

FHille-ohjelma

(1. arvio / 15.12.2016)

FHille on suomalainen kouluvalmiuksien tukemiseen kehitetty ohjelma. Ohjelmaa tarjotaan perheille, joiden ajatellaan hyötyvän valmistautumisesta koulun aloittamiseen liittyviin haasteisiin. Lähtökohtana on lapsen kouluvalmiuksien, sosiaalisten taitojen ja positiivisen minäkuvan vahvistaminen sekä vanhemmuuden tukeminen.

FHille perustuu Israelissa Hebrew'n yliopistossa 1960-luvulla kehitettyyn Hippy-ohjelmaan (Home Instruction Program for Preschool Youngsters) ja tanskalaiseen Hippy-sovellukseen, HippHoppiin. Taustateoria, tavoitteet ja keskeiset toimintamuodot ovat vastaavat kuin Hippy-ohjelmassa, mutta sisältöön on tehty muutoksia, jotka huomioivat suomalaisen kulttuurin ja vaatimukset esimerkiksi opetussuunnitelmien suhteen. Toistaiseksi FHille-ohjelma toteutetaan ruotsiksi. Perheiden rekrytointi tapahtuu päivähoidon/esikoulun kautta. Ohjelma kestää 30 viikkoa ja siihen kuuluu toimintoja, joita vanhemmat toteuttavat yhdessä lastensa kanssa. Toimintoja ohjaavat FHille-koordinaattori ja FHille-ohjaajat. Lisäksi ohjelmaan kuuluu materiaalipaketti sekä ryhmätoimintaa.

Ilmiöt: Kouluvalmiudet

Kokonaisarvio¹: 0/3 Ei riittävää tutkimusnäyttöä

Menetelmä, jonka vaikutuksista ei toistaiseksi ole tietoa

Sovellettavuus Suomeen²: Ei näyttöä sovellettavuudesta

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

FHille-ohjelmassa korostetaan leikin, hauskan ja mielekkään tekemisen sekä oppimisen välistä yhteyttä ja sitä kautta myönteisten oppimiskokemusten merkitystä. Päivittäiset sisällöt pohjautuvat valtakunnalliseen päivähoiton/esiopetuksen opetussuunnitelmaan. Sisältöjä (esim. kielen kehitys, motorinen kehitys, sosiaaliset taidot, kokemukset myönteisestä vuorovaikutuksesta) käsitellään erilaisten lapsia kiinnostavien teemojen kautta. Ohjelma on kolmitasoinen ja uutta tasoa käsitellään 10 viikon ajan. Uusi taso perustuu aina aiempiin tasoihin syventäen aiemmin opittua.

Ohjelman taustalla ovat kehityspsykologiset teorit, esimerkiksi Piaget'n ja Vygotskyn teorit lapsen ja ajattelun kehityksestä. Ajatuksena on, että lasten kehitystä tulee vahvistaa monipuolisesti ja tukea erilaisia oppimisen muotoja ja reittejä. Taustalla ovat myös tutkimustulokset siitä, että kannustavalla kotiympäristöllä ja vanhempien osallisuudella voidaan vaikuttaa myönteisesti lasten kouluasuoriutumiseen. Lisäksi keskeisellä sijalla on perheen yhdessä toiminen sekä perheenjäsenten välisten suhteiden ja vuorovaikutuksen vahvistaminen. Tavoitteena on tukea lapsen kouluvalmiuksia sekä luoda vanhemmille ja koko perheelle yhteisiä rutiineja koulunaloittamisen tueksi.

1.2 Kohderyhmä

- Leikki-ikäiset
- Perheet
- Vanhemmat

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Ohjelma on suunnattu 4–6-vuotiaille lapsille ja perheille, joiden ajatellaan hyötyvän lisätuesta lapsen kouluvalmiuksien suhteen. Materiaali on nykyään saatavilla sekä ruotsiksi että suomeksi.

1.4 Menetelmän kuvaus

FHille on strukturoitu ohjelma, joka kestää noin 30 viikkoa. Ohjelma alkaa syyskuussa vuosi ennen koulunkäynnin aloittamista ja päättyy toukokuussa. Varhaiskasvatuksessa voidaan kuitenkin harkita käytettävän materiaalia jo ennen esikouluvuotta, jolloin lapsen ja perheen tukeminen on pitkäaikaisempaa. Vanhemmat varaavat säännöllisesti, noin 2–5 kertaa viikossa, aikaa ohjelman toimintoihin. Perheiden osallistuminen ohjelmaan perustuu vapaaehtoisuuteen. Arviointi siitä, soveltuuko ohjelma tietylle lapselle, tehdään varhaiskasvatuksessa tai esikoulussa.

Ohjelman keskeiset osat ovat:

- Koordinaattori, joka vastaa ohjaajien koulutuksesta ja tuesta sekä materiaalin säännöllisestä jakamisesta ohjaajille
- FHille-ohjaajat, jotka vanhempien kanssa sovitun väliajan mukaan jakavat materiaalin vanhemmille, sekä tukevat vanhempia ohjelman toteuttamisessa kotona lapsen kanssa.
- Kirjat ja materiaalit, joiden avulla vanhemmat ja lapset työskentelevät kotona. Materiaali sisältää tehtävävihkoja lisämateriaaleineen sekä FHille-laatikon (erilaisia tarvikkeita työskentelyyn, esim.

kyniä, vesivärejä, sakset, paperia). Kaikki materiaalit ovat ilmaisia, kirjat lainaksi. Materiaalit on suunniteltu tukemaan mm. kielellistä kehitystä, lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta, liikunnan iloa, ympäristön ja kulttuurin tuntemusta ja luovaa toimintaa eri muodoissa.

- Lukukauden aikana järjestetään ohjelmassa mukana oleville perheille virtuaalisia tapaamisia ohjelman toteuttamisen motivaation ylläpitämiseksi. Ohjaajille tarjotaan säännöllisesti tapaamisia ja tukea lisäkoulutuksen ja vertaistuen muodossa. Lopuksi kaikki mukana olevat perheet saavat diplomit

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

Ei riittävää näyttöä

2.2 Tutkimus

-

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

Ei tietoa

3.2 Vaikuttavuus

USA:ssa RCT-asetelmassa Baker ja kumppanit (1998) totesivat ensimmäisen tutkimuskohortin osalta, että lasten kognitiiviset taidot olivat interventioryhmässä Hippy-ohjelman loppumisen jälkeen kontrolliryhmää paremmat ($d = 0,63$). Muuttujaa ei mitattu vuoden seurannassa. Myös luokkaan sopeutuminen oli parempaa interventioryhmässä ($d = 0,69$) ja ero oli merkittävä vielä 12 kk seurannan jälkeen ($d = 0,68$). Koulusuoriutumisen osalta ainoa merkittävä ero ryhmien välillä löytyi 12 kk seurannassa, jossa Hippy-ryhmään osallistuneiden lukutaito oli kontrolliryhmää parempi ($d = 0,75$). Toisessa kohortissa tulokset eivät toistuneet eli interventio- ja kontrolliryhmät eivät eronneet mitattujen muuttujien osalta toisistaan. Tutkijoiden mukaan attritioanalyysistä ei löytynyt selitystä kohorttien välisille eroille.

Necoechean (2007) RCT-tutkimuksessa havaittiin Hippy-ryhmässä ryhmään osallistuneiden lasten kielellisen tuottamisen olevan vertailuryhmään verrattuna parempaa (efektikoko $d = 0,34$), muiden mitattujen taitojen osalta ei havaittu merkitseviä eroja. Vanhempien osallistuminen lasten kouluvalmiutta ja oppimista edistäviin aktiviteetteihin oli merkittävästi parempaa interventioryhmässä (efektikoko $d = 0,87$).

Tanskan sosiaalihuollon tilaamassa selvityksessä (HippHopp) ohjelmaan osallistuneiden lasten taidot ja kyvyt (esim. kielen kehitys, motoriset taidot) kehittyivät myönteiseen suuntaan aikuisten arvioimana. Arvioinnin mukaan myös lasten keskittymiskyky tehtävissä parantui ohjelman myötä. Kielen kehityksen osalta erityisen positiivisia tuloksia saatiin niiden lasten kohdalla joiden äidinkieli ei ollut tanska. Myös ohjelmaan osallistuneet vanhemmat olivat tyytyväisiä ohjelmaan, erityisesti kotikäynteihin, toimintoihin ja materiaaleihin.

Edellämainittuja tutkimustuloksia ei voi suoraan soveltaa FHille-ohjelmaan, koska ohjelmien sisällöt poikkeavat olennaisilta osiltaan toisistaan.

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

Koulutukseen voivat hakea kaikki, jotka ovat siitä kiinnostuneita. Suurin osa osallistujista on ollut kasvattajia (varhaiskasvatuksen opettajia ja erikoisopettajia).

Koulutus kattaa yhden kokonaisen päivän tai puoli päivää sekä ohjausta paikan päällä. Koulutuksesta vastaavat FHille-toiminnasta ja sen kehittämisestä Suomessa vastanneet asiantuntijat. Koulutus käsittelee FHillen teoreettista taustaa, menetelmän käytännön toteutusta ja materiaaleja. Osallistujat saavat koulutuksesta ohjelman suomalaisten kehittäjien laatimaa kirjallista materiaalia liittyen ohjelman toteutukseen.

Palautetta koulutuksesta kerätään sekä koulutuspäivän jälkeen muutamilla kysymyksillä että ohjaajien tapaamisilla vuoden aikana.

4.2 Koulutuksen saatavuus

Koulutus on osallistujille ilmainen ja siihen voivat hakea kaikki kiinnostuneet. Tällä hetkellä ohjaajakoulutuksen on käynyt n. 200 henkilöä.

4.3 Kustannustehokkuus

SROI eli Social Return on Investment (<https://sroimenetelma.wordpress.com/>) on menetelmä, jonka avulla arvioidaan rahamääräisesti organisaation tai projektin sosiaalisia, terveydellisiä ja ympäristöllisiä vaikutuksia. Metodi perustuu arviointitutkimuksen, sosiaalisen tilinpidon ja kustannus-hyöty -analyysin periaatteille.

Vuonna 2019 Folkhälsan tilasi SROI-analyysin, joka pohjautui FHille-ohjelmaan vuosina 2017 ja 2018 osallistuneisiin perheisiin (190 perhettä). Ennusteeksi todettiin jokaista satsattua euroa kohden hyödyn olevan 1,41 euroa (1€:1,41€).

4.4 Soveltuvuus

FHille-ohjelmaa toteutetaan Suomessa Folkhälsanin toimesta 18 kunnassa. Närpiössä sekä Suurhelsingin alueella ohjelmaa hyödynnetään myös maahanmuuttajaperheiden kanssa. Tähän mennessä ohjelmaan on osallistunut yli 900 perhettä.

4.5 Mittaaminen ja arviointi

Ohjelman vaikutuksia arvioidaan palautekysymyksillä, joita kerätään lukukauden loppuksi ohjaajilta ja vanhemmilta. Vanhemmilta kysytään mm. yhteistyön sujumisesta ohjaajan kanssa sekä siitä, miten odotukset ohjelman suhteen ovat toteutuneet. Kerätty palaute toimii työkaluna ohjelman kehittämisessä.

Myös lapsilta on kerätty palautetta heidän kokemuksistaan ohjelman jälkeen (mikä lapsista oli ohjelmassa kivaa, miten lapset kehittäisivät ohjelmaa). Lapsia tai heidän kouluvalmiuksiaan tai -suoriutumistaan ei testata osana ohjelmaa.

Viitteet

1. Baker, A. J. L., Piotrkowski, C.S. & Brooks-Gunn, J. (1998). The effects of the home instruction program for preschool youngsters on children's school performance at the end of the program and one year later. *Early Childhood Research Quarterly* 13(4), 571–86. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(99\)80061-1](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(99)80061-1)
2. Necochea, D. (2007). Children at-risk for poor school readiness: The effect of an early intervention home visiting program on children and parents. Dissertation abstracts international section A: Humanities and Social Sciences 68 (6-A), 2311. <https://www.proquest.com/openview/0cc2dd8ee3e74980de32d676d7cbb5a8/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar>
3. Kagitcibasi, C., Sunar, D., Bekman, S., Baydar, N. & Cemalcilar, Z. (2009). Continuing effects of early enrichment in adult life: the Turkish early enrichment project 22 years later. *Applied Developmental Psychology* 30, 764–779. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.05.003>
4. van Tuijl, C., Leseman, P.M. & Rispen, J. (2001). Efficacy of an intensive home-based educational intervention programme for 4- to 6-year-old ethnic minority children in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development* 25(2):148–159. <https://doi.org/10.1080/01650250042000159>

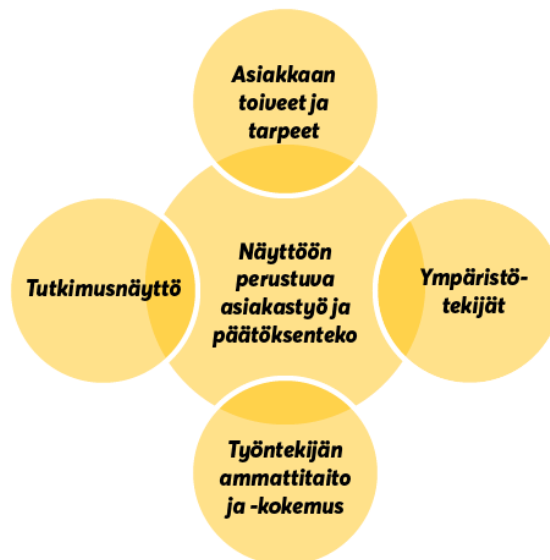
Liite 1. Arviointikäsi kirja ennen vuotta 2022 tehdyille menetelmäarvioinneille: Menetelmien arviointi Kasvun tuessa ennen kuin menetelmien vaikuttavuutta alettiin arvioida systemaattisina katsauksina.

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 arvioidujen 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 välttyttäisiin, 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 dokumenoitu 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 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 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.