

TRT – Teaching recovery techniques

(1. arvio / 25.5.2020)

TRT-menetelmän tavoitteena on opettaa yli 8-vuotiaille lapsille, nuorille ja heidän huoltajilleen stressireaktiota vähentäviä keinoja. Ryhmämuotoisella interventiolla voidaan hoitaa traumaperäisen stressihäiriön oireita, selviytymistä trauman jälkeen ja tukea lapsen toipumista.

Menetelmä on alun perin kehitetty luonnonkatastrofi- tai sotatraumalle altistuneiden toipumisen tueksi. Suomessa sitä on käytetty muun muassa maahanmuuttajaoppilaille ja seksuaalisen hyväksikäytön uhreille. Menetelmän koulutukseen voivat kouluttautua mielenterveystyön ammattihenkilöt sekä sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan ammattilaiset.

Ilmiöt: Pelot, väkivalta ja traumakokemus, Pärjäävyys

Kokonaisarvio¹: 3/3 vahvaa dokumentoitua näyttöä

TRT vähensi traumaperäisen stressihäiriön oireita (PTSD) luonnonkatastrofi- ja sotatrauman kokeneilla luku- ja kirjoitustaitoisilla lapsilla verrokkeja enemmän. Menetelmällä oli vahva vaikutus masennusoireisiin, mielenterveyden ongelmiin ja traumaattisen suruun, mutta ei itse masennusdiagnoosiin. Dissosiaatioon, koulusuoritukseen ja resilienssiin menetelmällä oli vähäistä vaikutusta verrattuna verrokkiryhmään.

Sovellettavuus Suomeen²: Menetelmän sovellettavuus Suomeen on vähäinen.

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

Interventio tukee toipumista ja selviytymistä traumalle altistumisen jälkeen, eikä ole suunnattu vain häiriön hoitoon. Menetelmän tavoitteena on opettaa lapsille keinoja, jotka vähentävät heille kehittyneitä stressireaktioita. Menetelmä on kehitetty erityisesti vähäisten resurssien ympäristöihin eikä täten sen käyttö edellytä terapiakoulutusta. Menetelmää voivat käyttää myös opettajat ja sosiaalityöntekijät.

1.2 Kohderyhmä

- Alakouluikäiset
- Nuoret

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Sotien ja luonnononnettomuuksien aikaisille traumaattisille kokemuksille ja menetyksille altistuneet 8-vuotiaat ja sitä vanhemmat lapset (luku- ja kirjoitustaitoiset) ja heidän vanhempansa. Pakolaislapset ja -nuoret. Interventio on tarkoitettu lapsiryhmille ja sitä voidaan käyttää siten, että tavoitetaan suuria määriä lapsia lyhyessä ajassa.

1.4 Menetelmän kuvaus

TRT-menetelmä on manualisoitu eli menetelmästä on kehitetty kokemustietoon (empiria) perustuva käsikirja (manuaali). Käsikirja on suunniteltu ammattihenkilöiden käyttöön laajasti ja myös muille kuin lasten mielenterveysalan ammattihenkilöille. Interventiossa hyödynnetään traumakeskeisen kognitiivisen käyttäytymisterapian (TF-CBT-hoitomalli) teoriaa ja menetelmiä.

Sen tavoitteena on parantaa selviytymistä ja tukea traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) oireista toipumista kahdeksanvuotiailla ja sitä vanhemmilla lapsilla ja nuorilla sotien ja suuronnettomuuksien yhteydessä. Ruotsissa TRT-interventiota on käytetty myös pakolaislasten ja -nuorten auttamisessa.

Ryhmäintervention traumaosa sisältää viisi lasten istuntoa ja kaksi vanhempien istuntoa. Ennen varsinaista TRT-työskentelyn aloittamista voidaan niin haluttaessa pitää tutustumisistunto ja TRT-istuntojen jälkeen seurantaistunto, jossa vahvistetaan opittua ja osallistujat voivat keskustella interventioon osallistumiskokemuksistaan. Istunnot pidetään 5–7 perättäisen viikon aikana. Istunto kestää kaksi tuntia taukoineen. Istunnot sisältävät monia traumakeskeisen kognitiivisen käyttäytymisterapian (TF-CBT:n) komponentteja:

- psykoedukaatio
- tunteiden säätelyn taidot
- kognitiivinen selviytyminen (coping) ja prosessointi
- traumanarratiivi
- traumasta muistuttavien tekijöiden haltuunotto ja
- tulevaisuuden kehitys

Huoltajien ja vanhempien istunnot sisältävät TRT-menetelmän esittelyn ja lasten istuntojen teemojen läpikäymisen. Vanhemmille neuvotaan, miten lasta tuetaan kuuntelemalla, lohduttamalla ja rutiinien ja toimintojen säilyttämisellä.

Lisäksi vanhempia neuvotaan miten he voivat hakea lapselleen hoitoa, jos lapsi tarvitsee apua ja hoitoa intervention päätyttyä. Vanhempien istunnot järjestetään ilman lapsia lasten kahden ensimmäisen istunnon rinnalla.

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

3/3 vahva

2.2 Tutkimus

Kansainvälinen satunnaistettu vertailututkimus (katso taulukko)

Satunnaistettuja vertailututkimuksia TRT-menetelmän vaikuttavuudesta on tehty Palestiinassa sotien ja konfliktien [1][2][3][4] ja Thaimaassa tsunamien [5] jälkeen. Tyypillisin tutkittava asia edellä mainituissa satunnaistetuissa vertailututkimuksissa on traumaperäinen stressihäiriö (PTSD), jota on mitattu CRIES-13-mittarilla tai sen muunnoksilla, useimmiten paikalliseen kulttuuriin muovattuna [1][2][4][5].

Traumaperäisen stressihäiriön lisäksi muita tutkittuja vasteita olivat masennusoireet [1][2][4], traumaattinen suru [1], dissosioaatio [2], koulu-suoritus [1] ja resilienssi [3]. Tutkimuksista vain kolmessa oli toteutettu seurantamittaus ((6kk)[3][4] ja (1 kk) [5]).

Taulukko 1. TRT-menetelmää koskevat satunnaiset vertailututkimukset ennen–jälkeen-asetelmalla.

<u>Artikkeli</u>	<u>Paikka</u>	<u>N</u>	<u>n(interventio)</u>	<u>n(verrokki)</u>	<u>Voima</u>	<u>Seuranta</u>	<u>Efektikoot</u>
Barron ym., 2013 [1]	Palestiina	140	90	50	80 % (n = 45)	-	Cohenin d
Barron ym., 2016 [2]	Palestiina	154	79	75	85 % (n = 75)	-	Cohenin d
Diab ym., 2015 [3]	Palestiina	482	242	240	-	6 kk	Relative risk
Pityaratstian 2015 [5]	Thaimaa	36	18	18	80 % (n = 5)	1 kk	Cohenin d
Quota ym., 2012 [4]	Palestiina	482	242	240	-	6 kk	Relative risk

Suomessa tehty (opinnäyte)tutkimus

Suomessa TRT-ryhmäinterventiota on tutkittu opinnäytetöissä traumaattiselle tapahtumalle altistuneiden lasten ja nuorten toipumista tukevana kriisi-interventiona esimerkiksi seksuaaliväkivaltilanteiden ja itsemurhayritysten aiheuttamissa traumoissa ennen–jälkeen-tutkimusasetelmalla [6][7][8]. Tutkimusnäyttöä

TRT-menetelmän vaikuttavuudesta seksuaaliväkivalta- ja itsemurhayritystilanteiden jälkeisen trauman käsittelyyn ei ole.

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

2/3 kohtalainen

3.2 Vaikuttavuus

Pityaratstian ja kollegoiden tutkimuksessa [5] TRT-menetelmän vaikutus tsunamin kokeneiden 10–15-vuotiaiden lasten traumaperäiseen stressihäiriöön (CRIES-13) interventoryhmässä oli pieni ($d = 0,24$) ohjelman jälkeen. Seurantamittauksessa kuukauden kuluttua menetelmän päättymisen jälkeen vaikutus oli keskitasoa ($d = 0,69$) verrattuna jonotuslistalla oleviin verrokkeihin.

Vaikuttavuuden aste pysyi samana seurannassa myös PTSD-RI-mittarilla ($d = 0,21$ ja $d = 0,49$). Barronin tutkimuksessa [2] TRT-menetelmän vaikuttavuus traumaperäiseen stressihäiriöön (CRIES-13) oli keskitasoa ($d = 0,66$) heti ohjelman päättymisen jälkeen. Barron tutki kollegoidensa kanssa menetelmän vaikuttavuutta 11–15-vuotiailla palestiinalaislapsilla interventoryhmässä verrattuna jonotuslistalla oleviin verrokkilapsiin.

Quota ja kollegat [4] tutkivat satunnaistetulla vertaistutkimuksella TRT-menetelmän vaikuttavuutta sodankokeneilla 10–13-vuotiailla palestiinalaislapsilla. Tutkimuksen mukaan menetelmä vähensi traumaperäisistä stressioireista kärsiviä (Posttraumatic Stress Symptoms, PTSS) (CRIES-13) poikien osuutta menetelmän jälkeen (suhteellinen riski RR (relative risk) 1,81, 95 % LV 1,10–2,97), suhteellisessa riskissä on laskettu PTSS-oireettomien riskiä).

Seurantamittauksessa kuuden kuukauden jälkeen menetelmän päättymisestä riskisuhde ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Barronin ja kollegoiden tutkimuksessa [1] TRT-menetelmän vaikutus oli vahvaa ($d = 1,24$) 11–14-vuotiaiden lasten masennusoireiden (Depression Self-rating Scale for Children, DSRS) vähenemisessä interventoryhmässä verrattuna kontrolliryhmään heti ohjelman päättymisen jälkeen. Samoin mielenterveyden vaikeuksiin (The Strengths and Difficulties, SDQ) menetelmä vaikutti tehokkaammin ($d = 0,90$) interventoryhmässä verrattuna kontrolliryhmään [1].

Samassa tutkimuksessa myös traumaattisen surun (Traumatic Grief Inventory for Children, TGIC) vähenemiseen oli vahva vaikutus ($d = 0,96$) interventoryhmässä ohjelman läpikäymisen jälkeen. Barronin tuoremmassa julkaisussa [2] TRT-menetelmällä ei ollut vaikutusta masennukseen (DSRS) ($d = 0,01$). Myöskään Quotan ja kollegoiden tutkimuksessa (2012) interventiolla ei ollut vaikutusta masennukseen (DSRS).

Tosin samaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin TRT:n vaikuttavuutta psyykkiseen kuormittuneisuuteen (psychological distress, SDQ). Menetelmä vähensi psyykkistä kuormittuneisuutta menetelmän päättymisen jälkeen (RR 0,53, 95 % LV 0,33–0,83).

Tarkastelluissa satunnaisissa vertailututkimuksissa oli myös vasteita, joita tarkasteltiin yksittäisissä artikkeleissa. TRT-menetelmän vaikutus dissosiaatioon (The Adolescent Dissociative Experiences Scale, ADES) oli vähäinen ($d = 0,27$) [2], kuten myös koulusuoritukseen ($d = 35$) [2] verrattuna interventoryhmää verrokkiryhmään ohjelman jälkeen.

Diabin mukaan [3] 10–13-vuotiaiden resilienssi (The Strength and Difficulties Scale, SDQ) väheni seurantajakson aikana tilastollisesti merkitsevästi (RR -0,50, 95 % LV (-1,00–(-0,002))), luottamusvälin yläraja on lähes nolla) vastoin hypoteesia.

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

TRT-ryhmäohjaajakoulutus on 2–3 päiväinen. Koulutus sisältää luentoja, demonstraatioita ja harjoituksia, jotka perustuvat TRT-manuaaliin.

Koulutus antaa valmiudet TRT-ryhmäohjaajaksi. Koulutukseen voivat osallistua mielenterveysalan ammattihenkilöiden ohella lasten ja nuorten parissa työskentelevät ammattihenkilöt kuten sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutit, terveydenhoitajat, opettajat, nuorisotyöntekijät. Osallistujilta toivotaan kykyä kouluttaa kollegoitaan intervention käyttöön koulutuksen käytyään.

4.2 Koulutuksen saatavuus

Koulutuksia järjestää eri puolilla maailmaa Children and War Foundation (CWF) ja Suomessa yksityiset kouluttajakoulutuksen saaneet psykotraumatologian asiantuntijat. CWF järjestää koulutuksia vuosittain mm. Lontoossa. Suomessa koulutuksia on järjestetty 2000-luvun alusta lähtien ja ne ovat olleet pääsääntöisesti tilauskoulutuksia, mutta yksittäisiä avoimia koulutuksia järjestetään myös.

CWF:n kaksipäiväisen koulutuksen osallistumismaksu on 300€ ja vastaavasti suomalaisten koulutusten noin 360€. Myös pidempiä koulutuksia järjestetään tilauksesta.

4.3 Kustannustehokkuus

Ei näyttöä.

4.4 Soveltuvuus

TRT-interventiota on kehitetty sotien ja konfliktien, luonnonkatastrofien kuten maanjäristysten, tsunamien, pyörremyrskyjen ja tulvien jälkeisten traumaperäisten tilanteiden hoitoon. Suomessa TRT-interventiota on sovellettu toistaiseksi seksuaalisen hyväksikäytön uhreiksi joutuneiden lasten ja nuorten ryhmäinterventioissa sekä koulutoverin itsemurhan jälkeen lasten ryhmäinterventiona (ei vaikuttavuusnäyttöä), meneillään olevassa EU-tutkimusprojektissa (Refugees Well School-hanke [9]) suomalaiskouluissa maahanmuuttajaoppilaiden ryhmäinterventiona ja kriisityön ryhmä- ja yksilöauttamisessa.

4.5 Mittaaminen ja arviointi

Suomessa on muokattu traumaperäisen stressioireiden arviointiin Children's IES -itsearviointikysely (HUS, Mielenterveystalo, ammattilaisosion mittaripankissa).

Viitteet

1. Barron, I., Abdallah, G., & Smith, P. (2013). Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian school. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 18(4), 306–321. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.688712>
2. Barron, I., Abdallah, G., & Heltne, U. (2016). Randomized control trial of Teaching Recovery Techniques in rural occupied Palestine: Effect on Adolescent Dissociation. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(9), 955–973. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1231149>
3. Diab, M., Peltonen, K., Qouta, S. R., Palosaari, E., Punamaki, R-L. (2015). Effectiveness of psychosocial intervention resilience among war-affected children and the moderating role of family factors. *Child Abuse & Neglect*, 40, 24–35. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.12.002>
4. Qouta, S. R., Palosaari, E., Diab, M., Punamaki, R-L. (2012). Intervention effectiveness among war-affected children: a cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 288–298. <https://doi.org/10.1002/jts.21707>
5. Pityaratstian, N., Piyasil, V., Ketumarn, P., Sitdhiraksa, N., Ularntinon, S., & Pariwatcharakul, P. (2015). Randomized controlled trial of group cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to tsunami in Thailand. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 549–561. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001197>
6. Kemppainen, P. (2004). Koulutoverin itsemurha – ala-asteikäisten lasten traumaattinen suru ja sururyhmä interventiona. *Psykologian pro gradu – tutkielma*. Jyväskylän yliopisto.
7. Kenttälä, H. (2009). Alakouluikäisten tyttöjen psyykinen selviytyminen ja koulusuoriutuminen pedofiilin uhriksi joutumisen jälkeen. *Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma*. Kajaanin opettajankoulutusyksikkö, Oulun yliopisto.
8. Pekkarinen, K. (2007). Psychoeducative trauma-focused group intervention for sexually abused boys. *Lisensiaatin työ*. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/76455>
9. Refugees Well School-hanke. <https://research.uta.fi/tasa/refugees-well-school/>

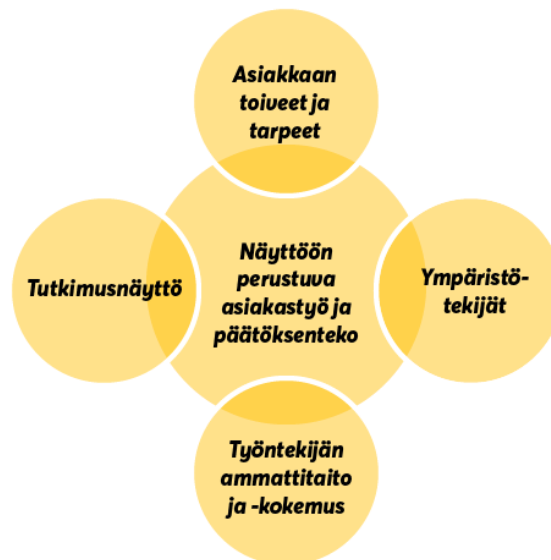
Liite 1. Arviointikäsi kirja ennen vuotta 2022 tehdyille menetelmäarvioinneille: Menetelmien arviointi Kasvun tuessa ennen kuin menetelmien vaikuttavuutta alettiin arvioida systemaattisina katsauksina.

1 Menetelmien arviointityön perusta

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

Näyttöön perustuva toiminta ja asiakastyö

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



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

Pohjoismaiset tietolähteet esimerkkeinä

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

2 Menetelmien arviointiprosessi

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

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

Hakeminen mukaan

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

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

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

Menetelmätiedon kokoaminen

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

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

Arviointiprosessi

Arvioitsijoina toimii asiantuntijajaneeli – tieteellinen neuvosto –, jonka jäsenet edustavat laaja-alaisesti lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä 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. Asiantuntijajaneelin arviointityön pohjana toimivat tieteellisen päätoimittajan esittelemä tiivistelmä menetelmästä ja ehdotus luokituksesta. Tiivistelmää laatiessa Kasvun tuen tieteellinen toimituskunta tekee yhteistyötä arvioitavan menetelmän kehittäjän kanssa ja menetelmälle valittavan tieteellisen neuvoston vastuujäsenen kanssa. Tiivistelmä koostuu menetelmän kirjallisesta kuvauksesta ja menetelmän tutkimusnäyttöön, vaikuttavuuteen ja

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

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

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

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

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

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

3 Menetelmien arviointi ja kriteerit

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

Tutkimusnäyttö

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

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

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