

## ABC-vanhemmuusryhmä

(1. arvio / 18.3.2020)

ABC-vanhemmuusryhmän tavoitteena on vahvistaa 3–12-vuotiaan lapsen ja vanhempien välistä kiintymyssuhdetta sekä edistää sitä kautta lapsen terveyttä ja psykososiaalista kehitystä. Vertaisryhmissä harjoitellaan uusia vanhemmuustaitoja, johdonmukaista vanhemmuutta ja kiintymyssuhteen tärkeyttä.

**Ilmiöt:** Kiintymyssuhde, Pärjäävyys

**Kokonaisarvio**<sup>1</sup>: 2/3 vahvaa dokumentoitua näyttöä

ABC-vanhemmuusryhmän menetelmäarvio on 2/3 kohtalainen dokumentoitu näyttö eli sen vaikuttavuutta voidaan pitää lupaavana tutkimusten perusteella. Interventioon osallistuneiden vanhempien arvio omasta minäpystyvyydestä ja havainnointi lastensa terveydestä ja sen kehityksestä kasvoi kuuden kuukauden tarkastelujaksolla verrattuna kontrolliryhmän vanhempiin.

**Sovellettavuus Suomeen**<sup>2</sup>: Menetelmän sovellettavuus Suomeen on vähäinen.

---

<sup>1</sup> 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.

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

# 1 Esittely

## 1.1 Tausta

ABC-vanhemmuusryhmä (Föräldrträffarna ABC – Alla Barn i Centrum) on kehitetty Ruotsissa Tukholman kaupungin ja Karoliinisen instituutin psykologien yhteistyönä vuosina 2010–2011. Menetelmä perustuu tutkimustietoon lapsuuden mielenterveyden häiriöiden riskitekijöistä ja suojaavista tekijöistä. Menetelmän kehittämiseksi on kerätty tietoa vanhempien, potentiaalisten ryhmänohjaajien ja lasten toiveista ja tarpeista.

ABC-vanhemmuusryhmän perustana on tutkimusnäyttö sekä ammatillisesti ohjatut, vertaisnäkökulman sisältävät ryhmät, joiden toteutusta ohjaa käsikirja. Menetelmän taustalla on sosiaalisen oppimisen teorian mukainen ajatus siitä, että vanhemmat ovat lastensa esikuvia ja roolimalleja, ja että vanhempien käyttäytymisellä on keskeinen merkitys myönteisen suhteen luomisessa ja suhteen kehittymisessä. ABC-vanhemmuusryhmä on ensisijaisesti suunniteltu edistämään lasten psykososiaalista kehitystä, ei ehkäisemään tai vähentämään lasten käytöshäiriöitä.

Menetelmä sisältää käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyssä tehokkaaksi todettuja komponentteja, koska universaalien vanhemmuusohjelmien osalta ei ole käytettävissä näyttöön perustuvaa tietoa vaikuttavista tekijöistä [1]. Näitä komponentteja ovat myönteisen kiintymyssuhteen tukeminen, aikalisän käyttämisen opettaminen vanhemmille, johdonmukaisen vanhemmuuden tärkeys sekä uusien taitojen harjoittelu lasten kanssa sekä ryhmätapaamisissa että kotona [2].

## 1.2 Kohderyhmä

- leikki-ikäiset
- alakouluikäiset
- perheet
- vanhemmat

## 1.3 Kohderyhmän kuvaus

Leikki-ikäiset, alakouluikäiset, lapsiperheet, 3–12-vuotiaiden lasten vanhemmat.

## 1.4 Menetelmän kuvaus

ABC-vanhemmuusryhmä on universaali lasten terveyttä ja hyvinvointia edistävä menetelmä vanhemmille, joilla on 3–12-vuotiaita lapsia. Menetelmä koostuu neljästä, 2,5 tunnin mittaisesta, kahden viikon välein järjestettävästä ryhmätapaamisesta, joita ohjaavat koulutetut ABC-ohjaajat. Jokainen ryhmätapaaminen keskittyy johonkin vanhemmuuden teemaan – kiintymyksen osoittamiseen, läsnäoloon, esimerkkinä toimimiseen ja ratkaisujen etsimiseen arjen ristiriitatilanteisiin.

Ryhmissä keskitytään myönteisen huomion antamiseen, lapsilähtöisyyteen ja myönteisen vanhemmuuden keinoihin. Ryhmätapaamiset sisältävät keskusteluita, rooliharjoituksia ja esimerkkivideoita. Vanhemmille järjestetään tapaaminen 2–3 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen. Tapaamisessa kerrataan ryhmätapaamisten sisältöjä ja käsitellään jotakin kolmesta aihepiiristä koskien sisaruksia, sukupuolia tai teini-ikäisyyttä.

## 2 Tutkimusnäyttö

### 2.1 Tutkimusnäytön aste

2/3 kohtalainen

### 2.2 Tutkimus

Menetelmän pilottitutkimuksessa [3] tarkasteltiin 2–12-vuotiaiden lasten vanhempien (n = 104) kasvatustrategioita ja minäpystyvyyttä (leikkiminen, empatia/ymmärrys, ohjaaminen, rajat, kyvykkyys, tietoisuus), tunteiden säätelyä sekä lapsen hyvinvointia (fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, itsenäisyys, perhesuhteet) ennen ja jälkeen vanhemmuusryhmään osallistumisen sekä neljä kuukautta ryhmän päättymisen jälkeen. Tiedot kerättiin vanhempien täyttämistä kyselylomakkeista. Tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää.

Ruotsissa 3–12-vuotiaiden vanhemmille tehdyn satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen loppupäätelmä oli, että interventioryhmässä olleiden vanhempien (n = 317) minäpystyvyys (parental self-efficacy, PSE) ja lasten terveyden ja kehityksen havainnointi (perception of children's health and development, CHD) kasvoi kuuden kuukauden aikana verrattuna kontrollivanhempiin (n = 296) [4].

Tutkimuksessa vanhemmat täyttivät kyselyn ennen ohjelman alkua, kaksi viikkoa ohjelman päättymisen jälkeen ja kuuden kuukauden kuluttua ensimmäisestä mittauksesta. Kysely keskittyi tarkastelemaan vanhempien minäpystyvyyden ja lasten terveyden ja kehityksen havainnoinnin lisäksi vanhempien mielenterveyteen.

Lapsen terveyteen ja kehitykseen liittyvät kysymykset kartoittivat vanhempien käsityksiä lasten fyysisestä terveydestä ja mielenterveydestä, emotionaalisesta kehityksestä, itsenäisyydestä, perhesuhteista ja sosiaalisesta kompetenssista. Tulokset saatiin käyttämällä monitasomallinnusta (multilevel linear modelling, MLM) toistaen. Efektiokokoa analysoitiin  $\eta^2$  (eta toiseen) -menetelmällä, jonka raja-arvoina käytettiin seuraavia arvoja: 0,02 (pieni), 0,13 (keskitaso) ja 0,26 (suuri).

Tuloksia tarkasteltiin myös muovaavien tekijöiden (moderator) – lapsen iän ja sukupuolen, vanhempien synnyinmaan, koulutustason, myönteisen mielenterveyden ja lasten lukumäärän – kautta.

Mittarit vanhempien minäpystyvyyden (PSE) ja lapsen terveyden ja kehityksen mittaamiseen (CHD) luotiin tätä ohjelmaa varten yleisesti käytettyjen mittareiden pohjalta [3]. Maahanmuuttotaustainen kantaväestö osallistui seurantamittauksiin vähemmän verrattuna alkumittaukseen osallistuneisiin. Tällä saattaa olla yhteyttä tuloksiin.

## 3 Vaikuttavuusnäyttö

### 3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

1/3 vähäinen

### 3.2 Vaikuttavuus

Enebrink kollegooneen [3] havaitsi tilastollisesti merkitseviä muutoksia vanhemmuuden taidoissa ja minäpystyvyydessä (d = 0,32–0,51, p = 0,001–0,002), masennuksessa tai ahdistuneisuudessa (d = 0,26, p =

0,012) sekä lapsen fyysisen terveyden parantumisessa ( $d = 0,32$ ,  $p = 0,002$ ) ja itsenäisyyden lisääntymisessä ( $d = 0.46$ ,  $p = 0,001$ ).

Interventioryhmässä oli enemmän myönteisiä vaikutuksia kuin verrokkiryhmässä. Tilastollisesti merkitseviä muutoksia ei havaittu lapsen psyykkisessä terveydessä, perhesuhteissa, vanhemman lapsen kanssa leikkimisessä eikä vanhemman itsesääätelyssä.

Myönteiset muutokset olivat havaittavissa vielä neljän kuukauden seurantamittauksessa, lukuun ottamatta tiedostavaa vanhemmuutta koskevaa muutosta. Vanhemman yliopistokoulutus sekä vanhemman vahvistunut minäpystyvyys alku- ja loppumittausten välillä ennusti lapsen emotionaalista hyvinvointia neljän kuukauden seurantamittauksen kohdalla.

Ulfsdotterin [1] tutkimuksen tulosten mukaan interventioryhmän vanhempien minäpystyvyys (PSE) kasvoi ( $\beta = 24,1$ , 95% CI = 20,25–27,99,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,18$  (keskitaso)) verrattuna kontrolliryhmän vanhempiin kuuden kuukauden tarkastelujaksolla. Vastaavasti lapsen terveyden ja kehityksen havainnointi (CHD) parani vanhempien arvioimana tilastollisesti merkitsevästi enemmän interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässä ( $\beta = 6,7$ , 95% CI = 5,32–8,10,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,15$ ).

Vanhempien myönteisen mielenterveyden havaittiin muovaavan (moderoivan) molempia päälöydöksiä. Vanhempien koulutustaso ja lapsilukumäärä moderoi vanhempien minäpystyvyyttä ja lasten ikä lasten terveyden ja kehityksen havainnointia.

Perheet, joissa vanhemmat raportoivat heikommasta mielenterveydestä, joissa vanhemmat olivat korkeasti koulutettuja, joissa oli enemmän kuin yksi lapsi, ja joissa lapset olivat iältään vanhempia, hyötyivät ryhmään osallistumisesta muita enemmän.

## **4 Sovellettavuus**

### **4.1 Koulutus**

ABC-vanhemmuusryhmää koskeva menetelmäkoulutus on kestoltaan neljä päivää. Koulutuksen kesto on pidentymässä tulevaisuudessa viisipäiväiseksi (vuoden 2020 tieto). Koulutuksen käytyään osallistuja voi toimia ABC-vanhemmuusryhmän ohjaajana.

Koulutukseen sisältyy teoriaa muun muassa suojaavista tekijöistä ja riskitekijöistä, siinä käydään läpi eri ryhmäkertojen sisältö sekä tehdään erilaisia käytännön harjoituksia. Koulutukseen sisältyy myös työnohjauksellinen osuus, jossa voidaan käydä läpi osallistujien mieltä askarruttavia kysymyksiä.

Uusia ABC-ryhmäohjaajia voi kouluttaa henkilö, joka on suorittanut ABC-kouluttajakoulutuksen. Koulutuksessa syvennetään teoretietoa sekä koulutuksen aikana että kirjallisella tehtävällä käydään läpi ja harjoitellaan koulutuspäivien sisältöä. Koulutukseen kuuluu myös yhden koulutuksen pitäminen. Koulutusta videoidaan ja videot käydään läpi ohjaajan kanssa.

### **4.2 Koulutuksen saatavuus**

Koulutusta ei ole tällä hetkellä saatavilla Suomessa (vuoden 2019 tieto). Koulutusta saatavilla vain Ruotsissa. Tukholman kaupunki omistaa oikeudet menetelmään ja kevästä 2017 alkaen Tukholman kaupungin ulkopuolella Ruotsissa tapahtuvan ABC-toiminnan hallinnoinnista ja menetelmän tutkimuksesta on vastannut Tukholman Karoliininen instituutti. Koulutusta on saatavilla Ruotsissa ruotsin kielellä.

### **4.3 Kustannustehokkuus**

ABC-vanhemmuusryhmien kustannusvaikuttavuutta on tarkasteltu ruotsalaisessa kliinisen neurotieteen väitöskirjassa <sup>[4]</sup>, jossa käytettiin useita aineistoja kustannusten laskemiseksi. Kustannukset jaettiin järjestämiseen liittyviin (esim. ohjaajien kouluttaminen ja siihen käytetty aika) ja toiminnallisiin (operating, esim. osallistujien rekrytointi, ryhmän käyttämät tilat) kustannuksiin.

Vaikuttavuuden keskeisenä muuttujana käytettiin laatupainotteista elinvuotta (quality adjusted life-years, QALYs) sekä vanhemman arviota omasta ja lapsensa terveydentilasta intervention eri mittausajankohtina. Tutkimuksen tulokset olivat kustannusvaikuttavuuden osalta lupaavia, mutta lyhyen tarkastelujakson sekä aineistoihin liittyvien merkittävien epävarmuustekijöiden vuoksi eivät yleistettävissä.

#### **4.4 Soveltuvuus**

Suomessa Mannerheimin Lastensuojeluliiton Uudenmaan piiri ry järjestää ABC-vanhemmuusryhmiä Uudenmaan alueella. MLL Uudenmaan piiri on kouluttanut vuoteen 2023 mennessä 50 ABC-ohjaajaa valtakunnallisesti.

ABC-käsikirja ja menetelmään liittyvä muu materiaali on saatavilla ruotsin kielellä, ja ne ovat koulutuksen käyneiden käytettävissä. Menetelmä on suunniteltu Ruotsin oloihin ja sen voidaan katsoa olevan hyvin sovellettavissa Suomeen.

#### **4.5 Mittaaminen ja arviointi**

Ruotsissa on kehitetty useita soveltuvia mittareita ABC-vanhemmuusryhmien vaikutusten mittaamiseksi ryhmä- ja yksilötasolla. Suomessa ryhmiä on toistaiseksi järjestetty muutamia eikä niiden osalta ole kerätty systemaattisesti palaute- tai vaikuttavuustietoa.

## Viitteet

1. Ulfsdotter, M., Enebrink, P. & Lindberg, L. (2014). Effectiveness of a universal health-promoting parenting program: a randomized waitlist-controlled trial of All Children in Focus. *BMC Public Health* 14, 1083. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1083>
2. Kaminski, J., Valle, L., Filene, J. & Boyle, C. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36(4), 567–589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>
3. Enebrink, P., Danneman, M., Mattsson, V. B., Ulfsdotter, M., Jalliong, C. & Lindberg, L. (2014). ABC for parents: Pilot study of a universal 4-session program shows increased parenting skills, self-efficacy and child well-being. *Journal of Child and Family Studies* 24(7), 1917–1931. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9992-6>
4. Ulfsdotter, M. (2016). Evaluation of a Swedish universal health-promoting parenting program: effectiveness, cost-effectiveness and predictors. Väitöskirja. Karoliininen Instituutti, Ruotsi. <https://hdl.handle.net/10616/45320>

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

## 1 Menetelmien arviointityön perusta

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

### **Näyttöön perustuva toiminta ja asiakastyö**

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



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

### **Pohjoismaiset tietolähteet esimerkkeinä**

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

## **2 Menetelmien arviointiprosessi**

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

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

### ***Hakeminen mukaan***

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

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

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

### ***Menetelmätiedon kokoaminen***

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

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

### ***Arviointiprosessi***

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3 Menetelmien arviointi ja kriteerit**

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

#### ***Tutkimusnäyttö***

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

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

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

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

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

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

**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.