

Lapset puheeksi® -keskustelu

(1. arvio / 9.6.2017)

Lapset puheeksi® -keskustelun tavoitteena on vahvistaa vanhemmuutta, lapsen ja vanhemman myönteistä suhdetta sekä lapsen turvallista arkea kotona, koulussa ja päiväkodissa. Interventio on suunnattu lapsiperheille, joissa vanhemmalla on vanhemmuuteen vaikuttavia ongelmia, erityisesti mielenterveysongelmia.

Keskusteluissa käydään läpi lapsen elämäntilanne, tunnistetaan lapsen ja perheen vahvuuksia ja haavoittuvuuksia sekä pohditaan, miten lasta voitaisiin tukea.

Interventiota on käytetty Suomessa esimerkiksi varhaiskasvatuksessa, peruskouluissa sekä Rikosseuraamuslaitoksen lapsi- ja perhetyössä.

Ilmiöt: Lapsi-vanhempisuhte ja vuorovaikutus, Lapsen kasvuympäristöön liittyvät riskitekijät, Itsetunto, resilienssi, Sopeutuminen elämäntapahtumiin

Kokonaisarvio¹: 2/3 Kohtalainen dokumentoitu näyttö

Menetelmän vaikuttavuutta voidaan pitää lupaavana tutkimusten perusteella.

Sillä on kohtalaista näyttöä mielialahäiriöistä kärsivien vanhempien 8–16-vuotiaiden lasten tunne-elämän ongelmien ja ahdistuneisuuden vähentämisestä sekä prososiaalisen käyttäytymisen lisääntymisestä tutkimuksista, joissa menetelmää on vertailtu Lapset puheeksi -perheinterventioon.

Sovellettavuus Suomeen²: 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

Toimiva lapsi ja perhe (TI&p) -menetelmät ovat lapsikeskeisiä toimintamalleja perus- ja erityispalveluihin. Ennaltaehkäisevän menetelmäperheen tavoitteena on rakentaa lapselle toimivia ihmissuhteita ja tukevaa arkipäivää lapsen hyvinvoinnin ja suotuisan kehityksen tueksi niin kotona kuin päivähoidossa ja koulussa. Työtä tehdään tilanteissa, joissa vanhemmuuden voimavaroja verottaa jokin iso tekijä perheen arjessa, esimerkiksi vanhemman vakava fyysinen sairaus, mielenterveys- tai päihdeongelma, vankeus tai lapsen käyttäytymiseen tai tunne-elämään liittyvät vaikeudet.

Kaikille TI&p-menetelmille keskeinen yhteinen periaate on eri osapuolien asiantuntemuksen kunnioitus. Erityisen tärkeää on mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivän vanhemman vanhemmuuden kunnioittaminen, mikä on toimivan ja luottamuksellisen yhteistyön edellytys. Menetelmät eivät ole lapsen tai vanhemman hoitoa. Tarvittavien lisäpalvelujen ja avun tarve arvioidaan tapauskohtaisesti [1].

TI&p-työn taustalla on tutkimustieto vanhemman ongelmien tuomasta vaarasta lapsen kehitykselle ja mielenterveydelle sekä toisaalta tieto ja kokemus ennaltaehkäisyn vaikuttavuudesta (esim. [2][3]). TI&p-menetelmät perustuvat näkemykseen lapsen kehityksestä biopsykososiaalisena kokonaisuutena sosiaalisessa kontekstissa (ns. transactional bio-psycho-social model). Lapsen kehitys, samoin kuin pärjäävyyden rakentuminenkin, tapahtuu arkisessa toiminnassa ja vuorovaikutuksessa kotona, päivähoidossa, koulussa ja kaveripiirissä (kehitysympäristöt). Vanhemman ongelmat vaikeuttavat perheen toimintaa ja kommunikaatiota ja heijastuvat lapseen kotona, päivähoidossa ja koulussa.

Lapset puheeksi® -keskustelu pohjautuu pitkäaikaiseen kokemukseen työskentelystä sekä perheiden että vertaisryhmien parissa, ja pärjäävyyden ymmärtämiseen dynaamisena prosessina sosiaalisessa ympäristössä [4]. Pyrkimyksenä on tukea lapsen kehitystä ja ehkäistä häiriöitä yhteistyössä vanhempien kanssa.

Keskustelussa käydään läpi lapsen elämäntilanne kotona, päivähoidossa tai koulussa ja vapaa-aikana ja tunnistetaan lapsen ja perheen vahvuudet ja haavoittuvuudet. Keskustelussa pohditaan, miten vanhempi, päivähoitaja ja opettaja voivat tukea lasta haavoittuvuuksissa ja panostaa vahvuuksiin. Vanhemman kanssa pohditaan miten lasta voi tukea vanhemman oireillessa. Pyrkimyksenä aikuispalveluissa on myös tuoda lapset ja vanhemmuus osaksi vanhemman hoitoprosessia.

Mikäli keskustelussa päädytään siihen, että keskustelijoiden lapsi ja vanhempi tarvitsevat enemmän tukea, voidaan järjestää Lapset puheeksi® -neuvonpito. Lapset puheeksi® -keskustelu ja -neuvonpito muodostavat kaksiosaisen rakenteen, joka voidaan toteuttaa tarpeen mukaan suppeana tai laajana [1]. Tarvittaessa annetaan tietoa muista heidän tarpeisiinsa sopivista palveluista.

Menetelmä on manualisoitu ja keskustelu seuraa lokikirjaa. Lapset puheeksi® -työn lokikirjat ja manuaalit ovat kaikkien saatavilla netissä. Vanhempia kehoitetaan tutustumaan niihin ja keskustelemaan niistä myös lasten kanssa ennen tapaamisia.

1.2 Kohderyhmä

- Leikki-ikäiset
- Alakouluikäiset
- Nuoret
- Perheet
- Vanhemmat

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Menetelmän ensisijaisena kohderyhmänä ovat perheet, joilla on vanhemmuuteen vaikuttavia paineita, erityisesti vanhemman mielenterveysongelmia. Toistaiseksi tutkimustieto menetelmään liittyen on keskittynyt tähän kohderyhmään. Menetelmää on käytetty ja tutkittu myös vanhemman somaattisen sairauden yhteydessä [5]. Menetelmä on otettu käyttöön muissakin konteksteissa, mm. kodin ja varhaiskasvatuksen tai koulun välisenä universaalina kasvatuskumppanuuden ja yhteistyön muotona sekä Rikosseuraamuslaitoksen lapsi- ja perhetyössä.

1.4 Menetelmän kuvaus

Lapset puheeksi® -keskustelu

Lapset puheeksi® -keskustelu on raamitettu, mutta joustava tapa auttaa vanhempia tukemaan omia lapsiaan ja vahvistaa lasta suojaavia tekijöitä perheessä. Työntekijä hyödyntää keskusteluissa Lokikirjaa, joka raamittaa keskustelujen sisältöjä ja jonka käyttäminen varmistaa, että kaikki olennaiset teemat tulevat keskusteluissa käsiteltyä. Työmenetelmän kulku Lapset puheeksi® -manuaalin mukaisesti toteutettuna on seuraava:

Alustava keskustelu. Vanhemmalle ehdotetaan keskusteluja lapsista ja selitetään mistä on kysymys. Ehdotetaan toisen vanhemman tai tukihenkilön mukaan ottamista, jolloin keskustelu lapsista alkaa seuraavalla tapaamisella. Jos kyseessä on yksinhuoltaja, voidaan työskentely aloittaa heti, jos vanhempi niin haluaa. Vanhemmalle annetaan kotiin luettavaksi Opas vanhemmille ja lasten ollessa sopivan ikäisiä, myös Käsikirja lapsille ja nuorille. Vanhemmille annetaan myös lokikirja tai sen nettiosoite.

Ensimmäinen keskustelu. Pääteema on lasten kehityksen ja elämäntilanteen kartoittaminen yhdessä vanhemman/vanhempien kanssa. Käydään läpi vanhempien ilot ja huolet lapsista. Autetaan vanhempia oivaltamaan lasten vahvuudet ja haavoittuvuudet ja annetaan vanhemmille tietoa lapsia suojaavista tekijöistä. Jos vanhemmilla on huolia, kysytään myös, ovatko he hakeneet ja saaneet apua.

Toinen keskustelu. Keskustellaan vanhemman mielenterveyden häiriön merkitykseen perheelle ja lapsille. Käytetään apuna Opaskirjaa. Työntekijä kertoo lisää lapsia suojaavista tekijöistä käyden mm. läpi häiriöstä puhumisen tärkeyden ja puhumisen periaatteet. Pohditaan vanhemman tärkeimpien oireiden ilmenemistä kotona ja lasten reaktioita. Tehdään suunnitelma, miten vanhemmat voivat panostaa vahvuuksiin ja suojaaviin tekijöihin ja miten toimia haavoittuvuuksissa ja vanhemman oireillessa.

Sovellettaessa Lapset puheeksi® -keskustelua varhaiskasvatuksessa ja koulussa, toteutetaan yksi keskustelu, jossa paneudutaan lapsen arkipäivän sujumiseen ja sen tukemiseen. Varhaiskasvatuksessa ja koulussa Lapset puheeksi® -keskustelu käydään kahden kasvattajatahon välillä, vanhempien ja varhaiskasvattajan tai opettajan.

Lapset puheeksi® -neuvonpito

Kun tapaamisissa nousee huoli lapsen pärjäämisestä tai lapsen sosiaalisen verkoston hataruudesta, ehdotetaan Lapset puheeksi® -neuvonpitoa. Neuvonpidon tavoitteena on aktivoida lapsen sosiaaliset verkostot tilanteessa, jossa toimiva arki edellyttää vahvempaa tai monialaisempaa tukea kuin mitä Lapset puheeksi® -keskustelun kautta on ollut mahdollista saada. Neuvonpidot ovat verkostokokouksia, joiden periaatteina ovat huomion kiinnittäminen voimavaroihin, sitoutuminen, tavoitteellisuus, konkreettiset teot ja arviointi.

Lapset puheeksi® -neuvonpito valmistellaan yhdessä vanhempien kanssa (ensimmäinen vaihe). Valmisteluvaiheessa suunnitellaan, mitä teemoja tulevassa neuvonpidossa käsitellään, ketä kutsutaan mukaan ja kenen toimesta, sekä sovitaan osallistuvatko lapset neuvonpitoon ja missä roolissa lapset ovat.

Koolle kutsuttujen neuvonpito (toinen vaihe) alkaa tervetulo- ja esittäytymiskierroksella, jonka jälkeen käsitellään ennalta sovittuja aiheita (Lapset puheeksi®-keskustelussa todetut vahvuudet ja haavoittuvuudet) sen mukaisesti, miten vanhempien kanssa on valmisteluvaiheessa sovittu. Vetäjän tehtävänä on tukea keskustelua perheenjäsenten ja paikalle kutsuttujen välillä. Lisäksi vetäjän tehtävänä on selvittää, millaisia konkreettista asioita osallistujat voivat tehdä tukeakseen lasta ja perhettä.

Konkreettiset lupaukset ja sitoumukset kirjataan kaikkien nähtäville neuvonpidon lomakkeelle. Lopuksi sovitaan seurantaneuvonpidon ajankohta sopivan ajanjakson päähän. Seurantaneuvonpidossa (kolmas vaihe) käydään läpi sovitut sitoumukset ja arvioidaan niiden toteutumista. Tarvittaessa tehdään uusi toimintasuunnitelma ja sovitaan uusi neuvonpito yhdessä sovitun ajanjakson päähän.

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

2/3 kohtalainen

2.2 Tutkimus

Suomalaiset tutkimukset

Suomessa tutkittiin menetelmien soveltuvuutta suomalaiseen järjestelmään kyselylomaketutkimuksella [6], jossa kartoitettiin Perheinterventioon ja Lapset puheeksi® -interventioon satunnaistettujen vanhempien ja lasten kokemuksia (n = 109). Lisäksi klinikot arvioivat kirjallisesti menetelmäuskollisuutta. Toikka ja Solantaus tutkivat kouluttajiksi kouluttautuneiden työntekijöiden keskuudessa kyselylomakkeella (n = 30) koulutuksen vaikutusta ammatillisiin taitoihin ja työtyytyväisyyteen sekä implementaation onnistumista [7].

Behm ja Kauppinen selvittivät teemahaastatteluilla opinnäytetyössään [8] varhaiskasvatuksen työntekijöiden ja huoltajien kokemuksia Lapset puheeksi® -keskustelusta varhaiskasvatuksessa (varhaiskasvatuksen työntekijät n = 5, huoltajia n = 6).

Satunnaistetussa kenttätutkimuksessa (n = 109 perhettä) perheinterventiota (6 kertaa 30–45 min) ja Lapset puheeksi® -keskustelua (aktiivinen kontrolli) verrattiin aikuispsykiatriassa tilanteissa, joissa toinen vanhempi oli hoidossa masennuksen vuoksi. Standardoiduilla mittareilla tutkittiin menetelmien vaikuttavuutta perheen lasten tunne-elämään, attribuutiotyylisiin ja käyttäytymiseen, seurannan pituus oli 1,5 vuotta [9][10]. Lisäksi on tutkittu ammattilaisten ja vanhempien kokemuksia TI&p-menetelmistä tilanteissa, joissa lapsen toinen vanhempi sairastaa syöpää [5][11].

Edellä mainittujen vertaisarvioitujen tutkimusten lisäksi menetelmään liittyen on julkaistu alueellisia raportteja ja selvityksiä mm. menetelmää käyttäneiden ammattilaisten ja asiakkaiden kokemuksista (esim. [12]).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä käytetään Lapset puheeksi® -keskustelua ja neuvonpitoa koko maakunnan alueella kaikissa päiväkodeissa ja kouluissa universaalina menetelmänä sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Hankkeen yhteydessä toteutetaan kvasikokeellinen ekologinen väestötutkimus, jolla arvioidaan menetelmän vaikutuksia vuosina 2015–2018 alueen 30 kunnan lasten ja perheiden hyvinvointiin.

Tutkimuksessa analysoidaan yhteensä 500 000 henkilövuotta 0–17-vuotiaiden lasten ja nuorten ikäryhmässä. Tulostuottajina tutkimuksessa ovat mm. lastensuojeluilmoitusten määrä ja sijoitukset sekä läheteet erikoissairaanhoidon lasten- ja nuorispsykiatrialle. Tietoja kerätään lisäksi myös kouluterveyskyselyn kautta. Vertailukohtana käytetään vuoden 2014 rekisteritietoja. Tietoja kerätään myös työntekijöiltä, muun muassa Lapset puheeksi® -keskustelujen ja -neuvonpitojen määrästä.

Kansainväliset tutkimukset

Lapset puheeksi® -keskustelun käytäntöjä on välitetty Australiassa klinikoille (n = 72) myös verkkomuotoisen oppimateriaalin avulla ja tutkittu verkkopohjaisen koulutuksen vaikutusta klinikoiden taitoihin, tietoihin ja asenteisiin ennen–jälkeen-mittauksella [13].

Lisäksi Australiassa tutkitaan parhaillaan Lapset puheeksi® -keskustelua sekä laadullisen tutkimuksen keinoin että RCT-asetelmalla (n = 250 perhettä), jossa menetelmän vaikutuksia arvioidaan sekä mielenterveyshäiriöstä kärsivän vanhemman lapsen hyvinvointiin että lapsen ja vanhemman välisiin suhteisiin.

Kreikassa tehdyssä tutkimuksessa 8–16-vuotiaiden lasten masennusdiagnoosin saaneet vanhemmat (N = 62) on satunnaistettu kahteen ryhmään, joista toinen osallistui Lapset puheeksi® -interventioon (n = 32) ja toinen Beardsleen TLP-perheinterventioon (n = 30). Interventioita verrattiin toisiinsa. Varsinainen puhdas verrokkiryhmä puuttui. Lapsilta ja vanhemmilta kerättiin tietoa standardoiduin kyselylomakkein 4, 10 ja 18 kuukautta intervention jälkeen muun muassa masennus- ja ahdistuneisuusoireista, elämänlaadusta sekä koetusta sosiaalisesta tuesta (mm. Beck Depression Inventory, Vaikeudet ja vahvuudet -lomake, Kidscreen-27). Tutkimuksesta on julkaistu tutkimusasetelman kuvaus [14] ja varsinainen tutkimusartikkeli [15].

Menetelmää koskevaa toimeenpanotutkimusta on tehty Japanissa [16]. Tutkimuksen tulokset olivat suotuisia jatkossa toteutettavalle kliiniselle tutkimukselle.

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

1/3 vähäinen

3.2 Vaikuttavuus

Suomalaiset tutkimukset

109 interventioon osallistunutta perhettä, joissa vähintään toisella vanhemmalla oli asetettu mielialahäiriödiagnoosi, satunnaistettiin TLP-perheinterventioon ja Lapset puheeksi® -keskusteluun. Lasten (n = 149) psyykkistä vointia arvioitiin Vahvuudet ja vaikeudet /Strengths and Difficulties (SDQ)-mittarilla ja ahdistusta mittaavalla SCARED-instrumentilla 4, 10 ja 18 kuukauden seurantapisteissä. Analyysissä kontrolloitiin vanhemman masennuksen aste. Tutkimuksessa ei ollut hoitamaton kontrolliryhmä, eikä efektkokoja ja niiden luottamusvälejä raportoitu.

Vaikutukset olivat kuitenkin odotetun suuntaisia ja interventioiden välillä oli vähän eroja: Molemmat interventiot vähensivät tilastollisesti merkitsevästi lasten tunne-elämän ongelmia ja ahdistuneisuutta ja lisäsivät prososiaalista käytöstä kummassakin ryhmässä. TLP-perheinterventio oli Lapset puheeksi® -interventiota vaikuttavampi lasten emotionaalsiin oireisiin ja prososiaaliseen käytökseen heti intervention jälkeen (0–4 kk), pidemmässä seurannassa (4–10 kk) Lapset puheeksi® -keskustelun vaikutukset kasvoivat, 10–18 kk seurannassa interventioiden välillä ei ollut eroja [6].

Punamäen ja kollegoiden seurantalutkimuksessa [10] tutkittiin interventioiden (Lapset puheeksi® -keskustelu ja TLP-perheinterventio) vaikutusta 8–16-vuotiaiden lasten (n = 145) attribuutiotyyliin ja tunne-elämän oireisiin (SDQ), seuranta tehtiin 10 ja 18 kuukauden seurantapisteissä intervention jälkeen. Attribuutiotyyliin havaittiin myönteinen muutos ainoastaan Lapset puheeksi® -keskustelu-ryhmässä siten, että positiiviset attribuutiot lisääntyivät (etan osittaisneliö = 0,08, ei luottamusvälejä raportoitu), erityisesti 10 kk ja 18 kk mittausten välillä (etan osittaisneliö 0,07, ei luottamusvälejä raportoitu). Attribuutiotyyliin oli välittävä (medioiva) vaikutus lasten depressio-oireisiin (CDI) sekä osittainen medioiva vaikutus lapsen emotionaalisiin oireisiin (SDQ). Tutkimuksen rajoitteena varsin suuri kato, attribuutiomittarin reliabiliteetti heikohko.

Menetelmän kehittäjät ovat edellä mainittujen tulosten perusteella todenneet, että Lapset puheeksi® -keskustelu todennäköisesti lisää enemmän vanhempien omaa toimijuutta, kun taas TLP-perheinterventio toimii enemmän terapeuttisena prosessina.

Koulutettujen kokemukset

Laajaan TI&p kouluttajakoulutukseen (sisältäen koulutuksen TLP-perheinterventioon, Lapset puheeksi® -keskusteluun, ja Lapset puheeksi® -neuvonpitoon) osallistuneista (n = 45) 85 prosenttia koki koulutuksen hyödylliseksi, 15 prosenttia melko hyödylliseksi; 80–90 prosenttia koki työn ilon ja kasvaneen mielenterveyshäiriöstä kärsivien vanhempien perheiden tukemisessa ja kokivat myös aihepiirin tietojensa lisääntyneen muun muassa lasten tukemiseen, lasta suojaaviin tekijöihin ja vanhemman masennuksen vaikutuksiin liittyen. Uusien menetelmien käyttöönotto oli lisännyt työhön liittyvää stressiä, toisaalta vastaajien ei ollut aiempaa vaikeampaa selvittää työpaineesta. Yhteistyö lastensuojelun kanssa oli parantunut. Kaikki työntekijät käyttivät menetelmää omassa työssään koulutuksen päätyttyä ja 77 prosenttia oli levittänyt menetelmiä muille työntekijöille. Esimiesten asenne menetelmiin oli valtaosin myönteinen. Kaikki vastaajat pitivät todennäköisenä, että he käyttäisivät menetelmiä työssään jatkossakin [7].

Vanhempien kokemukset, fideliteetti ja turvallisuus

Solantaus kollegoineen [6] keräsivät lasten ja vanhempien kokemuksia TLP-perheinterventiosta ja Lapset puheeksi® -keskustelusta perheissä, joissa oli yksi tai useampi vanhempi, jolla oli mielialahäiriödiagnosi. Kuudestakymmenestä TLP-perheinterventioon osallistuneesta vanhemmasta 86 prosenttia raportoi keskustelujen ilmapiirin hyväksi, ja he kokivat huolten vähentyneen, itseymmärryksensä ja tulevaisuudenuskon lisääntyneen, vanhemmuutensa parantuneen.

Yli puolet lapsista raportoi kommunikoinnin vanhempien kanssa helpottaneen Perheintervention myötä, ja lapset kokivat vanhempien ymmärtävän heitä aiempaa paremmin. Lapsista 85 prosenttia suosittelisi interventiota muille lapsille ja yli 95 prosenttia koki voineensa sanoa kaikki tai suurimman osan niistä asioista, joita halusi sanoa. Sekä TLP-perheintervention että Lapset puheeksi® -keskustelun käytössä oltiin menetelmäuskollisia käyntikertojen lukumäärää ja käyntien sisältöä arvioitaessa (fidelity). Kokonaisuudessaan arviot molemmista menetelmistä olivat myönteisiä, mutta perheinterventio arvioitiin vanhempien toimesta myönteisemmin kuin Lapset puheeksi® -interventio (tilastollista merkitsevyyttä ei arvioitu). Interventiot eivät lisää vanhempien ahdistusta tai masennusta, eikä stigman kokemusta (häpeää, syyllisyyttä). [6]

Niemelä kollegoineen tutki haastattelututkimuksessa [5] työntekijöiden (n = 7) pitkäaikaisia kokemuksia Lapset puheeksi® -keskustelun ja Beardsleen TLP-perheintervention käytöstä perheiden kanssa, joissa toinen vanhempi sairasti syöpää, sekä arvioi interventioiden vaikutusta vanhempien psykiatriisiin oireisiin (14 vanhempaa; SCL-90-instrumentti; ei kontrolliryhmää) neljä kuukautta intervention jälkeen verrattuna tilanteeseen ennen interventiota [11]. Kliinikoiden kokemukset Lapset puheeksi® -keskustelun sekä TLP-perheintervention käytöstä syöpää sairastavan vanhemman perheiden kanssa olivat myönteisiä [5], lisäksi

neljän kuukauden seurannassa todettiin vanhempien psykiatristen oireiden laskeneen normaaliväestön tasolle [11].

Behmin ja Kauppisen opinnäytetyön [8] mukaan Lapset puheeksi® -keskustelu tukee varhaiskasvatuksen työntekijöiden ja huoltajien välistä yhteistyötä ja lapsen suotuisaa kehitystä, ja se toimii, kun se mukautetaan päiväkodin ja ryhmän arkeen. Erityisesti toimintasuunnitelmaosiota pidettiin käyttökelpoisena.

Kansainväliset tutkimukset

Australiassa verkkopohjainen Lapset puheeksi® -keskustelun koulutusmateriaali lisäsi tilastollisesti merkittävästi perheiden kanssa työskentelevien ammattilaisten itseraportoimia kliinisiä taitoja. Kliinisiä taitoja mitattiin standardoidulla Family-Focused Mental Health Practice -kyselylomakkeella. Muutokset näkyivät kyvyssä ottaa puheeksi ja tukea perhettä ja vanhemmuutta vanhemman hoidon yhteydessä, kyvyssä arvioida vanhemman ongelmien vaikutusta lapseen sekä kyvyssä arvioida vanhemman ymmärrystä lapsen tilanteesta (efektikoko etan osittaisneliö 0,35–0,44, luottamusvälejä ei raportoitu) [13].

Australiassa meneillään olevista tutkimuksista ei toistaiseksi ole tieteellisissä lehdissä julkaistuja artikkeleja. Australialaisten RCT-tutkimuksen alustavat tulokset [17] viittaavat hyötyihin terapeutti–asiakassuhteessa sekä vanhempien elämänlaadussa ja psyykkisessä hyvinvoinnissa.

Kreikkalaisen tutkimuksen [15] mukaan sekä vanhempien että lasten psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtui suotuisia, tilastollisesti merkitseviä muutoksia ($p < 0,001$) sekä Beardsleen TLP-perheinterventio – että Lapset puheeksi® -keskusteluryhmissä.

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

Koulutuksen Lapset puheeksi® -keskustelun vetämiseen voi hankkia useamman koulutuksen kautta, jotka vaihtelevat laajuudeltaan. Menetelmäperheeseen liittyvät koulutukset:

Laaja Toimiva lapsi & perhe -koulutus

- koulutuksista laajin vaihtoehto, kesto kaksi lukukautta, yhteensä 12 koulutuspäivää
- antaa pätevyyden toteuttaa itsenäisesti Lapset puheeksi® -perheinterventiota, -keskustelua ja -neuvonpitoa
- osallistuja voi halutessaan päteväytyä Lapset puheeksi® -kouluttajaksi järjestämällä koulutuksen aikana Lapset puheeksi® -keskustelun koulutuksen (kaksi koulutuspäivää) ja tekemällä siitä kirjallisen työ
- opetukseen kuuluu monipuolinen valikoima opetusmenetelmiä: luentomateriaalin lisäksi rooliharjoituksia, ryhmäkeskusteluja, reflektointia, tapausselostuksia sekä kirjallinen työ.

Lapset puheeksi® -koulutus (Lp-koulutus)

- yhteensä kaksi koulutuspäivää
- antaa valmiudet toteuttaa itsenäisesti Lapset puheeksi® -keskustelua
- antaa perustiedot Lapset puheeksi® -neuvonpidon toteuttamisesta

Lapset puheeksi® -keskustelu ja -neuvonpito -koulutus (LpNp-koulutus)

- yhteensä kolme koulutuspäivää

- päivien aikana osallistuja saa valmiudet toteuttaa itsenäisesti Lapset puheeksi® -keskustelua ja -neuvonpitoa

Toimiva lapsi & perhe -kouluttajakoulutus

- koulutukseen voivat hakea Toimiva lapsi & perhe -koulutuksen hyväksytysti suorittaneet
- kesto yksi lukukausi
- yhteensä kuusi koulutuspäivää

Lapset puheeksi® -keskustelun ja -neuvonpidon kouluttajakoulutus

- kesto kaksi lukukautta
- yhteensä kahdeksan koulutuspäivää
- ensimmäisellä lukukaudella opitaan Lapset puheeksi® -keskustelu ja -neuvonpito omaan käyttöön
- toisella lukukaudella opitaan kouluttamaan kyseisiä menetelmiä muille
- koulutus järjestetään usein osana kuntien lapsikeskeisten palvelurakenteiden kehittämistyötä.

4.2 Koulutuksen saatavuus

Suomessa on eri puolilla maata noin 320 kouluttajaa, jotka pystyvät kouluttamaan Toimiva lapsi ja perhe -menetelmäperheen eri menetelmiin, mukaan lukien Lapset puheeksi® -keskustelu. Koulutusten hinta on noin 800–1000 €/pv + alv, ja esimerkiksi Lapset puheeksi® keskustelun ja neuvonpidon koulutus on 3 pv x 800–1000 € = 2400–3000 €.

4.3 Kustannustehokkuus

Kustannustehokkuustutkimuksia ei Lapset puheeksi® -neuvonpitoon liittyen ole Suomessa tehty. Raahen hyvinvointikuntayhtymässä, jossa on toteutettu Lapset puheeksi® -työtä (Lapset puheeksi® -keskustelut ja Lapset puheeksi® -neuvonpito) systemaattisesti ja laaja-alaisesti vuoden 2012 keväästä lähtien. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon kustannukset ovat laskeneet n. 45 prosenttia välillä 2011–2016. (Hannu Kallunki, henkilökohtainen tiedonanto).

Vertailutiedon puuttuessa edellä mainittuja lukuja ei voida suhteuttaa muiden, ei Lapset puheeksi® menetelmiä käyttäneiden alueiden kulukehitykseen. Lisäksi Raahen alueella on toteutettu kahta Lapset puheeksi® –menetelmäperheeseen kuuluvaa interventiota samanaikaisesti (Lp-keskustelu ja Lp-neuvonpito). Näistä syistä Raahen alueen tulosten pohjalta ei toistaiseksi ole mahdollista arvioida Lapset puheeksi® -keskustelun kustannustehokkuutta.

4.4 Soveltuvuus

Soveltuu Suomen olosuhteisiin. Menetelmä on ollut käytössä Suomessa jo vuosia (työ aloitettu 2001), ja se on otettu kentällä asiakkaiden sekä työntekijöiden taholta hyvin vastaan. Menetelmä soveltuu kentän toimintatapoihin ja sille on kysyntää (mm. ^[5]^[6]^[12]).

4.5 Mittaaminen ja arviointi

Kaikkia Lapset puheeksi® -menetelmiä käyttöön otettaessa korostetaan, että työstä tulee tehdä päätös organisaation johdossa ja päätös tulee kirjata näkyviin. Työn toteutumista tulee myös valvoa ja siihen pitää liittää raportointivelvollisuus.

Maakunnallisesti Lapset puheeksi® -menetelmän käyttöä seurataan toteutuneiden Lapset puheeksi® -keskusteluiden ja neuvonpitojen määrien kautta. Mm. Oulussa kerätään määrällisen tiedon lisäksi myös laadullista tietoa puolivuositaisen kyselyn kautta (esim. käytetty aika, koettu hyöty). Myös Raahessa kerätään tilastojen lisäksi kentältä käyttäjien kokemuksia ja käydään puolivuositain läpi toimintojen kehittämistä varten.

Viitteet

1. Solantaus, T. & Niemelä, M. (2016). Arki kantaa – kun se pannaan kantamaan. *Perheterapia*, 1, 21-33. https://mieli.fi/sites/default/files/inline/arki_kantamaan_solantaus_niemela_2016.pdf
2. Beardslee, W. R. & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63–69. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.63>
3. Beardslee, W., Salt, P., Versage, E., Gladstone, T., Wright, E. & Rothberg, P. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 510–515. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.4.510>
4. Ungar, M. (2013). The social ecology of resilience. *A Handbook of Theory and Practice*. Springer, New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3>
5. Niemelä, M., Väisänen, L., Marshall, C., Hakko, H. & Räsänen, S. (2010). The experiences of mental health professionals using structured family-centred interventions to support children of cancer patients. *Cancer Nursing* 33, E18–27. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181ddfc5>
6. Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W. R. & Paavonen, E. J. (2009). Safety, feasibility and family experiences of preventive interventions for children and families with parental depression. *International Journal of Mental Health Promotion* 11, 15–24.
7. Toikka, S. & Solantaus, T. (2006). The effective family programme II. Clinicians' experiences of training in promotive and preventative methods in child mental health. *International Journal of Mental Health Promotion* 8, 4–10. <https://doi.org/10.1080/14623730.2006.9721746>
8. Behm, N. & Kauppinen, J. (2019). Kokemuksia Lapset puheeksi -keskustelusta varhaiskasvatuksessa. *Opinnäytetyö, Karelia-ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma*.
9. Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S. Punamäki R-L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry* 19, 883–92. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0135-3>
10. Punamäki, R-L., Paavonen, J., Toikka, S. & Solantaus, T. (2013). Effectiveness of preventive intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: A randomized study. *Journal of Family Psychology* 27, 683–690. <https://doi.org/10.1037/a0033466>
11. Niemelä, M., Repo, J., Wahlberg, K., Hakko, H. & Räsänen, S. (2012). Pilot evaluation of the impact of structured child-centered interventions on psychiatric symptom profile of parents with serious somatic illness: struggle for life trial. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, 316–330. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.664258>
12. Niemi, H. (2008). Toimiva lapsi ja perhe – työmenetelmien arviointiselvitys. Vanhempien ja työntekijöiden näkemyksiä. *Lapin sairaanhoitopiiri, Rovaniemi*.
13. Tchernegovski, P., Reupert, A. & Maybery D. (2015). Let's Talk about Children: A pilot evaluation of an e-learning resource for mental health clinicians. *Clinical Psychologist*, 19(1), 49–58. <https://doi.org/10.1111/cp.12050>

14. Giannakopoulos, G., Tzavara, C. & Kolaitis, G. (2015). Preventing psychosocial problems and promoting health-related quality of life in children and adolescents struggling with parental depression. *Open Journal of Depression*, 4, 24–29.
15. Giannakopoulos, G., Solantaus, T., Tzavara, C. & Kolaitis, G. (2021). Mental health promotion and prevention interventions in families with parental depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.070>
16. Ueno, R., Solantaus, T., Murakoshi, A., & Inoue, T. (2019). Safety, Feasibility, Fidelity, and Perceived Benefits of an Intervention for Parents with Mood Disorders and Their Children — “Let’s Talk About Children” in Japan. *Journal of Family Psychotherapy*, 30(4), 272–291. <https://doi.org/10.1080/08975353.2019.1678092>
17. Goodyear, M. (2017). Let’s talk about children – promoting recovery in parents with mental illness. Esitys. Open day forum. Monash University.

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 kasvatusaloille - 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.