Hoivaa ja leiki

(1. arvio / 16.8.2019)

Hoivaa ja leiki -interventio tavoitteena on vahvistaa äidin emotionaalista saatavilla oloa, lisätä mentalisaatiokykyä ja opettaa äidille masennuksen ja ahdistuksen hallintaan liittyviä menetelmiä. Vertaisryhmissä tuetaan äidin emotionaalisia kykyä vastata vauvan tarpeisiin ja kiintymyssuhteen muodostumista.

Interventio on suunnattu äidin raskausajalle ja vauvan ensimmäisen elinvuodelle. Se soveltuu erityisesti lievästä tai keskivaikeasta masennusoireista kärsiville äideille sekä masennuksen riskissä oleville äideille. Sitä voidaan käyttää sosiaali- ja terveydenhuollossa, erityisesti äitiys- ja lastenneuvoloissa.

Ilmiöt: Vanhemmuuteen liittyvät riskitekijät, Lapsi-vanhempisuhde ja vuorovaikutus

Kokonaisarvio[1]: 2/3 Kohtalainen dokumentoitu näyttö

Menetelmän vaikuttavuutta voidaan pitää lupaavana tutkimusten perusteella. Raskaana olevien naisten reflektointikyvyn ja emotionaalisen saatavuuden on todettu parantuneen verrattuna tavanomaista tukea saaneisiin naisiin.

Sovellettavuus Suomeen[2]: Kohtalainen.

[1] Laatikko sisältää niin sanotun PICO-lausekkeen. PICO tulee englanninkielisistä sanoista:

- P = populaatio; ryhmä, jota tutkitaan (*population, patient*)
- I = interventio, tutkittava toimenpide, hoito, (*intervention*)
- C = vertailuryhmä, vaihtoehtoinen menetelmä (*comparison, control*)
- O = menetelmän tuottamat tulokset, seuraus (*outcome*)

PICO auttaa intervention tutkittujen vaikutusten selkeässä ja tarkassa kuvaamisessa. Se kertoo mistä interventiosta on kyse, millaisia tuloksia sillä saadaan, kenelle se on vaikuttava ja kehen verrattuna.

[2] Sovellettavuuden arviointiin vaikuttavat seuraavat osa-alueet: koulutus, koulutuksen saatavuus, kustannustehokkuus, soveltuvuus ja mittaaminen/arviointi

1 Esittely

1.1 Tausta

Äidin mielenterveysongelmat raskausaikana ja synnytyksen jälkeen voivat aiheuttaa kielteisiä seurauksia äidin ja lapsen varhaiseen vuorovaikutussuhteeseen. Raskaudenaikainen masennus on vahvasti yhteydessä synnytyksen jälkeiseen masennukseen, äidin ja lapsen vuorovaikutukseen, perheen hyvinvointiin ja lapsen myöhempään kehitykseen.

Raskaudenaikainen masennus on keskeinen riskitekijä sikiön kehitykselle, vastasyntyneen terveydelle, lapsen myöhemmälle kognitiiviselle, sosioemotionaaliselle ja psykomotoriselle kehitykselle sekä tunteiden säätelyyn ja stressinsietoon. [1] [2][3][4]

Tutkimusnäyttö on osoittanut, että masentuneen äidin vuorovaikutus vauvan kanssa voi olla vetäytyvää ja poissaolevaa tai tunkeutuvaa ja aggressiivista. Äidin kyky vastata sensitiivisesti vauvan tarpeisiin voi olla häiriintynyt. Näin synnytyksen jälkeisellä masennuksella on suuri riski häiritä kiintymyssuhteen kehittymistä.

Tämän vuoksi pelkästään raskausajan masennusoireiden hoitaminen ei yksin riitä, vaan sen lisäksi on tärkeää tarjota interventio, jolla vaikutetaan suoraan jo raskausajasta alkaen äidin ja vauvan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. [2][3]

Hoivaa ja leiki -intervention teoreettisina viitekehyksinä ovat kiintymyssuhde- ja mentalisaatioteoria. Vuorovaikutus on syntymästä lähtien edellytys lapsen kehitykselle ja kiintymyssuhteen muodostumiselle [5]. Mentalisaatiokyky (kyky pitää mielessä oma ja toisen mieli) heijastaa vanhemman ymmärtävää suhtautumista lapseen, hänen kasvuaan ja kehitystään tukevana hoivana ja huolenpitona.

Mentalisaatio liittyy vanhemman kykyyn auttaa häntä hahmottamaan lapsen näkökulmaa erityisesti eteen tulevissa hankalissa tilanteissa ja toimimaan niissä sensitiivisesti ja rauhallisesti sekä ymmärtämään oman toimintansa vaikutus lapseen [6].

Ryhmämuotoisen Hoivaa ja leiki -intervention ensimmäinen versio on kehitetty ja testattu vuosina 2010–2011 Lahden Diakonialaitoksen Vauvan Taika -projektissa, jossa havaittiin tarve ennaltaehkäisevän työmuodon kehittämiselle lievästi ja keskivaikeasti masentuneille äideille ja jotka ovat vaarassa jäädä ilman tukea. [7]

1.2 Kohderyhmä

- Vauvaikäiset
- Vanhemmat

1.3 Kohderyhmän kuvaus

Raskaana olevat naiset, joilla on masennus- ja ahdistusoireita ja/tai ovat masennuksen riskissä ja/tai äidit, joilla on ristiriitainen, etäinen suhtautuminen vanhemmuuteen ja tarvetta vahvistaa mentalisaatiokykyä ja emotionaalista saatavilla oloa.

1.4 Menetelmän kuvaus

Ryhmämuotoinen Hoivaa ja leiki -interventio sisältää neljä ryhmäkertaa raskausaikana ja seitsemän ryhmäkertaa vauvavaiheessa sekä kotikäynnin synnytyksen jälkeen. Ryhmäkertoja ennen tehdään tutustumiskäynnit, joista toisella tapaamisella toteutetaan strukturoitu Hoivaa ja leiki -alkuhaastattelu.

Ryhmäintervention tavoitteena on vahvistaa äitien emotionaalista saatavilla oloa, lisätä heidän mentalisaatiokykyään sekä opettaa kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä masennusoireiden hallintaan.

Jokainen kerta sisältää mentalisaatiota lisäävää keskustelua ja harjoituksia, psykoedukaatiota, kognitiivisia ja kehollisia harjoituksia (mm. rentoutus, hieronta) sekä sensitiivisyyttä tukevia varhaisia, kokemuksellisia vuorovaikutusaktiviteetteja (leikkiä ja laulua). Jokaisella kerralla annetaan kotitehtäviä. Äitejä pyydetään myös pitämään äitiyspäiväkirjaa. Ryhmässä on 3–4 äitiä/äiti–vauvaparia.

Ryhmä soveltuu erityisesti lievästä tai keskivaikeasta masennusoireista kärsiville äideille sekä masennuksen riskissä oleville äideille. Äitiysneuvola voi ohjata ryhmäinterventioon masennusoireisia äitejä raskauden eri vaiheissa tai pikkuvauvavaiheessa (alle 6 kk).

Raskausajan ryhmien teemoja ovat mm. millainen hoivaava äiti minusta tulee, millainen vauva minulle tulee, millainen lähipiiri vauvalla on sekä todellista vauvaa kohden suuntautuminen (synnytykseen ja vauvan kohtaamiseen valmistautuminen).

Jokaisella kerralla pohditaan mielialoja ja tehdään hoivaavia sekä emotionaalista saatavilla oloa vahvistavia leikkisiä, kokemuksellisia tehtäviä. Äitejä ohjataan kohti mentalisoivaa pohdintaa: vauva on itsestä erillinen, tunteva ja tahtova ihminen.

Vauvan synnyttyä käydään läpi kuusi emotionaalisen saatavillaolon osa-aluetta (sensitiivisyys, jäsennyskyky, ei-tunkeilevuus, ei-vihamielisyys sekä lapsen responsiivisuus ja aloitteellisuus). Mielialan tarkastaminen ja äidin voimavarat, reflektiivinen työote, leikkisyys ja hoiva samoin kuin rentoutuminen kulkevat läpi vauvaryhmän. Myös lapsen isää tai tukihenkilöä aktivoidaan kotitehtävissä.

Puolistrukturoitua ryhmää (1,5 h) ohjaa kaksi HoiLei-koulutettua työntekijää. Jokaisesta ryhmäkerrasta puoli tuntia on varattu äitien keskinäiseen vertaistuelliseen kahvittelu- ja herkutteluhetkeen.

2 Tutkimusnäyttö

2.1 Tutkimusnäytön aste

2/3 kohtalainen

2.2 Tutkimus

Salon ja kollegoiden satunnaistetussa vertailututkimuksessa [8] arvioitiin Hoivaa ja leiki -ryhmäintervention vaikuttavuutta raskaana olevilla naisilla (N = 45) vertaamalla interventioryhmän naisia (n = 24) kontrolliryhmän naisiin (n = 21).

Naiset, joiden masennusoireet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) -mittarin perusteella olivat koholla (9p/10p) raskausviikoilla 22–31, ohjautuivat tutkimukseen äitiysneuvolasta. Ensisijaisina tulosmuuttujina mentalisaatio-ohjelman vaikuttavuustutkimuksessa oli äidin reflektointikyky ja emotionaalinen saatavuus.

Sekä koe- että vertailuryhmässä tehtiin alku- ja loppumittaukset (videoidut vuorovaikutustutkimukset, mentalisaatiohaastattelut, kyselylomakkeet) ja kotikäynti synnytyksen jälkeen.

3 Vaikuttavuusnäyttö

3.1 Vaikuttavuusnäytön aste

1/3 vähäinen

3.2 Vaikuttavuus

Hoivaa ja leiki -ryhmäintervention vaikutus interventioryhmän naisiin oli suurta (large) emotionaalisen saatavuuden (η2 (eeta toiseen) = 0,24, p = 0,003) ja äidin reflektointikyvyn (η2 = 0,18, p = 0,004) osalta verrattuna verrokkinaisten ryhmään syntyneen lapsen ollessa vuoden ikäinen [8].

Interventiolla oli myös keskisuurta (medium) vaikutusta toissijaiseen tutkittavaan kohteeseen – masennusoireiden vähenemiseen (η2 = 0,11, p = 0,025) syntyneen lapsen ollessa vuoden ikäinen. Myös verrokkiryhmän naisten masennusoireet lievittyivät, mikä tulkinnallisesti kertoo suomalaisen äitiys- ja lastenneuvolan korkeasta tasosta.

4 Sovellettavuus

4.1 Koulutus

Menetelmään on saatavilla ryhmäohjaajakoulutusta, joka pätevöittää ohjaamaan ryhmä- ja/tai perhemuotoista Hoivaa ja leiki -interventiota. Interventiota voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa, sosiaalialan perhekuntoutuslaitoksissa sekä osana psykoterapeuttista vauvaperhetyötä.

Menetelmään voivat kouluttautua sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotka työskentelevät lasten ja perheiden kanssa. Koulutukseen otetaan kaikki menetelmän käytöstä kiinnostuneet. Koulutus sisältää neljä koulutuspäivää, joista kahden ensimmäisen aikana käydään läpi menetelmän teoreettinen tausta ja sisältö sekä harjoitellaan Hoivaa ja leiki -käsikirjojen (erilliset käsikirjat ryhmä- ja perhemuotoiseen Hoivaa ja leiki -interventioon) avulla istuntojen rakenne ja niiden vetäminen.

Jokaisen istunnon tavoitteet, kaikki aktiviteetit, kotitehtävät ja vanhemmille tarkoitetut materiaalit on kuvattu käsikirjoissa. Koulutettavat opetetaan täyttämään jokaisen istunnon jälkeen oma havainnointilomake (mallissa pitäytyminen) sekä pyytämään osallistuvilta äideiltä/vanhemmilta palaute jokaisesta kerrasta (istunnon arvio lomake).

Seuraavien kuukausien (2–3 kk) aikana koulutuksen osallistujat suunnittelevat ja käynnistävät omat ryhmät. Koulutuspäivissä 3. ja 4. syvennetään edelleen teoriaa, mutta sisällön painopiste on työnohjauksellinen: koulutettavien välitehtävien pohjalta vahvistetaan menetelmäosaamista.

Seuraavan puolen vuoden aikana koulutettavat osallistuvat lisäksi pätevöitymistyönohjaukseen (2 x puoli päivää). Työnohjauksiin tuodaan videoituna omaa työskentelyä sekä kirjallisesta pohdintaa omasta työotteesta ja työnohjauskysymyksiä.

Ryhmän ohjaamiseen järjestetään menetelmäkoulutusta Lahden Diakonialaitoksella (Vauvan Taika) ja Pilke-Klinikalla. Suomessa on tällä hetkellä noin 100 menetelmäkoulutuksen saanutta ryhmänohjaajaa. Koulutuksen aikana käydään läpi teoreettista tietoa ja käytännön työmallit sekä Ryhmä- että PerheHoiLein toteuttamiseen. Saatavilla on myös työnohjausta, jolla pyritään vaikuttamaan menetelmäuskollisuuden säilymiseen.

Koulutus antaa valmiudet toteuttaa itsenäisesti, osana omaa toimenkuvaa ryhmä- ja perhemuotoista Hoivaa ja leiki -interventiota. Tällä hetkellä työskentelyä toteutetaan perusterveydenhuollossa, sosiaalialan

perhekuntoutuslaitoksissa sekä osana psykoterapeuttista vauvaperhetyötä. Jokaisessa erilaisessa toimintayksikössä on mahdollista joustavasti soveltaa perusmallia siten, että se vastaa omien asiakkaiden tarpeisiin, kuitenkaan luopumatta Hoivaa ja leiki -mallista ja sen rakenteesta.

4.2 Koulutuksen saatavuus

Ryhmänohjaajakoulutuksia järjestetään sekä Lahden Diakonialaitoksen Vauvan Taika -toiminnassa että Pilke-Klinikalla Helsingissä noin 2–3 kertaa vuodessa. Koko koulutusprosessi maksaa n. 500–600 euroa. (https://pilkeklinikka.com/koulutukset/)

4.3 Kustannustehokkuus

Ei tutkimustietoa kustannustehokkuudesta.

4.4 Soveltuvuus

Hoivaa ja leiki -ryhmäinterventiota voi käyttää äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä yksiköissä, joissa hoidetaan ja tuetaan raskaana olevia äitejä. Hoivaa ja Leiki -ryhmiä järjestetään myös synnytyksen jälkeen äideille, jotka eivät ole raskausaikana osallistuneet Hoivaa ja leiki -ryhmiin.

Ryhmäinterventio on käytössä pääasiassa pääkaupunkiseudulla, Päijät-Hämeessä ja Hämeenlinnassa, jossa se on käytössä erityisesti neuvoloissa sekä osana psykoterapeuttista vauvaperhetyötä perheneuvoloissa. Tarkempi tutkimus on myös käynnissä psykiatrisille asiakkaille ja sijaisäideille.

Hoivaa ja leiki -interventio on kehitetty Suomessa vastaamaan vallitsevia terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmiä. Se on siten helposti istutettavissa sekä osaksi perusterveydenhuoltoa, sosiaalialan palveluita että perheneuvolan vauva- ja pikkulapsityöryhmien työskentelyä.

Käsikirjat ja niihin liittyvät, myös vanhemmille tarjottavat materiaalit (mm. Hoivaa ja leiki -aktiviteettikirja) ovat suomenkielisiä (myös englanniksi, maahanmuuttajille ym), ja niissä on hyödynnetty olemassa olevaa hoivamateriaalia (mm. tutut lastenlaulut). Koulutuksen pituus (kokonaisuudessaan 6 työpäivää) on kohtuullinen, eikä edellytä pitkää, erillistä teoriakouluttautumista.

Hoivaa ja leiki -interventiosta on tehty myös Perhe Hoivaa ja leiki-interventio, jossa työskentelyyn voi osallistua vain äiti tai molemmat vanhemmat lapsen kanssa.

4.5 Mittaaminen ja arviointi

Jokaisesta koulutusryhmästä kerätään systemaattisesti koulutuspalautteet, joiden avulla arvioidaan koulutukseen osallistuvien menetelmän oppimista ja sisäistämistä. Jatkossa kaikilta istunnoilta sekä ohjaaja että vanhemmat täyttävät arviointilomakkeet työskentelystä. Työnohjauksissa käydään läpi menetelmän käyttöä videoitujen tapauskuvausten avulla menetelmäuskollisuuden varmistamiseksi.

Viitteet

1. Calkins, S. D. & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation. Teoksessa Gross JJ. (toim.): Handbook of emotion regulation. The Guilford Press: New York, 229–248. https://psycnet.apa.org/record/2007-01392-011

2. Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. Infant Behavior and Development, 34, 1–14. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008

3. Field, T. (2017). Prenatal depression risk factors, developmental effects and interventions: a review. Journal of pregnancy and child health, 4(1). https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000301

4. Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: short-and long-term effects in offspring. A systematic review. Neuroscience, 342, 154–166. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.001

5. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (2015). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press.

6. Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. Attachment & human development, 7(3), 269–281. https://doi.org/10.1080/14616730500245906

7. Poutiainen, T & Salo, S. (2015). Hoivaa ja leiki -ryhmäinterventio raskaana oleville äideille, s. 15. Lahti: Multiprint.

8. Salo, S. J., Flykt, M., Mäkelä, J., Biringen, Z., Kalland, M., Pajulo, M. & Punamäki, R. L. (2019). The effectivess of Nurture and Play: a mentalisation-based parenting group intervention prenetally depressed mothers. Primary health Care Research & Development, 20, 1–11. https://doi.org/10.1017/S1463423619000914

Liite 1. Arviointikäsikirja 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 systemaattisen 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 päivittään vuosittain käymällä läpi uusin tutkimuskirjallisuus sekä olemalla yhteydessä menetelmien edustajiin.

Hakeminen mukaan

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

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

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

Menetelmätiedon kokoaminen

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

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

Arviointiprosessi

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

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

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

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

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

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

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

3 Menetelmien arviointi ja kriteerit

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

Tutkimusnäyttö

Tutkimusnäytön arviointi Kasvun tuessa perustuu Käypä hoito -suositusten [6] tutkimusnäytön vahvuuden nelijakoon (vahva, kohtalainen, heikko näyttö, ei näyttöä) ja Hollannissa ja Pohjoismaissa käytössä oleviin tutkimusnäytön kriteeristöihin. Norjassa menetelmien tutkimusnäyttö on koottu Ungsinn-tietokannaksi [7]. Ungsinn pohjautuu hollantilaiselle mallille [8], joissa kummassakin tutkimusnäyttö ja vaikuttavuus on luokiteltu neljälle tasolle. Hollannin mallissa näytön tasot ovat: 1) kausaalinen, 2) indikatiivinen, 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 selvyyden 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 vältyttäisiin, 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 väestönosaan. 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 tulosmittarilla • 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 suomalaiseen kohdeväestöön • Vaikutus on mitattu kohdeväestölle vähintään kohtalaisen tärkeällä tulosmittarilla • 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 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	• 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 yltävät 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. Comissioning, interpreting and using evidence on mental health disorder prevention: An everyday primer. Instituto Nacional de Saúde Doutot 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. Comissioning, interpreting and using evidence on mental health disorder prevention: An everyday primer. Instituto Nacional de Saúde Doutot 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.