

Tehostetun palveluasumisen vaikuttavuus ja asiakkaiden elämänlaatu – ASCOT-INT4-mittarin soveltuvuus sekä elämänlaadun selittäjät

Terhi Auvinen, Minna Kaarakainen, Ismo Linnosmaa & Jori Reijula

ABSTRACT

We analyzed the effectiveness of sheltered housing and the quality of life of service users with the ASCOT-INT4 service user measure. We evaluated the suitability of the measure and the associations between specific service quality indicators and the unweighted SCRQoL and effectiveness. Our findings from interview surveys (N = 101) indicated that the service was more effective for clients with higher care needs and better SCRQoL was predicted by the satisfaction with the treatment received. The results show that good basic services were provided to but there were some shortcomings in the implementation of meaningful social relations and activities.

JOHDANTO

Väestön ikääntyessä ja palvelutarpeen sekä kustannusten kasvaessa on palvelujärjestelmä uusien ratkaisujen edessä. Usein sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä tarkastellaan hallinnollisena ja taloudellisena kysymyksenä, mutta yhteiskunnallisesti kestävä päätöksenteon ja johtamisen tueksi tarvitaan myös tutkittua tietoa palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta. (Van Loon ym. 2017, 1181–1182; Rissanen & Lammin-takanen 2017, 33–34.) Toimenpiteen vaikuttavuudella tarkoitetaan toimenpiteen ansioksi luetavaa muutosta toiminnan perimmäisessä tavoitteessa (Sintonen & Pekurinen 2006, 52–53). Käsitteellisesti vaikuttavuus on syytä erottaa vaikutuksesta, sillä aikaansaatu vaikutus voi olla myös ennakoimaton eikä siis toiminnan tavoitteen mukainen (Dahler-Larsen 2005, 7; Schweigert 2006, 417). Vaikuttavuuden (effectiveness, impact) muita lähikäsitteitä on muun

muassa tuloksellisuus (profitability), tehokkuus (efficacy), tuottavuus (productivity) ja laatu (quality) (Laine 2005, 31–32; Sintonen & Pekurinen 2006, 52–53).

Vaikuttavuudesta puhutaan laajalti osana poliittishallinnollista ohjausta ja päätöksentekoa. Vaikuttavuuden käsite alkoi vakiintua suomalaiseen hallinnon kieleen 1980-luvun lopulla. Vaikuttavuuden käsitteen käytön yleistyminen ilmentää hallinnon muutosta, jossa hyvinvointipalvelujen ohjaus on siirtynyt resurssiohjauksesta markkinaohjaukseen. Ohjauksen painopistettä on haluttu siirtää panoksista ja voimavaroista tuloksiin ja vaikutuksiin. Toimijoita kaikilla hyvinvoinnin tuotannon sektoreilla on haluttu saattaa tilivelvollisiksi, johtuen muun muassa hyvinvointivaltion kohtaamista niukkuuden kysymyksistä. (Rajavaara 2006, 81–89; Rajavaara 2007, 170–179.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuuden parantaminen on ollut yksi merkittävimmistä tavoitteista eri sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusohjelmissa usean hallituskauden ajan. Erityisesti eri tasoilla toteutettavaa integraatiota on pidetty kestävänsä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kehittämisen keskeisenä tekijänä myös kansainvälisesti. Integraation on ajateltu hyödyttävän erityisesti paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita. (Taskinen & Hujala 2020, 47–68; WHO 2016.)

Intervention tai palvelun vaikuttavuuden arviointiin tarvitaan sopivat tulosmuuttujat sekä tutkimusasetelma, joka mahdollistaa vaikuttavuuden mittaamisen. Yleisesti ajateltuna palvelun vaikuttavuutta arvioidaan vertaamalla palveluja käyttävän asiakkaan nykytilaa tilanteeseen, jossa asiakas ei olisi saanut palvelua. Usein havaitaan nykytila palvelujen kanssa ja tilanne ilman palveluja viittaa ns. kontrafaktuaaliseen tilanteeseen, jonka arviointiin tarvitaan uskot-

tava vertailuryhmä. Vahvin tutkimusasetelma on satunnaistettu koeasetelma, mutta vaikuttavuutta voidaan pyrkiä mittaamaan myös vertaamalla palveluja käyttävien asiakkaiden nykytilaa asiakkaisiin, jotka eivät käytä palvelua esimerkiksi valtakunnallisesti. Lisäksi tuloksia on syytä tarkastella sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä, sillä vaikutukset voivat kehittyä vasta ajan myötä. (Torkki ym. 2017, 36–37; Miettinen ym. 2020, 83–121.)

Terveydenhuollossa yleisesti parhaana tulosuuttujana pidetään laatupainotettuja elinvuosia (QALY). Laatupainotettuja elinvuosia laskettaessa vaikuttavuutta voidaan parantaa lisäämällä elinvuosien tai terveyteen liittyvän elämänlaadun määrää. Paras tulos saavutetaan, kun voidaan vaikuttaa molempiin. (Sintonen & Pekurinen 2006, 251–254.) Terveydenhuollossa käytetyt elämänlaatumittarit keskittyvät ensisijaisesti fyysisen toimintakyvyn ja terveydentilan mittaamiseen (Netten ym. 2012a, x; Aalto ym. 2013, 2–9; Torkki ym. 2017, 42–43). Ne eivät välttämättä ole sensitiivisiä sosiaalipalvelujen käytön suhteen (Forder & Caiels 2011). Tästä johtuen sosiaalipalvelun vaikuttavuuden arviointiin tarvitaan mittari, joka kattaa ne elämälaadun ulottuvuudet, joihin sosiaalipalveluilla voidaan vaikuttaa. Sosiaalipalveluun liittyvän elämänlaadun (social care related quality of life, SCRQoL) näkökulmasta merkityksellistä on, miten palvelut parantavat asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä, mahdollistavat päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen ja puhtaan ympäristön sekä tuovat turvallisuutta. Olennaista on asiakkaiden päättävältä elämäänsä, luottamus kykyihinsä sekä tuki tilanteeseensa sopeutumiseen. Samoin työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen laadulla sekä sosiaalisilla kontakteilla on iso merkitys. (Malley & Fernández 2010, 561; Vaarama ym. 2010a, 135–143; Vaarama ym. 2010b, 151.) Asumispalveluissa sosiaaliset suhteet ja kokemus niistä vaikuttavat elämänlaatuun (Pirhonen ym. 2016, 119–122; Jolanki ym. 2017). Sosiaalisten suhteiden laadun on todettu olevan tärkeämpää kuin niiden määrän (Pinquart & Sörensen 2001, 245).

Sosiaalipalveluihin räätälöidyn elämänlaatumittarin puuttuminen on hankaloittanut interventioiden vaikutusten arviointia, kun on haluttu käsitellä sosiaali- ja terveyspalveluita yhteismitallisesti kokonaisuutena (Netten ym. 2012a,

xii, 1; University of Kent 2018a). Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) -mittari on kehitetty vastaamaan tähän tarpeeseen. Tavoitteena on ollut kehittää ASCOT-mittarista sosiaalipalveluiden tulosmittari, jota voidaan käyttää sosiaalipalveluiden arvioinnissa ja kustannus-utiliteetti-analyyseissa kansallisesti sekä kansainvälisesti, myös erilaisten palveluvaihtoehtojen ja asiakasryhmien välillä. (Malley & Fernández 2010, 565–566; Netten ym. 2012a, 1, ix, xii; University of Kent 2018a.)

Sosiaalipalveluihin kuuluva tehostettu palveluasuminen on mielenkiintoinen tutkimuskohde. Se on hyvä esimerkki Suomessa jo usean vuosikymmenen ajan rakennetusta sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta (kts esim. Taskinen & Hujala 2020, 55–56). Vaikuttavuutta mitattaessa tehostettu palveluasuminen edustaa nk. päättämättömiä palveluita (ks. esim. Torkki ym. 2017, 36–37). Pitkäaikaisten asumispalveluiden kohdalla asiakkaiden elämänlaadun parantaminen ja säilyttäminen korostuu (Särkelä-Kukko & Rönkä 2015, 304; Rand & Malley 2017, 1612). Lisäksi tehostetun palveluasumisen peittävyys on laajentunut merkittävästi kuluneen 20 vuoden aikana; vuoden 2000 lopussa ikääntyneistä (yli 65-vuotiaat) pitkäaikaishoidon asiakkaista 10 777 asui tehostetussa palveluasumisessa, kun asiakkaiden määrä vuoden 2018 lopussa oli jo 75 036. Vastaava muutos on ollut havaittavissa myös muiden asiakasryhmien pitkäaikaishoidon kohdalla. Vuonna 2018 vaikeavammaisia asui palveluasunnoissa 6815 (vrt. 1874 vuonna 2000). Kehitysvammaisten asiakkaiden määrä oli vuoden 2018 lopussa 8032 (vrt. 2654 vuonna 2000). (THL 2019, 57–68; THL i.a.) Laajentuminen on pitkälti seurausta ikääntyneiden palvelujen rakennemuutoksesta, missä tavoiteltiin esimerkiksi tehostetun palveluasumisen lisäämistä myötä ikääntyneiden laitoshoidon vähentymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992, 1–2; Linnosmaa & Nguyen 2017). Huolimatta tästä tehostetun palveluasumisen laajentumisesta, sen vaikuttavuudesta on vain vähän tutkittua tietoa. Tutkimukset ovat keskittyneet ensisijaisesti palvelujen käytön tai kustannusten mittaamiseen (esim. Linnosmaa & Nguyen 2017; Blomgren & Einiö 2015).

Käsitlemme tässä artikkelissa tehostetun palveluasumisen vaikuttavuuden arviointia, kun vaikuttavuuden indikaattorina on asiakkaan so-

siaalipalveluun liittyvä elämänlaatu (SCRQoL) ja mittarina ASCOT-INT4. Artikkelin tavoitteena on tarkastella 1) miten hyvin haastattelutyökaluksi kehitetty ASCOT-INT4 -mittari on sovellettavissa tehostetun palveluasumisen vaikuttavuuden mittaamiseen ja 2) miten tietyt palvelun laatutekijät ovat yhteydessä a) ASCOT-mittarilla mitattuun sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun ja b) ASCOT-mittarilla mitattuun palvelun vaikuttavuuteen.

ADULT SOCIAL CARE OUTCOMES TOOLKIT (ASCOT)

Professori Nettenin tutkimusryhmän (2012a) tavoitteena on ollut kehittää ASCOT-mittarista sosiaalipalveluiden tuloksia kattavasti mittaava, erilaisiin olosuhteisiin soveltuva, preferenssipainotettu mittaamisen väline, joka on vertailukelpoinen terveystaloudessa käytettyjen laatuaineiden elämänlaatumittareiden kanssa ja jota voidaan käyttää aikuisten sosiaalipalveluihin liittyvän elämänlaadun ja palvelujen vaikuttavuuden mittaamiseen. ASCOT-mittarin antama tärkein tulos on nykyistä elämänlaatu kuvaava, preferenssipainotettu indeksiluku (ASCOT-SCRQoL). Tässä tutkimuksessa käytetylle ASCOT-INT4-haastattelumittarille ei kuitenkaan ole vielä julkaistu suomalaisen väestön preferenssi- eli hyötypainoja, joten raporttoimamme ASCOT-SCRQoL-indeksiluvut ovat painottamattomia eivätkä siten täysin vertailukelpoisia muissa tutkimuksissa (esim. Forder ym. 2017a) lasketujen ASCOT-SCRQoL-indeksilukujen kanssa.

ASCOT-mittarin taustalla oleva näkemys sosiaalipalveluista ja niiden tavoitteista mukailee The Social Production of Welfare (SPOW) ajattelua (Knapp 1984; Malley & Fernández 2010). ASCOT-mittari mittaa sosiaalipalveluihin liittyvää elämänlaatu kahdeksan ulottuvuuden avulla: henkilökohtainen puhtaus ja hyvinvointi, asunon siisteys ja viihtyisyys, ruoka ja juoma, henkilökohtainen turvallisuus, sosiaalinen kanssakäyminen ja osallisuus, ajankäyttö, mahdollisuus vaikuttaa päivittäiseen elämäänsä sekä arvokkuus. Mittarin ensimmäisissä versioissa vastausvaihtoehdot olivat kolmiportaiset. Tutkimustyön edetessä mittariin päädyttiin lisäämään neljäs vastausvaihtoehto, jonka tarkoituksena on ollut Senin (1993) kyvykkysteoriaa mukaillen erottaa kyvykkyydet ja toiminnot toisistaan. Tähän

perustuen neljästä vastausvaihtoehdosta paras heijastaa tilannetta, jossa ideaalitaso (taso 3) on saavutettu ja asiakkaan tarpeisiin on vastattu hänen itse parhaana pitämällään tavalla. Toiseksi paras, riittävä taso (taso 2), vastaa tilannetta, jossa asiakkaan tarpeisiin on vastattu hänen terveytensä kannalta riittävällä tasolla, mutta henkilökohtaisia preferenssejä tai asiakkaan kyvykkyyksiä ei ole huomioitu. Asteikon toiseksi huonoin vaihtoehto on, ettei yksilön kaikkiin tarpeisiin ole vastattu (taso 1). Huonoin vaihtoehto kuvaa niin kehoa tilannetta, että terveytensä vaarantuu (taso 0). (Netten ym. 2012a, x–xi.)

ASCOT-mittariin on rakennettu innovatiivinen ratkaisu sosiaalipalveluiden vaikuttavuuden mittaamisen haasteisiin. Menetelmässä arvioidaan asiakkaan nykyisen sosiaalipalveluun liittyvän elämänlaadun (jatkossa *nykyinen elämänlaatu*) lisäksi asiakkaan hypoteettista elämänlaatu odotetussa tilanteessa (jatkossa *odotettu elämänlaatu*), jossa hänellä ei olisikaan käytössään nyt saamia palveluita. Odotetun elämänlaadun ajatellaan mittaavan palveluja käyttävän asiakkaan elämänlaatu kontrafaktuaalisessa tilanteessa, jossa hän ei olisikaan palvelujen käyttäjä. Näiden kahden mittaustuloksen erotuksesta voidaan päätellä saadun palvelun vaikuttavuus ilman verrokkiryhmän käyttöä. (Netten ym. 2012a, 94; Towers ym. 2016, 2.) Palvelun vaikuttavuus (*gain*) lasketaan vähentämällä nykyisen elämänlaadun indeksiluvusta odotetun elämänlaadun vastaava luku (Netten ym. 2011, 4–7). Menetelmä perustuu siihen, että ihmisten voidaan yleisesti olettaa olevan tietoisia siitä, millainen heidän tilanteensa olisi, jos heillä ei olisi saatua palvelua käytössään (Netten ym. 2012a, 94; Towers ym. 2016, 2).

Painottamaton ASCOT-SCRQoL-indeksiluku muodostetaan laskemalla yhteen palvelun käyttäjien vastaukset kaikkiin kahdeksaan ASCOT mittarin ulottuvuuteen. Tässä tutkimuksessa käytimme normalisoitua indeksilukua, joka saatiin jakamalla kokonaispistemäärä maksimipistemäärällä. Se voi saada arvon väliltä 0–1. Odotetun elämänlaadun indeksiluku muodostetaan muuten samoin, mutta arvokkuus- ulottuvuus, joka ei sisälly odotetun elämänlaadun kysymyksiin, saa tässä tapauksessa aina arvon 2. Tämä vastaa tilannetta, ettei saadulla palvelulla (nykytilanteessa) ole vaikutusta asiakkaan omanarvontuntoon. (Netten ym. 2011, 4–7.)

AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineisto

Tutkimuksen aineisto koostuu yksityisen, suomalaisen hoiva- ja asumispalveluorganisaation tehostetun palveluasumisen asiakkaiden strukturoidusta haastatteluista (N = 101). Aineisto on kerätty loppuvuoden 2019 aikana. Haastatteluista vastasi yksi työryhmän jäsenistä. Mukana aineistossa on ikääntyneiden lisäksi myös vammautuneita sekä kehitysvammaisia asiakkaita kaikkiaan 17:stä organisaation yhteensä 18 (tilanne haastattelujen aikana) asumisyksiköstä. Organisaation kaikkien 18 yksikön yhteenlaskettu asiakasmäärä oli haastatteluiden ajankohtana noin 800. Asiakkaista jokaisella oli teoreettinen mahdollisuus tulla haastatelluksi, käytännössä sovellettiin valikoivaa otantaa asiakkaan toimintakyvyn perusteella. Haastateltaviksi soveltuvat asiakkaat valitsi asumisyksiköiden henkilökunta. Henkilökunnalle painotettiin, että kaikkia toimintakykyä puolesta potentiaalisia vastaamaan ja kirjallisen suostumuksen antoon kykeneviä asiakkaita oli tarkoituksena yrittää haastatella. Lopullinen valinta varmistui haastattelutilanteessa. Koska vain pieni osa tehostetua palveluasumista tarvitsevista asiakkaista pystyi osallistumaan haastatteleamalla toteutettavaan tutkimukseen ei tulokset välttämättä kuvaa kaikkien tehostetun palveluasumisen asiakkaiden elämänlaatua organisaation tasolla tai yleisemmin Suomessa. Toteutuneiden haastatteluiden osalta vastauksia voidaan kuitenkin pitää riittävän luotettavina. Vaikka valikoitunut otanta voi olla tutkimuksen luotettavuuden kannalta ongelmallinen, on se joissain tapauksissa ainoa mahdollinen tapa toimia (ks. esim. Pirhonen ym. 2016, 120–121).

Kaksiosainen haastattelulomake rakennettiin ASCOT-INT4-mittarin ympärille. Haastattelulomakkeen ensimmäisen osan täytti tutkija asiakkaan kanssa. Toisen osan täytti asiakkaan hoitoon osallistunut asumisyksikön henkilökunnan edustaja. Haastattelulomakkeen rakenne on kuvattuna taulukoissa 2 ja 3. Tutkimuksen eettisyyden takaamiseksi ja asiakkaiden tietosuojan varmistamiseksi emme kysyneet mitään arkaluontoisia tietoja esimerkiksi asiakkaan terveydestä, tuloista tai koulutustaustasta.

Menetelmät

Aineisto analysoitiin kvantitatiivisesti. ASCOT-mittarin soveltuvuutta ja käytettävyyttä (tutkimuskysymys 1) arvioitiin vastaajamäärän sekä puuttuvien havaintojen osuuden perusteella. Lisäksi tutkittiin, korreloiko ASCOT-mittarin mittaluku asiakkaan yleisen elämän tyytyväisyyden ja tyytyväisyyden saatuun palveluun kanssa odotetulla tavalla. Oletuksena oli, että tyytyväisyys elämään ja tyytyväisyys saatuun palveluun korreloivat positiivisesti ASCOT-indeksin kanssa (ks. esim. Malley ym. 2012). Toiseen tutkimuskysymykseen vastaavien tutkimushypoteesien (ks. Taulukko 1) testaamisessa hyödynnettiin lineaarista regressioanalyysiä.

Tutkimuksessa käytettiin toimintakyvyn indikaattoreina päivittäisiä toimintoja (Activities on Daily Living, ADL) sekä kognitiivista toimintakykyä. Regressiomallien *toimintakyky* -muuttuja on näiden kahden summa. ADL-toimintakyvyn mittarin tuli haastatteluiden sujuvuuden sekä tietojen luotettavuuden kannalta soveltua asiakkaan kanssa työskentelevän henkilökunnan täytettäväksi. Tarkoitukseen valittiin Barthelin indeksi (Mahoney & Barthel 1965). Tutkimusten mukaan Barthelin indeksi on osoittautunut riittävän luotettavaksi niin hoitajien kuin tutkimusavustajien käyttämänä (Richards ym. 2000, 76). Kognitiivisen toimintakyvyn mittariksi valittiin Katzmanin ym. (1983) kehittämä 6-CIT-testi (6-Item Cognitive Impairment Test). Tutkimusten mukaan 6-CIT-testin tulokset ovat samansuuntaisia yleisesti käytetyn, kattavamman MMSE-testin kanssa. MMSE-testiin nähden 6-CIT-testin etuina on sen huomattavasti lyhyempi täyttöaika sekä soveltuvuus myös näkövammaisille ja henkilöille, jotka eivät pysty kirjoittamaan tai piirtämään. (O'Sullivan ym. 2016, 43–46.)

Hypoteesit

Tämän artikkelin pohjana olleessa pro gradu -tutkielmassa (ks. Auvinen 2020) lähestytään sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaan elämänlaatua, palvelun laatua sekä vaikuttavuuden arviointia muun muassa Donabedianin (1988) rakenne-prosessi-tulos-mallin sekä Knappin (1984) Production of Welfare -viitekehyksen läpi. Tutkimushypoteesit on rakennettu tätä teoreettista taustaa vasten.

Taulukko 1. Tutkimushypoteesit.

Yksinäisyys		
Asiakkaan kokemalla yksinäisyydellä on negatiivinen yhteys	H1	ASCOT-INT4-mittarilla mitattuun sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun
	H2	ASCOT-INT4-mittarilla mitattuun vaikuttavuuteen
Työntekijöiden kiire		
Asiakkaan kokemuksella työntekijöiden kiireestä on negatiivinen yhteys	H3	ASCOT-INT4-mittarilla mitattuun sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun
	H4	ASCOT-INT4-mittarilla mitattuun palvelun vaikuttavuuteen
Tyytyväisyys saatuun kohteluun		
Asiakkaan kokemuksella työntekijöiltä saadusta kohtelusta on positiivinen yhteys	H5	ASCOT-INT4-mittarilla mitattuun sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun
	H6	ASCOT-INT4-mittarilla mitattuun palvelun vaikuttavuuteen

Hypoteeseissa (H1 ja H2) esitetään, että yksinäisyydellä on negatiivinen yhteys tehostetun palveluasumisen asiakkaan sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun sekä palvelun vaikuttavuuteen (Taulukko 1). Alentuneesta toimintakyvystä johtuva sosiaalisten suhteiden puute on yhteydessä ympärivuorokautisen asumispalvelun piirissä olevien asiakkaiden yksinäisyyteen (Pirhonen ym. 2016, 119–122). Esimerkiksi Marja Vaarama ym. on todennut useissa tutkimuksissa, että ikääntyneiden elämänlaatua paransi muun muassa yksinäisyyden tunteen puute (Vaarama 2006, 4; Vaarama ym. 2008; Vaarama ym. 2010a, 128; Vaarama ym. 2010b, 159).

Hypoteeseissa (H3 ja H4) esitetään, että asiakkaan kokemuksella häntä hoitavien työntekijöiden kiireestä on negatiivinen yhteys sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun ja palvelun vaikuttavuuteen (Taulukko 1). Hoitajien kiireen on havaittu useissa tutkimuksissa vaikuttavan negatiivisesti asiakkaan kokemukseen hoidon laadusta (Tepponen 2009, 37; Räsänen 2017).

Hypoteeseissa (H5 ja H6) esitetään, että asiakkaan tyytyväisyydellä saamaansa kohteluun on positiivinen yhteys sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun ja palvelun vaikuttavuuteen (Taulukko 1). Koska hoito tai palvelu itsessään on tärkeä osa pitkäaikaisia palveluita tarvitsevien asiakkaiden elämää, on se myös iso osa elämän-

laatua (Netten ym. 2012a, 9). Useat tutkimukset osoittavat hoidon laadun riippuvan, asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna, muun muassa henkilökunnan käytöksestä ja asenteista (Malley & Fernández 2010, 560–562). Työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen laadulla on iso merkitys asiakkaan tyytyväisyyteen ja sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun (Vaarama ym. 2010a, 135–143; 2010b, 151). Kajoniuksen ja Kazemin (2016, 699–701) tutkimuksessa huomattiin, että kunnioittava kohtelu selitti peräti 40 % hoitoon tyytyväisyyden vaihtelusta sekä kotihoidossa että hoivakodeissa.

Regressiomallien 1 (ks. Taulukko 6) ja 2 (ks. Taulukko 7) selittävinä muuttujina käytettiin hypoteeseissa (ks. Taulukko 1) esitettyjen yksinäisyyden, kiireen (asiakkaan kokemus työntekijöiden kiireestä) ja saadun kohtelun (asiakkaan kokemus työntekijöiltä saamastaan kohtelusta) lisäksi kontrollimuuttujina asiakkaan ikää, sukupuolta, toimintakykyä, asiakasryhmää, asumisaikaa yksikössä sekä läheissuhteita (ks. kaikki selittävät sekä kontrollimuuttajat taulukoista 2 ja 3). Näistä kaikkien, paitsi sukupuolen ja asiakasryhmän voitiin odottaa olevan yhteydessä 1) elämänlaatuun sekä 2) palvelun vaikuttavuuteen. Elämänlaadun vaihtelua selittävien tekijöiden tiedetään eroavan ikäryhmien välillä. Elämänlaadun odotetaan heikkenevän hyvin kor-

keassa iässä. Ikääntyneiden elämänlaatua voi parantaa läheisiltä saatu tuki ja terveys. (Vaarama ym. 2010a, 135–143; Vaarama ym. 2010b, 151.) Läheissuhteiden voidaan odottaa olevan yhteydessä elämänlaatuun sekä palvelun vaikuttavuuteen. Asiakkaat, jotka kokevat läheisten olevan riittävästi läsnä elämässään, ovat vähemmän yksinäisiä (Dahlgren 2010, 195).

Asumisajalla ja asiakkaan toimintakyvyllä voi myös olla vaikutusta asiakkaan elämänlaatuun sekä palvelun vaikuttavuuteen. Palvelun merkityksen ja vaikuttavuuden on havaittu lisääntyvän ajan kuluessa ja asiakkaan toimintakyvyn heiketessä, vaikka heikon toimintakyvyn tiedetään olevan yhteydessä huonoon elämänlaatuun (Netten ym. 2012b, 513; Towers ym. 2016, 4). Toimintakyvyn aleneminen vaatii kasvavaa panostusta palvelulta. (Malley & Fernández 2010, 9–10; Netten ym. 2012a, 6). Heikko toimintakyky voi vaikuttaa negatiivisesti asiakkaan mahdollisuuksiin ylläpitää sosiaalisia

suhteita ja siten alentaa elämänlaatua (Vaarama ym. 2010b, 159; Uotila 2011, 28–29). Tehostetun palveluasumisen asiakkailla toimintakyky on aina huomattavasti alentunut (Pirhonen ym. 2016, 120).

TULOKSET

Perustiedot haastatelluista asiakkaista sekä tilastollisessa analyysissä käytettyjen muutujien suorat jakaumat on kuvattu taulukoissa 2 ja 3. Haastatelluista asiakkaista (N = 101) noin puolet oli naisia (n = 52) ja puolet miehiä (n = 49). Neljäsosalla asiakkaista oli 6-CIT-testin mukaan normaaliksi katsottava kognitiivinen toimintakyky (n = 26) ja vastaavasti neljäsosalla oli merkittäviä kognitiivisia rajoitteita (n = 28). Yli puolella haastatelluista asiakkaista (n = 65) oli Barthelin indeksillä mitattuna joko vaativa avuntarve tai he olivat täysin avusta riippuvaisia.

Taulukko 2. Haastateltujen asiakkaiden perustiedot sekä tyytyväisyys elämään ja tyytyväisyys saatuun palveluun.

<i>Haastateltujen asiakkaiden perustiedot</i> ²	<i>n</i>	<i>Keskiarvo</i>
Asiakkaiden ikä, kaikki vastaajat (vaihteluväli 18–100)	101	71*
Ikääntyneet	64	83
Vammautuneet	23	55
Kehitysvammaiset	14	44
Asumisaika yksikössä (vuosina, kaikki vastaajat)	101	2.3**
Aiempi asumismuoto (kaikki vastaajat)	101	.
Oma koti (ei säännöllistä kotiapua)	20	.
Oma koti (säännöllinen kotiapu/ omaishoito)	39	.
Palveluasuminen (ei yöhoitoa)	6	.
Tehostettu palveluasuminen (eri organisaatio)	36	.
<i>Tyytyväisyys elämään ja tyytyväisyys saatuun palveluun</i> ¹	<i>n</i>	<i>Keskiarvo</i>
Tyytyväisyys elämään, kaikki vastaajat (vaihteluväli 0–10) ***	94	7.57
Ikääntyneet	61	7.6
Vammautuneet	23	7
Kehitysvammaiset	10	8.9
Tyytyväisyys palveluun, kaikki vastaajat (vaihteluväli 4–10) ****	99	8.3
Ikääntyneet	62	8.6
Vammautuneet	23	7.7
Kehitysvammaiset	14	8.3

² Haastattelulomake 2 (henkilökunta täyttää). ¹ Haastattelulomake 1 (tutkija kysyy asiakkaalta).

* Moodi 77. ** Moodi 0.5, Mediaani 1.5. *** Single-Item Life Satisfaction -kysymys sisältyy mm. European Social Survey -aineistoon (European Social Survey 2018). **** Vastaavaa kysymystä on käytetty esim. Forderin ym. (2016), Malley ym. (2019a, 4) ja Linnosmaan ym. (2020) ASCOT-tutkimuksissa. Sanallisten, seitsemänportaisen vastausvaihtoehtojen rinnalla käytettiin kouluarvosanoja 4–10.

Taulukko 3. Haastateltujen asiakkaiden toimintakyky, yksinäisyys sekä palvelukokemus.

<i>Kognitiivinen toimintakyky</i> ¹	<i>n</i>	<i>ADL-toimintakyky</i> ²	<i>n</i>
6-CIT *	97	Barthelin indeksi **	101
Normaali (0–8)	26	Normaali	7
Lieviä kognitiivisia rajoitteita (9–19)	43	Vähäinen avuntarve (slight dependency)	4
Merkittäviä kognitiivisia rajoitt. (yli 20)	28	Kohtuullinen avuntarve (moderate dep.)	25
		Vaativa avuntarve (severe dependency)	42
		Täysin avusta riippuvainen (total dep.)	23
<i>Yksinäisyys</i> ¹	<i>n</i>	<i>Palvelukokemus</i> ¹	<i>n</i>
Kärsittekö yksinäisyydestä?	99	Miten työntekijät kohtelevat sinua? ****	100
En koskaan tai hyvin harvoin	55	Olen aina tyytyväinen	44
Harvoin	21	Olen yleensä tyytyväinen	44
Usein	16	Olen joskus tyytyväinen	11
Melkein aina	7	En ole koskaan tyytyväinen	1
Onko läheiset läsnä elämässäsi?	100	Ovatko työntekijät mielestäsi kiireisiä? ****	96
Kyllä, riittävästi	57	Ei koskaan	16
Kyllä, mutta vähemmän kuin toivoisin	34	Joskus	31
Ei	9	Usein	28
		Aina	21

² Haastattelulomake 2 (henkilökunta täyttää). ¹ Haastattelulomake 1 (tutkija kysyy asiakkaalta).

* ks. Katzman ym. 1983. ** Pisteytysohje saatavissa THL:n TOIMIA-tietokannasta. *** Kysymys löytyy THL:n TOIMIA-tietokannasta. **** Vastaavia kysymyksiä on käytetty esim. Forderin ym. (2016), Malley ym. (2019a, 4) ja Linnosmaan ym. (2020) ASCOT-tutkimuksissa.

1) ASCOT-INT4-mittarin soveltuvuus tehostetun palveluasumisen vaikuttavuuden mittaamiseen

ASCOT-mittarin käytettävyys (vastaajamäärillä arvioituna) vaihteli eri asiakasryhmien välillä. Vammautuneista kaikki (n = 23) selvisivät nykyistä elämänlaatua kartoittavista kysymyksistä. Iso osa vammautuneista (83 %) vastasi myös odotetun elämänlaadun kysymyksiin. Ikään-tyneistä yli 80 % (n = 53) vastasi nykyistä elämän-

laatuun koskeviin kysymyksiin, mutta vain hieman yli puolet (n = 35) vastasi odotetun elämänlaadun kysymyksiin. Kehitysvammaisille asiakkaille ASCOT-INT4-mittarin kysymyksiin vastaaminen oli haasteellisinta. Erityisesti odotettua elämänlaatua mittaavat kysymykset osoittautuivat vaikeiksi ymmärtää. Mittarin arvokkuus (dignity) -ulottuvuus tuotti odotetusti eniten haasteita (ks. esim. Rand ym. 2017, 13). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. ASCOT-SCRQoL (ilman preferenssipainoja) ja vaikuttavuus

<i>ASCOT-INT4</i>	<i>Nykytilan elämänlaatu</i> ¹			<i>Odotettu elämänlaatu</i> ²			<i>Vaikuttavuus (gain)</i> ³		
	<i>Keski-arvo</i>	<i>Keski-hajonta</i>	<i>n</i>	<i>Keski-arvo</i>	<i>Keski-hajonta</i>	<i>n</i>	<i>Keski-arvo</i>	<i>Keski-hajonta</i>	<i>n</i>
Kaikki vastaajat	.769	.157	84	.339	.204	59	.440	.238	58
Ikääntyneet	.787	.148	53	.352	.200	35	.451	.219	34
Vammautuneet	.705	.171	23	.302	.204	19	.404	.291	19
Kehitysvammaiset	.833	.132	8	.330	.231	5	.508	.146	5

¹ ASCOT-SCRQoL-indeksiluvun vaihteluväli nykytilanteessa 0–1 (1 = paras mahdollinen elämänlaatu). Tukeyn HSD -testin perusteella keskiarvojen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa (p oli > .05).

² ASCOT -SCRQoL-indeksiluvun vaihteluväli odotetussa tilanteessa 0–1 (1 = paras mahdollinen elämänlaatu). Tukeyn HSD -testin perusteella keskiarvojen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa (p oli > .05). ³ Vaikuttavuus (gain) on nykytilan SCRQoLin ja odotetun SCRQoLin erotus. Tukeyn HSD -testin perusteella keskiarvojen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa (p oli > .05).

Asiakkaiden voidaan päätellä ymmärtäneen ASCOT-mittarin kysymykset oikein, sillä kontrollikysymykset tyytyväisyydestä elämään ja tyytyväisyydestä saatuun palveluun korreloivat positiivisesti ASCOT-indeksin (ASCOT-SCRQoL) kanssa. Tyytyväisyydellä saatuun palveluun ja ASCOT-indeksillä havaittiin olevan tilastollisesti merkitsevä, positiivinen lineaarinen yhteys (Pearsonin $r = .401$, $p < 0.01$). ASCOT-indeksillä ja tyytyväisyydellä elämään oli myös tilastollisesti merkitsevä, mutta heikompi positiivinen lineaarinen yhteys (Pearsonin $r = .289$, $p < 0.01$).

2) Palvelun laatutekijöiden yhteys ASCOT-INT4-mittarilla mitattuun sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun sekä palvelun vaikuttavuuteen

Kaikkien haastateltujen asiakkaiden ASCOT-mittarilla mitatut elämänlaadun eri ulottuvuuksien keskiarvot sekä suorat jakaumat on kuvattu taulukossa 5. ASCOT-INT4-mittarissa yksittäinen elämänlaadun ulottuvuus on voinut saada arvon välillä 0–3, jolloin arvot 0 ja 1 merkitsevät, että sen alueella on täyttymättömiä tarpeita. Arvo 2 tarkoittaa riittävää tasoa ja arvo 3 ideaalitulannetta.

Taulukko 5. ASCOT-INT4, elämänlaadun ulottuvuuksien sijaintiluvut.

Ulottuvuus (nykytila)	Keski-arvo	Keski-hajonta	Vastaukset (n)					n
			3	2	1	0		
1. Mahdollisuus vaikuttaa päivittäiseen elämään	2.22	.84	45	30	20	2	97	
2. Henkilökohtainen puhtaus ja hyvinvointi	2.45	.74	58	31	9	2	100	
3. Ruoka ja juoma	2.40	.64	47	47	5	1	100	
4. Henkilökohtainen turvallisuus	2.82	.46	85	12	3	.	100	
5. Sosiaalinen kanssakäyminen ja osallisuus	1.84	.99	36	18	40	6	100	
6. Ajankäyttö	1.98	1.01	43	15	35	5	98	
7. Asunnon siisteys ja viihtyisyys	2.64	.64	73	18	9	.	100	
8. Arvokkuus	2.32	.82	44	26	13	2	85	
<i>Ulottuvuus (odotettu, ilman saatua palvelua)</i>								
1. Mahdollisuus vaikuttaa päivittäiseen elämään	.92	1.03	9	3	24	26	62	
2. Henkilökohtainen puhtaus ja hyvinvointi	.83	.89	5	6	27	27	65	
3. Ruoka ja juoma	.85	.91	6	4	29	26	65	
4. Henkilökohtainen turvallisuus	.81	.96	8	.	27	28	63	
5. Sosiaalinen kanssakäyminen ja osallisuus	.81	1.08	9	5	15	35	64	
6. Ajankäyttö	1.11	1.12	14	2	26	23	65	
7. Asunnon siisteys ja viihtyisyys	.78	.80	4	3	33	25	65	

3 = taso 3, 2 = taso 2, 1 = taso 1, 0 = taso 0.

ASCOT-mittarin ulottuvuuksista henkilökohtainen turvallisuus toteutui kaikkein parhaiten. Tämän jälkeen tuli asunnon siisteys ja viihtyvyys. Toteutumattomia tarpeita esiintyi enemmän vain sosiaalisen kanssakäymisen ja osallisuuden sekä ajankäytön alueilla. Kaikki muut ulottuvuudet (keskiarvot) täyttävät riittävän tason 2. (Taulukko 5.)

Kun asiakkaan sosiaalipalveluun liittyvän nykyisen elämänlaadun eri ulottuvuuksia tarkastellaan rinnakkain odotetun elämänlaadun

kanssa, voidaan havaita selkeä ero. Odotetun elämänlaadun ulottuvuuksien keskiarvot painuvat lähes kaikilta osin tason 1 alle. Suurin ero, eli suurin vaikuttavuus nykytilan ja odotetun tilanteen välillä on turvallisuuden kohdalla. Vähäisin vaikuttavuus havaitaan ajankäyttö -ulottuvuuden kohdalla. (Taulukko 5.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ASCOT-INT4-mittarilla mitatun sosiaalipalveluihin liittyvän elämänlaadun normalisoitu indeksi (ASCOT-SCRQoL) on kaikilla vastaa-

jilla ($n = 84$) keskimäärin $.77$ (keskihajonta $.16$). Odotetun elämänlaadun indeksiluvun keskiarvo on kaikilla ($n = 59$) vastaajilla $.34$ (keskihajonta $.20$). Tehostetun palveluasumisen vaikuttavuuden indeksiluku ASCOT-INT4-mittarilla mitattuna on kaikilla asiakasryhmillä ($n = 58$) keskimäärin $.44$ (keskihajonta $.24$). Nykytilan elämänlaadun, odotetun elämänlaadun tai vaikuttavuuden kohdalla ei keskiarvojen ero ollut asiakasryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä, Tukeyn HSD-testillä laskettuna. (Taulukko 4.)

Regressiomallista 1 (Taulukko 6) havaitaan, että hypoteesien H1, H3 ja H5 kohdalla H_1 jää voimaan. Yksinäisyys on tilastollisesti merkitsevä ($p = .003$) elämänlaadun selittäjä, kun kontrollimuuttujat: ikä, sukupuoli, asumisaika, asiakasryhmä, toimintakyky ja perhe- ja läheis-

suhteiden määrä- ja laatu sekä kokemukset kiireestä ja kohtelusta on vakioitu. Kun asiakkaan yksinäisyys lisääntyy, elämänlaadun kokemus (ASCOT-SCRQoL) alenee ($\beta = -.042$). Samoin palvelun laatuun liittyvät kokemukset työntekijöiden kiireestä sekä heiltä saadusta kohtelusta ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < .05$), kun kontrollimuuttujat on vakioitu. Kun asiakas kokee työntekijöiden olevan useammin kiireisiä, hänen elämänlaadun kokemuksensa alenee ($\beta = -.030$). Myös asiakkaan tyytyväisyys siihen, kuinka työntekijät kohtelevat häntä, parantaa elämänlaadun kokemusta ($\beta = .064$). Malli 1 selittää 52 % ($R^2 = .518$) ASCOT-mittarilla mitatun koetun elämänlaadun vaihtelusta, tämän otoksen kohdalla. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Regressiomalli 1: palvelun laatutekijöiden yhteys sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun (painottamaton ASCOT-SCRQoL).

Malli 1 ($n = 80$)	Standardoimaton		Standardoitu	
	β	Std. error	Beta	Sig.
Vakiotermi	.672	.123		.000
Ikä	.001	.001	.084	.563
Sukupuoli (naiset)	-.027	.028	-.089	.339
Asumisaika	.001	.006	.020	.820
Vammautuneet ^a	-.063	.042	-.192	.133
Kehitysvammaiset ^a	.086	.068	.163	.210
Toimintakyky	.001	.000	.124	.181
Laatukokemus 2 (kiire)	-.030	.014	-.200	.031*
Laatukokemus 3 (kohtelu)	.064	.019	.309	.001**
Ei riittävät läheissuhteet ^b	-.035	.028	-.113	.215
Ei lainkaan läheissuhteita ^b	.017	.061	.026	.777
Yksinäisyys	-.042	.014	-.288	.003**

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

Mallin selitysaste: ($R = .719$), $R^2 = .518$, Estimaatin keskiarvo = $.112$.

Mallin sopivuus aineistoon (ANOVA): $F_{11,68} = 6.63$ ($p < .000$)

Regressiomallin 1 muodostamismetodi: *enter*, Puuttuvien havaintojen käsittely: *listwise*.

Selitettävät muuttujat: ASCOT-SCRQoL, nykytila (ilman preferenssipainoja).

Selittävät muuttujat: Ikä (vuosina 18–100), Sukupuoli (naiset verrattuna miehiin), Asumisaika (vuosina),

^a Asiakasryhmät (vammutuneet tai kehitysvammaiset verrattuna ikäihmisiin), Toimintakyky (6-CIT kognitiivinen toimintakyky + Barthelin indeksi ADL-toimintakyky, summa asteikolla 0–128), Laatukokemus 2 (ovatko työntekijät mielestäsi kiireisiä), Laatukokemus 3 (miten työntekijät kohtelevat sinua ylipäättään),

^b Läheissuhteet (ei riittävät tai ei lainkaan verrattuna riittäviin läheissuhteisiin), Yksinäisyys (asteikolla 1–4).

Regressiomallista 2 (Taulukko 7) havaitaan, että yksinäisyys ei ole tilastollisesti merkitsevä palvelun vaikuttavuuden selittäjä, kun kontrollimuuttajat: ikä, sukupuoli, asumisaika, asiakasryhmä, toimintakyky ja perhe- ja läheissuhteiden määrä- ja laatu sekä kokemukset kiireestä ja kohtelusta on vakioitu. Myös hypoteesi H_{41} kumoutuu, kokemus työntekijöiden kiireestä ei selitä vaikuttavuutta tilastollisesti merkitsevästi (kontrollimuuttajat vakioituina). Sen sijaan H_{61} jää voimaan, tyytyväisyys työntekijöiltä saatuu kohteluun osoittautui tilastollisesti merkitseväksi palvelun vaikuttavuuden selittäjäksi (kontrollimuuttajat vakioituina). Kun asiakkaan

tyytyväisyys henkilökunnalta saamaansa kohteluun kasvaa, myös palvelun vaikuttavuus kasvaa ($\beta = .093$). Regressiomallista 2 (Taulukko 7) voidaan lisäksi havaita, että eniten palvelun vaikuttavuuden vaihtelusta muihin selittäjiin suhteutettuna selittää asiakkaan toimintakyky ($\beta = -.002$, Std. beta $-.323$). Kun toimintakyky paranee, ASCOT-INT4-mittarilla mitattu palvelun vaikuttavuus heikkenee. Mallin 2 selitysaste 37 % ($R^2 = .372$) jää kuitenkin melko vaatimattomaksi. Regressiomallia 2 (Taulukko 7) tarkastellessa on lisäksi syytä huomioida lukuisista puuttuvista havainnosta johtuva pienempi n-määrä ($n = 56$).

Taulukko 7. Regressiomalli 2: palvelun laatutekijöiden yhteys ASCOT-INT4 mittarilla mitattuun palvelun vaikuttavuuteen.

	Standardoimaton		Standardoitu	
	β	Std. error	Beta	Sig.
Malli 2 (n = 56)				
Vakiotermi	.424	.297		.161
Ikä	.000	.003	.024	.926
Sukupuoli (naiset)	.019	.065	.039	.768
Asumisaika	-.007	.015	-.063	.623
Vammautuneet ^a	-.019	.104	-.037	.859
Kehitysvammaiset ^a	.193	.206	.229	.354
Toimintakyky	-.002	.001	-.323	.032*
Laatukokemus 2 (kiire)	-.033	.029	-.142	.267
Laatukokemus 3 (kohtelu)	.093	.042	.297	.030*
Ei riittävät läheissuhteet ^b	-.077	.064	-.154	.231
Ei lainkaan läheissuhteita ^b	.311	.165	.240	.067
Yksinäisyys	-.025	.031	-.106	.433

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

Mallin selitysaste: ($R = .610$), $R^2 = .372$, Estimaatin keskivirhe = .215.

Mallin sopivuus aineistoon (ANOVA): $F_{11,44} = 2.37$ ($p < .021$)

Regressiomallin 1 muodostamismetodi: *enter*, Puuttuvien havaintojen käsittely: *listwise*.

Selitettävä muuttuja: ASCOT palvelun vaikuttavuus (gain).

Selittävät muuttujat: Ikä (vuosina 18–100), Sukupuoli (naiset verrattuna miehiin), Asumisaika (vuosina),

^a Asiakasryhmät (vammautuneet tai kehitysvammaiset verrattuna ikäihmisiin), Toimintakyky (6-CIT kognitiivinen toimintakyky + Barthelin indeksi ADL-toimintakyky, summa asteikolla 0–128), Laatukokemus 2 (ovatko työntekijät mielestäsi kiireisiä), Laatukokemus 3 (miten työntekijät kohtelevat sinua ylipäättään),

^b Läheissuhteet (ei riittävät tai ei lainkaan verrattuna riittäviin läheissuhteisiin), Yksinäisyys (asteikolla 1–4).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä artikkelissa olemme tarkastelleet, miten hyvin ASCOT-INT4-mittari on sovellettavissa tehostetun palveluasumisen vaikuttavuuden mittaamiseen ja miten tietyt palvelun laatutekijät ovat yhteydessä ASCOT-mittarilla mitattuun sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun ja ASCOT-mittarilla mitattuun palvelun vaikuttavuuteen.

Tutkimuksen tulokset vahvistivat odotetusti, ettei palvelun käyttäjien haastatteluun kehitetty ASCOT-INT4 soveltu ainoaksi tehostetun palveluasumisen vaikuttavuuden mittariksi, haastattelutyökalua oli mahdollista käyttää vain pienellä osalla asiakkaista heidän kognitiivisen toimintakykynsä rajoitteiden vuoksi. Kuten Malley ja Fernández (2010, 568–570) kirjoittavat, tutkimusaineiston hankkimisessa tämänkaltaiselta kohderyhmältä on haasteensa, sillä puuttuvat havainnot voivat vääristää tuloksia. Lisäksi vajaakykyisten henkilöiden oikeuksiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Itsemääräämisoikeuden näkökulmasta esimerkiksi muistisairaus itsessään ei silti poista kykyä tehdä itseään koskevia päätöksiä esimerkiksi tutkimuksiin osallistumisesta. Tietoa tutkimuksesta on kuitenkin tärkeää antaa ymmärrettävästi (Valvira 2018; Kohonen ym. 2019, 10).

Tämän yksittäisen tutkimuksen tulosten perusteella emme voi vetää johtopäätöksiä koko ASCOT-mittariston soveltuvuudesta sosiaalipalvelujen vaikuttavuuden arviointiin. Aiemmissä tutkimuksissa mittaristo on kuitenkin todettu käyttötarkoitukseensa soveltuvaksi (ks. esim. Forder & Caiels 2011). Tässä tutkimuksessa palvelun vaikuttavuus oli mahdollista laskea vain 58:n asiakkaan vastauksista. Sosiaalipalveluun liittyvän elämänlaadun indeksi voitiin laskea 84:n asiakkaan vastauksista. (Taulukko 4.) Näiden toteutuneiden haastattelujen osalta kokemukset ASCOT-mittarin toimivuudesta ja soveltuvuudesta olivat kuitenkin lupaavia. Soveltuvampi mittari olisi ollut monimenetelmällinen (mixed methods) ASCOT-mittari, mutta sitä ei ole vielä suomennettu (University of Kent 2018b; Malley ym. 2012, 11–12). Ilman monimenetelmällistä lähestymistapaa useat hoivakotien asiakkaat rajautuvat tutkimuksien ulkopuolelle tai tulevat kuulluiksi vain heitä edustavan läheisen tai hoitajan kautta (Towers ym. 2016, 1).

Toisen henkilön välityksellä tehty arvio asiakkaan elämänlaadusta ei korvaa asiakkaan omaa arvioita (Hellström ym. 2007; Kahanpää 2019, 67).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella tehostetun palveluasumisen asiakkaan tyytyväisyydellä henkilökunnalta saatuun kohteluun on yhteys ASCOT-mittarilla mitattuun sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun. Lisäksi yksinäisyyden kokemuksen voidaan havaita heikentävän sosiaalipalveluun liittyvää elämänlaatua. Samankaltainen, negatiivinen yhteys elämänlaatuun on myös asiakkaan kokemuksella työntekijöiden kiireestä. Vastaavasti esimerkiksi Malley ym. (2019b) tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaan ja hoitajien väliseen vuorovaikutussuhteeseen liittyvillä tekijöillä (kuten kokemus työntekijöiden kiireestä ja työntekijöiltä saatu kohtelu) on voimakkaampi yhteys asiakkaan sosiaalipalveluun liittyvään elämänlaatuun (ASCOT-SCRQoL) kuin organisaatioon liittyvillä rakenteellisilla tekijöillä. Yksinäisyyden osalta ainakin Malley ym. (2012, 6) ja Randin ym. (2017, 11) tutkimuksen tulokset olivat tämän tutkimuksen tulosten kanssa saman suuntaisia.

Tyytyväisyys tehostetun palveluasumisen työntekijöiltä saatuun kohteluun sekä asiakkaan toimintakyky olivat ainoat tilastollisesti merkitsevät ASCOT-mittarilla mitatun palvelun vaikuttavuuden selittäjät. Kun asiakkaan tyytyväisyys henkilökunnalta saatuun kohteluun kasvaa, myös palvelun vaikuttavuus kasvaa. Toimintakyvyn yhteys palvelun vaikuttavuuteen oli negatiivinen. Kun asiakkaan toimintakyky paranee, palvelun vaikuttavuus laskee. Tämän suuntainen yhteys on looginen. Asiakas, jonka toimintakyky on parempi, pärjääsi todennäköisesti paremmin myös ilman palvelua. Useat tutkimukset ovat tehneet samankaltaisen havainnon. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaat, joilla oli huonompi toimintakyky ja siten suurempi hoidon tarve, hyötyivät palvelusta eniten. Myös hoivakotien asiakkailla heikompi toimintakyky on ollut yhteydessä palvelun korkeampaan vaikuttavuuteen. (kts. esim. Netten ym. 2012b, 513; Towers ym. 2016, 4; Forder ym. 2017a; Malley 2019a, 7.)

Tässä tutkimuksessa mitattu tehostetun palveluasumisen asiakkaiden sosiaalipalveluun liittyvä elämänlaatu, samoin kuin odotettu elämän-

laatu ilman saatua palvelua, oli samalla tasolla kuin ASCOT-tutkimuksissa on ollut kansainvälisesti. Eri maissa toteutetuissa tutkimuksissa ASCOT-mittarilla on mitattu ensisijaisesti kotihoiton, mutta myös hoitokotien asiakkaiden sosiaalipalveluun liittyvää elämänlaatua (ks. esim. Forder & Caiels 2011; Kaambwa ym. 2015; Towers ym. 2016; Forder ym. 2016; Rand ym. 2017; Hackert ym. 2017; Forder ym. 2017b; Malley ym. 2019a ; Malley ym. 2019b). Luvut eivät kuitenkaan ole täysin vertailukelpoisia, sillä aikaisempien ASCOT-tutkimusten indeksit ovat preferenssipainotettuja. Tässä tutkimuksessa tehostetun palveluasumisen asiakkailta (kaikki asiakasryhmät) ASCOT-mittarilla mitatuista elämänlaadun eri ulottuvuuksista (ks. taulukko 5) parhaiten toteutui henkilökohtainen turvallisuus. Eniten parannettavaa olisi sosiaalisessa kanssakäymisessä ja osallisuudessa sekä ajankäytössä (mielekäs tekeminen). Esimerkiksi Forderin ym. (2016, 19) tutkimuksessa kotihoiton asiakkailta parhaiten toteutui ruoka ja juoma, asunnon puhtaus ja viihtyisyys sekä henkilökohtainen hygienia – ei turvallisuus.

Heikoimmin toteutuneiden elämänlaadun ulottuvuuksien osalta ASCOT-tutkimusten tulokset ovat olleet hyvin saman suuntaisia niin

kotihoiton kuin hoivakotienkin asiakkaiden kohdalla. Asiakkaiden perustarpeet näyttäisivät toteutuvat kaikkialla parhaiten (Towers ym. 2016, 11). Esimerkiksi Nettenin ym. (2012b, 513) sekä Hackertin ym. (2017, 937) tutkimusten tulokset osoittivat, että ASCOT-mittarilla mitattuna hoivakodit onnistuivat tuottamaan asiakkailleen vaikuttavia peruspalveluita, mutta sosiaalisen osallisuuden sekä mielekkään ajankäytön toteutumisessa oli puutteita.

Tässä tutkimuksessa on tutkittu kirjallisuudessa vähemmälle huomiolle jäänyttä tehostetun palveluasumisen vaikuttavuutta. Tulosten mukaan tehostettu palveluasuminen on vaikuttavaa ja se lisää asiakkaiden elämänlaatua. Lisäksi asiakkaiden ASCOT-mittarilla mitatun sosiaalipalveluun liittyvän elämänlaadun sekä palvelun vaikuttavuuden havaittiin olevan yhteydessä palvelujen laatutekijöihin, kuten työntekijöiden kiireeseen ja asiakkaiden hyvään kohteluun. Nämä tulokset ovat hyödyllisiä päätöksentekijöille, jotka vastaavat ikääntyneiden palveluiden suunnittelusta ja resursoinnista.

Artikkeli pohjautuu Terhi Auvisen (2020) terveyshallintotieteen maisterintutkielmaan.

LÄHTEET

Aalto, Anna-Mari, Korpilahti, Ulla, Sainio, Päivi, Malmivaara, Antti, Koskinen, Seppo, Saarni, Samuli, Valkeinen, Heli & Luoma, Minna-Liisa (2013). *Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa*. TOIMIA-verkosto.

DOI: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016092224121>

Auvinen, Terhi (2020). ASCOT-INT4 ja tehostetun palveluasumisen vaikuttavuus – mittarin soveltuvuus sekä elämänlaadun selittäjät. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto. DOI: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20200844>

Blomgren, Jenni & Einiö, Elina (2015). Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin vuosina 2000–2013. *Yhteiskuntapolitiikka*, 80(4), 334–348.

DOI: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015090211140>

Dahler-Larsen, Peter (2005). Vaikuttavuuden arviointi. FinSoc arviointiraportteja 3/2005. *Hyvät käytännöt. Menetelmä-käsikirja*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES.

DOI: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194271>

Dahlgren, Karin (2010). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2(4), 195–207.

DOI: <https://doi.org/10.1080/17482620701626117>

Donabedian, Avedis (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743

European Social Survey (2018). *Arvot ja mielipiteet Suomessa 2018*. Haettu sivulta: https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round9/field-work/finland/finnish/ESS9_questionnaires_FL_fin.pdf, 11.9.2020

- Forder, Julien, Malley, Juliette, Rand, Stacey, Vadean, Florin, Jones, Karen & Netten, Ann (2016). *Identifying the impact of adult social care: interpreting outcomes data for use in the Adult Social Care Outcomes Framework*. Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Haettu sivulta: <https://kar.kent.ac.uk/77830/1/iiasc.pdf>, 11.9.2020.
- Forder, Julien & Caiels, James (2011). Measuring the outcomes of long-term care. *Social Science & Medicine*, 73(12), 1766–1774. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.09.023. Epub 2011 Oct 10
- Forder, Julien, Vadean, Florin, Rand, Stacey & Malley, Juliette (2017a). The impact of long-term care on quality of life. *Health Economics*, 27(3), 43–58. DOI: 10.1002/hec.3612
- Forder, Julien, Malley, Juliette, Towers, Ann-Marie & Netten, Ann (2017b). Using cost-effectiveness estimates from survey data to guide commissioning: An application to home care. *Health Economics*, 23(8), 979–992. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.2973>
- Hackert, Mariska, van Exel, Job & Brouwer, Werner (2017). Valid Outcome Measures in Care for Older People: Comparing the ASCOT and the ICECAP-O. *Value in Health*, 20(7), 936–944. DOI: 10.1016/j.jval.2017.03.012
- Hellström, Ingrid, Nolan, Mike, Nordenfelt, Lennart & Lundh, Ulla (2007). Ethical and methodological issues in interviewing persons with dementia. *Nursing Ethics*, 14(5), 608–619. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733007080206>
- Jolanki, Outi, Leinonen, Emilia, Rajaniemi, Jere, Rappe, Erja, Räsänen, Tiina, Teittinen, Outi & Topo, Päivi (2017). *Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47/2017. DOI: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-415-3>
- Kaambwa, Billingsley, Gill, Liz, McCaffrey, Nicola, Lancsar, Emily, Cameron, Ian, Crotty, Maria, Gray, Len & Ratcliffe, Julie (2015). An empirical comparison of the OPQoL-Brief, EQ-5D-3 L and ASCOT in a community dwelling population of older people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 164(13). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0357-7>
- Kahanpää, Anja (2019). *Koettu hoidon laatu*. Asukkaana läheisen ja henkilökunnan näkemyksiä asukkaan hoidon laadusta ikääntyneiden ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto väitöskirjat 185. DOI: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1373-9>
- Kajonius, Petri & Kazemi, Ali (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 699–707. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12230>
- Katzman, Robert, Brown, Theodore, Fuld, Paula, Peck, Arthur, Schechter, Ruben & Schimmel, Herbert (1983). Validation of a Short Orientation-Memory-Concentration Test of Cognitive Impairment. *The American Journal of Psychiatry*, 140(6), 734–739. DOI: doi: 10.1176/ajp.140.6.734
- Knapp, Martin (1984). *The economics of social care*. Basingstoke: Macmillan publishers LTD.
- Kohonen, Iina, Kuula-Luumi, Arja & Spoof, Sanna-Kaisa (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Haettu sivulta: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf. 25.4.2020
- Laine, Juha (2005). *Laatua ja tuotannollista tehokkuutta?* Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta, STAKES Tutkimuksia 151. DOI: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75155/Tu151-Laatu.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Linnosmaa, Ismo & Nguyen, Lien (2017). Long-term care expenditures in Finland. Teoksessa: Greve, Bent (2017). *Long-term Care for the Elderly in Europe*. Abingdon: Routledge.
- Linnosmaa, Ismo, Nguyen, Lien & Jokimäki, Hanna (2020). *The EXCELC project in Finland*. The main descriptive findings from surveys using Adult Social Care Outcome Toolkit (ASCOT), Finnish Institute for Health and Welfare, Discussion paper 29/2020, Helsinki. DOI: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-539-1>
- Mahoney Florence & Barthel Dorothea (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Malley, Juliette & Fernandés, José-Luis (2010). Measuring quality in social care services: theory and practice. *Annals of public and cooperative economics*, 81(4), 559–582. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2010.00422.x>
- Malley, Juliette, Towers, Ann-Marie, Netten Ann, Brazier, John, Forder, Julien & Flynn, Terry (2012). An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(21). DOI: 10.1186/1477-7525-10-21

- Malley, Juliette, Stacey, Rand, Netten, Ann, Towers, Ann-Marie & Forder, Julien (2019a). Exploring the feasibility and validity of a pragmatic approach to estimating the impact of long-term care: The 'expected' ASCOT method. *Journal of Long-Term Care, April*, 67–83. DOI: 10.21953/lse.sypd8fxo2bs5
- Malley, Juliette, D'Amico, Francesco & Fernandez, Jose-Luis (2019b). What is the relationship between the quality of care experience and quality of life outcomes? Some evidence from long-term home care in England. *Social Science & Medicine* 243, 112635. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112635>
- Miettinen, Janissa, Selander, Kirsikka & Linnosmaa, Ismo (2020). Sosiaali- ja terveystalvaelujen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa: Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, 83–121. DOI: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/43077>
- Netten, Ann, Forder, Julien, Malley, Juliette, Smith, Nick & Towers, Ann-Marie (2011). *Additional guidance: Scoring ASCOT v2.1*. PSSRU Discussion Paper 2818. Haettu sivulta: <https://pdfs.semanticscholar.org/646f/a7b-beb6b1ad8bdf6ec8be9014813c647e2d8.pdf>, 11.9.2020.
- Netten, Ann, Burge, Peter, Malley, Juliette, Potoglou, Demetris, Towers, Ann-Marie, Brazier, John, Flynn, Terry, Forder, Julien & Wall, Beryl (2012a). Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment*, 16(16), 1–166. DOI: 10.3310/hta16160
- Netten, Ann, Trukeschitz, Birgit, Beadle-Brown, Julie, Forder, Julien, Towers, Ann-Marie & Welch, Elizabeth (2012b). Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship? *Age and Ageing*, 41(4), 512–517. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afs050>
- O'Sullivan, Dawn, O'Regan, Niamh & Timmons, Suzanne (2016). Validity and reliability of the 6-Item Cognitive Impairment Test for Screening Cognitive Impairment: A Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 42(1–2), 42–49. DOI: 10.1159/000448241
- Pinquart, Martin & Sorensen, Silvia (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. DOI: https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2
- Pirhonen, Jari, Tiilikainen, Elisa & Lemivaara, Marjut (2016). Yksin yhteisössä – tutkimuskohteena tehostettu palveluasuminen. *Gerontologia*, 30(3), 119–129.
- Rajavaara, Marketta (2006). Vaikuttavuuden tietokulttuurit. *Hallinnon tutkimus*. 25(3), 81–91.
- Rajavaara, Marketta (2007). *Vaikuttavuusyhdistykunta*. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84, Helsinki: Kelan tutkimusosasto. DOI: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-669-733-1>
- Rand, Stacey & Malley, Juliette (2017). The factors associated with care-related quality of life of adults with intellectual disabilities in England: implications for policy and practice. *Health and Social Care in the Community*, 25(5), 1607–1619. DOI: 10.1111/hsc.12354
- Rand, Stacey, Malley, Juliette, Towers, Ann-Marie, Netten, Ann & Forder, Julien (2017). Validity and test-retest reliability of the self-completion adult social care outcomes toolkit (ASCOT-SCT4) with adults with long-term physical, sensory and mental health conditions in England. *Health and Quality of Life Outcomes*, 163(15). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0739-0>
- Richards, Suzanne, Peters, Tim, Coast, Joanna & Gunnell, David (2000). Inter-rater reliability of the Barthel ADL Index: how does a researcher compare to a nurse? *Clinical Rehabilitation*, 14(1), 72–78. DOI: [doi: 10.1191/026921500667059345](https://doi.org/10.1191/026921500667059345)
- Rissanen, Sari & Lammintakanen, Johanna (toim.) (2017). *Sosiaali- ja terveystalvaelminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Räsänen, Riitta (2017). Hoitajien työajan merkitys asiakkaiden elämänlaadulle vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. *Gerontologia*, 31(2), 116–132. DOI: <https://doi.org/10.23989/gerontologia.64926>
- Schweigert, Francis (2006). The Meaning of Effectiveness in Assessing Community Initiatives. *American Journal of Evaluation*, 27(4), 416–436. DOI: <https://doi.org/10.1177/1098214006294304>
- Sen, Amartya (1993). Capability and Well-Being. Teoksessa Nussbaum Martha & Sen Amartya (1993). *The Quality of life*. New York: Oxford University Press, 30–31.
- Sintonen, Harri & Pekurinen, Markku (2006). *Terveystalvaelminen*. Helsinki: WSOY.
- Sosiaali- ja terveystalvaelministeriö (1992). *Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17*. Haettu sivulta: http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224715_11.9.2020.

- Särkelä-Kukko, Mona & Rönkä, Kimmo (2015). Yhteisöllinen asuminen lievittää vanhojen ihmisten yksinäisyyttä. *Keskusteluja. Gerontologia*, 29(4), 303–308. DOI: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1758751>
- Taskinen, Helena & Hujala, Anneli (2020). Integraatio – sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä. Teoksessa: Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, 47–76. DOI: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/43077>
- Tepponen, Merja (2009). *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto. DOI: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1301-1>
- THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019). *Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2019*. Suomen virallinen tilasto (SVT). DOI: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-388-5>
- THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (i.a.) *Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi*. Tilastohaku. Haettu sivulta: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku.6.1.2021>
- Torkki, Paulus, Leskelä, Riikka-Leena, Linna, Miika, Torvinen, Anna, Klemola, Katja, Sinivuori, Kari, Larsio, Antti & Hörhammer, Iris (2017). *Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisu 36/2017. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki. DOI: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-383-5>
- Towers, Ann-Marie, Smith, Nick, Palmer, Sinead, Welch, Elizabeth & Netten, Ann (2016). The acceptability and feasibility of using the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) to inform practice in care homes. *BMC Health Services Research*, 16(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1763-1>
- Uotila, Hanna (2011). *Vanhuus ja yksinäisyys*. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokeuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1651. Terveystiede, terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. DOI: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8553-4>
- University of Kent (2018a). *Development of ASCOT. ASCOT adult social care outcomes toolkit*. Haettu sivulta: <https://www.pssru.ac.uk/ascot/development-of-ascot/>, 11.9.2020.
- University of Kent (2018b). *Which ASCOT tool should I use?* ASCOT adult social care outcomes toolkit. Haettu sivulta: <https://www.pssru.ac.uk/ascot/tools/>, 11.9.2020.
- Vaarama, Marja (2006). *Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa*. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus – projekti. Loppuraportti ja suositukset. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 7/2006. Espoon kaupunki ja STAKES.
- Vaarama, Marja, Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew (2008). *Care-related quality of life in old age. Concepts, Models and Empirical Findings*. New York: Springer.
- Vaarama, Marja, Siljander, Eero, Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010a). Suomalaisen kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama Marja, Moisio Pasi & Karvonen Sakari (2010). *Suomalaisen hyvinvointi 2010*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 126–149. DOI: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>
- Vaarama, Marja, Luoma, Minna-Liisa, Siljander, Eero & Meriläinen, Satu (2010b). 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Vaarama Marja, Moisio Pasi & Karvonen Sakari (2010). *Suomalaisen hyvinvointi 2010*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 150–166. DOI: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>
- Valvira (2018). *Potilaan itsemääräämisoikeus*. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Haettu sivulta: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus,6.4.2020>
- Van Loon, Miriam, van Leeuwen, Karen, Ostelo, Raymond, W., Bosmans, J. E. & Widdershoven, G. A. M. (2017). Quality of life in a broader perspective: Does ASCOT reflect the capability approach? *Quality of Life Research*, 27(4), 1181–1189. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1756-5>
- WHO World Health Organization (2016). *Framework on Integrated, People-Centered Health Services*. Report by the Secretariat. DOI: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>