

Ruska Sinkkonen

YKSITYINEN VAI JULKINEN KOTIHOITO?

Asiakastyytyväisyystietoon perustuva kvantitatiivinen
tutkimus

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatin tutkielma
Huhtikuu 2022

TIIVISTELMÄ

Ruska Sinkkonen: Yksityinen vai julkinen kotihoito?: Asiakastytyväisyystietoon perustuva kvantitatiivinen tutkimus

Kandidaatin tutkielma

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelma

Huhtikuu 2022

Tämä tutkielma pyrkii selvittämään, minkälaisia eroja yksityisen ja julkisen sektorin tuottaman kotihoidon välillä on Tampereella ja Orivedellä. Tämä tutkielma pohjautuu Tampereen kaupungin keräämään asiakastytyväisyystietoon vuodelta 2021. Tutkielman aineisto on postitse kerätty kyselyaineisto, johon on vastannut 572 kotihoidon asiakasta. Tämän tutkielman muuttujina käytetään kotihoidolle annettua kokonaisarvosanaa sekä kahtakymmentä 5-portaista Likert-asteikollista väittämää, jotka mittaavat kotihoidon laatua hieman eri näkökulmista. Näistä muodostetaan edelleen Kotihoidon laatu -niminen summamuuttuja sekä faktorianalyysin avulla kolme faktorimuuttujaa: hoiva, osallistaminen sekä yhteydenpito. Näiden kaikkien muuttujien eroja sekä sektoreittain että taustamuuttujien suhteen tarkastellaan Mann-Whitneyn U-testin avulla. Muita tässä tutkielmassa käytettyjä menetelmiä ovat myös Khii toiseen -testi sekä ristiintaulukointi.

Tutkimuskysymyksenä on: Miten yksityisen ja julkisen sektorin asiakkaiden kokemukset kotihoidon laadusta eroavat toisistaan Tampereen ja Oriveden kontekstissa? Hypoteesi on, että julkisen kotihoidon asiakkaat ovat kotihoitoon tyytyväisempiä kuin yksityisen sektorin asiakkaat. Hypoteesi pohjautuu hoivan markkinoistamisen sekä politisoitumisen aiheuttamiin haasteisiin laadukkaan hoivan järjestämiselle.

Hoivan laatu -muuttujan, kotihoidolle annetun kokonaisarvosanan, hoiva-faktorimuuttujan sekä kahdeksan kotihoidon laatuun liittyvän väittämän kohdalla julkisen asiakkaat antoivat tilastollisesti merkitsevästi parempia arvosanoja kuin yksityisen kotihoidon asiakkaat Tampereella ja Orivedellä. 12 väittämän sekä kahden faktorin (osallistaminen ja yhteydenpito) kohdalla erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, vaikka ne osoittivatkin julkisen sektorin paremmista arvosanoista. Aineiston analyysin pohjalta voidaan päätellä, että julkisen kotihoidon asiakkaat ovat antaneet merkitsevästi parempia arvosanoja kuin yksityisen kotihoidon asiakkaat, vaikka kaikissa tarkasteluissa erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tämän tutkielman pohjalta on perusteltua tehdä johtopäätös, jonka mukaan kotihoidon järjestäminen ensisijaisesti kaupungin omana palveluntuotantona eli julkisella sektorilla on perusteltua ainakin asiakastytyväisyystiedon näkökulmasta. Julkisen sektorin asiakkaat ovat tämän tutkielman perusteella yksityistä sektoria tyytyväisempiä nimenomaan kotihoidon ja hoivan laatuun, eivätkä niinkään omaan ja läheisten osallistamiseen tai yhteydenpitoon hoitajien kanssa.

Avainsanat: Kotihoito, hoiva, politisoituminen, markkinoistaminen, yksityinen sektori, julkinen sektori

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	1
2. VIITEKEHYS	3
2.1 Kotihoito osana sosiaali- ja terveyspalveluita	3
2.2 Hoivan poliittinen luonne	4
2.3 Hoivan markkinoistaminen	5
2.4. Aikaisempi kotihoidon tutkimus	7
3. TUTKIMUSASETELMA	10
3.1 Tutkimuskysymys ja hypoteesi	10
3.2. Tutkimusaineiston esittely	10
3.3 Tutkimusmenetelmät	11
3.4 Tutkimusetiikka	13
4. TULOKSET	14
4.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	14
4.2 Sektoreiden väliset erot kotihoidon laatua mittaavissa väittämissä	15
4.3 Sektoreiden väliset erot kolmessa kotihoidon teemassa	17
4.4 Sektoreiden väliset erot kotihoidon laatua mittaavassa summamuuttujassa	19
4.5 Sektoreiden väliset erot kotihoidon kokonaisarvosanassa	21
5. JOHTOPÄÄTÖKSET	22
LÄHTEET	25
LIITE 1. Kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyn kyselylomake 2021	28
LIITE 2: Taustamuuttujien vastaajamäärät	30

TAULUKKOLUETTELO

	Sivunumero
Taulukko 1: Kotihoidon käyntien tiheyden jakautuminen tutkimusaineistossa (%).	14
Taulukko 2: Väittämät, joiden suhteen ero oli tilastollisesti merkitsevä sektoreiden välillä, niiden vastaajamäärät, keskiarvot sekä p-arvot.	15
Taulukko 3: Väittämät, joiden suhteen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä sektoreiden välillä sekä niiden vastaajamäärät, keskiarvot ja p-arvot.	16
Taulukko 4: Väittämien jakautuminen faktorianalyysin avulla muodostettuihin faktoreihin.	17
Taulukko 5: Faktoreiden Cronbachin alphas sekä Mann-Whitneyn U-testien p-arvot ja sektorittaiset keskiarvot.	18
Taulukko 6: Kotihoidon kokonaisarvosana sen mukaan, kuinka usein vastaaja saa kotihoitoa (%) (p=0,046)	21
Kuvio 1: Kotihoidon laadun arviot vastaajan sukupuolen mukaan. (%) (p=<0,001)	19
Kuvio 2: Kotihoidon laadun arviot sen mukaan, kokeeko vastaaja yksinäisyyttä. (%) (p=<0,001)	20

1. JOHDANTO

Väestön ikääntyessä, huoltosuhteen heiketessä sekä kotona hoidettavien ikäihmisten kunnan heikentyessä entistä tehokkaamman kotihoidon kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää. Kotihoidon palvelut ovat iäkkäille elintärkeitä ja ne mahdollistavat asiakkaille välttämättömät inhimilliset toiminnot. Tampereella ja Orivedellä oli vuonna 2020 yhteensä jopa noin 7 500 kotihoidon asiakasta (THL 2021). Uudet hyvinvointialueet vuoden 2023 alusta alkaen muodostavat Pirkanmaan hyvinvointialueesta väestöpohjan perusteella Suomen suurimman hyvinvointialueen. Siihen tulee nimittäin kuulumaan jopa puoli miljoonaa ihmistä. (TAYS 2021). Tämän tutkimuksen tavoitteena on antaa asiakkaiden näkökulmaan perustuvaa luotettavaa tietoa kotihoidon laadun eroista yksityisellä ja julkisella sektorilla. Julkisten palvelujen kohdatessa tulevaisuudessa yhä uudenvälisiä haasteita, tulee luotettava tutkimustieto palvelujen laadusta sekä asiakkaiden tyytyväisyydestä ensisijaisen tärkeäksi.

Tämä kandidaatintutkielma tarkastelee kvantitatiivisin menetelmin Tampereen kaupungin keräämän kotihoidon asiakastytyväisyyskyselyn tuloksia vuodelta 2021. Tutkimuskysymyksenä on: Miten asiakkaiden kokemukset kotihoidosta eroavat yksityisellä ja julkisella sektorilla. Tässä tarkastellaan asiakkaiden kokemuksia kotihoidon laadusta sille annetun kokonaisarvosanan ja laatua mittaavien väittämien avulla sekä muodostetun kotihoidon laatu -summamuuttujan ja kolmen faktorimuuttujan kautta. Eroja sektoreiden välillä tarkastellaan Mann Whitneyyn U-testiä käyttämällä. Tutkimuksen tuloksia pohditaan julkisten palvelujen järjestämisen näkökulmasta johtopäätökset-luvussa.

Vastaavaa tutkimusta kotihoidosta, jossa yksityistä ja julkista sektoria vertaillaan, ei ole Suomessa tehty asiakastytyväisyystietoon perustuen. Tällaista vertailutietoa tarvittaisiin, mutta tutkijat Suvi Leppäaho, Sari Kehusmaa, Hanna Alastalo ja Sini Siltanen (2021 4) kertovat, että aina kotihoidon yksiköissä ei edes kerätä asiakastytyväisyystietoa vanhuspalvelulain vaatimuksesta huolimatta. Irlannissa puolestaan on toteutettu sektoreita keskenään vertaileva tutkimus kotihoidosta, mutta työntekijähaastatteluihin perustuen (Timonen & Doyle 2007). Kotihoitoa on opinnäytetyönä Suomessakin tarkasteltu sektoreittain vain työntekijöiden haastatteluihin perustuen (Hietanen & Suhonen 2021; Halonen-Välimaa & Salmi 2020). Opinnäytetyönä on myös tarkasteltu kotihoidon ulkoistamisen vaikutuksia Lahden kotihoidon kontekstissa (Hennala & Uotila 2017). Suomessa on myös toteutettu kotihoidon työntekijöiden haastatteluja (Kröger, Van Aerschot & Puthenparambil 2018). Yksityistä ja julkista sektoria on vertailtu keskenään palveluasumisen kontekstissa, mutta yksiselitteistä vastausta siihen, kumpi sektori tarjosi aineistossa parempilaatuista hoivaa, ei voitu

esittää (Sinervo ym. 2010, 6). Asiakastyytyväisyystietoon perustuva, sektoreittainen kvantitatiivinen tutkimus kotihoidosta kuitenkin vielä uupuu.

Kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyn tulosten tieteellinen ja tilastollinen tarkastelu sektoreittain mahdollistaa tehokkaamman kotihoidon palvelujen kehittämisen sekä mahdollisesti myös sen laadun parantamisen. Se myös antaa paremman käsityksen Tampereella ja Orivedellä tuotettujen kotihoidon palveluiden todellisesta laadusta ja eroista sektoreiden välillä. Yksityisten ja julkisten palveluiden tilastollinen vertailu antaa luotettavaa tietoa siitä, kuinka nämä ryhmät todellisuudessa eroavat toisistaan. Kotihoitoon liittyvän päätöksenteon tueksi tarvitaan luonnollisesti monitieteistä tutkimusta.

Tutkielma alkaa viitekehyksen tarkastelulla. Aluksi määritellään kotihoito ja sen rooli osana sosiaali- ja terveyspalveluita. Sitten tarkastellaan hoivan politisoitumista ja sen poliittista luonnetta sekä hoivan markkinoistamisen polkua ja sen arvioituja seurauksia. Sitten tutustutaan aiempaan kotihoitoon liittyvään tutkimukseen. Tutkimusasetelma ja menetelmät -luvussa kerrotaan tarkemmin tutkimuskysymyksestä, hypoteesista, aineistosta sekä tehdyistä tutkimuksellisista valinnoista. Samassa yhteydessä kerrotaan myös tehdystä valinnasta käyttäen Mann-Whitneyn U-testiä. Viimeiseksi pohditaan vielä tutkimuksen eettisyyttä. Tulokset -luvussa tutkimuksen tulokset käydään läpi teemoittain. Johtopäätökset -osiossa pohditaan tuloksia ja niiden merkitystä sekä palvelujen tuottamista. Tutkielman lopusta löytyy kyselytutkimuksessa käytetty kyselylomake sekä liitteet.

2. VIITEKEHYS

Tässä luvussa tarkastellaan neljää teemaa, jotka linkittyvät vahvasti toisiinsa. Aluksi tarkastellaan, mitä on kotihoito ja sosiaali- ja terveysterveystoimet, kuka niitä tuottaa ja kehittää ja millä sektorilla. Toisessa teemassa pohditaan hoivan poliittista luonnetta, hoivan politisoitumista ja siihen johtaneita polkuja. Kolmanneksi tarkastellaan hoivan markkinoistamista ja siihen liittyviä harhaluuloja sekä sen finansialisaatiota. Viimeisessä alaluvussa tutustutaan aiempaan kotihoitoon liittyvään tutkimukseen.

2.1 Kotihoito osana sosiaali- ja terveysterveystoimia

Sosiaali- ja terveysterveystoimet huolehtivat ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista kaikilla elämän eri osa-alueilla sekä eri elämänkaaren vaiheissa. Suomessa sosiaali- ja terveysterveystoimia sekä niiden kehittämistä ohjaa sosiaali- ja terveysterveystoimien ministeriö. Se myös ohjaa palvelujen uudistuksia ja niiden toteuttamista. Palveluiden järjestämisen vastuu on tällä hetkellä kunnilla. (Sosiaali- ja terveysterveystoimien ministeriö 2022a.) Maaliskuussa vuonna 2022 toimintansa aloittavat uudet hyvinvointialueet, joiden vastuulle sosiaali- ja terveysterveystoimien sekä pelastustoimien järjestämisen vastuu siirtyy vuoden 2023 alusta alkaen (Sosiaali- ja terveysterveystoimien ministeriö 2022c). Sosiaali- ja terveysterveystoimet koostuvat muun muassa lääkehoidosta, kuntoutuksista, iäkkäiden palveluista, lastensuojelusta sekä perus- ja erikoissairaanhoidosta. Iäkkäiden palvelut osana sosiaali- ja terveysterveystoimia sisältävät muun muassa ympärivuorokautisen hoivan (ts. tavallinen tai tehostettu palveluasuminen), kotihoidon palvelut sekä esimerkiksi omaishoidon tuen. (Sosiaali- ja terveysterveystoimien ministeriö 2022b.) Ikäihmisten palvelut voidaan jakaa kahteen ryhmään hoivan sijainnin mukaan: kotona annettavat palvelut sekä laitos- ja asumispalvelut (Karsio & Tynkkynen 2015, 82). Tässä tutkielmassa tarkastellaan kotona annettavia palveluita.

Kotihoitoa ovat sellaiset palvelut, jotka tuotetaan asiakkaan kotona tämän sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Se auttaa asiakasta tämän arkipäiväisissä sekä henkilökohtaisissa toiminnoissa sekä myös seuraa säännöllisesti asiakkaan vointia ja tarvittaessa myös neuvoo tätä eri palveluihin liittyen. (Sosiaali- ja terveysterveystoimien ministeriö 2022b.) Kotihoidoksi lasketaan kotipalvelut, kotihoito, kotisairaanhoido sekä kotisairaala. (THL 2021, 2). Asiakas tekee kotihoidon asiakasohjaajan kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelman, joka perustuu asiakkaan tarpeisiin sekä sosiaali- ja terveysterveystoimien määrittelemiin kotihoidon myöntämisperusteisiin. Tämän perusteella asiakas saa kotihoidon palveluita. Monissa kunnissa kotihoidon palvelut koostuvat sekä yksityisten palveluntuottajien palveluista, että kaupungin omista palvelutuotannoista. (Sosiaali- ja terveysterveystoimien ministeriö 2022b.)

Sosiaali- ja terveystalveluita tuottavat Suomessa kolme sektoria. Julkisen sektorin palveluihin kuuluvat valtion sekä kuntien tai kuntayhtymien tuottamat palvelut: terveystakeskukset, sairaalat tai esimerkiksi päiväkodit (Tilastokeskus 2022a). Yksityisen sektorin palveluita vuorostaan tuottavat yhtiöt, yritykset, säätiöt, yrittäjät sekä ammatinharjoittajat tai kirkot (Tilastokeskus 2022b). Tässä tutkielmassa toinen ja kolmas sektori on yhdistetty. Järjestöjen ja säätiöiden katsotaan tässä tutkielmassa kuuluvan yksityiseen sektoriin. Julkinen sektori noudattaa tässä tutkielmassa perinteistä merkitystään.

2.2 Hoivan poliittinen luonne

Hoivapolitiikassa määritellään, minkälaisiin tarpeisiin hoivaa annetaan ja mihin ei. Osana hoivapolitiikkaa määritellään myös, mitä on laadukas ja hyvä hoiva (Hopponia ym. 2016, 87). Hoivan politisoitumiseen on vaikuttanut sen julkinen luonne ja toisaalta myös uudenlaiset rajanvedot hoivan ja hoidon välillä. Hoito keskittyy enemmän sairaanhoidolliseen puoleen ja hoiva muun muassa psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Ikäihmisten hoivapolitiikka onkin noussut sosiaalipolitiikan ja terveydenhuollon tärkeimmäksi kysymykseksi. (Anttonen & Sointu 2006, 13–15, 82.) Hoivapolitiikassa kaksi suurta teemaa liittyvät rahoitukseen ja vastuuseen.

Laadukkaaseen hoivaan liitetään usein inhimillinen ja arvokas kohtelu, läsnäolo, kiireettömyys sekä huomaavaisuus ja tarpeisiin vastaaminen. Yleiset käsitykset hoivan laadusta eivät kuitenkaan aina noudata poliittista hoivan laadun määritelmää. (Hopponia ym. 2016, 88.) Vanhuspalvelulaissa (980/2012) on kirjattu, kuinka ”iäkkäille henkilöille tarjottavien sosiaali- ja terveystalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito”. Vanhuspalvelulaki ei kuitenkaan määrittele, minkälaista hyvä hoiva käytännössä on. Vanhuspalvelulakiin liittyvä toinen ongelma liittyy hoivan tarpeeseen vastaamiseen. Hanna-Kaisa Hopponia kollegoineen (2016, 88) kertovat nimittäin, kuinka vanhuspalvelulaissa korostetaan hoidon laadun lisäksi myös tavoitetta järjestää vanhuspalvelut niin, että täsmällisesti kohdennetut palvelut hidastaisivat palvelujen kysynnän ja toisaalta myös kustannusten nousua. Käytännössä laadukkaan ja hyvän hoidon järjestäminen täytyykin siis ilmeisesti pystyä taata entistä pienemmillä tai edes saman suuruisilla resursseilla kuin ennen (Hopponia ym. 2016, 88), huoltosuhteen heikentymisestä huolimatta. Tässä vastakkainasettelussa ollaankin ehkä nykypäivän hoivapolitiikan ytimessä.

Hoivapolitiikkaan liittyy jatkuvaa kamppailua rahoituksen lisäksi myös hoitovastuun suhteen: sitä siirretään jatkuvasti julkiselta toimijalta kotitalouksiin tai toisin päin. Se, kenelle iäkkään ihmisen hoivan velvoite kuuluu, tuntuu vaihtelevan aina poliittisten intressien mukaan. Vanhusten tarve hoivaan ei kuitenkaan katoa siitä huolimatta, kenellä hoivavastuu on. Käytännössä kuitenkin pallottelu hoivavastuun suhteen saattaa ajaa vanhuksen helposti poliittisten kiistojen välikappaleeksi. Vanhus voidaan kuvata hoivan tarvitsijana eri tavoin riippuen aina kulloisestakin poliittisesta suuntauksesta: joko julkisen sektorin taakkana tai toisaalta yksityisen sektorin aktiivisena kuluttajana. Vaivaan liittyvät puhettavat sekä toisaalta vaivasta puhumatta jättäminen muokkaavat hoivapolitiikkaa sekä ohjaavat hoivavastuun jakautumista yhteiskunnassa. (Hopponia ym. 2016, 11–35.)

2.3 Hoivan markkinoistaminen

Sami Fredriksson ja Tuomo Martikainen (2006) määrittelevät tekstissään markkinoistamisen julkisen sektorin toiminnaksi, joka asettaa aiemmin yksin julkisen sektorin tuottamat palvelut markkinoille myös yksityisten palveluntuottajien tuotettavaksi. Tällöin monopolistisesti tuotetut palvelut siirtyvät kilpailutettuun tuotantoon. Tämä tarkoittaa sitä, että julkinen sektori asettaa sille asetetun perusvelvoitteen ainakin osaksi markkinoille sen sijaan, että se tuottaisi kyseisen palvelun itse. (Fredriksson & Martikainen 2006, 9–10.) Markkinoistamisesta puhutaan julkisessa keskustelussa monen käsitteen kautta. Sitä voidaan kutsua markkinoistamiseksi, markkinoistamiseksi tai esimerkiksi markkinoistumiseksi, joka lienee käsitteistä tunnetuin. Hanna-Kaisa Hopponia, Olli Karsio, Leena Näre, Tiina Vaittinen ja Minna Zechner (2022) käyttävät myös finansialisaation käsitettä, joka viittaa hoivan yksityistämistä tai sen markkinoistamista suurempaan kokonaisuuteen. Tässä tutkielmassa käytetään kuitenkin markkinoistamisen käsitettä, sillä se korostaa erityisesti tietoista valintaa ja toisaalta myös tekemistä satunnaisuuden sijaan. Tämän alaluvun lopussa kerrotaan kuitenkin myös hieman finansialisaation käsitteestä.

Muun muassa 1990-luvun lama, väestön vanheneminen sekä kuntien kiristynyt talous ovat ajaneet sosiaali- ja terveystalouksista päättäviä poliitikkoja kohti säästöleikkauksia sekä tavoittelemaan entistä vahvemmin taloudellista tehokkuutta hoivapalvelujen järjestämisessä. Tämä ilmiö on edesauttanut yritysten tuottamien sote-palveluiden nousun markkinoille ja toisaalta yhdistysten sekä järjestöjen tarjoamien palvelujen (kolmannen sektorin) jäämisen varjoon. Yksityisten palvelutuotantojen määrä onkin ikäihmisten palveluissa kasvanut muita sote-palveluita nopeammin. (Karsio & Tynkkynen 2015, 81–82; Anttonen & Karsio 2017, 220–221.)

Markkinoistamisen ideologiasta on tullut sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä hyvin vahva. Monet peräänkuuluttavatkin kansalaisten valinnanvapautta, kun puhutaan palvelujen ja palveluntarjoajien valinnasta. Kansalaisesta puhutaan markkinoistamisen kontekstissa jopa kuluttajana. (Anttonen & Karsio 2017, 220–221.) Valinnanvapauden muodostamasta hyödystä voi kuitenkin olla montaa mieltä. Esimerkiksi Satu Ojala kollegoineen (2017) ovat sitä mieltä, että valinnanvapaus sosiaali- ja terveystalvelujen kontekstissa luo eriarvoisuutta. Palveluntuottajan valinta vaatii usein rahaa ja tietoa, jota erityisesti korkeakoulutetuilla on. Yksityisiä palveluja syntyy myös eniten kaupunkeihin, joka asettaa myös kotipaikkakunnan perusteella kansalaiset eriarvoisiin asemiin palvelujen suhteen. Esimerkkinä onnistuneesta julkisesta palvelusta kirjoittajat antavat suomalaisen koulujärjestelmän, joka on perinteisesti täysin julkisesti tuotettu. (Ojala ym. 2017, 46–47.)

Ojala kollegoineen (2017) esittävät teoksessaan myös, että on olemassa neljä myyttiä, jotka liittyvät julkisiin palveluihin. Yksi niistä on väittämä, jonka mukaan palvelujen markkinoistaminen luo säästöjä. Näin ei kirjoittajien mukaan kuitenkaan ole. Tämä liittyy hallintokuluihin, jotka julkinen sektori maksaa. Palvelujen markkinoistaminen aiheuttaa hallintokuluja aina kilpailutuksesta hallinnointiin ja valvontaan siirryttäessä. Yleinen luulo onkin, että nämä hallintokulut ovat pienempiä kuin markkinoistamisen luomat säästöt julkiselle sektorille. Kirjoittajat kuitenkin nojaavat tutkimustuloksiin, jotka esittävät, että palvelumarkkinat eivät ole tehokkaita. Kirjoittajat esittävät myös, että yksityisellä sektorilla palveluntuottajat ovat sidottuja voiton tavoitteluun, tehokkuuden lisäämiseen sekä usein myös osinkojen jakamiseen osakkeenomistajille. Vain julkinen sektori voi kirjoittajien mukaan ensisijaisesti tavoitella laaja-alaista hyvinvointia, hyvää hoivaa ja saavutettavia palveluita. Julkinen sektori pyrkiikin siis vastaamaan tarpeisiin ja yksityinen sektori vuorostaan kysyntään. (Ojala ym. 2017, 46–47.)

Hoivapalvelujen yleistyminen markkinoilla on luonut kuntiin uusia velvollisuuksia: palvelujen valvontaa ja kilpailuttamista sekä palvelujen tuotteistamista. Kuntien lakisääteinen velvoite kilpailuttaa hoivapalveluiden tuottaminen on antanut suurille hoivan palveluntuottajille edun verrattuna pieniin hoivayrittäjiin. Mikäli kunnasta tulee muutamasta suuresta hoivan tuottajasta riippuvainen, voi uhkana olla hintojen hallitsematon nousu ja sitä kautta myös hoivan laadun heikentyminen. Kunnan vastuu palvelujen järjestäjänä voi myös heiketä. Julkista palvelutuotantoa ei siis tule hävittää palveluntuottajien joukosta, vaan sen rooli palveluntuottajana tulee säilyttää. (Karsio & Tynkkynen 2015, 98–100.)

Anneli Anttonen ja Olli Karsio (2017, 228–230) tulevat tekstissään siihen johtopäätökseen, että sote-palvelujen markkinoistaminen on nostanut markkinoille paljon uusia yksityisiä, voittoa tavoittelevia palveluntuottajia sekä muuttanut valtion roolia palvelujen tuottamisessa. Valtio keskittyykin jatkossa enemmän palvelujen hankkimiseen, rahoittamiseen ja valvomiseen kuin hoivan tuottamiseen. Myös kansalaisen rooli hoivamarkkinoilla on muuttunut. Uusilla, markkinoistetuilla hoivamarkkinoilla kansalainen on kuluttaja. Tätä muutosta perustellaan valinnanvapaudella. Valinnanvapauden todelliset vaikutukset saattavat kuitenkin asettaa kansalaiset eriarvoiseen asemaan keskenään. (Anttonen & Karsio 2017, 228–230.)

Samoista teemoista hieman eri näkökulmasta kertovat Hanna-Kaisa Hoppania (2022) kollegoineen. Markkinoistettu vanhushoiva muodostaa kirjoittajien mukaan nyt uuden kentän hyvinvointivaltion ja hoivan finansialisaatiolle, joka ei niinkään korosta yksityistämistä tai hoivan myymistä ja ostamista, vaan pikemminkin kansainvälisten sijoittajien mahdollisuuksia hyötyä vanhushoivasta sekä rahallisesti että poliittisesti. Vanhushoivan finansialisaatio tarjoaakin kirjoittajien mukaan kansainvälisille sijoittajille mahdollisuuden veropetoksiin monimutkaisten lainarakenteiden kautta sekä jopa tilaisuuden vaikuttaa hoivan resurssien käyttötapoihin jopa asiakkaiden ja työntekijöiden ylitse. (Hoppania ym. 2022, 13.) Kaikki markkinoistettu hoiva ei kuitenkaan kirjoittajien mukaan ole finansialisoitua (Hoppania ym. 2022, 2). Hoivan markkinoistaminen ulottuukin siis palveluntuottajan valintaa ja julkisen sektorin muuttuvaa roolia pidemmälle.

2.4. Aikaisempi kotihoidon tutkimus

Tässä alaluvussa tarkastellaan kotihoitoon ja ikäihmisten palveluihin liittyvää aikaisempaa tutkimusta. Tarkastelemme muun muassa kotihoidon saannin tunnuslukuja, työntekijöiden haastatteluiden kautta työtyytyväisyyttä sekä eri sektoreiden välistä yhteistyötä kotihoidon tuottamisen kontekstissa. Sektoreiden välisiä laatueroja vertailevaa tutkimusta kotihoidosta tai muista terveyspalveluista ei valitettavasti ole esiteltäväksi tässä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on Kotihoito 2020-tutkimuksessaan todennut, että kotihoidon asiakkaista yli puolet saa kotihoitoa päivittäin. THL:n tutkimuksen aineistossa 43 prosenttia vastaajista luokiteltiin paljon palveluja käyttäviksi. Paljon palveluja käyttäväksi asiakkaaksi luokitellaan sellaiset vastaajat, joilla on vuoden sisään ollut sellainen palveluntarve, että kotihoito on käynyt kahden viikon ajan vähintään kaksi kertaa päivässä. (Saukkonen, Mölläri & Puroharju 2020.) Hanna Alastalo, Suvi Vainio ja Sari Kehusmaa totesivat myös Vanhuspalvelulain seurantakyselyn

raportissaan, kuinka vuodesta 2014 vuoteen 2016 tultaessa kotihoidon asiakasmäärä kasvoi useassa maakunnassa. Tutkimuksessa Pirkanmaa oli yksi näistä maakunnista, joissa kotihoidon asiakasmäärät kasvoivat. Kolmanneksi Alastalo (2017) kollegoineen kertoo, että kotihoidon henkilöstön kokonaismäärä on monessa maakunnassa vuorostaan laskussa. Tässä tarkastelussa näkyy kuitenkin, että Pirkanmaan kotihoidon henkilöstön määrä kasvoi poiketen monesta muusta maakunnasta. (Alastalo ym. 2017.)

Sari Kehusmaa, Kaaren Erhola ja Minna-Liisa Luoma (2017) ovat tarkastelleet kotihoidon käyntien lukumäärää suhteessa asiakkaan arvioituun hoidon tarpeeseen. Tutkimuksen keskeisenä tuloksena ilmenee, että kotihoidon tarve ja kotihoidon saannin yleisyys eivät välttämättä ole toisiinsa yhteydessä. Asiakas, joka on määritelty lähes täysin omatoimiseksi voi saada intensiivistäkin kotihoitoa esimerkiksi sairautensa vuoksi. Tämän ilmiön olemassaolo kertookin, että palveluntarpeen arviointiin täytyy kiinnittää jatkossa erityistä huomiota. (Kehusmaa ym. 2017, 5.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on asettanut ikäihmisten palveluille kansallisen tavoitteen, jonka mukaan parhaassa tapauksessa iäkäs ihminen voisi asua omassa kodissaan jopa tämän elämänsä loppuun asti. Tavoitteeseen kuuluu, että hoivan ja huolenpidon tarpeet täytetään ensisijaisesti asiakkaan kotona tai vaihtoehtoisesti kodinomaisessa ympäristössä. (THL, 2021). Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttääkin, että kotihoidon asiakas voi saada hyvinkin intensiivistä palvelua, kuten Kehusmaa kollegoineen (2017, 4) kertovat tekstissään.

Kotihoitoa on tutkittu myös työntekijöitä haastatteleamalla. Virpi Timonen ja Martha Doyle (2007) ovat toteuttaneet Irlannissa tutkimuksen, joka pyrki selvittämään työntekijöiden haastatteluiden avulla keskeisimpiä eroja kotihoidon eri sektoreista työpaikkoina. Usein kaikilla sektoreilla työsopimukset ovat osa-aikaisia ja tarjoavat sitä kautta vain heikosti taloudellista vakautta. (Timonen & Doyle 2007.) Kirjoittajat pohtivatkin, kuinka työoloilla on usein vaikutusta työllisyyden ja hoidon laatuun (Timonen & Doyle 2007, 255). Kotihoitoa työpaikkana on tutkittu Suomessa (Kröger, Van Aerschot & Puthenparambil 2018). Tutkimuksen keskeisenä löydöksenä oli Suomen kotihoidon työntekijöiden tyytymättömyys työhönsä ja työoloihinsa. Kymmenessä vuodessa kotihoidon työolosuhteet ovat nimittäin heikentyneet, joka on kaksinkertaistanut niiden kotihoidon työntekijöiden osuuden, jotka harkitsevat vakavasti työnsä lopettamista. Tutkimuksen mukaan jopa 41 prosenttia vastaajista harkitsi työnsä lopettamista. Erityisesti kotihoitajien huoli omasta terveydestään ja turvallisuudestaan, hoivan laadusta sekä asiakkaan eduista ovat nousseet ajankohtaisiksi. (em., 3.)

Kotihoidon työolosuhteiden ja työntekijätyytyväisyyden lisäksi kotihoitoa on tarkasteltu yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyön näkökulmasta. Liina-Kaisa Tynkkynen (2013) tarkastelee väitöskirjassaan yhteistyötä ja kumppanuussuhteita yksityisen ja julkisen sektorin välillä terveyspalvelujen ja ikäihmisten palveluiden tuottamisen konteksteissa. Tutkimustulokset osoittavat, että yhteistyön piirteitä on löydettävissä useammin kolmannen sektorin palveluntuottajien kanssa tehdyssä yhteistyössä kuin yksityisen sektorin palveluntuottajien kanssa tehdyssä yhteistyössä. Esimerkiksi kolmannen sektorin palveluntuottajat kehittävät palveluitaan yhteistyössä kunnan kanssa, kun yksityinen sektori ei tee tätä juuri ollenkaan. Tynkkynen (2013, 46) mukaan molempien sektoreiden kanssa tehdyssä yhteistyössä on kuitenkin omat etunsa ja toisaalta myös omat kehityskohteensa. Lisäksi yhteistyö kunnan kanssa ja sen tavoitteet saattavat erota sektoreiden lisäksi myös yksiköittäin. (Tynkkynen 2013, 46.)

3. TUTKIMUSASETELMA

3.1 Tutkimuskysymys ja hypoteesi

Tämän tutkimuksen avulla pyritään tekemään luotettavia vertailuja yksityisten ja julkisten palveluntuottajien eroista kotihoidossa asiakastytyväisyystiedon avulla. Tämä tutkimus tarkastelee, kuinka asiakkaiden kokemukset kotihoidosta Tampereella ja Orivedellä eroavat yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Palveluita tarkastellaan tämän aineiston avulla kotihoidon laatua mittaavien väittämien ja kokonaisarvosanan avulla sekä muodostamalla niistä uusia muuttujia. Hypoteesini on, että asiakastytyväisyyskyselyyn vastanneet Tampereen ja Oriveden kotihoidon asiakkaat ovat tilastollisesti merkitsevästi tyytyväisempiä julkisiin kotihoidon palveluihin kuin yksityisiin kotihoidon palveluihin. Tämän kandidaatintutkielman on tarkoitus vastata seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Miten yksityisen ja julkisen sektorin asiakkaiden kokemukset kotihoidon laadusta eroavat toisistaan Tampereen ja Oriveden kontekstissa?

3.2 Tutkimusaineiston esittely

Tässä tutkimuksessa käytetään Tampereen kaupungin vuosittain toteuttamaa kotihoidon asiakastytyväisyyskyselyn aineistoa vuodelta 2021. Aineisto on kerätty postitse lähetetyin kyselylomakkein. Kyselylomakkeita lähetettiin 1313 kappaletta satunnaisotannalla kotihoidon asiakkaiden tietokannasta niin, että kysely lähetettiin 50 prosentille julkisen kotihoidon asiakkaista ja kaikille yksityisen kotihoidon asiakkaille. Kyselylomakkeet lähetettiin asiakkaille keväällä 2021 ja vastausaikaa oli noin kolmesta neljään kuukautta lomakkeen vastaanottamisesta. Vastauksia kyselyyn palautui postilla 572 kappaletta, eli vastausprosentti oli 44. Aineisto on siirretty ZEF-työkalusta SPSS tilasto-ohjelmaan.

Kyselylomake koostui vastaajien taustatietoja kartoittavista taustakysymyksistä, 20 kotihoidon laatua mittaavasta väittämästä sekä kotihoidon tukipalveluita koskevista väittämistä. Kyselylomakkeen lopussa oli myös mahdollisuus kotihoidon kokonaisarviointiin sekä kysymys siitä, suositteletisiko asiakas kotihoitoa ystävälleen ja lopuksi vielä mahdollisuus antaa avointa palautetta kotihoidosta ja siihen liittyvistä palveluista (Kyselylomake: Liite 1).

Tähän tutkimukseen otetaan mukaan kaikki 20 kotihoidon laatua koskevaa väittämää sekä vastaajien antamat kokonaisarviointit kotihoidolle. Tutkimuksessa tarkastellaan myös vastaajien taustatietoja, kuten sukupuolta, kotihoidon saannin tiheyttä sekä asiakkaan palvelualueita. Palvelualueita oli alkuperäisessä aineistossa 10 kappaletta, mutta ne on tätä tutkimusta varten uudelleenluokiteltu kahteen ryhmään: yksityiseen ja julkiseen sektoriin. Tämä siksi, että palvelualueittain vastaajamäärät saattoivat olla hyvinkin pieniä (jopa 23 vastaajaa). Mikäli palvelualueittaisia tarkasteluja tehdään, pienet ryhmittäiset vastaajamäärät voivat luonnollisesti vaikuttaa tulosten luotettavuuteen sekä vastaajien nimettömyyteen heikentävästi.

Tämä tutkielma on täysin kvantitatiivinen eli määrällinen ja tilastotieteeseen perustuva. Tässä ei siis tarkastella annettua avointa palautetta. Tarkastelun ulkopuolelle jätetään myös kotihoidon tukipalveluita mittaavat kysymykset (ateria-, siivous-, turva-, kauppa- ja päiväkeskuspalvelut). Tämä siksi, että tukipalveluita tuottavat myös sellaiset yksityisen sektorin yritykset, jotka eivät tuota kotihoitoa sen perinteisessä merkityksessään. Tällöin niiden käyttäminen tässä tutkimuksessa ei ole perusteltua.

Aineistosta ei oteta tutkielmaan mukaan myöskään kaikkia kvantitatiivisia muuttujia. Kyselylomakkeessa on esimerkiksi väittämä: *Kuinka todennäköisesti suosittelisitte kotihoidon palvelua läheisillenne tai ystävillenne*. Tähän kysymykseen vastataan 10-portaisella Likert-asteikolla (0=en suosittelisi, 10=suosittelisin mielelläni). Tämän kysymyksen vastausten perusteella lasketaan suositteluhalukkuutta mittaava tunnusluku, NPS-arvo. Sen on tarkoitus mitata vastaajan sitoutumista palveluun ja toisaalta myös tämän tyytyväisyyttä siihen. On kuitenkin todettu, että NPS-mittari ei sujuvasti mittaa asiakkaan sitoutumista tai tyytyväisyyttä palveluun. NPS-arvo on myös herkkä reagoimaan poikkeaviin arvioihin ja on muihin mittareihin verrattuna epätarkka. (Kristensen & Eskildsen 2014, 211.) Tämän vuoksi suosittelukysymyksen tarkastelu jätetään tästä tutkimuksesta pois.

3.3 Tutkimusmenetelmät

Väittämiä tarkasteltiin aluksi faktorianalyysin avulla. Sen avulla pyritään selvittämään, onko väittämien joukossa jotain yhteneväisyyksiä tai yhteisiä ulottuvuuksia. Faktorianalyysin avulla on mahdollista muodostaa väittämistä faktoreita, jotka ”piilevästi” mittaavat keskenään yhtä asiaa. Se antaa myös latauksen, joka kertoo kuinka paljon muodostettujen faktorien avulla voidaan selittää väittämien vaihtelua. Mikäli faktorianalyysi antaa merkitseviä faktoreita, muodostetaan niistä uudet

muuttajat, jotka nimetään. (Heikkilä 2014.) Näiden uusien muuttujien luotettavuus varmistetaan vielä reliabiliteettitarkastelulla, joka antaa kullekin muodostetulle muuttujalle Cronbachin alphan aivan, kuten seuraavaksi summamuuttujan muodostamisessakin.

Kyselylomakkeen 20 kotihoidon laatua arvioivan väittämän perusteella muodostetaan summamuuttuja. Se on erillisistä muuttujista muodostettu uusi muuttuja. Perinteisesti summamuuttujaa käytetään asenteiden mittauksessa, kuten tässäkin tutkielmassa. (Tietoarkisto 2022a.) Esimerkkinä kolme muuttujaa, joita tässä summamuuttujassa käytetään: *”Hoitajat ovat ammattitaitoisia”*, *”Hoitaja käy luonani riittävän usein”* ja *”Saamani palvelu on ollut asiantuntevaa”*. Kaikki väittämät ovat nähtävillä kyselylomakkeessa (Liite 1). Käytännössä kaikki 20 muuttujaa mittaavat kotihoidon laatua eri näkökulmista, joten muodostettua muuttujaa kutsutaan kotihoidon laatu -muuttujaksi. Muuttujaa varten muodostettiin Cronbachin alpha, joka on 0,943. Cronbachin alpha kertoo, että summamuuttujan muodostaminen kyselylomakkeen väittämistä on perusteltua, sillä siihen valitut muuttajat ovat yhtenäisiä ja mittaavat samaa asiaa (Tietoarkisto 2022b).

Muodostettua kotihoidon laatu -summamuuttujaa, yksittäisiä kotihoidon laatua mittaavia väittämiä, muodostettuja faktorimuuttujia sekä kotihoidolle annettua kokonaisarvosanaa vertaillaan kaikkia sektoreittain Mann-Whitneyn U-testillä, sillä ne ovat kaikki järjestysasteikollisia muuttujia. Tällöin täytyy valita epäparametrinen testi. (Nummenmaa ym. 2017, 193). Mann-Whitneyn U-testi tarkastelee kahden toisistaan riippumattoman otoksen välistä eroa (Tietoarkisto 2022c). Se antaa muun muassa p-arvon, joka määrittää hylätäänkö nollahypoteesi vai ei. Merkitsevän p-arvon raja on tässä tutkimuksessa 0,05. Eli jos p-arvo on pienempi kuin 0,05 niin nollahypoteesi (H0) hylätään ja vaihtoehtoinen hypoteesi (H1) astuu voimaan. P-arvon tason valinta tutkimuksessa on täysin sopimuksenvaraista, usein käyttöön onkin vakiintunut 0,05 riskitaso. (Tietoarkisto 2022d.) Tietoarkistossa kuvaillaan myös merkitsevyydystason (eli toisaalta p-arvon) valintaa seuraavasti:

”Jos kriteerinä käytetään 5 %:n riskitasoa, tarkoittaa tämä, että tulos on tutkimuksen perusjoukossa 95 %:n varmuudella pätevä, mutta samalla, että virheen todennäköisyys on 5 %.” (Tietoarkisto 2022d.)

3.4 Tutkimusetiikka

Tässä tutkimuksessa noudatetaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaista rehellistä, huolellista ja tarkkaa tutkimustapaa. Tässä tutkielmassa otetaan huomioon muiden tutkijoiden saavuttamat ansiot muun muassa asianmukaisella viittauskäytännöllä. Tätä tutkimusta varten on myös hankittu Tampereen kaupungilta tarvittava tutkimuslupa, eikä tutkijalla ole tutkimuksen suorittamisen kannalta merkityksellisiä sidonnaisuuksia. Tässä tutkimuksessa käytettävät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat tieteellisen tutkimuskriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.) Tämä tutkielma ei edellytä eettistä ennakoarviointia (Selesniemi, Kettunen & Näreaho 2021).

Tämä tutkimus hyödyntää valmisaineistoa, joten tietyt tutkimukselliset ja eettiset ratkaisut ovat tutkijan ulottumattomissa. Aineistoa ei luovuteta ulkopuolisille. Tämä kyselytutkimus perustui vapaaehtoisuuteen ja on luonteeltaan anonyymi. Voidaan luottaa siihen, että vastaajia ei voi tunnistaa, jota vahvistaa tutkimuksen kvantitatiivinen luonne. Vastaamalla postitse lähetettyyn kyselyyn vastaajat suostuivat tutkimukseen.

4. TULOKSET

4.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Tässä esittelen taustamuuttujien jakaumia. Taustamuuttujina tässä aineistossa ovat vastaajan sektori sekä sukupuoli, asumistilanne, asumistoiveet, kotihoidon käyntien yleisyys, kodin esteettömyys, asumisen ja elämisen turvallisuuden kokemukset sekä yksinäisyyden kokemukset. Taustamuuttujien kysymysten vastaajamäärät ovat nähtävillä liitteessä 2.

Yhteensä vastaajia tässä aineistossa on 572 kappaletta. Yksityisen sektorin asiakkaita oli 18 prosenttia vastaajista ja julkisen sektorin asiakkaita vuorostaan 82 prosenttia. Kaksi kolmesta vastaajasta (noin 67 %) oli naisia ja yksi kolmesta vuorostaan miehiä. Yksi vastaaja valitsi vaihtoehdon *muu*. Tässä tutkielmassa tarkastelu rajautuukin vain binääristen sukupuolten tarkasteluun. Kysyttäessä vastaajalta tämän asumistilannetta, jopa 92 prosenttia kertoi asuvansa muualla kuin palvelutalossa eli useimmiten kotonaan. Vain 8 prosenttia vastaajista kertoi asuvansa palvelutalossa. Niiltä vastaajilta, jotka kertoivat asuvansa muualla kuin palvelutalossa kysyttiin, haluaisivatko he asua palvelutalossa. Suurin osa (80 %) ei myöskään haluaisi asua palvelutalossa. Noin 20 prosenttia kotona asuvista kertoi halukkuudestaan muuttaa kotoa palvelutaloon.

83 prosenttia vastaajista kertoi kotinsa olevan esteetön, vain 17 prosenttia ei kokenut kotiaan esteettömäksi. Kysyttäessä vastaajan kokemusta tämän asumisen ja elämisen turvallisuudesta, näyttäytyivät kokemukset varsin positiivisina. Jopa 91,5 prosenttia koki asumisensa ja elämisensä turvallisena, kun 8,5 prosenttia ei kokenut sitä turvallisena. Noin kolmasosa vastaajista kertoi kokevansa yksinäisyyttä, kun kaksi kolmesta vastaajasta vuorostaan ei kokenut yksinäisyyttä.

Kotihoidon käyntien tiheys	%-osuus vastaajista
Useita kertoja päivässä	43
Kerran päivässä	26
Joitakin kertoja viikossa	17
Kerran viikossa	14

Taulukko 1: Kotihoidon käyntien tiheyden jakautuminen tutkimusaineistossa (%).

Vastaajilta kysyttiin myös, kuinka usein he saavat kotihoitoa. Tulokset ovat näkyvissä taulukossa 1. Nämä tulokset noudattavat tarkasti THL:n Kotihoito 2020 -tutkimuksen tuloksia, jossa myös 43

prosenttia vastaajista sai kotihoitoa ainakin kaksi kertaa päivässä (Saukkonen ym. 2020). Pääasiassa kotihoitoa saatiin tässä aineistossa kerran päivässä tai useammin (yhteensä 69 prosenttia vastaajista).

4.2 Sektoreiden väliset erot kotihoidon laatua mittaavissa väittämässä

Kyselylomakkeen 20 väittämää on mitattu 5-portaisella Likert-asteikolla (1=Eri mieltä, 5=Samaa mieltä). Kokonaisarvosanaa mittaava väittämä ”*Antakaa kotihoidolle kokonaisarvosana asteikolla 1–5*” on mitattu samalla Likert-asteikolla (1=Erittäin huono, 5=Erittäin hyvä). 5-portainen Likert-asteikko on järjestysasteikollinen muuttuja (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2017, 19). Järjestysasteikollisia muuttujia ovatkin yleensä mielipidemittausten tulokset ja niistä lasketaan usein keskiarvoja yleiskuvan saamiseksi (Nummenmaa ym. 2017, 19).

Mann-Whitneyn U-testillä vertaillaan yksityisen ja julkisen puolen asiakkaiden antamia arvioita keskenään. Väittämäkohtaisissa tarkasteluissa ero yksityisen ja julkisen sektorin välillä oli tilastollisesti merkitsevä kahdeksan väittämän kohdalla kahdestakymmenestä. Nämä kahdeksan väittämää yhdessä Mann-Whitneyn U-testin p-arvojen, vastaajamäärien ja sektoreittaisten keskiarvojen kanssa on esitetty taulukossa 2. Kaikissa näissä väittämässä yksityisen sektorin asiakkaat ovat antaneet heikompia arvosanoja kuin julkisen sektorin asiakkaat.

Väittämä	Vastaajamäärä	Julkinen, keskiarvo	Yksityinen, keskiarvo	U-testin p-arvo
Saamani palvelu on parantanut elämäntilannettani	533	4,1	3,9	0,030
Henkilökohtaiset tarpeeni on huomioitu hoidossani hyvin	537	4,1	3,8	0,024
Olen saanut hyvää ja asiallista kohtelua	556	4,5	4,2	0,029
Hoitajat kuuntelevat minua hyvin	551	4,4	4,1	0,029
Hoitajat ovat ammattitaitoisia	553	4,3	3,9	0,006
Saan hoitajilta kaipaamaani läheisyyttä ja inhimillistä kohtelua	547	4,2	3,9	0,005
Hoitajat hoitavat minua kiireettömästi	545	3,9	3,5	0,001
Hoitajan käynneillä minulle on varattu riittävästi aikaa	549	4,1	3,8	0,034

Taulukko 2: Väittämät, joiden suhteen ero oli tilastollisesti merkitsevä sektoreiden välillä, niiden vastaajamäärät, keskiarvot sekä p-arvot.

Muissa 12 väittämässä erot sektoreiden välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä p-arvojen ollessa suurempia kuin 0,05. Nämä väittämät keskiarvoineen sekä p-arvoineen löytyvät taulukosta 3. Erot olivat taulukon 3 väittämässä kuitenkin saman suuntaisia kuin taulukossa 2. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka erot eivät olleet 12 väittämän kohdalla tilastollisesti merkitseviä, julkisen sektorin asiakkaat olivat näidenkin väittämien kohdalla antaneet parempia arvosanoja kuin yksityisen sektorin asiakkaat. Jokaisessa väittämässä erot olivat siis samansuuntaisia.

Väittämä	Vastaajamäärä	Julkinen, keskiarvo	Yksityinen, keskiarvo	U-testin P-arvo
Olen voinut osallistua ja vaikuttaa palveluni suunnitteluun	532	3,6	3,5	0,342
Läheiseni on saanut olla halutessani mukana suunnittelussa	506	3,9	3,7	0,851
Omaisiini pidetään riittävästi yhteyttä	506	3,5	3,4	0,695
Saamani palvelu on ollut asiantuntevaa	551	4,1	3,9	0,194
Saan riittävästi tietoa hoitooni liittyvistä asioista	552	4,0	3,8	0,106
Hoitajat ovat yhteistyökykyisiä	548	4,3	4,1	0,175
Hoitajien käytöksestä välittyy lämmin suhtautuminen	547	4,3	4,1	0,304
Minua hoitavat pääsääntöisesti samat hoitajat	549	3,1	2,9	0,159
Hoitaja saapuu sovitulla aikavälillä	551	3,9	3,7	0,118
Hoitaja käy luonani riittävän usein	545	4,3	4,1	0,230
Hoitajien yhteystiedot löytyvät helposti	545	3,6	3,6	0,858
Hoitajiin on helppo saada yhteyttä	548	3,6	3,6	0,872

Taulukko 3: Väittämät, joiden suhteen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä sektoreiden välillä sekä niiden vastaajamäärät, keskiarvot ja p-arvot.

4.3 Sektoreiden väliset erot kolmessa kotihoiton teemassa

Väittämille tehty faktorianalyysi osoittaa, että 20 väittämästä on mielekästä muodostaa kolme faktoria. Faktorianalyysin ensimmäiseen faktoriin sijoittui 15 väittämää, toiseen faktoriin kolme väittämää ja viimeiseen faktoriin kaksi väittämää. Faktori 1 onkin kooltaan selvästi suurin. Faktorit nimetään seuraavasti: hoiva, osallistaminen ja yhteydenpito. Taulukossa 4 näkyy, mihin faktoreihin eri väittämät ovat sijoitettu.

Faktori 1: Hoiva	Faktori 2: Osallistaminen	Faktori 3: Yhteydenpito
Saamani palvelu on ollut asiantuntevaa.	Olen voinut osallistua ja vaikuttaa palveluni suunnitteluun.	Hoitajien yhteystiedot löytyvät helposti.
Saamani palvelu on parantanut elämäntilannettani.	Läheiseni on saanut olla halutessaan mukana suunnittelussa.	Hoitajiin on helppo saada yhteyttä.
Henkilökohtaiset tarpeeni on huomioitu hoidossani hyvin.	Omaisiini pidetään riittävästi yhteyttä.	
Olen saanut hyvää ja asiallista kohtelua.		
Hoitajat kuuntelevat minua hyvin.		
Saan riittävästi tietoa hoitooni liittyvistä asioista.		
Hoitajat ovat ammattitaitoisia.		
Hoitajat ovat yhteistyökykyisiä.		
Hoitajien käytöksestä välittyy lämmin suhtautuminen.		
Saan hoitajilta kaipaamaani läheisyyttä ja inhimillistä kohtelua.		
Hoitajat hoitavat minua kiireettömästi		
Minua hoitavat pääsääntöisesti samat hoitajat.		
Hoitaja saapuu sovitulla aikavälillä.		
Hoitaja käy luonani riittävän usein.		
Hoitajan käynneillä minulle on varattu riittävästi aikaa.		

Taulukko 4: Väittämien jakautuminen faktorianalyysin avulla muodostettuihin faktoreihin.

Näitä kolmea uutta muuttujaa tarkasteltiin sektoreittain Mann-Whitneyn U-testin avulla. Tarkoituksena oli selvittää, eroavatko yksityinen ja julkinen sektori toisistaan muodostettujen faktorimuuttujien suhteen. Kullekin faktorille tehtiin siis oma testauksensa. Tässäkin U-testissä merkitsevän p-arvon rajana pidettiin 0,05. Taulukko 5 esittää muodostettujen faktoreiden Cronbachin alpha-kertoimet, jotka ovat jokaisessa faktorissa varsin korkeat. Kaikki faktorit on siis mielekästä muuttaa omiksi muuttujikseen, kuten faktorianalyysi ehdottikin. Samassa taulukossa näkyvät U-testissä muodostuneet p-arvot.

	Cronbach alfa	P-arvo	Julkinen, Keskiarvo	Yksityinen, Keskiarvo
Faktori 1: Hoiva	0,80	0,005	3,9	3,7
Faktori 2: Osallistaminen	0,95	0,717	3,3	3,2
Faktori 3: Yhteydenpito	0,87	0,727	3,5	3,5

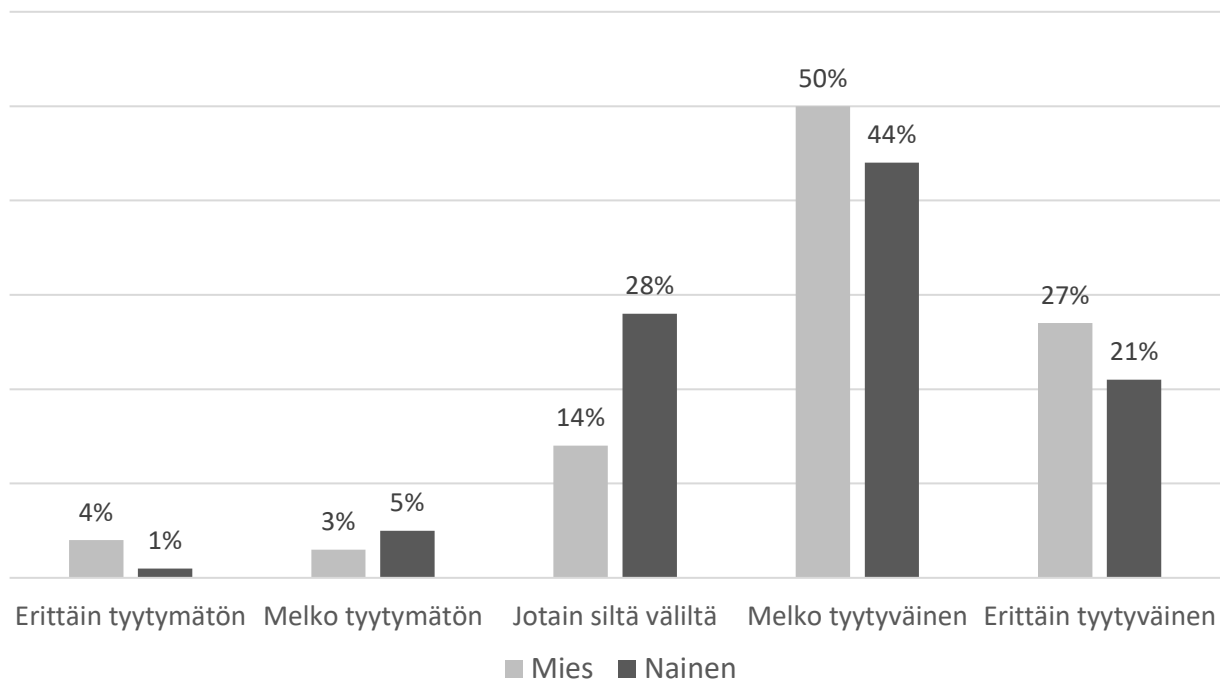
Taulukko 5: Faktoreiden Cronbachin alfaat sekä Mann-Whitneyn U-testien p-arvot ja sektorittaiset keskiarvot.

Mann-Whitneyn U-testin mukaan tilastollisesti merkitsevä ero sektoreiden välillä on vain faktorissa 1, hoivan suhteen. Faktoreissa 2 ja 3 p-arvot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, eli nollahypoteesit jäivät molemmissa tarkasteluissa voimaan. Tämä tarkoittaa, että sektoreiden välillä ei ollut merkitsevää eroa osallistamisen tai yhteydenpidon suhteen, mutta hoivan suhteen oli. Hoiva -muuttujan suhteen yksityinen ja julkinen sektori siis antoivat eri arvosanoja kotihoidolle. Tässäkin tarkastelussa ero oli samansuuntainen kuin aiemmissa tarkasteluissa: yksityisen sektorin asiakkaat antoivat heikompia arvosanoja kuin julkisen sektorin asiakkaat. Julkisen sektorin asiakkaat olivat kotihoitoon tyytyväisempiä. Koska hoiva -muuttujan suhteen ero sektoreittain oli tilastollisesti merkitsevä, tehtiin sille myös tarkastelut kolmen valitun taustamuuttujan suhteen. Missään näissä tarkasteluissa erot eivät kuitenkaan olleet merkitseviä, jolloin vaihtelua hoiva -muuttujassa ei voida selittää taustamuuttujien avulla. Kahden muun faktorimuuttujan suhteen taustamuuttujatarkasteluita ei tehty, sillä sektorittaiset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

4.4 Sektoreiden väliset erot kotihoidon laatua mittaavassa summamuuttujassa

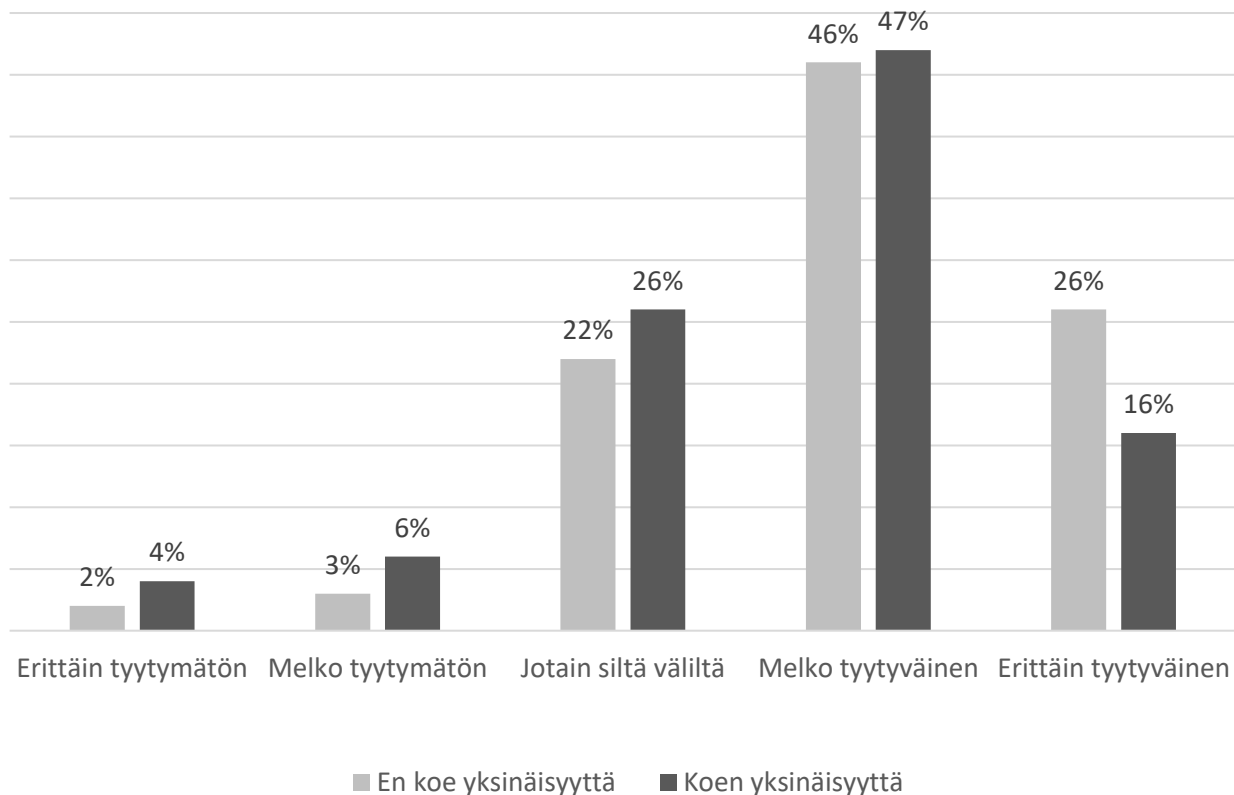
Mann-Whitneyn U-testillä pyrittiin tarkastelemaan myös, eroavatko käsitykset muodostetussa kotihoidon laatu -summamuuttujassa yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Mann-Whitneyn U-testi osoittaa, että yksityisen ja julkisen sektorin asiakkaiden arviot eroavat toisistaan kotihoidon laadun suhteen tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,024$). Julkisen sektorin asiakkaiden antamat arvosanat olivat jälleen korkeampia (keskiarvo 3,8) kuin yksityisen sektorin asiakkaiden antamat arvosanat (keskiarvo 3,6). Julkisen sektorin asiakkaat olivat siis kotihoidon laadun suhteen tyytyväisempiä kuin yksityisen kotihoidon asiakkaat.

Kotihoidon laatua tarkasteltiin myös ristiintaulukoinnin ja khii toiseen -testin avulla. Tässä tarkoitus oli selvittää valittujen taustamuuttujien yhteyttä kotihoidon laadulle annettuun arvosanaan. Ristiintaulukoinnissa käytettiin selittävinä muuttujina kolmea eri taustamuuttujaa: sukupuolta, yksinäisyyttä ja kotihoidon saannin tiheyttä. Vaihtelua arvosanoissa pyrittiin siis selittämään sukupuolen, yksinäisyyden sekä kotihoidon saannin yleisyyden avulla. Khii toiseen -testi osoittaa, kuinka vaihtelut kotihoidon laatu -muuttujassa ovat tilastollisesti merkitseviä kaikkien kolmen valitun taustamuuttujan suhteen. Tulokset ovat nähtävissä kuvioista 1 ja 2 sekä taulukosta 3. Kuvio 1 kuvaa eroa sukupuolten välillä. Naiset ovat antaneet kotihoidon laadulle keskimäärin heikompia arvosanoja. Miesten antamat arvosanat ovat siis hieman korkeampia. Naisten keskiarvo summamuuttujassa on 3,8 ja miesten 3,9.



Kuvio 1: Kotihoidon laadun arviot vastaajan sukupuolen mukaan. (%) ($p=<0,001$)

Kuvio 2 kuvaa vastaavaa jakaumaa, mutta yksinäisyyden kokemusten suhteen. Yksinäisyyttä kokeneiden vastaajien vastausten keskiarvo kotihoodon laadun suhteen oli 3,6. Niiden vastaajien, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä, keskiarvo kotihoodon laadun muuttujassa oli 3,9. Khii toiseen -testin mukaan ero ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä p-arvon ollessa $<0,001$. Ne, jotka kokivat yksinäisyyttä, antoivat kotihoodon laadulle heikompia arvosanoja kuin ne, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä.



Kuvio 2: Kotihoidon laadun arviot sen mukaan, kokeeko vastaaja yksinäisyyttä. (%) ($p = <0,001$)

Kolmas tarkastelu tehtiin sen mukaan, kuinka usein vastaaja kertoi saavansa kotihoitoa. Taulukko 6 esittää kotihoodon laadun arvosanojen jakauman kotihoodon saannin tiheyden suhteen. Taulukon lukuarvot ovat prosentiosuuksia kustakin kotihoodon käynnin tiheyden ryhmästä. Tässäkin khii toiseen -vertailussa p-arvo on merkitsevä ($p=0,046$), vaikkakin juuri merkitsevyystason rajalla. Ne asiakkaat, jotka saavat kotihoitoa useammin, antoivat kotihoodolle hieman parempia arvosanoja kuin ne asiakkaat, jotka saavat kotihoitoa harvemmin. Tämän khii toiseen -testin tuloksen luotettavuutta saattaa heikentää se, että suurin osa vastaajista sai kotihoitoa kerran päivässä tai useammin (69 prosenttia vastaajista). Harvemmin kotihoitoa saa vain kolmasosa aineiston vastaajista.

Kotihoidon käyntien tiheys	Kotihoidon laatu				
	Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Jotain siltä väliltä	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Joitain kertoja viikossa	6	7	28	36	21
Kerran viikossa	2	4	14	48	29
Kerran päivässä	2	4	22	49	22
Useita kertoja päivässä	1	3	25	48	23

Taulukko 6: Kotihoidon kokonaisarvosana sen mukaan, kuinka usein vastaaja saa kotihoitoa (%) (p=0,046)

4.5 Sektoreiden väliset erot kotihoidon kokonaisarvosanassa

Seuraavaksi tarkastellaan kokonaisarvosanan eroja sektoreiden välillä. Kyselyyn vastanneet saivat antaa kotihoidolle kokonaisarvosanan asteikolla 1–5. Julkisella sektorilla kokonaisarvosanan keskiarvoksi muodostui 4,1 ja yksityisellä sektorilla 3,9. Mann Whitneyin U-testi kertoo, että ero ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä (p=0,01). Vastauksia tähän kysymykseen tuli 491 kappaletta. Julkisen sektorin asiakkaat olivat jälleen tässäkin tarkastelussa tyytyväisempiä kotihoidon palveluihin kuin yksityisen sektorin asiakkaat.

Myös kokonaisarvosanaa tarkasteltiin kolmen valitun taustamuuttujan (sukupuoli, yksinäisyys ja kotihoidon saannin yleisyys) suhteen. Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä minkään taustamuuttujan suhteen. Ei siis voida sanoa, että sukupuoli, yksinäisyyden kokemukset tai kotihoidon saannin tiheys olisi yhteydessä kotihoidolle annettuun kokonaisarvosanaan. P-arvot taustamuuttujien tarkasteluissa olivat seuraavat: sukupuolen suhteen p=0,617, yksinäisyyden kokemusten suhteen p=0,053 ja kotihoidon käyntien tiheyden mukaan p=0,156. Lähimpänä tilastollista merkitsevyyttä oli kokonaisarvosanan tarkastelu yksinäisyyden kokemuksen suhteen, jonka khii toiseen -testin p-arvo oli 0,053.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin yksityisen ja julkisen sektorin eroja asiakastyytyväisyystietoon perustuen. Viitekehys -osiossa pohdittiin myös seuraavia aiheita: hoivan markkinoistaminen ja finansialisaatio sekä sen politisoituminen. Osana tutkielman viitekehystä esitettiin hoivan politisoitumisen ja markkinoistamisen aiheuttamia haasteita hoivalle, sen järjestämiselle sekä sen laadun ylläpitämiselle. Samalla tarkasteltiin, kuinka markkinoistaminen saattaa johtaa hoivan finansialisaatioon ja sitä kautta aiheuttaa entistä laaja-alaisempia ongelmia hoivan laadulle. Hoivan markkinoistamiseen on osaltaan vaikuttanut kuntien heikentynyt taloustilanne, joka on nostanut esiin myös yhä enemmän hoivaa tarjoavia voittoa tavoittelevia yrityksiä. Nämä hoivayritykset tavoittelevatkin usein liikevoittoa ja pyrkivät tuottamaan osinkoja osakkeenomistajilleen. (Karsio & Tynkkynen 2015, 81–82; Anttonen & Karsio 2017, 228–230.) Tämä vuorostaan liittyy hoivan finansialisaatioon. Hoivan finansialisaatiosta puhutaan silloin, kun osakkeenomistajat ja kansainväliset sijoittajat pystyvät vaikuttamaan hoivan järjestämisen käytäntöihin sekä hyötymään hoivasta taloudellisesti ja poliittisesti. Pahimmillaan se saattaa antaa sijoittajille mahdollisuuden veropetoksiin sekä heikentää hoivan laatua huomattavasti. (Hoppania ym. 2022, 13–14.)

Aineiston analyysi kertoo asiakkaiden varsin yhtenäisistä arvioinneista kotihoidon laatuun liittyen. Julkisen sektorin asiakkaat arvioivat tässä aineistossa yksityisen sektorin asiakkaita useammin, että kotihoidon palvelut ovat parantaneet heidän elämäntilannettaan, vaikka tämän tutkimuksen perusteella ei voida päätellä todellisen muutoksen suuntaa tai voimakkuutta. Samoin asiakkaiden henkilökohtaiset tarpeet on vastausten mukaan otettu julkisella sektorilla paremmin huomioon sekä annettu parempaa ja asiallisempaa kohtelua kuin yksityisellä sektorilla. Hoitajat arvioitiin julkisella sektorilla myös ammattitaitoisemmiksi ja heidän kerrottiin kuuntelevan paremmin asiakkaitaan. Julkisella sektorilla kerrottiin myös yksityistä sektoria useammin, että hoitajan käynneillä asiakkaille on varattu riittävästi aikaa. Kahdeksan väittämän kohdalla erot sektoreittain olivat tilastollisesti merkitseviä, kun kahdentoista väittämän kohdalla ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, vaikka eron suunta osoitti julkisen sektorin paremmasta menestyksestä. Yksityisen sektorin heikommasta suoriutumisesta, mutta hieman eri näkökulmasta kertoo myös Tynkkynen (2013, 46): tämän mukaan kolmesta hoivaa tuottavasta sektorista yksityisellä sektorilla yhteistyö kunnan kanssa oli heikointa.

Hoivan laatua tarkasteltiin sektoreittain myös muodostetun hoivan laatu -summamuuttujan suhteen, johon yhdistettiin kaikki kotihoidon laatua mittaavat väittämät. Sektorittaiset erot tässäkin

tarkastelussa olivat tilastollisesti merkitseviä: julkisen sektorin palveluihin oltiin tyytyväisempiä. Asiakkaan kotihoidon palveluiden tarjoajan sektorin lisäksi tässä tarkastelussa eroja selittivät myös asiakkaan sukupuoli, yksinäisyyden kokemukset sekä se, kuinka tiheästi asiakas saa kotihoidon palveluita. Hoivan laatu -summamuuttujan suhteen parhaita arvosanoja antoivat sellaiset miehet, jotka olivat julkisen kotihoidon asiakkaita, eivätkä kokeneet yksinäisyyttä sekä saivat kotihoitoa yhden tai useamman kerran päivässä.

Seuraavassa tarkastelussa selvitettiin eroja kokonaisarvosanan suhteen. Tämäkin ero yksityisen ja julkisen sektorin välillä oli tilastollisesti merkitsevä. Eron suunta oli jälleen sama kuin aiemminkin eli julkisen sektorin tarjoama kotihoito arvioitiin paremmaksi. Faktoriansalyysin tuloksia tarkasteltaessa tilastollisesti merkitsevä ero sektoreiden välillä oli hoiva-faktorin suhteen. Kun tarkasteltiin eroja faktoreiden 2 ja 3 (osallistaminen ja yhteydenpito) suhteen, erot sektoreittain eivät olleet merkitseviä. Nämä kaksi faktoria mittasivat kuitenkin asiakkaan osallistamista ja yhteydenpidon helppoutta, eivätkä niinkään kotihoidon laatua. Tämä noudattaa väittämäkohtaisten tarkastelujen tuloksia: eroa ei siis huomattu asiakkaan tai tämän läheisten osallistamisessa tai yhteydenpidossa hoitajiin.

Tuloksista voidaan päätellä seuraavaa ainakin Tampereen ja Oriveden osalta: kotihoidon järjestäminen ensisijaisesti julkisella sektorilla eli kaupungin omana palveluntuotantona on perusteltua ja yksityisen sektorin kotihoidon palvelujen ostamisessa kuntien tulisi noudattaa erityistä harkintaa. Sektoreittain tarkasteltaessa erot kotihoidon ja sen laadun arvioissa olivat nimittäin hyvin usein tilastollisesti merkitseviä. Ja vaikka erot eivät olisi olleet jokaisessa tarkastelussa tilastollisesti merkitsevä, osoittivat ne kuitenkin julkisen sektorin paremman menestyksen tässä asiakastyytyväisyyskyselyssä. Nämä tulokset vahvistavat tutkimuksen hypoteesin, jonka mukaan julkisen sektorin asiakkaat olisivat kotihoidon laatuun tyytyväisempiä kuin yksityisen sektorin asiakkaat.

Tämä tutkimus tarjoaa Leppäahon ym. (2021, 4) peräänkuuluttamaa, asiakastyytyväisyyteen perustuvaa tietoa toimintayksiköiden eroista ainakin kotihoidon laadun kontekstissa. Tämän tutkielman tulosten hyödyntämisessä sekä käytäntöön soveltamisessa tulee kuitenkin noudattaa harkintaa. Esimerkiksi Merja Mattila on pro gradu -tutkielmassaan (2012) selvittänyt asiakaspalautteen hyödyntämisen mahdollisuuksia julkisten palveluiden kehittämisessä. Tämän tutkimuksen perustuessa puhtaasti asiakastyytyväisyystietoon ja sitä kautta palautteeseen, esittelee se palvelujen todellisesta tilasta vain yhden ulottuvuuden. Asiakaspalautetta ei yleisesti voida

yksiselitteisesti soveltaa käytäntöön, sillä asiakkaat ovat esimerkiksi voineet olla palveluun tyytyväisiä ilman, että kyseinen palvelu on tosiasiallisesti saavuttanut pohjimmaista tavoitettaan. Asiakkaat eivät välttämättä myöskään osaa tai uskalla antaa rehellistä palautetta. Myös harhaanjohtavat termit sekä kysymysten tai kyselylomakkeen laajuus saattavat heikentää asiakastyytyväisyyskyselyjen tulosten luotettavuutta. (Mattila 2012, 110–111.) Tämän tutkimuksen tulokset ovat heikkouksistaan huolimatta kuitenkin merkityksellisiä sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisen kontekstissa, sillä asiakkaiden tyytyväisyys on olennainen osa palvelun onnistumista.

Aiheesta olisi hyvä toteuttaa myös laaja-alaista jatkotutkimusta. Kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden käsitysten vertailu keskenään kotihoidon laatuun liittyen voisi antaa arvokasta tietoa kotihoidon tilasta. Kröger kollegoineen (2018, 3) kertovat jopa hoitajien kokevan huolta asiakkaiden eduista sekä hoivan laadusta. Tämän tutkielman rajoitteena toimii kuitenkin kyselyaineiston kohderyhmä, sillä tämä kysely tehtiin vain Tampereen ja Oriveden konteksteissa. Kansallisen asiakastyytyväisyyskyselyn toteuttaminen olisikin erittäin perusteltua. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos onkin aloittamassa kansallisen vanhuspalvelujen kyselyn toteuttamisen (Leppäaho ym. 2021). Myös vuosittainen vertailu eli pitkäaikaistutkimus antaisi arvokasta lisätietoa kotihoidon laadun kehityskuluista. Toisaalta tämän tutkimuksen suurimpana etuna voidaan pitää sitä, että vastaavaa tutkimusta Suomessa ei ole tähän mennessä vielä tehty.

LÄHTEET

- Alastalo, H., Vainio, S. & Kehusmaa, S. (2017) Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 18/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Anttonen, A. & Karsio, O. (2017). How marketization is changing the Nordic model of care for older people. Teoksessa Martinelli, F., Anttonen, A. & Matzke, M. (toim.), *Social services disrupted: changes, challenges and policy implications for Europe in times of austerity*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Press, 219–238.
- Anttonen, A. & Sointu, L. (2006). Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12 Euroopan maassa. Helsinki: Stakes.
- Fredriksson, S. & Martikainen, T. (2006). Kilpailuttaminen ja kvasimarkkinat: käsitteelliset lähtökohdat. Teoksessa Fredriksson, S. & Martikainen, T. (toim.), *Kilpailuttamisen kokemukset*. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissätiö, 9–18.
- Halonen-Välimaa, K. & Salmi, T. (2020). Kotihoidon laatu työntekijän näkökulmasta: kyselytutkimus Rauman kotihoidon työntekijöille. Opinnäytetyö. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu).
- Heikkilä, T. (2014). Faktorianalyysi. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/5.SPSS/Faktorianalyysi.pdf>. Viitattu 8.3.2022.
- Hennala, L. & Uotila, T. (2017). Kotihoidon ulkoistuksen vaikutukset ja vaikuttavuus – Tapaustutkimus Lahti. Pro gradu-tutkielma. Lappeenranta: LUT-yliopisto.
- Hietanen, J. & Suhonen, N. (2021). Kotihoidon työntekijöiden kokemukset työstään. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Hoppania, H-K., Karsio, O., Näre, L., Olakivi, A., Sointu, L., Vaittinen, T. & Zechner, M. (2016). Hoivan arvoiset – Vaiva yhteiskunnan ytimessä. Tampere: Gaudeamus.
- Hoppania, H-K., Karsio, O., Näre, L., Vaittinen, T. & Zechner, M. (2022). Financialization of Eldercare in a Nordic Welfare State. *Journal of Social Policy*, 1-19. doi:10.1017/S0047279422000137
- Karsio, O. & Tynkkynen, L-K. (2015). Kunnan, yksityisen ja kolmannen sektorin keskinäissuhteiden muutokset – Esimerkkinä vanhustalvet. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K. (toim.), *Terveydenhuollon muutokset: Poliittika, järjestelmä ja seuraukset*. Tampere: Tampere University Press, 81–100.
- Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma, M-L. (2017). Kotihoidon käyntien lukumäärä ei aina perustu arvioituun hoidon tarpeeseen. Tutkimuksesta tiiviisti 17/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

- Kröger, T., Van Aerschot, L. & Puthenparambil, J. (2018). Hoivatyö muutoksessa: suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. YFI julkaisuja 6. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7372-8> Viitattu 14.3.2022.
- Leppäaho, S., Kehusmaa, S., Alastalo, H. & Siltanen, S. (2021). Kohti kansallista vanhuspalvelujen asiakastyytyväisyyskyselyä: Miten asiakaspalautetta kerättiin vuonna 2020? Tutkimuksesta tiiviisti 35/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Mattila, M. (2012). Asiakaspalaute julkisten palveluiden laadun kehittäjänä. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-22687>
- Nummenmaa, L., Holopainen, M. & Pulkkinen, P. (2017). Tilastollisten menetelmien perusteet. Helsinki; Sanoma Pro.
- Ojala, S., Zechner, M., Karsio, O., Hoppania, H. & Sointu, L. (2017). Myyttejä julkisesta palvelusta. Kanava 2017, 45(8), 46–47.
- Saukkonen, S., Mölläri, K. & Puroharju, T. (2020). Kotihoito 2020. Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä. Tilastoraportti 27/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Selesniemi, H., Kettunen, J. & Näreaho, S. (2021). Tarvitseeko tutkimus eettisen ennakoarvioinnin ja kuka sen tekee? Vastuullinen tiede. <https://vastuullinentiede.fi/fi/tutkimuksen-suunnittelu/tarvitseeko-tutkimus-eettisen-ennakoarvioinnin-ja-kuka-sen-tekee> Viitattu 14.3.2022.
- Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. (2010). Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Raportti 34/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022a). Sosiaali- ja terveyspalvelut. <https://stm.fi/sotepalvelut>. Viitattu 2.2.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022b). Kotihoito ja kotipalvelut. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. Viitattu 2.2.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022c). Hyvinvointialueiden perustaminen, Sote-uudistus. <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueiden-perustaminen>. Viitattu 10.2.2022.
- TAYS. (2021). Pirkanmaan hyvinvointialue. https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Pirkanmaan_hyvinvointialue. Viitattu 10.2.2022.
- THL. (2021). Kotihoito. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>. Viitattu 11.2.2022.
- Tietoarkisto. (2022a). Summamuuttuja. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/summamuuttujat/summamuuttuja/>. Viitattu 4.3.2022.

Tietoarkisto. (2022b). Mittaaminen: mittarin luotettavuus.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/mittaaminen/luotettavuus/>. Viitattu 4.3.2022.

Tietoarkisto. (2022c). Hypoteesien testaus – SPSS Harjoitus 2.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/hypoteesi/harjoitus2/>. Viitattu 4.3.2022.

Tietoarkisto. (2022d). Hypoteesien testaus.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/hypoteesi/testaus/>. Viitattu 4.3.2022.

Tilastokeskus. (2022a). Julkinen sektori. https://www.stat.fi/meta/kas/julkinen_sektor.html. Viitattu 17.2.2022.

Tilastokeskus. (2022b). Yksityinen sektori. https://www.stat.fi/meta/kas/yksityinen_sekt.html. Viitattu 17.2.2022.

Timonen, V. & Doyle, M. (2007). Worlds apart? Public, private and non-profit sector providers of domiciliary care for older persons in Ireland. *Journal of Aging studies*, 21 (3), 255–265.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.10.003>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.

https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Viitattu 14.3.2022.

Tynkkynen, L. (2013). *Towards a partnership? Studies on public-private collaboration in health and elderly care services in Finland*. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 1800.

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> Viitattu 4.4.2022.

LIITE 1. Kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyn kyselylomake 2021

TAUSTAKYSYMYKSET

Vastaajan sukupuoli; nainen mies muu

Saan kotihoitoa; useita kertoja päivässä kerran päivässä joitakin kertoja viikossa kerran viikossa

Asun palvelutalossa; kyllä en Jos ette, haluaisitteko asua siellä? kyllä en

Kotini on esteetön tukien kotona asumista; kyllä ei

Koen asumiseni ja elämiseni turvalliseksi; kyllä ei

Koen yksinäisyyttä en koe yksinäisyyttä

Jos koen, mikä siihen auttaisi? _____

Vastatkaa alla oleviin väittämiin ympyröimällä, oletteko;

1. täysin eri mieltä 2. jokseenkin eri mieltä 3. ei samaa eikä eri mieltä 4. jokseenkin samaa mieltä

5. täysin samaa mieltä



PALVELUIHIN VAIKUTTAMINEN

	eri mieltä		samaa mieltä		
Olen voinut osallistua ja vaikuttaa palveluni suunnitteluun	1	2	3	4	5
Läheiseni on saanut olla halutessani mukana suunnittelussa	1	2	3	4	5
Omaisiini pidetään riittävästi yhteyttä	1	2	3	4	5

KOTIHOIDON PALVELUN LAATU YLEISESTI

Saamani palvelu on ollut asiantuntevaa	1	2	3	4	5
Saamani palvelu on parantanut elämäntilannettani	1	2	3	4	5
Henkilökohtaiset tarpeeni on huomioitu hoidossani hyvin	1	2	3	4	5

KOTIHOIDON HOIDON LAATU

Olen saanut hyvää ja asiallista kohtelua	1	2	3	4	5
Hoitajat kuuntelevat minua hyvin	1	2	3	4	5
Saan riittävästi tietoa hoitooni liittyvistä asioista	1	2	3	4	5
Hoitajat ovat ammattitaitoisia	1	2	3	4	5
Hoitajat ovat yhteistyökykyisiä	1	2	3	4	5
Hoitajien käytöksestä välittyvä lämmin suhtautuminen	1	2	3	4	5
Saan hoitajilta kaipaamaani läheisyyttä ja inhimillistä kohtelua	1	2	3	4	5
Hoitajat hoitavat minua kiireettömästi	1	2	3	4	5

KOTIHOIDON KÄYTÄNTÖJEN LAATU

Minua hoitavat pääsääntöisesti samat hoitajat	1	2	3	4	5
Hoitaja saapuu sovitulla aikavälillä	1	2	3	4	5
Hoitaja käy luonani riittävän usein	1	2	3	4	5
Hoitajan käynneillä minulle on varattu riittävästi aikaa	1	2	3	4	5
Hoitajien yhteystiedot löytyvät helposti	1	2	3	4	5
Hoitajiin on helppo saada yhteyttä	1	2	3	4	5

TUKIPALVELUT

OHJE: Jos ette ole käyttänyt palvelua, jättäkää kohtaan vastaamatta

	← eri mieltä samaa mieltä →				
<i>Ateriapalvelut</i>					
Olen tyytyväinen ateriapalvelun laatuun	1	2	3	4	5
Ateriapalvelun toimittamat ruoat ovat maukkaita	1	2	3	4	5
<i>Siivouspalvelut</i>					
Olen tyytyväinen siivouspalveluun	1	2	3	4	5
Siivouspalvelun siivoustyö on laadukasta	1	2	3	4	5
<i>Turvapalvelut</i>					
Olen tyytyväinen turvapalveluun	1	2	3	4	5
Turvapalvelun laitteet ovat helppokäyttöisiä	1	2	3	4	5
<i>Kauppapalvelut</i>					
Olen tyytyväinen kauppapalveluun	1	2	3	4	5
Tuotteet ovat päiväyksiltään hyviä	1	2	3	4	5
<i>Päiväkeskuspalvelut</i>					
Olen tyytyväinen päiväkeskuksen palveluun	1	2	3	4	5
Päiväkeskuksen henkilöstö on ystävällistä ja asiallista	1	2	3	4	5
Päiväkeskuksen toiminnan sisältö on hyvää	1	2	3	4	5

KOTIHOIDON KOKONAISARVIOINTI

1 = erittäin huono 5 = erittäin hyvä

Antakaa kotihoidolle kokonaisarvosana asteikolla 1 – 5

1 2 3 4 5

Mitkä ovat tärkeimmät asiat, jotka vaikuttivat antamaanne arvosanaan?

Kotihoidolta saamani palvelut edesauttavat kotona asumistani; kyllä ei Haluan tietoa uusista kotihoidon palveluista, esim. lääkeautomaatti kuvapuhelin joku muu mikä _____

Kuinka todennäköisesti suosittelisitte kotihoidon palvelua läheisillenne tai ystäville?

(0 = en suosittelisi, 10 = suosittelisin mielelläni) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Oletteko käyttänyt seuraavia palveluja:

kotitori laitatori lähitori palvelukeskus en ole käyttänyt mainittuja palveluja Vastasin kyselyyn itse minua avusti läheiseni tai omaiseni minua avusti joku muu **MITÄ VIELÄ HALUAISITTE KERTOA?**

(Jos haluatte kertoa enemmän, käytää vastaukseenne saatekirjeen kääntöpuolta)

LIITE 2: Taustamuuttujien vastaajamäärät

Taustakysymys/väittäjä	Vastaajamäärä
Vastaajan sukupuoli; mies / nainen / muu	563
Asun palvelutalossa; kyllä / en	537
Jos ette, haluaisitteko asua siellä; kyllä / en	422
Kotini on esteetön tukien kotona asumista; kyllä / ei	541
Koen asumiseni ja elämiseni turvalliseksi; kyllä / ei	551
Koen yksinäisyyttä; kyllä / en	552
Saan kotihoitoa; useita kertoja päivässä / kerran päivässä / joitain kertoja viikossa / kerran viikossa	528