



**TURUN
YLIOPISTO**

Aikuisväestön luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmään 2011–2021

Turun yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Sosiaalitieteiden laitos
Sosiaalipolitiikan oppiaine
Pro gradu -tutkielma

Laatija:
Santeri Ahtikari

Huhtikuu 2023
Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu
Turnitin Originality Check -järjestelmällä.

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Sosiaalipolitiikan oppiaine

Tekijä: Santeri Ahtikari

Otsikko: Aikuisväestön luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmään 2011–2021

Ohjaaja: Sosiaalipolitiikan professori Veli-Matti Ritakallio

Sivumäärä: 74 sivua + liitteet

Päivämäärä: Huhtikuu 2023

Luottamus hyvinvointivaltion instituutioihin on tärkeää sen legitimitietin kannalta. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ensisijainen tehtävä on tuottaa tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti terveystalvueluita koko väestölle. Järjestelmän tavoitteena on muun muassa edistää väestön terveyttä, kaventaa terveyseroja ja taata ihmisille riittävä toimintakyky. Terveydenhuoltojärjestelmässä on havaittu olevan eriarvoistavia piirteitä, joilla voi olla kielteinen vaikutus järjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen eri väestöryhmissä.

Tutkin pro gradu -tutkielmassani, onko aikuisväestön luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan muuttunut vuodesta 2011 vuoteen 2021 ja miten nämä mahdolliset muutokset näkyvät eri sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä sekä muissa tutkimuksessani mukana olevissa tekijöissä. Lisäksi selvitan, onko hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia yhteydessä Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen.

Tutkimukseni on kvantitatiivinen vertaileva tutkimus. Analyysimenetelminä käytän ristiintaulukointia ja multinomiaalista logistista regressioanalyysia. Tutkimusaineistoina käytän ISSP-sarjan vuosien 2011 & 2021 Terveys: Suomen aineistoja ja ne analysoin SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Tutkimuksessani terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen olivat yhteydessä vastaajan koulutus, koettu terveydentila ja halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi. Luottamus oli korkeinta vastaajissa, jotka olivat suorittaneet korkea-asteen. Vastaaja luotti terveydenhuoltojärjestelmään sitä enemmän, mitä paremmaksi hän koki terveydentilansa. Luottamus oli korkeampaa niissä vastaajissa, jotka olivat halukkaita maksamaan korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi kuin niissä, jotka olivat tähän haluttomia. Hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia oli yhteydessä järjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Luottamus oli korkeampaa niissä vastaajissa, jotka eivät olleet jääneet ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia kuin niissä, jotka olivat jääneet ilman hoitoa.

Tulosten mukaan aikuisväestön luottamus järjestelmää kohtaan kasvoi merkittävästi vuodesta 2011 vuoteen 2021 riippumatta vastaajan sosioekonomisesta tai -demografisesta ryhmästä tai muista tutkimuksessani mukana olevista tekijöistä. Siitä huolimatta erot luottamuksessa eri sosioekonomisten ja -demografisten ryhmien sekä muiden tekijöiden sisällä pysyivät suhteellisen samana. Tutkimuksessani koettu terveydentila ja hoitoon pääsy olivat luottamuksen kannalta merkityksellisempiä tekijöitä, kuin vastaajan sosioekonomiset ja -demografiset ominaisuudet.

Avainsanat: Suomen terveydenhuoltojärjestelmä, terveydenhuolto, luottamus, luottamus instituutioihin, koettu terveys

Sisällysluettelo

| | |
|--|----|
| 1. JOHDANTO..... | 1 |
| 2. SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ..... | 4 |
| 2.1. Julkinen sektori | 6 |
| 2.2. Yksityinen sektori..... | 6 |
| 2.3. Järjestöt..... | 7 |
| 2.4. Terveysthuoltojärjestelmän rahoitus ja menot | 7 |
| 2.5. Terveysthuoltojärjestelmän kritiikki | 8 |
| 3. LUOTTAMUS | 10 |
| 3.1. Luottamuksen erilaiset määrittelyt | 10 |
| 3.2. Luottamus instituutioihin | 12 |
| 4. AIKAISEMPAA TUTKIMUSTA | 16 |
| 4.1. Tutkimus Suomessa..... | 16 |
| 4.2. Tutkimus kansainvälisesti | 18 |
| 4.3. Yhteenvedoa aikaisempien tutkimusten tuloksista..... | 19 |
| 5. TUTKIMUSASETELMA | 22 |
| 5.1. Tutkimuskysymykset..... | 22 |
| 5.2. Hypoteesi..... | 23 |
| 5.3. Aineisto | 24 |
| 5.4. Käytettävät muuttajat | 25 |
| 5.5. Tutkimusmenetelmät | 32 |
| 6. LUOTTAMUS SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄÄN 2011-2021 | 34 |
| 6.1. Muuttujien jakaumat..... | 34 |
| 6.2. Selittävien muuttujien yhteys selitettävään muuttujaan | 38 |
| 6.3. Vuosien 2011 ja 2021 välinen vertailu..... | 45 |
| 6.4. Hoitoon pääsemättömyys ja luottamus terveydenhuoltojärjestelmään 2011–2021..... | 51 |
| 6.5. Monimuuttuja-analyysi | 55 |
| 7. POHDINTA | 61 |
| 7.1. Tulosten linkittyminen terveydenhuoltojärjestelmän uudistukseen..... | 61 |
| 7.2. Jatkotutkimuksen tarve..... | 63 |
| 8. JOHTOPÄÄTÖKSET | 66 |
| KIRJALLISUUS | 68 |
| AINEISTOT JA LIITTEET | 75 |

Taulukot

| | |
|--|----|
| Taulukko 1. Selitettävän muuttujan jakaumat & vuosien 2011 ja 2021 aineistojen välisen muutoksen tilastollinen merkitsevyys selitettävän muuttujan osalta. | 34 |
| Taulukko 2. Selittävien muuttujien jakaumat..... | 36 |
| Taulukko 3. Vuoden 2011 aineisto. Selittävien muuttujien yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (%). | 40 |
| Taulukko 4. Vuoden 2021 aineisto. Selittävien muuttujien yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (%). | 43 |
| Taulukko 5. Vuosien 2011 ja 2021 aineistojen välisen muutoksen tilastollinen merkitsevyys selittävien muuttujien osalta. | 47 |
| Taulukko 6. Jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia viimeisen 12kk aikana. Muuttujan jakauma. | 52 |
| Taulukko 7. Vuoden 2011 aineisto. Hoitoon pääsemättömyyden liian pitkän hoitojonon takia ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen välinen yhteys (%). | 53 |
| Taulukko 8. Vuoden 2021 aineisto. Hoitoon pääsemättömyyden liian pitkän hoitojonon takia ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen välinen yhteys (%). | 53 |
| Taulukko 9. Vuosien 2011 ja 2021 aineistojen välisen muutoksen tilastollinen merkitsevyys selittävän muuttujan osalta. | 54 |
| Taulukko 10. Vuoden 2011 aineisto. Sosioekonomisten ja -demografisten tekijöiden sekä muiden selittävien muuttujien yhteys Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. | 58 |
| Taulukko 11. Vuoden 2021 aineisto. Sosioekonomisten ja -demografisten tekijöiden sekä muiden selittävien muuttujien yhteys Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. | 60 |

Kuviot

| | |
|---|---|
| Kuvio 1. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä. Terveyspalveluiden järjestäminen, rahoitus, tuotanto ja valvonta (STM 2013) | 5 |
| Kuvio 2. Terveydenhuollon menot vuosina 2000–2019. Hinnat ilmoitettu vuoden 2019 hinnoin, miljardia euroa (THL 2022a). | 8 |

1. JOHDANTO

Eduskunta hyväksyi kesäkuussa 2021 lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). Lain mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu siirtyy vuoden 2023 tammikuussa kahdellekymmenelleyhdelle uudelle hyvinvointialueille (THL 2021). Tämän lain ja uudistuksen tavoitteena on kaventaa väestön hyvinvointi- ja terveysteroja sekä luoda tasa-arvoisempi palveluiden saatavuus (STM 2022a; Soteuudistus 2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtyminen uusille hyvinvointialueille on osa sote-uudistusta, joka aloitettiin jo vuonna 2003 Vanhasen I hallituksen toimesta (Ahonen, Ahopelto, Heikkinen, Huovinen-Tervo, Pekkala & Tolonen 2021, 2). Sote-uudistuksen matka on ollut pitkä ja siihen on sisällynyt monia erilaisia vastoinkäymisiä. Nyt kuitenkin vaikuttaisi siltä, että se on saatu päätökseen. Hyvinvointialueiden aloittamisen ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtymisestä johtuen on mielenkiintoista tutkia suomalaisen aikuisväestön luottamusta Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. Muurin, Aallon, Manderbackan & Arffmanin (2019, 293) mukaan palveluita uudistaessa on tärkeää huomioida väestön näkemykset ja mielipiteet palvelujärjestelmästäan liittyen.

Luottamus on yksi ehto sille, että pystymme elämään ja toimimaan yhdessä (Kotkavirta 2000, 55). Luottamus on yhteiskuntaa koossa pitävä voima (Simonen, Westinen, Pitkänen & Heikkilä 2021, 11) ja se ylläpitää sekä rauhaa että järjestystä (Hoy & Tschannen-Moran 1999, 185). Luottamus on välttämätöntä, jotta yhteiskunnan toiminta voi olla sujuvaa (van der Schee, Braun, Calnan, Schnee & Groenewegen 2007, 57). Luottamuksen ajatellaan tyypillisesti liittyvän ihmisten välisiin suhteisiin, mutta sitä voi tuntea myös asioita kohtaan. Ihmiset voivat luottaa yksittäiseen ihmiseen tai kokonaiseen instituutioon. (Gilson 2003, 1454; Ilmonen & Jokinen 2002, 12; Kotkavirta 2000, 58–59; Keskinen 2005, 78.) Luottamus on tärkeä elementti instituutioiden toiminnalle ja toimivuudelle. Tämä korostuu varsinkin silloin, kun niiden tehtävänä on luoda tai tuottaa myönteisiä vaikutuksia ihmisille, kuten Suomessa terveydenhuoltojärjestelmällä. Luottamuksen voidaan ajatella toimivan eräänlaisena mittarina sille, miten hyvin ja reilusti jokin myönteisiä vaikutuksia tuottava instituutio onnistuu tehtävässään. Instituutioiden olemassaolo vaatii ihmisten luottamuksen sitä kohtaan ja sen kykyyn toteuttaa sille määritellyt tehtävät (Kankainen 2007, 55).

Yhteiskunnat, joissa on korkea luottamus, on myös toimivammat instituutiot (Uslaner, E.M 2003, 172). Suomessa instituutioita kohtaan tunnettu luottamus on keskimääräistä korkeampaa (Julkunen 2006, 43). Kansainvälisistä vertailuista ilmenee, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeisiä etuja on korkea luottamuksen aste (Roos, 2013, 145). Tämä korostuu varsinkin Suomessa, sillä vain tanskalaiset luottavat toisiin ihmisiin yhtä paljon, kuin suomalaiset (Kestilä & Karvonen 2019, 18). Suomessa luottamus kuitenkin kohdistuu ensisijaisesti tuttuihin ihmisiin, kuten perheenjäseniin (Kankainen 2007, 59).

Sosiaalipolitiikan oppiaineen tutkimus keskittyy vahvasti hyvinvointiin sekä niitä turvaaviin järjestelmiin (Turun yliopisto 2022). Sosiaalipolitiikan tehtävänä on väestön hyvinvoinnin varmistaminen, joka terveyspalveluiden osalta tarkoittaa muun muassa niiden oikeudenmukaista kohdentumista (Teperi 2006, 186). Edellä mainitut syyt toimivat perusteluina tutkimukseni relevanttiudelle ja linkittymiselle oppiaineeni tutkimuskentälle. Lisäksi tutkimustarvetta perustelee luottamuksen merkitys terveydenhuoltojärjestelmän toiminnalle ja olemassa ololle. Luottamus on tärkeää terveydenhuoltojärjestelmille (Gilson 2003, 1461). Terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan kasvavalla epäluottamuksella voi olla vakavat seuraukset muun muassa sen legitimitetille. Legitimitetti on sosiaalipoliittisen järjestelmän elinehto, joka perustuu kansalaisten luottamukseen (Valtioneuvoston kanslia 2023). Terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvan luottamuksen tutkiminen voi mahdollisesti parantaa järjestelmän tehokkuutta ja tällä tavoin edistää ihmisten terveyttä (Gille, Smith & Mays 2015, 62), joihin toivon tutkimukseni voivan vaikuttaa myönteisesti.

Tutkin pro gradu -tutkielmassani aikuisväestön luottamusta Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan vuosina 2011–2021. Tarkoitukseni on selvittää, onko aikuisväestön luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan muuttunut kokonaisuudessaan sekä eri sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä vuodesta 2011 vuoteen 2021 ja minkälaisista mahdollisista muutoksista on kysymys. Lisäksi selvitän, onko hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Idea tutkimusaiheeseen kumpuaa hyvinvointialueiden ympärillä vallinneeseen yhteiskunnalliseen keskusteluun sekä kysymyksiin terveydenhuollon palveluiden ja resurssien riittävydestä. Lisäksi väestössä kasvaneet terveyserot ja niiden kaventaminen motivoivat tutkimuksen toteuttamiseen. Hyvinvointivaltion sekä sen instituutioiden toiminnan edellytyksenä on kansalaisten luottamus, jonka vuoksi on tärkeää ja mielenkiintoista kartoittaa luottamuksen nykytilaa ja tarkastella siinä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia vuodesta 2011

vuoteen 2021 koko väestössä sekä yksittäisissä sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä sekä muissa tutkimuksessani mukana olevissa tekijöissä. Hyvinvointivaltion hyväksyttävyyden on riippuvainen siitä, pitääkö väestö järjestelmää luotettavana (Aalto, Muuri, Ilmarinen & Ikonen 2022, 290). Tämä tarkoittaa sitä, että on koko suomalaisen hyvinvointivaltion legitimitietin kannalta tärkeää kartoittaa sen eri instituutioita ja järjestelmiä kohtaan tunnettua luottamusta.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on ison muutoksen edessä ja sen sujuva toimeenpano edellyttää väestön luottamusta, jonka vuoksi tutkimukseni on yhteiskunnallisesti relevantti ja tärkeä. Tarkoitukseni on tuoda tutkimuskentälle eräänlainen tilannekuva tämänhetkisestä terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvan luottamuksen tilasta ja selvittää, onko luottamuksen trendi nouseva vai laskeva koko väestön tai yksittäisten sosioekonomisten ja -demografisten ryhmien tasolla. Toivon tutkimukseni voivat toimia suuntaa antavana informaationa, kun tulevaisuudessa pohditaan terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvia uudistuksia sekä niiden mahdollisia vaikutuksia yksilöiden sekä eri väestöryhmien tasoilla.

Tutkimukseni etenee seuraavasti. Seuraavaksi esittelen tutkimukseni keskeiset käsitteet, Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja luottamuksen sekä niiden eri ulottuvuudet. Lisäksi esittelen osana tutkimukseni teoreettista viitekehystä aikaisempien, tutkimukseni kontekstiin suorasti tai epäsuorasti linkittyvien tutkimuksien tuloksia. Tämän jälkeen esittelen tutkimusasetelmani, eli tutkimuskysymykset, hypoteesini, tutkimukseni aineistot ja muuttujat sekä käyttämäni tutkimusmenetelmät. Kuudennessa luvussa esittelen tutkimustulokseni, eli aikuisväestön luottamuksen Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan vuosina 2011 ja 2021 sekä näiden vuosien välisen vertailun. Lisäksi selvitän hoitoon pääsemättömyyden ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen välistä mahdollista yhteyttä sekä toteutan monimuuttuja-analyysini. Pohdinta-luvussa pyrin linkittämään tutkimustulokseni vuosien 2011 ja 2021 välillä toteutettuihin Suomen terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksiin sekä esittelen jatkotutkimusideoita. Tuloksieni ja uudistusten välisen yhteyden pohdinta on mielenkiintoista, sillä Aallon ym. (2022, 289) mukaan terveydenhuoltojärjestelmää koetelleet muutokset ovat voineet vaikuttaa väestön luottamukseen sitä kohtaan. Viimeisessä luvussa esittelen tuloksieni pohjalta tutkimukseni johtopäätökset, eli vastaukset tutkimuskysymyksiini.

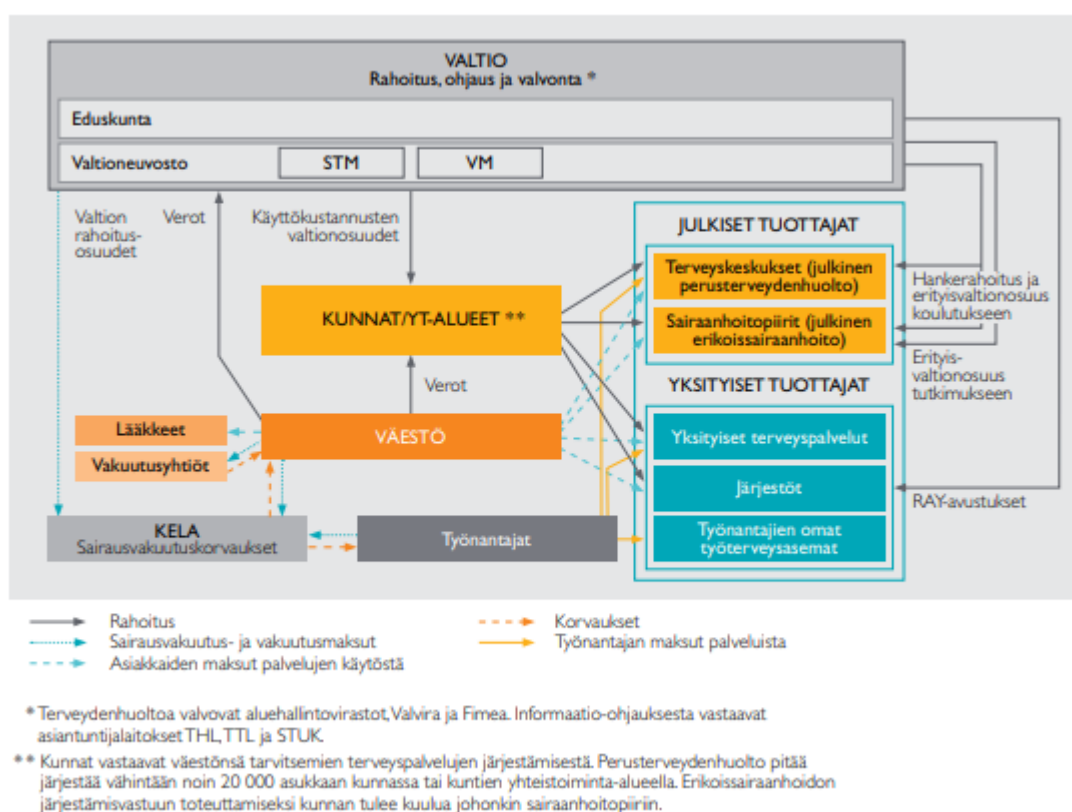
2. SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

Tässä luvussa esittelen Suomen terveydenhuoltojärjestelmää, siihen kuuluvia sektoreita, sen rahoitusta ja siihen kohdistunutta kritiikkiä. Pro gradu -tutkielmani valmistumisen aikaan keväällä 2023 kaksikymmentäyksi uutta hyvinvointialuetta ovat jo aloittaneet toimintansa, jonka myötä myös Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenne ja siihen kuuluvien eri toimijoiden ja sektorien tehtävät sekä toimintamuodot ovat voineet joiltakin osin olla muuttuneet. Tutkimuksessani käyttämieni aineistojen keruiden ajankohdat ovat ennen hyvinvointialueiden aloittamista, jonka vuoksi en niitä tai keväällä 2023 jo nykyisen järjestelmän rakennetta esittelen tutkimuksessani tarkemmin. Sen sijaan avaan sitä terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta, joka Suomessa oli käytössä ennen hyvinvointialueiden aloittamista. Tämä tarkoittaa siihen kuuluvia eri palvelusektoreita sekä niiden rooleja ja tehtäviä osana koko terveydenhuoltojärjestelmää. Esittelen terveydenhuoltojärjestelmää presensissä, vaikka kirjoittamishetkellä osa sen piirteistä ovat jo vanhentuneita tai niitä ei ole enää edes olemassa. Lisäksi esittelen lyhyesti Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rahoitusta ja kokonaisuutena vuonna 2020, joka on tutkimukseni kirjoittamisen aikaan tuorein saatavilla oleva tieto. Lopuksi tarkastelen terveydenhuoltojärjestelmän kohtaamaan kritiikkiä, jonka tarkoituksena on taustoittaa tutkimukseni toteuttamista.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu pohjoismaiseen malliin (Sihto, Palosuo, Topo, Vuorenkoski & Leppo 2013, 421–422) ja sen perustana on kunnallinen terveydenhuolto (STM 2013, 10). Terveydenhuollon tavoitteena on muun muassa edistää väestön terveyttä, vahvistaa hyvinvointia, taata työ- ja toimintakyky sekä kaventaa väestön terveyseroja (STM 2022d). Ennen hyvinvointivalttioiden aloittamista tammikuussa 2023, vastuu terveydenhuollon järjestämisestä on kunnilla (EU-terveydenhoito 2023). Vaikka kunnat vastaavat terveystalouden järjestämisestä, niiden ei ole pakko tuottaa palveluita itse, vaan niitä on mahdollista ostaa yksityisiltä toimijoilta tai kolmannelta sektorilta (Pekurinen 2014, 21). Palvelut on myös mahdollista tuottaa yhteistyössä muiden kuntien kanssa (EU-terveydenhoito 2023).

Terveydenhuoltojärjestelmän ensisijainen tehtävä on tuottaa terveystaloudellisia palveluita. Terveystalouden peruserä on tarjota jokaisella Suomessa asuvalle henkilölle yhdenvertainen mahdollisuus saada yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät terveystaloudelliset palvelut

riippumatta tämän sosioekonomisesta asemasta (Blomgren & Hiilamo 2012, 76; Manderbacka & Keskimäki 2013, 261). Suomen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen perusrakenne tukevat terveydenhuollon tasa-arvoisuutta (Manderbacka & Keskimäki 2013, 261). Alla olevassa kuviossa esitetään Suomen terveydenhuoltojärjestelmään kuuluvat sektorit, erilaiset rahoitus- ja maksukanavat sekä valvonnasta ja ohjauksesta vastaavat instituutiot.



Kuvio 1. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä. Terveyspalveluiden järjestäminen, rahoitus, tuotanto ja valvonta (STM 2013)

Kuviossa 1 on esitetty Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä ne osa-alueet, joita tulen tutkimuksessani seuraavaksi avaamaan, eli julkinen ja yksityinen sektori, järjestöt ja terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus. Kuviossa on myös sellaista informaatiota, jota tässä tutkimuksessa ei käsitellä. Tämän kuvan valintaa perustelee se, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä oli erittäin haasteellista löytää kuvaa, joka soveltuisi tutkimukseeni. Lisäksi haasteeksi muodostui, että kuvan tuli kuvastaa terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta vuosien 2011 ja 2021 väliltä.

2.1. Julkinen sektori

Väestön luottamus julkiseen terveydenhuollon palvelujärjestelmään on tärkeä asia (Aalto ym. 2022, 289). Julkisen sektorin terveyspalvelut jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon (EU-terveydenhoito 2023; Kestilä, L. Knape, N. & Hetemaa, T. 2019, 189; STM 2022b). Perusterveydenhuollon tavoitteena on tarjota terveyden- ja sairaanhoidon palveluita terveyskeskuksissa (Kestilä ym. 2019, 189). Perusterveydenhuollon palveluista ehkä se yleisin ja näkyvin osa on terveysasema, joita löytyy pääsääntöisesti jokaisesta Suomen kunnasta vähintään yksi (Kokko 2013, 251). Suomessa perusterveydenhuoltoon sisältyy monia palveluita, jotka lukeutuvat muissa maissa erikoissairaanhoidon, kuten esimerkiksi laboratoriotutkimukset (mt. 2013, 247).

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sairaaloissa annettavaa hoitoa erikoislääkäreiden toimesta (Kestilä ym. 2019, 193). Erikoissairaanhoidosta vastaavat sairaanhoitopiirit, jollaiseen jokaisen kunnan on kuuluttava (Kokko 2013, 255; STM 2013, 12). Lisäksi Suomessa on viisi erityisvastuualuetta, jotka muodostuvat yliopistosairaaloiden ympärille. Nämä yliopistosairaalat sijaitsevat Helsingissä, Turussa, Tampereella, Oulussa ja Kuopiossa. Näissä yliopistosairaaloissa tuotetaan ja annetaan vaativinta hoitoa. (EU-terveydenhoito 2023.)

2.2. Yksityinen sektori

Yksityisen sektorin terveyspalveluiden tarkoitus on täydentää julkisen sektorin palveluita (STM 2013, 12). Yksityisillä terveyspalveluilla pyritään vastaamaan väestön ikääntymisestä johtuvaan kasvaneeseen kysyntään ja tarpeeseen (STM 2022d). Yksityiset palveluntuottajat myyvät palveluitaan esimerkiksi kunnalle tai suoraan asiakkaalle (STM 2013). Yleisimmät yksityisen sektorin terveyspalvelut ovat lääkäri- ja hammaslääkäripalvelut (Kokko 2013, 256) sekä fysioterapiapalvelut ja työterveyshuolto (STM 2022d).

Yksityisten terveydenhuollon yritysten täytyy hakea lupaa toiminnalleen joko toimimansa alueen aluehallintovirastolta tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralta (EU-terveydenhoito 2023). Yksityisten terveyspalveluiden tuottajilta kerätään vuosittain toimintakertomustiedot aluehallintovirastojen ja Valviran toimesta, joissa ilmoitetaan muun muassa palveluiden toimintatiedot sekä mahdolliset henkilöstössä tai toimitiloissa tapahtuneet

muutokset (THL 2022b). Yksityiset terveystalvet ovat pääasiallisesti sijoittuneet eteläiseen Suomeen ja suuriin kaupunkeihin (STM 2022d).

2.3. Järjestöt

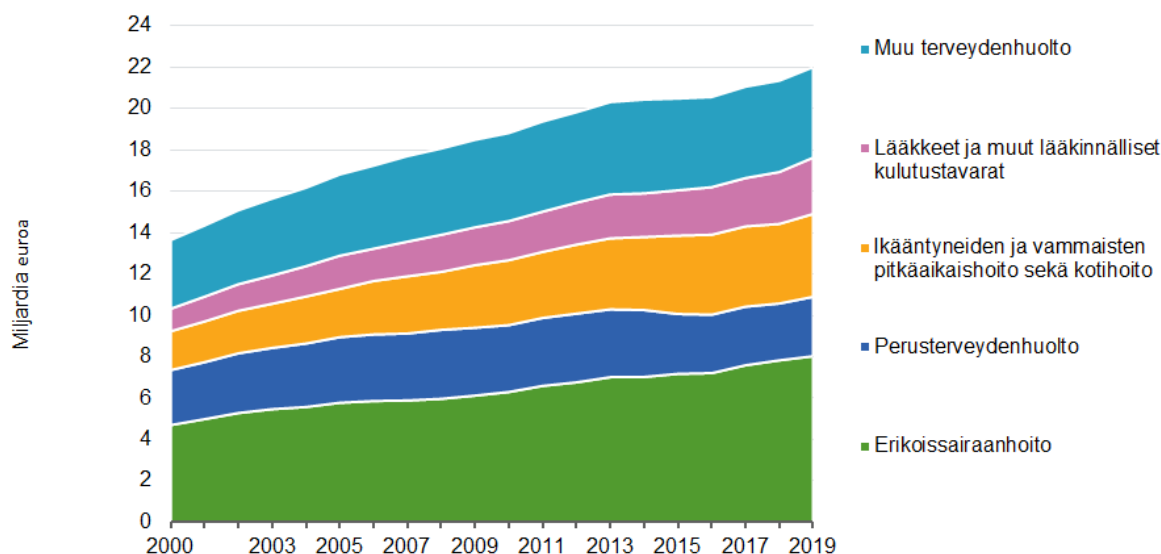
Julkisen ja yksityisen sektorin lisäksi Suomessa on oma kenttä terveystalvetille, jotka tuottavat niin yksityisiä, kuin julkisia terveystalvetuita (STM 2022d). Suomessa toimii merkittävä määrä järjestöjä, jotka tuottavat terveystalvetuita ja toimivat julkisen sektorin tukena (EU-terveydenhoito 2023). Järjestöt, eli niin sanottu ”kolmas sektori” edustavat kansalaisyhteiskuntaa (Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio 2013, 338). Järjestöt nähdään yksityisinä terveystalvetuiden tuottajina sekä muun muassa sosiaalista hyvinvointia ja osallisuutta edistävinä toimijoina (Niemelä & Auvinen 2021, 15). Järjestöjen toiminta pitää sisällään muun muassa vapaaehtoistoimintaa sekä edunvalvontaa (Koskinen-Ollonqvist & Aalto-Kallio 2013, 339; Toiviainen 2013, 348). Järjestöjen toiminnan avulla edistetään väestön terveyttä (STM 2023a). Järjestöjen työllä on suuri merkitys varsinkin haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden terveydelle (EU-terveydenhoito 2023).

2.4. Terveystalvetuhojärjestelmän rahoitus ja menot

Suomessa terveydenhuollon rahoitus on monikanavainen. Järjestelmässä toimivia rahoittajia ovat muun muassa kunnat, valtio ja Kela. (Pekurinen 2014, 11.) Kuntien terveydenhuollon rahoitus perustuu kunnallisverosta saataviin tuottoihin (mt. 2014, 21) sekä valtionosuuksiin, jotka perustuvat palveluiden järjestämisen tukemiseen, kunnan asukaslukuun, asukkaiden ikäjakaumaan ja sairastavuuteen (STM 2013, 11). Kelan osuus terveydenhuollon rahoituksesta tapahtuu sairausvakuutusrahastosta (Pekurinen 2014, 21). Kela maksaa sairaanhoitokorvauksia, joka on korvaava osa kustannuksista henkilön käydessä esimerkiksi sairauden tai synnytyksen vuoksi yksityisellä lääkäriillä (Kela 2023). Edellä mainittujen lisäksi rahoitukseen osallistuvat myös työnantajat sekä yksityiset vakuutusyhtiöt.

Vuonna 2019 terveydenhuollon käyttömenot olivat yhteensä noin 22 miljardia euroa, joka oli 3% enemmän verrattuna vuoteen 2018. Käyttömenoista erikoissairaanhoidon osuus oli noin 8 miljardia euroa, perusterveydenhuollon osuus noin 2,8 miljardia euroa ja suun terveydenhuollon osuus noin miljardi euroa. Muita menoja olivat työterveys- ja

opiskeluterveydenhuolto noin 950 miljoonaa euroa, ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoito noin 4 miljardia euroa, lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutustavarat noin 2,7 miljardia euroa, Kelan korvaamat yksityisen terveydenhuollon ja kuntoutuksen kustannukset noin 1,1 miljardia euroa sekä erilaisiin hoitolaitteisiin, matkustamiseen, hallintoon sekä muihin terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimintoihin reilu miljardi euroa. (THL 2022a.)



Kuvio 2. Terveydenhuollon menot vuosina 2000–2019. Hinnat ilmoitettu vuoden 2019 hinnoin, miljardia euroa (THL 2022a)

Kuviossa 2 esitetään terveydenhuollon menojen muutos eri menoerien osalta vuodesta 2000 vuoteen 2019. Voimme havaita, että kokonaismenot kasvoivat noin 8 miljardilla eurolla ja ainoastaan perusterveydenhuollon menot pysyivät suhteellisen saman suuruisina. Kuvioista nähdään myös ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoidon sekä kotihoitojen kustannuksien selkeä nousu, jota voi mahdollisesti selittää muun muassa väestön ikääntyminen.

2.5. Terveydenhuoltojärjestelmän kritiikki

Terveydenhuollon tarpeenmukaisen käytön tavoite ei toteudu Suomessa (Kestilä & Häkkinen 2019, 207; Sihto ym. 2013, 422). Perustuslain (11.6.1999/731) mukaan julkisen vallan on turvatta jokaiselle riittävät terveyspalvelut. Tästä huolimatta palvelujen saanti ei toteudu kaikissa väestöryhmissä (THL 2015) ja terveydenhuoltojärjestelmässä on monia eriarvoistavia

piirteitä (Rahkonen & Lahelma 2013, 277). Tämä näkyy ylempiä sosiaaliryhmiä suosivina eroina terveystalveissa (Muuri, Manderbacka, Vuorenkoski & Keskimäki 2008, 446) sekä kuntien järjestämien terveystalveluiden välisinä eroina, kuten palveluiden laajuus, järjestäminen ja sisältö (STM 2013, 11).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että terveydenhuoltojärjestelmän mahdollisuudet kaventaa terveystalveja ovat vähäiset (Rahkonen & Lahelma 2013, 271). Jotkut terveydenhuollon toimet pikemminkin kasvattavat kuin kaventavat terveystalveja (THL 2018). Tästä Rahkonen ja Lahelma (2013, 271) mainitsevat esimerkkeinä terveydenhuollon epätalveisen käytön ja tarjonnan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan riski jäädä ilman tarvittavia palveluita näkyy varsinkin haavoittuvissa ryhmissä. Kestilän ja Häkkisen (2019, 207) mukaan ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat käyttävät enemmän terveystalveita verrattuna alempiin sosiaaliryhmiin, kun otetaan huomioon palveluiden tarve.

Yhtenä taustatekijänä Suomen terveydenhuoltojärjestelmän eriarvoisuudelle on nähty sen jakautuminen kolmeen eri järjestelmään. Julkisia terveystalveita käyttävät keskimääräistä heikommassa asemassa olevat henkilöt. Yksityisiä terveystalveita taas käyttävät keskimääräistä paremmassa asemassa olevat henkilöt. Lisäksi työssä käyvillä on usein oikeus työterveydenhuoltoon (Blomgren 2013.) Eri väestöryhmillä on siis eriävät mahdollisuudet käyttää erilaisia terveystalveita, joka voi mahdollisesti lisätä eriarvoisuutta.

Terveydenhuoltojärjestelmän eriarvoisuus näkyy myös digitaalisissa verkkopalveissa, joiden käyttäjistä yli puolet kokevat esteitä. Esteiden kokemisessa on havaittu selviä eroja väestöryhmien ja alueiden välillä. Väestöryhmien osalta esteet näkyvät varsinkin vanhimmissa ikäryhmissä. Alueellisesti tarkasteltuna esteet digitaalisten terveystalveluiden käytössä ovat verrattain suuremmat Itä-Suomessa kuin Etelä-Suomessa. Digitaalisten verkkopalveluiden saatavuudessa tulisikin huomioida, että käyttäjät olisivat tasavertaisessa asemassa. (Hyppönen & Ilmarinen 2019, 289.)

3. LUOTTAMUS

Tässä luvussa tarkastelen luottamuksen erilaisia määritelmiä ja niiden eri ulottuvuuksia. Tarkoitukseni on esitellä, minkälaisia määritelmiä luottamukselle ja luottamukselle instituutioita kohtaan on yhteiskuntatieteellisissä klassikoissa annettu. Tutkimukseni kannalta on tärkeää selvittää, ovatko luottamus ja luottamus instituutioihin samankaltaisia ilmiöitä vai onko niiden erottaminen toisistaan välttämätöntä tai ylipäättään edes mahdollista. Luottamusta instituutioita kohtaan on tärkeää tarkastella, koska terveydenhuoltojärjestelmän voidaan ajatella olevan yksi hyvinvointivaltion toimintaa ylläpitävä instituutio.

3.1. Luottamuksen erilaiset määrittelyt

Luottamuksen määritelmä on erittäin moniulotteinen, mutta siitä huolimatta kaikki tietävät mitä se tarkoittaa (Hyo & Tschannen-Moran 1999, 185). Luottamukselle ei ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vaan sen käsite vaikuttaisi olevan kontekstisidonnainen (Blomqvist 1997, 271). Luottamuksen käsitettä on tutkittu monilla tieteenaloilla, kuten filosofiassa, taloustieteessä ja sosiaalipsykologiassa (Blomqvist 1997, 271; Kotkavirta 2000, 57–59). Sztompkan (1999) mukaan yksinkertaisin tapa määritellä luottamus on ajatella sen olevan eräänlainen vedonlyönti tulevasta, satunnaisesta toiminnasta. Luottamuksen ajatellaan olevan vedonlyöntiä siitä, miten jokin asia tai ihminen toimii tulevaisuudessa (Gilson 2003, 1454).

Kankaisen (2007, 34) mukaan luottamus liittyy vahvasti tulevaisuuteen ja siinä tapahtuvien toimien ennustettavuuteen. Luottamuksen merkitys korostuu tilanteissa, joissa koemme epävarmuutta. Sen ajatellaankin olevan yksi keino käsitellä tulevaisuuden epävarmuutta. (mt. 2007, 45.) Luottamus ei kuitenkaan ole pelkästään pohdintaa tulevaisuudessa mahdollisesti tapahtuvista toimista. Luottamalla henkilö sitoutuu tulevaisuudessa tapahtuviin toimiin, joiden seuraukset ovat hänelle epävarmoja. (Sztompka 1999, 25–26.)

Luottamuksen voidaan ajatella olevan tärkeä tukipilari varsinkin hyvinvointivaltioissa, jossa on monia väestön hyvinvointia edistäviä instituutioita, jotka ovat ainakin suurilta osittain universaaleja. Universaalissa järjestelmässä on tärkeää, että verojen maksamisella ja niiden kohdentamisella hyvinvointivaltion ylläpitämiseen, muun muassa palveluiden tuottamiseen, on väestössä laaja tuki ja kannatus (Muuri ym. 2019, 294). Universaali sosiaalipolitiikka vähentää

epäilyä instituutioita kohtaan (Julkunen 2006, 237). Tämä johtuu siitä, että ihmiset luottavat saavansa apua niissä tilanteissa, joissa he sitä tarvitsevat. Luottamus onkin yleensä korkea yhteiskunnissa, joissa vallitsee universalismi (Simonen ym. 2021, 11). Universalismi ylläpitää luottamusta sosiaalipolitiikkaan ja kanssaihmiin (Julkunen 2006, 39). Universalismi mahdollistaa kaikkien ihmisten palveluiden käytön, joka voi lisätä niihin kohdistuvaa luottamusta. Tällä tavoin olemassa oleva järjestelmä ja palvelut saavat tukea ja kannatusta, jotka ylläpitävät niiden legitimitettä.

Luhmann (1988) tekee erottelun luottamuksen ja luottavaisuuden välillä. Hänen ajatuksensa mukaan luottamuksen käsite liittyy ihmissuhteisiin, joissa luottamus kohdistuu ihmiseltä ihmisille ja luottavaisuus kohdistuu ihmiseltä instituutioihin. Tähän samaan jakoon yhtyy myös Seligman (1997), jonka näkemykset luottamuksen määrittelemisestä yhtyvät Luhmannin jakoon luottamuksen ja luottavaisuuden erottamisesta toisistaan. Seligman (1997, 19) mukaan kuitenkin luottamuksen ja luottavaisuuden erottaminen toisistaan on hyödyllisen lisäksi myös ongelmallista. Hänen mukaansa luottamus vaatii aikaisemman sitoutumisen kohteena olevaan asiaan, jolla voi olla myös kielteinen lopputulema. Tällöin ihminen on tietoinen siitä, että hän saattaa pettyä. (mt. 1997.) Luottavaisuudessa uskotaan siihen, että et tule pettymään lopputulemaan, mutta pettymys on kuitenkin mahdollinen. Molemmat luottamuksen määritelmät viittaavat odotuksiin, jotka voivat johtaa pettymykseen. (Luhmann 1988, 98–102.)

Luottamus on käsitteenä positiivinen, sillä sen vastakohtaksi mielletään usein epäluottamus. Epäluottamus voidaan nähdä luottamuksen kielteisenä peilikuvana, johon pätee samat veikkaukset koskien tulevaisuutta, kuin luottamuksessa. Luhmannin (1979, 71) mukaan epäluottamus on luottamuksen kääntöpuoli. Erona epäluottamuksen ja luottamuksen välillä on, että vedonlyönti tulevasta on negatiivinen ja sisältää kielteisiä odotuksia koskien eri toimia. (Sztompka 1999, 26.) Sztompkan (1999) epäluottamuksen määritelmästä poiketen, Luhmannin (1979) mukaan epäluottamuksessa vedonlyönti tulevaisuudesta ei ole automaattisesti negatiivinen, vaan näitä vedonlyöntejä ei välttämättä ole edes olemassa. Epäluottamus voidaan nähdä Simosen ym. (2021) mukaan myös luottamuksen horjumisena, jolla on negatiivisia vaikutuksia muun muassa yhteiskuntakehitykselle, mutta joka myös kuuluu toimivaan demokratiaan. Täydellisen luottamuksen vallitessa voidaan kyseenalaistaa kansalaisten kriittisyyttä ja heidän mahdollisuutensa osoittaa julkista valtaa kohtaan epäluottamusta. (mt. 2021, 11–12.)

Harre (1999) määrittelee luottamuksen jakamalla sen annettuun luottamukseen ja ansaittuun luottamukseen. Annetun luottamuksen ajatellaan olevan olemassa jo ennen kuin olemme tavanneet toista ihmistä, sillä se perustuu hänen statukseensa, jonka pohjalta uskomme hänen toimivan luotettavalla tavalla (mt. 1999, 256). Tätä luottamuksen ajatusmallia on mahdollista soveltaa terveydenhuollossa. Hoitohenkilökunnalla voi olla mielessämme tietynlainen status perustuen esimerkiksi yleiseen mielipiteeseen tai omaan kokemukseemme, jonka perusteella oletamme heidän toimivan tietyllä tavalla riippumatta siitä, onko henkilö itsessään luotettava. Ansaittu luottamus taas syntyy sosiaalisen vuorovaikutuksen myötä ja on ihmisen luottamusta toiseen ihmiseen. (mt. 1999, 256; Ilmonen & Jokinen 2002, 89–90.)

3.2. Luottamus instituutioihin

Ihmisten luottamus keskeisiin instituutioihin ja niiden toimintakykyyn on tärkeää yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Luottamuksella on tärkeä rooli ihmisten ja instituutioiden välisen vuorovaikutuksen sujuvuudelle (Ervasti, Kouvo & Venetoklis, 2019, 1208). Instituutioiden voidaan ajatella tarvitsevat luottamusta, jotta niiden uskottavuus ja tarkoituksenmukaisuus ovat tarpeeksi perusteluja niiden olemassaololle. Sen lisäksi, että instituutiot tarvitsevat luottamusta, ne myös luovat sitä. Ervastian (2009, 341) mukaan luottamusta synnyttävät yhteiskunnassa toimivat instituutiot. Myös Möllering (2006) ja Kankainen (2007) näkevät instituutiot luottamuksen lähteenä. Mölleringin (2006) mukaan sen lisäksi, että instituutiot toimivat luottamuksen lähteenä, ne toimivat luottamuksen kohteina (mt. 2006, 355). Kankaisen (2007) mukaan instituutioiden rehellinen ja oikeudenmukainen toiminta luo perustan sille, että ihmisten on mahdollista luottaa toistensa hyvytyteen (mt. 2007, 9).

Ihmisten elämä olisi epävarmaa, jos he eivät pysty luottamaan instituutioihin (Kotkavirta 2000, 55). Yhteiskunnissa, joissa on korkea luottamus instituutioihin, kuten terveydenhuoltoon, myös ihmisten välinen luottamus on vahvinta (Kankainen 2007, 105; Rothstein & Stolle 2003, 192). Ihmisten luottamus instituutioihin vaihtelee eri yhteiskunnissa. Lisäksi luottamuksen taso voi vaihdella ajan myötä. (Sztompka 1999, 44.) Usein korkea luottamus toisiin ihmisiin on yhteydessä institutionaaliseen luottamukseen (Simonen ym. 2021, 14). Tämä pätee myös toisinpäin. Niissä maissa, joissa luotetaan ja ollaan tyytyväisiä terveydenhuoltoon, luottamus muihin ihmisiin on vahvempaa (Kankainen 2007, 113; Rothstein & Stolle 2003, 192).

Devos, Spini & Schwartz (2002) ajattelevat luottamuksen instituutioihin viittaavat eräänlaiseen uskoon, jota ihmiset tuntevat instituutioita kohtaan. Ihmisen luottamus instituutioon tarkoittaa, että tämä pitää sitä luotettavana ja uskoo sen täyttävän velvollisuutensa sekä tehtävänsä. Luottamus vaatii, että instituutio noudattaa sille asetettuja sääntöjä ja määräyksiä sekä pyrkii yleisen edun toteutumiseen. Devosin ym. (2002, 484) mukaan yksilön asenteella instituutiota kohtaan ei ole merkitystä, vaan sillä, uskooko hän sen kykenevän toimimaan sille määritellyllä tavalla.

Van der Meer ja Dekker (2011) jakavat instituutioihin luottamisen kolmeen tekijään, jotka ovat pätevyys (competence), sitoutuneisuus (commitment) ja johdonmukaisuus (predictability). Pätevyys (competence) tarkoittaa, että henkilö arvioi instituution kykenevän toimimaan odotusten ja oman etunsa mukaisesti. Tämä arvio vaikuttaa siihen, kuinka luotettavana henkilö instituutiota pitää. Sitoutuneisuus (commitment) jaetaan kahteen erinäiseen näkökulmaan. Ensimmäisessä henkilö arvioi, onko instituutio sitoutunut toimimaan omassa tehtävässään ja pystyykö se toimimaan sille asetettujen tavoitteiden mukaan. Jos instituution todetaan olevan vastuullinen, voidaan toisessa näkökulmassa instituutio sitoa henkilön etuihin rangaistuksen uhalla. Tässäkin korostuu henkilön itsensä etu, johon instituution tulisi pystyä pyrkimään sen omien tavoitteiden ohella. Johdonmukaisuus (predictability) tarkoittaa, että henkilö arvioi instituutiota sen aikaisempien toimintojen perusteella ja muodostaa käsityksen sen toiminnan johdonmukaisuudesta. Tässäkin on keskiössä se, miten instituutio pystyy hoitamaan oman tehtävänsä. (mt. 2011, 2–3; Simonen ym. 2021, 15–16.) Tämä käsitys luottamuksesta soveltuu terveydenhuoltojärjestelmään, jolle on luokiteltu sille kuuluvat tehtävät ja tavoitteet, joiden toteuttamiseen sen tulee toiminnallaan pyrkiä.

Ihmiset luottavat instituutioihin samalla tavalla, kuin toisiinsa (Kouvo 2014, 17). Tämä on ristiriidassa Luhmannin luottamuksen ja luottavaisuuden jaon kanssa. Luottamus instituutioihin perustuisi sille, miten paljon luotamme niissä toimiviin ihmisiin. Toisaalta luottamuksen voidaan ajatella muodostuvat myös suoraan instituutioihin ja sitä kautta niissä toimiviin henkilöihin. Tästä Kouvo (2014) käyttää esimerkkinä tilannetta, jossa uskomme ruumiimme terveydenhuollon ammattilaisten käsiin. Uskomme siihen, että tietyissä instituutiossa työskentelevän henkilön ja instituution luottamuksenarvoisuus kohtaavat. Ajattelemme siis, että jos instituutio on luotettava, myös siellä toimiva henkilö on luotettava. (mt. 2014, 18.) Tähän samaistuu myös Seligman (1997, 19), jonka mukaan instituutiot ovat eräänlaisia roolisuorituksia, joita yksilöt, eli ihmiset, toteuttavat.

Ihmisiin ja instituutioihin kohdistuvan luottamuksen voidaan nähdä pystyvän muodostumaan joko ihmis- tai instituutiolähtöisesti. Luottamus ihmisiin mahdollistaa luottamuksen instituutioihin ja toisinpäin. Keskeisimmässä roolissa vaikuttaisi olevan kokemukset luottamuksen seurauksista, eli onko siitä seurannut odotettua hyvää vai onko luottamus mahdollisesti petetty ja jos on, kenen toimesta ja millä tavalla. Instituutio voi omalla toiminnallaan luoda luottamusta ihmisten välille, jos se pystyy toimimaan sille asetettujen odotusten ja tavoitteiden mukaisesti. Tällöin luottamuksesta seuraa jotain hyvää, jonka vuoksi luottamus on ollut kannattavaa. Instituutiot eivät toimi itsestään, vaan niitä ylläpitävät ihmiset (Ilmonen & Jokinen 2002, 89), joihin tyypillisesti kohdistuu sama luottamustaso, kuin instituutioon. Uskomme siihen, että luotettavaksi todetussa instituutiossa toimiva henkilö on myös luotettava ja pystyy toteuttamaan instituutiolle asetetut tehtävät.

Loppujen lopuksi instituutioihin luottaminen vaikuttaisi olevan luottamista ihmisiin. Näin ollen luottamuksen jakaminen eri tyyppeihin sen mukaan, luotammeko ihmisiin vai instituutioihin on kyseenalaista. Luottamuksemme taso voi vaihdella sen mukaan, kuinka haavoittuvassa tilanteessa olemme ja kuinka paljon annamme luottamuksemme kohteelle valtaa omasta tulevaisuudestamme. Luottamus voi myös vaihdella sen mukaan, kuinka tärkeän asian luotamme toiselle, olkoon kyseessä instituutio tai toinen ihminen. Luottamuksen voidaan kuitenkin nähdä olevan erilaista riippuen siitä, luotammeko ihmisiin vai instituutioihin. Sovellan tässä pohdinnassa Kankaisen (2007) väitöskirjassa esiin nostettua valkoisen takin symbolointia. Kankaisen (2007, 45) mukaan lääkärin valkoinen takki symboloi hänen saamaansa koulutusta. Luotamme siihen, että terveydenhuoltojärjestelmä opettaa pätevän lääkärin ja pitää hänestä kontrollin. Kysymys kuuluu, luottaisimmeko lääkäriin samalla tavalla, jos hänellä ei olisi työhön kuuluvaa vaatetusta päällään emmekä tietäisi hänen olevan lääkäri? Luottamus henkilöön voi siis olla sidoksissa instituutioon ja siihen muodostuneeseen luottamusarvoon. Harren (1999) annetun luottamuksen määritelmän mukaan luotamme siihen, että henkilö toimii asianmukaisesti, vaikka hän ei olisi ansainnut luottamustamme. Luotamme siihen, että henkilön työskennellessä ja toimiessa tietyssä instituutiossa, hän toimii instituution arvojen ja toimintamallien mukaisesti. Vaikka luottamus instituutioita kohtaan voi olla lähtöisin luottamuksesta ihmisiin ja heidän hyvyyteensä, instituutiot voivat madaltaa kynnystä luottaa ihmisiin ja muodostaa heistä sellaisen kuvan, johon on helpompi luottaa. Luottaminen toiseen ihmiseen voi olla selvästi helpompaa, jos luottamuksen tukena on institutionaalisia, kohtalaisen pysyviä ja tiedostettuja toimintamalleja (Ilmonen & Jokinen 2002, 91).

Tässä tutkimuksessa käytän termiä ”luottamus”, sillä tämä on aineistoissani käytetty termi. Perustelen tätä valintaa sillä, että Luhmannin (1979) mukaan luottamuksen ja luottavaisuuden välinen erottelu on kiistanalaista. Olisi myös tutkimukseni toteuttamisen kannalta kyseenalaista, jos aineistoissani kysyttäisiin luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään ja tutkimuksessani käyttäisin luottavaisuuden termiä. Lisäksi aikaisemman luottamusta käsittelevän kirjallisuuden, varsinkin Kouvon (2014) pohdinnan perusteella, luottamuksen termi pätee myös terveydenhuoltojärjestelmään, jossa luottamus kohdistuu siinä toimiviin henkilöihin, eli lääkäreihin ja muuhun hoitohenkilökuntaan.

4. AIKAISEMPAA TUTKIMUSTA

Tutkimukseni neljännessä luvussa esittelen aikaisempaa tutkimusta, joka linkittyy omaan tutkimukseeni joko suorasti tai epäsuorasti. Terveystenhooltojärjestelmää ja siihen kohdistuvaa luottamusta käsittelevää tutkimusta on tehty Suomessa jonkin verran, varsinkin 2010-luvulla. Kansainvälisesti terveydenhuoltojärjestelmän tutkiminen on ollut yleisempää ja tutkimuksiin on otettu mukaan muun muassa eri maiden luottamuksen tiloja vertaileva lähtökohta. Osassa tutkimuksissa tarkastellaan terveystalveluihin tai hoitohenkilökuntaan kohdistuvaa luottamusta, jota myös on mahdollista hyödyntää tutkimukseni viittekehysessä. Luottamus terveystalveluita kohtaan viittaa myös luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, niiden ollessa merkittävin osa järjestelmän toimintaa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään on tarkasteltu sosioekonomisten ja -demografisten tekijöiden valossa. Eri yhteiskunnallisissa asemassa olevilla henkilöillä voi olla erilaisia lähtökohtia ja mahdollisuuksia luottaa julkisiin rakenteisiin, jollainen terveydenhuoltojärjestelmä on. Vaikka tutkimukseni kohdistuu Suomen terveydenhuoltojärjestelmään ja eri valtioissa on erilaiset julkiset rakenteet sekä lähtökohdat luottamuksen muodostumiselle, koen myös kansainvälisen tutkimuksen mukaan ottamisen olevan tärkeää. Tästä syystä esittelen Suomen terveydenhuoltojärjestelmää käsittelevän tutkimuksen lisäksi myös kansainvälistä tutkimusta muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmistä. Aikaisemmat tutkimukset toimivat taustoituksena terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvasta luottamuksesta ja ne on pyritty valitsemaan eri ajankohdista, jotta ajallinen muuttuvuus tulisi mahdollisimman kattavasti ilmi. Tutkimusten valinnassa painotin niiden kohdistumista 2010-luvulle ja niiden sijoittumista maihin, joissa on toisistaan eroavat terveydenhuoltojärjestelmät. Tavoitteena on saada selville, mitkä sosioekonomiset ja -demografiset tekijät ovat aikaisemmissa tutkimuksissa huomattu olevan yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen ja minkälaisia mahdollisia eroja niiden yhteyksissä on eri tutkimuksissa havaittu.

4.1. Tutkimus Suomessa

Luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään on tutkittu Suomessa jopa yllättävän vähän, kun otetaan huomioon, että terveydenhuoltomenot olivat vuonna 2019 noin 22 miljardia euroa,

jonka suhde Suomen bruttokansantuotteeseen on noin 9,2 prosenttia (ks. THL 2022a). Puhutaan siis merkittävästä hyvinvointivaltion instituutiosta ja rakenteesta. Tutkimukset ovat kohdistuneet pääasiallisesti sosiaali- ja terveystalouteen, joista varsinkin terveyspalvelut ovat merkittävä osa terveydenhuoltojärjestelmää. Terveyspoliittinen tutkimus on kohdistunut muun muassa alueellisiin terveyseroihin ja terveystalouden saatavuuteen, jotka voivat mahdollisesti vaikuttaa myös terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen

Niemelä (2012) tutki luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan Kelan TNS Gallupilla teetettyjen kansalaiskyselyjen pohjalta. Gallupiin vastanneista noin 70% luotti julkiseen terveydenhuoltoon. Luottamus julkista terveydenhuoltoa kohtaan oli vuonna 2009 galluppiin vastanneiden keskuudessa noin 68%, vuonna 2010 noin 72% ja vuonna 2011 noin 70%. Tutkimuksen mukaan instituutioita kohtaan tunnettu luottamus oli suhteellisen yhdenmukaista riippumatta siitä, mihin tai minkälaiseen väestöryhmään vastaaja kuului. Pieniä eroja kuitenkin eri väestöryhmien välillä löydettiin. Tutkimuksen mukaan naiset luottivat julkiseen terveydenhuoltoon miehiä enemmän. Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon oli neljänneksi korkeinta yhdestätoista tutkimuksessa mukana olleesta instituutiosta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2016 tekemässä tutkimuksessa 80% suomalaisista luotti terveydenhuollon ammattihenkilöstöön ja uskoi, että terveystalouteilla pystytään lisäämään tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Tutkimuksen mukaan luottamus sosiaali- ja terveystalouteen vaihteli väestöryhmien välillä. Tutkimuksessa selvisi, että toimeentulovaikeuksia kokevat henkilöt sekä työttömät luottivat vähemmän terveystalouteen verrattuna henkilöihin, jotka eivät kärsi toimeentulovaikeuksista tai käyvät töissä. Erot luottamuksessa voivat mahdollisesti kuvastaa sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja terveystalouden saatavuudessa. Lisäksi osalla töissä käyvistä henkilöistä on pääsy työterveydenhuoltoon, joka voi nostaa luottamusta terveystalouteen kohtaan. (Aalto, Manderbacka, Muuri, Karvonen, Junnila, & Pekurinen 2016.)

Kivisalmi (2017) tutki pro gradu -tutkielmassaan suomalaisten luottamusta julkiseen terveydenhuoltoon. Tutkimus toteutettiin Kelan kansalaiskyselyillä vuosina 2009–2011 ja 2014. Nostan tästä tutkimuksesta esiin vuoden 2014 tuloksia, sillä oman tutkimukseni sijoittuu vuosiin 2011–2021. Noin 1000 vastaajan otannasta 77,9% luotti julkiseen terveydenhuoltoon vuonna 2014. Kivisalmen tuloksien mukaan miehet luottivat julkiseen terveydenhuoltoon

enemmän kuin naiset noin 5% erolla, kun miehistä 75,9% ja naisista 70,6% vastasi luottavansa erittäin tai melko paljon julkiseen terveydenhuoltoon. Eroja oli myös havaittavissa muun muassa riippuen henkilön tulotasosta ja iästä. Alle 20 000 euroa vuodessa tienavien luottamus oli korkeinta tuloluokkien välisessä vertailussa, noin 76%. Vastaajan ikä vaikutti luottamukseen niin, että nuorimpien vastaajien (25–34-vuotiaat) keskuudessa luottamus oli korkeinta, 75%.

Muuri ym. (2019) tutkivat väestön mielipiteitä terveyshuollosta Svallforsin (1996) hyvinvointivaltion kannustusperustaa koskevien ulottuvuuksien pohjalta. Näistä ulottuvuuksista tutkimukseni kannalta keskeisin on luottamus hyvinvointivaltion kykyyn huolehtia sen tehtävistä. Tätä kartoitettiin kysymällä heidän mielipidettään muun muassa terveyspalveluiden toimivuudesta, luottamuksesta terveydenhuollon ammattihenkilöstöön sekä terveyspalveluiden kyvystä lisätä tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että 80% miehistä sekä naisista luotti terveyspalveluiden toimintaan. Luottamuksessa oli kuitenkin havaittavissa eroja, jotka liittyivät sosioekonomiseen asemaan. Työttömät luottivat työssä käyviä vähemmän sekä korkeasti koulutetut luottivat matalasti koulutettuja enemmän terveyshuoltojärjestelmään.

4.2. Tutkimus kansainvälisesti

Calnan ja Sanford (2004) tutkivat aikuisväestön luottamusta terveydenhuoltoon Englannissa ja Walesissa. Noin 1000 vastaajan otannalla toteutetussa tutkimuksessa tiedusteltiin vastaajien mielipiteitä liittyen luottamukseen eri terveydenhuoltoon liittyvien osa-alueiden osalta, kuten hoidon laatu. Vastaajat luottivat asteikolla 1–10 mitattuna terveydenhuoltoon keskimäärin 6/10 tuloksella, kun vastausvaihtoehdot oli annettu skaalalla 1) *luottaa erittäin vähän* ja 10) *luottaa erittäin paljon*. Luottamus terveydenhuollon tulevaisuuden näkymille sai tuloksen 5,6/10. Epäluottamuksen havaittiin johtuvat tyytymättömyydestä muun muassa terveydenhuollon rahoitukseen, palveluihin kohdistuviin leikkauksista sekä hoitojonoihin.

Yhdysvalloissa tutkittiin vuonna 2006 koetun terveyden ja terveydenhuoltojärjestelmään luottamisen välistä yhteyttä. Armstrong, Rose, Peters, Long, McMurphy ja Shea (2006) haastattelivat puhelimitse satunnaisesti noin 950 henkilöä, joiden keski-ikä oli 47 vuotta. Vastaajilta tiedusteltiin, kuinka epäluotettavana he pitävät terveydenhuoltojärjestelmää. Vastaajien vastauksien keskiarvo oli 30,5, kun vastaus tuli antaa 10–50 skaalalla. Henkilöt,

jotka tunsivat epäluottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, kokivat useammin terveydentilansa heikoksi kuin ne vastaajat, jotka luottivat terveydenhuoltojärjestelmään. Sukupuolella, koulutustasolla, tulotasolla tai sektorilla, jonka terveystalveta vastaaja käytti, ei ollut merkittävää yhteyttä henkilön terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tuntemaan epäluottamukseen. Epäluottamus korreloi iän, terveystalvakuutuksen ja koetun terveyden kanssa.

van der Schee, Braun, Calnan, Schnee ja Groenewegen (2007) vertailivat luottamusta terveydenhuoltoon kohtaan Englannissa, Walesissa, Saksassa ja Hollannissa. Englantia ja Walesia tarkasteltiin tässä vertailussa yhtenä maana. Korkein luottamus terveydenhuoltoon oli Englannissa ja Walesissa ja alhaisin Saksassa. Hollannissa oli korkein luottamus terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntemukseen ja heidän koulutuksensa tasoon kansainvälisessä vertailussa. Saksassa oli myös hoitohenkilökunnan asiantuntemuksen ja heidän koulutuksen tason vertailussa viimeisenä. Saksassa oli korkein epäluottamus siihen, että hoitohenkilökunta tekee kaikkensa potilaan auttamiseksi ja että heillä on tietoa kaikista sairauksista.

Baroudi, Goicolea, Hurtig ja San-Sebastian (2022) tutkivat noin 25 000 otannalla toteutetussa tutkimuksessa pohjoisessa Ruotsissa asuvien henkilöiden luottamusta maansa terveydenhuoltojärjestelmään ja selvittivät, mitkä tekijät vaikuttavat luottamukseen. 68,5% kaikista vastanneista ilmoitti korkeasta luottamuksesta terveydenhuoltojärjestelmään. Tutkimuksessa miehet luottivat terveydenhuoltojärjestelmään enemmän kuin naiset. Lisäksi luottamus järjestelmää kohtaan oli korkeampaa vanhemmissa ikäryhmissä kuin nuoremmissa. Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään oli myös yhteydessä eri sosioekonomisiin tekijöihin, kuten tulo- ja koulutustasoon. Alhaisemman koulutustason omaavat henkilöt luottivat vähemmän terveydenhuoltojärjestelmään kuin henkilöt, joilla oli korkeampi koulutus. Alhaisempi tulotaso oli yhteydessä korkeampaan luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, mutta jos henkilö koki taloudellista stressiä, luottamus oli alhaisempaa kuin niillä, jotka eivät taloudellista stressiä kokeneet.

4.3. Yhteenvetoa aikaisempien tutkimusten tuloksista

Tässä alaluvussa kokoan ylempänä esittelemieni aikaisempien tutkimuksien keskeisimpiä tuloksia ja avaan niiden välisiä eroavaisuuksia. Tarkoitukseni on pohjustaa aikaisempien

tutkimuksien tuloksilla oman tutkimukseni toteuttamista, hypoteesia sekä löytää aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyviä eroavaisuuksia ja yhdenmukaisuuksia, joita voi mahdollisesti olla havaittavissa myös omassa tutkimuksessani.

Aikaisemmissa Suomessa toteutetuissa terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettua luottamusta tarkastelevissa tutkimuksissa on toistuvasti havaittu, että terveydenhuoltojärjestelmää ja sen eri rakenteita kohtaan tunnettu luottamus on korkealla tasolla. Aikaisemmissa tutkimuksissa korkeamman luottamuksen tunteminen vaihtelee miesten ja naisten välillä tutkimuksesta riippuen. Vaihtelevuudesta huolimatta miesten ja naisten luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan vaikuttaisi kuitenkin olevan lähes yhtä korkealla tasolla toiseen verrattuna, vaikka tutkimuksesta riippuen muutaman prosentin eroja suuntaan tai toiseen on havaittu.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetussa luottamuksessa on eroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Esittelemissäni aikaisemmissa tutkimuksissa havaittiin, että luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on alhaisempaa työttömien keskuudessa verrattuna työssä käyviin. Myös muiden sosioekonomisten tekijöiden, kuten tulotason ja koulutuksen on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu vaikuttavat terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Näiden osalta ei kuitenkaan voida tehdä aikaisempien tutkimuksien raportointien perusteella vertailua, sillä niitä koskevat havainnot on tehty vain yhdessä esittelemässäni tutkimuksessa, eli vertailukohtaa ei ole.

Kansainvälisistä tutkimuksista on haasteellista tehdä sellaisia johtopäätöksiä, jotka linkittyisivät Suomeen ja suomalaisten luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Siitä huolimatta koen, että vertailun vuoksi on relevanttia tarkastella myös muiden maiden luottamuksen tilaa ja siinä esiintyviä eroavaisuuksia. Lisäksi muiden maiden tilanteiden tarkastelu antaa mielenkiintoista vertailutietoa siitä, minkälainen Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen taso on kansainvälisessä vertailussa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa luottamuksen taso kokonaisuudessaan on selvästi alhaisempi kuin Suomessa. Lisäksi maiden väliset erot ovat selkeitä. Nämä erot näkyvät terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen vaihtelevuutena noin 55%-70%:n

välillä riippuen tarkastelun kohteena olevasta valtiosta, poikkeuksena Armstrong ym. (2006) tutkimus Yhdysvalloissa, jossa luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli alle 50%. Kansainvälisissä tutkimuksissa luottamuksen tarkastelu on toteutettu pääasiassa niin, että tutkimuksissa esitetyt kysymykset koskevat terveydenhuoltojärjestelmän eri osa-alueita, kuten hoitohenkilökunnan ryhmiä ja eri sektorien palveluita. Sosioekonomisten tekijöiden vaikutuksia näihin eri luottamuksen kohteisiin on tarkasteltu, mutta niiden yhteys luottamukseen vaihtelee tutkimuksesta riippuen, joten pidemmälle vietyjä johtopäätöksiä on mahdotonta tehdä yhteyksien epä johdonmukaisuuksista johtuen.

Suomessa ja kansainvälisesti toteutettujen tutkimusten välillä vaikuttaisi olevan sama punainen lanka, jossa luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää ja sen eri rakenteita kohtaan tarkastellaan eri sosioekonomisten tekijöiden valossa. Eri taustatekijöiden yhteyksistä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen on selviä eroavaisuuksia tutkimuksesta riippuen niin Suomessa kuin kansainvälisesti, joka mahdollisesti kertoo terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen tutkimisen haasteellisuudesta sekä yksilön kokemusten merkityksellisyydestä, joihin sosioekonomiset ja -demografiset tekijät näyttävät vaikuttavan epä johdonmukaisesti.

5. TUTKIMUSASETELMA

Tutkimuksessani selvitetään, onko aikuisväestön luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan muuttunut vuodesta 2011 vuoteen 2021 ja miten nämä mahdolliset muutokset näkyvät eri sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä sekä muissa tutkimuksessani mukana olevissa tekijöissä. Selvitän myös, onko hoitoon pääsemättömyys yhteydessä järjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Tutkimukseni selittävät muuttujat ovat: ikä, sukupuoli, asuinalueen tyyppi, tulotaso, työmarkkina-asema, koulutusaste, koettu terveydentila, halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon parantamiseksi ja hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia.

5.1. Tutkimuskysymykset

Aikuisväestön luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ja siinä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia vuodesta 2011 vuoteen 2021 tutkin seuraavalla tutkimuskysymyksellä:

- 1) *Onko aikuisväestön luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan muuttunut vuodesta 2011 vuoteen 2021?*

Luottamuksessa mahdollisesti tapahtuneita muutoksia eri sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä sekä muissa tutkimuksessani mukana olevissa tekijöissä vuodesta 2011 vuoteen 2021 tarkastelen seuraavalla tutkimuskysymyksellä:

- 2) *Onko aikuisväestön luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan muuttunut eri sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä sekä muissa tutkimuksessani mukana olevissa tekijöissä vuodesta 2011 vuoteen 2021? Jos on, missä ryhmissä/tekijöissä ja millä tavalla?*

Viimeisenä selvitän, onko hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia yhteydessä järjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen seuraavalla tutkimuskysymyksellä:

- 3) *Onko hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia yhteydessä Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen?*

5.2. Hypoteesi

Tutkimukseni hypoteesi on, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetussa luottamuksessa on tapahtunut selkeä muutos vuodesta 2011 vuoteen 2021. Luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella korkealla tasolla, mutta uskoisin luottamuksen kuitenkin laskeneen vuosien 2011 ja 2021 välillä. Perustan hypoteesini siihen, että sote-uudistuksen läpivieminen on kestänyt yli viisitoista vuotta, jonka uskon nakertaneet luottamusta järjestelmään. Lisäksi Aallon ym. (2022, 289) mukaan sote-uudistuksen toistuva kariutuminen on voinut luoda väestössä epäuskoisuutta palvelujärjestelmän kyvystä uudistua. Korona-aikana terveydenhuollon ylikuormitus oli jokapäiväinen aihe yhteiskunnallisessa keskustelussa, joka on voinut vaikuttaa väestön luottamukseen hoitoon pääsystä ja palvelujärjestelmän kestävydestä. Lisäksi korona-aika on ihmisten tuoreessa muistissa ja voi mahdollisesti tulla ensimmäisenä mieleen, kun puhutaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä, joka saattaa vaikuttaa heidän luottamukseensa.

Yksittäisiä merkittäviä, muuttujakohtaisia muutoksia luottamuksessa uskon esiintyvän nuorten vastaajien keskuudessa. Nuoriin kohdistui korona-aikana merkittävä määrä rajoitteita, jotka ovat voineet aiheuttaa negatiivisen mielikuvan terveydenhuollosta. Toisaalta on epävarmaa, onko korona-ajan toimenpiteet edes vaikuttaneet mielikuvaan terveydenhuollosta kielteisesti, vai onko rajoitukset voineet lisätä luottamusta. Toisen merkittävän muutoksen uskon näkyvän haavoittuvassa asemassa olevissa väestöryhmissä, eli toimeentulovaikeuksista kärsivien ja työttömien keskuudessa. Heidän terveydentilansa on tyypillisesti muuta väestöä heikompi, joka voi vaikuttaa heidän luottamukseensa terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, esimerkiksi järjestelmän kyvystä tarjota palveluita ja hoitoa, kun niitä tarvitaan. Tämä saattaa näkyä koetun terveydentilan vahvana yhteytenä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen sekä suurina luottamuseroina eri koetun terveyden tilan vastausluokissa.

Uskon hoitoon pääsemättömyyden liian pitkän hoitojonon takia, eli tavallaan palveluiden saatavuuden ja palveluihin pääsyn, olevan yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Hyvinvointialueiden aloittamisen kynnyksellä yhdeksi keskusteluiden kestoteemaksi on noussut resurssien riittävyys tarjota palveluita eri alueilla ja niiden sisällä. Uskon, että ilman hoitoa jääneet luottavat järjestelmään merkittävästi vähemmän, kuin ne, jotka eivät ole jääneet ilman hoitoa.

5.3. Aineisto

Tutkimuksen aineistoina käytän ISSP (International Social Survey Programme) -sarjassa vuosien 2011 ja 2021 Terveys: Suomen aineistoja, joissa käsitellään terveyteen, yleiseen terveydenhuoltoon sekä yhteiskunnalliseen keskusteluun liittyviä kysymyksiä. ISSP 2011: Terveys: Suomen aineisto on kvantitatiivinen poikkileikkausaineisto, jossa vastaustenkeruu toteutettiin itsetäytettävillä lomakkeilla joko paperilla tai verkossa vuoden 2011 loppupuolella. Aineiston kerääjänä toimi Tilastokeskus. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja siihen vastanneet ovat 15–74-vuotiaita suomalaisia. Otantamenetelmänä käytettiin systemaattista satunnaisotantaa väestörekisteristä. Otokoko on 2500 ja vastauslomakkeita palautettiin 1340, eli kyselyn vastausprosentti on 53,6%. Aineisto on luokiteltu Ailassa luokituksella B, eli sen käyttö on sallittua tutkimuksessa, opetuksessa ja opiskelussa.

ISSP 2021: Terveys: Suomen aineisto on kvantitatiivinen aineisto, jonka tutkimuksellinen aikaulottuvuus on pitkittäisaineisto, eli se on toteutettu toistuvana poikkileikkausaineistoina. Aineisto kerättiin vuoden 2011 version tapaan itsetäytettävällä lomakkeella joko paperilla tai verkossa. Aineistokeruu toteutettiin Taloustutkimuksen toimesta vuoden 2022 alussa ja vastanneet ovat 15–74-vuotiaita suomalaisia. Otantamenetelmänä käytettiin todennäköisyysotantaa yksinkertaisena satunnaisotantana väestörekisteristä. Otokoko on 4000 henkilöä, joista 1003 henkilöä vastasi kyselyyn. Vastausprosentti on siis 25,1 prosenttia. Aineisto on luokiteltu Ailassa luokituksella B, eli sen käyttö on sallittua tutkimuksessa, opetuksessa ja opiskelussa.

ISSP on ylikansallinen vertailututkimusohjelma, joka tuottaa vuosittain seurantatutkimustietoa siihen osallistuvista maista. Lisäksi ISSP tuottaa poikkileikkaustietoa ajankohtaisista ja yhteiskunnallisesti merkittävistä teemoista ja ilmiöistä. ISSP perustettiin Australian, Saksan, Iso-Britannian ja Yhdysvaltojen toimesta vuonna 1984 ja aineistonkeruun se aloitti vuonna 1985. Suomi liittyi mukaan vuonna 2000, jonka jälkeen Suomea käsittelevää tutkimustietoa on julkaistu 22 aineistoa. Suomen ISSP-jäsenyys järjestetään Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan, Tilastokeskuksen kyselytutkimusyksikön ja Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston yhteistyönä. ISSP-Suomi-aineistot ovat saatavilla ilmaiseksi ja niitä on mahdollista tarkastella muun muassa Tietoarkiston palveluportaali Ailassa. (Tietoarkisto 2022, ISPP 2022.)

5.4. Käytettävät muuttajat

Käytän tässä tutkimuksessa ISSP 2011: Terveys: Suomen aineiston ja ISSP 2021: Terveys II: Suomen aineiston -kyselylomakkeiden alkuperäisiä kysymyksiä, jotka löytyvät liitteistä tutkimukseni lopusta (Sivut 76–80). Aineistojen välillä oli pieniä eroavaisuuksia joidenkin muuttujien kysymyksien kysymystenasetteluissa. Nämä on esitetty tarvittaessa kyseisten muuttujien esittelyssä myöhemmin tässä alaluvussa. Osalle käyttämistäni muuttujista tehtiin uudelleenluokitteluja, koska aineistojen välillä oli muuttujakohtaisia eroja niiden vastausvaihtoehdoissa. Lisäksi osa muuttujista oli erittäin moniluokkaisia, jonka vuoksi uudelleenluokittelu oli välttämätöntä. Uudelleenluokittelut toteutettiin niin, että vastauksien tulokset pysyisivät mahdollisimman koskemattomina. Olen toteuttanut uudelleenluokittelut niin, että käyttämieni muuttujien uudet vastausluokat ovat molemmissa aineistoissa identtiset. Kummastakin aineistosta on poistettu alaikäiset vastaajat ”DO IF” komennolla jokaisen käyttämäni muuttujan uudelleenluokittelun yhteydessä. Ikämuuttujassa alaikäiset vastaajat on jätetty luokittelun ulkopuolelle.

Selitettävä muuttuja

Tutkimukseni selitettävänä muuttujana käytän ISSP 2011: Terveys: Suomen aineiston ja ISSP 2021: Terveys II: Suomen aineiston muuttujaa *kuinka paljon luotat Suomen terveydenhuoltojärjestelmään?*, jota kysyttiin vuoden 2011 aineistossa muuttujassa K21b ja vuoden 2021 aineistossa muuttujassa Q24. Kysymyksenasettelussa oli aineistojen välillä eroavaisuus, sillä vuoden 2011 aineistossa samassa muuttujassa kysyttiin myös luottamusta Suomen koulutusjärjestelmään. Luottamus koulutusjärjestelmään ja luottamus terveydenhuoltojärjestelmään olivat kuitenkin eroteltuina toisistaan ja kysymyksenasettelussa vastaajaa muistutettiin tästä pyytämällä rengastamaan kummastakin riviltä vain yksi vastausvaihtoehto. Molemmissa aineistoissa vastausvaihtoehdot olivat samat, eli 1) *Luotan täysin*, 2) *Luotan melko paljon*, 3) *Luotan jonkin verran*, 4) *En juurikaan luota*, 5) *En luota ollenkaan* & 8) *En osaa sanoa*. Uudelleenluokittelussa yhdistin luokat 1) *Luotan täysin* ja 2) *Luotan melko paljon* sekä luokat 4) *En juurikaan luota* ja 5) *En luota ollenkaan* omiksi luokikseen. Luokka 3) *Luotan jonkin verran* on säilytetty omana luokkana. Uusiksi luokiksi muodostuivat 1) *Luotan*, 2) *Luotan jonkin verran* ja 3) *En luota*.

Selittävät muuttajat

Käytän tutkimuksessani sellaisia selittäviä muuttujia, jotka kuvaavat vastaajan demografisia ominaisuuksia ja sosioekonomista asemaa. Näiden muuttujien osalta voidaan tehdä jako sosiodemografisiin ja -ekonomisiin muuttujiin. Lisäksi olen valinnut tutkimukseeni mukaan selittäviä muuttujia, joilla uskon aikaisempien tutkimusten perusteella ja sosiaalipolitiikan oppiaineen näkökulmasta olevan mielenkiintoinen yhteys Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetussa luottamuksessa.

Sosiodemografiset muuttajat

Sosiodemografisilla muuttujilla kuvataan henkilöiden ominaisuuksia, kuten ikää ja sukupuolta (Tietoarkisto 2023). Iän ja sukupuolen välinen yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen vaihtelee merkittävästi aikaisemmissa tutkimuksissa (Ks. Luku 4). Aineistoissani ikää kysyttiin syntymävuodella sekä kronologisesti. Sukupuolta kysyttiin binäärisesti, eli vastausvaihtoehdoiksi annettiin vain mies ja nainen. Muunsukupuoliset tai muusta syystä sukupuolensa ilmoittamatta jättäneet vastaajat (4kpl, vuonna 2021) on jätetty tutkimukseni ulkopuolelle.

Sukupuoli

Sukupuolta tiedusteltiin ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa K1, jonka kysymyksenasettelu kuului: *Oletko...*, johon annettiin vastausvaihtoehdoiksi 1) *mies* ja 2) *nainen*. ISSP 2021: Terveys II: Suomen aineistossa sukupuolta kysyttiin muuttujassa Q1, jonka kysymyksenasettelun muotoilu ja vastausvaihtoehdot olivat samat, kuin vuoden 2011 aineistossa. Sukupuolta kuvailevan muuttujan kohdalla ei ole tehty uudelleenluokittelua, joten käytin tutkimuksessani alkuperäisiä luokkia: 1) *Mies* ja 2) *Nainen*.

Ikä

Ikä otetaan monella eri tavalla huomioon terveydenhuoltojärjestelmässä (Palosuo & Lahelma 2013, 47). ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa vastaajat ilmoittivat syntymävuotensa muuttujassa K2. ISSP 2021: Terveys II: Suomen aineistossa vastaajat myös ilmoittivat syntymävuotensa muuttujassa Q2 sekä heille annettiin mahdollisuus ilmoittaa ikänsä myös

kronologisesti muuttujassa Q2_ika. Valitsin tutkimukseeni muuttujat K2 ja Q2, jotta ne olisi yksinkertaisempaa luokitella uudelleen yhdenmukaisesti. Erona ikämuuttujien välillä oli se, että vuoden 2011 aineistossa vastaajalle annettiin valmiiksi tyhjälle viivalle 1900-luvun alkuosa, eli 19. Vuoden 2011 aineistossa vastaajien syntymävuoden vaihtelu on 1996–1936 ja vuoden 2021 aineistossa 2006–1947. Uudelleenluokittelun jälkeen ikämuuttujan luokiksi muodostuivat: 1) 60–75-vuotiaat, 2) 45–59-vuotiaat 3), 30–44-vuotiaat & 4) 18–29-vuotiaat.

Sosioekonomiset muuttujat

Sosioekonominen asema on moniulotteinen käsite eikä sitä pystytä suoraan mittaamaan. Sen kuvailuun on valittava sellaisia muuttujia, joilla sen ulottuvuuksia on mahdollista tarkastella. Näitä ovat muun muassa työmarkkina-asema, tulot ja koulutus. (Lahelma & Rahkonen 2010, 46–47.) Tutkimukseni aineistot mahdollistavat kaikkien kolmen edellä mainitun sosioekonomisen ominaisuuden ottamisen mukaan tarkasteluun.

Työmarkkina-asema

Työmarkkina-asema tai ammattiasema kuvastaa sosiaaliluokkaa, joka on yksi sosioekonominen ulottuvuus. Työmarkkina-asemaa tiedustellessa voidaan saada selville, minkälaiset elinolot ja miten paljon voimavaroja henkilöllä on. (Lahelma & Rahkonen 2010, 47.) Vastaajan työmarkkina-asemaa kysyttiin ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa K5 ja ISSP 2021: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa Q5. Kysymyksenasettelut olivat identtiset, mutta vuoden 2011 aineistossa vastaajalle annettiin taustatietoa siitä, mikä määritellään ansiotyöksi. Määritelmässä ansiotyöksi katsottiin työskentely palkansaajana, ammatinharjoittajana, yrittäjänä tai oman perheen yrityksessä vähintään tunti viikossa. Vastaajia pyydettiin vastaamaan tavanomaisen työtilanteen mukaan, jos he olivat poissa ansiotyöstä äitiys-, isyys- tai muun loma, palkattoman vapaan tai muun samankaltaisen syyn vuoksi. Vuoden 2021 aineistossa tätä tarkennusta ei ollut.

Työmarkkina-asemaa kuvaileva muuttuja oli alkuperäisissä aineistoissa kolmiluokkainen. Alkuperäiset vastausluokat olivat 1) *Olen tällä hetkellä ansiotyössä*, 2) *En ole tällä hetkellä ansiotyössä* & 3) *En ole koskaan ollut ansiotyössä*. Vastausluokassa 3) *En ole koskaan ollut ansiotyössä* oli selvästi vähemmän vastauksia, kuin kahdessa muussa vastausluokassa. Tämä saattoi osittain johtua siitä, että tutkimuksessani tarkastelun kohteena on vain aikuisväestö, eli

täysi-ikäiset vastaajat. Ristiintaulukoinneissa tämän muuttujan osalta muodostui nollasoluja, eli havaintoja ei ollut. Tämä esti monimuuttuja-analyysin toteuttamisen. Tästä syystä olen tutkimuksessani yhdistänyt vastausluokat 2) ja 3) yhdeksi luokaksi, vaikka alkuperäinen ideani oli säilyttää työmarkkina-asemaa kuvaava muuttuja alkuperäisessä muodossaan. Lopullisiksi luokiksi muodostuivat: 1) *Olen tällä hetkellä ansiotyössä* ja 2) *En ole tällä hetkellä tai en ole koskaan ollut ansiotyössä*.

Tulot

Tulot kuvastavat aineellisia voimavaroja (Lahelma & Rahkonen 2010, 48). Tässä tutkimuksessa on tiedusteltu henkilön kuukausituloja, jotka pyydettiin ilmoittamaan bruttona. Tuloja usein kysytään myös ruokakunnittain, jossa tiedustellaan paljonko ruokakunnalla on verojen ja mahdollisten tulosiirtojen jälkeen rahaa kulutusyksikköä kohden (mt. 2010, 48).

Vastaajan bruttotuloja kysyttiin ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa K58 ja ISSP 2021: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa Q64. Molemmissa aineistoissa muuttujien kysymyksenasettelu oli sama, eli *Kuinka suuret keskimäärin ovat omat kuukausitulosi veroja vähentämättä (=bruttotulot) mukaan lukien pääomatulot ja kaikki sosiaalielätykset? euroa kuukaudessa*. Vuoden 2011 aineistossa alin vastattu kuukausitulo oli 0 ja korkein 75000. Vuoden 2021 aineistossa alin vastattu kuukausitulo oli 0 ja korkein 20000. Uudelleenluokittelin kuukausituloja kysyvän muuttujan kummassakin aineistossa neljäloukkaiseksi seuraavasti: 1) *Yli 3500 euroa* 2) *2500–3499 euroa* 3) *1500–2499 euroa* 4) *Alle 1500 euroa*.

Koulutus

Sosioekonomista asemaa tarkastellessa koulutus kuvastaa ei-aineellisia resursseja, kuten asenteita ja arvoja (Lahelma & Rahkonen 2010, 47). Koulutusta kysyttiin ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa K4 ja ISSP 2021: Terveys II: Suomen aineistossa muuttujassa Q4. Vuoden 2021 aineistossa vastaajan koulutusta tiedusteltiin kysymyksellä: *Mikä on koulutuksesi? Valitse korkein loppuun suoritettu koulutusaste, vain yksi vaihtoehto*. Vuoden 2011 aineistossa tämä huomio oli muotoiltu *Rengasta korkein kouluaste, vain yksi vaihtoehto*. Muodostin koulutuksesta kolmiloukkaisen muuttujan tutkimustani varten, vaikkakin muuttujien alkuperäiset vastausvaihtoehdot erosivat toisistaan. Olen luokitellut vastausluokat

vastaamaan toisiaan seuraavasti: 2011 aineiston vastausvaihtoehdot 1) *Vielä koulussa (peruskoulu, lukio, ammattikoulu tai -kurssi, opisto)* 2) *Kansakoulu* & 3) *Peruskoulu* on yhdistetty uudeksi luokaksi *Perusaste*. Vastausvaihtoehdot 4) *Ammattikoulu tai -kurssi*, 5) *Lukio tai ylioppilas* & 6) *Opistotason ammatillinen koulutus* on yhdistetty uudeksi luokaksi *Toinen aste*. Vastausvaihtoehdot 7) *Ammattikorkeakoulu*, 8) *Yliopisto, alemman asteen tutkinto* & 9) *Yliopisto, ylemmän asteen tutkinto* on yhdistetty uudeksi luokaksi *Korkea-aste*. Vuoden 2021 aineistossa muodostin uudet vastausluokat seuraavasti: Vastausvaihtoehdot 1) *Vielä peruskoulussa*, 2) *Kansakoulu tai kansalaiskoulu*, 3) *Peruskoulu* yhdistettiin uudeksi luokaksi *Perusaste*. Vastausvaihtoehdot 4) *Ammattikoulu tai -kurssi*, 5) *Lukio tai ylioppilas*, 6) *Erikoisammattitutkinto* & 7) *Opistotason ammatillinen koulutus* yhdistettiin uudeksi luokaksi *Toinen aste*. Vastausvaihtoehdot 8) *Ammattikorkeakoulututkinto (AMK)*, 9) *Ylempi ammattikorkeatutkinto (YAMK)*, 10) *Yliopisto, alempi korkeakoulututkinto (esim. kandidaatin tutkinto)*, 11) *Yliopisto, ylempi korkeakoulututkinto (esim. maisterin tutkinto)* & 12) *Lisensiaatin tai tohtorin tutkinto* yhdistettiin uudeksi luokaksi *Korkea-aste*. Tutkimukseni uusiksi vastausluokiksi muodostuivat: 1) *Korkea-aste*, 2) *Toinen aste* & 3) *Perusaste*.

Muut käyttämäni muuttujat

Muita tutkimukseeni valittuja muuttujia ovat vastaajan asuinpaikkakunnan tyyppi, koettu terveydentila, halukkuus maksaa lisää verotuloja terveydenhuollon tason nostamiseksi sekä hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia. Asuinpaikkakunnan tyyppi voi vaikuttaa siihen, miten terveyspalvelut ovat saatavilla. Palveluiden saatavuus varsinkin kaupunkien ja asutuskeskusten ulkopuolella on ollut hyvinvointialueiden aloittamisen kynnyksellä jatkuva yhteiskunnallinen keskustelun aihe, joten koen sen olevan mielenkiintoinen lisä tutkimukseeni. Koettu terveys on aikaisemmissa tutkimuksissa osoittautunut merkittäväksi tekijäksi siinä, miten paljon henkilö tuntee luottamusta tai epäluottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Halukkuus maksaa lisää verotuloja terveydenhuollon tason parantamiseksi on mukana tutkimuksessani siksi, koska on mielenkiintoista nähdä, onko se yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Henkilön luottamuksella tai epäluottamuksella terveydenhuoltojärjestelmään voisi olettaa olevan vaikutusta siihen, haluaako tämä olla mukana kehittämässä ja parantamassa järjestelmää maksamalla lisää veroja. Hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia kuvastaa palveluihin pääsyä asiakkaasta riippumattomista syistä. Tämä tuo toisen näkökulman palveluiden saatavuuteen, sillä palveluiden fyysinen läsnäolo ei automaattisesti tarkoita sitä, että niiden tarjoamiin hoitoihin

olisi taattu pääsy silloin, kun niitä tarvitsee. On mielenkiintoista tarkastella, onko hoitoon pääsemättömyydellä ja luottamuksella terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan välillä yhteyttä.

Asuinpaikkakunnan tyyppi

Vastaajan asuinpaikkakunnan tyyppiä kysyttiin ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa K61 ja ISSP: Terveys II: Suomen aineistossa muuttujassa Q68. Molemmissa aineistoissa vastaajan asuinpaikkakunnan tyyppiä kysyttiin samalla kysymyksenasettelulla, eli *Asutko...* ja pyydettiin heitä valitsemaan yksi valmiiksi annetuista vastausvaihtoehdoista. Vastausvaihtoehdot olivat molemmissa aineistoissa: 1) *Suuren kaupungin keskustassa*, 2) *Suuren kaupungin lähiössä ja esikaupunkialueella* 3) *Muussa kaupungissa* 4) *Kylässä tai taajamassa maaseudulla* & 5) *Haja-asutusalueella maaseudulla*. Uudelleenluokittelin tämän muuttujan niin, että yhdistin luokat 4) *Kylässä tai taajamassa maaseudulla* & 5) *Haja-asutusalueella maaseudulla* luokaksi *Maaseudulla*, joka saa tutkimuksessani arvon 4. Uusiksi vastausluokiksi muodostuivat: 1) *Suuren kaupungin keskustassa*, 2) *Suuren kaupungin lähiössä ja esikaupunkialueella*, 3) *Muussa kaupungissa* & 4) *Maaseudulla*.

Koettu terveydentila

Vastaajan koettua terveyttä kysyttiin ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa K44 ja ISSP 2021: Terveys II: Suomen aineistossa muuttujassa Q46. Molemmissa aineistoissa koettua terveyttä kysyttiin samalla muotoilulla: *Miten kuvailisit nykyistä terveydentilaasi? Onko se:*. ja pyydettiin valitsemaan vain yksi vastausvaihtoehto. Alkuperäinen muuttuja oli kummassakin aineistossa kuusiluokkainen, joissa arvot menivät seuraavasti: 1) *Erinomainen*, 2) *Erittäin hyvä*, 3) *Hyvä*, 4) *Kohtalainen*, 5) *Huono* & 8) *En osaa sanoa*. Uudelleenluokittelin tämän muuttujan neljäloukkaiseksi, jossa vastausluokka 8) *En osaa sanoa* on poistettu ja vastausluokat 1) ja 2) on yhdistetty. Uudelleenluokittelun jälkeen uusiksi vastausluokiksi muodostuivat: 1) *Erittäin hyvä* 2) *Hyvä* 3) *Kohtalainen* & 4) *Huono*.

Halukkuus maksaa korkeampia veroja

Vastaajien halukkuutta maksaa korkeampia veroja suomalaisten terveydenhuollon tason kohottamiseksi kysyttiin ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa K25 ja ISSP 2021: Terveys II: Suomen aineistossa muuttujassa Q27. Molemmissa aineistoissa

kysymyksenasettelu ja vastausvaihtoehdot olivat samat. Kysymys oli muotoiltu seuraavasti: *Kuinka halukas olisit maksamaan korkeampia veroja kaikkien suomalaisten terveydenhuollon tason kohottamiseksi?* Vastaajia pyydettiin valitsemaan vain yksi vastausvaihtoehto. Vastausvaihtoehdot olivat molemmissa aineistoissa: 1) *Erittäin halukas*, 2) *Melko halukas*, 3) *En halukas enkä haluton*, 4) *Melko haluton*, 5) *Erittäin haluton* & 8) *En osaa sanoa*. Muodostin tästä muuttujasta tutkimustani varten kolmiluokkaisen, jossa yhdistin luokat 1) *Erittäin halukas* ja 2) *Melko halukas* sekä luokat 4) *Melko haluton* ja 5) *Erittäin haluton* omiksi luokikseen. Luokka 3) *En halukas enkä haluton* säilyi alkuperäisessä muodossaan omana luokkanaan. Uusiksi luokiksi muodostuivat: 1) (Luokat 1 & 2 = *Halukas*), 2) (Luokka 3 = *En halukas enkä haluton*) ja 3) (Luokat 4 & 5 = *Haluton*). Alkuperäinen luokka 8) *En osaa sanoa* poistettiin.

Hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia (kuluneiden 12kk aikana)

Hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia on mukana tutkimuksessani muista selittävästä muuttujista erillisenä tarkastelun kohteena. Kevään 2023 seminaareissa nousi esiin idea, että olisi mielenkiintoista saada tutkimukseen mukaan palveluiden saatavuuden tai vastaavan tekijän vaikutus Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Käyttämäni aineistot mahdollistivat tämän tarkastelun erilaisten hoitoon pääsemättömyyttä kuvailevien muuttujien osalta, joista valitsin mukaan tutkimukseeni muuttujan, jossa hoitoon pääsemättömyys oli riippumaton hoitoa tarvitsevasta henkilöstä.

Hoitoon pääsemättömyyttä liian pitkän hoitojonon takia tiedusteltiin ISSP 2011: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa K38d ja ISSP 2021: Terveys: Suomen aineistossa muuttujassa Q40_3. Molemmissa ISSP: Terveys aineistoissa hoitoon pääsemättömyyttä liian pitkän hoitojonon takia kysyttiin kysymyksellä *Onko sinulle viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käynyt niin, ettet ole saanut tarvitsemaasi hoitoa... koska hoitojono oli liian pitkä*. Alkuperäinen muuttuja oli kolmiluokkainen, jossa luokat olivat: 1) *Kyllä*, 2) *Ei* & 3) *En ole tarvinnut hoitoa*. Uudelleenluokittelin muuttujan niin, että alkuperäinen vastausluokka 3 poistettiin, sillä se ei kerro onko henkilö jäänyt ilman tarvitsemaansa hoitoa liian pitkän hoitojonon takia vaiko ei. Lopulliseen, kaksiluokkaiseen muuttujaan jäivät alkuperäiset luokat 1) *Kyllä* & 2) *Ei*.

5.5. Tutkimusmenetelmät

Tutkimukseni tarkoituksena on tarkastella aikuisväestön luottamusta Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ja miten se on mahdollisesti muuttunut vuodesta 2011 vuoteen 2021 eri sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä sekä muissa tutkimuksessani mukana olevissa tekijöissä. Lisäksi tarkastelen hoitoon pääsemättömyyden mahdollista yhteyttä järjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Tutkimukseni on kvantitatiivinen, monimuuttujamenetelmiä hyödyntävä tutkimus.

Käytän tutkimuksessani aineiston analysointiin SPSS Statistics 27-tilasto-ohjelmaa. Aineiston käsittely aloitettiin tarkastamalla käyttämäni muuttujien jakaumat kummastakin käyttämästäni ISSP Terveys: Suomen aineistosta. Muuttujien jakaumien tarkastuksen jälkeen toteutin tarpeelliset muuttujamuunnokset, jotka on esitetty luvussa 5.4. Muuttujamuunnosten jälkeen tarkastin muuttujien ja niiden vastausluokkien identtisyydet.

Tutkimuksessani mukana olevasta vertailunäkökulmasta johtuen, yhdistin käyttämäni ISSP Terveys: Suomen aineistot yhdeksi aineistoksi, jotta ajallinen vertailu olisi mahdollista toteuttaa. Luottamuksen tarkastelu toteutettiin erikseen vuosien 2011 ja 2021 aineistoilla, mutta luottamuksessa mahdollisesti tapahtuneiden muutosten tilastollisten merkitsevyyksien selvittämiseksi, aineistojen yhdistäminen oli tarpeellista. Aineistojen yhdistämisen toteutin ”merge files & add cases” komennolla, jossa molemmat käyttämäni aineistot laitettiin ikään kuin päällekkäin. Ajoin vuoden 2021 aineiston vuoden 2011 aineiston päälle niin, että SPSS tunnisti automaattisesti identtiset muuttujat kummastakin aineistosta, jonka jälkeen valitsin ne yhdistettäväiksi. Lisäksi valitsin yhdistettyyn aineistoon mukaan aineistonumeroa kuvaavan muuttujan, jolla havainnot pystytään luokittelemaan vuosiin 2011 ja 2021.

Yhdistämisen jälkeen minulla oli aineisto, jossa oli mukana haluamani muuttujat. Aineistojen havainnot tuli erotella toisistaan niin, että ne jaettu vuosiin 2011 tai 2021. Tämä onnistui käyttämällä kummassakin aineistossa olevaa ”*fsd_no*” muuttujaa, joka kuvasti aineistonumeroa. Jotta *fsd_no* saatiin selkeästi erottelemaan havainnot toisistaan, lisäsin arvon 0 kuvaamaan vuoden 2011 aineistoa ja arvon 1 kuvaamaan vuoden 2021 aineistoa. Tällä tavoin sain vuosien 2011 ja 2021 ristiintaulukointien tulokset samaan taulukkoon, jossa ne olivat eroteltuina toisista ja muutoksien tilastolliset merkitsevyydet tulivat ilmi (Taulukko 5).

Tutkimuksessani käyttämäni muuttujat ja niiden jakaumat ovat esitetty taulukoissa 1 ja 2. Jakaumat on esitetty aineistokohtaisesti niin, että vuosiluku erottaa havainnot toisistaan. Taulukossa 1 on selitettävän muuttujan jakaumat ja taulukossa 2 selittävien muuttujien jakaumat. Käyttämieni selittävien muuttujien yhteyttä tutkimukseni selitettävään muuttujaan, tarkastelen ristiintaulukoinneilla. Ristiintaulukointia käytetään muuttujien jakautumisen ja niiden välisten riippuvuuksien tutkimiseen (Tietoarkisto 2022a). Lisäksi tarkastelen selittävien ja selitettävän muuttujan välisiä tilastollisia merkitsevyyksiä Pearsonin Chi-Square:lla, eli khiin neliö -testillä. Tilastollisesti merkitsevinä arvoina pidetään niitä, jotka saavat p-arvon alle 0,05 ($p < 0.05$). Yksittäisten selitettävän ja selittävän muuttujan välisiä yhteyksiä ja niissä esiintyviä eroja eri analyysin vaiheissa avataan tarkemmin luvussa 6. sekä sen alaluvuissa. Vuosien 2011 ja 2021 ristiintaulukoinnit ovat erillään toisistaan taulukoissa 3 & 4 sekä yhdistettynä ajallista vertailua varten taulukossa 5.

Selitettävä muuttujani, eli luottamus terveydenhuoltojärjestelmään on tutkimuksessani kolmiluokkainen. Tästä syystä tavallisen logistisen regressioanalyysin sijaan käytän tutkimuksessani multinomiaalista logistista regressioanalyysiä. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi on saman tapainen, kuin logistinen regressioanalyysi, mutta siinä selitettävä muuttuja voi saada enemmän kuin kaksi vastausvaihtoehtoa. Multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä on tavoitteena selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä siihen, miksi vastaaja on valinnut tietyn vastausvaihtoehdon suhteessa valittuun referenssivaihtoehtoon (Tietoarkisto 2022b). Selitettävän muuttujan ollessa tutkimuksessani kolmiluokkainen, monimuuttuja-analyysini tuottaa kaksi erilaista mallia, *Luotan paljon* ja *Luotan jonkin verran*. Tarkastelen tutkimuksessani mallia, jossa verrataan vastausvaihtoehdon *Luotan paljon* valintaa suhteessa mallin vertailuluokkaan, eli vastausvaihtoehtoon *En luota*.

6. LUOTTAMUS SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄÄN 2011-2021

6.1. Muuttujien jakaumat

Vuonna 2011 55,6% kaikista vastaajista luotti Suomen terveydenhuoltojärjestelmään paljon ja 32,7 % luotti jonkin verran, kun vastaavasti vuonna 2021 77,7% vastaajista luotti järjestelmään paljon ja 18,7% luotti jonkin verran. Vuonna 2011 järjestelmään luotti paljon tai jonkin verran yhteensä 88,3% vastaajista. Vastaavasti vuonna 2021 järjestelmään luotti paljon tai jonkin verran yhteensä 96,4% vastaajista. Terveys- ja terveydenhuoltojärjestelmään luottamattomien vastaajien määrät olivat vuonna 2011 11,7% ja vuonna 2021 3,6%. (Taulukko 1)

Taulukko 1. Selitettävän muuttujan jakaumat & vuosien 2011 ja 2021 aineistojen välisen muutoksen tilastollinen merkitsevyys selitettävän muuttujan osalta.

| | Vuosi % (N) | | p-arvo |
|---|-------------------|-----------------|------------------|
| | 2011 | 2021 | |
| Selitettävä muuttuja | | | |
| Luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan | | | <0,001 |
| Luotan paljon | 55,6 (N=696) | 77,7 (N=735) | |
| Luotan jonkin verran | 32,7 (N=409) | 18,7 (N=177) | |
| En luota | 11,7 (N=147) | 3,6 (N=34) | |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1252) | 100 (N=946) | |

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Taulukosta 1 nähdään, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan paljon luottamusta tuntevien vastaajien määrä kasvoi yli 22% vuodesta 2011 vuoteen 2021. Voidaan siis tulkita, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettu luottamus on muuttunut merkittävästi vuodesta 2011 vuoteen 2021 ja muutos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Luottamuksessa tapahtunut muutos näkyy sen merkittävänä kasvuna ja epäluottamuksen laskuna. Tähän luottamuksen merkittävään kasvuun syvennymme tarkemmin myöhemmin tässä pääluvussa, kun tarkastelen luottamuksessa tapahtuneita muutoksia muiden tutkimuskysymyksieni avulla, hyödyntämällä ristiintaulukointia ja monimuuttuja-analyysia.

Seuraavaksi avaan tutkimukseni selittävien muuttujien jakaumat, jotka on esitettyinä taulukossa 2. Selittävien muuttujien jakaumat on lisätty yhteen taulukkoon niiden tarkastelun helpottamiseksi ja selkeyttämiseksi. Vielä tässä vaiheessa ei toteuteta vuosien 2011 ja 2021 välistä vertailua, vaan siihen palataan myöhemmin luvussa 6.3.

Vuonna 2011 kaikista vastaajista 44,5% oli miehiä ja 55,5% naisia. Myös vuonna 2021 enemmistö vastaajista oli naisia, 53,2%. Ikämuuttujissa vastaajien määrät jakautuivat suhteellisen epätasaisesti tutkimukseni neljään vastausluokkaan molemmissa käyttämissäni aineistoissa, joka korostui varsinkin vuoden 2021 aineiston jakaumissa. Vuonna 2011 18–29-vuotiaita vastaajia oli muihin ikäryhmiin verrattuna vähiten, eli 17,8%. Myös vuonna 2021 18–29-vuotiaita vastaajia oli vähiten, 13,2%. Molemmissa aineistoissa yli 45-vuotiaita vastaajia oli reilusti yli puolet kaikista vastaajista. Vuonna 2011 45–59-vuotiaita vastaajia oli 29,5% ja 60–75-vuotiaita 28,8%, kun vuonna 2021 vastaavat luvut olivat 27,1% (45–59-vuotiaat) ja 42,7% (60–75-vuotiaat). Vuonna 2011 60,0% ja vuonna 2021 57,7% vastaajista oli ansiotyössä, eli molemmissa aineistoissa enemmistö vastaajista oli vastaushetkellä ansiotyössä. Vastaajien kuukausittaiset bruttotulot olivat vuonna 2011 noin 80%:lla vastaajista alle 3500 euroa kuukaudessa, joista 60%:lla vastaajista bruttotulot olivat 1500–2499 euroa kuukaudessa tai alle. Vuonna 2021 vastaajat jakautuivat tutkimukseni neljään tuloluokkaan suhteellisen tasaisesti. Jokaisessa kolmessa ylimmässä tuloluokassa oli vähän yli 25% vastaajista ja loput noin 20% vastaajista ilmoittivat bruttotuloikseen alle 1500 euroa kuukaudessa. Vuosina 2011 ja 2021 vähän yli puolet vastaajista oli suorittanut toisen asteen koulutuksen korkeimpana koulutuksenaan (noin 53%). Korkea-asteen suorittaneita vastaajia oli vuonna 2011 noin joka neljännes (27,9) ja vuonna 2021 joka noin kolmannes (33,6%). (Taulukko 2)

Vastaajien asuinpaikkakunnan tyyppi oli molemmissa aineistoissa noin 90%:lla vastaajista jokin muu, kuin suuren kaupungin keskusta. Vastaajista noin joka kolmas (34,6% vuonna 2011 & 32,6% vuonna 2021) asui suuren kaupungin lähiössä tai esikaupunkialueella, noin joka neljäs (26,3% vuonna 2011 & 27,3% vuonna 2021) muussa kaupungissa ja noin 30% vastaajista asui maaseudulla molempina vuosina. Vastaajista noin 70% koki terveytensä joko erittäin hyväksi tai hyväksi vuosina 2011 ja 2021. Heikoksi oman terveytensä koki kumpanakin aineistonkeruuvuotena alle 5% vastaajista. Vastaajia, jotka olisivat halukkaita maksamaan korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi, oli vuonna 2011 29%, kun taas haluttomia oli 37,8%. Vastaavasti vuonna 2021 vastaajista 27,7% oli halukkaita maksamaan korkeampia veroja, kun taas haluttomia oli 42,3%. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Selittävien muuttujien jakaumat.

| | Vuosi | |
|---|-----------------|-----------------|
| | 2011 | 2021 |
| Selittävät muuttujat | | |
| | | |
| Sukupuoli | | |
| Mies | 44,5 (N=570) | 46,8 (N=444) |
| Nainen | 55,5 (N=710) | 53,2 (N=505) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1280) | 100 (N=949) |
| | | |
| Ikä | | |
| 60–75-vuotias | 28,8 (N=369) | 42,7 (N=406) |
| 45–59-vuotias | 29,5 (N=378) | 27,1 (N=258) |
| 30–44-vuotias | 23,8 (N=305) | 16,9 (N=161) |
| 18–29-vuotias | 17,8 (N=228) | 13,2 (N=126) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1280) | 100 (N=951) |
| | | |
| Työmarkkina-asema | | |
| Olen tällä hetkellä ansiotyössä | 60,0 (N=764) | 57,7 (N=535) |
| En ole tällä hetkellä tai en ole koskaan ollut ansiotyössä | 40,0 (N=510) | 42,3 (N=393) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1274) | 100 (N=928) |
| | | |
| Bruttotulot / kk | | |
| Yli 3500 euroa | 17,4 (N=209) | 27,0 (N=244) |
| 2500–3499 euroa | 22,3 (N=268) | 26,8 (N=242) |
| 1500–2499 euroa | 31,0 (N=373) | 25,7 (N=232) |
| Alle 1500 euroa | 29,3 (N=352) | 20,6 (N=186) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1202) | 100 (N=904) |

Jatkuu

| | Vuosi | |
|---|-----------------|-----------------|
| | 2011 | 2021 |
| Selittävät muuttujat | | |
| | | |
| Koulutus | | |
| Korkea-aste | 27,9 (N=355) | 33,6 (N=319) |
| Toinen aste | 53,6 (N=683) | 53,3 (N=506) |
| Perusaste | 18,5 (N=236) | 13,2 (N=125) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1274) | 100 (N=950) |
| | | |
| Asuinpaikkakunnan tyyppi | | |
| Suuren kaupungin keskustassa | 8,4 (N=106) | 9,6 (N=91) |
| Suuren kaupungin lähiössä tai esikaupunkialueella | 34,6 (N=439) | 32,6 (N=309) |
| Muussa kaupungissa | 26,3 (N=334) | 27,3 (N=259) |
| Maaseudulla | 30,7 (N=389) | 30,4 (N=288) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1268) | 100 (N=947) |
| | | |
| Koettu terveydentila | | |
| Erittäin hyvä | 26,4 (N=334) | 24,6 (N=232) |
| Hyvä | 45,9 (N=580) | 46,0 (N=435) |
| Kohtalainen | 24,2 (N=306) | 25,3 (N=239) |
| Heikko | 3,5 (N=44) | 4,1 (N=39) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1264) | 100 (N=945) |
| | | |
| Halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi | | |
| Halukas | 29,0 (N=354) | 27,7 (N=257) |
| En halukas enkä haluton | 33,2 (N=406) | 30,0 (N=278) |
| Haluton | 37,8 (N=462) | 42,3 (N=392) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=1222) | 100 (N=927) |

6.2. Selittävien muuttujien yhteys selitettävään muuttujaan

Selittävien muuttujien yhteyttä selitettävään muuttujaan, eli Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen selvitetään ristiintaulukoinneilla. Ristiintaulukoinnit toteutetaan vuosien 2011 ja 2021 aineistoilla erikseen aineistokohtaisesti, jotta saamme selville, mitkä selittävät muuttujat olivat yhteydessä selitettävään muuttujaan vuosina 2011 ja vuosina 2021 ja oliko yhteyksissä eroavaisuuksina näiden vuosien välillä.

Vuoden 2011 aineistossa (taulukko 3) selittävistä muuttujista sukupuoli, ikä, työmarkkina-asema, vastaajan bruttotulot ja vastaajan asuinpaikkakunnan tyyppi eivät olleet tilastollisesti yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koettuun luottamukseen. Tämä selviää tarkastelemalla yksittäisen selittävän muuttujan ja selitettävän muuttujan välistä tilastollista merkitsevyyttä, Tilastollisesta merkitsevyydestä voidaan puhua, kun p-arvo on alle 0,05 ($p < 0,05$). Edellä mainittujen selittävien muuttujien kohdalla p-arvot olivat yli 0,05. Selittävistä muuttujista terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen olivat yhteydessä vastaajan koulutus ($p = 0,019$), koettu terveydentila ($p < 0,001$) ja halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi ($p = 0,028$).

Korkea-asteen koulutuksen käyneistä vastaajista 59,5% luotti terveydenhuoltojärjestelmään paljon. Määrä oli korkeampi, kuin toisen asteen (54,7%) ja perusasteen (52,4%) suorittaneiden vastaajien keskuudessa. Korkea-asteen suorittaneista vastaajista 33,6% luotti Suomen terveydenhuoltojärjestelmään jonkin verran, kun vastaavasti toisen asteen käyneistä 31,6% ja perusasteen käyneistä 34,1% luottivat järjestelmään jonkin verran. Selkeä eroavaisuus luottamuksessa terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli havaittavissa, kun tarkasteltiin niiden vastaajien määrää, jotka eivät luottaneet Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. Korkea-asteen käyneiden keskuudessa ”En luota” vastanneiden määrä oli 6,8%, kun taas toisen- ja perusasteen käyneiden kohdalla vastaavat luvut olivat 13,6% (toinen aste) ja 13,5% (perusaste).

Koetun terveyden ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen välinen suhde oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Vastaajista, jotka kokivat terveytensä erittäin hyväksi, 68,5% luotti terveydenhuoltojärjestelmään paljon ja 7% ei luottanut järjestelmään. Ero vastaajiin, jotka kokivat terveydentilansa huonoksi, oli suuri.

Vastaajista, jotka kokivat terveydentilansa huonoksi, 28,6% luotti terveydenhuoltojärjestelmään paljon ja 38,1% ei järjestelmään luottanut. Lisäksi on huomioitava, että vastaajien luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli sitä yleisempää, mitä paremmaksi he kokivat terveydentilansa. Vastaavasti epäluottamus järjestelmää kohtaan oli sitä yleisempää, mitä huonommaksi he terveydentilansa kokivat (Taulukko 2).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koetun luottamuksen ja halukkuuden maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi välinen yhteys oli mielenkiintoinen. Vastaajien keskuudessa, jotka olivat halukkaita maksamaan korkeampia veroja, oli suurin määrä vastaajia, jotka eivät luottaneet terveydenhuoltojärjestelmään, eli 14%. Tämä oli korkeampi määrä kuin niissä vastaajissa, jotka olivat haluttomia korkeampien verojen maksamiseen eivätkä luottaneet järjestelmään, eli 12%. Halukkaiden ja haluttomien välillä erot luottamuksessa terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan olivat noin 1–2% verran. Merkittävin ero oli vastaajajoukossa, joka ei ollut halukas eikä haluton maksamaan korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi. Näistä vastaajista 61,3% luotti terveydenhuoltojärjestelmään paljon ja 9% ei järjestelmään luottanut.

Taulukko 3. Vuoden 2011 aineisto. Selittävien muuttujien yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (%).

| | Vuosi | Luotan paljon % | Luotan jonkin verran % | En luota % | Yhteensä % (N) | p-arvo |
|--|-------|--------------------|---------------------------|---------------|-------------------|--------------|
| Sukupuoli (n=1252) | | | | | | 0,101 |
| Mies | 2011 | 58,3 | 29,5 | 12,2 | 100 (556) | |
| Nainen | 2011 | 53,4 | 35,2 | 11,4 | 100 (696) | |
| Ikä (n=1252) | | | | | | 0,533 |
| 60–75-vuotias | 2011 | 56,5 | 33,4 | 10,1 | 100 (356) | |
| 45–59-vuotias | 2011 | 54,8 | 32,0 | 13,2 | 100 (372) | |
| 30–44-vuotias | 2011 | 58,1 | 32,2 | 9,7 | 100 (298) | |
| 18–29-vuotias | 2011 | 52,2 | 33,2 | 14,6 | 100 (226) | |
| Työmarkkina-asema (n=1248) | | | | | | 0,901 |
| Olen tällä hetkellä ansiotyössä | 2011 | 56,0 | 32,3 | 11,7 | 100 (755) | |
| En ole tällä hetkellä tai en ole koskaan ollut ansiotyössä | 2011 | 54,8 | 33,5 | 11,8 | 100 (493) | |
| Bruttotulot / kk (n=1178) | | | | | | 0,227 |
| Yli 3500 euroa | 2011 | 62,3 | 26,1 | 11,6 | 100 (207) | |
| 2500–3499 euroa | 2011 | 54,7 | 36,2 | 9,1 | 100 (265) | |
| 1500–2499 euroa | 2011 | 54,5 | 34,7 | 10,9 | 100 (366) | |
| Alle 1500 euroa | 2011 | 54,1 | 32,9 | 12,9 | 100 (340) | |
| Koulutus (n=1247) | | | | | | 0,019 |
| Korkea-aste | 2011 | 59,5 | 33,6 | 6,8 | 100 (351) | |
| Toinen aste | 2011 | 54,7 | 31,6 | 13,6 | 100 (667) | |
| Perusaste | 2011 | 52,4 | 34,1 | 13,5 | 100 (229) | |

Jatkuu

| | Vuosi | Luotan paljon % | Luotan jonkin verran % | En luota % | Yhteensä %, (N) | p-arvo |
|--|-------|--------------------|---------------------------|---------------|--------------------|------------------|
| Asuinpaikkakunnan tyyppi (n=1240) | | | | | | 0,689 |
| Suuren kaupungin keskusta | 2011 | 57,7 | 32,7 | 9,6 | 100 (104) | |
| Suuren kaupungin lähiössä tai esikaupunkialueella | 2011 | 58,3 | 31,1 | 10,6 | 100 (434) | |
| Muussa kaupungissa | 2011 | 52,5 | 35,8 | 11,7 | 100 (324) | |
| Maaseudulla | 2011 | 54,8 | 32,3 | 13,0 | 100 (378) | |
| Koettu terveydentila (n=1237) | | | | | | <0,001 |
| Erittäin hyvä | 2011 | 68,5 | 24,5 | 7,0 | 100 (330) | |
| Hyvä | 2011 | 56,1 | 33,9 | 10,0 | 100 (570) | |
| Kohtalainen | 2011 | 43,7 | 39,7 | 16,6 | 100 (295) | |
| Huono | 2011 | 28,6 | 33,3 | 38,1 | 100 (42) | |
| Halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi (n=1199) | | | | | | 0,028 |
| Halukas | 2011 | 52,6 | 33,0 | 14,4 | 100 (348) | |
| En halukas enkä haluton | 2011 | 61,3 | 29,7 | 9,0 | 100 (401) | |
| Haluton | 2011 | 52,0 | 35,1 | 12,9 | 100 (450) | |

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Vuoden 2021 aineistossa (taulukko 4) selittävästä muuttujista sukupuoli, ikä, työmarkkina-asema, vastaajan bruttotulot ja asuinpaikkakunnan tyyppi eivät olleet yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koettuun luottamukseen. Selittävästä muuttujista yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen olivat vuoden 2011 aineiston tapaan vastaajan koulutus ($p=0,015$), koettu terveydentila ($p<0,001$) ja halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi ($p=0,002$).

Korkea-asteen koulutuksen käyneistä vastaajista 83,6% luotti paljon ja 14,5% luotti jonkin verran Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. Vastaavasti toisen asteen käyneistä vastaajista paljon luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koki 73,7% ja perusasteen käyneistä 78,9%. Jonkin verran luottamusta toisen asteen käyneistä vastaajista koki 21,6% ja perusasteen käyneistä 17,9%. Korkea-asteen käyneistä vastaajista 1,9% ei luottanut Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. Vastaavat luvut toisen asteen ja perusasteen käyneiden osalta olivat 4,8% (toinen aste) ja 3,3% (perusaste).

Koetun terveyden ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koetun luottamuksen välinen yhteys oli vuoden 2011 aineiston tapaan tilastollisesti erittäin merkitsevä ($<0,001$). Terveydentilansa erittäin hyväksi kokevista vastaajista 84,8% luotti terveydenhuoltojärjestelmään paljon ja 12,6% jonkin verran. Vastaavasti terveydentilansa huonoksi kokevista vastaajista 56,5% luotti Suomen terveydenhuoltojärjestelmään paljon ja 23,1% jonkin verran. Terveydentilansa huonoksi kokevista vastaajista 20,5% ei luottanut Suomen terveydenhuoltojärjestelmään, kun muissa koetun terveyden kategorioissa ”En luota” vastanneiden määrät olivat noin 2–5% välillä.

Halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi oli melkein tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,002$). Vastaajista, jotka olivat halukkaita maksamaan korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi, 82,5% luotti järjestelmään paljon ja 15,6% luotti jonkin verran. Vastaavasti vastaajista, jotka olivat haluttomia maksamaan lisää veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi, 71,1% luotti järjestelmään paljon ja 24,3% luotti jonkin verran. Epäluottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli sitä yleisempää, mitä pienempi halukkuus korkeampien verojen maksuun vastaajalla oli. Halukkaiden keskuudessa ”en luota” vastanneiden määrä oli 1,9%, kun haluttomien keskuudessa vastaava määrä oli 4,6%. Haluttomien (24,3%) keskuudessa jonkin verran luottavien määrä oli selvästi halukkaita (15,6%) ja neutraaleja vastaajia (14,4%) korkeampi.

Taulukko 4. Vuoden 2021 aineisto. Selittävien muuttujien yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (%).

| | Vuosi | Luotan paljon | Luotan jonkin verran | En luota | Yhteensä | p-arvo |
|--|-------|---------------|----------------------|----------|-----------|--------|
| | | % | % | % | %, (N) | |
| Sukupuoli (n=945) | | | | | | 0,707 |
| Mies | 2021 | 79,0 | 17,6 | 3,4 | 100 (442) | |
| Nainen | 2021 | 76,7 | 19,7 | 3,6 | 100 (503) | |
| Ikä (n=946) | | | | | | 0,550 |
| 60–75-vuotias | 2021 | 78,2 | 17,9 | 4,0 | 100 (403) | |
| 45–59-vuotias | 2021 | 80,6 | 16,3 | 3,1 | 100 (258) | |
| 30–44-vuotias | 2021 | 72,7 | 24,2 | 3,1 | 100 (161) | |
| 18–29-vuotias | 2021 | 76,6 | 19,4 | 4,0 | 100 (124) | |
| Työmarkkina-asema (n=924) | | | | | | 0,694 |
| Olen tällä hetkellä ansiotyössä | 2021 | 78,7 | 18,2 | 3,2 | 100 (534) | |
| En ole tällä hetkellä tai en ole koskaan ollut ansiotyössä | 2021 | 76,4 | 19,7 | 3,8 | 100 (390) | |
| Bruttotulot / kk (n=1178) | | | | | | 0,139 |
| Yli 3500 euroa | 2021 | 83,1 | 15,7 | 1,2 | 100 (242) | |
| 2500–3499 euroa | 2021 | 78,8 | 17,4 | 3,7 | 100 (241) | |
| 1500–2499 euroa | 2021 | 72,8 | 22,8 | 4,3 | 100 (232) | |
| Alle 1500 euroa | 2021 | 77,2 | 18,5 | 4,3 | 100 (184) | |
| Koulutus (n=1247) | | | | | | 0,015 |
| Korkea-aste | 2021 | 83,6 | 14,5 | 1,9 | 100 (318) | |
| Toinen aste | 2021 | 73,7 | 21,6 | 4,8 | 100 (505) | |
| Perusaste | 2021 | 78,9 | 17,9 | 3,3 | 100 (123) | |

Jatkuu

| | Vuosi | Luotan paljon % | Luotan jonkin verran % | En luota % | Yhteensä %, (N) | p-arvo |
|---|-------|--------------------|---------------------------|---------------|--------------------|--------|
| Asuinpaikkakunnan tyyppi (n=943) | | | | | | 0,974 |
| Suuren kaupungin keskusta | 2021 | 75,8 | 20,9 | 3,3 | 100 (91) | |
| Suuren kaupungin lähiössä tai esikaupunkialueella | 2021 | 77,0 | 19,4 | 3,6 | 100 (309) | |
| Muussa kaupungissa | 2021 | 79,5 | 17,4 | 3,1 | 100 (259) | |
| Maaseudulla | 2021 | 77,1 | 18,7 | 4,2 | 100 (284) | |
| Koettu terveydentila (n=941) | | | | | | <0,001 |
| Erittäin hyvä | 2021 | 84,8 | 12,6 | 2,6 | 100 (231) | |
| Hyvä | 2021 | 82,7 | 15,5 | 1,8 | 100 (433) | |
| Kohtalainen | 2021 | 65,5 | 29,8 | 4,6 | 100 (238) | |
| Huono | 2021 | 56,4 | 23,1 | 20,5 | 100 (39) | |
| Halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi (n=925) | | | | | | 0,002 |
| Halukas | 2021 | 82,5 | 15,6 | 1,9 | 100 (257) | |
| En halukas enkä haluton | 2021 | 81,6 | 14,4 | 4,0 | 100 (277) | |
| Haluton | 2021 | 71,1 | 24,3 | 4,6 | 100 (391) | |

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Vuosien 2011 ja 2021 välillä ei ollut eroavaisuutta siinä, mitkä selittävät muuttujat olivat yhteydessä selitettävään muuttujaan. Molemmassa aineistoissa vastaajien koulutus, koettu terveydentila ja halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi olivat yhteydessä Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koettuun luottamukseen. Yhdenmukaisuus on mielenkiintoinen ja viittasi siihen, että samat tekijät vaikuttivat vastaajien luottamuksen tasoon vuosina 2011 ja 2021. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna sosioekonomisista ja -demografisista tekijöistä vain koulutus oli yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Tämä tosin ei ole kovinkaan yllättävää, sillä luvussa 4 sekä sen alaluvuissa esittelemissäni aikaisemmissa tutkimuksissa oli selkeää vaihtelua, mitkä tekijät olivat yhteydessä luottamukseen ja millä tavoin. Seuraavassa luvussa tarkastellaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetussa luottamuksessa tapahtuneita muutoksia vuosien 2011 ja 2021 välillä ja niiden tilastollisia merkitsevyyksiä.

6.3. Vuosien 2011 ja 2021 välinen vertailu

Vuosien 2011 ja 2021 välinen luottamuksen vertailu toteutetaan yhdistetyllä SPSS-aineistolla. Yhdistin käyttämäni vuosien 2011 ja 2021 ISSP Terveys: Suomen aineistot yhdeksi aineistoksi. Aineistojen yhdistäminen edellytti sitä, että muuttajat olivat valmiiksi tai uudelleenluokittelun jälkeen identtiset kummassakin alkuperäisessä aineistossa. Ristiintaulukointi toteutetaan tässä yhteydessä samalla tavalla, kuin perinteinen ristiintaulukointi. Poikkeuksena kuitenkin se, että ristiintaulukointiin otetaan mukaan vuosimuuttuja (fsd_no), joka erottelee vuosien 2011 ja 2021 havainnot toisistaan. Vuosimuuttujana käytettävä fsd_no toimi alkuperäisissä aineistoissa aineistonumeroa kuvaavana muuttujana.

Aineistojen yhdistäminen oli edellytys sille, että vuosien 2011 ja 2021 välinen muutos olisi tulkittavissa yksinkertaisemmin yhdestä taulukosta ja samalla mahdollistaisi vuosien 2011 ja 2021 välillä tapahtuneiden muutoksien tilastollisten merkitsevyyksien tarkastelun. Tilastollinen merkitsevyys toimii tässä yhteydessä samalla tavalla, kuin perinteisessä ristiintaulukoinnissa, eli p-arvon tulee olla alle 0,05, jotta pystytään puhumaan tilastollisesti merkitsevästä ilmiöstä. Ristiintaulukointien jakaumat ovat samat, kuin luvussa 6.2. esitetyissä taulukoissa (taulukot 3 & 4). Muuta eroa tämän osion ristiintaulukoinnissa ei siis ole, paitsi muutoksien tilastollisten merkitsevyyksien selvittäminen.

Ensiksi tarkastellaan muuttujien jakaumissa tapahtuneita muutoksia vuodesta 2011 vuoteen 2021 (Taulukko 2). Molemmissa aineistoissa enemmistö vastaajista oli naisia (55,5% vuonna 2011 & 53,2% vuonna 2021). Prosentuaalisesti miesvastaajien määrä nousi vuoden 2011 aineistosta vuoden 2021 aineistoon 2,3%, kun naisvastaajien määrä laski 2,3%. Ikäryhmien prosenttimäärien erot kasvoivat selvästi vuodesta 2011 vuoteen 2021. Kaikkien muiden ikäryhmien määrä laski, paitsi 60–75-vuotiaiden, joiden määrä kasvoi 28,8%:sta 42,7%. Vuoden 2021 aineistossa oli siis merkittävästi suurempi määrä iäkkäämpiä vastaajia, kuin vuoden 2011 aineistossa. (Taulukko 2)

Työmarkkina-aseman kohdalla aineistojen välillä ei ollut suurta muutosta ja molemmissa aineistoissa vastaajista yli puolet (60% vuonna 2011 & 57,7% vuonna 2021) olivat vastaushetkellä ansiotyössä. Vastaajien kuukausittaisissa bruttotuloissa merkittävin muutos oli yli 3500 euroa ja alle 1500 euroa tienavien vastaajien prosentuaalisissa määrissä. Yli 3500

euroa kuukaudessa tienavien prosentuaalinen määrä kaikista vastaajista nousi vuodesta 2011 (17,4%) vuoteen 2021 (24,3%), kun taas alle 1500 euroa tienavien vastaajien prosentuaalinen määrä laski vuodesta 2011 (29,3%) vuoteen 2021 (18,5%). Koulutusasteen osalta prosentuaaliset muutokset olivat myös suhteellisen pieniä. Korkea-asteen suorittaneiden vastaajien määrä nousi vuoden 2011 aineistosta (27,9%) vuoden 2021 aineistoon (33,6%). Samalla vastaajien määrä, joiden korkein koulutus oli perusaste, laski 18,5%:sta 13,2%:tiin. (Taulukko 2)

Vastaajien asuinpaikkakunnan tyypeissä ei myöskään ollut suuria prosentuaalisia muutoksia. Vajaa kolmannes vastaajista (vuonna 2011 30,7% & vuonna 2021 30,4%) asui vastaushetkellä maaseudulla. Lopuista 70% vastaajista alle 10% asui suuren kaupungin keskustassa molemmissa aineistoissa (vuonna 2011 8,4% & vuonna 2021 9,6%). Loput reilut 60% molempien aineistojen vastaajista asui eri kokoisissa kaupungeissa ja niiden lähiöissä. Vastaajien koetussa terveydessä oli myös tapahtunut muutoksia, vaikkakin erittäin hyväksi ja hyväksi terveytensä kokeneiden vastaajien määrät olivat pysyneet lähes samoina (vuonna 2011 erittäin hyväksi tai hyväksi terveytensä koki 72,3% ja vuonna 2021 70,6%). Kuitenkin terveytensä kohtaiseksi tai huonoksi kokevien määrät kasvoivat prosentuaalisesti, vaikkakin muutos oli noin yhden prosenttiyksikön. Halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi laski vuodesta 2011 vuoteen 2021. Haluttomien määrä nousi vuoden 2011 ja 2021 välillä 37,8%:sta 42,3%:iin. Halukkaiden ja neutraalien vastaajien välillä muutokset olivat vain muutaman prosenttiyksikön verran. (Taulukko 2)

Taulukosta 5 voimme havaita, että jokaisen selittävän muuttujan kohdalla tapahtunut muutos vuosien 2011 ja 2021 välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Tämä ei ole mitenkään yllättävää, kun otetaan huomioon, kuinka suuri muutos Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetussa luottamuksessa tapahtui jokaisessa selittävässä muuttujassa vuodesta 2011 vuoteen 2021 (taulukko 1).

Taulukko 5. Vuosien 2011 ja 2021 aineistojen välisen muutoksen tilastollinen merkitsevyys selittävien muuttujien osalta.

| | Vuosi | Luotan paljon | Luotan jonkin verran | En luota | Yhteensä | p-arvo |
|---|-------|---------------|----------------------|----------|-----------|------------------|
| | | % | % | % | % (N) | |
| Sukupuoli (n=2197) | | | | | | <0,001 |
| Mies | 2011 | 58,3 | 29,5 | 12,2 | 100 (556) | |
| | 2021 | 79,0 | 17,6 | 3,4 | 100 (442) | |
| Nainen | 2011 | 53,4 | 35,2 | 11,4 | 100 (696) | |
| | 2021 | 76,7 | 19,7 | 3,6 | 100 (503) | |
| Ikä (n=2198) | | | | | | <0,001 |
| 60–75-vuotias | 2011 | 56,5 | 33,4 | 10,1 | 100 (356) | |
| | 2021 | 78,2 | 17,9 | 4,0 | 100 (403) | |
| 45–59-vuotias | 2011 | 54,8 | 32,0 | 13,2 | 100 (372) | |
| | 2021 | 80,6 | 16,3 | 3,1 | 100 (258) | |
| 30–44-vuotias | 2011 | 58,1 | 32,2 | 9,7 | 100 (298) | |
| | 2021 | 72,7 | 24,2 | 3,1 | 100 (161) | |
| 18–29-vuotias | 2011 | 52,2 | 32,2 | 14,6 | 100 (226) | |
| | 2021 | 76,6 | 19,4 | 4,0 | 100 (124) | |
| Työmarkkina-asema (n=2172) | | | | | | <0,001 |
| Olen tällä hetkellä ansiotyössä | 2011 | 56,0 | 32,3 | 11,7 | 100 (755) | |
| | 2021 | 78,7 | 18,2 | 3,2 | 100 (534) | |
| En ole tällä hetkellä tai en ole koskaan ollut ansiotyössä | 2011 | 54,8 | 33,5 | 11,8 | 100 (493) | |
| | 2021 | 76,4 | 19,7 | 3,8 | 100 (390) | |
| Bruttotulot / kk (n=2077) | | | | | | <0,001 |
| Yli 3500 euroa | 2011 | 62,3 | 26,1 | 11,6 | 100 (207) | |
| | 2021 | 83,1 | 15,7 | 1,2 | 100 (242) | |
| 2500–3499 euroa | 2011 | 54,7 | 36,2 | 9,1 | 100 (265) | |
| | 2021 | 78,8 | 17,4 | 3,7 | 100 (241) | |
| 1500–2499 euroa | 2011 | 54,4 | 34,7 | 10,9 | 100 (366) | |
| | 2021 | 72,8 | 22,8 | 4,3 | 100 (232) | |
| Alle 1500 euroa | 2011 | 54,1 | 32,9 | 12,9 | 100 (340) | |
| | 2021 | 77,2 | 18,5 | 4,3 | 100 (184) | |

Jatkuu

| | Vuosi | Luotan paljon % | Luotan jonkin verran % | En luota % | Yhteensä % (N) | p-arvo |
|--|-------|--------------------|---------------------------|---------------|-------------------|------------------|
| Koulutus (n=2197) | | | | | | <0,001 |
| Korkea-aste | 2011 | 59,5 | 33,6 | 6,8 | 100 (351) | |
| | 2021 | 83,6 | 14,5 | 1,9 | 100 (318) | |
| Toinen aste | 2011 | 54,7 | 31,6 | 13,6 | 100 (667) | |
| | 2021 | 73,7 | 21,6 | 4,8 | 100 (505) | |
| Perusaste | 2011 | 52,4 | 34,1 | 13,5 | 100 (229) | |
| | 2021 | 78,9 | 17,9 | 3,3 | 100 (123) | |
| Asuinpaikkakunnan tyyppi (n=2183) | | | | | | <0,001 |
| Suuren kaupungin keskusta | 2011 | 57,7 | 32,7 | 9,6 | 100 (104) | |
| | 2021 | 75,8 | 20,9 | 3,3 | 100 (91) | |
| Suuren kaupungin lähiössä ja esikaupunkialueella | 2011 | 58,3 | 31,1 | 10,6 | 100 (434) | |
| | 2021 | 77,0 | 19,4 | 3,6 | 100 (309) | |
| Muussa kaupungissa | 2011 | 52,5 | 35,8 | 11,7 | 100 (324) | |
| | 2021 | 79,5 | 17,4 | 3,1 | 100 (259) | |
| Maaseudulla | 2011 | 54,8 | 32,3 | 13,0 | 100 (378) | |
| | 2021 | 77,1 | 18,7 | 4,2 | 100 (284) | |
| Koettu terveydentila (n=2178) | | | | | | <0,001 |
| Erittäin hyvä | 2011 | 68,5 | 24,5 | 7,0 | 100 (330) | |
| | 2021 | 84,8 | 12,6 | 2,6 | 100 (231) | |
| Hyvä | 2011 | 56,1 | 33,9 | 10,0 | 100 (570) | |
| | 2021 | 82,7 | 15,5 | 1,8 | 100 (433) | |
| Kohtalainen | 2011 | 43,7 | 39,7 | 16,6 | 100 (295) | |
| | 2021 | 65,5 | 29,8 | 4,6 | 100 (238) | |
| Huono | 2011 | 28,6 | 33,3 | 38,1 | 100 (42) | |
| | 2021 | 56,4 | 23,1 | 20,5 | 100 (39) | |
| Halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi (n=2124) | | | | | | <0,001 |
| Halukas | 2011 | 52,6 | 33,0 | 14,4 | 100 (348) | |
| | 2021 | 82,5 | 15,6 | 1,9 | 100 (257) | |
| En halukas enkä haluton | 2011 | 61,3 | 29,7 | 9,0 | 100 (401) | |
| | 2021 | 81,6 | 14,4 | 4,0 | 100 (277) | |
| Haluton | 2011 | 52,0 | 35,1 | 12,9 | 100 (450) | |
| | 2021 | 71,1 | 24,3 | 4,6 | 100 (391) | |

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Taulukosta 5 nähdään, minkälaisia muutoksia luottamuksessa Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan eri sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä sekä muissa tutkimuksessani mukana olevissa tekijöissä tapahtui vuosien 2011 ja 2021 välillä. Keskeisin huomio vuosien 2011 ja 2021 välisessä muutoksessa on, että paljon luottavien vastaajien määrät kasvoivat jokaisessa selittävässä muuttujassa sekä niiden vastausluokissa noin 15–25%:lla. Samaan aikaan jonkin verran luottamusta ja epäluottamusta Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tuntevien määrät laskivat muuttujasta ja vastausluokasta riippumatta. Jonkin verran luottamusta kokevien prosentuaaliset määrät laskivat vuodesta 2011 vuoteen 2021, joka viittaisi siihen, että ihmiset luottivat vuonna 2021 terveydenhuoltojärjestelmään paljon sen sijaan, että he olisivat luottaneet jonkin verran.

Tutkimuksessani tilastollisesti merkitseviä selittäviä muuttujia olivat vastaajan koulutus, koettu terveydentila ja halukkuus maksaa korkeampia veroja. Tarkastelen kuitenkin tässä osiossa jokaista selittävää muuttujaa, sillä kaikkien niiden kohdalla vuosien 2011 ja 2021 välillä tapahtunut muutos oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Tästä syystä muutokset on tärkeää avata jokaisen muuttujan kohdalla. Seuraavaksi vertaillaan vuosien 2011 ja 2021 välillä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetussa luottamuksessa tapahtunutta muutosta eri selittävien muuttujien vastausluokkien sisällä, mutta vastausluokkien välisiä eroja ei tarkastella. Tämä tarkastelu toteutettiin vuosikohtaisesti luvussa 6.2. niiden muuttujien osalta, jotka olivat tilastollisesti merkitseviä.

Aikaisempien tutkimuksien pohjalta ei pystytä tekemään johtopäätöksiä siitä, luottavatko miehet terveydenhuoltojärjestelmään enemmän kuin naiset tai toisinpäin, sillä se vaihtelee tutkimuksesta riippuen (esim. Niemelä 2012; Kivisalmi 2017). Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvinnyt, että luottamus vaihtelee sukupuolten välillä eikä se välttämättä ole aina edes yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen, kuten esimerkiksi tässä tutkimuksessa (Taulukot 3 & 4). Miesten ja naisten välillä tapahtunut muutos vuodesta 2011 vuoteen 2021 oli selkeä. Miesten ja naisten keskuudessa paljon luottamusta kokevien vastaajien määrät nousivat vuodesta 2011 vuoteen 2021 yli 20% ja samalla epäluottamusta kokevien määrät laskivat reilusta 10%:sta alle 4%:iin.

Ikä on aikaisemmissa tutkimuksissa osoittautunut tekijäksi, joka on yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (esim. Kivisalmi 2017). Tässä tutkimuksessa ikä ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Taulukot 3 & 4). Luottamuksen muutos

ikämuuttujan osalta oli samansuuntainen, kuin sukupuolen kohdalla. Paljon luottavien määrä nousi selvästi jokaisessa ikäryhmässä vuodesta 2011 vuoteen 2021. Kasvu paljon luottavien määrissä vaihteli noin 15–25% välillä riippuen ikäryhmästä. Vastaavasti epäluottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kokevien määrä laski selvästi. Vuonna 2011 epäluottamusta jokaisessa ikäryhmässä koki noin 10% vastaajista, kun vuonna 2021 vastaava luku oli 3–4%.

Työmarkkina-aseman on myös aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (esim. Aalto ym. 2016; Muuri ym. 2019). Tässä tutkimuksessa työmarkkina-asema ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Taulukot 3 & 4). Vastaajan työmarkkina-asema ei vaikuttaisi aiheuttaneen suurta eroavaisuutta siinä, kuinka paljon henkilö luotti terveydenhuoltojärjestelmään. Vuodesta 2011 vuoteen 2021 tapahtunut muutos oli kuitenkin selkeä, joka näkyi yli 20%:in kasvuna vastaajien määrässä, jotka luottivat terveydenhuoltojärjestelmään paljon. Lisäksi epäluottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan laski selvästi, yli 11%:sta alle 4%:iin.

Tulotaso on aikaisemmissa tutkimuksissa ollut yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (esim. Aalto ym. 2016; Kivisalmi 2017). Tässä tutkimuksessa vastaajan tulotaso ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Taulukot 3 & 4). Luottamuksessa tapahtunut muutos tuloluokkien välillä näkyi kuitenkin selkeästi. Terveydenhuoltojärjestelmään paljon luottavien määrä nousi vuodesta 2011 vuoteen 2021 samalla tavalla, kuin aikaisemmissakin muuttujissa, eli noin 18–25%. Samalla tavalla myös niiden vastaajien määrä, jotka eivät luottaneet terveydenhuoltojärjestelmään, laski noin 9–12%:sta alle 5%.

Koulutus oli tässä tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevä selittävä muuttuja (Taulukot 3 & 4) ja sen on myös aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (esim. Muuri ym. 2019). Paljon luottavien vastaajien määrä nousi vuodesta 2011 vuoteen 2021 aikaisempien muuttujien tapaan noin 20–25% ja epäluottamus laski alle 5%:iin.

Asuinpaikkakunnan tyyppi ei ollut tutkimuksessani tilastollisesti merkitsevä selittävä muuttuja (Taulukot 3 & 4). Asuinpaikkakunnan tyyppi ei ole ollut aikaisemmissa tutkimuksissa mukana, mutta alueellisia eroja luottamuksessa on tutkinut esimerkiksi Niemelä (2015), joka käytti tutkimuksessaan vastaajan maantieteellistä asuinalueita selittäväksi muuttujana.

Luottamuksessa tapahtunut muutos vuodesta 2011 vuoteen 2021 asuinpaikkakunnan tyyppin mukaan oli samansuuntainen, kuin edellä esiteltyjen selittävien muuttujien. Paljon terveydenhuoltojärjestelmään luottavien määrä nousi vuodesta 2011 vuoteen 2021 noin 20–25% ja epäluottamusta järjestelmää kohtaan tuntevien määrä laski noin 10%:sta noin 3–4%:iin.

Vastaajan koettu terveydentila oli tutkimuksessani yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (Taulukot 3 & 4). Aikaisemmissa tutkimuksissa koettu terveys on jätetty tarkastelun ulkopuolelle, poikkeuksena Niemelän (2015) pro gradu -tutkielmassa. Tämänkin muuttujan osalta paljon luottavien määrä kasvoi selvästi vuosien 2011 ja 2021 välissä, noin 15–25% ja epäluottamusta kokevien vastaajien määrä laski selvästi. Varsinkin epäluottamusta kokevien vastaajien kohdalla muutos vuodesta 2011 vuoteen 2021 oli merkittävä, johtuen vuoden 2011 luottamuksen alhaisesta lähtötasosta varsinkin kohtalaiseksi ja huonoksi terveytensä kokevien kohdalla.

Halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi ei ole ollut mukana aikaisemmissa tutkimuksissa, mikä on sinällään omituista, koska se oli tutkimuksessani tilastollisesti merkitsevä, eli yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (Taulukot 3 & 4). Terveydenhuoltojärjestelmään paljon luottavien määrä kasvoi noin 20–30% vuodesta 2011 vuoteen 2021. Samaan aikaan epäluottamusta kokevien määrä laski 5–12% riippuen siitä, onko vastaaja halukas, haluton vai neutraali korkeampien verojen maksamisen suhteen.

6.4. Hoitoon pääsemättömyys ja luottamus terveydenhuoltojärjestelmään 2011–2021

Kevään 2023 tutkimusseminaareissa nousi esiin ehdotus, että ottaisin mukaan tutkimukseeni hoitoon pääsyn vaikutuksen Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koettuun luottamukseen. Aineistoni mahdollistivat, että pystyn tarkastelemaan, onko ilman hoitoa jääminen liian pitkän hoitojonon takia yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Valitsin tutkimukseeni tämän muuttujan, sillä se on riippumaton hoitoa tarvitsevasta henkilöstä itsestään, toisin kuin esimerkiksi muut vastaavat muuttujat liittyen muun muassa hoidon hintaan ja hoitoa tarvitsevan omiin kiireisiin.

Hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia on erillään muista selittävästä muuttujista, eikä sitä oteta mukaan monimuuttuja-analyysiin. Tämä johtuu siitä, että koen sen olevan liian spesifi ja rajattu muuttuja kuvaamaan hoitoon pääsemättömyyttä riittävän syvällisesti näin laajassa kokonaisuudessa, kuin terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen tarkastelussa.

Seuraavaksi esittelen taulukossa 6 jakaumat muuttujasta, joka kuvastaa hoitoon pääsemättömyyttä liian pitkän hoitojonon takia viimeisen 12 kuukauden aikana. Muuttujan jakaumat on otettu vuosien 2011 ja 2021 aineistoista erikseen yhteen taulukkoon.

Taulukko 6. Jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia viimeisen 12kk aikana. Muuttujan jakauma.

| | Vuosi | |
|--|-----------------|-----------------|
| | 2011 | 2021 |
| | | |
| Jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia, viimeiset 12kk | | |
| Kyllä | 17,5 (N=148) | 19,7 (N=147) |
| Ei | 82,5 (N=699) | 80,3 (N=600) |
| Yhteensä, % (N) | 100 (N=847) | 100 (N=747) |

Taulukosta 6 huomataan, että vuonna 2011 17,5% vastaajista oli jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia, kun vastaavasti vuonna 2021 määrä oli 19,7%. Noin 80% vastaajista ei ollut jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia viimeisen 12 kuukauden aikana vuonna 2011 ja vuonna 2021. Erot vuosien välillä olivat pienet, noin 2% molemmissa vastausluokissa.

Seuraavaksi tarkastellaan hoitoon pääsemättömyyden liian pitkän hoitojonon takia ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koetun luottamuksen välistä yhteyttä. Tarkastelu toteutetaan ristiintaulukoinnilla niin, että vuosien 2011 ja 2021 tulokset ovat eroteltuina toisistaan eri taulukoissa.

Taulukko 7. Vuoden 2011 aineisto. Hoitoon pääsemättömyyden liian pitkän hoitojonon takia ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen välinen yhteys (%).

| | Vuosi | Luotan paljon | Luotan jonkin verran | En luota | Yhteensä | p-arvo |
|--|-------|---------------|----------------------|----------|-----------|------------------|
| | | % | % | % | %, (N) | |
| Jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia, viimeiset 12kk (n=832) | | | | | | <0,001 |
| Kyllä | 2011 | 35,2 | 35,2 | 29,7 | 100 (145) | |
| Ei | 2011 | 59,5 | 31,4 | 9,0 | 100 (687) | |

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Vuoden 2011 aineistossa hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia oli yhteydessä Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Tämä voidaan havaita p-arvosta ($p < 0,001$), joka on tilastollisesti erittäin merkitsevä. Ristiintaulukoinnista voidaan huomata, että vastaajat, jotka eivät olleet jääneet ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia, luottivat paljon terveydenhuoltojärjestelmään selvästi enemmän (59,5%), kuin vastaajat, jotka olivat jääneet ilman hoitoa (35,2%). Epäluottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli myös selvästi korkeampaa vastaajissa, jotka olivat jääneet ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia (29,7%), kuin vastaajissa, jotka eivät olleet jääneet ilman hoitoa (9,0%). (Taulukko 7)

Taulukko 8. Vuoden 2021 aineisto. Hoitoon pääsemättömyyden liian pitkän hoitojonon takia ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamukseen välinen yhteys (%).

| | Vuosi | Luotan paljon | Luotan jonkin verran | En luota | Yhteensä | p-arvo |
|--|-------|---------------|----------------------|----------|-----------|------------------|
| | | % | % | % | %, (N) | |
| Jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia, viimeiset 12kk (n=716) | | | | | | <0,001 |
| Kyllä | 2021 | 50,7 | 36,1 | 13,2 | 100 (144) | |
| Ei | 2021 | 82,9 | 15,7 | 1,4 | 100 (572) | |

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Kuten vuoden 2011 aineistossa, myös vuoden 2021 aineistossa hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia oli yhteydessä Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Vuoden 2021 aineistossa yhteys oli myös tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Vastaajat, jotka eivät olleet jääneet ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia viimeisen vuoden aikana, luottavat paljon terveydenhuoltojärjestelmään selvästi enemmän (82,5%), kuin vastaajat, jotka olivat jääneet ilman hoitoa (50,7%). Epäluottamus järjestelmää

kohtaan oli selvästi suurempaa vastaajissa, jotka olivat jääneet ilman hoitoa (13,2%) kuin vastaajissa, jotka eivät olleet jääneet ilman hoitoa (1,4%). (Taulukko 8)

Seuraavaksi tarkastellaan vuosien 2011 ja 2021 välistä muutosta vertailemalla näiden kahden vuoden tuloksia. Lisäksi selvitetään, oliko vuosien 2011 ja 2021 välillä tapahtunut muutos tilastollisesti merkitsevä. Tämä toteutetaan ristiintaulukoinnilla, jossa hyödynnetään muodostamaani yhdistettyä aineistoa. Ristiintaulukoinnissa on mukana vuosimuuttuja, joka erottelee kummankin vuoden ristiintaulukointien havainnot toisistaan.

Taulukko 9. Vuosien 2011 ja 2021 aineistojen välisen muutoksen tilastollinen merkitsevyys selittävän muuttujan osalta.

| | Vuosi | Luotan paljon | Luotan jonkin verran | En luota | Yhteensä | p-arvo |
|---|-------|---------------|----------------------|----------|-----------|------------------|
| | | % | % | % | % (N) | |
| Jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia, viimeiset 12kk (n=1548) | | | | | | <0,001 |
| Kyllä | 2011 | 35,2 | 35,2 | 29,7 | 100 (145) | |
| | 2021 | 50,7 | 36,1 | 13,2 | 100 (442) | |
| Ei | 2011 | 59,5 | 31,4 | 9,0 | 100 (687) | |
| | 2021 | 82,9 | 15,7 | 1,4 | 100 (503) | |

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Taulukosta 9 voimme havaita, että vuosien 2011 ja 2021 välinen muutos tämän muuttujan osalta oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli selvästi kasvanut riippumatta siitä, oliko vastaaja jäänyt ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia vai ei. Samaan aikaan vastaajien määrä, jotka eivät luottaneet terveydenhuoltojärjestelmään, oli laskenut vuodesta 2011 vuoteen 2021 merkittävästi riippumatta hoitoon pääsystä tai pääsemättömyydestä liian pitkän hoitojonon takia. Vastaajien keskuudessa, jotka olivat jääneet ilman hoitoa, paljon luottavien vastaajien määrä oli vuonna 2011 noin 25% alhaisempi ja vuonna 2021 yli 30% alhaisempi verrattuna niihin, jotka eivät olleet jääneet ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia. Tätä osaltaan selittää ”luotan jonkin verran” vastanneiden selkeä lasku vuodesta 2011 vuoteen 2021 (noin 15%) vastanneiden keskuudessa, jotka eivät olleet jääneet ilman hoitoa.

Hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia oli tilastollisesti erittäin merkittävästi yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Harmillisesti käyttämäni aineistot eivät antaneet myötä laajemmalle tarkastelulle, jossa luottamuksen

tarkastelun lähtökohtana olisi ollut palvelujärjestelmän takaamat mahdollisuudet palveluiden käytölle riippumatta hoitoa tarvitsevan tilanteesta. Hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia antoi kuitenkin kuvaa siitä, että terveyspalveluiden saatavuudessa voi esiintyä haasteita, jotka voivat johtua terveydenhuoltojärjestelmästä itsestään ja olla hoitoa tarvitsevasti henkilöstä riippumattomia.

6.5. Monimuuttuja-analyysi

Tutkimukseni viimeisessä analyysiosassa käytän multinomiaalista logistista regressioanalyysiä. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi ajetaan tutkimuksessani niin, että kaikki analyysiin mukaan tulevat selittävät muuttujat pakotetaan malliin, eli lisätään yhtäaikaaisesti. Analyysi toteutetaan vuosien 2011 ja 2021 aineistoilla erillään toisistaan, jotta näiden vuosien välisten mahdollisten eroavaisuuksien vertailu on mahdollista ja mielekästä toteuttaa.

Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin tulokset ovat koottuna niin, että vuoden 2011 analyysi on esitetty taulukossa 10 ja vuoden 2021 taulukossa 11. Analyysi tuotti kummastakin aineistosta kaksi erilaista mallia, joissa molemmissa vertailuluokkana toimi selitettävän muuttujan luokka: *En luota*. Myös muut, muuttujakohtaiset referenssikategoriat ovat vuosien 2011 ja 2021 multinomiaalisissa logistissa regressioanalyyseissä identtiset. Referenssikategoriani ovat *nainen, 18–29-vuotiaat, En ole tällä hetkellä tai en ole koskaan ollut ansiotyössä, Alle 1500 euroa, Perusaste, Maaseudulla, Huono* ja *Haluton*.

Vuoden 2011 aineistolla toteutetun multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin mallin pseudoselitysaste (Nagelkerke) oli 10,9%. Pseudoselitysaste kertoo, miten hyvin selitettävän muuttujan vaihtelua pystytään selittämään käytettävällä mallilla. Pseudoselitysasteen ollessa 0,109, eli 10,9%, voidaan käytettävän mallin todeta selittäneen heikosti Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettua luottamusta. Oikein luokiteltujen tapausten osuus oli 56,9% ja mallin hyvyys oli ($p=0,473$). Käytettävä malli oli parempi, kuin tyhjä malli arvolla $p<0,001$. Tässä analyysissä tilastollisesti *merkitseviä* muuttujia olivat koulutus ($p=0,029$), koettu terveydentila ($p<0,001$) ja halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi ($p=0,006$).

Vastaavasti vuoden 2021 aineistolla mallin pseudoselitysaste oli 14,7%, eli korkeampi, kuin vuoden 2011 aineistossa. Oikein luokiteltujen tapausten osuus oli 78,4% ja mallin hyvyys oli ($p=0,301$). Käytettävä malli oli parempi, kuin tyhjä malli arvolla $p<0,001$. Tässä analyysissä tilastollisesti merkitseviä muuttujia olivat koettu terveydentila ($p<0,001$) ja halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi ($p=0,002$).

Vuoden 2011 multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin tulokset on esitelty taulukossa 10. Selittävästä muuttujista vuoden 2011 aineiston analyysissä selitettävään muuttujaan olivat yhteydessä koulutus ($p=0,029$), koettu terveydentila ($p<0,001$) ja halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi ($p=0,006$), eli samat, kuin vuoden 2011 aineiston ristiintaulukoinnissa (Taulukko 3). Vaikka edellä mainitut kolme selittävää muuttujaa olivat multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä yhteydessä selitettävään muuttujaan, tilastollisesti merkitseviä eroja oli havaittavissa vain 60–75-vuotiaiden ikäryhmässä ja kaikissa kolmessa koetun terveydentilan vastausluokassa. Tämä tarkoittaa sitä, että tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut koulutusta ja halukkuutta maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi kuvailevien muuttujien vastausluokissa. Ikämuuttuja oli lähellä, että se olisi ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,058$), joten ei ole yllättävää, että yksittäinen ikäryhmä oli muuttujassa tilastollisesti merkitsevä.

Taulukosta 10 havaitsemme, että ikämuuttujasta vastausryhmä 60–75-vuotiaat vaikutti voimakkaasti Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan paljon tunnettuun luottamukseen. 60-75-vuotiaiden vaikutus oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p<0,001$). 60–75-vuotiaat tunsivat huomattavasti useammin paljon luottamusta Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, kuin referenssikategoria, eli 18–29-vuotiaat. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Kivisalmi 2017) luottamus oli korkeinta nuorimpien vastaajien, eli 25–34-vuotiaiden keskuudessa, joten tässä havainnossa oli selvä eroavaisuus. Kansainvälisissä tutkimuksissa, esimerkiksi Ruotsissa Baroudi ym. (2022) tutkimuksessa terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen havaittiin olevan korkeampaa vanhemmissa ikäryhmissä, kuin nuoremmissa.

Vastaajan koettu terveydentilan koko muuttujan sekä vastausluokkien vaikutus Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koettuun luottamukseen oli tilastollisesti erittäin merkitsevä, pois lukien kohtalaiseksi terveytensä kokeva vastausryhmä, joka oli vain tilastollisesti merkitsevä. Taulukosta 10 nähdään, että koetun terveydentilan yhteys vaikuttaisi

voimistuneen sitä mukaan, kuinka hyväksi vastaaja koki terveydentilansa. Lisäksi voimme havaita, että mitä parempi vastaajan koettu terveydentila oli, sitä useammin vastaaja luotti paljon Suomen terveydenhuoltojärjestelmään verrattuna niihin, jotka kokivat terveydentilansa heikoksi. Tulokset ovat yhteneväisiä Niemelän (2015) tuloksien kanssa, joissa havaittiin, että luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli sitä yleisempää, mitä paremmaksi vastaaja koki oman terveydentilansa.

Taulukko 10. Vuoden 2011 aineisto. Sosioekonomisten ja -demografisten tekijöiden sekä muiden selittävien muuttujien yhteys Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen.

| | Luottaa paljon OR (LV 95%) | Luottaa jonkin verran OR (LV 95%) |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| Sukupuoli (p=0,406) | | |
| Mies | 1,160 (0,765–1,757) | 0,964 (0,626–1,486) |
| Nainen | ref. | |
| Ikä (p=0,058) | | |
| 60–75-vuotias | 3,371*** (1,661–6,840) | 2,256* (1,086–4,685) |
| 45–59-vuotias | 1,795 (0,981–3,284) | 1,447 (0,774–2,703) |
| 30–44-vuotias | 1,887 (0,991–3,593) | 1,518 (0,778–2,960) |
| 18–29-vuotias | ref. | |
| Työmarkkina-asema (p=0,777) | | |
| Olen ansiotyössä | 0,793 (0,419–1,503) | 0,828 (0,426–1,607) |
| En ole tällä hetkellä tai en ole ollut ansiotyössä | ref. | |
| Bruttotulot (p=0,197) | | |
| Yli 3500 euroa | 0,841 (0,370–1,914) | 0,729 (0,306–1,735) |
| 2500–3499 euroa | 1,194 (0,565–2,524) | 1,567 (0,723–3,397) |
| 1500–2499 euroa | 1,210 (0,647–2,263) | 1,505 (0,787–2,880) |
| Alle 1500 euroa | ref. | |
| Koulutus (p=0,029) | | |
| Korkea-aste | 1,706 (0,818–3,558) | 1,608 (0,757–3,415) |
| Toinen aste | 0,840 (0,474–1,489) | 0,676 (0,376–1,214) |
| Perusaste | ref. | |
| Asuinpaikkakunnan tyyppi (p=0,548) | | |
| Suuren kaupungin keskusta | 1,371 (0,594–3,164) | 1,504 (0,635–3,561) |
| Suuren kaupungin lähiössä ja esikaupunkialueella | 1,334 (0,807–2,207) | 1,192 (0,704–2,018) |
| Muussa kaupungissa | 0,988 (0,589–1,657) | 1,220 (0,716–2,078) |
| Maaseudulla | ref. | |
| Koettu terveys (p<0,001) | | |
| Erittäin hyvä | 14,672*** (5,001–43,046) | 3,681* (1,283–10,560) |
| Hyvä | 7,595*** (2,781–20,746) | 3,570* (1,356–9,401) |
| Kohtalainen | 3,027* (1,114–8,228) | 2,163 (0,828–5,646) |
| Huono | ref. | |
| Halukkuus maksaa korkeampia veroja (p=0,006) | | |
| Halukas | 0,738 (0,460–1,183) | 0,641 (0,393–1,045) |
| En halukas enkä haluton | 1,531 (0,931–2,518) | 0,968 (0,576–1,624) |
| Haluton | ref. | |
| R² (Nagelkerke) | | 0,109 |
| Oikein luokitellut tapaukset, % | | 56,9 |
| N | | 1113 |
| Model Fitting (Final) | | <0,001 |

Vertailuluokka: En luota. (*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001)

Vuoden 2021 aineistolla toteutetun multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin tulokset on esitelty taulukossa 11. Selittävästä muuttujista selitettävään muuttujaan olivat yhteydessä koettu terveydentila ($p < 0,001$) ja halukkuus maksaa korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi ($p = 0,002$). Verrattuna vuoden 2011 aineistoon, koulutus ei ollut vuoden 2021 aineistolla toteutetussa multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä tilastollisesti merkitsevä. Edellä mainittujen kahden muuttujan lisäksi tässä mallissa ei ollut muita tilastollisesti merkitseviä muuttujia eikä muuttujien vastausluokkia. Tilastollisesti merkitseviä eroja oli havaittavissa kaikissa kolmessa koetun terveyden vastausluokassa sekä niissä, jotka olivat halukkaita maksamaan korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi. Vuoden 2021 multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä oli lähellä, että ikä ($p = 0,081$) ja koulutus ($p = 0,059$) olisivat olleet yhteydessä Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen.

Taulukosta 11 voidaan nähdä, että vastaajan koetun terveydentilan vaikutus Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen oli kaikissa muuttujan vastausluokissa tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Erona vuoden 2011 aineistoon, vuonna 2021 koetun terveydentilan yhteys voimistui sen mukaan, mitä paremmaksi vastaaja koki terveydentilansa, paitsi silloin, jos henkilö kokikin terveydentilansa hyvän sijasta erittäin hyväksi, jolloin yhteys muuttui heikommaksi. Tämä on erittäin mielenkiintoinen havainto ja viittaisi siihen, että erittäin hyvän ja hyvän terveyden ja luottamuksen välillä ei ole yhdenmukaista yhteyttä. Tämä voi myös johtua siitä, että erittäin hyvän ja hyvän koetun terveyden välisen rajan hahmottaminen voi olla haasteellista. Voimme tästä riippumatta havaita, että terveytensä erittäin hyväksi, hyväksi tai kohtalaiseksi kokevat vastaajat luottivat useammin Suomen terveydenhuoltojärjestelmään paljon, kuin ne vastaajat, jotka kokivat terveytensä huonoksi.

Vastaajan halukkuudella maksaa korkeampia veroja terveydenhuoltojärjestelmän tason kohottamiseksi oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus. Voimme tulkita taulukosta 11, että ne vastaajat, jotka olivat halukkaita maksamaan korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi, luottivat paljon Suomen terveydenhuoltojärjestelmään useammin kuin ne vastaajat, jotka eivät olleet halukkaita maksamaan korkeampia veroja terveydenhuollon tason kohottamiseksi. Tämä eroaa vuoden 2011 multinomiaalisesta logistisesta regressioanalyysistä, jossa tätä yhteyttä ei ollut.

Taulukko 11. Vuoden 2021 aineisto. Sosioekonomisten ja -demografisten tekijöiden sekä muiden selittävien muuttujien yhteys Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen.

| | Luottaa paljon OR (LV 95%) | Luottaa jonkin verran OR (LV 95%) |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| Sukupuoli (p=0,405) | | |
| Mies | 0,938 (0,398–2,210) | 0,726 (0,295–1,784) |
| Nainen | ref. | |
| Ikä (p=0,081) | | |
| 60–75-vuotias | 1,365 (0,352–5,286) | 0,873 (0,207–3,670) |
| 45–59-vuotias | 1,983 (0,501–7,848) | 1,433 (0,335–6,130) |
| 30–44-vuotias | 1,506 (0,367–6,181) | 2,311 (0,528–10,124) |
| 18–29-vuotias | ref. | |
| Työmarkkina-asema (p=0,541) | | |
| Olen ansiotyössä | 0,583 (0,192–1,774) | 0,512 (0,158–1,667) |
| En ole tällä hetkellä tai en ole ollut ansiotyössä | ref. | |
| Bruttotulot (p=0,632) | | |
| Yli 3500 euroa | 2,418 (0,422–13,857) | 3,280 (0,526–20,443) |
| 2500–3499 euroa | 0,827 (0,225–3,038) | 1,160 (0,290–4,648) |
| 1500–2499 euroa | 0,987 (0,301–3,235) | 1,470 (0,419–5,155) |
| Alle 1500 euroa | ref. | |
| Koulutus (p=0,059) | | |
| Korkea-aste | 0,626 (0,114–3,427) | 0,423 (0,071–2,511) |
| Toinen aste | 0,339 (0,081–1,422) | 0,403 (0,091–1,790) |
| Perusaste | ref. | |
| Asuinpaikkakunnan tyyppi (p=0,939) | | |
| Suuren kaupungin keskusta | 0,884 (0,199–3,926) | 1,330 (0,282–6,263) |
| Suuren kaupungin lähiössä ja esikaupunkialueella | 0,887 (0,314–2,504) | 1,015 (0,342–3,010) |
| Muussa kaupungissa | 0,980 (0,333–2,887) | 0,967 (0,311–3,008) |
| Maaseudulla | ref. | |
| Koettu terveys (p<0,001) | | |
| Erittäin hyvä | 25,206*** (5,890–107,874) | 7,148* (1,471–34,736) |
| Hyvä | 27,001*** (7,642–95,403) | 9,870** (2,491–39,106) |
| Kohtalainen | 12,471*** (3,517–44,218) | 11,909*** (3,027–46,853) |
| Huono | ref. | |
| Halukkuus maksaa korkeampia veroja (p=0,002) | | |
| Halukas | 3,271* (1,065–10,045) | 1,665 (0,519–1,047) |
| En halukas enkä haluton | 1,739 (0,685–4,414) | 0,894 (0,334–1,645) |
| Haluton | ref. | |
| R² (Nagelkerke) | | 0,147 |
| Oikein luokitellut tapaukset, % | | 78,4 |
| N | | 863 |
| Model Fitting (Final) | | <0,001 |

Vertailuluokka: En luota. (*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001)

7. POHDINTA

Tässä luvussa pohdin, miten Suomen terveydenhuoltojärjestelmän 2010-luvulla kohtaamat uudistukset voisivat mahdollisesti vaikuttaa tutkimukseni tuloksiin. Tarkoitukseni on erityisesti tarkastella vuosien 2011 ja 2021 välisiä eroja luottamuksessa Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan eri sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä ja pohtia eri uudistusten ja muutostöimien vaikutuksia näihin eri ryhmiin. Lisäksi tässä luvussa pohditaan, minkälaisia jatkotutkimuksen tarpeita tai muuten mielenkiintoisia tutkimusmahdollisuuksia tutkimukseni kontekstiin liittyy.

7.1. Tulosten linkittyminen terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksiin

Aikaisemmin tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kohtaamaa kritiikkiä. Kritiikki kohdistui muun muassa palveluiden käytön ja saatavuuden eriarvoisuuteen sekä sen kyvyttömyyteen vaikuttaa väestön terveyserojen kasvuun (Ks. Luku 2.5.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2018 asiantuntija-arvion mukaan alueelliset erot sairastavuudessa ovat edelleen olemassa, hoitohenkilökunnan riittävyys vaikuttaa palveluiden saatavuuteen sekä sähköisten palveluiden käyttö on yleistynyt (Rissanen, Parhiala, Hetemaa, Kekkonen, Knape, Ridanpää, Rintala, Sihvo, Tuomela & Kannisto 2020, 4–5). Tässä luvussa pohdin, miten tutkimukseni tulokset voisivat mahdollisesti selittyä vuosien 2011–2021 välillä terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuneilla uudistuksilla.

2010-lukua kutsutaan sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilla *sote-uudistukset vuosikymmeneksi* (STM 2023b). Tarkoitukseni on ottaa tarkasteluun muutama uudistus tai toimenpide mahdollisimman läheltä vuosia 2011 ja 2021 sekä tämän ajanjakson välistä, jotka linkittyvät tutkimukseni keskeisimpiin tuloksiin. Tällä tavoin voin pohtia, mitkä toimenpiteet ja uudistukset voisivat mahdollisesti selittää tutkimuksessani selvinneiden vuosien 2011 ja 2021 luottamuksen tasoja sekä niissä tapahtuneita muutoksia. Uudistusten esiin nostamisessa on huomioitu tutkimuksessani luottamuksen kannalta merkittävimmiksi osoittautuneet tekijät, eli koettu terveydentila ja hoitoon pääsemättömyys.

Vaikka terveydenhuoltojärjestelmään on kohdistunut merkittävästi kritiikkiä (Ks. Luku 2.5.), tutkimukseni perusteella luottamus on kasvanut merkittävästi kokonaisuudessaan sekä eri

sosioekonomisissa ja -demografisissa ryhmissä vuodesta 2011 vuoteen 2021. Tästä syystä on tarpeellista sekä mielenkiintoista pohtia, miten ja mitkä 2010-luvulla terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuneet uudistukset voisivat mahdollisesti selittää luottamuksessa tapahtunutta merkittävää kasvua. Mitään varmoja yhteyksiä uudistusten ja tutkimukseni luottamuksen kasvun suhteen ei ole mahdollista muodostaa, mutta tässä luvussa on tarkoituksena lähestyä aihetta pohtivasta näkökulmasta. Toivon, että pohdintani voisi luoda ideoita, jotka mahdollisesti jalostuisivat jatkotutkimuksiksi tai joista olisi hyötyä tulevien uudistuksien suunnittelussa ja toimeenpanossa.

Vanhasen ensimmäinen hallitus toimeenpani vuonna 2006 kunta- ja palvelurakennemuutoksen, eli PARAS-hankkeen. Hankkeen tarkoituksena oli toteuttaa kuntaliitoksia, joilla pystyttäisiin tuottamaan kuntapalveluita taloudellisesti sekä eheästi. PARAS-hanke päättyi vuonna 2012 ja sen aikana Suomessa kuntien määrä laski yli sadalla. (Ahonen ym. 2021, 3–7.) Kuntaliitokset eivät pystyneet täyttämään niille asetettuja säästötavoitteita. Lisäksi sote-palvelut sekä palveluverkot eriytyivät, koska sote-työpaikat siirtyivät pois pienistä liitoskunnista (Saarimaa & Tukiainen 2018, 265). Tutkimuksessani vuonna 2011 30,7% vastaajista asui maaseudulla ja 26,3% muussa kaupungissa. Näihin asuinpaikkatyypeihin kuntaliitosten seurauksena tapahtunut palveluiden eriytyminen on suurella todennäköisyydellä vaikuttaneet merkittävimmin. Näissä kahdessa vastausluokassa luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli vuonna 2011 alhaisinta. Yhteys voi olla mahdollinen, kun otetaan huomioon palveluihin pääsemättömyys, maaseudun ja muun kaupungin vastausluokkien alhaisempi luottamus sekä PARAS-hankkeen kuntaliitosten seuraukset palveluiden eriytymiselle pois pienistä liitoskunnista. Voisi siis ajatella, että palveluiden karsiminen pienillä paikkakunnilla ei ainakaan lisää luottamusta järjestelmää kohtaan, koska silloin palvelut eivät ole niin yksinkertaisesti saatavilla. Olisikin siis tärkeää, että myös tulevaisuudessa palvelut pyritäisiin järjestämään myös suurempien kaupunkien ulkopuolella pienemmillä paikkakunnilla, jotta ne olisivat tasavertaisesti saatavilla riippumatta ihmisten asuinpaikkakunnasta. Palveluiden tasa-arvoisempi saatavuus on hyvinvointialueuudistuksen yksi keskeinen tavoite (Ks. STM 2022a).

Tutkimukseni tuloksissa korostui koetun terveyden yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Rissasen ym. (2020, 14) mukaan kunnallinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinointi on kehittynyt myönteisesti. Vaikka kehitys on ollut myönteistä, kokemukset terveydestä vaihtelevat maan eri osissa ja ikäryhmissä. (mt. 2020, 14.)

Tutkimukseni tuloksissa (Taulukko 2) havaitaan, että vastaajien koettu terveydentila on pysynyt lähes samana vuosina 2011 ja 2021. Tästä huolimatta luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli kasvanut noin 15–25% jokaisessa koetun terveydentilan vastausluokassa. Alueelliset panostukset väestön hyvinvointiin ja terveyteen voivat olla mahdollisesti osasy siihen, että luottamus järjestelmää kohtaan on kasvanut, vaikka tuloksia terveyden edistämisestä ei vielä välttämättä tilastoista voida havaita. Kokemus siitä, että väestön terveydestä välitetään ja sen edistämistyötä toteutetaan alueellisella ja kansallisella tasolla ovat voineet muodostaa ihmisille kuvan siitä, että järjestelmä pyrkii auttamaan ja kehittämään heidän terveyttään. Tällä on voinut olla vaikutusta luottamuksen merkittävään kasvuun.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen tutkiminen näin hyvinvointialueiden aloittamisen kynnyksellä on mielenkiintoista, koska ei voi tietää varmaksi, onko luottamus korkealla tasolla jo aikaisemmin toteutettujen uudistusten takia, vai juontaako luottamus juurensa esimerkiksi alueiden aloittamisesta muodostuneista korkeista odotuksista. Voidaan myös pohtia, kuinka merkittävästi kaksi vuosikymmentä suunnitteilla olleen sote-uudistuksen ”maaliin vieminen” jo itsessään pyyhkii pois ajatuksia järjestelmään linkitetystä kielteisistä ajatuksista sekä luo uskoa uudesta ja paremmasta terveydenhuollosta. Varsinkin, kun uudistuksen tavoitteiksi on kirjattu muun muassa laadukkaiden ja yhdenvertaisten palveluiden takaaminen kaikille sekä terveyserojen kaventaminen (Valtioneuvosto 2023). Uudistus pyrkii siis vastaamaan juurikin niihin haasteisiin, joihin terveydenhuoltojärjestelmän kritiikki on kohdistunut ja jotka tutkimuksessani korostuivat merkittävimmit tekijöiksi luottamuksen kannalta, eli hoitoon pääsemättömyys ja koettu terveydentila.

7.2. Jatkotutkimuksen tarve

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tutkiminen on selvästi lisääntynyt 2010 luvulla. Kansainvälisesti terveydenhuoltojärjestelmiä on tutkittu Suomea enemmän ja eri maiden välillä on toteutettu kansainvälistä vertailevaa tutkimusta. Samankaltaisten vertailevien tutkimusten toteuttaminen voisi olla myös Suomen terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisen kannalta tärkeää, jotta pystyisimme oppimaan muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmien hyvistä puolista sekä niiden puutteista. Lisäksi pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmien välistä vertailua olisi hyvä toteuttaa, vaikkakin maiden hyvinvointivaltiomallit ovat hyvin samankaltaisia.

Tulevissa tutkimuksissa tulisi painottaa enemmän vastaajan koetun terveyden ja hyvinvoinnin merkitystä ja muodostaa niihin liittyen useampi kysymys aineistoja kerätessä. Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää erilaisten terveystalveluiden saatavuuteen niin alueellisesti, kuin erilaisten hoitomuotojen suhteen. Palveluihin pääsemättömyyden ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen välinen yhteys oli tässä tutkimuksessa erittäin merkitsevä, vaikkakin tarkastelussa oli vain liian pitkät hoitojonot. Näiden tekijöiden syvemmällä tarkastelulla voisi olla mahdollista saada sellaista tietoa, jota olisi mahdollista hyödyntää terveydenhuoltojärjestelmän tulevaisuuden uudistuksissa ja palveluiden saatavuuden varmistamisessa. Lisäksi ne voisivat toimia perusteluina, miksi terveyden edistämiseen ja palveluiden saatavuuteen tulee jatkossa panostaa entistä enemmän.

Vaikka tutkimuksessani sosioekonomisten ja -demografisten tekijöiden yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen ei ollut suurimmalta osin tilastollisesti merkitsevää, tulee nämä tekijät ottaa tulevissa tutkimuksissa entistä vahvemmin mukaan aineistoja kerätessä. On tärkeää pitää sosioekonomiset ja -demografiset tekijät mukana tarkastelussa, jotta saadaan lisää tutkimustietoa niiden mahdollisesta yhteydestä terveydenhuoltojärjestelmää ja muitakin hyvinvointivaltion instituutioita ja rakenteita kohtaan tunnettuun luottamukseen. Sosioekonomisten ja -demografisten ryhmien välisiä luottamuseroja on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu, mutta tulokset eivät ole olleet johdonmukaisia, jonka vuoksi jatkotutkimukselle on tarvetta. Lisäksi luottamusta olisi tärkeää kartoittaa myös niiltä henkilöiltä, jotka käyttävät terveystalveluita eniten ja täten omaavat eniten kokemusta niiden luotettavuudesta, oikeudenmukaisuudesta ja saatavuudesta.

Terveydenhuoltojärjestelmää tutkiessa olisi myös tärkeää tarkastella luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Esittelin tutkimukseni teoreettisessa viitekehyksessä teorian siitä, että luottamus ei välttämättä kohdistu instituutioon, vaan siinä toimivaan henkilökuntaan. Olisikin mielenkiintoista saada tutkimusta, jossa tarkastellaan väestön luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan sekä vertaillaan tässä mahdollisesti ilmeneviä eroavaisuuksia hoitoaloittain. Tällaista tutkimusta on tehty kansainvälisesti, jonka vuoksi sen tuominen myös suomalaiselle tutkimuskentälle olisi perusteltua ja erittäin mielenkiintoista.

Viimeisenä jatkotutkimusehdotuksena ja tarpeena tuon esiin tutkimuksen uutta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, jossa vastuu palveluista on uusilla hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueiden tavoitteena on kaventaa väestön terveyseroja ja luoda tasa-arvoisempi

palveluiden saatavuus (STM 2022a). Nähtäväksi jää, miten hyvinvointialueiden toiminta vaikuttaa väestön luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, joka ainakin ennen hyvinvointialueiden aloittamista oli erittäin korkealla tasolla pääasiallisesti koko väestössä. Olisikin tarpeellista tarkastella luottamuksen tilaa ja siinä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia sitten, kun hyvinvointialueiden toiminta on normalisoitunut ja väestölle on muodostunut siitä kokonaiskuva. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän luottamuksen tutkiminen on myös jatkossa tärkeää, jotta järjestelmää pystytään uudistamaan ja päivittämään oikeaan suuntaan niin, ettei sillä ole kielteisiä vaikutuksia joihinkin väestöryhmiin ja se pystyisi vastaamaan sille asetettuihin odotuksiin ja tarpeisiin mahdollisimman hyvin.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimukseni ja käyttämieni aineistojen perusteella aikuisväestön luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmään kasvoi merkittävästi vuodesta 2011 vuoteen 2021. Luottamuksen voidaan nähdä olevan korkealla tasolla näin hyvinvointialueiden aloittamisen kynnyksellä. Luottamuksen kasvu oli tutkimuksessani erittäin suuri, riippumatta vastaajan sosioekonomisesta asemasta, sosiodemografisista ominaisuuksista tai muista tutkimuksessani mukana olevista tekijöistä. Vaikka luottamus kasvoi kokonaisuudessaan merkittävästi eri ryhmissä ja ryhmien sisällä, erot luottamuksessa eri sosioekonomisten ja -demografisten ryhmien sisäisten luokkien välillä pysyivät suhteellisen samana eikä niissä ollut tapahtunut mitään merkittäviä muutoksia. Lisäksi sosioekonomisista ja -demografisista ryhmistä vain koulutus oli yhteydessä Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen ja senkin yhteys luottamukseen hävisi vuoden 2021 multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä. Hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia oli yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen tilastollisesti erittäin merkittävästi. Hoitoon pääsemättömyys vaikutti merkittävästi henkilön tuntemaan luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, sillä ilman hoitoa liian pitkän hoitojonon takia jääneiden keskuudessa luottamus oli selvästi vähäisempää, kuin vastaajissa, jotka eivät olleet jääneet ilman hoitoa.

Tulokseni ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimuksien tuloksiin, joita esittelin tässä tutkimuksessa luvussa 4. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettu luottamus on kokonaisuudessaan korkealla tasolla, johon tutkimukseni tulokset yhtyvät. Sosioekonomisten ja -demografisten ryhmien ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen välisien yhteyksien osalta aikaisemmissa tutkimuksissa oli merkittävää vaihtelua, joka näkyi myös tässä tutkimuksessa käyttämieni aineistojen välillä sekä muuttujien sisäisten vastausluokkien tilastollisissa merkitsevyyksissä. Vastaajien koettu terveydentila ja hoitoon pääsemättömyys liian pitkän hoitojonon takia olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä käyttämästäni aineistosta tai analyysimenetelmästä riippumatta. Tämä voi mahdollisesti viitata siihen, että koettu terveydentila ja kokemus palveluihin pääsystä ovat merkityksellisempiä tekijöitä, kuin henkilön sosioekonomiset tai -demografiset ominaisuudet. Tämä tukee osaltaan sitä käsitystä, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä tuottaa palveluita kaikille riippumatta hoitoa tarvitsevan

sosioekonomisesta asemasta tai sosiodemografisesta ryhmästä, jolloin niiden merkitys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen määrään ei ole niin merkittävä.

Tutkimukseni perusteella vaikuttaisi siltä, että terveyden edistämällä, väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisella sekä liian pitkien hoitojonojen purkamisella, eli toisin sanoen palveluiden saatavuutta parantamalla olisi mahdollista lisätä ja tasoittaa terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettua luottamusta. Tulevaisuudessa, kun terveydenhuoltojärjestelmää uudistetaan, tulisikin kiinnittää erityistä huomiota näihin edellä mainittuihin toimenpiteisiin, jotta Suomen terveydenhuoltojärjestelmä sekä koko hyvinvointivaltio säilyttävät myös jatkossa legitimitteettinsä väestön silmissä.

KIRJALLISUUS

Aalto, A-M., Manderbacka, K., Muuri, A., Karvonen, S., Junnila, M. & Pekurinen, M. (2016). Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalvveluiden uudistamisesta? Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Aalto, A-M., Muuri, A., Ilmarinen, K. & Ikonen, J. (2022). Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä toimintaympäristön myllerryksessä – miten on käynyt väestön kokemalle luottamukselle? Teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L. & Saikkonen, P. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (289–309).

Ahonen, E., Ahopelto, M., Heikkinen, M., Huovinen-Tervo, M., Pekkala, T. & Tolonen, E. (toim). (2021). Sote-sopan keittokirja -sote-uudistuksen taustatekijät ja käännekohtat. Kunnallissalan kehittämssäätiön julkaisu 45. KAKS – Kunnallissalan kehittämssäätiö.

Armstrong, K., Rose, A., Peters, N., Long, J.A., McMurphy, S. & Shea, J.A. (2006). *Distrust of the Health Care System and Self-Reported Health in the United States*. Journal of General Internal Medicine. Vol. 21:4. (292–297).

Baroudi, M., Goicolea, I., Hurtig, A-K. & San-Sebastian, M. (2022). *Social factors associated with trust in the health system in northern Sweden: a cross-sectional study*. BMC Public Health. 22:1. 881. (1–8).

Blomgren, J. & Hiilamo, H. (2012). Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin. Teoksessa Mikkola, H., Blomgren, J. & Hiilamo, H. (toim.) *Kansallista vai paikallista? – Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. (76–88).

Blomgren, J. (2013). Terveystenhuollon eriarvoisuus on Suomessa poikkeuksellisen suurta. Kela. Saatavilla: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/1326>

Blomqvist, K. (1997). *The many faces of trust*. Scandinavian Journal of Management 13:3. (271–276).

Calnan, M.W. & Sanford, E. (2004). *Public trust in health care: the system or the doctor?*. BMJ Quality and Safety in Health Care 13:2. (92–97).

Devos, T., Spini, D. & Schwartz, S. (2002). *Conflicts among human values and trust in institutions*. The British Journal of Social Psychology. Vol. 41. (481–494).

- Gille, F., Smith, S. & Mays, N. (2015). Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of Health Services Research* 20:1. (62–64).
- Harre, R. (1999). Trust and its surregaters: psychological foundations of political process: In M. E. Warren (toim.). *Democracy & Trust*. Cambridge University Press. (249–272).
- Ervasti, H. (2009). Hävittääkö maahanmuutto hyvinvointivaltion? *Yhteiskuntapolitiikka* 2009:3. (341–342).
- Ervasti, H., Kouvo, A. & Venetoklis, T. (2019). *Social and Institutional Trust in Times of Crisis: Greece, 2002–2011*. *Social Indicators Research* 141, (1207–1231).
- EU-terveydenhoito (2023). Terveystuoltojärjestelmä Suomessa. Saatavilla: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuoltojarjestelma-suomessa/> (Luettu 11.1.2023).
- Gilson, L. (2003). *Trust and the development of health care as a social institution*. *Social Science & Medicine* 56:7. (1453–1468).
- Hoy, W. & Tschannen-Moran, M. (1999). *Five Faces of Trust: An Empirical Confirmation in Urban Elementary Schools*. *Journal of School Leadership*. Vol, 9. (184–208).
- Hyppönen, H. & Ilmarinen, K. (2019). Sähköisten sosiaali- ja terveystuoltojen tarjonta, palvelujen käyttö ja esteet. Teoksessa Kestilä, L. & Rahkonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveystuoden ja hyvinvoinnin laitos. (279–290).
- Ilmonen, K. & Jokinen, K. (2002). *Luottamus modernissa maailmassa*. Jyväskylä: SoPhi Jyväskylän yliopisto.
- Julkunen, R. (2006). *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes.
- Kankainen, T. (2007). *Yhdistykset, instituutiot ja luottamus*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Kela (2023). *Sairaanhoito*. Saatavilla: <https://www.kela.fi/sairaanhoito> (Luettu 11.1.2023)
- Keskinen, S. (2005). *Alaistaito. Luottamus, sitoutuminen ja sopimus*. Kunnallissalan kehittämissätiö. Polemia-sarjan julkaisu nro 59. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissätiö.
- Kestilä, L. & Häkkinen, U. (2019). Eriarvoisuus somaattisten terveystuoltojen saatavuudessa. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveystuoden ja hyvinvoinnin laitos. (207–215).
- Kestilä, L. & Karvonen, S. (2019). Johdanto. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveystuoden ja hyvinvoinnin laitos. (9–23).

- Kestilä, L., Knape, N. & Hetemaa, T. (2019). Suomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö tilastojen valossa. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (188–206).
- Kokko, S. (2013). Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (242–260).
- Koskinen-Ollonqvist, P. & Aalto-Kallio, M. (2013). Sosiaali- ja terveysjärjestöt terveystoimittajina toimijoina. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (338–347).
- Kivisalmi, S. (2017). Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Kotkavirta, J. (2000). Luottamus instituutioihin ja yksilöllinen hyvinvointi. Teoksessa Ilmonen, K. (toim.) *Sosiaalinen pääoma ja luottamus*. Jyväskylä: SoPhi Jyväskylän yliopisto. (55–68).
- Kouvo, A. (2014). Luottamuksen lähteet – Vertaileva tutkimus yleistynyttä luottamusta synnyttävistä mekanismeista. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. (2010). Sosioekonominen asema. Teoksessa Laaksonen, M. & Silvennoinen, K. (toim.) *Sosiaalierpidemiologia – Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus. (41–59).
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. Finlex (Luettu 9.4.2023)
- Luhmann, N. (1979). *Trust and Power*. John Wiley & Sons Ltd.
- Luhmann, N. (1988). Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives. Teoksessa Gambetta, D. (toim.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Blackwell Publishers. (94–107).
- Manderbacka, K. & Keskimäki, I. (2013). Terveyspalvelut ja terveyserot. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (261–266).
- Muuri, A., Aalto, A-M., Manderbacka, K. & Arffman, M. (2019). Sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperusta väestössä. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (292–305).

- Muuri, A., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L. & Keskimäki, I. (2008). *Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta*. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (2008):4. (446–451).
- Möllering, G. (2006). Trust, institutions, agency: towards a neoinstitutional theory of trust. Teoksessa Bachmann, R. & Zaheer (toim.) *A. Handbook of Trust Research*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing. (355–376).
- Niemelä, H. (2015). *Luottamus ja terveydenhuoltojärjestelmä*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto
- Niemelä, J. & Auvinen, T. (2021). *Järjestötieto hyvinvointialueiden tietojohdamisessa: Selvityshenkilöiden raportti kansalaisyhteiskunnasta saatavan tiedon hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2021:37. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Niemelä, M. (2012). Terveyspalvelut kansalaismielipiteen ja luottamuksen näkökulmasta. Teoksessa Mikkola, H., Blomgren, J. & Hiilamo, H. (toim.) *Kansallista vai paikallista? – Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. (24–38).
- Palosuo, H. & Lahelma, E. (2013). Terveiden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveystieteiden perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (39–55).
- Pekurinen, M. (2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja niiden rahoitus. Teoksessa Seppälä, T.T. & Pekurinen, M. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (11–29).
- Rahkonen, O. & Lahelma, E. (2013). Terveiden eriarvoisuus – Peter Townsandin tulkinta sosioekonomisista terveyseroista. Teoksessa Saari, J. Taipale, S. & Kainulainen, S. (toim.) *Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita*. A Tutkimuksia 38. Helsinki: Diakoniamattikorkeakoulu. (263–282).
- Rissanen, P., Parhiala, K., Hetemaa, T., Kekkonen, R., Knape, N., Ridanpää, H., Rintala, E., Sihvo, S., Suomela, T. & Kannisto, R. (2018). *Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut*. Päätöksen tueksi 2/2020. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Roos, J.P. (2013). Taisteluita yhteistoimintaan – Pierre Bourdieu hyvinvointivaltion puolustajana. Teoksessa Saari, J., Taipale, S. & Kainulainen, S. (toim.) *Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita*. A Tutkimuksia 38. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. (135–150).
- Seligman, A. (1997). *The Problem of Trust*. Princeton University Press.
- Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L & Leppo, K. (2013). Lopuksi: terveyspolitiikka edistää, ehkäisee, suojelee ja hoitaa. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (419–425).
- Simonen, J., Westinen, J., Pitkänen, V. & Heikkilä, A. (2021). Luottamusta ilmassa, mutta kuinka paljon? Tutkimus eri sukupolvien luottamuksesta yhteiskunnan instituutioihin. Helsinki: E2 tutkimus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013). *Terveydenhuolto Suomessa*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2 (2013). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Sosiaali- ja terveysministeriö. (tekstissä STM 2022c) Saatavilla: <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut> (Luettu 27.11.2022)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus). Sosiaali- ja terveysministeriö. (tekstissä STM 2022a) Saatavilla: <https://stm.fi/soteuudistus> (Luettu 27.11.2022)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022). Terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. (tekstissä STM 2022b) Saatavilla: <https://stm.fi/terveyspalvelut> (Luettu 27.11.2022)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022). Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. (tekstissä STM 2022d) Saatavilla: <https://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut> (Luettu 27.11.2022)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). Järjestöt ja yhdistykset osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää. Sosiaali- ja terveysministeriö. (tekstissä STM 2023a) Saatavilla: <https://stm.fi/jarjestot-ja-yhdistykset> (Luettu 8.4.2023)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). Sosiaali- ja terveysministeriö 100 vuotta. Sosiaali- ja terveysministeriö. (tekstissä STM 2023b) Saatavilla: <https://stm.fi/stm100> (Luettu 16.3.2023)

Soteuudistus (2022). Uudistus lyhyesti. Saatavilla: <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti> (Luettu 16.3.2023)

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Finlex (Luettu 9.4.2023)

Sztompka, P. (1999). *Trust. A Sociological Theory*. Cambridge University Press.

Teperi, J. (2006). Yhteenveto: Saavatko kaikki riittävät palvelut?. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E., Keskimäki, I. (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes. (181–188).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021). Palvelujen järjestäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen> (Luettu 25.10.2022)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2015). Sosioekonomiset hyvinvointi- ja terveyserot Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <https://thl.fi/documents/890257/905529/Hyvinvointi-+ja+terveyserot+Suomessa/adbc1e2f-d8ec-4fa5-9a49-e79ebb57d2ed> (Luettu 10.1.2023)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022). Terveydenhuollon menot ja rahoitus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (tekstissä THL 2022a) Saatavilla: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus> (Luettu 30.11.2022)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2018). Terveyspalvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut> (Luettu 10.1.2023)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022). Yksityiset terveyspalvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (tekstissä THL 2022b) Saatavilla: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/yksityiset-terveyspalvelut> (Luettu 18.3.2023)

Tietoarkisto. (2022). Logistinen regressio. (tekstissä Tietoarkisto 2022b) (Luettu 15.12.2022)

Tietoarkisto. (2022). Ristiintaulukointi. (tekstissä Tietoarkisto 2022a) (Luettu 15.12.2022)

Tietoarkisto. (2023). Sosiaalitutkimuksen sosiodemografiset taustamuuttujat. (Luettu 8.4.2023)

Toiviainen, H. (2013). Potilasjärjestöjen muuttuva rooli. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (348–356).

Turun yliopisto. (2022). Sosiaalipolitiikan oppiaine. Saatavilla: <https://www.utu.fi/fi/yliopisto/yhteiskuntatieteellinen-tiedekunta/sosiaalipolitiikka> (Luettu 21.12.2022)

Uslaner, E.M. (2003). Trust, Democracy and Governance: Can Government Policies Influence Generalized Trust?. Teoksessa Hooghe, M & Stolle, D. *Generating Social Capital*. Palgrave Macmillan. (171–190).

Valtioneuvosto (2023). Sosiaali- ja terveystalouden rakenneuudistus. Valtioneuvosto. Saatavilla: <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus> (Luettu 4.4.2023)

Valtioneuvoston kanslia (2023). Oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston kanslia. Saatavilla: <https://vnk.fi/toimi/ilmiot/oikeudenmukaisuus> (Luettu 21.3.2023)

van der Meer, T. & Dekker P. (2011). Trustworthy states, trusting citizens? A multi-level study into objective and subjective determinants of political trust. Teoksessa Zmerli, S. & Hooghe, M. *Political trust: Why context matters*. Colchester: ECPR Press. (95–116).

van der Schee, E., Braun, B., Calnan, M., Schnee, M. & Groenewegen, P. (2007). *Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales*. Health Policy 81. (56–67).

AINEISTOT JA LIITTEET

Aineistot

International Social Survey Programme (ISSP) & Blom, Raimo (Tampereen yliopisto) & Melin, Harri (Tampereen yliopisto) & Tanskanen, Eero (Tilastokeskus): ISSP 2011: terveys: Suomen aineisto [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 2.0 (2021-06-09). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD2703>

International Social Survey Programme (ISSP) & Melin, Harri (Tampereen yliopisto) & Borg, Sami (Tampereen yliopisto): ISSP 2021: terveys II: Suomen aineisto [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 1.0 (2022-06-30). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD3662>

Tutkimuksessa käytettyjen muuttujien kysymykset alkuperäisessä kyselylomakkeessa

Aineisto 1: FSD2703 ISSP 2011: Terveys: Suomen aineisto

1. (K1) Oletko...

Mies1
Nainen2

2. (K2) Minä vuonna olet syntynyt?

19 _____

3. (K4) Mikä on koulutuksesi?

Rengasta korkein kouluaste, vain yksi vaihtoehto.

Vielä koulussa (peruskoulu, lukio, ammattikoulu
tai -kurssi, opisto) 1
Kansakoulu 2
Peruskoulu 3
Ammattikoulu tai -kurssi 4
Lukio tai ylioppilas 5
Opistotason ammatillinen koulutus 6
Ammattikorkeakoulu 7
Yliopisto, alemman asteen tutkinto 8
Yliopisto, ylemmän asteen tutkinto 9

4. (K5) Oletko ansiotyössä?

Valitse vain yksi vaihtoehto.

Olen tällä hetkellä ansiotyössä1 → Siirry
kysymykseen 6.
En ole tällä hetkellä ansiotyössä mutta olen ollut aiemmin2 → Siirry
kysymykseen 7.
En ole koskaan ollut ansiotyössä3 → Siirry
kysymykseen 12.

5. (K21b) Kuinka paljon luotat seuraaviin tahoihin?

Rengasta kummaltakin riviltä vain yksi vaihtoehto.

| | Luotan täysin | Luotan melko paljon | Luotan jonkin verran | En juurikaan luota | En luota ollenkaan | En osaa sanoa |
|--|---------------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| a) Suomen koulutusjärjestelmään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 |
| b) Suomen terveydenhuoltojärjestelmään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 |

6. (K25) Kuinka halukas olisit maksamaan korkeampia veroja kaikkien suomalaisten terveydenhoidon tason kohottamiseksi?

Rengasta vain yksi vaihtoehto.

| | |
|------------------------------|---|
| Erittäin halukas..... | 1 |
| Melko halukas..... | 2 |
| En halukas enkä haluton..... | 3 |
| Melko haluton..... | 4 |
| Erittäin haluton..... | 5 |
| En osaa sanoa | 8 |

7. (K44) Miten kuvaisit nykyistä terveydentilaasi? Onko se:

Rengasta vain yksi vaihtoehto.

| | |
|---------------------|---|
| Erinomainen..... | 1 |
| Erittäin hyvä..... | 2 |
| Hyvä..... | 3 |
| Kohtalainen..... | 4 |
| Huono..... | 5 |
| En osaa sanoa | 6 |

8. (K58) Kuinka suuret keskimäärin ovat omat kuukausitulosi veroja vähentämättä (=bruttotulot) mukaan lukien pääomatulot ja kaikki sosiaalietuudet?

_____ euroa kuukaudessa

9. (K61) Asutko...*Valitse vain yksi vaihtoehto.*

| | |
|---|---|
| Suuren kaupungin keskustassa | 1 |
| Suuren kaupungin lähiössä tai esikaupunkialueella | 2 |
| Muussa kaupungissa | 3 |
| Kylässä tai taajamassa maaseudulla | 4 |
| Haja-asutusalueella maaseudulla | 5 |

Aineisto 2: FSD3662 ISSP 2021: Terveys: Suomen aineisto

1. (Q1) Oletko...

1 Mies

2 Nainen

2. (Q2) Minä vuonna olet syntynyt?

3. (Q4) Mikä on koulutuksesi?

Valitse korkein loppuun suoritettu koulutusaste, vain yksi vaihtoehto.

- 0 En ole käynyt koulua
- 1 Vielä peruskoulussa
- 2 Kansakoulu tai kansalaiskoulu
- 3 Peruskoulu
- 4 Ammattikoulu tai -kurssi
- 5 Lukio tai ylioppilas
- 6 Erikoisammattitutkinto
- 7 Opistotason ammatillinen koulutus
- 8 Ammattikorkeakoulututkinto (AMK)
- 9 Ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)
- 10 Yliopisto, alempi korkeakoulututkinto (esim. kandidaatin tutkinto)
- 11 Yliopisto, ylempi korkeakoulututkinto (esim. maisterin tutkinto)
- 12 Lisensiaatin tai tohtorin tutkinto

4. (Q5) Oletko ansiotyössä?

Valitse vain yksi vaihtoehto.

- 1 Olen tällä hetkellä ansiotyössä → Siirry kysymykseen 6.
- 2 En ole tällä hetkellä ansiotyössä, mutta olen ollut aiemmin → Siirry kysymykseen 7.
- 3 En ole koskaan ollut ansiotyössä → Siirry kysymykseen 12.

5. (Q24) Kuinka paljon luotat Suomen terveydenhuoltojärjestelmään?

Valitse vain yksi vaihtoehto.

- 1 Luotan täysin
- 2 Luotan melko paljon
- 3 Luotan jonkin verran
- 4 En juurikaan luota
- 5 En luota ollenkaan
- 6 En osaa sanoa

6. (Q27) Kuinka halukas olisit maksamaan korkeampia veroja kaikkien suomalaisten terveydenhuollon tason kohottamiseksi?

Valitse vain yksi vaihtoehto

7. (Q46) Miten kuvaisit nykyistä terveydentilaasi? Onko se:

Valitse vain yksi vaihtoehto

- 1 Erinomainen
- 2 Erittäin hyvä
- 3 Hyvä
- 4 Kohtalainen
- 5 Huono
- 8 En osaa sanoa

8. (Q64) Kuinka suuret keskimäärin ovat omat kuukausitulosi veroja vähentämättä (=bruttotulot) mukaan lukien pääomatulot ja kaikki sosiaalietuudet?

euroa kuukaudessa

—> Jos asut yksin, siirry kysymykseen 68.

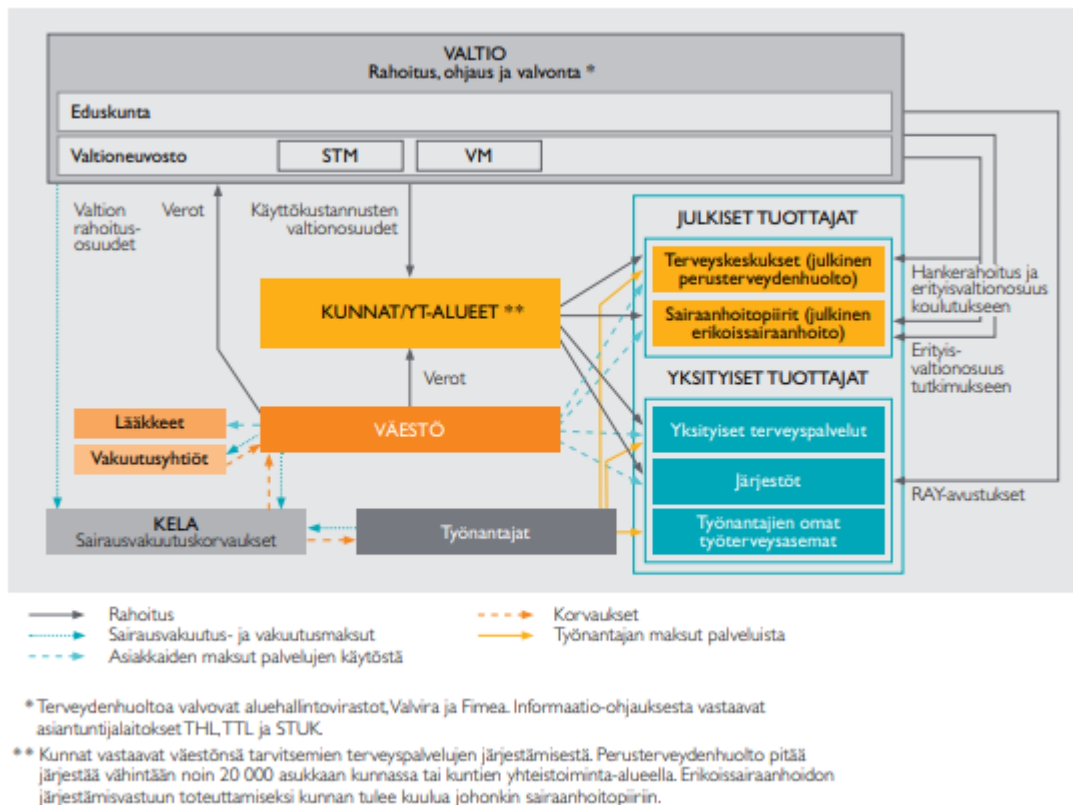
9. (Q68) Asutko...

Valitse vain yksi vaihtoehto

- 1 Suuren kaupungin keskustassa
- 2 Suuren kaupungin lähiössä tai esikaupunkialueella
- 3 Muussa kaupungissa
- 4 Kylässä tai taajamassa maaseudulla
- 5 Haja-asutusalueella maaseudulla

Kuviot

Kuvio 1. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä. Terveyspalveluiden järjestäminen, rahoitus, tuotanto ja valvonta (STM 2013) (sivulla 5.)



Kuvio 2. Terveyspalveluiden menot vuosina 2000–2019. Hinnat ilmoitettu vuoden 2019 hinnoin, miljardia euroa (THL 2022a) (sivulla 8.)

