

## Toimiva lapsi & perhe -menetelmät: Lapset puheeksi -perheinterventio

(1.arvio / 10.6.2017)

Lapset puheeksi (Lp) -perheinterventio on USA:ssa kehitetty perhetyön muoto tilanteisiin, joissa vanhemmalla on mielenterveysongelmia. Työskentely tapahtuu 6–8 tapaamisen puitteissa ja se sisältää sekä vanhempien tapaamisia, lasten omia tapaamisia, että yhteisen perheistunnon. Seurantaistunnossa luodaan katsaus intervention kulkuun ja vahvistetaan perheen yhteistä keskustelua ja ongelmanratkaisua.

Perheinterventio on menetelmä, joka auttaa avaamaan kipeän ja ehkä häpeällisenä pidetyn, koko perhettä koskevan ongelman yhteiseen, rakentavaan keskusteluun. Sitä on Suomessa käytetty vanhemman mielenterveysongelman lisäksi esimerkiksi tilanteissa, joissa vanhemmalla on HIV, vanhempi korjaa sukupuolta, vanhempaa on kidutettu sekä tavallisemmassa tilanteessa, kuten huostaanoton syiden puhumisessa lapsen kanssa tai avioerotilanteissa. Menetelmää käytetään tällä hetkellä erityispalveluissa toisen asteen preventiossa.

**Ilmiö:** Pärjäävyys

**Kokonaisarvio**<sup>1</sup>: 2/3 Kohtalainen dokumentoitu näyttö

Toimiva lapsi ja perhe -menetelmiin kuuluvan Perheintervention osalta on kohtalaista vaikutusnäyttöä suotuisista muutoksista mielialahäiriöstä kärsivän vanhemman ja hänen puolisonsa sekä heidän 8–15-vuotiaiden lastensa osalta: vanhempien käytös, kommunikaatio ja asenteet suhteessa lapsiin sekä lasten ymmärrys vanhemman mielialahäiriöstä kehittyvät pitkäaikaisseurannassa suotuisammin luentomuotoiseen lyhytinterventioon osallistuneiden vanhempien perheisiin verrattuna.

Lisäksi Perheintervention osalta on saatu kohtalaista näyttöä mielialahäiriöstä kärsivien vanhempien 8–16-vuotiaiden lasten tunne-elämän ongelmien ja ahdistuneisuuden vähenemisestä ja prososiaalisen käyttäytymisen lisääntymisestä tutkimuksissa, joissa menetelmää on vertailtu [Lapset puheeksi -keskusteluun](#).

**Sovellettavuus Suomeen**<sup>2</sup>: Vahva

---

<sup>1</sup> Laatikko sisältää niin sanotun PICO-lausekkeen. PICO tulee englanninkielisistä sanoista:

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

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

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

# 1 Esittely

## 1.1 Tausta

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 päivähoitossa 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 tapahtuu arkisessa toiminnassa ja vuorovaikutuksessa kotona, päivähoitossa, koulussa ja kaveripiirissä (kehitysympäristöt). Vanhemman ongelmat vaikeuttavat perheen toimintaa ja kommunikaatiota ja heijastuvat lapseen kotona, päivähoitossa ja koulussa.

Lp-perheintervention perustana on vuorovaikutuksellinen ja psykoedukatiivinen työote. Perheintervention tarkoituksena ei ole hoitaa sairasta vanhempaa, vaan käynnistää prosessi, jossa perheen oma kyky ratkaista ongelmia vahvistuu, lasta suojaavat tekijät vahvistuvat ja kuormittavat asiat vähenevät. Tärkeä askel näihin tavoitteisiin pääsemisessä on avoin kommunikaatio ja ongelmista puhuminen perheen kesken. Lapsen kehitystä ja perheen yhteenkuuluvuuden tunnetta tukee oikea tieto ja ymmärrys vanhemman sairaudesta ja perheen tilanteesta.

Lp-perheinterventio, englantilaiselta nimeltään Family Talk Intervention, on hyväksytty SAMSHAn (Substance Abuse and Mental Health Service Prevention Administration) näyttöön perustuvien interventioiden rekisteriin (National Registry of Evidence Based Programs and Practices).

## 1.2 Kohderyhmä

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

## 1.3 Kohderyhmän kuvaus

Menetelmän ensisijaisena kohderyhmänä ovat perheet, jossa vanhemmalla on mielialahäiriö.

## 1.4 Menetelmän kuvaus

Perheinterventio on prosessityöskentelyä, jossa tavoitteena on auttaa vanhempia auttamaan omia lapsiaan. Menetelmä soveltuu käytettäväksi perheissä, joissa on kouluikäinen tai murrosikäinen lapsi.

Perheintervention avulla pyritään avaamaan keskustelua vanhemman ongelmista, ja tätä kautta tukemaan perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta ja ongelmanratkaisua sekä vahvistamaan lasta suojaavia tekijöitä.

Perheintervention kulku rakentuu noin 45 minuutin kestoisista tapaamiskerroista (6–8 kpl), jotka etenevät seuraavasti:

- 1) Vanhempien tapaamiset: esittely, perheen historia ja yhteistyön sopiminen, psykoedukaatio, lasten tilanne ja pärjääminen (2 istuntoa)
- 2) Lasten omat tapaamiset: Keskustellaan vanhempien kanssa sovitulla tavalla sairaudesta ja kuullaan lapsen kokemuksia ja käsitystä perheen tilanteesta. Kartoitetaan lapsen omia kysymyksiä ja huolen aiheita ja kysytään, voisiko niitä nostaa esiin vanhempien tapaamisessa (1 istunto/lapsi)
- 3) Perheistunnon valmistelu vanhempien kanssa: miten keskustella lapsen kanssa vanhemman pulmista, perheistunnot suunnittelu (1 istunto)
- 4) Perheistunto: keskustellaan aikaisemmin sovitusta aiheista, kannustetaan perheenjäseniä kertomaan omista kokemuksistaan, psykoedukatiivinen osuus (1 istunto).
- 5) Seurantaistunto (1 istunto), yleensä vanhempien kanssa, tilanteen mukaan lapset mukana: käydään läpi interventiokokemukset, kerrataan tärkeimmät interventioaiheet, ja kannustetaan perhettä jatkamaan. Lisäksi vanhempien kanssa sovitaan seurantakäynnit noin 1–2 kertaa vuodessa, jos vanhemman ongelmat jatkuvat.

Intervention periaatteista ja istuntokertojen kulusta on manuaali, joka kuuluu menetelmäkoulutukseen ja on saatavilla koulutuksen yhteydessä. Perheintervention materiaalit kuuluvat menetelmäkoulutukseen ja ovat saatavilla koulutuksen yhteydessä. Perheinterventioon liittyen on julkaistu opaskirjasia, jotka ovat tulostettavissa Suomen Mielenterveysseuran sivuilta.

## **2 Tutkimusnäyttö**

### **2.1 Tutkimusnäytön aste**

Kohtalainen

### **2.2 Tutkimus**

#### ***Kansainväliset tutkimukset***

Beardsleen kehittämää Perheinterventiota on tutkittu USA:ssa. Vaikuttavuutta (efficacy) tutkittiin satunnaistetulla vertaiskokeella (RCT) (perheinterventio vs. kevyt luentomuotoinen interventio (kaksi psykoedukatiivista luento vanhemmille) aktiivisena kontrollina (n = 105 perhettä), joissa 8–15-vuotias lapsi ja toinen vanhemmista masentunut) [3][4], lisäksi julkaistu tulokset 4,5-vuoden seurannasta [5]. Tulosuuttujina olivat vanhempien käytös, kommunikaatio ja asenteet suhteessa lapsiin sekä lapsen ja vanhempien psyykkiset oireet ja toimintakyky. Näitä mitattiin standardoiduin kyselylomakkein (Youth Self-Report; Family Relationship Inventory), toimintakykymittarein (GAS) ja puolistrukturoiduin haastatteluin (mm. Kiddies-SADS; Semistructured Interview about the Intervention).

Ruotsista perheinterventiosta on julkaistu laadullinen vertaisarvioitu tutkimus, jossa yhdeksää perhettä (yhteensä 14 lasta ja vanhempaa) haastateltiin heidän kokemuksistaan Perheinterventioon liittyen [6]. Lisäksi Beardsleen perheinterventiosta on parhaillaan meneillään satunnaistettu kontrolloitu tutkimus Chilessä [7].

#### ***Suomalaiset tutkimukset***

Suomessa tutkittiin menetelmien soveltuvuutta suomalaiseen järjestelmään kyselylomaketutkimuksella [8], jossa kartoitettiin Perheinterventioon ja Lapset puheeksi -interventioon satunnaistettujen vanhempien ja lasten kokemuksia (n = 109). Lisäksi klinikot arvioivat kirjallisesti menetelmäuskollisuutta. Toikka ja Solantaus

[9] tutkivat kouluttajiksi kouluttautuneiden työntekijöiden keskuudessa kyselylomakkeella (n = 30) koulutuksen vaikutusta ammatillisiin taitoihin ja työtyytyväisyyteen sekä implementaation onnistumista.

Satunnaistetussa kenttätutkimuksessa (n = 109 perhettä) perheinterventiota (6 x 30–45 min) ja Lapset puheeksi -keskustelua (aktiivinen kontrolli) verrattiin aikuispsykiatriassa tilanteissa, joissa toinen vanhempi hoidossa masennuksen vuoksi. Standardoiduilla mittareilla tutkittiin menetelmien vaikuttavuutta perheen lasten tunne-elämään, attribuutiotyylisiin ja käyttäytymiseen, seurannan pituus oli 1,5 vuotta [10][11]. Lisäksi on tutkittu ammattilaisten kokemuksia TI&P-menetelmistä tilanteissa, joissa lapsen toinen vanhempi sairastaa syöpää [12][13].

Edellä mainittujen vertaisarvioitujen tutkimusten lisäksi menetelmään liittyen on julkaistu alueellisia raportteja ja selvityksiä mm. menetelmää käyttäneiden ammattilaisten ja asiakkaiden kokemuksista (esim. [14]).

### **3 Vaikuttavuusnäyttö**

#### **3.1 Vaikuttavuusnäytön aste**

Kohtalainen

#### **3.2 Vaikuttavuus**

##### ***Kansainväliset tutkimukset***

Verrattaessa Perheinterventiota kevyeen luentomuotoiseen interventioon USA:ssa RCT-tutkimuksessa, havaittiin molemmissa ryhmissä merkittävä parannus vanhemman lapseen liittyvässä käytöksessä ja asenteissa (vanhempien raportoimana; mittauspisteet ennen interventiota, intervention jälkeen sekä vuosi ja kaksi vuotta intervention jälkeen), mutta perheinterventioryhmässä muutokset olivat tilastollisesti merkitsevästi suurempia. Molemmissa ryhmässä lapset raportoivat ymmärtävänsä paremmin vanhemman sairautta ja lasten internalisoivat oireet vähenivät merkitsevästi. Tutkimuksessa ei raportoitu efektikokoja. [4] Neljän ja puolen vuoden seurannassa havaittiin perheinterventioryhmässä aktiivista kontrolliryhmää suurempi muutos vanhempien käytöksessä, kommunikaatiossa ja asenteissa suhteessa lapsiin (efektikoko  $d = 0,84$ , ei raportoitu luottamusväliä) ja lapsen ymmärryksessä suhteessa vanhemman mielialahäiriöön (efektikoko  $d = 0,33$ , ei raportoitu luottamusväliä). Lasten internalisoivat oireet vähenivät ja perheen ihmissuhteet (Family Relationship Inventory, FRI) kohenivat molemmissa ryhmissä, eikä ryhmien välillä havaittu näissä muuttujissa merkittäviä eroja [5].

Ruotsissa laadullisella tutkimusasetelmalla saatujen tulosten mukaan lapset kokivat Perheinterventioon osallistumisen jälkeen helpotusta ja huolten vähenemistä vanhemman sairautteen liittyvän tiedon ja avoimuuden lisääntymisen johdosta [6].

##### ***Suomalaiset tutkimukset***

Vaikuttavuus: 109 interventioon osallistunutta perhettä, joissa vähintään toisella vanhemmalla oli mielialahäiriödiagnosi, satunnaistettiin Perheinterventioon ja Lapset puheeksi -keskusteluun. Lasten (n = 149) psyykkistä vointia arvioitiin SDQ-mittarilla ja ahdistusta mittaavalla SCARED-instrumentilla 4, 10 ja 18 kuukauden seurantapisteissä. Analyyseissa kontrolloitiin vanhemman masennuksen aste. Vaikutukset olivat 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. Perheinterventio oli Lapset puheeksi -interventiota vaikuttavampi lasten emotionaalisiin oireisiin ja prososiaaliseen käytökseen heti intervention jälkeen (0–4 kk), pidemmässä seurannassa (4–10 kk) Lapset puheeksi -keskustelun vaikutukset kasvoivat, 10–18 kuukauden seurannassa

interventioiden välillä ei ollut eroja. Tutkimuksessa ei ollut hoitamaton kontrolliryhmää. Efektikokoja tai niiden luottamusvälejä ei raportoitu [8].

Punamäen ja kollegoiden seurantalutkimuksessa [11] tutkittiin interventioiden (Lp-keskustelu ja Perheinterventio) vaikutusta 8–16-vuotiaiden lasten (n = 145) attribuutiotyylisiin ja tunne-elämän oireisiin (SDQ), seuranta tehtiin 10 kk ja 18 kk intervention jälkeen. Attribuutiotyylissä havaittiin myönteinen muutos ainoastaan Lp-keskustelu-ryhmässä. Tutkimuksen rajoitteena varsin suuri kato, attribuutiomittarin reliabiliteetti heikohko.

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

### ***Koulutettujen kokemukset***

Laajaan TI&p-kouluttajakoulutukseen (sisältäen koulutuksen 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. Uusin 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 positiivinen. Kaikki vastaajat pitivät todennäköisenä, että he käyttäisivät menetelmiä työssään jatkossakin [9].

### ***Vanhempien kokemukset, fideliteetti ja turvallisuus***

Solantaus ja kollegat [8] keräsivät lasten ja vanhempien kokemuksia Perheinterventiosta ja [Lapset puheeksi -keskustelusta](#) perheissä, joissa oli yksi tai useampi vanhempi, jolla oli mielialahäiriödiagnosi. Kuudestakymmenestä Lapset puheeksi -perheinterventioon osallistuneesta vanhemmasta 86 prosenttia raportoi keskustelujen ilmapiirin hyväksi, ja he kokivat huolten vähentyneen, itseymmärryksensä ja tulevaisuuden uskon lisääntyneen sekä vanhemmuutensa parantuneen. Yli puolet lapsista raportoi kommunikoinnin vanhempien kanssa helpottaneen Perheintervention myötä, ja lapset kokivat vanhempien ymmärtävän heitä aiempaa paremmin. 85 prosenttia lapsista suosittelisi interventiota muille lapsille ja yli 95 prosenttia koki voineensa sanoa kaikki tai suurimman osan niistä asioista, joita halusi sanoa. Sekä perheintervention että [Lapset puheeksi -keskustelun](#) käytössä oltiin menetelmäuskollisia käytikertojen lukumäärää ja käyntien sisältöä arvioitaessa (fidelity).

Kokonaisuudessaan arviot molemmista menetelmistä olivat myönteisiä, mutta perheinterventio arvioitiin vanhempien toimesta positiivisemmin kuin Lapset puheeksi -interventio. Interventiot eivät lisää vanhempien ahdistusta tai masennusta, eikä stigman kokemusta (häpeää, syyllisyyttä). [8].

Niemelä kollegoineen [12] tutki haastattelututkimuksessa työntekijöiden (n = 7) pitkäaikaisia kokemuksia [Lapset puheeksi -keskustelun](#) ja Beardsleen 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 [13].

Kliinikoiden kokemukset Lapset puheeksi -keskustelun sekä perheintervention käytöstä syöpää sairastavan vanhemman perheiden kanssa olivat myönteisiä [12], lisäksi todettiin neljän kuukauden seurannassa vanhempien psykiatristen oireiden laskeneen normaaliväestön tasolle [13].

## **4 Sovellettavuus**

### **4.1 Koulutus**

Perheinterventiopätevyden voi saavuttaa laajan Toimiva Lapsi ja Perhe -koulutuksen kautta, jonka kesto on kaksi lukukautta, yhteensä 12 koulutuspäivää. Koulutus antaa pätevyden toteuttaa itsenäisesti Lapset puheeksi -perheinterventiota, -keskustelua ja -neuvonpitoa. Opetukseen kuuluu monipuolinen valikoima opetusmenetelmiä: luentomateriaalin lisäksi rooliharjoituksia, ryhmäkeskusteluja, reflektointia, tapausselostuksia sekä kirjallinen työ. Koulutettavat suorittavat kolme perheinterventiota koulutuksen aikana, joista kaksi tuodaan ryhmätyönohjaukseen käsittelyyn.

### **4.2 Koulutuksen saatavuus**

Suomessa on eri puolilla maata noin 320 kouluttajaa, jotka pystyvät kouluttamaan Toimiva lapsi ja perhe -menetelmäperheen eri menetelmiin, näistä 110 on Perheinterventio-kouluttajia. Koulutusten hinta on noin 800–1000 euroa / pv+ alv.

### **4.3 Kustannustehokkuus**

Kustannustehokkuustutkimuksia perheinterventiosta ei ole tehty.

### **4.4 Soveltuvuus**

Työmenetelmä soveltuu Suomen olosuhteisiin, ja menetelmälle on kansallinen tarve, Menetelmä on ollut käytössä Suomessa jo vuosia (työ aloitettu 2001), Se on otettu kentällä asiakkaiden sekä työntekijöiden taholta hyvin vastaan ja menetelmä soveltuu kentän toimintatapoihin (mm. [8][12][14]).

### **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.

Yksittäisen perheen kohdalla menetelmän vaikutuksia ja yhdessä sovittujen tavoitteiden toteutumista arvioidaan seurantakäyntien kautta.

## Viitteet

1. Solantaus, T. & Niemelä, M. (2016). Arki kantaa – kun se pannaan kantamaan. *Perheterapia*, 1, 21–33.
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, 63–69
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.
4. Beardslee, W., Gladstone, T., Wright, E. & Cooper, A. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112e119–131.
5. Beardslee W., Wright E., Gladstone T. & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21, 703–713.
6. Pihkala, H., Sandlund, M. & Cederström, A. (2011). Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58, 623–628.
7. de Angel, V., Prieto, F., Gladstone, T., Beardslee, W. & Irrarázaval, M. (2016). The feasibility and acceptability of a preventive intervention programme for children with depressed parents: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17, 237.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Niemi, H. (2008). Toimiva lapsi ja perhe -työmenetelmien arviointiselvitys. Vanhempien ja työntekijöiden näkemyksiä. Lapin sairaanhoitopiiri, Rovaniemi.

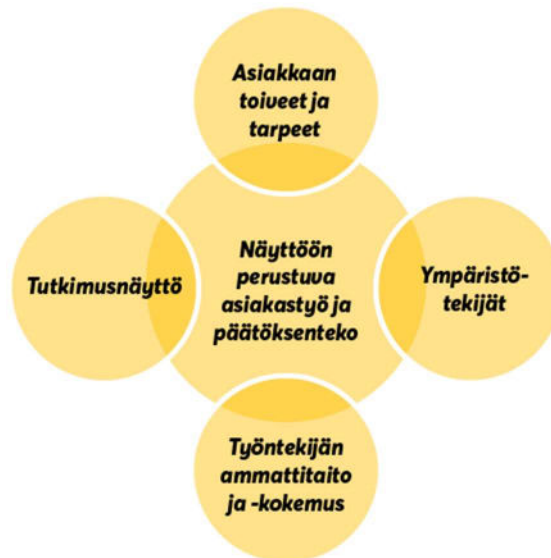
**Liite 1.** Arviointikäsi kirja ennen vuotta 2022 tehdyille menetelmäarvioinneille: Menetelmien arviointi Kasvun tuessa ennen kuin menetelmien vaikuttavuutta alettiin arvioida systemaattisina katsauksina.

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

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

Kuva 2. Tutkimusnäytön asteen arviointi, kriteerit ja luokitus.

### Vaikuttavuus

Kasvun tuki -arvioinnissa selitettävien muuttujien tulee liittyä lasten hyvinvointiin, esimerkiksi koulunkäyntikykyyn, elämänlaatuun, mielialaan tai psyykkisiin oireisiin. Lisäksi huomioidaan vanhemmuuteen ja vanhemmuuden laatuun, esimerkiksi lapsen ja vanhemman vuorovaikutukseen, liittyvät selitettävät muuttujat. Arvioinnissa vaikuttavalta menetelmältä vaaditaan, että se osoitetusti saa aikaan toivottuja vaikutuksia kohderyhmässä. Vaikuttavan menetelmän tutkimusten kohderyhmän tulee olla edustava, jotta vaikutuksen voidaan ajatella olevan yleistettävissä laajemminkin tutkittavaan väestöosaan. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota, että vaikutusten vahvuus on mitattu tarkoituksenmukaisella ja

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

**Kuva 3.** Vaikuttavuusnäytön arviointi, kriteerit ja luokitus.

### Sovellettavuus

Kasvun tuen menetelmäarvioinnissa huomioidaan, onko menetelmä käyttöön otettavissa ja sovellettavissa Suomen olosuhteisiin. Sovellettavuuden arviointialueet on valittu näytön arviointiin liittyvän kirjallisuuden pohjalta (esim. [12, 13, 14]) ja pohjoismaisten näyttöön perustuvien mallien pohjalta. Kolmiportainen arviointiasteikko mukailee osittain Ruotsissa käytettyä asteikkoa. Myös implementointia ja sen onnistumista pidetään tärkeänä, mutta implementointi ei ole arviointikriteerinä. Soveltuvuutta arvioidaan kokonaisuudessaan heikoksi, kohtalaiseksi tai vahvaksi.

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

**Kuva 4.** Sovellettavuuden arviointi ja kriteerit.

### Menetelmän kokonaisarviointi

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

Tutkimus-näyttö	Vaikuttavuus-näyttö	Kokonaisarvio	
3	2–3	Vahva dokumentoitu näyttö	●●●
2	1–2	Kohtalainen dokumentoitu näyttö	●●○
1	1	Vähäinen dokumentoitu näyttö	●○○
0–3	0	Ei dokumentoitua vaikuttavuusnäyttöä	○○○
0	–	Ei riittävää tutkimusnäyttöä	○○○

Kuva 5. Menetelmien kokonaisarviointi ja luokitus.

## Viitteet

1. Jané-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D. & Wahlbeck, K. (2010). Evidence in public mental health. Commissioning, interpreting and using evidence on mental health disorder prevention: An everyday primer. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lissabon.
2. Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjälle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 47. Helsinki.
3. Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjälle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 47. Helsinki.
4. Flay, B., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Mościcki, E. K., Schinke, S., Valentine, J. C., & Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151–175.
5. Kellam, S. G. & Langevin, D. J. (2003). A framework for understanding evidence in prevention research and programs. *Prevention Science*, 4, 137–153.
6. Käypä hoito. (2021).
7. Mørch, W-T., Neymer, S-P., Holth, P. & Eng, H. (2008). Ungsinn. Virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. Kriterier for klassifisering av evidensnivå og dokumentasjonsgrad. Forebyggingsenheten, Universitetet i Tromsø. Tromsø.
8. Veerman, J. W. & van Yperen, T. A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212–221.
9. Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587–592.
10. Jané-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D. & Wahlbeck, K. (2010). Evidence in public mental health. Commissioning, interpreting and using evidence on mental health disorder prevention: An everyday primer. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lissabon.
11. Silverman, W. K. & Hinshaw, S. P. (2008). The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 1–7.
12. Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjälle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 47. Helsinki.
13. Marklund, K., Andershed, A-K., & Andershed, H. (2012). Pohjolan lapset. Varhainen tuki perheille (Nordens barn. Tidiga insatser för familjer). Ineko. Tukholma.
14. Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A. & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628–648.