

Alle 2-vuotiaille lapsille ja heidän perheilleen suunnattujen psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuusnäyttö Pohjoismaissa

- Sikiöaika ja ensimmäiset elinvuodet ovat ensiarvoisen tärkeitä myöhemmän mielenterveyden ja hyvinvoinnin kannalta.
- Myönteistä kehityskulkua voidaan edistää varhaisen vaiheen psykososiaalisilla interventioilla.
- Kuitenkin vain harvalla Pohjoismaissa käytössä olevalla raskausaikaan tai lapsen kahteen ensimmäiseen ikävuoteen suunnatulla interventiolla on hyvä tai vahva dokumentoitu vaikuttavuusnäyttö.
- Tarvitaan systemaattista arviointitietoa, jotta kansalliseen levittämiseen voidaan valita vaikuttavimmat interventiot.



MARJO KURKI
TtT, erikoistutkija
Itla
Turun yliopisto (INVEST)



MARKO MERIKUKKA
FT, tiedeasiantuntija
Itla

Kansainvälisesti on laaja yhteisymmärrys lasten, vanhempien ja perheiden psykososiaalisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämisen tärkeydestä [5]. YK:n kestävän kehityksen kehitysohjelman tavoitteet vuoteen 2030 huomioivat sosiaalisen ulottuvuuden, joka liittyy lasten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä eriarvoisuuden vähentämiseen [6]. Pohjoismaita on pidetty hyvinvointivaltioina, joita on arvostettu erityisesti julkisten palveluiden, kuten varhaiskasvatuksen, koulun ja sosiaali- ja terveydenhuollon,

”Suomalainen hyvinvointijärjestelmä ei pysty auttamaan tarpeeksi hyvin perheitä, joille kasautuu ongelmia ylisukupolisesti.”

yhdenvertaisuuden ja laadukkuuden osalta. Nykyinen suomalainen hyvinvointijärjestelmä ei kuitenkaan pysty auttamaan tarpeeksi hyvin perheitä, joille kasautuu ongelmia ylisukupolisesti [7].

Mielenterveysongelmat lisäävät eriarvoisuutta ja niiden ehkäisy tulisi aloittaa jo sikiövaiheessa. Mielenterveyden varhaiseen tukemiseen ja ongelmien ehkäisyyn tarvitaan interventioita, joiden vaikuttavuus on osoitettu tutkimuksissa. Kansallisessa mielenterveysstrategiassa onkin linjattu, että psykososiaalisten näyttöön perustuvien hoitomuotojen ja interventioiden saatavuutta tulee lisätä ja niitä tulee tarjota alueellisesti tarpeenmukaisesti ja tasa-arvoisesti [8].

Artikkeli pohjautuu vuonna 2020 toteutetun systemaattisen katsauksen tuloksiin [9]. Katsaus on osa Pohjoismaisen ministerineuvoston rahoittamaa kolmivuotista The First 1000 Days -hanketta [10], jota johtaa Islannin terveysviranomaisen, the Directorate of Health in Iceland (DOHI). Hankkeen päätavoitteena on

Elinikäiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen vaikuttavat ratkaisevasti sikiöaika ja lapsen ensimmäiset elinvuodet [1]. Aivojen kehitys on tällöin aktiivisinta ja luo perustan oppimiselle, käyttäytymiselle sekä kielelliselle ja emotionaaliselle kehitykselle [2]. Vanhempien kyvykyys hoivaan ja myönteiseen vuorovaikutukseen vauvan kanssa vaikuttaa pitkäkestoisesti lapsen tunne-elämään, aivojen kehitykseen ja fyysiseen terveyteen [3].

Tehokkaiksi osoitettujen varhaisen vaiheen psykososiaalisten hoitomenetelmien saatavuus on keskeistä, koska lapsen tunne-elämän ja käytöksen ongelmat voivat hoitamattomina kasautua ja johtaa moninaisiin terveysongelmiin sekä syrjäytymiskehitykseen [4].

tuottaa tietoa, miten Pohjoismaissa 1) edistetään mielenterveyttä ja hyvinvointia raskauden aikana, 2) edistetään lasten ja perheiden hyvinvointia ja vanhempien emotionaalista sitoutumista vanhemmuuteen, 3) tunnistetaan vauvojen ja taaperoiden sekä heidän perheidensä varhaisia riskitekijöitä ja vastataan niihin ja 4) tuetaan pienten lasten mielen hyvinvointia varhaiskasvatuksessa.

Tämä artikkeli käsittelee The First 1000 Days -osahanketta, jonka tavoitteena oli tuottaa systemaattista arviointitietoa Pohjoismaissa käytössä olevista psykososiaalisista interventioista ja psykologisista testeistä, jotka on suunnattu sikiöaikaan tai lapsen kahteen ensimmäiseen ikävuoteen. Kuvaamme systemaattisen katsauksen tulokset interventioden vaikuttavuuden osalta sekä tarkastelemme Suomen tilannetta arviointitiedon valossa [9].

AINEISTO JA MENETELMÄT

The First 1000 Days -osahankkeen katsaus toteutettiin norjalaisen Ungsinn- ja Itlan Kasvun tuki -tieteellisen toimituksen yhteistyönä vuoden 2020 aikana. Ungsinn toimii Tromssan arktisen yliopiston alaisuudessa ja on aikaisemmin tuottanut vastaavan kansallisen tason raportin Norjassa. Molemmat toimitukset tekevät lapsille, nuorille ja perheille suunnattujen psykososiaalisten menetelmien kansallista arviointityötä.

Arviointimalliksi valittiin norjalaisten kehittämä arviointijärjestelmä. Arviointiin koulutettiin organisaatioista yhteensä 14 tutkijaa. Koulutus toteutettiin etäyhteyksin kahtena päivänä, ja säännöllisiä seurantatapaamisia järjestettiin koko projektin ajan.

Mikä on interventio?

Katsauksessa interventiolla tarkoitetaan menetelmiä, hoitoja ja ohjelmia, jotka on tarkoitettu edistämään hyvää mielenterveyttä ja/tai ehkäisemään ja hoitamaan mielenterveyden ongelmia ja häiriöitä [10]. Tarkastelun kohteena on psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuusnäyttö tietyille rajatulle kohderyhmälle, eli alle 2-vuotiaille lapsille ja heidän perheilleen raskausajasta alkaen. Tällaisia interventioita ovat esimerkiksi vanhemmille suunnatut ohjelmat, joiden tavoitteena on edistää myönteistä vuorovaikutusta ja turvallista kiintymyssuhdetta vanhempien ja lasten välillä, äidin masennuksen hoitoon tarkoitettut interventiot sekä lasten hyväksikäyttöä järjestelmällisen seulonnan ja vanhempien neuvonnan avulla ehkäisevät interventiot.

”Mielenterveyden varhaiseen tukemiseen ja ongelmien ehkäisyyn tarvitaan interventioita, joiden vaikuttavuus on osoitettu.”

Interventioita voivat tarjota julkinen terveydenhuolto, varhaiskasvatus, sosiaalipalvelut, perhekeskukset ja muut vastaavat organisaatiot. Ne voidaan toteuttaa ryhmämuotoisesti, yksilöllisesti tai verkossa. Intervention toteuttamisesta ja toistamisesta tulee olla saatavilla kirjallinen kuvaus [11]. Se voi olla julkaistu käsikirjassa, tutkimusartikkelissa, verkkosivuilla tai raportissa ja siinä tulee kuvata myös intervention tavoitteet, kohderyhmä sekä toteutusympäristö. Yksityiskohtaisuuden tason on oltava riittävä, jotta muut voivat toistaa interventiota.

Arviointiprosessiin valitut interventiot

Arvioitaviksi valittiin Pohjoismaissa käytössä olevat psykososiaaliset interventiot, jotka on kohdennettu alle 2-vuotiaille lapsille ja heidän perheilleen raskausajasta alkaen. Jokainen maa kartoitti kyseisessä maassa käytössä olevat interventiot. Suomessa kartoituksesta vastasi hankkeen kansallinen ohjausryhmä. Tämän jälkeen arviointityöryhmä, johon kuuluivat Ungsinnin ja Kasvun tuen päätoimittajat, varmisti interventioiden sisäänottokriteerien täyttymisen (taulukko 1).

TAULUKKO 1.

Katsauksen [9] interventioiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
• Psykososiaalinen interventio (terveyden edistäminen, ongelmien ennaltaehkäisy tai hoito), joka kohdistuu raskaana oleviin naisiin tai vanhempiin, joilla alle 2-vuotias lapsi • Psykososiaalinen interventio (terveyden edistäminen, ongelmien ennaltaehkäisy tai hoito), joka kohdistuu vauvoihin tai alle 2-vuotiaisiin lapsiin • Interventio on kuvattu • Saatavilla julkisista palveluista Pohjoismaissa	• Lääketieteellinen hoito tai lääkehoito • Suunnattu lapsille 2 ikävuodesta eteenpäin • Suunnattu vanhemmille, joilla vain 2-vuotiaita tai sitä vanhempia lapsia • Opetus tai koulutus suunnattu ammattilaisille

Kirjallisuushaku

Kun arvioitavat interventiot oli valittu, Ungsinn toteutti keskitetysti kolmivaiheisen kirjallisuushaun keskeisimmistä viitetietokannoista. Ensimmäisessä vaiheessa jokainen maa toimitti perustiedot ja tarvittaessa pyydetyt lisätiedot interventioista, jotta sisäänottokriteerien täyttyminen voitiin varmistaa. Toisessa vaiheessa tehtiin haut seuraavista tietokannoista, joissa on julkaistu kootusti interventioiden dokumentoitu vaikuttavuusnäyttö: Ungsinn, Kasvun tuki, the California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, Blueprints Programs ja the EIF Guidebook. Kolmannessa vaiheessa toteutettiin systemaattinen haku PsycInfo-, Embase- ja Medline-tietokannoista.

Hakutuloksista mukaan otettiin 1) vaikuttavuustutkimukset ja meta-analyysit, 2) kokeelliset ja kvasikokeelliset tutkimukset, joissa oli verrokkiryhmä, 3) tutkimukset, jotka oli toteutettu Pohjoismaissa, Euroopassa tai Pohjois-Amerikassa, 4) tutkimukset, jotka oli julkaistu vertaisarvioituissa tieteellisissä lehdissä, 5) tutkimukset, jotka oli julkaistu väitöskirjoissa ja 6) interventioista tehdyt systemaattiset menetelmäarviot, jotka oli julkaistu Kasvun tuki- tai Ungsinn-tietokannassa tai vastaavassa.

Laadullisia tutkimuksia ei otettu mukaan, eikä sellaisia tutkimuksia, joissa oli käytetty ennen-jälkeen-tutkimusasetelmaa ilman verrokkiryhmää tai joiden kohderyhmä oli muu kuin projektissa määriteltä.

Arviointiprosessin toteuttaminen

Arviointiprosessi eteni siten, että aluksi jokaisen intervention arviointiin nimettiin kaksi tutkijaa. Tutkijat kävivät läpi interventiosta dokumentoidun näytön ja tekivät tarvittaessa lisähakuja liittyen esimerkiksi intervention kuvaukseen, toteutukseen tai kohderyhmään. Tutkijat laativat yhdessä arviointilomakkeen mukaisen systemaattisen yhteenvedon, joka sisälsi intervention kohderyhmän, kuvauksen, toteutuksen ja tutkimusnäytön kuvauksen, valitut kirjallisuusviitteet sekä ehdotuksen arviointiluokasta (taulukko 2).

Tämän jälkeen toinen päätoimittaja käsitteli yhteenvedon sekä ehdotetun arviointiluokan ja antoi palautetta tutkijoille, jotka muokkasivat arviointilomakkeen yhteenvedon palautteen pohjalta. Kierroksia tehtiin niin monta kuin oli tarpeen, ja tarvittaessa konsultoitiiin koko arviointiryhmää.

TAULUKKO 2.

Arviointiluokat ja -kriteerit

Arviointiluokat	Kriteerit
Taso 4 Interventio, jolla vahva dokumentoitu näyttö	- Vähintään kaksi itsenäistä, metodologisesti laadultaan hyvää vaikuttavuustutkimusta, joista ainakin toinen on pohjoismainen ja joissa on saatu vaikuttavuusnäyttö päätulosmuuttujalle mitattuna - Jos vain yksi tutkimus, sen tulee olla pohjoismainen ja arvioitu Ungsinissa, Kasvun tuessa tai vastaavassa tietokannassa
Taso 3 Interventio, jolla hyvä dokumentoitu näyttö	- Yksi pohjoismainen, metodologisesti laadultaan vähintään tyydyttävä vaikuttavuustutkimus, jossa on saatu vaikuttavuusnäyttö jollekin tulostulostuuttujalle mitattuna - Useampi kuin yksi Pohjoismaiden ulkopuolella tehty vaikuttavuustutkimus, tai interventio saanut hyvän arvion kansainvälisissä arviointijärjestelmissä ja tutkimusten tulokset sovellettavissa Pohjoismaissa
Taso 2 Interventio, jolla jonkin verran dokumentoitua näyttöä	- Yksi kansainvälinen, metodologisesti laadultaan minimivaatimukset täyttävä vaikuttavuustutkimus, jossa on saatu jonkin verran vaikuttavuusnäyttöä jollekin tulostuuttujalle mitattuna - Vain vaikuttavuustutkimusta, jonka laatu ei täytä tason 3 tai 4 vaatimuksia
Taso 1 Interventio, jolla ei ole dokumentoitua näyttöä	- Pohjoismainen ja kansainvälinen vaikuttavuustutkimus puuttuu kokonaan - Korkealaatuista vaikuttavuustutkimusta, jonka mukaan interventiolla ei ole mitään vaikuttavuutta

TULOKSET

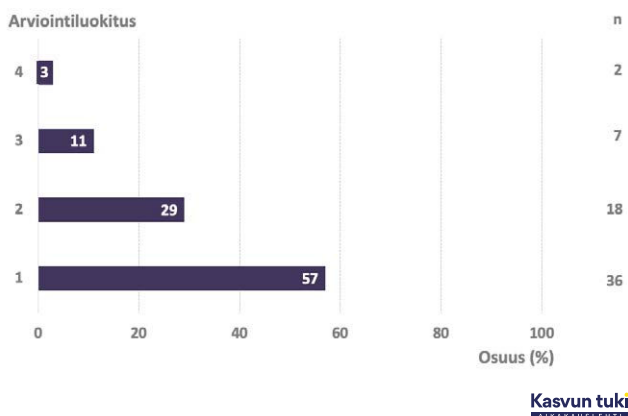
Arvioiduista interventioista (N = 63) valtaosassa kohderyhmänä olivat vanhemmat (67%, n = 42). Joissakin interventioissa kohderyhmänä olivat lapset ja vanhemmat yhdessä (19%, n = 12). Noin puolet (51%) interventiosta toteutettiin yksilöllisesti ja vajaa kolmasosa (30%) ryhmämuotoisena. Sekamuotoisesti ryhmä- ja yksilötoetuksena toteutettiin 13 prosenttia. Kuusi prosenttia interventioista (n = 4) oli suunnattu esikouluun, mutta interventio oli käytössä myös kohderyhmässä.

Yli puolet (57%, n = 36) interventioista sijoittui arvioinnissa alimmalle tasolle 1, eli näillä interventiolla ei ole dokumentoitua näyttöä vaikuttavuudesta (kuvio 1). Vajaa kolmasosa (29%, n = 18) sijoittui tasolle 2 eli interventiosta on jonkin verran dokumentoitua näyttöä. Yhteensä 86 prosenttia interventioista sijoittui kahdelle alimmalle tasolle. Tasolle 3 ylsi 11 prosenttia interventioista (n = 7) ja korkeimmalle tasolle 4 vain 3 prosenttia interventioista (n = 2).

Katsauksen arvioinnissa oli mukana yhteensä 14 Suomessa käytössä olevaa interventiota. Näistä interventioista valtaosasta (79%, n = 11) ei löytynyt dokumentoitua näyttöä (taso 1) ja lopuista (21%, n = 3) oli jonkin verran dokumentoitua näyttöä (taso 2) (kuvio 2). Arvioiduista Suomessa käytössä olevista interventioista 12 on aiemmin arvioitu Kasvun tuki-menetelmäarvioinnissa [12].

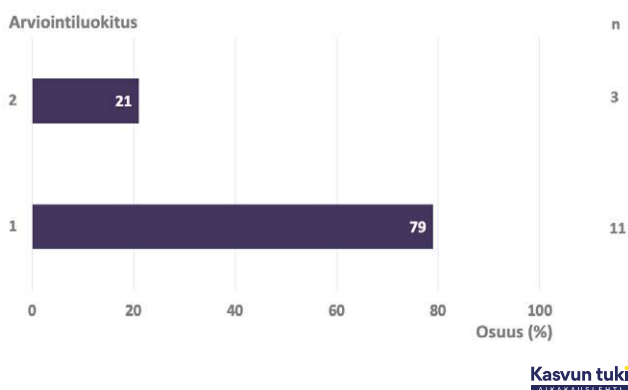
KUVIO 1.

Psykososiaalisten interventioiden (N = 63) arviointiluokitukset



KUVIO 2.

Suomessa käytössä olevien psykososiaalisten interventioiden (n = 14) arviointiluokitukset



POHDINTA

Tässä artikkelissa käsitellyn katsauksen tavoitteena oli arvioida Pohjoismaissa perheille lapsen tuhannen ensimmäisen päivän aikana käytössä olevien psykososiaalisten interventioiden dokumentoitu vaikuttavuusnäyttö. Tuhat ensimmäistä päivää kattaa raskausajan ja lapsen kaksi ensimmäistä elinvuotta. Arvioidut interventiot ovat käytössä jossain Pohjoismaista, osa useammassakin (esimerkiksi ICDP – kannustava vuorovaikutusohjelma). Vaikka erilaisia ehkäiseviä ja varhaisen vaiheen interventioita on käytössä paljon, niiden tutkimukseen perustuva vaikuttavuusnäyttö on katsauksen tulosten perusteella niukkaa.

Katsauksessa arvioitiin yhteensä 63 interventiota, joista 14 on käytössä Suomessa. Kaikista arvioiduista interventioista yli puolet (57 %) sijoittui matalimmalle tasolle 1, eli sekä pohjoismainen että kansainvälinen vaikuttavuustutkimus puuttui kokonaan tai tutkimus ei ollut osoittanut mitään vaikuttavuutta interventiolle. Pääsääntöisesti kyse oli siitä, ettei vaikuttavuustutkimusta ollut tehty. Ainoastaan 14 prosenttia interventioista sijoittui kahdelle ylimmälle, hyvän tai vahvan dokumentoidun vaikuttavuusnäytön tasolle. Korkeimmalle tasolle 4 ylsi vain 3 prosenttia interventioista.

On tärkeä ymmärtää, miten interventioiden vaikuttavuusnäytön aste määritellään. Monet kansalliset ja kansainväliset organisaatiot noudattavat näytönasteen tasoluokitusta, joka perustuu oletukseen, että satunnaistettu vertailukoe on paras tutkimusasetelma intervention ja vaikutuksen välisen syy–seuraussuhteen selvittämiseksi. Maailmalla on erilaisia interventioiden vaikuttavuusnäytön systemaattisia arviointijärjestelmiä ja tietokantoja (esim. kansainväliset Blueprints for Healthy Youth Development ja California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, CEBEC).

Tässä artikkelissa käsitellyssä katsauksessa käytettiin arviointiasteikkoa, joka painotti pohjoismaisten satunnaistettujen vertailukokeiden merkitystä. Tämä tarkoittaa sitä, että arviointiasteikon ylimmälle tasolle pääsi vain, jos interventiota oli tutkittu jossain Pohjoismaista satunnaistetulla vertailukokeella, jonka metodologinen laatu oli hyvä ja jossa oli saatu vaikuttavuusnäyttö päätulosmuuttujalle mitattuna. Tälle ylimmälle, samoin kuin toiseksi

”Ainoastaan 14 % arvioiduista interventioista sijoittui hyvän tai vahvan dokumentoidun vaikuttavuusnäytön tasolle.”

ylimmälle tasolle, jossa voitiin hyväksyä myös Pohjoismaiden ulkopuolisia tutkimustuloksia, pääsi vain harva menetelmä. Näin ollen katsaus paljasti, että valtaosaa käytössä olevista interventioista ei ole tutkittu satunnaistetulla vertailukoeasetelmalla missään maassa.

Katsaus ei ota kantaa siihen, onko tietty interventio vaikuttava, vaan arvioitavana olivat vaikuttavuusnäytön kattavuus ja tutkimusten metodologinen laatu. Vaikuttavuusnäytön puuttuminen ei tarkoita, ettei interventiolla ole ollenkaan vaikuttavuutta. Joissakin tapauksissa näin voi olla, mutta lähtökohtaisesti kyse on siitä, että tutkimuksia, joissa vaikuttavuus olisi voitu osoittaa luotettavasti, ei ole tehty. Osassa tapauksista tutkimusten metodologinen laatu oli siinä määrin puutteellinen, ettei niiden perusteella voida sanoa

interventioilla olevan vahvaa vaikuttavuusnäyttöä. Toisaalta, mikäli katsauksen kohderyhmänä olisi ollut vanhemmat lapset, osa interventioista olisi yltänyt korkeammalle arviointitasolle.

Olisi luontevaa ajatella, että interventiot, joilla on vahvin vaikuttavuusnäyttö, olisivat laajalti käytössä palvelujärjestelmässä. Näin ei kuitenkaan katsauksen perusteella näytä olevan, vaan vaikutelmaksi tuli, että interventioiden valintaan vaikuttavat muut tekijät.

Hyvä vaikuttavuusnäyttö on esimerkiksi sekä yksilö- että ryhmämuotoisella Interpersonal Therapy (IPT) -hoidolla, joka on suunnattu raskaana olevien naisten ja synnyttäneiden äitien masennuk-

”Valtaosaa käytössä olevista interventioista ei ole tutkittu satunnaistetulla vertailukoeasetelmalla.”

sen hoitoon. Raskaudenaikaista masennusoireilua esiintyy jopa viidesosalla odottavista äideistä [13]. Kuitenkaan interventio ei ole laajasti tai yhdenvertaisesti saatavilla Pohjoismaissa.

Tutkimusten perusteella tiedetään myös, että masentuneiden äitien lapsilla on tavanomaista suurempi riski erilaisiin kielteisiin seurauksiin, jotka voivat olla yhteydessä esimerkiksi äidin ja vauvan kiintymissuhteeseen, masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen, käytösongelmiin, kognitiiviseen kehitykseen ja oppimiskykyyn [14].

Päätöksentekijöillä olisi näin ollen vahvat perusteet valita hyvän vaikutusnäytön omaava IPT -menetelmä osaksi äitiys- ja lastenneuvolan palveluita. Tutkimusten perusteella tiedetään, että myös vanhemmuustaitoihin ja vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen voidaan vaikuttaa tehokkaasti erilaisilla interventioilla [15]. Näiden interventioiden yhdenvertainen saatavuus olisi tärkeä turvata Suomessa.

Katsauksen tulosten perusteella tullaan väistämättä siihen johtopäätökseen, että pohjoismaista vaikuttavuustutkimusta tarvitaan enemmän, jotta näyttöön perustuvien psykososiaalisten interventioiden käyttöönottoa ja juurruttamista palveluihin voidaan aidosti edistää. Tietyn menetelmän juurruttamistyö eli implementointi on vaativaa ja vuosia kestävä systemaattista työtä. Tämän vuoksi olisi tärkeä pystyä valitsemaan vaikuttavimmiksi osoitetut interventiot kansallisesti implementoitaviksi. Vaikuttavuustutkimukseen liittyvän osaamisen lisääminen edellyttää interventioalan tutkimusryhmiä ja kansainvälistä tutkimusyhteistyötä. Tälle työlle tulisi turvata riittävä rahoitus.

Katsauksen luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, että arviot toteutti 14 tutkijaa suhteellisen lyhyessä ajassa. Koulutuksesta, systemaattisesta arviointiprosessista ja seurantatapaamisista huolimatta on mahdollista, ettei arviointi ole ollut kaikille interventioille aivan yhdenmukaista. Lisäksi arviointiin tarjotuista interventioista vastasi jokainen maa osaltaan. Kriteerit ovat voineet vaihdella maittain ja joitain interventioita on voinut jäädä arviointin ulkopuolelle. Katsaus ei myöskään selvittänyt sitä, missä määrin arvioidut interventiot ovat käytössä kyseisissä maissa, joten on todennäköistä, että tämä vaihtelee maittain. Implementaationäkökulma olisikin mielekäs jatkotutkimuksen kohde. ●

AVAINSANAT:

lapset, psykososiaalinen, interventiot, vaikuttavuus, Pohjoismaat

SIDONNAISUUDET:

Marjo Kurki ja Marko Merikukka: Ei sidonnaisuuksia.

LÄHTEET:

- 1 Britto P, Lye S, Proulx K ym. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*, 389, 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- 2 Black MM, Walker SP, Fernald LCH ym. (2016). Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*, 389, 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- 3 Glaser D (2000). Child abuse and neglect and the brain - a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97–116. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00551>
- 4 Sourander A & Helstelä L (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 415–423. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0475-6>
- 5 WHO (2020). Improving early childhood development: WHO Guideline (siteerattu 30.11.2021). <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>
- 6 Suomen YK-liitto (2017). Kestävän kehityksen tavoitteet. Agenda2030 (Siteerattu 30.11.2021). https://www.ykliitto.fi/sites/www.ykliitto.fi/files/media/Agenda2030_pikkukirjanen_2017.pdf
- 7 Vauhkonen T, Kallio J & Erola J (2017). Sosiaalisen huono-osaisuuden ylisukupolvisuus Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 82, 5, 501–512. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017102650308>
- 8 Vormo H, Rotko T, Larivaara M ym. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>
- 9 Martinussen M & Kurki M. (toim.) (2021). The First 1000 Days in the Nordic Countries: Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence. Nordic Council of Ministers, Nordic Council of Ministers Secretariat. Nord 2021:037. <https://doi.org/10.6027/nord2021-037>
- 10 Dánielsdóttir S & Ingudóttir J (2020). The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis. Nordic Council of Ministers, Nordic Council of Ministers Secretariat. Nord 2020:051. <https://doi.org/10.6027/nord2020-051>
- 11 Gottfredson DC, Cook TD, Gardner FEM ym. (2015). Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prevention Science*, 16, 893–926. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0555-x>
- 12 Itla, Kasvun tuki menetelmäarvointi (siteerattu 30.11.2021). <https://kasvuntuki.fi/metodit/ilmiot/tietoa-menetelmista/>
- 13 Dadi AF, Miller ER & Mwanri L (2020). Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227323>
- 14 Goodman SH, Rouse MH, Connell AM ym. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- 15 Kalland M & Salo S. (2020). Vanhemmuuden tukeminen vauva- ja lapsiperheissä. *Duodecim*, 136, 891–7. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15527>