

ART – Aggression replacement training

(1. arvio / 21.12.2018)

ART-menetelmän tavoitteena on lisätä nuoren sosiaalisia taitoja, moraalisen päättelyn kehitystä ja aggression hallintaa. Se soveltuu ensisijaisesti aggressiivisista kärsiville nuorille. Menetelmästä on sovellus myös alakouluikäisille ja sitä on käytetty soveltuvilta osin myös aikuisten (vankien ja kehitysvammaisten asiakkaiden) kanssa.

Ryhmämuotoinen menetelmä vahvistaa nuoren tunteiden säätelyä ja vihanhallintaa harjoittelemalla nuoren elämäänsä kuuluvia arkitilanteita.

Ilmiöt: Käytösongelmat ja -häiriöt, Pärjäävyys

Kokonaisarvio¹: 1/3 vähäinen dokumentoitu näyttö

ART-menetelmän osalta on kertynyt vähäistä tutkimusnäyttöä siitä, että menetelmään osallistuvien, laitoshoidossa olevien käytösongelmaisten nuorten sosiaaliset taidot kohenevat verrattuna interventioon osallistumattomiin nuoriin. Uusintarikollisuuden vähenemisen osalta tulokset ovat ristiriitaisia.

Menetelmästä on kehitetty muunnelmia muun muassa koulukontekstiin, mutta näiden vaikutuksia ei toistaiseksi ole tutkittu.

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

Aggression Replacement Training (ART) on kehitetty USA:ssa 1980-luvulla Arnold P. Goldsteinin ja kollegoiden toimesta. ART on ensisijaisesti kohdennettu nuorille, joilla on käytöksen ja suuttumuksen hallinnan ongelmia. Lähtökohta on, että sosiaalista, yhteisön hyväksymää käyttäytymistä voidaan opettaa ja oppia. Tavoitteena on kehittää kolmea osa-aluetta: sosiaalisia taitoja, vihanhallintaa sekä moraalista päättelyä.

Teoreettisesti taustalla on vaikutteita sosiaalisen oppimisen teoriasta ja tutkimuksista [1]. Vihanhallintaan ja tunteiden säätelyyn liittyvissä komponenteissa on vaikutteista muun muassa Novacon kognitiivis-behavioraalista vihansäätely- ja hoitomallista [2]. Moraalisen päättelyn osio nojaa Kohlbergin moraalien kehityksen teoriaan [3].

Ryhmässä harjoitellaan nuorten omaan arkielämään kuuluvia provokaatioita ja sosiaalisia pulmatilanteita ja niiden ei -aggressiivisia ratkaisuja erilaisten toiminnallisten harjoitusten kautta. Taitojen opettamisen ja yhteisen harjoittelun kautta pyritään lisäämään nuorten sosiaalista kompetenssia ja kykyä tunteiden säätelyyn.

Suomen ART ry. perustettiin vuonna 2004 ylläpitämään ja kehittämään ART-menetelmän käyttöä Suomessa.

1.2 Kohderyhmä

- Alakouluikäiset
- Nuoret
- Perheet
- Vanhemmat

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Menetelmä soveltuu ensisijaisesti aggressiopulmista kärsiville nuorille. Siitä on sovellus myös alakouluikäisille ja sitä on käytetty soveltuvilta osin myös aikuisten (vankien ja kehitysvammapalveluiden asiakkaiden) kanssa. Nuorten ryhmän tueksi on kehitetty myös perheille suunnattu FamilyTies. Pohjoismainen malli, Adapted Aggression Replacement Training (AART) sopii lisäksi kaikkeen sosiaalisen kompetenssin harjoitteluun, myös ennaltaehkäisevämpään työhön esim. kouluilla. Tässä kohderyhmässä menetelmää ei ole arvioitu.

1.4 Menetelmän kuvaus

Yleisin ART-ryhmien malli on kymmenviikkoinen harjoitusohjelma, jossa tapaamisia on kolme kertaa viikossa (yhteensä 30 tapaamista). Viikottaisista tapaamisista yksi tapaaminen on sosiaalisten taitojen, yksi vihanhallinnan ja yksi moraalisen päättelyn harjoittelua. Kestoltaan tapaamiset ovat yleensä 45–50 minuuttia. Ryhmän kooksi suositellaan kuudesta kahdeksaan nuorta, mutta ryhmän kokoa voi säädellä osallistujien tarpeiden ja ominaisuuksien mukaan.

Menetelmää ohjaavat muun muassa opettajat, psykologit, nuorisotyöntekijät, sosiaaliohjaajat ja vankilatyöntekijät. Suositeltavaa on, että ryhmää ohjaa kaksi aikuista, koska tämä muun muassa helpottaa taidon mallintamista ja nuorten harjoittelun ohjaamista.

ART-harjoitteet ovat strukturoituja. Nuorten keskittymistä helpottaa, että tapaamisten rakenne pysyy samanlaisena. Tämä helpottaa myös ohjaajien työskentelyä ja menetelmän hyödyntämistä monenlaisissa toimintaympäristöissä. Hyvä rakenne ja manuaali takaavat menetelmän säilymisen tarkoitettunlaisena.

Interventio kohdennetaan yksilöllisesti osallistuvien nuorten tarpeisiin. Keskiössä on uusien taitojen opettaminen. Ohjaajat opettavat taitoja nuorille tarjoamalla tarkkaan mietityn ja esitetyn mallin. Aggressiota lähestytään sekä ajattelun, toiminnan että tunteiden kautta. Koska muutoksen aikaansaaminen vaatii sitkeää ja pitkäjänteistä työtä, panostetaan resursseja nuorten motivointiin. Ohjaajat palkitsevat nuoria aktiivisuudesta, yrittämisestä ja onnistumisista.

Taidon yleistymiseen, siirtymiseen ryhmästä arkielämään, kiinnitetään menetelmässä erityistä huomiota. Ohjaajat antavat nuorille kotitehtäviä, joiden tavoitteena on antaa nuorille kokemusta uusista taidoista ryhmän ulkopuolella. Positiivinen vahvistus kavereilta, vanhemmilta ja muilta tärkeiltä ihmisiltä sekä ikävien seuraamusten väheneminen motivoi nuorta muuttamaan käyttäytymistä.

Sosiaalisten taitojen harjoitusohjelma sisältää viisikymmentä erilaista taitoa, jotka on luokiteltu kuuteen luokkaan (perustason sosiaaliset taidot, edistyneemmät sosiaaliset taidot, tunteisiin liittyvät taidot, aggressiiviselle käyttäytymiselle vaihtoehtoiset taidot, stressin sietoon liittyvät taidot sekä suunnittelutaidot).

Sosiaalisia taitoja harjoitellaan aina samalla struktuurilla. Aluksi ohjaajat opettavat taidon, sen jälkeen näyttävät esimerkin eli mallintavat taidon. Tämän jälkeen nuorille tarjotaan rooliharjoittelun kautta ohjattuja mahdollisuuksia harjoitella taidon käyttämistä nuorten omien arkielämän esimerkkien pohjalta.

Seuraavaksi annetaan palautetta taidon käyttämisestä, jonka jälkeen pohditaan, mitä hyötyä taidosta on nuorten arjessa. Nuoret saavat oppimansa taidon seuraavaksi viikoksi harjoiteltavakseen omassa lähipiirissään. Esimerkki harjoiteltavasta sosiaalisesta taidosta on kuuntelemisen taidon harjoittelu.

Vihanhallinnan harjoittelussa keskeistä on tunteiden säätelyn ja hallinnan lisääminen. Nuoria opetetaan tunnistamaan vihantunteen laukaisijoita, jotka voivat olla sekä sisäisiä (oma negatiivinen tulkinta tapahtuneesta) että ulkoisia (esim. toisen loukkaavat sanat). Lisäksi opetetaan tunnistamaan niitä fysiologisia merkkejä, jotka kertovat kiihtymyksestä ja suuttumuksesta. Rauhoittajat ovat kiukkua lievittäviä tekniikoita, jotka antavat aikaa ja tilaa arvioida, kuinka tilanteen voisi ratkaista ei-aggressiivisin keinoin.

Rauhoittaja voi olla esimerkiksi syvään hengittäminen, takaperin laskeminen tai oman toiminnan pitkäaikaisseurausten ajattelu. Rauhoittajien jälkeen nuoria opetetaan ottamaan käyttöön itseä ohjaavia lauseita, jotta nuori oppisi oikeaan toimintaan tähtäävää sisäistä puhetta vihamielisten ajatusten sijaan ja osaisi suhteuttaa reaktionsa tilanteen vaatimuksiin. Nuorta opetetaan myös arvioimaan provokaatioita ja omaa edistymistään kotona täytettävien ”häsläämis” päiväkirjojen avulla.

Moraalisen päättelyn osassa osallistujille esitellään ongelmatilanteita, joista keskustellessaan he joutuvat haastamaan omaa ajatteluaan: kuuntelemaan toisten argumentteja, miettimään pulmatilannetta eri näkökulmista ja tutkimaan ajatusvääristymiä. Keskustelu rakentuu valmiiden ristiriitatilanteiden pohjalta. Ryhmä pohtii kullakin kerralla yhtä pulmatilannetta useasta eri näkökulmasta. Ohjaajan tehtävä on mahdollista nuorten välistä keskustelua, vahvistaa kypsää moraalialia ja käsitellä esiin nousevia ajatusvääristymiä.

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

1/3 vähäinen

2.2 Tutkimus

Tässä arvioissa on huomioitu ART-tutkimuksia tarkasteleva systemaattinen katsaus sekä korkeatasoisinta tutkimusnäyttöä antavat satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset. Neljästä ryväs-satunnaistetusta (klusterirandomoidusta) ART-tutkimuksesta kolme on tehty USA:n palvelujärjestelmässä yli 20 vuotta sitten pienillä otoksilla [4][5][6].

Nämä on jätetty analyyseista pois. Yhdessä pohjoismaisessa tutkimuksessa satunnaistaminen ei suunnitelmista huolimatta toteutunut [7], mutta tutkimus on otettu mukaan tarkasteluun sen ollessa ainoa pohjoismainen, vertaisarvioidussa lehdessä julkaistu kontrolliryhmän sisältävä julkaisu.

Mukaan ei ole otettu tutkimuksia, joissa ART- menetelmään oli yhdistetty muita interventioita (esim. [8]). Lisäksi ART on ollut mukana meta-analyyseissa, joissa on tarkastelu useiden erilaisten interventioiden vaikutuksia nuorisorikollisuuteen (mm. [9][10]), mutta nämä analyysit eivät ole mahdollistaneet ART:n vaikutusten arviointia itsenäisenä interventiona, joten myös nämä on jätetty arvion ulkopuolelle.

Systemaattinen katsaus

ART ohjelman vaikutusta nuorten ja nuorten aikuisten antisosiaaliseen käyttäytymiseen on tarkasteltu systemaattisessa katsauksessa [11].

Katsauksen aineistoon otettiin interventioita, joissa oli läsnä ART:n kolme pääkomponenttia ja niiden käytännön harjoittelu (sosiaaliset taidot, vihanhallinta, moraalipäätely). Lisäksi edellytettiin, että tutkimuksen tekijät viittasivat menetelmän kehittäjään Arnold Goldsteiniin. Mukaan otettiin sekä satunnaistettuja ja ryväs-satunnaistettuja tutkimuksia että ei-satunnaistettuja tutkimuksia, joissa oli kontrolliryhmä.

Tutkimusten osallistujat olivat vähintään 12-vuotiaita nuoria, joilla oli ammattilaisen (sote-ammattilainen, opettaja, tutkija) toteamaa käytösoireilua. Mukaan otettiin myös neljä aikuisille kohdennettua interventiota.

Ensisijaisena tulospäättäjänä oli rekistereistä tai muista lähteistä tietoon tullut rikollisuus ja uusintarikollisuus. Toissijaisina tulospäättäjänä olivat muutokset sosiaalisissa taidoissa, vihanhallinnassa ja moraalipäätelyssä.

Haku tuotti 749 julkaisua, joista sisäänottokriteerit täytti 16 julkaisua vuosilta 1987–2014. Näistä kaksi oli satunnaistettuja ja kontrolloituja astelmia, neljä ryväs-satunnaistettuja ja seitsemän ei-satunnaistettuja, mutta kontrolloituja asetelmia. Kolmessa tutkimuksessa asetelma oli raportoinniltaan epäselvä. Otoskoko vaihteli huomattavasti.

Kahdessa tutkimuksessa osallistujia oli yli 1000 [12][13]. Kumpikaan näistä ei ollut tiedelehdessä julkaistu alkuperäistutkimus, lisäksi jälkimmäinen kohdistui pääosin aikuisiin (iän vaihteluväli 17–56-vuotiaisiin). Lopuissa tutkimuksissa otoskoon vaihteluväli oli 18–151 osallistujaa. Kahdeksassa tutkimuksessa oli osallistujina ainoastaan poikia, yhdessä ainoastaan tyttöjä ja lopussa molempia sukupuolia.

Kaikissa tutkimuksissa raportoitiin suhteellinen riski ja 95 prosentin luottamusväli tai katsauksen tekijät kykenivät laskemaan edellämainitut. Tutkimusten harhan lähteitä arvioitiin kymmenellä CONSORT- ja Cochrane-kriteereillä [14][15]. Tutkimukset olivat seuranta-ajoiltaan, toteutuskonteksteiltaan ja osallistujien taustapiirteiden (väkivaltakäyttäytyminen, päihteidenkäyttö) osalta huomattavan heterogeenisiä. Tutkijat totesivatkin, ettei meta-analyysia voitu tehdä aineiston heterogeenisyyden ja tutkimusten sisältämän suuren harhan riskin vuoksi.

Satunnaistetut vertailukokeet

ART:sta on ilmestynyt kaksi satunnaistettua vertailukoetta [16][17], jotka olivat mukana myös yllämainitussa katsauksessa. RCT-tutkimuksia tarkastelleessa on huomioitava, että molemmissa oli erittäin pieni otoskoko ja muita huomattavia metodologisia rajoitteita [11].

Colemanin ja kollegojen tutkimuksessa [16] aineistona olivat käytösongelmien vuoksi laitoshoidossa olevat nuoret, joilla oli käytösongelmia ja jotka laitoksen henkilökunta oli valinnut ART-ohjelmaan potentiaalisesti sopiviksi (n = 52). Nuorista 29 / 39 (74 %) oli poikia. Iän keskiarvo oli 15 vuotta ja 9 kuukautta. Käytöshäiriödiagnoosi ensisijaisena diagnoosina oli 64 prosenttia osallistujista. Interventoryhmään satunnaistettiin 36 nuorta, kontrolliryhmään (ei-hoitoa) 16 nuorta. Satunnaistamisprosessista ja ryhmien välisistä mahdollisista eroista lähtötilanteessa ei raportoitu tietoja.

Interventoryhmän nuorista 25 prosenttia (n = 9) ei suorittanut hoitoa loppuun asti, vastaavasti kontrolliryhmän seurannasta tippui 25 prosenttia (n = 4). Analyysieihin otettiin mukaan ainoastaan jäljelle jääneet 24 interventoryhmäläistä ja 15 kontrolliryhmäläistä, poispuodonneista ei raportoitu tietoja. ART-ohjelma kesti kymmenen viikkoa ja sisälsi päivittäisiä ART-tuokioita kahden laitoksen henkilökuntaan kuuluvan ohjaajan kanssa siten, että koko interventio sisälsi yhteensä 50 tuntia ART-harjoitteita liittyen vihanhallintaan, sosiaalisiin taitoihin ja moraaliseen päättelyyn.

Fideliteettiä valvottiin artikkelin kirjoittajien toimesta sekä ryhmänohjaajien kirjanpidon avulla (mm. poissaolojen raportointi). Vaikutuksia vihan hallintaan, sosiaalisiin taitoihin ja moraaliseen päätöksentekoon mitattiin viidellä standardoiduilla mittarilla (The Direct Situations Test; The ART Checklist, The Sociomoral Reflections Measure; The Self-Control Rating Scale, The Behavior Incident Report).

Jonesin tutkimuksessa [17] osallistujat olivat 18 australialaisen yläasteen oppilasta (high school, iän keskiarvo 13 vuotta 9 kuukautta), joilla esiintyi Achenbachin ja Edelbrookin (1986) aggressiomittarilla mitattuna runsaasti aggressiota. Osallistujat satunnaistettiin ART-interventoryhmään (n = 6) ja ei hoitoa saavaan kontrolliryhmään (n = 6) sekä ryhmään, joka sai ainoastaan ART:n moraalisen päättelyn osion (n = 6). Tulosuuttajat liittyivät aggressiiviseen käyttäytymiseen, itsesäättelyyn, moraaliseen päättelyyn ja sosiaalisiin taitoihin (opettajan raportoima Behaviour Incident Reports, Kendall-Wilcox Self-Control Scale, Sociomoral Reflections Measure).

Pohjoismainen tutkimus

Gundersenin ja Svartdalin norjalaisessa tutkimuksessa [7] ART-intervention toteuttajina toimi 23 opettajaa ja sosiaalialan ohjaajaa, jotka osallistuivat ART-koulutuksen sisältävään täydennyskoulutuskokonaisuuteen. Osana koulutusta osallistujien työpaikoilta (paikallisista kouluista ja laitoksista) pyydettiin nuoria osallistumaan tutkimukseen (n = 65). Tutkimukseen osallistujista 16 oli tyttöjä (iän keskiarvo 14,1 vuotta) ja 49 poikia (iän keskiarvo oli 12,6 vuotta).

Nuoret luokiteltiin ennen intervention alkamista käytösongelmiltaan kolmeen luokkaan (ei lainkaan käytösongelmia, jonkin verran käytösongelmia, ainakin ajoittaisia vakavia käytösongelmia). Nuoret jaettiin interventio- ja kontrolliryhmiin. Satunnaistaminen ei käytännön syistä onnistunut. Lisäksi osa

kontrolliryhmään kuuluvista tuli samalta luokka-asteelta tai samasta koulusta kuin ART-ryhmiin osallistuvat nuoret, mikä on saattanut vaikuttaa tuloksiin. Interventoryhmä koostui 47 nuoresta, jotka osallistuivat yhteensä kahdeksaan eri ART-ryhmään, joissa kussakin oli kuusi nuorta.

Nuoret tulivat sekä kouluista ($n = 26$), erityiskouluista ($n = 10$) että laitoksista ($n = 11$). Vastaavan kokoisia kontrolliryhmiä oli kolme ja niihin kuului yhteensä 18 nuorta kouluista ($n = 15$) ja laitoksista ($n = 3$). Kontrolliryhmään kuuluvat osallistuivat tavanomaiseen koulu- ja laitostoimintaan. Ryhmät muodostettiin siten, että kaikissa ryhmissä oli vähintään yksi nuori, jolla oli ainakin ajoittain vakavia käytösongelmia.

Tulosmuuttajat liittyivät käytösongelmiin, sosiaalisiin taitoihin ja moraaliseen päättelyyn. Näitä arvioitiin standardoiduilla mittareilla (Social Skills Rating System (SSRS), How I Think (HIT), Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory (CADBI), Child Behavior Checklist (CBCL) sekä yhdellä tutkimuksen tekijöiden kehittämällä mittaila (Problem Behaviour Questionnaire, [18]).

Informaatiota kerättiin sekä nuorilta itseltään, opettajilta että vanhemmilta. Tulosmuuttujia mitattiin ennen ja jälkeen 10 viikon ART-intervention (yhteensä 24 tuntia, toisin sanoen intervention kesto oli yleisimmin toteutettua ART-interventiota lyhyempi). Vertailut tehtiin ryhmätasolla siten, että tilastollisiin analyysiin otettiin kolmen vaikeimmin oireilevan nuoren tulokset per ryhmä.

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

1/3 vähäinen

3.2 Vaikuttavuus

Systemaattinen katsaus

Brännström katsauksessa [11] sisäänottokriteerit täyttäneistä 16 tutkimuksesta todettiin kaikissa harhan aste korkeaksi vähintään yhden kriteerin osalta CONSORT ja Cochrane – kriteerein arvioituna (mm. satunnaistamiseen ja tulosten raportointiin liittyvät ongelmat).

Kuudessa tutkimuksessa raportoitiin intervention vaikutus rikollisuuteen ja uusintarikollisuuteen. Näistä yksi oli ryväsattunnaistettu tutkimus ja viisi kontrolloituja, ei-satunnaistettuja tutkimuksia. Kahdessa tutkimuksessa, joista toinen ryväsattunnaistettu, todettiin vähemmän uusintarikollisuutta interventoryhmässä ($RR = 0,25$; 95 % luottamusväli $0,10-0,62$ ja $RR = 0,35$, 95 % luottamusväli $0,15-0,81$). Molemmat tutkimukset olivat menetelmän kehittäjän toteuttamia.

Yhdessä tutkimuksessa todettiin intervention lisäävän uusintarikollisuutta yleisesti ($HR = 1,25$; 95 % CI: $1,07-1,46$) sekä väkivaltarikollisuuden uusimista ($HR = 1,31$; 95 % CI: $1,07-1,60$). Kirjoittajat totesivat tuloksen selittyvän ART-ryhmästä kesken poispudonneiden kohonneella riskillä: eroja ryhmien välillä ei havaittu kun analyyseista poistettiin ohjelman keskeyttäneet.

Toissijaisissa tulosmuuttujissa (joko sosiaaliset taidot, vihanhallinta, moraalinen päättely tai useammat näistä) tapahtuneita muutoksia analysoitiin 12/16 tutkimuksessa. Näistä noin puolessa todettiin vähintään yhdessä muuttujassa suotuisia muutoksia interventoryhmässä kontrolliryhmään verrattuna, mutta katsaukseen sisältyneiden tutkimusten metodologisten ongelmien vuoksi kirjoittajat toteavat tuloksiin sisältyvän merkittävän harhan riskin.

Tutkijat totesivat, että tähänastisiin tutkimuksiin liittyvien metodologisten ongelmien vuoksi ei toistaiseksi voida todeta ART:n olevan vaikuttava interventio, vaikkakin yksittäisissä tutkimuksissa suurimmassa osassa havaittiin myönteinen muutos vähintään yhden valitun tulosmuuttujan osalta. Vastaavansuuntaiseen

johtopäätökseen päätyi kotimaisessa katsauksessa Mogk, Röning, Reiman-Möttönen, Isojärvi ja Mäkinen [19] arvioidessaan yleisesti kognitiivisten käyttäytymisterapioiden vaikuttavuutta nuorten aggressiivisuuden hoidossa.

Satunnaiset vertailukokeet

1. Colemanin tutkimuksessa [16] ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja interventio- ($n = 24$) ja kontrolliryhmän ($n = 15$) välillä vihan hallinnassa tai moraalisisessa päätöksenteossa 10 viikon laitolosuhteissa toteutetun ART-intervention jälkeen. Sen sijaan havaittiin tilastollisesti merkitsevä muutos sosiaalisissa taidoissa (Direct Situation Test): Interventoryhmän pistemäärä alkumittauksessa 18.87 (kh 5,9), 10 viikon ohjelman jälkeen 24.8 (kh 8,2). Kontrolliryhmän pistemäärä pysyi lähes ennallaan (alkumittaus 19.4 (kh 10,9), mittaus 10 viikon jälkeen 20,4 (kh 8,2). Ero oli tilastollisesti merkitsevä (ANCOVA; $F = 10,77$, $df = 1/43$, $p < .01$). Analysoitaessa sosiaalisten taitojen eri alueita (Direct Situation Test) havaittiin analyyseissa muutoksen liittyvän erityisesti nuorten kykyyn ilmaista negatiivinen mielipide, kykyyn pysyä pois tappeluista sekä kykyyn vastustaa ryhmäpainetta. Tuloksista ei raportoitu efektikokoja tai luottamusvälejä, ja tulosten tulkintaa vaikeuttaa tutkimuksesta pois tippuneiden suuri määrä.

2. Jonesin tutkimuksessa [17] (interventoryhmä $n = 6$, ART-moraalisen päättelyn ryhmä $n = 6$ ja kontrolliryhmä $n = 6$) havaittiin aggressiivisesti käyttäytyneiden ylä-asteikäisten koululaisten ART-ryhmällä merkitsevä aggressiivisten tapahtumien väheneminen (opettajien raportoima Behavioral Incidents –mittari (BIR), $F(1, 47) = 15,16$, $p = 0,003$). Tuloksia tulkittaessa on huomioitava, että ART-ryhmässä aggressio oli lähtötilanteessa merkittävästi yleisempää kontrolliryhmään verrattuna ($F(2, 14) = 6,69$, $p = 0,009$). Muilla mittareilla (itsesäätely, moraalinen päättely) ei havaittu merkittäviä eroja kontrolli- ja interventoryhmän välillä.

Pohjoismainen tutkimus

Gundersenin & Svartdalin tutkimuksessa [7] todettiin sosiaalisten taitojen osalta, että sekä vanhempien että opettajien arvioimana ART-ryhmiin osallistuvien sosiaaliset taidot paranivat kontrolliryhmää enemmän. Nuorten itsearvioinnissa eroa ei havaittu. Moraalisen päättelyn osalta todettiin, että HIT-mittarilla (nuoren täyttämä) mitattuna molempien ryhmien suoriutuminen parani intervention jälkeen tilastollisesti merkitsevästi.

Ongelmakäyttäytymisen osalta todettiin ART-ryhmässä sekä CADBI- että CBCL-mittareilla mitattuna sekä opettajien, vanhempien että nuorten raportoimana tilastollisesti merkittävä väheneminen (ANOVA) ongelmakäyttäytymisessä kun verrattiin pistemääriä ennen ja jälkeen intervention. Kontrolliryhmässä ero oli merkittävä ainoastaan nuorten itsearportoisissa CBCL- oireissa.

Gundersenin & Svartdalin tutkimuksen [7] tulosten tulkinnassa on huomioitava harhan lähteet, muun muassa satunnaistamisen epäonnistuminen sekä kontrolliryhmän mahdollinen kontaminaatio (ryhmäläiset osittain samalta luokka-asteelta ja koulusta kuin interventoryhmään kuuluvat nuoret).

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

ART-menetelmän koulutuksesta Suomessa vastaa tällä hetkellä Suomen ART ry, joka on rekisteröity tavaramerkin Suomessa. Yhdistys on kouluttanut menetelmäosaajia vuodesta 2005 ja lisäksi suomentanut materiaalia ja kirjallisuutta aiheeseen liittyen. Yhdistyksen tarjoamasta koulutuksesta ja toiminnasta sekä suomenkielisistä manuaaleista löytyy tietoa [Suomen ART:in verkkosivuilta](#).

Koulutuksen ensimmäinen taso on 2,5 päivän johdantokurssi, joka antaa valmiudet myös ryhmän ohjaamiseen kirjan avulla. Johdantokurssilla käydään kahden ensimmäisen päivän aikana läpi ART-teoria, menetelmät ja osa-alueet. Painopiste on toiminnallisessa oppimisessa ja harjoittelussa. Osallistujat pääsevät

ohjaamaan menetelmää ja oppivat näin samoin kuin nuoret ART-ryhmissä uusia taitoja. Johdantokurssiin kuuluu lisäksi yksi puolen päivän mittainen ”buusteritapaaminen”, jossa pohditaan ryhmän aloittamisesta ja ohjaamisesta eteen tulleita kysymyksiä kouluttajan johdolla.

Viiden lähiopetuspäivän mittaiseen varsinaiseen ohjaajakoulutukseen liittyy lisäksi työnohjaus, lopputyö sekä oman ryhmän ohjaamisen raportointi. Ohjaajakoulutuksen aikana menetelmä jalkautetaan ohjatusti koulutettavan omaan työympäristöön. Koulutus koostuu lähiopetuspäivistä (5 kpl) joissa käydään läpi menetelmän teoria ja struktuuri sekä sisältö harjoittelun kautta sekä tehdään suunnitelma oman ryhmän aloittamiseen ja ohjaamiseen. Sen jälkeen kokoonnutaan työnohjauksen merkeissä tarkastelemaan eteen nousseita haasteita sekä jakamaan kokemuksia ja hyviä käytäntöjä.

Viimeisellä lähiopetuskerralla käydään läpi ryhmäraportit sekä lopputyöt. Ohjaajakoulutuksen standardit mukailevat kansainvälisiä ART-ohjaajastandardeja ja sen jälkeen saa virallisesti ohjaajan ”pätevyyden”. Ohjaajakoulutukseen hakeutuminen ei edellytä johdantokurssin läpi käymistä.

Kouluttajakoulutus Suomessa on järjestetty yhteistyössä kansainvälisen Prepsec-järjestön kanssa, jossa on luotu kansainväliset standardit ART-koulutukselle sekä Master Trainer (= kouluttaja) -pätevyydelle. Kouluttajien valinnasta ja pätevydestä maassamme vastaa Suomen ART ry. Kouluttajia on tällä hetkellä 12 ja edustavat sekä maantieteellisesti että koulutustaustaltaan kenttää varsin kattavasti.

4.2 Koulutuksen saatavuus

Yhdistys on kouluttanut vuosittain noin 15 työpajaa ympäri Suomen, eli noin 150 henkilöä käy vuosittain 2,5 päivän johdantokurssin. Yhteen koulutusryhmään mahtuu 10 osallistujaa ja näitä voi tilata yhdistyksen sihteeriltä omalle paikkakunnalle tai organisaatiolle. Koulutuksen hinta on 450€/ osallistuja ja ohjaajakoulutus 980€/osallistuja.

Vuosittain viiden päivän ohjaajakoulutuksen käyneitä ohjaajia valmistuu lisäksi 40–50. Ohjaajakoulutuksen maksimiosallistujamäärä on 10 henkilöä ja kurssi kestää noin vuoden. Myös näitä tilataan suoraan organisaatioille tai ilmoittaudutaan avoimeen koulutukseen yhdistyksen nettisivuilla.

Suomessa on tarjolla myös perheintervention (FamilyTies) koulutus, jonka suomenkielinen käsikirja ART-perheinterventioon on ollut saatavilla vuodesta 2014. Ohjaajakoulutus tähän aloitetaan keväällä 2019. Tällä hetkellä saatavilla on 1,5 pv:n mittainen johdanto perheversion, joka on suunnattu aiemman ART peruskoulutuksen käyneille. Maksimiosallistujamäärä näihin koulutuksiin on 20 hlöä.

4.3 Kustannustehokkuus

Ei kustannustehokkuudesta tehtyjä tutkimuksia.

4.4 Soveltuvuus

Menetelmä on tällä hetkellä käytössä useimmissa sairaanhoitopiireissä ja lukuisissa lastensuojelun yksiköissä. Koulutetut sijoittuvat opetustoimeen (sekä oppilashuoltohenkilöstöä että opettajia, myös sairaalakoulujen henkilökuntaa), sosiaali- ja lastensuojelupuolelle, psykiatriseen erikoissairaanhoidon, nuorisotyöhön, vammais- ja autismityöhön, perheneuvoloihin ja valtion mielisairaaloihin sekä koulukoteihin. Menetelmään perehtyneitä kasvatus- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisia on maassamme yhteensä 1200–1500 henkilöä.

ART perheryhmiä (FamilyTies) pyörii pilottikokeiluina eri puolilla Suomea, ja strukturoitu ohjaajakoulutus on valmisteilla. Lisäksi alkamassa on koulutukset ARTin ennaltaehkäisevämpään sovellutukseen (AART – adapted ART), jossa painopiste on enemmän sosiaalisen kompetenssin opettamisessa.

4.5 Mittaaminen ja arviointi

USA:ssa on kehitetty runsaasti kenttäkäyttöön soveltuvia työkaluja juurruttamisen tueksi, sekä mittareita ART:n vaikutusten mittaamiseksi ryhmä- ja yksilötasolla.

Suomessa ryhmiä ei ole seurattu keskitetysti. Yhdistyksen jakamana käytössä on checklist-tyyppistä materiaalia, joiden avulla menetelmän integriteettiä voi seurata ohjaajien arjessa kussakin organisaatiossa.

Viitteet

1. Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
2. Novaco, RW. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D.C. Heath.
3. Kohlberg, L. (1973) (toim.). *Collected papers on moral development and moral education*. Cambridge, MA: Harvard University, Center for Moral Education.
4. Glick, B. & Goldstein, A. P. (1987). Aggression replacement training. *Journal of Counseling & Development*, 65, 7, s. 356–362. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1987.tb00730.x>
5. Goldstein, A. P. & Glick, B. (1994). Aggression replacement training: curriculum and evaluation. *Simulation & Gaming*, 25, s. 9–26. <https://doi.org/10.1177/1046878194251003>
6. Zimmerman, D. L. (1987). *The efficacy of aggression replacement training with juvenile delinquents*. Syracuse university, Syracuse, NY.
7. Gundersen, K. & Svartdal, F. (2006). Aggression replacement training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50, s. 63–81. <https://doi.org/10.1080/00313830500372059>
8. Leeman LW., Gibbs JC. & Fuller D. (1993). Evaluation of a multi-component group treatment program for juvenile delinquent. *Aggressive Behavior*, 19, 281–92. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1993\)19:43.O.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1993)19:43.O.CO;2-W)
9. Landenberger NA, & Lipsey MW (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451–476. <https://doi.org/10.1007/s11292-005-3541-7>
10. Lipsey M. W., Landenberger, N. A. & Wilson, SJ. (2007). Effects of cognitive behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews* 2007:6. <https://campbellcollaboration.org/better-evidence/criminal-offenders-cognitive-behavioural-programmes.html>
11. Brännström L., Kaunitz K., Andershed A-K., Saud S. & Smedslund G. (2016). Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and young adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 27, 30–41. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.02.006>
12. Barnoski, R. (2004). *Outcome evaluation of Washington state's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia, Washington: The Evergreen State College, Washington State Institute for Public Policy.
13. Danielsson, M., Fors, A. & Freij, I. (2011). *Behandlingsprogrammet ART i kriminalvården. Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2003–2006* [The treatment program ART in correctional treatment. An evaluation of recidivism for participants during 2003–2006]. Stockholm: Kriminalvården [The Swedish Prison and Probation Service]. <https://www.kriminalvarden.se/om-kriminalvarden/publikationer/kartlaggningar-och-utvarderingar/behandlingsprogrammet-art/>
14. Schulz, K. F., Altman, D. G. & Moher, D. (2010). Consort 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMC Medicine*, 8:18. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
15. Higgins, J. P. T. & Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons and The Cochrane Collaboration.

- 16.** Coleman M., Pfeiffer S. & Oakland T. (1992). Aggression replacement training with behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders*, 18, 54–66. <https://doi.org/10.1177/019874299201800101>
- 17.** Jones, Y. (1991). Aggression replacement training in a high school setting. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 1, 1–19. <https://doi.org/10.1017/S1037291100002405>
- 18.** Gundersen, K. & Svartdal, F. (2003). Selvrapporteringsskjema [Self-report problem behaviour questionnaire (in Norwegian)]. Nærbø, Norway: Rogaland Høgskole.
- 19.** Mogk H., Röning T., Reiman-Möttönen P., Isojärvi I. & Mäkinen E. (2015). Auttaako käyttäytymisterapeuttinen ryhmäterapia aggressiivisesti käyttäytyvää nuorta? *Suomen Lääkärilehti*, 71, 1240–1. https://www.ppshp.fi/dokumentit/Kehitys%20ja%20tutkimus%20sisltyyppi/AuttaakoK%C3%A4ytt%C3%A4ytymisterapeuttinenRyhm%C3%A4terapiaAggressiivisestiK%C3%A4ytt%C3%A4ytyv%C3%A4Nuorta_VE_2015.pdf

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 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 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 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 tulostittarilla - 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 tulostittarilla - 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 soveltuvuus 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 käyttökokeuksia 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.