

Voimaperheet

(1. arvio / 23.6.2016)

Voimaperheet-intervention tavoitteena on tunnistaa alle kouluikäisten lasten käytösongelmia varhaisessa vaiheessa terveydenhuollon peruspalveluissa ja ennaltaehkäistä lapsen käytöshäiriöiden muodostuminen. Digitaalisella interventiolla tuetaan ja ohjataan vanhempaa kasvatuksellisissa haasteissa tilanteissa, joissa lapsella on käytösongelmia.

Menetelmän koulutusta tarjotaan terveydenhuollon ammattilaisille.

Ilmiöt: Käytösongelmat ja -häiriöt, Pärjäävyys, Vanhemmuustaidot

Kokonaisarvio¹: 3/3 vahva dokumentoitu näyttö

Menetelmä on vaikuttava tutkimusten perusteella

Sovellettavuus Suomeen²: Menetelmän sovellettavuus Suomeen on 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

Lasten mielenterveyttä kartoittavissa epidemiologisissa tutkimuksissa on osoitettu toistuvasti, että lapsuuden käytösongelmien ja aikuisiässä ilmenevien sosiaalisten ja mielenterveyden ongelmien välillä on vahva yhteys [1]. Samojen tutkimusten perusteella on myös havaittu, että lapsuusiän käytöshäiriöt voidaan tunnistaa jo kouluiässä.

Vanhempainohjaukseen perustuvan perhekeskeisen hoidon on todettu olevan tehokkain menetelmä käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyssä, ja terapeutin yhteistyösuhde on mahdollista saavuttaa myös etämenetelmien avulla [2][3]. Vanhempainohjauksen ensisijaisena tavoitteena on tarjota vanhemmille mahdollisuus oppia myönteisiä kasvatuksellisia taitoja ja vahvistaa lapsen ja vanhemman vuorovaikutussuhdetta niin, että vanhemmat voivat tukea lapsen kehitystä.

Voimaperheet-hoito-ohjelma on kehitetty Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa yhteistyössä kanadalaisen tutkimusryhmän kanssa.

1.2 Kohderyhmä

- Alakoululaiset
- Leikki-ikäiset
- Perhe
- Vanhemmat

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Hoito-ohjelman kohderyhmänä ovat ensisijaisesti 4-vuotiaat leikki-ikäiset lapset, joilla on vanhemman tai ammattilaisen arvioimana käyttäytymiseen, uhmakkuuteen tai keskittymiseen ja tarkkaavaisuuteen liittyviä vaikeuksia. Hoito-ohjelmaan osallistuminen edellyttää lapsen vanhemmalta valmiutta sitoutua hoito-ohjelmaan sen keston ajaksi sekä riittävää suomen kielen taitoa. Vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta haittaava kehityksellinen viive voi haitata hoito-ohjelman vaikutusta.

1.4 Menetelmän kuvaus

Toimintamallia toteuttavissa kunnissa nelivuotisneuvolaan saapuvat perheet saavat kotiinsa Voimaperheet-kyselylomakkeen lapsen syntymäpäivää edeltävän kuukauden aikana. Lomakkeessa kartoitetaan lasten terveyteen, käyttäytymiseen ja mielialaan sekä perheiden hyvinvointiin liittyviä asioita.

Hoito-ohjelma toteutetaan tarkoitukseen suunnitellun internet-sivuston avulla perhevalmentajan ohjauksessa. Hoito-ohjelma kestää 3–4 kuukautta, jonka jälkeen hoidon vaikutusta ylläpidetään seurantapuheluilla. Ohjelmassa käytetään internetsivujen tekstin lisäksi erilaisia taitoja ja tilanteita havainnollistavia videoita ja äänileikkeitä. Hoito-ohjelmaan sisältyy runsaasti käytännön harjoituksia. Hoito-ohjelman käyttöön koulutetut perhevalmentajat ovat viikoittain yhteydessä perheisiin perheiden aikatauluihin parhaiten sopivina aikoina.

Perhevalmentajat ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä. He tukevat perhettä hankalien vuorovaikutustilanteiden ja ongelmien läpikäymisessä ja ratkaisemisessa. Perhe otetaan yksilöllisesti huomioon hoito-ohjelman toteutuksessa ja hoito-ohjelman tavoitteet asetetaan yhteistyössä vanhempien kanssa.

Perhevalmentajilla on säännöllinen työnohjaus ja mahdollisuus konsultoida lastenpsykiatrian erikoislääkärinä. Tarpeen vaatiessa perhe ohjataan muiden terveydenhuollon palvelujen piiriin. Hoito-ohjelma tuotetaan keskitetysti hoito-ohjelmaan erikoistuneesta yksiköstä hoidon laadun varmistamiseksi.

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

3/3 vahva

2.2 Tutkimus

Voimaperheet pohjautuu Strongest Families -hoito-ohjelmaan, jota on tutkittu laajassa, kolme RCT-tutkimusta käsittäneessä tutkimuksessa Kanadassa [4]. Ohjelmaan osallistui 243 terveydenhuollon asiakkaana olleen lapsen perhettä (80 3–7 vuotiasta uhmakuushäiriön (ODD) kriteerit täyttäneitä lasta, 72 8–12-vuotiasta ADD/ADHD -diagnoosin saanutta lasta sekä 91 6–12-vuotiasta ahdistuneisuushäiriön kriteerit täyttäneitä lasta).

Perheet satunnaistettiin kontrolliryhmään (tavanomainen hoito) ja DSM-IV diagnoosin mukaisiin interventioryhmiin. Interventioryhmät osallistuivat Strongest Families -ohjelmaan, joka sisälsi kirjallista materiaalia, videoita ja puhelua perheen työntekijältä ("coach"). Ohjelman sisältö vaihteli riippuen siitä, mihin ryhmään lapsi kuului (ODD ja ADD/ADHD -ryhmille Parenting the Active Child -moduuli, ahdistuneisuushäiriöryhmälle Chase the Worries Away -moduuli). ODD ja ADD/ADHD -ryhmien kohdalla interventioon kuului 11 hoitokertaa, jotka keskittyivät mm. positiivisiin vanhemmuusstrategioihin ja näyttöön pohjaaviin käytöksen hallintakeinoihin.

Ahdistuneisuushäiriö-ryhmälle hoitokertoja oli 12 ja niiden painopiste oli mm. psykoedukaatiossa, coping-keinoissa, rentoutuksessa ja asteittaisessa altistuksessa. Soittoja perheille oli yksi viikossa, keskimäärin 40 minuuttia. Keskimääräiset hoitojen pituudet olivat 173 päivää ADHD-ryhmässä, 153 päivää ODD-ryhmässä ja 153 päivää ahdistuneisuushäiriöryhmässä.

Kaksi ja neljä kuukautta ohjelman jälkeen perheille soitettiin "booster"-soitto. Kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa. Vaikutuksia mitattiin validoiduilla mittareilla (K-SADS, Connors Rating Scale, Disruptive Behaviour Rating Scale, Multidimensional Anxiety Scale for Children). Vaikutuksia mitattiin 120, 240 ja 365 päivää satunnaistamisen jälkeen.

Suomalaisessa RCT-tutkimuksessa [5] seulottiin 4656 neuvolaan 4-vuotistarkastukseen tulevaa lasta, joista tutkimukseen valikoitui 730 käytösoireilevaa lasta (> 5 pistettä Vahvuudet ja vaikeudet/[Strengths and Difficulties -mittarin](#) käytösongelmia mittaavissa kysymyksissä, eli pistemäärä sijoittuu väestön 80. persentiiliin). Inklusiokriteerit täyttäneitä, suostumuksensa tutkimukseen osallistumiselle antaneita perheitä oli 464, jotka satunnaistettiin Voimaperheet-interventioon (n = 232) tai vähäistä vanhemmuustietoutta ja -ohjausta (ohjaus nettisivulle ja yksi puhelinsoitto) tavanomaisen hoidon lisäksi saavaan kontrolliryhmään (n = 232).

Tutkimukseen osallistuneista lapsista oli poikia 62. Keskeisintä tulosmuuttujaa, lapsen eksternalisoivia (ulospäin suuntautuvia) oireita, mitattiin Child Behavior Checklistin ikäryhmälle soveltuvalla versiolla (CBCL/1.5-5). Lisäksi validoiduilla mittareilla mitattiin lapsen muita psyykkisiä oireita (CBCL, Inventory of Callous-Unemotional Scale) sekä vanhemmuustaitoja (Parenting Scale) ja vanhempien psyykkistä hyvinvointia (Depression Anxiety and Stress Scale). Seurannasta on julkaistu tulokset sekä kuuden että 24 kuukauden [6] osalta.

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

3/3 vahva

3.2 Vaikuttavuus

Kanadalaisten tulosten [4] mukaan tavalliseen hoitoon verrattuna hoito-ohjelman läpikäyneistä lapsista merkittävästi useammalla ei seurannassa enää voitu asettaa psykiatrasta diagnoosia K-SADS-PL -instrumentilla arvioituna [4]. Efektikokoja ilmaistiin ristitulosuhteella (odds ratio, OR): 120 päivää satunnaistamisen OR = 2,58, 95 % luottamusväli 1,54–4,33, 240 päivää satunnaistamisen jälkeen OR 3,44, 95 % luottamusväli 1,99–5,92 ja 365 päivää satunnaistamisen jälkeen OR 2,75, 95 % luottamusväli 1,61–4,71.

Tarkasteltaessa tuloksia diagnoosiryhmittäin, todettiin interventiolla ADHD- ja ahdistuneisuushäiriöryhmien osalta tilastollisesti merkittävä vaikutus ensimmäistä seurantamittausta (120 päivää satunnaistamisen jälkeen) lukuun ottamatta. Uhmakkuushäiriön osalta tulos oli merkitsevä 120 ja 240 päivän mittauksissa, mutta ei vuosi satunnaistamisen jälkeen tehdyssä mittauksessa.

Suomalaistutkimuksessa [5][7] todettiin sekä kuusi että 12 kuukautta satunnaistamisen jälkeen toteutetuissa seurantamittauksissa käytösoireiden (vanhempien raportoimat eksternalisoivat oireet, CBCL-lomake) vähentyneen merkitsevästi enemmän interventioryhmässä (efektikoko 12 kuukauden seurantamittauksessa $d = 0,34$). Oireet olivat vähentyneet merkitsevästi myös CBCL:n kokonaispistemäärällä ($d = 0,37$) ja internalisoivia oireita kuvaavan CBCL-skaalan pistemäärällä mitattuna ($d = 0,35$), myös viisi seitsemästä CBCL:n oireskaalojen pistemäärästä laski merkitsevästi.

Lisäksi lasten tunnekylmät piirteet olivat vähentyneet (ICU kokonaispistemäärän osalta efektikoko $d = 0,14$) ja vanhemmuustaidot lisääntyneet (Parenting Scale kokonaispistemäärän osalta efektikoko $d = 0,53$) interventioryhmässä kontrolliryhmää enemmän. 12 kuukauden seurantamittauksessa interventioryhmän lapsista merkittävästi pienemmällä osalla oli käytösoireita, jotka sijoittuivat väestön 80. persentiiliin (19 % vs 34 %, OR 2,2, 95 % luottamusväli 1,4–3,6).

Suomalaisen aineisto 24 kuukauden seurantatulokset [6] osoittivat eksternalisoivien oireiden (CBCL) olevan yhä merkittävästi kontrolliryhmää alhaisemmat interventioryhmään osallistuneilla (efektikoko Cohenin $d = 0,22$; $p < 0,001$). Myös toissijaisten tulosmuuttujien osalta tulokset olivat parempia interventioryhmässä sekä CBCL:n kokonaispistemäärän (efektikoko $d = 0,22$) että internalisoivien oireiden osalta ($d = 0,18$).

Muutokset interventioryhmässä olivat merkitsevästi suurempia mitattuna myös kaikilla CBCL alaskaaloilla sekä kolmessa viidestä CBCL:n pohjalta lasketuista DSM-alaskaaloista (tunne-elämän ongelmat, uhmakkuushäiriö, laaja-alainen kehityshäiriö). Lisäksi vanhemmuustaidot olivat parantuneet enemmän interventioryhmässä ja merkittävästi pienempi määrä interventioryhmän lapsista oli ohjautunut lasten mielenterveyspalveluihin (tutkimuksen alkamisajankohdan ja 24 kk seurantapisteen kohdalla (17,5 % vs. 28,0 %) vedonlyöntisuhde (OR) 1,8; 95 % luottamusväli 1,1–3,1).

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

Voimaperheet-hoito-ohjelmaa toteutetaan Suomessa Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksen kautta. Voimaperheet-hoito-ohjelmaa toteuttavat perhevalmentajat saavat viiden päivän intensiivikoulutuksen (40 tuntia). Ennen intensiiviviikkoa perhevalmentajat lukevat taustakirjallisuutta

ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä, lasten käytösongelmista, vanhempainohjauksesta ja ohjelman vaikuttavuudesta.

Koulutus sisältää 1) Voimaperheet-toimintamallin, sen taustan ja teorian sekä RCT-tutkimustulosten esittelyn, 2) perehdytyksen digitaaliseen työskentelyyn (puhelinvalmennus ja sähköinen alusta), 3) perehdytyksen lasten käytösongelmiin, ja 4) hoito-ohjelman läpikäynnin teemoittain (teoria, videot, vanhemman ja perhevalmentajan sivusto). Koulutus jatkuu intensiiviviikon jälkeen siten, että perhevalmentajat harjoittelevat soittamalla toisilleen ja kuuntelemalla hoito-ohjelman puheluita. Harjoittelukaudella edetään teema kerrallaan eteenpäin ja uudet perhevalmentajat saavat viikoittain ohjausta ja arviointia puhelintyöskentelystään.

Perhevalmentajilla on käytössään suomenkielinen Voimaperheet – Huomaa hyvä lapsessasi -valmentajan opas (57 sivua), joka käydään läpi koulutuksessa ja joka toimii myöhemmin valmentajan työn tukena. Menetelmäuskollisuuden ja -taitojen ylläpitäminen on järjestetty niin, että perhevalmentajat osallistuvat viikoittain joko ryhmä- yksilö- tai työparityönohjaukseen sekä kuukausittain koulutukselliseen työnohjaukseen. Lisäksi työryhmän esimiehet kuuntelevat kaikkien puheluita säännöllisesti ja antavat niistä palautteen perhevalmentajille.

Voimaperheet-kunnissa järjestetään puolen päivän koulutus ennen Voimaperheet-toimintamallin käyttöönottoa. Koulutuksen painopiste on Voimaperheet toimintamallin esittelyssä ja sen integroimisessa osaksi lasten 4-vuotisterveystarkastusta. Tämän lisäksi mukana olevissa maakunnissa ja isoissa kaupungeissa järjestetään kohdennettuja koulutuspäiviä perustason henkilökunnalle (neuvola, perheneuvola, varhaiskasvatus ja koulu).

Koulutuksen sisältö liittyy lasten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn, Voimaperheet-tutkimustuloksiin sekä toimintamallin esittelyyn. Maakuntatasoisesti on valittu Voimaperheet avainhenkilöt (4–6 avainhenkilöä), jotka osallistuvat kaksi kertaa vuodessa työpajapäiviin lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa. Koulutuksen tavoitteena on tukea toimintamallin implementaatiota paikallisiin rakenteisiin.

4.2 Koulutuksen saatavuus

Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus kouluttaa sekä perhevalmentajia, jotka työskentelevät keskitetysti, että kuntien lastenneuvoloissa työskenteleviä terveydenhoitajia toimintamallin käyttöönottoon. Tällä hetkellä terveydenhoitajia on koulutettu yli 500 ja se kattaa noin kolmasosan Suomen neuvoloista.

4.3 Kustannustehokkuus

Tutkimus kustannusvaikuttavuudesta tulossa. Ei toistaiseksi julkaistuja tuloksia, joskin digitaalisten menetelmien hyödyntäminen sekä tähänastiset tutkimustulokset vaikuttavuudesta viittaavat merkittäviin kustannussäästöihin.

4.4 Soveltuvuus

Hoito-ohjelman sisältö koostuu yleisesti käytössä olevista vanhempainohjauksen periaatteista ja teemoista, joilla pyritään vahvistamaan ja lisäämään myönteisten keinojen käyttöä lapsen kanssa toimimisessa.

Ohjelman hyödyntämät digitaaliset menetelmät mahdollistavat ennaltaehkäisevän matalan kynnyksen palvelun kustannustehokkaan tuottamisen ajasta ja paikasta riippumatta suurelle osalle väestöä. Voimaperheet on vuodesta 2015 ollut käytössä useassa kunnassa ja väestöpohjaan suhteutettuna ohjelma kattaa noin kolmasosan kohdeväestöstä.

4.5 Mittaaminen ja arviointi

Voimaperheet-toimintamallin lähtökohtana on vanhemman oma arvio lapsensa vahvuuksista ja vaikeuksista (Vahvuudet ja vaikeudet; SDQ-mittari). Ennen hoito-ohjelman aloittamista vanhemmat arvioivat lapsensa oireita, omaa vanhemmuuttaan, omia ahdistus-, masennus- ja stressioireitaan sekä arjen tilanteiden sujuvuutta.

Arvioinnit toistetaan hoito-ohjelmaan liittyvien seurantojen yhteydessä. Hoito-ohjelman päättymisen jälkeen vanhemmat arvioivat tyytyväisyyttään hoito-ohjelmaan sekä yhteistyösuhdetta perhevalmentajan kanssa. Ohjelman toteutumisesta ja vaikutuksista tuotetaan tietoa myös lastenneuvolaan.

Viitteet

1. Sourander A., Jensen P., Davies M., Niemelä, S., Elonheimo, H., Ristkari, T., Helenius, H., Sillanmäki, L., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Moilanen, I. & Almqvist, F. (2007). Who is at greatest risk of adverse long-term out-comes? The Finnish from a boy to a man study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1148–1161. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.001>
2. Lingely-Pottie P. & McGrath, P. J. (2006). A therapeutic alliance can exist without face-to-face contact. *Journal of Telemedicine and Telecare* 1, 396–399. <https://doi.org/10.1258/135763306779378690>
3. Lingley-Pottie P & McGrath P.J. (2008). A pediatric therapeutic alliance occurs with distance intervention. *Journal of Telemedicine and Telecare* 14, 236–240. <https://doi.org/10.1258/jtt.2008.080101>
4. McGrath P., Lingley-Pottie P., Thurston C., MacLean, C., Cunningham, C., Waschbusch, DA., Watters, C. Stewart, S., Bagnell, A., Santor, D. & Chaplin, W. (2011). Telephone-based mental health interventions for child disruptive behavior or anxiety disorders: Randomized trials and overall analysis. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 50, 1162–1172. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.07.013>
5. Sourander, A., McGrath, P.J., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Lingley-Pottie, P., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kinnunen, M., Vuorio, J., Sinokki, A., Fossum, S. & Unruh, A. (2016). Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year old children. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 73, 378–87. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3411>
6. Sourander, A., McGrath, P., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kurki, M. & Lingley-Pottie, P. (2018). Two-year follow-up of internet and telephone assisted parent training for disruptive behavior at age 4. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 57, 658–668. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31809861e9>
7. McGrath P.J., Sourander A., Lingley-Pottie P., Ristkari T., Cunningham C., Huttunen J., Filbert K., Aromaa M., Corkum P., Hinkka-Yli-Salomäki S., Kinnunen M., Lampi K., Penttinen A., Sinokki A., Unruh A., Vuorio J. & Watters C. (2013). Remote population-based intervention for disruptive behavior at age four: study protocol for a randomized trial of Internet-assisted parent training (Strongest Families Finland-Canada). *BMC Public Health* 13, 985. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-985>

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 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 puolivuosittain 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 kestoaltaan 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)	- Satunnaistetut vertailukokeet luonnollisissa oloissa - Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja meta-analyysit
Kohtalainen (2)	- Satunnaistamattomat vertailukokeet - Kvasikokeelliset tutkimukset: kohorttitutkimukset, tapaus-verrokkiryhmätutkimukset
Vähäinen (1)	- Tutkimusasetelma ei sisällä vertailuryhmää - Tapaustutkimukset
Ei riittävää näyttöä (0)	- Kokeellisia tutkimuksia ei ole olemassa - Laadulliset tutkimukset - Asiantuntijanäkemykset, havainnointi, haastattelut, asiakirja-analyysit
Ei tietoa / Tutkimus meneillään (-)	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)	- 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)	- 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)	- 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)	Menetelmällä ei ole vaikutusta, sen suunta ja suuruus ovat epävarmoja tai vaikutus on haitallinen
Ei tietoa vaikuttavuudesta (-)	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	- Opetustapa ja sen monipuolisuus - Koulutuksen sisällön ja materiaalien selkeys - Kouluttajien riittävä koulutus ja kokemus - Koulutukseen sisällytetty koulutusarviointi - Menetelmäuskollisuuden ylläpidosta huolehdittu
Koulutuksen saatavuus	- Koulutus helposti ja kattavasti saatavilla - Koulutuksen kustannukset ovat kohtuulliset
Kustannustehokkuus	- Onko kustannusvaikuttavuusanalyysia tehty - Onko resurssien tarve kuvattu (koulutuksen järjestämisen hinta, tarvittavat henkilöresurssit) - Kustannustehokkuuden arvioinnissa voidaan huomioida myös ulkomailla toteutettuja kustannustehokkuuden laskelmia
Soveltuvuus	- Menetelmän sovellettavuus Suomen tilanteeseen ja olosuhteisiin: onko menetelmälle tarve ja soveltuuko menetelmä sosiaali-, terveys- ja kasvatusaloille - 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	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. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 47. Helsinki.
3. Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjälle. Terveiden 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. Terveiden 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.