



Ikääntyneiden ryhmätoiminnan taloudellinen arviointi ja vaikutukset osallisuuteen

Anna-Maria Ruuskanen¹, Hanna Ristolainen², Elisa Tiilikainen²,
Päivi Topo³, Eila Kankaanpää¹

¹*Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos*

²*Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden laitos*

³*Ikäinstituutti, Vanhusasiavaltuutettu*

Osallisuuden edistämistä pidetään keskeisenä yhteiskuntapoliittisena tavoitteena ja ikääntyneiden osallisuutta vahvistavaa toimintaa järjestetään laajasti eri sektoreilla. Erityisesti erilaisten ryhmämuotoisten toimintamallien on nähty edistävän ikääntyneiden osallisuuden kokemusta. Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus käsittelee tutkimusjulkaisuja, joissa on tarkasteltu ikääntyneiden ryhmätoiminnan vaikutuksia osallisuuteen ja toiminnan taloudellista arviointia. Osallisuuden kokemuksia oli tarkasteltu monissa tutkimuksissa, mutta taloudellisen arvioinnin näkökulma oli harvinaisempi. Lopulliseen tarkasteluun valikoitui viisi artikkelia. Näissä osallisuutta oli arvioitu monilla erilaisilla mittareilla, mikä vaikeutti vertailtavuutta. Lähes kaikissa tutkimuksissa havaittiin, että interventio paransi osallisuutta jollakin mittarilla. Koska tutkimusartikkeleita oli vähän ja taloudelliset arvioinnit oli toteutettu erilaisilla menetelmillä, ei interventioiden kustannusvaikuttavuudesta voida tehdä päätelmiä.

Johdanto

Osallisuus on monitulkintainen ilmiö, johon liittyy tunne kuulumisesta yhteisöön, kokemus merkityksellisyydestä sekä mahdollisuus vaikuttaa oman elämän kulkuun ja yhteiskunnallisiin asioihin (Isola ym. 2017). Osallisuuden vahvistamisen nähdään edesauttavan köyhyyden torjumista, ehkäisevän syrjäytymistä sekä edistävän oikeudenmukaisuutta, yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa (Leemann 2015). Osallisuuden edistäminen onkin nostettu keskei-

seksi yhteiskunnalliseksi ja yhteiskuntapoliittiseksi tavoitteeksi (esim. Silver & Miller 2002), ja se on kirjattu myös sosiaalihuoltolakiin (2014/1301, 1§). Ikääntyneen väestön osallistuminen päätöksenteon valmisteluun, palveluiden kehittämiseen sekä henkilökohtaisten palveluiden sisältöön ja toteuttamistapaan vaikuttamiseen on puolestaan huomioitu niin sanotussa vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikääntyvien sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980).

Elämänpiirin on havaittu jossain määrin kaventuvan ikääntymisen mukanaan tuomien fyysisten muutosten ja esimerkiksi eläköitymisen myötä (Pirhonen ym. 2019; Tiilikainen 2019). Tämä voi lisätä ikääntyneiden osattomuuden ja syrjäytymisen kokemuksia suhteessa itselle merkityksellisiin ryhmiin ja toimintoihin (esim. Tamminen & Pirhonen 2021). Osallisuuden vastakohtana nähdäänkin perinteisesti syrjäytyminen, joka syntyy usein pitkällä aikavälillä ja muuttaa muotoaan kollektiivisten ja yksilöllisten resurssien vaikutuksesta (Silver & Miller 2002). Ikääntyneillä syrjäytymisen on todettu ilmenevän pidempikestoisena kuin muilla ikäryhmillä (Scharf & Keating 2012). Korkea ikä, vähäiset sosioekonomiset resurssit ja heikko terveydentila lisäävät vanhuusiän syrjäytymisen riskiä (Walsh ym. 2017; ks. myös Hansen ym. 2021). Näiden lisäksi ympäristöön liittyvistä tekijöistä maaseutumaisella alueella asumisen sekä kulkuvälineisiin ja asumiseen liittyvien haasteiden on havaittu olevan yhteydessä vanhuusiän syrjäytymiseen (Van Regenmortel ym. 2016).

Ikääntyneiden syrjäytymistä pyritään ehkäisemään osallisuuden vahvistamisella, jonka eteen on Suomessa tehty pitkäjänteistä työtä erityisesti kolmannelle sektorille (Heimonen ym. 2021). Syrjäytymisen ehkäisemisen kehittämistyössä on pyritty arvioimaan myös osallisuutta vahvistavien toimintamallien vaikuttavuutta, mutta varsinaiset interventiotutkimukset ovat olleet harvallaisia. Kansainvälisesti tarkasteltuna ikääntyneille suunnattujen osallisuutta edistävien toimintamallien vaikutusten mittaamisen menetelmien kirjo on laaja ja saatavilla oleva tutkimustieto osin ristiriitaista. Ikääntyneiden osallisuusinterventioista on tehty joitakin kirjallisuuskatsauksia osallistumisen ja sosiaalisen aktiivisuuden näkökulmasta (esim. Smallfield & Molitor 2018) sekä terveyst- ja hyvinvointivaikutuksista (esim. Ronzi ym. 2018). Lisäksi useissa kirjallisuuskatsauksissa on koottu erilaisten toimintamallien vaikuttavuustietoa osallisuuteen keskei-

sesti liittyvien ilmiöiden, kuten yksinäisyyden ja eristyisyyden, näkökulmista (Cattan ym. 2005; Dickens ym. 2011; Cohen-Mansfield & Perach 2015; Gardiner ym. 2018; Tong ym. 2021). Keskeinen johtopäätös on, että säännöllisesti toteutuvat, osallistujien tarpeiden mukaan räätälöivät sekä sosiaalisiin tilanteisiin ja toimintoihin osallistumista ja osallistamista korostavat interventiot ovat vaikuttavimpia yksinäisyyden ja eristyisyyden vähentämisessä.

Ikääntyneiden ryhmämuotoisia toimintamalleja tulisi tarkastella myös kustannusten näkökulmasta, jotta tiedetään, miten paljon taloudellista panostusta tarvitaan inhimillisten vaikutuksien aikaansaamiseksi. Tässä katsauksessa tarkastellaan ikääntyneille suunnattuja ryhmätoimintoja taloudellisen arvioinnin ja osallisuuden näkökulmista. Kyseessä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jolle asetettiin kaksi tutkimuskysymystä:

- 1) Millaisia vaikutuksia ryhmätoiminnoilla on katsauksen tutkimuksissa havaittu ikääntyneiden osallisuuteen?
- 2) Millaista taloudellista arviointia ikääntyvien osallisuutta tukevista ryhmätoiminnoista on tehty?

Katsauksen taustalla on Ikäinstituutin toimeksianto, joka liittyi Valli ry:n ja Ikäinstituutin koordinoiman Elämänote-ohjelman Virkeät ikämiehet -hankkeeseen. Hanke pyrki edistämään ikääntyneiden miesten osallisuutta tarjoamalla ryhmässä toteutettavia liikunta- ja ravitsemuskursseja.

Haastetta osallisuusinterventioiden taloudelliseen arviointiin tuovat sekä osallisuuden käsitteen moniulotteisuus ja -tulkinnallisuus että kustannustietojen saatavuus ja luotettavuus. Seuraavaksi määritellään tarkemmin osallisuuden käsitteen sekä sen mittaamisen reunaehdot tässä tutkimuksessa. Toiseksi määritellään, mitä taloudellinen arviointi ja tämän tutkimuksen kannalta keskeiset taloudellisen arvioinnin lähestymistavat tarkoittavat.

Osallisuuden määritelmä ja mittaaminen

Osallisuus kokemuksena on tunnetta kuulumisesta (*belonging*) yhteisöön ja yhteiskuntaan. Konkreettisemmin osallisuus toteutuu mahdollisuutena osallistua (*participation*) itselle merkityksellisiin toimintoihin ja ryhmiin sekä omaan elämään liittyvään päätöksentekoon ja vaikuttamiseen. (Oxoby 2009; Martin & Cobigo 2011; Isola ym. 2017.) Osallisuuden määrittäminen ei ole yksiselitteistä, ja teoreettisesti siihen on liitetty myös kyvykkyyden (*capability*) ja toimijuuden (*agency*) käsitteiden yhteen kietoutuneita merkityksiä (ks. Leemann ym. 2021). Kyvykkyyden näkökulmasta osallisuus toteutuu toimintamahdollisuuksien kautta (Oxoby 2009). Isola tutkimusryhmineen (2017) on jakanut osallisuuden käsitteen (*social inclusion*) sisältöjä kolmeen toisiinsa yhteydessä olevaan ulottuvuuteen: 1) osallisuus omaan elämään, 2) osallisuus vaikuttamisprosesseihin sekä 3) paikallinen osallisuus. Näistä viimeinen tarkoittaa mahdollisuutta liittyä vuorovaihtussuhteisiin ja muihin hyvinvoinnin lähteisiin, jotka lisäävät elämän merkityksellisyyttä ja arvokkuutta.

Koska osallisuuden määrittely on varsin vaihtelevaa, on myös osallisuuden mittaaminen hyvin erilaista valitusta määritelmästä ja näkökulmasta riippuen. Interventiotutkimuksiin kohdistuvissa katsauksissa tuleekin kiinnittää erityistä huomiota siihen, miten tulomuuttujana tarkasteltavaa osallisuutta on määritelty. Cordier tutkimusryhmineen (2017) on tarkastellut kirjallisuuskatsauksessaan osallisuuden mittaamista ja käytettyjä mittareita. Katsauksen mukaan yleisimmät mitatut osallisuuden ulottuvuudet ovat yhteys ja kuuluminen (*connectedness and sense of belonging*) sekä osallistuminen (*participation*), kun taas yhteisön jäsenyyttä eli kansalaisuutta (*citizenship*) on mitattu harvemmin. Käytettyjen mittareiden kirjo on kuitenkin hyvin vaihteleva, ja osallisuuden eri ulottuvuuksia kattavia luotettavia mittareita on olemassa varsin vähän. Osallisuuden mittaamisen edistämiseksi on Suomessa tehty viime vuosi-

na kehittämistyötä, jonka tuloksena syntynyt validoitu osallisuusmittari (ESIS, Experiences of Social Inclusion Scale) mittaa kuuluvuuden tunnetta, tekemisten merkityksellisyyttä sekä toimintamahdollisuuksia (Leemann ym. 2021).

Alustavien kirjallisuushakujen mukaan osallisuuden vahvistamista tavoittelevien ikääntyneiden ryhmäinterventioiden taloudellisia arvioiteja on tehty vain vähän. Tässä katsauksessa osallisuus päädyttiin määrittelemään mahdollisimman selkeästi mutta riittävän väljästi, jotta katsaukseen löydettäisiin kaikki osallisuuden kannalta relevantit tutkimukset. Osallisuuden katsotaan tässä tutkimuksessa sisältävän ja tarkoittavan 1) tunnetta siitä, että kuuluu itselle tärkeisiin ryhmiin ja yhteisöihin, 2) mahdollisuutta osallistua haluamiinsa toimintoihin, 3) mahdollisuutta vaikuttaa oman elämän kulkuun ja yhteiskunnalliseen päätöksentekoon sekä 4) kokemusta itsensä ja oman elämän merkityksellisyydestä. Osallisuutta vahvistavaksi määritetään sellainen toiminta, jolla pyritään vaikuttamaan vähintään yhteen edellä mainituista osallisuuden ulottuvuuksista. Osallisuutta tarkastellaan tässä tutkimuksessa myös syrjäytymisen ehkäisemisen ja vähentämisen näkökulmasta.

Taloudellinen arviointi

Taloudellisen arvioinnin tarkoituksena on tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi vertaamalla vaihtoehtoisia interventioita. Tavoitteena on tukea rajallisten resurssien tehokasta käyttöä. Palvelu tai ohjelma voi olla vaikuttava ja vastata tarpeisiin, mutta se ei ole kustannusvaikuttava, jos pienemmillä kustannuksilla saavutettaisiin sama vaikutuksen taso tai jos samoilla kustannuksilla voitaisiin saavuttaa korkeampi vaikutuksen taso. (Sefton ym. 2002.) Ideaalitapauksessa arvio perustuu vaihtoehtokustannuksiin. Silloin rajallisten resurssien jakoa koskevat päätökset perustuisivat kaikkien mahdollisten toimien kustannusten ja hyötyjen arviointiin kaikilla sektoreilla sekä mahdollisesti myöhemmin havaittavien vaikutusten arvioin-

tiin (Sefton ym. 2002). Käytännössä ei ole kuitenkaan mahdollista tutkia kaikkia mahdollisia toimia, ja usein verrataan kahta samaan taivoitteeseen pyrkivää interventiota tai verrokkinä voi olla esimerkiksi tavanomainen toiminta (Briggs ym. 2006).

Taloudellisen arvioinnin kustannuksia ja vaikutuksia vertailevia menetelmiä ovat kustannus-vaikuttavuusanalyysi, kustannus-utileiteettianalyysi ja kustannus-hyötyanalyysi, joilla voidaan arvioida toiminnassa käytettyjen panosten ja niillä aikaansaadun vaikuttavuuden suhdetta (Sintonen & Pekurinen 2006). Menetelmiä yhdistävä piirre on tarkasteltavien vaihtoehtojen kustannuksien arvioiminen ja erottavana tekijänä se, miten vaikuttavuutta mitataan ja arvioidaan (Räsänen & Sintonen 2013). Tässä katsauksessa mukana olevissa artikkeleissa esiintyy myös kustannusanalyysi, joka ei huomioi vaikuttavuutta vaan vertailee pelkästään kustannuksia (Drummond ym. 2015).

Taloudellisen arvioinnin analyysissä on päätettävä, kenen näkökulmasta arviointi toteutetaan. Onko päätöksentekijä intervention rahoittaja, huomioidaanko terveyspalvelut ja/ tai sosiaalipalvelut, mahdolliset muutkin palvelut tai osallistujien kustannukset? Näkökulman valinta vaikuttaa siihen, mitkä kustannukset otetaan huomioon. Suositeltava on yhteiskunnallinen näkökulma, joka sisältää kaikki kustannukset, joihin interventiolla on tai voi olla vaikutusta. Jos tällaista kokonaiskuvaa ei hahmoteta, vaarana on, että kustannuksia siirretään vain taholta toiselle. (Palmer & Raftery 1999.)

Kustannus-vaikuttavuusanalyysissä vaikutuksia mitataan luonnollisissa yksiköissä esimerkiksi toimintakykyisinä päivinä tai itsearvostuksen lisääntymisen kaltaisina vaikutuksina. Kustannus-vaikuttavuusanalyysin tulokset ilmoitetaan tyypillisesti inkrementaalisenä kustannus-vaikuttavuussuhteena (ICER). Se lasketaan jakamalla kahden mahdollisen intervention kustannusten erotus interventioiden vaikutusten erotuksella. ICER vastaa kysymykseen, kuinka paljon arvioinnin kohteena olevan

intervention lisävaikutusyksikkö (esimerkiksi QALY) maksaa enemmän tai vähemmän vertailtavaan interventioon verrattuna. ICER on vertailukelpoinen eri sairausryhmien ja hoitojen tai palveluiden välillä, ja siksi sitä voidaan käyttää apuna resurssien kohdentamista koskevassa päätöksenteossa. Parempaan vaikuttavuuteen liittyvien lisäkustannusten hyväksyttävyyteen liittyy yhteiskunnan maksuhalukkuus. Joissakin maissa tämä maksuhalukkuus on määritetty ja sitä kutsutaan kustannus-vaikuttavuuden kynnsarvoksi. (Kiviniemi & Rannanheimo 2020.)

Kustannus-vaikuttavuusanalyysin erityistapaus on kustannus-utileiteettianalyysi, joka huomioi intervention seurauksena tapahtuvat muutokset sekä elämän pituudessa että laadussa. Nämä voidaan yhdistää yhdeksi mittaluvuksi, laatupainotetuksi elinvuodeksi (Quality Adjusted Life Year, QALY). Kustannus-hyötyanalyysissä kustannusten ohella myös terveysvaikutukset pyritään ilmaisemaan rahamääräisinä esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannussäästöinä tai terveyden arvona. (Briggs ym. 2006.)

Menetelmä ja aineisto

Tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, joka soveltuu olemassa olevan tutkimustiedon keräämiseen ja syntetisointiin tarkasti määritellystä tutkimuskohteesta. Kirjallisuushaku toteutettiin kahdesta tietokannasta (Scopus ja Proquest: Social Science Premium Collection) maaliskuussa 2021.

Hakutermit jäseneltiin neljään osioon PICO-menetelmää soveltaen, mutta tähän ei sisällytetty vertailuinterventioon viittavia termejä, jotta hakuun saataisiin mahdollisimman laaja tulos. Ensimmäinen osio sisälsi ikään tyviä tarkoitettavia käsitteitä. Toisen osion termit viittasivat kahteen eri interventioon, koska tässä haussa toteutettiin poikkeuksellisesti yhtä aikaa myös Ikäinstituutin toimeksian-

toon perustuva ikääntyvien yhteisöasumiseen liittyvä haku. Toisessa osiossa käytettiin lukuisia termejä, jotta tiedonhaku käsittäisi mahdollisimman laajasti erilaisia osallisuutta vahvistavia ryhmäinterventioita. Kolmannessa osiossa oli taloudelliseen arviointiin liittyviä terme-

jä, ja neljäs osio sisälsi vaikuttavuustuloksiin ja -mittareihin viittaavia termejä. Tuloksien ja mittareiden osalta valittiin mukaan osallisuutta, yksinäisyyttä, eristyneisyyttä ja syrjäytymistä kuvaavaa käsitteistöä. Taulukossa 1 on esitetty tiedonhaussa käytetyt hakusanat.

Taulukko 1. Hakusanat.

1.	"65 year old*" OR elder OR elderly OR senior* OR pensioner* OR "senior citizen" OR "older people" OR "older adult*"
AND	
2.	participation OR "social participation" OR involvement OR citizenship* OR "community participation" OR "community involvement" OR "civic engagement" OR activit* OR "group activit*" OR "social activit*" OR "civic group*" OR "community activit*" OR "community program*" OR recreation OR "leisure activit*" OR "community work*" OR "neighborhood association" OR "senior's club*" OR "hobby group*" OR "sport* club*" OR volunteering OR "low-threshold community" OR "social club*" OR "productive activit*" OR "social relationship*" OR neighborhood OR "social engagement" OR "community engagement" OR "recreation day*" OR "recreational activit*" OR "social gathering" OR "recreation program*" OR "recreation center*" OR "peer group*"
AND	
3.	"cost benefit assessment" OR "economic evaluation*" OR "cost-effectiveness" OR "cost effectiveness" OR "cost-benefit" OR "cost benefit" OR "cost-utility" OR "cost utility" OR "economic analysis" OR "benefit-cost" OR "benefit cost" OR cost*
AND	
4.	"self efficacy" OR "sense of significance" OR "sense of community" OR "self-esteem" OR "self-confidence" OR "self-reliance" OR "social exclusion" OR "social isolation" OR loneliness OR "social stigma" OR "sense of belonging" OR "social alienation" OR "social support survey" OR ucla OR "loneliness scale*" OR "social network scale*" OR "social provisions scale*" OR "life satisfaction" OR "social health" OR "social wellbeing" OR "social well-being" OR "social cohesion" OR "social membership*" OR "social connection*" OR "social relationship*" OR belonging OR "social value*" OR "community inclusion" OR "community exclusion" OR "social acceptance" OR "social inclusion" OR "social inclusion scale*"

Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen artikkeleita karsittiin ensin otsikoiden ja tiivistelmien perusteella. Kaksi eri tutkijaa kävi läpi tiedonhaun tulokset ja teki yhdessä päätökset tutkimuksien mukaanotosta ja poissulkemisesta. Tässä yhteydessä otettiin käyttöön tarkemmat hyväksymis- ja poissulkukriteerit, jotka esitetään taulukossa 2. Intervention tuli olla harrastuksenomainen viikoittainen ryhmätoiminta, johon ikääntyneet osallistuivat fyysisesti yhteisessä tilassa. Näin ollen poissuljettiin tutkimukset, jotka olivat teknologian välityksellä toteutettuja etätoimintoja. Artikkelissa piti olla tutkittu interventiota sekä osallisuuden että ta-

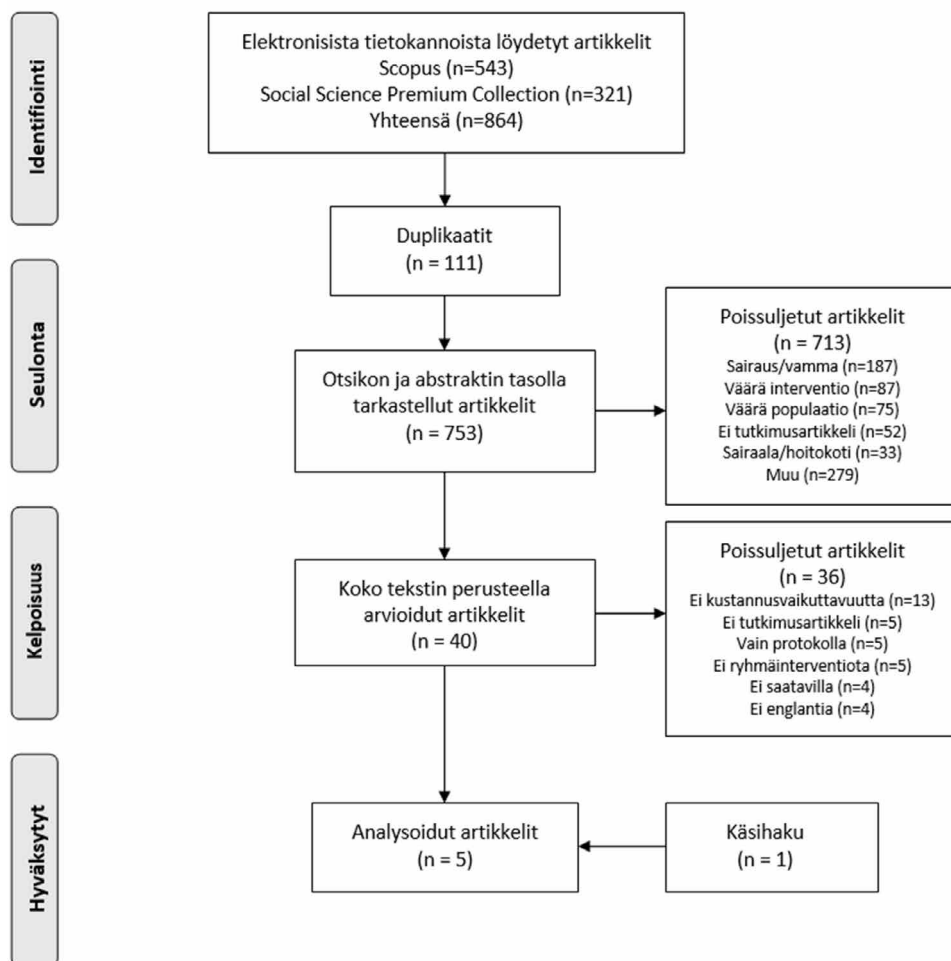
loudellisen arvioinnin näkökulmasta. Mukaan hyväksyttiin vain englanninkielisiä artikkeleita. Alun perin oli tarkoituksena hyväksyä mukaan tutkimuksia, joissa populaationa olivat 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat henkilöt, koska moni on tähän ikään mennessä jäänyt eläkkeelle, jolloin esimerkiksi työympäristön sosiaalinen verkosto on jäänyt pois arkielämästä. Suppean hakutuloksen vuoksi ikärajaa koskeva poissulkukriteeri päädyttiin kuitenkin laskemaan 60-vuotiaisiin. Tutkimuksien kohderyhmän piti kuitenkin sisältää myös 65 vuotta täyttäneet ja suurimman osan tutkimukseen osallistuneista tuli olla sitä vanhempia. Interventioon

osallistuneiden henkilöiden tuli olla itsenäisesti asuvia, eli hoivakodissa ja laitoshoidossa asuvia ikääntyneitä käsitelleet tutkimukset suljettiin katsauksen ulkopuolelle. Tutkittavilla sai

olla sairauksia, mutta ne eivät saaneet olla tutkimusta rajaavia eli tutkimuspopulaatio ei saanut olla valittu sairauden tai vamman mukaan.

Taulukko 2. Hyväksymis- ja poissulkukriteerit.

Hyväksymiskriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> Tutkittava toimintamalli fyysistä läsnäoloa vaativa, säännöllinen, viikoittainen, harrastuksenomainen ryhmätoiminta Tutkittu intervention vaikutuksia osallistujien osallisuuteen Toteutettu taloudellinen arviointi Julkaisukieli englanti 	<ul style="list-style-type: none"> Teknologian välityksellä tapahtuva etätoiminta Alle 60-vuotiaat Hoivakodissa tai laitoshoidossa asuvat ikääntyvät Tutkimuspopulaatio valittu sairauden tai vamman perusteella



Kuvio 1. Haun tulokset vuokaaviona.

Kirjallisuushaun eteneminen on esitetty kuviossa 1. Otsikon ja abstraktin tasolla keskeisin poissulkeva syy oli tutkimuspopulaation rajaaminen sairauden tai vamman perusteella. Jos julkaisu poissuljettiin usean kriteerin perusteella (taulukko 2), se on luokiteltu kuviossa 1 luokkaan 'Muu'. Otsikoiden ja abstraktien perusteella tarkempaan tarkasteluun valikoitui 40 artikkelia. Koko tekstin perusteella arvioituissa artikkeleissa yleisin yksittäinen poissulkeva tekijä oli se, että artikkelissa ei ollut käsitelty sekä vaikuttavuutta että kustannuksia. Koko tekstin lukemisen yhteydessä löytyi yhden artikkelin taustalla oleva tutkimus, joka sisällytettiin mukaan katsaukseen. Lopulliseen analyysiin päätyi viisi artikkelia.

Julkaisuista poimittiin vaikuttavuuden arvioinnissa käytetyt osallisuus- ja muut mittarit erikseen, tulokset osallisuusmittareiden osalta ja tutkimuksen päätulos tai -tulokset. Taloudellisesta arvioinnista koottiin seuraavat tiedot: analyysissä tarkasteltavat kustannukset, käytetty taloudellisen arvioinnin menetelmä ja arvioinnin tulokset. Taloudellisen arvioinnin toteutus arvioidaan Rissasen ja kumppaneiden (2018) julkaisussa käytetyllä kehikolla, joka perustuu kansainvälisiin laatuksiteereihin. Tietojen poiminnan ja laadunarvioinnin toteutti kaksi tutkijaa erikseen, ja eriävät tulokset ratkaistiin keskustelemalla.

Tulokset

Julkaisut ja interventioden kuvailu

Taulukossa 3 on esitetty valitut artikkelit, niiden viitetiedot, tutkimusasetelma, tutkittava populaatio ja interventio. Pitkälän ja tutkimusryhmän (2009) artikkelissa ei esitetty intervention vaikutuksia osallisuuden kannalta. Samasta koeasetelmasta oli kuitenkin kirjoitettu toinen artikkeli (Routasalo ym. 2009), jossa esitettiin erikseen tutkimuksen osallisuusvaihteluksiin viittaavat tulokset. Tähän artikkeliin

liittyvät tiedot ja tulokset on esitetty lyhyesti sulkeissa taulukoissa 3 ja 4.

Kaksi tutkimusta oli toteutettu Yhdysvalloissa (Clark ym. 2012; Johnson ym. 2020), kaksi Isossa-Britanniassa (Iliffe ym. 2014; Mountain ym. 2017) ja yksi Suomessa (Pitkälä ym. 2009). Kaikissa julkaisuissa asetelmana oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Kahdessa tutkimuksessa rekrytointi tehtiin ikääntyville suunnatuista päiväkeskuksista (Clark ym. 2012; Johnson ym. 2020), ja toisessa tutkimuksessa rekrytoitiin tämän lisäksi osallistujia ikääntyneille suunnatuista asumisyhteisöistä (Clark ym. 2020). Pitkälä tutkimusryhmineen (2009) rekrytoi osallistujia kuntoutuskeskuksen kautta ja Iliffe tutkimusryhmineen (2014) perusterveydenhuollon tutkimusverkostojen kautta. Mountain ja kumppanit (2017) lähettivät postikyselyn yleislääkärin luona käyneille ikääntyneille, koska alkuperäinen suunnitelma kohdennetusta rekrytoinnista epäonnistui. Kolmessa tutkimuksessa kaikki osallistujat olivat yli 65-vuotiaita. Clarkin ja kumppaneiden (2012) julkaisussa 90 prosenttia osallistujista oli yli 65-vuotiaita. Johnsonin ja tutkimusryhmän (2020) julkaisussa keski-ikä oli 71,3 vuotta (SD 7,2). Nuorimman osallistujan (59-vuotias) rekisteröinnissä tapahtui virhe, ja hän pääsi poikkeuksellisesti osallistumaan tutkimukseen.

Interventiot olivat varsin erityyppisiä sisältäen liikunnallisia, taiteellisia ja elämäntapoihin keskittyviä ryhmätoimintoja. Interventioden kesto vaihteli kolmesta kuukaudesta puoleen vuoteen. Clarkin tutkimusryhmä (2012) toteutti toimintaterapiainervention, jonka pääpaino oli viikoittaisissa pienryhmätapaamisissa. Osallistujille tarjottiin myös yksilötapaamisia toimintaterapeutin kanssa. Iliffe tutkimusryhmineen (2014) tarkasteli kahta erilaista liikuntapainotteista ohjelmaa. Toisella ryhmällä oli yhteisiä viikkotapaamisia sekä kotona suoritettavia harjoituksia, kun taas toinen interventioyhmä liikkui pelkästään yksin kotona. Johnsonin tutkimusryhmineen (2020) toteut-

Taulukko 3. Artikkelit, populaatiot ja interventiot.

Artikkelin otsikko	Kirjoittajat, julkaisuvuosi ja maa	Asetelma	Populaatio	Interventio
Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the WellElderly 2 randomised controlled trial	Clark ym. 2012, Yhdysvallat	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (interventio- ja vertailuryhmä)	460 60–95-v.	Elämäntapoihin keskittyvä toimintaterapia 6 kk ajan. Pienryhmä- ja yksilötapaamiset, joita johti laillistettu toimintaterapeutti. Pienryhmä 2 h viikoittain. Yksilötapaamiset 1 h enintään 10 kertaa.
Multicentre cluster randomised trial comparing a community group exercise programme and home-based exercise with usual care for people aged 65 years and over in primary care	Iliffe ym. 2014, Iso-Britannia	Klusteri-satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (2 interventoryhmää ja vertailuryhmä)	1256 yli 64-v.	FaME-ohjelma sisälsi liikuntaryhmässä viikkotunteja (1 h) ja kotiharjoituksia 24 viikon (6 kk) ajan ja kannusti kävelemään. OEP-ohjelma sisälsi kotiharjoituksia 24 viikon ajan ja kannusti kävelemään.
A community choir intervention to promote well-being among diverse older adults: results from the Community of Voices trial	Johnson ym. 2020, Yhdysvallat	Klusteri-satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (interventio- ja vertailuryhmä)	390 59–93-v.	Viiikoittainen 90 minuutin laulutuokio 23 kertaa (6 kk).
A preventative lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters): a randomised controlled trial	Mountain ym. 2017, Iso-Britannia	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (interventio- ja vertailuryhmä)	288 yli 64-v.	Elämäntapoihin keskittyvän toimintaterapian ryhmätapaamiset viikoittain 4 kk ajan ja halutessaan lisäksi yksilötapaamisia kerran kuukaudessa mentorin kanssa.
Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial (Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: a randomized controlled trial)	Pitkälä ym. 2009, Suomi (Routasalo ym. 2009, Suomi)	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (3 interventoryhmää ja vertailuryhmä)	235 yli 74-v.	Interventoryhmät tapasivat viikoittain 12 kertaa (3kk). Aktiviteetit: a) terapeuttinen kirjoittaminen ja ryhmäpsykoterapia, b) ryhmäilokunta ja keskustelu ja c) taiteellinen toiminta. Tapaaminen kesti 5–6 h.

tamassa tutkimuksessa interventoryhmä kävi viikoittain laulamassa kuorossa. Mountainin ja hänen tutkimusryhmänsä (2017) Isossa-Britanniassa toteuttaman tutkimuksen taustalla oli Clarkin ja kumppaneiden (2012) Yhdysvalloissa toteuttama tutkimus. Pitkälän ja hänen tutkimusryhmänsä (2009) tutkimukseen sisältyi kolme erilaista interventoryhmää: terapeutinen kirjoittaminen ja ryhmäpsykoterapia, ryhmäliikunta ja keskustelu sekä taiteellinen toiminta. Osallistujat saivat valita, mihin ryhmään osallistuivat, jotta toiminta olisi mielekästä ja he sitoutuisivat paremmin interventioon. Yksi tapaamiskerta kesti 5–6 tuntia, mikä on huomattavasti pidempi kesto kuin muissa katsauksen tutkimuksissa.

Osallisuusmittarit ja -vaikutukset

Osallisuuteen liittyvät vaikuttavuuden arviointimittarit ja niiden tulokset sekä muut tutkimuksessa käytetyt vaikuttavuuden mittarit ja niiden tulokset on esitetty taulukossa 4. Kahdessa tutkimuksessa (Clark ym. 2012; Mountain ym. 2017) hyödynnettiin SF-36-mittaria, joka on tarkoitettu mittamaan terveyteen liittyvää elämänlaatua, mutta yksi sen osa-alueista on sosiaalinen toimintakyky. Mittarissa on kaksi sosiaalisen toimintakyvyn kysymystä, jotka kohdentuvat mahdollisuuksiin toteuttaa tavanomaista toimintaa perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa (Korpilahti & Aalto 2013). Kahdessa tutkimuksessa (Iliffe ym. 2014; Mountain ym. 2017) osallisuutta tarkasteltiin minäpystyvyyden näkökulmasta ja kolmessa tutkimuksessa (Routasalo ym. 2009; Mountain ym. 2017; Johnson ym. 2020) yksinäisyyden näkökulmasta. Johnson tutkimusryhmineen (2020) käytti mittarina NIH Toolboxia, joka on moniulotteinen sarja mittareita ja verrattain uusi tutkimusryhmän vasta pilotoimatyöväline. NIH Toolboxilla mitattiin psykososiaalisia tuloksia viidellä eri osa-alueelta, jois-

ta yksi oli yksinäisyys. Mountain tutkimusryhmineen (2017) tutki yksinäisyyttä de Jong Gierveld Loneliness -asteikolla ja Routasalo tutkimusryhmineen (2009) tarkasteli yksinäisyyttä UCLA Loneliness Scale -mittarilla sekä itse muotoilemallaan yksittäisellä kysymyksellä koetusta yksinäisyydestä. Kahdessa tutkimuksessa (Routasalo ym. 2009; Iliffe ym. 2014) osallisuutta tarkasteltiin myös sosiaalisten verkostojen näkökulmasta.

Kahdessa samankaltaista toimintaterapia-ryhmäinterventiota käsittelevässä tutkimuksessa saatiin erilaiset tulokset (Clark ym. 2012; Mountain ym. 2017). Yhdysvalloissa toteutetussa tutkimuksessa (Clark ym. 2012) sosiaalinen toimintakyky parani vertailuryhmään nähden. Isossa-Britanniassa toteutetussa tutkimuksessa (Mountain ym. 2017) ei havaittu sosiaalisen toimintakyvyn kohenevan interventoryhmässä, mutta yksinäisyyden kokemus lieveni 24 kuukauden seurannassa. Tutkijat totesivat yksinäisyyden lievenemistä tukevan löydöksen olevan kuitenkin kyseenalainen, koska kliiniset erot olivat pienet (Mountain ym. 2017).

Liikkumiseen kannustavat interventiot ryhmässä (FaME) ja kotona (OEP) toteutettuina eivät edistäneet sosiaalisten verkostojen syntymistä tai minäpystyvyyden kokemusta (Iliffe ym. 2014). Kuoroon osallistuminen sen sijaan vähensi yksinäisyyttä vertailuryhmään verrattuna (Johnson ym. 2020). Routasalo tutkimusryhmineen (2009) ei havainnut käyttämillään mittareilla eroja ryhmien välillä yksinäisyydessä tai sosiaalisissa verkostoissa. Tutkimuksessa havaittiin kuitenkin tutkimusryhmän oman kysymyksen kautta, että interventoryhmään kuuluvat henkilöt kokivat itsensä enemmän tarpeelliseksi kuin vertailuryhmän henkilöt. Tulokset myös osoittivat, että interventoryhmässä muodostettiin enemmän ystävyysuhteita ja 40 prosenttia interventoryhmäläisistä jatkoi tapaamisia yhden vuoden ajan. (Routasalo ym. 2009.)

Taulukko 4. Tulostulokset, mittarit ja vaikuttavuustulokset.

Artikkeli	Osallisuuden mittarit ja muut tulostulokset sekä mittarit	Tulokset
Clark ym. 2012, USA	Osallisuus: Sosiaalinen toimintakyky (SF-36 eli 36-Item Short Form Survey). Muut: Terveystieteen liittyvä elämäntila (SF-36), masennus (CES-D eli The Center for Epidemiologic Studies Depression), tyytyväisyys elämään (LSI-Z eli Life Satisfaction Index-Z) ja tutkittiin myös muista. Osallisuus: Sosiaaliset verkostot: (MSPSS eli Multidimensional Scale of Perceived Social Support ja LSNS eli Lubben Social Network Scale) ja minäpystyvyys ¹ .	Interventiolla oli merkittävä positiivinen vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn. SF-36 (osa-alueet: kipu, elinvoimaisuus, mielenferveys ja psyykinen suoritus) ja CES-D sekä LSI-Z-mittareilla havaittiin interventiolla olevan positiivinen vaikutus. Osallisuuden mittareilla tuloksissa ei ryhmien välillä eroja.
Iliffe ym. 2014, Iso-Britannia	Muut: Osuus, joka harjoittaa vähintään 150 min raskasta tai keskiväkeä liikuntaa viikossa ² , tasapaino ja kaatumisriski ² (tuolilta nousu, tasapainotesti, liikelajit), kaatumisten ilmaantuvuus ² (päiväkirja), kaatumisen pelko ² ja elämäntila ² (OPQoL eli Older People's Quality of Life, SF-12, EQ-5D). Osallisuus: Yksinäisyys ² (NIH Toolbox).	FAME-osallistujat saavuttivat useimmiten liikuntatavoitteen. OEP:n ja vertailuryhmän välillä ei merkittäviä eroja. Seurannassa ryhmäliikkujoilla oli vähiten kaatumisia. Interventoryhmän jäsenet kokivat huomattavasti vähemmän yksinäisyyttä kuin vertailuryhmässä olevat.
Johnson ym. 2020, USA	Muut: Kognitiivinen tulos ¹ (TMT eli The Trail Making Test), masennusoireet ¹ (PHQ-8 eli Patient Health Questionnaire), alavartalon vahvuus ¹ (SPPB eli toistettu tuolilta nousu -testi), sekä kognitiivinen, fyysinen ja muut psykososiaaliset funktiot ¹ (NIH Toolbox).	Interventioryhmä koki selkeästi enemmän kiinnostusta elämää kohtaan (NIH Toolbox). Ryhmien välillä ei merkittäviä eroja masennusoireissa, kognitiivisissa tai fyysisissä tuloksissa.
Mountain ym. 2017, Iso-Britannia	Osallisuus: Sosiaalinen toimintakyky ¹ (SF-36), yksinäisyys ¹ (de Jong Gierveld Loneliness Scale) ja minäpystyvyys ¹ (GSE eli Generalized Self-Efficacy). Muut tulostulokset ja mittarit: Henkinen hyvinvointi ¹ 6 kk seurannan kohdalla (SF-36), fyysiset terveysluttuvuudet ¹ (SF-36), masennuksen laajuus ¹ (PHQ-9), elämäntila ¹ (EQ-5D-3L) sekä hyvinvointi ¹ (ONS) 6 kk ja 24 kk seurannassa.	Tuloksissa ei merkittäviä eroja 6 kk kohdalla ryhmien välillä. 24 kk seurannassa havaittiin kuitenkin interventiolla olevan merkittävä positiivinen vaikutus de Jong Gierveld Loneliness -asteikolla. Muissa mittareissa ei merkittäviä muutoksia.
(Routasalo ym. 2009, Suomi)	Osallisuus: (Yksinäisyys (UCLA), sosiaaliset verkostot (LSNS), yksinäisyys, tarpeellisuuden tunne ja uudet ystävyssuhteet (tutkijoiden omat kysymykset)).	(UCLA- ja LSNS-mittareilla ei havaittu eroja ryhmien välillä. Interventioryhmäläiset kokivat itsensä selvästi tarpeellisemmiksi kuin vertailuryhmässä olevat. Interventioryhmäläiset saivat merkittävästi enemmän uusia ystävyssuhteita).
Pitkälä ym. 2009, Suomi	Muut: Kuolleisuus, terveystiedot (esim. verenpaine, pituus, paino), masennus (Montgomery – Åsberg -asteikko), subjektiivinen terveys (4 pisteen asteikolla). (Psykologinen hyvinvointi, esim. tyytyväisyys elämään ja masentuneisuus (omat kysymykset)).	Interventioryhmän itsearvioitu terveys parani ja kuolleisuus oli alhaisempi vertailuryhmään nähden. (Psykologinen hyvinvointi korkeampi interventioryhmäläisillä).

¹ Ensimmäinen tulostulokko (mikäli mainittu artikkelissa)² Toissijainen tulostulokko (mikäli mainittu artikkelissa)

Muut tulokset

Clarkin ja kumppaneiden (2012) tutkimuksessa intervention tavoitteena oli edistää psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia sekä kognitiota. Osallistujien psyykinen hyvinvointi parani tilastollisesti merkitsevästi ja fyysinen hyvinvointi lähes tilastollisesti merkitsevästi, mutta kognitiossa ei ollut eroja ryhmien välillä. Mountain ja kumppanit (2017) arvioivat samansisältöisen intervention vaikuttavuutta, mutta heidän tutkimuksessaan interventio ei parantanut osallistujien psyykkistä hyvinvointia.

Iliffen ja kumppaneiden (2014) tutkimuksessa ryhmämuotoisen FaME-intervention osallistujat saavuttivat todennäköisemmin tavoitteen harrastaa viikossa 150 minuuttia raskasta tai keskiraskasta liikuntaa. Yksin kotona harjoittelevilla ja vertailuryhmällä ei ollut merkittävää eroa liikunnan määrässä. Kuorotoiminnassa ryhmien välillä ei havaittu eroa masennusoireissa, kognitiossa tai fyysisessä toimintakyvyssä, mutta interventioryhmäläisillä oli enemmän kiinnostusta elämään (Johnson ym. 2020). Pitkälän ja tutkimusryhmän (2009) mukaan ryhmätoimintaan osallistuneiden itsearvioitu terveys oli parempi ja sekä kuolleisuus että terveydenhuollon kustannukset alempia kuin vertailuryhmässä.

Taloudellinen arviointi

Taulukossa 5 on esitetty tutkimuksissa huomioituiden kustannukset, taloudellisen arvioinnin menetelmä ja arvioinnin tulos. Clarkin tutkimusryhmään (2012) tarkasteltiin vain interventiosta aiheutuvia kustannuksia. Kolmessa artikkelissa huomioitiin terveystalouden käytön kustannukset (Pitkälä ym. 2009; Iliffe ym. 2014; Johnson ym. 2020), mutta näistä yhdessä ei käsitelty intervention kustannuksia lainkaan (Johnson ym. 2020). Vain Mountainin tutkimusryhmään (2017) otti huomioon sosiaali- sekä terveystalouden käytön kustannukset.

Tutkimusten interventiokustannuksia tarkasteltiin valuuttamuuttimen avulla muuttaen kustannukset tutkimuksessa käytetystä rahoituksesta euroiksi huomioiden rahanarvon muutoksen julkaisuvuodesta vuoteen 2020 (<https://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/default.aspx>). Pitkälällä ja hänen tutkimusryhmällensä (2009) oli korkeimmat interventiokustannukset. Kun 881 € osallistujaa kohden olevan intervention kustannukset muutettiin 2020 vuoden arvoksi, olivat kustannukset 1055 €/osallistuja. Pienimmät osallistujakohtaiset kustannukset olivat Iliffen tutkimusryhmän (2014) tarkastelemassa ryhmäliikuntainterventiossa. Tässä kustannukset olivat Nottinghamissa £218,43/osallistuja ja muutettuna vuoden 2020 euron arvoksi kustannukset olivat 313 €/osallistuja.

Taloudellisen arvioinnin menetelmänä oli kahdessa tutkimuksessa käytetty pelkkää kustannusanalyysiä (Pitkälä ym. 2009; Johnson ym. 2020). Kahdessa tutkimuksessa oli käytetty kustannus-utiliteettianalyysiä (Clark ym. 2012; Mountain ym. 2017). Yhdessä tutkimuksessa (Iliffe ym. 2014) oli suunniteltu tehtävän kustannus-utiliteettianalyysi, mutta tutkijat eivät havainneet eroa QALY:issa ryhmien välillä, minkä vuoksi he päätyivät tekemään kustannus-vaikuttavuusanalyysin.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä taloudellisen arvioinnin tyyppien mukaan jaoteltuna. Kustannusanalyysissä tarkasteltiin vain terveydenhuollon kustannuksia. Johnsonin tutkimusryhmään (2020) toteaa, että ryhmien välillä ei ollut eroa terveydenhuollon kustannuksissa. Pitkälän ja kumppaneiden (2009) mukaan interventioryhmällä on keskimäärin 943 €/osallistuja pienemmät terveydenhuollon kustannukset kuin vertailuryhmässä olevilla eli interventio vähensi terveydenhuollon kustannuksia. Intervention kustannukset olivat kuitenkin korkeat, 881 €/osallistuja, joten ero kokonaiskustannuksissa oli pieni, noin 60 €.

Kustannus-utiliteettianalyysistä Clarkin tutkimusryhmään (2012) toteuttamassa tut-

Taulukko 5. Taloudellinen arviointi.

Artikkeli	Intervention kustannukset ¹ ja taloudellinen arviointi	Tulokset
Clark ym. 2012, USA	Intervention kustannukset keskimäärin 783 \$ (472 €) osallistujaa kohden. Ei huomioitu muita kustannuksia. Kustannus-utiiliteettianalyysi.	Tulokset Interventioyryhmä: keskimäärin 0,038 (p<0,02) parempi muutos QALY:itä mitattuna vs. 783 \$ korkeammat kustannukset. ICER: 41 218 \$ / (24 868 €) per QALY. Ison-Britannian kynnysarvon perusteella kirjoittajat tulkittivat intervention kustannusvaikuttavaksi.
Iliffe ym. 2014, Iso-Britannia	Intervention kustannukset: Ryhmäinterventio FaME: Lontoo £268,74/hlö. Nottingham £218,43/hlö. Kotona toteutettu OEP: Lontoo £88,16/hlö, Nottingham £117,08/hlö. Muut kustannukset: Tiedot kerättiin intervention (6 kk) ja seurannan (12 kk) ajalta. Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö rekistereistä, osallistujien kustannukset (varusteet ja matkat), erikoissairaanhoidon kaatumisesta aiheutuneet kustannukset ja tuotannonmenetykset. Suunniteltu kustannus-utiiliteettianalyysi, mutta toteutettu kustannus-vaikuttavuusanalyysi.	Ryhmien välillä ei löydetty tilastollisesti merkitsevää eroa terveyspalveluissa tai muissa kustannuksissa. ICER: yhden henkilön liikunnan lisääminen tavoitetasolle FaME ryhmässä saatiin aikaan Lontoossa 1 920 £ ja Nottinghamissa 1 560 € kustannuksella verrattuna tavanomaiseen toimintaan.
Johnson ym. 2020, USA	Ei raportoitu intervention kustannuksia. Terveyspalvelujen käyttökysely edeltävän 3 kk ajalta (0 ja 6 kk kohdalla). Terveyspalvelujen kustannusten analyysi.	Ryhmien välillä ei ollut eroa terveydenhuollon kustannuksissa. Molemmissa ryhmässä kustannukset kasvoivat.
Mountain ym. 2017, Iso-Britannia	Intervention kustannukset osallistujaa kohden 430 € Pohjois-Englannissa ja 575 € Pohjois-Walesissa. Muut kustannukset: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukäyttökysely (6 ja 24 kk kohdalla) edeltävän 3 kk ajalta sovelletun kyselyn avulla. Vaikuttavuus arvioitiin käyttämällä SF-6D:tä, joka on johdettu SF-36 tuloksista. Kustannus-utiiliteettianalyysi.	Interventioyryhmässä oli pienemmät kustannukset, mutta se oli myös vähemmän vaikuttava. ICER-arvo oli £7 621. Interventio on kustannusvaikuttava, jos päätöksentekijät ovat valmiita hyväksymään yhden QALY:n menetyksen, jos siitä koituu vähintään £7 621 säästö sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.
Pitkälä ym. 2009, Suomi	Intervention kustannus osallistujaa kohden 881 €. Muut kustannukset: Terveyspalvelujen käytön kustannukset vuoden ajalta. Raportoitu terveyspalvelujen käyttö varmistettu rekistereistä. Kustannusten analyysi.	Terveydenhuollon kokonaiskustannukset interventioyryhmässä: 1522 €/hlö ja kontrolliryhmässä: 2465 €/hlö. Ero: 943 €/hlö. Interventioyryhmässä sairaalahoidon määrä väheni huomattavasti.

¹Muunnokset tehty: <https://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/default.aspx>

kimuksessa ICER-arvoksi laskettiin 24 868 £/QALY, joka on alle Ison-Britannian silloisen kynnyksarvon. Tutkimuksen tuloksissa oli kuitenkin paljon epävarmuutta, ja Clark tutkimusryhmineen arvioikin, että interventio oli vain 30 prosentin todennäköisyydellä kustannusvaikuttava. Mountain tutkimusryhmineen (2017) tutki samaa interventiota. Heidän tutkimuksessaan interventioryhmäläisillä oli matalammat kustannukset mutta interventioryhmällä terveyteen liittyvä elämänlaatu (QALY) vähenikin vertailuryhmään verrattuna.

Kustannus-vaikuttavuusanalyysissä (Ilfie ym. 2014) ei havaittu kustannuksissa eroja interventio- ja vertailuryhmien välillä. Todettiin, että yhden henkilön liikunnan lisääminen tavoitetasolle (150 min/vko) maksaa Lontoossa 1920 £ ja Nottinghamissa 1560 £.

Taloudellisen arvioinnin toteutuksen laadunarviointi

Vaikuttavuustieto oli luotettavasti kerätty ja esitetty kaikissa tutkimuksissa. Myös osallistujien kuvaus täytti laatukriteerin. Yksi tutkimuksista oli metodologiselta laadultaan kokonaisuudessaan hyvä (Ilfie ym. 2014). Myös Mountainin ja kumppaneiden (2017) tutkimus täytti useimmat laatukriteerit. Osassa tutkimuksista oli puutteita intervention kustannusten, kuten resurssien tai yksikkökustannusten, raportoinnissa (Pitkälä ym. 2009; Clark ym. 2012; Mountain ym. 2017) tai intervention kustannuksia ei esitetty lainkaan (Johnson ym. 2020). Yleistettävyyttä, mahdollisia eturistiriitoja, jakaumavaikutuksia tai harhaa ei katsauksen julkaisuissa juurikaan pohdittu.

Pohdinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen alkuperäisenä tavoitteena oli hakea tutkimuksia, joissa olisi käsitelty ikääntyvien osallisuuden vahvistamista ryhmäinterventiolla ja sen taloudellista arviointia. Toteutetulla haulla ei löytynyt

yhntään pelkästään osallisuuteen keskittyvää tutkimusta, vaan osallisuutta tarkasteltiin esimerkiksi sosiaalisten suhteiden tai sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta ja lisäksi tutkittiin muita hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia. Katsaukseen valikoituneiden viiden tutkimuksen perusteella ei voida todeta, että säännöllinen ryhmätoiminta osallisuuden edistäjänä olisi kustannusvaikuttavaa. Voidaan kuitenkin todeta, että ryhmätoimintaan osallistuminen voi jossain määrin parantaa ikääntyvien osallisuutta. Aiemman kirjallisuuden mukaan ryhmäinterventioiden on havaittu lieventävän ainakin koettua yksinäisyyttä (Dickens ym. 2011; Pitkälä & Routasalo 2012).

Katsauksen tutkimukset koskivat hyvin erilaisia interventioita, joissa sisällöt liittyivät toimintaterapiaan (Pitkälä ym. 2009; Clark ym. 2012; Mountain ym. 2017), liikuntaan (Pitkälä ym. 2009; Ilfie ym. 2014), kuorolauluun (Johnson ym. 2020) ja luovaan toimintaa (Pitkälä ym. 2009). Päätös käyttää hakustrategiassa laajaa intervention tulkintaa oli onnistunut. Ennako-olettamuksena oli, että tulos saattaisi jäädä suppeaksi, kun kriteerinä oli myös taloudellisen arvioinnin sisällyttäminen tarkasteluun.

Myös käytetyissä osallisuuden mittareissa oli vaihtelua, ja usein mitattiinkin osallisuuden eri osa-alueita, kuten yksinäisyyttä ja sosiaalisia verkostoja. Useamman erilaisen validin mittarin käyttäminen samassa tutkimuksessa parantaa tulosten luotettavuutta. Vain Routasalo tutkimusryhmineen (2009) käytti myös itse laadittuja kysymyksiä. He olivat luoneet kuu-den kysymyksen patteriston kartoittamaan psykologista hyvinvointia. Yksi kysymyksistä oli: ”Kärsitkö yksinäisyydestä?” Monen erilaisen mittarin käytön takia tutkimuksia ei voida luotettavasti vertailla keskenään.

Niukan hakutuloksen vuoksi ikärajan mukaista poissulkukriteeriä päätettiin laskea 65 ikävuodesta 60 ikävuoteen. Kahdessa tutkimuksessa osallistuneiden joukossa oli alle 65-vuotiaita, mutta heidän osuutensa oli pieni, ja voidaan arvioida, että se ei vaikuta tulosten tulkintaan.

Niin syrjäytyemisellä kuin yksinäisyydelläkin tiedetään olevan merkittäviä inhimillisiä ja yhteiskunnallisia kustannuksia (esim. Jansson 2020; Walsh ym. 2021), joten voidaan olettaa, että erilaisilla osallisuuden edistämiseksi kehitetyillä ryhmätoiminnoilla on myönteisiä (kustannus)vaikutuksia etenkin pidemmällä aikavälillä. Tämän katsauksen tutkimuksissa oli vallittu yleensä intervention rahoittajan näkökulma, ja siksi useimmissa tutkimuksissa tarkasteltiin vain intervention kustannuksia ja terveydenhuollon kustannuksia. Rajaus on perusteltu rahoittajan näkökulmasta, mutta se jättää ulkopuolelle muut palvelut sekä osallistujien kustannukset, eikä siten anna kokonaisvaltaista arviota kustannusvaikuttavuudesta (Sefton ym. 2002). Yleisesti ottaen kustannuksien vertailtavuutta vaikeuttavat myös kansalliset erot palvelujärjestelmissä ja niiden rahoituksessa.

Tutkimuksissa käytettiin erilaisia taloudellisen arvioinnin menetelmiä, joten ne erosivat myös siinä, minkälaisia johtopäätöksiä tuloksista tehtiin tai voitiin tehdä. Vain kahdessa tutkimuksessa oli määritelty kriteerit, joiden perusteella johtopäätökset tehtiin. Pitkälä ja kumppanit (2009) pitivät interventioita (terapeutin, taiteellinen ja liikunnallinen ryhmä) kustannusvaikuttavina, vaikka interventiot eivät parantaneet osallisuutta. Kustannuseron taustalla oli ennemminkin subjektiivisen terveyden paraneminen ja vähäisempi kuolemien määrä interventioyhtymässä. Kirjoittajat pitivät kustannusanalyysin perusteella interventioita perusteltuina, koska alemmat terveydenhuollon kustannukset kompensoivat suhteellisen korkeat intervention kustannukset. Clark tutkimusryhmineen (2012) arvioi toimintaterapian keskittyvän intervention kustannusvaikuttavaksi tehdyn kustannus-utiliteettianalyysin ja Isossa-Britanniassa käytettävän kynnyksen arvon perusteella.

Kahdessa tutkimuksessa (Ilfiffe ym. 2014, Mountain ym. 2017) ei ollut määritelty kriteeriä johtopäätöksen perusteeksi. Jos vaikuttavuusmuuttujalle ei ole olemassa maksuhaluuden arvoa, ei tuloksesta voida tehdä johto-

päätöstä intervention kustannusvaikuttavuudesta. Tällaisessa tilanteessa päätöksentekijä joutuu pohtimaan, hyväksyykö korkeammat kustannukset saavutetusta paremmasta vaikuttavuudesta vai terveyteen liittyvän elämänlaadun menetyksen saavutetuilla säästöillä. Tutkimusten mukaan menetyksen ”arvo” rahassa mitattuna on korkeampi kuin samansuuruisen saavutetun terveyshyödyn arvo (Rotteveel ym. 2020). Johnsonin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksen mukaan kuorointerventio ei kustannusanalyysin perusteella ole perusteltu eikä interventio vähentänyt osallistujien terveydenhuollon kustannuksia.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että ikääntyville suunnatun ryhmätoiminnan taloudellisesta arvioinnista on hyvin vähän tutkimusta ja jo tehtyjen tutkimusten vertailu on vaikeaa. Tulosten perusteella ei voida päätellä, onko ryhmätoiminta kustannusvaikuttavaa vai ei. Pikemminkin voidaan kannustaa tämän kustannusnäkökulman mukaan ottamista tutkimuksiin. Aihetta on kaikkiaan syytä tutkia enemmän, jotta löydetään myös kustannusten näkökulmasta tuloksellisimmat keinot ikääntyvän väestön osallisuuden edistämiseksi. On myös pohdittava, mitkä tulosmuuttajat parhaiten soveltuvat osallisuutta edistävän toiminnan tutkimiseen.

Kiitokset

Kiitos MENER-verkostolle (Vaikuttavuuden tutkijoiden mentorointiverkosto), jonka webinaarissa tätä katsausta on käyty esittelemässä työskentelyvaiheen aikana. Erityiskiitokset Tarja Välimäelle työn kommentoinnista. Kiitos yhteistyöstä kumppaneillemme Hanna-Kaisa Hoppanialle Ikäinstituutilta sekä Maarit Putoukselle ja Pia Nousiaiselle Itä-Suomen yliopistosta.

Yhteydenotto:

Anna-Maria Ruuskanen, TtM
anna-maria.lehto@uef.fi



Kirjallisuus

- Briggs A, Claxton K, Sculpher M. Decision modeling for health economic evaluation. New York: Oxford University Press, 2006.
- Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 2005;25(1):41–67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- CCEMG – EPPI-Centre Cost Converter. <https://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/default.aspx> (viitattu 28.2.2022).
- Clark F, Jackson J, Carlson M, Chih-Ping C, Barbara JC, Maryalice JM, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:782–90. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.099754corr1>
- Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *Am J Health Promot* 2015;29:109–25. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>
- Cordier R, Milbourn B, Robyn M, Buchanan A, Chung D, Speyer R. A systematic review evaluating the psychometric properties of measures of social inclusion. *PLoS One* 2017;12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179109>
- Dickens A, Richards S, Greaves C, Campbell J. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BioMed Central Public Health* 2011;11:e647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 4. edition. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- 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(2):147–57. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Hansen T, Petrová KM, Katz R, Lowenstein A, Naim S, Pavlidis G, et al. Exclusion from social relations in later life: micro- and macro-level patterns and correlations in a European perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(23):e12418. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312418>
- Heimonen S, Hoppania HK, Kuittinen V, Pohjanmaa U, Stenberg L, Topo P, ym. Osallisuutta, elämänhallintaa ja hyvää arkea iäkkäänä – Elämänote-ohjelma. Helsinki: Ikäinstituutti, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto VALLI ry, 2021. Internet: https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2021/11/Elamanote-kirja_saavutettava.pdf (viitattu 22.11.2021).
- Iliffe S, Kendrick D, Morris R, Masud T, Gage H, Skelton D, et al. Multicentre cluster randomised trial comparing a community group exercise programme and home-based exercise with usual care for people aged 65 years and over in primary care. *Health Technol Assess* 2014;18(49):1–105. <https://doi.org/10.3310/hta18490>
- Isola AM, Kaartinen H, Leemann L, Lääperi R, Schneider T, Valtari S, ym. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehyistä rakentamassa. Helsinki: THL, 2017.
- Jansson A. Loneliness of older people in long-term care facilities. Helsinki: University of Helsinki, 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6342-4>
- Johnson JK, Stewart AL, Acree M, Nápoles AM, Flatt JD, Max WB, et al. A community choir intervention to promote well-being among diverse older adults: results from The Community of Voices Trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2020;75(3):549–59. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby132>
- Kiviniemi V, Rannanheimo P. Lääkehoitojen kustannusvaikuttavuuden arviointi: perusteista käytäntöön. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 2020;136(2):184–91. Internet: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15351> (viitattu 19.12.2022).
- Korpilahti U, Aalto AM. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. *Terveysportti* 2013. Internet: https://terveysportti.mobi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=tmm00143 (viitattu 19.12.2022).
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980.
- Leemann L, Kuusio H, Hämäläinen RM. Sosiaalinen osallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Helsinki: THL, 2015. Internet: https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Sosiaalinen_Osallisuus.pdf/ (viitattu 19.12.2022).

- Leemann L, Martelin T, Koskinen S, Härkänen T, Isola AM. Development and psychometric evaluation of the Experiences of Social Inclusion Scale. *J Hum Dev Capab* 2021. <https://doi.org/10.1080/19452829.2021.1985440>
- Mountain G, Windle G, Hind D, Walters S, Keertharuth A, Chatters R, et al. A preventative lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters): a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2017;46(4):627–34. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx021>
- Oxoby R. Understanding social inclusion, social cohesion, and social capital. *Int J Soc Econ* 2009;36(12):1133–52. <https://doi.org/10.1108/03068290910996963>
- Palmer S, Raftery J. Opportunity cost. *British Medical Journal* 1999;318(7197):1551–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7197.1551>
- Pirhonen J, Tuominen K, Jolanki O, Jylhä M. Hyvinvointi vanhuudessa – valmistautumista, sopeutumista, luopumista ja hyväksymistä. *Gerontologia* 2019;33(3):105–20. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.79424>
- Pitkälä K, Routasalo P. Ryhmästä apua vanhusten yksinäisyyteen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2012;128(12):1215–16. Internet: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10334> (viitattu 19.12.2022).
- Pitkälä KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis RS. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol Ser A* 2009;64(7):792–800. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp011>
- Rissanen E, Kankaanpää E, Surakka A, Vornanen R. Vanhemmuuden varhaisen tuen interventioiden kustannusvaikuttavuus: systemaattinen katsaus-tutkimus. *Yhteiskuntapolitiikka* 2018;83(1):62–72.
- Ronzi, S, Orton L, Pope D, Valtorta NK, Bruce NG. What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Systematic Reviews* 2018;7:e26. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0680-2>
- Routasalo P, Tilvis RS, Kautiainen H, Pitkälä KH. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and wellbeing of lonely, older people: a randomized, controlled trial. *J Adv Nurs* 2009;65(2):297–305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>
- Rotteveel AH, Lambooij MS, Zuithoff NPA, van Exel J, Moons KGM, de Wit GA. Valuing healthcare goods and services: a systematic review and meta-analysis on the WTA-WTP disparity. *Pharmacoeconomics* 2020;38(5):443–58. <https://doi.org/10.1007/s40273-020-00890-x>
- Räsänen P, Sintonen H. Terveystalouden taloudellinen arviointi. *Suomen Lääkärilehti* 2013;68(17):1255–60. Internet: <https://docplayer.fi/359075-Terveystalouden-taloudellinen-arviointi.html> (viitattu 19.12.2022).
- Scharf T, Keating N. Social exclusion in later life: a global challenge. In: Scharf T, Keating N, eds. *From exclusion to inclusion in old age: a global challenge*. Bristol: The Policy Press, 2012:1–16. <https://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0001>
- Sefton T, Byford S, McDaid D, Hills J, Knapp M. Making the most of it: economic evaluation in the social welfare field. York: York Publishing Services, 2002. Internet: <https://www.jrf.org.uk/report/making-most-it-economic-evaluation-social-welfare-field> (viitattu 19.12.2022).
- Silver H, Miller S. Social exclusion: the European approach to social disadvantage. *Poverty & Race* 2002;11(5):1–14.
- Sintonen H, Pekurinen M. *Terveystaloustiede*. Helsinki: WSOY, 2006.
- Smallfield S, Molitor WL. Occupational therapy interventions supporting social participation and leisure engagement for community-dwelling older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther* 2018;72(4):1–8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.030627>
- Sosiaalihuoltolaki 2014/1301.
- Tamminen O, Pirhonen J. Puheita ja tekoja – osallisuuden haasteet vanhuudessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2021;58(4):384–95. <https://doi.org/10.23990/sa.95177>
- Tiilikainen E. Jakamattomat hetket: yksinäisyyden kokemus ja elämäntilanne. Helsinki: Gaudeamus, 2019.
- Tong F, Yu CL, Wang LS, Chi I, Fu F. Systematic review of efficacy of interventions for social isolation of older adults. *Front Psychol* 2021;12:e554145. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.554145>

- Van Regenmortel S, De Donder L, Dury S, Smetcoren AS, Dewitte N, Verté D. Social exclusion in later life: a systematic review of the literature. *J Popul Ageing* 2016;9(4):315–44. <https://doi.org/10.1007/s12062-016-9145-3>
- Walsh K, Scharf T, Keating N. Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *Eur J Ageing* 2017;14(1):81–98. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8>
- Walsh K, Scharf T, Van Regenmortel S, Wanka, A. Social exclusion in later life: interdisciplinary and policy perspectives. Cham: Springer Nature, 2021.