



Käytännöllinen satunnaistettu kontrolloitu tutkimus osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen vaikuttavuudesta

Osa yksin asuvista ikääntyneistä on vaarassa jäädä sekä sosiaalisten suhteiden että riittävien palveluiden ulkopuolelle. Heidän hyvinvointinsa edistämiseksi tarvitaan elämänlaatua kokonaisvaltaisesti tukevia interventioita ja tutkimustietoa niiden vaikuttavuudesta. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan PROMEQ-tutkimushankkeessa kehitetyn ja pilotoidun osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen vaikuttavuutta. Tutkimuskysymyksenä on: Millaisia vaikutuksia osallistavalla ryhmämuotoisella palveluohjausinterventiolla on osallistujien koettuun elämänlaatuun, yksinäisyyteen, institutionaaliseen luottamukseen ja osallisuuteen (a) kuuden kuukauden pituisen intervention päättyessä ja (b) 15 kuukautta intervention aloittamisen jälkeen? Osallistujien tarpeiden pohjalta ryhmäkohtaisesti räätälöity interventio sisälsi viisi ohjattua ryhmätapaamista, joiden lisäksi ryhmäläisiä kannustettiin omaehtoisiin lisätapaamisiin.

Tutkimus toteutettiin sosiaalipalveluiden tutkimuksessa harvinaisempana käytännöllisenä satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena Jyväskylän, Kuopion, Eksoten ja Siun soten alueilla osana ikääntyneiden palveluohjausyksiköiden toimintaa. Tutkimukseen osallistui 392 yksin asuvaa 65–99-vuotiasta ikäihmistä (interventioryhmä: 185, kontrolliryhmä: 207), jotka kokivat haasteita hyvinvoinnissaan tai terveydessään. Tutkimusaineistona käytettiin alkukyselyä (0 kk) ja kahta seurantakyselyä (6 kk ja 15 kk). Vaikuttavuutta tarkasteltiin ensisijaisesti suhteessa elämänlaatuun (mittari: WHOQOL-BREF). Toissijaisia vaikuttavuusmuuttujia olivat yksinäisyys, institutionaalinen luottamus sekä osallisuus. Vaikuttavuusanalyseissä menetelmänä käytettiin yleistettyä lineaarista mallinnusta (GEE).

Tuloksien mukaan interventiolla ei ollut merkittäviä vaikutuksia osallistujien elämänlaatuun, yksinäisyyteen, institutionaaliseen luottamukseen tai osallisuuteen heti intervention päättymisen jälkeen, eikä 15 kuukauden kuluttua sen alkamisesta. Lisäanalyysit osoittivat, että interventio voi vähentää yksinäisyyttä, mikäli interventioon osallistuneet jatkavat yhteydenpitoa toisiinsa järjestettyjen ryhmätapaamisten päätyttyä. Interventiota on mahdollista edelleen kehittää monitasoisen saatavilla olevan arviointitiedon pohjalta. Jatkossa tulisi myös kehittää luotettavia hyvinvoinnin eri osa-alueita mittaavia mittareita, jotka soveltuvat paremmin moniulotteisten sosiaalihuollon interventioiden ja hyvinvointia edistävien palveluiden vaikuttavuuden arviointiin.

ASIASANAT: Palveluohjaus, Interventiotutkimus, Vaikuttavuus, Ikääntyneet

HANNA RISTOLAINEN, ELISA TIILIKAINEN, SARI RISSANEN

YDINASIAT

- Yksin asuville ikäihmisille suunnitellun osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen vaikuttavuutta arvioitiin käytännöllisellä satunnaistetulla kontrolloidulla tutkimuksella.
- Tutkimuksessa ei löydetty merkittäviä interventioista johtuvia vaikutuksia ikäihmisten elämänlaatuun, yksinäisyyteen, institutionaaliseen luottamukseen tai osallisuuteen.
- Interventio voi lievittää yksinäisyyttä pidemmällä aikavälillä, mikäli ryhmätöihin osallistuneet jatkavat yhteydenpitoa toisiinsa.
- Intervention mahdollisessa jatkokehittämisessä tulee huomioida yhteydenpidon sekä jatkotapaamisten merkitys intervention vaikuttavuuden vahvistamiseksi.

JOHDANTO

TUTKIMUKSEN TAUSTA

Niin lainsäädäntö kuin valtakunnalliset laatusuositukset korostavat ikäihmisten palveluiden oikea-aikaisuutta ja riittävyttä sekä sitä, että ne ovat yhdenvertaisesti saatavilla (1, 2). Osa ikääntyneistä kokee kuitenkin jäävänsä sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkopuolelle tai saadut palvelut eivät ole riittäviä vastaamaan heidän tarpeisiinsa (3, 4). Yksi keskeinen palvelun ja tuen tarvetta lisäävä tekijä on yksin asuminen (5), joka yhdistettynä muihin tekijöihin, kuten pienituloisuuteen ja heikoksi koettuun terveyteen lisää myös vanhuusiän syrjäytymisen riskiä (6). Vuonna 2019 Suomessa oli noin 450 000 yksin omassa kodissaan asuvaa yli 65-vuotiasta (7). Vaikka kyseessä on hyvin heterogeeninen väestöryhmä, yksin asuvilla on muita suurempi riski kokea puutteita paitsi palveluiden (3) myös sosiaalisen tuen saannissa (8).

Palvelujen saavutettavuuden sekä hyvinvoinnin ja terveyden turvaamiseksi ikääntyneille suunnattuja palveluita on Suomessa pyritty kehittämään niin sanotun yhden luokun periaatteen mukaisesti. Useimpia ikääntyneiden sosiaalipalveluita, kuten kotona asumista tukevia palveluita, sekä asiakkaan yksilöllistä palvelukokonaisuutta koordinoidaan ja turvataan pitkälti palveluohjauksen (engl. yleisimmin *case management* tai *care management*) avulla. (1.) Palveluohjausta toteutetaan usealla sosiaali- ja terveydenhuollon alueella, myös kolmannella sektorilla, ja käsitteenä palveluohjaus on jos-

sain määrin kontekstisidonnainen. Palveluohjaus voi olla esimerkiksi muun terveydenhuollon ohessa tapahtuvaa lyhytkestoista neuvontaa tai palveluohjaaja-nimikkeellä (myös asiakasohjaaja) työskentelevän ammattilaisen toteuttamaa suunnitelmallista ja yksilöllistä palvelutarpeen arviointiin perustuvaa palveluohjausta (9–11). Käsitteentää on edelleen laajentanut termi asiakasohjaus, joka näytetään ymmärrettävän joko palveluohjauksen synonyymina tai sen rinnakkaiskäsitteenä, jolloin asiakasohjaus viittaa yksilökohtaisen työskentelyn ohella laajempaan hallinnolliseen ajatteluun asiakkuuksien ja asiakaiden tehokkaasta ja keskitetystä ohjaamisesta (ks. 11–13).

Tässä artikkelissa ikääntyneiden palveluohjauksella tarkoitetaan kunnan tai kuntayhtymän järjestämää palveluita ja asiakasprosessia koordinoivaa toimintaa, jota toteutetaan pääosin erillisistä palveluohjausyksiköistä käsin. Ikääntyneiden palveluohjauksessa keskeistä on toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen asiakaslähtöisesti joko kevyemmällä ohjauksella ja neuvonnalla tai intensiivisemmällä prosessimaisella työskentelyllä (1, 10, 11). Ikääntyneiden suunnitelmallinen palveluohjausprosessi alkaa yhteydenotosta ja pitää sisällään ainakin viisi vaihetta: palvelutarpeen arviointi, asiakas- tai palvelusuunnitelman laatiminen, päätökset palveluista ja tukitoimista, palveluiden ja muiden toimien toteutus asiakas- tai palvelusuunnitelman mukaisesti sekä toteutuksen seuranta ja arviointi (1, ks. myös 14). Ikääntyneiden palveluohjauksessa korostuu moniammatillinen yhteistyö ja palveluohjaajat työskentelevätkin sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla (11).

Ikääntyneiden palveluohjausta on mallinnettu, kehitetty ja tutkittu useissa kehittämissuunnitelmissa ja projekteissa. Kehittämistyössä on havaittu, että nykymuotoinen palveluohjaus ei useinkaan pysty vastaamaan ikääntyneiden sosiaalisen tuen sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarpeisiin (15, 16). Viime vuosina ikääntyneiden palveluohjausta onkin pyritty kehittämään aiempaa ennalta ehkäisevämpään ja kokonaisvaltaisempaan suuntaan, kuten Sipilän hallituksen (2015–2019) I&O kärkihankkeessa keskitetyn alueellisen asiakas- ja palveluohjauksen (KAAPO) kokeiluissa (13, 17). Myös vanhuspalvelulain (2) 12 §:ssä veloitetaan kuntia järjestämään hyvinvointia, terveyttä ja toiminta-

kykyä edistävää ohjausta, joka tarkoittaa palveluohjauksessa esimerkiksi eri toimijoiden, kuten kunnan palvelusektoreiden, järjestöjen ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä sekä asiakkaiden ohjaamista näiden eri toimijoiden tuottamaan hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan (1). Uudenlaisia toimintamalleja kuitenkin tarvitaan, jotta voidaan vastata ikääntyneiden moninaisiin hyvinvoinnin ja terveyden haasteisiin sekä palveluiden ja tuen tarpeisiin.

Tässä artikkelissa tarkastelemme PROMEQ-hankkeessa kehitettyä ja pilotoitua toimintamallia, josta käytämme nimeä osallistava ryhmämuotoinen palveluohjaus. Toimintamallilla pyrittiin alkuaan vastaamaan sekä palveluohjauksen kehittämistarpeisiin että yksin asuvien ikääntyvien hyvinvoinnin ja elämänlaadun haasteisiin (18). Intervention tavoitteena oli tukea yksin asuvien ikäihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua tarvelähtöisesti ja osallistavasti. Toimintamalli on osallistava, koska kaikki osallistujat olivat tasavertaisia ryhmän jäseniä ja he osallistuivat ryhmätoiminnan sisältöjen suunnitteluun ja toteutukseen. Ryhmämuotoisuuden ajateltiin vastaavan erityisesti osallistujien sosiaalisen tuen tarpeisiin ja vahvistavan myös kokemuksia osallisuudesta. Lisäksi intervention suunnittelu- vaiheessa käydyissä keskusteluissa ilmeni, että yksilökohtaisen palveluohjauksen toteuttama, hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan ohjaaminen, ei ole riittävää. Uuteen toimintaan mukaan lähteminen voi vaatia yksin asuvien ikääntyneiden kohdalla muutakin kuin tiedon toimintamahdollisuuksista (19). Ryhmämuotoisessa palveluohjauksessa paikallisiin toimintaympäristöihin jalkautumisen ja kasvokkaisen tutustumisen ajateltiin vastaavan tähän tarpeeseen. Kyseessä on sosiaalista tukea, ohjausta ja yhteistä toimintaa sisältävä moniulotteinen interventio, jonka tarkempi toteutus räätälöitiin kunkin ryhmän tarpeiden ja paikallisen ympäristön mahdollisuuksien mukaisesti.

Suomessa ikääntyneiden palveluohjausta toteuttavat yksiköt järjestävät joillakin paikkakunnilla hyvinvointia edistävää tiedottamista sekä palveluihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa ryhmille. Tämän lisäksi strukturoituja ryhmämuotoisia palveluohjausmalleja on kokeiltu muutamilla paikkakunnilla, esimerkiksi Heinolassa Terveystuvan ryhmämuotoisen toiminnan muodossa (20). Myös kolmannen sektorin toteutta-

maan ryhmätoimintaan sisältyy usein sekä palveluihin että hyvinvointiin liittyvää ohjausta (esim. 21). Palveluohjauksellisten ryhmätoimintamallien tutkimus- ja arviointitieto on kuitenkin suhteellisen vähäistä niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Sen sijaan koulutuksellisia elementtejä sisältävien ryhmätoimintamallien vaikuttavuutta on tutkittu jonkin verran (esim. 22). Tutkimuksissa on havaittu, että koulutuksellisten ja sosiaalisten aktiviteettien yhdistäminen vahvistaa interventioiden vaikuttavuutta ikääntyneiden yksinäisyyden ja syrjäytymisen osalta (23, 24).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa uudenlaisen ikääntyneiden palveluohjauksen muodon eli osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen vaikuttavuudesta. Tutkimuksemme kohteena on siis yksin asuville ja hyvinvoinnissaan tai terveydessään haasteita kokeville iäkkäille suunnattu uusi moniulotteinen interventio, jolla on laaja tavoite: hyvinvoinnin ja elämänlaadun tukeminen. Tämän vuoksi intervention vaikutuksia on tarkasteltu aiemmassa tutkimuksessa osin eksploraatiivisesti siten, että etukäteen on määritelty vain päätulosmuuttuja ja sen lisäksi tarkasteltu myös muita kyselylomakkeessa mukana olleita mittareita (ks. 25). Tähän mennessä intervention vaikutuksia on tutkittu välittömästi intervention päättymisen jälkeen (6 kuukautta intervention alkamisesta) elämänlaadun, yksinäisyyden, institutionaalisen luottamuksen ja toisiin ihmisiin luottamisen näkökulmista. Tulokset osoittivat hyvin vähäisiä muutoksia yksinäisyydessä ja luottamuksessa hyvän ja huonon elämänlaadun mukaisessa alaryhmittäisessä tarkastelussa (26). Tämän lisäksi interventioprosessia ja koettua vaikuttavuutta on tutkittu laadullisilla tutkimusmenetelmillä. Tutkimuksen mukaan intervention oleelliset elementit, sosiaalisen tuen vaihto, tarpeenmukainen ohjaus ja aikataulutetut ryhmätapaamiset, voimaannuttivat toisia ikäihmisiä ja edistivät joidenkin ikäihmisten osallistumista erilaisiin toimintoihin. Intervention toteuttamisen tavat, ryhmäohjaajien pätevyys sekä osallistujien ominaisuudet ja elämäntilanne ovat merkityksellisiä intervention vaikuttavuuden osatekijöitä. (27.) Intervention vaikutuksia tulee arvioida myös pidemmällä aikavälillä, jotta tiedetään ovatko aiemmin saadut tulokset pysyviä ja ilmeekö uusia vaikutuksia.

Tällä tutkimuksella täydennämme jo olemassa olevaa tutkimustietoa osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen vaikuttavuudesta ottamalla tarkasteluun tutkimushankkeessa kerätyn 15 kuukauden seuranta-aineiston, johon perustuvia tuloksia ei ole aiemmin julkaistu. Tutkimuskysymyksenä on: Millaisia vaikutuksia osallistavalla ryhmämuotoisella palveluohjausinterventiolla on osallistujien koettuun elämänlaatuun, yksinäisyyteen, institutionaaliseen luottamukseen ja osallisuuteen (a) kuuden kuukauden pituisen intervention päättyessä ja (b) 15 kuukautta intervention aloittamisen jälkeen?

VAIKUTTAVUUSTAVOITTEET JA NIIDEN PERUSTEET

Sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa käsitteellä vaikuttavuus tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin jokin hoitomenetelmä, palvelu tai interventio tuottaa tavoiteltuja vaikutuksia todellisen elämän olosuhteissa (28, 29). Tarkastelemme osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen vaikuttavuutta suhteessa sen tavoitteisiin eli elämänlaadun ja hyvinvoinnin tukemiseen. Ensisijaisena tulomuuttujana on elämänlaatu ja toissijaisina tulomuuttujina yksinäisyys, institutionaalinen luottamus ja osallisuus, joiden käsitämme kuuluvan hyvinvoinnin tukemisen tavoitteen alle. Seuraavaksi määrittelemme ja perustelemme lyhyesti käytetyt tulomuuttujat.

Elämänlaatu on kokonaisvaltainen ihmisen hyvinvointia kuvaava käsite, jolle on olemassa useita määritelmiä. Ikääntymistutkimuksessakin on hyödynnetty moninaisia näkemyksiä elämänlaadun käsitteestä (30). Tässä tutkimuksessa elämänlaadua tarkastellaan Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän ja sen mukaan laaditun mittarin pohjalta. Elämänlaadun ajatellaan muodostuvan neljästä toisiinsa kytkeytyvästä ulottuvuudesta: fyysinen terveys, psyykinen toimintakyky, sosiaaliset suhteet ja ympäristötekijät. (31.) Ikääntyessä hyvän elämänlaadun tiedetään olevan yhteydessä muun muassa toimintakykyyn, koettuun terveyteen, taloudelliseen tilanteeseen ja tyytyväisyyteen sosiaalisiin suhteisiin (30, 32).

Yksinäisyys on elämänlaadun tavoin moniulotteinen käsite, joka useimmissa teoreettisissa lähestymistavoissa määritellään yksilön kielteiseksi ja subjektiiviseksi kokemukseksi sosiaalisiin suhteisiin liittyvistä puutteista. Aiheesta on viime vuosina tehty paljon tutkimusta niin kotona kuin palvelutalossa asuvien ikäihmisten

näkökulmasta (esim. 33, 34). Näissä tutkimuksissa yksinäisyyden on todettu olevan useimmille ihmisille tilanteinen kokemus, joka on vahvasti sidoksissa aikaan ja paikkaan, jossa sitä koetaan. Yksinäisyyden mittaamiseksi on käytetty sekä yksittäisiä yksinäisyyden kokemusta suoraan sanoittavia kysymyksiä sekä moniulotteisia mittareita, jotka liittävät yksinäisyyden muun muassa ystävyysuhteiden vähäisyyteen, torjuttuun tulemiseen ja kokemukseen emotionaalisen tuen riittämättömyydestä (35). Tutkittavan intervention sosiaaliseen tukeen liittyvän sisällön sekä eksploraatiivisten analyysien perusteella valitsimme yksinäisyyden yhdeksi tutkimuksen toissijaiseksi tulomuuttujaksi jo aiemmin julkaistussa artikkelissa (ks. 26).

Institutionaalinen luottamus käsitetään usein osana sosiaalista pääomaa ja yhteiskunnallista luottamusta, jonka katsotaan yhteiskunnan eheyden ja taloudellisen kasvun ohella edistävän myös hyvää terveyttä sekä tyytyväisyyttä elämään (36, 37). Warren (36 mukaan 38) määrittelee luottamuksen instituutioon tarkoittavan luottamusta siihen, että instituutiota edustavat viranomaiset käyttäytyvät sen normatiivisen idean mukaisesti, johon instituution toiminta perustuu. Useimmiten institutionaalista luottamusta tarkastellaan luottamuksena julkisiin instituutioihin ja toimijoihin. Ikääntyneiden institutionaalista luottamuksesta on tehty tutkimuksia vain vähäisesti, mutta luottamuksen taloudellisiin instituutioihin on havaittu olevan yhteydessä ikäihmisten elämän merkityksellisyteen ja kykyyn selvitä kriisitilanteista (39). Myös institutionaalinen luottamus oli tulomuuttujana jo aiemmassa tutkimuksessa (ks. 26), ja tulkitsemme sen olevan mahdollisesti yhteydessä intervention aikana jaettuun tietoon paikallisista iäkkäille suunnatuista palveluista ja toiminnoista.

Osallisuus on viime vuosina ollut huomattavasti esillä niin ikääntyvän väestön kuin muiden ryhmien näkökulmasta. Osallisuudelle on olemassa useita määritelmiä ja teoreettisia viitekehyksiä, joista käsin sitä on tarkasteltu erityisesti työikäisten ja nuorten kohdalla (40, ks. myös 41). Osallisuutta käsittelevissä tutkimuksissa on käytetty laajasti erilaisia mittareita, joissa yleisimmät mitatut ulottuvuudet ovat yhteys ja kuuluminen (*connectedness, sense of belonging*), osallistuminen (*participation*) ja kansalaisuus (*citizenship*) (42). Tässä tutkimuksessa ymmär-

rämme osallisuuden kuulumisen kokemuksena, joka todentuu mahdollisuutena osallistua itselle merkityksellisiin toimintoihin ja ryhmiin, oman elämän kulkuun liittyviin valintoihin sekä yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen (englanninkielinen vastine: *social inclusion*). Näin ollen nojaamme samankaltaiseen osallisuuden määritelmään, johon myös THL:n kehittämä osallisuusmittari (ks. 43) perustuu. Osallisuus valittiin tulostuuttajaksi sekä intervention tavoitteiden ja sisältöjen että laadullisten aineistojen pohjalta tehtyjen havaintojen perusteella. Laadullisiin aineistoihin perustuvassa interventioprosessin arvioinnissa ilmeni, että ikääntyneet saivat interventioista merkityksellisyyden kokemuksia, osa oli aktiivisempi osallistumaan ja luottamus tulevaisuuteen sekä omaan pärjäämiseen lisääntyi (27).

AINEISTO JA MENETELMÄT

TUTKIMUKSEN ETENEMINEN, ASETELMA JA AINEISTO

Artikkelin taustalla oleva tutkimus on osa PROMEQ-tutkimushanketta, jossa suunniteltiin toimintamalli yksin asuville, hyvinvoinnissaan tai terveydessään haasteita kokeville ikääntyneille. Osallistava ryhmämuotoinen palveluohjaus -nimeä kantavan intervention (ks. tarkemmin aluku Intervention kuvaus ja toteutus) idea perustui yksin asuvien ikäihmisten kanssa toteutettuihin fokusryhmäkeskusteluihin. Fokusryhmäkeskusteluissa nousi esiin, että ikäihmiset kokivat puutteita sosiaalisissa suhteissaan ja kaipasivat muiden ihmisten seuraa. Lisäksi ilmeni, että olemassa olevat palvelut eivät aina kohtaa ikääntyvien tarpeita, eivätkä ikääntyneet aina tule kohdatuiksi yksilöinä sosiaali- ja terveyspalveluissa. (4.) Intervention suunnittelussa hyödynnettiin myös tutkimusalueiden ikääntyneiden palveluissa työskentelevien ammattilaisten asiantuntemusta ja heidän ajatuksiaan siitä, miten yksin asuvien ikäihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua voitaisiin edistää.

Interventio toteutettiin vuosina 2017–2018 Jyväskylän ja Kuopion sekä Eksoten ja Siun soten sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien alueilla. Tutkimusaineisto kerättiin vuosien 2017–2019 aikana. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 65 vuotta täyttäneet yksin asuvat eläkeläiset (n=392), jotka kokivat hyvinvointiinsa tai terveyteensä liittyviä haasteista. Tutkimukseen haettiin osallistujia ilmoituksilla ja kutsukirjeil-

lä. Kutsuja jaettiin potentiaalisille osallistujille muun muassa palveluohjausyksiköissä, terveysasemilla, seurakunnissa ja kolmannen sektorin toimipaikoissa. Ilmoituksia julkaistiin esimerkiksi sanomalehdissä, radiossa, kauppojen ilmoitustauluilla ja apteekeissa. Kutsuissa ja ilmoituksissa oli mainittu tutkimukseen osallistumisen kriteerit: 65-vuotias tai sitä vanhempi, kokoaikaisesti eläkkeellä, yksin asuva, käyttänyt viimeisen puolen vuoden aikana vähintään kahta sote-palvelua ja kokenut viime aikoina vähintään yhdellä terveyden tai hyvinvoinnin alueella puutteita.

Intervention vaikuttavuuden arvioimiseksi tutkimus toteutettiin satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena, joita ei ole Suomessa juurikaan tehty sosiaalipalveluita koskevana. Kansainvälisesti sosiaalipalveluiden kokeellinen tutkimus on ollut laajempaa. Lisäksi sosiaalipalveluissa toteutettavia interventioita vastaavien toimintamallien satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta on muiden tieteenalojen näkökulmasta tehty melko laajasti. Tämä puoltaa kokeellisen tutkimuksen soveltamista myös sosiaalipalveluiden vaikuttavuustutkimuksessa. Kyseessä on luonnollisessa kontekstissa toteutettu käytännöllinen koetutkimus (pragmatic trial), koska interventio toteutettiin osana palveluohjaajien muuta työnsä tavanomaisessa palvelu- ja elämänympäristöissä (29, 44).

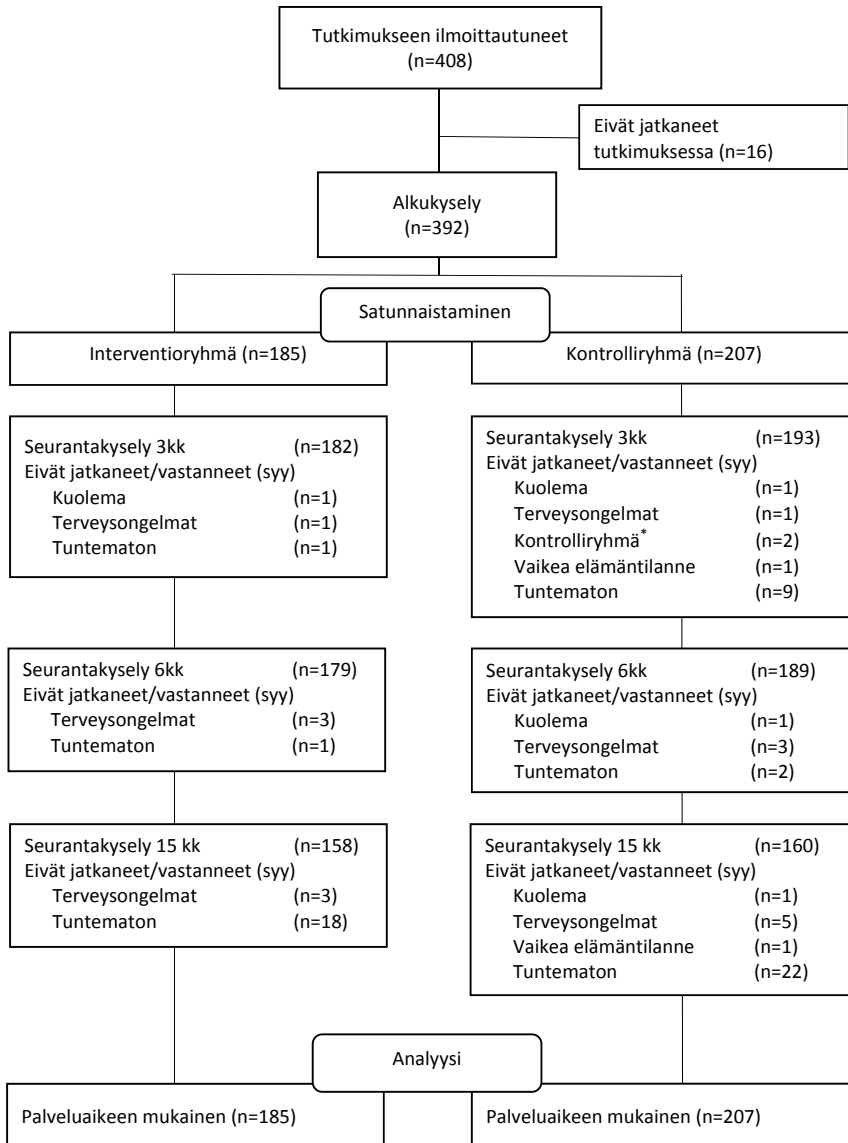
Tutkimuksen eteneminen on esitetty kuviossa 1. Ilmoittautumisen ja suostumuslomakkeen täyttämisen jälkeen osallistujat vastasivat ensimmäiseen kyselyyn. Tutkittavien rekrytointi ja ensimmäisen kyselykierron ajoittuivat vuoden 2017 maaliskuusta heinäkuuhun. Tutkijat toteuttivat satunnaistamisen interventio-ryhmään (n=185) ja kontrolliryhmään (n=207) manuaalisena paperiarvontana tutkimusaluekohtaisesti ja porrastetusti noin 16 osallistujan ryhmissä sitä mukaa, kun riittävä määrä osallistujia oli palauttanut täytetyn kyselylomakkeen. Muutama henkilö (<5) ei halunnut osallistua interventioon ja heidät siirrettiin kontrolliryhmään. Sokkouttaminen ei ollut tässä tutkimusasetelmassa mahdollista. Kontrolliryhmään osallistuneet ikäihmiset eivät saaneet mitään ylimääräistä palvelua, vaan heillä oli mahdollisuus hakeutua tavanomaisiin saatavilla oleviin palveluihin tarpeidensa mukaisesti. Seurantakyselyt kerättiin 3, 6 ja 15 kuukauden kuluttua intervention alkamisesta. Pääsääntöisesti osallistujat täyttivät kyselyn itsenäi-

sesti, mutta tutkijat haastattelivat puhelimitse tai kasvokkain ne osallistujat, jotka sitä toivoivat. Tässä artikkelissa emme tarkastele kolmen kuukauden seuranta-aineistoa.

Tutkimukselle on saatu Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyväksyntä ja tutkimusluvut mukana olevilta organisaatioilta. Tutkimukseen ilmoittautuneilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Interventoryhmään osallistuneista 6 henkilöä ja kontrolliryhmään osallistuneista 11 henkilöä keskeytti tutkimuk-

sen ennen kuuden kuukauden seurantakyselyä. Interventoryhmään osallistuneista 13 henkilöä oli paikalla ainoastaan yhdessä ja 12 henkilöä kahdessa ryhmätapaamisessa. Koko tutkimuksen aikana keskeyttäneitä oli interventoryhmässä 27 henkilöä (6,9 %) ja kontrolliryhmässä 47 henkilöä (12,0 %). (Kuvio 1.)

Tutkimuksen raportoinnissa olemme noudattaneet vaikuttavuustutkimuksille laadittuja CONSORT -ohjeistuksia (45, 46), joista toinen keskittyy kohdennetusti sosiaalisten ja psykologisten interventioiden tutkimuksien raportointiin (46).



Kuvio 1. Tutkimuksen eteneminen

* Keskeyttivät, koska saivat tiedon satunnaistamisesta kontrolliryhmään

INTERVENTION KUVAUS JA TOTEUTUS

Osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen päätavoitteena oli tukea ikääntyneiden elämänlaatua ja hyvinvointia tarvelähtöisesti ja osallistavasti. Tarkoituksena oli myös vahvistaa ikääntyneiden osallisuutta tutustumalla konkreettisesti paikallisiin toimintaympäristöihin ja ikääntyneille suunnattuihin toimintoihin sekä välittämällä tietoa erilaisista toimintamahdollisuuksista, tilaisuuksista ja palveluista. Tutkimuksen interventio-ryhmä sisälsi 24 suljettua pienryhmää (jatkossa interventio-osaryhmä), jotka kokoontuivat Eksofen (6 ryhmää), Siun sofen (5 ryhmää), Kuopion (4 ryhmää) ja Jyväskylän (9 ryhmää) alueilla. Jokaiseen ryhmään osallistui 6–9 ikäihmistä ja ryhmiä mentoroi palveluohjaaja-tutkija työpari. Interventio sisälsi viisi noin kahden tunnin mittaista ryhmätapaamista puolen vuoden ajanjaksoilla. Ryhmätöinnin sisällöt suunniteltiin ja räätälöitiin ensimmäisellä tapaamisella yhdessä osallistujien kanssa heidän tarpeidensa ja toiveidensa mukaisesti. Ryhmiin osallistuneet ikäihmiset olivat siis mukana toiminnan suunnittelussa ja he toimivat ryhmissä tasavertaisina jäseninä ja vertaisohjaajina tuoden omaa tietämystään keskusteluihin. (26, 27.)

Ryhmätapaamiset rakentuivat sosiaalisen tuen, ohjauksen ja informaation jakamisen sekä yhteisen tekemisen ympärille siten, että jokainen ryhmätapaaminen sisälsi näitä elementtejä, vaikka tapaamisten teemat vaihtelivatkin interventio-osaryhmien välillä. Ryhmämuotoisuuteen liittyi olennaisesti ryhmän mahdollistama ja tarjoama sosiaalinen tuki, joka piti sisällään kuulumisten vaihtoa, yhteisiä keskusteluja sekä elämäkokemuksien jakamista. Ohjaus ja informaatio liittyivät esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluihin (mm. kotiin annettavat palvelut, sote-uudistus), muihin palveluihin (mm. liikuntapalvelut, kolmannen sektorin toiminta), paikallisiin tapahtumiin tai terveyden ja hyvinvointiin (mm. aivoterveys, ravitsemus, liikunta). Ohjauksessa hyödynnettiin myös muita asiantuntijoita, kuten muistikoordinaattoreita, järjestöjen työntekijöitä, vanhuseuvostojen toimijoita ja liikunnanohjaajia. Toimintamallin ryhmämuotoisuus toteutui myös yhteisenä tekemisenä, joka sisälsi esimerkiksi tutustumiskäyntejä paikallisiin ympäristöihin (mm. uimahalli, ikääntyneiden palvelukeskukset, teatteri), yhdessä lounastamista, luontoretkeä tai jumppatuokioita. Ryhmissä ohjaus pyrittiin to-

teuttamaan keskustelevasti välttämällä tiedon yksipuolista jakamista ohjaajalta osallistujille. Samalla mahdollistettiin myös ikääntyneiden keskinäinen tiedon jakaminen ja vertaistuen antaminen. (ks. 27.) Tapaamisissa pyrittiin huomioimaan se, että aikaa on riittävästi vapaamuotoiselle yhdessä olemiselle, tutustumiselle ja keskustelulle. Ryhmiä myös kannustettiin omaehtoisiiin tapaamisiin ohjattujen tapaamisten välillä ja intervention päättymisen jälkeen. Kuuden kuukauden mittaisen ohjatun interventiojakson aikana omaehtoisia ryhmätapaamisia ei kuitenkaan haluttu järjestää, mutta intervention päättymisen jälkeen osa ryhmistä sopi jatkotapaamisia.

MITTARIT

Kyselylomake sisälsi taustatietoihin, asumiseen, elinoloihin, työhön, terveyteen, elämänlaatuun, osallisuuteen, pystyvyyteen, sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön, ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyviä kysymyksiä ja mittareita. Tässä tutkimuksessa käytimme sosiodemografisina taustatietoina ikää, sukupuolta, koulutusta ja tulo-tasoa. Raportoimme myös tutkimuksen aikana elämässä tapahtuneita kielteisiä muutoksia, joita ovat vakava sairastuminen, terveydentilan merkittävä heikentyminen, tulojen heikentyminen sekä läheisen henkilön sairastuminen tai kuolema. Vastaavasti kysimme elämässä tapahtuneista myönteisistä muutoksista, joista tarkastelemme uuden ystävän löytymistä ja uuden harrastuksen aloittamista kuvaavia muuttujia. Vaikuttavuuden mittaamisessa käytämme elämänlaadun ja yksinäisyyden mittareita sekä institutionaaliseen luottamukseen ja osallisuuteen liittyviä väittämiä, joista on rakennettu summamuuttujat.

Ikääntyneiden koettua elämänlaatua mitattiin WHOQOL-BREF-mittarilla, joka koostuu 26 muuttujasta (31). Mittarin suomenkielinen versio (ks. 47) on julkaistu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämässä TOIMIA-tietokannassa. Elämänlaatua pyydettiin arvioimaan viimeisen kahden viikon perusteella viisiportaisilla Likert-asteikollisilla kysymyksillä. Ensin vastaajilta kysyttiin kaksi yleistä kysymystä siitä, millaiseksi he kokevat elämänlaatunsa ja terveytensä. Tämän jälkeen kysyttiin 24 tarkennetumpaa kysymystä eri elämänlaadun ulottuvuuksista: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristöön liittyvä elämänlaatu. Tässä tutkimuksessa elämänlaadun mittaamisessa käytettiin

näitä ulottuvuuksia, joiden arvot on muunnettu asteikolle 0–100. (ks. 48.) Lisäksi raportoimme elämänlaadun kokonaistuloksen, joka laskettiin neljän ulottuvuuden keskiarvona. Elämänlaadun ulottuvuuksille laskettiin alkukyselyn muuttujiin perustuvat Cronbachin alfat reliabiliteetin varmistamiseksi: fyysinen 0,819, psyykkinen 0,831, sosiaalinen 0,692, ympäristöllinen 0,784.

Yksinäisyyttä mitattiin 12 muuttujan UCLA-mittarilla, joka on lyhennetty versio alkuperäisestä mittarista (49, 50). Vastaajia pyydettiin arvioimaan asteikolla 1–4, kuinka usein heistä tuntuu esitettyjen väitteiden kaltaiselta. Väittämät olivat esimerkiksi muotoa ”Tunnen olevani osa ystäväjoukkoa” tai ”En ole enää läheinen kenenkään kanssa” (ks. esim. 51). Vastausvaihtoehdot olivat ”ei koskaan”, ”harvoin”, ”joskus” ja ”usein”. Negatiiviset asteikat käännettiin ja 12 väittämästä muodostettiin summamuuttuja, jonka Cronbachin alfa on 0,912.

Luottamusta instituutioihin mitattiin julkisen vallan ja hallinnon, terveydenhuollon, sosiaalihuollon, oikeuslaitoksen, poliisin ja kunnan päätöksenteon osalta kuudella väittämällä, jotka olivat muotoa: ”Instituutioon x voi luottaa”. Poliittiset ja oikeudelliset instituutiot on perinteisesti huomioitu institutionaalisen luottamuksen mittaamisessa (52). Tässä tutkimuksessa mukaan otettiin myös sosiaalihuolto ja terveydenhuolto, koska luottamus niihin on keskeistä hyvinvoinnissaan tai terveydessään haasteita kokevilla ihmisillä. Väittämiin vastattiin Likert-asteikollisilla vaihtoehdoilla, jotka olivat ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Luottamusta eri instituutioihin mittaavista väittämistä muodostettiin summamuuttuja, jonka Cronbachin alfa on 0,844.

Osallisuutta koskevat väittämät olivat seuraavat: ”Minun päätöksentekokykyyni luotetaan”, ”saan päättää omista asioistani”, ”olen tyytyväinen elämäni”, ”osaan etsiä ja kysyä tietoa sitä tarvitessani”, ”tunnen itseni tarpeelliseksi”, ”en tunne ketään, kenen puoleen kääntyä, jos tarvitsen apua”, ”koen olevani tärkeä jollekin henkilölle” ja ”koen olevani tärkeä osa yhteiskuntaa”. Väittämät kysyttiin laajemman kysymyspatteriston ohessa ja vastausvaihtoehdot olivat samat kuin luottamusta mittaavien väittämien kohdalla (ks. edellinen kappale). Kyseessä ei ole siis osallisuuden mittari, mutta valitut

väittämät kuvaavat osallisuutta ja vastaavat niitä väittämiä, joita osallisuutta mittaavissa mitareissa on käytetty (ks. 43). Cronbachin alfa muodostetulle osallisuuden summamuuttujalle on 0,748.

Lisäanalyyseissä käytimme 15 kuukauden kyselyssä interventio-ryhmään osallistuneille esitettyä kysymystä siitä, ovatko osallistujat tavanneet tai olleet muulla tavoin yhteydessä yhden tai useamman interventio-osaryhmäläisen kanssa ohjatun ryhmätoiminnan päättymisen jälkeen. Vastausvaihtoehdot sekä tapaamiselle että yhteydenpidolle olivat ”en ollenkaan”, ”1–3 kertaa”, ”4–6 kertaa”, ”7–9 kertaa” ja ”yli 10 kertaa”. Näistä muodostettiin dikotominen muuttuja, jossa arvon 0 saivat ne, jotka eivät ole olleet missään yhteydessä toisiin ryhmäläisiin tai eivät vastanneet kysymykseen. Arvon 1 puolestaan saivat ne osallistujat, jotka ilmoittivat olleensa yhteydessä tai tavanneensa muita ryhmäläisiä.

ANALYYSIMENETELMÄT

Satunnaistamisen onnistumisen selvittämiseksi vertailimme interventio- ja kontrolliryhmän alkutilanteen arvoja järjestysasteikollisten muuttujien osalta khiin neliö -testillä ja jatkuvien muuttujien osalta kahden ryhmän t-testillä tai Mann-Whitney U-testillä.

Ryhmien vertailemisessa ajassa tapahtuneen muutoksen osalta käytimme analyysimenetelmänä yleistetyn lineaarisen mallinnuksen laajennusta, GEE (*general estimating equations*) -mallinnusta (53). Menetelmä soveltuu hyvin toistomittauksien analyysiin, koska se pystyy käsittelemään eri ajankohtina mitattujen muuttujien välisen korrelaation. Lisäksi tulosuuttuja voi olla jatkuva tai epäjatkuva ja sen jakaumalle on useita vaihtoehtoja. (54.) Elämänlaadun ulottuvuudet oletimme normaalisti jakautuneiksi, mutta muiden tulosuuttujien (yksinäisyys, institutionaalinen luottamus ja osallisuus) jakaumat olivat positiivisesti vinoja, joten oletukseksi niiden kohdalle valitsimme käänteisen normaali-jakauman (*inverse gaussian*) (ks. 55). Sovitimme mallit identtisillä (*identity*) linkkifunktioilla ja korrelaatiomatriirisille (*working correlation matrix*) emme olettaneet erityistä rakennetta (*unstructured*). Malleissa selittäjinä olivat ryhmä (interventio-/kontrolliryhmä) ja aika (kolme ajanhetkeä: 0, 6 ja 15 kk). Tuloksissa raportoimme tulosuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat

sekä GEE-mallien ryhmän ja ajan interaktioiden p-arvot.

Tutkimme intervention vaikutuksia tässä tutkimuksessa ensisijaisesti palveluaikeeseen (*intention-to-treat* = hoitoaie terveystieteellisissä tutkimuksissa) mukaisesti, jotta saamme tietoa luonnollisissa olosuhteissa toteutetun intervention vaikuttavuudesta. Palveluaikeeseen mukainen tarkastelu tarkoittaa sitä, että kaikki tapaukset sisällytetään analyysiin niissä ryhmissä, joihin heidät on alkutilanteessa satunnaistettu. (56.) Aiemmin julkaistussa artikkelissa on raportoitu toteutetun tutkimusasetelman eli protokollan mukaiset (*per-protocol*) tulokset elämänlaadun, yksinäisyyden ja luottamuksen osalta heti intervention päättymisen jälkeen (28) sen varmentamiseksi, toimiiko interventio niille ikääntyneille, jotka osallistuivat ryhmätapaamisiin useammin kuin kaksi kertaa ja vastasivat seurantakyselyyn (ks. 57). Samassa julkaisussa raportoitiin myös palveluaikeeseen mukaiset analyysit lyhyen aikavälin (6kk) mittauksen osalta. Tässä tutkimuksessa analysoimme aineistot ainoastaan palveluaikeeseen mukaisesti, koska oletimme protokollan mukaisen tulosten olevan vinoutuneita aineiston puuttuvuuden ja osallistujien keskeyttämisen huomattavasti suuremman määrän vuoksi. Tutkimus painottuu 15 kuukauden mittaukseen, mutta kaikkien tulosmuuttujien osalta raportoimme myös kuuden kuukauden mittauksen arvot eri mittauspisteiden välisten erojen havainnollistamiseksi. Osallisuudesta ei ole aiemmin julkaistu kuuden kuukauden mittauksen tuloksia.

Puuttavaksi tiedoksi katsoimme yksittäiset puuttuvat tulosmuuttujien arvot sekä tutkimuksen keskeyttäneiden henkilöiden puuttuvat arvot. Puuttuvuutta tarkasteltiin elämänlaadun osalta ulottuvuuksien tasolla ja muiden tulosmuuttujien osalta muuttujatasolla. Puuttuvan tiedon osuus vaihteli alkumittauksessa 0,5 % ja 2,5 % välillä. Kuuden kuukauden seurantamittauksessa puuttuvuus oli korkeimmillaan 8,7 % ja 15 kuukauden seurantamittauksessa 20,2 %. Little's MCAR -testin (58) mukaan puuttuva tieto ei ole täysin satunnaisesti puuttuvaa (*missing completely at random* = MCAR). Tähän perustuen oletimme puuttuvan tiedon olevan satunnaisesti puuttuvaa (*missing at random* = MAR), minkä vuoksi palveluaikeeseen mukaiset analyysit tehtiin moni-imputoidulle aineistolle. (59, 60.) Kesken tutkimuksen menehtyneiden kohdalla

tulee harkita, miten puuttuvuutta käsitellään. Yksinkertaisin ratkaisu eli menehtyneiden pois-sulkeminen tutkimuksesta voi vääristää tuloksia myönteiseen suuntaan. (61.) Keskeyttämisen syy jäi epäselväksi usean henkilön kohdalla, minkä vuoksi imputoimme kaikkien keskeyttäneiden puuttuvat arvot samalla menetelmällä.

Käytimme imputoinnissa MICE (*multiple imputation with chained equations*) -menetelmää, joka perustuu aineistossa olemassa olevaan tietoon tulosmuuttujista sekä taustamuuttujista (62). Tarkennetummin menetelmänä käytimme PMM (*predictive mean matching*) -imputointia. Imputointimalliin valitsimme kolmessa ajankohdassa (0kk, 6kk ja 15kk) mitattujen tulosmuuttujien (elämänlaatu, yksinäisyys, institutionaalinen luottamus ja osallisuus) lisäksi kyselylomakkeessa kysytyt keskeiset taustamuuttujat sekä muuttujan, joka ilmentää kuuluuko vastaaja koe- vai kontrolliryhmään. Elämänlaatu imputoitiin ulottuvuuksien summapisteen tasolla ja muut tulosmuuttujat muuttujatasolla. Imputointi toistettiin 20 kertaa. Moni-imputoinnin jälkeen tehty analyysi tuottaa yhden yhdistetyn tuloksen, joka perustuu kaikkiin toteutettuihin imputointikertoihin. (ks. 60.) Raportoimme artikkelissa GEE-mallien tulokset myös ilman imputoimista siten, että kaikki saatavilla olevat muuttujien arvot sisältyivät analyysiin.

Perusanalyysin osalta raportoimme myös efektikoot, jotka kertovat siitä, kuinka suuri vaikutus interventiolla on tulosmuuttujaan (63). Effektikokojen arvioinnissa käytimme d-indeksiä, jonka laskemisessa huomioidaan sekä alku- että loppumittauksien keskiarvot ja keskihajonnat (64). Vaikka kaikki tulosmuuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita, katsoimme otoskoon olevan riittävän suuri d-indeksin käyttämiseksi (ks. 63). Effektikokojen todentamisessa hyväksyimme perinteiset raja-arvojen määreet: pieni efekti (0,2-0,5), keskisuuri efekti (0,5-0,8) ja suuri efekti (>0,8).

Lisäanalyysinä toteutimme analyysit alaryhmittäin (ks. 65) huonon ja hyvän elämänlaadun mukaisesti yksinäisyyden, institutionaalisen luottamuksen ja osallisuuden tulosmuuttujien osalta. Alaryhmät jaotimme elämänlaadun ulottuvuuksista muodostetun kokonaiselämänlaatua kuvaavan muuttujan perusteella siten, että asteikolla 0–100 alle 60 pistettä tarkoittaa huonoa elämänlaatua ja yli 60 pistettä hyvää elämänlaatua (ks.

Taulukko 1. Osallistujien taustatiedot ja tulosmuuttajat sekä interventio- ja kontrolliryhmän välinen vertailu

Muuttuja	Kaikki osallistujat (n=392)	Interventio ryhmä (n=185)	kontrolli- ryhmä (n=207)	Ryhmien vertailu, p-arvot
Ikä, ka (kh)	76,8 (7,5)	76,8 (7,2)	76,8 (7,8)	0,877
Sukupuoli (nainen), n (%)	325 (82,9 %)	152 (82,2 %)	173 (83,6 %)	0,711
Koulutus, n (%)				0,445
-Perus	124 (31,6 %)	54 (29,2 %)	70 (33,8 %)	
-Keskiaste	184 (46,9 %)	93 (50,3 %)	91 (44,0 %)	
-Korkea	84 (21,4 %)	38 (20,5 %)	46 (22,2 %)	
Tulot, n (%)				0,169
< 15000	113 (28,8 %)	45 (25,3 %)	68 (33,8 %)	
15001–35000	225 (57,4 %)	114 (64,0 %)	111 (55,2 %)	
35000 >	41 (10,5 %)	19 (10,7 %)	22 (10,9 %)	
Elämänlaatu, ka (kh)				
-Fyysinen	57,8 (17,3)	58,7 (17,2)	57,0 (17,4)	0,344
-Psyykinen	59,7 (16,7)	59,6 (17,1)	59,8 (16,4)	0,907
-Sosiaalinen	62,5 (20,4)	62,4 (20,3)	62,5 (20,4)	0,981
-Ympäristö	63,6 (16,0)	64,1 (15,0)	63,2 (16,9)	0,612
Yksinäisyys, ka (kh)	24,1 (7,7)	24,5 (7,8)	23,7 (7,6)	0,332
Institutionaalinen luottamus, ka (kh)	21,0 (4,8)	21,0 (4,6)	21,0 (5,0)	0,868
Osallisuus, ka (kh)	31,4 (4,9)	31,3 (5,1)	30,9 (4,8)	0,576

66). Elämänlaatuun perustuvien alaryhmien vaikutusta tutkittiin interaktion (Ryhmä x Aika x Alaryhmä) kautta. Lisäanalyseissä tarkastelimme myös, oliko merkitystä sillä, jos interventio-ryhmäläiset olivat tavanneet toisiaan tai olleet muutoin yhteydessä toisiinsa intervention päättymisen jälkeen. Näissä analyyseissä tilastolliset mallit ajettiin erikseen kahdelle osa-aineistolle, jotka muodostettiin sen mukaan, olivatko interventio-ryhmäläiset olleet toisiinsa yhteydessä vai eivät. Tämä tarkoittaa sitä, että kummassakaan osa-aineistossa kontrolliryhmään ei tehty muutoksia, mutta interventio-ryhmään sisällytettiin joko yhteyttä pitäneet osallistujat tai he, jotka eivät pitäneet lainkaan yhteyttä toisiinsa intervention päättymisen jälkeen.

Aineisto analysoitiin Stata 15 -ohjelmistolla.

TULOKSET

OSALLISTUJIIEN TAUSTATIEDOT JA TERVEYDENTILAN MUUTOKSET

Tutkimuksen alkaessa osallistujien keski-ikä oli 76,8 vuotta ja 82,9 % heistä oli naisia. Alkumittauksessa interventio- ja kontrolliryhmän välillä

ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä eroja taustamuuttujissa iän, sukupuolen, koulutuksen tai tulojen suhteen, eikä tulosmuuttujissa elämänlaadun, yksinäisyyden, institutionaalisen luottamuksen tai osallisuuden suhteen. (Taulukko 1.)

Interventio-ryhmäläisistä 43,2 % ja kontrolliryhmäläisistä 46,4 % sairastuivat kyselyjen perusteella vakavasti tutkimuksen aikana. Vastavasti 9,7 % koeryhmään osallistuneista ja 7,2 % kontrolliryhmään osallistuneista kokivat terveydentilansa heikentyneen merkittävästi. 53,0 % interventio-ryhmäläisistä ja 49,3 % kontrolliryhmäläisistä ilmoittivat tulojensa heikentyneen. Läheinen henkilö oli sairastunut tai kuollut interventio-ryhmäläisistä 59,5 % ja kontrolliryhmäläisistä 54,1 % kohdalla. Tuloksista tai tutkimuksen aikana muulla tavoin ei käynyt ilmi, että interventio olisi aiheuttanut haittaa tutkittaville. Interventio-ryhmäläisistä 40 % ja kontrolliryhmäläisistä 31,9 % oli löytänyt uuden ystävän tutkimuksen aikana (khiin neliö -testi, $p = 0,094$). Uuden harrastuksen oli aloittanut 33,5 % interventio-ryhmään osallistuneista ja 28,5 % kontrolliryhmään osallistuneista (khiin neliö -testi, $p = 0,284$).

Taulukko 2. Elämänlaadun, yksinäisyyden, institutionaalisen luottamuksen ja osallisuuden keskiarvot ja keskihajonnat eri mittauspisteissä sekä GEE mallien ryhmän ja ajan interaktion p-arvot ja efektitkoot

Muuttuja	Interventoryhmä (n=185)			Kontrolliryhmä (n=207)			RyhmäXAika p-arvot		Efektikoko*
	0 kk	6 kk	15 kk	0 kk	6 kk	15 kk	6kk	15kk	
EL: Fyysinen Imp.**	58,7 (17,2)	58,8 (17,6)	57,9 (18,1)	57,0 (17,4)	56,1 (19,4)	57,5 (19,4)	0,625	0,954	0,08
	58,7 (17,2)	58,7 (17,9)	58,1 (18,8)	56,8 (17,6)	55,8 (20,3)	56,4 (21,3)	0,511	0,903	0,01
EL: Psykkinen Imp.	59,6 (17,1)	59,0 (16,9)	60,1 (15,8)	59,8 (16,4)	60,1 (15,8)	60,7 (15,6)	0,577	0,593	0,02
	59,7 (17,1)	59,2 (16,9)	60,0 (16,7)	59,8 (16,3)	60,0 (16,2)	60,7 (16,7)	0,565	0,724	0,04
EL: Sosiaalinen Imp.	62,4 (20,3)	62,0 (20,3)	62,8 (20,2)	62,5 (20,4)	61,5 (21,4)	61,9 (20,7)	0,373	0,628	0,05
	62,0 (20,8)	62,4 (20,6)	62,7 (21,6)	62,3 (20,7)	61,1 (22,7)	62,5 (23,0)	0,379	0,803	0,02
EL: Ympäristö Imp.	64,1 (15,0)	66,0 (15,2)	65,6 (13,8)	63,2 (16,9)	64,6 (15,8)	65,2 (16,7)	0,614	0,785	0,03
	64,2 (15,0)	65,7 (15,3)	65,6 (14,6)	63,1 (17,0)	64,3 (16,3)	64,4 (18,7)	0,791	0,969	0,01
EL: Summa Imp.	61,3 (13,7)	61,5 (14,0)	61,6 (13,4)	60,8 (13,1)	60,6 (13,9)	61,4 (13,9)	0,542	0,996	0,02
	61,1 (13,8)	61,5 (14,0)	61,6 (13,5)	60,5 (13,3)	60,3 (14,3)	61,0 (14,4)	0,607	0,977	0,00
Yksinäisyys Imp.	24,5 (7,8)	23,7 (7,9)	24,4 (7,8)	23,7 (7,6)	22,8 (7,4)	23,8 (8,1)	0,819	0,566	0,03
	24,6 (7,7)	23,9 (7,8)	24,2 (7,4)	23,6 (7,4)	23,0 (7,2)	24,2 (7,7)	0,979	0,142	0,13
Inst. luottamus Imp.	21,0 (4,6)	21,3 (4,2)	20,9 (4,4)	21,0 (5,0)	20,7 (4,9)	20,5 (4,9)	0,182	0,157	0,08
	21,0 (4,6)	21,3 (4,3)	21,0 (4,4)	21,0 (4,9)	20,6 (4,9)	20,4 (4,8)	0,166	0,254	0,13
Osallisuus Imp.	31,3 (5,1)	30,9 (4,8)	31,0 (5,0)	31,6 (4,8)	31,4 (5,1)	31,7 (5,2)	0,591	0,575	0,08
	31,3 (5,0)	30,9 (4,9)	30,8 (5,0)	31,6 (4,8)	31,2 (5,3)	31,4 (5,4)	0,831	0,734	0,06

*D-indeksin arvo alkumittauksen ja 15 kuukauden mittauksen välillä

**Imp. = Imputoidun aineiston arvot

ELÄMÄNLAATU, YKSIÄISYYS, LUOTTAMUS INSTITUUTIOIHIN JA OSALLISUUS

Perusanalyysien tulokset on esitetty Taulukossa 2 ennen moni-imputointia ja sen jälkeen. Menetelmäosiossa esitettyjen perusteiden mukaisesti moni-imputointiin pohjautuvien GEE-mallien tulokset ovat luotettavampia ja ne raportoidaan tekstissä. Interventiolla ei ollut vaikutusta osallistujien elämänlaadun fyysiseen (Ryhmä X Aika interaktio (15kk), $p = 0,903$; Efektikoko = 0,01), psykkiniseen (Ryhmä X Aika interaktio (15kk), $p = 0,724$; Efektikoko = 0,04), sosiaaliseen (Ryhmä X Aika interaktio (15kk), $p = 0,803$; Efektikoko = 0,02) tai ympäristöön liittyvään ulottuvuuteen (Ryhmä X Aika interaktio (15kk), $p = 0,969$; Efektikoko = 0,01). Yksinäisyys väheni hieman interventoryhmässä ja lisääntyi kontrolliryhmässä 15 kuukautta intervention alkamisesta, mutta ryhmien välinen ero muutoksessa ei ole tilastollisesti merkitsevä (Ryhmä X Aika interaktio (15kk): $p = 0,142$, Efektikoko: 0,13). Interventiolla ei ollut merkittäviä vaikutuksia myöskään institutionaaliseen luottamukseen (Ryhmä X Aika interaktio (15kk), $p = 0,254$; Efektikoko = 0,13) eikä osallisuuteen (Ryhmä X Aika interaktio (15kk), $p = 0,734$; Efektikoko = 0,06).

Hyvän ja huonon elämänlaadun mukaiset alaryhmittäiset tulokset on esitetty Taulukossa 3. Alaryhmäanalyysissä ei löytynyt tilastollisesti

merkitseviä eroja tulosmuuttujissa interventio- ja kontrolliryhmän välillä. Eniten muutosta havaittiin osallisuuden summamuuttujassa kuuden kuukauden mittauksessa (Ryhmä X Aika X Alaryhmä interaktio, $p = 0,186$), jolloin huonoksi elämänlaatunsa alkumittauksessa arvioineilla henkilöillä osallisuus lisääntyi hieman interventoryhmässä, kun taas hyväksi elämänlaatunsa kokeneilla osallisuus väheni. Kontrolliryhmässä osallisuuden kokemus heikkeni molemmissa alaryhmissä kuuden kuukauden mittauksessa.

Interventoryhmäläisistä 42,7 % oli tavannut tai ollut muulla tavoin yhteydessä muiden ryhmäläisten kanssa virallisten interventiotapaamisten päättymisen jälkeen. Lisäanalyysit osoittivat, että yksinäisyys väheni tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmään verrattuna 15 kuukauden kohdalla niillä osallistujilla, jotka olivat pitäneet yhteyttä muihin ryhmäläisiin (Ryhmä X Aika interaktio, $p = 0,004$). Sosiaalinen elämänlaatu puolestaan lisääntyi yhteyttä pitäneillä osallistujilla, mutta kontrolliryhmään verrattuna ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Ryhmä X Aika interaktio, $p = 0,153$). Yhteydenpitoa koskevissa lisäanalyysissä muiden elämänlaadun ulottuvuuksien, institutionaalisen luottamuksen tai osallisuuden vaikuttavuustulokset eivät merkittävästi muuttuneet taulukossa 2 raportoiduista arvoista. (Taulukko 4.)

Taulukko 3. Yksinäisyyden, institutionaalisen luottamuksen ja osallisuuden keskiarvot ja keskihajonnat elämänlaadun mukaisissa alaryhmissä sekä GEE mallien ryhmän, ajan ja elämänlaadun interaktioiden p-arvot

Muuttuja	Interventoryhmä (n=185**)			Kontrolliryhmä (n=207***)			GEE, p-arvo	
	0kk	6kk	15kk	0kk	6kk	15kk	6kk	15kk
Yksinäisyys								
Hyvä EL	19,9 (4,7)	19,6 (5,5)	20,2 (5,7)	20,4 (6,3)	19,8 (5,9)	21,0 (6,4)	0,239	0,654
Huono EL	30,4 (6,8)	28,8 (7,5)	29,3 (7,2)	27,1 (7,2)	26,2 (7,5)	27,2 (8,8)		
Imp.* Hyvä EL	20,1 (4,9)	20,1 (5,9)	21,0 (5,9)	20,4 (6,2)	20,1 (5,9)	22,3 (7,0)	0,427	0,951
Imp. Huono EL	30,4 (6,8)	28,9 (7,5)	28,5 (7,2)	27,1 (7,0)	26,1 (7,2)	26,3 (8,0)		
Institutionaalinen luottamus								
Hyvä EL	22,4 (4,4)	22,5 (3,9)	21,9 (4,3)	22,8 (4,4)	22,4 (4,1)	22,2 (4,2)	0,611	0,668
Huono EL	19,3 (4,4)	19,9 (4,2)	19,8 (4,2)	19,1 (4,8)	18,9 (4,9)	18,8 (4,9)		
Imp. Hyvä EL	22,3 (4,3)	22,4 (4,0)	21,9 (4,4)	22,7 (4,4)	22,2 (4,3)	21,9 (4,5)	0,875	0,610
Imp. Huono EL	19,3 (4,4)	19,7 (4,3)	19,8 (4,3)	19,1 (4,7)	18,8 (5,0)	18,8 (4,9)		
Osallisuus								
Hyvä EL	33,9 (3,4)	32,8 (3,7)	33,2 (4,1)	33,8 (3,7)	33,4 (4,2)	33,6 (4,2)	0,058	0,513
Huono EL	27,9 (4,9)	28,5 (5,0)	28,4 (4,7)	29,5 (4,4)	29,1 (5,0)	29,5 (5,4)		
Imp. Hyvä EL	33,8 (3,5)	32,8 (3,9)	32,6 (4,4)	33,8 (3,7)	33,2 (4,4)	32,9 (4,6)	0,186	0,635
Imp. Huono EL	27,9 (4,9)	28,4 (5,0)	28,5 (4,9)	29,3 (4,7)	29,0 (5,2)	29,7 (5,5)		

* Imp. = Imputoidun aineiston arvot

** Hyvä EL n=104; Huono EL n=78; Imp. Hyvä EL n=104-106; Imp. Huono EL n=79-81

*** Hyvä EL n=107; Huono EL n=94; Imp. Hyvä EL n=108-109; Imp. Huono EL n=98-99

Taulukko 4. Interventoryhmän elämänlaadun, yksinäisyyden, institutionaalisen luottamuksen ja osallisuuden keskiarvot ja keskihajonnat yhteydenpidon mukaisissa alaryhmissä sekä GEE mallien ryhmän ja ajan interaktion p-arvot

Muuttuja	Interventoryhmä: Yhteyksiä muihin ryhmäläisiin (n=79)			RyhmäXAika* p-arvot		Interventoryhmä: Ei yhteyksiä muihin ryhmäläisiin (n=106)			RyhmäXAika* p-arvot	
	0 kk	6 kk	15 kk	6kk	15kk	0 kk	6 kk	15 kk	6kk	15kk
EL: Fyys.	59,1(16,9)	57,8(15,6)	57,7(17,2)	0,830	0,623	58,3(17,5)	59,6(19,1)	58,2(19,0)	0,359	0,730
Imp.	59,1(16,9)	57,8(15,6)	57,7(17,2)	0,886	0,602	58,4(17,6)	59,4(19,5)	58,4(19,9)	0,286	0,843
EL: Psyk.	60,4(15,6)	60,2(14,9)	61,8(13,2)	0,691	0,929	59,0(18,2)	58,1(18,3)	58,4(18,0)	0,609	0,338
Imp.	60,4(15,6)	60,2(14,9)	61,8(13,3)	0,772	0,772	59,1(18,2)	58,4(18,3)	58,7(18,7)	0,543	0,495
EL: Sos.	62,3(18,4)	64,5(18,2)	65,9(17,8)	0,115	0,104	62,5(21,8)	60,1(21,8)	59,6(21,9)	0,969	0,483
Imp.	62,3(18,4)	64,5(18,2)	65,9(17,8)	0,126	0,153	61,8(22,5)	60,9(22,2)	60,3(23,8)	0,887	0,543
EL: Ymp.	63,6(15,3)	66,4(15,1)	65,9(14,7)	0,315	0,639	64,4(14,8)	65,7(15,3)	65,3(13,0)	0,929	0,941
Imp.	63,6(15,3)	66,2(15,3)	65,9(14,7)	0,373	0,576	64,6(14,9)	65,4(15,4)	65,3(14,5)	0,771	0,725
EL: Summa	61,4(12,6)	62,5(12,6)	62,9(12,3)	0,347	0,534	61,2(14,5)	60,7(15,1)	60,2(14,4)	0,901	0,560
Imp.	61,4(12,6)	62,2(12,8)	62,8(12,2)	0,447	0,500	61,0(14,6)	61,0(14,9)	60,7(14,3)	0,860	0,611
Yksinäisyys	24,1(7,8)	22,6(7,7)	22,9(7,5)	0,109	0,054	24,9(7,7)	24,7(8,0)	25,9(7,8)	0,343	0,433
Imp.	24,1(7,8)	22,5(7,6)	22,7(7,4)	0,103	0,004	24,9(7,7)	24,9(7,9)	25,4(7,3)	0,284	0,926
Inst. luottamus	20,6(4,5)	21,1(4,3)	20,6(4,3)	0,151	0,418	21,3(4,7)	21,5(4,2)	21,3(4,5)	0,407	0,111
Imp.	20,7(4,4)	21,1(4,3)	20,7(4,2)	0,133	0,350	21,3(4,7)	21,3(4,4)	21,3(4,6)	0,400	0,330
Osallisuus	31,8(4,6)	31,6(4,1)	32,0(4,4)	0,475	0,914	30,8(5,4)	30,4(5,2)	30,1(5,3)	0,858	0,267
Imp.	31,9(4,6)	31,8(4,2)	31,8(4,5)	0,519	0,764	30,8(5,4)	30,3(5,3)	30,1(5,2)	0,871	0,472

* Ryhmän ja ajan interaktio, jossa ryhmä sisältää koeryhmän alaryhmän (yhteyksiä muihin ryhmäläisiin/ei yhteyksiä muihin ryhmäläisiin) ja kontrolliryhmän

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELUA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen vaikuttavuutta ikääntyneiden elämänlaadun, yksinäisyyden, institutionaalisen luottamuksen sekä osallisuuden näkökulmista. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kuuden kuukauden pituisen intervention vaikuttavuus sekä lyhyellä (heti intervention päättymisen jälkeen) että pidemmällä aikavälillä (15 kuukautta intervention alkamisesta) on heikko. Aiemmin julkaistussa artikkelissa (26) esitetyt suuntaa antavat löydökset intervention alaryhmäkohtaisista tehoon perustuvista vaikutuksista yksinäisyyteen ja institutionaaliseen luottamukseen eivät näytä vahvistuvan pidemmällä aikavälillä palveluaikeen mukaisessa tarkastelussa.

Yksinäisyyden lievittymisen osalta tutkimus antoi hyvin pieniä viitteitä intervention vaikuttavuudesta pidemmällä aikavälillä, mikäli ryhmäläiset pitivät yhteyttä toisiinsa ohjattujen tapaamisten jälkeen. Yhteydenpidon mukaiset analyysit tuottivat tietoa intervention toimivuudesta niiden henkilöiden kohdalla, jotka jatkoivat yhteydenpitoa toisiin ryhmäläisiin, kuten interventiota kehitettäessä oli suunniteltu. Yksinäisyydessä havaittu ero oli kuitenkin hyvin marginaalinen, eikä monitestausergelmaa ole huomioitu, joten asiaa tulee jatkossa tarkastella tarkemmin samantyyppisiä interventioita tutkittaessa. Ryhmäintervention jälkeistä yhteydenpitoa ovat tarkastelleet myös Routasalo tutkimusryhmineen (67) ja havainneet jopa 72 % interventioon osallistuneista tavanneen toisiaan ryhmämuotoisen intervention päättymisen jälkeen. Yhteydenpidon yhteyttä tulosmuuttujiin ei kuitenkaan tässä tai muissakaan Suomessa tehdyissä tutkimuksissa ole tarkasteltu.

Osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen kanssa samansuuntaisia ohjauksellisia elementtejä sisältävien ryhmäinterventioiden pidemmän aikavälin vaikutuksista on löytynyt joitakin myönteisiä tuloksia. Japanissa toteutetussa tutkimuksessa interventioryhmään osallistuneiden yksinäisyys vähentyi ja subjektiivinen hyvinvointi sekä tietoisuus palveluista lisääntyivät intervention päättymisen jälkeen ja vaikutukset säilyvät samanlaisina kuuden kuukauden kuluttua intervention päättymisestä (22). Isossa-Britanniassa

hyvinvointia edistävällä sekä osallistumista ja voimaantumista tukevalla ryhmätoiminnalla taas ei havaittu lyhyen aikavälin vaikutuksia mitattuihin tulosmuuttujiin, joita olivat psyykinen hyvinvointi, elämänlaatu, fyysinen terveys, masentuneisuus ja yksinäisyys. Kahden vuoden seurantamittauksessa interventiolla todettiin kuitenkin olevan lieventävä vaikutus osallistujien yksinäisyyteen (68), mikä vahvistaa käsitystä siitä, että ennalta ehkäisevien ja hyvinvointia edistävien interventioiden vaikuttavuutta kannattaa tarkastella pitkällä aikavälillä lyhyen aikavälin tuloksista riippumatta.

Interventioiden on havaittu olevan menestyksellisempiä yksinäisyyden ja sosiaalisen eristytymisen lievittymisen osalta, jos 1) ikääntyneet osallistuvat niiden suunnitteluun ja toimeenpantoon, 2) interventiot ovat räätälöitävissä esimerkiksi osallistujien tarpeiden mukaan ja 3) ne sisältävät iäkkäiden aktiivista osallistamista ja osallistumista sosiaaliin tilanteisiin ja toimintoihin (69). Nämä elementit toteutuivat osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen kohdalla. Intervention suunnitteluun perehdyttiin huolellisesti ja yksin asuvat ikääntyneet olivat alusta alkaen mukana intervention kehittämisessä. Tämän lisäksi interventio suunniteltiin sellaiseksi, että se voisi olla luonteva osa jo olemassa olevia palveluita eli ikääntyneiden palveluohjausta.

Osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen prosessia on tarkemmin käsitelty toisaalla (27), ja keskeinen havaittu ongelma intervention toteuttamisessa suhteessa alkuperäiseen suunnitelmaan oli se, että osallistujat eivät juurikaan tavanneet toisiaan ryhmänä ohjattujen tapaamisten välillä. Näin ollen viisi ryhmätapaamista puolen vuoden ajanjaksolla on varsin vähäinen määrä ajatellen sitä, että ryhmäläiset ehtisivät tutustua toisiinsa paremmin. Intervention päättymisen yhteydessä vain osa interventio-osaryhmistä (14 ryhmää) sopi suunnitellusti jatkotapaamisen ja alle puolet interventioryhmäläisistä (42,7 %) oli pitänyt yhteyttä toisiin ryhmäläisiin intervention päättymisen jälkeen, mikä on jatkossa tärkeä huomioida interventiota kehitettäessä. Ohjaajan vahvempi tuki itsenäisten tapaamisten suunnittelussa (ks. 27) sekä lisätapaamisten aikataulutuksen ohjattujen interventiotapaamisten väliin voisivat edistää osallistujien itseohjautuvuutta ja tutustumista toisiinsa.

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen vahvuutena on sosiaalialan tutkimuksessa harvinaisemman satunnaistetun koeyhteön toteuttaminen sekä riittävän suuri osallistujien määrä. Luotettavuutta on pyritty lisäämään toteuttamalla palveluaikeiden mukaiset analyysit sekä käyttämällä analyyseissä asetelmaan soveltuvia ja vaikuttavuustutkimukseen suositteluja menetelmiä (ks. 45, 46). Tutkimuksen heikkoutena on se, että tutkimusprotokollaa ei ole julkaistu etukäteen, eikä ole etukäteen määritelty täsmällisesti, mitkä ovat ensisijaiset ja toissijaiset tutkimuksessa käytettävät tulosmuuttajat.

WHOQOL-BREF-mittarin on katsottu soveltuvan ikääntyneiden elämänlaadun mittaamiseen (47). Iäkkäille suunnatuissa sosiaaliseen tukeen pohjautuvissa interventiotutkimuksissa ei ole kuitenkaan havaittu juurikaan vaikutuksia WHOQOL-BREF-mittarilla mitattuun elämänlaatuun (esim. 70, 71). Onkin aiheellista pohtia, soveltuuko mittari käytettäväksi hyvinvointia edistävässä interventiotutkimuksissa ainakaan lyhyen aikavälin seurannassa, koska hyvinvoinnissa tai elämänlaadussa mahdollisesti tapahtuva muutos voi näyttäytyä ensin pienempinä tai konkreettisempina muutoksina. Toiseksi elämänlaadun mittarin sosiaalinen ulottuvuus sisältää vain kolme muuttujaa ja tässä tutkimuksessa ulottuvuuden reliabiliteetti jäi heikoksi. UCLA-mittarin soveltuvuutta iäkkäiden yksinäisyyden mittaamiseen on jossain määrin kyseenalaistettu (esim. 72), mutta sitä on kuitenkin käytetty useissa interventiotutkimuksissa. Institutionaalisen luottamuksen ja osallisuuden osalta on hyvä huomioida, että käytetyt mittarit ovat tutkimusryhmän muodostamia summamuuttujia. Tutkimuksessa ei myöskään arvioitu yksityiskohtaisemmin yksittäisen muuttujan merkitystä summamuuttujapohjaisessa analyysissä.

Tämä tutkimus voidaan käsittää myös niin sanottuna toteutettavuustutkimuksena (*feasibility study*), koska kyseessä on uusi interventio, jonka vaikuttavuutta tutkittiin ensimmäistä kertaa (ks. 25). Uutta interventiota tutkittaessa toteutettavuustutkimus olisi kannattanut ensiksi tehdä pienemmällä otoskoollla, jolloin mahdollisia asetelmaan ja intervention toteuttamiseen liittyviä ongelmia olisi voitu korjata ennen laajempaa ja resursseja kuluttavaa varsinaista koetutkimusta. Osallistavan ryhmämuotoisen palveluohjauksen vaikuttavuuden arviointiin kohdistuneiden aiem-

pien tutkimuksien (26, 27) ja tämän artikkelin tuloksien pohjalta voidaan todeta intervention olevan hyödyllinen yksin asuville ikääntyville, vaikka vahvaa vaikuttavuustietoa ei ole todennettavissa.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Satunnaistettuun koeyhteöön pohjautuva tutkimus osoitti, että interventio ei täyttänyt pää tavoitettaan eli ryhmätoimintaan osallistuneiden ikäihmisten elämänlaatu ei WHOQOL-BREF-mittarilla arvioituna kohentunut. Myös toisen tavoitteen eli hyvinvoinnin edistämisen osalta tulokset eivät vahvista intervention vaikuttavuutta yksinäisyyden, institutionaalisen luottamuksen tai osallisuuden osalta. Interventio voi kuitenkin olla vaikuttava yksinäisyyden lievittämisessä niiden osallistujien keskuudessa, jotka jatkavat yhteydenpitoa toisiinsa intervention päättymisen jälkeen. Vaikka intervention vaikuttavuutta ei pystytty todentamaan satunnaistetun kontrolloidun kokeen keinoin, ikäihmisten näkemyksiin ja havainnointiin pohjautuvan prosessin arvioinnin mukaan (27) toimintamallissa näyttäisi olevan potentiaalia. Osallistavaa ryhmämuotoista palveluohjausta ei suositella implementoitavaksi sellaisena, kuin se toteutettiin tämän tutkimuksen yhteydessä. Interventiota tulee ensin kehittää olemassa olevan tutkimustiedon perusteella ja toteuttaa uusi vaikuttavuustutkimus.

Hyvinvoinnin edistämiseen tähtävään uuden intervention kohdalla on myös relevanttia kysyä, millaisilla menetelmillä tai menetelmien yhdistelmillä voidaan luotettavimmin arvioida toimintamallin vaikuttavuutta? Toiseksi tavoitellessa elämänlaadun tai hyvinvoinnin heikentymisen ehkäisemistä, on sitä lähes mahdotonta havaita lyhyellä aikavälillä. Pidemmällä aikavälillä taas sekoittavia tekijöitä voi olla jo niin paljon, että niitä ei pystytä riittävästi huomioimaan. Jatkossa tulisikin kehittää sellaisia menetelmiä ja hyvinvoinnin mittareita, jotka soveltuvat ikääntyneiden hyvinvoinnin edistämistä tavoittelevien moniulotteisten interventioiden seurantaan pitkällä aikavälillä. Lisäksi intervention räätälöintiin liittyvän sisällöllisen vaihtelun ja ryhmäohjaajien yhteyttä vaikuttavuuteen olisi hyvä tarkastella jatkotutkimuksissa hyödyntämällä laadullisista aineistoista saatua tietoa kyselyaineistojen analysoinnissa.

Tämä tutkimus vie osaltaan eteenpäin sosiaalihuollon moniulotteisten interventioiden ja palveluiden vaikuttavuustutkimusta. Kokeellisia tutkimusmenetelmiä voidaan soveltaa myös sosiaalipalveluiden tutkimuksessa, mutta huomiota tulisi jatkossa kiinnittää monimenetelmällisten tutkimusasetelmien toteuttamiseen kattavan vaikuttavuustiedon tuottamiseksi. Tämän tutkimuksen tuloksia yhdistettynä muihin tutkimuskokonaisuutta koskeviin tuloksiin (26, 27) voidaan hyödyntää osana ikääntyneiden palveluohjauksen ja ryhmämuotoisten toimintamallien jatkokehittämistä. Hyvinvoinnissaan ja terveydessään haasteita kokevien yksin asuvien ikääntyneiden löytämiseen, tuen tarpeiden kokonaisvaltaiseen tunnistamiseen ja niihin vastaimiseen tarvitaan lisää palvelusektoreiden rajoja ylittäviä käytäntöjä ja niiden monitieteistä tutkimus- ja kehittämistyötä.

KIITOKSET:

Kiitämme tutkimukseen osallistuneita ikäihmisiä sekä Kuopion, Jyväskylän, Siun soten ja Eksoten palveluohjaajia ja muita toimijoita, jotka ovat osallistuneet tutkimuksen toteuttamiseen. Lisäksi kiitämme PROMEQ-hankkeen työpaketti numero kuuden tutkimusryhmässä mukana olleita

Ristolainen, H., Tiilikainen, E., Rissanen S. *Pragmatic randomized controlled study of the effectiveness of participatory group-based care management. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2022: 59: 429–446.*

Some older people who live alone are in danger to be excluded from social relations and sufficient services. Interventions for comprehensively supporting quality of life are needed to promote their wellbeing. In addition, research knowledge regarding the effectiveness of the interventions is needed. This article examines the effectiveness of a participatory group-based care management intervention that was developed and piloted in PROMEQ project. Research question is: What effects does the participatory group-based care management intervention have on participants perceived quality of life, loneliness, institutional trust, and social inclusion (a) at the end of a six-month intervention and (b) 15 months after the intervention started? The intervention, which was tailored based on the group participants needs included five tutored group meetings. In addition, group members were encouraged to have additional voluntary meetings.

henkilöitä, professori Kati Närheä, yliopistotutkija Sirpa Kannasojaa, projektitutkijoina ja tutkimusavustajina toimineita Tuula Joroa, Mari Hakalaa ja Laura Saastamoista sekä yliopistotutkija Anneli Hujalaa.

RAHOITTAJAT:

Tutkimuksen on rahoittanut Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvosto päätöksellä #303615.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Ristolainen on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun ja aineiston keruuseen. Hän on analysoinut aineiston ja kirjoittanut suurimman osan tutkimusraportista.

Tiilikainen on suunnitellut tutkimuksen osana laajempaa tutkimusryhmää. Hän on osallistunut tutkimuksen toteuttamiseen ja aineiston keruuseen. Hän on osallistunut käsikirjoituksen laatimiseen.

Rissanen on suunnitellut tutkimuksen osana laajempaa tutkimusryhmää. Hän on osallistunut aineiston keruuseen. Hän on perehtynyt käsikirjoitukseen ja antanut siihen asiantuntevia kommentteja.

The study is a pragmatic randomized controlled trial that is less common in social service research. The study was carried out in the areas of Jyväskylä, Kuopio, Eksote and Siun sote as part of the practices of care management units of older people. The total number of 392 older people (intervention group: 185, control group: 207) living alone participated in the study. The participants were 65–99 years old and they had some challenges in their wellbeing or health. The data included baseline survey (0-month) and two follow-up surveys (6-month and 15-month). The effectiveness of the intervention was examined primarily based on the measurement of quality of life (WHOQOL-BREF). Secondary outcomes were loneliness, institutional trust, and social inclusion. Generalized estimating equations (GEE) modelling was used as an analysis method.

The results showed that the intervention had no significant effects on quality of life, loneliness,

institutional trust, or social participation of participants straight after the intervention nor after 15 months its commencement. Ancillary analyses indicated that the intervention may reduce loneliness if the participants continue meeting or keeping in touch with each other. Further development of the intervention is possible based on available multilevel evaluation knowledge. In addition, it is recommended to develop reliable measurements of the various aspects of wellbe-

ing that are better adaptable to the evaluation of complex social care interventions and services on wellbeing promotion.

Keywords: Care management, Intervention study, Effectiveness, Older people

Saapunut (28.1.2021)

Hyväksytty (13.12.2021)

LÄHTEET

- 1) Sosiaali- ja terveysministeriö. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 29; 2020.
- 2) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- 3) Kröger T, Puthenparambil J, Aerschot L, ym. Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. *Int J Care Caring* 2019;3:485–500. doi: 10.1332/239788219X15641291564296
- 4) Tiilikainen E, Hujala A, Kannasoja S, ym. “They’re always in a hurry”: Older people’s perceptions of access and recognition in health and social care services. *Health Soc Care Community* 2019;27:1011–1018.
- 5) Hammar T, Rissanen P, Perälä M. Home-care clients’ need for help, and use and costs of services. *Eur J Ageing* 2008;5:147–160. doi: 10.1007/s10433-008-0078-4
- 6) Walsh K, Scharf T, Keating N. Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *Eur J Ageing* 2017;14:81–98. doi: 10.1007/s10433-016-0398-8
- 7) Suomen virallinen tilasto (SVT): Asunnot ja asuinolot. ISSN=1798-6745. Helsinki: Tilastokeskus. Luettu 8.12.2020. <http://www.stat.fi/til/asa/yht.html>
- 8) Rolls L, Seymor J, Froggatt K, ym. Older people living alone at the end of life in the UK: Research and policy challenges. *Palliat Med* 2010;25:650–657. doi: 10.1177/0269216310373165
- 9) Hänninen K. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Helsinki: Stakes, Stakesin raportteja 20; 2007
- 10) Ristolainen H, Roivas P, Mustonen E, ym. Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Kirjassa: Hujala A, Taskila H (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press; 2020, 241–266.
- 11) Vähäkangas P, Orava M, Hammar M, Kivimäki B. Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon. Toimintamalli ja tietojohdamisen tunnusluvut. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 51; 2018.
- 12) Kehusmaa S, Alastalo H, Marjeta N, ym. Asiakasohjaus päättää tulevaisuudessa iäkkään palveluista – työntekijöiden koulutusta pitää lisätä. Tutkimuksesta tiiviisti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu; 2018.
- 13) Kettunen M (toim). IkäOpastin asiakasohjaus Kymenlaaksossa. Periaatteet ja toimintamalli. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2018.
- 14) Payne M. The politics of case management and social work. *Int J Soc Welf* 2000;9:82–91. doi: 10.1111/1468-2397.00114
- 15) Honkakoski A, Kinnunen P, Vuorijärvi P, ym. Palveluohjaus – avain asiakastyöhön ja palveluhallintoon. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 39; 2015.
- 16) Vähäkangas P, Niemelä K, Mäkelä M, ym. Ikäihmisten palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 13; 2017.
- 17) Noro A, Karppanen S. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 29; 2019.
- 18) Kannasoja S, Ristolainen H, Tiilikainen E, ym. Parempaa elämänlaatua osallistavalla otteella – kokemuksia PROMEQ-hankkeesta. *Gerontologia* 2018;32:147–151.
- 19) Granbom M, Kristensson J, Sandberg M. Effects on leisure activities and social participation of a case management intervention for frail older people living at home: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Comm* 2017;25:1416–1429.
- 20) Saloranta H. Terveystuvan ryhmämuotoinen toiminta ikääntyneille. Palveluohjausta ja neuvontaa tukeva toimintamalli Heinolassa. Lahden ammattikorkeakoulu, YAMK-opinnäytetyö; 2015.
- 21) Niini E, Launiainen H, Suutari S. Neuvokkaat naiset ryhmätoiminnan käsikirja. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö. Julkaisusarja B:43; 2017.
- 22) Saito T, Kai I, Takizawa A. Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older

- adults: a randomized trial among older migrants in Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55:539–547.
doi: 10.1016/j.archger.2012.04.002
- 23) Cattan M, White M, Bond J, ym. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 2005;25:41–67.
doi: 10.1017/S0144686X04002594
- 24) Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *Am J Health Promot* 2015;29:109–125.
doi: 10.4278/ajhp.130418-LIT-182
- 25) Hallingberg B, Turley R, Segrott J. Exploratory studies to decide whether and how to proceed with full-scale evaluations of public health interventions: a systematic review of guidance. *Pilot Feasibility Stud* 4 2018;104.
doi: 10.1186/s40814-018-0290-8
- 26) Ristolainen H, Kannasoja S, Tiilikainen E, ym. Effects of the ‘participatory group-based care management’ on wellbeing of older people living alone: a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr* 2020;89.
- 27) Ristolainen H, Tiilikainen E, Kannasoja S, ym. Outcomes and process of a complex group-based intervention for older people living alone. *Vertaisarvioinnissa*.
- 28) Moriarty J, Manthorpe J. The effectiveness of social work with adults. A systematic scoping review. *Lontoo: Social Care Workforce Research Unit*; 2016.
- 29) Miettinen J, Selander K & Linnosmaa I. Sosiaali- ja terveystieteiden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Kirjassa: Hujala A, Taskila H. (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere: Tampere University Press; 2020, 77–128.
- 30) Vaarama M. Care-related quality of life in old age. *Eur J Ageing* 2009;6:113–125.
doi: 10.1007/s10433-009-0115-y
- 31) WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28:551–558.
doi: 10.1017/S0033291798006667
- 32) Henchoz Y, Botrugno F, Cornaz S ym. Determinants of quality of life in community-dwelling older adults: comparing three cut-offs on the excellent-to-poor spectrum. *Qual Life Res* 2017;26:283–289.
doi: 10.1007/s11136-016-1394-3
- 33) Jansson A. Loneliness of older people in long-term care facilities. Doctoral dissertation, University of Helsinki; 2020.
- 34) Tiilikainen E. *Jakamattomat hetket*. Helsinki: Gaudeamus; 2019.
- 35) Victor C, Scambler S, Bond J. The social world of older people. Understanding loneliness and social isolation in later life. *Lontoo: Open University*; 2009:
- 36) Grönlund K, Setälä M. In honest officials we trust: Institutional confidence in Europe. *The Am Rev Public Adm* 2012;42:523–542.
doi: 10.1177/0275074011412946
- 37) Delhey, J, Newton K. Who trusts? The origins of social trust in seven societies. *European Societies* 2003;5:93–137.
doi: 10.1080/1461669032000072256
- 38) Warren M. *Conclusion*. Kirjassa: Warren M. (toim.) *Democracy & trust*. Cambridge: Cambridge; 1999, 346–360.
doi: 10.1017/CBO9780511659959.012
- 39) Fagerström L, Gustafson Y, Jakobsson G. Sense of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *J Ad Nurs* 2011;67:1305–1316.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05562.x
- 40) Isola A, Kaartinen H, Leemann L, ym. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehyistä rakentamassa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäpaperi 33/2017*
- 41) Kivinen T, Vanjusov H, Vornanen R. Asiakkaan ääni – osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Kirjassa: Hujala A, Taskila H. (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere: Tampere University Press; 2020, 267–293.
- 42) Cordier R, Milbourn B, Robyn M, ym. A systematic review evaluating the psychometric properties of measures of social inclusion. *PLoS One* 2017;12.
doi: 10.1371/journal.pone.0179109
- 43) Leemann L, Martelin T, Koskinen S, ym. Development and psychometric evaluation of the Experiences of Social Inclusion Scale. *J Hum Dev Capabil* 2021;1–25.
doi: 10.1080/19452829.2021.1985440
- 44) Roland M, Torgerson D. Understanding controlled trials: What are pragmatic trials? *BMJ* 1998;316:285.
doi: 10.1136/bmj.316.7127.285
- 45) Moher D, Hopewell S, Schultz K, ym. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010;340:c869.
doi: 10.1136/bmj.c869
- 46) Grant S, Mauo-Wilson E, Montgomery P, ym. CONSORT-SPI 2018 Explanation and elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials* 2018;19:406.
doi: 10.1186/s13063-018-2735-z
- 47) Vaarama M, Ylönen L. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti. Osaraportti I. Espoon kaupunki ja Stakes, Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006.
- 48) WHO. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: World health organization; 1996.
- 49) Russel D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess* 1996;66:20–40.

- doi: 10.1207/s15327752jpa6601_2
- 50) Russel D, Peplau L, Ferguson M. Developing a measure of loneliness. *J Pers Assess* 1978;42:290–294.
doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11
- 51) Junttila N, Ahlqvist-Björkroth S, Aromaa M ym. Mothers' and fathers' loneliness during pregnancy, infancy and toddlerhood. *Psychol Educ* 2013;50:98–104.
- 52) OECD. Guidelines on measuring trust. Paris: OECD Publishing; 2017.
doi: 10.1787/9789264278219-en
- 53) Zeger S, Liang K. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics* 1986;42:121–130.
doi: 10.2307/2531248
- 54) Ballinger G. Using generalized estimating equations for longitudinal data analysis. *Organ Res Methods* 2004;7:127–150.
doi: 10.1177/1094428104263672
- 55) Deroche C. Diagnostics and model selection for generalized linear models and generalized estimating equations. Doctoral dissertation, University of South Carolina; 2015.
- 56) Armijo-Olivo S, Warren S, Magee D, ym. Intention to treat analysis, compliance, drop-outs and how to deal with missing data in critical research: a review. *Phys Ther Rev* 2009;14:36–49.
doi: 10.1179/174328809X405928
- 57) Shrier I, Verhagen E, Stovitz S. The intention-to-treat analysis is not always the conservative approach. *Am J Med* 2017;130:867–871.
doi: 10.1016/j.amjmed.2017.03.023
- 58) Li C. Little's test of missing completely at random. *Stata J* 2013;13:795–809.
- 59) Jakobsen J, Gluud C, Wetterslev J ym. When and how should multiple imputation be used handling missing data in randomised clinical trials – a practical guide with flowcharts. *BMC Med Res Methodol* 2017;17:162.
doi: 10.1186/s12874-017-0442-1
- 60) Aloisio K, Micali N, Swanson S ym. Analysis of partially observed clustered data using generalized estimating equations and multiple imputation. *Stata J* 2014;14:863–883
doi: 10.1177/1536867X1401400410
- 61) Biering K, Hjollund N, Frydenberg M. Using multiple imputation to deal with missing data and attrition in longitudinal studies with repeated measures of patient-reported outcomes. *Clin Epidemiol* 2015;7:91–106.
doi: 10.2147/CLEP.S72247
- 62) Azur M, Stuart E, Frangakis C ym. Multiple imputation by chained equations: what is it and how does it work? *Int J Methods Psychiatr Res* 2011;20:40–49.
doi: 10.1002/mp.329
- 63) Turner H, Bernard R. Calculating and synthesizing effect sizes. *Contemp Issues Commun Sci Disord* 2006;33:42–55.
doi: 10.1044/cicsd_33_S_42
- 64) Morris S. Estimating effects sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organ Res Methods* 2008;11:364–386.
doi: 10.1177/1094428106291059
- 65) Bloom H, Michalopoulos C. When is the story in the subgroups? Strategies for interpreting and reporting intervention effects for subgroups. *Prev Scie* 2013;14:179–188.
doi: 10.1007/s11121-010-0198-x
- 66) Silva P, Soares S, Santos J, ym. Cut-off point for WHOQOL-Bref as a measure of quality of life of older adults. *Revista de Saúde Pública* 2014;48:390–397.
doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004912
- 67) Routasalo P, Tilvis R, Kautiainen H, ym. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *J Ad Nurs* 2009;65:297–305.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x
- 68) Mountain G, Windle G, Hind D, ym. A preventive lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters): a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2017;46:627–634.
doi: 10.1093/ageing/afx021
- 69) Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community* 2018;26:145–157.
doi: 10.1111/hsc.12367
- 70) Rantanen T, Äyräväinen I, Eronen J, ym. The effect of an outdoor activities' intervention delivered by older volunteers on the quality of life of older people with severe mobility limitation: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 2015;27:161–169.
doi: 10.1007/s40520-014-0254-7
- 71) Kapan A, Winzer E, Haider S, ym. Impact of a lay-led home-based intervention programme on quality of life in community-dwelling pre-frail and frail older adults: a randomized controlled trial. *BMC Geriatr* 2017;17:154.
doi: 10.1186/s12877-017-0548-7
- 72) Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, ym. Ikääntyneiden yksinäisyys. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 11; 2005.

HANNA RISTOLAINEN
YTT, tutkijatohtori
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos

ELISA TIILIKAINEN
VTT, apulaisprofessori
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos

SARI RISSANEN
YTT, TtL, professori, dekaani
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos