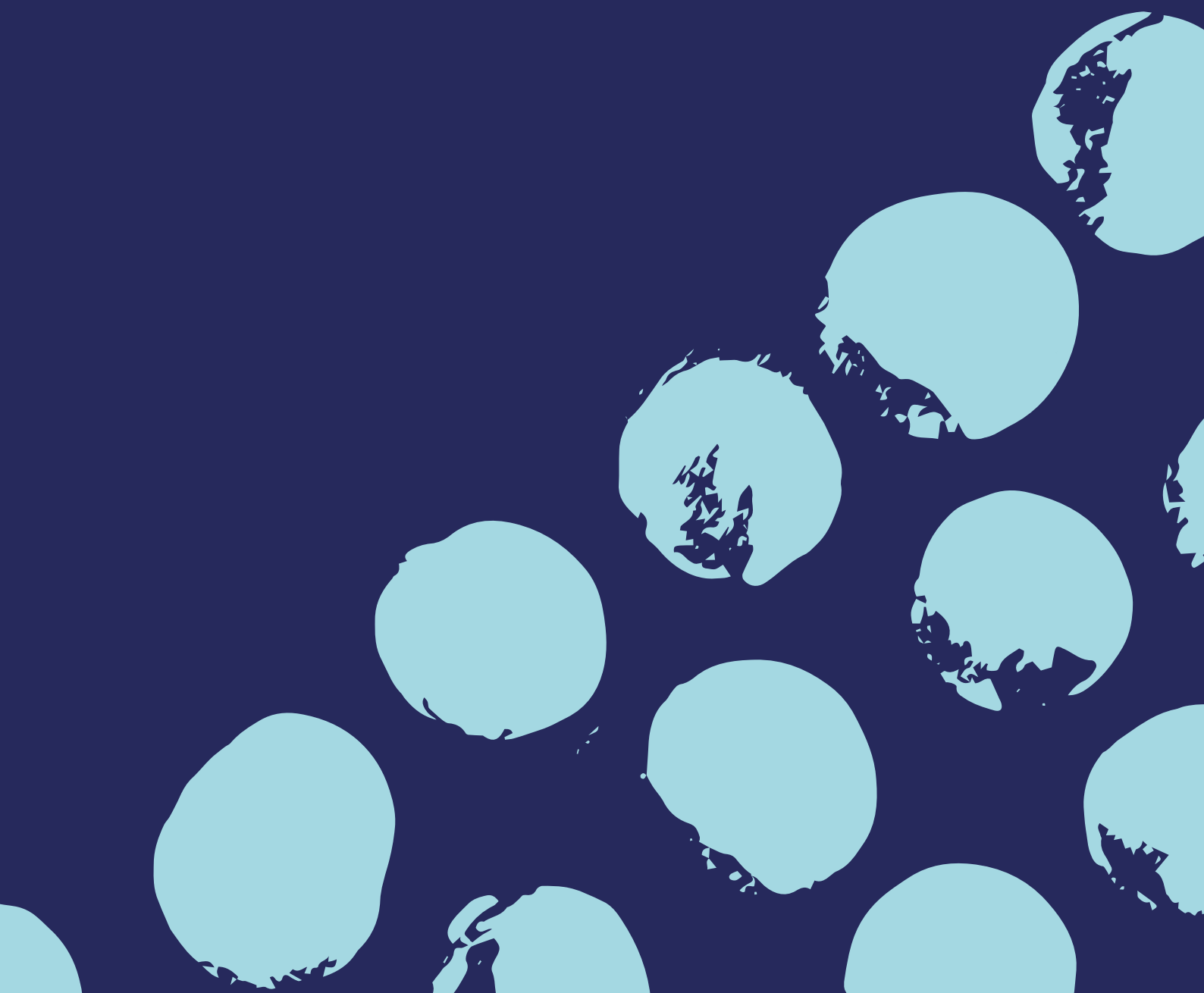


2 | 2021

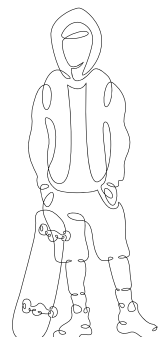
Kasvun tuki

aikakauslehti



Sisältö

- 3 PÄÄKIRJOITUS
Miksi minä olen minä
- 5 TRIANGELI-KESKUSTELU: *Perustili*
- 5 Tutkijan puheenvuoro
- 7 Ammattilaisen puheenvuoro
- 9 Päättäjän puheenvuoro
- 10 TUTKIMUS TUTUKSI
Samalta viivalta -tutkimusohjelma kartoittaa ratkaisuja lapsiperheköyhyyden vähentämiseksi
- 12 Tutkijat pohtivat ilmiöpöydässä perhetaustan vaikutusta koulutuspolkuun – teemoiksi nousivat väliinpuutuminen ja valinnanvapaus
- 15 KENTÄN ÄÄNI
Kun nuorella on huoli, avun täytyy olla lähellä
- 18 Oulun kaupungin yhteisövaikuttavuusmallissa perhe saa vankan tukiverkoston
- TUTKIMUSARTIKKELIT
- 21 Lastensuojelun tutkimusperustan vahvistamisen haasteita ja mahdollisuuksia
- 30 Raskaudenaikaiseen alkoholi-altistukseen yhdistyvien kehityshäiriöiden ehkäisy vaatii tiedon ja osaamisen lisäämistä
- 37 LECTIO PRAECURSORIA:
Masennuksen ilmaantuvuus, pre- ja perinataaliset riskitekijät sekä lapsuusiän reaktiivinen kiintymys-suhdehäiriö: valtakunnallinen rekisteritutkimus
- 40 Vaikuttavuustutkimus: Satunnaistettu vertailukoe tulee suunnitella huolella
- 46 Mindsetillä on väliä – psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuuden tutkimisen haasteet
- 50 Ihmeelliset vuodet -ohjelmaperheen sähköisen seuranta-järjestelmän kehittäminen
- 55 Alle 2-vuotiaille lapsille ja heidän perheilleen suunnattujen psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuusnäyttö Pohjoismaissa
- 60 Säädöspohjaisen terveydenhuollon järjestelmän toimivuus Suomessa raskaana olevien ja pikkulapsiperheiden palveluissa



itla Itsenäisyyden
juhlavuoden
lastensäätiö

JULKAISIJA

Itsenäisyyden juhlavuoden lastensäätiö sr.
– Självständighetsjubileets barnstiftelse sr. (Itla)

TOIMITUS

Porkkalankatu 24
00180 Helsinki
kasvuntuki@itla.fi

VASTAAVA PÄÄTOIMITTAJA

Erikoistutkija, TtT Marjo Kurki

TOIMITTAJAT

Tiedeviestinnän asiantuntija, FL Tiina Huttu
Tiedeasiantuntija, FT Marko Merikukka,
Tutkimusavustaja Eeli Sissonen
etunimi.sukunimi@itla.fi

TAITTO

Päivi Saarentaus, Miun Idea

TOIMITUSKUNTA

Johtava asiantuntija, PsT, oikeuspsykologian dosentti Taina Laajasalo (pj.): Helsingin yliopisto, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos
Erikoistutkija, PsT, mielenterveyden ja psykologian dosentti Kirsi Peltonen: Lasten-psykiatrian tutkimuskeskus, Turun yliopisto
Käypä hoito -päätoimittaja, LT, dosentti Jorma Komulainen: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Työelämäprofessori, FT Mika Niemelä:
Elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö,
lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto

Nuorisopsykiatrian vastualuejohtaja, LT,
nuorisopsykiatrian professori Riittakerttu Kaltiala: Tays ja Tampereen yliopisto

ISSN 2737-0836

www.kasvuntuki.fi

Twitter  @Kasvuntuki



Pääkirjoitus

Miksi minä olen minä

Rakastetun edesmenneen runoilijan ja lastenkirjailijan **Kirsi Kunnaksen** Ajatus-runo muistuttaa jokaisen lapsen ainutlaatuisuudesta ja siitä, että jokainen meistä tarvitsee toista ihmistä koko elämänsä ajan.

Varhaiset vuorovaikutussuhteet ja kasvuympäristö muovaavat meitä yhdessä perimän kanssa. Jo sikiöaika ja ensimmäiset elinvuodet ovat ensiarvoisen tärkeitä myöhemmän mielenterveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Tätä teemaa käsittelemme kattavasti lehden toisessa numerossa.

Vaikka Pohjoismaissa lapsiperheiden tukea voidaan pitää globaalisti katsottuna korkeatasoisena, interventiot eivät ole vaikuttavuudeltaan samanarvoisia, eivätkä ne ole yhdenvertaisesti kaikkien

”Artikkelisarja tulee kasvattamaan vaikuttavuustutkimuksen suomenkielistä tietoperustaa.”

saatavilla. Pohjoismaisen ministerineuvoston rahoittama The First 1000 Days -hanke tarkasteli lapsen 1000 ensimmäistä päivää, erityisesti sitä, minkälaisia psykososiaalisia palveluita ja menetelmiä Pohjoismaissa on tarjolla lasten ja perheiden tueksi. Esiin nousi monia kehittämiskohteita. Julkaisemme tässä lehdessä kaksi artikkelia hankkeessa toteutetun laajan katsauksen tiimoilta.

Hyvinvointivaltion tulisi pystyä tukemaan erityisesti haasteellisissa kasvuympäristöissä eläviä lapsia ja nuoria. Tähän tähtää Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön Samalta viivalta -lapsiperheköyhyysohjelma, jota esitellään Tutkimus tutuksi -palstalla ja johon eri alojen tutkijat paneutuivat ilmiöpöydän äärellä. **Niina-Maria Nissinen** työryhmineen puolestaan käsittelee artikkelissaan sikiöaikaista alkoholi-altistusta sekä siihen liittyviä kehityshäiriöitä ja muita tekijöitä. **Subina Upadhyaya** kertoo lehtiössään lasten masennuksen ja reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön riskitekijöistä, joita on tutkittu kansallisessa rekisteripohjaisessa tutkimuksessa.

Ajatus

Miksi minä olen minä

enkä kukaan muu,

ja sinä olet sinä

etkä kukaan muu?

Ihmeellistä olla ihmisinä

sinä ja minä

ja ystävinä

minä sinulle sinä.

-Kirsi Kunnas-

Toisena teemana lehdessä on vaikuttavuustutkimus. Aloitamme artikkelisarjan, joka tulee kasvattamaan uudella tavalla vaikuttavuustutkimuksen suomenkielistä tietoperustaa. Ensimmäisessä artikkelissa yksi Suomen kokeneimmista vaikuttavuustutkimuksen asiantuntijoista, biostatistikko **Sanna Hinkka-Yli-Salomäki** käsittelee satunnaistetun vertailukokeen suunnittelua. **Ben Furman** puolestaan pohtii vaikuttavuustutkimuksen haasteita silloin, kun interventiossa on kyse mindsetin eli ajattelutavan muutoksesta.

Elina Aaltio ja **Nanne Isokuortti** pureutuvat ajankohtaiseen kysymykseen: miten lisätä lastensuojelun tutkimusperustaisuutta? Aihe on tärkeä, sillä sosiaalityössä ei ole vastaavanlaista perinnettä tutkimusperustaisesta käytännöstä ja kehittämisestä kuin terveydenhuollossa. Vaikuttavuutta voidaan lisätä myös mahdollistamal-

la systemaattinen tiedon kerääminen seurantajärjestelmien avulla. **Kati Granlund** esittelee artikkelissaan Ihmeelliset vuodet -ohjelma-perheeseen rakennettua sähköistä seurantajärjestelmää, jonka avulla tuotetaan kansallista implementaatiotietoa.

Toivomme, että nämä erilaiset artikkelit tuovat interventiotutkimukseen uusia näkökulmia, jotka yhdistävät eri tieteenaloja ja jatkavat vaikuttavuustutkimukseen liittyvää keskustelua.

Varhaislapsuuden lisäksi myös nuoruus on ratkaisevaa aikaa mielenterveyden kannalta. Toinen koronavuosi on koetellut erityisesti nuoria, joten nyt jos koskaan tarvitaan viisaita, nuorten hyvinvoinnin etusijalle asettavia päätöksiä. Kentän ääni -palstalla **Sanna Vesikansa** ja **Sami Keränen** kertovat Helsingin kaupungin perustamasta Mieppi-mielenterveyspalvelusta, johon nuori voi tulla ilman lähetettä, kun huoli herää. Toinen Kentän ääni tulee **Tuula Takalolta** Oulusta, missä perheitä tuetaan yhteisövaikuttavuusmallin avulla.

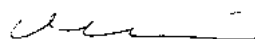
Triangeli-keskustelussa sosiaali- ja terveysministeri **Hanna Sarkkinen**, professori **Heikki Hiilamo** ja tutkijayliopettaja **Jaakko Helander** pohtivat sosiaaliturvan kehittämistä ja perustilin mahdollisuuksia kannustaa nuoria osallisuuteen ja inhimillisen pääoman kartuttamiseen.

Kiitos jokaiselle, ainutlaatuiselle Kasvun tuki -lehden kirjoittajalle ja lukijalle kuluneesta vuodesta, ja rauhallista joulua koko toimituksen puolesta! ●

MARJO KURKI

päätoimittaja

9.12.2021



Toimitus



TIINA HUTTU
tiedeviestinnän asiantuntija
Itla



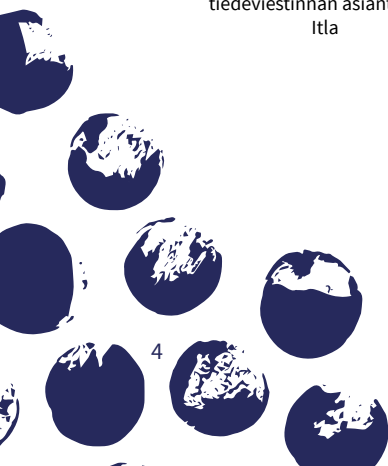
MARKO MERIKUKKA
tiedeasiantuntija
Itla

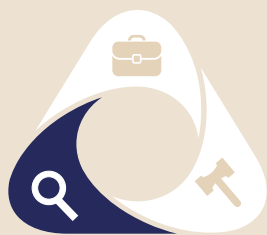


EELI SISSONEN
tutkimusavustaja
Itla



PÄIVI SAARENTAUS
visualisti, taittaja
Miun Idea





TRIANGELI-KESKUSTELU

Tutkijan puheenvuoro

TEEMA: Perustili

Perustili vaihtoehtona perustulolle

Perusasteen jälkeistä tutkintoa vaille jääminen altistaa työttömyydelle ja köyhyydelle. Sosiaaliturvajärjestelmän tulisi kannustaa erityisesti vähän koulutettuja nuoria investoimaan inhimilliseen pääomaansa. Perustili tekisi juuri näin.

Laadin vuonna 2017 yhdessä tutkimusryhmäni kanssa opetus- ja kulttuuriministeriölle (OKM) sekä sosiaali- ja terveysministeriölle (STM) selvityshenkilöraportin siitä, miten vähentää työn, koulutuksen ja harjoittelun ulkopuolella olevien nuorten määrää [1].

Raporttimme mukaan nuoria koskevan sosiaaliturvajärjestelmän jäykkyudet, päällekkäisyydet, kannustinloukut ja yhteensovittamisen ongelmat kytkeytyvät yksinkertaisesti siihen, että nuorten toimeentuloa turvaa neljä keskenään hyvin erilaista järjestelmää: työmarkkinatuki, toimeentulotuki, opintotuki ja sairausperusteiset toimeentuloturvaetuudet. Asumisen tukeminen asumistuen ja toimeentulotuen kautta monimutkaistaa järjestelmää entisestään.

Työttömyysturva ja toimeentulotuki ovat anteliaammat kuin opintoraha ja opintolaina, joten nuorille on usein kannustavampaa olla etuuksilla kuin opiskella. Samaan aikaan tiedämme, että ilman perusasteen jälkeistä tutkintoa nuorten mahdollisuudet työmarkkinoilla ovat heikot.

Työttömyys, köyhyys ja kuntoutuksen tarve ovat päällekkäisiä ja sisäkkäisiä sosiaalisia riskejä erityisesti niillä nuorilla, joilla ei ole perusasteen jälkeistä tutkintoa. Sosiaalisten investointien näkökulmasta sosiaaliturvajärjestelmän tulisi kannustaa erityisesti vähän koulutettuja nuoria jatkamaan opintojaan tai muuten investoimaan inhimilliseen pääomaansa. Perustulon ongelma on se, että se jättäisi nämä nuoret oman onnensa nojaan eli ilman ohjausta ja tukea opiskeluun tai työelämään siirtymiseen.

Osana teollisuuden automaatiota ja murrosta luotaavaa Manufacturing 4.0 -hanketta tilasimme Jussi Pyykköseltä, Topias Pyykköseltä ja Pekka Pullilta (2021) esityksen perustilimallista [2]. Mallin on tarkoitus kannustaa nuoria – paremmin kuin nykyjärjestelmä – investoimaan inhimilliseen pääomaansa. Perustili ja sitä tukeva nuorten osallistumistulo korvaisivat työmarkkinatuen, työttömän peruspäivärahan ja opintorahan. Etuuksien taso ei juuri muuttuisi nykyisestä, mutta niiden itsenäinen hallinta yhdistettynä etuuksien automatisointiin tekisi nuoren elämän-

suunnittelusta selkeämpää ja työnteosta sekä opiskelusta nykyistä kannustavampaa.

Perustulomallissa nuoret voivat jäädä työn, koulutuksen ja harjoittelun ulkopuolelle niin pitkäksi aikaa kuin haluavat. Perustuloa maksetaan ilman mitään ehtoja, kun taas perustilin saamisen edellytyksenä olisi työssäkäynti tai opiskelu sekä itsenäinen asuminen. Kun 18 vuotta täyttänyt nuori ottaisi perustilin käyttöön, sille lisättäisiin esimerkiksi 20 000 euroa. Tililtä voisi nostaa korkeintaan tietyn summan, esimerkiksi 650 euroa, kuukaudessa. Nostettavissa olevaan summaan vaikuttaisi edellisen kuukauden työtulo.

”Perustuloa maksetaan ilman mitään ehtoja, kun taas perustilin saamisen edellytyksenä olisi työssäkäynti tai opiskelu sekä itsenäinen asuminen.”

Ennen perustilin käyttöä tai sen jälkeen, kun perustili olisi kulu-
nut loppuun, nuori olisi osallistumistulon piirissä. Sen saamisen edellytyksenä olisi yksilöllisesti laaditun tavoitteellisen suunnitelman toteuttaminen, esimerkiksi elämänhallintaan liittyvien taitojen opettelu tai opiskelemaan lähteminen.

Perustilin loppuminen ja sen synnyttämä taloudellisen tuen tarve antaisi palvelujärjestelmälle mahdollisuuden kohdata nuoret. Samalla syntyisi tilaisuus tukea ja kannustaa heitä koulutuksen ja työn avulla kohti itsenäistä elämää. Osallistumistulolla voitaisiin ohjata ja kannustaa nuoria nykyistä paremmin opiskeluun, työhön, työpajatoimintaan, kuntouttavaan työtoimintaan tai muuhun aktiiviseen toimintaan.

Nuorten osallistumistulon ja velvoittavan toiminnan sekä tukipalveluiden ensisijaiseen kohderyhmään kuuluisivat 17–24-vuotiaat,



ilman ammatillista tutkintoa olevat nuoret, jotka kärsivät muista kuin tilapäisistä toimeentulovaikeuksista. Kohderyhmään eivät kuuluisi ansioturvan saajat, vaikeavammaiset vammaisuuksien hakijat eivätkä äitiys-, isyys- tai vanhempainpäivärahan tai kotihoidon tuen hakijat.

Vanhaan ajattelutapaan perustuva syyperusteinen malli lokeroi ihmisiä epätarkoituksenmukaisella tavalla. Digitalisaatio, automatisaatio ja tekoäly puolestaan tarjoavat isoja mahdollisuuksia sosiaaliturvan kehittämiseksi.

Perustili olisikin myös digiloikka. Se perustuisi digitaaliselle alustalle, jonka automatiikka hyödyntäisi rekistereitä vähentäen byrokratiaa ja manuaalisen työn tarvetta.

Digitalisaation täysimääräinen hyödyntäminen ei edes ole mahdollista, mikäli emme toden teolla uudista vanhentunutta järjestelmäämme. Otammeko loikan 2020-luvulle vai pitäydymmekö vanhassa?

Sosiaaliturvakomiteassa olisi tärkeää valmistella perustilin käyttöönottoa. Se edellyttää mallin jatkokehittelyä yhdessä sidosryhmien kanssa. ●

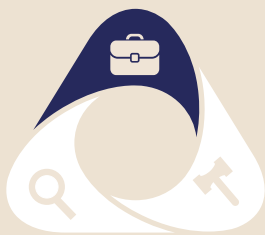


HEIKKI HIILAMO
tutkimusprofessori
Terveiden ja
hyvinvoinnin laitos



LÄHTEET:

- 1 Hiilamo H, Määttä A, Koskenvuo K ym. (2018). Nuorten osallisuuden edistäminen. Selvitysmiehen raportti. Diak puheenvuoro 11. Diakonia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-298-1>
- 2 Pyykkönen J, Pyykkönen T, Pulli P (2021). Perustili – tie kannustavaan ja läpinäkyvään sosiaaliturvaan Kansalaiset mukaan oman elämänsä säätelyyn. Itlan raportit ja selvitykset 2021:1. <https://itla.fi/download/perustili-tie-kannustavaan-ja-lapinakyvaan-sosiaaliturvaan/>



TRIANGELI-KESKUSTELU

Ammattilaisen puheenvuoro

TEEMA: Perustili

Toimeenpano ratkaisee perustilimallin onnistumisen

Ehdotetussa perustilimallissa nousevat keskiöön nuoren osallisuuden ja toimijuuden vahvistaminen sekä elämänsuunnittelu. Parhaimmillaan uudistus purkaisi palveluviidakkoa ja kannustaisi nuorta aikuista ottamaan aktiivisempaa roolia omassa elämässään ja yhteiskunnassa.

Viime vuosikymmenen aikana on toteutettu nopealla tahdilla koko joukko kasvatuksen, koulutuksen ja hyvinvoinnin reformeja. Reformien toimeenpano ja vaikutusten systeminen ja systemaattinen arviointi on kuitenkin ollut ongelmallista [1].

Yksi toteutuneista uudistuksista on matalan kynnyksen monialainen ohjaus- ja neuvontapalvelu Ohjaamo [2], joka muotoiltiin osana nuorisotakuun toimeenpanoa. Pyykkönen ym. (2021) ehdottavat Ohjaamoja keskeiseksi toimijaksi perustilin toimeenpanossa [3].

”Mahdollisen ”omatyöntekijän” rinnalle tarvitaan monialaisesti organisoitua erikoistuneempaa osaamista.”

Ohjaamoilta puuttuu kuitenkin lainsäädännöllinen perusta. Niiden toimintaa ohjaa väljä asiakirja Ohjaamon perusteet.

Ohjaamojen toiminnan vaikuttavuudesta on ilmestynyt laaja arviointi, jonka mukaan monialaiset ohjaus- ja neuvontapalvelut ovat makrotasolla toimivia. Arviossa nousi kuitenkin esiin havainto, että työote palveluissa on enemmän ”intuitiivinen” kuin suunniteltu ja tasalaatuinen [4].

Tutkimusryhmämme arvioi kahdessa kenttätutkimuksessa asiakasosallisuuden ja monialaisen ohjauspalvelun toteutumista Ohjaamoissa [5]. Keskeisinä tuloksina voi todeta, että nuorten asiakasosallisuus toteutuu vaihtelevasti aktiivisesta osallisuudesta osattomuuteen [6]. Aineistossa ilmeni jopa ns. pakko-osallisuutta: nuori joutui tekemään ratkaisuja tilanteessa, jossa hän koki olevansa neuvoton. Myös ohjauspalvelujen monialaisuus toteutui hyvin

heterogeenisesti. Monialaisen työn konkreettisia muotoja esiintyi niukasti. Lisäksi työntekijän ammatillinen orientaatio vaikutti palvelun laatuun.

Perustilimallin toimeenpanossa tulisi välttää vastaavat sudenkuopat. Nähdäkseni mahdollisen ”omatyöntekijän” rinnalle tarvitaan monialaisesti organisoitua erikoistuneempaa osaamista. Yhden ammattilaisen osaaminen ei riitä kattamaan kaikkia tarpeita, kuten elämänsuunnittelua [7], asumisneuvontaa [8] sekä talous- ja velkaneuvontaa.

Ohjaamot tarvitsevat riittävän säädöstasoisien ohjaavan perustan nykyisen epäselvän asemansa selkiyttämiseksi ja palvelujen laadun varmistamiseksi. ●



JAAKKO HELANDER

ura- ja opinto-ohjaajakouluttaja, psykoterapeutti

tutkijayliopettaja
Hämeen ammattikorkeakoulu

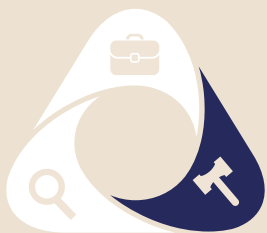
kasvatustieteen dosentti
Jyväskylän ja Tampereen yliopistot





LÄHTEET:

- 1 Helander J (2018). Katso koko kuvaa – miten tarkastella suomalaista koulutusjärjestelmää uudistusten jälkeen? HAMK Unlimited Professional. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020111790711>
- 2 Työ- ja elinkeinoministeriö. Ohjaamon perusteet. TEM-esitteet 6/2018. <https://tem.fi/documents/1410877/2934378/Ohjaamotoiminnan+perusteet>
- 3 Pyykkönen J, Pyykkönen T, Pulli P (2021). Perustili – tie kannustavaan ja läpinäkyvään sosiaaliturvaan. Kansalaiset mukaan oman elämänsä säätelyyn. Itlan raportit ja selvitykset 2021:1, s. 13–14. <https://itla.fi/download/perustili-tie-kannustavaan-ja-lapinakyvaan-sosiaaliturvaan/>
- 4 Valtakari M, Arnkil R, Eskelinen J ym. (2020). Ohjaamot – monialaista yhteistyötä, vaikuttavuutta ja uutta toimintakulttuuria: Monialaisen yhteistyön vaikuttavuus nuorten työllistymistä edistävissä palveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-932-5>
- 5 Lilja T, Pukkila P, Helander J (painossa). Monialaisen ohjauksen rakentuminen ohjaustilanteissa: onko monialainen ohjaus monialaista? Kasvatus 3/2021.
- 6 Lilja T, Pukkila P, Helander J (2021). Nuorten asiakasosallisuus monialaisessa ohjaus- ja neuvontapalvelussa. Havainnointitutkimus ohjaustilanteista Ohjaamoissa. Nuorisotutkimus 1/2021, s. 21–36.
- 7 Helander J, Pukkila P, Lilja T ym. (2020). Valtakunnalliset suositukset Ohjaamojen monialaisen uraohjauksen laadunvarmistukseen. HAMKin julkaisuja 1/2020. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-784-823-7>
- 8 Lilja T & Helander J (2021). Nuorisoasuntoliiton ja Ohjaamoiden välinen yhteistyö yhteistä ja eriytyvää asumisneuvontaa. Teoksessa: Nuorten asuminen 2020 - Kyselytutkimus. Ympäristöministeriön julkaisuja 2021:8, s. 117–124. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-361-217-4>



TRIANGELI-KESKUSTELU

Päättäjän puheenvuoro

TEEMA: Perustili

Vaihtoehtoiset sosiaaliturvamallit ansaitsevat perusteellisen tarkastelun

Perustiliin liittyy sekä uhkia että mahdollisuuksia, ja mallin kannatettavuus riippuu ratkaisevasti sen yksityiskohdista. Malli on kuitenkin tuonut keskusteluun tervetullutta konkretiaa.

Suomalaisessa sosiaaliturvajärjestelmässä on paljon hyvää, mutta sen kiistattomat epäkohdat haastavat meitä tarkastelemaan ennakkoluulottomasti myös järjestelmän peruseräiteita. Sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmistelevalle parlamentaariseen komitealle onkin linjannut selvittävänsä vaihtoehtoisia sosiaaliturvamalleja osana komitean välimietinnön valmistelua. Näitä malleja ovat esimerkiksi perustulo, negatiivinen tulovero ja perustili.

Kommentoin tässä kirjoituksessa perustiliä, josta Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö (Itla) julkaisi hiljattain raportin ”Perustili – tie kannustavaan ja läpinäkyvään sosiaaliturvaan” [1] ja jota ajatuspaja Libera on pitänyt aiemmin esillä. Kuten sosiaaliturvamalleihin yleensäkin, myös perustiliin liittyy sekä uhkia että mahdollisuuksia, ja mallin kannatettavuus riippuu ratkaisevasti sen yksityiskohdista.

Perustilin ilmeisiä kannatettavia puolia – ja samalla yhtymäkohtia perustuloon – ovat byrokratian purkaminen, sosiaaliturvan automatisointi ja vahvempi luottamus yksilön omaan harkintaan. Toisin kuin perustulossa, perustilissä ”luottamusloikka” olisi tiukasti ehdollinen. Ne kansalaiset, jotka eivät täyttäisi perustilin sa-

”Toisin kuin perustulossa, perustilissä ’luottamusloikka’ olisi tiukasti ehdollinen.”

misen kriteereitä tai joiden tili tyhjenisi, päätyisivät nykyisenkaltaisen vastikkeellisen ja syyperusteisen turvan piiriin.

Mallia on perusteltu perustuloa paremmaksi etenkin sillä, että kaikkien saatavilla oleva perustulo passivoisi tuensaajia ja poistaisi kytköksen etuuksien ja palveluiden väliltä. Toisaalta edellisen hallituksen toteuttamassa perustulokokeilussa ns. osallistumisaktiivisuus pysyi korkeana ja perustulon saajat osallistuivat työvoima-

mapalveluihin lähes entiseen tapaan. Kun myös kukaan työllisyys ei perustulokokeilussa heikentynyt, herää kysymys nykyisen sanktiointikoneiston tarkoituksenmukaisuudesta.

Panostamalla palveluiden saatavuuteen sekä niiden riittävään laatuun ja asiakaslähtöisyyteen voitaisiin saavuttaa parempia tuloksia kuin sellaisella järjestelmällä, jossa aktivoinnilla pyritään luomaan joidenkin ekonomistien korostamaa ”pelotevaikutusta”

”Palveluihin hakeutuminen pelkän sanktion välttämiseksi ei näyttäytynyt tehokkaana tapana kohdistaa niukkoja resursseja.”

etuuden saajille. Itlan raportissa perustilimalliin kytketyn osallistumistulon osalta ratkaiseva kysymys olisi juuri se, ohjattaisiinko perustilin ulkopuolelle jääneitä itseisarvoisesti ”tekemään jotain” sanktion uhalla vai asetettaisiinko tavoitteeksi yksilön tarpeita vastaavat ja vaikuttavat palvelut.

Sittenkin jo puretusta aktiivimallista saatujen kokemusten perusteella palveluihin hakeutuminen pelkän sanktion välttämiseksi ei näyttäytynyt tarkoituksenmukaisena tai tehokkaana tapana kohdistaa niukkoja resursseja. Pahimmillaan osallistuminen epä-tarkoituksenmukaiseen palveluun voi jopa hidastaa työllistymistä.

Libera esittämässä mallissa perustilin tarkoituksena on siirtymäajalla korvata muun muassa ansiosidonnainen työttömyysturva ja työeläkkeet. Nykyisen sosiaalivakuutuksen lakkauttaminen tarkoittaisi siirtymistä pohjoismaisesta hyvinvointivaltiosta sellaiseen malliin, jossa varautuminen työttömyydestä, sairaudesta ja vanhuudesta seuraavaan tulotason menetykseen olisi henkilön omien säästöjen varassa. Keskeisenä riskinä olisi laaja alivakuuttaminen sekä eriarvoisuuden ja etenkin eläkeläisköyhyyden voimakas kasvu.



Itlan raportin mallissa perustiliä on hahmoteltu nykyisen sosiaali-
vakuutuksen rinnalle. Tämä ratkaisu olisi realistisempi ja sisältäisi
vähemmän riskejä, mutta kääntöpuolena perustilillä olevan summan
merkitys elinkaaritulojen tasaajana saattaisi hämärtyä kansalaisille.

Keskustelua eri sosiaaliturvamalleista on syytä edelleen jatkaa ja
Itlan julkaisema perustilimalli on tuonut keskusteluun myös terve-
tullutta konkretiaa. ●



HANNA SARKKINEN
sosiaali- ja terveysministeri



LÄHTEET:

- 1 Pyykkönen J, Pyykkönen T, Pulli P (2021). Perustili – tie kannustavaan ja läpinäkyvään sosiaaliturvaan. Kansalaiset mukaan oman elämänsä säätelyyn. Itlan raportit ja selvitykset 2021:1, s. 13–14. <https://itla.fi/download/perustili-tie-kannustavaan-ja-lapinakyvaan-sosiaaliturvaan/>

Samalta viivalta -tutkimusohjelma kartoittaa ratkaisuja lapsiperheköyhyyden vähentämiseksi

Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön (Itla) syksyllä 2021 käynnistämän ohjelman tavoitteena on selvittää lapsiperheköyhyyden laajuutta, kohdentumista ja syvyyttä Suomessa. Lisäksi ohjelmassa vauhditetaan kokeilutoimintaa ja etsitään vaikuttavia toimia köyhyyden ja sen haittojen vähentämiseksi.

Lapsiperheköyhyys on niukkuutta, joka estää tai haittaa lasten oikeuksien, tarpeiden ja potentiaalinen toteutumisen. Se voi ilmetä esimerkiksi niin, että lapsi ei kehtaa pyytää kavereitaan kylään köyhyyden leiman pelossa. Taloudellinen niukkuus voi myös estää harrastusten aloittamisen ja haitata koulunkäyntiä.

Lapsiperheköyhyyttä on hankala mitata, mutta sen laajuutta voidaan arvioida tulopohjaisilla mittareilla. Vuonna 2019 noin joka kymmenes lapsi kuului pienituloisiin eli köyhyyksriskissä oleviin perheisiin [1].

Esimerkiksi yksinhuoltajataloudelle, jossa on alle 14-vuotias lapsi, pienituloisuus tarkoittaa elämistä alle 1 700:lla verojen jälkeisellä eurolla kuukaudessa. Summa ei huomioi asumiskuluja, mahdollisesti ulosottoon siirtyneitä tuloja, terveystoimenpiteitä, vammaisuuteen liittyviä lisäkuluja tai muita välttämättömiä kuluja.

Toimeentulotukea, jota voidaan pitää vaihtoehtoisena taloudellisen niukkuuden mittarina, käytti noin 10 prosenttia lapsiperheistä vuonna 2020 [2].

Lapsiperheköyhyys koskettaa siis valittavan monen lapsen arkea. Kokonaiskuva ilmiön laajuudesta ja ennen kaikkea sen ratkaisumahdollisuuksista on kuitenkin hajanainen. Itla käynnisti syksyllä 2021 monivuotisen Samalta viivalta -lapsiperheköyhyys-ohjelman, joka tarttuu tähän haasteeseen. Ohjelmaa johtaa Itlan kehitysjohtaja, yhteiskuntatieteiden tohtori Tiina Ristikari.

– Tutkimusohjelma ei vain lisää ymmärrystä lapsiperheköyhyydestä ja sen kielteisistä vaikutuksista yleisellä tasolla, vaan tavoitteellisesti etsii ratkaisuja. Ohjelmalla on selvä missio: vähentää lapsiperheköyhyyttä ja sen lapsille aiheuttamia haittoja, Ristikari toteaa.

Tavoitteena on selvittää lapsiperheköyhyyden laajuutta, kohdentumista ja syvyyttä Suomessa. Tutkimusohjelmassa myös etsitään vaikuttavia toimia lapsiperheköyhyyden vähentämiseksi ja vauhditetaan aihetta koskevaa kokeilutoimintaa.

Kokonaisbudjetti on noin 1,2 miljoonaa euroa. Osana ohjelmaa Itla lahjoitti lapsiperheköyhyyden tutkimukseen keskittyvän profes-

suurin Tampereen yliopistoon. Ohjelmaa toteuttaa lisäksi kaksi Itlaan palkattua tutkijaa.

TRANSLATIONAALINEN TUTKIMUSOTE YHDISTÄÄ KÄYTÄNNÖN JA TUTKIMUSTYÖN

Ohjelmalla on osallistava ja translationaalinen lähestymistapa lapsiperheköyhyyteen. Translationaalisessa tutkimuksessa kiinnostuksen kohteet nousevat käytännöstä ja arjesta. Tutkimuksen tuotokset puolestaan käännetään takaisin käytäntöön.

– Aktiivisella vuoropuhelulla varmistamme, että esitämme relevantteja tutkimuskysymyksiä ja että tutkimuksen tuotoksista on aidosti hyötyä, Ristikari sanoo.

Tutkimusohjelma koostuu neljästä työpaketista.

Ensimmäisen paketin teema on ”missä mennään”. Siinä selvitetään muun muassa, miten lapsiperheköyhyys on kehittynyt viime vuosina Suomessa ja miten lapsiperheköyhyys liittyy ylivelkaantumiseen, työllistymisen esteisiin sekä terveyteen.

Toisessa työpaketissa etsitään ratkaisuja – eikä ainoastaan sosiaaliturvasta, vaan ennakkoluulottomasti myös palvelujärjestelmän ja arjen tasolta.

– Esimerkiksi tiedämme, että työssäkäynti on lapsiperheköyhyydeltä suojaava tekijä. Mutta lapsiperheillä työssäkäyntiä voivat

”Mekanismit ovat arjen, palveluiden ja sosiaaliturvan risteyskohdissa.”

vaikeuttaa lasten hoito ja arjessa jaksaminen. Mekanismit ovat siis arjen, palveluiden ja sosiaaliturvan risteyskohdissa. Emme voi löytää ratkaisuja ymmärtämättä arjen prosesseja ja vaikeuksia, Ristikari sanoo.

Kolmannessa työpaketissa kehitetään innovatiivisia tiedonvaihdon menetelmiä. Tässä hyödynnetään Tiedoneuvonnan kehittämishanke Sofin lanseeraamaa ilmiöpöytämallia. Ilmiöpöydissä tuodaan yhteen tutkijat ja asiantuntijat, syntetisoidaan olemassa olevaa tietoa ja hahmotetaan keskeiset ratkaisemattomat tutkimuskysymykset.

Neljännessä paketissa rakennetaan tutkijoiden ja asiantuntijoiden yhteistyöverkostoja. Suomessa tehdään korkeatasoista lapsi-

perheköyhyyteen liittyvää tutkimusta. Itlan ohjelman tarkoituksena ei ole tehdä kilpailevaa tutkimusta, vaan tukea korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten työtä luomalla yhteistyöverkostoja.

LASTEN NÄKÖKULMAT ON ASETETTAVA KESKIÖÖN

Ristikarilla on mittava kokemus rekisteriaineistoista ja huono-osaisuuden tutkimuksesta. Hän johti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Kohortti 1987 -tutkimusta, joka uudisti suomalaista rekis-

”Tarvitsemme osallistavaa lähestymistapaa varmistamaan, ettei tutkimuksen ja arjen välille synny kuilua.”

teritutkimusta. Ristikari on Suomen viitatuimpia lapsuuden ja huono-osaisuuden tutkijoita.

Ristikari painottaa, miten tärkeää on ymmärtää samaan aikaan sekä ilmiön laajuutta kuvaavia tilastoja että arkea niiden taustalla. Suomen ainutlaatuisista rekisteriaineistoista voidaan laskea luotettavasti monia lapsiperheköyhyyteen liittyviä lukuja. Tarvitaan kuitenkin kosketuspintaa arkeen, jotta ymmärretään, mitä nämä luvut oikeastaan kuvaavat.

– Köyhyysriski, ylisukupolvinen huono-osaisuus tai työssäkäynnin esteet eivät välttämättä ole niitä sanoja, joilla lapset kuvaavat arkeaan. Tarvitsemme osallistavaa lähestymistapaa varmistamaan, ettei tutkimuksen ja arjen välille synny kuilua.

Tutkimusohjelmassa asetetaan keskiöön lasten ja nuorten oikeus saada äänensä kuuluviin. Sidosryhmiä otetaan mukaan laajasti.

Osallistavassa tutkimusasetelmassa lapsiperheköyhyyttä kokee neet ovat enemmän kuin aineistojen datapisteitä. He sparraavat ja haastavat, ohjaavat tutkimusten suuntaa, oikovat väärinymmärryk-

siä ja etsivät ratkaisuja yhdessä tutkijoiden kanssa. Aito osallistavuus vaatii tutkijoilta kykyä tarkastella omia ennakkokäsityksiään kriittisesti.

Suomessa lasten ja nuorten ohjausryhmät ovat harvinaisia tutkimushankkeissa, mutta ulkomailta niistä on saatu hyviä kokemuksia. Esimerkiksi Britanniassa on perustettu lasten oma köyhyyskomissio, jossa lapset ovat johtaneet lapsiperheköyhyyteen liittyvää tutkimusta. Itlan ohjelmassa tullaan ottamaan oppia tämän kaltaisista kokemuksista. ●

Tutkimusohjelman etenemisestä ja tuotoksista kerrotaan Itlan kanavissa ja ohjelman verkkosivuilla www.samaltaviivalta.fi.

Kooste ohjelman ensimmäisestä ilmiöpöytäkeskustelusta tässä lehdessä sivulla 13.



AAPO HIILAMO

MSc, VTM
erikoistutkija, Itla



Lisätietoja:

TIINA RISTIKARI

YTT
kehitysjohtaja, Itla
vieraileva tutkija, THL

LÄHTEET:

- 1 Suomen virallinen tilasto (SVT). Tulonjakotilasto. www.stat.fi/til/tjt/2019/01/index.html (2021)
- 2 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä (ind. 5097). <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/5097> (2021)



Tutkijat pohtivat ilmiöpöydässä perhetaustan vaikutusta koulutuspolkuihin – teemoiksi nousivat väliinputoaminen ja valinnanvapaus

Onko perhetaustan vaikutus kouluttautumiseen kasvanut? Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö kutsui aihepiiriin perehtyneitä tutkijoita yhteisen pöydän ääreen pohtimaan, kuinka oppimisen polarisoitumista ja köyhyyden siirtymistä sukupolvelta toiselle voitaisiin estää.

Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön (Itla) Samalta viivalta – ratkaisuja lapsiperheköyhyyteen -ohjelman ensimmäinen ilmiöpöytäkeskustelu käytiin marraskuussa 2021. Keskustelu oli osa ohjelmassa sovellettavaa Ilmiökarta-menetelmää. Se on Sofin (Science Advice Initiative of Finland) kehittämä menetelmä luotettavien tietosynteesien toteuttamiseksi kompleksisista aiheista.

Tarkoitus oli pureutua köyhyyden ylisukupolviseen siirtymiseen kartoittamalla, mitä perhetaustan vaikutuksesta koulutuspolkuihin tiedetään ja mitä ei. Paikalla oli Samalta viivalta -ohjelman asiantuntijoiden **Tiina Ristikarin**, **Aapo Hiilamon** ja **Jaakko Helanderin** lisäksi kymmenen aihetta omista kulmistaan lähestyvää tutkijaa.

Samalta viivalta -ohjelman lopullisena tavoitteena on vähentää maamme lapsiperheköyhyyttä ja sen eriarvoistavaa vaikutusta.

KASVAVA JOUKKO VÄLIINPUTOAJIA

Perinteisesti kouluttautuminen on ollut keino saavuttaa parempi sosioekonominen asema. Suomessa peruskoulu onkin pystynyt viime vuosikymmeniin saakka tasaamaan heikompien lähtökoh- tien vaikutusta koulumenestykseen. Viimeisimpien PISA-tutkimus- ten mukaan tässä on kuitenkin taannuttu ”normaaliin” eli OECD- maiden keskitasolle.

– Sosioekonomisesti heikommista taustoista tulevat oppilaat eivät enää menesty ”vastoin odotuksia” kuten aiemmin, PISA-tutki- muksen kansallinen tutkimusjohtaja **Arto Ahonen** toteaa.

– Niiden oppilaiden osuus on kaksinkertaistunut, joiden osaami- nen on sitä luokkaa, ettei sillä pärjää jatko-opinnoissa. Perhetaustan vaikutus näkyy erityisesti poikien Pisa-tuloksissa.

Suomessa näyttäisi olevan kasvava joukko väliinputoajia, jotka solahtavat läpi hyvinvointivaltion turvaverkosta.

– Joskus huomataan vasta ammattioppilaitoksessa, että eihän tämä nuori osaa lukea. Miten tällainen voi olla edes mahdollista täs- sä mainiossa järjestelmässä?, Helsingin yliopiston erityispedagogii- kan professori **Markku Jahnukainen** ihmettelee.

Pisa-tulokset ovat aiheuttaneet huolta vuodesta 2009 lähtien, mutta esimerkiksi opetushallituksen kansallisten arviointien mu- kaan oppimistulosten alamäki alkoi jo vuosituhannen vaihteessa, puolustusvoimien P-kokeen mukaan jo 1990-luvun puolivälissä.

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n erityisasiantuntija **Aleksi Kaleniuksen** mukaan käännepiirteen ajankohdalla on merkitystä trendin syiden ymmärtämiseksi. Siitä on kuitenkin monia näke- myksiä, mikä heikosti menestyvien oppilaiden joukkoa on viime vuosikymmeninä kasvattanut.

– Hyviä Pisa-tuloksia selitettiin sillä, että meillä on hyvät koulut ja opettajat. Huonoja tuloksia selitetään sillä, että vanhempia ei kiin- nosta ja lapset vaan roikkuvat älypuhelimilla, Kalenius veistelee.

SYSTEEMITASON MUUTOKSIA JA KOHDENNETTUJA INTERVENTIOITA

Syynä osaamisen polarisoitumiseen voi periaatteessa olla joko lähtökoh- tien eriytyminen tai varhaiskasvatuksen ja koulun aiem- paa heikompi kyky tasata eroja. Viimeksi mainittuun on pyritty hil- jattain vaikuttamaan maksuttomalla varhaiskasvatuksella ja oppi- velvollisuuden pidentämisellä. Jää nähtäväksi, häivyttävätkö nämä

”On monia näkemyksiä, mikä heikosti menestyvien oppilaiden joukkoa on viime vuosikymmeninä kasvattanut.”

toimet perhetaustan vaikutusta koulutuspolkuihin. Oletuksena on, että varhaiskasvatus parantaa erityisesti heikoista lähtökohdista ponnistavien lasten asemaa.

Helsingin yliopiston erityispedagogiikan professori **Pirjo Aunio** mukaan kotitaustan vaikutus näkyy esimerkiksi matemaat- tisten taitojen oppimisessa jo päiväkotiyksiköissä. Matematiikan heikko oppiminen taas yhdistyy koulupudokkuuteen. Kuitenkin tiedetään, että kierre voitaisiin katkaista varhaisilla interventioilla.

– Pelkkä systeemitaso, kuten varhaiskasvatus, ei riitä, vaan siihen pitäisi yhdistää kohdennettuja toimia, Aunio toteaa.

– Pedagogisilla interventioilla, jotka harjoituttavat toiminnan- ohjausta ja varhaisia akateemisia taitoja, voitaisiin vähentää oppi- misvaikeuksien ilmenemistä.

Periaatteessa kohdennetuilla interventioilla voidaan kaventaa alamarginaalia, eli heikoimmin pärjäävien osuutta. Systeemitason muutoksilla, kuten varhaiskasvatuksen kehittämisellä tai oppivelvollisuuden pidentämisellä taas voidaan siirtää koko jakaumaa. Ihanteellisesti rakenteet pystyisivät sekä kannattelemaan suurta joukkoa että vastaamaan jokaisen lapsen tarpeisiin niin, että kaikki voisivat saavuttaa oman potentiaalinsa eikä kukaan joutuisi väliinpuotoajaksi.

JÄRJESTELMÄN AUKOT PITÄISI TILKITÄ SISÄLTÄPÄIN

Paljon parannettavaa on kuitenkin jopa siinä ensimmäisessä palvelussa, johon lapsi pääsee osalliseksi – jo ennen syntymäänsä.

– Niin kiusallista kun tämä onkin sanoa, meidän neuvolan upeus on myytti, Helsingin yliopiston nuorisolääketieteen dosentti **Silja Kosola** toteaa.

”Elintavat polarisoituvat ja fyysiset ja psyykkiset sairaudet ennustavat koulupudokkuutta.”

– Neuvolassa keskitytään liikaa fyysiseen terveyteen. Esimerkiksi oppimisvaikeuksia pääsee aivan liian paljon läpi, eikä psykososiaalisiin haasteisiin saa riittävästi tukea. Kouluterveydenhuollon osalta taas kukaan ei oikeastaan tiedä, tuottaako se terveyttä. Resursseja upotetaan vaikuttamattomiin toimiin, kuten skolioosin seulontaan koko ikäluokalta.

Elintavat polarisoituvat ja fyysiset ja psyykkiset sairaudet ennustavat koulupudokkuutta. Terveyden eriarvoisuus on tekijä, joka välittää perhetaustan vaikutusta koulutuslopputulemiin. Todelliset hyvinvointivajeet pitäisi kyetä tunnistamaan paremmin. Kosolan



Samalta viivalta -ohjelman ensimmäinen ilmiöpöytäkeskustelu käytiin Helsingin kaupunginmuseon nostalgisessa Kasari-tilassa kymmenen tutkijan voimin.

mukaan yksi nykyjärjestelmän ongelmista on perheen kohtaamien työntekijöiden vaihtuvuus, minkä vuoksi menetetään monta mahdollisuutta havaita riskit ajoissa.

– Lisäksi yhteistyötä ja tiedon liikkumista ammattiryhmien välillä pitäisi edelleen parantaa. Vain näin voitaisiin päästä kiinni siihen, onko lapsen ongelmien taustalla ADHD, liian levoton luokkaympäristö vai onko niin, ettei kukaan laita häntä kotona nukkumaan. Asioiden käsittely ei saa jäädä vain siihen, että laitetaan kotiin Wilma-viesti, Kosola painottaa.

Jokainen ammattikunta haluaisi lisää resursseja juuri omalle kentälleen. Kosola kuitenkin muistuttaa, että jos jotain lisätään, jostain täytyy myös vähentää. Oma pesä pitäisi siivota ensin, eli tarkastella kriittisesti oman ammattikunnan toimintaa ja palveluja.

Markku Jahnukainen on samaa mieltä:

– Pitäisi selvittää, mikä oikeasti on vaikuttavaa ja mikä ei. Palveluista pitäisi löytää ne aukot, joista voi pudota läpi.

TRENDI VAI HARHA: ONKO KOTITAUSTAN VAIKUTUS KASVUSSA?

Epäkohtien ruotimisen keskellä on hyvä muistaa, että sosioekonomiset erot ovat Suomessa edelleen verrattain pieniä.

– Suomi kuuluu niiden maiden joukkoon, joissa on vähiten lapsiköyhyyttä. Esimerkiksi Ruotsissa on paljon pahempi tilanne, psykologian emeritaprofessori **Lea Pulkkinen** muistuttaa.

– Suomessa yhtäläisten mahdollisuuksien ideaali toteutuu paremmin. Vanhempien ja lapsen koulutustaustat korreloivat vain heikosti.

Osa keskustelijoista kyseenalaistaa jopa sen, että yhteys olisi viime aikoina vahvistunut.

– Kehitystä on vaikea mitata, koska koulutustaso on samalla noussut, Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen tutkimusprofessori **Tuomas Pekkarinen** sanoo.

– Jos katsotaan tulodesiilipohjaisia vanhempien aseman mittareita, eriarvoisuus ei juuri ole kasvanut.

Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoistutkija **Outi Sirniön** mukaan osa indikaattoreista viittaa eriarvoisuuden kasvun, osa ei.

– Pitäisi saada koherentimpaa tietoa siitä, mitä on tapahtunut ja mitä syitä taustalta löytyy. Sitäkään ei tiedetä, miten nyt koulutuksessa tai oppimistuloksissa tapahtuneet muutokset tulevat heijastumaan nuorten työmarkkina-asemaan, Sirniö toteaa.

Kotitaustan vaikutus lapsen tulevaan pärjäämiseen riippuu siis pitkälti siitä, mitä mitataan ja miten.

– Kaksostutkimusten mukaan jaettu ympäristö on vain heikko koulutuksen pituutta määräävä tekijä. Sen sijaan koulupudokkuuteen sillä on suurempi vaikutus, sosiologian erikoistutkija **Hannu Lehti** Turun yliopistosta sanoo.

– Kaiken kaikkiaan vanhempien tulojen suora vaikutus lapsen koulutukseen on pieni, mutta toimeentulotuen asiakkuus kyllä ennustaa koulupudokkuutta.

MATERIA ITSESSÄÄN EI RATKAISE KAIKKEA

Ratkaisevaa lapsen syrjäytymisen kannalta ei ole vain materiaallinen niukkuus sinänsä, vaan suuri merkitys on myös niillä vanhempien heikkoon sosioekonomiseen asemaan kytkeytyvillä tekijöillä, jotka vaikuttavat vanhemmuuden käytänteisiin.

– Vuorovaikutus vanhempien kanssa on kaiken ytimessä. Siksi vanhemmuuden tukea ja tietoa lapsen kehityksestä pitäisi lisätä, Lea Pulkkinen toteaa.

Pulkkinen on huolissaan siitä, että vanhempien kohtaamasta valtavasta tietotulvasta huolimatta ei ole kenenkään vastuulla kertoa perusasioista, kuten ihmisen yhteenkuuluvuuden, kyvykkyyden ja

”Valinnanvapaus suosii niitä lapsia, joiden vanhemmat osaavat käyttää sitä lastensa parhaaksi.”

autonomian tarpeesta. Hänen mielestään esimerkiksi Kansallinen lapsistrategia ei huomioi vanhemmuutta riittävästi.

– On käsittämätön paradoksi, että lähes mitään palkkatyötä ei nykyisin saa ilman tutkintoa, mutta vanhemmuuteen ei ole minkäänlaista koulutusta. Mistä vanhempi saa mallin hyvään vanhemmuuteen, jos hän ei ole itse sellaista saanut kokea?, Pulkkinen pohtii.

Tarvitaan myös konkreettista tukea, jolla saadaan kohennettua vaikeissa oloissa elävien perheiden arkea. Turvattomuutta voi aiheuttaa esimerkiksi se, jos lapsi joutuu olemaan yksin lomien, viikonloppujen tai vanhemman iltavuorojen ajan, kuten yksinhuoltajaperheissä voi käydä.

PALVELUT PAIKKAAVAT, JOS VANHEMMAT EIVÄT OSAA VALITA LAPSEN PARHAAKSI

Kotiolot ovat jokaisella lapsella vääjäämättä erilaiset, mutta hyvinvointivaltion pitäisi pystyä kannattelemaan myös heikommalla lähtökohdat saaneita. Kokonaiskuva kuitenkin puuttuu, miten ja missä määrin koulu voi muokata huono-osaisuuden siirtymistä sukupolvelta toiselle.

– Epidemiologit puhuvat vältettävissä olevista kuolemista. Samalla tavalla pitäisi miettiä, mikä on vältettävissä olevaa perhetaustan vaikutusta tai vältettävissä olevaa eriarvoistumista, Outi Sirniö kiteyttää.

Tuomas Pekkarinen muistuttaa, että periaatteessa vanhempien huono-osaisuuden vaikutusta lasten tulevaisuuteen voidaan vähentää kahdella tavalla: tarjoamalla resursseja, kuten tulonsiirtoja, tai kaventamalla valinnanvapautta. Valinnanvapaus kun suosii niitä lapsia, joiden vanhemmat osaavat käyttää sitä lastensa parhaaksi. Toiset lapset taas hyötyvät siitä, että joku muu tekee valinnan vanhempien puolesta. Valinnanvapauden kaventaminen tavallaan minimoi vanhempien mahdollisuuden tehdä katastrofaalisia virheitä.

– Oppivelvollisuuden pidentäminen on yksi pakkokeino. Tiedämme myös, että esimerkiksi peruskoulu-uudistus heikensi korrelaatiota vanhempien ja lapsen koulutustaustan välillä, Pekkarinen toteaa.

Paine valinnanvapauteen on kuitenkin kova ja esimerkiksi Ruotsissa sitä onkin viime vuosikymmeninä lisätty koulujärjestelmässä radikaalisti. Oppimisen erot eivät ole ainakaan kaventuneet.

Vaihtoehto pakkokeinoille voisi olla tuupaus, eli hyvien valintojen tekeminen mahdollisimman helpoksi. Ei kuitenkaan ole ihan helppoa keksiä, miten valintaympäristöä voisi manipuloida niin, että se koituisi heikommista lähtökohdista ponnistavien eduksi.

KOKO PORUKAN TAUSTAT VAIKUTTAVAT

Suomessakin valinnanvapautta on kasvatettu esimerkiksi painotetun opetuksen erikoislukioilla. Niiden voi nähdä lisäävän segregatiota, kun hyväosaiset vanhemmat kannustavat lapsiaan esimerkiksi musiikki- tai luonnontiedeluoille.

– Pisa-tulosten perusteella meillä on maailman tasalaatuisimmat koulut, mutta koulujen sisällä sen sijaan on vaihtelua. Meillä ratkaisee paljon se, missä seurassa lapsi opiskelee. Oma perhetaustaa enemmän merkitystä on koko porukan perhetaustoilla, Arto Ahonen selvittää.

Aleksi Kalenius on samaa mieltä luokan kokoonpanon merkityksestä:

– Suomessa ryhmä selittää isomman osan vaihtelusta kuin missään muussa Pohjoismaassa. Miksi esimerkiksi matematiikan perusteella valittu ryhmä pitää laittaa opiskelemaan muitakin aineita yhdessä?

Myös opettajissa on eroja, mutta opetuksen erojen vaikutuksista tiedetään vasta vähän.

– Mielenkiintoisia ovat **Hannu Rädyn** tutkimustulokset opettajien asenteista. Opettajat uskovat lahjakkuuden ideologiaan eli sisäsyntyisiin ominaisuuksiin koulumenestyksen selittäjinä vielä vahvemmin kuin muut korkeakoulutetut, Aleksi Kalenius pohtii.

Turun yliopiston sosiologian apulaisprofessori **Elina Kilpi-Jakonen** korostaa, että valinnanvapauden rajoittaminen ja koulutuksen tasa-arvoistuminen ei välttämättä johda ammattiasemaan perustuvaan sosiaaliseen liikkuvuuteen.

– Vaikka koulu pystyisi kaventamaan eroja, tämä ei välttämättä näy myöhemmin lasten työmarkkina-asemassa. Kansainvälisten tutkimustulosten mukaan hyväosaiset vanhemmat löytävät aina väyliä parantaa lastensa asemaa.

Vaikka perhetaustan yhteyden koulutuslopputulemiin usein väitetään olevan koulutuksen luonnonlaki, sen vahvuus vaihtelee maasta ja ajasta toiseen, eli siihen täytyy olla mahdollista vaikuttaa. Kouluissa ja muissa palveluissa voitaisiin tehdä paljon nykyistä enemmän vanhemmuuden puutteiden korjaamiseksi.

Konkreettisten keinojen pohdinta jatkuu varmasti Seuraavassa ilmiöpöytäkeskustelussa, jossa kohtaavat lapsiperhepalvelujen ammattilaiset. ●

Samalta viivalta -ohjelman tietosynteesit julkaistaan ohjelman verkkosivuilla (www.samaltaviivalta.fi).

Ohjelmasta lisää tässä lehdessä sivulla 11.



TIINA HUTTU

tiedeviestinnän asiantuntija
Itla

Kun nuorella on huoli, avun täytyy olla lähellä

Helsinki yrittää suitsia lasten- ja nuortenpsykiatrian ja lastensuojelun palvelujen kuormittumista vahvistamalla matalan kynnyksen palveluja ja ehkäisevää työtä perhekeskuksissa. Miepeistä saa apua ilman lähetettä ja jonottamatta.

Mieppi on Helsingissä asuville aikuisille ja yli 13-vuotiaille nuorille tarkoitettu kaupungin järjestämä matalan kynnyksen mielenterveyspalvelu. Miepeistä saa maksutonta keskusteluapua esimerkiksi ihmissuhdeongelmiin tai elämäntilanteeseen liittyviin huoliin, ilman lähetettä ja jonottamatta.

Palveluun kuuluu 1–5 tapaamista ja ne voidaan toteuttaa etäyhteyksillä tai kasvokkain. Lääkärin vastaanottoa Miepeissä ei ole, vaan työntekijät ovat sairaanhoitajia ja psykologeja.

Ensimmäinen Mieppi perustettiin Myllypuroon vuonna 2019, ja sen jälkeen toiminta laajeni Kalasatamaan ja Haagaan. Tarkoitus on avata vielä ainakin toiset kolme Mieppiä lisää.

Mieppien perustamisesta oli valtuustokaudella 2017–2021 päättämässä silloinen sosiaali- ja terveystoimen apulaispormestari ja sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja **Sanna Vesikansa**. Tätä nykyä hän toimii Helsingin vihreän valtuustoryhmän ensimmäisenä varavaltuutettuna, HUSin hallituksen jäsenenä sekä MIELI ry:n kriisitoimintojen johtajana. Hän on myös kolmen nuoren äiti.

– Valtuustokauden alkupuolella havahduttiin siihen, että lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kysyntä oli kasvanut, ja toisaalta saatavuus oli heikentynyt. Lapsilta ja heidän perheiltään tuli paljon palautetta, että asiat eivät toimi, Vesikansa kertoo.

– Lisäksi lastensuojelun, erityisesti sijaishuollon, tarve oli kasvanut. Oli liian monta välinputoajanuorta, joilla oli vaikeitakin mielenterveys- ja päihdeongelmia ja joita ei ollut kyetty auttamaan. Silloin tehtiin aika systemaattistakin analyysiä, että mistä kaikesta tämä johtui.

MIEPIT VASTAAVAT KASVANEeseen KYSYNTÄÄN

Vuosikymmen takaperin kaikki lasten ja nuorten psykiatria siirrettiin Helsingin kaupungilta HUSin vastuulle. Tarkoituksena oli taata laadukas hoito. Vesikansan mukaan kävi kuitenkin niin, että erikoissairaanhoito ei kyennyt vastaamaan nopeasti kasvaneeseen kysyntään eivätkä perustason palvelut pysyneet mukana. Varhaisen tuen tarve oli niin suurta, etteivät terveysasemat ja koulujen oppilashuolto riittäneet vastaamaan siihen.

Hoidon porrastaminen eli tuen mitoittaminen tarpeen mukaan ei onnistu, jos kaikki portaavat sakkaavat.

– Minulle tämä näyttäytyi jatkuvana vastuun pallotteluna HUSin ja Helsingin välillä, eivätkä asiat edenneet mihinkään suuntaan, Vesikansa toteaa.

– Päättäjänä ajattelen, että jos jokin ei toimi, pitäisi kyetä tekemään rakenteellisia muutoksia. Helppoa se ei tietenkään ole, kun samaan aikaan on psykiatri- ja psykologipulaa ja ties mitä pulaa.

– Mutta jollain tavalla täytyy mennä ongelmien juurisyihin ja tehdä muutoksia, jotka näkyvät arjessa.

Käännö tapahtui, kun ongelmat tunnustettiin ja käynnistettiin yhteinen palveluketjutyö. Siinä ovat mukana HUS, Helsingin sosiaali- ja terveystoimi ja koulujen oppilashuolto.

Kuntien työtä ohjaavat valtakunnan tasolla asetetut tavoitteet, kuten Kansallinen mielenterveysstrategia. Myös se korostaa matalan kynnyksen palveluja. Vesikansan mukaan niiden vahvistamisesta tehtiin useita valtuustoaloitteita. Siksi häntä hieman huvittaa väitteet siitä, etteivät päätöksentekijät muka ymmärrä ennaltaehkäisyn merkitystä. Hänen mukaansa jokainen valtuutettu varmasti haluaisi

”Hoidon porrastaminen eli tuen mitoittaminen tarpeen mukaan ei onnistu, jos kaikki portaavat sakkaavat.”

vahvistaa ehkäisevän mielenterveystyön roolia, mutta todellinen kysymys on, miten se tehdään.

– Palvelujärjestelmä on monimutkainen ja Kela ja kuntoutus ovat kaupungin politiikan ulottumattomissa. Lisäksi yhteistyö eri toimijoiden kanssa on joskus haastavaa, koska esimerkiksi erikoissairaanhoidon näkökulma ei aina huomioi riittävästi sosiaalista puolta – ja varmasti myös päinvastoin, Vesikansa kertoo.

– Siksi oli tärkeää, että palveluketjutyö käynnistettiin. Ihmiset, joilla oli eri näkemyksiä, istuivat samaan pöytään ja yrittivät päästä konsensukseen, mitkä ovat ne isot palveluaukot, joita lähdetään ensimmäiseksi paikkaamaan.

Mieppien kautta löydettiin ainakin yksi tapa päästä eteenpäin.

– Viranhaltijoilta tuli ehdotus Mieppi-konseptin kokeilemisesta. Tärkeää siinä on se, että ei ole portinvartijaa. Kuka tahansa on ter-
vetullut ilman palvelutarpeen arviointia. Pidän ehdotuksessa myös siitä, että ei lähdetty rakentamaan uutta klinikkaa tai diagnosointipalvelua, vaan haluttiin tarjota nimenomaan oikea-aikaista keskusteluapua tavallisiin huoliin, Vesikansa kertoo.

MIELENTERVEYSTUKEA KEHITETÄÄN KAUTTA LINJAN

Vesikansan mukaan Miepin perustamisesta on tullut myös kritiikkiä: miksi pystytetään uusi palvelu sen sijaan että tuettaisiin kouluterveydenhuoltoa?

– Itse ajattelen, että kanavia täytyy olla paljon. Myös kouluterveydenhuollon resursseja on lisätty ja tavoitteena pitääkin olla, että

myös oppilaitoksesta löytyy aikuinen, jonka puheille pääsee nopeasti. Kaikille ei kuitenkaan ole luontevaa keskustella koulupsykologin, -kuraattorin tai -terveydenhuoltajan kanssa. Sitä paitsi, Helsingissä on paljon välivuotta viettäviä nuoria, jotka eivät ole oppilashuollon tuen piirissä, Vesikansa muistuttaa.

Tässä tapauksessa siis sirpaleisuus tarkoittaa valinnanvaraa. Vesikansan mukaan tärkeintä on, että nuori tietää, mistä apua on saatavilla. Palvelujen täytyy myös toimia järkevästi yhteen, niin että ketju matalan kynnyksen palveluista aina HUSin nuorisopsykiatrian palveluihin saakka toimii sujuvasti ilman tulppia. Ohjautumisen tulee tapahtua yhdenvertaisesti tarpeen perusteella.

Miepin perustamisen lisäksi paljon muutakin on tapahtunut sen jälkeen, kun ennaltaehkäisevien mielenterveyspalvelujen tarve tiedostettiin. Helsinki on ottanut käyttöön lyhytpsykoterapian palvelusetelin ensimmäisenä kaupunkina Suomessa ja päättänyt myös terapiatakuun käyttöönottoamisesta vuonna 2022.

– Nyt pitää luoda suunnitelma, kuinka terapiatakuuta lähdetään toteuttamaan. Minusta Miepit toimivat tässä tosi hyvänä alustana, mutta tietenkään ei saa olla niin, että Mieppiin pääsee helposti, mutta muissa kanavissa on kohtuuttomat odotusajat. Palvelulupaus on pystyttävä toteuttamaan kautta linjan, eli ensikontaktin täytyy kaikkialla toteutua kahden viikon kuluessa.

ELÄMÄNKRIISEJÄ EI PIDÄ MEDIKALISOIDA LIIKAA

Varhaiseen tukeen kannattaa panostaa, jotta ongelmat eivät kumuloidu. Nuorilla on paljon avuntarvetta, johon ei liity varsinaista mielenterveyden häiriötä.

Vesikansa korostaakin, ettei nuorten elämäntilanteisiin liittyviä kriisejä pidä medikalisoida liikaa. Monet nuoret tarvitsevat pikeminkin elämänhallintaan ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvää tukea kuin varsinaista terapiaa.

Toki palvelujen suunnitteluun vaikuttaa sekin, että psykiatreista on kova pula, mutta psykiatrisia sairaanhoitajia ja psykologeja on paremmin saatavilla. Heitä on saatu rekrytoitua Mieppeihin hyvin.

Eri professioilla on oma katsantokantansa, taustaorganisaationsa ja tutkimusnäyttönsä. Vesikansan mukaan silloin mennään kuitenkin metsään, jos nuori joutuu odottamaan viikkokausia päästäk-

seen tietyn koulutuksen saaneen kovatasoisen ammattilaisen vastaanotolle, tietyillä menetelmillä hoidettavaksi.

– Uskon että erityisesti lapsille ja nuorille on kaikkein tärkeintä päästä välittävän ja kuuntelevan ammattitaitoisen henkilön luokse juuri silloin kun kysymys on kiperä, Vesikansa pohtii.

Avun täytyy lisäksi olla helposti saavutettavissa ja vieläpä tulla aikuiselta, jonka kanssa haluaa istua samassa huoneessa.

– Olen kuullut lastensuojelun kokemusasiantuntijan sanovan, että "Ihan kiva että pääsi nuorisopsykiatrialle, mutta Kivikosta oli siinä tilassa henkisesti ja myös fyysisesti aika pitkä matka kulkea

”Nuorten elämäntilanteisiin liittyviä kriisejä ei pidä medikalisoida liikaa.”

Pasilaan, joten kesken jäi”. Sitten sanotaan, että nuori ei sitoudu. Palvelun siis pitäisi myös pystyä tulemaan nuoren luo.

PALVELUJEN LAATUA TÄYTYY SEURATA

Vesikansa ei kuitenkaan halua vähätellä asiantuntemuksen ja tutkimustiedon merkitystä. Hänen mukaansa päättäjät yleensä ymmärtävät, kuinka tärkeää on, että palveluissa käytetyt menetelmät perustuvat tutkimusnäyttöön ja että vaikuttavuutta seurataan.

Vielä ei kuitenkaan tiedetä, onko esimerkiksi Mieppien avaamisen vähentänyt kuormitusta raskaammissa palveluissa. Se on kuitenkin jo nähty, että tulijoita on ja monelle on myös riittänyt tarjottavat viisi hoitokertaa. Hyötyjä voidaan arvioida tarkemmin, kunhan Mieppiin hakeutuvien ihmisten palvelun käytöstä ja jatkopoluista kertyy enemmän tietoa.

Palvelujen sisältöä, kuten esimerkiksi sitä, mitä psykososiaalisia menetelmiä käytetään, punnitaan virkamiesvalmistelussa. Helsingin mittakaavassa budjetissa päätetään isommista linjoista.

Asiantuntijatieto näyttäytyy päättäjän näkökulmasta joskus ristiriitaisena, eikä Vesikansan mukaan aina ole selvää, mitä koulukuntaa uskoa. Hän korostaa asiantuntijoiden vastuuta: valmistelutyössä pitäisi päästä konsensusukseen siitä, mikä on kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaista, eikä ajaa vain laput silmillä oman erityisalan näkemystä.

– Voi olla niin, että HUSin psykiatri vannoo menetelmän X nimeen, Helsingin koulupsykologit taas ovat sitä mieltä, ettei se ole oikea menetelmä ja kaupungin sote-palveluissa sanotaan, että menetelmä Y toimisi. Ymmärrän, miten tärkeää on pitää professioiden rajoista ja asemista kiinni, mutta kyllä tässä jokainen ammattilainen saisi katsoa peiliin.

Vesikansa näkee päätöksentekijän roolin sparraajana, strategisen suunnan antajana ja resurssien mahdollistajana. Ihanteellisesti päättäjät antavat selkeät tavoitteet ja heittävät sitten pallon takaisin viranhaltijoille, jotka kertovat, mitä voidaan tehdä.

Vuosittaisessa budjettivalmistelussa on tietysti se haaste, että kun ei ole monen vuoden näköalaa, myöhemmin toteutuvia säästöjä ja tuloksia on vaikeampi huomioida kuin akuutteja menoja. Uuden tuomiseen pitää aina neuvotella myös rahat jostain.

– Virkakunnan näkökulmasta poliitikot ehdottavat aina vaan uusia, hienoja asioita, ja virkakunnan vastuulla on huolehtia, että edes se pystytään hoitamaan, mihin on jo sitouduttu. Asiat etenevät, kun päätöksentekijät ja viranhaltijat katsovat samaan suuntaan.

Miepin kohdalla tapahtui juuri näin. Ja jossain vaiheessa matalan kynnyksen palveluihin satsaamisen luulisi näkyvän raskaamman hoidon tarpeen vähentymisenä. ●



Sanna Vesikansa oli valtuustokaudella 2017–2021 päättämässä Mieppien perustamisesta Helsingin silloisena sosiaali- ja terveystalokunnan puheenjohtajana ja apulaispormestarina.

MILLOIN MIEPPIIN?

Yksi avainhenkilöistä Mieppien suunnittelussa on ollut Helsingin kaupungin psykiatrian ensilinjan palveluiden päällikkö **Sami Keränen**.

Mistä nuori tietää, hakeako apua huoliinsa Miepistä vai kenties koulupsykologilta, kuraattorilta, terveyskeskuksesta tai nuorisoasemalta, Sami Keränen?

Väärin ei voi valita, mutta kaikkiin palveluihin ei välttämättä pääse heti.

Mieppiin voi tulla tai ottaa yhteyttä kuka tahansa nuori tai aikuinen. Kaikkia autetaan viipymättä.

Jos nähdään, että tilanne vaatii esimerkiksi lääkitysarviota tai huomattavasti pidempää hoitoa kuin noin viittä käyntikertaa, asiakas ohjataan paremmin soveltuvaan palveluun. Lisäksi jos on jo mielenterveyteen liittyvä hoitokontakti muualle, hoitoa suositellaan jatkettavan siellä, koska usea samanaikainen hoitokontakti ei ole asiakkaan edun mukaista.

Miepissä yritämme ensisijaisesti saada kiinni porukasta, joka hyöttyy lyhyestä interventtiosta. Aina sitä ei tietenkään voi arvioida heti. Pyrimme kuitenkin siihen, että asiakas saa tarvitsemansa



Helsingin kaupungin psykiatrian ensilinjan palveluiden päällikkö Sami Keränen on ollut yksi avainhenkilöistä Mieppien suunnittelussa.

avun Miepin käynneillä, eikä häntä tarvitsisi ohjata enää muualle. Tarvittaessa voidaan tehdä yhteistyötä muiden tahojen, esimerkiksi sosiaalineuvonnan kanssa.

Iso asiakasryhmä Miepissä ovat 20-vuotiaat nuoret aikuiset. Teinejäkin käy, mutta nuorempi ikäryhmä ohjautuu ehkä enemmän oppilashuoltoon.

Myös nuorisoasema palvelee 13–23-vuotiaita helsinkiläisiä. Se on profiloitunut hieman vaikeampien mielenterveyshäiriöiden sekä

”Kaikkia autetaan viipymättä.”

päihdeongelmien ja peliriippuvuuden hoitoon, ja siellä on myös lääkärin vastaanotto.

Miten Mieppiin tullaan?

Sisäänpääsyväyliä on tosi monta, koska halusimme, että palvelu on oikeasti helposti tarjolla, eikä mikään ryhmä jää ulkopuolelle. Netistä löytyy yhteydenottolomake, tai ajan voi varata soittamalla. Lisäksi Mieppien toimipisteisiin voi tulla tiettyinä aikoina myös suoraan, ilman ajanvarausta. Palvella voidaan suomen, ruotsin, somalian tai englannin kielellä ja tarvittaessa käytetään tulkkeja.

Vaikka Mieppi toimii tiettyssä mielessä terveysasemien mielenterveyslokkeena, se on haluttu profiloida omaksi jutukseksi kynnyksen madaltamiseksi. Miepissä pääsee heti mielenterveysammattilaisen juttusille. Terveysasemaa ei aina mielletä paikaksi, jonne voi hakeutua keskustelemaan tämän tyyppisissä asioissa.

Mitä Miepissä tapahtuu?

Yhteydenottopyynnössä pyydetään kuvaamaan, miksi hakee apua, mutta kaikista asiakkaista ei ole mitään esitietoja. Yleensä lähdeään siltä pohjalta liikkeelle, mitä asiakas kertoo tilanteestaan juuri sillä hetkellä.

Sitten keskustellaan ja mietitään, miten asiakasta voidaan auttaa. Kaikki Miepin ammatillaiset on täydennyskoulutettu ainakin lyhyeen kognitiivis-analyttiseen tai hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Joillain on myös muita lisäkoulutuksia. Näitä viitekehyksiä käytetään keskustelussa hyödyksi. Käypä hoito -suositukseen nojataan, kuten muuallakin terveydenhuollossa. ●

Yhteystiedot ja yhteydenottolomake:

www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/terveysasemat/mieppi-mielenterveyspalvelupiste/

Kirjoittaja:

TIINA HUTTU

tiedeviestinnän asiantuntija
Itla

Oulun kaupungin yhteisövaikuttavuusmallissa perhe saa vankan tukiverkoston

Oulussa havahduttiin siihen, että palveluja, keinoja ja osaamista perheiden auttamiseksi löytyi, mutta näiden yhteenliitos ei toiminut. Tarvittiin muutosta totuttuihin työtapoihin ja tapaan tehdä moniammatillista yhteistyötä. Sitten Oulun malli on saanut paljon tunnustusta.

Oulun kaupungin yhteisövaikuttavuusmalli on saanut viime aikoina huomiota. Malli muun muassa palkittiin 7.12.2021 Finlandia-talolla järjestetyssä Kuntatyö2030-gaalassa. Hyvä kiertämään -kampanjaan osallistui lähes 200 uutta, pääasiassa opetus- ja kasvatusalaan tai sosiaali- ja terveysalaan liittyvää kehittämistekoa eri puolilta Suomea.

Oulun yhteisövaikuttavuusmalli on kerännyt tunnustusta aiemminkin. Sen varhainen versio, Kaakkuri-pilotti palkittiin vuonna 2019 Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön (Itla) Lapsuuden rakentajat-haastekilpailussa.

Sitten Itla on toiminut yhteisövaikuttavuusmallin taustatukiorganisaationa muun muassa tarjoamalla asiantuntijuutta ja rahoittamalla kaupungille kehittäjätyöntekijän 50-prosenttisella työajalla. Yhteisövaikuttavuustyön ympärille on koottu myös alueellinen oppimisverkosto, johon kuuluu muitakin alueita Suomesta.

MITÄ ME VIRKAMIEHET, JOHTO JA TYÖTEKIJÄT VOIMME TEHDÄ TOISIN?

Oulun kaupungin oppilashuollon palvelupäällikkö **Tuula Takalo** kertoo, että yhteisövaikuttavuustyön käynnisti alun perin tarve vahvistaa lasten, nuorten ja perheiden varhaista tukea sekä yhteinäistää toimintatapoja.

– Havahduimme siihen, että lastensuojelun ja korjaavien palvelujen tarve oli jatkuvassa kasvussa, vaikka ammattilaisia oli koulutettu erilaisiin interventioihin ja monia hankkeita oli toteutettu muun muassa monialaisen lapsi- ja perhekeskeisen verkostotyön kehittämiseksi, Takalo kertoo.

– Olennaista oli tiedostaa, että mikään ulkopuolinen ei ratkaise perheiden ongelmia. Käännyimme katsomaan omaa toimintaamme: mitä me virkamiehet, johto ja työntekijät voimme tehdä toisin, jotta perheet saavat tarvitsemansa tuen paljon aiemmin ja vaikuttavammin? Ei hankkeena, vaan osana meidän omaa viranomaistyötä ja perustehtävää.

Oli tunnistettu, että palvelujärjestelmä oli sirpaleinen ja monet palvelut toimivat irrallaan lapsen tai nuoren kehitysympäristöstä eli varhaiskasvatuksesta, koulusta, harrastuksista ja kodista.

– Usein vaikeiksi kääntyneissä tilanteissa huomattiin taaksepäin katsottaessa, että lasta tai perhettä oli yritetty auttaa monessa kohdassa ja mukana oli ollut paljon palveluita. Tavattoman paljon oli tehty, mutta toisistaan erillisiksi ja perheiden arjesta irrallisiksi jääneet

palvelut eivät olleet pystyneet vaikuttamaan riittävästi, Takalo pohtii.

Palveluja, keinoja ja osaamista siis löytyi, mutta näiden yhteenliitos ei toiminut. Tarvittiin muutosta totuttuihin työtapoihin ja tapaan tehdä moniammatillista yhteistyötä. Kehitysympäristön toimijat varhaiskasvatuksessa ja koulussa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lapsi-, perhe- ja aikuispalveluissa täytyi saada kytkeytyä tiiviimmäksi, hallintorajat ylittäväksi yhteistyöverkostoksi, jolla on yhteinen tavoite ja yhteiset toimintatavat.

Lähestymistavaksi omaksuttiin yhteisövaikuttavuus, joka on kansainvälisesti tutkittu viitekehys. Siinä olennaista on, että jokai-

”Palveluja, keinoja ja osaamista siis löytyi, mutta näiden yhteenliitos ei toiminut.”

sen osallisen toimintaa kaikilla organisaatiotasolla ohjaa yhteisesti määritelty tavoite.

VUOROLUKUPERINTEESTÄ OPETELTAVA POIS

Yhteisövaikuttavuusmallin myötä moni asia tehdään Oulussa toisin kuin aiemmin. Painopistettä on siirretty tuen tarpeen varhaisen merkkien ja lapsen elämässä tai perheen arjessa tapahtuvien muutostilanteiden tunnistamiseen. Sillä ammattilaisella, jolla huoli herää, on myös vastuu ottaa asia puheeksi ja käynnistää lähiverkoston yhteistyö lapsen tai perheen auttamiseksi. Olennaista on, että tarvittavat tahot lähtevät yhdessä ja yhtäaikaaisesti liikkeelle, havaittiinpa avun tarve aikuispalveluissa tai esimerkiksi koulujen oppilashuollossa.

Toisin kuin ennen, lasta tai perhettä ei lähetetä yksittäiselle ammattilaiselle yksittäiseen palveluun, vaan kasvatusympäristön toimijat ja perheen tarvitsemat palvelut kootaan vankasti yhteen. Perheen ongelmia ei myöskään ”viedä” viranomaistyöhön ratkaistavaksi, vaan perheet ovat työskentelyssä koko ajan avainroolissa. Toiminta siis käynnistetään yhden kontaktin periaatteella ja samalla huolehditaan siitä, että mikään taho tai kukaan aikuinen ei jää yksin lapsen tai perheen auttamisessa.

Tämä vaatii, että palvelujen vuoroluvun perinteestä opetellaan aktiivisesti pois. Jos aiemmin jokainen toimija odotti omaa vuo-



Tuula Takalon mukaan olennaista oli tiedostaa, että mikään ulkopuolinen hanke ei ratkaise ongelmia, vaan perheiden tukea täytyy kehittää osana viranomaistyötä.

roaan puuttua tilanteeseen omin palvelukriteerein ja omilla interventioillaan, nyt liikkeelle lähdetään yhdessä.

– Ammatillaiset on perinteisesti koulutettu ratkaisemaan asiakkaan ongelmaa omassa lokerossaan. Yhteisövaikuttavuusmalli on kuitenkin alun perin kehitetty nimenomaan monimutkaisiin ilmiöihin, joita ei ratkaista yhdessä palvelussa, Takalo korostaa.

Nyt lähtökohdaksi otetaan yhteinen tavoite perheen arjen parantamiseksi. Lisäksi huolehditaan siitä, että kaikilla toimijoilla on tarvittavat edellytykset vastata yhteiseen tavoitteeseen. Opettajan ei kuitenkaan tarvitse muuttua sosiaalityöntekijäksi, vaan kunkin toimijan rooli ja merkitys verkostossa määräytyy perustehtävän mukaisesti.

– Olennaista on, että toimintamalli leikkaa läpi koko palvelujärjestelmän ja on tuttu jokaiselle työntekijälle kentältä ylimpään johtoon. Sama toimintamalli koskee niin varhaiskasvattajaa päiväkodissa kuin lääkärinä aikuisten mielenterveysvastaanotolla. Työhön tulee läpinäkyvyyttä ja ennakoitavuutta, kun kaikki tietävät, mitä seuraavaksi tapahtuu ja kenen toimesta.

YKSI PUHELINSOITTO RIITTÄÄ VERKOSTOTYÖN KÄYNNISTÄMISEKSI

On tärkeää, että aloitteen yhteistyöstä voi tehdä kuka tahansa perheen kanssa tekemisissä oleva ammattilainen. Kun vaikkapa työlisyys- tai päihdepalveluissa huomataan, että vaikeassa tilanteessa olevalla asiakkaalla on alaikäisiä lapsia, myös näiden tarvitsemas- ta tuesta keskustellaan asiakkaan kanssa. Tai kun koulukuraattori huomaa ensimmäiset merkit lapsen haastavasta tilanteesta, perheen kanssa sovitaan lähiverkoston koolle kutsumisesta.

Yleensä vanhemmat, lapset ja myös nuoret suhtautuvat tähän myönteisesti, ja silloinkin kun alku on haastavaa, eteenpäin päästään pienin askelin.

– Ammatillainen ei voi odottaa, että haavoittuvassa tilanteessa oleva vanhempi on itse aktiivinen, vaan ammatitaitoa on kutsua ja motivoida perhe mukaan yhteistyöhön. Myös esimerkiksi oppilas- huollon kanssa asioinut nuori yleensä ymmärtää, että on hänen etunsa, että hänelle tärkeät aikuiset otetaan mukaan yhteistyöhön, Takalo kertoo.

Konkreettisesti työ alkaa tuen tarpeen havainneen ammatilai- sen soitolla alueen verkostotyötä koordinoivaan sosiaali- ja perhe- palvelujen numeroon. Sitten mietitään yhdessä, kenellä kaikilla on

toimintamahdollisuuksia perheen asiassa. Ammatilaisten verkosto saadaan koolle viimeistään kahden viikon kuluessa puhelusta.

Tapaamisissa hyödynnetään Oulussa laajasti käyttöön otettua Lapset puheeksi -menetelmää, joka raamittaa seurantalapaamisten valmistelua ja perheen kanssa käytävää dialogia.

Keskusteluissa saatua tietoa hyödynnetään oikeanlaisen tuen järjestämiseksi. Tässä huomioidaan laajalti koko kasvuympäristö, myös vapaa-ajan harrastukset.

– Tapaamisissa mietitään arkilähtöisesti ja ratkaisukeskeisesti niitä toisiaan tukevia käytännön toimia, joilla yhteiseen tavoitteeseen voidaan päästä. Samalla etsitään suojaavia tekijöitä, jotka lisäävät pärjäävyyttä, Takalo kertoo.

Lapselle voidaan yhdessä miettiä omia tavoitteita esimerkiksi koulusta lintsaamisen vähentämiseksi tai vanhemmille alkoholin- käytön hillitsemiseksi. Myös ammatillaiset tekevät konkreettisia lupauksia siitä, kuinka he omassa työtehtävässään auttavat perhettä.

JATKUVAA OPPIMISTA

Palaute ja jatkuva oppiminen ovat tärkeitä yhteisövaikuttavuus- mallin kehittämiseksi. Oulussa mallin käyttöönottoa ja kehittämis- tä kullakin alueella koordinoivat johtotiimit, joihin kuuluu lähiesi- miehiä sivistystoimen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sekä kolmannelta sektorilta. Johtotiimi kokoontuu kuukausittain ja tarkistaa toiminnan suunnan perheiltä ja toimijoilta systemaattises- ti kerätyn palautteen ja sovittujen seurantamittareiden avulla.

– Vaikka pääperiaatteet ovatkin selvät, toimintamalli muotoutuu kentältä saadun palautteen perusteella. Myös ammatilaisten kou-

”Jos aiemmin jokainen toimija odotti omaa vuoroaan puuttua tilanteeseen, nyt liikkeelle lähdetään yhdessä.”

luttaminen on tärkeä yhteisen ymmärryksen syventämiseksi ja esi- merkiksi toisten toimenkuvien tuntemiseksi, Takalo toteaa.

– Muutoksen toteuttaminen ei ole ihan helppoa. Vaikka yhteinen ymmärrys löytyy, usein toinen käsi tekee tottumuksesta niin kuin aina ennenkin. Johdon täytyy muutostilanteissa mennä lähelle työn- tekijöitä ja kannatella uutta toimintatapaa yhdessä heidän kanssaan.

Yhteisövaikuttavuusmallin kehitystyössä ovat vahvasti mukana Oulun yliopisto, taustatukiorganisaatio Itla ja alueellinen oppimis- verkosto. Oppimisverkostossa pohditaan, mikä toimii ja mikä ei, ja mikä on olennaista kullakin alueella.

Oulussa mallista on jo saatu myönteisiä kokemuksia ja se on laajentumassa koko kaupungin kattavaksi. Eri sektoreiden ja toi- mijoiden välinen yhteistyö on tehostunut ja toiminnan katvealueita on kyetty tunnistamaan aiempaa paremmin. Myös perheiden avun- saanti on nopeutunut. ●



TIINA HUTTU
tiedeviestinnän asiantuntija
Itla

Lastensuojelun tutkimusperustan vahvistamisen haasteita ja mahdollisuuksia

- Lastensuojelun toimintamallit voivat olla lupaava tapa parantaa lastensuojelua, mutta systemaattisen kirjallisuuskatsauksemme mukaan niiden vaikuttavuudesta on vielä hyvin vähän tietoa. Tarve mallien vaikuttavuustutkimukselle on suuri.
- Lastensuojelun tutkimusperustaisuuden edistämässä voidaan toimintamallien ohella hyödyntää muita rinnakkaisia strategioita.
- Kehittämistyöhön tulisi kytkeä nykyistä enemmän arviointitutkimusta. Näin uusista lupaavista menetelmistä ja malleista saataisiin tuotettua tietoa aiempaa järjestelmällisemmin.
- Tieto olisi myös paremmin yleistettävissä, kun sen tuottamista olisivat ohjanneet tieteellisen tutkimuksen yleiset eettiset periaatteet ja hyvä tieteellinen käytäntö.



ELINA AALTIO

VTM, väitöskirjatutkija
Jyväskylän yliopisto



NANNE ISOKUORTTI

VTM, sosiaalityöntekijä,
väitöskirjatutkija
Helsingin yliopisto



Lastensuojelun laatua on viime vuosikymmeninä pyritty parantamaan sosiaalityön työskentelytapaa kokonaisvaltaisesti uudistavien toimintamallien avulla. Suomessa tällainen on ollut Systeeminen lastensuojelun toimintamalli. Child Abuse & Neglect -lehdessä julkaisemamme, toimintamalleja arvioivan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella mallien vaikuttavuudesta tiedetään kuitenkin vielä vähän [1]. Malleja koskevan vaikuttavuustutkimuksen lisäämisen ohella lastensuojelun kehittämisessä onkin tärkeää pohtia myös muita strategioita.

Tämän artikkelin tavoitteena on eritellä lastensuojelun ja sen kehittämisen tutkimusperustaan liittyviä haasteita sekä esitellä kolme rinnakkaista strategiaa lastensuojelun laadun ja vaikuttavuuden lisäämiseksi. Artikkelin pyrkii toimimaan käytännönläheisenä keskustelunavauksena lastensuojelun ja sen kehittämisen tutkimusperustan vahvistamiseksi.

Lastensuojelulla viittaamme lastensuojelulaissa tarkoitettuun lapsi- ja perhekohtaiseen lastensuojeluun, jota toteutetaan tekemällä asiakassuunnitelma, järjestämällä avohuollon tukitoimia,

”Sosiaalityöllä ei ole vastaavanlaista perinnettä tutkimusperustaisesta käytännöstä ja kehittämisestä kuin terveydenhuollossa.”

tekemällä kiireellinen sijoitus ja huostaanotto sekä järjestämällä niihin liittyvää sijaishuoltoa ja jälkihuoltoa (LsL 417/2007, 3 § [2]). Tutkimusperustaisella toiminnalla tarkoitamme toimintatapaa, joka perustuu ”parhaaseen saatavilla olevaan tieteelliseen tietoon siitä, mikä toimii, ja mikä on mahdollisesti haitallista” [3]. Olennaisinta on myös huomioida asiakastyön ja kehittämisen konteksti, kuten asiakasryhmän tarpeet ja käytettävissä olevat resurssit [4].

Lastensuojelun toimintamallilla (practice model, myös practice framework) tarkoitamme lastensuojelun työskentelyä konkreettisesti ohjaavaa kehystä, joka nojaa tiettyyn arvo- ja teoriapohjaan ja sisältää tietyt käytännöt ja taidot, joita on määrä käyttää asiakastyön kaikissa vaiheissa [5].

Mallien tavoitteena on parantaa lastensuojelun laatua sekä lasten ja perheiden tilannetta [6]. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on kehittänyt ja levittänyt vuodesta 2016 lähtien Systeemistä lastensuojelun toimintamallia [7]. Vuoden 2020 lopulla THL:n

tiedossa oli noin 180 lastensuojelun sosiaalityön tiimiä eri puolilla Suomea, jotka olivat ottaneet tai ottamassa systemisen mallin käyttöön (SyTy-ohjausryhmä 2.12.2020, julkaisematon esitys).

Systeemisen toimintamallin esikuvana on toiminut englantilainen Reclaiming Social Work -malli [8], joka on Englannissa ollut käytössä ainakin seitsemällä paikkakunnalla [9,10]. Euroopassa laajemmin levinnyt toimintamalli on Australiassa kehitetty Signs of Safety [11], joka on esimerkiksi Englannissa kokonaan tai osittain käytössä noin sadalla paikkakunnalla [12]. Lisäksi lisensoituja Signs of Safety -kouluttajia löytyy mm. Ruotsista, Tanskasta, Hollannista ja Belgiasta.

Toimintamalleja voidaan pitää yhtenä strategiana lisätä lastensuojelun tutkimusperustaisuutta. Niiden ideana on paitsi yhtenäistää asiakastyön laatua, myös lisätä työntekijöiden teoreettista ja analyttistä osaamista sekä tarjota työntekijöiden käyttöön harkittu valikoima asiakastyön menetelmiä ja työkaluja. Kaikki toimintamalleihin valitut työkalut ja menetelmät eivät kuitenkaan ole välttämättä tutkimusperustaisia. Kokonaisuudessaan toimintamallien vaikuttavuudesta tiedetään vielä vähän [1]. Lisäksi toimintamallien sisältöön ja käyttöönottoon on liittynyt monenlaisia haasteita niin Suomessa [13] kuin muualla [12,14].

Toimintamallien levittämisen rinnalla onkin syytä pohtia myös muita strategioita, joilla lastensuojelun tutkimusperustaisuutta voidaan lisätä. Seuraamamme kehittämiskeskustelun ja tutkimuskirjallisuuden perusteella olemme hahmottaneet kolme strategiaa, joilla lastensuojelussa sovellettavien menetelmien, mallien, tietojen ja taitojen tutkimusperustaisuutta voidaan lisätä:

- lastensuojelun toimintamallien tutkimusperustan vahvistaminen
- näyttöön perustuvien menetelmien laajempi käyttöönotto
- sosiaalityöntekijöiden ydintaitojen ja -tietojen vahvistaminen.

Sosiaalityöllä ei Suomessa tai kansainvälisesti ole vastaavanlaisia perinnettä tutkimusperustaisesta käytännöstä ja kehittämisestä kuin terveydenhuollossa. Scurlock-Evansin ja Uptonin (2015) systemaattisen katsauksen perusteella näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoa sosiaalityössä hidastivat kiire ja ajanhallintaan liit-

”Näyttöön perustuviin interventioihin nojaaminen on voinut tuntua liian yksinkertaistetulta ‘reseptikirja-lähestymistavalta.’”

tyvät haasteet, tutkimuskirjallisuuden heikko saatavuus sekä väärinkäsitykset tutkimusnäytön hyödyntämisestä asiakastyötä koskevassa päätöksenteossa [15].

Grayn ym. (2013) katsauksessa puolestaan mainittiin haasteina organisaation riittämättömät resurssit (sisältäen työntekijöiden kiireen ja pääsyn tutkimuskirjallisuuteen), työntekijöiden heikot taidot ja tiedot liittyen tutkimusnäytön etsimiseen ja hyödyntämiseen, organisaatiokulttuuri, tulosten huono siirrettävyys tutkimusympäristöstä omaan työhön, työntekijöiden epäilevä asenne sekä riittämättömän ohjaus tutkimusnäytön hyödyntämiseen omassa työssä [16].

Regehrin ym. (2007) mukaan sosiaalityössä on saatettu vierastaa näyttöön perustuvan tiedon kulttuuria, koska alalla painotetaan vahvasti holistista ihmiskäsitystä ja yksilöllistä harkintaa [17]. Tätä vasten näyttöön perustuviin interventioihin nojaaminen on voinut tuntua liian yksinkertaistetulta ”reseptikirja-lähestymistavalta”.

Sundell ym. (2010) ovat luonnehtineet sosiaalityötä ”näkemysperustaiseksi” (opinion-based) käytännöksi, sillä sosiaalityössä painottuvat ammattilaisten näkemykset sekä muu tutkimaton tieto näyttöön pohjautuvan tiedon sijaan [18].

Vaikka kokemustiedolla on sosiaalityössä paikkansa, näkemyksemme mukaan sosiaalityön olisi tärkeää siirtyä kohti tutkimusperustaisempaa käytäntöä ja kehittämistyötä. Tällä tavoin saataisiin muodostettua parempi käsitys siitä, mitkä interventiot sopivat

”Interventioiden onnistunut käyttöönotto edellyttää paitsi riittävää koulutusta ja tukea, myös palautteen keruuta ja arviointia.”

tietynlaisten asiakkaiden tiettyihin tarpeisiin parhaiten, miten näitä interventioita tulisi tarkkaan ottaen soveltaa, ja mistä puolestaan voi olla asiakkaille jopa haittaa.

Alan tutkimusperustainen kehittäminen on myös eettinen kysymys. Viime vuosina sosiaalityön vaikuttavuuteen onkin kiinnitetty entistä enemmän myönteistä huomiota. Vaikuttavuuden arviointi on esimerkiksi mainittu sosiaalihuoltolaissa (2014/1301, §15 [19]), ja se on nostettu yhdeksi painopistealueeksi sosiaalityön tutkimuksen valtion rahoituksessa. Aika näyttää siten olevan kypsä konkreettiseksi siirtymälle kohti tutkimusperustaista kehittämistä.

Ideaalitapauksessa tutkimusperustainen kehittäminen tulisi aloittaa tutustumalla aihepiiriä koskevaan tutkimuskirjallisuuteen, kuten interventioiden vaikuttavuutta koskeviin systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin tai tutkimusnäyttöä arvioivien tahojen tuottamiin yhteenvetoihin (kuten Kasvun tuki -tietolähde, www.kasvuntuki.fi). Vaikuttavuusnäytön lisäksi kehittäjiä on arvioitava intervention soveltuvuutta oman organisaation, työntekijöiden ja asiakkaiden tarpeisiin sekä käyttöympäristöön. Myös intervention käyttöönottoa koskevaan tutkimustietoon on syytä tutustua.

Intervention soveltaminen eri käyttötarkoituksessa kuin mihin se on kehitetty, ei välttämättä tuota toivottua lopputulosta, eikä käyttöönotto ilman riittävää koulutusta ja tukea onnistu laadukkaasti. Tutkimusperustainen kehittäminen vaatii tuekseen siis sekä vaikuttavuutta että käyttöä koskevaa tietoa. Molempiin liittyy sosiaalityössä tietoaukkoja. Sosiaalityön tutkimusalalla on tähän asti tehty vain hyvin niukasti kokeellista tutkimusta, jonka valossa voitaisiin arvioida eri interventioiden vaikuttavuutta [20,21]. Vaikuttavuustutkimuksen lisäksi myös implementoitututkimuksella olisi suomalaisen sosiaalityön kehittämiseen ja tutkimukseen paljon annettavaa [22].

SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET LYHYESTI

Lastensuojelun toimintamallit tarjoavat käytännön asiakastyötä konkreettisesti ohjaavan kehyksen lastensuojelun sosiaalityölle. Euroopan lisäksi malleja on kehitetty ja käytetty myös Australiassa ja Yhdysvalloissa. Mallien suosiosta ja niihin liittyvän tutkimuksen lisääntymisestä huolimatta toimintamallien vaikuttavuutta arvioivia systemaattisia kirjallisuuskatsauksia ei ole ennen omaa katsaustamme julkaistu.

Katsauksessamme keskityimme siihen, missä määrin eri mallit tuottavat toivottuja tuloksia todellisissa olosuhteissa. Tavoitteena oli koota tietoa kontrolloidulla koeasetelmalla tehdyistä tutkimuk-

sista. Tutkimusasetelmaa koskevana sisäänottokriteerinä käytettiin sitä, että toimintamallin vaikuttavuutta oli verrattu tavanomaiseen lastensuojelun sosiaalityöhön joko satunnaistetulla kontrolloidulla kokeella tai kvasikokeellisella koeasetelmalla, jossa lapsen ja perheen tilanteesta oli tietoa koe- ja kontrolliryhmästä kahdelta mitauskerralta (ns. ennen–jälkeen-tutkimus). Tutkimuskysymyksenä oli ”kuinka vaikuttavia lastensuojelun toimintamallit ovat lastensuojelun asiakkuudessa olevien 0–17-vuotiaiden lasten ja heidän vanhempiansa tilanteen muuttamisessa toivottuun suuntaan?”

Etsimme tutkimuksia kymmenestä alan keskeisestä tietokannasta, internetistä ja valittujen tutkimusten kirjallisuusluetteloista. Lopulta sisällytimme katsaukseen viisi tekstiä, jotka edustivat kuutta tutkimusta. Tutkimukset käsittelivät kolmea toimintamallia, joita olivat Solution-Based Casework (SBC), Signs of Safety (SoS) ja Reclaiming Social Work (RSW). Tutkimusasetelmaltaan kaikki katsaukseen sisällytetyt tutkimukset olivat kvasi-kokeellisia. Neljä teksteistä oli vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita [23–26]. Yksi oli vertaisarvioimaton tutkimusraportti [9].

Systemaattisen artikkelien laadun arvioinnin perusteella voitiin todeta, että mukaan päätyneet tutkimukset olivat metodologisesti heikkolaatuisia. Laatua heikensivät muun muassa otosten valikoituneisuus (selection bias): satunnaistamisen puuttuessa esimerkiksi arvioitavan toimintamallin koulutuksiin vapaaehtoisesti haakeutuvat saattoivat olla mallista lähtökohtaisesti muita työntekijöitä innostuneempia. Laatua heikensi myös otoskokojen pienuus, mikä osaltaan rajoitti käytettävissä olevia tilastollisia analyyseja ja niiden voimaa. Seurannat olivat lyhytkestoisia (3–6 kk), ja kahdessa tutkimuksessa seuranta-aikaa ei kerrottu [23,25]. Lisäksi Antlen

”Vuorovaikutuksen laadun ei tulisi nojata työntekijän luontaisiin taitoihin tai muutaman opintopisteen kurssiharjoituksiin.”

tutkimusryhmä käytti vaikuttavuuden arviointiin validoimattomia mittareita, joiden pätevyyttä ei ollut mahdollista arvioida. Kaiken kaikkiaan sekä toimintamalleja että tehtyä tutkimusta kuvattiin useissa julkaisuissa niukasti, mikä vaikeutti tutkimusten laadun tarkempaa arviointia huolimatta alkuperäisten julkaisujen kirjoittajilta pyytämistämme lisäselvityksistä.

Katsaus on tietääksemme ensimmäinen, joka on koonnut ja arvioinut käytössä olevien toimintamallien vaikuttavuutta koskevaa tutkimusnäyttöä. Katsaukseen sisällytetyjen tutkimusten pieni määrä liittyy tiukoihin kelpoisuuskriteereihimme, joiden tarkoituksena oli seuloa tutkimusten joukosta ne, joiden avulla voimme saada luotettavaa tietoa toimintamallien vaikuttavuudesta lastensuojelun kontekstissa.

Katsauksen haasteena oli myös toimintamallien käsitteellinen joustavuus. Vaikka toimintamalleja on kuvattu ja tutkittu yhä enemmän, niistä käytettiin useita termejä, kuten ’practice frameworks’, ’change programmes’ tai ’intervention models’. Yhteenvetona voimme todeta, että vaikka toimintamallit voivat olla lupaava tapa parantaa lastensuojelua, tulostemme mukaan niiden vaikuttavuudesta on vielä hyvin vähän tietoa. Tarve mallien vaikuttavuustutkimukselle on siten suuri. Toimintamallien käyttöönotto ei myöskään ole ainoa keino kehittää lastensuojelun laatua ja vaikuttavuutta, vaan tärkeää on pohtia myös muita strategioita.

STRATEGIOITA LASTENSUOJELUN TUTKIMUSPERUSTASEEN KEHITTÄMISEEN

Tässä osiossa pohdimme kolmea rinnakkaista kehittämisstrategiaa, jotka on tiivistetty taulukkoon 1. Strategiat eivät ole toisensa poissulkevia, vaan organisaatiot voivat vahvistaa asiakastyön ja sen kehittämisen tutkimusperustaisuutta monin keinoin.

Strategia 1: Sosiaalityön työskentely- ja organisointitapaa uudistavat toimintamallit

Vaikka toimintamallien vaikuttavuudesta on vähäisesti näyttöä, ne ovat varsin suosittuja lastensuojeluorganisaatioiden keskuudessa. Organisaatioiden, jotka ovat ottaneet tai ottamassa käyttöön tällaista toimintamallia, on kuitenkin hyvä ymmärtää tutkimusperustan ohuus ja edetä implementoinnissa varovasti muutosta seuraten. Aiempaa implementointitutkimusta koskeneen synteessin perusteella esimerkiksi tiedetään, että uusien ohjelmien tai interventtioiden onnistunut käyttöönotto edellyttää paitsi riittävää koulutusta ja pysyvää käyttöönoton tukea, myös palautteen keruuta ja arviointia, jotta implementointiprosessia voidaan tarvittaessa parantaa [28]. Lisäksi implementointi edellyttää käyttäjäystävällistä materiaalia, kuten oppaita ja ohjeistuksia [29].

Onkin hyvä tiedostaa, että siinä missä yhden toimintamallin kehittäjät tarjoavat käyttäjille erilaisia soveltamisoppaita, toisen toimintamallin kehittäjät näkevät oppimisen ja soveltamisen tapahtuvan tarkoituksenmukaisimmin ilman manuaaleja. Samalla kun lastensuojeluorganisaatiot arvioivat eri vaihtoehtojen tutkimusnäyttöä, on hyvä arvioida myös eri malleihin liittyvän koulutuksen, materiaalien ja käyttötuen sopivuutta oman organisaation tarpeisiin.

Toimintamallien vahvuutena on koko lastensuojelutyön kokonaisvaltainen uudistaminen ja pitkäjänteinen sitoutuminen yhteiseen orientaatioon. Lisäksi malleista on positiivisia käyttäjäkokemuksia [esim. 9,30]. Mallien vaikuttavuustiedon puutteen ohella tämän strategian haasteena ovat kuitenkin mallien implementointiongelmat.

Aiemman tutkimuksen mukaan toimintamallin edellyttämää muutosta voivat vaikeuttaa esimerkiksi johdon tuen puute, riittämättömät resurssit, toimintamallin heikko yhteensopivuus organisaation muiden käytäntöjen ja muutospyrkimysten kanssa, puutteellinen koulutus ja valmennus uuteen työtapaan, työntekijöiden vaihtuvuus sekä toimintamallin epäselvyys [13,30–32].

Toimintamallien voidaan siten ajatella sopivan sellaiseen organisaatioon, jossa sekä johto että työntekijät ovat sitoutuneita kokonaisvaltaiseen ja pidempiaikaiseen työskentelytavan muutokseen, ja organisaatiolla on mahdollisuus järjestää työntekijöille riittävä tuki ja resurssit työskentelytavan implementointiin. Mallit ovat toistaiseksi vapaasti käytettävissä ilman erillisiä maksuja, ja niitä voidaan soveltaa vapaasti.

Suomessa on vuodesta 2017 alkaen pilotoitu Reclaiming Social Work -malliin pohjautuvaa systeemistä toimintamallia (nykyisin SyTy). Tähänastisten tutkimustulosten perusteella vaikuttaa siltä, että kokonaisvaltaisen toimintamallin käyttöönotto on haastavaa [13,33]. Pilottivaiheessa kerätyn aineiston perusteella juuri millään paikkakunnalla ei ollut onnistuttu luomaan sellaista kontekstia, jossa systeemistä asiakastyötä ja tiimin yhteistä vastuuta ja reflektointia olisi ollut mahdollista toteuttaa siten, että ne olisivat kattaneet koko asiakaskunnan tai edes suurimman osan siitä. Tästä huolimatta mallilla kuitenkin nähtiin olevan potentiaalia, mihin viittaa myös sen laaja ja nopea leviäminen uusille paikkakunnille. Päivitetty arvio mallin toimeenpanon onnistumisesta edellyttäisi kattavaa kysely- tai haastattelukierrosta nykyisille systeemille tiimeille ja niiden asiakkaille.

Strategioita lastensuojelun tutkimusperustaisuuden vahvistamiseen

Strategia	Esimerkkejä	Vahvuudet	Heikkoudet	Käyttäjryhmä	Asiakasryhmä
#1 Sosiaalityön työskentely- ja organisointitapaa uudistavat toimintamallit	Solution-Based Casework Reclaiming Social Work/ systeeminen toimintamalli Signs of Safety	Kokonaisvaltainen uudistus Yhdenmukainen käytäntö Positiiviset kokemukset	Implementointi-ongelmat Vaatii paljon resursseja Kompleksisuus Heikko tutkimusnäyttö vaikuttavuudesta	Tiimi/ organisaatio	Kaikki tiimin/ organisaation asiakkaat
#2 Näyttöön perustuvat menetelmät sosiaalityön tukena	Ilmeelliset vuodet* Voimaperheet* MDFT* (nuorille suunnattu monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely)	Vakiintuneita, näyttöön perustuvia menetelmiä, joiden odotetuista vaikutuksista tiedetään	Palveluntarjoajana usein sosiaalityön yhteistyökumppani Ei paranna sosiaalityön oman asiakastyön laatua tai vaikuttavuutta Menetelmien lisenssit/ maksullisuus	Ohjelman kelpoisuusehdot täyttävä sosiaali- tai terveysalan ammattilainen	Valikoidut asiakasryhmät (kuten lapset, joilla käytös- häiriöitä tai nuoret, joilla käytös- ja päihdehäiriöitä)
#3 Sosiaalityöntekijöiden osaamisen tutkimusperustainen vahvistaminen	Vuorovaikutus-taidot** Tietoperustan vahvistaminen (esim. kehitys- psykologia)	Konkreettisia taitoja ja tietoja, joita voi laaja-alaisesti soveltaa päivittäisessä asiakastyössä Ei edellytä lisärekrytointeja (vrt. toimintamallit)	Toistaiseksi ei vielä kehitetty ja tutkittu täydennys- koulutusohjelmia lasten ja perheiden sosiaalityön kontekstiin mainituista osaamisalueista	Sosiaalityöntekijä/ ohjaaja	Kaikki työntekijän asiakkaat

* Vahva dokumentoitu tutkimusnäyttö (Kasvun tuki) **Alustava dokumentoitu tutkimusnäyttö [27]

Strategia 2: Näyttöön perustuvat menetelmät sosiaalityön tukena

Nopein, välittömästi käytettävissä oleva strategia on hyödyntää nykyistä enemmän näyttöön perustuvia menetelmiä, joilla tuetaan lasta, vanhempia tai perhettä. Tällaisia menetelmiä ovat esimerkiksi vanhemmuuden tukemiseen tarkoitettut Ilmeelliset vuodet tai Voimaperheet sekä nuorille suunnattu monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely (MDFT). Näiden interventioiden vaikuttavuudesta on vahvaa dokumentoitua näyttöä [mm. 34–40] toisin kuin sosiaalityön toimintamalleista (strategia 1). Näitä interventioita on myös kehitetty tutkimusperustaisesti siinä missä sosiaalityön innovaatioita kehitetään usein kokemusperustaisesti.

Kun interventioilla on vahva näyttö, sen voidaan oikein implementoituna luottaa parantavan kyseisen asiakasryhmän tilannetta toivotulla tavalla. Näyttöön perustuvien menetelmien hyvistä ominaisuuksista huolimatta lastensuojelun sosiaalityöntekijät eivät välttämättä huomaa hyödyntävänsä niitä osana lastensuojelun työskentelyä, vaikka niitä olisi kunnassa tarjolla. Esimerkiksi Karjalaisen

ja Santalahden (2016) tutkimuksen mukaan lastensuojelun työntekijät suosittelivat perheille Ilmeelliset vuodet -ryhmää selvästi vähemmän kuin perheneuvolan työntekijät [41].

Lastensuojelun sosiaalityön näkökulmasta olennaista on miettiä 1) miten sosiaalityöntekijä tunnistaa ne asiakkaat, joille tällainen täydentävä interventio sopii, 2) onko näitä interventioita riittävästi tarjolla ja 3) miten ne sovitautuvat osaksi lastensuojelun sosiaalityön prosessia. Sopivien asiakkaiden tunnistamisen helpottamiseksi olisi tärkeää viestiä sosiaalityöntekijöille itse interventiosta ja sen saatavuudesta tietyille asiakasryhmälle. Tietoisuuden ja käyttökokeusten kertyminen voisi lisätä entisestään interventioiden hyödyntämistä lastensuojelun piirissä.

Osa näyttöön perustuvista menetelmistä vaatii organisaatiolta lisenssin. Osa menetelmistä ei ole lisensoituja, mutta niiden kehittäjä tai kotipesä voi muulla tavoin kontrolloida sitä, että menetelmää käytetään tarkoitettulla tavalla. Tyypillisesti niiden käyttö edellyttää ohjelman hyväksymän koulutuksen käymistä. Tämä voi vaikuttaa niiden saatavuuteen, mikäli niiden käyttöönottoon ei ole resurssoi-

tu riittävästi varoja. Näyttöön perustuvia vanhemmuusohjelmia on tällä hetkellä saatavilla vain osassa kuntia. Esimerkiksi Ihmeelliset vuodet -ryhmänohjaajia oli 17 paikkakunnalla [41] ja Voimaperheet oli käytössä kymmenessä kuntayhtymässä/ terveystieteissä sekä kuudella paikkakunnalla [42].

Näyttöön perustuvan menetelmän tuottama hyöty voi olla kiinni käytön oikea-aikaisuudesta, jolloin menetelmän on oltava välittömästi tarpeen ilmetessä perheiden saatavilla. Esimerkki tällaisesta lastensuojelun interventioista on intensiivinen kotiin vietävä kriisityö (intensive family preservation services), joka Bezeczkyn ym. (2019) meta-analyysin mukaan on vaikuttava tapa vähentää lasten sijoituksia kriisitilanteissa olevissa perheissä [43].

Meta-analyysin mukaan interventiolle ovat tunnusomaisia seuraavat ominaisuudet: 1) perheen lasten kohdalla mietitään akuutisti kodin ulkopuolelle sijoittamista, 2) perhetyöntekijä on yhteydessä perheeseen vuorokauden kuluessa havaitusta tarpeesta, 3) perheelle annetaan kotiin vietävää tukea 4–6 viikon ajan, 4) perhetyöntekijät ovat perheen saatavilla vuorokauden ympäri seitsemänä päivänä viikossa ja 5) työntekijöillä on 2–3 asiakasperhettä kerrallaan, jotta he voivat työskennellä perheiden kanssa intensiivisesti ja joustavasti.

”Mikäli interventiota muokataan, se on syytä tehdä harkiten ja intervention asiantuntijoita kuullen.”

Suomessa tunnettua tehostettua perhetyötä (LsL 417/2007, 36 § [2]) ei ole täsmällisesti määritelty, ja sen sisältöä on pyritty jäsentämään ns. sisältöelementtien avulla [44]. Jatkokehittämisessä olisi hyvä tuoda tehostetun perhetyön sisälle vaikuttavaksi osoitettuja työmuotoja, kuten edellä kuvattua intensiivistä kriisityötä.

Pohdittaessa näyttöön perustuvien menetelmien nykyistä suurempaa hyödyntämistä lastensuojelun tukena on huomattava, että tässä strategiassa lapsi, nuori tai perhe lähetetään usein (vaikkei aina) varsinaisen intervention piiriin lastensuojelun sosiaalityön yksikön ulkopuolelle. Tällöin on tarpeen vahvistaa monialaista yhteistyötä. Yksi mahdollisuus lisätä menetelmien ja sosiaalityön välistä integraatiota voisi olla intervention vahvempi sitominen osaksi lastensuojelun asiakassuunnitelmaa (LsL 417/2007, 30 § [2]) samalla tiivistäen menetelmän toteuttajan (esim. vanhemmuusryhmänohjaaja) ja sosiaalityöntekijän välistä yhteistyötä. Toisekseen voitaisiin selvittää mahdollisuuksia sijoittaa näyttöön perustuvia menetelmiä lähemmäs lastensuojelun yksikköä sen sijaan, että niitä tarjottaisiin vaikkapa vain erikoissairaanhoidossa ilman yhteyttä lastensuojelun sosiaalityöhön.

Terveystieteiden työntekijät ovat esimerkiksi pohtineet, sopisiko nuorille suunnatun monimuotoisen perheterapeuttisen työskentelyn (MDFT) sijainniksi pikemminkin lastensuojelu kuin psykiatria [45]. Viime aikoina joitakin alun perin muuhun käyttöympäristöön kehitettyjä näyttöön perustuvia menetelmiä on tutkittu myös lastensuojelun asiakasryhmällä hyvin tuloksin. Karjalaisen (2021) tutkimuksen mukaan Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmän avulla voidaan onnistuneesti vähentää lasten käytösongelmia lastensuojelun piirissä olevissa perheissä [46]. Tulosten mukaan lastensuojelussa asioivat vanhemmat myös sitoutuivat hyvin ohjelmaan ja pitivät sitä yhtä hyödyllisenä kuin vanhemmat, joilla ei ollut yhteyttä lastensuojeluun.

Täydentäviä, näyttöön perustuvia interventioita on perusteltua hyödyntää ja niiden tarjontaa lisätä, mutta samaan aikaan on välttämätöntä lisätä lastensuojelun ja lapsiperheiden sosiaalityön vaikuttavuutta sosiaalityön sisällä. Tällä viittaamme siihen asiakastyöhön, jota lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä tekee itse kohdattaen lasta ja perhettä. Tähän tarkoitukseen voidaan ottaa käyttöön paitsi kokonaisvaltaisia toimintamalleja, myös kevyempiä, tarkemmin rajattuja ratkaisuja, joilla voidaan parantaa lastensuojelun ja perhesosiaalityön työntekijöiden asiakastyön osaamista (strategia 3).

Strategia 3: Sosiaalityöntekijöiden osaamisen tutkimusperustainen vahvistaminen

Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet on eritellyt sosiaalityön koulutuksen ja ammatillisen osaamisen ydinalueita [47]. Oikeudellisten kysymysten hallinnan, palvelu- ja etuusjärjestelmän tuntemuksen, eettisen harkintakyvyn ja erinäisten yleisempien osaamisalueiden rinnalla keskeistä sosiaalityön ammatissa on vuorovaikutusosaaminen ja työmenetelmäosaaminen. Suomessa sosiaalityön yliopistokoulutus pyrkii Sosnetin julkaisun mukaan tuottamaan laaja-alaista osaamista asiakas- ja asiantuntijatyöhön.

Sosiaalityön kompleksisten ilmiöiden syvällisemmäksi ymmärtämiseksi ja käytännön osaamisen vahvistamiseksi sosiaalityöntekijät tarvitsevatkin perustutkintoa täydentävää koulutusta tiettyä asiakasryhmää koskevista teemoista ja asiakastyössä sovellettavista menetelmistä. Sosnetin mukaan ”asiakastyö edellyttää vahvaa metodista osaamista” [mainittu teos, 47]. Tämän toteutumiseksi myös käytännössä sosiaalityössä olisikin tärkeää lisätä selkeästi nimettyjä ja määriteltyjä asiakastyön menetelmiä ja menetelmäkoulutusta. Ehdotamme kolmanneksi strategiaksi, että sosiaalityöntekijöiden menetelmäosaamista eriteltäisiin tarkemmin ja vahvistettaisiin tutkimusperustaisesti.

Koska työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on sosiaalityön ytimessä, vuorovaikutustaidot ovat yksi keskeisistä osa-alueista, johon tutkimusalan ja kehittäjien pitäisi kiinnittää tarkempaa huomiota. Vuorovaikutuksen laadun ei tulisi nojata työntekijän luontaisiin taitoihin tai perustutkintoon sisältyviin muutaman opintopisteen kurssiharjoituksiin.

Aihepiiristä on tehty vasta vähän tutkimusta, mutta löydösten perusteella voidaan jo nyt tarkentaa käsityksiä työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen mekanismeista ja ulottuvuuksista. Whittaker ym. (2017) ovat ensinnäkin osoittaneet, että lastensuojelun ja perheiden sosiaalityössä tarvittavia ja käytettäviä vuorovaikutustaitoja voidaan luokitella ja pisteyttää työn kehittämistä ja tutkimista varten [48]. Toisekseen Forrester ym. (2019) ovat alustavasti päätelleet, että työskentelylle asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa tärkeää on työntekijän kyky herätellä asiakkaan omaa motivaatiota muutokseen (*evocation*) ja ns. hyvä auktoriteetti (*good authority*) [27]. Hyvällä auktoriteetilla tutkijat viittaavat työntekijän kykyyn työskennellä tarkoituksenmukaisesti ja lapsikeskeisesti sekä ilmaista huolenaiheensa selkeästi.

Suhteen rakentamistaidot (*relationship building*) olivat sen sijaan selkeämmin yhteydessä siihen, miten asiakas sitoutui työskentelyyn, kuin asiakastyön vaikuttavuuteen. Suhteen rakentamistaitoihin lukeutuivat empatian osoittaminen, yhteistyö sekä asiakkaan autonomian tunnustaminen ja vahvistaminen.

Havainnot ovat siksi kiinnostavia, että sosiaalityön kehittämiseen liittyvissä keskusteluissa on usein painotettu juuri asiakkaiden osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden vahvistamista. Vaikka nämä pyrkimykset ovatkin merkityksellisiä asiakasprosessin laadun kannalta, asiakastyön vaikuttavuuden kannalta niillä voi olla

vähemmän merkitystä kuin on ajateltu [27]. Haasteena on, että vuorovaikutustaitoihin liittyvää tutkimusta ja tutkimukseen perustuvaa koulutusta ei Suomessa toistaiseksi tiedäksemme ole. Tulevaisuudessa sosiaalityön tutkijoiden ja oppilaitosten olisi tartuttava tähän haasteeseen.

Vuorovaikutustaitojen ohella on tarpeen vahvistaa työntekijöiden tietoperustaa. Työntekijöille olisi hyödyllistä esimerkiksi tarjota tutkimukseen perustuvaa tietoa lapsen kehityspsykologiasta tai trauma-informoidusta työtavasta [49]. Tieto pitäisi tarjota sellaisessa muodossa, että se olisi helppo omaksua ja että sitä olisi helppo soveltaa asiakastyössä. Kaiken kaikkiaan konkreettisiin, päivittäisiin

”Millä aikajänteellä ja mittareilla asiakastyön tuloksia on perusteltua arvioida?”

sessä asiakastyössä tarvittaviin olennaisiin tietoihin ja taitoihin kouluttaminen voisi olla kustannustehokas tapa vahvistaa työntekijöiden keinovalikoimaa ja osaamista. Tähän strategiaan kuuluvat toimenpiteet ovat myös pääosin lisensoimattomia ja vapaasti käytettävissä.

POHDINTA

Tässä artikkelissa olemme pohtineet sosiaalityön tutkimusperustaisen kehittämisen haasteita ja mahdollisuuksia. Nähdäksemme haasteisiin voidaan parhaiten vastata niillä konkreettisilla toimilla, joita olemme pohtineet tässä artikkelissa. Olemme tunnistanee ainakin kolme strategiaa sosiaalityön asiakastyön tutkimusperustaisuuden lisäämiseksi käytännössä, minkä lisäksi erittelemme vielä tutkimusnäytön tuottamiseen liittyviä tarpeita.

Strategioita tarkasteltaessa voidaan pohtia, millaiseksi sosiaalityöntekijän rooli asiakasprosessissa halutaan määritellä. Tulisiko sen olla lääkärin roolia vastaava siten, että sosiaalityöntekijän tehtävänä on tunnistaa asiakkaan tarpeet ja ohjata eteenpäin näitä tarpeita parhaiten vastaaviin toimenpiteisiin? Vai tulisiko sosiaalityöntekijän roolin olla ennemminkin terapeutin kaltainen, jolloin työntekijän on itse kyettävä tekemään psykososiaalista muutostyötä?

Nykyisten lasten ja perheiden sosiaalityötä koskevien keskustelujen pohjalta tulkitsemme, että sosiaalityöntekijöiltä toivotaan nimenomaan jälkimmäistä. Sosiaalityön ongelmia jäsentävissä puheenvuoroissa on jo useita vuosia painotettu, että sosiaalityön on poislähtämisen tai palveluohjauksen sijaan palattava tekemään suhdeperustaista asiakastyötä [ks. 50,51]. Suhdeperustaisessa työssä työntekijältä edellytetään aivan muita taitoja kuin palveluvalikoiman tuntemusta ja hallintopäätöksiä.

Määrittelemämme strategioita voidaan hyödyntää rinnakkain, mutta kaikki niissä kuvatut interventiot vaativat vähintään työntekijöiden kouluttamista. Sopivimpien interventioiden valitsemiseksi olisi hyvä, jos esimerkiksi Kasvun tuki -tietolähteessä olisi mahdollista tarjota arvioita yhä enenevässä määrin myös sellaisista interventioista, joita sosiaalityöntekijät voivat itse hyödyntää omassa työssään. Vaihtoehtoisesti sosiaalityöhön voitaisiin laatia Käypä hoito -suositusten kaltaisia ohjeistuksia.

Nämä toimet eivät poistaisi sosiaalityöntekijöiden tapauskohtaisen harkinnan ja asiakkaiden yksilöllisen huomioimisen merkitystä, mutta helpottaisivat sosiaalityöntekijöiden työtä olennaisimman tutkimustiedon haltuunotossa ja soveltamisessa. Ne myös toisivat sosiaalityön asiakkaiden saataville entistä enemmän tutkittuun tie-

toon perustuvia palveluja. Edellä mainittujen ohjeistusten laatiminen luonnollisesti edellyttää, että sosiaalityön menetelmistä on olemassa primääritutkimusta, jonka perusteella niiden vaikuttavuutta voidaan arvioida ja käyttöä suositella. Sosiaalityöhön soveltuvia menetelmiä koskeva tutkimusnäyttö ei välttämättä ole aina syntynyt juuri sosiaalityön tutkimusalalla, mutta tällä ei ole merkitystä, mikäli menetelmää on voitu käyttää tuloksellisesti juuri lastensuojelussa asioivien perheiden parissa.

Vaikuttavuusnäyttöä ei ole vielä kovin monesta lupaavaksi koetusta interventiosta. Sellaisten menetelmien tai mallien, joista näyttöä ei ole, käyttöönotto on hyvä aloittaa pienimuotoisella kokeilulla ja ideaalitapauksessa liittyy kokeiluun tutkimusta. Kokeiluissa on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että niistä on sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta enemmän hyötyä kuin haittaa. Tämän arvioimiseksi on kuultava asianosaisia ja kerättävä yhteen eri näkemyksiä.

Kehittämisinnotus voi toimia kannattelevana voimana, mutta se voi myös peittää alleen ongelmia, jotka heikentävät implementoinnin laatua, ellei niihin tartuta. Jo ennen implementointia, mutta myös sen jo käynnistyttyä, esihenkilöiden ja johdon vastuulla on arvioida sitä, onko organisaatiolla realistiset valmiudet ottaa interventio käyttöön suunnitellun kaltaisena [ks. myös 22]. Tärkeintä on, että organisaatio valitsee sellaisen strategian, jonka se pystyy aidosti toteuttamaan.

Mikäli interventiot muokataan, se on syytä tehdä harkiten ja intervention asiantuntijoita kuullen. On tärkeää tietää, mistä periaatteista on pidettävä kiinni, jotta toivottuja tuloksia voidaan odottaa. Myös työntekijöiden suuntaan on oltava rehellinen. Jos ryhdytään implementoimaan menetelmästä vain valikoituja osioita tai muunnellaan menetelmää itse, ei pidä luvata tuloksia, joista ei ole takeita. Vaikka osa artikkelissa kuvatuista interventioista on lisensoimattomia, niitä tulisi silti soveltaa harkitusti aiempaa tutkimustietoa hyödyntäen, jotta toivotut tulokset on mahdollista saavuttaa.

Vahvan näytön tuottaminen uusista interventioista on sosiaalityön kentällä usein hankalaa, koska interventiotutkimuksen traditio puuttuu. Uusia interventioita kehitettäessä ja pilotoitaessa ei välttämättä kiinnitetä lainkaan huomiota siihen, miten niiden vaikuttavuudesta voitaisiin kerätä luotettavaa tutkimustietoa. Vapaasti polveileva kehittämisprosessi voi vaikuttavuuden arvioinnin näkö-

”Vahvaa näyttöä tuottavien tutkimusasetelmien toteuttaminen ei onnistu yksittäisten tutkijoiden pieninä hankkeina.”

kulmasta tarkoittaa sitä, ettei ole selvää mitä arvioidaan [12], eikä arviointiin ole mahdollista rakentaa vahvaa koeasetelmaa.

Luotettavan tutkimusasetelman ja edustavan aineiston takaamiseksi olisi kehittäjien ja tutkijoiden yhdessä mietittävä, miten varmistetaan esimerkiksi se, ettei otos muodostu vain innokkaimmista työntekijöistä ja yhteistyöhaluisimmista asiakkaista. Työntekijöiden ja asiakkaiden satunnaistaminen vertailuryhmiin on hankalaa, sillä lastensuojelun sosiaalityössä asiakkaiden allokointi tiimeihin perustuu lähtökohtaisesti asiakkaan kotiosoitteeseen. Tähän periaatteeseen puuttuminen edellyttäisi korkean tason päätöksiä. Perinteisesti on kuitenkin pidetty tärkeämpänä pitää kiinni tavanomaisista prosesseista mahdollisimman vähin häiriöin. Myös työntekijöiden

omaa motivaatiota menetelmän kokeiluun on pidetty arvossa.

Sosiaalityön tutkimuksen piirissä ei ole toistaiseksi valmiita vastauksia myöskään siihen, millä aikajänteellä ja mittareilla asiakastyön tuloksia on perusteltua arvioida [52,53]. Koska sosiaalityön tiedonmuodostus on nojannut ensisijaisesti laadullisiin menetelmiin ja dokumentaatioon, tuloksia ei ole käytännön työssä tai tutkimuksessa yleensä operationalisoitu mittareiksi. Makrotason tarkastelussa on tarkasteltu pitkän aikavälin tuloksina esimerkiksi sijoitusten määrää, terveyseroja tai oppimistuloksia [54–56].

Asiakastyön kehittämisen ja interventioiden käyttökelpoisuuden arvioinnin näkökulmasta olisi kuitenkin välttämätöntä tarkastella myös lapsen ja perheen hyvinvoinnissa ja palvelutarpeissa tapahtuvia lyhyen aikavälin muutoksia. Tätä varten on vain muutamia valittuja mittareita, jotka nekin eivät riitä tarkastelemaan tilannetta kaikista relevanteista näkökulmista [52].

Koska mittareita ei käytetä itse asiakastyössä, vaikuttavuuden arvioiminen edellyttää aina erillistä tiedonkeruuta. Siinä missä terveydenhuollossa erilaisten standardoitujen mittareiden käyttäminen on rutiinia, sosiaalityössä asiakastiedon kerääminen ja dokumentointi on olennaisilta osiltaan laadullista. Tutkimuslomakkeiden täyttäminen onkin osoittautunut haastavaksi sekä työntekijöille että asiakkaille, mikä aiheuttaa vastaukseta.

Laadukkaan vaikuttavuustutkimuksen toteuttaminen vaatii sekä tutkimusosaamisen vahvistamista että lisää resursseja. Näihin on syytä panostaa entistä enemmän tulevaisuudessa. Vahvaa näyttöä tuottavien tutkimusasetelmien suunnittelemisen ja toteuttamisen ei onnistu yksittäisten tutkijoiden pieninä hankkeina. Ideaalita-pauksessa Suomessa toimisi sosiaalityön interventioiden arviointiin ja näyttöperustaiseen levittämiseen erikoistunut osaamiskeskitymä, jolla olisi mahdollisuus tehdä myös sitä primääritutkimusta, joka kentältä nyt puuttuu.

Tutkimustietoa ja tutkimusta tulisi nähdäksemme nykyistä enemmän hyödyntää paitsi lastensuojelun asiakastyössä, myös lastensuojelun kehittämisessä. Tästä hyötyisivät ennen kaikkea lastensuojelun asiakkaat. Arviointitutkimuksella saataisiin tuotettua tietoa aiempaa järjestelmällisemmin sekä näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönotosta että uusista lupaavista menetelmistä ja malleista. Tieto olisi myös paremmin yleistettävissä, kun sen tuottamista olisivat ohjanneet tieteellisen tutkimuksen yleiset eettiset periaatteet ja hyvä tieteellinen käytäntö. ●

Kiitämme PsT, dosentti Taina Laajasaloa käsikirjoituksen kommentoinnista sekä yhteistyöstä alkuperäisartikkelin (Isokuortti ym. 2020) kirjoittamisessa.

AVAINSANAT:

lastensuojelu, sosiaalityö, kehittäminen, tutkimusperustaisuus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

SIDONNAISUUDET:

Elina Aaltio ja Nanne Isokuortti: Ei sidonnaisuuksia.

LÄHTEET:

- 1 Isokuortti N, Aaltio E, Laajasalo T, Barlow J (2020). Effectiveness of child protection practice models: a systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104632. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104632>
- 2 Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- 3 Palinkas L & Soydan H (2012). *Translation and Implementation of Evidence-Based Practice*. New York: Oxford University Press.
- 4 Bellamy JL, Mullen EJ, Satterfield JM ym. (2013). Implementing Evidence-Based Practice Education in Social Work: A Transdisciplinary Approach. *Research on Social Work Practice*, 23, 426–436. <https://doi.org/10.1177/1049731513480528>
- 5 Barbee AP, Christensen D, Antle B ym. (2011). Successful adoption and implementation of a comprehensive casework practice model in a public 182 child welfare agency: Application of the Getting to Outcomes (GTO) model. *Children and Youth Services Review*, 33, 622–633. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.11.008>
- 6 Gillingham P (2018). Evaluation of Practice Frameworks for Social Work with Children and Families: Exploring the Challenges. *Journal of Public Child Welfare*, 12, 190–203. <https://doi.org/10.1080/15548732.2017.1392391>
- 7 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019). *Systeemisen lastensuojelun levittäminen ja juurruttaminen (SyTy!)* (päivitetty 28.4.2020). <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/systeemisen-lastensuojelun-levittaminen-ja-juurruttaminen-syty->
- 8 Goodman S & Trowler I (2012). *Social Work Reclaimed. Innovative Frameworks for Child and Family Social Work Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- 9 Bostock L, Forrester D, Patrizo L ym. (2017). Scaling and deepening the Reclaiming Social Work model. *Children's Social Care Innovation Programme Evaluation Report 45*. Tilda Goldberg Centre for Social Work and Social Care, University of Bedfordshire & CASCADE: Children's Social Research and Development Centre, University of Cardiff. <https://www.gov.uk/government/publications/scaling-and-deepening-the-reclaiming-social-work-model>
- 10 Wilkinson P, Mugweni E, Broadbent A ym. (2014). *Social Work – Working for Families. A Service Transformation by Cambridgeshire County Council Children's Services. An Evaluation by Cambridgeshire and Peterborough NHS Trust in Partnership with University of Cambridge and Anglia Ruskin University*. <https://core.ac.uk/download/77283717.pdf>
- 11 Turnell A & Edwards S (1999). *Signs of Safety: A Solution and Safety Oriented Approach to Child Protection Casework*. New York: Norton.
- 12 Baginsky M, Ixer G & Manthorpe J (2021). Practice Frameworks in Children's Services in England: An Attempt to Steer Social Work Back on Course?. *Practice*, 33, 3–19. <https://doi.org/10.1080/09503153.2019.1709634>
- 13 Isokuortti N & Aaltio E (2020). Fidelity and influencing factors in the Systemic Practice Model of children's social care in Finland. *Children and Youth Services Review*, 119, 105647. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105647>

- 14 Bostock L & Newlands F (2020). Scaling and deepening the Reclaiming Social Work model: longitudinal follow up. Evaluation report 9/2020. University of Bedfordshire. Department for Education. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/933120/Reclaiming_Social_Work_-_Bedfordshire.pdf
- 15 Scurlock-Evans L & Upton D (2015). The Role and Nature of Evidence: A Systematic Review of Social Workers' Evidence-Based Practice Orientation, Attitudes, and Implementation. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12, 369–399. <https://doi.org/10.1080/15433714.2013.853014>
- 16 Gray M, Joy E, Plath D ym. (2013). Implementing Evidence-Based Practice: A Review of the Empirical Research Literature. *Research on Social Work Practice*, 23(2), 157–166. <https://doi.org/10.1177/1049731512467072>
- 17 Regehr C, Stern S, Shlonsky A (2007). Operationalizing Evidence-Based Practice: The Development of an Institute for Evidence-Based Social Work. *Research on Social Work Practice*, 17, 408–416. <https://doi.org/10.1177/1049731506293561>
- 18 Sundell K, Soydan H, Tengvald K ym. (2010). From Opinion-Based to Evidence-Based Social Work: The Swedish Case. *Research on Social Work Practice*, 20, 714–722. <https://doi.org/10.1177/1049731509347887>
- 19 Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- 20 Holosko MJ (2010). What types of designs are we using in social work research and evaluation?. *Research on Social Work Practice*, 20, 665–673. <https://doi.org/10.1177/1049731509339586>
- 21 Mäntysaari M (2020). Sosiaalityön asiantuntijuus uusissa rakenteissa – vaatimuksen koulutukselle ja tutkimukselle. Teoksessa Suoninen-Erhiö L, Pohjola A, Satka M, Simola J (toim.): *Sosiaaliala uudistuu. Tietopohjan ja vuorovaikutuksen kysymyksiä*, Helsinki: Huoltaja-Säätiö.
- 22 Isokuortti N & Aaltio E (2021) Implementointitutkimuksesta tukea sosiaalityön tutkimuksen ja käytännön kehittämiseen. Yhteiskunta-politiikka, 86, 229–234. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021041310310>
- 23 Antle BF, Barbee AP, Christensen DN ym. (2008). Solution-Based Casework in Child Welfare: Preliminary Evaluation Research. *Journal of Public Child Welfare*, 2, 197–227. <https://doi.org/10.1080/15548730802312891>
- 24 Antle BF, Barbee AP, Christensen DN ym. (2009). The prevention of child maltreatment recidivism through the Solution-Based Casework model of child welfare practice. *Children and Youth Services Review*, 31, 1346–1351. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.06.008>
- 25 Antle BF, Christensen DN, van Zyl MA ym. (2012). The impact of the Solution Based Casework (SBC) practice model on federal outcomes in public child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 36, 342–353. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.009>
- 26 Reekers SE, Dijkstra S, Stams GJ ym. (2018). Signs of effectiveness of signs of safety? – A pilot study. *Children and Youth Services Review*, 91, 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.012>
- 27 Forrester D, Westlake D, Killan M ym. (2019). What is the relationship between worker skills and outcomes for families in child and family social work?. *British Journal of Social Work*, 49, 2148–2167. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy126>
- 28 Meyers D, Durlak J, Wandersman A (2012). The Quality implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50, 462–480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- 29 Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P ym. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The Interactive Systems Framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 171–181. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9174-z>
- 30 Sheehan L, O'Donnell C, Brand SL ym. (2018). Signs of Safety: Findings from a mixed-methods systematic review focused on reducing the need for children to be in care. London: What Works Centre for Children's Social Care. https://whatworks-csc.org.uk/wp-content/uploads/Signs_of_Safety_a_mixed_methods_systematic_review.pdf
- 31 Lambert D, Richards T, Merrill T (2016). Keys to Implementation of Child Welfare Systems Change Initiatives. *Journal of Public Child Welfare*, 10, 132–151. <https://doi.org/10.1080/15548732.2015.1113226>
- 32 Sanclimenti JG, Caceda-Castro LE, Desantis JP (2017). Child Welfare Practice Model Implementation Projects: Lessons Learned. *Journal of Public Child Welfare*, 11, 279–298. <https://doi.org/10.1080/15548732.2016.1275920>
- 33 Aaltio E & Isokuortti N (2019) Systeemisen lastensuojelun toimintamallin pilotointi. Valtakunnallinen arviointi. THL:n raportti 3/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-289-5>
- 34 Menting AT, de Castro BO, Matthys W (2013). Effectiveness of the Incredible years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 901–913. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
- 35 Pidano AE & Allen AR (2015). The Incredible years series: A review of the independent research base. *Journal of Child Family Studies*, 24, 1898–1916. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9991-7>
- 36 Karjalainen P, Santalahti P, Sihvo S (2016). Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käytöshäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä?. *Duodecim*, 132, 967–974. www.duodecimlehti.fi/duo13151
- 37 McGrath P, Lingley-Pottie P, Thurston C ym. (2011). Telephone-based mental health interventions for child disruptive behavior or anxiety disorders: Randomized trials and overall analysis. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 50, 1162–1172. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.07.013>
- 38 Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T ym. (2016). Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73, 378–387. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3411>
- 39 Filges T, Andersen D, Klint Jørgensen A (2015). Effects of multidimensional family therapy (MDFT) on nonopioid drug abuse: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28, 1–16. <https://doi.org/10.1177/1049731515068241>
- 40 Van der Pol TM, Hoeve M, Noom M ym. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
- 41 Karjalainen P & Santalahti P (2016). Ohjaajien kokemukset vanhemmuusohjelmasta ja sen hyödyistä. *Suomen Lääkärilehti*, 10, 733–738. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2016/SLL102016-733.pdf>
- 42 Turun yliopisto. Voimaperheet – huomaa hyvä lapsessasi: Leikki-ikäisten lasten käytösongelmien hoito (Siteerattu 8.10.2021). <https://sites.utu.fi/voimaperheet/huomaahyva/>
- 43 Bezczyk Z, El-Banna A, Kemp A ym. (2019). Intensive Family Preservation Services to prevent out-of-home placement of children: a systematic review and meta-analysis. London: What Works Centre for Children's Social Care. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104394>
- 44 Alatalo M, Lappi K, Petrelius P (2017). Lapsikeskeinen suojelu ja perheen toimijuuden tukeminen lastensuojelun perhetyössä ja perhekuntoutuksessa : Kohti monitoimijasta, yhteistä perhetyötä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 21/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-859-3>
- 45 Erkkilä P (2020). Mängdimensionell familjeterapi (MDFT) i HUS Ungdomspsykiatri – Utmaningar i implementationen. Praktikforskning. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. http://www.socca.fi/files/8681/Praktikforskning_rapport_Erkkila_julkaistava.pdf

LÄHTEET:

- 46 Karjalainen P (2021). Parenting intervention to help children with behaviour problems in child protection and other family support services. Väitöskirjatutkimus, Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-7144-3>
- 47 Lähteinen S, Raitakari S, Hänninen K ym. (2017). Sosiaalityön koulutuksen tuottama osaaminen. SOSNET julkaisu 7. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=198a1ca7-7692-4899-863d-154064f438b7>
- 48 Whittaker C E, Forrester D, Killian M ym. (2017). Can we reliably measure social work communication skills? Development of a scale to measure child and family social work direct practice. International Journal of Child and Family Welfare, Special issue 2017, 47–63. <https://www.cyc-net.org/journals/ijcfw/ijcfw-17-1-2.html>
- 49 Mersky J, Topitzes J, Britz L (2019). Promoting Evidence-Based, Trauma-Informed Social Work Practice. Journal of Social Work Education, 55, 645–657. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1627261>
- 50 STM (2013). Toimiva lastensuojelu. Selvitysryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 19/2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3611-9>
- 51 Lahtinen P, Männistö L, Raivio M (2017). Kohti suomalaista systeemistä lastensuojelun toimintamallia: Keskeisiä periaatteita ja reunaehtoja. Työpaperi 7/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-827-2>
- 52 Flink N & Aaltio E (2020) Hyvinvoinnin ja muutoksen mittarit systeemissä lastensuojelussa. Katsaus tutkimuksessa käytettyihin mittareihin, menetelmiin ja vaikutusten arviointiin. THL:n työpaperi 11/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-473-8>
- 53 Forrester D (2017). Outcomes in Children's Social Care. Journal of Children's Services, 12, 144–157. <https://doi.org/10.1108/JCS-08-2017-0036>
- 54 Kääriälä A (2020). Alwas a step behind? : Educational and Employment Transitions among Children in Out-of-home Care. Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6396-7>
- 55 Ristikari T, Keski-Säntti M, Sutela E ym. (2018). Suomi lasten kasvuypäristönä. Kahdeksantoista vuoden seuranta vuonna 1997 syntyneistä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Nuorisotutkimusverkosto. Raportti 7/2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-152-2>
- 56 Ristikari T, Törmäkangas L, Lappi A ym. (2016). Suomi nuorten kasvuypäristönä. 25 ikävuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Nuorisotutkimusverkosto. Raportti 9/2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-671-1>

Raskaudenaikaiseen alkoholi-altistukseen yhdistyvien kehityshäiriöiden ehkäisy vaatii tiedon ja osaamisen lisäämistä

- Sikiön altistuminen alkoholille raskausaikana on yhteydessä moniin pysyviin kehityshäiriöihin. Vaurioiden laajaa kirjoa kuvataan yleisimmin termillä FASD (sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen aiheuttamat oireyhtymät).
- Äidin raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön liittyy usein myös muita tekijöitä, jotka voivat luoda epävakautta lapsen kasvuympäristöön ja jotka vaikuttavat lapsen hoivaan. Näin ne myötävaikuttavat lapsen myöhemmin ilmenevien ongelmien, kuten mielenterveys- ja käytöshäiriöiden kehittymiseen.
- ADEF Helsinki -tutkimuksen tulokset osoittavat, että raskaudenaikainen päihdealtistus on yhteydessä nuoruusiällä ilmeneviin koulutuksen haasteisiin sekä mielenterveys- ja käytöshäiriöihin, mutta ongelmien ilmaantumiseen ovat yhteydessä myös lapsuusajan kasvuympäristön riskitekijät ja kodin ulkopuolinen sijoitus.
- Ongelmia voidaan ehkäistä, mutta se edellyttää tiedon ja osaamisen lisäämistä eri sektoreilla.



NIINA-MARIA NISSINEN
väitöskirjatutkija, TtM, FM
Tampereen yliopisto,
Folkhälsanin
tutkimuskeskus



MIKA GISSLER
tutkimusprofessori
Terveiden ja hyvinvoinnin
laitos, Turun yliopisto ja
Karoliininen Instituutti



TAISTO SARKOLA
dosentti, lastenlääkäri
Uusi lastensairaala,
Helsinki

HANNA KAHILA
LT, synnytyslääkäri
Naistenklinikka,
Helsinki



ILONA AUTTI-RÄMÖ
dosentti, lastenneurologian
erikoislääkäri
Helsingin yliopisto
pääsihteeri
Palveluvalikoimaneuvosto, STM



ANNE M. KOPONEN
dosentti, vanhempi tutkija
Folkhälsanin tutkimus-
keskus ja Helsingin yliopisto,
kansanterveystieteen osasto

Alkoholin käyttö raskausaikana vaarantaa sikiön kehityksen ja on yhteydessä moniin pysyviin kehityshäiriöihin, joita kuvataan yleisimmin englanninkielisellä termillä Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD, suomeksi sikiöaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamat oireyhtymät). Kansallisia arvioita raskaudenaikaisen alkoholikäytön yleisyydestä ei ole. Popovan ym. vuonna 2017 julkaiseman kansainvälisen meta-analyysitutkimuksen mukaan Suomessa noin 15,7 % raskaana olevista naisista käyttäisi alkoholia [1]. Vastaavasti Mårdby ym. [2] arvioivat eurooppalaiseen aineistoon pohjautuvassa kyselytutkimuksessa, että noin 14 % suomalaisista naisista käyttäisi alkoholia raskauden aikana.

Todellinen altistuneiden määrä erityisesti alkuraskaudessa voi olla kansainvälisiä arvioita suurempi, sillä suomalaisista hedelmällisessä iässä olevista naisista yli 80 % käyttää alkoholia ja neljännes käyttää alkoholia viikoittain [3]. Lisäksi ensiraskauksista on suunnittelemattomia noin 40 % alle 30-vuotiailla ja 18 % yli 30-vuotiailla naisilla [4], jolloin riskinä on altistuminen alkoholille ennen kuin nainen tietää olevansa raskaana.

FASD:n esiintyvyyden arvioiminen on vaikeaa, koska kliininen diagnoosikäytäntö on Suomessa puutteellista. Yhdysvalloissa on arvioitu, että 1–5 %:lla ensiluokkalaisista olisi FASD [5]. Myös Kanadassa on saatu vastaavanlaisia esiintyvyyden arvioita alakouluikäisillä [6]. Esiintyvyyden valossa FASD olisi yleisempi kuin esimerkiksi Downin oireyhtymä tai autismikirjon häiriöt [6]. Tutkimukset ovat osoittaneet esiintyvyyden olevan pikemminkin kasvussa kuin vähentymässä [7]. Raskaudenaikainen alkoholinkäyttö ja siitä aiheutuvat sikiövauriot sekä myöhemmin ilmenevät ongelmat ovat siten merkittävä kansanterveydellinen ongelma.

RASKAUDENAIKAINEN ALKOHOLIALTISTUS ON YHTEYDESSÄ MONIIN KEHITYSHÄIRIÖIHIN

Raskaudenaikainen alkoholinkäyttö vaarantaa sikiön kehityksen. Tutkimuksia vähäisen tai kohtuullisen* raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutuksista on vähän, eivätkä tulokset ole yhdenmukaisia [8–11]. Tulokset eivät kuitenkaan anna viitteitä siitä, että vähäinen alkoholinkäyttö raskausaikana olisi turvallista. Eriävät tulokset voivat selittyä tutkimusmenetelmällisillä haasteilla, kuten raskaudenaikaisen alkoholinkäytön arvioimisella takautuvasti, tutkittavien lasten nuorella iällä ja tutkittavien heterogeenisuudella [8,10,11].

Esimerkiksi eläinkokeet osoittavat, että kohtuullinen alkoholinkäyttö raskausaikana on yhteydessä aivojen kehitykseen ja toiminnanhäiriöihin, mikä voi lisätä riskiä käytöshäiriöihin [12]. Suurimmassa osassa tutkimuksista on tutkittu runsaan alkoholinkäytön seurauksia ja tulokset osoittavat, että erityisesti runsas alkoholinkäyttö on merkittävä riski sikiön kehitykselle [10,13,14]. Koska tutkimustiedon valossa ei voida asettaa turvallisen alkoholinkäytön rajaa raskausajalle, alkoholinkäyttöä suositellaan välttämään koko raskauden ajan.

Kun raskaana oleva nainen juo alkoholia, alkoholi läpäisee esteettä istukan ja siirtyy sikiöön. Sikiö ei pysty tehokkaasti pilkkomaan alkoholia, ja käytännössä alkoholi poistuu sikiöstä äidin kautta. Täten sikiön veren alkoholipitoisuus säilyy suurena pidempään kuin äidillä.

Alkoholi vaikuttaa sikiön kehitykseen kaikissa raskauden vaiheissa. Se voi lisätä keskenmenon ja ennenaikaisuuden riskiä [15]

sekä hidastaa sikiön kasvua ja lisätä pienipainoisuuden riskiä [16]. Sikiön keskushermosto ja aivot kehittyvät koko raskauden ajan, ja ne ovat erityisen alttiita alkoholin haitallisille vaikutuksille [16–18]. Alkoholinkäyttö alkuraskaudessa, erityisesti humalahakuinen juominen, lisää sikiön riskiä muun muassa rakenteellisille sydämen, munuaisen, silmän ja luuston epämuodostumille [13,19].

FASD kuvaa alkoholialtistuksen aiheuttamien sikiövaurioiden laajaa kirjoa. Kattotermin alle kuuluvat seuraavat oireyhtymät [18,20]:

- ARND engl. Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders, suomeksi raskaudenaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamat kehityshäiriöt
- ARBD engl. Alcohol-Related Birth Defects, suomeksi raskaudenaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamat epämuodostumat
- PFAS engl. Partial Fetal Alcohol Syndrome, suomeksi osittainen fetaalialkoholisyndrooma
- FAS engl. Fetal Alcohol Syndrome, suomeksi fetaalialkoholisyndrooma (alkoholialtistuksen aiheuttamien vaurioiden vakavin muoto).

FASD jää tunnistamatta merkittävässä osassa lapsista, sillä altistuksen vaikutukset ovat hyvin yksilöllisiä ja voivat ilmetä somaattisina, neuropsykologisina tai käyttäytymiseen liittyvinä. Alkoholialtistuksen aiheuttamat vauriot riippuvat myös siitä, kuinka paljon, kuinka usein ja missä raskauden vaiheessa altistuminen on tapahtunut ja mitä suojaavia tekijöitä tai riskitekijöitä äidillä ja lapsella on. Haasteelliseksi oireyhtymän tunnistamisen tekee myös se, että usein tieto äidin raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä puuttuu. FASD-kirjon häiriöiden diagnosointi edellyttää tätä tietoa. Oireiden voidaan tulkita liittyvän myös muihin häiriöihin tai diagnooseihin, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön (ADHD), jonka kanssa FASD:lla on paljon yhtymäkohtia [21].

Alkoholialtistuksen aiheuttamat vauriot ovat elinikäisiä ja alkoholialtistus on yksi merkittävimmistä ehkäistävissä olevista kehitysvammaisuutta aiheuttavista tekijöistä länsimaissa [21]. Lapsuudessa ilmeneviä vaikutuksia voivat olla heikentynyt kielenkehitys,

”Alkoholi vaikuttaa sikiön kehitykseen kaikissa raskauden vaiheissa.”

käyttäytymisen häiriöt ja impulsiivisuus. Altistus voi myös heikentää lapsen kognitiivisia toimintoja ja aiheuttaa oppimisvaikeuksia. Myös toiminnanohjauksessa ja sosiaalisissa vuorovaikutustaidoissa voi ilmetä ongelmia [21–24].

Altistukseen on liitetty myös suurentunut riski myöhemmällä iällä ilmeneville, esimerkiksi mielenterveyteen liittyville ongelmille ja koulunkäynnin haasteille [25,26]. Myös itsenäistymisessä ja työllistymisessä on havaittu haasteita [25,27,28]. Altistuneilla on myös suurentunut riski päihteiden väärinkäyttöön ja rikollisuuteen teini-ikästä lähtien [27,29].

Usein mukana myös muita lapsen kasvua ja kehitystä vaarantavia tekijöitä

Raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön liittyy usein myös muita tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa lapsen kasvuun ja kehitykseen raskausajasta lähtien. Tällaisia ovat muun muassa myöhään

*Vähäisen ja kohtuullisen alkoholinkäytön rajat vaihtelevat tutkimuksissa. Vähäinen alkoholinkäyttö voi naisilla tarkoittaa esimerkiksi ≤ 1 alkoholiannosta/ juomakerta ja kohtuullinen 6–7 alkoholiannosta/viikko [8,11]. Yksi alkoholiannos sisältää noin 12 grammaa sataprosenttista etanolia.

tunnistettu raskaus ja puutteellinen seuranta äitiysneuvolassa, raskaudenaikainen tupakointi ja muiden päihdeiden käyttö sekä äidin huono ravitsemus ja terveydentila [30,31].

Päihdeiden käyttöön voi liittyä myös muita riskitekijöitä, kuten asunnottomuutta, tukiverkoston niukkuutta, matalaa koulutustasoa, taloudellisia haasteita, mielenterveyden ongelmia, puolison päihdeongelmia ja lähisuhdeväkivaltaa. Nämä riskitekijät voivat luoda epävakautta kasvuympäristöön ja vaikuttaa lapsen hoivaan myötävaikuttaen esimerkiksi lapsen käytöshäiriöiden syntymiseen [30,32,33]. Usein nämä epävakautta kasvuympäristöä kuvaavat tekijät ovat syitä lastensuojelutoimille [34]. Toistuvasti runsaalle päih-

”Riskitekijät kasautuvat samoihin perheisiin ja siirtyvät sukupolvelta toiselle.”

teiden käytölle raskausaikana altistuneet lapset ovat usein lastensuojelun asiakkaita ja heidät sijoitetaan usein kodin ulkopuolelle jo ensimmäisten elinvuosien aikana [33,35].

Tutkimukset osoittavat, että kielteiset varhaislapsuuden kokemukset, kuten kaltointi ja hoivan puute tai laiminlyönti, ovat yhteydessä lapsen aivojen rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin. Muutoksia on erityisesti niissä aivojen rakenteissa, jotka ovat keskeisiä tunnetilojen ja stressin säätelyssä sekä muistitoiminnoissa [36,37]. Myös lapsen ja tätä hoivaavan henkilön vuorovaikutuksessa muodostuvalla kiintymyssuhteella ja sen laadulla voi olla pitkäkestoisia vaikutuksia. Varhaislapsuuden kielteiset kokemukset ja kiintymyssuhdehäiriöt lisäävät riskiä lapsen mielenterveyden ongelmille, kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöille, riskialttiille seksuaaliselle käyttäytymiselle ja päihdeiden ongelmakäytölle [38,39]. Tutkimukset osoittavat, että kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ovat todennäköisimmin altistuneet useille riskitekijöille, kuten myös kiintymyssuhteiden katkoksille lapsuudessa. He ovat erityinen riskiryhmä myöhemmin ilmeneville mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöille, koulunkäynnin haasteille ja muille itsenäistymiseen liittyville ongelmille [40,41].

Tutkittaessa raskaudenaikaisen alkoholialtistuksen vaikutuksia on olennaista kiinnittää huomiota myös syntymän jälkeisiin riskitekijöihin, jotka vaikuttavat lapsen kehitykseen. Riskitekijät kasautuvat samoihin perheisiin ja siirtyvät sukupolvelta toiselle. Usein riskitekijät liittyvät toisiinsa, mikä tekee raskaudenaikaisen altistumisen ja muiden kasvuympäristön vaikutusten erottelun haasteelliseksi.

ADEF HELSINKI -TUTKIMUS JA SEN TULOKSET

ADEF Helsinki (Alcohol and/or Drug Exposure during Fetal life) on pitkittäinen, rekisteriaineistoon pohjautuva kohorttitutkimus, jossa tutkitaan raskausaikana päihteille altistuneita nuoria. Altistuneet (”tapaukset”) ovat syntyneet vuosina 1992–2001 (n = 615) ja heitä verrataan samaan aikaan syntyneisiin kaltaistettuihin verrokkeihin (n = 1 787), joilla ei ole rekistereissä tietoa sikiöaikaisesta päihdealituksesta [42].

Sarkola ym. [33,43,44] ja Kahila ym. [45] ovat julkaisseet tuloksia ensimmäisestä seurannasta, joka jatkui syntymästä vuoden 2007 loppuun (seuranta-ajan mediaani 9 vuotta, vaihteluväli 5–15 vuotta). ADEF Helsinki -jatkotutkimuksessa tutkitaan tapaus- ja verokkiryhmiä välisiä eroja toisen asteen koulutuksessa, toimeentulotuen tarpeessa, mielenterveysongelmissa ja käytöshäiriöissä sekä somaattisissa sairauksissa. Tutkimuksessa selvitetään, miten ras-

kausajan päihdealtistus, lapsuusajan kasvuympäristön riskitekijät ja lapsen sijoitus kodin ulkopuolelle ovat yhteydessä nuoruusiän haasteisiin.

Tapauslasten äitejä seurattiin raskauden aikana pääkaupunkiseudun HAL-poliklinikoilla (huumeet, alkoholi, lääkkeet) äidin merkittävän päihdeongelman vuoksi. Äitien päihdeongelma tunnistettiin äitiysneuvoloissa, joiden henkilökunta on koulutettu tähän seurlontaan. Seulonnessa käytettiin AUDIT-kyselyä (www.kaypahoito.fi/pgr00001), tietoa aikaisemmasta alkoholi- tai huumeongelmasta tai lääkkeiden väärinkäytöstä sekä arviota äidin ja mahdollisen puolison elämäntilanteesta tai päihdeongelmasta. Päihdeiden ongelmakäytön vuoksi tunnistetut naiset ohjattiin pääkaupunkiseudun HAL-poliklinikoille raskauden moniammatillisen tiimin seurantaan. Tiimiin kuuluvat kättilö, synnytysten ja naisten-tautien erikoislääkäri sekä sosiaalityöntekijä. Poliklinikoiden tavoitteena on turvata äidin ja sikiön hyvinvointi, tukea äidin päihdeiden käytön vähentämistä tai käytön lopettamista sekä ehkäistä sikiövaurioita.

Rekisteritietoa tapauksista, verrokeista ja heidän äideistään on kerätty syntymästä vuoteen 2016 (seuranta-ajan mediaani 18,6 vuotta, vaihteluväli 15–24 vuotta). Tutkimuksessa käytetään muun muassa syntymärekisteriä, lastensuojelurekisteriä, hoitoilmoitusrekisteriä, toimeentulorekisteriä, rikosrekisteriä sekä Kelan etuisuustietoja.

Äidin ja lapsen hyvinvointi sekä terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttö lapsuudessa

ADEF Helsinki -tutkimuksen syntymästä vuoteen 2007 asti ulottuneessa seurannassa selvitettiin äitien sairastuvuutta, kuolleisuutta ja sosiaalista hyvinvointia [45], äidin sairastavuuden, lapsen sairastavuuden ja lastensuojelutoimenpiteiden välistä yhteyttä [44], terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöä [43] sekä lapsen varhaiseen sijoitukseen liittyviä tekijöitä [33].

Tulokset osoittavat, että altistuneiden lasten äitien tilannetta kuvasi päihdeongelman ja tähän nivoutuvien ongelmien jatkuminen syntymän jälkeen, muut mielenterveysongelmat, lisääntynyt riski virus- ja bakteeri-infektioille sekä tapaturmat ja myrkytykset [45]. Altistuneiden lasten äitien kuolleisuus oli moninkertainen verrokkilasten äiteihin nähden; vajaan kymmenen vuoden kuluessa synnytyksestä altistuneiden lasten äideistä 79 % oli kuollut.

Altistuneiden lasten äidit tupakoivat, olivat naimattomia, kuuluivat alempaan sosioekonomiseen luokkaan ja saivat useammin työkyvyttömyyseläkettä tai työttömyysturvaa kuin verrokkilasten äidit, mikä osaltansa heijastaa heidän heikkoa yhteiskunnallista asemaansa [45]. Altistuneista lapsista vajaa 40 % oli sijoitettu kodin ulkopuolelle kahteen ikävuoteen mennessä, ja he olivat käyttäneet noin kaksinkertaisen määrän sairaalapalveluita etenkin käytöshäiriöihin ja muihin mielenterveysongelmiin liittyen. Eniten ongelmia esiintyi kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla [43].

Äidin päihdeongelman laajuus ja tähän liittyvät tekijät, kuten työttömyys, asunnottomuus tai hoitolaitoksessa asuminen, sekä äidin päihteisiin liittyvät sairaalajaksot liittyivät lapsen varhaiseen sijoitukseen [33]. Tulokset viittasivat vahvasti siihen, että altistuneet lapset altistuivat perheen päihdeongelmalle ja siihen nivoutuville ongelmille myös syntymän jälkeen lisäten lastensuojelutoimien tarvetta [44].

Mielenterveys- ja sosiaaliset ongelmat nuoruudessa

Vuoteen 2016 ulottuneessa seurannassa tutkittavat olivat 15–24-vuotiaita nuoria (seuranta-ajan mediaani 18,6 vuotta). Tähän mennessä 2,1 %:lla oli havaittu älyllinen kehitysvammaisuus (verrokkilapsista

0,8 %:lla), 7,5 %:lla oli diagnosoitu FASD-kirjon häiriö ja 64 % oli sijoitettu kodin ulkopuolelle vähintään kerran (verrokkilapsista 8 %) [42].

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu johdonmukaisesti, että altistuneilla lapsilla ja nuorilla on huomattavasti enemmän mielenterveyden ongelmia kuin altistumattomilla verrokeilla [26,46]. Tämä näkyi myös molemmissa ADEF Helsinki -seurantatutkimuksissamme. Tarkempi analyysi kuitenkin osoitti, että esiintyvyydessä oli suuria eroja sijoitushistorian ja äitiin liittyvien riskitekijöiden mukaan. Ei-sijoitetuilla tapauksilla oli nuoruusiässä enemmän mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmia (34,7 %) kuin ei-sijoitetuilla verrokeilla (22,3 %), mutta sijoitettujen joukossa vastaavaa eroa ei ollut. Sijoitetuista nuorista suurimmalla osalla oli jokin mielenterveys- tai käytöshäiriö (tapaukset 65,9 %, verrokkit 72,1 %). Erityisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (Tautiluokitus ICD-10, alaluokka F90-F98) olivat yleisiä.

Tulokset viittasivat siihen, että sekä äitiin että sijoitukseen liittyvät riskitekijät, kuten useat sijoitukset, lisäsivät mielenterveys- ja käytöshäiriöitä niin tapauksilla kuin verrokeilla. Pojilla oireita oli enemmän kuin tytöillä. Myös pieni syntymäpaino oli yhteydessä oireiden esiintyvyyteen. Tutkimustulokset osoittivat, että päihdealistutus lisää mielenterveys- ja käytöshäiriöiden riskiä. On kuitenkin tärkeää, että tutkimuksissa otetaan huomioon päihdealistuksen lisäksi riskitekijöiden kasautuminen ja kiintymyssuhteeseen liittyvät ongelmat [47].

Toisen asteen koulutusta käsittelevässä artikkelissa tutkittiin eroja toisen asteen koulutuksen suorittamisessa 18–24-vuotiaiden tapausten ja verrokkien välillä [48]. Lisäksi tutkittiin, mitkä tekijät ovat yhteydessä koulutukseen. Tulokset osoittivat, että altistuneet nuoret olivat suorittaneet toisen asteen koulutuksen verrokkeja harvemmin (37 % vs. 51 %) [48]. Tulokset ovat linjassa kansainvälisten tutkimustulosten kanssa [28,49].

Erona aikaisempiin tutkimuksiin oli mahdollisuus tutkia muiden tekijöiden yhteyttä koulutukseen. Tulokset osoittivat, että merkittävin toisen asteen koulutuksen suorittamatta jäämisen riskitekijä olivat nuorten mielenterveys- ja käytöshäiriöt [48], jotka voivat olla seurausta raskaudenaikaisesta päihdealistuksesta ja/tai lapsuusaajan epävakasta kasvuympäristöstä [47,50,51].

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että ne nuoret, joilla on mielenterveys- ja käytöshäiriöitä, voivat kokea haasteita koulunkäynnissä [52,53]. Mielenterveys- ja käytöshäiriöistä johtuvat koulunkäynnin haasteet ja heikompi koulumenestys voivat altistaa myös myöhemmin ilmeneville, muun muassa jatkokoulutukseen ja työllistymiseen liittyville ongelmille [54]. Tästä syystä koulunkäynnin haasteisiin sekä taustalla mahdollisesti vaikuttaviin mielenterveys- ja käytöshäiriöihin on syytä puuttua varhain.

ADEF Helsinki -tutkimuksen tulevaisu julkaisuissa tutkitaan nuorten toimeentulotuen tarvetta ja tarkennetaan eri mielenterveys- ja käytöshäiriöiden roolia sekä kodin ulkopuolisen sijoituksen yhteyttä näihin häiriöihin.

NÄKÖKULMIA RASKAUSAJAN ALKOHOLINKÄYTÖN JA SIKIÖVAIKUTUSTEN ENNALTAEHKÄISYYN TUTKIMUSTIEDON POHJALTA

Sikiövaikutusten ehkäisemisen kannalta tärkeää olisi viestiä kaikille, ettei turvallisen alkoholinkäytön rajaa tai ajankohtaa raskauden aikana ole. Turvallisin vaihtoehto on käytön välttäminen raskauden aikana ja mielellään jo raskautta suunniteltaessa. Ennaltaehkäisy näkökulmasta päihdeongelmiin olisi puuttuttava jo ennen raskautta.

Raskaudenaikaisen päihteiden ongelmankäytön varhainen tunnistaminen on olennaista, jotta äidin ja sikiön terveys voidaan turvata varhaisessa vaiheessa ja jotta mahdollisia sikiövaurioita voidaan ehkäistä. Äitiysneuvola tavoittaa Suomessa lähes kaikki odottavat äidit, joten on tärkeää, että äitiysneuvolan ja terveydenhuollon henkilökunta on koulutettu ottamaan päihteiden käyttö puheeksi kaikkien perheiden kanssa. Alkoholinkäytön sikiövaikutuksista tulisi keskustella sekä tulevan äidin että mahdollisen puolison kanssa.

Tärkeää on myös, että päihdepalveluita on saatavilla ilmaiseksi ja että äitiysneuvolan henkilökunta on tietoinen palveluista, joihin

”Lapset altistuivat perheen päihdeongelmalle ja siihen nivoutuville ongelmille myös syntymän jälkeen.”

päihdeongelman omaavan raskaana olevan naisen voi ohjata. Tästä hyvänä esimerkkinä ovat HAL-poliklinikat sekä Ensi- ja turvakotien Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä (www.ensijaturvakotienliitto.fi).

On olennaista, että perheitä seurataan raskauden jälkeen asiaan erikoistuneissa terveydenhuollon yksiköissä kuten sosiaalipediatrian klinikoilla kouluikänsä saakka, sillä usein alkoholin aiheuttamat vaikutukset ilmenevät myöhemmin lapsen lähestyessä kouluikää. Perheet voivat tarvita myös muita tukipalveluja, kuten lastensuojelun tukitoimia, mikäli perheen päihdeongelma jatkuu lapsen syntymän jälkeen tai perheessä esiintyy muita psykososiaalisia ongelmia, jotka voivat vaikuttaa lapsen hoivaan ja huolenpitoon. Tutkimukset myös osoittavat, että varhainen sijoitus vakaaseen kasvuympäristöön ja toistuvien kiintymyssuhdekatkosten välttäminen voivat suojata myöhemmällä iällä ilmeneviltä ongelmilta [55].

Tärkeää on myös, että altistuneet lapset saavat tarpeisiinsa nähden riittävää seurantaa ja palveluita, jotta myöhemmällä iällä mahdollisesti ilmeneviin ongelmiin, kuten oppimisen haasteisiin tai mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöihin, voidaan puuttua varhain. Tämä edellyttää vanhempien tai huoltajien sekä eri sektorien, kuten koulumaailman, tietoisuutta ja ymmärrystä altistuksen vaikutuksista, jotta lasta voidaan tukea eri elämänvaiheissa yksilölliset tarpeet huomioiden.

Tutkimuksemme osoittaa myös puutteita FASD-diagnostiikassa. Diagnostoitujen vähäinen määrä voi viitata siihen, ettei olemassa olevia diagnooseja, kuten FAS- ja PFAS, käytetä tai tietämys niistä on riittämätöntä terveydenhuollossa. On myös todennäköistä, ettei ARND-oireita tai lasten erityispiirteitä tunnisteta ja huomioida riittävästi. Oireilevilla lapsilla voi olla laaja-alaisia ongelmia, jotka edellyttäisivät uudenlaista lähestymistapaa ja interventioita. Myös altistuksen vaikutusten yksilöllisyys, vaurioiden laaja kirjo ja tiedon puuttuminen äidin raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä vaikeuttavat FASD-diagnostiikkaa.

On myös huomioitava, ettei lääketieteellinen diagnoosi ole päämäärä, vaan diagnosointi ja erilaiset asiantuntija-arviot voivat auttaa lasta ja hänen vanhempiaan tai huoltajiaan ymmärtämään lapsen oireilua tai erityisvaikeuksia. Tällöin sopivaa tukea on helppompaa kohdentaa lapsen yksilöllisiin tarpeisiin. Diagnostiikan lisäksi tarvitaan tutkimusta siitä, miten ongelmien tunnistamista, hoitoa ja koulussa annettavaa tukea voisi tehostaa kasvavan lapsen toimintakyvyn parantamiseksi.

Vastaavasti diagnoosin puute ei saisi olla este palvelujen ja tukitoimien saamiselle. Diagnoosin puuttuminen tai se, ettei lapsen oireilua tunnisteta oikein, voivat aiheuttaa ongelmia, mikäli lapselta

vaaditaan liikaa hänen taitotasoihinsa nähden. Tämä voi näkyä esimerkiksi lapsen erilaisina käytöshäiriöinä.

Diagnostiikan puutteet vaikeuttavat myös ongelmien esiintyvyyservioita. Ennaltaehkäisyyn ja hoitoon on vaikea kohdentaa riittäviä resursseja ilman todenmukaista käsitystä ongelman laajuudesta.

LOPUKSI

Kuten ADEF Helsinki -tutkimuksen ja kansainvälisten tutkimusten tulokset osoittavat, raskausaikana päihteille altistunut lapsi voi kokea monia haasteita arjessa ja hyvinvoinnissa eri elämäntilanteissa. Päihteille raskausaikana altistuneet lapset altistuvat usein

”On olennaista, että perheitä seurataan raskauden jälkeen.”

myös syntymän jälkeen perheen päihdeongelmille ja muille riskitekijöille, mikä voi vaikuttaa näiden lasten kehitykseen ja monien ongelmien ilmaantumiseen.

Ongelmien ehkäisemiseksi tarvitaan toimia monilla tasoilla. Ensisijaista on, että viesti päihteettömyyden tärkeydestä raskausaikana tavoittaa kaikki. Mikäli päihteidenkäyttöä esiintyy raskau-

den aikana, olisi sen varhainen tunnistaminen, päihteettömyyden tukeminen ja hoitoon ohjaaminen ensiarvoista. Raskauden jälkeen on tärkeää turvata vakaa ja turvallinen kasvuympäristö, jossa vältetään toistuvat katkokset kiintymyssuhteissa ja altistuminen hoidon laiminlyönnille ja muille riskitekijöille.

Päihteille raskausaikana altistuneet muodostavat heterogeenisen ryhmän. Onkin olennaista, että altistunut lapsi saa oikeanlaista seurantaa ja tukea eri elämäntilanteissa yksilölliset tarpeet huomioiden. Myös FASD-diagnostiikkaa ja tunnistamista tulisi kehittää. Usein diagnoosi edistää palveluiden piiriin pääsemistä, mutta diagnoosin puute ei kuitenkaan saisi estää palvelujen ja tukitoimien saamista.

Lisäksi lasten ja nuorten tukemisessa tulisi keskittyä heidän vahvuuksiinsa ja myönteisiin piirteisiin ongelmien sijaan. Oikean ja varhain aloitetun hoidon ja tuen avulla lapsi tai nuori, jolla on FASD, kykenee useimmiten itsenäiseen elämään. Tuen kehittäminen kuitenkin edellyttää tietoisuuden lisääntymistä ammattilaisten ja vanhempien tai huoltajien keskuudessa. ●

ADEF Helsinki -tutkimusta ovat rahoittaneet Samfundet Folkhälsan i svenska Finland rf, Juho Vainion säätiö, Signe ja Ane Gyllenbergin säätiö, Medicinska Understödsföreningen Liv och Hälsa rf, Alkoholitutkimussäätiö ja Alli Paasikiven säätiö.

AVAINSANAT:

raskaus, alkoholinkäyttö, FASD, kehityshäiriö

SIDONNAISUUDET:

Niina-Maria Nissinen, Taisto Sarkola, Ilona Autti-Rämö, Mika Gissler, Hanna Kahila ja Anne Koponen : Ei sidonnaisuuksia.

LÄHTEET:

- 1 Popova S, Lange S, Probst C ym. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health, 5, e290–e299. [https://10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
- 2 Märdby A, Lupattelli A, Hensing G ym. (2017). Consumption of alcohol during pregnancy—A multinational European study. Women and Birth, 30, e207–e213. <https://10.1016/j.wombi.2017.01.003>
- 3 Mäkelä P (2018). Miten käyttötavat ovat muuttuneet? Teoksessa Mäkelä P, Härkönen J, Lintonen T, Tigerstedt C, Warpenius K (toim.): Näin Suomi juo. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos.
- 4 Klemetti R, Gissler M, Lammi-Taskula J ym. (2014). Lastenhankinnan ajoitus. Teoksessa Lammi-Taskula J, Karvonen S (toim.): Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos.
- 5 May PA, Chambers CD, Kalberg WO ym. (2018). Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in 4 US Communities. Jama, 319, 474–483. <https://10.1001/jama.2017.21896>
- 6 Popova S, Lange S, Poznyak V ym. (2019). Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. BMC Public Health, 19, 845. <https://10.1186/s12889-019-7213-3>
- 7 Lange S, Probst C, Gmel G ym. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics, 171, 948–956. <https://10.1001/jamapediatrics.2017.1919>
- 8 Henderson J, Gray R, Brocklehurst P (2007). Systematic review of effects of low–moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 114, 243–252. <https://10.1111/j.1471-0528.2006.01163.x>
- 9 Jaddoe VVW, Bakker R, Hofman A, ym. (2007). Moderate alcohol consumption during pregnancy and the risk of low birth weight and preterm birth. The generation R study. Annals of Epidemiology, 17, 834–840. <https://10.1016/j.annepidem.2007.04.001>
- 10 Patra J, Bakker R, Irving H ym. (2011). Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, pre-term birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 118, 1411–1421. <https://10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x>
- 11 Mamluk L, Edwards HB, Savović J ym. (2016). Effects of low alcohol consumption on pregnancy and childhood outcomes: A systematic review and meta-analysis. The Lancet (British Edition), 388, S14. [https://10.1016/S0140-6736\(16\)32250-4](https://10.1016/S0140-6736(16)32250-4)
- 12 Valenzuela CF, Morton RA, Diaz MR, Topper L (2012). Does moderate drinking harm the fetal brain? Insights from animal models. Trends in Neurosciences, 35, 284–292. <https://10.1016/j.tins.2012.01.006>

- 13 Feldman HS, Jones KL, Lindsay S ym. (2012). Prenatal alcohol exposure patterns and alcohol-related birth defects and growth deficiencies: A prospective study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 36, 670–676. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01664.x>
- 14 Maier S & West J (2001). Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 25. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6707166/
- 15 Bailey BA & Sokol RJ (2011). Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34, 86–91. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860553/
- 16 Behnke M, Smith VC, Committee on Substance Abuse & Committee on fetus and newborn (2013). Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131, 1009. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3931>
- 17 Mattson SN, Schoenfeld AM, Riley EP (2001). Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. *Alcohol Research & Health*, 25, 185–191. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6707166/
- 18 Riley EP, Infante MA, Warren KR (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: An overview. *Neuro-psychology Review*, 21, 73–80. <https://doi.org/10.1007/s11065-011-9166-x>
- 19 O'Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ ym. (2010). Pre-natal alcohol exposure and risk of birth defects. *Pediatrics*, 126, 843. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0256>
- 20 Mukherjee RAS, Hollins S, Turk J (2006). Fetal alcohol spectrum disorder: An overview. *The Royal Society of Medicine*. <https://doi.org/10.1177/014107680609900616>
- 21 Mattson SN, Bernes GA, Doyle LR (2019). Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43, 1046. <https://doi.org/10.1111/acer.14040>
- 22 Fagerlund Å, Autti-Rämö I, Hoyme HE ym. (2011). Risk factors for behavioural problems in foetal alcohol spectrum disorders. *Acta Paediatrica*, 100, 1481–1488. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02354.x>
- 23 Fagerlund Å, Autti-Rämö I, Kalland M ym. (2012). Adaptive behaviour in children and adolescents with foetal alcohol spectrum disorders: A comparison with specific learning disability and typical development. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 221–231. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0256-y>
- 24 Kully-Martens K, Denys K, Treit S ym. (2012). A review of social skills deficits in individuals with fetal alcohol spectrum disorders and prenatal alcohol exposure: Profiles, mechanisms, and interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 568–576. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01661.x>
- 25 Streissguth AP (1996). Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): Final report. Seattle, Wash: University of Washington School of Medicine, Dept. of Psychiatry and Behavioral Sciences, Fetal Alcohol and Drug Unit.
- 26 Weyrauch D, Schwartz M, Hart B ym. (2017). Comorbid mental disorders in fetal alcohol spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38, 283–291. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000440>
- 27 Lynch ME, Kable JA, Coles CD (2015). Prenatal alcohol exposure, adaptive function, and entry into adult roles in a prospective study of young adults. *Neurotoxicology and Teratology*, 51, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2015.07.008>
- 28 Rangmar J, Hjern A, Vinnerljung B ym. (2015). Psychosocial outcomes of fetal alcohol syndrome in adulthood. *Pediatrics*, 135, 52. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1915>
- 29 Flannigan K, Pei J, Stewart M, Johnson A (2018). Fetal alcohol spectrum disorder and the criminal justice system: A systematic literature review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 42–52. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.12.008>
- 30 Esper LH, Furtado EF (2014). Identifying maternal risk factors associated with fetal alcohol spectrum disorders: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 877–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0603-2>
- 31 Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A ym. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65, 9–17. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00265-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00265-2)
- 32 Jääskeläinen M, Holmila M, Notkola I, Raitasalo K (2016). A typology of families with parental alcohol or drug abuse. *Addiction Research & Theory*, 24, 288–299. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1127358>
- 33 Sarkola T, Kahila H, Gissler M, Halmesmäki E (2007). Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica*, 96, 1571–1576. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00474.x>
- 34 Kestilä L, Paananen R, Väisänen A ym. (2012). Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät. rekisteripohjainen seurantatutkimus suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77, 34–52. www.julkari.fi/handle/10024/110595
- 35 Lange S, Shield K, Rehm J, Popova S (2013). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in child care settings: A meta-analysis. *Pediatrics*, 132, 980. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0066>
- 36 Glaser D (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41, 97–116. <https://doi.org/10.1017/S0021963099004990>
- 37 Miguel PM, Pereira LO, Silveira PP, Meaney MJ (2019). Early environmental influences on the development of children's brain structure and function. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 61, 1127–1133. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14182>
- 38 Norman RE, Byambaa M, De R ym. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9, e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- 39 Shonkoff JP, Garner AS (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129, 232. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- 40 Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- 41 Kääriälä A, Haapakorva P, Pekkarinen E, Sund R (2019). From care to education and work? Education and employment trajectories in early adulthood by children in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104144. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104144>
- 42 Koponen AM, Nissinen N, Gissler M ym. (2020). Cohort profile: ADEF helsinki – a longitudinal register-based study on exposure to alcohol and drugs during foetal life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37, 32–42. <https://doi.org/10.1177/1455072519885719>
- 43 Sarkola T, Gissler M, Kahila H ym. (2011). Early healthcare utilization and welfare interventions among children of mothers with alcohol and substance abuse: A retrospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 100, 1379–1385. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02317.x>
- 44 Sarkola T, Gissler M, Kahila H ym. (2012). Alcohol and substance abuse identified during pregnancy: Maternal morbidity, child morbidity and welfare interventions. *Acta Paediatrica*, 101, 784–790. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02670.x>

LÄHTEET:

- 45 Kahila H, Gissler M, Sarkola T ym. (2010). Maternal welfare, morbidity and mortality 6-15 years after a pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based case-control follow-up study of 524 women. *Drug and Alcohol Dependence*, 111, 215–221. <https://10.1016/j.drugalcdep.2010.04.014>
- 46 Popova S, Lange S, Shield K ym. (2016). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387, 978–987. [https://10.1016/S0140-6736\(15\)01345-8](https://10.1016/S0140-6736(15)01345-8)
- 47 Koponen AM, Nissinen N, Gissler M ym. (2020). Prenatal sub-stance exposure, adverse childhood experiences and diagnosed mental and behavioral disorders – A longitudinal register-based matched cohort study in Finland. *SSM - Population Health*, 11, 100625. <https://10.1016/j.ssmph.2020.100625>
- 48 Nissinen N, Gissler M, Sarkola T ym. (2021). Completed secondary education among youth with prenatal substance exposure: A longitudinal register-based matched cohort study. *Journal of Adolescence*, 86, 15–27. <https://10.1016/j.adolescence.2020.11.006>
- 49 Spohr H, Willms J, Steinhausen H (2007). Fetal alcohol spectrum disorders in young adulthood. *The Journal of Pediatrics*, 150, 175–179, 179.e1. <https://10.1016/j.jpeds.2006.11.044>
- 50 Sandtorv LB, Hysing M, Rognlid M ym. (2017). Mental health in school-aged children prenatally exposed to alcohol and other substances. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 11, 1–8. <https://10.1177/1178221817718160>
- 51 Basu S, Banerjee B (2020). Impact of environmental factors on mental health of children and adolescents: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 119, 105515. <https://10.1016/j.childyouth.2020.105515>
- 52 Polderman TJC, Boomsma DI, Bartels, M ym. (2010). A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 271–284. <https://10.1111/j.1600-0447.2010.01568.x>
- 53 Brännlund A, Strandh M, Nilsson K (2017). Mental-health and educational achievement: The link between poor mental-health and upper secondary school completion and grades. *Journal of Mental Health*, 26, 318–325. <https://10.1080/09638237.2017.1294739>
- 54 McMahon WW, Oketch M (2013). Education's effects on individual life chances and development: An overview. *British Journal of Educational Studies*, 61, 70–107. <https://papers.ssrn.com/abstract=2282056>
- 55 Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM ym. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 228–238. <https://10.1097/00004703-200408000-00002>

Masennuksen ilmaantuvuus, pre- ja perinataaliset riskitekijät sekä lapsuusiän reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö: valtakunnallinen rekisteritutkimus



SUBINA UPADHYAYA

FT, tutkija
Turun yliopisto, lastenpsykiatria,
INVEST Tutkimuksen lippulaiva

Riskitekijä on yksilön ominaisuus, joka vaikuttaa sairauden tai minkä tahansa terveyteen liittyvän tilan riskiin. Prenataalikausi on jakso hedelmöitymisestä syntymään. Siihen voidaan lukea myös hedelmöitystä edeltävä kausi, kun puhutaan vanhemman tupakoinnista, alkoholinkäytöstä ja mielen-terveyshäiriöistä.

Perinataalikausi alkaa 22 raskausviikon jälkeen ja päättyy seitsemän päivän kuluttua syntymästä. Perinataalikauden riskitekijöitä ovat raskauteen liittyvät komplikaatiot, ennenaikaisuus, keskosuus ja altistuminen infektiolle raskauden tai synnytyksen aikana. Nämä varhaiset riskitekijät on yhdistetty useiden mielenterveyshäiriöiden lisääntyneeseen riskiin.

Kehittyvät aivot ovat raskauden ja ensimmäisten elinvuosien aikana hyvin alttiit ympäristön vaikutuksille. Geneettinen vaihtelu ja elämän alkuvaiheen vastoinikäymiset yhdessä vaikuttavat lapsen hermoston kehittymiseen lähinnä epigeneettisillä mekanismeilla. Vaikutuksia havaitaan aivojen rakenteessa ja toiminnassa, varsinkin hippokampuksessa ja tunnesäätelyyn liittyvillä alueilla. Nämä aivomuutokset voivat vaikuttaa sosioemotionaalisiin seikkoihin, käyttäytymishäiriöihin ja myöhempään mielenterveysongelmien riskiin.

Vaikea-asteinen masennus tai masennus on yleinen mielenterveyshäiriö. Sille on tyypillistä masentunut mieliala, vähentynyt kiinnostus tavallisiin päivittäisiin asioihin, itsetuottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen, vaikea tai jatkuva surullisuus tai ärtyisyys, unihäiriöt, ruokahaluun liittyvät muutokset, itsemurha-ajatukset, energian puute ja keskittymisvaikeudet. Muutosten pitää kestää vähintään kaksi viikkoa ja häiritä huomattavasti työtä ja perhesuhteita.

Masennus lisää merkittävästi maailmanlaajuisia sairauskuor-
maa, sillä sitä sairastaa 4,4 % maailman väestöstä [1]. Masennuksen

elinaikainen esiintyvyys on 15–18 % [2], ja sitä esiintyy jaksottain elämän aikana. Esiintyvyyden on raportoitu olevan suurempi korkean tulotason maissa kuin matalan tai keskitulotason mais-
sa. Pisteprevalenssi on esikoulu- ja esipuberteetti-ikäisillä lapsilla 1–2 % ja nuorilla 3–8 % [3,4]. Masennuksen elinaikainen esiintyvyys nuoruusiän loppuun mennessä on noin 20 % [5].

Masennuksen kanssa elävien määrän koko maailmassa arvioitiin lisääntyneen 12,6 % vuosien 2007 ja 2017 välillä. Myös pohjois-
maissa masennuksen ilmaantuvuus on kasvanut vuosien varrella. Esimerkiksi Tanskassa diagnosoidun masennuksen ilmaantuvuus kasvoi 4–29-vuotiaiden keskuudessa 6,7–7,5 % vuodessa aikavälillä 1995–2010 [6]. Suomessa diagnosoidun masennuksen kumulatiivinen ilmaantuvuus kasvoi tytöillä ikäkohortin 1987 4,2 %:sta ikä-
kohortin 1997 7,4 %:iin ja vastaavasti pojilla 1,7 %:sta 2,5 %:iin [7]. Itse raportoitujen masennuksen esiintyvyys kasvoi vuodesta 2000 vuoteen 2011 mennessä tytöillä 4 prosentista 4,7 prosenttiin ja pojil-
la 2,1 prosentista 2,2 prosenttiin [8].

Sukupuolieroilla on merkittävä rooli masennuksen kehityksessä. Lapsuuden masennushäiriöissä on pieni ero sukupuolten välillä;

”Kehittyvät aivot ovat raskauden ja ensimmäisten elinvuosien aikana hyvin alttiit ympäristön vaikutuksille.”

joidenkin tutkimusten mukaan häiriöitä on vähän enemmän pojilla. Sukupuolierot kuitenkin muuttuvat murrosiän jälkeen, ja naisilla
diagnoosi on kaksi kertaa niin todennäköinen kuin miehillä.

Geenien ja ympäristön vuorovaikutuksella on suuri merkitys ma-
sennuksen kehityksessä. Tunnettuja ympäristöön liittyviä riskiteki-
jöitä ovat äidin ja isän psykiatrinen anamneesi, vanhempien ero, van-
hempien nuoruus tai iäkkäys, äidin huono sosioekonominen asema,
äidin tupakointi raskauden aikana, äidin ravitsemukselliset puutteet,
ennenaikainen syntymä ja raskaudenaikaiset komplikaatiot.

REAKTIIVINEN KIINTYMYSSUHDEHÄIRIÖ

Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on harvinainen mutta vakava sosiaalisen toimintakyvyn häiriö. Jos lapsella on reaktiivinen kiin-
tymyssuhdehäiriö, hän hakee turvaa hoitajiltaan ambivalentisti ja
osoittaa emotionaalista vetäytyvyyttä, ei lähesty muita sosiaalisesti,
häältä puuttuu positiivisia affekteja ja hän osoittaa selittämätöntä
pelokkuutta tai ärtyvyyttä.

Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön esiintyvyys yleisväestössä on alle 1 % [9]. Yhtään huolellisesti tehtyä epidemiologista tutkimusta ei kuitenkaan ole, jossa olisi selvitetty esiintyvyyttä väestötutkimuksessa. Useimmat tutkimukset ovat keskittyneet äärimmäisiin väestöryhmiin, erityisesti laitoshoidossa oleviin lapsiin. Näistä suuren riskin otoksista on raportoitu suurempia reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön esiintyvyyksiä kuin yleisväestöstä. Esiintyvyys oli esimerkiksi köyhän väestön keskuudessa Isossa-Britanniassa

”Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on harvinainen mutta vakava sosiaalisen toimintakyvyn häiriö.”

1,40 % [10], sijaishuollossa 19,4 % [11] ja sijaishuollossa olevilla kaltoinkohdelluilla taaperoilta 38–40 % [12].

Jos lapsella on reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö, hänellä on tavallista suurempi riski saada muu psykiatrinen diagnoosi, johon liittyy tunne-elämän ongelmia, oppimisvaikeuksia ja huonot sosiaaliset taidot [13,14]. Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön pitkäaikaisia seurauksia ei tunneta.

Harvoissa tutkimuksissa on käsitelty lasten reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön prenataalisia riskitekijöitä. Tunnettuja riskitekijöitä ovat äidin psykiatrinen anamneesi ja vanhempien esitiedoissa kodittomuus. Myös lapsilla, jotka ovat kokeneet vaikeaa deprivatiota, laiminlyöntiä, kaltoinkohtelua tai riittämätöntä hoivaa, diagnoosin riski on tavallista suurempi.

Positiiviset varhaislapsuuden kokemukset ovat hyödyllisiä lapsuudessa tapahtuvan hermoston kehityksen kannalta ja voivat kumota vastoinikäymisten vaikutuksia. Bukarestin varhaisinterventioprojekti on ensimmäinen satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus, jossa on mukana laitoshoidossa olevia lapsia [15]. Tutkimuksesta on raportoitu, että reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön merkit vähenivät huomattavasti, kun lapset sijoitettiin parempaan hoitoympäristöön.

MASENNUS JA REAKTIIVINEN KIINTYMYSSUHDEHÄIRIÖ

Väitöskirjatyössäni tutkin sekä masennusta että reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä. Miksi tutkia molempia?

Masennus on yleinen mielenterveyshäiriö, ja reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö taas on harvinainen sosiaalisen toimintakyvyn häiriö. Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön diagnosointi edellyttää riittämätöntä huolenpitoa, joka on myös tärkeä masennuksen riskitekijä. Lisäksi masennuksella ja reaktiivisella kiintymyssuhdehäiriöllä on joitain yhdistäviä piirteitä, kuten vähentyneet tai puuttuvat positiiviset affektit, tunnesäätelyn vaikeudet ja sosiaalinen vetäytyvyys.

Bukarestissa tehdyssä interventiotutkimuksessa lapsilla, joilla oli reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö, todettiin yhteyksiä reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön ja masennuksen välillä, kun heidät tutkittiin 22–54 kuukauden iässä. Masennusta sairastavat lapset eivät kuitenkaan täyttäneet reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön kriteerejä 54 kuukauden iässä. Aiemmissa tutkimuksissa on raportoitu samaan aikaan esiintyvää masennusta ja reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä. Tämä voi johtua yhteisestä riskitekijästä tai olla jonkun sairauden syy tai seuraus. Tutkimalla masennuksen ja reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön yhteisiä riskitekijöitä voitaisiin päästä käsittämään näiden mielenterveyshäiriöiden spesifisyyttä.

Väitöskirjatyöni tavoitteena oli raportoida masennusdiagnoosien suuntauksia ja tutkia useita lasten masennukseen ja reaktiiviseen kiintymyssuhdehäiriöön liittyviä pre- ja perinataalisia riskitekijöitä. Masennuksen pre- ja perinataalisista riskitekijöistä tutkittiin van-

hemman ikää sekä lapsen ennenaikaisuutta ja painoa suhteessa gestaatioikänsä. Vastaavasti reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön prenataalisista riskitekijöistä tutkittiin vanhemman psykiatrista anamneesia, vanhemman ikää sekä äidin sosioekonomista asemaa, siviilisäätyä ja tupakointia raskauden aikana. Perinataalisia riskitekijöitä olivat ennenaikaisuus, keskosuus, seuranta vastasyntyneiden teho-osastolla ja obstetriset komplikaatiot.

Tutkimus tehtiin käyttäen pesitettyä tapaus-verrokkimenetelmää. Tapaukset, verrokkit ja muu taustatieto hankittiin useista Suomen valtakunnallisista rekistereistä. Masennuksen ja reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön tutkimista varten valittiin erilliset tutkimuskohortit. Taulukossa 1 on esitetty masennuksen ja reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön tutkimuksen lähdeväestö, tapaukset, verrokkit, näiden yhteys rekistereihin ja seuranta-aika. ●

MPH Subina Upadhyayan väitöskirja ”Incidence of depression, prenatal and perinatal risk factors associated with depression and reactive attachment disorder in children: a nationwide register-based study” tarkastettiin Turun yliopistossa 12.6.2021.

Vastaväittäjänä toimi dosentti Taina Laajasalo Helsingin yliopistosta ja kustoksena professori Andre Sourander Turun yliopistosta.

TAULUKKO 1

Tutkimuskohortit

	Masennus	Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö
Perusjoukko	Suomessa vuosina 1987–2007 yksösinä syntyneet lapset (N = 1 240 062)	Suomessa vuosina 1996–2012 yksösinä syntyneet lapset (N = 964 929)
Tapauksien tunnistaminen	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Hilmo) rekisteröidyt tapaukset (n = 37 682)	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Hilmo) rekisteröidyt tapaukset (n = 614)
Tapaukset	ICD-9 koodi: 2961 ja ICD-10 koodit: F32.0–F32.9 ja F33.0–F33.9	ICD-10 koodi: F94.1
Verrokkit	Jokaiselle tapaukselle haettiin 4 syntymäajan (±30 päivää) ja sukupuolen suhteen kaltaistettua verrokkia (n = 148 795)	Jokaiselle tapaukselle haettiin 4 syntymäajan (±30 päivää) ja sukupuolen suhteen kaltaistettua verrokkia (n = 2 423)
Otoskoko	37 682 tapasta ja 148 795 verrokkia	614 tapasta ja 2 423 verrokkia
Seuranta	Joulukuuhun 2012 asti	Joulukuuhun 2012 asti
Tietolähteet	Syntyneiden lasten rekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri (Hilmo), Suomen väestörekisteri	Syntyneiden lasten rekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri (Hilmo), Suomen väestörekisteri

Masennuksen ja reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön tutkimuksen lähdeväestö, tapaukset, verrokkit, näiden yhteys rekistereihin ja seuranta-aika.

Hoitoilmoitusjärjestelmä (Hilmo) sisältää kaikki sairaalapotilaiden diagnoosit vuodesta 1969 lähtien ja erikoissairaanhoidon avohoitopotilaiden diagnoosit vuodesta 1998 lähtien. Hilmosta saatiin potilaiden henkilötunnus, syntymäaika, sukupuoli, sairaalaanotto- ja kotiutus-päivämäärät, päädiagnoosit kotiutettaessa ja äidin ja isän psyykkiset sairaudet. Psykiatriset diagnoosit perustuivat sairauksien ICD-luokitukseen (International Classification of Diseases): ICD-8 (1969–1986), ICD-9 (1987–1995) ja ICD-10 (1996–). Tapausten ja verrokkien demografiset ominaisuudet saatiin Digi- ja väestötietovirastosta. Syn-tyneiden lasten rekisteri perustettiin Suomessa vuonna 1987, ja sieltä

saatiin lapsen syntymäpaikka, äidin siviilisääty, tupakointi raskauden aikana, sosioekonominen asema, gestatioikä ja syntymäpaino.

Mainituista Suomen valtakunnallisista rekistereistä saadut tiedot yhdistettiin henkilötunnuksen avulla. Henkilötunnus otettiin Suomessa käyttöön 1960-luvulla, ja se perustuu syntymäaikaan ja sukupuoleen. Tunnuksessa on 11 merkkiä sekä yksilönumero ja tarkis-tusmerkki. Tunnus annetaan henkilölle, joka on rekisteröity Suomen väestötietojärjestelmään. Annettu henkilötunnus on pysyvä, ja sitä voi muuttaa vain, jos syntymäajassa tai sukupuolella on virhe tai jos sukupuolen on laillisesti vahvistettu muuttuneen.

AVAINSANAT:

Masennus, reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö, aivojen kehitys, perinataalikausi, prenataalikausi, rekisteritutkimus

LÄHTEET:

- 1 GBD Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* (North American edition) 392, 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- 2 Bromet E, Andrade LH, Hwang I ym. (2011). Cross-National Epidemiology of DSM-IV Major Depressive Episode. *BMC medicine* 9, 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- 3 Costello E, Mustillo S, Erkanli A ym. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry* 60, 837–844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837
- 4 Whalen D, Sylvester CM, Luby JL (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 26, 503–522. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.006>
- 5 Lewinsohn P, Rhode P, Seeley JR (1998). Major Depressive Disorder in Older Adolescents: Prevalence, Risk Factors, and Clinical Implications. *Clinical psychology review* 18, 765–794. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00010-5)
- 6 Jensen CM, Steinhausen HC (2016). Time Trends in Lifetime Incidence Rates of First-Time Diagnosed Bipolar and Depressive Disorders Across 16 Years in Danish Psychiatric Hospitals: A Nationwide Study. *J Clin Psychiatry*, 77, e1570–e1575. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10276>
- 7 Gyllenberg D, Marttila M, Sund R ym (2018). Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders during adolescence: an analysis of two national Finnish birth cohorts. *Lancet Psychiatry*, 5, 227–236. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30038-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30038-5)
- 8 Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A ym. (2014). Self-Reported Depression Is Increasing Among Socio-Economically Disadvantaged Adolescents - Repeated Cross-Sectional Surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC public health*, 14, 408. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-408>
- 9 Skovgaard A, Houmann T, Christiansen E (2007). The Prevalence of Mental Health Problems in Children 1½ Years of Age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 48, 62–70. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01659.x>
- 10 Minnis H, Macmillan S, Pritchett R ym. (2013). Prevalence of Reactive Attachment Disorder in a Deprived Population. *The British journal of psychiatry* 202, 342–346. doi:10.1192/bjp.bp.112.114074.
- 11 Lehmann S, Havik OE, Havik T ym. (2013). Mental Disorders in Foster Children: A Study of Prevalence, Comorbidity and Risk Factors. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 7, 39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- 12 Zeanah C, Scheeringa M, Boris NW ym. (2004). Reactive Attachment Disorder in Maltreated Toddlers. *Child abuse & neglect: the international journal*, 28, 877–888. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.010>
- 13 Boris N, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT ym. (2004). Comparing Criteria for Attachment Disorders: Establishing Reliability and Validity in High-Risk Samples. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 568–577. <https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00010>
- 14 Zeanah C, Cheshire T, Boris NW (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 55, 990–1003. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.08.004>
- 15 Gleason M, Andrei Zamfirescu A, Egge H ym. (2011). Epidemiology of Psychiatric Disorders in Very Young Children in a Romanian Pediatric Setting. *European child & adolescent psychiatry*, 20, 527–535. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0214-0>

Satunnaistettu vertailukoe tulee suunnitella huolella

- Vaikuttavuustutkimuksessa pyritään osoittamaan mahdollisimman yksiselitteisesti, että saatu vaikutus on kokeessa riippumattomaksi muuttujaksi määritellyn tekijän tuottama.
- Satunnaistettua vertailukoetta pidetään luotettavimpana tapana mitata intervention vaikuttavuutta.
- Satunnaistamisella pyritään siihen, että ryhmät ovat mahdollisimman samankaltaisia muiden kuin tutkittavien vaikuttavien tekijöiden osalta.
- Koetta suunniteltaessa tulee määritellä kohdejoukko, verrokkiryhmät, päämuuttuja ja mahdolliset toissijaiset vasteet sekä nollahypoteesi. Myös otoskoko tulee laskea.
- Suunnittelussa tarvitaan tietoa tutkimuslainsäädännöstä, lupaprosessista, eettisistä asioista, статистиikasta ja tutkimusdatan keräämisestä.



**SANNA
HINKKA-YLI-SALOMÄKI**
VTL, MSc, DLSHTM
Johtaja, biostatistiikka ja
tiedonhallinta
Lastenpsykiatrian
tutkimuskeskus,
Turun yliopisto

Vaikuttavuustutkimuksessa pyritään osoittamaan mahdollisimman yksiselitteisesti, että saatu vaikutus on kokeessa riippumattomaksi muuttujaksi määritellyn tekijän tuottama. Tietyn toimenpiteen vaikuttavuudella tarkoitetaan siis sitä, että mikään muu seikka ei ole tuottanut havaittua lopputulosta eli vaikutusta. Hoitoyhteyksissä tämä merkitsee, että sattuman, spontaanin paranemisen, lumevaikutuksen tai jonkin rinnakkaihoidon sekoittavan vaikutuksen mahdollisuus on voitu sulkea pois. Vaikuttavuustutkimuksessa sekä riippumattoman muuttujan että hoitotuloksen määrittely edellyttää yleensä, että on olemassa perusteltu käsitteellinen malli hoidon vaikutusmekanismeista.

Vaikuttavuustutkimusta, kuten muutakin tieteellistä tutkimusta, voidaan tehdä monenlaisilla tutkimusasetelmilla [1]. Satunnaistettu vertailukoe (randomised controlled trial, RCT) on keskeinen menetelmä tarkastella vaikuttavuutta, sairauksien ehkäisyä, hoitoa, kuntoutusta tai vaikkapa uuden lääkeaineen tehoa ja turvallisuutta. Menetelmää pidetään luotettavimpana tapana mitata vaikuttavuutta [2].

Satunnaistettu vertailukoe voidaan määritellä monin tavoin, mutta tavallisesti se kuvataan tutkimukseksi, jossa joukko tutkit-

tavia jaetaan satunnaisesti kahteen tai useampaan ryhmään. Yksi näistä ryhmistä saa tutkittavaa interventiota ja muut muuta hoitoa (kuten olemassa olevaa standardihoitoa), plaseboa tai ei mitään.

Käyttämällä satunnaistettua vertailukoetta pyritään välttämään ongelmat, jotka liittyvät ei-kontrolloituihin tai "historiallisiin kontrolloille" käytäviin kokeisiin. Kontrolloimattomissa kokeissa voidaan saada hyvinkin ylioptimistisia tuloksia intervention vaikutuksesta, koska vaikutusta ei verrata minkään toisen ryhmän tilanteeseen. Historiallisten kontrollien käytöllä tarkoitetaan tilannetta, jossa tutkija haluaa välttää satunnaistuksen poimimalla takautuvasti esimerkiksi potilasrekisteristä aiemmin standardihoitoa saaneita potilaita ja käyttää tätä ryhmää uuden intervention verrokkiryhmänä. Tähän liittyy monia ongelmia, joista tärkein on tarkasteltavien ryhmien heikko vertailukelpoisuus.

Seuraavaksi tarkastelen yleisiä tilastollisia asioita, joita satunnaistetun vertailukokeen suunnittelussa tulisi huomioida [3,4]. En perehdy tilastollisiin menetelmiin tai mallinnuksiin enkä ulota tarkastelua integroidun tutkimusdatan eli metadatan erityispiirteiden vaikutusten huomioimiseen.

KOHDEJOUKKO

Kohdejoukko tarkoittaa sitä ryhmää, jota tutkimuksen tuloksista tehty johtopäätökset yleistetään koskemaan. Tutkimukseen rekrytoitavien tutkimushenkilöiden tulisi edustaa mahdollisimman hyvin kohdejoukkoa, ainakin varmentavissa eli konfirmatorisissa tutkimuksissa. Jos tutkimushenkilöt valitaan hyvin tiukoin sisäänottokriteerein, he edustavat vain pientä osaa siitä kohdejoukosta, jolle interventio halutaan suunnata. Tästä syystä esimerkiksi myyntilupaa uudelle lääkkeelle ei voi saada, jos sitä on tutkittu vain nuorilla miehillä, joilla ei ole yleisimpiä kroonisia sairauksia.

Myös maantieteellisissä rajoituksissa on syytä olla tarkkana. Jos esimerkiksi uusi nuorten aikuisten etähoito-ohjelma on todettu vaikuttavaksi harvaanasutuilla seuduilla, se ei ole välttämättä vaikuttava koko Suomessa.

Kohdejoukkoon liittyvää otoskokoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä käsitellään tarkemmin edempänä, mutta yleisesti voidaan sanoa, että mitä suurempi kohdejoukko, sitä suurempi määrä tutkimushenkilöitä tutkimukseen tarvitaan. Jos kohdejoukko on hyvin laaja, voi olla hankalaa tilastollisin menetelmin arvioida tarvittavaa rekrytoitavien määrää. Lisäksi olemassa olevan intervention (vertailu-interventio) vaikutuksen suuruudesta ei välttämättä löydy julkais-tua tietoa. Toisaalta liialliset poissulku- ja sisäänottokriteerit voivat vaikeuttaa rekrytointiprosessia, jolloin tutkimukseen tarvittavaa otoskokoa voi olla lähes mahdotonta saavuttaa sovitussa ajassa ja käytettävissä olevilla resursseilla.

VERROKKIRYHMÄT

Tutkittavien poissulku- ja sisäänottokriteerien määrittämisen jäl-keen tutkijan on valittava vertailtavat ryhmät eli tarkasteltavat inter-ventiot. Useimmiten satunnaistetussa vertailukokeessa verrataan tietyn intervention, kuten uuden terapiamuodon, vaikutuksia ole-massa olevan hoitomuodon vaikutuksiin. Tällöin tärkeää on tarkas-tella, löytyykö olemassa olevasta hoidosta tutkittua tietoa vai ei. Jos tietoa ei ole, tutkija ei voi olla varma, kuinka tehokas tai vaikuttava uusi interventio todella on, vaikka tutkimuksen tulokset tukisivat

”Kontrolloimattomissa kokeissa voidaan saada ylioptimistisia tuloksia intervention vaikutuksesta.”

väitettä, että uusi interventio eroaa merkitsevästi olemassa olevasta hoidosta. Saattaahan olla, että olemassa oleva hoito ei merkittävästi eroa tilanteesta, jossa tutkittavat eivät saa mitään hoitomuotoa.

Engelman voi ratkaista esimerkiksi ottamalla tutkimukseen kol-me rinnakkaisryhmää, joista yksi saa uutta tutkittavaa interventiota, toinen standardihoitoa ja kolmas ei saa mitään hoitoa (ns. ”puhdas” verrokki).

VASTEET

Ensisijaisen vasteen eli päämuuttujan (primary variable) pitäisi olla välittömässä yhteydessä tutkimuksen päätarkoitukseen. Valinnan tulisi heijastaa tutkimusalan hyväksytyjä normeja ja standardeja. Suositus on, että valittava muuttuja on luotettava ja validoitu aiem-pien tutkimusten tai kirjallisuuden perusteella. Myös siitä pitäisi olla näyttöä, että päämuuttujan avulla saadaan merkityksellistä ja merkittävää tietoa tutkittavan (potilas)ryhmän hoitamisesta. Esi-merkiksi tutkittaessa ahdistushäiriön uuden, nuorille suunnatun hoitomuodon vaikuttavuutta päämuuttujan tulisi olla kehitetty ja yleisesti käytetty mittaamaan juuri ahdistusta eikä esimerkiksi mas-sennusta tai syömishäiriötä.

Tutkimuksen otoskoko lasketaan yleensä ensisijaiselle vasteelle. Tavallisesti satunnaistetussa vertailukokeessa valitaan vain yksi tehoa, turvallisuutta, elämänlaatua tai kustannusvaikuttavuutta mittaava vaste. Poikkeuksena ovat ns. monimutkaiset interventiot, joissa joudutaan käyttämään useita ensisijaisia vasteita [ks. 5,6]. Mi-käli ensisijaisia vasteita on enemmän kuin yksi, on mietittävä tyypin I virheen vaikutuksen kontrollointia, kuten myös vaikutusta tyypin II virhetasoon ja otoskoko.

Tyypin I virhe syntyy, kun tutkimusaineisto todellisuudessa tukee nollahypoteesia (H0) tarkasteltavan vasteen suhteen, mutta käytetty tilastollinen testi hylkää sen (taulukko 1). Toisin sanoen tarkastelta-vat interventiot eivät todellisuudessa eroa toisistaan tarkasteltavan

TAULUKKO 1.

Tyypin I ja II virheet

		Johtopäätös	
		H0	HV
Todellinen tilanne	H0	Oikea johtopäätös	Tyypin I virhe (α)
	HV	Tyypin II virhe (β)	Oikea johtopäätös

H0 = nollahypoteesi

HV = vaihtoehtoinen hypoteesi

vasteen suhteen, mutta tilastollinen testi antaa merkitsevyystason alittavan p-arvon, jolloin vaihtoehtoinen hypoteesi (HV) hyväksy-tään. Yleensä tyypin I virheelle käytetään riskitasoa $\alpha = 0,05$.

Tyypin II virhe syntyy, kun tutkittavat hoitomallit todellisuudessa eroavat toisistaan, mutta tilastollisen testin tulos ei tätä tue. Esimer-kiksi kahden ensisijaisen vasteen tutkimuksessa monivertailuon-gelma voidaan ratkaista käyttämällä ns. Bonferroni-merkitsevyys-tasokorjausta. Käytännössä tavoiteltu merkitsevyystaso jaetaan testien lukumäärällä, ja näin laskettua arvoa käytetään jokaisessa yksittäisessä testissä. Esimerkiksi kahden muuttujan tapauksessa arvon $\alpha = 0,05$ sijasta käytetäänkin arvoa $\alpha = 0,025$. On kuitenkin tärkeää huomioida, että analyysien voima heikkenee monivertailun huomioimisen myötä. Toisin sanoen todennäköisyys tyypin II vir-heelle kasvaa ja oikeita eroavaisuuksia voi jäädä havaitsematta.

Toissijaiset vasteet (secondary variables) joko tukevat tutkimuk-sen päätarkoitusta tai ovat yhteydessä tutkimuksen toissijaisiin tavoitteisiin. Näidenkin vasteiden määrittelyn, arvioinnin ja analy-soinnin pitäisi olla etukäteen kirjattuna tutkimussuunnitelmaan. Toissijaiset vasteet voivat olla paitsi yksittäisiä muuttujia myös ns. yhdistelmämuuttujia (composite variables), eli useat yksittäiset kysymykset voidaan yhdistää yhdeksi muuttujaksi protokollassa etukäteen määritetyn algoritmin mukaisesti.

Menetelmiä yhdistelmämuuttujien muodostamiseksi on useita. Tavallisesti ne toteutetaan laskemalla muuttujien arvoista aritmeet-tinen tai painotettu keskiarvo tai ryhmittämällä muuttujat merki-tyksensä perusteella muutamaa isompaa ryhmään. Lisäksi on mahdollista käyttää vasteena yleisarviota (global assessment), joka sisältää useimmiten tutkijan subjektiivisen arvion. Tällöin on erityi-sen tärkeää, että suunnitelmaan on etukäteen kirjattu vastausvaihto-etohtojen perusteet. Jos suoran vaikutuksen arviointi ei ole mahdol-lista, voidaan käyttää sijaisvasteita (surrogate variables).

Jatkuvien muuttujien luokittelu kategorioihin tavallisesti johtaa uusien muuttujien informaation vähenemiseen, mikä heikentää tilastollisten testien voimaa. Tämä pitäisi huomioida otoskoon ar-vioinnissa. Jatkuvia muuttujia voivat olla esimerkiksi käytetty raha-määrä tai tutkimushenkilöiden digitaaliseen mielenterveyttä edistä-vään ohjelmaan käyttämä aika.

KOEASETELMA JA SATUNNAISTAMINEN

Yleisimmin satunnaistettu vertailukoe toteutetaan rinnakkaisten ryhmien koeasetelmana. Asetelmassa on tavallisesti kaksi ryhmää ja tutkimushenkilöt satunnaistetaan näistä jompaankumpaan. Ris-tikkäiskaavio- tai crossover-koeasetelmassa tutkittavat satunnaiste-taan käsittelyjonoihin. Asetelma sopii parhaiten esimerkiksi jonkin uuden hoitomuodon vaikuttavuuden vertaamiseen standardihoi-toon kroonisesti sairailta henkilöillä. Ideana on, että tutkittava saa molemmat hoitomuodot satunnaisessa järjestyksessä. Tutkittava

toimii siis itse itsensä verrokkina. Oleellista on, että puhdistautumiskaus (washout period) hoitomuotojen välillä on riittävän pitkä, jotta ensimmäinen hoitoperiodi ei vaikuttaisi ns. jäännösvaikutuksena toisen hoitoperiodin tuloksiin.

Kolmantena koeasetelmatyypinä ovat faktorikokeet, joista yksinkertaisin on 2 x 2 -faktorimalli. Siinä tutkittavia käsittelee kaksi (merkitään A ja B) ja tutkittavat satunnaistetaan neljästä ryhmästä yhteen. Kahdesta käsitteestä muodostetaan siis neljä vaihtoehtoa: 1) pelkästään käsittely A, 2) pelkästään käsittely B, 3) käsittely A ja B yhdessä sekä 4) ei mitään.

2 x 2 -faktorikokeen etuna on se, että samalla tutkittavien lukumäärällä saadaan joissakin tapauksissa arvioitua yhden intervention sijasta kaksi interventiota. Eli vaikka tutkitaan kahta interventiota niin otoskooksi riittää sama kuin olisi tarvittu tutkittaessa vain yhtä interventiota. Oletuksena on, että tutkittavat interventiot ovat riippumattomia eli niillä ei ole merkitsevää yhdysvaikutusta. Toisin sanoen käsittelyiden A ja B vaikutus päävasteeseen on luonteeltaan additiivista.

Additiivisessa vaikutuksessa interventioiden yhteisvaikutus on siis likimain yhtä suuri kuin osavaikutusten summa. Jos otoskoko lasketaan interventioiden A ja B vaikutuksille, yhdysvaikutuksen testistä voi tulla hyvin heikko. Näin ollen tutkimukselle on tärkeää määrittää riittävä otoskoko, jotta mahdollinen yhdysvaikutus voidaan havaita luotettavasti tilastollisin testein tutkimusaineistosta.

Kaikissa tutkimusasetelmissa yksilösatunnaistaminen ja -kontrollointi eivät ole mahdollisia, vaan joudutaan etsimään muita ratkaisuja. Suunnittelun kannalta haasteellisia tutkimusasetelmia käytetään mm. monimuotoisissa ja laajoissa palvelujärjestelmä- ja interventiotutkimuksissa. Erityisen haasteen muodostaa toimintaympäristön vaikutus, jota on tutkimusta suunniteltaessa vaikea ennakoita.

Vaihtoehtona yksilösatunnaistamiselle on muodostaa ryppäitä ja satunnaistaa nämä ryppäät tutkimusryhmiin (cluster randomisation). Käytännössä otos kerätään kaksivaiheisesti eli poimitaan ensin joukko ryppäitä kaikkien ryppäiden joukosta. Seuraavassa vaiheessa poimitaan jokaisesta ryppästä osaotos ja yhdistetään osaotokset yhdeksi otokseksi.

Tällaista ryväsotantaa (kuvio 1) käytetään esimerkiksi kouluissa tehtävissä interventiotutkimuksissa, joissa tutkitaan vaikkapa

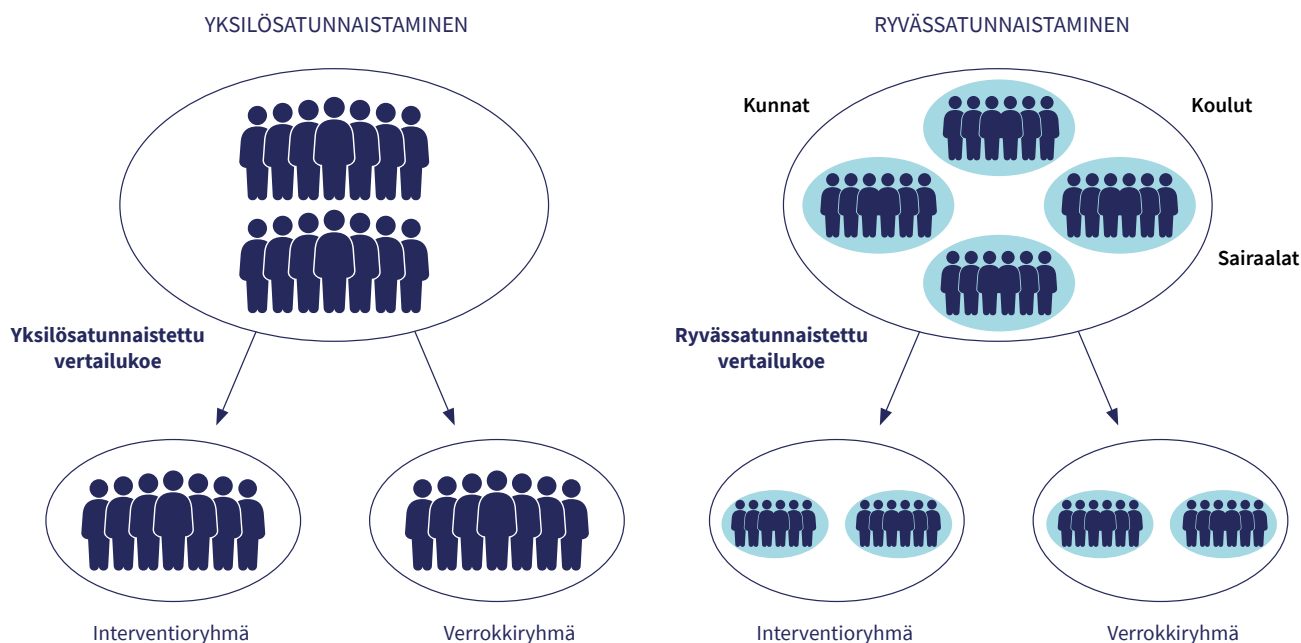
”Kohdejoukko tarkoittaa sitä ryhmää, jota tutkimuksen tuloksista tehdyt johtopäätökset yleistetään koskemaan.”

uuden mielenterveyteen liittyvän ohjelman vaikutuksia kouluki- saamiseen. Moniasteisessa ryväsotannassa perusjoukko voidaan jakaa ryppäisiin hierarkkisesti eli perusjoukko jaetaan ensin ryppäisiin, jotka puolestaan voidaan jakaa aliryppäisiin jne. Esimerkki tällaisesta asetelmasta voisi olla mielenterveysohjelmia vertaileva tutkimus, johon osallistuisi yksittäisiä koululuokkia eri kouluista. Hierarkkinen rakenne voisi tällöin olla maakunnat, kunnat, koulu- piirit, koulut ja luokat. Tällaiset tutkimukset vaativat suuremman määrän tutkittavia ja ovat huomattavasti monimutkaisempia toteuttaa sekä analysoida kuin yksilösatunnaistamisen kautta tehtävät tutkimukset.

Tutkimushenkilöiden valikoitumista ja siihen liittyvää harhaa pyritään välttämään satunnaistamisen (randomisation) lisäksi sokkouttamisella (blinding). Korkein sokkouttamisen taso, jossa

KUVIO 1.

Ryväsotanta



kukaan tutkimuksessa osallisena oleva, mukaan lukien tutkittava itse, ei tiedä mitä interventiota yksittäinen tutkimushenkilö saa, on useimmiten mahdoton toteuttaa. Realistisempaa on, että tutkimuksen statistikko tai tilastollisista analyyseistä vastaava henkilö analysoi esimerkiksi ensisijaisen vasteen sokkona, jonka jälkeen muu aineisto voidaan tutkimusryhmien osalta avata.

Satunnaistamisella pyritään siis siihen, että ryhmät ovat samankaltaisia muiden kuin tutkittavien vaikuttavien tekijöiden osalta. Tavallisimmin satunnaistaminen toteutetaan arpomalla kuhunkin

”Päämuuttujan pitäisi olla välittömässä yhteydessä tutkimuksen päätarkoitukseen.”

ryhmään yhtä monta tutkimushenkilöä (1:1 allokointi). Joissakin tapauksissa kannattaa harkita kaksi kertaa suurempaa tutkimushenkilöiden määrää uutta interventiota saavien ryhmään kuin verrokki- tai esimerkiksi käytössä olevaa interventiota saavien ryhmään (2:1 allokointi). Näin saadaan kerättyä enemmän tietoa tutkitavan intervention vaikuttavuudesta ja turvallisuudesta.

Tutkijat harvoin perustelevat julkaisuissaan tätä epätasaista satunnaistusta tai kertovat, miten epätasainen satunnaistus on huomioitu otoskoon laskemisessa. Perusteita kannattaa kuitenkin miettiä: onko kyse esimerkiksi 1) kustannusten minimoimisesta, 2) harvinaisempien haittatapahtumien löytämisestä isommalla otoskolla, 3) toiveesta saada rekrytointi tehtyä nopeammin tai 4) arviosta uuden intervention ryhmän suuremmasta keskeyttämisasteesta.

Jotta 2:1 allokoinnilla saataisiin sama tilastollinen voima kuin 1:1 allokoinnilla, tutkimushenkilöitä pitää rekrytoida keskimäärin yli 10 % enemmän [7]. Vastaavasti 3:1 allokoinnilla tarvitaan keskimäärin yli 30 % enemmän tutkimushenkilöitä. Tutkittavan hoitomuodon, tutkimuskohteen ja kohdejoukon huomioiden tutkimuksen satunnaistaminen 2:1 voi mielestäni joskus olla eettisesti arveluttavaa. Tällöin perustelluinta on pitäytyä 1:1 allokoinnissa.

Toisinaan eettisesti hyvänä vaihtoehtona pidetään satunnaistamista tutkittavaan interventioon tai saman intervention odotuslistalle. Odotuslistaryhmä on siis intervention verrokkiryhmä (wait list control group) [8]. Odotuslistalle satunnaistetut saavat tutkittavan intervention tutkimussuunnitelmassa määritellyn ajan kuluttua. Asetelmassa intervention vaikutusta arvioidaan vertaamalla muutosta interventoryhmässä alkutilanteesta intervention loppuun muutokseen odotuslistaryhmässä alkutilanteesta hetkeen ennen intervention aloittamista.

Tutkimusten mukaan odotuslistaryhmän käyttäminen voi keinotekoisesti lisätä intervention vaikutuksen suuruutta, sillä hoidon odottaminen passivoi. Jos ihminen ei olisi odotuslistalla, hän saattaisi aktiivisesti etsiä parannusta. Koeasetelmaa käytetään yhä enemmän psykologisissa ja käyttäytymistieteiden interventio-tutkimuksissa. Tutkijan kannattaa tarkoin miettiä koeasetelman sopivuutta omaan tutkimusongelmaansa ja kohdejoukkoonsa. Asetelma myös väistämättä pidentää tutkimuksen kestoa. Tilastollinen analyysi ei sinänsä eroa tavallisesta kahden rinnakkaisryhmän analyysistä.

Satunnaistaminen on hyvä tehdä jonkin tarkoitukseen soveltuvan tilastollisen ohjelman avulla. Näin taataan, että satunnaistus on tarvittaessa toistettavissa. Mikäli tutkimuksessa on useita eri alueita kuten sairaanhoitopiirejä, kuntia tai kouluja, kannattaa harkita ositettua otantaa, jossa kullekin osajoukolle tehdään omat satun-

naistamislistansa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jos tutkimusta tehdään esimerkiksi neljässä sairaanhoitopiirissä ja halutaan osoittaa otanta sairaanhoitopiiriin mukaan, kullekin sairaanhoitopiirille muodostetaan oma satunnaistamislistansa, eli yhteensä tehdään neljä listaa. Näin taataan, että tarkasteltavat ryhmät ovat likimain yhtä suuria kullakin alueella.

Tutkimus on luonteeltaan joko konfirmatorinen tai eksploratiivinen. Ensimmäisessä tutkimushypoteesit on päätetty etukäteen, ja niillä on suora yhteys tutkimuksen päätarkoituksiin. Tilastollisin testeillä saadaan analysoidua tilastolliset merkitsevyystasot, jotka tavallisesti raportoidaan yhdessä vaikutuksen suuruuden (effect size) kanssa. Näiden lisäksi tutkimuksen johtopäätöksiin vaikuttaa aina myös kliininen/käytännön merkitsevyys.

Konfirmatoristen tutkimusten tarkoituksena on tuottaa selkeitä todisteita tutkitavan hoidon tehosta tai turvallisuudesta. Konfirmatorisia tutkimuksia edeltää tavallisesti joukko eksploratiivisia tutkimuksia, joissa niin ikään on selkeästi määritellyt tavoitteet, muttei etukäteen määriteltyjä hypoteeseja. Näin ollen tilastollinen analyysikin on lähinnä kuvailevaa.

Yksi esimerkki eksploratiivisesta tutkimuksesta on toteutettu vuustutkimus (feasibility study), jossa tarkoituksena voi olla vaikka tutkia uuden digitaalisen mielenterveyden lukutaito-ohjelman sopivuutta ammattiin opiskeleville 16–18-vuotiaille. Eksploratiivisissa tutkimuksissa saatujen tulosten luotettavuus on hyvä aina todentaa konfirmatorisin tutkimuksin. Huomioitavaa on, että konfirmatorisissa tutkimuksissa voi hyvin olla mukana luonteeltaan eksploratiivisia vasteita.

VERTAILUTYYPI

Hoitomuodon toimivuus, vaikuttavuus tai teho on tieteellisesti vakuuttavimmin osoitettavissa superioriteettitutkimuksissa. Niissä tarkoituksena on osoittaa kahden eri hoitomuodon (tai uutta hoitoa saavan ryhmän ja verrokkiryhmän) eroavaisuus toisistaan. Vertailtava hoitomuoto (active comparator) olisi hyvä valita huolella. Esimerkkinä sopivasta vertailuinterventiosta on samaan indikaatioon laajasti käytetty terapia, jonka vaikuttavuus on osoitettu hyvin suunnitelluissa ja raportoiduissa superioriteettitutkimuksissa. Mahdollista on myös osoittaa (kliininen) ekvivalenssi tai non-inferioriteetti kahden hoitomuodon välillä. Kuvio 2 havainnollistaa

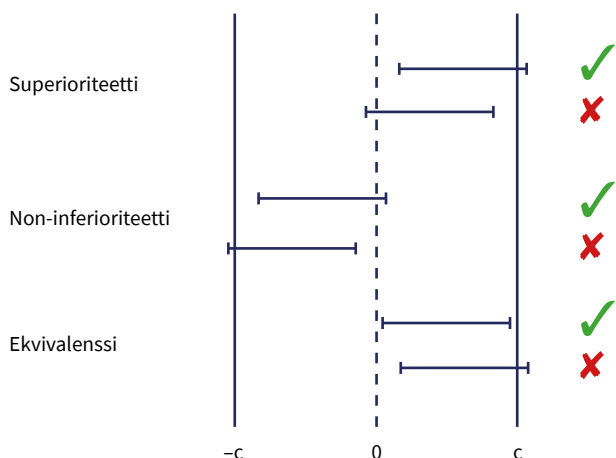
”Rekisteröinnin tavoitteena on saada kaikki tutkimukset tuloksineen julkisiksi.”

näitä kolmea vertailutyyppiä. Tutkijan kannalta oleellista on erottaa, miten vertailutyyppit eroavat toisistaan – mitä hypoteesia missäkin niistä testataan – ei niinkään miten estimaatit luottamusvälineen eri tyyppisille vasteille teknisesti lasketaan kahden hoitomuodon eron välille.

OTOSKOKO

Tutkittavien lukumäärän pitäisi aina olla riittävän suuri, jotta tutkimuksella pystyttäisiin vastaamaan suunnitelmassa esitettyihin tutkimusongelmiin. Otokoko perustuu tavallisesti tutkimuksen ensisijaiseen tarkoitukseen ja se lasketaan käyttäen kirjallisuudesta saatuja tietoja ensisijaisesta vasteesta. Otokoko voidaan laskea, kun tutkimussuunnitelmassa on kirjattuna ensisijainen vaste, tilastollinen testi ja nollahypoteesi sekä sen vaihtoehdotiset hypoteesit.

Superioriteetti, non-inferioriteetti ja ekvivalenssi -vertailutyypit



Kasvun tuki
Aikakauslehti

Jokaisesta asetelmasta on kuvattu kaksi esimerkkiä 95 %:n luottamusvälistä kahden käsittelyn vaikutuksen erolle. Vihreä merkintä tarkoittaa, että nollahypoteesi ei saa tukea ja punainen että se saa tukea Non-inferioriteetin päättelmissä arvo $-c$ on käytettävä nollahypoteesin arvo, ja ekvivalenssin laskemisessa arvot $-c$ ja c ovat käytettävät nollahypoteesin arvot.

Superioriteetti: Ensimmäisessä (vihreä) esimerkissä nollahypoteesi "käsittelyiden välillä ei eroa vaikuttavuudessa" hylätään eli data ei tue nollahypoteesia. Luottamusväli kahden käsittelyn erolle ei sisällä arvoa 0. Toisessa esimerkissä (punainen) käsittelyiden eron luottamusväli sisältää arvon 0, joten nollahypoteesi "käsittelyiden välillä ei eroa vaikuttavuudessa" saa tukea.

Non-inferioriteetti: Tarkoitus on osoittaa, että uusi hoitomuoto ei ole vallitsevaa hoitomuotoa huonompi. Nollahypoteesina on, että "käsittelyn A vaikutus on huonompi kuin käsittelyn B". Ensimmäisessä esimerkissä (vihreä) käsittelyiden eron luottamusvälin alaraja on suurempi kuin $-c$, joten nollahypoteesi hylätään eli käsittely A ei ole huonompi kuin käsittely B. Toisessa esimerkissä (punainen) käsittelyiden eron luottamusvälin alaraja on pienempi kuin $-c$, joten nollahypoteesi saa tukea eli käsittelyn A vaikutus näyttää olevan käsittelyn B vaikutusta huonompi. Non-inferioriteetin vallitessa luottamusvälin alaraja ei siis saa olla sallittua eroa pienempi. Lisäksi on huomioitava, että arvo c päätetään tutkimuksen suunnitteluvaiheessa ja kirjataan suunnitelmaan. Olisi virheellistä päätellä tilastollisesta testistä saadun ei-merkitsevän p -arvon perusteella, että non-inferioriteetti toteutuu kahden intervention välillä.

Ekvivalenssi: Ensimmäisessä (vihreä) esimerkissä nollahypoteesi "käsittelyiden vaikutukset eivät ole ekvivalentit" ei saa tukea, koska luottamusväli kahden käsittelyn erolle sisältyy välille $[-c, c]$. Toisessa (punainen) esimerkissä käsittelyiden eron luottamusvälin yläraja on suurempi kuin c , joten ekvivalenssi ei toteudu (nollahypoteesi saa tukea). Tähän pätee sama sääntö kuin non-inferioriteetinkin tapauksessa eli arvot $-c$ ja c päätetään ennen tutkimuksen aloittamista ja kirjataan tutkimussuunnitelmaan. Myös tässä tapauksessa olisi virheellistä päätellä tilastollisesta testistä saadun ei-merkitsevän p -arvon perusteella, että ekvivalenssi toteutuu kahden intervention välillä.

Tutkimuksen tulokset voidaan tulkita hyvin eri tavoin riippuen siitä, onko kyse superioriteetin, non-inferioriteetin vai ekvivalenssin osoittamisesta. Tietyin ehdoin on mahdollista vaihtaa superioriteetin osoittamisesta non-inferioriteetin osoittamiseen tai päinvastoin, vaikka tutkimus olisi jo käynnissä [9].

Suunnitelmaan kirjoitetaan otoskoon määrittämisen kohdalle 1) mikä vaste, 2) mitä arvoja on käytetty (keskiarvo, hajonta, vastausprosentti, eron estimaatti), 3) mitä otoskoon laskemismenetelmää on käytetty, 4) miten tutkittavien keskeyttämiset, vetäytymiset ja protokollasta poikkeamiset on huomioitu ja 5) tyyppin I ja II virhetasot. Tavallisimmin tyyppin I virhe kiinnitetään tasolle $\beta = 0,05$ ja tyyppin II virhe välille $0,1 \leq \beta \leq 0,2$. Tilastollisen testin voima määritetään kaavalla $(1 - \beta) \times 100\%$ eli se vaihtelee välillä 80–90 %.

TUTKIMUKSEN REKISTERÖINTI

ICMJE:n (International Committee of Medical Journal Editors) kriteerien mukaan rekisteröitäviksi interventiotutkimuksiksi katsotaan prospektiiviset (etenevät) ja kontrolloidut (vertailuvat, joissa käytössä on ainakin kaksi eri hoitoa; koe- ja vertailumenetelmä) lääkkeillä, laitteilla, kirurgisilla tai käyttäytymis- ja muilla hoitomenetelmillä tehtävät hoitotutkimukset, joissa arvioidaan käytettyjen hoitomenetelmien vaikuttavuutta [10].

Edellä mainitut ehdot täyttävät satunnaistetut vertailukokeet on aina rekisteröitävä. Käytetyin julkinen, ilmainen ja kaikille avoin, ei-kaupallinen tutkimusrekisteri on tällä hetkellä ClinicalTrials.gov (<https://clinicaltrials.gov/>). ICMJE:n periaatteiden mukaan lehdet ottavat julkaistavaksi vain rekisteröityjä tutkimuksia. Rekisteröinnin tavoitteena on saada kaikki tutkimukset tulokseen julkisiksi, lisätä yleistä luottamusta tutkimustoimintaan ja välttää päällekkäisiä tutkimuksia eettisyyden nimissä. Tutkimuksen rahoituslähde ei vaikuta rekisteröintivelvoitteeseen eli myös ns. tutkijalähtöiset tutkimukset on rekisteröitävä ennen ensimmäisen tutkimushenkilön ottamista mukaan tutkimukseen.

KAIKKIVOIPA SATUNNAISTETTU VERTAILUKOE?

Nykykaikaisen satunnaistetun kontrolloidun tutkimusasetelman "isänä" pidetään Austin Bradford Hilliä, joka julkaisi ryhmänsä kanssa vuonna 1948 ensimmäisen satunnaistetun vertailukokeensa tulokset. Sittenkin asetelman käyttö on levinnyt eri tieteenaloille. Suurin vahvuus on tutkittavien erilaisesta valikoitumisesta tutkimusryhmiin aiheutuvan harhan hallitseminen.

Asetelma sopii jokseenkin kaikille tieteenaloille. Joidenkin mielestä poikkeuksena ovat tutkimukset, joissa ei ole eettisesti hyväksyttävää riistää potilailta vaikuttaviksi osoitettuja hoitomuotoja. Mutta miten tämä määritellään? Mitkä ehdot yksittäisen tutkimuksen pitäisi täyttää, jotta satunnaistettu vertailukoe ei olisi toteutettavissa? Tietääkseni tästä ei ole yleisesti hyväksyttyä "kultaista" sääntöä, vaan ainoastaan joukko mielipiteitä.

Silti voidaan sanoa, että satunnaistettua vertailukoetta ei pidä tehdä, jos johtopäätös tiedetään suurella todennäköisyydellä etukäteen. Silloinhan se on resurssien tuhlaamista, eikä tutkittavien edun mukaista. Tämänhetkinen ehdotus kriteereistä sisältää seuraavat kolme kohtaa: Jokaisessa satunnaistetussa vertailukokeessa tulisi olla 1) selkeä kysymys 2) yksityiskohtaisesti muodostettu tutkimushypoteesi ja näiden lisäksi 3) olisi varmistettava, että olemassa olevan tiedon mukaan hypoteesia ei ole vielä tutkittu (ei myöskään ei-satunnaistetuilla kokeilla).

Satunnaistetun vertailukokeen suunnittelussa on monia asioita, jotka tutkijan on huomioitava. Suunnittelu vaatii moniosaamista, joten tutkimusryhmällä on syytä olla riittävästi tietoa myös tutkimuslainsäädännöstä, tutkimuslupaprosessista, eettisistä asioista, tilastitiikasta ja tutkimusdatan keräämisestä. Toisaalta täydellistä satunnaistettua vertailukoetta ei uskoakseni ole koskaan suunniteltu ja toteutettu. Riittää, että suunnittelun "palaset" ovat riittävän hyvin paikoillaan. ●

AVAINSANAT:

vaikuttavuus, RCT, satunnaistettu vertailukoe, satunnaistaminen, interventio

SIDONNAISUUDET:

Sanna Hinkka-Yli-Salomäki: Ei sidonnaisuuksia.

LÄHTEET:

- 1 Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R ym. ja GRADE Working Group (2008). What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians?. BMJ 336, 995–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.39490.551019.BE>
- 2 Hariton E & Locascio JL (2018). Randomised controlled trials—the gold standard for effectiveness research. BJOG 125, 1716. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15199>
- 3 Guidance for clinical trial protocols. SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials). <https://www.spirit-statement.org/>
- 4 European Medicines Agency. ICH Topic E9: Statistical principles for clinical trials. ICH Harmonised Tripartite Guideline. www.ema.europa.eu/en/ich-e9-statistical-principles-clinical-trials
- 5 Medical Research Council (2021). Developing and evaluating complex interventions. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance
- 6 Craig P, Dieppe P, Macintyre S ym. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- 7 Spencer Phillips Hey & Jonathan Kimmelman (2014). The questionable use of unequal allocation in confirmatory trials. Neurology 82(1): 77-79. doi: 10.1212/01.wnl.0000438226.10353.1c
- 8 Cunningham JA, Kypri K, McCambridge J (2013). Exploratory randomized controlled trial evaluating the impact of a waiting list control design. BMC Med Res Methodol 13, 150. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-150>
- 9 Committee for Proprietary Medicinal Products (2001). Points to consider on switching between superiority and non-inferiority. Br J Clin Pharmacol 52, 223–228. <https://doi.org/10.1046/j.0306-5251.2001.01397-3.x>
- 10 ICMJE. Clinical Trials Registration. www.icmje.org/about-icmje/faqs/clinical-trials-registration/

Mindsetillä on väliä – psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuuden tutkimisen haasteet

- Lapsiin kohdistetun psykososiaalisen intervention vaikutuksia pitäisi osata etsiä muualtakin kuin vain lapsista.
- Menetelmä voi vaikuttaa myönteisesti kasvatustilapiiriin ja suhteisiin siitäkin huolimatta, että vaikutuksia ei saada perinteisillä mittareilla esiin.
- Toisaalta hyväkin menetelmä voi olla tehoton, jos sitä toteutetaan epätarkoituksenmukaisella asenteella.



BEN FURMAN

psykiatrian erikoislääkäri
Lyhytterapiainstituutti Oy

Itselläni on mennyt monta kertaa sormi suuhun, kun tutkijat ovat kysyneet, mitä myönteisiä vaikutuksia kehittämällemme Muksuoppi-menetelmällä tavoitellaan. Muksuoppi on kotimainen, ratkaisukeskeisen terapian periaatteille rakennettu psykopedagoginen interventio, jonka tavoite on auttaa lapsia voittamaan erilaisia psykososiaalisia ongelmia [1,2]. Näin ollen minun oletettavasti kuuluisi vastata, että vaikuttavuutta pitäisi mitata lasten oireilun määrällä. Muksuoppi olisi vaikuttavaa, jos lasten oireet (esim. ahdistus, käyttäjähäiriö tai muu ongelmakäyttäytymien) vähenevät ja tehontota, jos näin ei käy.

Vanha kasku kertoo turkkilaisten rakastamasta sankarihahmosta Nasruddin Hodjasta: Oli pimeä yö, ja kadulla partioinut poliisi näki Nasruddinin etsimässä kuumeisesti jotakin.

"Mitä sinä Nasruddin etsit?", poliisi kysyi.

"Avainta minä etsin", Nasruddin sanoi. "Pakko löytää se avain, muuten en pääse kotiin."

"Minne sinä avaimesi kadotit?", poliisi kysyi.

"Tuonne jonnekin", Nasruddin vastasi viittoen kädellään kadun toiseen päähän.

"No miksi sinä sitten tästä etsit?", poliisi ihmetteli.

"Tässä on parempi etsiä, kun tässä on tämä katuvalo", Nasruddin totesi.

Tämä kenties jo kulunut vitsi tulee usein mieleeni, kun pohdin keinoja, joilla pyritään selvittämään psykososiaalisten interventioiden hyödyllisyyttä. Etsimmekö vaikutuksia "oikeasta paikasta"? Vaikka mittarimme olisivat validoituja ja tieteellisesti päteviä, voiko käydä niin, että mittaamme niillä vääriä asioita – ja lapsi menee pesuveiden mukana.

MITÄ VAIKUTTAVUUS TARKOITTAÄ?

Kun tutkitaan vaikuttavuutta, tarvitaan yhteinen käsitys siitä, mitä vaikuttavuudella tarkoitetaan. Lähtökohtainen kysymys on, mitä muutoksia interventiolla halutaan saada aikaan. Vastaaminen ei aina ole helppoa.

MUKSUOPPI

- Muksuoppi (Kids' Skills, Ich Schaff's) on askeleittain etenevä, ratkaisukeskeiseen lähestymistapaan pohjautuva työmenetelmä.
- Menetelmän avulla voidaan auttaa lapsia voittamaan erilaisia psykososiaalisia ongelmia perheen, ystävien ja läheisten tuella.
- Muksuoppia voidaan käyttää helpottamaan lastenpsykiatriin häiriöihin liittyviä oireita (esim. ylivilkkaus, tunteiden säätelyn ongelmat).
- Menetelmä kehitettiin 90-luvulla Suomessa. Työryhmään kuuluivat Ben Furmanin lisäksi Tapani Ahola sekä erityislastentarhanopettajat Sirpa Birn ja Tuija Terävä.
- Muksuoppi on arvioitu kohtalaisen dokumentoidun näytön menetelmäksi Kasvun tuki -arviointityössä (<https://kasvuntuki.fi/menetelmat-ilmiot/menetelmat/>).
- Tutkimusnäytön perusteella muksuoppi kehitti verrokki-interventiota enemmän 4–7-vuotiaiden lasten itsesäätelytaitoja päiväkodissa ja lisäsi varhaiskasvatuksen opettajien sitoutumista lasten itsesäätelytaitojen edistämiseen. [8]

Perinteinen tutkimusasetelma vaikuttaa selkeältä. Kootaan kaksi ryhmää lapsia, joilla on samankaltaisia psykososiaalisia ongelmia. Ryhmälle A annetaan Muksuoppi-interventio ja ryhmälle B ei. Sen jälkeen verrataan, ovatko lasten oireet vähentyneet enemmän ryhmässä A kuin ryhmässä B.

Kuulostaa loogiselta. Näinhän lääkkeitäkin tutkitaan: annetaan yhdelle ryhmälle tutkittavaa lääkettä ja toiselle jotain muuta tai ei mitään, ja mitataan sitten eroja ryhmien välillä.

Mutta soveltuuko tämä vaikuttavuuden arvioinnin ”kultainen standardi” kompleksisten psykososiaalisten interventioiden arviointiin? Onko selvää, että vaikuttavuutta tulee mitata nimenomaan lasten oireiden määrällä?

Lapsiin kohdistetun intervention tulee toki vaikuttaa jollain tavalla lapsiin, mutta parhaassa tapauksessa sen vaikutukset ovat laajemmat. Interventio voi vaikuttaa myönteisesti myös aikuisiin kuten vanhempiin ja opettajiin sekä lapsen toveri- ja aikuissuhteisiin eli koko ekologiseen systeemiin, jonka osa lapsi on.

Näin ollen tärkeitä tulosmuuttujia voisivat olla myös esimerkiksi lasten kasvattajien ja opettajien kokemus stressiä sekä heidän toiveikkuutensa, pystyytensä ja keskinäinen yhteistyö. Kasvattajien asenteet voivat muuttua intervention seurauksena, vaikkei lapsessa itsessään tapahtuisi merkittäviä, perinteisillä mittareilla todettavissa olevia muutoksia. Tällöin lapsen oireiden seuraukset voivat muuttua, vaikka itse oireet eivät ainakaan heti vähenisi. Kehon meidän siis tulisi kiinnittää ensisijaisesti huomiota, lapsiin vai heitä ympäröiviin ihmisiin?

Itse uskon, että lasta kasvattavien ihmisten, kuten vanhempien, hoitajien, opettajien ja isovanhempien, välinen yhteistyö on merkittävä lapsen hyvinvointiin vaikuttava tekijä. Sen kvantitatiivinen mittaaminen ei ole helppoa, eikä validoituja instrumentteja ihmisten välisten suhteiden mittaamiseen näytä edes olevan olemassa. Tästä huolimatta meidän tulisi mielestäni psykososiaalisia interventioita arvioidessamme olla kiinnostuneita niiden ”ekosysteemisistä” vaikutuksista eli esimerkiksi siitä, miten lapsesta huolehtivat ihmiset tulevat toistensa kanssa toimeen.

Eräässä vuonna 2021 julkaistussa israelilaisessa tutkimuksessa arvioitiin ADHD-lasten perheille kohdistetun väkivallattoman vastarinnan periaatteille perustuvan perheintervention vaikuttavuutta [3]. Valtaosa vanhemmista oli intervention erittäin tyytyväisiä. He kokivat, että interventio auttoi heitä pärjäämään paremmin lapsensa kanssa ja että lapsen ongelmat vähentyivät merkittävästi. Intervention osallistuneiden lasten opettajat eivät kuitenkaan pääsääntöisesti havainneet lasten käyttäytymisessä merkittäviä positiivisia

”Onko selvää, että vaikuttavuutta tulee mitata nimenomaan lasten oireiden määrällä?”

muutoksia [4]. On hienoa, että psykososiaalisten interventioiden avulla voidaan auttaa perheitä, mutta yhtä lailla tärkeää olisi saada vaikutukset ulottumaan myös kouluun.

TOTEUTTAJAN VAIKUTUS

Psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuuden arvioinnissa käytetään ”evidence-based” -hengessä vastaavia koejärjestelyjä, joilla tutkitaan lääkeaineiden tehoa. Lääketutkimuksissa lähtökohdana on, ettei lääkeaineen vaikutus ole riippuvainen siitä, kuka reseptin potilaalle kirjoittaa. Mutta päteekö sama toteuttajasta riippumattomuuden periaate psykososiaalisiin interventioihin? Onko niidenkin

kohdalla samantekevää, kuka tai ketkä toteuttavat intervention ja millä mielellä tai asenteella he sen tekevät?

Mieleeni tulee vertaus musiikkiin. Nuotit ja sanoitus kertovat, mitä on tarkoitus esittää, mutta se on vasta osa totuutta. Toteutukseen tarvitaan vielä soittajat ja esiintyjät. He puhaltavat nuotteihin hengen ja tekevät nuoteista musiikkia. Väärät muusikot voivat pilata hyvänkin sävellyksen ja taitavat muusikot voivat saada huononkin kappaleen svengaamaan.

Jos tietty psykososiaalinen interventio on tehokas yhden ihmisen toteuttamana, onko se automaattisesti tehokas myös toisen ih-

”Mikä mahtaa olla työntekijöiden innostuneisuuden merkitys interventioiden vaikuttavuudessa?”

misen toteuttamana? Vai ovatko psykososiaaliset interventiot kuin nuotteja tai partituureja, joiden sointi riippuu niiden soittajista?

Työntekijöiden innostus

Psykososiaalisten interventioiden kehittäminen on kiehtovaa puuhaa. Olimme innoissamme, kun kehitimme Muksuoppia 90-luvun lopulla pienellä porukalla Keulatien päiväkodissa Helsingin Vuosaaressa. Meistä tuntui, että olemme kehityksen aallonharjalla, mukana tekemässä jotakin merkittävää. Yhdessä tekeminen ja uusien ideoiden kokeileminen oli sähköistävä, ja tunnelma tarttui varmasti myös lapsiin ja heidän vanhempiinsa.

Yleisesti ottaen, mikä mahtaa olla työntekijöiden innostuneisuuden merkitys psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuudessa? Onko tunnelma sivuseikka, joka voidaan huoletta sivuuttaa vai olennainen osatekijä intervention tuloksellisuudessa?

Usein kuulee jonkun innostuneen aikoinaan historiasta, matemaatikasta tai jostakin muusta oppiaineesta sen vuoksi, että opettaja oli niin innostava. Kiinnostuksen on siis herättänyt ihminen, joka on itse ollut innostunut opettamastaan sisällöstä. Miksi sitten ajatelmisimme, että psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuus on riippumatonta siitä, miten innostuneita – tai leipäänntyneitä – niiden toteuttajat ovat? Eikö kyseessä pikemminkin ole muuttujia, joka tulisi ottaa huomioon, kun arvioidaan menetelmien vaikuttavuutta?

Palauteherkkyys

Uusien psykososiaalisten interventioiden kehittäjät ovat herkistyneitä kuuntelemaan palautetta. Miten lapset kokevat intervention? Täytyykö jotakin muuttaa, jotta lapset varmasti pitävät menetelmästä? Entä vanhemmat, ottavatko he intervention ”omakseen”, vai onko tässä suhteessa kehitettävää?

Pieni Muksuoppi-työryhmämme kuunteli aikoinaan herkällä korvalla, miten lapset ja vanhemmat reagoivat tekemisimme. Mikä toimii, ja mikä ei toimi? Jätetäänkö jotakin pois, ja otetaan jokin muuta tilalle?

Interventio ei ainakaan aluksi ole kiveen hakattu toimintamalli, vaan kokeellinen lähestymistapa, joka elää ja muuttuu sen perusteella, miten se toimii ja miten asianomaiset sen kokevat. Palauteherkkyys – erityisesti se, kokevatko ihmiset, että heidän mielipiteillään on konkreettista vaikutusta käytettyyn työskentelytapaan – on vaikeasti mitattava muuttuja. Sen merkitys saattaa kuitenkin vaikuttavuuden kannalta olla paljon suurempi kuin olemme tottuneet ajattelemaan.

Jos palautteeseen reagoidaan herkästi, ihmiset saavat kokea, että he ovat itsekin menetelmän kehittäjiä eivätkä pelkästään sen koh-

teita. Tämä saattaa osittain selittää sitä, että usein uudet menetelmät näyttävät toimivan vanhoja menetelmiä paremmin ja sitä, että menetelmien pikkutarkka manualisoiminen näyttää heikentävän niiden tehoa.

UKSUOPIN RELEVANTIT TULOSMUUTTUJAT

Palataan kysymykseen siitä, mikä on se muutos, johon Muksuopilla tähdätään. Pyritäänkö sen avulla ensisijaisesti vähentämään lasten psykososiaalista oireilua, vai onko olemassa joitakin muita tekijöitä, joihin halutaan vaikuttaa?

Kun erityislastentarhanopettajat Sirpa Birn ja Tuija Terävä pyysivät minua työnohjaajaksen 90-luvun lopulla, heidän suurin huolensa ei ollut erityisryhmän lapset, vaan yhteistyö lasten vanhempien kanssa [5]. Varhaiskasvattajat ovat yksimielisiä siitä, että lasten

”Lasten auttaminen on vaikeaa, jos yhteistyö vanhempien kanssa ei toimi.”

tukeminen ja auttaminen on vaikeaa, jos yhteistyö vanhempien kanssa ei toimi. Jos taas yhteistyö sujuu hyvin, lapsia on helpompi tukea. Myös tutkimukset osoittavat kiistatta, että toimiva yhteistyö perheiden kanssa korreloi hyvien hoitotulosten kanssa kaikessa psykiatriassa työssä.

Olin kouluttautunut psykiatriksi erikoistumiseni aikana perhe-terapeutiksi, ja yhteistyö lasten läheisten kanssa kiinnosti minua suuresti. Halusin edistää menetelmiä ja työtapoja, joissa lapsen omaisiin suhtaudutaan mahdollisimman arvostavasti ja heidän syyllistämistään lasten ongelmista vältetään.

Muksuopin alkuperäinen lähtökohta ei siis ollut lasten oireiden vähentäminen, vaan paremman kasvatuskumppanuuden rakentaminen henkilökunnan ja vanhempien välille. Tästä tulikin yksi Muksuopin äänenlausutuista tavoitteista. Toki taustalla oli oletamus, että parempi kasvatuskumppanuus edistää ajan kanssa myös lasten oireiden vähenemistä. Kuitenkin jo pelkkä suhteiden paraneminen helpottaa oireilevan lapsen kanssa työskentelyä.

LAPSEN OSALLISUUS

Työskennellessäni aikoinaan koululääkärinä ja myöhemmin toimiessani lastenpsykiatrian alalla ihmetelin usein, miksi lapset eivät yleensä olleet mukana heitä koskevissa neuvotteluissa. Itse olin oppinut pitämään tärkeänä, että lapset saavat osallistua aktiivisesti omien ongelmien ratkaisemiseen. Lapset kärsivät itsekkin ongelmistaan ja keksivät mielellään keinoja niiden voittamiseksi.

Sen sijaan sellaisista keskusteluista lapset eivät yleensä pidä, joissa keskitytään lapsen tai perheen ongelmiin. Lapset osallistuvat paljon aktiivisemmin keskusteluihin, joissa keskitytään heidän vahvuuksiinsa ja taitoihin, joiden oppimisesta olisi heille hyötyä. Painopisteen siirtäminen ongelmista taitoihin muuttaa keskustelun tunnelmaa. Myös vanhemmat kokevat helpottavana sen, että ongelmien sijaan puhutaan taidoista, joissa heidän lapsellaan on parantamisen varaa.

Osallisuudella (agency) tarkoitetaan lapsen tunnetta, että hän on ratkaisujen aktiivinen kehittäjä eikä niiden kohde. Tällä saattaa olla suuri vaikutus psykososiaalisten menetelmien tuloksellisuuteen. Osallisuus on subjektiivinen kokemus, jota on vaikeaa ellei suorastaan mahdotonta mitata ja arvioida nykyisillä kvantitatiivisilla mittausmenetelmillä. Jotta saisimme totuudenmukaisen kuvan menetelmien vaikuttavuudesta, pitäisi löytää keinoja arvioida, mis-

sä määrin menetelmät tarjoavat lapsille mahdollisuuden osallistua heitä koskeviin päätöksiin ja ratkaisujen tekemiseen.

METODI VAI MINDSET?

Muksuoppi on askel askeleelta etenevä protokolla, joka muodostaa rungon lapsen kanssa käytävälle keskustelulle. Olennaista siinä on lapsen arvostaminen ja yhteistyö hänen kanssaan. Lapsen kanssa keskustellaan ensin taidoista, joita hän on jo oppinut ja sitten sovi-taan siitä, mitä taitoa lapsi alkaa harjoitella seuraavaksi. Hän päättää itse mm. siitä, minkä nimen hän haluaa taidolleen antaa, ketkä ihmiset auttavat häntä taidon oppimisessa ja miten taidon oppimista juhlistetaan. Lapsi saa myös valita itselleen voimaeläimen, mielikuvitusolennon tai sankarihahmon, joka auttaa häntä oppimaan taidon.

Näennäisesti Muksuopissa on kyse menetelmästä tai interventiosta, mutta kun siihen tutustuu syvällisemmin, on helppo nähdä, että kyse onkin pikemminkin asenteesta, suhtautumistavasta tai ”mindsetistä”, kuten nykyisin on tapana sanoa. Muksuopin mindset pitää sisällään ajatuksen, että lapsi ei ole objekti, jonka käyttäytymistä aikuisen tulee ohjata erilaisten palkintojen ja rangaistusten avulla. Sen sijaan lapsi on itseään kehittämään kykenevä ja sitä haluava subjekti.

Suhtautumistavan merkitys kirkastui minulle, kun kiinalaiset kollegani kertoivat, miten eräässä sikäläisessä päiväkodissa oli käynyt, kun siellä oli kokeiltu Muksuoppia. Muksuoppi ei ollut tuottanut tuloksia, joita sillä oli haluttu saada aikaiseksi. Kun henkilökunnalta tiedusteltiin, miten he olivat Muksuoppia toteuttaneet, he sanoivat noudattaneensa ohjeita tunnon tarkasti. ”Oliko lapsilla myös voimaeläimet, jotka auttoivat heitä taitojen oppimisessa?”, kollegani olivat kysyneet. ”Oli toki, ja me sanoimme heille, että jos et nyt tottele niin voimaeläimesi suuttuu sinulle!”, henkilökunta oli vastannut. Vaikka menetelmää ehkä olikin toteutettu askel askeleelta, henkilökunnan kommentteista välittyi vaikutelma, että toimintaa oli ohjannut aivan erilainen mindset kuin se, jolle Muksuoppi perustuu.

Esimerkki valottaa psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuustutkimuksen haasteita. Vaikka menetelmä ”kohdistuu” lapsiin, perimmäinen tarkoitus voi olla vaikuttaa kasvattajien asennoitumiseen. Tällöin myös vaikuttavuustutkimuksissa tulisi keskittyä

”Muksuopin mindsetissa lapsi on itseään kehittämään kykenevä ja sitä haluava subjekti.”

siihen, miten kasvattajien suhtautumistapa muuttuu menetelmän käyttöönoton myötä.

Jos hyväksymme ajatuksen, että toimiva interventio ei oikeastaan ole pelkkä interventio vaan katalysaattori, jolla pyritään käynnistämään kasvatuskulttuuriin muutos, joudumme pohtimaan vaikuttavuuden tutkimista uudessa valossa. Onko intervention tavoitteena sittenkään vaikuttaa vain lapsiin? Miten merkittävää kokonaisuu-den kannalta on se, missä määrin interventiolla voidaan vaikuttaa kasvattajien mindsetiin ja näin ollen kasvattajien ja lasten välisiin suhteisiin?

Insoo Kim Berg, yksi ratkaisukeskeisen psykoterapian kehittäjistä, kertoi vuonna 2006 Singaporessa pidetyssä kansainvälisessä konferenssissa seuraavan tarinan [6]. Eräässä yhdysvaltalaisessa koulussa oli toteutettu ratkaisukeskeinen psykososiaalinen interventio, joka

tunnetaan nimellä WOWW (Working on What Works). Siinä ulkopuolinen tarkkailija seuraa luokassa oppilaiden käyttäytymistä oppitunnin ajan. Kun tunti päättyy, oppilaat hiljentyvät kuuntelemaan palautetta.

Tarkkailija antaa oppilaille vain positiivista palautetta: ”Minä näin, kuinka sinä Ville autoit Sallaa tehtävää tehdessä ja Tuomas, sinä osasit lähteä pois, kun meinasi tulla riitaa toisten kanssa. Anne ja Liisa, te autoitte opettajaa laitteiden kanssa”. Interventio kohdistuu siis oppilaisiin, eikä siinä pyritä millään tavalla vaikuttamaan opettajaan tai hänen tapaansa toimia.

WOWW-projektin jälkeen eräs opettajista kertoi, että projekti oli vaikuttanut hänen tapaansa puhua lasten kanssa: ”Aikaisemmin jos oppilas tuli tunnille 15 minuuttia myöhässä, minä kysyin, miksi hän on taas 15 minuuttia myöhässä. Mutta nyt kysyn, mitä hänen pitäisi tehdä ollakseen seuraavalla kerralla vain 14 minuuttia myöhässä.” Opettaja kertoi, että kun hän käynnistää keskustelun tällä tavalla, hän saa paremman kontaktin lapseen ja keskustelu onnistuu paremmin. WOWW-projektin tavoite ei ole muuttaa opettajia, mutta sen henkimä myönteinen mindset tarttuu helposti kaikkiin vaikutuspiirissä oleviin.

Olemme saaneet paljon samankaltaista palautetta, kun olemme kyselleet vahaiskasvattajilta, opettajilta ja muilta lasten parissa työskenteleviltä ihmisiltä heidän vaikutelmiaan Muksuopista: ”Näen lapset nyt eri valossa”, ”Yhteistyöni vanhempien kanssa on parantunut”, ”En koe enää työtäni niin stressaavana” tai ”En enää koe, että oppilaat ovat rasittavia ja heillä on paljon ongelmia, vaan että he ovat suloisia lapsia, joilla on monia taitoja opittavanaan” [7]. Tämänkaltaisia asennemuutoksia voi olla vaikea mitata tieteellisesti, mutta niillä on epäilemättä suuri merkitys menetelmän vaikuttavuuteen.

LOPUKSI

Arvioidessamme tai kehittäessämme uusia psykososiaalisia interventioita, voimme tuki keskittyä lapsiin ja mitata heitä erilaisilla mittareilla. On kuitenkin hyvä pitää mielessä, että toimivilla interventioilla on parhaimmillaan monia muitakin myönteisiä vaikutuksia, joista jotkut saattavat olla kokonaisuuden kannalta jopa tärkeämpiä kuin ne, joihin tieteellinen valokeilamme kohdistuu. Näiden muiden tekijöiden mittaaminen kvantitatiivisin menetelmin voi olla vaikeaa, jos ei mahdotonta, mutta niiden merkitys koko yhteisön hyvinvoinnille saattaa olla suurempi kuin arvaammekaan. ●

AVAINSANAT:

interventio, vaikuttavuus, tulosmuuttaja, mittaaminen, mindset, Muksuoppi

SIDONNAISUUDET:

Kirjoittaja on ollut kehittämässä Muksuoppi-menetelmää.

LÄHTEET:

- 1 Furman B (2016). Muksuopin lumous – luova tapa auttaa lapsia voittamaan psyykkiset ongelmat. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti.
- 2 Hautakangas M, Kumpulainen K, Uusitalo L (2021). Children developing self-regulation skills in a Kids’Skills intervention programme in Finnish Early Childhood Education and Care. Early child development and care 26.4.2021. <https://doi.org/10.1080/03004430.2021.1918125>
- 3 Schorr-Sapir I, Gershy N, Apter A ym. (2021). Parent training in non-violent resistance for children with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled outcome study. European Child & Adolescent Psychiatry 2.2.2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01723-8>
- 4 Irit Schorr-Sapirin luento, Tel Aviv 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=TTU67FodGLU>
- 5 Tuija Terävä ja Sirpa Birn kertovat Muksuoppimenetelmän synnystä (julkaistu 1.3.2020) www.youtube.com/watch?v=p7FmYxkMFC0&list=PLAVpnwnZWVJKc5245-jkN5wbCSj0NgZft
- 6 Insoo Kim Bergin konferenssi puheenvuoro WOWW-menetelmästä, Singapore 2006. www.youtube.com/watch?v=dolxfE68vVs&list=PLAVpnwnZWVJKc5245-jkN5wbCSj0NgZft
- 7 Niu SJ & Niemi H (2020). Teachers Support of Students’ Social-Emotional and Self-Management Skills Using a Solution-Focused Skillful-Class Method. The European Journal of Social and Behavioural Sciences, 27, 3095–3113. <https://doi.org/10.15405/ejsbs.269>
- 8 Hautakangas M, Uusitalo L, & Kumpulainen K (2021). Lapsen itsesäätelytaitojen tukeminen Muksuopin keinoin: Varhaiskasvatuksen ammattilaisten kertomuksia. Journal of Early Childhood Education Research 10, 293–328. <https://jecer.org/lapsen-itsesaatelytaitojen-tukeminen-muksuopin-keinoin-varhaiskasvatuksen-ammattilaisten-kertomuksia/>

Ihmeelliset vuodet -ohjelmaperheen sähköisen seurantajärjestelmän kehittäminen

- On tavallista, että uusia psykososiaalisia interventioita Suomeen tuotaessa seurantatieto menetelmäosaajista ja menetelmän käytöstä jää puutteelliseksi tai sitä ei kerätä lainkaan.
- Ihmeelliset vuodet -ohjelman kohdalla kehitystyö systemaattisen seurantatiedon keräämiseksi aloitettiin, kun kotipesätoiminta siirtyi vuoden 2020 alussa Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskukseen.
- Menetelmäosaamisen dokumentoiminen päivitettävään seurantajärjestelmään helpottaa osaamisen ylläpitoa ja kansallista koordinoitua.
- Systemaattisen seurantatiedon kerääminen on edellytys menetelmän laadukkaalle juurruttamistyölle, korkean fideliteetin ylläpidolle ja vaikuttavuuden arvioinnille.



KATI GRANLUND
kehityspäällikkö
Turun yliopisto,
lastenpsykiatrian
tutkimuskeskus



TANJA IMBERG
projekti-insinööri
Turun yliopisto,
lastenpsykiatrian
tutkimuskeskus

U seimpien psykososiaalisten menetelmien Suomeen tulo on tapahtunut hankerahoitusten turvin eri toimijoiden kiinnostuksen pohjalta. Lähtökohtana on ollut testata menetelmän soveltuvuutta ja kouluttaa työntekijöitä pilot-tialueilla menetelmän käyttöön.

Tyypillistä hankerahoitusten raportoinnissa on ollut seurata hankkeen aikana koulutettujen määriä ja tyytyväisyyttä. Nämä luvut eivät kuitenkaan kerro juuri mitään menetelmän käyttöön-otosta, sen vaikuttavuudesta ja juurtumisesta palvelujärjestelmään.

Hankerahoitus on usein päättynyt siinä vaiheessa, kun levit-tämistyötä on tehty eli koulutuksia järjestetty muutaman vuoden ajan. Tästä johtuen koulutetut menetelmäosaajat ovat jääneet vaille

menetelmätukea. Tällöin menetelmän käyttö on usein alkanut hii-pua alueilla ja toteutustavat muuntua alkuperäisestä. Alueellinen ja kansallinen seurantatieto menetelmäosaajista ja menetelmän käy-töstä on jäänyt yleensä puutteelliseksi tai sitä ei ole kerätty lainkaan.

Myös kansainvälisessä tutkimuksessa on käynyt ilmi, ettei riitä, että vaikuttava menetelmä tuodaan käyttöön [esim. 1,2]. Imple-mentointitutkimuksessa korostetaan yhä enemmän tuen tarvetta

”Koulutetut menetelmäosaajat ovat jääneet vaille menetelmätukea.”

käyttöönotton yhteydessä järjestelmän kaikilla tasoilla [esim. 3]. Menetelmille tarvitaan ns. kotipesä, joka suunnittelee ja tekee systemaattisesti menetelmän levittämisen ja juurruttamistyötä.

IHMEELLISET VUODET -OHJELMAPERHEEN MATKA SUOMEEN

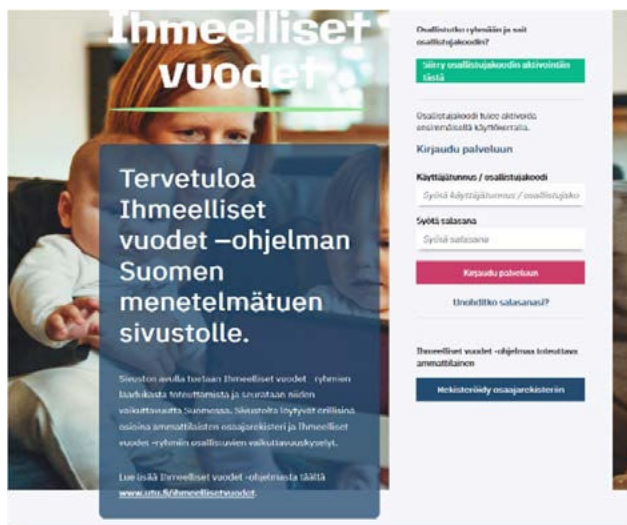
Ihmeelliset vuodet (Incredible Years) on lasten käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon kehitetty ryhmämuotoinen ohjelma, jolla on vahva tutkimusnäyttö. Ohjelmaperhe sisältää useita toi-siaan tukevia osioita. Ihmeelliset vuodet -ohjelma tuotiin Suomeen yli 15 vuotta sitten ja sen implementaatioon liittyvät haasteet mat-kan varrella ovat olleet hyvin paljolti edellä kuvatun kaltaisia.

Aktiiviset toimijat tekivät vuodesta 2005 lähtien vahvaa työtä ohjelman käyttöönotossa ja levittämisessä. Ensimmäinen van-hemmuusryhmä käynnistyi vuonna 2006 Helsingissä. Sen jälkeen levitystyötä jatkettiin hankerahoituksella kymmenen vuoden ajan. Varhaiskasvattajille ja opettajille tarkoitettu Ihmeelliset vuodet ryh-mänhallintaohjelma (TCM) tuotiin Suomeen ja pilotoitiin vuonna 2010.

Hankerahoituksen päätyttyä menetelmäosaajat jäivät ilman tu-kea, levittämistyö uhkasi päättyä eikä ohjelman käytön laajuudesta ollut dokumentoitua tietoa. Lisäksi toteutuksen ohjelmauskollisuus

KUVA 1.

Ihmeelliset vuodet -seurantajärjestelmän etusivu



(fidelity) vaihteli, ja ohjelman toteutustavat lähtivät joillakin alueilla muuntumaan huomattavasti.

Ihmeelliset vuodet -ohjelman kansallinen koordinoitavuus aloitettiin vuonna 2017 osana näyttöön perustuvien menetelmien implementaatiota Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa (Lape-hanke). Tällöin implementaatiota alettiin suunnitella ja toteuttaa systemaattisemmin. Menetelmäkoulutuksiin osallistuvat työntekijät valittiin huolella ja huomio kiinnitettiin siihen, että alueet saatiin sitoutettua pidemmäksi ajaksi mukaan menetelmien käyttöönottoon ja juurruttamiseen.

Työ alkoi nopeasti tuottaa tulosta, ja Ihmeelliset vuodet -ryhmiä alettiin toteuttaa kiihtyvällä tahdilla. Lape-hankkeen päättyessä Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö (Itla) jatkoi kansallisen koordinaation eli kotipesätoiminnan rahoitusta, minkä turvin työ on saatu jatkettua. Kun Ihmeelliset vuodet -ohjelman kotipesä-

toiminta siirtyi vuoden 2020 alussa Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskukseen, systemaattisen seurantatiedon kerääminen nähtiin erityisen tärkeänä. Tästä käynnistyi seurantajärjestelmän kehittämistyö.

JÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Seurantajärjestelmän eli digitaalisen verkkosivuston suunnittelussa lähdettiin liikkeelle Ihmeelliset vuodet -ohjelman implementaatiotietoon ja ryhmämuotoisuuden huomioimisesta. Aluksi kartoitettiin myös keskeiset kerättävät seurantatiedot, huomioitiin

”Menetelmille tarvitaan ns. kotipesä, joka suunnittelee ja toteuttaa systemaattisesti menetelmän levittämisen ja juurruttamistyötä.”

tekniset vaatimukset ja tunnistettiin lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa jo olemassa olevien digitaalisten alustojen hyödynnettävyys toteutuksessa. Myös asiakas- ja henkilötietosuojan (EU:n tietosuojasetus GDPR) liittyvien kysymysten ratkaiseminen oli tärkeässä roolissa kehitystyön aikana. Järjestelmän käytettävyyttä menetelmäosaajien näkökulmasta pidettiin aktiivisesti kehitystyön keskiössä. Myös optio tulevaisuudessa Suomeen tuotavista uusista ohjelmaosioista tuli pitää mielessä.

Ihmeelliset vuodet -ohjelman erityispiirteet järjestelmän näkökulmasta:

- Ohjelmaperheeseen sisältyy erilaisia ohjelmaosioita, jotka kohdentuvat eri toimialueille.
- Ihmeelliset vuodet -ryhmien toteuttajat työskentelevät eri toimialojen organisaatioissa eri puolilla Suomea (sivistystoimen ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset).
- Ohjelma on ryhmämuotoinen ja sitä ohjaa kaksi ryhmänohjaajaa, nämä elementit oli liitettävä yhteen myös järjestelmässä.
- Ryhmiin osallistuvien läsnäolojen seuranta ja vaikuttavuuskyselyjen kohdentaminen tuli toteuttaa järjestelmässä ilman henkilötietojen siirtoa.

KUVA 2.

Ryhmänohjaajan ryhmänäkymä

Ryhmäkoodi
testi UU7d98892

Liittyneet osallistujat
1/3

Tila
Käynnissä

[← Takaisin etusivulle](#)
[Muokkaa ryhmän tietoja ja ryhmätapaamisia](#)

Ryhmän tiedot

Ryhmän vetäjä	Ryhmän tyyppi	Maakunta	Kunta
Testi Osaja (Perustaja)	Vanhemmushuolto	Uusimaa	Lapinjärvi
Yksikkö	Ohjelma alkaa	Ohjelma päättyy	Ohjelma
Varhaiskasvatus	syys 4, 2021	syys 30, 2023	alle kouluikäisten hoidollinen ohjelma
Ohjelman kieli			
Suomi			

JÄRJESTELMÄN TOTEUTUS

Seurantajärjestelmä toteutettiin menetelmätuen verkkosivustona (kuva 1). Päätettiin, että ryhmänohjaajien käyttäjätunnuksina ei käytetä sähköpostiosoitteita, jotta tunnukset säilyisivät samana työpaikan vaihtuessa. Ryhmänohjaajilta päätettiin kerätä lähinnä ammattiin ja menetelmäosaamiseen liittyviä tietoja ja niiden päivittäminen käyttäjän omasta profilista käsin tehtiin mahdollisimman vaivattomaksi.

Menetelmäosaaminen haluttiin dokumentoida yhteen paikkaan, jonne menetelmäosaajat pystyisivät lisäämään joustavasti menetelmän peruskoulutukset, työnohjaukset sekä vertaistapaamiset ja täydennyskoulutukset. Vain sertifikaatit rajattiin menetelmäosaajien oman muokkauksen ulkopuolelle. Osaamistietoihin yhdistettiin järjestelmässä käyttäjälle näkyvät muut toiminnot.

Ryhmänohjaajakoulutukseen yhdistettiin niin sanotut ryhmätoiminnot, jotta ohjaajat voivat kirjata järjestelmään toteuttamansa ryhmät (kuva 2). Ryhmät listautuvat käyttäjän etusivulle, jolloin tiedot ovat helposti tarkasteltavissa myös jälkikäteen.

Koska ryhmänohjaajat eivät voi tallentaa ryhmiin osallistuvien henkilötietoja kansalliseen järjestelmään, päätettiin asia ratkaista koodeilla. Kun järjestelmään syötetään ryhmän osallistujamäärä, järjestelmä luo automaattisesti koodilistan, josta jokainen ryhmäläinen saa henkilökohtaisen koodin (kuva 3). Ryhmänohjaajat voivat

”Systemaattisen seurantatiedon kerääminen nähtiin erityisen tärkeänä.”

merkitä vastaavuudet itselleen muistiin tulostettavaan listaan. Tätä ominaisuutta käytetään tutkimuskäytössä: ryhmäläinen aktivoi järjestelmässä henkilökohtaisen koodinsa ja pääsee tunnuksillaan digitaaliselle tutkimusalustalle.

Koodien avulla ryhmänohjaajat pystyvät merkitsemään myös ryhmäläisten läsnäolot ryhmätapaamisissa (kuva 4). Tässä huomiointiin myös erilaiset toteutustavat: kasvokkain, etänä tai hybridinä.

KUVA 3.

Ryhmään osallistuvien koodilista

Osallistujalista

#	Osallistujakoodi	Läsnäolo	
1	swheih	Käyttäjä ei aktivoitu	Poista osallistujakoodi
2	uIEtQa	Käyttäjä aktivoitu	
3	Dw267D	Käyttäjä ei aktivoitu	Poista osallistujakoodi

Lisää uusi osallistujakoodi

Tulosta osallistujalista

KUVA 4.

Ryhmätapaamisten läsnäolojen kirjaaminen

Ryhmätapaamiset

Valitse tapaaminen:

syys 1, 2021

#	Osallistuja	Läsnäolo	Muokkaa
1	swheih	Läsnä	Lisää poissaolevaksi
2	uIEtQa	Läsnä	Lisää poissaolevaksi
3	Dw267D	Poissa	Lisää läsnäolevaksi

Yhteenveto läsnäoloista

Tallenna läsnäololista

Näkymä ajankohtaisiin tiedotteisiin



TIEDOTUSKANAVA JA MATERIAALIPANKKI

Ihmeelliset vuodet -menetelmäosaajien määrä on kasvanut vuosien varrella ja heitä onkin nykyisin satoja eri puolilla Suomea. Sähköpostin kautta tiedottaminen ei saavuta kaikkia ja on hyvin työläs tapa viestiä ajankohtaisista asioista. Siksi järjestelmään luotiin tiedotuskanava, jonne kotipesäitiini tuottaa ajankohtaisia tiedotteita. Tiedotteet kohdennetaan menetelmäosaamisen mukaisesti, jolloin käyttäjät löytävät helposti itseään koskevat ajankohtaiset uutiset (kuva 5).

Tiedottaminen ja ajantasaisten materiaalien tarjoaminen ovat keskeisiä menetelmän korkean fideliteetin ylläpidon näkökulmasta. Järjestelmään luotiin materiaalipankki, josta voi ladata käyttöönsä tärkeimmät Suomessa käytettävät lomakkeet, esitteet ja materiaalit kotimaisina kieliversioina. Myös suoria linkkejä pääorganisaation tarjoamiin materiaaleihin voidaan lisätä, jolloin niiden löytäminen helpottuu.

SEURANTAJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO JA IMPLEMENTOINTI

Kun järjestelmä saatiin valmiiksi, se testattiin paitsi teknisesti myös käytettävyyden näkökulmasta ja pilotoitiin pienen menetelmäosaajajoukon avulla. Saatujen käyttäjäkokemusten perusteella yksityiskohtia paranneltiin ja havaittuja virheitä korjattiin ketterästi.

Järjestelmän kansallinen käyttöönotto ja implementointi on edellyttänyt monitasoista suunnittelua ja pitkäjänteistä työtä. Työ sisältää järjestelmästä tiedottamista, sen markkinointia ja hyötyjen esille tuomista sekä käyttöönottoon kouluttamista ja sitouttamista (kuva 6). Tavoitteena on järjestelmän tunnettuuden lisääminen, jotta siitä tulee luonteva osa ohjelman suomalaista protokollaa.

Tiedottaminen ja markkinointitoimet:

- Infotilaisuudet verkostoille (noin 10 tilaisuutta kevään 2021 aikana)
- Alueellisissa verkostotapaamisissa tiedottaminen ja "buustaus"
- Yliopiston verkkosivuilla tiedottaminen ja ohjeistus järjestelmän käyttöönottoon
- Some-kanavissa markkinointi ja suoramarkkinointi sähköpostitse
- Jaettavat oheismateriaalit

Seurantajärjestelmässä olevan osaajarekisterin markkinointi ryhmänohjaajille



SEURANTAJÄRJESTELMÄN HYÖDYNTÄMINEN TUTKIMUSKÄYTÖSSÄ

Seurantajärjestelmään kytkettiin jo olemassa oleva tutkimustiedon keruuseen tarkoitettu digitaalinen tutkimusala. Ryhmiin osallistuvat aktivoivat järjestelmän etusivulla henkilökohtaiset koodinsa ja kirjautuvat palveluun. Tutkimusala tarjoaa aluksi tietoa tutkimuksesta ja pyytää sähköisen suostumuksen. Tutkimuskyselyt on rakennettu käyttäjäystävälliseen näkymään, joka skaalautuu eri päätelaitteille. Sähköiset tutkimuskyselyt vähentävät ryhmänohjaajien työtä tutkimusyhteistyössä. Myös tutkimuksen seurantavaihe toteutetaan järjestelmän notifiikaatioyökalujen avulla, eikä näin vaadi ryhmänohjaajilta toimenpiteitä.

Seurantajärjestelmä mahdollistaa Ihmeelliset vuodet -ohjelmaosoiden samanaikaisesti toteutettavien tutkimusten aloittamisen, sillä tutkimuskyselyiden lisääminen tutkimusallustalle on helppoa ja nopeaa.

SEURANTAJÄRJESTELMÄN HYÖDYT KANSALLISESSA KOTIPESÄTYÖSSÄ

Järjestelmän avulla kerrytetään tietoa Suomessa toteutettavien ryhmien määrästä, ohjelmatyypistä, ryhmiä toteuttavista organisaatioista ja ryhmiin osallistuvien sitoutumisesta ryhmäinterventioon. Lisäksi kertyvän tiedon perusteella voidaan seurata ohjelman fide-

”Kertyvän tiedon perusteella voidaan seurata ohjelman fideliteettiä alueellisesti ja valtakunnallisesti.”

liteettiä alueellisesti ja valtakunnallisesti.

Tämä mahdollistaa systemaattisemman alueellisen ja kansallisen implementaatio suunnittelun. Kertyvän datan pohjalta voidaan tuottaa erilaisia raportteja päätöksenteon tueksi. Laadukasta ohjelman toteutumista pystytään entistä paremmin tukemaan hyödyntämällä kertyvää tietoa koulutusten, vertaistapaamisten ja osaamisorganisaatioiden rakentamisen suunnittelussa. Jos kerättyjen tietojen perusteella huomataan ohjelman toteutuksessa poikkeamia protokollasta, kyseisiä alueita ja ryhmänohjaajia voidaan tukea entistä kohdennetummin.

HAASTEITA JA RATKAISUJA

Seurantajärjestelmän kansallisessa implementoinnissa on huomioitava ja taklattava useita haasteita. Organisaatioissa työntekijöillä on käytössä jo useita eri järjestelmiä, joten heidän motivoimisensa jälleen uuden järjestelmän käyttöönottoon voi olla haasteellista. Seurantajärjestelmän tuomat hyödyt osana ohjelman protokollaa

onkin tuotava korostetusti esille ja järjestelmän avulla kerättävän datan tulevaisuuden hyödyistä on luotava selkeä visio.

Järjestelmän käyttöönotto vaatii myös kouluttamista, jopa yksilötasoisesti. Tarvitaan pitkäjänteistä ja monipuolista vaikuttamista, jotta tieto järjestelmästä ja sen hyödyistä saavuttaa kaikki menetelmäosaajat. Ihmeelliset vuodet -seurantajärjestelmän käytöstä tiedottaminen on kytkeyty osaksi uusien ryhmänohjaajien kouluttamista ja alueellisten ryhmänohjaajien vertaistapaamisia. Tiedottamista ja markkinointityötä täytyy jatkaa vielä kuukausien ajan ja osana säännöllisiä tilaisuuksia tämän jälkeenkin.

Myös käynnistynyttä implementaatiotutkimusta on pidettävä esillä osana muuta kotipesätoimintaa, jotta tutkimustiedon keruu aletaan nähdä vähitellen luonnollisena osana näyttöön perustuvan Ihmeelliset vuodet -ohjelman toteutusta. ●

Jos olet suunnittelemassa menetelmälle seurantajärjestelmää, huomioi seuraavat asiat:

- Varaa riittävästi aikaa ja resursseja.
- Tee pohjatyö huolella: järjestelmän suunnittelu, testaus ja pilotointi.
- Arvioi järjestelmää säännöllisesti käyttäjien näkökulmasta, hyödynnä menetelmäosaajia.
- Muista, että järjestelmä täytyy implementoida, jotta se otetaan laajasti käyttöön.
- Myös ylläpito ja käyttäjätuki vaativat jatkossa resurssointia.

AVAINSANAT:

Ihmeelliset vuodet, menetelmäosaaminen, osajarekisteri, seurantajärjestelmä, implementointi, fideliteetti

SIDONNAISUUDET:

Kati Granlund ja Tanja Imberg: Ei sidonnaisuuksia

LÄHTEET:

- 1 Balas EA & Boren SA (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement. Yearbook of Medical Informatics. Schattauer, Stuttgart, s. 65–70.
- 2 Bauer MS & Kirchner J (2020). Implementation science: What is it and why should I care? Psychiatry Research 283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
- 3 Lavis JN, Oxman AD, Lewin S ym. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Health Res Policy Sys 7, 11. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-11>

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 kestävä 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 interventioiden 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 täytty-misen (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 konsultoitui 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 tulosmuuttujalle 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 tulosmuuttujalle 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

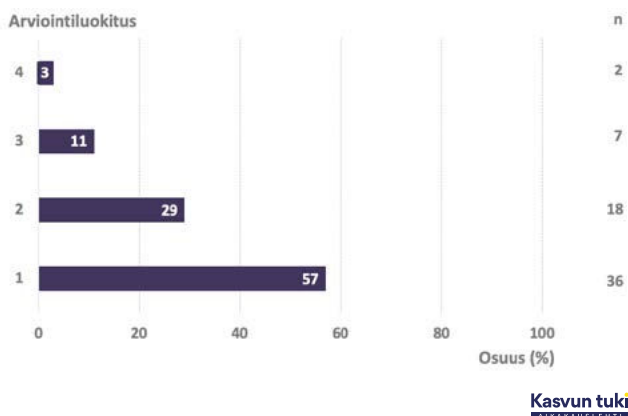
Arvioiduista interventioista (N = 63) valtaosassa kohderyhmänä olivat vanhemmat (67%, n = 42). Joissakin interventioissa kohderyhmänä olivat lapset ja vanhemmat yhdessä (19%, n = 12). Noin puolet (51%) interventiosta toteutettiin yksilöllisesti ja vajaa kolmasosa (30%) ryhmämuotoisena. Sekamuotoisesti 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].

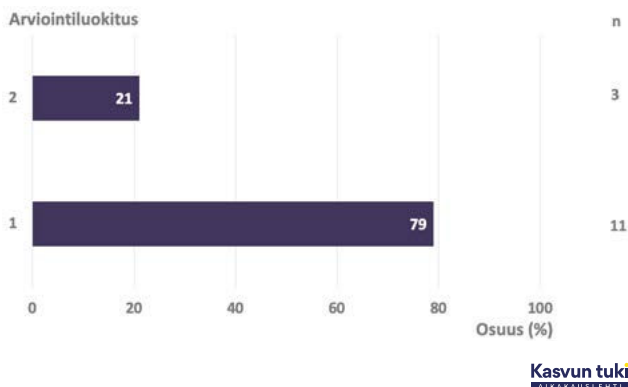
KUVIO 1.

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, CEBC).

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 Iltä, Kasvun tuki menetelmäarvointi (siteerattu 30.11.2021). <https://kasvuntuki.fi/menetelmat-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>

Säädöspohjaisen terveydenhuollon järjestelmän toimivuus Suomessa raskaana olevien ja pikkulapsiperheiden palveluissa

- Pohjoismaissa lapsiperheiden tukea voidaan pitää globaalisti katsottuna korkeatasoisena.
- Pohjoismaat selvittivät raskaana olevien ja pikkulapsiperheiden psykososiaalisen tuen rakenteita ja käytänteitä The First 1 000 Days in the Nordic Countries -yhteistyöhankkeessa. Tämä artikkeli syventää analyysiä lainsäädännön ja suositusten implementoinnista Suomen osalta.
- 2000-luvun alusta lähtien on tutkittu yhä enemmän implementoinnin toteutusta sekä lainsäädännön ja suositusten vaikutuksia ammattilaisten osaamiseen, taitoihin ja asenteisiin.
- Suositusten laadintaprosessia, niiden vaikutuksia koko väestön terveyteen tai implementoinnin edellytyksiä ei juuri ole tutkittu.
- Tutkimusasetelmien monimuotoisuuteen tulisi kiinnittää huomiota, jotta saataisiin kattavaa tietoa tiedon siirtymisen käytännöistä ja arkivaikuttavuudesta.



PETRA KOUVONEN
VTT
kehitysjohtaja, Itla



TUOVI HAKULINEN
TtT, dosentti
tutkimuspäällikkö, THL



SUSANNA RAUTIO
YTT
projektitutkija, Itla
asiantuntija,
Ensi- ja turvakotien liitto

Terveydenhuollon olemassaolon perusteita ja oikeutusta voidaan mitata eri tavoin. Keskeisimpiä kysymyksiä on, missä määrin järjestelmä kykenee muodostamaan kokonaisuuden, jossa paras mahdollinen tieto saatetaan palvelemaan asiakkaita yhdenvertaisesti. Yhdenvertaisuuteen on hyvinvointivaltiossa pyritty sekä yhtenevällä tiedonvälityksellä että vaikuttamalla perheiden omaan toimijuuteen.

Perheiden omaa vastuuta terveydestä hyvinvointivaltion eri vaiheissa on analysoitu hallinnan analytiikan keinoin terveyskansalaisuuden näkökulmasta [1]. Oikeus terveyteen on ollut tutkijoiden mukaan kaksijakoinen. Yhtäältä yksilöiden oikeus yhdenvertaiseen

”Tieto ei aina siirry lineaarisesti käytäntöihin.”

terveydenhoitoon on ollut keskeinen seikka yhdenvertaisuuden kannalta heidän itsensä vuoksi. Toisaalta kansalaistamisessa on ollut kyse hyvinvointivaltion pyrkimyksistä aktualisoida yksilön kuuluminen kansaan niin, että jäsenyys on hyödyttänyt kansakuntaa [2].

Kansalaistaminen on näin eri aikoina tuottanut erilaisia kansalaisuuksia, joiden syntyä olemassa oleva terveydenhuoltojärjestelmä ja siinä tapahtuvat yhteiskunnalliset muutokset ovat olleet vauhdittamassa.

Uudella vuosituhanella on alkanut korostua kiinnostus ammatilaisiin ja asiakkaisiin aktiivisina toimijoina. Esimerkiksi Rautio (2016) on käsitellyt neuvolan perhetyötä perheiden omista lähtökohdista ja tarpeista lähtevänä varhaisena tuen muotona [3]. Sihvonen (2020) on nostanut esiin vanhemmuuden tuen käsitteen [4]. Se

pitää usein sisällään perheen omien voimavarojen ja toimijuuden korostamisen ja jättää ulkopuolelle rakenteellisemmat seikat, jotka vaikuttavat perheen pärjäämiseen.

Neuvolapalvelujen perhe- ja voimavaralähtöisyyttä, terveellisten elintapojen merkitystä sekä näiden teemojen näkymistä perheiden ja ammatilasten kohtaamisissa on korostettu aiempaa enemmän. Myös tutkimus on enenevässä määrin kohdistunut näihin aiheisiin.

Viime vuosikymmenten aikana on keskitytty niin ikään lisäämään näyttöön perustuvaa tietoa terveydenhuollon toiminnan tueksi. Vähemmälle huomiolle on saattanut jäädä se, että olemassa oleva tieto ei aina siirry lineaarisesti käytäntöihin, jolloin asiakkaat saattavat jäädä paitsi hyvästä hoidosta [5].

Implementoinnin esteet voivat liittyä esimerkiksi paikallisiin ja organisaation sisäisiin ongelmiin, menetelmätuen puutteeseen tai rakenteellisiin seikkoihin [6]. Organisaatoriset ongelmat ovat usein paikannettavissa asiakastilanteisiin. Hyväkään tieto ei aina palvele

”The First 1 000 Days -hankkeessa selvitettiin lapsen tuhannen ensimmäisen päivän aikana tarjottavia terveyspalveluja.”

asiakkaita, ellei tutkimuksessa kiinnitetä huomiotaan seikkoihin, jotka vauhdittavat tai estävät tiedon siirtymistä käytäntöihin asiakkaiden ja ammatilaisten kohtaamisessa. Sipilä ym. (2016) tuovat siksi esiin tarpeen laajentaa tutkimusasetelmien kirjoa terveydenhuollon kentässä [7]. Huomio tulisi keskittää tutkimusasetelmiin, joilla päästään käsiksi niin sanottuun arkivaikuttavuuteen eli terveysvaikutuksiin asiakkaissa. Terveysvaikutukset muodostuvat pitkälti terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden kohtaamisissa [8].

Tässä artikkelissa tarkastelun kohteena ovat Suomessa 2000-luvulla tehdyt tutkimukset ja selvitykset siitä, miten säädösten ja kansallisten suositusten toimeenpanto on toteutunut äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden käytännöissä. Käytämme arkivaikuttavuuden käsitettä kuvataksemme miltä säädösten ja suositusten toimeenpanto Suomessa näyttää olemassa olevan implementointitutkimuksen näkökulmasta.

Ensimmäiset elinvuodet ovat keskeisiä lapsen kehityksen ja myös myöhemmässä elämässä pärjäämisen kannalta. Pohjoismaissa raskaudenaikainen ja lapsiperheiden tuki on kansainvälisesti verrattuna korkeatasoista. The First 1000 Days -yhteistyöhankkeessa selvitettiin lapsen tuhannen ensimmäisen päivän aikana tarjottavia terveyspalveluja. Erityisen tarkastelun kohteena olivat psykososiaalisen tuen rakenteet ja käytänteet raskaana olevien ja pikkulapsiperheiden palveluissa.

Hankkeessa selvitettiin, miten eri Pohjoismaissa edistetään mielenterveyttä raskaudenaikaisessa terveydenhuollossa ja tuetaan turvallisen kiintymyssuhteen muodostamista alle kouluikäisten lasten perheiden terveydenhuollossa [9]. Lisäksi selvitettiin, miten erilaisia riskitekijöitä tunnistetaan ja miten niihin vastataan sekä miten lapsen henkistä hyvinvointia tuetaan varhaiskasvatuksessa ja esikoulussa.

Hankkeen tarkoituksena oli vahvistaa Pohjoismaista tietopohjaa raskaudenaikaisesta sekä vauvojen ja pikkulasten mielenter-

veyden edistämisestä, identifioida onnistuneita käytäntöjä ja jakaa kokemuksia maiden välillä. Lisäksi hankkeessa tunnistettiin ja arvioitiin näyttöön perustuvia menetelmiä raskaudenaikaisten mielenterveyshäiriöiden hoidon tehostamiseksi. Tavoitteena oli myös tunnistaa käytäntöjä, joihin liittyvää tietopohjaa ja tutkimustulisi lisätä.

Tilanneraportin tulokset toivat esille Pohjoismaiden vahvuksia lapsen hyvinvoinnin ja terveen elämänalun tukemisessa [9]. Kaikissa Pohjoismaissa on esimerkiksi vahva infrastruktuuri ja universaalit sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka perustuvat terveyden tasa-arvoon ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen. Raskaudenaikainen, vauvojen ja pikkulasten terveydenhoito on maksutonta ja tarjolla kaikille perheille.

Tilanneraportti nosti myös kehittämiskohteita. Kaikki maat korostivat erilaisten riskitekijöiden varhaisen tunnistamisen tärkeyttä raskaudenaikaisessa ja pikkulasten terveydenhoidossa, mutta tavoite ei aina toteudu systemaattisesti ja valideilla seulontamenetelmillä. Laadun varmistamisen näkökulmasta on keskeistä, että kaikissa pohjoismaissa palvelut perustuvat lainsäädäntöön ja säädöksiä konkretisoiviin kansallisiin suosituksiin (esim. Suomessa terveydenhuoltolaki 1326/2010 [10] ja valtioneuvoston asetus VNA 338/2011 [11]). Säädösten ja suositusten implementoinnissa ja seurannassa on suuriakin eroja maiden välillä. Tästä syystä keskitymme tässä artikkelissa implementoinnin seurantatietoon Suomessa.

Säädöksiä ja kansallisia suosituksia on Suomessa uudistettu ja niiden toimeenpantoa tutkittu enenevässä määrin 2000-luvulla. Valtakunnallisen seurannan ansiosta tietoa raskaudenaikaista ja lasten terveydenhuoltoa säätelevien säädösten ja suositusten toteutuksesta ja toimintaedellytyksistä on 2000-luvulta laajasti [esim. 12–17].

Tietoa löytyy myös siitä, miten säädösten ja suositusten implementointi vaikuttaa perheiden hyvinvointiin [18–26] ja ammatillisiin käytäntöihin [27–32]. Lisäksi tietoa on saatavilla siitä, minkälaiset edellytykset säädökset luovat johtamiseen ja moniammatillisen työn toteutukseen [33–35] ja millaisella viiveellä hoitoa on tarjolla, kun psyykkisiä vaikeuksia tai kehityksellisiä viiveitä ilmenee [36].

Tutkimuskysymyksemme on, miten säädöspohjainen terveydenhuollon järjestelmä toimii Suomessa niiden perheiden osalta, joissa odotetaan lasta tai joissa on alle kaksivuotiaita lapsia.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Analyysimme kohdistuu implementointitutkimuksen kohteisiin ja tutkimuksissa käytettyihin tutkimusasetelmiin. Pyrimme selvittämään, ovatko tutkimusmenetelmät omiaan vastaamaan kulloiseenkin tutkimuskysymykseen ja vertaamme olemassa olevaa tutkimustietoa säädösten ja suositusten toteutumisesta Sipilän ym. (2016) esittämiin seitsemään arvioinnin kohteeseen (taulukko 1) [7]. Sipilän ym. artikkelissa on kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen nojaten listattu tutkimusasetelmat ja instrumentit, joiden avulla kansallisten suositusten implementoinnin edellytyksiin voidaan vastata. Viitekehysessä kuvataan, mitä arvioidaan, sekä annetaan esimerkkejä tutkimusasetelmista, tutkimusmenetelmistä sekä työkaluista.

Sipilä ym. ehdottavat viitekehystä käytettäväksi implementointitutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin sekä julkaistujen tutkimusten arviointiin ja luokitteluun. Lisäksi terveydenhuollon kehittäjät ja johto sekä käytännön työtä tekevät lääkärit voivat käyttää sitä lukiessaan implementointitutkimuksia ja suunnitellessaan kehittämishankkeiden arviointia. Viitekehys kuvaa, miten monitahoista implementointitutkimus on ja miten erilaisia tutkimusmenetelmiä voidaan ja on tarpeen käyttää.

Tässä tutkimuksessa selvittämme, missä määrin ja miten implementointia on tutkittu 2000-luvulta alkaen. Tarkastelemme raskaudenaikaista ja pikkulasten terveydenhuoltoa ohjaavaa lainsäädäntöä ja suosituksia sekä niiden määrittelemien käytänteiden implementointia. Aineistona on The First 1000 Days -hankkeen tilanneraportissa esitelty aineisto, jonka varassa säädösten ja kansallisten suositusten toimeenpanoa seurataan Suomessa sekä muut relevantit tutkimusjulkaisut [9].

Kukin taulukon 1 arvioinnin kohde edellyttää erilaisia tutkimusasetelmia. Esimerkiksi implementoinnin toteutusta arvioidessamme olemme verranneet, miten aineistomme artikkeleissa käytetyt tutkimusasetelmat vastaavat asetelmia, jotka kansainvälisen kirjallisuuden perusteella tiedetään kyseiseen tarkoitukseen parhaiten soveltuviksi [7]. Taulukossa 1 esiteltyjä esimerkkejä työkaluista emme analyysissämme käsittele. Analyysi on kaksitasoinen.

Analyysitaso 1

Ensimmäisellä analyysitasolla selvitettiin, mitä säädöksiä ja kansallisia suosituksia Suomessa on lapsen tuhanteen ensimmäiseen päivään ja palvelujärjestelmään (äitiys- ja lastenneuvolaan) liittyen. Pohjoismaisen hankkeen tiedonkeruussa käytettiin yhteistyössä laadittua kyselylomaketta, mutta kukin maa sai vapaasti valita metodologian, jolla dataa kerättiin. Näin ollen tilanneraportin maakohdittaiset tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia, mutta raportti mahdollistaa kuitenkin yksittäiseen maahan kohdistuvan analyysin. Aineistonkeruu toteutettiin vuonna 2019.

Suomen osalta aineisto koostui asiakirja-aineistosta (lainsäädäntö, suositukset) ja muista julkaisuista (tutkimusartikkelit, raportit, selvitykset ja käsikirjat). Tietoa säädöksistä, suosituksista ja muista julkaisuista kerättiin tiedonhakujen avulla ja asiantuntijoita konsulttoimalla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) asiantuntijoista koostunut ohjausryhmä osallistui aineiston keräämiseen, kommentoi aineistoja ja auttoi tietojen täydentämisessä.

Kyselylomakkeeseen vastaamisen lisäksi hankepartnerit valitsivat esimerkkejä maansa hyvistä käytännöistä. Hyvät käytännöt saattoivat olla joko näyttöön perustuvia tai lupaavia, mutta ei vielä riittävästi tutkittuja käytäntöjä lapsen hyvään ja terveeseen elämän alkuun liittyen. Suomesta esimerkkeinä hyvistä käytännöistä olivat äitiys- ja lastenneuvoloiden tarjoamat laajat terveystarkastukset ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen perustason työssä liittyvä Vavu-työmenetelmä. Esimerkit hyvistä käytännöistä saatiin ohjausryhmän asiantuntijoilta.

Aineistonkeruun valmistuttua hankejohtajat muokkasivat datan tekstimuotoon, jonka hankepartnerit lukivat tekstiä tarvittaessa täydentäen. Tilanneraportissa esitellään kunkin maan omat luvut sekä annettujen tietojen pohjalta määritetty, eri maiden välinen vertailuluku. Materiaalia työstettiin tämän jälkeen puhelin- ja videokokouksissa islantilaisien hankepartnerien kanssa. Hankkeen johto laati raporttiin myös erillisen vertailuosion eri maiden aineistojen pohjalta. Lopullinen hankeraportti hyväksyttiin projektikokouksessa lokakuussa 2020.

Analyysitaso 2

Analyysin toisessa vaiheessa syvennettiin pohjoismaisen tilanneraportin aineistoa tutkimuksilla raskaudenaikaisen ja lasten terveydenhuollon säädösten ja kansallisten suositusten toimeenpanosta 2000-luvulta. Aineistonkeruussa käytettiin lumipallomenetelmää.

Tiedonhaussa löytyi kaiken kaikkiaan 25 julkaisua, jotka käsitelivät äitiys- tai lastenneuvolaan liittyvän lainsäädännön, säädösten,

ohjeistusten, suositusten tai niistä johdettavien käytänteiden implementointia.

Kyseinen aineisto analysoitiin ensin Taulukossa 1 esitellyn Sipilän ym. viitekehyksen mukaan. Tarkoituksena oli selvittää, mitä implementoinnin kohteita 2000-luvulta alkaen on tutkittu. Samalla piirtyi kuva siitä, mitkä arvioinnin kohteet ovat mahdollisesti jääneet temaattisesti vähemmälle huomiolle. Liitteessä 1 on kuvattu aineistoon sisältyvien artikkelien implementointikohteet sekä tutkimuskysymys, menetelmät ja tulokset.

Seuraavaksi tutkimuskysymykset analysoitiin erikseen suhteessa käytettyihin tutkimusasetelmiin ja Sipilän ym. viitekehyksessä esiteltyihin arvioinnin kohteisiin. Tämän artikkelin pohdinta-osiossa olemassa olevaa tutkimustietoa heijastetaan kuvaan, joka siitä muodostuu suhteessa pohjoismaisessa tilanneraportissa esitettyihin tulkintoihin, sekä tuodaan esille aiheita jatkotutkimuksille.

ANALYYSIN TULOKSET

Ensimmäisessä analyysivaiheessa saatiin koottua kattavasti tietoa muun muassa palvelujen tarjonnasta, saatavuudesta, säädöspohjasta ja tiedollisesta perustasta. Nämä ulottuvuudet kuvaavat arki-vaikuttavuutta.

Tilanneraportin mukaan kaikissa Pohjoismaissa on tarjolla tuhannen ensimmäisen päivän aikana maksuttomia terveyspalveluja [9]. Niiden hallintorakenne ja sisällöt kuitenkin vaihtelevat maittain. Palvelujen toimivuudesta kertoo se, että Suomessa äitiys- ja lastenneuvoloiden palvelut ovat keskeisessä roolissa lapsen tuhannen ensimmäisen päivän aikana. Analyysissä korostuivat palveluja koskevat säädökset ja kansalliset suositukset, joihin toiminta perustuu (terveydenhuoltolaki 1326/2010 [10], VNA 388/2011 [11], ks. myös 12,37–40 ja 41).

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa ja valvoo äitiys- ja lastenneuvolapalveluja. Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kehittää, ohjeistaa ja seuraa palveluja. Säädöksissä (terveyden-

”Suomessa tarjottavat laajat terveystarkastukset ovat muihin Pohjoismaihin verrattuna ainutlaatuisia.”

huoltolaki 1326/2010 [10], VNA 388/2011 [11]) veloitetaan kuntia järjestämään suunnitelmalliset neuvolapalvelut kaikille raskaana oleville ja alle kouluikäisten lasten perheille. Ne koskevat äitiys- ja lastenneuvolan määräaikaista terveystarkastuksia, niiden ajan-kohtia, keskeisiä sisältöjä ja niihin sisältyvää terveysneuvontaa. Neuvola-asetuksen (VNA 338/2011 [11]) tarkoituksena on varmistaa neuvolapalvelujen laatu valtakunnallisesti.

Pohjoismainen vertailu palvelujärjestelmän toimivuudesta

Pohjoismaisessa vertailussa nousi esiin yhteisiä kantavia teemoja äitiyshuollon ja lasten terveydenhuollon säädös- ja suositusperusteissa. Keskeinen teema oli hoidon jatkuvuus. Suomessa tämä näkyy hoito- ja palveluketjujen merkityksen korostumisena ja esimerkiksi palvelun organisointitavassa siten, että sama terveydenhoitaja työskentelee perheen kanssa koko raskausajan läpi ja usein myös lastenneuvolassa. Valtaosa äitiys- ja lastenneuvoloista onkin järjestetty yhdistelmäneuvolatyönä [12,19,21], mikä turvaa palvelun jatkuvuuden.

Äitiys- ja lastenneuvolan määräaikaisissa terveystarkastuksissa perhe tapaa säännöllisesti terveydenhoitajaa ja myös neuvolalääkärää. Neuvoloissa tehdään moniammatillista yhteistyötä, ja ammatillisilla on oltava yhteisesti sovitut toiminta- ja yhteistyökäytännöt. Hoidon toteutuminen, seuranta ja jatkuvuus turvataan kirjaamisella.

Toinen kantava teema pohjoismaisessa vertailussa oli tasa-arvoisen vanhemmuuden korostaminen lainsäädännössä ja suosituksissa. Suomen osalta analyysissä piirtyi kuva neuvoloiden tehtävästä vanhemmuuden tukemisesta. Isä esimerkiksi kannustetaan osallistumaan kaikkiin terveystarkastuksiin (mukaan lukien laajat terveystarkastukset) ja perhevalmennukseen sekä muihin vanhempainryhmiin. Suosituksena on muun muassa, että tarjolla olisi myös iltai-koja, jolloin isillä olisi paremmat mahdollisuudet osallistua neuvolakäynteihin [37,42].

Neuvolassa tuetaan ja arvioidaan lapsen ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen kehittymistä. Perheet saavat tukea ja tietoa vanhemmuuteen ja myös parisuhteen hoitoon perhevalmennuksesta ja erilaisista näyttöön perustuvista vanhemmuuden tuen ohjelmista sekä interventioista [ks. myös 43].

Suomessa neuvoloiden rooli erilaisten riskitekijöiden tunnistamisessa näyttäytyi keskeisenä säädöksissä (terveydenhuoltolaki 1326/2010 [10], VNA 338/2011 [11]) ja myös asetuksen perustelu- ja soveltamisohjeissa [41]. Neuvolakäynneillä säännöllisesti seurattavista asioista on annettu kansalliset suositukset, joissa ohjeistetaan laajasti erilaisten riskitekijöiden seulontaan, tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen. Säädösten ja kansallisten suositusten mukaan työskentelyssä tulee käyttää näyttöön perustuvia menetelmiä. Myös lisäkäyntejä neuvolaan tulee järjestää niille, jotka tarvitsevat lisätukea.

Suomessa osana määräaikaisia terveystarkastuksia tarjottavat laajat terveystarkastukset ovat muihin Pohjoismaihin verrattuna ainutlaatuisia, ja niillä on merkittävä rooli perheiden psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämässä sekä riskitekijöiden ja erilaisten tuen tarpeiden tunnistamisessa [37,44, ks. myös 29,31]. Lapsen kahden ensimmäisen ikävuoden aikana perheille tarjotaan yksi laaja terveystarkastus raskausaikana (raskausviikolla 3–18) ja kaksi lastenneuvolassa (lapsen ollessa 4 kk ja 18 kk). Niiden yhteydessä arvioidaan koko perheen hyvinvointia ja seulotaan mm. vanhempien masennusoireita ja alkoholin käyttöä (VNA 338/2011 [11,37]).

Mielialasta keskustellaan ja sitä havainnoidaan ja seulotaan neuvolakäynneillä muutoinkin säännöllisesti EPDS-mielialalomaketta hyödyntäen. Myös muita psykososiaalisia riskitekijöitä, kuten lähi-suhdeväkivaltaa, tulee säädösten ja suositusten mukaan seuloa kaikilta vanhemmilta ja niistä tulee kysyä säännöllisesti (VNA 338/2011 [11,37]).

Suomalaisen palvelujärjestelmän toimivuus

Toisessa vaiheessa analysoitiin äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa ohjaavasta säädöspohjasta ja suosituksista kertovaa tutkimusta 2000-luvulta suhteessa Sipilän ym. viitekehykseen (taulukko 1). Analyysi vahvistaa, että Suomessa neuvolatoimintaa on tutkittu eniten implementoinnin toteutuksen näkökulmasta.

Yleisin kategoria tässä ryhmässä ovat valtakunnalliset selvitykset äitiys- ja lapsineuvolatoiminnasta. Määrävuosittain toteutettuina ne tuottavat seurantatietoa mm. siitä, miten kattavasti neuvolan määräaikaisia tarkastuksia tehdään, miten hyvin henkilöstömitoitus noudattaa suositusten vaatimaa tasoa ja missä määrin yhteneväiset menetelmät ja mittarit ovat käytössä [esim. 12–14,34]. Lisäksi viime aikoina on tehty selvityksiä siitä, miten säädökset toteutuvat osana palvelukokonaisuuksia tai palveluketjuja, kuten kokonais selvitys

pähteitä käytettävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palveluista [15] sekä selvitys perhekeskustoiminnan kehityksestä [16] ja perhekeskusten palvelujen kustannusvaikuttavuudesta [17].

Tutkimuksia on myös säädösten ja suositusten toimeenpanon edellytyksistä. Ne kohdistuvat johtamiseen ja moniammatillisen työn toteutukseen [33–35] sekä hoidon viiveisiin silloin kun lapsella ilmenee psyykkisiä vaikeuksia ja kehityksellisiä viiveitä [36]. Yksittäisiä tutkimuksia implementoinnin muutoksista toimintatavoissa tai prosesseissa ei löytynyt (taulukko 1, ensimmäinen sarake, kohde 5), mut-

”Neuvolapalvelujen lainsäädäntö ja ohjeistukset ovat tukeneet toimintamallien ja työmenetelmien tietoperustaisuutta.”

ta seurantatutkimukset tuottivat tietoa toimintatapojen muutoksista esimerkiksi laajojen terveystarkastusten järjestämisessä [vrt. 12,14].

Aineistossa oli vain vähän tutkimuksia väestön terveydessä tapahtuneista muutoksista raskaana olevien ja pikkulapsiperheiden palvelujen kontekstissa tarkasteltuna [mm. 25,26,35]. Tutkimuksia suositusten laatimisen menetelmistä ja prosesseista tai koko väestön terveydestä ei löydetty (taulukko 1, kohteet 1 ja 7).

Implementointia on tutkittu temaattisesti asiakkaiden kokemusten pohjalta ja henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuskohteina ovat olleet perheiden osallisuuden toteutuminen laajoissa terveystarkastuksissa [23], neuvolan toiminnan organisoimisen vaikutukset palveluiden käyttöön, terveyteen tai kokemuksiin [18,21] sekä hoitosuhteen jatkuvuuden vaikutukset asiakaskokemuksiin [19,20]. Lisäksi tutkimuksia on tehty puheeksi ottamisen ja riskitekijöiden tunnistamisen tueksi kehitettyjen lomakkeiden ja menetelmien testaamisen näkökulmasta [esim. 22,27,28,32,45].

Aineistoon sisältyneistä tutkimuksista noin 70 % oli kyselytutkimuksia. Kyselyn lisäksi osassa tutkimuksista oli hyödynnetty myös muita menetelmiä. Kyselyjä on käytetty joko ainoana menetelmänä tai yhdessä jonkin toisen menetelmän kanssa (n = 19) implementoinnin edellytysten selvittämiseen [esim. 14, 33–35] sekä implementoinnin toteutuksen [esim. 14,15,16,24,44] tai asiakkaiden terveyden tai toimintakyvyn muutosten selvittämiseen [esim. 25,26]. Laadullisia menetelmiä kuten fokus- ja teemahaastatteluja sekä havainnointia on käytetty tutkimuksissa henkilöstön tiedon, taidon tai asenteiden muutoksista [esim. 28–31]. Myös asiakkaiden kokemuksia on tutkittu laadullisin menetelmin [esim. 22].

POHDINTA

Tässä artikkelissa olemme halunneet selvittää, mitä olemassa oleva asiakirjatieto kertoo alle kaksivuotiaiden terveydenhuollon järjestelmän toimivuudesta Suomessa arkivaikuttavuuden näkökulmasta. Arkivaikuttavuudessa on kyse tutkitun tiedon ja arjen vuorovaikutustilanteiden kohtaamisesta. Perimmäisenä tavoitteena on tuottaa mahdollisimman paljon terveyttä niin, että potilaiden kokemat haitat ovat mahdollisimman pieniä ja yhteiskunnalle koituvat kustannukset pysyvät kohtuullisina [8].

Olemme tarkastelleet, mitä tutkimus kertoo raskaudenaikaisen ja lasten terveydenhuollon arkivaikuttavuudesta keskittyen aineistoihin, joissa on tarkasteltu palvelujen toimintakäytänteitä suhteessa säädöksiin ja kansallisiin suosituksiin.

Artikkelin alussa toimme esille, että näkemys ammattilaisista ja perheistä aktiivisina toimijoina on alkanut korostua viime vuosi-

TAULUKKO 1.

Hoitosuosituksen implementointitutkimuksen viitekehys

Mukailtu kirjoittajien luvalla viitteestä 7: Sipilä R, Mäntyranta T, Mäkelä M ym. (2016). Implementointia suomeksi. Duodecim, 132, s. 853.

Arvioinnin kohde	Mitä arvioidaan	Esimerkkejä tutkimus-asetelmista ja -menetelmistä	Esimerkkejä työkaluista
1. Hoitosuosituksen luotettavuus ja pätevyys	Hoitosuosituksen laatimisen menetelmät ja järjestelmä; hoitosuosituksen rakenne, sisältö, laatu ja käytettävyys; näytön laatu, sidonnaisuudet	Tapaustutkimus, dokumentti-analyysi tai laadulliset menetelmät	AGREE II -instrumentti (http://www.agreetrust.org/resourcecentre/agree-ii/) ADOPT-ii-instrumentti
2. Implementoinnin edellytykset	Hoitosuosituksen implementoinnin esteet ja edistäjät: voivat liittyä mm. hoitosuosituksiin, niitä käyttäviin ammattilaisiin, terveydenhuollon organisaatioon, potilaisiin, tai laajemmin yhteiskuntaan	Tapaustutkimus, havainnoiva tutkimus; kysely, haastattelu, fokusryhmä, dokumenttianalyysi	GLIA- ja GUIDE-M-instrumentit, esteet ja edistäjät – arviointityökalut
3. Implementoinnin toteutus	Hoitosuosituksen implementoinnin panokset ja rakenteet, prosessi (suunnittelu ja interventiot) sekä tuotokset	Tapaustutkimus, havainnoiva tutkimus; kysely, haastattelu, dokumenttianalyysi, kustannus-analyysi	Implementointityyppien luokittelut, lokikirjoja- analyysi, kuten käyttötilastot
4. Muutokset tiedossa taidoissa tai asenteissa	Hoitosuosituksen implementointiin liittyvät muutokset kohde-ryhmän tiedoissa, taidoissa tai asenteissa	Havainnoiva tai kokeellinen tutkimus; kysely, haastattelu, fokusryhmä	
5. Muutokset toimintatavoissa tai prosesseissa	Hoitosuosituksen implementointiin liittyvät muutokset kohderyhmän toimintatavoissa ja työssä, muutokset toimintaprosesseissa	Havainnoiva tai kokeellinen tutkimus; rekisteriaineiston analyysi, potilaskertomus-aineiston auditointi tai muu analyysi, kysely ammattilaisille ja käyttäjille, kustannusanalyysi	Sähköinen päätöksentuki
6. Muutokset potilaiden terveydessä ja toimintakyvyssä	Hoitosuosituksen implementoinnin aikaansaamat muutokset potilaiden terveydessä	Havainnoiva tai kokeellinen tutkimus; rekisteriaineistojen analyysi potilaskertomus-aineistojen auditointi tai muu analyysi, potilas/väestökyselyt, kustannusanalyysi	15-D elämänlaatukysely, toimintakykymittarit, tautikohtaiset mittarit
7. Muutokset väestön terveydessä	Hoitosuosituksen implementoinnin aikaansaamat muutokset väestön terveydessä	Havainnoiva tai kokeellinen tutkimus; rekisteriaineistojen analyysi, väestökyselyt, kustannusanalyysi	

kymmenien aikana [mm. 3,4]. Tutkimuksessa suosittuja teemoja ovat olleet mm. neuvolapalvelujen perhe- ja voimavaralähtöisyys sekä terveellisten elintapojen merkitys perheiden ja ammattilaisten vuoropuhelun aiheena.

Kiinnostus perheiden voimavaroihin ja kokemukseen äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen toteutuksesta näkyy tämän artikkelin aineistossa hyvin. Analyysimme perusteella säädösten ja suositusten implementointia on tutkittu henkilöstön ja perheiden näkökulmasta. Teemoja ovat olleet esimerkiksi lasten ja perheiden säännöllisten terveystarkastusten merkitys terveyden edistämisessä, tuen tarpeiden varhainen tunnistaminen ja tuen kohdentaminen lapselle ja hänen vanhemmilleen. Myös muutoksia henkilöstön tiedoissa,

taidoissa ja asenteissa on tutkittu yhdessä ja erikseen asiakkaiden kokemusten kanssa.

Tutkimukset tuovat esille, että huolellisesti toteutetut terveystarkastukset mahdollistavat lapsen ja perheen tuen tarpeiden tunnistamisen [30,31], jolloin tarvittavaa tukea ja apua on mahdollista kohdentaa perheelle. Tuomisen ym. tutkimusten mukaan perheet saivat yhdistelmätyötä tekeviltä terveydenhoitajilta yksilöllisempää tukea esimerkiksi vanhempien pärjäävyyden lisäämiseen ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta toipumiseen verrattuna erillisistä äitiys- ja lastenneuvoloista saatuu tukeen [18–21].

Vuonna 2004 ilmestyneessä Lastenneuvolaoppaassa [38] oli suosituksena yhdistelmätyö, koska se vahvistaa perheiden ja terveyden-

hoitajan välistä luottamusta ja tuttuutta. Yhdistelmätyö lisääntyi voimakkaasti 2010-luvulla, jolloin sitä teki suurin osa terveydenhoitajista [12].

Suomalaiset äidit, joilla oli neljän kuukauden ikäinen lapsi, ilmoittivat itsensä hyvinvoiviksi useammin kuin verrokkiäidit Japanissa. Suomessa äidit nimesivät neuvolan keskeiseksi tahoksi, josta saavat tukea ja apua. Japanissa keskeisimmiksi avunantajiksi äidit nimesivät isovanhemmat [24].

2000-luku on ollut laajan kehittämisen aikaa myös lapsi- ja perhepalveluissa. Suomessa muutettiin valtionosuusjärjestelmää 1990-luvun alkupuolella, jonka jälkeen kunnat ovat saaneet järjestää terveyspalvelut aiempaa itsenäisemmin. Ohjauksen purkaminen ja 1990-luvun lama aiheuttivat sen, että neuvolapalveluja ja

”Kansalliset toimet ovat keskeisiä implementoinnin onnistumiseksi.”

lapsiperheiden kotiapua heikennettiin. Tätä kehitysvaihetta on seurattu ja tutkittu Suomessa tiiviisti. Tutkimus on painottunut siihen, ovatko toimintakäytänteet säädösten ja suositusten mukaisia, kuten myös tässä artikkelissa esitelty aineisto osoittaa.

Vuonna 2004 julkaisu Lastenneuvolaopas, joka sisältää kansalliset suositukset lastenneuvoloille, on esimerkkinä ohjeistuksesta ja sitä seuranneesta tutkimuksesta. Suositukset laadittiin tutkimusnäytön perusteella tukemaan lastenneuvolapalveluja, ja ne kattoivat mm. terveystarkastusten määrän ja sisällöt menetelmiseen sekä terveysneuvonnan ajantasaiset sisällöt.

Esimerkiksi lasten neurologisen kehityksen arviointimenetelmä LENE sisältyi Lastenneuvolaoppaan suosituksiin ja sitä suositeltiin käytettäväksi neljän vuoden ikäisten lasten terveystarkastuksissa [45]. Samaan ajankohtaan (2004) ajoittui ensimmäinen valtakunnallinen (Manner-Suomi) neuvolaselvitys, jossa vastauksia pyydettiin neuvolan lääkäreiltä ja terveydenhoitajilta sekä alan johtajilta [33]. Selvitys toi esiin vaihtelua palveluissa eri terveyskeskusten välillä ja merkkejä rapautumisesta: väestö ei enää ollut yhdenvertaisessa asemassa palvelujen saannissa.

Vuonna 2008 julkaistu toinen valtakunnallinen neuvolaselvitys [34] antoi viitteitä siitä, että Lastenneuvolaoppaan suositukset olivat yhtenäistäneet käytäntöjä tutkimusnäyttöön perustuen. Henkilöstön osaamista ja suositusten implementointia on tuettu myös järjestämällä vuodesta 2000 lähtien joka vuosi Valtakunnalliset neuvolapäivät ajankohtaisista aiheista.

Säädöserusteista ohjausta tiivistettiin 2010-luvun molemmin puolin (terveydenhuoltolaki 1326/2010 [10] ja VNA 338/2011 [11]) ja samalla laadittiin myös säädöksiä täsmentäviä ohjeistuksia. Näiden säädösten perustana oli kansainvälinen ja kansallinen tutkimusnäyttö, esimerkiksi tieto vanhempien terveyden ja hyvinvoinnin merkityksestä lapsen terveydelle. Sen vuoksi osasta neuvolan ja myös kouluterveydenhuollon toteuttamista terveystarkastuksista kehitettiin koko perheen hyvinvointia tukevia laajoja terveystarkastuksia (VNA 338/2011 [11]). Henkilöstölle laadittiin uuden toimintamallin tueksi säädöstä konkretisoiva opas [37], jossa kuvattiin muun muassa laajojen terveystarkastusten keskeisiä sisältöjä.

Vuonna 2014 julkaistiin myös lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon menetelmäkäsikirja [46]. Sen tavoitteena oli yhtenäistää terveystarkastuksissa käytettäviä menetelmiä (esim. LENE, EPDS, Audit, VaVu) ja toimintamalleja (esim. voimavaralähtöisyys).

Säädösten ja ohjeistusten toimeenpanon seurantalotrendi näkyy tutkimuksissa. Vuonna 2012 ja 2016 selvitettiin neuvolan (ja myös kouluterveydenhuollon) palvelujen toteutumista suhteessa lainsäädäntöön [12,14]. Manner-Suomen terveyskeskusten neuvolapalveluihin kohdistuneet seurannat toivat esille, että palveluja oli kehitetty lainsäädännön suuntaisesti.

Alueiden välinen ja niiden sisäinen vaihtelu oli aiempaa vähäisempää, eli väestö oli aiempaa yhdenvertaisemmassa asemassa palvelujen saamisessa. Esimerkiksi LENE-lomaketta hyödynnettiin lähes kaikissa terveyskeskuksissa neljävuotiaan lapsen terveystarkastuksissa. Näin lapsen kehityksen häiriöitä tunnistettiin aiempaa varhaisemmin, jolloin oppimisvalmiuksia voitiin myös tukea paremmin ja ohjata vanhempia esimerkiksi harjaannuttamaan lastaan hienomotoriikassa. Henkilöstöresursseissa ei sen sijaan ollut tapahtunut huomattavaa kohentumista [47].

Selvitysten tulokset annettiin kuntien päätöksentekijöiden käyttöön palvelujen kehittämisen tueksi. Myös sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot (Avit) hyödynsivät tuloksia valvontatehtävässään.

Kaiken kaikkiaan tutkimustieto ja neuvola koskevat säädökset ja suositukset ovat kulkeneet käsi kädessä 2000-luvulta lähtien. Säädösten ja suositusten toimeenpanoa on seurattu määrääjain erilaisten lomakepohjaisten kyselyjen avulla, kuten yllä on todettu. Seurantaan on käytetty myös rekistereitä ja laadullisia menetelmiä. Joiltakin osin syvällisempi implementointitieto jää kuitenkin puuttumaan. Tämä koskee erityisesti suositusten ja säädösten toteuttamisprosessia kokonaisuutena.

Tieteellinen merkitys

Terveydenhuollon toiminnan kuten esimerkiksi neuvolapalvelujen on perustuttava parhaaseen ajantasaiseen tutkimustietoon. Tässä artikkelissa analysoitiin ensimmäistä kertaa kootusti äitiys- ja lastenneuvolan säädösten ja suositusten implementointia. Implementointitutkimukseen keskittyminen toi esille tutkimusten aukkokohtia niin temaattisesti kuin menetelmällisesti. Jälkimmäisen analyysin mahdollisti Sipilän ym. viitekehys (taulukko 1), jonka avulla oli mahdollista havainnoida paitsi mitä on tutkittu, myös miten säädösten ja suositusten toimeenpanoa on tutkittu.

Tuloksemme osoittavat, että Suomessa, kuten muuallakin maailmassa, huomio on viime vuosina siirtynyt keskeisiin implementointin kysymyksiin. Tämä näkyy esimerkiksi lisääntyneenä tarpeena selvittää asiakkaiden kokemuksia ja yhteiskunnallisten muutosten vaikutuksia säädösten ja suositusten noudattamiseen.

Menetelmällisesti implementointitutkimus ei kuitenkaan ole vielä ottanut täyttä loikkaa eteenpäin. Tulevaisuudessa olisi tärkeä ulottaa arkivaikuttavuuden tutkimus myös tapoihin, joilla tietoa tuotetaan ja levitetään käytäntöihin. Toinen keskeinen kehityskohde on ymmärryksen lisääminen implementoinnin prosessista, kuten panosten ja tuotosten suhteesta.

Tutkimuksen aukkokohtien täyttämiseksi tarvitaan aiempaa enemmän erilaisia laadullisia tutkimusasetelmia hyödynnäviä tutkimuksia. Samoin tarvitaan sellaisia analyyseja kustannusvaikuttavuudesta, jotka kohdistuvat kaikkeen siihen toimintaan, jolla äitiys- ja lastenterveyttä pyritään edistämään lainsäädännön ja suositusten siivittämänä.

Toistaiseksi nämä edellä mainitut asetelmat olivat aliedustettuina tutkimuksissa. Kontekstilla ja tietoa välittävillä tekijöillä on olennainen merkitys, kun haluamme tietää, ovatko toiminnan edellytykset sellaiset, että lapsiperheet voivat niistä hyötyä.

Käytännön merkitys

Analyysimme tuo esiin, että neuvolapalveluihin kohdistuva lainsäädäntö ja kansalliset ohjeistukset ovat tukeneet äitiys- ja lastenneuvolan toimintamallien ja työmenetelmien tietoperustaisuutta. Neuvolahenkilöstön ja palvelujen johtajien on mahdollista perustella toimintansa tutkimusnäytöllä esimerkiksi asiakasperheille ja kuntapäätäjille. Tämä lisää työhön sitoutumista ja työtyytyväisyyttä.

Analyysimme korostaa, että säännöllisten koulutusten järjestäminen neuvolahenkilöstölle (erityisesti vuosittain järjestetyt Neuvolapäivät) on tärkeää suositusten implementoinnin tukemiseksi, ajankohtaisen tiedon siirtymiseksi käytäntöön ja osaamisen kehittämiseksi. Tutkimuksemme tuo esiin säädöspäätösten ohjauksen merkityksen, kuten myös valvonnan tärkeyden.

Lakisääteisyys ja kansalliset ohjeistukset ovat vaikuttaneet neuvolapalveluihin mm. toimintakäytäntöjä yhtenäistämällä. Historian tunteminen auttaa ymmärtämään valittuja linjauksia, jotka viimekädessä perustuvat väestön tuen tarpeisiin. Nämä tuen tarpeet ovat tänä päivänä hyvin erilaisia kuin neuvolapalvelujen alkuaikoina lähes sata vuotta sitten.

Vahvuudet ja heikkoudet

Katsauksemme toi esille sen, että neuvolapalveluja on tutkittu monen eri tieteenalan näkökulmasta. Artikkelin vahvuutena onkin monitieteellinen näkökulma.

Artikkelin ensimmäisen vaiheen tiedonkeruu toteutettiin ennalta määritellysti pohjoismaisten yhteistyötahojen kesken. Tämän jälkeen tiedonhakua vielä syvennettiin, mutta todennäköisesti kaikkea tutkimusta 2000-luvulta alkaen ei saatu tavoitettua. Tämä johtuu

asiakirjojen määrästä ja eri tutkimusten asiansanojen laajasta kirjoituksesta. Näin ollen kyseessä on kirjallisuuskatsaus valittuun aihepiiriin, ei järjestelmällinen katsaus.

LOPUKSI

Tässä artikkelissa on analysoitu ensimmäistä kertaa, miten äitiys- ja lastenneuvolan säädösten ja suositusten implementointia on tutkittu Suomessa 2000-luvulla. Analyysi paljasti, että tutkimuksellinen kiinnostus kansallisella tasolla tapahtuvaan implementointiin on ollut vähäistä, mutta on lisääntynyt viime vuosina.

Tehty analyysi tuo esiin, että neuvolapalvelujen seuranta tutkimukselle on paikkansa myös tulevaisuudessa. Erityisesti neuvolapalvelujen vaikuttavuuden, mukaan lukien kustannusvaikutavuus, tutkimusta tulee lisätä. Lainsäädännön ja suositusten implementointia on syytä tutkia erilaisin menetelmäasetelmin, jotta implementoinnin edellytyksistä, prosesseista, suunnittelusta ja seurannasta saataisiin entistä kattavampi kuva. Tuloksia on mahdollista hyödyntää pohjoismaisia politiikkasuosituksia tehtäessä.

Implementoinnin tukeminen ja mahdollistaminen on prosessi, joka koskettaa koko palvelujärjestelmää ja palvelee lapsiperheiden yhdenvertaisuuden toteutumista. Kansalliset toimet ovat keskeisiä implementoinnin onnistumiseksi. Esimerkiksi pohjoismaisen tilanneraportin perusteella Norja ja Ruotsi edustavat maita, joissa on erityinen osaamiskeskus äitiys- ja lastenterveyden seurantaa, tutkimusta ja osaamisen implementointia varten. Suomesta puuttuu kansallinen osaamiskeskus, jonka vastuulla olisi systemaattisesti tuottaa ja implementoida tutkimustietoa esimerkiksi perinataali- mielenterveyden vahvistamiseksi. ●

AVAINSANAT:

Säädökset, suositukset, implementointi, psykososiaalinen tuki, raskausaika, pikkulapsiperheet

SIDONNAISUUDET:

Petra Kouvonen, Tuovi Hakulinen ja Susanna Rautio: Ei sidonnaisuuksia.

LÄHTEET:

- Helén I & Jauho M (2003). Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Helén I, Jauho M (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys, 13–32, Helsinki: Gaudeamus.
- Helén I (2008). Terveyskansalaisuuden kohtalot. Huomioita uudesta terveystieteestä ja huipputeknologisesta lääketieteestä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 45, 146–154. <https://journal.fi/sla/article/view/599>
- Rautio S (2016). Neuvolan perhetyö vanhemmuuden varhaisena tukena ja yhteistyönä. Jyväskylä studies in education, psychology, and social research 550. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-6578-5>
- Sihvonen E (2020). From family policy to parenting support: Parenting-related anxiety in Finnish family support projects. Helsinki: Unigrafia. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-3433-2>
- Curran G M, Bauer M, Mittman B ym. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. Medical care, 50, 217–226. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182408812>
- Kouvonen P & Kurki M (2020). Vaikuttavien lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton tukeminen päätöksenteossa 2020-luvun Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 57. <https://doi.org/10.23990/sa.91583>
- Sipilä R, Mäntyranta T, Mäkelä M ym. (2016). Implementointia suomeksi. Duodecim, 132, 850–857. <http://hdl.handle.net/10138/223972>
- Malmivaara A. (2012). Kohti lääketieteen arkivaikuttavuutta. Duodecim, 128, 445–6.
- Danielsdóttir S & Ingudóttir J (toim.) (2020). The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis. Copenhagen: Nordic Councils of Ministers. <http://doi.org/10.6027/nord2020-051>.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A ym. (2014). Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto - Valtakunnallinen seuranta 2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 12/2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-159-4>
- Wiss K, Frantsi-Lankia M, Pelkonen M ym. (2014). Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014 – Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-356-7>

- 14 Hakulinen T, Hietanen-Peltola M, Vaara S ym. (2018a). Ajanmukaiset käytänteet ja pitkät perinteet neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Palvelujen seuranta tutkimus 2016–2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-190-4>
- 15 Arponen A (2019). Päihkeitä käyttävien raskaana olevien naisten ja perheiden palvelut vuonna 2018. Nykytila ja kehittämisehdotukset. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 31/2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-411-0>
- 16 Pelkonen M, Hastrup A, Normia-Ahlsten L ym. (2020). Perhekeskukset Suomessa 2019. Kehittämisen tilanne ja työn jatkuminen. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 6/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-461-5>
- 17 Klavus J, Hastrup A, Jarvala T ym. (2019). Monialainen perhekeskus tuottaa kustannusvaikuttavia palveluja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 17/2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-349-6>
- 18 Tuominen M, Kaljonen A, Ahonen P ym. (2012). Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. BMC Pregnancy and Childbirth, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-96>
- 19 Tuominen M, Kaljonen A, Ahonen P ym. (2014). Relational continuity of care in integrated maternity and child health clinic s improve parents' service experiences. International Journal of Integrated Care, 14, e029. <http://doi.org/10.5334/ijic.1451>
- 20 Tuominen M, Junttila N, Ahonen P ym. (2016a). The effects of relational continuity in maternity and child health clinics on parenting self-efficacy of mothers and fathers with loneliness and depressive symptoms. Scandinavian Journal of Psychology, 57, 193–200. <https://doi.org/10.1111/sjop.12284>
- 21 Tuominen M, Kaljonen A, Ahonen P ym. (2016b). A comparison of Medical Birth Register outcomes between maternity health clinics and integrated maternity and child health clinics in Southwest Finland. International Journal of Integrated Care, 16, 1. <http://doi.org/10.5334/ijic.2024>
- 22 Savola T, Hakulinen-Viitanen T & Piispa M (2015). Äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaiden kokemukset parisuhdeväkivallan puheeksi ottamisesta. Hoitotiede, 27, 104–116. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1760543>
- 23 Mäkinen A & Hakulinen T (2016). Vanhempien osallisuus lastenneuvolan laajassa terveystarkastuksessa. Tutkiva hoitotyö, 14, 21–30.
- 24 Yokoyama Y, Hakulinen T, Sugimoto M ym. (2018). Maternal subjective well-being and preventive health care system in Japan and Finland. European Journal of Public Health, 28, 652–657. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx211>
- 25 Kyttälä P, HYPE-tutkimusryhmä (2017). Elintapainterventio äitiysneuvoloissa – Hyvinvointia perheille (HYPE) –esitutkimuksen toteutettavuus ja vaikuttavuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 12/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-984-2>
- 26 Luoto R, Kinnunen T I, Aittasalo M ym. (2011). Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counselling: A cluster-randomized controlled trial. PLoS Med, 8, e1001036. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001036>
- 27 Kaljunen L, Hakulinen-Viitanen T & Pelkonen M (2006). Voimavaralomakkeen kehittäminen ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistamiseksi. Hoitotiede, 18, 131–140.
- 28 Siltanen M, Aromaa M, Hakulinen-Viitanen T ym. (2014). A New Participative, Family-Oriented Health Counseling Approach for Children and Their Families: A Comparative Qualitative Analysis. Journal of Community Health Nursing, 31, 90–102. <https://doi.org/10.1080/07370016.2014.901066>
- 29 Poutiainen H, Hakulinen-Viitanen T & Laatikainen T (2014). Associations between family characteristics and public health nurses' concerns at children's health examinations. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28, 225–234. <https://doi.org/10.1111/scs.12035>
- 30 Poutiainen H, Hakulinen T, Laatikainen T ym. (2015). Public health nurses' concerns in preschool-aged children's health check-ups. Journal of Research in Nursing, 20. <https://doi.org/10.1177/1744987115604660>
- 31 Poutiainen H, Hakulinen T, Mäki P ym. (2016). Family characteristics and parents' and children's health behaviour are associated with public health nurses' concerns at children's health examinations. International Journal of Nursing Practice, 22, 584–595. <https://doi.org/10.1111/ijn.12478>
- 32 Borg A-M (2015). Early detecting of children's mental health problems. Acta Universitatis 2076. Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9864-0>
- 33 Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M & Haapakorva A (2005). Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2005:22. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224055>
- 34 Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V ym. (2008). Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007: Tulokset ja seurannan kehittäminen. Helsinki: Stakes Raportteja 21/2008. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194321>
- 35 Tuominen M, Hakulinen T, Pelkonen M ym. (2019). Neuvolalääkärit työstään: Moniammatillinen yhteistyö parantunut. Lääkärelehti, 74, 388–391. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021043028236>
- 36 Tuominen A, Kettunen T, Lindfors P ym. (2011). Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 48, 182–195. <https://journal.fi/sla/article/view/4500>
- 37 Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A ym. (2012). Laaja terveystarkastus - Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan ja kouluterveydenhuoltoon. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-708-0>
- 38 Sosiaali- ja terveysministeriö (2004). Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504227303>
- 39 Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- 40 Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- 41 Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009, uusi numero 338/2011) perustelut ja soveltamisohjeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2942-5>
- 42 Klemetti R & Hakulinen-Viitanen T (toim.) (2013). Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, opas 29. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>
- 43 Kalland M & Salo S (2020). Vanhemmuuden tukeminen vauva- ja lapsiperheissä. Duodecim, 136, 891–897. <http://hdl.handle.net/10138/329100>
- 44 Hakulinen T, Hietanen-Peltola M, Vaara S ym. (2018b). Laajoista terveystarkastuksista hyötyvät sekä perheet että neuvolahenkilöstö - ammattilaisten kokemuksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 33/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-951-4>
- 45 Valtonen R (2009). Kehityksen ja oppimisen ongelmien varhainen tunnistaminen Lene-arvioinnin avulla. Kehityksen ongelmien päällekkäisyys ja jatkuvuus 4–6-vuotiailla sekä ongelmien yhteys koulusuoriutumiseen. Jyväskylä Studies in Education, psychology, and social research 357. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3538-2>
- 46 Mäki P, Wikström K, Hakulinen T & Laatikainen T (toim.) (2017). Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 14/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-964-4>
- 47 Wiss K, Hakamäki P, Hakulinen T ym. (2016). Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat terveyskeskuksissa vuosina 2004–2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 19/2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-726-8>

Liite 1. Aineiston tutkimukset tiivistettynä

¹ Vertaa taulukko 1.

Lähde	
Arponen (2019) [15]	
Tutkimuskysymys	Muodostaa kokonaiskuvan päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattujen erityispalvelujen nykytilasta ja edistää päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattujen palvelujen vakiinnuttamista osaksi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää.
Arvioinnin kohde ¹	3.
Tutkimusasetelma	Kyselyiden lisäksi tehtiin tutustumiskäyntejä palveluihin.
Kohderyhmä	Selvityksessä tarkasteltiin kahta erityispalvelua: HAL-erityisäitiyspoliklinikoja (huumeet, alkoholi, lääkkeet), jotka ovat erikoistuneet riskiraskauden hoitoon ja seurantaan sekä päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattuja laitoshuoneita perhekuntoutusyksiköitä. Palveluita tuottavat yksiköt identifioitiin ja niille lähetettiin sähköinen kysely palvelun toiminnasta.
Tulos	HAL-poliklinikoiden maantieteellinen kattavuus on hyvä. Toimintaa on jokaisessa maakunnassa, 25:ssä eri yksikössä. Maakuntakohtaiset erot asiakasmäärissä ovat suuria. Vuonna 2017 poliklinikoiden hoidossa ja seurannassa oli yli tuhat naista. Suurin osa naisista ohjautuu HAL-poliklinikalle äitiysneuvolasta. Osa päihteitä käyttävistä raskaana olevista naisista jää edelleen tunnistamatta ja ohjautumatta erikoistuneisiin palveluihin.
Borg (2015) [32]	
Tutkimuskysymys	Arvioida Vahvuudet ja vaikeudet -lomakkeen (SDQ) ja (SDQ-Fin) psykometrisiä ominaisuuksia 4–9 vuoden ikäisten lasten terveystarkastuksissa neuvolassa (4–6-vuotiaat) tai kouluterveydenhuollossa. Arvioida lapsille, vanhemmille ja terveydenhoitajille kehitetyn yhden kysymyksen seulan reliabiliteettia ja validiteettia lasten mielenterveysongelmien riskin tunnistamisessa.
Arvioinnin kohde ¹	4.
Tutkimusasetelma	Mittarin arviointi lastenneuvolan terveystarkastusten yhteydessä: SDQ-lomakkeen vanhempien ja varhaiskasvatuksen täyttämänä. SDQ-Fin kyselyn kehittäminen ja arviointi. Lisäksi yhden kysymyksen seula vanhempien ja terveydenhoitajien täyttämänä.
Kohderyhmä	4–6-vuotiaat neuvolaikäiset lapset (n = 2 596) vanhempineen, joista 1 762 täytti SDQ-lomakkeen. Lapsista 309:llä oli seulonnan perusteella riski mielenterveysongelmiin ja 1 453:lla ei. Kaikki tutkimukseen osallistuneet kutsuttiin lastenpsykiatriseen diagnostiseen arviointiin ja Kehityksen ja hyvinvoinnin arviointi -haastatteluun (DAWBA).
Tulos	SDQ-Fin kysely osoittautui luotettavaksi, päteväksi ja käyttökelpoiseksi menetelmäksi 4–6-vuotiaiden lasten mielenterveysongelmien tunnistamisessa terveystarkastuksissa. SDQ-Fin kyselyä suositeltiin käytettäväksi lasten terveysseurannassa, kun oireileville on mahdollista tarjota apua ja asianmukaista hoitoa. Vanhemman ja terveydenhoitajan yhden kysymyksen seulan luotettavuus ja pätevyys puoltavat sen käyttöä ensiarviona ohjaamassa terveydenhuollon työntekijän tarkempaa harkintaa lapsen psyykkisen voimien ja toimintakyvyn tutkimisesta.
Hakulinen, Hietanen-Peltola, Vaara, Merikukka & Pelkonen (2018a) [14]	
Tutkimuskysymys	Miten säädösten (terveydenhuoltolaki 1326/2010, VNA 338/2011) mukaiset palvelut toteutuvat terveyskeskuksissa?
Arvioinnin kohde ¹	3.
Tutkimusasetelma	Palvelujen, esim. terveystarkastusten, järjestämisestä kerättyjä tietoja tarkasteltiin suhteessa palveluja ohjaaviin säädöksiin (Terveystarkastuslaki 1326/2010, VNA 338/2011) ja kansallisiin suosituksiin (Laajojen terveystarkastusten opas 2012; Änlä: Äitiysneuvolaopas 2013). Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon palvelujen seuranta varten tarvittavat tiedot kerättiin Manner-Suomessa vuonna 2016 toimineista 151 terveyskeskuksesta tiedonkeruulomakkeella.
Kohderyhmä	Tässä raportissa julkaistaan selvityksen tulokset osastonhoitajien ja palveluesimiesten kyselyn osalta. Vastaukset saatiin 139 terveyskeskuksesta Manner-Suomessa (92 %).
Tulos	Vertailu vuonna 2014 tehtyyn seurantaan osoittaa, että laajat terveystarkastukset ovat tukeneet palvelujen myönteistä kehitystä. Äitiysneuvolan määräaikaisten terveydenhoitajan terveystarkastukset järjestettiin suosituksen mukaisesti ensisynnyttäjille 83 %:ssa terveyskeskuksista (7 maakunnassa) ja lääkärintarkastukset 91 %:ssa terveyskeskuksista (13 maakunnassa). Lastenneuvolan määräaikaisten terveystarkastukset terveydenhoitajan toteuttamana järjestettiin 86 %:ssa terveyskeskuksista säädöksen mukaisesti. Lääkärintarkastukset järjestettiin 96 %:ssa terveyskeskuksista säädöksen mukaisesti. Laajat terveystarkastukset auttavat vanhempia tunnistamaan omia voimavarojaan. Terveystarkastusten arvioitiin myös antavan hyvän käsityksen perheen elinoloista ja perhetilanteesta sekä lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta ja edistävän tuen tarpeiden varhaisesta tunnistamisesta.

Lähde

Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu & Pelkonen (2014) [12]	
Tutkimuskysymys	Tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa sekä kouluterveydenhuoltoa on kehitetty vastaamaan kuntalaisten tarpeita sekä uusia säännöksiä (terveydenhuoltolaki 1326/2010, VNA 338/2011). Tavoitteena oli saada realistinen kuva edellä mainittujen palvelujen nykytilasta ja kehittämissaasteista sekä tietoa alueellisista eroista.
Arvioinnin kohde ¹	3.
Tutkimusasetelma	Kysely osoitettiin terveyskeskusten osastonhoitajille ja vastuulääkäreille. Aineiston analyysissa käytettiin kuvailevan tilastotieteen menetelmiä. Tuloksia tarkasteltiin suhteessa säännöksiin (VNA 338/2011) ja kansallisiin suosituksiin (Laajojen terveystarkastusten opas 2021; Änlä: Äitiysneuvolaopas 2013). Tuloksia vertailtiin samansisältöisiin seurantatietoihin eri vuosilta silloin kun se oli mahdollista. Tuloksia tarkasteltiin myös aluehallintovirastojen alueiden ja terveyskeskusten väestömäärän mukaisesti. Laadullisen aineiston analyysissa hyödynnettiin sisällönanalyysia.
Kohderyhmä	Kyselyt osastonhoitajille ja vastuulääkäreille.
Tulos	Tulosten mukaan neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut olivat kehittyneet säännösten suuntaisesti. Lähes kaikissa terveyskeskuksissa oli nimetty toimintojen vastuuhenkilö, ja toimintaohjelma oli laadittu neljässä viidesosassa terveyskeskuksista. Asetuksen toimeenpanoa oli tuettu johtamisen keinoin hyvin, vaikka kolmasosassa terveyskeskuksista tuli esille kehittämistarpeita. Tällaisia olivat palvelujen kohdentaminen, hoito- ja palveluketjujen vahvistaminen sekä moniammatillisten verkostojen tuen varhentaminen.
Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva (2005) [33]	
Tutkimuskysymys	Tuottaa tietoa neuvolatoiminnan nykytilasta, erityisesti toimintaedellytyksistä, työtavoista, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä kehittämistarpeista. Ensimmäinen koko maata kattava selvitys neuvolapalveluista.
Arvioinnin kohde ¹	2.
Tutkimusasetelma	Kolme eri kyselylomaketta, joista ensimmäinen osoitettiin terveyskeskusten johtaville viranhaltijoille (n = 236), toinen neuvolatyössä työskenteleville lääkäreille ja kolmas terveydenhoitajille Manner-Suomen kaikissa terveyskeskuksissa. Manner-Suomen terveyskeskuksista 89 %:lta saatiin vastaus kyselyyn. Tuloksia on verrattu neuvolatyötä koskeviin suosituksiin (Änlä: Viisainen 1999 ja Lnlä: Lastenneuvolaopas 2004). Kuvailevat tilastolliset menetelmät määrällisen aineiston ja sisällönanalyysi laadullisen aineiston analysoinnissa.
Kohderyhmä	Aineisto kerättiin vuonna 2004 erillisillä kyselylomakkeilla terveyskeskusten johtavilta viranhaltijoilta, neuvolatyössä toimivilta lääkäreiltä ja terveydenhoitajilta.
Tulos	Terveydenhoitajan tekemät terveystarkastukset raskauden aikana toteutuivat suosituksen mukaisesti ensisynnyttäjille 82 %:ssa terveyskeskuksista ja uudelleensynnyttäjille 100 %:ssa terveyskeskuksista. Vastaavat terveystarkastukset lääkärin toteuttamana toteutuivat suositusten mukaisesti ensisynnyttäjille 82 %:ssa ja uudelleensynnyttäjille 73 %:ssa terveyskeskuksista. Terveydenhoitajan tekemät terveystarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti imeväisikäisille 30 %:ssa ja leikki-ikäisille 62 %:ssa terveyskeskuksista. Vastaavat lääkärin toteuttamat terveystarkastukset toteutuivat imeväisikäisille suositusten mukaisesti 43 %:ssa ja leikki-ikäisille 80 %:ssa terveyskeskuksista.
Hakulinen-Viitanen, Pelkonen, Saaristo, Hastrup & Rimpelä (2008) [34]	
Tutkimuskysymys	Kyselyllä selvitettiin suunnitteluun ja johtamiseen liittyviä teemoja, mukaan lukien toimintaedellytyksiä (esim. voimavarat, rakenteet).
Arvioinnin kohde ¹	2.
Tutkimusasetelma	Palvelujen (esim. terveystarkastukset) järjestämistä selvitettiin suhteessa kansallisiin suosituksiin (Änlä: Viisainen 1999; Lnlä: Lastenneuvolaopas 2004) kyselyn avulla (n = 187 terveyskeskusta).
Kohderyhmä	Aineisto kerättiin sähköisellä lomakkeella Manner-Suomen kaikista terveyskeskuksista vuonna 2007. Vastaus saatiin 81 %:sta terveyskeskuksista.
Tulos	Terveydenhoitajan tekemät määräaikaisten terveystarkastukset raskauden aikana ensisynnyttäjille järjesti suositusten mukaan 79 % terveyskeskuksista ja uudelleensynnyttäjille 100 %. Lääkärin toteuttamat raskaudenaikaiset terveystarkastukset toteutuivat 83 %:ssa suositusten mukaisesti ensisynnyttäjille ja 75 %:ssa uudelleensynnyttäjille. Suositusten mukaiset terveydenhoitajan tekemät terveystarkastukset imeväisikäisille toteutti 32 % ja leikki-ikäisille 91 % terveyskeskuksista. Lääkärintarkastukset toteutuivat vastaavasti 50 %:ssa ja 86 %:ssa terveyskeskuksista. Tulosten mukaan perhekeskustoiminta on koko Suomessa edennyt asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. Kehitystyö on ollut melko yhtenevää, vaikka siinä on ollut myös maakuntakohtaisia eroja.
Kaljunen, Pelkonen, Hakulinen-Viitanen (2006) [27]	
Tutkimuskysymys	Laatia lomake esikoistaan odottavia vanhempia kohtaaville äitiys- ja lastenneuvolan työntekijöille perheen voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden tunnistamiseksi.
Arvioinnin kohde ¹	4.
Tutkimusasetelma	Lomakkeen esiarviointi tehtiin 4-portaista Likert-asteikkoa hyödyntäen, jonka jälkeen tutijat tekivät joitakin korjauksia lomakkeeseen. Lomake lähetettiin postitse osallistujille.
Kohderyhmä	Neuvolatutkijat (n = 1), äitiysneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat (n = 43) sekä esikoistaan odottavat (n = 33).

Lähde

Tulos	Sekä terveydenhoitajat että vanhemmat pitivät kriteerejä 80 %:n yksimielisyydellä selkeinä ja 86 % heistä ilmoitti, että heillä ei ole mitään korjattavaa lomakkeeseen. Vanhempien ja terveydenhoitajien vastaukset olivat suurimmaksi osaksi samansuuntaisia.
Klavus, Hastrup, Jarvala, Pusa & Rissanen (2019) [17]	
Tutkimuskysymys	Tutkimuksessa verrattiin monialaisen perhekeskuksen palvelutoiminnan ja ”hajautettuja” lapsiperhepalveluja tarjoavan palvelutoiminnan vaikuttavuutta, kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta. Monialaisen perhekeskuksen toiminta koostui tiennetyistä neuvola- ja kotikäynneistä, ennaltaehkäisevästä perhetyöstä sekä perheneuvoloiden ja psykiatrien tehostetuista palveluista. Lisäksi käytössä oli alkukartoitus perheiden pulmatilanteiden varhaiseen tunnistamiseen. Vertailun kohteena olevassa palvelutoiminnassa järjestämisestä vastasi lapsiperhepalvelujen yhteen sovitettu johtamisorganisaatio, mutta lapsiperhepalveluja ei vielä ollut organisoitu monialaiseksi perhekeskukseksi. Tutkimus toteutettiin kahdessa väestöpohjaltaan toisiaan vastaavassa kuntayhtymässä.
Arvioinnin kohde ¹	3.
Tutkimusasetelma	Tutkimus toteutettiin kontrolloituna koeasetelmana, jossa koeryhmänä oli monialainen perhekeskus ja verrokkiryhmänä yhteen sovitettujen johtamismallin perhekeskus. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin tutkimusryhmien välisellä lisäkustannussuhteella (ICER). Lisäkustannussuhde osoittaa, paljonko koeryhmässä tuotettu vaikuttavuusyksikkö maksoi suhteessa verrokkiryhmässä tuotettuun, ja se vastaa kysymykseen: ”Kuinka paljon interventiolla aikaansaatu vaikuttavuusyksikkö (esimerkiksi korjaavien lapsiperhepalvelujen tarpeen väheneminen) maksaa vaihtoehtoiseen toimintatapaan verrattuna?”
Kohderyhmä	Tutkimusaineiston muodostivat kuntayhtymien alueella asuvat lapsiperheet (alle kouluikäiset lapset), joiden ehkäisevän perhetyön interventio oli tullut ensimmäistä kertaa käsittelyyn aikavälillä 1.1.2013–30.9.2014. Lapsiperheet olivat asuneet alueella vähintään 365 päivää ennen ensimmäisen intervention alkamista.
Tulos	Psykiatristen läheteiden määrä kasvoi intervention aikana sekä koe- että kontrolliryhmässä, mutta koeryhmässä kasvu oli keskimäärin vähäisempää. Perhekeskuspalvelut olivat koeryhmässä 2,9 yksikköä vaikuttavampia kuin verrokkiryhmässä.
Kyttälä & HYPE-tutkimusryhmä (2017) [25]	
Tutkimuskysymys	Arvioida tutkimuksen toteutettavuutta ja selvittää 1) vaikuttaako ravintointerventio terveyttä edistäviin elintapoihin (esim. kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttö) enemmän kuin neuvoloissa tarjottava nykyinen ravitsemusohjauskäytäntö, 2) vaikuttaako psykologinen Mieli joustavaksi -interventio terveyttä edistäviin elintapoihin, 3) vaikuttaako psykologinen Mieli joustavaksi -interventio mielialaan ja kykyyn käsitellä epämiellyttäviä tunteita ja ajatuksia eri tavalla kuin ravintointerventio ja tavanomainen ravitsemusohjaus ja 4) ovatko internet- ja mobiilipohjaiset sovellukset käytettäviä ja hyväksyttyjä.
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Koe- ja verrokkiryhmät. Interventiotutkimus neuvoloiden kautta. Kyselylomakkeet terveydenhoitajille ja heidän asiakasperheilleen.
Kohderyhmä	8 äitiysneuvolaa. Verrokkiryhmään kuuluvista neuvoloista osallistui ravintoryhmään 21 terveydenhoitajaa ja heidän 14 asiakasperhettään. Joustava mieli -ryhmään kuului 18 terveydenhoitajaa ja heidän 29 asiakasperhettään. Verrokkiryhmään osallistui 16 terveydenhoitajaa sekä heidän asiakasperheensä ja Joustava mieli -ryhmään 11 asiakasperhettä.
Tulos	Kasvisten, hedelmien ja marjojen sekä rasvattoman maidon käyttö näytti lisääntyneen enemmän ravintoryhmän äideillä kuin muiden ryhmien äideillä. Muutokset äidin ja puolison ruokavalinnoissa olivat pääosin yksittäisiä ja pienet osallistujamäärät vaikeuttavat intervention vaikuttavuuden arviointia.
Luoto, Kinnunen, Aittasalo, Kolu, Raittanen, Ojala, Mansikkamäki, Lamberg, Vasankari, Komulainen & Tulokas (2011) [26]	
Tutkimuskysymys	Onko mahdollista ehkäistä raskausdiabetesta ja vaikuttaa vastasyntyneen painonkehitykseen elintapaohjauksen avulla niiden äitien joukossa, joilla on suuri raskausdiabeteksen riski?
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Koe- ja verrokkiryhmät eri alueilla. Yhden vuoden seuranta. Interventio: rvk 8–12 liikuntaneuvonta ja painosta keskustelu, rvk 16–18 ravitsemusneuvonta ja liikuntaneuvonnan tarkistus, rvk 22–24 neuvonnan tarkistus, rvk 32–34 ohjeiden tarkistus, rvk 36–37 liikunta- ja ravitsemusohjeiden tarkistus. Kyselylomakkeet, seulonnat ja mittaukset. Verrokkiryhmälle tavanomainen äitiysneuvolaseuranta ja neuvonta.
Kohderyhmä	Maakunnan 14 kunnan äitiysneuvolan asiakkaat (n = 2 271): koeryhmässä 219 raskaana olevaa. Verrokkiryhmä (180 raskaana olevaa) sai tavanomaisen äitiysneuvolan ohjauksen ja hoidon.
Tulos	Lapsen gestatioikään suhteutettu paino koeryhmässä merkitsevästi pienempi kuin verrokkiryhmässä, rvk 26–28 sokerirasituskokeessa tai raskausdiabeteksen ilmaantuvuudessa ei merkitseviä eroja koe- ja verrokkiryhmän välillä, äitien painonnousussa ei merkitseviä eroja, kohtuullisesti rasittavan liikunnan määrä pysyi lähes muuttumattomana koeryhmässä rvk 26–28 asti, verrokkiryhmässä vähentyi. Elintapaohjaus vaikutti lapsen syntymäpainoon, mutta ei raskausdiabeteksen kehittymiseen.

Lähde

Mäkinen & Hakulinen (2016) [23]	
Tutkimuskysymys	Kuvata vanhempien osallisuutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä lastenneuvolan laajassa terveystarkastuksessa. Miten vahvaa vanhempien osallisuuden kokemus on sekä miten taustatekijät, laajaan terveystarkastukseen valmistautuminen ja vanhempien kokemus kohdatuksi tulemisesta ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen?
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Kyselyaineisto (86 vastaajaa) kerättiin puolitoistavuotiaan lapsen vanhemmilta laajan terveystarkastuksen jälkeen ja analysoitiin tilastollisesti.
Kohderyhmä	Puolitoistavuotiaiden lasten vanhemmat (n = 86).
Tulos	Vanhempien osallisuus perheessä oli vahvaa ja palvelutilanteissa melko vahvaa. Matalammin koulutetut kokivat vahvempaa osallisuutta kuin yliopistotutkinnon suorittaneet. Myös parisuhteessa elävät kokivat voimakkaampaa osallisuutta. Neljä viidestä koki terveystarkastukset tasa-arvoisina. Etukäteen yhdessä terveydenhoitajan kanssa terveystarkastukseen valmistautuvat vanhemmat kokivat vahvempaa osallisuutta.
Pelkonen, Hastrup, Normia-Ahlsten, Halme, Kekkonen, Kiviruusu, Liukko, Lämsä & Muranen (2020) [16]	
Tutkimuskysymys	Tuottaa tietoa maakunnallisen perhekeskustoiminnan ja sitä ohjanneen perhekeskustoimintamallin kehittämisen tilanteesta keväällä 2019. Tuottaa tietoa siitä, miten maakunnallisten perhekeskusten jatkuvuus on varmistettu.
Arvioinnin kohde ¹	3.
Tutkimusasetelma	Kyselylomakkeet kaikilta maakunnallisilta hankkeilta, jotka olivat vuosina 2016–2018 osallistuneet perhekeskustoiminnan kehittämiseen osana Lapsi ja perhepalvelujen muutosohjelmaa. Hankkeita oli yhteensä 19, ja ne kattoivat koko maan.
Kohderyhmä	Kysely lähetettiin em. maakuntien alueiden perhekeskustayhdyshenkilöille (n = 19), jotka vastasivat kyselyyn yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Aineistoa täydennettiin perhekeskusverkostossa tehtyjen tietopyyntöjen avulla.
Tulos	Perhekeskustoiminta on koko Suomessa edennyt asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. Perhekeskusten ja avointen kohtaamispaikkojen määrä on lisääntynyt, alueellinen kattavuus parantunut ja suhde vastuuväestöön ja kuntiin selkiytynyt.
Poutiainen, Hakulinen, Laatikainen & Kettunen (2015) [30]	
Tutkimuskysymys	Kuvata terveydenhoitajille syntyneitä huolia neuvolaikäisten lasten terveystarkastuksissa.
Arvioinnin kohde ¹	4.
Tutkimusasetelma	Kvalitatiivinen tutkimus, fokusryhmähaastattelut lastenneuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille vuonna 2011.
Kohderyhmä	Lastenneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat (n = 12).
Tulos	Terveydenhoitajien huolenaiheet liittyivät lapsen kasvuun ja kehitykseen, lasten kykyyn selviytyä vaikeissa perhetilanteissa sekä vanhemmuuteen. Kasvuun ja kehitykseen liittyvissä huolenaiheissa korostuivat lapsen psykososiaalinen kehitys, varhainen vuorovaikutus, käyttäytymisongelmat, kognitiivinen kehitys sekä vanhempien mielenterveys ja perheen sosiaalinen tilanne. Vanhemmuuteen liittyviä huolia olivat perheen yhteisen ajan puute ja vanhemmuuden roolikonfliktit.
Poutiainen, Hakulinen, Mäki & Laatikainen (2016) [31]	
Tutkimuskysymys	Kuvata, missä määrin perheen sosioekonomiset tekijät, esim. perherakenne, äidin työllisyys, näkemys tulojen riittävyydestä sekä lasten ikä ja sukupuoli olivat yhteydessä terveydenhoitajien terveystarkastuksissa heräämiin huoliin.
Arvioinnin kohde ¹	4.
Tutkimusasetelma	Osa laajaa poikkileikkaustutkimusta v. 2007–2009, n = 6 509. Kyselylomake ja terveystarkastuksen tiedot osana 4 795 neuvolaikäisen lapsen terveystarkastusta. Logistinen regressioanalyysi. Lisäksi kysely.
Kohderyhmä	4 795 neuvolaikäisen lapsen terveystarkastukset. Vastaajina vanhemmat ja terveydenhoitajat.
Tulos	Lapsen ylipaino, lapsen tai vanhemman pitkäaikaissairaus ja vanhemman tupakointi olivat vahvimmin yhteydessä terveydenhoitajien huoliin lapsen fyysisestä terveydestä. Muu perhemuoto kuin ydinperhe, isän alhainen koulutus, työttömyys ja lapsen riittämätön uni ja kiusaaminen olivat yhteydessä terveydenhoitajien huoliin lapsen psykososiaalisesta hyvinvoinnista.
Poutiainen, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen (2014) [29]	
Tutkimuskysymys	Selvittää perheen taustatekijöiden (lapsen sukupuolen, iän, perherakenteen ja äidin työaseman sekä perheen näkemyksen tulojen riittävyydestä) yhteyttä terveydenhoitajalle terveystarkastuksissa syntyneisiin huoliin lapsen fyysisestä ja psykososiaalisesta kehityksestä.
Arvioinnin kohde ¹	4.
Tutkimusasetelma	Osa laajaa poikkileikkaustutkimusta v. 2007–2009, n = 6 509 (neuvolaikäiset ja kouluikäiset). Sisälsi 3 397 neuvolaikäisen lapsen terveystarkastusta. 197 terveydenhoitajaa teki observointia ja haastatteluja, joita täydennettiin lasten vanhempien etukäteen täyttämällä kyselylomakkeella. Osallistumisprosentti: 81 %. Logistinen regressioanalyysi.

Lähde	
Kohderyhmä	Vanhemmat ja terveydenhoitajat (3 397 neuvolaikäisen lapsen terveystarkastuksessa).
Tulos	Terveydenhoitajille syntyi vähintään yksi huoli lapsen terveydestä ja perhetilanteesta 22 %:ssa terveystarkastuksista. Terveydenhoitajat olivat terveystarkastuksen perusteella huolissaan erityisesti poikien psykososiaalisesta kehityksestä. Perheen perherakenne ja taloudellinen tilanne olivat yhteydessä terveydenhoitajille syntyneisiin huoliin lapsen fyysisestä ja psykososiaalisesta kehityksestä.
Savola, Hakulinen-Viitanen & Piispa (2015) [22]	
Tutkimuskysymys	Kuvata väkivaltaa kokeneiden asiakkaiden näkökulmasta puheeksi ottamisen tilanteita neuvolassa.
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Teemahaastatteluun selvitettiin parisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten (n = 7) kokemuksia parisuhdeväkivallan puheeksiottamisesta.
Kohderyhmä	Parisuhdeväkivaltaa kokeneet äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat.
Tulos	Seulontalomakkeen käyttö ei ollut aina järjestelmällistä. Seulonnan epäohdonmukaisuus vaikeutti parisuhdeväkivallan tunnistamista ja asiakkaiden jatkohoitoon ohjaamista. Järjestelmällisesti toteutuvissa keskusteluissa puolestaan paljastui tuen tarve ja asiakas pääsi varhaisessa vaiheessa tuen piiriin.
Siltanen, Aromaa, Hakulinen-Viitanen, Junnila, Laaksonen, Parisod & Salanterä (2014) [28]	
Tutkimuskysymys	Kuvata, miten lapsia terveellisiin elämäntapoihin ohjaavan WMT (Painokas työkalupakin) -pelipohjan avulla toteutettu terveysneuvonta eroaa tavanomaisesta terveysneuvonnasta.
Arvioinnin kohde ¹	4.
Tutkimusasetelma	Tutkimus oli osa laajempaa kliinistä tutkimusta, jossa verrattiin fokusryhmähaastatteluun (n = 35 vanhempaa lapsen kanssa) 12 terveydenhoitajan antamaa terveysneuvontaa (72 käyntiä) toteutettuna joko tavanomaisella menetelmällä (ryhmä 1, verrokkiryhmä) tai WMT-pelipöydän avulla (ryhmä 2, koeryhmä).
Kohderyhmä	Terveydenhoitajat.
Tulos	WMT-pelipöytä käyttäneessä ryhmässä terveysneuvonta oli henkilökohtaisempaa ja vähemmän formaalia kuin verrokkiryhmässä. Myös lapsen osallisuus toteutui paremmin. Neuvonnan sisällöissä ei ollut eroja ryhmien välillä.
Tuominen, Kettunen, Lindfors, Hjelt & Hakulinen (2011) [36]	
Tutkimuskysymys	1) Millaisia käsityksiä terveydenhoitajilla, terveyskeskuksen erityistyöntekijöillä ja vanhemmilla oli lasten viiveettömän varhaisen avun toteutumisesta, 2) miten terveydenhoitajat, erityistyöntekijät ja vanhemmat selittivät avunsaannin viivettä ja viiveettömyyttä ja 3) millaisena viive näyttäytyi potilasasiakirjoissa?
Arvioinnin kohde ¹	2.
Tutkimusasetelma	Tutkimusaineisto muodostui yhden terveyskeskuksen lastenneuvolatyötä tekevien terveydenhoitajien (n = 8) ja erityistyöntekijöiden (n = 3) teemahaastatteluista sekä terveyskeskuspsykologin vastaanotolla kehityksellisten tai psyykkisten vaikeuksien vuoksi käyneiden lasten potilasasiakirjoista (n = 10) ja näiden lasten äitien (n = 8) teemahaastatteluista.
Kohderyhmä	Lastenneuvolan terveydenhoitajat, erityistyöntekijät, äidit (teemahaastattelut). Tietoa haettiin myös terveyskeskuspsykologien täyttämistä asiakirjoista.
Tulos	Tutkimus tuo uutta tietoa varhaisen avun toteutumisesta tarkastelemalla viiveen ja viiveettömyyden selityksiä vanhempien ja ammattilaisten lähtökohdista sekä lasten potilasasiakirjoista. Lapsen viiveetön apu toteutui parhaiten, jos vanhempien voimavarat olivat hyvät ja ammattilaiset toimivat aktiivisesti. Jos vanhempien voimavarat olivat elämäntilanteen vuoksi vähäiset, varhainen apu saattoi jäädä saavuttamatta.
Tuominen, Hakulinen, Pelkonen & Rautava (2019) [35]	
Tutkimuskysymys	Selvittää neuvolatyön toimintaedellytyksiä ja kehittämistarpeita lääkärin näkökulmasta. Millaisia ovat lääkärin arviot neuvolatyön toimintaedellytyksistä koskien erityisesti täydennyskoulutusta, työnohjausta ja Hilmon käyttöä? Miten neuvolatyön toimintaedellytykset ovat lääkärin mielestä muuttuneet kolmen viime vuoden aikana? Miten neuvolatyötä tulisi lääkärin mielestä kehittää?
Arvioinnin kohde ¹	2.
Tutkimusasetelma	Sähköiseen kyselyyn vastasi 123 neuvolalääkäriä.
Kohderyhmä	Neuvolalääkärit.
Tulos	Lääkärit arvioivat toimintaedellytysten pysyneen enimmäkseen ennallaan kolmena edeltävänä vuonna. Tärkeimpinä kehittämiskohteina pidettiin henkilöstövoimavaroja, yhteistyötä muiden lapsiperhetyötä tekevien tahojen kanssa ja asiakastietojen kirjaamista.
Tuominen, Junttila, Ahonen & Rautava (2016) [20]	
Tutkimuskysymys	Vanhemmuuden kyvykkyys, vanhempien masennus ja yksinäisyys: onko yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan tarjoama hoidon jatkuvuus yhteydessä koettuun vanhemmuuden kyvykkyteen, yksinäisyyteen ja masennusoireisiin sekä yksinäisten ja masentuneiden vanhempien vanhemmuuden kyvykkyteen?

	Lähde
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Tutkimus on osa laajempaa STEPS-tutkimusta (Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimus), jossa 2 000 lasta perheineen seurataan rekisteritiedon pohjalta, kunnes lapset ovat nuoria aikuisia. Mittauspiste 18 kk synnytyksen jälkeen. Kyseisessä tutkimuksessa käytössä oli strukturoitu postikysely (n = 987 äitiä ja 829 isää).
Kohderyhmä	Vanhemmat, joilla on 18 kk ikäinen vauva.
Tulos	Tutkimus osoitti, että palvelun jatkuvuus (yhdistetty äitiys- ja lastenneuvolatyö) oli yhteydessä äitien kokemukseen yksinäisyydestä parisuhteessa sekä kyvykkyyden tunteeseen. Yhdistetyssä neuvolassa asioivilla vanhemmilla masentuneisuus ei ollut kuitenkaan heikentänyt kyvykkyyden tunnetta, mutta erillisissä neuvoloissa oli. Masennus vaikuttaa yleensä kielteisesti kyvykkyyden tunteeseen. Tutkimuksessa selvisi, että hoidon ollessa jatkuvaa näin ei tapahtunut.
Tuominen, Kaljonen, Ahonen, Mäkinen & Rautava (2016) [21]	
Tutkimuskysymys	Onko neuvolamalli yhteydessä äitiyshuollon palvelujen käyttöön, raskauden ja synnytyksen seurantaan ja kulkuun sekä vastasyntyneen terveyteen?
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Tutkimus on osa laajempaa STEPS-tutkimusta (Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimus), jossa 2 000 lasta perheineen seurataan rekisteritiedon pohjalta, kunnes lapset ovat nuoria aikuisia. Metodeina käytettiin rekisteritutkimusta (syntymärekisteri, n = 2 741 naista) sekä kuvailevaa ja vertailevaa tilastollista analyysia. Äitiys- ja lastenneuvolan järjestäytyminen selvitettiin kyselyllä, joka lähetettiin Turun sairaanhoitopiirin terveyskeskuksiin, kattaen 28 kunnan äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan. Äitien tiedot syntymärekisteristä yhdistettiin järjestäytymistietoon.
Kohderyhmä	Synnyttäneet naiset Turun sairaanhoitopiirissä vuonna 2009.
Tulos	Järjestämistavalla ei ollut suurta merkitystä äitiysneuvolapalvelun käytön kannalta. Lastenneuvolatoiminnasta erillisellä äitiysneuvolatoiminnalla on saavutettavissa yhtä hyviä tuloksia sekä perinataalisesti että äitien terveyden kannalta kuin yhdistelmäneuvolatoiminnalla.
Tuominen, Kaljonen, Ahonen & Rautava (2012) [18]	
Tutkimuskysymys	Millaisia ovat vanhempien kokemukset äitiysneuvolapalvelun sisällöstä ja määrästä? Onko neuvolamalli yhteydessä vanhempien äitiysneuvolakokemuksiin?
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimus (n = 995 äitiä ja 789 isää). Mittauspiste 4 kk synnytyksen jälkeen. Strukturoitu postikysely. Kuvaileva ja vertaileva tilastollinen analyysi.
Kohderyhmä	Vanhemmat, joilla 4 kk ikäinen vauva Turun sairaanhoitopiirin alueella.
Tulos	Vanhemmat, jotka olivat yhdistelmäneuvolan asiakkaita arvioivat hoidon muita positiivisemmin.
Tuominen, Kaljonen, Ahonen & Rautava (2014) [19]	
Tutkimuskysymys	Neuvolapalvelujen saatavuus ja käyttö. Millaisia ovat vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja -toiveet? Onko yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan tarjoama hoidon jatkuvuus yhteydessä neuvolapalvelujen saatavuuteen ja käyttöön tai vanhempien neuvolapalvelukokemuksiin ja -toiveisiin?
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Tutkimus on osa laajempaa STEPS-tutkimusta, jossa 2 000 lasta perheineen seurataan rekisteritiedon pohjalta, kunnes lapset ovat nuoria aikuisia. Mittauspiste 18 kk synnytyksen jälkeen. Strukturoitu postikysely. Kuvaileva ja vertaileva tilastollinen analyysi (n = 987 äitiä ja 829 isää). Vanhempia, joiden neuvolahoidossa oli jatkuvuutta verrattiin niihin, joilla sitä ei ollut.
Kohderyhmä	Vanhemmat, joilla 18 kk ikäinen lapsi.
Tulos	Kotikäyntejä tarjottiin useammin, jos hoidossa oli jatkuvuutta. Vanhemmat, jotka saivat jatkuvaa hoitoa arvioivat hoidon vertailuryhmää positiivisemmin.
Wiss, Frantsi-Lankia, Pelkonen, Saaristo & Ståhl (2014) [13]	
Tutkimuskysymys	Neuvola-asetuksen 338/2011 edellyttämän toiminnan toteutuminen terveyskeskuksissa vuonna 2014.
Arvioinnin kohde ¹	3.
Tutkimusasetelma	Aineisto kerättiin tiedonkeruulomaketta hyödyntäen osana Terveystiedon edistämiseksi (TEA) perusterveydenhuollossa 2014 -tiedonkeruuta vuonna 2014. (n = 154 terveyskeskusta)
Kohderyhmä	Tiedonkeruu kohdistettiin kunnan kansanterveystyöstä vastaavalle taholle.
Tulos	Laajat terveystarkastukset toteutuivat äitiysneuvolassa 95 %:ssa terveyskeskuksista. Lastenneuvolassa vastaava osuus oli neljän ja 18 kuukauden ikäiselle 97 % ja nelivuotiaalle lapselle 98 %. Valtakunnallisten henkilöstömitoitussuosituksen toteutumisessa oli havaittavissa lievää myönteistä kehitystä. Puutteita esiintyi edelleen, erityisesti lääkäriresursseissa.

Lähde

Yokoayma, Hakulinen, Sugimoto, Silventoinen & Kalland (2018) [24]

Tutkimuskysymys	Selvittää 4 kk ikäisten lasten äitien subjektiivista hyvinvointia ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.
Arvioinnin kohde ¹	6.
Tutkimusasetelma	Vertaileva tutkimus: Suomi-Japani. Äitien kokemus hyvinvoinnistaan ja palveluista saatu tuki. Kysely (n = 101 äitiä Suomesta ja 505 äitiä Japanista) sekä kuukauden välein tehty seuranta vastaanotolla. Lineaarinen regressioanalyysi.
Kohderyhmä	Äidit, jotka osallistuivat 4 kk ikäisen lapsen terveystarkastukseen (n = 101 Suomesta ja 505 Japanista).
Tulos	Suomalaiset äidit poikkesivat japanilaisista äideistä: Suomessa 85 % äideistä koki saavansa tietoa ja tukea neuvolan terveydenhoitajalta, mutta Japanissa näin koki 8 % äideistä. Äitien hyvinvointi oli yhteydessä maahan, stressiin ja äidin ikään. Suomalaisista äideistä suurempi osuus koki itsensä hyvinvoivaksi verrattuna äiteihin Japanissa.