024/136025>
15. Karjalainen, P. & Santalahti, P. (2016). Ohjaajien kokemukset vanhemmuusohjelmasta ja sen hyödyistä. Suomen Lääkärilehti, 10, 733–738. <https://www.julkari.fi/handle/10024/130264>

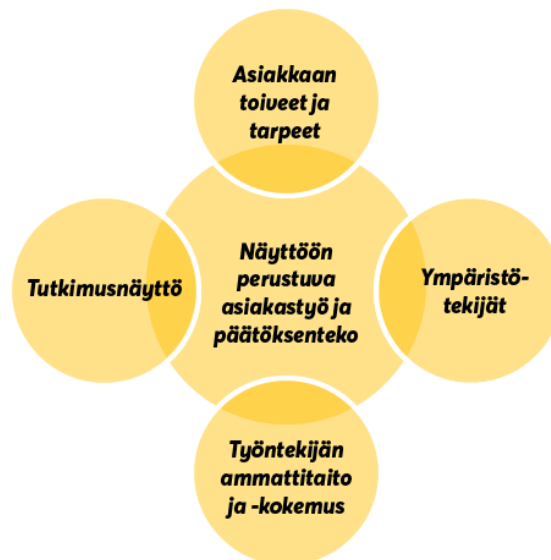
Liite 1. Arviointikäsi kirja ennen vuotta 2022 tehdyille menetelmäarvioinneille: Menetelmien arviointi Kasvun tuessa ennen kuin menetelmien vaikuttavuutta alettiin arvioida systemaattisina katsauksina.

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 asiantuntijapaneeli – tieteellinen neuvosto –, jonka jäsenet edustavat laaja-alaisesti lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä tieteenalvoja. 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. Asiantuntijapaneelin 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 oloissaSystemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja meta-analyysit
Kohtalainen (2)	<ul style="list-style-type: none">Satunnaistamattomat vertailukokeetKvasikokeelliset tutkimukset: kohorttitutkimukset, tapaus-verrokkiryhmätutkimukset
Vähäinen (1)	<ul style="list-style-type: none">Tutkimusasetelma ei sisällä vertailuryhmääTapaustutkimukset
Ei riittävää näyttöä (0)	<ul style="list-style-type: none">Kokeellisia tutkimuksia ei ole olemassaLaadulliset tutkimuksetAsiantuntijanäkemykset, 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 soveltuvalla 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 tulomittarilla 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 tulomittarilla 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 riittävää 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.