

Theraplay

(1. arvio / 30.5.2018)

Theraplay-intervention tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen ongelmia. Sen avulla vahvistetaan lapsen kokemusta hyväksytyksi ja ymmärretyksi tulemisesta fyysisen läheisyyden ja hoivan kautta. Vanhemmat ovat alusta saakka hoidossa mukana.

Interventiota käytetään erilaisten kehityksellisten vaikeuksien, kuten syömis-, uni- ja käytöshäiriöiden sekä traumaperäisten häiriöiden hoidossa.

Ilmiöt: Kiintymyssuhde, Mentalisaatiokyky, Pärjäävyys

Kokonaisarvio¹: 1/3 vähäinen dokumentoitu näyttö

Menetelmästä on vähäistä näyttöä internalisoivien oireiden vähenemisestä kouluikäisillä lapsilla verrattuna lapsiin, jotka eivät ole saaneet Theraplay-hoitoa. Internalisoivilla oireilla tarkoitetaan sisäänpäin kääntynyttä mielenterveysoireilua, jonka tyypillisimpiä ilmenemismuotoja ovat masennus- ja ahdistusoireet.

Sovellettavuus Suomeen²: Menetelmän sovellettavuus Suomeen on vahva.

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

Theraplay kehitettiin 1960-luvun lopulla, jossa menetelmän toinen kehittäjä opiskeli kiintymysteorian kehittäjän John Bowlbyn johdolla Lontoossa. Theraplay on sittemmin levinnyt useaan maahan ja nykyisin se on EU:ssa rekisteröity virallinen hoitonimike, jota voi opiskella sosiaali- ja terveydenalan laillistama ammattihenkilö.

Theraplay-menetelmän teoreettinen pohja nousee erityisesti kiintymyssuhde-teoriasta ja siihen pohjaavista interventioista ja se on saanut vaikutteita myös sosiaalisen oppimisen teoriasta. Menetelmässä kiinnitetään huomio kolmeen tutkimuksissa keskeiseksi nousseeseen vuorovaikutuksen alueeseen: sensi-tiivisyyteen, myönteiseen ohjaamiseen ja reflektiivisyyteen. [1] Tutkimus mentalisaation ja reflektiivisen kyvyn keskeisyydestä sensitiivisen vuorovaikutuskäyttäytymisen edellytyksenä [2] on Theraplayn teoriataustassa etenkin nykyisin keskeisenä läsnä [3].

Reflektiivisellä kyvyllä tarkoitetaan vanhemman kykyä ajatella omia ja lapsensa kokemuksia ja tunteita, näiden vaikutuksia toisiinsa ja molempien käyttäytymiseen. Theraplayssa reflektiivisen kyvyn vahvistamisen nähdään olevan edellytys sille, että vanhempi pystyy lisäämään sensitiivistä, aikuisjohtoista ja leikkisää vuorovaikutusta jokapäiväisessä arjessa, terapiatilanteiden ulkopuolella.

Lisäksi Theraplay hyödyntää tutkimuksissa tehokkaiksi todettua videopalautetta ja vuorovaikutustyöskentelyä videon avulla [4]. Muista hoidoista sen erottaa erityisesti myönteisen yhdessäolon, leikin ja ilon painotukset [5]. Vuorovaikutuksen ongelmat perheessä voivat johtua monesta erilaisesta syystä. Theraplayn lähtökohtana on, että vuorovaikutuksen epätasapainoon vaikuttavat neljä eri osa-aluetta: päivittäisten kokemusten heikko rakentuminen ja jäsentyminen, vähäinen henkilökohtainen vuorovaikutus, riittämätön määrä empaattista ja hoivaa antavaa fyysistä kosketusta sekä oikean tyyppisten haasteiden puute.

Nämä neljä osa-aluetta (rakenteellisuus, yhteisyys, hoiva ja haastavuus) muodostavat neljä Theraplayn peruselementtiä. Rakenteet ja aikuisen ohjaus auttavat lasta jäsentämään maailmaa, yhteisyys on lapsen ja vanhemman välistä yhteyttä myönteisessä ilmapiirissä, hoivaaminen rauhoittaa, tynnyttää ja luo turvaa, ja haastavuus sekä onnistumisen kokemukset leikin kautta luovat puitteet lapsen kehittymiselle.

Kaikki neljä osa-aluetta ovat läsnä Theraplayssa, mutta se, mitä aluetta painotetaan, riippuu siitä millaisia ongelmia lapsella ja perheellä on [5]. Edellisten ohella reflektiivisyyttä tuetaan auttamalla vanhempia katsomaan tilannetta lapsen näkökulmasta. Samalla vanhempia autetaan ymmärtämään itseään esimerkiksi oman kehityshistoriansa ja omien kiintymyskokemustensa tutkimisen kautta.

Theraplaysta on kehitetty myös ryhmämuotoinen hoito.

1.2 Kohderyhmä

- Leikki-ikäiset
- Alakouluikäiset
- Nuoret

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Theraplay on toteutukseltaan joustava ja sitä voi toteuttaa sekä ehkäisevästi että korjaavasti eri-ikäisten lasten (ja myös aikuisten) kanssa. Työskentelyssä voi olla mukana koko perhe tai vain toinen vanhemmista. Theraplayta käytetään moni-muotoisesti erilaisten kehityksellisten ongelmien hoitoon.

1.4 Menetelmän kuvaus

Theraplay-hoito voidaan toteuttaa kotona, sosiaali- tai terveydenhuollon toimipaikassa tai päiväkodissa. Koska vuorovaikutusongelmat ja vanhempien valmius reflektiiviseen ajatteluun vaihtelevat, vaihtelee myös Theraplay-hoidon pituus joustavasti viidestä kerrasta 20–30 kertaan, ollen keskimäärin 10–20 kertaa. Hoitokerrat videoidaan. Leikki- ja kouluikäisten Theraplay toteutetaan useimmiten kahden terapeutin yhteistyönä. Lapsella ja vanhemmilla on tavallisesti oma terapeuttinsa. Toisinaan sama työntekijä voi olla molemmissa rooleissa.

Ennen hoidon aloittamista on arviointivaihe, johon kuuluu useampia tapaamisia vanhempien kanssa. Hoito ja sen tavoitteet suunnitellaan yhdessä vanhempien kanssa, ja osana tätä vaihetta toteutetaan Marshak Interaction Method (MIM) -arviointi. MIM on 1960-luvulla kehitetty vuorovaikutuksen arviointimenetelmä, joka on alusta saakka ollut osa Theraplay-hoitoprosesseja, ja joka auttaa terapian tavoitteiden suunnittelussa.

Arvio tehdään videoimalla lapsen ja vanhemman kahdenkeskinen vuorovaikutustilanne, jossa he tekevät ennalta suunnitellut tehtävät ja leikit (tehtävä voi olla esimerkiksi leikkiä yhdessä jokin tuttu leikki, voidella ihovoiteella tai opettaa lapselle jotain mitä hän ei vielä tiedä tai osaa). MIM-arvioinnin avulla voidaan arvioida lapsen ja vanhemman välisen vuoro-vaikutuksen laatua ja sen eri alueita. MIM-arvioiden psykometrinen tutkimus on toistaiseksi vähäistä, mutta alustavat tutkimukset tukevat arvioiden reliabiliteettia ja validiteettia (Marschak Interarvion Method Training, MIMRS [6]).

Suomessa on kehitetty MIM-arvion tueksi pisteytysjärjestelmä, jonka psykometrisiä ominaisuuksia on tutkittu erityyppisillä aineistoilla (Dyadic Emotional Interaction Style Scoring, D-EIS [7][8]). Luottamuksen rakentuminen ja turvallinen yhteistyösuhde perheen ja terapeutin välille nähdään keskeisenä vuorovaikutushoidon onnistumisen edellytyksenä.

Terapeutti suunnittelee hoitotuokiot ja valmistele niissä tarvittavat materiaalit etukäteen huolellisesti. Hoidon sisältö muodostuu lapsen tunne-elämän kehityksen tason, ei kronologisen iän mukaan. Theraplay-hoidossa käytettävät aktiviteetit keskittyvät menetelmän perustelementteihin: vuorovaikutuksen rakentamiseen ja vahvistamiseen, empaattiseen hoivaan, jäsentämisen hahmottamiseen sekä lapsen haastamiseen ja onnistumisen kokemusten tarjoamiseen.

Aktiviteeteissa hyödynnetään erilaisia materiaaleja, muun muassa saippuakuplia, voiteita tai hernepusseja. Esimerkiksi saippuakuplien puhalluksen tavoitteena voi olla vanhemman ja lapsen emotionaalisen yhteyden vahvistaminen sekä vanhemman jäsentämisen vahvistaminen. Vuorovaikutuksen rakentamiseen kuuluu keskeisesti myös kosketus. Aktiviteetit vaihtelevat aktiivisista rauhallisiin ja usein hoitotuokio päättyy lasta rauhoittavaan hoivaan. Tulkintojen ja keskustelujen sijaan lapsi ja perhe kohdataan hoitotuokioissa nykyhetkessä, ”tässä ja nyt”. [5][9]

Vanhemmat ovat alusta saakka hoidossa mukana. He osallistuvat joko olemalla heti istunnoissa mukana tai hoidon alkuvaiheessa seuraamalla istuntoa yksisuuntaisen peilin takana tai videoyhteydellä. Näin vanhemmat saavat mahdollisuuden havainnoida lasta ja voivat keskustella havainnoistaan heti oman terapeuttinsa kanssa. Vanhemmat otetaan mukaan toteuttamaan aktiviteetteja mahdollisimman nopeasti.

Pienempien lasten kanssa vanhemmat voivat läsnä samassa huoneessa alusta saakka. Tapaamiset videoidaan, ja vanhempia tavataan erillisillä reflektiivisyyttä tukevilla käynneillä leikkikertojen väleissä.

Vanhempien käynneillä voidaan käyttää tukena muun muassa kiintymyssuhdehaastatteluja. Terapian päätyttyä sovitaan hoidon tulosten seuraamiseksi seurantakäyntejä.

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

1/3 vähäinen

2.2 Tutkimus

Tähän arvioon on sisällytetty tutkimukset, joissa perheiden kanssa toteutettavaa Theraplay-interventiota on tutkittu kontrolliryhmän sisältävissä tutkimusasetelmissä. Tällaisia tutkimuksia on ilmestynyt yksi, Saksassa toteutettu tutkimus [10].

Wettigin ja kollegoiden tutkimuksessa [10] arvioitiin Theraplayn vaikutusta yhteensä 189 lapsen aineistossa. Lapsilla oli todettu sekä kielellisen kehityksen viiveitä että kliinisesti merkittävää (arkea haittaavaa) sosiaalista ahdistuneisuutta. Iältään he olivat 2–6-vuotiaita (64 % poikia).

Tutkimus oli kaksiosainen. Ensimmäisessä osatutkimuksessa yhden saksalaisen lääkäriaseman (medical center) asiakkaaksi läheteellä tulleiden lasten (n = 60) joukosta seulottiin ne, joilla lähetteen indikaationa olivat sekä kielellisen kehityksen viive, että kliinisesti merkittävä sosiaalinen ahdistuneisuus (sosiaalinen vetäytyneisyys, ujous).

Aineistoon valikoitui 22 lasta (8 tyttöä, 14 poikaa; ikä: 2,5–6,9 vuotta, keski-ikä: 4 vuotta 1 kuukautta (keskihajonta 1,1 vuotta)). Kaikkien äidinkieli oli saksa. Interventior ryhmän Theraplay-hoidot toteutettiin yhden terapeutin toimesta. Kontrolliryhmä sisälsi 30 lasta (22 poikaa, 8 tyttöä), joilla ei ollut kielellisiä, neurologisia tai käyttäytymisen tai tunnesäätelyn ongelmia. Kontrolliryhmä oli kaltaistettu iän ja sukupuolen mukaan.

Toisen vaiheen tutkimuksessa osallistujat valittiin yhdeksän eri saksalaisen ja itävaltalaisen lääkäriaseman 333 potilaan joukosta. Myös tässä aineistossa valintaperusteena oli yhtäaikaisen kielellisen kehityksen viiveen (puheterapeutin arvio) ja sosiaalisen ahdistuneisuuden diagnoosit.

Aineistoon valikoitui 167 lasta (60 tyttöä, 107 poikaa; ikä: 2,5–6,9 vuotta, keski-ikä: 4,5 vuotta (keskihajonta 1,1 vuotta)). Saksa oli 154 lapsen äidinkieli, 15 lapsella (10 %) äidinkieli oli jokin muu, useimmiten turkki. Myös toisessa osatutkimuksessa hyödynnettiin samaa 30 lapsen kontrolliryhmää, joka toimi normatiivisena verrokkina ja jolle mittaukset tehtiin ainoastaan kerran. Annettujen hoitojen yhdenmukaisuus varmistettiin siten, että kaikilla terapeuteilla oli Theraplay-terapeutti pätevyys ja terapeuttien koulutuksessa ja hoitojen aikana hyödynnettiin Theraplay -käsikirjaa.

Toisessa osatutkimuksessa kaikkia hoitoja valvoi Theraplay työnohjaaja. Yksittäinen hoitotuokio kesti 30–45 minuuttia. Keskimäärin hoitoon kuului 18 tapaamista. Muutamassa haastavassa tapauksessa lukumäärä oli merkittävästi tätä korkeampi (43 ja 66 tapaamista). Kliinisesti merkittävien internalisoivien oireiden arviointiin käytettiin standardoitua mittaria (Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology, CASCAP-D [11]) ennen hoitoa, hoidon jälkeen ja seuranta-arvioinneissa. Tarkasteltavat tulosmuuttujat olivat ujous/estyneisyys, tarkkaavuuden ongelmat, liiallinen sopeutuvaisuus, epäluulo, sosiaalinen vetäytyvyys, yhteistyökykyisyys ja itsetunto.

Kielellisen kehityksen osalta arvioitiin sekä kielen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeuden näkymistä arjessa. Theraplay-hoito toteutettiin terapiahuoneessa, johon vanhemmilla oli näköyhteys. Hoidot nauhoitettiin. Monikeskustutkimuksessa (toinen osatutkimus) kiinnitettiin huomiota siihen, että Theraplay-

tuokioihin käytetyt tilat ja käytettävät materiaalit (mm. voiteet, ruoka, saippuakuplat, hernepusit jne.) olivat mahdollisimman samanlaisia hoitopaikasta riippumatta.

Muut tutkimukset

Theraplaysta on kehitetty sovellus Whole Family Theraplay (WFT), joka yhdistää perheterapeuttisia menetelmiä ja teoriaa (mm. Structural Family Therapy [12]) Theraplay-menetelmään. Menetelmää on pilotoitu 12 adoptioperheen otoksella [13]. Hiles Howard kollegoineen [14] tutki Theraplayn vaikutuksia autismikirjon häiriöistä kärsivien lasten ja vanhempien vuorovaikutukseen kahdeksan 3-9 vuotiaasta lapsen aineistossa. Tulokset olivat myönteisiä, mutta kontrolliryhmän puutteen takia tulosten tulkinta on haastavaa.

Myös Suomessa on saatu lupaavia tuloksia tutkimuksissa vastaavalla tutkimusasetelmalla. SOS-lapsikylässä sijoitettujen lasten kanssa toteutettuna Theraplaysta saatiin myönteisiä tuloksia [15]: tutkimuksessa arvioitiin lapsen käyt-täytymisongelmien määrää (CBCL-arvioinnit) ja vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksessa (MIM-vuorovaikutusarvioinnit) havaittuja muutoksia. Molemmista tapahtui tilastollisesti merkitseviä muutoksia kummallakin mittarilla, mutta tässäkin tutkimuksessa kontrolliryhmän puute vaikeuttaa tulosten merkityksen arviointia.

Salon ja kollegojen kotimaisessa pilottitutkimuksessa [16] (N = 18) arvioitiin ennen–jälkeen-asetelmalla Theraplayn vaikutusta vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutussuhteeseen ja sisäisistä ja ulkoisista reaktioista aiheutuvien oireiden (internalizing and externalizing symptoms) muutokseen lapsilla, joille oli asetettu käytöshäiriödiagnosi. Tulokset olivat rohkaisevia. Tutkimus ei sisältänyt verrokkiryhmää.

Ryhmämuotoinen Theraplay

Edellä mainittujen tutkimusten lisäksi on tutkittu Theraplay-menetelmän ryhmämuotoista sovellusta Kiinassa [17][18] ja USA:ssa kontrolliryhmän sisältävillä asetelmilla, sekä Briteissä ilman kontrolliryhmää [19]. Tutkimuksessa viittasivat myönteisiin tuloksiin, mutta koska ryhmämuotoisen Theraplayn oletetut vaikutusmekanismit sekä toteutustapa poikkeavat vanhempien kanssa toteutetusta hoidosta, ei tutkimuksia ole otettu mukaan käsillä olevaan arvioon.

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

1/3 vähäinen

3.2 Vaikuttavuus

Saksalaisessa tutkimuksessa [10] verrattiin normatiivisen kontrolliryhmän ja interventioryhmän eroja varianssianalyysillä (ANOVA). Ensimmäisessä vaiheessa analysoitiin yhden Theraplay-terapeutin antamien hoitojen tuloksia vertaamalla CASCAP-D tuloksia kontrolliryhmään, jolle tehtiin mittaus ainoastaan lähtötilanteessa. Lähtötilanteessa interventioryhmän pistemäärä oli merkitsevästi kontrolliryhmää korkeampi kaikkien tarkasteltujen muuttujien osalta lukuunottamatta itsetuntomuuttujaa.

Kun eroja ryhmien välillä tarkasteltiin intervention jälkeen, eivät interventio- ja kontrolliryhmien pistemäärät enää eronneet ujous/estyneisyys-, ylisopeutuvaisuus- sekä epäluuloisuus-muuttujien osalta. Interventioryhmä oli hoidon jälkeenkin pistemäärältään merkitsevästi kontrolliryhmää heikommalla tasolla tarkkaavuutta ($p < 0,001$), yhteistyötä ($p < 0,05$), sosiaalista eristäytyneisyyttä ($p < 0,05$) sekä kielenkehityksen ongelmia ($p < 0,001$) mittaavien muuttujien osalta. Itsetuntomuuttujan pistemääriä intervention jälkeen ei interventioryhmän osalta raportoitu.

Kahden vuoden seurantaan tavoitettiin interventioryhmästä 20/22 lasta (t-testi, vertailussa interventioon osallistuneiden lasten hoidon jälkeinen tilanne ja kahden vuoden seurantatulokset). Tulosuuttujien pistemäärät olivat säilyneet ennallaan lukuun ottamatta kielellisen tuottamisen muuttujaa, jossa havaittiin tilastollisesti merkittävä positiivinen muutos hoidon jälkeisen tilanteen ja kahden vuoden seurannan välillä.

Tutkimuksen toinen vaihe oli monikeskustutkimus ja hoidot toteutettiin usean terapeutin toimesta. Normatiivinen kontrolliryhmä oli sama kuin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa. Intervention jälkeen ryhmien välillä ei havaittu eroja ujouden/vetäytyneisyyden (shyness/timidity), tarkkaavuuden ongelmien (attention deficit), yhteistyökyvyn (poor cooperation), mukautuvaisuuden (overconformity), ja epäluulon (mistrust/suspicion) osalta.

Interventioryhmän pistemäärä oli hoidon jälkeen yhä merkittävästi kontrolliryhmää korkeampi sosiaalisen vetäytyvyyden, itsetunnon sekä kielen kehityksen ongelmien osalta. Verrattaessa yksisuuntaisella varianssianalysillä interventioryhmän hoitoa edeltäviä ja hoidon jälkeisiä pistemääriä, olivat kaikkien tulosuuttujien pistemäärät tilastollisesti merkitsevästi paremmat hoidon jälkeen ($p < 0,001$ kaikkien muuttujien osalta).

Tutkimuksen rajoitteena on sekä se, että kontrolliryhmälle suoritettiin ainoastaan baseline-mittaus, että se, ettei tutkimuksessa ollut kliinistä verrokkiryhmää. Lasten kypsymistä ja kehittymistä positiivisen muutoksen selittäjänä ei voida sulkea pois. Lisäksi tutkimuksessa käytetty mittari on suunniteltu laajasti erityyppisten oireiden kartoitukseen, ja tutkimuksen kohteena olleisiin internalisoiviin oireisiin (ujous/estyneisyys) suunnattuja kysymyksiä oli vähän. Efektikokoja ei raportoitu.

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

Eri maiden Theraplay-terapeuttien kouluttautumista valvoo USA:n Theraplay-Instituutti (The Theraplay Institute). Suomessa Theraplay-yhdistyksellä on lisenssi kouluttaa ja työnohjata, lisäksi yhdistys pitää kirjaa kaikista valmistuneista terapeuteista ja työntekijöistä. Menetelmäuskollisuuden valvominen on yksi yhdistyksen tehtävistä.

Theraplay-koulutuksessa opiskellaan muun muassa kiintymysteorian ja sosiaalisen oppimisen periaatteita sekä vuorovaikutushoidon systemaattista toteuttamista. Koulutukseen hyväksytään lasten ja perheiden kanssa työskenteleviä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattihenkilöitä, joilla on ammatillinen ohjaus työhönsä joko työpaikan kautta tai yksityisesti (yksityiset ammatinharjoittajat).

Peruskurssi kestää viisi päivää. Pätevyyden saadakseen on koulutettavalla oltava suoritettuna Theraplay-hoitotuokioita 120, sisältäen sekä lapsen että vanhemman kanssa toteutettuja istuntoja. Lisäksi koulutus sisältää 24 työnohjauskertaa ja 10 ryhmätyönohjauskertaa. Työnohjauksissa käydään läpi sekä videoita omista ja muiden koulutettavien hoitotilanteista että kirjallisia raportointitöitä. Koulutus sisältää lisäksi 4 lähiopetuspäivää (ns teemapäivää) sekä kirjallisia suoritteita (4 x MIM-raportti, hoitoyhteenvedot koulutushoidoista).

Koulutettavien videonauhoja hoitotilanteista lähetetään arvioitavaksi sekä koulutuksen ollessa käynnissä (3–4 toteutetun hoidon jälkeen, mukaan lukien 16 työnohjauskertaa) että sen loppuvaiheessa (3–4 hoitoprosessia, 8 työnohjausta) Theraplay-instituuttiin Yhdysvaltoihin, joka antaa hyväksytyin loppuarvion jälkeen todistuksen opiskelijalle. Myös koulutuksen valmistumisen jälkeen suositellaan työnohjausta ja aktiivista yhteyttä Suomen Theraplay-yhdistykseen.

Koulutus kestää keskimäärin kahdesta neljään vuotta, kokonaiskesto riippuu koulutukseen kuuluvien hoitoprosessien ja työnohjauksien kertymisestä. Koulutus vastaa kokonaissuorituksena 30 opintopistettä.

Theraplay-terapeutti ja Theraplay-työntekijä nimikeitä voi käyttää vain henkilö, joka on suorittanut USAn Theraplay-Instituutin hyväksymän koulutusohjelman. Ero edellämainittujen kahden nimikkeen välillä on, että Theraplay-terapeutti -nimike oikeuttaa Theraplay-hoitojen tarjoamiseen yksityisenä ammatinharjoittajana.

Edellytys Theraplay-terapeutti nimikeen käytölle on psykoterapeuttisten valmiuksien erikoistumisopintojen suorittaminen (vain VALVIRA:n hyväksymä opintokokonaisuus) tai muiden alojen VALVIRAn hyväksymät psykoterapeuttikoulutukset ennen Theraplay-koulutuksen päättymistä. Koulutusten sisältö on molemmille nimikkeille sama.

Kaikilta koulututetuilta kerätään systemaattisesti koulutuspalautte sekä peruskurssin että teemapäivien jälkeen.

Kouluttaja- ja työnohjaajakoulutukseen on oma koulutusohjelma, joka sisältää osallistumista kouluttamiseen (apuvetäjä kolmeen peruskurssiin, kolmeen jatkokurssiin, luentoja ym.), ja koulutusmateriaalin valmistamista noin kahden vuoden ajan yhdessä seniorikouluttajan kanssa. Kouluttaja-kokelaan edistymistä arvioidaan jokaisen koulutustapahtuman yhdessä kirjallisella sekä suullisella palautteella.

Kouluttaja-koulutukseen on olemassa kansainväliset sisäänottokriteerit, joissa huomioidaan taustakoulutus ja Theraplay-kokemus, kouluttamis- sekä tutkimuspätevyys sekä erilaisia esiintymis- ja ryhmänvetämisen valmiuteen liittyviä kysymyksiä. Työnohjaajakävyys on kaksivuotinen, ja sisältää valmiiden työnohjausryhmien seuraamista ja havainnointia reflektiivisen oppimispäiväkirjan avulla (1. vuosi), sekä omien työnohjausryhmien vetämistä (2. vuosi). Nämä videoidaan ja ryhmien vetämiseen saa työnohjausta.

Työnohjauskoulutukseen kuuluu myös ryhmäoppimisprosessi, missä koulutettavata tapaavat toisiaan, luetaan työnohjausmateriaalia, käydään läpi tapauksia sekä reflektoidaan videoiden pohjata toisen ja omia työnohjausryhmiä. Työnohjaajakoulutukseen kuuluu myös kirjallinen lopputyö. Molemmat mallit – kouluttaja- ja työnohjaajakävytyminen – tapahtuvat Suomessa yhteistyössä The Theraplay Institutun kanssa, joka antaa lopullisen hyväksynnän suoritteille.

4.2 Koulutuksen saatavuus

Theraplay-koulutusta tarjoaa Suomen Theraplay-yhdistys, joka järjestää vuosittain yhden aloittavan peruskurssin. Työpaikkakohtaisesti on myös tilattavissa oma peruskoulutusvaihe (tiedustelut ja tarjouspyynnöt: infotheraplay.fi). Peruskurssin hinta on n. 1 000 € + alv. Koulutukseen kuuluvien neljän teemapäivän hinta on n. 250 €/ kpl. Työnohjaukset ja USA:han arvioitavaksi lähetettävien nauhojen lähetyks- ja arviointikustannuksista vastaa koulutettava itse.

4.3 Kustannustehokkuus

Tutkimuksia kustannustehokkuudesta ei ole toistaiseksi julkaistu.

4.4 Soveltuvuus

Theraplaylla on Suomessa pitkät perinteet ja se on kiinnittynyt palvelujärjestelmään. Suomen Theraplay-yhdistys perustettiin 1999. Jäseniä on tällä hetkellä yli 370 ja koulutettuja terapeutteja on yli 150. Theraplay-terapeutteja toimii ympäri Suomen. He työskentelevät perheneuvolassa, lastenpsykiatriassa tai SOS-lapsikylissä tai muualla lastensuojelun kentällä (esimerkiksi lastensuojelulaitoksissa lapsen ja omahoitajan suhdetta tukemassa). Theraplay-terapeutteja työskentelee myös yksityissektorilla.

Käyttäjien kokemuksia on kartoitettu useassa opinnäytetyössä (esim. [20][21]), käyttäjien arvion mukaan vaikutukset arkeen ovat olleet positiivisia. Suomessa on lisäksi julkaistu Theraplayn vaikuttavuutta arvioiva kandidaatinopinnäytetyö [22].

4.5 Mittaaminen ja arviointi

Hoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida hoin päätyttyä MIM-menetelmällä [6], jota käytetään Theraplay-hoitojen alussa tavoitteiden muotoilemiseen. Tätä pidetään suositeltavana. Lisäksi tavoitteiden täyttymistä voidaan arvioida kyselylomakkeilla (esim. Child Behavior Checklist) vanhemmilta suullisesti kerätyn palautteen sekä kliinisen havainnoinnin ohella.

Viitteet

1. Mäkelä, J. & Salo, S. (2011). Theraplay –vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutushoito lasten mielenterveysongelmissa. *Duodecim* 127, 29–39.
2. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other books.
3. Mäkelä, J. (2003). What makes Theraplay® effective: Insights from developmental sciences. *The Theraplay Institute Newsletter*, Fall/Winter, 2003.
4. Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: a meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.003>
5. Jernberg, A. & Booth, P. (2003). *Theraplay. Vuorovaikutusterapian käsikirja*. Suom. Träff, T. (alkuperäinen teos 2001). Helsinki: Psykologien kustannus Oy.
6. Bojanowski, J. J. & Ammen, S. (2011). Discriminating between pre-versus post-theraplay treatment Marschak interaction methods using the Marschak interaction method rating system. *International Journal of Play Therapy*, 20, 1, 1–11. <http://psycnet.apa.org/record/2011-02304-001>
7. Salo, S., & Mäkelä, J. (2006/2010). *MIM-vuorovaikutushavainnoin käsikirja*. Psykologien Kustannus.
8. Salo, S. & Booth, P. (2018). *Clinical handbook of the MIM (Marschak Interaction Method)*. Painossa.
9. Booth, P. & Jernberg, A. (2011). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (3. painos). San Francisco: Joseey-Bass.
10. Wettig, H. H. G., Coleman, A. R. & Geider, F. J. (2011). Evaluating the effectiveness of theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy*, 20, 26–37. <https://doi.org/10.1037/a0022666>
11. Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H. C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)*. Göttingen: Hogrefe.
12. Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Harvard University Press.
13. Weir, K. N., Lee, S., Canosa, P., Rodrigues, N., McWilliams, M. & Parker, L. (2013). Whole family Theraplay: Integrating family systems theory and Theraplay to treat adoptive families. *Adoption Quarterly*, 16, 175–200. <https://doi.org/10.1080/10926755.2013.844216>
14. Hiles H., Lindaman, S., Copeland, R. & Cross, D. R. (2018). Theraplay impact on parents and children with autism spectrum disorder: Improvements in affect, joint attention, and social cooperation. *International Journal of Play Therapy*, 27, 56–68. <https://doi.org/10.1037/pla0000056>
15. Viitanen, P. (2007). *Theraplay vuorovaikutusterapia sijoitettujen lasten kehityksen tukena*. Lisensiaatintutkimus Kehitys- ja kasvatopsykologian erikoistumiskoulutus. Jyväskylän yliopisto. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/22508/URN_NBN_fi_jyu200912084499.pdf?sequence=1
16. Salo, S., Flykt, M., Mäkelä, J., Lassenius-Panula, L., Korja, R., Lindaman, S., & Punamäki, R-L. (2020). The impact of Theraplay therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: a pilot study. *International Journal of Play*, 9(3), 331–352. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21594937.2020.1806500?journalCode=rjip20>

17. Siu, A. F. Y. (2009). Theraplay in the Chinese world: An intervention program for Hong Kong children with internalizing problems. *International Journal of Play Therapy*, 18(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1037/a0013979>
18. Siu, A. F. Y. (2014). Effectiveness of group Theraplay® on enhancing social skills among children with developmental disabilities. *International Journal of Play Therapy*, 23(4), 187–203.
<https://doi.org/10.1037/a0038158>
19. Francis, Y., Bennio, K. & Humrich, S. (2017). Evaluating the outcomes of a school based Theraplay® project for looked after children. *Educational Psychology in Practice*, 33, 308–322.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02667363.2017.1324405?journalCode=cepp20>
20. Hellinen, E. (2009). Theraplay-terapian vaikutukset lapsiperheen arkeen ja vuorovaikutukseen. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/81102/gradu03934.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Kontio. (2011). Opinnäytetyö.
22. Elonen, J., & Seppälä, K. (2017). Theraplay-hoidon vaikuttavuus vanhemman ja lapsen vuorovaikutukseen ja lapsen oireisiin. Psykologian kandidaatin tutkielma. Tampereen Yliopisto, Psykologian laitos.

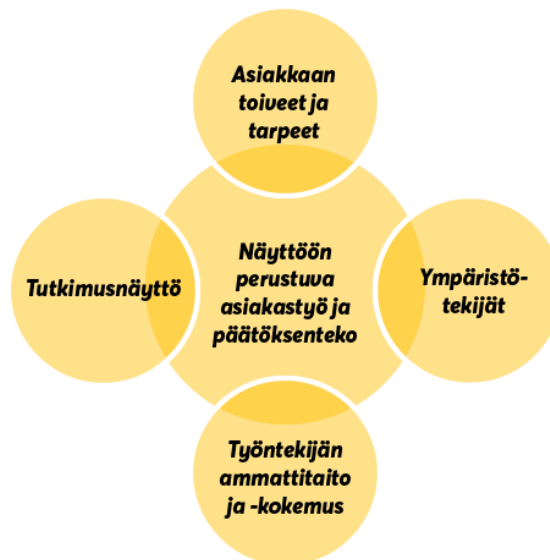
Liite 1. Arviointikäsi kirja ennen vuotta 2022 tehdyille menetelmäarvioinneille: Menetelmien arviointi Kasvun tuessa ennen kuin menetelmien vaikuttavuutta alettiin arvioida systemaattisina katsauksina.

1 Menetelmien arviointityön perusta

Kasvun tuki -tietolähde koostuu arvioituista 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 soveltuvalle mittarilla (esim. [6, 9, 11]). Vaikutusten arvioinnissa keskeisiä arvioitavia suureita ovat vaikuttavuuden suuruus ja suunta [6].

Vaikuttavuusnäytön aste	Kriteerit
Vahva (3)	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmällä on suuri vaikutus kohdejoukkoon, joka vastaa suomalaista kohdeväestöä Vaikutus on mitattu kohdeväestölle tärkeällä tulomittarilla Vaikutuksen suunta on selkeä ja on epätodennäköistä, että uudet tutkimukset muuttaisivat sen suuntaa
Kohtalainen (2)	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmällä on kohtalainen vaikutus kohdejoukkoon, joka vastaa tai on sovellettavissa suomalaisen kohdeväestöön Vaikutus on mitattu kohdeväestölle vähintään kohtalaisen tärkeällä tulomittarilla Vaikutuksen suunta on kohtalaisen selkeä. Tuloksissa vähäistä ristiriitaa ja uudet tutkimukset voivat muuttaa vaikuttavuusarviota
Vähäinen (1)	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmällä on heikko vaikutus kohdejoukkoon, joka ei vastaa tai vastaa huonosti suomalaista kohdeyleisöä Vaikutus on mitattu mittarilla, joka ei ole kohdeväestölle tärkeä Vaikutusten suunta on heikosti selvillä. Tuloksissa paljon ristiriitaa ja uudet tutkimukset todennäköisesti muuttavat vaikuttavuusarviota
Ei vaikuttavuutta (0)	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmällä ei ole vaikutusta, sen suunta ja suuruus ovat epävarmoja tai vaikutus on haitallinen
Ei tietoa vaikuttavuudesta (-)	<ul style="list-style-type: none"> Arvioinnin tueksi ei ole vielä saatavilla 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 materiaalin selkeys Kouluttajien riittävä koulutus ja kokemus Koulutukseen sisällytetty koulutusarviointi Menetelmäuskollisuuden ylläpidosta huolehdittu
Koulutuksen saatavuus	<ul style="list-style-type: none"> Koulutus helposti ja kattavasti saatavilla Koulutuksen kustannukset ovat kohtuulliset
Kustannustehokkuus	<ul style="list-style-type: none"> Onko kustannusvaikuttavuusanalyysia tehty Onko resurssien tarve kuvattu (koulutuksen järjestämisen hinta, tarvittavat henkilöresurssit) Kustannustehokkuuden arvioinnissa voidaan huomioida myös ulkomailla toteutettuja kustannustehokkuuden laskelmia
Soveltuvuus	<ul style="list-style-type: none"> Menetelmän sovellettavuus Suomen tilanteeseen ja olosuhteisiin: onko menetelmälle tarve ja soveltuuko menetelmä sosiaali-, terveys- ja kasvatusalueille Soveltuvuutta pidetään toistaiseksi heikkona jos menetelmää ei ole Suomessa käytetty tai tutkittu, mutta käyttökokemuksia ja tutkimustietoa Pohjoismaista löytyy Soveltuvuus on kohtalainen mikäli menetelmästä löytyy jonkin verran käyttö- ja tutkimustietoa Suomesta tai Pohjoismaista Soveltuvuus on hyvä, mikäli menetelmästä on paljon käyttö- ja tutkimustietoa Suomesta tai Pohjoismaista
Mittaaminen ja arviointi	<ul style="list-style-type: none"> Sisältääkö menetelmä käyttäjien, koulutettavien ja kohderyhmän kokemusten arviointia

Kuva 4. Sovellettavuuden arviointi ja kriteerit.

Menetelmän kokonaisarviointi

Tutkimus- ja vaikuttavuusnäytön arviointiluokkien pohjalta laaditaan kokonaisarvio ja menetelmä sijoitetaan kokonaisarvion perusteella kuviossa 5 esitettyihin luokkiin. Mikäli menetelmä ei saa vaikuttavuusnäytön osalta yhtään pistettä, on kokonaisarvio aina *ei dokumentoitua vaikuttavuusnäyttöä*. Vastaavasti menetelmä, jonka vaikuttavuudesta ei vielä ole tehty määrällistä tutkimusta, sijoittuu luokkaan *ei riittävää tutkimusnäyttöä*. Luokitukset voidaan merkitä myös pisteillä. Vahvan dokumentoidun näytön menetelmät yltyvät kolmeen pisteeseen. Kohtalaisen dokumentoidun näytön omaavat menetelmät saavat kaksi pistettä. Heikommin näytöltään dokumentoidut menetelmät saavat yhden pisteen. Menetelmät, joista ei tutkimustiedon pohjalta ole näyttöä tai vaikuttavuutta tai joiden käyttökelpoisuudesta Suomen olosuhteissa ei ole riittävästi tietoa, jäävät ilman pisteitä.

Tutkimusnäyttö	Vaikuttavuusnäyttö	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.