

Karita Sarre

PALVELUNTUOTTAJAN JA AMMATTILAISEN VALINNAN TÄRKEÄKSI KOKEMISEN YHTEYS OSALLISUUDEN TÄRKEÄKSI KOKEMISEEN

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2022

TIIVISTELMÄ

Karita Sarre: Palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisen yhteys osallisuuden tärkeäksi kokemiseen
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Sosiaalipsykologia, Yhteiskuntatutkimuksen maisteriohjelma
Toukokuu 2022

Osallisuuden edistäminen on näkyvä tavoite sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintojen kehittämisessä. Osallisuus tuo ihmiselle kokemuksen omasta yksilöllisyydestä ja ainutlaatuisuudesta, siinä ihminen tuntee myös kuuluvansa yhteisöön sekä yhteiskuntaan. Osallisuus ilmenee lisäksi mahdollisuutena osallistua omakohtaiseen päätöksentekoon tai päätöksentekoon palvelutasolla. Osallisuuden käytännöissä ovat yksilön kanssa vuorovaikutuksessa palvelut, sosiaaliset verkostot, erilaiset markkinat sekä säädökset ja suositukset.

Pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisella yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Tutkimuksessa palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnalla tarkoitettiin tavallisten ihmisten ja palveluiden käyttäjien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, onko tärkeätä voida itse valita terveysasema, sairaala, lääkäri ja hoitaja. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin koulutusasteen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Tutkimuksessa käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) suunnitteleman ja toimeenpaneman väestötutkimuksen Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -kyselyaineistoa (n = 2626). Aineisto kerättiin posti- ja verkkokyselynä loka–joulukuussa 2015 käyttäen strukturoitua lomaketta.

Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmistolla. Palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen sekä koulutusasteen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen selvitettiin askeltavalla logistisella regressioanalyysillä muodostaen neljä regressiomallia. Tutkimustuloksena oli, että valinnanvapauden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Tulos esiintyi kaikilla neljällä osallisuuden muodolla. Lisäksi koulutusasteella oli osassa regressiomalleja yhteys osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Analyseissa huomioitiin sukupuoli, ikä, työmarkkina-asema ja terveydentila.

Tutkimuksessa käytettiin palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan käsitteen ohella valinnanvapauden käsitettä. Valinnanvapaus ja asiakkaiden osallisuuden edistäminen ovat Suomessa usein mainittuja arvoja. Tutkimuksessa suhteutettiin valinnanvapaus ja osallisuus Shalom Schwartzin (1992) arvojen rakenteen malliin.

Avainsanat: palveluntuottajan ja ammattilaisen valinta, valinnanvapaus, osallisuus, sosiaali- ja terveyspalvelut, arvot, logistinen regressioanalyysi

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OSALLISUUS	3
2.1 KÄSITTEET	4
2.1.1 <i>Osallisuus</i>	4
2.1.2 <i>Asiakasosallisuus</i>	6
2.1.3 <i>Osallisuus tässä tutkimuksessa</i>	7
2.2 OSALLISUUS LAINSÄÄDÄNNÖSSÄ	8
2.3 OSALLISUUDEN VAIHEITA JA JAOTTELUA	10
3 VALINNANVAPAAUS	12
4 VALINNANVAPAAUS JA OSALLISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA	15
5 ARVOT JA SCHWARTZIN ARVOJEN RAKENTEEN MALLI	19
5.1 MITÄ ARVOT OVAT?.....	19
5.2 SCHWARTZIN ARVOTEORIA	21
5.2.1 <i>Valinnanvapaus Schwartzin arvojen rakenteen mallissa</i>	25
5.2.2 <i>Osallisuus Schwartzin arvojen rakenteen mallissa</i>	27
5.2.3 <i>Valinnanvapauden ja osallisuuden yhteys Schwartzin arvojen rakenteen mallissa</i>	29
5.3 ARVOJEN LOPPUSANAT	30
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA HYPOTEESIT	31
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	33
7.1 AINEISTON KUVAUS	33
7.2 TUTKIMUKSEN EETTISYYS	34
7.3 LOGISTINEN REGRESSIOANALYYSI	35
7.4 ANALYYSI	37
7.4.1 <i>Muuttujat</i>	37
7.4.2 <i>Tilastolliset analyysit ja puuttuvat tiedot</i>	42
8 TULOKSET	45
8.1 VASTAAJIEN TAUSTATIEDOJA	45
8.2 MAHDOLLISUUS VAIKUTTAA OMAAN PALVELUUNSA TAI HOITOONSA LIITTYVIIN ASIOIHIN.....	45
8.3 PALVELUIDEN KÄYTTÄJIEN KOKEMUKSIA KERÄTÄÄN (ESIM. ASIAKASKYSELYT).....	47
8.4 TAVALLISIA IHMISIÄ OTETAAN MUKAAN PALVELUJEN SUUNNITTELUUN (ESIM. ASIAKASRAADIT)...	47
8.5 TAVALLISIA IHMISIÄ OTETAAN MUKAAN PALVELUJA KOSKEVAAN PÄÄTÖSENTEKOON (ESIM. SAIRAALOIDEN JOHTORYHMÄT).....	51
8.6 HYPOTEESIEN ARVIOIMINEN	51
9 POHDINTA	52
9.1 TULOSTEN POHDINTA	52
9.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA RAJOITTEET	55
9.3 JOHTOPÄÄTÖKSET	60
LÄHTEET	63
LIITTEET	78

1 JOHDANTO

Osallisuudesta on puhuttu länsimaissa viime vuosikymmeninä kasvavin äänenpainoin (Matthies 2017, 149; Tritter & McCallum 2006, 156), ja osallisuuden edistäminen on nykyään läsnä lähes kaikkialla toimintojen kehittämisessä (Koivisto, Isola & Lyytikäinen 2018, 3, 7). Osallisuuden käytännöissä ovat yksilön kanssa vuorovaikutuksessa palvelut, sosiaaliset verkostot, erilaiset markkinat sekä säädökset ja suositukset (vrt. Leemann & Hämäläinen 2016, 594).

Ihmisellä on halu kuulua ryhmiin ja osallisuuden kokemus tuo tunnetta ryhmään kuulumisesta. Osallisuus tuo lisäksi kokemuksen omasta yksilöllisyydestä ja ainutlaatuisuudesta. (Jansen, Otten, van der Zee & Jans 2014, 370.) Koivisto ym. (2018, 4, 21) esittävät osallisuuden keskeisinä alueina olevan keskustelun, yhteisyyden sekä kokemuksen kuuluksi, arvostetuksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Osallisuuteen liittyy läheisesti yksilön oma vastuu sekä myös yhteisön ja yhteiskunnan vastuu. Osallisuus on myös sosiaalipsykologille tärkeä käsite (Campbell & Jovchelovitch 2000, 263), sillä sosiaalipsykologian kentällä yksi keskeinen tutkimuskohde on yksilön, yhteisöjen ja yhteiskunnan väliset suhteet.

Vaikkakin osallisuuden edistäminen on ollut keskiössä toimintojen, palvelujen ja palvelujärjestelmien kehittämisessä, osallisuuden käsitteistö ja osallisuuden osa-alueet ovat olleet hajanaisia sekä vaikeaselkoisia. Samoin osallisuuden kokemuksia mittaava indikaattori on puuttunut. Tästä johtuen Suomessa on viime vuosina voimakkaasti kehitetty osallisuuden viitekehystä sosiaali-, terveys- ja käyttäytymisteorioiden pohjalta. (Isola ym. 2017, 5, 9, 15–16; Koivisto ym. 2018, 8.) Erilaisten teoreettisten mallien hyödyntäminen on myös auttanut ymmärtämään ja jäsentämään sisällöllisesti osallisuutta (Kivinen, Vanjusov & Vornanen 2020, 286).

Osallisuuden ilmiö on monitieteinen. Sen vuoksi myös tämä sosiaalipsykologian pro gradu -tutkimus rakentuu monin paikoin sosiaali- ja terveystieteiden rajapinnoille. Olen

aikaisemmalta koulutukseltani terveystieteiden maisteri, mistä juontuu lisäksi kiinnostukseni sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden vaikutusmahdollisuuksia sekä palveluiden asiakaslähtöisyyttä kohtaan. Tutkimuksen tekijän näkökulmasta valinnanvapaus sekä osallisuus ovat ajankohtaisia ja mielenkiintoisia yhteiskunnallisia kysymyksiä sekä yhdessä tarkasteltuna että erillisinä ilmiöinä. Sitä paitsi terveys on tärkeää, ja jokaisella ihmisellä on omia kokemuksia asiakkaana tai potilaana osallisuudesta terveydenhuollossa (Nabatchi & Leighninger 2015, 117).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen väestön ja asiakkaiden näkökannalta. Tutkimuksen aineistona käytetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) suunnitteleman ja toimeenpaneman väestötutkimuksen Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -kyselyaineistoa (n = 2626). THL toteutti väestötutkimuksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote-uudistus) valmistelun tueksi. Kyselytutkimuksen tavoitteena oli selvittää väestön ja asiakkaiden mielipiteitä sekä kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ennen sote-uudistusta. (Aalto ym. 2016b, 1; Aalto, Muuri & Syrjä 2017; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Tutkimuksen tilastollisissa analyyseissä tarkastellaan, onko palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisella yhteys osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Tutkimuksessa palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnalla tarkoitetaan tavallisten ihmisten ja palveluiden käyttäjien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, onko tärkeätä voida itse valita terveysasema, sairaala, lääkäri ja hoitaja. Tutkimuksessa käytetään palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan käsitteen ohella valinnanvapauden käsitettä. Tämä tutkimus ei käsittele valinnanvapautta sinänsä. Tutkimuksessa tarkastellaan lisäksi koulutusasteen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen.

Antti Eskola (1982) kuvasi sosiaalipsykologiaa ”siltatieteeksi”, jossa yhdistyy psykologiaa ja sosiologiaa (Eskola 1982, 33: kts. myös Helkama, Myllyniemi & Liebkind 2001, 19). Klaus Helkama (mts. 19) puolestaan on todennut sosiaalipsykologiasta rakentuvan ”luontevasti siltoja kaikkiin ihmistä tutkiviin tieteisiin”. Tässä tutkimuksessa sosiaalipsykologisena ”siltana” terveyttä sekä hyvinvointia palvelevien valintojen ja osallisuuden

välillä (vrt. Isola & Leemann 2021, 381) ovat arvot. Pro gradussa suhteutetaan valinnanvapaus ja osallisuus Shalom Schwartzin (1992, 1–65) arvojen rakenteen malliin, koettaen löytää tapoja sijoittaa (vrt. Helkama 2018b, 302, 305) valinnanvapaus ja osallisuus Schwartzin (1992) arvokehään.

Tutkimus koostuu yhdeksästä luvusta. Luvussa kaksi kuvataan osallisuuden moniulotteisuutta käyden läpi osallisuuden ja asiakasosallisuuden käsitteitä. Toisessa luvussa tarkastellaan myös osallisuuden lainsäädännöllistä perustaa sekä osallisuuden jaottelua ja vaihteita. Luvussa kolme tuodaan esille tiiviisti valinnanvapauden historiaa Suomessa, koska ymmärtääkseen valinnanvapautta, täytyy tuntea myös valinnanvapauden kehittymistä Suomessa. Lisäksi luvuissa kaksi ja kolme esiintyvät peruskäsitteet osallisuus ja valinnanvapaus määritellään osin monitahoisesti sekä syvästi, koska arvojen merkitykset sitoutuvat myös kulttuuriin ja historiaan (Helkama 2015, 89). Neljännessä luvussa käsitellään valinnanvapautta ja osallisuutta terveydenhuollossa aikaisempien tutkimusten valossa. Luvussa viisi tarkastellaan arvon määritelmää, esitellään Shalom Schwartzin arvomalli (1992, 1–65) sekä päätellään, mihin valinnanvapauden ja osallisuuden arvot sijoittuisivat (vrt. Helkama 2018b, 305) Schwartzin arvokehän valossa. Luvussa kuusi esitellään tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset ja hypoteesit. Luvuissa seitsemän ja kahdeksan edetään tutkimuksen toteuttamiseen ja käydään läpi tutkimustulokset. Päätökseksi luvussa yhdeksän pohditaan tutkimustuloksia, tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja rajoitteita sekä tutkimuksen johtopäätöksiä.

2 OSALLISUUS

Osallisuudelle ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä universaalista määritelmää (Healy 2000, Julkusen & Heikkilän 2007, 88 mukaan). Sen vuoksi Suomessa on pitkään kehitetty erilaisten tulkintojen pohjalta osallisuuden määritelmää sekä muotoja (Kohonen & Tiala 2002, 6; Salmikangas 2002, 13–18). Runsaasta kehittämistyöstä huolimatta, osallisuuden käsitteistön on koettu olevan hajanaista ja vaikeaselkoista. Suomessa on ollut meneillään

lukuisia kehittämishankkeita kansalaisten osallisuuden edistämiseksi (Isola ym. 2017, 3, 66; Salmikangas 2002, 13–18) ja osallisuuden käsitteistöä on edelleen viime vuosina koottu sekä selvennetty (Isola ym. 2017; Leemann & Hämäläinen 2016, 586–594; Sihvo ym. 2018, 10–11). Niin ikään kehittämistyö osallisuuden muotojen, osa-alueiden sekä osallisuuden kokemusta mittaavan osallisuusindikaattorin kehittämisen parissa, on ollut aktiivista (Isola ym. 2017, 23–42; Leemann ym. 2018; Leemann, Martelin, Koskinen, Härkänen & Isola 2021, 1–25; Terveystieteiden tutkimuskeskus n.d.).

2.1 Käsitteet

2.1.1 Osallisuus

Osallisuus on laaja, näkökulmia kokoava kattokäsite, jonka merkitysisällöt ovat moniulotteisia (Isola 2017, 3; Leemann & Hämäläinen 2016, 589–592; Sihvo ym. 2018, 10). Käsitteen eri lähestymistavat jättävät tilaa tulkita sekä arvioida kontekstin perusteella käsite hyvin eri tavoilla (Raivio & Karjalainen 2013, 12). Osallisuutta on luonnehdittu muun muassa seuraavasti:

Osallisuudella tarkoitetaan sitä, että ihminen tuntee kuuluvansa yhteisöön ja yhteiskuntaan ja, että hän voi vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin. Osallisuus rakentuu ja muuttuu resurssien, tarpeiden ja toimijuiden edellytysten mukaan. Siihen liittyy oikeus saada tietoa itseä koskevista asioista, mahdollisuus ilmaista mielipiteensä ja vaikuttaa terveyttä ja hyvinvointia määrittäviin tekijöihin. (Sihvo ym. 2018, 10.)

Isola ym. (2017, 16) toteavat Hoggettiin (2001, 608–626) ja Hirvilammiin (2015, 21) viitaten osallisuuden muodostuvan vuorovaikutuksessa ihmisten välillä, sekä myös vuorovaikutuksessa ihmisten ja luonnon välillä. Osallisuus ilmenee ihmisten välillä katseissa, liikkeissä, kosketuksessa ja kielessä (Isola ym. 2017, 3). Osallisuuteen vaikuttaa myös ryhmän halukkuus ottaa yksilö vastaan ryhmään (Ellemers & Jetten 2013, 3–21; Jansen ym. 2014, 372). Osallisuus edellyttää ihmiseltä lisäksi kykyä muodostaa vuorovaikutussuhteita (Sihvo ym. 2018, 10). Osallisena yksilö voi tuntea tulevaisuutensa hyväksytyksi omana itsenään, saaden arvostusta muilta ryhmäläisiltä (Jansen ym. 2014, 370–371). Edelleen

osallisuutta on tarkasteltu myös demokratian kehityksessä (Valtioneuvoston selonteko 2002, 4).

Osallisuutta omassa elämässä on tulkittu olevan kyky tavoitella itselle tärkeitä asioita, sekä tunne siitä, että omalla elämällä on tarkoitus. Osallisuudella on viitattu myös oman elämän osallisuuteen, jota on voinut kokea esimerkiksi autonomian sekä elämän ennakoitavuuden ja hallinnan keinoin. (Isola ym. 2017, 25, 54; Koivisto ym. 2018, 8, 20.) Elder ja Johnson (2003, 60, Mäntynevan & Hiilamon 2018, 19 mukaan) painottavat osallisuuden olevan ”yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan välistä suhdetta kuvaava kokemuksellinen käsite, joka on kytköksissä yhteiskunnan rakenteisiin, harjoitettuun politiikkaan sekä yksilön elämäntapaan ja elinoloihin”. Ylipäänsä osallisuus on aina subjektiivinen kokemus. Osallisuuden kokemuksesta ja tunnetusta ei voi puhua toisen puolesta. Lisäksi tunne osallisuudesta tai osattomuudesta voi vaihdella yksilöiden välillä. (Leemann & Hämäläinen 2016, 589; Raivio & Karjalainen 2013, 14.) Osallisuuteen liittyy myös yksilön kokemus, että saa myönteistä palautetta tekemisistään, on tarpeellinen toisille ihmisille, sekä saa apua muilta, kun sitä tarvitsee (Leemann ym. 2018, 14–16).

Viime aikoina osallisuuden käsitettä on päivitetty ja laajennettu aiempaa moninaisemmaksi (Mäenpää & Faehnle 2021, 238–239). Mäenpää ja Faehnle (2021, 238–239) käyttävät ilmaisuja ”osallisuuden ensimmäinen aalto” ja ”osallisuuden toinen aalto”. Osallisuuden ensimmäisellä aallolla viitataan noin kolmen vuosikymmenen takaiseen aikakauden. Suomessa 1990-luvulta lähtien virinneessä osallisuusaallossa korostui osallisuuden edistäminen kansalaisten ja hallinnon välistä vuorovaikutusta tiivistämällä. Painopiste oli siinä, kuinka hallinto voi edistää kansalaisten osallistumista ja vaikuttamista. Tämä ilmeni muun muassa sisäasiainministeriön koordinoimana valtakunnallisena osallisuushankkeena. Tällä hetkellä käynnissä olevassa toisessa aallossa puolestaan lähestytään osallisuutta kansalaislähtöisten prosessien (neljännen sektorin kansalaistoiminta) ja erilaisten toimijuuksien kautta (Mäenpää & Faehnle 2021, 238–241). Näissä osallisuus rakentuu myös tunnepohjaisena ryhmäytymisenä, joka ilmenee muun muassa kaupunginosaliikkeiden järjestäminä kaupunkitapahtumina ja paikalliskulttuurina, kuten kirpputoreina, tanssiaisina, korttelikeittiöinä, asunnottomien yö -tapahtumina sekä luomu- ja lähiruokapiireinä (Mäenpää & Faehnle 2021, 62–67, 239). Olennaista on kuulumisen

tunne, joka sisältää mahdollisuuden vaikuttaa omiin ja muita koskeviin asioihin sekä toimia muiden hyväksi (Sassi 2002). Toiminnan motivaationa on auttamisen halu (Pessi & Oravasaari 2010), ja merkityksellisyys rakentuu hyvän tekemisessä muille (Martela 2015). Osallisuuden sisäistetään muodostuvan myös yhteisen hyvän tuottamisessa (Mäenpää & Faehnle 2021, 238–239).

Osallisuudesta käytetään englannin kielellä termejä *involvement* ja *inclusion* (mm. Jansen ym. 2014, 370–385; Laitila 2010, 8, 33–34). Englanninkielen ilmaisu *participation* merkitsee puolestaan *osallistumista* (Kujala 2003, 47; Laitila 2010, 8). Osallisuus on laajempi käsite kuin osallistuminen (Kokkonen, Närhi & Matthies 2013, 35; Kujala 2003, 47; Laitila 2010, 8). Siitä huolimatta osallisuuden ja osallistumisen käsitteitä käytetään Suomen kielessä myös synonyymeinä (Kujala 2003, 47; Laitila 2010, 2, 8; Valkama 2012, 57). Leemann ja Hämäläinen (2016, 587) ovat todenneet Julkuseen ja Heikkilään (2007, 89) viitaten, että ”verrattuna osallistumiseen osallisuus edellyttää lähtökohtaisesti, että asiakas osallistuu päätöksentekoon ja asiakkaalla on jonkinlainen vaikutus palveluprosessiin”. Kujala (2003, 47) puolestaan määrittelee osallistumisen aktiiviseksi ja tarkoitukselliseksi toiminnaksi, toisaalta toiminta voi olla myös passiivista tai muodollista. Asiakkaan osallistumisen on todettu olevan myös ”mukana oloa” vaikkapa tiedonantamisen muodossa (Laitila 2010, 8).

Osallisuuden käsitteistöön Suomessa on vaikuttanut myös maamme liittyminen Euroopan unionin jäseneksi vuonna 1995. EU-jäsenyyden myötä tuli kotimaiseen keskusteluun mukaan *sosiaalisen osallisuuden* (*social inclusion*) käsite (Leemann, Kuusio & Hämäläinen 2015, 3). Sosiaalisella osallisuudella viitataan yleisimmin syrjäytymisen vastakohtaan. Käsitteen alkuperä juontaa 1970- ja 1980-luvulle Ranskaan, jolloin käynnissä olleet keskustelut johtivat ensimmäisiin syrjäytymistä torjuviin ohjelmiin. (Mts. 1–3.)

2.1.2 Asiakasosallisuus

Sosiaali- ja terveyspalveluissa käytetään termejä *asiakasosallisuus* (*customer involvement*) ja asiakkaan osallisuus (Leemann & Hämäläinen 2016, 587). Sihvo ym. (2018, 11)

määrittelevät asiakasosallisuuden merkitsevän palveluja käyttävien ihmisten ja asiakkaiden vaikuttamista sekä osallistumista palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Asiakasosallisuuden menetelmiä ovat esimerkiksi kunnissa toimivat vanhus- vammais- ja nuorisoneuvostot. Niin ikään asiakasosallisuuden keinoja ovat myös asiakasraadit sekä tavallisten ihmisten osallistuminen palveluja koskevaan päätöksentekoon. Pelkästään palvelujen käyttäjien kokemuksien kerääminen asiakaskyselyillä on osallistumista, ei asiakasosallisuutta (Leemann & Hämäläinen 2016, 588).

Asiakasosallisuuteen sisältyvät myös käsitteet *potilas (patient)*, *asiakas (client, customer)* ja *kansalainen (public, citizen)* (Leemann & Hämäläinen 2016, 587). Potilas on sairaus henkilö, joka käyttää terveydenhuollon palveluita. Asiakas puolestaan kytkeytyy terminä markkinalähtöiseen positioon. (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009a, 11; Leemann & Hämäläinen 2016, 587.) Kansalaisen (public, citizen) käsite sisältää Suomen sosiaaliturvan piirissä olevat henkilöt ja heidän oikeutensa (Koivusalo ym. 2009a, 10–11; Leemann & Hämäläinen 2016, 587).

Asiakasosallisuus voi toteutua myös vertaistukena. Kokemusasiantuntijuuteen pohjautuvaa vertaistukea käytetään muun muassa vertaistukiryhmissä, yksilökohtaisena neuvontana sekä myös verkkovälitteisessä tuen jakamisessa. (Matthies 2017, 154.) Osallisuutta voi tarkastella myös eettisestä näkökulmasta. Vertaistuki ja kokemusasiantuntijan apu sisältyvät eettiseen osallistamiseen. (Isola ym. 2017, 44–45.)

Asiakkaan osallisuus on hankalasti määriteltävä käsite (Julkunen & Heikkilä 2007, 87–103; ks. myös Laitila 2010, 8). Selkeyden vuoksi osallisuuden käsitettä tulisi tarkastella asiayhteydessä (Julkunen & Heikkilä 2007, 88). Lisäksi tulisi tarkentaa esimerkein, mitä konseptilla tarkoitetaan (Koivisto ym. 2018, 3).

2.1.3 Osallisuus tässä tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa osallisuuden käsitteellä tarkoitetaan tavallisten ihmisten ja palvelujen käyttäjien mahdollisuutta vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa liittyviin asioihin. Osallisuudella tarkoitetaan myös tavallisten ihmisten ottamista mukaan palvelujen

suunnitteluun, kuten esimerkiksi asiakasraateihin, sekä tavallisten ihmisten ottamista mukaan palveluja koskevaan päätöksentekoon, kuten esimerkiksi sairaaloiden johtoryhmiin. Tutkimuksessa käytetään myös osallistumisen käsitettä asiakaskyselyiden keräämisen yhteydessä. (ks. Aalto ym. 2017.)

2.2 Osallisuus lainsäädännössä

Osallisuuden luonnetta on määritelty ja taattu myös lainsäädännön keinoin sekä suosituksin. Velvoittavat normit, ohjeet sekä toimintatavat luovat raamit osallisuuden edistämiseksi ja toteuttamiselle (Hallamaa 2020, 41).

Kuntalaissa on 1990-luvulta lähtien korostettu vahvasti kuntalaisten suoraa osallistumista. Vuoden 1995 kuntalaki (365/1995) painotti erityisesti kuntalaisten osallistumista ja nosti kunnan asukkaiden oikeuden osallistumiseen vahvempaan asemaan. (Eduskunta 2002; Kuntaliitto 2017.) 2000-luvulla otettiin käyttöön lisää kuntalaisia voimaannuttavia osallistumisen muotoja. Uusi kuntalaki (410/2015) tuli voimaan vuonna 2015. (Kuntaliitto 2017.) Kuntalain 22 §:ssä esitetään asukkaiden ja palvelujen käyttäjien osallistumista ja vaikuttamismahdollisuuksia voitavan edistää järjestämällä keskustelu- ja kuulemistilaisuuksia sekä kuntalaisraateja, selvittämällä asukkaiden mielipiteitä ennen päätöksentekoa, valitsemalla palvelujen käyttäjien edustajia kunnan toimielimiin, järjestämällä mahdollisuuksia osallistua kunnan talouden suunnitteluun, suunnittelemalla ja kehittämällä palveluja yhdessä palvelujen käyttäjien kanssa sekä tukemalla asukkaiden, järjestöjen ja muiden yhteisöjen oma-aloitteista asioiden suunnittelua ja valmistelua.

Suomen perustuslaki (731/1999) säädettiin vuonna 1999 ja se tuli voimaan vuonna 2000. Perustuslaissa määritellään kansanvaltaan sisältyvä yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen (2 §). Perustuslain 12 §:ssä on säännökset sananvapaudesta ja julkisuudesta sekä sen 13 §:ssä säännökset kokoontumis- ja yhdistysvapaudesta. Perustuslaissa korostetaan myös julkisen vallan tehtävänä olevan edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon (14 §). Myös oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin (17 §) turvaa osallistumismahdollisuuksia. Säännökseen 121 §:n sisältyy asukkaiden oikeus osallistua

kunnalliseen päätöksentekoon. (Eduskunta 2002; Perustuslaki 731/1999; Sihvo ym. 2018, 13.)

Maailman ensimmäinen potilaiden oikeuksia koskeva laki annettiin Suomessa vuonna 1992 (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) (Tritter 2009b, 219) ja se tuli voimaan vuonna 1993 (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Laissa painotetaan potilaan oikeutta hyvään hoitoon (3 §), pääsyä hoitoon (4 §) sekä sitä, että tutkimuksen/hoidon/kuntoutuksen tulee perustua suunnitelmaan (4 a §). Laki sisältää potilaan oikeuden tiedonsaantiin (5 §), ja lisäksi painotetaan potilaan itsemääräämisoikeutta, joka sisältää edellytyksen hoidosta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (6 §). (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Leemann & Hämäläinen, 2016, 587; Sihvo ym. 2018, 13–14.)

Edelleen terveydenhuoltolaissa (1326/2010) painotetaan asiakaskeskeisyyttä laajentamalla asiakkaan valinnanvapautta julkisen sektorin palveluissa (Kalliomaa-Puha 2015, 142). Asiakkaan valinnanvapauden lisäämisellä tavoitellaan muun muassa asiakkaiden osallisuuden ja autonomian lisääntymistä (Whellams 2016, 6).

Kansalaisten osallisuuden mahdollistamista määritellään myös muun muassa sosiaali- huoltolaissa (1301/2014), laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), nuorisolaissa (1285/2016), lastensuojelulaissa (417/2007) sekä vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012). Osallisuuden ja osallistumisen oikeutta edistetään ja turvataan myös vammais- palvelulaissa (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987) sekä kehitysvammal- laissa (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977). (Sihvo ym. 2018, 14.)

Lainsäädännöllisen perustan lisäksi osallisuuden luonnetta ohjaavat eettiset kysymykset. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) esittää suuntaviivoja siitä, ”mikä on oikein ja mikä on hyvää silloin kun ihmistä tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudessa” (ETENE 2011, 4). ETENE suosittelee muun muassa ihmisarvon ja ihmisen kunnioittamista. Tähän sisältyvät muun muassa asiakkaan ja

potilaan itsemääräämisoikeus sekä valinnanvapaus. Ylipäänsä hoito ja palvelu edellyttävät asiakkaan ja potilaan osallisuutta. (Mts. 5.)

2.3 Osallisuuden vaihteita ja jaottelua

Kuten aiemmin todettiin, vuoden 1995 kuntalaki (365/1995) edisti harppauksella kansalaisten osallistumista. Kuntalain voimaantulon johdosta sisäasiainministeriö koordinoi vuosina 1998–2002 valtakunnallisen osallisuushankkeen. Osallisuushankkeessa etsittiin paikallistasolla uusia tapoja ja muotoja kansalaisten osallistumisen, omatoimisuuden sekä todellisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi. Osallisuushanke laajensi myös osallisuuden käsitettä. Valtakunnallisen osallisuushankkeen lukuisissa erilaisissa paikallisprojekteissa kuntalaisten osallisuutta toteutettiin neljän osallisuuden muodon pohjalta, joita olivat: tieto-osallisuus, suunnitteluosallisuus, päätösosallisuus ja toimintaosallisuus. (Valtioneuvoston selonteko 2002, 3–5, 13–17; Kohonen & Tiala 2002, 5–7; ks. myös Kiilakoski, Gretschel & Nivala 2012, 15; Salminen 2002, 17.) Myöhemmin osallisuuden muotojen jaotteluun lisättiin viides osallisuuden muoto, arviointiosallisuus. Sitten osallisuuden viiden muodon jaottelua on sovellettu myös asiakasosallisuuteen. (Ks. Leemann & Hämäläinen 2016, 588–589.)

Högnabba (2008, 28) puolestaan on todennut Cowdeniin ja Singhiin (2007, 14–15) viitaten, asiakasosallisuuden jäsentyvän kahteen toisiaan tukevaan osaan. Asiakas voi osallistua omien asioidensa ja palvelujensa suunnitteluun, saamiseen ja arviointiin tai asiakas voi osallistua palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin yleisellä tasolla. (Ks. Leemann & Hämäläinen 2016, 588.)

Osallisuuden edistäminen vahvistui Suomessa poliittisella tasolla 2000-luvun lopulta lähtien. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009), alettiin osallistumisen muotoja sekä kokemusasiantuntijuutta ottamaan lisääntyvässä määrin huomioon palvelukehityksessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste 2012) asetti vuosille 2012–2015 yhdeksi ohjelman periaatteeksi osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden lisäämisen. Nämä ohjelmat edistivät osallisuuden yhdistämistä terveyspalvelujen

kehittämiseen. (Jones & Pietilä 2018, e305.) Niin ikään Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra) koordinoi vuosina 2014–2020 Euroopan sosiaalirahaston toimintalinjan 5 osallisuushankkeita. Hankkeen päätoteuttajana oli Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos ja osatoteuttaja Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hankekauden aikana Sokra kokosi osallisuustyötä tekevät yhteen, tutki, tuotti tietoa, kehitti, vaikutti ja viesti. Sokra kehitti osallisuuden jaottelua edelleen luomalla kolme osallisuuden osa-alueita, jotka olivat: osallisuus omassa elämässä, osallisuus vaikuttamisen prosessissa eli palveluissa, lähipiirissä, elinympäristössä ja yhteiskunnassa sekä osallisuus paikallisesti. Paikallisessa osallisuudessa osallisuutta edistettiin lähellä ihmistä. Osallisuuden osa-alueiden äärirajat olivat aaltoilevia ja osa-alueet muodostivat sisäkkäisiä kehiä. Osa-alueet sisälsivät käytännönläheisiä ehdotuksia osallisuuden edistämiseksi. Osa-alueiden määrittelyllä pyrittiin lisäksi pelkistämään osallisuutta edistäviä kokonaisuuksia sekä yhtenäistämään osallisuutta koskevaa keskustelua. (Isola ym. 2017, 23–42, 66; Koivisto ym. 2018, 4, 8–9, 21, 23–25; Sihvo ym. 2018, 46–47.)

Osallisuutta voi tarkastella myös hierarkkisena mallina tai jatkumona, jossa asiakkaan ”osallisuus liikkuu ei-osallisuudesta tai tiedonantajan ja -saajan roolista palveluiden käyttäjien kontrolliin ja voimaantumiseen” (Laitila 2010, 9). Esimerkkinä tästä on asiakasosallisuus, jonka voi jaotella neljään asteittain nousevaan osallisuusasteeseen (Leemann & Hämäläinen 2015, 3–4). Alimmalla asteella eli niin sanotulla näennäisosallistumisen tasolla, asiakas antaa tietoa asiakaspalautteen muodossa. Varsinainen asiakasosallisuus toteutuu toisella asteella eli perustasolla, jolloin asiakas on asiakkaana palvelussa. Kolmannella asteella asiakas vaikuttaa ja kehittää laatua osallisena. Neljännellä asteella, joka on asiakasosallisuuden korkein aste, asiakas määrittelee, muotoilee ja rajaa palvelun. Kuvatussa mallissa asiakas liikkuu hierarkkisesti asteilla informantti, osallinen, vaikuttaja ja palvelujen johtaja. (Julkunen & Heikkilä 2007, 89–90; Leemann & Hämäläinen 2015, 3–4; Leemann & Hämäläinen 2016, 587–588.) Mallin historia juontaa 1960-luvulle, jolloin Sherry Arnstein (1969, 216–224; 2019, 24–34) kehitti tikapuumallin kuvaamaan osallistumismahdollisuuksia. Arnsteinin hierarkkisessa mallissa kuvattiin ja luokiteltiin kansalaisten osallistumisen kytkeytyvän vallan jakautumiseen kansalaisten ja viranomaisten tai muiden vallassa olevien välillä (Tritter 2009b, 211). Jonathan Tritter ja Alison McCallum

(2006, 156–168) ovat kritisoineet Arnsteinin mallia. Arnsteinin tikapuumallin sijaan osallisuutta pitäisi lähestyä mosaiikkimallina. Mallissa eriväriset ja -muotoiset mosaiikkilaa-
tat kuvaisivat yksilöiden ja heidän yhteisöjensä, terveydenhuoltojärjestelmän sekä vapaa-
ehtoisjärjestöjen välistä vuorovaikutusta monitoimijaisessa yhteistyössä. (Mts. 156–168.)

Osallistuminen voidaan jaotella myös yksilölliseen ja yhteisölliseen suoraan osallistumi-
seen sekä yksilölliseen ja yhteisölliseen epäsuoraan osallistumiseen. Suorassa osallistu-
misessa asiakkaat, potilaat ja kansalaiset osallistuvat päätöksentekoon. Esimerkkinä suo-
rasta yksilöllisestä osallistumisesta on potilaan osallistuminen hoitopäätöksiin. Suoraa
yhteisöllistä osallistumista on esimerkiksi potilasryhmän osallistuminen palvelun suunn-
itteluun. (Tritter 2009a, 276–277; Tritter 2009b, 212–213; ks. myös Jones 2018.) Sosi-
aali- ja terveystalveissa suorien osallistumismuotojen kehittäminen edellyttää, että pal-
velujärjestelmässä arvostetaan asiakkaiden tietoa ja kokemuksia (Laitila 2010, 4). Epä-
suorassa osallistumisessa tuotetaan tietoa, mutta päätäntävalta tiedon huomioimisesta on
ammattilaisilla ja hallinnossa toimijoilla. Terveystalveissa osallistuminen on usein vä-
lillistä eli epäsuoraa. Asiakkaiden, potilaiden ja kansalaisten mielipiteitä kerätään, mutta
hallinto ja henkilökunta tekevät päätökset. Yksilöllistä epäsuoraa osallistumista on poti-
laan tekemä valitus palvelusta tai palaute hoitokokemuksesta. Epäsuoraa yhteisöllistä
osallistumista taas on esimerkiksi terveyden edistämis-, liikunta- tai vammaisjärjestöjen
ehdotukset hoidon kehittämiseksi. (Tritter 2009a, 11276–277; Tritter 2009b, 212–213;
ks. myös Jones 2018.)

3 VALINNANVAPAAUS

Edeltävässä luvussa kuvattiin osallisuuden laajaa käsitettä sekä osallisuutta eri näkökul-
mista. Samoin valinnanvapauden käsite on moniulotteinen (Chydenius, Saarinen & Tynk-
kynen 2016, 243). Askelia kohti valinnanvapautta on otettu Suomessa kymmenien vuo-
sien ajan (Junnila & Nykänen 2016, 48). Valinnanvapaus ei niin muodoin ole Suomessa

uusi asia (Kuusinen-James 2016, 45; Palola 2011, 285). Kuitenkin valinnanvapauden sisällön on todettu muuttuneen ajan saatossa (Kuusinen-James 2017, 58).

Sairausvakuutuslain myötä Suomessa on 1960-luvulta lähtien voinut valita julkisten terveyspalvelujen sijasta yksityisen palvelujentuottajan. Sairausvakuutusjärjestelmän osittainen julkinen tuki mahdollisti kansalaisille yleis- tai erikoislääkärin valinnan. Valinnanvapaus on tärkeää potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kannalta. (Aalto ym. 2016a, 1; Junnila & Nykänen 2016, 37–39.) Itsemääräämisoikeus on perustuslakiin (Suomen perustuslaki 731/1999) kirjattu perusoikeus, joka sisältää ”oikeuden osallistua omaan hoitoaan ja huoltoaan koskevaan päätöksentekoon ja tehdä sitä koskevia valintoja” (Junnila & Nykänen 2016, 37). Suomi vahvisti myös ensimmäisenä maana potilaan asemaa ja oikeuksia lainsäädännöllä (Potilaslaki 785/1992). Asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia pyrittiin lisäämään vuodesta 2004 lähtien palvelusetelin avulla ja vuonna 2009 palvelusetelin käyttöä laajennettiin edelleen (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009). (Junnila & Nykänen 2016, 37, 41.)

Asiakkaan valinnanvapautta vahvistettiin lisäksi vuonna 2011 voimaan tulleella terveydenhuoltolain (1326/2010), jonka johdosta potilas tai asiakas pääsi halutessaan valitsemaan oman kunnan sisällä terveysaseman ja oman kunnan erityisvastuualueella erikoissairaanhoidon hoitopaikan (Aalto ym. 2016a, 1; Junnila & Nykänen 2016, 42). Vuonna 2014 tuli voimaan terveydenhuoltolain laajennus (§ 48), jolloin hoitopaikan valintamahdollisuus laajeni valtakunnalliseksi (Junnila & Nykänen 2016, 42). Myös potilasdirektiivi (2011/24/EU) vahvisti potilaan oikeuksia hakea terveyspalveluja vapaasti toisesta EU- tai ETA-maasta. Direktiivi pantiin Suomessa toimeen lailla rajat ylittävistä terveydenhuollosta (1201/2013), joka astui voimaan vuonna 2014. Potilaalle korvataan hoidot, jotka kuuluvat Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja ovat kotimaassa korvattavaa hoitoa. (Junnila & Nykänen 2016, 45.)

Valinnanvapaus on esiintynyt Suomessa myös poliittisen keskustelun teemana 1980-luvun lopulta alkaen (Chydenius, Saarinen & Tynkkynen 2016, 242). Niin ikään pääministeri Juha Sipilän vuoden 2015 hallituksen ohjelmassa linjattiin valinnanvapauden olevan osa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta (Junnila & Nykänen 2016, 55; Karvonen

2016, 3). Valinnanvapauskokeilu oli Sipilän hallituksen kärkihankkeita (Sipilän hallituksen. . . 2019). Valinnanvapauskokeilu päättyi vuoden 2019 aikana (mm. Jokinen, Rintamäki, Saloranta, Joensuu & Rannisto 2019).

Edellä käsiteltiin valinnanvapauden taustoja Suomen terveydenhuollossa 1960-luvulta lähtien. Sosiaalihuollossa 1960–70-luvulla valinnanvapaus puolestaan merkitsi vapaaehtoisten tukitoimenpiteiden saatavilla oloa ja ihmisten tietoisuutta niistä, jotta he voisivat tehdä valintoja (Palola 2011, 285). Valinnanvapaudella pyrittiin eroon pakkokeinoista, laitosvaltaisuudesta ja ylipäättään tahdonvastaisuudesta (mt.). Valinnanvapauden mahdollistava periaate merkitsi myös 1960–1970-luvulla ”apua tarvitsevan ihmisen elämäntyyliin ja perusarvoihin liittyvien tekijöiden huomioimista ja osallisuutta” (Sosiaalihuollon periaatekomitean. . . 1971; ks. myös Kuusinen-James 2016, 45). Näin ollen valinnanvapaus on tarkoittanut vasta myöhemmin vapautta valita palveluntuottaja (Kuusinen-James 2016, 45). Sosiaalihuollon palveluissa valinnanvapaus on esiintynyt lähinnä tilanteissa, joissa palveluja on ostettu palveluseteliä käyttäen (Junnila & Nykänen 2016, 52).

Valinnanvapautta voidaan tarkastella sekä osallisuuden että markkinoistumisen kehyksissä (mm. Kuusinen-James 2016, 71). Valinnanvapaus herättää toisaalta myönteisiä mielikuvia, toisaalta valinnanvapaus rakentuu sen ajatuksen varaan, että kaikki olisivat yhtä kykeneviä valintojen tekemiseen. Valinnanvapaus voidaan nähdä myös osana toimijakeskeistä maailmankuvaa, jossa vastuu on toimijoilla itsellään. (Palola 2011, 284, 287.) Valinnanvapaus edellyttää, että palvelujen käyttäjillä on aitoja vaihtoehtoja, joiden välillä voi valinnan tehdä (Kuusinen-James 2016, 49). Lisäksi tulisi olla mahdollisuus valita vaihtoehto, jossa voi jättää valitsematta (Koivusalo ym. 2009b, 288). Valinta vastoin vapautta, valintaan pakottamalla, vie ihmiseltä oikeuden valita ei-vapaus (vrt. Helkama 2001, 180).

Valinnanvapauden sisältöä voidaan määritellä myös eri ulottuvuuksilla, kuten palvelumuodon (millaista hoitoa, palvelua), tuottajan (mikä sairaala), ammattilaisen (kuka lääkäri, hoitaja), ajankohdan (päivä, ilta) ja palvelukanavan (kasvokkain, puhelimesta, verkossa) valinnan kautta (Le Grand 2007, 39–40, ks. myös Kuusinen-James 2016, 43). Va-

lintaa voidaan lisäksi jaotella valinnan tekijän sekä valintaa rajoittavien ja mahdollistavien tekijöiden pohjalta (Kuusinen-James 2016, 43). Tässä tutkimuksessa valinnanvapaudella tarkoitetaan tavallisten ihmisten ja palveluiden käyttäjien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, onko tärkeää voida itse valita terveysasema, sairaala, lääkäri ja hoitaja. Tutkimuksessa käytetään palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan käsitteen ohella valinnanvapauden käsitettä.

4 VALINNANVAPAAUS JA OSALLISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA

Osallisuuden kokemuksen mittaamiseen ei aiemmin ole ollut vakiintuneita, toistuvasti käytettäviä mittareita (vrt. Alkula ym. 1994/2002, 93) Suomessa ja kansainvälisesti. Osallisuuden mittarin kehittämistä on vaikeuttanut hajallaan oleva osallisuuden käsitteistö. Kuten aiemmin todettiin, osallisuuden tunne on yksilöllä aina subjektiivinen kokemus. Kokemuksellisesti muodostuvaa ilmiötä on vaikea mitata sekä arvioida. (Leemann & Hämäläinen 2016, 589; Raivio & Karjalainen 2013, 14.) Osallisuuden kokemusta mittaavan indikaattorin puuttuminen on todennäköisesti vaikuttanut myös siihen, missä laajuudessa osallisuuden kokemusta terveydenhuollon palveluissa on aiemmin tutkittu: aikaisempia tutkimuksia valinnanvapauden tärkeäksi kokemisen yhteydestä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen ei vaikuta olevan saatavilla.

On ollut vaarana, että valinnanvapautta julkisissa palveluissa kehystetään osallisuudella, sekä valinnanvapautta käytetään yhtenä osallisuuden muotona (Tritter 2009a, 283; Tritter ym. 2010, 174). Niin ikään sosiaali- ja terveystalouden markkinoistamiseen on nivottu osallisuuden lisääminen sekä kansalaisten omavalinnan ja vapauden kasvattaminen (Koskiahho 2008, 143). Lisäksi on mielenkiintoista, että Sosiaalihuollon periaatekomitean mietinnössä rinnastettiin jo 1960–1970-luvulla valinnanvapauden mahdollistavaa periaatetta osallisuuteen (Komiteamietintö 1971; vrt. Kuusinen-James 2016, 45). Potilaan valinnanvapaus ei kuitenkaan ole synonyymi potilaan vaikutusmahdollisuuksille tai osallisuudelle

(Tritter ym. 2010, 164). Mikäli potilaan valinnanvapautta käytetään synonyyminä potilaan vaikutusmahdollisuuksille ja osallisuudelle, lisää tämä riskiä sille, että valinnanvapaudesta muodostetaan osallisuuden ja ”voimaantumisen” päämekanismi (ks. Tritter ym. 2010, 164). Mikäli asiakkaan osallisuutta käsitellään kapeasti ainoastaan valinnanvapautteen ja päätösvaltaan liittyvänä tekijänä, ammatillista vastuuta saatetaan pyrkiä siirtämään asiakkaalle. Asiakasosallisuus edellyttää yhteistyötä, joka perustuu tasavertaisuuteen, tiedon jakamiseen ja keskusteluun. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.)

Koska aikaisempia tutkimuksia valinnanvapauden tärkeäksi kokemisen yhteydestä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen ei ole saatavilla, tässä luvussa käsitellään valinnanvapautteen liittyviä aiempia tutkimuksia, joissa tarkastellaan valinnanvapauden ja vaikutusmahdollisuuksien tärkeäksi kokemista palvelunkäyttäjän näkökulmasta. Tutkimuksista tuodaan esille myös näkökulmia siitä, mitkä sosiodemografiset tekijät parantavat tai heikentävät asiakkaan asemaa palvelujen valitsijana. Valinnanvapaudella tarkoitetaan edelleen terveysaseman, sairaalan, lääkärin tai hoitajan valintaa.

Vuonna 2011 voimaan tulleella terveydenhuoltolailla (1326/2010) vahvistettiin asiakkaan valinnanvapautta. Tutkimustietoa valinnanvapauden toteutumisesta lain täytäntöönpanon jälkeen on kuitenkin saatavilla vain vähän (Junnila & Whellams 2016, 35). Palveluseteliin liittyvästä valinnanvapaudesta on julkaistu joitakin tutkimuksia. Valinnanvapauteen liittyvä keskustelu on kuitenkin ollut aktiivista ja näkyvää. Tosin käydyn keskustelun pääpaino on ollut vahvemmin palvelujen järjestämisen ja tuottamisen näkökulmissa, kun taas asiakkaan näkökulmaa on julkisten palvelujen valinnanvapauskeskusteluissa huomioitu vähemmän. Etenkin asiakkaiden oikeudesta valita hoitava ammattilainen on käyty niukasti keskustelua. (Mts. 26, 29, 35–36.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sekä Tampereen yliopisto toteuttivat Perusterveydenhuollon asiakaslähtöiset toimintamallit – valinnanvapautta ja integraatiota -hankkeen (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016b, 115). Hankkeessa toteutettiin laaja tiedonkeruu, johon sisältyi muun muassa terveyskeskuksen asiakkaille ja terveysasemaa vaihtaneille asiakkaille suunnattu kysely. Tiedonkeruut suoritettiin vuosina 2014–2015. Kyselyn vastauksissa taustatekijöistä tärkeimpänä terveysaseman ja lääkärin valintaa pitivät iäkkäät

(65–99 -vuotiaat), naiset, vähemmän koulutetut ihmiset, henkilöt, joilla oli pitkäaikais-sairaus sekä henkilöt, jotka asioivat lääkärin vastaanotolla usein. Lisäksi henkilöt, jotka olivat vaihtaneet terveysasemaa, pitivät terveysaseman valintaa tärkeämpänä, kun taas henkilöt, jotka eivät olleet vaihtaneet terveysasemaa, pitivät lääkärin valintaa tärkeämpänä. Hankkeessa ilmeni, että asiakkaille oli hoitopaikan valinta tärkeää ja varsinkin hoi-tavan ammattilaisen valintaa pidettiin tärkeänä. Hankkeen yhtenä keskeisenä johtopää-töksenä esitettiin, että asiakkaille oli valinnan oikeus tärkeää, mutta toisaalta palveluiden toimivuus oli tärkeämpää. (Mts. 3, 115, 128.)

Anne Isotalo (2017) on puolestaan tutkinut väitöskirjassaan elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa Suomessa. Valinnanvapautta tarkasteltiin potilaan oikeutena valita sairaala. Tutkimuksessa oikeuden valita sairaala tunsu alle puolet vastaajista ja noin neljännes vastaajista oli osallistunut sairaalan valintaan. Tutkimustu-loksissa tuli esille, että vastaajat, jotka olivat suorittaneet kansakoulun, keskikoulun tai peruskoulun, valitsivat sairaalan todennäköisemmin kuin ylioppilastutkinnon suoritta-neet. Puolestaan henkilöt, joilla ei ollut ammatillista tutkintoa tai jotka olivat suorittaneet kouluasteen tutkinnon, ammattitutkinnon tai opistoasteen ammatillisen tutkinnon, valit-sivat sairaalan todennäköisemmin kuin korkeakoulututkinnon suorittaneet. Ammattiryh-mistä työttömät ja opiskelijat olivat suurin ryhmä sairaalan valintaan osallistuneista. Sa-maten toimihenkilöt ja työntekijät olivat osallistuneet sairaalan valintaan todennäköisem-min kuin eläkeläiset, kotiäidit ja koti-isät tai jokin muu -ryhmään kuuluvat. Lisäksi sai-raalan valinta vaikutti olevan helpompaa ikääntyneille ja henkilöille, jotka tekivät aktii-vista tiedonhakua sairaaloiden toiminnasta. (Isotalo 2017, 5, 64, 102–103, 105.) Myös Englannissa on tutkimuksissa havaittu ikääntyvien - (51–80-vuotiaat) ja vähemmän kou-lutettujen pitävän tärkeänä sairaalan valintaa. Lisäksi englantilaisen selvityksen mukaan naiset ja työkyvyttömänä olevat henkilöt pitivät tärkeänä oikeutta valita sairaala. Sairaa-lan valintaa piti tärkeänä tai melko tärkeänä kaksi kolmasosaa vastanneista. Tosin kyse-lyyn saattoivat vastata todennäköisemmin henkilöt, jotka kokivat valinnan oikeuden tär-keäksi. (Dixon 2010, 30–31.)

Terveyden yhteyttä osallisuuteen on puolestaan aiemmin tutkittu terveyden ja poliittisen kiinnittymisen välisen suhteen yhteydessä. On havaittu, että vakavat sairaudet eivät vähennä äänestystodennäköisyyttä tai vähentävät vain hiukan. (Mattila ym. 2018, 184.) Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa syöpää sairastavien on havaittu äänestävän todennäköisemmin ja sydänsairaiden äänestävän epätodennäköisemmin. (Gollust & Rahn 2015, 1115; Mattila ym. 2018, 184). Heikko terveys saattaa lisätä kiinnostusta esimerkiksi terveydenhuollon kysymyksiin (Gollust & Rahn 2015, 1121–1124; Mattila ym. 2018, 184). Muun muassa henkilöt, joilla on heikko terveys, allekirjoittavat Suomessa kansalaisaloitteita useammin kuin perusterveet (Mattila ym. 2016, 426–429, Mattila ym. 2018, 186). Henkilökohtainen kokemus sairaudesta tai vammasta saattaa myös lisätä auttamisen halua, kykyä auttaa toisia, halua saada aikaan muutoksia sekä vaikuttaa asioihin (vrt. Dalton & Welzel 2014, 291; vrt. Mattila ym. 2018, 186; vrt. Sihvo ym. 2018, 15). Heikkoon terveyteen on yhteydessä lukuisia tekijöitä, joten sairaus tai muu pitkäaikaisvaiva saattaa toisaalta heikentää osallistumista ja toisaalta vahvistaa motivaatiota osallistua (Mattila ym. 2018, 187–188, 190).

Potilaiden välillä on aikaisempien tutkimusten mukaan eroja siinä, kuinka he toimivat todellisessa valintatilanteessa ja mitä he pitävät tärkeänä. Tyypillistä potilasta ei ole olemassa. Tähän on todettu olevan syynä se, että potilaiden saatavilla ei ole riittävästi tietoa päätöksenteon perustaksi, tai heidän mahdollisuuksiaan valintojen tekemiseen on rajoitettu. Lisäksi huomattava osa potilaista ei pidä valintojen tekemistä kovin tärkeänä. (Victoor, Delnoij, Friele & Rademakers 2012, 12.)

5 ARVOT JA SCHWARTZIN ARVOJEN RAKENTEEN MALLI

5.1 Mitä arvot ovat?

Arvon käsitettä on käytetty nykymerkityksessä alle kaksisataa vuotta (Helkama 2018a, 9). Milton Rokeach (1973) on painottanut, että ihmisen käyttäytymistä tarkastelevilla tieteenaloilla tulee arvon käsitteen olla keskeinen ja yhdistävä tekijä (Pohjanheimo 1997, 4). Arvon lähikäsitteitä ovat normit, tarpeet ja motiivit. Asenteet sivuavat myös arvoja. (Pohjanheimo 1997, 22.) Arvot sisältävät tiedon ja tunteen. Tieto ohjaa kompassin tavoin valitsemaan suunnan, ja tunne tuo voiman perille pääsyyn. (Puohiniemi 2006, 8–9.) Arvot opitaan elämän kuluessa, ja ne ovat syvällä ihmisen mielessä muuttuen yleensä hitaasti (Puohiniemi 2002, 5, 20). Arvot ovat melko pysyviä (Rokeach 1973, 11; Bardi & Goodwin 2011, 271). Arjessa arvot ovat taka-alalla ja päiviemme kulku etenee pitkälti rutiinien varassa. Arvot tulevat esiin ja niihin viitataan yleensä muutosten keskellä, jolloin asiat eivät hoidu kuten aiemmin. Koska arvot ovat valintojamme ohjaavia päämääriä, arvojen tunteminen mahdollistaa toisten ihmisten käyttäytymisen ennakoimista. (Puohiniemi 2006, 7–9, 51.) Aiemmat tutkimukset (Puohiniemi 1995; Puohiniemen 2003, 190 mukaan) ovat osoittaneet, että arvojen selitysaste käyttäytymistä tarkasteltaessa on ainoastaan muutamia prosentteja. Matalasta selitysasteesta huolimatta selityksen suunta pätee aina johdonmukaisesti yhdessä muiden arvoihin vaikuttavien tekijöiden kanssa (mts. 190). Ihminen oikeuttaa valintojansa ja toimintaansa arvoihin viittaamalla (Roccas, Sagiv, Schwartz & Knafo 2002 790). Klaus Helkama (2001, 182) puolestaan tuo esille aiempien tutkimusten pohjalta (Rokeach 1973; Helkama, Uutela & Schwartz 1992), että arvot ovat valintoja ohjaavia periaatteita silloin kun ihminen kokee, ”että arvoilla on merkitystä kyseisen toiminnan kannalta” (Helkama ym. 2001, 177–210, ks. myös Puohiniemi 2002, 19). Toisin sanoen ihminen voi itse päättää, kuinka tärkeä jokin arvo on hänelle (Bardi & Goodwin 2011, 272). Sosiaalipsykologiassa arvot jaotellaan henkilökohtaiseen ja sosiaaliseen arvojärjestelmään. Ihmisellä on henkilökohtaisesti vain yksi arvojärjestelmä, mutta toden-

näköisesti useita sosiaalisia arvojärjestelmiä. Neuvottelut henkilökohtaisten ja sosiaalisten arvojärjestelmien erojen välillä ovat jatkuvia. (Rohan 2000, 265–267, 272–273; Helkama & Seppälä 2006, 132.) Esimerkkinä mainittakoon terveyden edistäminen, joka voi olla henkilökohtaisessa arvohierarkiassa matalalla sijalla, mutta suomalaisessa arvojen hierarkiassa korkealla sijalla (ks. myös Helkama & Seppälä 2006, 132).

Milton Rokeach (1973, 5) ”määrittelee arvon käsitykseksi siitä, että tietty käyttäytymistapa tai lopputulos on henkilökohtaisesti tai sosiaalisesti suotavampi kuin sille vastakkaisen käyttäytymistapa tai lopputulos. Arvojärjestelmä on Rokeachin mukaan arvojen suhteellisen tärkeyden mukainen hierarkkinen järjestys.” (Pohjanheimo 1997, 5, ks. myös Rohan 2000, 257.) Shalom Schwartz (1992) määrittelee arvon tavalla, jossa tukeudutaan muun muassa Rokeachin (1973) määritelmään. Schwartzin arvon määritelmässä:

” – arvot ovat ihmisten yleisluonteisia käsityksiä tai uskomuksia, jotka liittyvät toivottaviin lopputuloksiin tai toivottavaan käyttäytymiseen. Arvot ohjaavat käyttäytymisvalintoja sekä käyttäytymisen ja tapahtumien arviointia ja arvot voidaan asettaa toisiinsa nähden tärkeysjärjestykseen. Arvot sisältävät käsityksiä siitä, minkälaisia asioita tavoitellaan niiden itsensä vuoksi ja minkälainen käyttäytyminen on toivottavaa.” (Pohjanheimo 2005, 239.)

Tässä tutkimuksessa käytetään sosiaalipsykologien ja psykologien piirissä laajalti hyväksyttyä amerikkalais-israelilaisen sosiaalipsykologi Shalom Schwartzin (1992) teoriaa arvoista. Valinnanvapautta pidetään tärkeänä arvona (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016a, 14). Myös osallisuuden edistäminen on laajalti tunnustettu ja usein mainittu arvo (Laitila, 2010, 2; ks. myös Stevanovic ym. 2018, 403). Tutkimuksessa koetetaan löytää tapoja sijoittaa valinnanvapaus ja osallisuus Schwartzin (1992) arvojen rakenteen malliin.

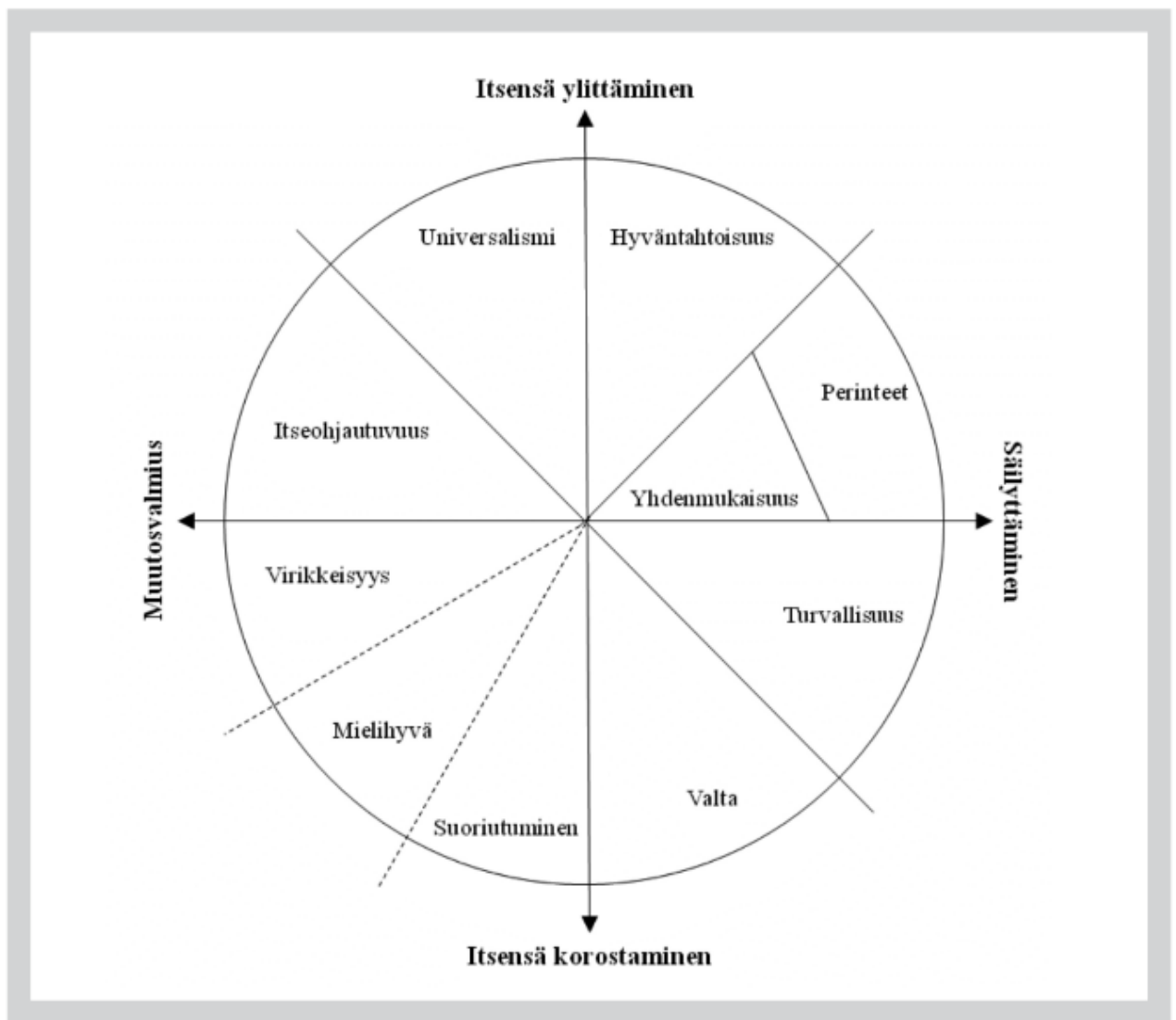
5.2 Schwartzin arvoteoria

Sosiaalipsykologista arvotutkimusta hallitsee nykyisin Shalom Schwartzin teoria arvojen yleismaailmallisesta rakenteesta ja merkityksestä (Helkama 2009, 34). Schwartzin arvoteorian pohjana ovat yli 70 eri maasta opettajilta ja yliopisto-opiskelijoilta kerätyt tiedot (Puohiniemi 2011, 37; Helkama & Seppälä 2006, 132). Schwartzin kansainvälisessä tutkimusohjelmassa painotetaan kulttuurienvälisyyttä (etic). Suomalaisia arvoja tarkasteltaessa näkökulma on kuitenkin kulttuurinsisäinen (emic). (Helkama 2018b, 305.)

Yhteiskuntatieteellisessä tarkastelussa arvot ryhmitellään yksilötasoon ja yhteisötasoon (Helkama 2018b, 303). Shalom Schwartz (1992) käsittelee yksilöiden arvoja kaksiulotteisessa arvomallissa, joka tuodaan esille KUVIOSSA 1. Keskeiset arvotyypit, arvotyyppien määritelmät ja kuhunkin arvoon kuuluvat osiot, selostetaan TAULUKOSSA 1. (Ks. myös Helkama 2018b, 303–304.) Schwartzin arvokyselyssä arvoja kartoitettiin kysymyksellä ”mikä on minulle tärkeää?” (Helkama 2015, 238–241; ks. myös Helkama 2018b, 315). Arvojen rakenteen mallissa on kymmenen arvotyyppiä, jotka sisältävät ”motivaatioltaan puhtaita” arvo-osioita (Helkama 2018b, 303). Samaan arvo-osioon sijoittuvat arvot palvelevat samaa perusmotiivia (Puohiniemi 2006, vi). Schwartzin (1992) alkuperäistä arvoteoriaa on myöhemmin laajennettu 10 arvotyyppistä 19 arvotyyppiin (Schwartz ym. 2012, 663–688; ks. myös Helkama 2018b, 303). Tässä tutkimuksessa käytetään 10 arvotyyppin kehämallia. Alkuperäisen arvokehän kymmenen arvotyyppiä on laskettu summamuuttujatekniikalla 57 arvo-osioista (Puohiniemi 2011, 37). Schwartzin arvomallissa arvotyypit ovat tilastollisia yleistyksiä (Helkama 2015, 93). Arvomallin perustana ovat ihmisten ja yhteisöjen tarpeet. Arvokehän eri puolilla sijaitsevilla arvoilla on eri tehtävät. Yksilötason arvot käynnistävät toimintaa ja uudistuksia, yhteisötason arvot pitävät yllä yhteisön kiinteyttä ja yksilön toimintakykyä. (Helkama & Seppälä 2006, 132, 154.) Arvomallin pääulottuvuudet vaaka-akselilla ovat muutosvalmius – säilyttäminen ja pysty-akselilla ovat itsensä ylittäminen – itsensä korostaminen (Helkama 2018b, 303; Puohiniemi 2011, 37). Arvomallissa arvot oikealla puolella hyväntahtoisuudesta yhdenmukaisuuteen ovat yhteisöllisiä eli kollektiivisia arvoja ja vasemmalla puolella itseohjautuvuudesta valtaan ovat yksilökeskeisiä eli individuaalisia arvoja. Turvallisuus ja universalismi

sisältävät sekä yksilökeskeisiä että yhteisökeskeisiä arvoja, eli ne ovat arvoina ”rajatapauksia”. Esimerkiksi ihminen voi arvostaa asuinpiiriisissään henkilökohtaista turvallisuutta ja samalla edistää myös asuinseutunsa turvallisuutta. Puolestaan universaalisia päämääriä palveleva ihminen voi olla tyytyväinen tehdessään auttamisen parissa vapaaehtoistyötä, mutta hän saa samalla mahdollisuuden oppia uusia tapoja, tavata mielenkiintoisia ihmisiä ja tutustua esimerkiksi uuteen kulttuuriin. (Helkama 2018b, 303, 305, ks. myös Puohiniemi 2002, 36.)

Arvomallissa on keskipiste, jonka ympärille arvo-osiot sijoittuvat kehämäisesti. Schwartzin (1992) arvojen rakenteen mallissa arvot koostuvat joko toisiaan täydentävistä, toisilleen vastakkaisista tai toisistaan riippumattomista arvoista. Toisiaan täydentävät arvot sijoittuvat samalle puolelle arvokarttaa, kuten suoriutuminen ja valta. Toisilleen vastakkaisia arvoja ovat esimerkiksi itseohjautuvuus ja perinteet. Arvokehän keskipisteen suhteen 90 asteen kulmassa toisiinsa nähden riippumattomia arvoja ovat esimerkiksi uteliaisuus ja varakkuus. (Puohiniemi 2002, 30; 2003, 24; 2006, 12; 2011, 36–37.) Mallissa lähekkäiset arvot ovat voimakkaimmin positiivisesti korreloivia eli yhteensopivia ja vastakkaiset arvot ovat negatiivisesti korreloivia eli yhteensopimattomia (Helkama 2018b, 305). Arvot ovat tekojen motiiveja, mutta kaikki motiivit eivät ole arvoja (Puohiniemi 2006, 8). Arvojen sijainnit lähekkäin tai vastakkain ovat yhteydessä myös motivaatioon. Lähekkäin sijaitsevien arvojen motivaatiot ovat samansuuntaiset ja vastakkain sijaitsevien arvojen motivaatiot ovat puolestaan erilaiset. (Helkama 2015, 92.) Arvojen kehämäinen rakenne muodostaa siten motivaatiojatkumon, jossa arvojen keskinäinen yhteensopivuus heikenee sen myötä, mitä kauempana arvot ovat kehällä toisistaan (Helkama, Olakivi & Sortheix 2014, 73–74). Arvojen keskinäisten suhteiden välillä saattaa esiintyä jännitteitä tai konflikteja. On selvää, että vastakkaisia arvoja ei voi saada kerralla. (Puohiniemi 2011, 36, ks. myös Puohiniemi 2002, 21.) Mikäli esimerkiksi tavoittelee kaikkien ihmisten hyvinvoinnin ymmärtämistä (universalismi), ei voi todennäköisesti samanaikaisesti saavuttaa ihmisten ja resurssien hallitsemista (valta) (ks. mts. 36). Edellä todettiin arvojen sijainnin arvokehässä olevan yhteydessä myös motivaatiotaustaan. Aiempien tutkimusten mukaan asiakkaiden osallisuuden motivaatiosta julkisissa palveluissa on kuitenkin vähän tietoa (Birchall & Simmons 2004; Fredriksson, Eriksson & Tritter 2018, 8).



KUVIO 1. Shalom Schwartzin (1992, 45) kaksiulotteinen arvomalli (Helkama 2018b, 303)

TAULUKKO 1. Shalom Schwartzin (1992) arvomallin keskeiset arvotyypit, arvotyyppien määritelmät ja Suomessa arvoihin sisältyvät osiot (suluissa) (mukaillen Helkama 2018b, 304).

Valta	yhteiskunnallinen asema ja arvostus, ihmisten ja resurssien hallitseminen (yhteiskunnallinen valta, varakkuus, arvovalta, julkisen kuvan säilyttäminen*)
Suoriutuminen	henkilökohtainen menestys osoittamalla pätevyyttä sosiaalisten mittapuiden mukaan (kunnianhimo, vaikutusvalta, kyvykkyys, menestys, älykkyys*)
Mielihyvä	omakohtainen mielihyvä ja aistinautinto (mielihyvä, elämästä nauttiminen)
Virikkeisyys	jännitys, uutuus ja haasteet elämässä (jännittävä elämä, monipuolinen elämä, uskaliaisuus)
Itseohjautuvuus	itsenäinen ajattelu ja toimintojen valitseminen, luominen, tutkiminen (luovuus, vapaus, omien tavoitteiden valitseminen, uteliaisuus, riippumattomuus*, itsekunnioitus*)
Universalismi	kaikkien ihmisten hyvinvoinnin ja luonnon ymmärtäminen, arvostaminen, suvaitseminen ja suojeleminen (tasa-arvo, maailmanrauha, yhteys luontoon, viisaus, luonnon ja taiteen kauneus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, laajakatseisuus, ympäristön suojeleminen, sisäinen tasapaino*)
Hyväntahtoisuus	sellaisten ihmisten hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen, joiden kanssa ollaan usein henkilökohtaisessa kontaktissa (rehellisyys, avuliaisuus, vastuullisuus, uskollisuus, anteeksiantavaisuus, kypsä rakkaus*, tosi ystävyys*)
Perinteet	kulttuuriperinteiden ja uskonnon välittämien tapojen ja aatteiden kunnioitus, niihin sitoutuminen ja niiden hyväksyminen (perinteiden kunnioitus, nöyryys, oman elämänosan hyväksyminen, kohtuullisuus, hartaus)
Yhdenmukaisuus	sellaisten tekojen, taipumusten ja impulssien hillintä, jotka häiritsevät tai vahingoittavat toisia ja rikkovat sosiaalisia odotuksia tai normeja (tottelevaisuus, itsekuri, kohteliaisuus, vanhempien ja vanhojen ihmisten kunnioittaminen)
Turvallisuus	yhteiskunnan, suhteiden ja oma turvallisuus, sopusointu ja vakaus (yhteiskunnallinen järjestys, kansallinen turvallisuus, perheen turvallisuus, palvelusten vastavuoroisuus, puhtaus, terveys*, yhteenkuuluvuuden tunne*)

*Merkitykseltään ei-universaali arvo eli tähdellä merkityt arvot ymmärretään eri kulttuureissa vähän eri tavoin (Helkama 2015; 2018b, 304).

5.2.1 Valinnanvapaus Schwartzin arvojen rakenteen mallissa

Arvoja voidaan mitata kysymällä ihmisiltä suoraan arvojen tärkeysjärjestystä (Bardi & Goodwin 2011, 271–272). Kuten edellä todettiin, Schwartzin arvokyselyssä arvoja kartoitettiin kysymyksellä ”mikä on minulle tärkeää?” (Helkama 2015, 238–241; ks. myös Helkama 2018b, 315). Samaten tämän tutkimuksen aineistossa esitettiin väittämä ”Minulle on tärkeätä, että voin itse valita...”: ”a) Terveysaseman”, ”b) Sairaalan”, ”c) Lääkärin”, ”d) Hoitajan”. (Aalto ym. 2017; Aalto ym. 2016a, 2.) Tämän tutkimuksen aineistossa tiedusteltiin väestöltä myös vaikutusmahdollisuuksia ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä kysymyksellä ”Kuinka tärkeänä pidät alla esitettyjä asioita?”: ”a) Mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa liittyviin asioihin”, ”b) Palvelujen käyttäjien kokemuksia kerätään esimerkiksi asiakaskyselyillä”, ”c) Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun (esim. asiakasraadit)”, ”d) Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palveluja koskevaan päätöksentekoon (esim. sairaaloiden johtoryhmät)”. (Aalto ym. 2017.) Edellä esitettyjen väittämien ja kysymyksien voidaan tulkita kartoittavan valinnanvapautta ja osallisuutta vastaajan arvoina.

Shalom Schwartzin (1992) arvojen rakenteen mallin vasemmalla puolella sijaitsee itseohjautuvuuden arvo. Itseohjautuvuuden arvotyyppin määritelmään sisältyy muun muassa itsenäinen ajattelu, omien toimintojen ja tavoitteiden valitseminen sekä vapaus. Itseohjautuvuusarvo on Schwartzin arvokehässä yksilökeskeinen arvo. Itseohjautuvuus on myös muutosavoimuuteen suuntautuva arvo (Puohiniemi 2003, 87). (KUVIO 1, TAULUKKO 1.) Valinnanvapauden mahdollisuus saattaa lisätä asiakkaan vastuunottoa omasta hyvinvoinnistaan. Tämä saattaa ylläpitää ja vahvistaa asiakkaan itseohjautuvuutta. (ks. Punna ym. 2017, 155, 157.) Voisi olettaa (vrt. Helkama 2018b, 305), että valinnanvapaus sijoittuisi Schwartzin arvokehällä nimenomaan itseohjautuvuuden arvotyyppiin. Toisaalta valinnan mahdollisuuksien lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollossa laajentaisi myös asiakkaan yksilöllistä vastuuta, ja asiakkaalla ei ehkä ole sitä riittävää tietämystä, jolle vastuu voisi pohjautua (ks. Koivusalo ym. 2009b, 287). Palvelunkäyttäjälle terveydenhuollossa osallistumiseen saattaa liittyä myös epävarmuutta, ahdistusta ja pelkoa (ks. Beresford 2009, 248). Nämä tekijät yhdessä saattavat luoda asiakkaalle turvattomuuden tunnetta. Tämä tukee edelleen olettamusta, että valinnanvapaus sijoittuisi

itseohjautuvuuden arvotyyppiin, koska itseohjautuvuus on turvallisuudelle vastakkainen arvo-osio ja motivaatioiltaan turvallisuudelle vastakkainen (vrt. Helkama 2018b, 305). Kuten aiemmin todettiin, arvot, kuten muutkin motiivit, sisältävät tiedon ja tunteen. Tieto ohjasi kompassin tavoin valitsemaan suunnan ja tunne toi voiman perille pääsyyn. (Puohiniemi 2006, 8–9.) Jos ajatellaan, että ihminen pitää tärkeänä omien päämäärien valitsemista ja hän tietää arvostavansa toiminnan vapautta. Kuitenkin, mikäli asiakkaalla ei esimerkiksi ole riittävää tietämystä sosiaali- ja terveydenhuollossa valintojen tekemiseen, itseohjautuvuuden arvo ei todennäköisesti voi auttaa valinnoissa, eikä ohjata toiminnan suuntaa. Sen sijaan kompassin näyttämä suunta saattaa viedä harhaan. Toisaalta, asiakkaalla voi olla halu itsenäiseen ajatteluun ja uuden tutkimiseen. Asiakas voi haluta ponnistella itseohjautuvuuden arvon toteutumisen puolesta (vrt. Puohiniemi 2006, 9). Arvon toteutuminen voi kuitenkin menettää merkitystään, mikäli esimerkiksi asiakkaan terveydentila tai osaamattomuus (vrt. Kivinen ym. 2020, 287) asettavat haasteita. Terveyspalveluihin liittyvissä valinnoissa painottuu moniulotteisen osaamisen tarve, kuten teknisten, lääketieteellisten ja oikeustieteellisten asioiden tuntemus (Fotaki ym. 2008, 178–184; Kaikkonen, Hietapakka, Pentala, Whellams & Junnila 2016, 133). Kun tarkastellaan arvojen yhteyttä ihmisen toimintaan, tulisi ottaa huomioon myös yksilön arvojärjestelmän muut merkitykselliset arvot. Jonkin yksittäisen arvon tärkeäksi kokeminen ei siis yksin selitä ihmisen käyttäytymistä. Ihmisten vastaukset arvokyselyissä eivät myöskään ole arvojen ja toiminnan suhteen yksiselitteisiä. On todettu, että mitä tärkeämpi yksilölle on yhdenmukaisuuden arvo, sitä isompi osa yksilön toiminnasta on automaattista normien noudattamista. (Helkama 2015, 14, 102–103). Yksilön arvot voivat poiketa myös ryhmän jäsenten arvoista. Arvot, jotka ovat meille yksilöinä tärkeitä, eivät välttämättä ole vastavia arvoja, jotka yhdistävät meitä ryhmän muihin jäseniin (ks. myös Helkama 2015, 111). Sosiaalipsykologiassa ihmisellä on henkilökohtaisesti vain yksi arvojärjestelmä, mutta todennäköisesti useita sosiaalisia arvojärjestelmiä (Rohan 2000, 255–277; Helkama & Seppälä 2006, 132). Arvo saattaa siten olla henkilökohtaisessa arvohierarkiassa korkealla sijalla, mutta suomalaisessa arvojen hierarkiassa matalalla sijalla tai toisin päin.

5.2.2 Osallisuus Schwartzin arvojen rakenteen mallissa

Vahvistuneeseen yksilöllisyyteen ja itsensä korostamiseen lukeutuvat myös valta-arvot (Pohjanheimo 2005, 249). Samoin kuin itseohjautuvuuden arvo, myös vallan arvo sijaitsee Schwartzin (1992) arvojen rakenteen mallissa vasemmalla puolella eli valta on individualistinen arvo. Valta-arvotyypin määritelmään sisältyvät muun muassa yhteiskunnallinen asema ja arvostus sekä ihmisten ja resurssien hallitseminen. (KUVIO 1, TAULUKKO 1.) Valta on yhteydessä myös osallisuuteen (mm. Koivisto ym. 2018, 8; Laitila 2010, 170). Osallisuutta tarkasteltiin palvelujärjestelmissä usein hierarkkisenä mallina, jossa asiakkaan osallisuus liikkui ei-osallisuudesta asiakkaan kontrolliin (Laitila 2010, 9). Tätä kuvattiin aiemmin alaluvussa 2.3 Sherry Arnsteinin (1969, 217) hierarkkisen tikapuumallin avulla. Malli havainnollisti vallan jakautumista kansalaisten ja viranomaisten tai muiden vallassa olevien välillä (Tritter 2009b, 211). On myös tekijöitä, jotka lisäävät todennäköisyyttä sille, että yhdellä ryhmällä voi olla suurempi mahdollisuus käyttää valtaa kuin toisella. Tällaisia ovat esimerkiksi tiedon hallussapito sekä ymmärrys siitä, miten eri palvelut ja järjestelmät toimivat. Sen takia valta-asemaa saattaa lisätä myös esimerkiksi koulutustaso ja kokemus. Vallan lisääntyminen ei välttämättä vähennä valtaa toiselta osapuolelta. Valtaa voidaan käyttää myös tahattomasti, sillä valta ei ole aina läpinäkyvää. (Beresford 2013, 62.) Lisäksi valta saattaa olla avointa tai piilossa olevaa, sekä valtaa saatetaan käyttää suhteessa itseen, toisiin ja yhteisöihin (Prilleltensky 2008, 119). Itse asiassa, kuten osallisuutta (mm. Isola ym. 2017, 3), myös valtaa voidaan ilmaista katseella tai vilkaisulla, kehonkielellä tai sanallisesti (Beresford 2013, 62). Voisi olettaa (vrt. Helkama 2018b, 305), että osallisuus sijoittuisi Schwartzin arvokehällä vallan arvotyyppiin.

Kuten aiemmin todettiin, arvot olivat yhteydessä motivaatioon. Lähekkäin sijaitsevien arvojen motivaatiot olivat samansuuntaiset ja vastakkain sijaitsevien arvojen motivaatiot olivat erilaiset. (Helkama 2015, 92.) Schwartzin arvojen kehämäinen rakenne muodosti motivaatiojatkumon, jossa arvojen keskinäinen yhteensopivuus heikkeni sen myötä, mitä kauempana arvot olivat kehällä toisistaan (Helkama, Olakivi & Sortheix 2014, 73–74). Arvokehässä samaan arvolohkoon sijoittuvat arvot palvelivat samaa perusmotiivia

(Puohiniemi 2006, vi). Aikaisempia tutkimuksia osallisuuden motivaatiopohjasta on niukasti (Birchall & Simmons 2004; Fredriksson, Eriksson & Tritter 2018, 8). Tähän yhtenäselityksenä saattaa olla osallisuuden moniselitteisyys, jolloin myös osallisuuden motivaatiotausta ilmenee monimuotoisena. Koska osallisuus on moniselitteinen arvo, osallisuus ei ole ”motivaatioltaan puhdas” arvo (Helkama 2018b, 303).

Schwartzin (1992) arvokartalla on keskipiste, jonka ympärille arvo-osiot sijoittuvat kehämäisesti (KUVIO 1). Osallisuuden sijoituessa Schwartzin kehämallissa vallan arvo-osioon, osallisuuden muodot eivät sijoittuisi vallan arvolohkossa yhteen ”nippuun”, koska osallisuuden muodot poikkeavat toisistaan selkeästi (vrt. Puohiniemi 2003, 149–150). Asiakasosallisuuden saattoi jaotella neljään asteittain nousevaan osallisuusasteeseen (Leemann & Hämäläinen 2015, 3–4), joissa alin aste oli niin sanottu näennäisosallistumisen taso. Alimmalla tasolla asiakas antoi tietoa asiakaspalautteen muodossa. Osallistumisen hierarkkisessa mallissa varsinainen asiakasosallisuus toteutui toisella asteella eli perustasolla, jolloin asiakas oli asiakkaana palvelussa. Kolmannella asteella asiakas vaikutti ja kehitti laatua osallisena. Neljännellä asteella, joka oli asiakasosallisuuden korkein aste, asiakas määritteli, muotoili ja rajasi palvelun. Mallissa asiakas liikkui hierarkkisesti asteilla informantti, osallinen, vaikuttaja ja palvelujen johtaja. (Julkunen & Heikkilä 2007, 89–90; Leemann & Hämäläinen 2015, 3–4; Leemann & Hämäläinen 2016, 587–588.) Arvokartalla vallan arvolohkossa osallisuuden muotojen painopisteet sijoittuivat hierarkkisena jatkumona siten, että näennäisosallistumisen taso eli informantti olisi lähimpänä arvokartan keskipistettä. Jatkumolla toiseksi sijoittuisi asiakasosallisuuden perusaste eli osallinen, ja kolmanneksi sijoittuisi asiakasosallisuuden korkea aste eli vaikuttaja. Asiakasosallisuuden korkein aste eli palvelujen johtaja sijoittuisi vallan arvolohkossa lähimmäksi ulkokehää. Vaikkakin on todettu, että osallisuus ei yleensä etene lineaarisesti (Kivinen ym. 2020, 286), asiakkaan osallisuutta kuitenkin hahmotetaan edelleen myös ”hierarkisena tai lineaarisena mallina tai jatkumona” (Laitila 2010, 57).

Edellä sijoitettiin osallisuus Schwartzin (1992) kehämallissa vallan arvotyyppiin tämän tutkimuksen aineistossa olevien kyselyväittämien perusteella. Kuten aiemmin todettiin, osallisuuden käsitettä on laajennettu moninaisemmaksi. (Mäenpää & Faehnle 2021, 238–239). Osallisuus on rakentunut myös tunnepohjaisena ryhmäytymisenä, joka on ilmennyt

muun muassa kaupunginosaliikkeiden järjestäminä kaupunkitapahtumina ja paikallis-kulttuurina, kuten asunnottomien yö -tapahtumina (Mäenpää & Faehnle 2021, 62–67, 239). Olennaista on ollut kuulumisen tunne, joka on sisältänyt mahdollisuuden vaikuttaa omiin ja muita koskeviin asioihin sekä toimia myös muiden hyväksi (Sassi 2002). Toiminnan motivaationa on ollut muun muassa auttamisen halu (Pessi & Oravasaari 2010), ja merkityksellisyys on rakentunut hyvän tekemisessä muille (Martela 2015). Osallisuuden on sisäistetty muodostuvan myös yhteisen hyvän tuottamisessa (Mäenpää & Faehnle 2021, 238–239). Tältä pohjalta osallisuuden voisi olettaa sijoittuvan Schwartzin (1992) kehämallissa myös universalismin ja hyväntahtoisuuden arvotyyppeihin. Universalismi-arvotyypin määritelmään sisältyvät muun muassa kaikkien ihmisten hyvinvoinnin ymmärtäminen, arvostaminen, suvaitseminen ja suojeleminen sekä laajakatseisuus. Hyväntahtoisuus-arvotyypin määritelmään sisältyvät muun muassa avuliaisuus ja vastuullisuus. (KUVIO 1, TAULUKKO 1.)

5.2.3 Valinnanvapauden ja osallisuuden yhteys Schwartzin arvojen rakenteen mallissa

Kuten aiemmin todettiin, Schwartzin (1992) arvomallissa on keskipiste, jonka ympärille arvo-osiot sijoittuvat kehämäisesti. Arvot koostuvat joko toisiaan täydentävistä, toisilleen vastakkaisista tai toisistaan riippumattomista arvoista. Toisistaan riippumattomat arvot ovat 90 asteen kulmassa toisiinsa nähden. Edeltävissä pohdinnoissa oletettiin, että valinnanvapaus sijoittuisi arvokartalla itseohjautuvuuden arvo-osioon ja osallisuus sijoittuisi pääosin vallan arvo-osioon. Arvokehällä itseohjautuvuus on keskipisteen suhteen noin 90 asteen kulmassa valtaan (ks. Puohiniemi 2003, 24). Niin ikään voitaisiin olettaa, että valinnanvapaus ja osallisuus olisivat toisistaan riippumattomia arvoja. Mikäli oletamme arvojen ollessa riippumattomia toisistaan, että valinnanvapaus on ihmiselle tärkeätä, emme voi vielä päätellä, kuinka vahvasti ihmistä ohjaa osallisuuden tärkeäksi kokeminen (vrt. Puohiniemi 2006, 12). Tästä voidaan kuitenkin päätellä, että valinnanvapauden ja osallisuuden oletettu toisistaan riippumaton sijoittuminen Schwartzin arvokehällä ei poissulki mahdollisuutta, että ihminen kokisi sekä valinnanvapauden että osallisuuden tärkeäksi arvoksi.

5.3 Arvojen loppusanat

Rauni Myllyniemi (2005, 272) painottaa, että ”ihmiset eivät suosi joitain yhteisöllisiä arvoja ja toimintaperiaatteita sattumanvaraisesti, vaan taustalla on jonkin kokonaisvaltaisen sosiaalisen järjestelmän suosiminen”. Rauni Myllyniemi käsittelee aihetta lähemmin artikkelissaan, jossa hän on yhdistänyt sosiaalisten vuorovaikutusjärjestelmien muotoja yhteisöllisiin arvosuuntauksiin kokoavalla käsitejärjestelmällä. Sosiaalisen vuorovaikutusjärjestelmän muotoina Rauni Myllyniemi käsittelee ihmissuhteiden ja yhteisön demokraattisuutta, autoritaarisuutta, tasa-arvoisuutta, hierakkisuutta, kollektivistisuutta ja individualistisuutta. Näiden piirteiden ja arvosuuntausten pohjalta Myllyniemi tulkitsee lisäksi artikkelin empiirisessä esimerkissä muun muassa Shalom Schwartzin arvojen keskinäistä järjestystä. (Mts. 10, 258–278.) Kokonaisvaltaisten sosiaalisten järjestelmien ohella arvot ankkuroituvat myös yhteiskunnan instituutioihin. Esimerkiksi demokraattisissa maissa tasa-arvon sekä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden arvoja pitää yllä oikeuslaitos. Tässä tutkimuksessa puolestaan tuotiin alaluvussa 2.2 esille osallisuuden lainsäädäntöä ja suosituksia, joiden todettiin luovan raamit osallisuuden edistämiseksi ja toteuttamiseksi (Hallamaa 2020, 41). Lainsäädännön ja suositusten keinoin osallisuuden edistämisen ja toteuttamisen arvo ankkuroituu myös terveydenhuollon instituutioihin. Kuten sanottu, arvot voivat ovat monella tapaa jännitteisiä sekä ristiriitaisia (Schwartz 2011, 90; ks. myös Helkama 2015, 10–11.) Kokonaisvaltaiset sosiaaliset järjestelmät ja yhteiskunnan eri instituutiot ovat kiistatta tärkeässä roolissa arvomaailmaa ylläpitävinä ja muokkaavina tekijöinä. Yhteiskunnan eri instituutiot, ja myös ryhmät, pyrkivät painottamaan omia toimintaperiaatteita sekä käytäntöjä kokiensa luonnolliseksi ja oikeutetuksi (Schwartz 2011, 59, 90, 95). Osallistumisen ja valinnan jännitteet terveydenhuollossa olivat yhteydessä vallan sekä vallanjaon muutoksiin, joissa esillä oli asiakkaiden, potilaiden tai instituutioiden valta-asema, joka vahvistui tai heikkeni (ks. Beresford 2009, 248, 251). Kuten aiemmin todettiin, asiakkaat ja potilaat halusivat osallistua terveydenhuollossa, koska kokivat sen olevan keino edistää demokratiaa ja jakaa valtaa (ks. Beresford 2009, 251). Rauni Myllyniemi (2005, 277) on todennut Giddensiin (1979) viitaten, kuinka ”mikrososiaalinen intergraatio on yhteiskunnan makrososiaalisen intergraation tärkein tukirakenne”. Tällä Myllyniemi muistuttaa sosiaalipsykologisen mikrotason ja yhteiskunnallisen makrotason välisen yhteyden tärkeydestä (Myllyniemi 2012, 432). Yhteiskunnan

taloudelliset, hallinnolliset ja kulttuuriset instituutiot (makrotaso) toimivat ja säilyvät niissä toimivien ihmisten välittömän vuorovaikutuksen (mikrotaso) kautta (Myllyniemi 2005, 260, 277).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA HYPOTEESEIT

Tässä tutkimuksessa selvitetään palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen väestön ja asiakkaiden näkökannalta. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan koulutusasteen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Analyyseissa huomioidaan myös sukupuoli, ikä, työmarkkina-asema ja terveydentila. On todettu, että palvelunkäyttäjät kokevat osallistumisen keinona levittää demokratiaa ja jakaa valtaa. Palvelunkäyttäjät ovat myös toivoneet, että osallistuminen edistäisi muutosten ja uudistumisten toteutumista. Näennäisosallistumisen ei ole koettu johtavan muutoksiin. (Beresford 2009, 251.)

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että julkisissa palveluissa on osittain kehystetty valinnanvapautta osallisuudella, ja valinnanvapautta on käytetty paikoin myös yhtenä osallisuuden muotona (ks. Tritter 2009a, 283; ks. Tritter ym. 2010, 174). Valinnanvapautta on myös osittain käytetty synonyyminä potilaan vaikutusmahdollisuuksille tai osallisuudelle (ks. Tritter ym. 2010, 164). Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoistamiseen nivottiin niin ikään osallisuuden lisääminen (Koskiahho 2008, 143). Tästä johtuen on perusteltua ja tärkeää tarkastella, onko valinnanvapauden tärkeäksi kokemisella yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen.

Terveydenhuollossa osallisuus on valtaosin välillistä eli epäsuoraa. Palveluiden käyttäjien näkemyksiä kartoitetaan, mutta terveydenhuollon hallinto ja henkilökunta vastaavat päätöksistä. Suomessa ja Ruotsissa suorien osallistumisen muotojen käyttäminen terveydenhuollossa on ollut vähäistä. Suomessa ja Ruotsissa myös asiakkaiden ja potilaiden

osallistuminen on ollut passiivisempaa kuin Englannissa (Tritter, 2009b, 212, 218). Englannin terveystalvvelujärjestelmässä on kuitenkin asiakkaiden mahdollisuus osallistua suorien osallistumisten käytäntöihin ollut laajempaa kuin Suomessa ja Ruotsissa (Tritter ym. 2010, 160). Potilailta ja väestöllä on erilaiset roolit terveydenhuollon päätöksenteossa (Fredriksson & Tritter 2017, 95–111). Tätä kuvaa myös Tritterin (2009b, 212–213) osallistumisen matriisi jakaen osallistumisen yksilölliseen ja yhteisölliseen suoraan osallistumiseen sekä yksilölliseen ja yhteisölliseen epäsuoraan osallistumiseen. Tämän tutkimuksen aineiston kyselylomakkeessa vaikutusmahdollisuuksia ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä tiedusteltiin neljällä väittämällä, joihin oli havaintoni mukaan sisällytetty alaluvussa 2.3 kuvattu Tritterin (2009b, 212–213) osallistumisen matriisi; väittämä ”palveluihin vaikutusmahdollisuus” oli yksilöllistä suoraa osallisuutta, väittämä ”asiakaskysely” oli yksilöllistä epäsuoraa osallisuutta, väittämä ”osallisuus suunnittelussa” oli yhteisöllistä epäsuoraa osallisuutta ja väittämä ”osallisuus päätöksenteossa” oli yhteisöllistä suoraa osallisuutta. Yksilöllisissä ja yhteisöllisissä suorissa osallistumisen muodoissa asiakas sai osallistua päätöksentekoon ja asiakkaalla oli päätösvaltaa. Yksilöllisissä ja yhteisöllisissä epäsuorissa osallistumisen muodoissa asiakkaalta kerättiin tietoa, mutta asiakkaalla ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa tiedon käyttöön. Tutkimuksessa valittiin tarkasteltaviksi aineistosta edellä mainitut neljä kyselyväittämää, koska muuttujat sisältyivät Tritterin (2019b, 212–213) osallistumisen matriisiin. Lisäksi havaintoni mukaan aineiston kyselylomakkeen neljä väittämää voidaan yhdistää Arnsteinin (1969, 216–224; 2019, 24–34) tikapuumalliin, koska aineiston väittämässä ”yksilön valta kasvaa portaita ylöspäin mentäessä” (Kivinen ym. 2020, 271).

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat: 1) Onko palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisellä yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen? 2) Onko koulutusasteella yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen? Aikaisemman tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella muodostetaan seuraavat hypoteesit:

Hypoteesi 1: Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä siihen, että koetaan tärkeäksi palveluihin vaikutusmahdollisuus.

Hypoteesi 2: Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä siihen, että koetaan tärkeäksi esimerkiksi asiakaskyselyt.

Hypoteesi 3: Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä siihen, että koetaan tärkeäksi osallisuus suunnittelussa.

Hypoteesi 4: Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä siihen, että koetaan tärkeäksi osallisuus päätöksenteossa.

Hypoteesi 5: Matala koulutusaste on yhteydessä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Aineiston kuvaus

Tutkimuksen aineistona oli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) suunnitteleman ja toimeenpaneman väestötutkimuksen Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -kyselyaineisto. THL toteutti väestötutkimuksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote-uudistus) valmistelun tueksi. Kyselytutkimuksen tavoitteena oli selvittää väestön ja asiakkaiden mielipiteitä sekä kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ennen sote-uudistusta. (Aalto ym. 2016b, 1; Aalto, Muuri & Syrjä 2017; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Kyselytutkimuksessa vastaajilta kysyttiin luottamuksesta sosiaali- ja terveyspalveluihin, vaikutusmahdollisuuksista ja palvelujen asiakaslähtöisyydestä, sähköisten palvelujen käytöstä, terveyspalvelujen käytöstä, omasta tai lapsen hoitoon liittyvistä kokemuksista terveyspalveluissa, omasta terveydentilasta, työterveyshuollosta ja viimeisestä lääkärikäynnistä. Lisäksi tiedusteltiin sosiaalipalveluiden käytöstä ja näkemystä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta sekä kustannuksista. Aineistossa taustamuuttujina olivat muun muassa ikä, siviilisäätty, talouden koko, työelämään osallistuminen, asumismuoto ja sukupuoli. (Aalto ym. 2017.) Aineiston tiedonkeruusta huolehti

Tilastokeskus THL:n toimeksiannosta (Aalto ym. 2016b, 3; Aalto ym. 2017; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017).

Tutkimuksen otoshenkilöt edustivat Suomessa asuvia 18–79-vuotiaita suomenkielisiä henkilöitä. Aineistoa ei kerätty laitoksissa asuvilta. Tutkimuksen tavoiteltu otoskoko oli 6000 henkilöä ja otos poimittiin yksinkertaisena satunnaisotantana Tilastokeskuksen Suomen väestöä koskevasta tietokannasta. Aineiston laatu oli kvantitatiivinen ja tutkimusasetelmana oli poikkileikkausaineisto. Tutkimuksen aineisto kerättiin posti- ja verkkokyselyinä loka–joulukuussa 2015 käyttäen strukturoitua lomaketta. (Aalto ym. 2017.)

Väestökyselyn vastausprosentti oli noin 44 % (n = 2626) (Aalto ym. 2016b, 3; Aalto ym. 2017). Tutkimuksessa noin 50 % (n = 1305) vastasi paperikyselyllä ja noin 50 % (n = 1321) vastasi internetkyselyllä. Kyselyyn vastanneiden ikä, sukupuoli ja koulutustausta haettiin tilastokeskuksen tietokannasta, joka perustuu väestörekisteriin, nämä lisättiin kyselyaineistoon. (Aalto ym. 2016b, 3.) Tutkimuksen tuloksia on julkaistu vuoden 2016 aikana (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017).

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvä tieteellinen tutkimus on toteutettu eettisiä periaatteita huomioiden ja hyviä tieteellisiä menettelytapoja noudattaen (Kuula 2011, 34–36; Kohonen 2020, 275, 277–278). Uudistuvat sosiaali- ja terveystalvet 2015 -väestötutkimuksessa on huomioitu tutkimuksen tekemisen eettiset periaatteet tutkimuksen eri vaiheissa.

Uudistuvat sosiaali- ja terveystalvet 2015 -väestötutkimuksessa vastaajat saivat tiedon tutkimuksen tarkoituksesta tutkimuksen saatekirjeestä sekä lisätietoja saatekirjeen ohessa olevasta esitteestä. Vastaaja sai valita sopivan vastaustavan (posti- tai verkkokysely). Saatekirjeessä tuotiin myös esille, että yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa muodostetusta tilastoaineistosta. Tämä takasi vastaajien anonymiteetin. Vastaajia informoitiin tietosuojasta saatekirjeen lisäksi myös THL:n verkkosivustolla. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimuslupaa ei tarvittu, koska vastaajia oli informoitu tutkimuksesta. Saatekirjeessä oli kerrottu tutkijoiden yhteystiedot sekä tutkimuksen verkkosivun osoite.

Niin ikään eettiset näkökohdat on otettu huomioon myös tämän tutkimuksen teossa tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksessa on kuvattu tutkimuksen eteneminen yksityiskohdallisesti. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti sen säilytyspaikoista.

7.3 Logistinen regressioanalyysi

Regressioanalyysin yleisesti käytettyjä muotoja on noin kymmenen. Analyysin valintaan vaikuttaa etenkin regressiomallin selitettävä muuttuja. (Ketokivi 2015, 134–135.) Tässä tutkimuksessa käytetään analyysimenetelmänä binääristä logistista regressioanalyysiä, jossa selitettävä muuttuja on kaksiluokkainen eli dikotominen kyllä/ei-muuttuja (dummy-muuttuja) (Jokivuori & Hietala 2007, 56). Logistisessa regressioanalyysissä on tavoitteena muodostaa matemaattinen malli, jossa selittävien muuttujien avulla ennustetaan vaihtelua selitettävässä muuttujassa. Logistisessa regressioanalyysissä yhden riippuvan luokittelevan muuttujan jakautumista luokkiin ennustetaan jatkuvien tai luokittelevien riippumattomien muuttujien avulla. (Nummenmaa 2009, 332, 343.) Analyysimenetelmässä pyritään ennustamaan todennäköisyyksiä, ei määriä (KvantiMOTV 2009).

Logistinen regressioanalyysi on joustava selittävien muuttujien valinnassa, sillä muuttujien mitta-asteikoksi sopivat yhtä hyvin laatuero-, järjestys-, välimatka- ja suhdeasteikolliset muuttujat (Jokivuori & Hietala 2007, 56; Nummenmaa 2009, 331). Logistisen regressioanalyysin käyttökelpoisuutta myös lisää, että se ei tee oletuksia mallissa käytettävien muuttujien jakaumista eli ei tarvitse tehdä oletusta selittäjien normaalisuudesta (Metsämuuronen 2008, 115). Lisäksi muuttujien väliset yhteydet voivat olla lineaarisia, eksponentiaalisia tai logaritmisia. Otoksoon osalta logistiset mallit edellyttävät toimiakseen noin 50–100 havaintoa / selittävä muuttuja. (Nummenmaa 2009, 331–332, 343.) Jari Metsämuuronen (2008, 116) toteaa logistisen regressioanalyysin olevan herkkä multikollineaarisuudelle. Multikollineaarisuus tarkoittaa, että selittävien muuttujien keskinäinen korrelaatio voi olla niin korkea, että se aiheuttaa ongelmia analyysin tulosten tarkkuudessa. Regressioanalyysissä selittävien muuttujien korreloinnin todetaan kuitenkin olevan tavallista, mutta selittävien muuttujien välillä hyvin suuria riippuvuuksia (esimerkiksi korrelaatiokerroin yli 0,9) tulee välttää. (KvantiMOTV 2003.) Yhteiskuntatieteissä liiallisen

korrelaation raja-arvo voi tosin olla alhaisempi; regressiomalleissa muuttuja- ja tapauskohtainen harkinta on sallittua.

Logistisessa regressioanalyysissä lähtökohtana on ristitulosuhde (OR). Binäärisessä logistisessa regressiossa todennäköisyyttä ennustetaan asteikolla esimerkiksi 0 = paranee, 1 = ei parane, joita vastaavat todennäköisyydet $P(0)$ ja $P(1)$. Riski voidaan ilmaista kaavalla $OR = P / (1 - P)$, jossa OR on tapahtumien 0 ja 1 todennäköisyyksien osamäärä. Logistisen regression vaiheissa tarkastellaan ensin mallin sopivuutta. Sopivan mallin muodostamisen jälkeen tarkastellaan mallin selitysasetta. Mallin sopivuutta tarkastellaan χ^2 -testisuuren avulla, jolloin pienet χ^2 -testisuureeseen liittyvät p-arvot merkitsevät sopivaa mallia. (Nummenmaa 2009, 337.) Myös Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit -testi auttaa mallin sopivuuden arvioinnissa (Jokivuori & Hietala 2007, 63). Selitysasetta arvioidaan Nagelkerke pseudo R^2 -kertoimen avulla. Kerroin ilmaisee, paljonko selittäjät muuttujat yhdessä ennustavat selitettävän muuttujan vaihtelusta. (Nummenmaa 2009, 338.) Selitysasetta kutsutaan myös näennäisselitysaseteeksi, koska logistisen regression selitettävän muuttujan kaksiluokkaisuuden todellisia selitysaseteitä ei ole mahdollista laskea (Jokivuori & Hietala 2007, 68). Lauri Nummenmaa (2009, 338) toteaa samoin pseudo R^2 -kertoimen olevan pikemminkin heuristinen apuväline mallin selitysaseteen arvioinnissa. On myös pohdittu, milloin selitysasete on riittävän hyvä. Monitekijäisissä ilmiöissä mallien selitysaseteet nousevat harvoin yli 20 prosentin, koska malleissa tarkastellaan usein vain muutamaa tekijää. Erilaisissa tutkimusasetelmissä muodostettuja mallien selitysaseteitä ei voi vertailla. Regressiomallien selitysaseteet voivat vaihdella paljon eri tieteenalojen välillä ja selitysasetta tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon tutkimusintressi sekä otoskoko. (Ketokivi 2015, 149–150.)

Mallin sopivuuden ja selitysaseteen tarkastelun lisäksi, logistisessa regressiomallissa tarkastellaan myös mallin toimivuutta sekä lopuksi selittävien muuttujien merkityksellisuyttä. Mallin toimivuutta tarkastellaan ennustetarkkuuden avulla, jolloin arvioidaan, montako prosenttia kaikista havainnoista malli luokittelee oikein. Olennaista on kyetä luokittelemaan oikein henkilöt, jotka kuuluvat ennustettavaan luokkaan (esimerkiksi: 0 = paranee). Yksittäisten selittäjien merkityksellisuyttä mallissa tarkastellaan p-arvojen

avulla. Mikäli p-arvo on pienempi kuin .05, selittäjä sopii malliin. Logistisessa regressio-analyysissä regressiokertoimet ovat logiteja, ja negatiiviset kertoimet merkitsevät negatiivisia yhteyksiä ja positiiviset kertoimet positiivisia yhteyksiä. Analyysissä regressiokertoimet muodostuvat $\text{Exp}(b)$ -kertoimiksi, jolloin niiden mittayksiköksi tulee riski (odds). Analyysin tuloksissa ykköstä pienemmät $\text{Exp}(b)$ -kertoimet merkitsevät, että muuttujan arvon kasvaminen pienentää riskiä ja ykköstä suuremmat arvot, että muuttujan arvon kasvaminen lisää riskiä. (Nummenmaa 2009, 338–340.)

Luottamusväli merkitsee erotusta, jolla muuttujan suurimmat ja pienimmät arvot vaihtelevat (Nummenmaa 2009, 67). Mitä suurempi luottamusväli (vaihteluväli) on, sitä suurempi epävarmuus saatuun riskilukuun liittyy. Lisäksi, mikäli ”vaihteluvälin sisälle mahtui arvo 1, joka ilmaisee, ettei riskitason muutosta ehkä käytännössä olekaan, on syytä suhtautua erityisen varauksellisesti tällaisen selittävän muuttujan antamaan informaation merkitykseen” (Jokivuori & Hietala 2007, 62–63).

7.4 Analyysi

7.4.1 Muuttujat

Tutkimuksen analyyseissä käytettiin sosiodemografisina taustamuuttujina Uudistuvat sosiaali- ja terveystalot 2015 -kyselylomakkeen taustakysymyksiä sekä omaan terveydentilaan liittyvää kysymystä. Analyysissä käytetyt niin sanottu varsinainen selittävä muuttuja ja selitettävä muuttuja valittiin vaikutusmahdollisuuksia sekä palvelujen asiakaslähtöisyyttä kartoittavista kysymyksistä. Kysymykset sisälsivät tapoja, joilla tavalliset ihmiset ja palvelujen käyttäjät voivat esittää mielipiteitään sekä kokemuksiaan ja osallistua palvelujen kehittämiseen. (Aalto ym. 2017.)

Aineistossa vastaajien sukupuoli oli haettu rekistereistä ja sukupuoli oli lisätty kyselyaineistoon. Sukupuoli oli tutkimusaineistossa muodostettu kaksiluokkaiseksi: 1 = mies, 2 = nainen. (Aalto ym. 2017.) Muuttujan alkuperäinen luokittelu käännettiin tulosten tulkinnan helpottamiseksi: 1 = nainen, 2 = mies.

Kyselylomakkeessa mitattiin ikää epäsuorasti tiedustelemalla ”Minä vuonna olet syntynyt? 19___”. (Aalto ym. 2017.) Luotettavin tieto vastaajan iästä saadaan epäsuorasti mitaamalla, kysymällä vastaajan syntymävuotta. Vastaajan ikä vastausajankohtana laskettiin syntymävuoden avulla vähentämällä aineiston keruuvuodesta henkilön syntymävuosi. (ks. Vehkalahti 2014, 25, 64.) Analyysyjä varten uusi ikämuuttuja luokiteltiin kolmiluokkaiseksi: 1 = 18–29, 2 = 30–64, 3 = 65–79. Vastaavaa ikäluokittelua on käytetty myös Uudistuvat sosiaali- ja terveystalvet 2015 -väestökyselyn osatutkimusten analysoinneissa ja raportoinneissa (mm. Aalto ym. 2016a).

Vastaajien koulutustausta oli haettu rekistereistä ja koulutustausta oli lisätty kyselyaineistoon. Kyselyaineistossa koulutusaste vaihtoehdot olivat: 1 = Perusaste, 3 = Keskiaste, 5 = Alin korkea-aste, 6 = Alempi korkeakouluaste, 7 = Ylempi korkeakouluaste, 8 = Tutkijakoulutusaste. (Aalto ym. 2017.) Koulutusastejaottelussa koulutus etenee alemmiltä koulutuksen asteilta ylemmille asteille (Tilastokeskus 2016). Analyysissä koulutusastejaottelu säilytettiin alkuperäisenä kuusiluokkaisena koulutusastemuuttujana.

Vastaajien työmarkkina-asemaa tiedusteltiin kysymyksellä ”Oletko tällä hetkellä pääasiassa...”: Kokoaikatyössä = 1, Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä = 2, Eläkkeellä iän perusteella = 3, Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana = 4, Työtön tai lomautettu = 5 (sisältyi lisäkysymys: Nykyisen työttömyys- tai lomautusjaksosi kesto kuukausina? ___), Perhevapaalla, kotiäiti tai -isä = 6, Opiskelija = 7, Asevelvollisuutta tai siviilipalvelusta suorittamassa = 8, Joku muu, mikä? ___ = 9. Vastaajia pyydettiin renkastamaan vain yksi vaihtoehto. (Aalto ym. 2017.) Muuttuja tiivistettiin neliluokkaiseksi: 1 = Työssä (valitsi ”Kokoaikatyössä” tai ”Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä”), 2 = Työtön tai lomautettu (valitsi ”Työtön tai lomautettu”), 3 = Eläkkeellä iän perusteella (valitsi ”Eläkkeellä iän perusteella”), 4 = Muut (valitsi ”Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana”, ”Perhevapaalla, kotiäiti tai -isä”, ”Opiskelija”, ”Asevelvollisuutta tai siviilipalvelusta suorittamassa”, ”Joku muu, mikä? ___”). Luokkia yhdistettiin, koska analyysivaiheessa luokkia oli liikaa ja osassa luokista oli vähän havaintoja.

Vastaajan omaa terveydentilaa tiedusteltiin kysymyksellä ”Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai sairauksia?”: Kyllä = 1, Ei = 2 (Aalto ym. 2017). Analyyseissä käytettiin muuttujan alkuperäistä luokittelua. TAULUKOSSA 2 esitetään vastaajien sosiodemografisten taustatekijöiden jakaumat.

Kyselylomakkeessa mitattiin vaikutusmahdollisuuksia ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä 5-portaisella Likertin asteikolla. Vaikutusmahdollisuuksia ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä tiedusteltiin kysymyksellä ”Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? Minulle on tärkeätä, että voin itse valita...”: ”a) Terveysaseman”, ”b) Sairaalan”, ”c) Lääkäriin”, ”d) Hoitajan”. Vastausvaihtoehdot olivat kysymyksille: Täysin samaa mieltä = 1, Jokseenkin samaa mieltä = 2, Ei samaa eikä eri mieltä = 3, Jokseenkin eri mieltä = 4, Täysin eri mieltä = 5. Vastaajaa pyydettiin rengastamaan jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto. (Aalto ym. 2017.) Analyysejä varten muuttuja luokiteltiin kolmiluokkaiseksi: Samaa mieltä = 1 (valitsi ”Täysin samaa mieltä = 1” tai ”Jokseenkin samaa mieltä = 2”), Ei samaa eikä eri mieltä = 2 ja Eri mieltä = 3 (valitsi ”Jokseenkin eri mieltä = 4” tai ”Täysin eri mieltä = 5”). LIITTEESSÄ 2 esitetään varsinaisen selittävän muuttujan vastausten jakaumat.

Vaikutusmahdollisuuksia ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä tiedusteltiin myös kysymyksellä ”Kuinka tärkeänä pidät alla esitettyjä asioita?”: ”a) Mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa liittyviin asioihin” (**palveluihin vaikutusmahdollisuus**), ”b) Palvelujen käyttäjien kokemuksia kerätään (esim. asiakaskyselyt)” (**asiakaskysely**), ”c) Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun (esim. asiakasraadit)” (**osallisuus suunnittelussa**), ”d) Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palveluja koskevaan päätöksentekoon (esim. sairaaloiden johtoryhmät)” (**osallisuus päätöksenteossa**). Vastausvaihtoehdot olivat kysymyksille: Erittäin tärkeää = 1, Melko tärkeää = 2, Ei kovin tärkeää = 3, Ei lainkaan tärkeää = 4, En osaa sanoa = 5. Vastaajaa pyydettiin rengastamaan jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto. (Aalto ym. 2017.) Myös tässä kysymyksessä käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa. Analyysejä varten muuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi: Tärkeää = 1 (valitsi ”Erittäin tärkeää = 1” tai ”Melko tärkeää = 2”), Ei tärkeää = 0 (valitsi ”Ei kovin tärkeää = 3” tai ”Ei lainkaan tärkeää = 4”). Vaihtoehto ”En osaa sanoa = 5” merkittiin havaintomatriisiin puuttuvaksi tiedoksi (ks. KvantiMOTV 2007). LIITTEESSÄ 3 esitetään selitettävän muuttujan vastausten jakaumat.

Binäärisessä logistisessa regressioanalyysissä on oletuksena, että referenssikategoriana käytetään muuttujan jälkimmäistä luokkaa. Referenssikategoriolla tarkoitetaan sitä luokkaa, johon muita luokkia verrataan. Logistisissa regressiomalleissa sukupuolimuuttujan alkuperäinen luokittelu käännettiin tulkinnan helpottamiseksi ja referenssikategoriaksi asetettiin naisten sijaan miehet. Muilta osin analyyseissä käytettiin referenssikategoriana muuttujien jälkimmäisiä luokkia: ikä ”65–79”, koulutusaste ”tutkijakoulutusaste”, työmarkkina-asema ”muut”, lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai sairauksia ”ei” ja vammaisuus ”eri mieltä”.

TAULUKKO 2. Vastaajien sosiodemografisten taustatekijöiden jakaumat (n = 2575–2626).

		Vastanneet		Yhteensä		Puuttuvat	
		n	%	n	%	n	%
SOSIODEMOGRAFISET TAUSTATEKIJÄT							
Sukupuoli	Nainen	1462	55,7				
	Mies	1164	44,3				
				2626	100,0		
Ikä vuosina	18–29	308	11,7				
	30–64	1526	58,1				
	65–79	792	30,2				
				2626	100,0		
Koulutus	Perusaste	559	21,3				
	Keskiaste	1067	40,6				
	Alin korkea-aste	347	13,2				
	Alempi korkeakouluaste	311	11,8				
	Ylempi korkeakouluaste	309	11,8				
	Tutkijakoulutusaste	33	1,3				
					2626	100,0	
Työmarkkina-asema	Kokoaikatyössä	1089	41,5				
	Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä	131	5,0				
	Eläkkeellä iän Perusteella	857	32,6				
	Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana	132	5,0				
	Työtön tai Lomautettu	166	6,3				
	Perhevapaalla, kotiäiti tai -isä	58	2,2				
	Opiskelija	163	6,2				
	Asevelvollisuutta tai siviilipalvelusta suorittamassa	5	0,2				
	Joku muu, mikä?	18	0,7				
					2619	99,7	
Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai sairauksia?	Kyllä	1410	53,7			7	0,3
	Ei	1165	44,4				
				2575	98,1		
						51	1,9

7.4.2 Tilastolliset analyysit ja puuttuvat tiedot

Aineiston tilastolliset analyysit toteutettiin IBM SPSS Statistics 25 -ohjelmalla. Aineiston käsittely aloitettiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumien tarkasteluilla. Aineiston alustavia tarkasteluita jatkettiin tutkimalla muuttujien välisiä yhteyksiä ristiintaulukoinnin avulla. Aineiston esikäsittelyn aikana muokattiin ja tiivistettiin myös alkuperäisiä muuttujia. Tässä tutkimuksessa haluttiin etsiä valinnanvapauden tärkeäksi kokemisen ja osallisuuden tärkeäksi kokemisen yhteyttä. Analyyseissä sosiodemografisina taustamuuttujina käytettiin vastaajien sukupuolta, ikää, koulutustaustaa ja työmarkkina-asemaa. Taustamuuttujana käytettiin lisäksi vastaajien terveydentilaa. Taustamuuttujat valittiin aikaisemman kirjallisuuden perusteella. Varsinaiseksi selittäväksi tutkimusmuuttujaksi valittiin valinnanvapautta koskeva kysymys. Valinnanvapauden tärkeäksi kokemista kysyttiin neljällä eri väittämällä. Selitettäväksi muuttujaksi valittiin osallisuutta koskeva kysymys. Kyselylomakkeessa osallisuuden tärkeäksi kokemista tiedusteltiin samoin neljällä eri väittämällä.

Aineiston alustavia tarkasteluita jatkettiin tutkimalla eksploratiivisen faktorianalyysin avulla, voisiko samaan kysymykseen kuuluvia selittäviä valinnanvapaus muuttujia vähentää yhdistämällä ne samaa asiaa kuvaaviksi muuttujaryhmiksi (ks. Heikkilä 2014a, 1–11). Tarja Heikkilä (2014b, 232) toteaa faktorianalyysin soveltuvan hyvin esianalyysiksi, jonka avulla voi saada karkean yleiskuvan tutkittavaan ongelmaan liittyvistä tekijöistä sekä vihjeitä jatkotoimia varten. Faktorianalyysissä käytettiin ekstraktointimenetelmänä Generalized least squares -menetelmää, koska GLS ei ole herkkä normaalijakaumaoletuksen rikkomiselle, ja sitä voidaan käyttää silloin, kun normaalijakaumaoletus ei täysin toteudu (Nummenmaa 2009, 409–410). Muuttujien keskinäistä korrelointia testattiin Kaiserin testillä (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) ja Bartlettin sväärisyydestillä (Bartlett's Test of Sphericity). Sekä Kaiserin testin antama arvo 0,70 ($> 0,6$) että Bartlettin sväärisyydesti ($p < 0,001$) vahvistivat, että korrelaatiomatriisi sopii analyysiin. Faktorilataukset osoittivat, että ainoastaan yhdellä pääkomponentilla ominaisarvo oli suurempi kuin 1,0 ja faktori selitti noin 67 % muuttujien kokonaisvaihtelusta eli varianssista. (Ks. Heikkilä 2014a, 1–11.) Rotatoimattomassa faktorimatriisissa muuttujat

latautuivat yhdelle faktorille ja lataukset vaihtelivat 0,71–0,81 välillä. Faktorianalyysi antoi vahvoja viitteitä siitä, että selittävistä valinnanvapaus muuttujista ei voi muodostaa muuttujaryhmiä, vaan selittävät muuttujat mittaavat todennäköisesti samaa teoreettista ulottuvuutta.

Aineiston esianalyysiiä jatkettiin edelleen tarkastelemalla selittävien valinnanvapaus muuttujien reliabiliteettia. Cronbachin alfa -reliabiliteettikertoimen avulla voidaan tutkia, mittaavatko muuttujat samaa asiaa (Heikkilä 2014c, 1–3). Mikäli yhdistettävät muuttujat mittaavat selvästi samaa ominaisuutta, voidaan muuttujista muodostaa summamuuttaja (Nummenmaa 2009, 162). Pertti Jokivuori ja Risto Hietala (2007, 104) toteavat sisäistä konsistenttisuutta olevan riittävästi, mikäli alfa $> 0,6$. Selittävien muuttujien Cronbachin alfa -kerroin oli 0,83. Alfa-arvo oli korkea, ja neljä muuttujaa voitiin yhdistää. Valinnanvapaus muuttujien kaikki neljä väittämää olivat tärkeitä, sillä minkä tahansa pois jättäminen olisi laskenut pääkomponentille laskettua reliabiliteettia. Testauksessa tarkasteltiin lisäksi muuttujien välisiä keskinäisiä korrelaatioita Inter-Item Correlation Matrix:n avulla: korrelaatiot olivat 0,44–0,74 välillä. Muuttujat korreloivat hyvin toistensa kanssa ja yhdistäminen oli myös tällä perusteella mielekästä. (Ks. Heikkilä 2014c, 1–3.) Jatko-toimenpiteenä muodostettiin neljästä väittämästä summamuuttuja (ks. Heikkilä 2014a, 11). Summamuuttujan muodostamisen yhteydessä todettiin lisäksi kysymysten olevan samansuuntaisia, ja kysymykset olivat samalla numeerisella asteikolla. Summamuuttuja laskettiin kaikille niille henkilöille, jotka olivat vastanneet kaikkiin neljään kysymykseen (ks. Kirves 2013, 7).

Niin ikään aineiston esianalyysissä tarkasteltiin eksploratiivisen faktorianalyysin avulla, liittyvätkö osallisuus muuttujan yksittäiset kysymykset toisiinsa. Myös tässä käytettiin sisäisen konsistenssin analysoimiseen Cronbachin alfaa. Kaiserin testin arvo oli 0,58 ($< 0,6$) ja Bartlettin sväärisyystesti oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Faktorilataukset osoittivat, että ainoastaan yhdellä pääkomponentilla ominaisarvo oli suurempi kuin 1,0 ja faktori selitti noin 45 % muuttujien varianssista. (Ks. Heikkilä 2014a, 1–11.) Rotatoimattomassa faktorimatriisissa kolme muuttujaa latautuivat yhdelle faktorille ja lataukset vaihtelivat 0,32–0,87 välillä. Yksi muuttuja latautui lähelle nollaa. Samaten muuttujien korrelaatiokertoimien itseisarvot (0,09–0,53) olivat osittain hyvin pieniä (ks. Heikkilä

2014a, 1). Osallisuus muuttujien Cronbachin alfa -kerroin oli 0,54 eli alle hyväksyttävän rajan ($< 0,6$). Tulosten pohjalta saattoi tulkita, että osallisuuden muuttujat eivät mitanneet samaa ominaisuutta ja summamuuttujaa ei muodostettu. Tutkimuksen osallisuuden mittari (neljä väittämää) sisälsi tutkimuksen kannalta olennaiset osa-alueet (ks. Alkula ym. 1994/2002, 82).

Tutkimuksessa käytettäväksi tilastolliseksi menetelmäksi valittiin binäärinen logistinen regressionanalyysi, koska selitettävät muuttujat olivat kategorisia. Selitettävät muuttujat luokiteltiin kaksiluokkaisiksi muuttujiksi – osallisuuden muodot joko ei koettu tärkeäksi tai koettiin tärkeäksi. (Ks. Nummenmaa 2009, 330.) Mallinnuksessa muuttujia lisättiin malliin mukaan vaiheittain eli askeltaen. Ensimmäisellä askeleella tuotiin malliin taustamuuttujat eli sukupuoli, ikä, koulutusaste, työmarkkina-asema ja terveydentila. Toisella askeleella malliin lisättiin varsinainen selittäjä eli valinnanvapauden summamuuttuja. Regressiomalli muodostettiin erikseen kunkin osallisuuden neljän väittämän osalta. Kaikissa neljässä eri regressiomallissa käytettiin taustamuuttujina samoja tekijöitä. Muuttujien lisäysmenetelmänä käytettiin Enter-menetelmää eli Method-kohtaan valittiin menetelmäksi Enter. Asetelman avulla kyettiin tarkastelemaan toisaalta taustatekijöiden ja toisaalta valinnanvapauden tärkeyden vaikutusta osallisuuden tärkeyteen. Askelista seurattiin etenkin selitysasteen muutosta ja tilastollista merkitsevyyttä (ks. Jokivuori & Hietala 2007, 52–53.) Regressiomallinnuksen tulokset raportoitiin ristitulosuhteina (odds ratio, OR) ja niiden 95 %:n luottamusväleinä (lv) sekä p-arvoina. Tilastollisesti merkitsevänä määritettiin arvoa $p < 0,05$.

Tässä tutkimuksessa tavallisten ihmisten ja palvelujen käyttäjien näkemyksiä valinnanvapauden tärkeäksi kokemisesta kysyttiin neljällä eri vastausvaihtoehdolla, joissa jokaiseen kysymykseen sisältyi keskimmäisenä vaihtoehtona neutraali luokka ”ei samaa eikä eri mieltä” (eos). Lisäksi osallisuuden tärkeäksi kokemista kysyttiin neljällä eri vastausvaihtoehdolla, joissa jokaiseen kysymykseen sisältyi viimeisenä vaihtoehtona luokka ”en osaa sanoa” (eos). Tutkimuksen analyyseissä käytettyjen kysymysten vastausvaihtoehdot tuotiin esille muuttujien luokittelun yhteydessä alaluvun alaluvussa 6.4.1. Vaihtoehdot ”ei samaa eikä eri mieltä” ja ”en osaa sanoa” voidaan merkitä puuttuvaksi tiedoksi, mikäli niitä ei haluta analyyseihin mukaan. Tässä tutkimuksessa valinnanvapaus -muuttujan

luokka ”ei samaa eikä eri mieltä” sisällytettiin analyysihin omana luokkanaan, koska vastausten koettiin olevan osa aineiston tulkintaa. Vastaja on voinut miettiä asiaa, mutta ei ole muodostanut mielipidettään valinnanvapauden tärkeydestä esimerkiksi tiedon puutteen vuoksi (ks. Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994/2002, 88). Sen sijaan osallisuus -muuttujan luokka ”en osaa sanoa” samastettiin puuttuviin tietoihin, joten vastaukset merkittiin havaintomatriisiin puuttuvaksi tiedoksi. Eos-vastaamista käsitellään lisää tutkimuksen luotettavuuden yhteydessä alaluvussa 9.2.

8 TULOKSET

8.1 Vastaajien taustatietoja

Kaikista tutkituista oli naisia enemmän kuin miehiä (55,7 % vs. 44,3 %). Vastaajista hieman yli viidesosa (21,3 %) ilmoitti suorittaneensa perusasteen koulutuksen, noin kaksi viidesosa (40,6 %) keskiasteen koulutuksen ja noin kolmetoista sadasta (13,2 %) alimman korkea-asteen. Alemman korkeakoulututkinnon ja ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneiden osuus oli samanlainen (11,8 % vs. 11,8 %). Tutkijakoulutusasteen suorittaneita oli noin yksi sadasta (1,3 %). (TAULUKKO 2.)

8.2 Mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa liittyviin asioihin

Kun analysoitiin logistisella regressioanalyysillä, toisella askeleella malliin lisätty valinnanvapauden luokka ”samaa mieltä” (OR 12,48; lv 6,45–24,14) ja luokka ”ei samaa eikä eri mieltä” (OR 3,05 lv 1,63–5,69) olivat yhteydessä siihen, että kokee tärkeänä palveluihin vaikutusmahdollisuuden. Ensimmäisellä askeleella mallin selitysaste oli 6,7 % ja toisella askeleella selitysaste oli 16,2 %. Mallissa molemmat askeleet olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < ,001$) ja molemmilla askelilla koko malli oli merkitsevä ($p < ,001$). (TAULUKKO 5.)

TAULUKKO 5. Malli 1. Mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa liittyviin asioihin (n = 2594) askelten ristitulosuhteet (OR), niiden luottamusvälit (lv) ja p-arvot (p) taustatekijöiden ja valinnanvapauden suhteen.

	Askel 1			Askel 2		
	OR	95 % lv	p-arvo	OR	95 % lv	p-arvo
SOSIODEMOGRAFISET TAUSTATEKIJÄT						
Sukupuoli						
Nainen	3,27	1,95-5,48	< 0,001	2,60	1,53-4,42	< 0,001
Mies (ref. ¹)	1,00			1,00		
Ikä vuosina						
18–29	0,41	0,12-1,42	0,158	0,57	0,16-2,05	0,386
30–64	0,56	0,20-1,52	0,253	0,57	0,20-1,64	0,299
65–79 (ref.)	1,00			1,00		
Koulutusaste						
Perusaste	3,64	0,71-18,70	0,122	2,15	0,39-11,75	0,376
Keskiaste	2,43	0,54-11,02	0,248	1,60	0,33-7,65	0,559
Alin korkea-aste	1,68	0,35-8,15	0,519	1,27	0,25-6,51	0,773
Alempi korkeakouluaste	1,38	0,29-6,48	0,685	1,24	0,25-6,18	0,792
Ylempi korkeakouluaste	1,83	0,38-8,82	0,454	1,52	0,30-7,75	0,616
Tutkijakoulutusaste (ref.)	1,00			1,00		
Työmarkkina-asema						
Työssä	0,67	0,28-1,61	0,371	0,64	0,25-1,60	0,335
Työtön tai lomautettu	0,76	0,23-2,51	0,653	0,73	0,21-2,49	0,614
Eläkkeellä iän perusteella	0,52	0,16-1,71	0,279	0,40	0,11-1,39	0,149
Muut (ref.)	1,00			1,00		
Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai sairauksia?						
Kyllä	1,38	0,83-2,30	0,218	1,31	0,77-2,24	0,317
Ei (ref.)	1,00			1,00		
SELITTÄVÄ MUUTTUJA						
Valinnanvapaus						
Minulle on tärkeitä, että voin itse valita terveysaseman, sairaalan, lääkärin ja hoitajan						
Samaa mieltä				12,48	6,45-24,14	< 0,001
Ei samaa eikä eri mieltä				3,05	1,63-5,69	< 0,001
Eri mieltä (ref.)				1,00		

Logistinen regressioanalyysi. P-arvo < 0,05 merkitty lihavoituna

¹ref. = referenssikategoria eli se muuttujan arvo, jonka suhteen vertailu on tehty

Mallin selitysaste (Nagelkerke pseudo R²): Askel 1: 6,7 %, Askel 2: 16,2 %

8.3 Palveluiden käyttäjien kokemuksia kerätään (esim. asiakaskyselyt)

Kun analysoitiin logistisella regressioanalyysillä, ensimmäisellä askeleella koulutusasteesta keskiaste (OR 2,42; lv 1,16–5,06) ja ylempi korkeakouluaste (OR 2,21; lv 1,03–4,77) olivat yhteydessä siihen, että asiakaskyselyt koetaan tärkeäksi. Toisella askeleella koulutusasteesta keskiaste (OR 2,25; lv 1,07–4,71) ja ylempi korkeakouluaste (OR 2,13; lv 0,99–4,61) olivat edelleen yhteydessä, tosin ristitulosuhteet laskivat vähän. Toisella askeleella malliin lisätty valinnanvapauden luokka ”samaa mieltä” oli yhteydessä asiakaskyselyiden tärkeäksi kokemiseen. (OR 1,73; lv 1,15–2,61). (TAULUKKO 6.)

Ensimmäisellä askeleella mallin selitysaste oli ainoastaan 2,3 %. Toisella askeleella mallin selitysvoima nousi vähän, jolloin selitysaste oli 2,9 %. Mallissa ensimmäinen askel ($p < ,001$) ja toinen askel ($p = 0,006$) olivat tilastollisesti merkitseviä. Myös molemmilla askelilla koko malli oli merkitsevä ($p < ,001$). (TAULUKKO 6.)

8.4 Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun (esim. asiakasraadit)

Kun analysoitiin logistisella regressioanalyysillä, toisella askeleella malliin lisätty valinnanvapauden luokka ”samaa mieltä” (OR 2,28; lv 1,52–3,41), oli yhteydessä siihen, että kokee tärkeänä osallisuuden suunnittelussa.

Ensimmäisellä askeleella mallin selitysaste oli 6,6 %. Toisella askeleella valinnanvapauden tärkeyttä mittaava summamuuttuja lisäsi selitystetta, jolloin selitysaste oli 9,0 %. Mallissa molemmat askeleet olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < ,001$) ja molemmilla askelilla koko malli oli merkitsevä ($p < ,001$). (TAULUKKO 7.)

TAULUKKO 6. Malli 2. Palveluiden käyttäjien kokemuksia kerätään (esim. asiakaskyselyt) (n = 2548) askelten ristitulosuhteet (OR), niiden luottamusvälit (lv) ja p-arvot (p) taustatekijöiden ja valinnanvapauden suhteen.

	Askel 1			Askel 2		
	OR	95 % lv	p-arvo	OR	95 % lv	p-arvo
SOSIODEMOGRAFISET TAUSTATEKIJÄT						
Sukupuoli						
Nainen	1,52	1,26-1,84	< 0,001	1,47	1,21-1,77	< 0,001
Mies (ref. ¹)	1,00			1,00		
Ikä vuosina						
18–29	1,47	0,88-2,44	0,138	1,53	0,92-2,55	0,102
30–64	1,14	0,76-1,71	0,521	1,14	0,76-1,72	0,518
65–79 (ref.)	1,00			1,00		
Koulutusaste						
Perusaste	1,93	0,91-4,10	0,086	1,76	0,83-3,75	0,143
Keskiaste	2,42	1,16-5,06	0,018	2,25	1,07-4,71	0,032
Alin korkea-aste	1,86	0,87-3,99	0,109	1,77	0,82-3,79	0,145
Alempi korkeakouluaste	2,00	0,93-4,30	0,076	1,94	0,90-4,18	0,091
Ylempi korkeakouluaste	2,21	1,03-4,77	0,043	2,13	0,99-4,61	0,054
Tutkijakoulutusaste (ref.)	1,00			1,00		
Työmarkkina-asema						
Työssä	0,94	0,69-1,29	0,709	0,95	0,70-1,30	0,742
Työtön tai lomautettu	1,20	0,75-1,90	0,452	1,19	0,75-1,90	0,461
Eläkkeellä iän perusteella	1,39	0,89-2,18	0,153	1,37	0,87-2,15	0,178
Muut (ref.)	1,00	0,74-1,11		1,00		
Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai sairauksia?						
Kyllä	0,90	0,74-1,11	0,319	0,89	0,73-1,09	0,271
Ei (ref.)	1,00			1,00		
SELITTÄVÄ MUUTTUJA						
Valinnanvapaus						
Minulle on tärkeitä, että voin itse valita terveysseman, sairaalan, lääkärin ja hoitajan						
Samaa mieltä				1,73	1,15-2,61	0,008
Ei samaa eikä eri mieltä				1,33	0,86-2,05	0,203
Eri mieltä (ref.)				1,00		

Logistinen regressioanalyysi. P-arvo < 0,05 merkitty lihavoituna

¹ref. = referenssikategoria eli se muuttujan arvo, jonka suhteen vertailu on tehty

Selitysaste (Nagelkerke pseudo R²): Askel 1: 2,3 %, Askel 2: 2,9 %

TAULUKKO 7. Malli 3. Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun (esim. asiakasraadit) (n = 2501) askelten ristitulosuhteet (OR), niiden luottamusvälit (lv) ja p-arvot (p) taustatekijöiden ja valinnanvapauden suhteen.

	Askel 1			Askel 2		
	OR	95 % lv	p-arvo	OR	95 % lv	p-arvo
SOSIODEMOGRAFISET						
TAUSTATEKIJÄT						
Sukupuoli						
Nainen	2,21	1,84-2,65	< 0,001	2,07	1,72-2,49	< 0,001
Mies (ref. ¹)	1,00			1,00		
Ikä vuosina						
18–29	1,10	0,67-1,81	0,696	1,21	0,74-2,00	0,447
30–64	1,02	0,70-1,50	0,915	1,03	0,70-1,51	0,897
65–79 (ref.)	1,00			1,00		
Koulutusaste						
Perusaste	1,90	0,87-4,14	0,107	1,60	0,73-3,52	0,242
Keskiaste	1,95	0,91-4,18	0,086	1,69	0,78-3,65	0,182
Alin korkea-aste	1,27	0,58-2,79	0,545	1,15	0,52-2,54	0,731
Alempi korkeakouluaste	1,34	0,61-2,95	0,465	1,27	0,57-2,82	0,553
Ylempi korkeakouluaste	0,97	0,44-2,12	0,935	0,90	0,41-1,98	0,786
Tutkijakoulutusaste (ref.)	1,00			1,00		
Työmarkkina-asema						
Työssä	0,89	0,65-1,22	0,455	0,92	0,67-1,27	0,619
Työtön tai lomautettu	1,03	0,65-1,64	0,886	1,07	0,67-1,71	0,772
Eläkkeellä iän perusteella	0,74	0,47-1,14	0,168	0,71	0,46-1,11	0,131
Muut (ref.)	1,00			1,00		
Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai sairauksia?						
Kyllä	0,96	0,79-1,18	0,717	0,95	0,78-1,16	0,617
Ei (ref.)	1,00			1,00		
SELITTÄVÄ MUUTTUJA						
Valinnanvapaus						
Minulle on tärkeätä, että voin itse valita terveysaseman, sairaalan, lääkärin ja hoitajan						
Samaa mieltä				2,28	1,52-3,41	< 0,001
Ei samaa eikä eri mieltä				1,20	0,79-1,84	0,397
Eri mieltä (ref.)				1,00		

Logistinen regressioanalyysi. P-arvo < 0,05 merkitty lihavoituna

¹ref. = referenssikategoria eli se muuttujan arvo, jonka suhteen vertailu on tehty

Selitysaste (Nagelkerke pseudo R²): Askel 1: 6,6 %, Askel 2: 9,0 %

TAULUKKO 8. Malli 4. Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palveluja koskevaan päätöksentekoon (esim. sairaaloiden johtoryhmät) (n = 2443) askelten ristitulosuhteet (OR), niiden luottamusvälit (lv) ja p-arvot (p) taustatekijöiden ja valinnanvapauden suhteen.

	Askel 1			Askel 2		
	OR	95 % lv	p-arvo	OR	95 % lv	p-arvo
SOSIODEMOGRAFISET TAUSTATEKIJÄT						
Sukupuoli						
Nainen	1,63	1,37-1,93	< 0,001	1,50	1,26-1,79	< 0,001
Mies (ref. ¹)	1,00			1,00		
Ikä vuosina						
18–29	0,81	0,52-1,28	0,368	0,90	0,57-1,42	0,635
30–64	1,20	0,83-1,73	0,330	1,21	0,84-1,75	0,315
65–79 (ref.)	1,00			1,00		
Koulutusaste						
Perusaste	3,14	1,46-6,75	0,003	2,61	1,20-5,70	0,016
Keskiaste	2,73	1,29-5,78	0,009	2,35	1,09-5,04	0,028
Alin korkea-aste	1,95	0,90-4,23	0,089	1,76	0,80-3,85	0,159
Alempi korkeakouluaste	1,53	0,71-3,32	0,281	1,45	0,66-3,19	0,357
Ylempi korkeakouluaste	0,96	0,44-2,09	0,921	0,88	0,40-1,93	0,746
Tutkijakoulutusaste (ref.)	1,00			1,00		
Työmarkkina-asema						
Työssä	0,82	0,62-1,09	0,174	0,84	0,63-1,12	0,238
Työtön tai lomautettu	0,95	0,63-1,43	0,813	0,96	0,63-1,45	0,840
Eläkkeellä iän perusteella	1,10	0,73-1,66	0,649	1,07	0,70-1,62	0,765
Muut (ref.)	1,00			1,00		
Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai sairauksia?						
Kyllä	1,00	0,84-1,20	0,980	0,99	0,82-1,19	0,900
Ei (ref.)	1,00			1,00		
SELITTÄVÄ MUUTTUJA						
Valinnanvapaus						
Minulle on tärkeitä, että voin itse valita terveysaseman, sairaalan, lääkärin ja hoitajan						
Samaa mieltä				3,49	2,24-5,42	< 0,001
Ei samaa eikä eri mieltä				1,90	1,19-3,03	0,007
Eri mieltä (ref.)				1,00		

Logistinen regressioanalyysi. P-arvo < 0,05 merkitty lihavoituna

¹ref. = referenssikategoria eli se muuttujan arvo, jonka suhteen vertailu on tehty

Selitysaste (Nagelkerke pseudo R²): Askel 1: 7,1 %, Askel 2: 10,1 %

8.5 Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palveluja koskevaan päätöksentekoon (esim. sairaaloiden johtoryhmät)

Kun analysoitiin logistisella regressioanalyysillä, ensimmäisellä askeleella koulutusasteesta perusaste (OR 3,14; lv 1,46–6,75) ja keskiaste (OR 2,73; lv 1,29–5,78) sekä toisella askeleella koulutusasteesta perusaste (OR 2,61; lv 1,20–5,70) ja keskiaste (OR 2,35; lv 1,09–5,04), olivat yhteydessä siihen, että kokee tärkeänä osallisuuden päätöksenteossa. Toisella askeleella malliin lisätyt valinnanvapauden luokat ”samaa mieltä” (OR 3,49; lv 2,24–5,42) sekä ”ei samaa eikä eri mieltä” (OR 1,90; lv 1,19–3,03), olivat yhteydessä siihen, että kokee tärkeänä osallisuuden päätöksenteossa. Ristitulosuhde oli matalampi luokassa ”ei samaa eikä eri mieltä” kuin luokassa ”samaa mieltä”. (TAULUKKO 8.)

Ensimmäisellä askeleella mallin selitysaste oli 7,1 %. Toisella askeleella valinnanvapauden tärkeyttä mittaava summamuuttuja lisäsi selitystettä, jolloin selitysaste oli 10,1 %. Mallissa molemmat askeleet olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < ,001$) ja molemmilla askelilla koko malli oli merkitsevä ($p < ,001$). (TAULUKKO 8.)

Tähän voidaan lisätä vielä, että sukupuoli oli malleissa ”palveluihin vaikutusmahdollisuus”, ”asiakaskysely”, ”osallisuus suunnittelussa” ja ”osallisuus päätöksenteossa” tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Ikä, työmarkkina-asema ja terveydentila eivät selittäneet osallisuuden tärkeäksi kokemista. (TAULUKKO 5, TAULUKKO 6, TAULUKKO 7, TAULUKKO 8.)

8.6 Hypoteesien arvioiminen

Tilastolliset analyysit osoittivat, että hypoteesi yksi ”Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä siihen, että koetaan tärkeäksi palveluihin vaikutusmahdollisuus”, hypoteesi kaksi ”Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä siihen, että koetaan tärkeäksi esimerkiksi asiakaskyselyt”, hypoteesi kolme ”Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä siihen, että koetaan tärkeäksi osallisuus suunnittelussa” ja hypoteesi neljä ”Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yh-

teydessä siihen, että koetaan tärkeäksi osallisuus päätöksenteossa”, saivat tukea tutkimuksen tuloksista. Hypoteesi viisi ”Matala koulutusaste on yhteydessä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen” sai osittain tukea regressiomallista ”asiakaskysely” sekä regressiomallista ”osallisuus päätöksenteossa”.

Vaikkakin hypoteesi kaksi ”Valinnanmahdollisuuden tärkeäksi kokeminen on yhteydessä siihen, että koetaan tärkeäksi esimerkiksi asiakaskyselyt” sai tukea tutkimuksen tuloksista, hypoteesissa kaksi ensimmäisellä askeleella selitysaste oli ainoastaan 2,3 %. Toisella askeleella mallin selitysvoima nousi vähän, jolloin selitysaste oli 2,9 %.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen väestön ja asiakkaiden näkökannalta. Tutkimuksessa selvitettiin lisäksi koulutusasteen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Analyseissa huomioitiin myös sukupuoli, ikä, työmarkkina-asema ja terveydentila. Tutkimustuloksena oli, että valinnanvapauden tärkeäksi kokemisella oli yhteys osallisuuden tärkeäksi kokemiseen regressiomalleissa ”palveluihin vaikutusmahdollisuus”, ”asiakaskysely”, ”osallisuus suunnittelussa” ja ”osallisuus päätöksenteossa”. Niin ikään koulutusasteella oli luokissa ”asiakaskysely” ja ”osallisuus päätöksenteossa” yhteys osallisuuden tärkeäksi kokemiseen.

Malli ”palveluihin vaikutusmahdollisuus” osoitti, että valinnanvapauden tärkeäksi kokeminen luokassa ”samaa mieltä” oli voimakkaasti yhteydessä siihen, että palveluihin vaikutusmahdollisuus koettiin tärkeänä. Mallissa ”palveluihin vaikutusmahdollisuus” valinnanvapauden tärkeyden ”ei samaa eikä eri mieltä” ristitulosuhde oli kolmikertainen suhteessa referenssikategoriaan (”eri mieltä”). Tämä saattoi viitata siihen, että vastaajat eivät

olleet tietoisia riittävässä määrin mahdollisuudesta vaikuttaa omaan palveluunsa tai hoitoonsa liittyviin asioihin sosiaali- ja terveystaloudissa. Sosiaalipalveluissa tosin valinnanvapaus rajoittuu palvelusetelin käytön mahdollisuuteen.

Malli ”asiakaskysely” osoitti, että valinnanvapauden tärkeäksi kokeminen luokassa ”samaa mieltä” oli yhteydessä asiakaskyselyiden keräämisen tärkeänä kokemiseen. Mallissa ”asiakaskysely”, myös koulutusasteesta luokat ”keskiaste” ja ”ylempi korkeakouluaste” lisäsivät molemmilla askelilla riskiä siihen, että asiakaskyselyiden kerääminen koettiin tärkeäksi. Luokan ”ylempi korkeakouluaste” p-arvo oli kuitenkin toisella askeleella vähän yli merkitsevyystason ($p = 0,054$). Lisäksi luokan ”ylempi korkeakouluaste” luottamusvälin sisälle mahtui arvo 1, mikä saattoi viitata siihen, että ”riskitason muutosta” ei ”ehkä käytännössä olekaan” ja tähän informaatioon voitiin suhtautua varauksellisesti (Jokivuori & Hietala 2007, 62–63).

Mallissa ”osallisuus suunnittelussa” valinnanvapauden tärkeäksi kokeminen luokassa ”samaa mieltä” oli yhteydessä siihen, että osallisuus suunnittelussa koettiin tärkeäksi. Riski oli yli kaksinkertainen verrattuna referenssikategoriaan (”eri mieltä”).

Mallissa ”osallisuus päätöksenteossa” valinnanvapauden tärkeäksi kokeminen luokassa ”samaa mieltä” oli yhteydessä siihen, että osallisuus päätöksenteossa koettiin tärkeäksi. Valinnanvapauden tärkeäksi kokeminen luokassa ”ei samaa eikä eri mieltä” yhteys oli hieman heikompi, mutta riski oli kuitenkin noin kaksinkertainen verrattuna referenssikategoriaan (”eri mieltä”). Tämä saattaa ilmentää sitä, että käytännön tasolla asiaa ei tunneta. Suomessa tavallisten ihmisten ja palvelujen käyttäjien mukaan ottaminen palveluja koskeviin päätöksentekoon ja esimerkiksi sairaaloiden johtoryhmiin ei ole yleistä. Toisaalta esimerkiksi yhdistyksissä yhdistyksen jäsenet saavat mahdollisuuksia toimia hallituksen jäsenenä ja olla mukana päätöksenteossa.

Mallissa ”osallisuus päätöksenteossa” koulutusasteesta luokan ”perusaste” riski oli ensimmäisellä askeleella yli kolminkertainen ja toisella askeleella ristitulo suhde laski vähän, mutta oli edelleen yli kaksinkertainen verrattuna referenssikategoriaan (”tutkijakou-

lutusaste”). Koulutusasteesta luokan ”keskiaste” riski oli ensimmäisellä ja toisella askeleella yli kaksinkertainen verrattuna referenssikategoriaan (”tutkijakoulutusaste”). Mallissa ”osallisuus päätöksenteossa” riski oli vähän suurempi perusasteen koulutuksen suorittaneilla kuin keskiasteen koulutusasteen suorittaneilla.

Mallinnuksessa muuttujia lisättiin malliin mukaan askeltaen kahdessa vaiheessa. Tämä mahdollisti askelten selitysosuuksien vertailun. Mallin kaksi selitystaste oli sekä ensimmäisellä askeleella (2,3 %) että toisella askeleella (2,9 %) hyvin matala. Palvelujen käyttäjien kokemusten kerääminen on asiakasosallisuuden jaottelussa alimmalla asteella eli niin sanotulla näennäisosallistumisen tasolla. Osallisuudessa asiakas osallistuu päätöksentekoon ja asiakas voi vaikuttaa palveluprosessiin. Mallin ”asiakaskysely” kyselyväitämä oli asiakkaan osallistumista, ei osallisuutta, mikä saattaa selittää matalaa selitystastetta.

Tutkimustuloksia voidaan edelleen tarkastella myös yhdistäen Tritterin (2009b, 212–213) osallistumisen matriisia sekä Arnsteinin (1969, 217) tikapuumallia. Regressiomallien selitystasteissa oli havaittavissa osallisuuden hierakkinen jatkumo suhteessa valtaan. Malleissa, joissa selitettävänä oli suora osallistumisen muoto (”palveluihin vaikutusmahdollisuus” ja ”osallisuus päätöksenteossa”), selitystaste oli korkeampi. Sen sijaan malleissa, joissa selitettävänä oli epäsuora osallistumisen muoto (”asiakaskysely” ja ”osallisuus suunnittelussa”), selitystaste oli matalampi. Tutkimustulokset olivat Jonathan Tritterin (2009b, 212–213) osallistumisen matriisin sekä Sherry Arnsteinin (1969) tikapuumallin mukaisia. Tämä havainto tukee myös aikaisempaa kirjallisuutta, jossa on esitetty, että palvelujen käyttäjät haluavat osallisuutta, koska kokevat sen olevan keino jakaa valtaa (Beresford 2009, 251).

Tässä tutkimuksessa on tuotu esille, kuinka osallisuuden kokemuksen vakiintunutta indikaattoria ei ole aiemmin ollut saatavilla, ja kuinka osallisuuden hajallaan oleva käsitteistö on vaikeuttanut osallisuuden mittarin kehittämistä kansainvälisesti ja Suomessa. Tähän liittyen on myös Anna-Maija Isola (2016, 595) todennut erityisesti ministeriöiden tekstien tuovan julki osallisuuden olevan ”erilaisten lausumien ja merkitysten kansio”. Osallisuuden kokemusta mittaavia indikaattoreita on kuitenkin ollut kehitteillä. Jansen ym. (2014,

370–385) päättelivät osallisuuden muodostuvan ryhmän kautta. Tästä lähtökohdasta he kehittivät 16 väittämää sisältävän ryhmäosallisuuspatteriston (group inclusion scale) (mts. 370–385). Niin ikään myös Suomessa osallisuuden kokemuksen mittaamiseksi tehtiin ehdotus, jota toivottiin kunta- ja maakuntapäätäjien käyttävän tänä päivänä ja tulevaisuudessa. Ehdotuksessa subjektiivista osallisuutta esitettiin mitattavan kymmenestä väittämästä koostuvalla kysymyspatterilla (Isola ym. 2017, 3, 53–55; Leemann ym. 2018, 14–17). Sittenkin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Sokra-koordinaatiohankkeessa kehittämän, osallisuuden kokemusta mittaavan, kymmenen väittämää sisältävän osallisuusindikaattorin (Experiences of Social Inclusion Scale, ESIS) suomenkielinen versio on tieteellisesti validoitu. Mittari ei ole palvelujärjestelmä- tai kulttuurisidonnainen, joten osallisuusindikaattoria voi käyttää erilaisiin tutkimuksiin osallisuuden kokemuksen eri muotojen mittaamiseen sekä kansainvälisesti että Suomessa (Leemann, Martelin, Koskinen, Härkänen & Isola 2021, 1–25; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d.; ks. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja rajoitteet

Tutkimuksessa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tästä syystä tutkimuksessa halutaan tarkastella tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 226.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittauksen kokonaisluotettavuus muodostuu validiteetista ja reliabiliteetista. Validiteetilla tarkoitetaan, mitattiinko sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla viitataan mittauksen tulosten tarkkuuteen. Mittaustulos tulee olla toistettavissa samanlaisin tuloksin. (Heikkilä 2014b, 27–28; Vehkalahti 2014, 40–41.) Tutkimuksessa mittauksen luotettavuuden kannalta validiteetin tavoittelu on ensisijaista, koska vasta oikean asian mittaamisen jälkeen, on reliabiliteetin tavoittelu tärkeää (Vehkalahti 2014, 41, 116).

Vastausprosentti on tärkeä tutkimuksen luotettavuuden ilmentymä (Vehkalahti 2014, 44). Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -kyselyaineiston vastausprosentti oli noin 44 prosenttia. Vastanneista noin 50 prosenttia vastasi paperikyselyllä ja noin 50 prosenttia vastasi paperilomakkeella. Vertailuna voi esittää, että kyselytutkimuksissa vastausprosentit ovat yleisesti alle 50 prosentin suuruisia (Vehkalahti 2014, 44). Tosin Luoto toteaa

(Luoto 2009, 1647–1653), että jos vastausprosentti on 70 prosenttia, tutkimusta voidaan pitää hyvin onnistuneena. Puolestaan mikäli vastausprosentti on alle 60 prosenttia, tulokset saattavat olla valikoituneita ja tulkinta tulee tehdä harkiten (mts. 1647–1653). Näin ollen vastausprosentin perusteella (noin 44 prosenttia) tulokset saattoivat olla valikoituneita ja tutkimuksen yleistettävyys hieman heikentynyt. Tämän tutkimuksen tutkimustulosten yleistettävyudessa tulee myös ottaa huomioon, että tutkimuksen otoshenkilöt olivat Suomessa asuvia suomenkielisiä henkilöitä, joten tulokset eivät ole yleistettävissä kansainvälisesti. Niin ikään tutkimus pohjautui poikkileikkausaineistoon, joten kausaalisten päätelmien tekeminen ei ole mahdollista.

Puuttuvia tietoja esiintyy kaikissa tutkimuksissa. Luotettavuuden arvioinnin kannalta on hyvä tietää, paljonko aineiston vastauksissa esiintyy puutteellisia tietoja. (Vehkalahti 2014, 44, 81.) Ei osaa sanoa (eos) -vastaus on toisinaan puuttuva tieto (Alkula ym. 1994/2002, 88). Tutkimuksessa eos-vastaus saattaa olla myös aito vastausvaihtoehto, jonka vastaaja on voinut valita (ks. Schuman & Scott 1989, 398–408; Jokinen & Järvensivu 2014, 94). Jokinen ja Järvensivu (2014, 94) toteavat Vis-Visschersiin (2009) sekä Bethlehemisiin ja Biffignandiin (2012) viitaten eos-vastausten määrän olevan suurempi mielipidettä tai asennetta kartoittavissa kysymyksissä kuin faktapohjaisissa kysymyksissä. Faktakysymysten analysoinnissa eos-vastausten arvioidaan heikentävän aineiston laatua. Mielipide- ja asennekysymyksissä eos-vastaukset voivat kuitenkin olla osa aineiston tulkintaa. Eos-vastaamiselle on useita syitä. (Jokinen & Järvensivu 2014, 94–95.) Toisinaan vastaaja ei aidosti tiedä vastausta kysymykseen (mts. 94–95) tai on mahdollista, että tietää vastauksen, mutta ei osaa ottaa kantaa (ks. Heikkilä 2014). Lisäksi Jokinen ja Järvensivu (2014, 95) toteavat Vis-Visschersiin (2009) viitaten, että osa vastaajista ei käytä eos-vastausta, koska kokevat sen olevan tutkimukselle hyödytön tai vastaajat eivät halua osoittaa tietämättömyyttään aiheesta. Puolestaan Krosnick (2002, 87–100) on todennut heikkojen kognitiivisten taitojen ja alhaisen koulutustason nostavan eos-vastausalttiutta. Eos-vastaamista voidaan käyttää helppona etenemistienä sen sijaan, että vastaaja vaivautuisi miettimään asiaa (Alkula ym. 1994/2002, 88; Krosnick 2002, 87–100; Jokinen & Järvensivu 2014, 95). Toisaalta, mikäli eos-vaihtoehtoa ei ole annettu, saattaa vastaaja jättää kysymykseen kokonaan vastaamatta (Jokinen & Järvensivu 2014, 95). Tietojen puuttuminen kertoo myös jotain tutkittavasta ilmiöstä (Nummenmaa 2009, 158–159).

Tässä tutkimuksessa tavallisten ihmisten ja palvelujen käyttäjien näkemyksiä valinnanvapauden tärkeäksi kokemisesta kysyttiin neljällä eri vastausvaihtoehdolla, joissa jokaiseen vastausvaihtoehtoon sisältyi keskimmäisenä vaihtoehtona neutraali luokka ”ei samaa eikä eri mieltä”. Lisäksi osallisuuden tärkeäksi kokemista kysyttiin neljällä eri vastausvaihtoehdolla, joissa jokaiseen vastausvaihtoehtoon sisältyi viimeisenä vaihtoehtona luokka ”en osaa sanoa”. Tutkimuksessa selittävän valinnanvapaus -muuttujan luokka ”ei samaa eikä eri mieltä” sisällytettiin analyysiin omana luokkana, koska vastauksen koettiin olevan osa aineiston tulkintaa. Vastaaaja on ehkä pohtinut asiaa, mutta ei ole muodostanut mielipidettään valinnanvapauden tärkeydestä esimerkiksi tiedon puutteen vuoksi (ks. Alkula ym. 1994/2002, 88). Sen sijaan selittävän osallisuus -muuttujan luokka ”en osaa sanoa” samastettiin puuttuviin tietoihin ja vastaukset merkittiin analyysissä puuttuvaksi tiedoksi. Tämän tutkimuksen rajoituksena voi esittää, että tutkimuksessa käytettiin analyysimenetelmä binääristä logistista regressioanalyysiä, jossa selitettävä muuttuja on kaksiluokkainen. Mikäli analyysimenetelmänä olisi käytetty logistisen regressioanalyysin laajennusta, multinomiaalista logistista regressiota, selitettävä muuttuja olisi voinut saada useampia luokkia. Näin ollen vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” olisi voinut olla osa aineiston tulkintaa.

Tutkimuksen aineistossa luokan ”ei samaa eikä eri mieltä” vastausten vaihteluväli valinnanvapauden tärkeäksi kokemisen osalta oli noin 13–21 prosenttia. Luvut saattavat liittyä siihen, että valinnan mahdollisuuksia ei palvelujenkäyttäjien keskuudessa ehkä tunneta riittävästi. Tästä johtuen vastaaminen kysymykseen saatettiin kokea myös vaikeaksi. Sen sijaan osallisuuden tärkeäksi kokemisen osalta luokan ”en osaa sanoa” vaihteluväli oli matalampi eli noin 1–6 prosenttia. Kyselylomakkeessa osallisuuden kysymysten sisältö oli ehkä tutumpi ja niihin saattoi olla siten helpompaa vastata. Niin ikään valinnanvapautta koskevan kysymyksen vaihtoehtoihin oli jättänyt kokonaan vastaamatta (missing) noin 2 prosenttia ja osallisuutta koskevan kysymyksen vaihtoehtoihin oli jättänyt kokonaan vastaamatta (missing) noin 1 prosenttia. Taustatekijöiden puuttuvien tietojen (missing) vaihteluväli oli noin 0–2 prosenttia.

Muuttujien väliset yhteydet eivät yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa usein ole kovin korkeita. Sosiaalinen todellisuus on monesta osasta koostuva kokonaisuus ja ihmisten toimintaa sekä asenteita selittävät monet eri tekijät. (Jokivuori & Hietala 2017, 37–38.) Tutkimuksen regressiomalleissa oli nähtävissä yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle ominainen ilmiöiden moniselitteisyys, joka tuli esiin myös mallien alhaisena selitysas- teena (3–16 %) (ks. myös Hirschovits-Gerz 2014, 503). Kimmo Vehkalahti toteaa (2014, 133), että ”Selitysas- teella, – –, on perustavaa laatua oleva heikkous: se kasvaa, kun mal- liin lisätään selittäjiä, oli näillä selitysvoimaa tai ei”. Näin ollen tutkimuksessa mallien selitysas- te tarjoaa vain suuntaa antavaa tietoa ja selitysas- te kertoo mallien luotettavuus- desta aika vähän (mts.133).

Kvantitatiivisissa tutkimuksissa käytetyt käsitteet muutetaan mitattavaan muotoon eli operationaalistetaan. Yleisiä kriteerejä parhaalle operationaaliselle määritelmälle ei ole. Mikä johtaa siihen, että käsitelmääritys sekä mittareiden luonti on aina tulkintaa. Tästä voi seurata validiusongelmia. (Hirsjärvi ym. 2008, 150–151, 153; ks. myös KvantiMOTV 2008.) Kyselytutkimuksissa validiuskysymykset tulee ottaa huomioon koko mittarin suunnitteluvaiheessa ja validiuden tavoite tulee pitää mielessä edelleen koko mittaamisen ajan. Yhteiskuntatieteellisissä tutkimuksissa käytetään usein abstrakteja käsitteitä. Abstraktisten käsitteiden yleinen hahmottaminen ja määrittely edellyttävät myös käsitteen sisällön teoreettisia pohdintoja. Abstrakteja käsitteitä voidaan kuvata eri väittämistä koos- tuvilla kysymyksillä, joista voidaan muodostaa käsitettä mittaavia kysymyspatteristoja. Tutkijan tulee tutkimuksessaan kyetä vakuuttamaan itsensä ja muut valittujen indikaatto- reiden empiirisestä kattavuudesta. Onkin selvää, että mittareiden sisällön järkevä ja riit- tävä perustelu edellyttää tutkijalta aihepiiriin tuntemusta sekä aikaisempien tutkimusten ja muun kirjallisuuden kartoittamista. Sosiaalitutkimuksen abstraktisten käsitteiden ilme- nemismuotojen on niin ikään todettu olevan usein kulttuuri- ja aikasidonnaisia. (Alkula ym. 1994/2002, 89–90, 92–93; ks. myös KvantiMOTV 2008.) Tähän voidaan lisätä vielä, että kyselymittarit toimivat myös vallankäytön välineenä. Ylipäänsä kyselymittarit ja - mittareilla tuotettu tieto uusintavat yhteiskunnallisia ilmiöitä. (Boehm, Bowman & Zinn 2013, 309–318; Järvinen 2018, 192; Leemann ym. 2018, 52.)

Osallisuuden indikaattorin validointiprosessissa tarkasteltiin indikaattorin sisäistä konsis- tenssia eli yhdenmukaisuutta ja rakennevaliditeettia. Sisäisessä konsistenssissa painopiste

oli siinä, kuinka yksittäiset kysymykset liittyvät toisiinsa sekä kysymysten kyvyssä kuvata osallisuuden erilaisia tekijöitä. Indikaattorin sisäistä konsistenssia tarkasteltiin tutkimuksessa aiemmin Cronbachin alfan ja faktorianalyysin avulla (ks. Leemann ym. 2018, 14–17.) Tutkimuksessa käytettiin osallisuuden kokemuksen mittaamiseen aineiston kyselylomakkeesta kysymystä, joka sisälsi neljä väittämää. Väittämät kuvasivat tapoja, joilla tavalliset ihmiset ja palvelujen käyttäjät voivat tuoda mielipiteitään ja kokemuksiinsa esille vaikutusmahdollisuuksista ja palvelujen asiakaslähtöisyydestä. Tutkimuksen alaluvussa 2.3 kuvattiin Jonathan Tritterin osallistumisen matriisi. Tutkimusaineiston kyselylomakkeessa osallisuutta kartoittaviin neljään väittämään sisältyi havaintojeni mukaan Tritterin osallistumisen matriisin jaottelu. Näin ollen väittämien sisältö kattoi tärkeät osallisuuden ulottuvuudet. Tämä osoittaa tutkimuksessa käytetyn osallisuuden indikaattorin sisäisen konsistenssin vahvuuden myös tältä osin.

Aineiston kyselylomakkeessa valinnanvapauden tärkeänä pitämistä tiedusteltiin väestöltä ja asiakkailta kysymyksellä, jossa oli neljä väittämää (terveysasema, sairaala, lääkäri ja hoitaja). Luvussa kolme esitettiin valinnanvapauden sisällön eri ulottuvuuksia. Tässä tutkimuksessa valinnanvapaudella tarkoitettiin palveluntuottajan ja ammattilaisen valintaa. Kysymyksen väittämien indikaattorit kattoivat riittävästi käsitteen eri näkökulmia. Lisäksi tutkimuksessa analysoitiin aiemmin esianalyyseissä faktorianalyysin ja reliabiliteettikerroin Cronbachin alfan avulla valinnanvapauden muuttujien sisäistä konsistenssia.

Tutkimuksen rajoituksena voidaan esittää, että käytetyllä aineistolla ei kyetty perusteellisesti hyödyntämään Shalom Schwartzin (1992) arvomallin mahdollisuuksia. Tämän tutkimuksen vahvuus puolestaan oli, että tutkimuksen toteuttamisen vaiheista annettiin tarkka selostus. Tutkimuksessa myös määriteltiin tutkimuksen kannalta olennaiset käsitteet selvästi ja perustellusti. Tutkimuksen aineisto on kerätty vuonna 2015 eli aineisto oli aika tuore. Tämä myös on tutkimuksen vahvuus ja lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Lisäksi tutkimuksen vahvuutena oli esianalyysien teko valinnanvapaus ja osallisuus muuttujille.

9.3 Johtopäätökset

Tutkimuksessa selvitettiin palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen väestön ja asiakkaiden näkökannalta. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin koulutusasteen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Analyyseissa huomioitiin myös sukupuoli, ikä, työmarkkina-asema ja terveydentila. Tutkimuksessa palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnalla tarkoitettiin tavallisten ihmisten ja palveluiden käyttäjien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, onko tärkeää voida itse valita terveysasema, sairaala, lääkäri ja hoitaja. Tutkimuksessa käytettiin palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan käsitteen ohella valinnanvapauden käsitettä.

Tutkimuksessa käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) suunnitteleman ja toimeenpaneman väestötutkimuksen Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -kyselyaineistoa (n = 2626). Poikkileikkaustutkimuksena toteutettu väestötutkimus suoritettiin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelun tueksi.

Tutkimuksen aineistoa kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen, sekä koulutusasteen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen selvitettiin askeltavalla logistisella regressioanalyysillä. Tutkimustulokset osoittivat, että palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisella oli yhteys osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Tuloksena oli, että malleissa ”palveluihin vaikutusmahdollisuus”, ”osallisuus suunnittelussa” sekä mallissa ”osallisuus päätöksenteossa” oli voimakkaampi yhteys, ja mallissa ”asiakaskysely” selitystaso oli selvästi matalampi. Malli ”asiakaskysely” oli asiakkaan osallistumista, ei aitoa asiakkaan osallisuutta, mikä saattoi selittää matalaa selitystasoa. Lisäksi koulutusasteella oli mallissa ”asiakaskysely” (keskiaste, ylempi korkeakouluaste) ja mallissa ”osallisuus päätöksenteossa” (perusaste, keskiaste) yhteys osallisuuden tärkeäksi kokemiseen.

Tutkimuksen taustoituksessa käsiteltiin osallisuutta eri näkökulmilta sekä valinnanvapauden taustaa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Taustoitus auttoi ymmär-

tämään osallisuuden moniulotteisuutta sekä valinnanvapauden ja osallisuuden kehittymistä Suomessa. Tutkimuksessa tarkasteltiin lisäksi mitä arvot ovat, ja esiteltiin Shalom Schwartzin (1992) arvomalli. Valinnanvapaus ja asiakkaiden osallisuuden edistäminen ovat Suomessa usein mainittu arvoja. Tutkimuksessa suhteutettiin valinnanvapaus ja osallisuus Schwartzin (1992) arvojen rakenteen malliin, koettaen löytää tapoja sijoittaa valinnanvapaus ja osallisuus Schwartzin (1992) arvokehään. Tutkimuksessa oletettiin valinnanvapauden arvon sijoittuvan itseohjautuvuuden arvotyyppiin, ja osallisuuden arvon sijoittuvan vallan arvotyyppiin. Osallisuuden neljä muotoa, joita olivat palveluihin vaikutusmahdollisuus, asiakaskysely, osallisuus suunnittelussa ja osallisuus päätöksenteossa, etenivät hierarkkisena jatkumona vallan arvolohkossa. Lisäksi osallisuuden oletettiin sijoittuvan myös universalismin ja hyväntahtoisuuden arvotyyppeihin. Jotta valinnanvapaus ja osallisuus olisi voitu sovittaa luotettavasti Schwartzin (1992) arvokehään, olisi toiminnan motivaatiopohja täytynyt olla tiedossa. Etenkin osallisuuden motivaatiosta on edelleen niukasti tietoa. Osallisuus on moniselitteinen arvo, joten se ei ole ”motivaatioltaan puhdas” arvo (ks. Helkama 2018b, 303). Jatkotutkimuksissa olisi kiinnostavaa tarkastella osallisuuden motivaatiopohjaa vertailemalla yksilön henkilökohtaisen arvojärjestelmän ja sosiaalisen arvojärjestelmän (ks. Rohan 2000, 265-267, 272–273) eroja. Käytännöstä tietoa voitaisiin hyödyntää terveydenhuollossa väestön sekä asiakkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain määrittämän valinnanvapauden toteutumisesta on toistaiseksi Suomessa saatavilla vähän tutkimuksia. Julkaistut tutkimukset ovat pääosin palveluseteliin liittyviä. Asiakkaiden näkökulmaa on tutkimuksissa huomioitu vähän. Keskusteluissa on vähemmän nostettu esille sitä, millaisia valintoja asiakkaat kokevat tärkeäksi. Etenkin asiakkaiden oikeudesta valita heitä hoitava ammattilainen on keskustelu ollut niukkaa. (Junnila & Whellams 2016, 29, 35–36.) Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin väestön ja asiakkaiden mielipiteitä sekä kokemuksia. Tutkimuksessa keskeistä oli kartoittaa yleisellä tasolla palveluntuottajan ja ammattilaisen valinnan tärkeäksi kokemisen yhteyttä osallisuuden tärkeäksi kokemiseen. Jotta voitaisiin ymmärtää asiakasosallisuuden kokonaisuutta, olisi perusteltua tutkia tuonnempana myös asiakasosallisuuden toteutumisen vaikutuksia todellisessa valintatilanteessa. Jatkotutkimuksissa voi-

taisiin esimerkiksi selvittää asiakkaan omakohtaisia kokemuksia siitä, onko mahdollisuudella palveluntuottajan tai ammattilaisen valintaan koettu olevan vaikutuksia palveluiden käyttäjän kokemukseen asiakkaana (ks. Linnanmäki 2017, 1623–1625; ks. myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022). Asiakkaiden osallisuuden vaikutusten kokemusten kerääminen mahdollistaisi tulevaisuudessa myös asiakasosallisuuden arviointia.

Suomessa on luotu hyvät lähtökohdat väestön ja asiakkaiden osallisuuden vahvistamiselle. Niit ja Raudsepp (2005, 314) ovat todenneet Helkamaan (1999) viitaten, että Schwartzin (1992) esittämien arvo-ulottuvuuksien toteutuminen asenteissa ja toiminnossa on todennäköisempää, mikäli vastaava yhteys on myös kulttuurisesti sekä psykologisesti selvä ja näkyvä. Kun osallisuuden arvo on yhteiskunnassamme yhteisesti jaettu ja näkyvä, arvo todennäköisemmin ilmenee myös palvelujen asiakaslähtöisyytenä sekä ihmisten asenteissa ja toiminnassa. Arvot vahvistuvat arvojen esilläolosta (Bardi & Goodwin 2011, 271–287). Vastakin on tärkeää pitää asiakkaan osallisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhtenä lähtökohtana ja strategisena valintana, sekä ylläpitää asiakkaan osallisuutta arvona.

LÄHTEET

- Aalto A.-M., Junnila, M., Muuri, A., Sinervo, T., Vehko, T. & Pekurinen, M. 2016a. Väestön mielipiteitä valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimuksesta tiiviisti 20, lokakuu 2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.3.2019 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131275/URN_ISBN_978-952-302-728-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aalto, A.-M., Manderbacka, K., Muuri, A., Karvonen, S., Junnila, M. & Pekurinen, M. 2016b. Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalouden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4, maaliskuu 2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.12.2018 <http://www.julkari.fi/handle/10024/130233>
- Aalto, A.-M., Muuri, A. & Syrjä, V. 2017. Uudistuvat sosiaali- ja terveystaloudet 2015 [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 1.0 (2017-01-17). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. Viitattu 5.12.2018 <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD3146>
- Alkula, T., Pöntinen, S & Ylöstalo, P. 1994/2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.–4. painos. Helsinki: WSOY.
- Arnstein, S. 1969. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35 (4), 216–224. <https://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html> Viitattu 30.3.2021
- Bardin, A. & Goodwin, R. 2011. The dual route to value change: Individual processes and cultural moderators. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 42 (2), 271–287.
- Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. 1995. *Nykyajan jäljillä. Refleksiivinen modernisaatio.* Suom. L. Lehto. Tampere: Vastapaino.
- Beresford, P. 2009. Osallistumisen ja valinnan jännitteet terveydenhuollossa – palvelunkäyttäjän näkökulma. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Suom. A. Alanko & J. Mäki-Kojola. Helsinki: Gaudeamus, 248–256.
- Beresford, P. 2013. *Beyond the usual suspects. Towards inclusive user involvement.* London: Shaping Our Lives.

- Bethlehem, J. & Biffignandi, S. 2012. Handbook of Web Surveys. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Birchall, J. & Simmons, R. 2004. User Power: The participation of users in public services. London: National Consumer Council.
- Boehm, M., Bowman, D. & Zinn, J. O. 2013. Survey Research and the Production of Evidence for Social Policy. *Social Policy & Society* 12 (2), 309–318.
- Campbell, C. & Jovchelovitch, S. 2000. Health, Community and Development: Towards a Social Psychology of Participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10 (4), 255–270.
- Chydenius, M., Saarinen, A. & Tynkkynen, L.-K. 2016. Terveystieteen valinnanvapaus eduskuntapuolueiden ohjelmissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53 (4), 242–257.
- Cowden, S. & Singh, G. 2007. The “User”: Friend, foe or fetish? A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy*, 27 (1), 5–23.
- Dalton, R. J. & Welzel, C. 2014. *The Civic Culture Transformed: From Allegiant to Assertive Citizenship*. New York: Cambridge University Press.
- Dixon, A., Robertson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N. & Magee, H. (2010) *Patient Choice. How patients choose and how providers respond*. The King’s Fund. Viitattu 27.11.2020.
- Elder, G. H. Jr. & Johnson, M. K. 2003. The life course and aging: Challenges, lessons, and new directions. Teoksessa R. A. Jr. Setterson (toim.) *Invitation to life course: Towards new understandings of later life*. Amityville, NY: Baywood, 49–81.
- Ellemers, N. & Jetten, J. 2013. The many ways to be marginal in a group. *Personality and Social Psychology Review*, 17 (1), 321.
- Eskola, A. 1982. *Vuorovaikutus, muutos, merkitys: sosiaalipsykologian perusteiden kriittinen tarkastelu*. Helsinki: Tammi.
- ETENE, 2011. *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. ETENE-julkaisu 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE ja Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.3.2021 <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f->

193cfdce9841/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali-
+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf

- Fredriksson, M., Eriksson, M. & Tritter, J. 2018. Who wants to be involved in health care decisions? Comparing preferences for individual and collective involvement in England and Sweden. *BMC Public Health*, 18 (1), 1–10.
- Fredriksson, M. & Tritter, J. Q. 2017. Disentangling patient and public involvement in healthcare decisions: why the difference matters. *Sociology of Health & Illness*, 39 (1), 95–111.
- Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R. & Smith, L. 2008. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy* 13 (3), 178–184.
- Giddens, A. 1979. *Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis*. London and Basingstoke: Macmillan.
- Gollust, S. & Rahn, W. 2015. The bodies politic: Chronic health conditions and voter turnout in the 2008 election. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 40 (6), 1115–1155.
- Hallamaa, J. 2020. Potilaan osallisuus omassa asiassaan. Teoksessa P. Hietanen, J. Kalleva-Kerola & E. Pyörälä (toim.) *Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus*. Helsinki: Duodecim, 39–47.
- Healy, K. 2000. *Social work practices: Contemporary perspectives on change*. London: Sage Publications.
- Heikkilä, T. 2014a. Faktorianalyysi. Tilastollinen tutkimus. Edita. Viitattu 12.10.2018 <http://www.tilastollinentutkimus.fi/5.SPSS/Faktorianalyysi.pdf>
- Heikkilä, T. 2014b. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, T. 2014c. Reliabiliteettikerroin Cronbachin alpha. Tilastollinen tutkimus. Edita. Viitattu 11.10.2018 <http://www.tilastollinentutkimus.fi/5.SPSS/Reliabiliteetti.pdf>
- Helkama, K. 2001. Arvot, sosiaaliset representaatiot ja asenteet. Teoksessa K. Helkama, R. Myllyniemi & K. Liebkind. *Johdatus sosiaalipsykologiaan*. 3.–4. painos. Helsinki: Edita, 177–210.
- Helkama, K. 2009. *Moraalipsykologia. Hyvän ja pahan tällä puolen*. Helsinki: Edita.

- Helkama, K. 2015. Suomalaisten arvot. Mikä meille on oikeasti tärkeää? Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Helkama, K. 2018a. Arvokas elämä – sosiaalipsykologin mietteitä. Teoksessa K. Kajannes (toim.) Missä mennään: puheenvuoroja. Athanor, 9–10.
- Helkama, K. 2018b. Suomalainen identiteetti ja arvot: sosiaalipsykologista historiaa. *Psykologia* 53 (04), 302–319.
- Helkama, K., Uutela, A. & Schwartz, S. 1992. Value systems and political cognition. Teoksessa G. Breakwell (toim.) *Social psychology of political and economic cognition*. London: Surrey University Press.
- Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. 2001. Johdatus sosiaalipsykologiaan. 3.–4. painos. Helsinki: Edita.
- Helkama, K. & Seppälä, T. 2006. Arvojen muutos Suomessa 1980-luvulta 2000-luvulle. Teoksessa R. Heiskala & E. Luhtakallio (toim.) *Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta?* Helsinki: Gaudeamus, 131–155.
- Helkama, K. Olakivi, A. & Sortheix, F. M. 2014. Hyvinvointi, terveys ja arvot Pyhtäällä 1975–2007. Teoksessa P. Kuusela & M. Saastamoinen (toim.) *Hyvän elämän sosiaalipsykologia: Toimijuus, tunteet ja hyvinvointi*. Unipress, 71–83.
- Hirschovits-Gerz, T. 2014. Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat. *Acta Universitatis Tamperensis* 1963. Tampere: Tampere University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirvilampi, T. 2015. Kestävän hyvinvoinnin jäljillä. Ekologisten kysymysten integroiminen hyvinvointitutkimukseen. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 136. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Hoggett, P. 2001. Democracy, social relations and ecowelfare. *Social Policy and Administration*, 35 (5), 608–626.
- Högnabba, S. 2008. Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä? Tutkimus Bikva-arviointimenetelmän vaikutuksista. *Stakesin raportteja* 34/2008. Helsinki: Stakes. Viitattu 3.9.2018
file:///C:/Users/a390464/AppData/Local/Temp/R34-2008-VERKKO-1.pdf
- Isola, A.-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R. Schneider, T., Valtari, S. & Ketotokoi, A. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa.

- Työpaperi 33/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.
Viitattu 29.5.2018
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1
- Isola, A.-M. & Leemann Lars. 2021. Osallisuuden kokemus on hyvinvoinnin ja terveyden tekijä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58, 381–383.
- Isotalo, A. 2017. Elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa Suomessa. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 12.3.2021 <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144134/AnnalesC447Isotalo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jansen, W. S., Otten, S., van der Zee, K. I., & Jans, L. 2014. Inclusion: Conceptualization and measurement. *European Journal of Social Psychology*, 44 (4), 370–385.
- Jokinen, E., Rintamäki, T., Saloranta, A., Joensuu, J. & Rannisto, P.-H. 2019. Asiakkaan valinnanvapaus ja asiakasarvon toteutuminen sote-palveluissa palvelusetelilainsäädännön kautta (VARVO). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:53. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 11.9.2019 <https://tietokayttoon.fi/julkaisut/raportti?pubid=URN:ISBN:978-952-287-780-2>
- Jokinen, M. & Järvensivu M. 2014. En osaa sanoa -vastaaminen verkkokyselyissä. *Hyvinvointikatsaus* 4, 93–98.
- Jokivuori, P. & Hietala, R. 2007. Määrällisiä tarinoita: monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Helsinki: WSOY.
- Jokivuori, P. & Hietala, R. 2014. Määrällisiä tarinoita: monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Verkkoaineisto. Jyväskylä: Docendo.
- Jones, M. 2018. Kansalaisuus ja osallistuminen. Luento Tampereen yliopistossa kursilla Terveys politiikassa, taloudessa ja järjestelmissä 27.3.2018.
- Jones, M. & Pietilä, I. 2018. ”The citizen is stepping into a new role” – Policy interpretations of patient and public involvement in Finland. *Health and Social Care in the Community* 26 (2), e304–e311.
- Julkunen, I. & Heikkilä, M. 2007. User involvement in personal social services. Teoksessa R. van Berkel & B. Valkenburg (toim.) *Making it personal. Individualising activation services in the EU*. Bristol: Policy Press, 87–103.

- Junnila, M. & Nykänen E. 2016. Valinnanvapaus Suomessa: 1990-luvun valtionosuus-uudistuksesta Sipilän hallitukseen. Teoksessa M. Junnila, L. Hietapakka & A. Whellams (toim.) Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 11/2016, 37–61.
- Junnila, M. & Whellams, A. 2016. Valinnanvapauden liittyvät uskomukset. Teoksessa M. Junnila, L. Hietapakka & A. Whellams (toim.) Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 11/2016, 26–36.
- Järvinen, K.-M. 2018. Miten mittari toimii? Tutkimus työelämän mittarin rakentumisesta. Acta Universitatis Tamperensis 2342. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 26.4.2021 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102663/978-952-03-0629-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kaikkonen, R., Hietapakka, L., Pentala, O., Whellams, A. & Junnila, M. 2016. Väestön kokemuksia valinnanvapaudesta. Teoksessa M. Junnila, L. Hietapakka & A. Whellams (toim.) Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 11/2016, 131–152.
- Kalliomaa-Puha, L. 2015. Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi? Teoksessa M. Niemelä, L. Kokkinen, J. Pulkki, A. Saarinen & L.-K. Tynkkynen (toim.) Terveydenhuollon muutokset: Poliittikka, järjestelmät ja seuraukset. Tampere: Tampere University Press, 133–153.
- Karvonen, S. 2016. Esipuhe. Teoksessa M. Junnila, L. Hietapakka & A. Whellams (toim.) Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 11/2016, 3.
- Ketokivi, M. 2015. Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. Helsinki: Gaudamus.
- Kiilakoski, T., Gretschel, A. & Nivala, E. 2012. Osallisuus, kansalaisuus ja hyvinvointi. Teoksessa A. Gretschel & T. Kiilakoski (toim.) Demokratiaoppitunti. Lasten ja nuorten kunta 2010-luvun alussa. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura julkaisuja 118. Helsinki: Hakapaino, 9–33.

- Kirves, K. 2013. Määrälliseen aineistoon perustuvien tutkielmien menetelmäopas. Tampereen yliopisto, YKY, psykologia. Viitattu 28.10.2018
<http://www.uta.fi/yky/psy/kaytannot/index/Menetelmaopas%202013-1.pdf>
- Kivinen, T., Vanjusov, H. & Vornanen, R. Asiakkaan ääni – osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 267–293.
- Kohonen, I. 2020. Ihmiseen kohdistuvaa tutkimusta vastuullisesti. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 57 (3), 275–278.
- Kohonen, K. & Tiala, T. 2002. Johdanto. Teoksessa K. Kohonen & T. Tiala (toim.) Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi. Helsinki: Sisäasiainministeriö, Osallisuushanke, 5–8.
- Koivisto, J., Isola, A.-M. & Lyytikäinen, M. 2018. Osallisuus kuuluu kaikille. Innokylän innovaatiokatsaus. Työpäperi 9/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 22.8.2018 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136074/URN_ISBN_978-952-343-077-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. 2009a. Johdanto. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 9–20.
- Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko A. 2009b. Lopuksi – valinnat ja vastuu terveydenhuollossa. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 276–288.
- Kokkonen, T., Närhi, K. & Matthies, A.-L. 2013. Osallisuuden reunaehdot palvelujärjestelmässä. Teoksessa T. Era (toim.) Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. Jyväskylä, 35–49. Viitattu 20.8.2018
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAISUJA1562013_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Komiteamietintö 1971. Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö 1. Yleiset periaatteet. A25. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

- Koskiaho, B. 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Palvelutalous ja sosiaalipoliitikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Krosnick, J. A. 2002. The causes of no-opinion responses to attitude measures in surveys: They are rarely what they appear to be. Teoksessa R. M. Groves, D. A. Dillman, J. L. Eltinge & R. J. A. Little (toim.) Survey Nonresponse. New York: John Wiley, 87–100. Viitattu 26.9.2019 <https://pprg.stanford.edu/wp-content/uploads/2002-The-causes-of-no-opinion-responses-to-attitude-measures-in-surveys.pdf>
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 914. Tunkkarin terveydenhuollon kuntayhtymä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere. Viitattu 20.8.2018 <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kuntaliitto 2017. Kuntalaisten osallistuminen. Viitattu 5.9.2018 <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/demokratia-ja-hallinto/demokratia-ja-osallisuus/kuntalaisten-osallistuminen>
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uusittu painos. Tampere: Vastapaino.
- Kuusinen-James, K. 2016. Setelipeliä. Tutkimus palveluseteliä säännöllisessä kotihoitossa käyttävien iäkkäiden henkilöiden valinnanvapaudesta. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 32. Väitöskirja. 27.11.2020 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/169030/SETELIPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kuusinen-James, K. 2017. Valinnanvapaus herättää myönteisiä mielikuvia, mutta on myös suuri yhteiskunnallinen kysymys. Gerontologia, 31 (1), 57–61. Viitattu 6.8.2019 <https://journal.fi/gerontologia/article/view/61054>
- KvantiMOTV. 2003. Regressioanalyysin rajoitteet. Viitattu 29.11.2018 <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/regressio/rajoitteet.html>
- KvantiMOTV. 2007. Mittaaminen: Muuttujien ominaisuudet. Viitattu 17.8.2019 <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>

- KvantiMOTV. 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Viitattu 15.8.2019
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>
- KvantiMOTV. 2009. Logistinen regressio. Viitattu 29.11.2018
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/logregressio/logistinen.html>
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 31. Kuopio: Kopijyvä Oy. Viitattu 20.8.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/
- Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. 2015. Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.9.2012 https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/6d5b8baf-d5e4-4618-add6-ca0b9a81f214
- Leemann, L., Kuusio, H. & Hämäläinen, R.-M. 2015. Sosiaalinen osallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.9.2019 https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Sosiaalinen_Osallisuus.pdf/4bc56a65-8eb2-41c3-87b8-0cd963a2c600
- Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka 81 (5), 586–594.
- Leemann, L., Isola, A.-M., Kukkonen, M., Puromäki, H., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. 2018. Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi. Kyselytutkimuksen tuloksia. Työpaperi 17/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.8.2019 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136551/URN_ISBN_978-952-343-119-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Leemann, L., Martelin, T., Koskinen, S., Härkänen, T. & Isola, A.-M. 2021. Development and psychometric evaluation of the experiences of social inclusion scale. *Journal of Human Development and Capabilities*, 1–25. Viitattu 16.4.2022 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19452829.2021.1985440>
- Le Grand, J. 2007. *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton and Oxford: Princeton university press.

- Linnanmäki, E. 2017. Asiakkaan ääni kuuluviin sote-palveluissa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 133 (18), 1623–1625. Viitattu 21.4.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/18/duo13914?keyword=Linnanm%C3%A4ki>
- Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (15) 1647–1653.
- Martela, F. 2015. *Valonöörit – Sisäisen motivaation käsikirja*. Helsinki: Gummerus.
- Matthies, A.-L. 2017. Osallistumisen lupaus ja petos hyvinvointipalveluissa. *Sosiologia* 54 (2), 149–165.
- Mattila, M., Lahtinen, H., Rapeli, L. & Wass, H. 2016. Terveys ja poliittinen kiinnittyminen. Teoksessa K. Grönlund & H. Wass (toim.) *Poliittisen osallistumisen eriytyminen*. Eduskuntavaalitutkimus 2015. Helsinki: Oikeusministeriö, 415–434. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75240>
- Mattila, M., Wass, H., Lahtinen, H., Martikainen, P., Rapeli, L., Sund, R. & Söderlund P. 2018. Terveys ja poliittinen osallisuus. Tutkimustuloksia terveyden ja poliittisen kiinnittymisen välisestä suhteesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 83 (2), 182–190.
- Metsämuuronen, J. 2008. *Monimuuttujamenetelmien perusteet*. Metodologia – sarja 7. 2. korj. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Myllyniemi, R. 2005. Sosiaaliset vuorovaikutusjärjestelmät yhteisöllisten arvosuuntausten lähteinä. Teoksessa A.-M. Pirttilä-Backman, M. Ahokas, L. Myyry & S. Lähteenoja. *Arvot, moraali ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen*. Helsinki: Gaudeamus, 258–278.
- Myllyniemi, R. 2012. Tapasimme tutkijan. *Psykologia* 47 (05–06), 432.
- Mäenpää, P. & Faehnle, M. 2021. Neljäs sektori – Kuinka kaupunkiaktivismi haastaa hallinnon, muuttaa markkinat ja laajentaa demokratiaa. Tampere: Vastapaino.
- Mäntyneva, P. & Hiilamo, H. 2018. Osallisuuden ja osattomuuden dynamiikka työtoiminnassa. Etnografinen tutkimus kolmella kuntouttavan työtoiminnan kentällä. *Yhteiskuntapolitiikka* 83 (1), 18–28.
- Nabatchi, T. & Leighninger, M. 2015. *Public Participation for 21st Century Democracy*. New Jersey: Hoboken. Sivunumerot?
- Niit T. & Raudsepp, M. 2005. Virolainen ympäristöpsykologia muutoksen aalloissa: ensimmäiset (ja viimeiset) 30 vuotta vai toinen tuleminen? Teoksessa A.-M. Pirttilä-Backman, M. Ahokas, L. Myyry & S. Lähteenoja. *Arvot, moraali ja*

- yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Suom. M. Ahokas ja I. Mattsson. Helsinki: Gaudeamus, 304–324.
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 1. painos (uud. laitos). Helsinki: Tammi.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.
- Palola, E. 2011. Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa E. Palola & V. Karjalainen (toim.) Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Helsinki: Unigrafia Oy Yliopistopaino, 283–309.
- Pessi, A. B. & Oravasaari, T. A. 2010. Kansalaisjärjestötoiminnan ytimessä: Tutkimus RAY:n avustamien sosiaali- ja terveysjärjestöjen vapaaehtoistoiminnasta. RAY avustustoiminnan raportteja 23.
- Pohjanheimo, E. 1997. Arvojen muutos, työ ja sosiaalinen tausta. Tutkimus työikäisistä pyhtäläisistä 1982–1993. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia. Helsinki: Hakapaino.
- Pohjanheimo, E. 2005. Pysyvää ja eriytyvää: arvomuutoksia Suomessa 1970-luvulta nykypäivään. Teoksessa A.-M. Pirttilä-Backman, M. Ahokas, L. Myyry & S. Lähteenoja. Arvot, moraali ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Suom. M. Ahokas ja I. Mattsson. Helsinki: Gaudeamus, 237–257.
- Prilleltensky, I. 2008. The role of power in wellness, oppression, and liberation: the promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology* 36 (2), 116–136.
- Puohiniemi, M. 1995. Values, consumer attitudes and behavior. An application of Schwartz's value theory to the analysis of consumer behavior and attitudes in two national samples. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia 3/1995. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Puohiniemi, M. 2002. Arvot, asenteet ja ajankuva. Opaskirja suomalaisen arkielämän tulkintaan. Vantaa: Limor.
- Puohiniemi, M. 2003. Löytöretki yrityksen arvomaailmaan. Espoo: Limor.
- Puohiniemi, M. 2006. Täsmäelämän ja uusyhteisöllisyyden aika. Vantaa: Limor.

- Puohiniemi, M. 2011. Arvot, asenteet ja ympäristönsuojelu. Teoksessa P. Harju-Autti, A. Neuvonen & L. Hakkarainen. Ympäristötietoisuus. Suomalaiset 2010-lukua tekemässä. Ympäristöministeriö. Helsinki: Rakennustieto, 31–48.
- Puohiniemi, M. & Verkasalo, M. 2016. Value change in Finland 1991–2015. Esitys IACCP:n kokouksessa Nagoyassa heinäkuussa 2016.
- Punna, M., Malinen, K., Sevón, E. & Sihvonen, S. 2017. Kannattaako asiakkaan toimijuuden ja itseohjautuvuuden vahvistaminen? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 54 (2), 155–158.
- Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Osallisuuden rakentuminen 2010-luvun tavoite- ja toimintaohjelmissa. Teoksessa T. Era (toim.) Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156, 12–34. Viitattu 20.8.2018
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAISUJA1562013_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S. H. & Knafo, A. 2002. The big five personality factors and personal values. *Personality and Social Psychology Bulletin* 28 (6), 789–801.
- Rohan, M. J. 2000. A rose by any name? The values construct. *Personality and Social Psychology Review* 4 (3), 255–277.
- Rokeach, M. 1973. *The Nature of Human Values*. New York: Free Press.
- Salmikangas, A.-K. 2002. Osallistumiskokeiluja ja -kokemuksia. Teoksessa K. Kohonen & T. Tiala (toim.) *Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi*. Helsinki: Sisäasiainministeriö, Osallisuushanke, 13–18.
- Sassi, S. 2002. Kulttuurinen identiteetti ja osallisuus. Teoksessa P. Bäcklund, J. Häkli & H. Schulman (toim.) *Osalliset ja osaajat. Kansalaiset kaupungin suunnittelussa*. Helsinki: Gaudeamus, 58–74.
- Schuman, H. & Scott, J. 1989. Response Effects Over Time: Two Experiments. *Sociological Methods & Research* 17 (4), 398–408.

- Schwartz, S. H. 1992. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. Teoksessa M. P. Zanna (toim.) *Advances in experimental social psychology*, 25. San Diego: Academic Press, 1–65.
- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E. Fischer, R. Beierlein, C., Ramos, A., Verkasalo, M., Lönnqvist, J.-E., Demirutku, K., Dirilen-Gumus, O. & Konty, M. 2012. Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology* 103 (4), 663–688.
- Sihvo, S., Isola, A.-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, E. & Sainio, S. 2018. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.8.2018 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160828>
- Sinervo, T., Tynkkynen, L.-K. & Vehko, T. 2016a. Johdanto. Teoksessa T. Sinervo, L.-K. Tynkkynen & T. Vehko. (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Raportti 16/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, 13–27. Viitattu 17.3.2021 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN_ISBN_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1
- Sinervo, T., Tynkkynen, L.-K. & Vehko, T. 2016b. Johtopäätökset. Teoksessa T. Sinervo, L.-K. Tynkkynen & T. Vehko. (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Raportti 16/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, 115–124. Viitattu 17.3.2021 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN_ISBN_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1
- Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ajetaan hallitusti alas – tehtyä työtä voidaan hyödyntää. Valtioneuvoston tiedote 8.3.2019. Viitattu 6.7.2019. https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa?_101_INSTANCE_YZfcyWxQB2Me_groupId=10623
- Stevanovic, M., Valkeapää, T., Weiste, E. & Lindholm, C. 2018. Osallisuus ja yhteinen päätöksenteko mielenterveyskuntoutuksessa. *Psykologia* 53 (05–06), 402–420.
- Suhonen, P. 1988. *Suomalaisten arvot ja politiikka*. Juva: WSOY.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Uudistuvat sosiaali- ja terveystalvet 2015. Viitattu 07.12.2018 <https://thl.fi/en/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/uudistuvat-sosiaali-ja-terveyspalvelut-2015>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021. Köyhyyttä kokeneilla usein matala osallisuuden kokemus – THL:n osallisuusindikaattori auttaa vähentämään syrjäytymistä. Viitattu 17.4.2022 <https://thl.fi/fi/-/koyhyutta-kokeneilla-usein-matala-osallisuuden-kokemus-thl-n-osallisuusindikaattori-auttaa-vahentamaan-syrjaytymista>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Asiakasosallisuuden johtaminen sosiaali- ja terveystalvetuissa. Viitattu 18.4.2022 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/asiakasosallisuuden-johtaminen-sosiaali-ja-terveyspalveluissa>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos n.d. Osallisuusindikaattori mittaa osallisuuden kokemusta. Viitattu 16.4.2022 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/tutkimus/osallisuusindikaattori-mittaa-osallisuuden-kokemusta>
- Tilastokeskus. Koulutusastejaottelu – avain. Viitattu 23.4.2021 <https://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/popup/kouluste.html>
- Tritter, J. Q. 2009a. Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 12 (3), 275–287.
- Tritter, J. 2009b. Vallankumous vai hidas muutos – Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Suom. A. Alanko & M. Koivusalo. Helsinki: Gaudeamus, 210–226.
- Tritter, J. Q. & McCallum, A. 2006. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76, 156–168.
- Tritter, J., Koivusalo, M., Ollila, E. & Dorfman, P. 2010. *Globalisation, markets and healthcare policy. Redrawing the patient as consumer*. London and New York: Routledge.

- Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Acta Wasaensia no 267. Sosiaali- ja terveystieteiden tiede 7. Vaasa: Universitas Wasaensis.
- Valtioneuvoston selonteko. 2002. Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittymisestä. Viitattu 3.9.2018
https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/selonteko/Documents/vns_3+2002.pdf
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.
- Victoor, A., Delnoij, D. M. J., Friele, R. D. & Rademakers J. J. D. J. M. 2012. BMC Health Services Research 12 (272), 1–16.
- Vis-Visschers, R. 2009. Presenting 'don't know' in web surveys. 29.4.2009. Statistics Netherlands.
- Whellams, A. 2016. Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työpaperi 2/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 25.8.2018
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129795/URN_ISBN_978-952-302-605-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuksessa mainitut lait, direktiivit ja asetukset

- Kuntalaki 365/1995. Kumottu säädös
- Kuntalaki 410/2015
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta 1201/2013
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987
- Lastensuojelulaki 417/2007
- Nuorisolaki 1285/2016
- Perustuslaki 731/1999
- Potilasdirektiivi 2011: Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävissä terveydenhuollossa. Euroopan unionin virallinen lehti 4.4.2011.
- Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki 1301/2014
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Liite 2: Varsinaisen selittävän muuttujan vastausten jakaumat (n = 2568–2581)

		Vastanneet		Yhteensä		Puuttuvat	
		n	%	n	%	n	%
VALINNANVAPAAUS							
Minulle on tärkeätä, että voin itse valita terveysaseman							
	Täysin samaa mieltä	1137	43,3				
	Jokseenkin samaa mieltä	870	33,1				
	Ei samaa eikä eri mieltä	380	14,5				
	Jokseenkin eri mieltä	153	5,8				
	Täysin eri mieltä	41	1,6				
				2581	98,3	45	1,7
Minulle on tärkeätä, että voin itse valita sairaalan							
	Täysin samaa mieltä	1078	41,1				
	Jokseenkin samaa mieltä	878	33,4				
	Ei samaa eikä eri mieltä	433	16,5				
	Jokseenkin eri mieltä	146	5,6				
	Täysin eri mieltä	43	1,6				
				2578	98,2	48	1,8
Minulle on tärkeätä, että voin itse valita lääkärin							
	Täysin samaa mieltä	1289	49,1				
	Jokseenkin samaa mieltä	826	31,5				
	Ei samaa eikä eri mieltä	336	12,8				
	Jokseenkin eri mieltä	95	3,6				
	Täysin eri mieltä	32	1,2				
				2578	98,2	48	1,8
Minulle on tärkeätä, että voin itse valita hoitajan							
	Täysin samaa mieltä	918	35,0				
	Jokseenkin samaa mieltä	903	34,4				
	Ei samaa eikä eri mieltä	539	20,5				
	Jokseenkin eri mieltä	146	5,6				
	Täysin eri mieltä	62	2,4				
				2568	97,8	58	2,2

Liite 3: Selitettävän muuttujan vastausten jakaumat (n = 2595–2608)

		Vastanneet		Yhteensä		Puuttuvat	
		n	%	n	%	n	%
OSALLISUUS							
Mahdollisuus vaikuttaa omaa palveluunsa tai hoitoonsa liittyviin asioihin							
	Erittäin tärkeää	1608	61,2				
	Melko tärkeää	910	34,7				
	Ei kovin tärkeää	71	2,7				
	Ei lainkaan tärkeää	5	0,2				
	En osaa sanoa	14	0,5				
				2608	99,3		
						18	0,7
Palvelujen käyttäjien kokemuksia kerätään esimerkiksi asiakaskyselyllä							
	Erittäin tärkeää	542	20,6				
	Melko tärkeää	1395	53,1				
	Ei kovin tärkeää	550	20,9				
	Ei lainkaan tärkeää	61	2,3				
	En osaa sanoa	47	1,8				
				2595	98,8		
						31	1,2
Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun (esimerkiksi asiakasraadit)							
	Erittäin tärkeää	653	24,9				
	Melko tärkeää	1142	43,5				
	Ei kovin tärkeää	599	22,8				
	Ei lainkaan tärkeää	107	4,1				
	En osaa sanoa	99	3,8				
				2600	99,0		
						26	1,0
Tavallisia ihmisiä otetaan mukaan palveluja koskevaan päätöksentekoon (esimerkiksi sairaaloiden johtoryhmät)							
	Erittäin tärkeää	524	20,0				
	Melko tärkeää	928	35,3				
	Ei kovin tärkeää	767	29,2				
	Ei lainkaan tärkeää	224	8,5				
	En osaa sanoa	159	6,1				
				2602	99,1		
						24	0,9