

”Jos jollain ilveellä pääsisi keskustelemaan suoraan lääkärin kanssa”

Kirjallisuuskatsaus Suomen väestön kokemuksista julkisissa terveyspalveluissa 2000-luvulla

Sosiaalitieteiden
kandidaatintutkielma

Laatija:
Heidi Viitanen

17.05.2026
Turku

Kandidaatintutkielma

Oppiaine: Sosiaalitieteet

Tekijä: Heidi Viitanen

Otsikko: ”Jos jollain ilveellä pääsisi keskustelemaan suoraan lääkärin kanssa” Kirjallisuuskatsaus Suomen väestön kokemuksista julkisissa terveyspalveluissa 2000-luvulla

Ohjaaja: Yliopisto-opettaja Elina Sutela

Sivumäärä: 41 sivua

Päivämäärä: 17.05.2026

Tässä kandidaatintutkielmassa tarkastellaan kokemuksia julkisista terveyspalveluista Suomessa. Suomen julkisessa terveydenhuollossa on tapahtunut viime vuosina muutoksia, jotka tekevät kokemusten tutkimisesta ajankohtaista. Koronapandemia, Suomen ikääntyvä väestönrakenne ja julkisiin terveyspalveluihin kohdistuneet leikkaukset ovat haastaneet julkisen terveydenhuollon kantokykyä. Lisäksi vuoden 2023 sote uudistus ja terveyspalveluiden digitalisaatio ovat muuttaneet julkisten terveyspalveluiden toimintaa. Tutkielman tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät selittävät väestön myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa.

Tutkielma toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa aineistona toimivat aikaisemmat tutkimukset kokemuksista julkisissa terveyspalveluissa. Tutkielman aineisto koostuu kahdeksasta vertaisarvioidusta tutkimusartikkelista, kahdesta tutkimusraportista ja yhdestä vertaisarvioidusta kirjan luvusta. Aineiston analysoinnissa hyödynnettiin sisällönanalyysia, jonka tavoitteena oli tunnistaa keskeisiä teemoja aiheen kannalta. Aineistosta muodostettiin neljä teemaa, jotka selittivät myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa. Teemat olivat sosioekonominen asema ja taloudellinen tilanne, terveyspalveluissa tapahtuva kohtaaminen ja vuorovaikutus, hoidon jatkuvuus ja hoitoon pääsy sekä toimijuus.

Tutkielmassa havaittiin, kuinka myönteisiä ja kielteisiä hoitokokemuksia selittivät sekä sosioekonomiset että demografiset tekijät. Naiset ja alle 30-vuotiaat kokivat muita useammin haasteita palveluiden saatavuudessa ja hoitoon pääsyssä. Ikääntyneet olivat muita ikäryhmiä useammin tyytyväisiä saamaansa palveluun. Korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat perusasteen käyneitä tyytyväisempiä palveluihin. Taloudellisia haasteita kokevat olivat muita useammin tyytymättömiä palveluiden saatavuuteen ja saamaansa kohteluun. Tulokset osoittivat, kuinka myönteiset hoitokokemukset eivät toteudu väestössä tasa-arvoisesti, vaan ovat yhteydessä potilaan sosioekonomiseen asemaan. Tulosten perusteella voidaan todeta, kuinka julkisten terveyspalveluiden tasa-arvoista hoitoon pääsyä ja palveluiden saatavuutta tulee edistää.

Avainsanat: Julkiset terveyspalvelut, hoito, potilas, kokemus, tyytyväisyys

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
2	Hoito ja hoiva	7
3	Aikaisempi tutkimus kokemuksista julkisissa terveyspalveluissa	12
4	Suomen terveydenhuoltojärjestelmä	15
5	Tutkimusasetelma	18
5.1	Tutkimusaineisto	18
5.2	Tutkimusmenetelmä	20
6	Myönteiset ja kielteiset kokemukset julkisissa terveyspalveluissa Suomessa	22
6.1	Sosioekonominen asema ja taloudellinen tilanne	22
6.2	Terveyspalveluissa tapahtuva kohtaaminen ja vuorovaikutus	24
6.3	Hoidon jatkuvuus ja hoitoon pääsy	26
6.4	Toimijuus	27
7	Johtopäätökset	29
	Lähteet	33
	Liitteet	40
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen aineisto	40

1 Johdanto

Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään on heikentynyt Suomessa 30 % vuosien 2020–2024 aikana. Luottamus on heikointa pienituloisten kohdalla 52 % ja korkeinta hyvätuloisten kohdalla 72 %. (Valtioneuvosto 2025.) Tutkimustulosta voidaan pitää merkittävänä, sillä Suomessa on perinteisesti ollut korkea institutionaalisen luottamuksen taso. Luottamusta on ylläpitänyt Suomen perustuslain takaamat universaalit terveyspalvelut (Suomen perustuslaki 1999, §19), joiden ansiosta väestö on pystynyt luottamaan siihen, että he saavat tarvittaessa riittävää hoitoa julkisista terveyspalveluista. Julkisten terveyspalveluiden tavoitteena on mahdollistaa pääsy terveydenhuoltoon riippumatta sosioekonomisesta asemasta. Tutkimustuloksen mukaan luottamus terveydenhuoltojärjestelmään on kuitenkin heikointa pienituloisten kohdalla (Valtioneuvosto 2025). Tulos paljastaa kokemuksia eriarvoisuudesta, jotka voivat kummuta esimerkiksi palveluiden saatavuudesta, riittävydestä tai hoitoon pääsystä. Suomen kolmitasoisien terveydenhuoltojärjestelmän seurauksena palveluiden käyttäjät ovat jakautuneet eri sektoreille sosioekonomisen aseman perusteella (Kajantie 2014). Hyvätuloiset käyttävät pääosin yksityisiä terveyspalveluita sekä työterveydenhuoltoa, kun taas pienituloiset julkisia terveyspalveluita (Kajantie 2014). Tämän vuoksi julkisella terveydenhuollolla on keskeinen tehtävä sosioekonomisten terveyserojen vähentämisessä. Luottamuksen heikentymisen taustalla ovat voineet vaikuttaa väestön kokemukset julkisissa terveyspalveluissa.

Suomen ikääntyvä väestörakenne on haastanut julkisen terveydenhuollon kantokykyä jo pitkään, mutta julkisen terveydenhuollon kuvataan kriisiytyneen vasta 2020-luvulla (Kosonen 2024). Tähän ovat vaikuttaneet julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuneet haasteet ja muutokset 2020-luvulla. Koronapandemia kuormitti julkista terveydenhuoltoa ja aiheutti hoitovelkaa, mikä heikensi jo valmiiksi haastavaa taloudellista tilannetta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022). Pandemian seurauksena julkisten terveyspalveluiden hoitojonot kasvoivat, mikä vaikutti palveluiden saatavuuteen ja hidasti hoitoon pääsyä. Heikentyneen hoitoon pääsyn seuraukset ovat kohdistuneet erityisesti pienituloisiin, joilla ei ole mahdollisuutta hakeutua hoitoon yksityiselle sektorille tai työterveydenhuoltoon. Samanaikaisesti julkisessa terveydenhuollossa on ollut pulaa riittävästä henkilökunnasta (Tyni & Myllyneva 2023). Henkilöstöpulan taustalla ovat vaikuttaneet hoitajien matala palkka ja raskaat työolosuhteet.

Koronapandemiasta aiheutunut hoitovelka pahensi julkisen terveydenhuoltojärjestelmän taloudellista tilannetta entisestään. Taloudellisten paineiden seurauksena julkisia terveyspalveluita on leikattu. Vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus) toteutettiin koronapandemiaa seuranneessa talouskuripoliittisessa ilmapiirissä (Kihlström, Keskimäki, Paananen, Paatela, Satokangas & Tynkkynen 2025, 3). Lisäksi ilmapiiriin vaikutti vuoden 2023 eduskuntavaalit ja puolueiden väliset eriävät mielipiteet sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksesta (Kihlström ym. 2025, 3). Sote-uudistuksen tavoitteena oli edistää palveluiden yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä vähentää alueellisia terveyseroja. Uudistuksessa palveluiden järjestämisen vastuu siirtyi kunnilta 21 hyvinvointialueelle, Helsingin kaupungille sekä HUS-yhtymälle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2026a.) Sote-uudistuksen aikana sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistettiin kuitenkin huomattava määrä leikkauksia. Säästötoimenpiteiden seurauksena hyvinvointialueiden budjetit on vähennetty ja terveyskeskuksia lakkautettu. (Kihlström ym. 2025, 3.) Vuonna 2026 hallitus ilmoitti tulevasta 240 miljoonan euron leikkauksista sosiaali- ja terveyspalveluihin (Valkama & Lindholm 2026). Leikkauksia on kritisoitu niiden ristiriidasta sote-uudistuksen tavoitteiden kanssa.

Sote-uudistuksen ja leikkausten lisäksi digitaalisten terveyspalveluiden yleistymisen on tuonut julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään rakenteellisia muutoksia. Digitaalisissa terveyspalveluissa potilaat voivat muun muassa varata lääkärintähtäjiä, uusia reseptejä ja osallistua etä vastaanotolle. Digitaaliset terveyspalvelut yleistyivät Suomessa koronapandemian aikana ja muodostuivat keskeiseksi osaksi terveydenhuoltojärjestelmää. Palvelut yleistyivät lyhyessä ajassa, mikä on voinut vaikuttaa väestön kokemuksiin hoitoon pääsystä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan digitaaliset terveyspalvelut tulevat yleistymään entisestään tulevina vuosina (THL, 2025). Julkisessa terveydenhuollossa tapahtunut muutokset tekevät ajankohtaiseksi tutkia väestön kokemuksia palveluissa. Huolimatta aiheen ajankohtaisuudesta, väestön kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa on tutkittu suhteellisen vähän. Aiheesta ei olla vielä tehty kirjallisuuskatsausta, joka tarkastelisi kattavasti väestön kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa.

Tämä tutkielma pyrkii vastaamaan tähän tiedontarpeeseen kokoamalla yhteen aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta ja selvittämällä, mitkä tekijät selittävät väestön myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa Suomessa. Tutkielma toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka aineistona toimivat aikaisemmat tutkimukset kokemuksista

julkisissa terveyspalveluissa 2000-luvulla. Tutkielman tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten palveluiden käyttäjät itse kokevat palvelut. Aineistonvalinnassa painotetaan 2020-luvulla julkaistuja tutkimusartikkeleita viime vuosina tapahtuneiden muutosten vuoksi. Tutkimuksia analysoidaan sisällönanalyysin avulla, jossa aineistosta muodostetaan keskeisiä teemoja aiheen kannalta.

Tutkielman toinen luku aloitetaan taustoittamalla Pohjoismaista hyvinvointivaltiomallia ja arvopohjaa sen taustalla. Lisäksi luvussa määritellään hoiva- ja hoitokäsitteet ja niiden väliset merkityserot julkisessa terveydenhuollossa. Kolmannessa luvussa kerrotaan, mistä näkökulmista kokemuksia on tutkittu kansainvälisellä tasolla ja minkälaisia tuloksia niistä on löydetty. Tutkielman neljäs luku on kontekstiluku, jossa kerrotaan suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä ja siitä, ketkä käyttävät julkisia terveyspalveluita. Viidennessä luvussa esitellään tutkielman tavoitteet, tutkimuskysymys, aineisto sekä tutkimusmenetelmä. Kuudennessa luvussa esitellään tutkielman tulokset, jotka on jaoteltu sisällönanalyysin avulla muodostettujen teemojen mukaisesti. Tutkielman seitsemännessä luvussa esitellään tutkielman johtopäätökset ja pohditaan tuloksia laajemmassa yhteiskunnallisessa kontekstissa.

2 Hoito ja hoiva

Hoito määritellään yleisesti toimintana, jonka tavoitteena on parantaa sairaus tai lievittää sen oireita. Julkisissa terveyspalveluissa hoidolla tarkoitetaan ammattihenkilön toimia, joiden tavoitteena on edistää potilaan hyvinvointia sekä terveydentilaa. (Terveyskirjasto 2023.) Hoiva on puolestaan hoitoa laajempi käsite, jolla ei ole vakiintunutta teoreettista määritelmää. Hoiva voidaan ymmärtää toisen emotionaalisenä ja fyysisenä huolenpitona, joka voi olla palkallista tai palkatonta. (Sihto, Vasara & Blomqvist 2024.) Palkattomalla hoivalla tarkoitetaan vapaaehtoista toisesta huolehtimista, jota tapahtuu esimerkiksi perheenjäsenten ja omaisten välillä. Palkattoman hoivan käsite yleistyi Suomessa 1980-luvulla, jolloin naistutkijat alkoivat käyttää käsitettä kuvaamaan naisten tekemää huolenpitotyötä ja sen yhteiskunnallista merkitystä (Sihto ym. 2024).

Julkisten terveyspalveluiden toiminta nähdään yleisesti hoitona, mutta toimintaa voidaan tarkastella myös hoivakäsitteen avulla. Palkallista hoivaa tapahtuu esimerkiksi tilanteissa, joissa terveydenhuollon ammattihenkilö kuuntelee potilasta empaattisesti ja osoittaa ymmärtävänsä tilanteen. Tällöin hoiva voidaan nähdä potilaan emotionaalisten tarpeiden täyttämisenä. Aikaisempi tutkimus on osoittanut, kuinka potilaat pitävät tärkeänä empaattista kohtaamista terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (Bowling, Rowe & McKee 2013, 147; Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, Savino & Amenta 2017, 92). Empaattisessa vuorovaikutuksessa potilas kokee tulevansa ymmärretyksi ja kuulluksi. Batbaatar ym. (2017, 92) tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksellinen hoiva (interpersonal care) on yhteydessä potilastyytyväisyyteen. Vuorovaikutuksellisella hoivalla tarkoitetaan lääkärin potilaalle tarjoamaa hoivaa, joka ilmenee potilaan huomioimisena, lohduttamisena sekä aktiivisena kuuntelemisena (Batbaatar ym. 2017, 92). Julkisissa terveyspalveluissa tapahtuvaa hoivaa voidaan pitää keskeisenä potilaiden kokemuksiin vaikuttavana tekijänä.

Julkinen terveydenhuolto on keskeinen osa suomalaista hyvinvointivaltiojärjestelmää, jonka keskeisiä arvoja ovat yhteiskuntaluokkien välisen tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistäminen. Hyvinvointivaltiot eroavat toisistaan niiden tavoissa järjestää julkiset terveyspalvelut sekä niiden tarjoamien palveluiden ja etuuksien laajuuksissa. Esping-Andersen (1990) jaottelee hyvinvointivaltiot kolmeen erilaiseen malliin, jotka ovat liberaali, korporatiivinen sekä sosiaalidemokraattinen. Nämä mallit ovat kehittäneet erilaiset rakenteelliset ratkaisut hoivan ja hoidon järjestämiseen. Esping-Andersenin (1990) mukaan

hyvinvointivaltiot eroavat toisistaan niiden stratifikaation ja dekommodifikaation tasojen mukaan. Stratifikaatio tarkoittaa sosiaalista hierarkkisuutta, joka ilmenee yhteiskuntaluokkien välisinä etäisyyksinä. Dekommodifikaatio tarkoittaa puolestaan markkinariippumattomuutta eli sitä, kuinka riippuvainen yksilön toimeentulo on työmarkkinoista.

Liberaalissa hyvinvointivaltiomallissa yksilön saamat etuudet ja toimeentulo ovat sidoksissa työmarkkina-asemaan, jonka vuoksi mallissa on matala dekommodifikaation taso. Esping-Andersenin (1990) jaottelun mukaan liberaaliin hyvinvointivaltiomalliin kuuluvat ovat Yhdysvallat, Kanada ja Australia. Mallissa terveydenhuolto on sidoksissa työmarkkina-asemaan ja perustuu yksityisiin terveysvakuutuksiin. Valtion tarjoamien etuuksien määrä on alhainen ja kohdennettu pienituloisille (Esping-Andersen 1990, 26). Yksilöllä on mahdollisuus hankkia omakustanteisesti yksityinen terveysvakuutus, mutta korkean hintatason vuoksi, se ei ole kaikille mahdollista. Koska terveydenhoito on sidoksissa työsuhteeseen, saadun hoidon laajuus riippuu työmarkkina-asemasta. Heikommassa yhteiskunnallisessa asemassa olevilla ei ole välttämättä samanlaista päätyä terveydenhuoltoon, mikä voi kasvattaa yhteiskuntaluokkaan perustuvia terveyseroja. Tämän vuoksi Esping-Andersenin (1990) mukaan liberaaliin hyvinvointimalliin kuuluvissa maissa on korkea stratifikaation taso.

Korporatiivisessa hyvinvointivaltiomallissa terveydenhuolto perustuu pääosin työmarkkina-asemaan sekä ansiosidonnaisiin sosiaalivakuutuksiin. Korporatiiviselle mallille on tyypillistä yhteiskuntaluokkien välisten erojen säilyttäminen liittämällä etuudet ja oikeudet työmarkkina-asemaan (Esping-Andersen 1990, 27). Yhteisöllisyys on osa kulttuuria, jonka vuoksi hoivaa ja hoitoa tapahtuu myös perheenjäsenten välillä. Kirkolla on ollut vaikutusta perinteisten perhearvojen säilymiseen, jonka vuoksi hoivavastuu on usein naisilla (Esping-Andersen 1990, 27). Korporatiivisessa mallissa on matala dekommodifikaation taso, sillä yksilön saamat etuudet ja oikeudet ovat sidoksissa työmarkkina-asemaan. Mallissa on myös korkea stratifikaation taso, sillä yhteiskuntaluokkien välisiä eroja pyritään säilyttämään. Korporatiiviseen hyvinvointimalliin kuuluvia maita ovat Itävalta, Ranska, Saksa ja Italia. (Esping-Andersen 1990, 27.)

Suomalainen hyvinvointivaltio perustuu sosiaalidemokraattiseen hyvinvointivaltiomalliin, jonka keskeisiä arvoja ovat universalismi ja yhteiskuntaluokkien välinen solidaarisuus. Sosiaalidemokraattisessa mallissa on korkea dekommodifikaation taso, sillä terveydenhuolto on valtion järjestämää ja universaalisti kaikkien saatavilla. Valtion järjestämät julkiset

terveyspalvelut vähentävät kotitalouksien markkinariippuvuutta, sillä pääsy terveydenhuoltoon ei ole riippuvainen työmarkkina-asemasta. Lisäksi universaalit terveyspalvelut vähentävät kotitalouksien hoito- ja hoivavastuuta ja mahdollistavat molempien vanhempien työssäkäynnin. Universaali terveydenhuolto vähentää stratifikaatiota, sillä se kaventaa yhteiskuntaluokkaan perustuvia terveyseroja. Puolestaan esimerkiksi korporatiivisessa mallissa yhteiskuntaluokkien välisiä eroja pyritään säilyttämään liittämällä etuudet työmarkkina-asemaan. Sosiaalidemokraattista hyvinvointivaltiomallia kutsutaan myös pohjoismaiseksi malliksi, sillä siihen kuuluvat Ruotsi, Norja ja Tanska. (Esping-Andersen 1990.)

Suomalainen hyvinvointivaltiojärjestelmä sisältää kuitenkin piirteitä, jotka erottavat sen perinteisestä sosiaalidemokraattisesta hyvinvointivaltiomallista. Suomalaista hyvinvointivaltiota on kansainvälisessä vertailussa pidetty vähemmän anteliaana kuin muita Pohjoismaita (Kangas & Niemelä 2026, 99). Tähän ovat vaikuttaneet maiden väliset historialliset erot hyvinvointivaltion kehittymisessä (Kangas & Niemelä 2026, 101). Sosiaalidemokraattisen hyvinvointivaltiomallin syntyyn on vaikuttanut nimensä mukaisesti sosiaalidemokraattisen puolueen (SDP) vahva kannatuspohja ja poliittinen asema. Tämän vuoksi SDP:llä on ollut suuri vaikutus sosiaalidemokraattisen hyvinvointivaltion syntyyn. (Kangas & Niemelä 2026, 98.) Suomalaisen hyvinvointivaltion historia kuitenkin poikkeaa perinteisen sosiaalidemokraattisen mallin historiasta. Suomessa teollistuminen tapahtui myöhemmin kuin muissa Pohjoismaissa, ja lisäksi Suomessa maatalousväestön poliittinen aktiivisuus vaikutti Maalaisliiton keskeiseen poliittiseen asemaan (Kangas & Niemelä 2026, 116). Maalaisliiton vahvan poliittisen aseman vuoksi SDP ei saanut yhtä suurta kannatusta. Tämän seurauksena suomalainen hyvinvointivaltio on rakentunut monien eri puolueiden välisistä kompromisseista, mikä poikkeaa perinteisen sosiaalidemokraattisen mallin historiasta. Puolueiden tekemät kompromissit ovat edesauttaneet erilaisten näkemysten huomioimisen poliittisessa päätöksenteossa. (Kangas & Niemelä 2026, 116.)

1990-luvun lamalla oli keskeinen vaikutus suomalaisen hyvinvointivaltion ja terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen. Laman aikana julkisia terveyspalveluita leikattiin, mikä vaikutti osaltaan yksityisten terveyspalveluiden kasvuun (Alestalo 2010, 304). Tämän seurauksena Suomen terveydenhuoltojärjestelmän asiakaskunnassa on tapahtunut eriytymistä, jossa julkisiin- ja yksityisiin terveyspalveluihin on jakauduttu tulotason mukaan (Alestalo 2010, 305). Sosiologian emeritusprofessori Alestalon (2010, 305) mukaan hyvinvointivaltion tarjoamien etuuskien painopiste siirtyi laman jälkeen kohti ansiosidonnaisuutta. Suomessa

onkin havaittavissa korporatiivisen mallin piirteitä, sillä työpaikan tarjoaman terveydenhuollon laajuus riippuu työpaikasta ja vaihtelee eri työmarkkina-asemien mukaan. Suomessa yksityisillä terveystalveilla on keskeinen asema terveydenhuollossa, mikä poikkeaa Esping-Andersenin luokittelimesta tyypillisestä sosiaalidemokraattisesta mallista.

Suomen lainsäädännön mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus riittäviin terveystalveihin sekä laadukkaaseen hoitoon (Perustuslaki 731/1999, §19; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §3). Universalit terveystalvet pohjautuvat ajatukseen siitä, miten terveydenhuollon tulisi olla kaikille kuuluva oikeus. Ihmiset ovat tasa-arvoisia keskenään, jonka vuoksi terveydenhuollon ei tulisi riippua yhteiskunnallisesta asemasta tai varallisuudesta. Universalismin taustalla vaikuttaa suomalaisen yhteiskunnan arvopohja ja moraalikäsitte, joissa korostuvat heikommassa asemassa olevien auttaminen ja periaate, ettei ketään jätetä ulkopuolelle. Tämä ilmenee julkisen sektorin tarjoamissa etuuksissa ja palveluissa, joilla pyritään edesauttamaan mahdollisuuksien tasa-arvon toteutumista. Esping-Andersenin (1990) mukaan yhteiskuntaluokkien välinen solidaarisuus on keskeinen piirre sosiaalidemokraattisessa hyvinvointivaltiomallissa. Solidaarisuus ilmenee julkisen sektorin tarjoamissa universaaleissa terveystalveissa, jotka mahdollistavat hoitoon pääsyn riippumatta yhteiskunnallisesta asemasta.

Julkisten terveystalveluiden oikeudenmukaisuutta voidaan tarkastella Rawlsin (1999) oikeudenmukaisuusteorian (A Theory of Justice) avulla. Rawlsin (1999) Teorian keskeiset käsitteet ovat vapausperiaate sekä eroperiaate, jotka määrittelevät ehdot oikeudenmukaiselle yhteiskunnalle. Vapausperiaatteen mukaan jokaisella tulisi olla oikeus mahdollisimman laajoihin perusvapauksiin. Perusvapauksien tulisi olla yhtäläiset riippumatta esimerkiksi tulotasosta, yhteiskunnallisesta asemasta tai terveydentilasta. Eroperiaate on kaksiosainen ja se määrittelee ehdot eriarvoisuuden hyväksyttävyydelle. Eroperiaatteen ensimmäisen ehdon mukaan eriarvoisuus on hyväksyttävää, vain jos se hyödyntää heikoimmassa asemassa olevia. (Rawls 1999, 53.) Tämä tarkoittaa sitä, että Rawlsin (1999) mukaan eriarvoisuus julkisissa terveystalveissa, kuten palveluiden saatavuudessa, ei ole hyväksyttävää, mikäli se aiheuttaa haittaa heikoimmassa asemassa oleville.

Eroperiaatteen toisen ehdon mukaan eriarvoisuutta saa ilmetä ainoastaan asemissa, jotka ovat kaikille saavutettavissa (Rawls 1999, 53). Yksi terveydenhuollon keskeisistä tehtävistä on edistää kansanterveyttä, jotta väestö säilyy hyvinvoivana ja toimintakykyisenä.

Sosioekonomiseen asemaan tai ikäryhmään perustuva eriarvoisuus julkisissa terveyspalveluissa voi kasvattaa terveyseroja väestöryhmien välillä. Heikko terveydellinen tilanne puolestaan heikentää mahdollisuuksia edetä työuralla, sillä työmarkkinoilla pärjääminen edellyttää usein hyvää terveydellistä toimintakykyä. Terveydellinen tilanne voi siis toimia esteenä yhteiskunnallisten asemien saavuttamisessa, vaikka asemat olisivat muodollisesti kaikille saatavissa. Tämän vuoksi toimivat ja kaikille saatavat julkiset terveyspalvelut tukevat mahdollisuuksien tasa-arvon toteutumista (Daniels 2001, 2). Eroperiaatteen molempien ehtojen tulee toteutua, jotta eriarvoisuus on oikeudenmukaisesti hyväksyttävää (Rawls 1999). Rawlsin (1973, 12) oikeudenmukaisuusteorian mukaan alkuasema on hypoteettinen tilanne, jossa henkilöt päättävät tietämättömyyden verhon takaa yhteiskunnan järjestäytymisestä. Tietämättömyyden verhon vuoksi päätöksentekijät eivät tiedä omaa asemaansa siinä yhteiskunnassa, jota he suunnittelevat (Rawls 1973, 12). Teorian avulla voidaan pohtia, minkälainen terveydenhuoltojärjestelmä suunniteltaisiin, jos omaa terveydentilaa tai sosioekonomista asemaa ei tiedettäisi.

3 Aikaisempi tutkimus kokemuksista julkisissa terveyspalveluissa

Kokemuksia julkisista terveyspalveluista on tutkittu kansainvälisellä tasolla erityisesti potilastyytyväisyyden näkökulmasta Batbaatar ym. (2017) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tunnistettiin yhdeksän keskeistä potilastyytyväisyyteen vaikuttavaa tekijää. Nämä liittyivät hoidon laatuun, palveluiden saatavuuteen sekä vuorovaikutukseen terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (Batbaatar ym. 2017, 91). Tutkimuksessa havaittiin, kuinka hoidon laatu oli keskeisesti yhteydessä potilastyytyväisyyteen. Hoidon laatu koostui useasta eri tekijästä, kuten hoidon lopputuloksesta, saatavuudesta ja jatkuvuudesta (Batbaatar ym. 2017). Tutkimuksen mukaan hoidon saatavuutta heikensivät muun muassa pitkät jonotusajat sekä palveluiden epäkäytännölliset sijainnit (Batbaatar ym. 2017, 93). Tutkimuksessa korostui lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkitys potilastyytyväisyyteen. Lääkärin osoittama ystävällisyys, emotionaalinen tuki sekä aktiivinen kuunteleminen olivat yhteydessä myönteisiin hoitokokemuksiin (Batbaatar ym. 2017, 92–93). Puolestaan vuorovaikutuksessa esiintyvien haasteiden, väärinymmärryksi tulemisen sekä lääkärin epäystävällisyyden on havaittu selittävän tyytymättömyyttä (Strzelecka, Stachura, Wojcik, Kordyzon, Chmielewski, Florek-Luszczki & Nowak-Starz 2021, 145). Lisäksi omaa terveydellistä tilannetta koskevan tiedon epäselvyyden sekä informaation puutteen on havaittu aiheuttavan tyytymättömyyttä (Strzelecka ym. 2021, 145).

Tutkimusten mukaan potilastyytyväisyyttä selittävät myös yksilölliset tekijät, kuten potilaan terveydentila. Potilaat, jotka arvioivat terveydentilansa huonoksi, kokivat kipuja tai olivat pitkäaikaissairaita, olivat muita useammin tyytymättömiä julkisiin terveyspalveluihin. (Batbaatar ym. 2017, 96). Lisäksi potilaan iän on havaittu olevan yhteydessä potilastyytyväisyyteen. Ikääntyneiden potilaiden on havaittu olevan muita ikäryhmiä useammin tyytyväisiä saamaansa palveluun. (Batbaatar ym. 2017, 95.) Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan ikääntyneillä oli muita ikäryhmiä korkeammat odotukset hoidosta ja ne myös todennäköisemmin täyttyivät (Bowling ym. 2013, 147). Batbaatar ym. (2017, 94) tutkimuksen mukaan hoitopaikan maine ja potilaan luottamus siihen ovat yhteydessä potilastyytyväisyyteen. Bleich, Özaltin & Murray (2009) tutkimus 21 EU-maasta osoittaa, kuinka tyytyväisyys terveydenhuoltojärjestelmään kokonaisuudessaan on yhteydessä potilaiden kokemuksiin saamastaan hoidosta. Tutkimuksen mukaan Euroopan maiden välillä on huomattavia eroja potilastyytyväisyydessä.

Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden mukaan sosioekonominen asema on yhteydessä potilastyytyväisyyteen (Batbaatar ym. 2017, 95). Sosioekonomisella asemalla tarkoitetaan henkilön yhteiskunnallista asemaa, johon vaikuttavat koulutustaso, työmarkkina-asema sekä taloudellinen tilanne. Sosioekonomisen aseman indikaattoreista erityisesti tulotason on havaittu selittävän kokemuksia julkisissa terveystaloudissa. Batbaatar ym. (2017, 95) Tutkimuksen mukaan potilaan tulotaso oli yhteydessä kokemuksiin julkisten terveystaloudien saatavuudesta, laadusta ja yleisestä toimivuudesta. Hyvätuloiset olivat tutkimuksissa toistuvasti tyytyväisempiä palveluihin kuin pientuloiset. (Batbaatar ym. 2017, 95.) Tutkimusten mukaan matala sosioekonominen asema on yhteydessä heikompaan terveydentilaan ja korkeampaan kuolleisuuteen (THL 2010). Huonoksi koettu terveydentila on puolestaan yhteydessä tyytymättömiin hoitokokemuksiin. Marmot (2004) mukaan sosioekonomisen aseman noustessa myös henkilön terveydentila asteittain paranee. Yhteiskuntaluokkien välisiä eroja terveydessä ja hyvinvoinnissa kutsutaan sosioekonomiseksi terveyseroksi (THL 2010). Sosioekonomiset terveyserot johtuvat useista risteävistä tekijöistä, kuten varallisuuden epätasaisesta jakautumisesta, kuormittavista työolosuhteista ja elintavoista (THL 2010). Julkisella terveydenhuollolla on keskeinen tehtävä terveyserojen kaventamisessa, sillä palvelut mahdollistavat hoitoon pääsyn riippumatta sosioekonomisesta asemasta.

Kokemuksia julkisista terveystaloudista on tutkittu täyttymättömien hoitotarpeiden kannalta. Täyttymättömällä hoitotarpeella viitataan yleisesti potilaan subjektiiviseen kokemukseen hoidon riittämättömyydestä (Smith & Connolly 2020). Täyttymättömille hoitotarpeille ei ole kuitenkaan vain yhtä teoreettista määritelmää, sillä käsitteellä voidaan tarkoittaa hoidon riittämättömyyden lisäksi hoidon ulkopuolelle jäämistä tahtomattaan tai vapaaehtoisesti (Smith & Connolly 2020, 441). Ruotsissa ja Turkissa tehtyjen tutkimusten mukaan matala sosioekonominen asema, työttömyys ja taloudelliset vaikeudet ovat yhteydessä kokemuksiin täyttymättömistä hoitotarpeista (Başar, Dikmen & Öztürk 2021, 788; Lindström, Rosvall & Lindström 2017, 220). Turkissa tehdyssä tutkimuksessa täyttymättömiä hoitotarpeita mitattiin kyselytutkimuksen avulla, jossa kysyttiin, kokeeko jääneensä vaille riittäviä terveystaloudita viimeisen 12 kuukauden aikana johtuen taloudellisista tekijöistä, palveluiden sijainnista tai pitkistä jonotusajoista. Myös Lindström ym. (2017) tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, mutta tässä täyttymättömiä hoitotarpeita mitattiin kysymällä, onko vastaaja jättänyt hakeutumatta terveydenhuoltoon viimeisen kolmen kuukauden aikana, vaikka olisi tarvinnut hoitoa. Tässä tutkielmassa täyttymättömiä hoitotarpeita tarkastellaan potilaan subjektiivisena kokemuksena hoidon riittämättömyydestä tai hoidon ulkopuolelle tahattomasta jäämisestä.

Maailman terveysjärjestön (WHO 2007) mukaan asiakaslähtöistä hoitoa tulee edistää julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimuskirjallisuudessa asiakaslähtöisyydelle käytetään eriäviä määritelmiä, mutta käsite ymmärretään yleisesti potilaan arvostuksena sekä toimijuuden- ja osallisuuden vahvistamisena esimerkiksi huomioimalla potilas hoidonsuunnitteluun liittyvissä päätöksissä (Makkonen, Turunen, Kariniemi-Örmälä & Haaranen 2025, 782). Asiakaslähtöisessä hoidossa potilas kohdataan kokonaisvaltaisesti omana itsenään (Kandelaki, Marrone, Lundborg, Schmidt & Björkman 2016, 1). Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa potilaat kokivat tarvetta kehittää julkisten terveystalouden asiakaslähtöisyyttä erityisesti suhteessa hoidon jatkuvuuteen, tiedonvälitykseen sekä osallisuuden vahvistamiseen (Kandelaki ym. 2016, 9). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan asiakaslähtöinen hoito on yhteydessä potilastyytyväisyyteen sekä potilaan arvioimaan hoidon laatuun (Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo & Hoffman 2008, 319). Myös Kiinassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, kuinka asiakaslähtöisellä hoidolla on positiivisia vaikutuksia potilaiden hyvinvointiin. Asiakaslähtöistä hoitoa saaneet potilaat kokivat terveydentilansa paremmaksi sekä tarvitsevänsä vähemmän terveystalouksia (Yu, Xian, Jing, Bai, Li, Li, Liang, Yu & Zhang 2023).

Lisäksi kokemuksia julkisista terveystalouksista on tutkittu suhteessa digitaalisiin terveystalouksiin (Aytekin, Alan, Demirel, Onur, Yalman, Livberber & Yiğit-Açıkgöz, Fatma 2025). Digitaalisten terveystalouden avulla potilaat voivat esimerkiksi tehdä ajanvarauksia, tarkastella terveystietojaan sekä osallistua etävastaanotoille (Aytekin ym. 2025, 2). Digitaalisten palveluiden hyödyntäminen osana terveydenhuoltojärjestelmää on yleistynyt viime vuosina, mikä on tuottanut tarpeen tutkia käyttäjien kokemuksia palveluista. Digitaalisten terveystalouden yleistymiseen on vaikuttanut COVID-19 pandemia, jolloin palveluita käytettiin keinona vähentää viruksen tartuntariskiä sekä ruuhkaa palveluissa (Wang, Giunti, Melles & Goossens 2022, 2.) Tänä päivänä digitaalisilla terveystalouksilla pyritään lisäämään palveluiden saatavuutta, vähentämään kustannuksia sekä vahvistamaan potilaan toimijuutta hoidon suunnittelussa (Wang ym. 2022, 2; Aytekin ym. 2025, 2). Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus on osoittanut, kuinka siirtyminen etäpalveluihin on koettu käytännöllisenä sekä edistystä tuovana uudistuksena, mutta myös haasteellisenä erityisesti ikääntyneiden keskuudessa. (Gybel Jensen, C., Gybel Jensen, F. & Loft 2024.) Digitaaliset terveystaloukset ovat tänä päivänä keskeinen osa julkista terveydenhuoltoa, jonka vuoksi niitä tarkastellaan tässä tutkielmassa osana hoitokokemuksia.

4 Suomen terveydenhuoltojärjestelmä

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä koostuu julkisesta- ja yksityisestä terveydenhuollosta sekä työterveyshuollosta. Julkisella terveydenhuollolla tarkoitetaan valtion järjestämiä ja julkisin verorahoin rahoitettuja terveystalvaeluita. Julkiset terveystalvaelut jakautuvat Suomessa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidtoon. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveystakeskusten talvaeluita, joiden tarkoitus on seurata ja edistää väestön terveyttä. Vastuu talvaeluiden järjestämisestä kuuluu 21 hyvinvointialueelle, Helsingin kaupungille sekä HUS-yhtymälle. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan pääosin sairaalassa järjestettäviä talvaeluita, jotka sisältävät eri erikoisaloiden tutkimuksia ja hoitoa. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2026b.) Suomen lainsäädännön mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus käyttää julkisia terveystalvaeluita (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §3). Julkisten terveystalvaeluiden edullisen hintatason vuoksi talvaeluita käyttävät eniten pienituloiset. Pienituloisuus on yleisintä työvoiman ulkopuolella olevien kohdalla, mikä selittää pienituloisten osuutta työttömien, eläkeläisten ja opiskelijoiden kohdalla (Tilastokeskus 2017). Pienituloisten osuus väestöstä on kasvanut Suomessa viime vuosien aikana (Tilastokeskus 2025), johon on voinut vaikuttaa Suomen heikentynyt työmarkkinatilanne ja työttömien määrän kasvu.

Työterveyshuollolla tarkoitetaan työnantajan järjestämiä terveystalvaeluita, joiden tavoitteena on tukea työntekijöiden terveyttä ja hyvinvointia (Sosiaali- ja terveystministeriö 2026c). Työterveydenhuollon asiakaskunta koostuu työssäkäyvistä, jotka ovat keskimäärin terveempiä ja paremmin toimeentulevia kuin pienituloiset (Karvonen, Martelin, Kestilä & Junna 2017; Tilastokeskus 2017). Työnantajilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää työntekijöille ennaltaehkäisevät työtervestalvaelut, kuten terveystarkastukset ja työolosuhteiden selvitykset (Työterveyshuoltolaki 2001, §12). Näiden talvaeluiden lisäksi työnantaja voi halutessaan sisällyttää työterveydenhuoltoon sairaanhoidon talvaeluita (Työterveyshuoltolaki 2001, §14), joiden avulla työntekijä voi hakeutua lyhyessä ajassa lääkärinvastaanotolle tai tutkimuksiin. Sairaanhoidon talvaeluiden vapaaehtoisuuden vuoksi työpaikkojen tarjoamissa työtervestalvaeluissa on suurta vaihtelua. Tämä vaihtelu voi kasvattaa työmarkkina-asemaan perustuvia terveysteroja, sillä se vahvistaa yhteyttä yhteiskunnallisen aseman ja hoitoon pääsyn välillä. Tutkimuksen mukaan korkea tulotaso on yhteydessä lisääntyneisiin käynteihin työterveydenhuollossa (Kajantie 2014). Samanaikaisesti käynnit julkisissa terveystakeskuksissa vähenevät.

Valtaosa työterveydenhuollosta järjestetään Suomessa yksityisen terveydenhuollon kautta (Takala, Leino, Harjunpää, Hirvonen, Kauranen, Liljeström, Syynimaa & Österbacka 2018, 17). Yksityisellä terveydenhuollolla tarkoitetaan yksityisten palveluntuottajien tarjoamia terveysterveyspalveluita. Yksityistä terveydenhuoltoa pidetään Suomessa julkista terveydenhuoltoa täydentävänä sektorina, sillä yksilö voi halutessaan hakeutua omakustanteisesti yksityisten terveysterveyspalveluiden pariin. Palveluiden korkean hintatason vuoksi ne eivät ole kuitenkaan kaikkien saavutettavissa. Tutkimuksen mukaan yksityisiä terveysterveyspalveluita käyttävät Suomessa eniten hyvätuloiset (Kajantie 2014). Tämän vuoksi yksityiset terveysterveyspalvelut täydentävät palvelutarjontaa erityisesti hyvätuloisten kohdalla, jotka ovat keskimäärin pientulaisia terveempiä. Yksityisistä terveysterveyspalveluista on pyritty tekemään saavutettavampia yksityisten terveysterveysvakuutusten kautta, jotka mahdollistavat palveluiden käytön edullisemmalla hinnalla. Omakustanteisesti rahoitetut yksityiset terveysterveysvakuutukset ovat yleistyneet Suomessa ja muissa Pohjoismaissa 2000-luvulla (Linden & Tuomainen 2023). Yksityisten terveysterveysvakuutusten yleistymiseen ovat vaikuttaneet kokemukset siitä, että yksityisellä puolella hoitoon pääsee nopeammin ja valinnanvapautta on enemmän kuin julkisella puolella (Linden & Tuomainen 2023, 265). Tutkimuksen mukaan yksityisiä terveysterveysvakuutuksia hankitaan eniten keskiluokkaisissa ja hyvätuloisissa kotitalouksissa (Lehtonen, Turo-Kimmo 2017).

Suomen kolmitasoisien terveydenhuoltojärjestelmän seurauksena palveluiden käyttäjät ovat jakautuneet eri sektoreille sosioekonomisen aseman perusteella. Pientuloiset käyttävät pääosin julkisia terveysterveyspalveluita, kun taas hyvätuloiset työterveydenhuoltoa ja yksityisiä terveysterveyspalveluita. OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2025, 10) tutkimuksen mukaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kolmitasoinen rakenne aiheuttaa rakenteellista eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Eriarvoisuus vahvistaa sosioekonomisia terveyseroja, sillä hoitoon pääsy on hitainta julkisella sektorilla, jonka palveluita käyttävät eniten pientuloiset. Tutkimuksen mukaan Suomessa pienituloisilla esiintyy täyttymättömiä hoitotarpeita yli kolme kertaa enemmän kuin EU:ssa keskimäärin (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2025, 10). Täyttymättömät hoitotarpeet johtuvat erityisesti pitkistä jonotusajoista, mutta myös korkeista asiakasmaksuista ja palveluiden etäisistä sijainneista (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2025, 10). Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä esiintyvä rakenteellinen eriarvoisuus heikentää erityisesti pientuloisten mahdollisuuksia terveydenhoitoon. Suomessa hyvätuloinen voi hakeutua julkisen terveydenhuollon lisäksi myös yksityiseen terveydenhuoltoon, työterveyteen

sekä yksityisen terveysvakuutuksen tarjoamiin palveluihin. Tämän vuoksi tutkimusten mukaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä onkin eniten hyötyä hyvätuloisille (Kajantie 2014).

5 Tutkimusasetelma

Julkisessa terveydenhuollossa on tapahtunut viime vuosina muutoksia, jotka tekevät ajankohtaiseksi tutkia Suomen väestön kokemuksia palveluista. Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on järjestettävä jokaiselle riittävät terveystalvelut (Perustuslaki 731/1999 §19). Julkisia terveystalveluita käyttävät Suomessa eniten pienituloiset, jonka vuoksi palveluilla on keskeinen tehtävä sosioekonomisten terveyserojen vähentämisessä. Tutkielman tavoitteena on tutkia, mitkä tekijät selittävät väestön myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia julkisissa terveystalveluissa. Kielteiset kokemukset tuottavat tietoa julkisten terveystalveluiden kehityskohteista, kun taas myönteiset kokemukset asioista, jotka toteutuvat hyvin. Jotta potilastyytyväisyyttä ja myönteisiä hoitokokemuksia voidaan vahvistaa, on tärkeää selvittää, mitkä tekijät selittävät niiden muodostumista. Tutkielma toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka aineistona toimivat aikaisemmat tutkimukset väestön kokemuksista julkisissa terveystalveluissa. Aineiston valinnassa painotetaan 2020-luvulla julkaistuja tutkimusartikkeleita, sillä ne tarjoavat väestön kokemuksista ajankohtaisimman kuvan. Tutkielman tutkimuskysymys on:

1. Mitkä tekijät selittävät myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia julkisissa terveystalveluissa Suomessa?

5.1 Tutkimusaineisto

Tutkielman tiedonhakua suoritettiin Scopus, Volter ja Google scholar hakupalveluissa. Tiedonhaun tavoitteena oli löytää artikkeleita, jotka käsittelisivät kokemuksia julkisesta terveydenhuollosta Suomessa. Tiedonhakua tukevia aiheita olivat potilaiden kokemukset palveluiden laadusta, hoitotarpeiden täyttymisestä ja potilastyytyväisyydestä. Suomen julkisessa terveydenhuollossa on tapahtunut muutoksia viime vuosina koronapandemian, palveluiden leikkausten, etävastaanottojen yleistymisen sekä sote-uudistuksen seurauksena. Nämä muutokset ovat mahdollisesti vaikuttaneet myös potilaiden kokemuksiin julkisesta terveydenhuollosta, jonka vuoksi aineistojen valinnassa painotettiin 2020-luvulla julkaistuja tutkimusartikkeleita. 2020-luvulla julkaistujen tutkimusartikkeleiden rajallisen määrän vuoksi tutkielmaan valikoitui myös 2000-luvulla julkaistuja artikkeleita. Aineiston valinnan kriteerinä oli, että niissä tutkitaan potilaiden omia kokemuksia julkisista terveystalveluista.

Hoitotarpeiden täyttymistä tutkittiin potilaan subjektiivisena kokemuksena hoidon koetusta riittävydestä. Tiedonhakua suoritettiin myös tarkastelemalla Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimusraportteja, jotka käsittelevät kokemuksia julkisesta terveydenhuollosta.

Tiedonhaussa jokaiseen hakulauseeseen lisättiin hakusana *Finland*, sillä tutkielman aihe on rajattu Suomeen. Tiedonhakua suoritettiin sekä suomen- että englanninkielisillä hakulauseilla. Englanninkielisiä hakusanoja olivat *patient, satisfaction, unmet need, experience, perception, primary healthcare, public healthcare, care, health services* ja *Finland*. Suomenkielisiä hakusanoja olivat *potilastyytyväisyys, asiakastyytyväisyys, kokemukset, hoito, julkinen terveydenhuolto, julkiset terveystalvelut* ja *Suomi*. Hakusanoja yhdisteltiin keskenään ja niistä muodostettiin erilaisia hakulauseita. Tutkielman aineisto koostuu 11 tutkimusartikkelista, jotka tarkastelevat kokemuksia julkisesta terveydenhuollosta erilaisista näkökulmista. Aineisto sisältää kahdeksan vertaisarvioitua tutkimusartikkeliä, yhden vertaisarviodun kirjan luvun sekä kaksi THL:n tuottamaa tutkimusraporttia. THL:n tutkimusraportit valikoituivat aineistoon, sillä vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita aiheesta löytyi vain rajallinen määrä. Raportit vastaavat tutkielman aihetta, sillä niissä tutkitaan eri väestöryhmien kokemuksia julkisista terveystalveluista Suomessa. Seitsemän artikkeliä on toteutettu kyselytutkimuksina ja neljä laadullisina tutkimuksina. Nämä tutkimusmenetelmät mahdollistavat aiheen tarkastelun potilaan omien kokemusten kautta. Erityisesti laadulliset tutkimusmenetelmät mahdollistavat potilaan kokemusten esiin tuomisen omin sanoin.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineisto luokiteltu teemojen mukaan.

Teema	Tutkimus
Sosioekonominen asema ja taloudellinen tilanne	Aalto ym. (2022), Ilmarinen ym. (2025), Rinne ym. (2025) Parikka ym. (2025)
Terveyspalveluissa tapahtuva kohtaaminen ja vuorovaikutus	Aalto ym. (2017) Makkonen ym. (2025) Heponiemi ym. (2025) Zolbin ym. (2025) Varjakoski ym. (2025)
Hoidon jatkuvuus ja hoitoon pääsy	Aalto ym. (2017) Heponiemi ym. (2025) Makkonen ym. (2025) Zolbin ym. (2025), Varjakoski ym. (2025)
Toimijuus	Aalto ym. (2022), Parikka ym. (2025) Kujala ym. (2022)

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkielma toteutetaan kirjallisuuskatsauksena, jonka aineistoksi valikoituivat kahdeksan vertaisarvioitua tutkimusartikkelia, kaksi tutkimusraporttia sekä yksi vertaisarvioitu kirjan luku. Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa tutkitaan aiheesta aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia (Vilkka 2023). Kirjallisuuskatsaus valikoitui tämän tutkielman tutkimusmenetelmäksi, sillä se mahdollistaa useiden aihetta käsittelevien tutkimusartikkeleiden tarkastelun. Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa Vilkan (2023) mukaan kuvailevaan-, integratiiviseen- ja systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Tässä tutkielmassa käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jonka tavoitteena on selvittää, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään, ja muodostaa tuloksista johdonmukainen kokonaisuus (Vilkka 2023). Tässä tutkielmassa tarkastellaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, millaisia kokemuksia väestöllä on julkisista terveyspalveluista aikaisempien tutkimusten perusteella. Tutkimuksista etsitään vastausta tutkimuskysymykseen eli mitkä tekijät selittävät myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa Suomessa.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineistoa lähestytään induktiivisesti eli aineistolähtöisesti (Vilkka 2023). Tämän vuoksi aineiston analyysivaihe aloitetaan

artikkeleiden huolellisella läpilukemisella. Aineiston analyysissä käytetään sisällönanalyysiä, jonka tavoitteena on muodostaa aineistosta teemoja, joiden avulla vastataan tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi toteutetaan Braun & Clarke (2012) menetelmän mukaisesti. Sisällönanalyysi aloitettiin perehtymällä aineistoon, jonka jälkeen aineistosta muodostettiin alustavia koodeja, jotka kuvastivat väestön kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa. Koodeiksi muodostettiin esimerkiksi erilaisia tunnetiloja ja reaktioita, joita potilailla heräsi julkisissa terveyspalveluissa. Tämän jälkeen koodeista muodostettiin laajempia teemoja, jotka selittivät myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia julkisista terveyspalveluista. Esimerkiksi koodeista *kuulluksi tuleminen* ja *henkilökohtaisuus* muodostettiin lopulta laajempi teema, *terveyspalveluissa tapahtuva kohtaaminen ja vuorovaikutus*. Tutkimuskysymykseen vastataan yhdessä käsittelyluvussa, jonka väliotsikot on muodostettu teemojen perusteella.

6 Myönteiset ja kielteiset kokemukset julkisissa terveyspalveluissa Suomessa

Tutkimuksen mukaan tyytyväisyys julkisin terveyspalveluihin on yleisesti heikentynyt Suomessa 2000-luvulla (Raivio, Jääskeläinen, Holmberg-Marttila & Mattila 2014). Vuonna 1998 95 % potilaista raportoi saaneensa hyvää palvelua, jota voisi suositella myös perheenjäsenilleen. Vuonna 2011 vastaava määrä oli vain 59,8 %. (Raivio ym. 2014, 2.) Parikka ym. (2025, 5) tutkimuksen mukaan myönteiset hoitokokemukset ovat säilyneet suhteellisen tasaisina vuosien 2020–2024 aikana. Tässä tutkielmassa havaittiin, kuinka myönteisiä ja kielteisiä hoitokokemuksia selittivät sekä sosioekonomiset että demografiset tekijät. Useissa tutkimuksissa toistui havainto siitä, miten ikääntyneet olivat muita ikäryhmiä useammin tyytyväisiä julkisiin terveyspalveluihin. Samanaikaisesti alle 30-vuotiaat ja naiset olivat muita useammin tyytymättömämpiä (Aalto ym. 2017; Parikka ym. 2025; Raivio ym. 2014). Analyysin perusteella muodostettiin neljä teemaa, jotka selittävät kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa. Nämä olivat sosioekonominen asema ja taloudellinen tilanne, vuorovaikutus ja kohtaaminen julkisissa terveyspalveluissa, hoidon jatkuvuus ja hoitoon pääsy sekä toimijuus. Teemat ilmenivät tutkimuksissa sekä erikseen että limittäin toistensa kanssa, sillä esimerkiksi taloudellinen tilanne selitti myös kokemuksia hoitoon pääsystä ja toimijuudesta.

6.1 Sosioekonominen asema ja taloudellinen tilanne

Tutkimuksista ilmenee, kuinka potilaan taloudellinen tilanne, koulutustaso, terveydellinen tila sekä työllisyys selittävät kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa. (esim. Aalto, Vehko, Sinervo, Sainio, Muuri, Elovainio & Pekurinen 2017; Ilmarinen, Aalto & Muuri 2025). Erityisesti taloudellisten vaikeuksien havaittiin toimivan esteenä hoidon saamiseksi. Potilaat, joilla oli taloudellisia vaikeuksia, kokivat saamansa hoidon muita negatiivisemmaksi useammalla eri osa-alueella. Taloudellisia vaikeuksia kokevat arvioivat julkisten terveyspalveluiden saatavuuden, saamansa kohtelun sekä osallistumismahdollisuudet heikommiksi kuin hyvätuloiset. Tutkimuksen mukaan naiset kokivat miehiä useammin taloudellisista tekijöistä johtuvia esteitä hoidon saamiseksi. (Aalto ym. 2017.)

Tutkimuksen mukaan yhä useampi potilas kokee korkeiden asiakasmaksujen toimivan esteenä hoidon saamiseksi. Vuonna 2020 19 % väestöstä koki asiakasmaksut esteeksi, kun taas vuonna

2022 vastaava luku oli 34 %. (Parikka, Koskela, Sarttila & Ikonen 2025, 3.) Erityisesti eläkkeellä olevat kokivat korkeat asiakasmaksut haasteellisiksi (Parikka ym. 2025, 4). Tutkimustulosta voi selittää työelämän ulkopuolella oleminen, mikä voi heikentää taloudellista tilannetta. Potilaiden hoitokokemuksissa oli havaittavissa eroja koulutustason mukaan. Perusasteen käyneet kokivat palveluiden saatavuuden, saamansa kohtelun sekä osallistumisen hoitoon yleisesti heikommaksi kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneet potilaat (Aalto ym. 2017, 12). Tätä havaintoa selittävät osittain taloudelliset tekijät, sillä perus- ja keskiasteentutkinnon suorittaneet kokivat korkeakoulun suorittaneita useammin taloudellisia esteitä hoidon saamiseksi (Aalto ym. 2017, 5). Tutkimustulokset viittaavat siihen, että sosioekonomisesta asemasta erityisesti taloudellinen tilanne selittää kokemuksia julkisissa terveystalouksissa.

Kokemukset täyttymättömistä hoitotarpeista eli palveluiden riittämättömyydestä kasvoivat vuosien 2018–2022 aikana (Aalto ym. 2022; Parikka ym. 2025; Ilmarinen ym. 2025). Kokemukset olivat yhteydessä demografisiin tekijöihin, sillä naiset, nuoret ja vähemmistökieliä puhuvat, kokivat täyttymättömiä hoitotarpeita useammin kuin miehet, ikääntyneet tai suomen kieltä puhuvat (Aalto ym. 2022, 232). Aineistossa täyttymättömiä hoitotarpeita mitattiin kyselytutkimusten avulla, joissa kysyttiin, kokeeko vastaaja saaneensa riittävästi terveystalouksia määritellyn ajanjakson aikana. Ilmarinen ym. (2025) tutkimuksen mukaan taloudelliset vaikeudet sekä toimeentulotuen tarvitseminen selittivät kokemuksia täyttymättömistä hoitotarpeista. Tutkimustulos tukee aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta taloudellisen tilanteen yhteydestä kokemuksiin hoidon riittämättömyydestä. Aalto ym. (2022, 232) tutkimuksen mukaan potilaat, jotka tarvitsivat toimeentulotukea, kokivat muita useammin täyttymättömiä hoitotarpeita sekä lääkärin että hoitajan vastaanotoilla.

Ilmarinen ym. (2025) sekä Aalto ym. (2022) tutkimustulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia osoittamalla, kuinka työttömät kokevat työssäkäyviä useammin täyttymättömiä hoitotarpeita. Rinne, Sihvonen, Väisänen, Leemann & Aalto (2025, 5) tutkimuksen mukaan 41 % työttömistä ja 23 % työssäkäyvistä koki täyttymättömiä hoitotarpeita. Tutkimustulos on merkittävä, sillä se osoittaa, kuinka työttömät kokevat lähes kaksinkertaisesti enemmän täyttymättömiä hoitotarpeita kuin työssäkäyvät. 18 % työttömistä raportoi jääneensä vaille riittäviä terveystalouksia johtuen esteistä palveluiden saamiseksi. Vastaava luku oli työssäkäyvien kohdalla 7 %. (Rinne ym. 2025, 5.) Tutkimuksen mukaan yli 12 kuukautta kestänyt työttömyys lisäsi riskiä täyttymättömien hoitotarpeiden kokemiselle (Rinne ym. 2025, 7). Lisäksi huonoksi

koetun terveydellisen tilan havaittiin olevan yhteydessä kokemuksiin täyttymättömistä hoitotarpeista (Aalto ym. 2022; Ilmarinen ym. 2025).

6.2 Terveyspalveluissa tapahtuva kohtaaminen ja vuorovaikutus

Tutkimuksista ilmenee, kuinka kasvatusten tapahtuva kohtaaminen julkisissa terveyspalveluissa tukee myönteisen hoitokokemuksen toteutumista. Kasvatusten tapahtuvassa tapaamisessa vastaajat kokivat useammin, että heillä oli mahdollisuus esittää hoitajalle kysymyksiä (Heponiemi ym. 2025, 5). Tulosta voi selittää kokemus siitä, että kasvatusten tapahtuvassa kohtaamisessa kynnys esittää kysymyksiä on matalampi. Lähivastaanotolla tapahtuva vuorovaikutus voi tuntua luonnollisemmalta, jolloin myös kysymysten esittäminen tuntuu helpommalta. Kasvatusten tapahtuvassa kohtaamisessa potilaat kokivat todennäköisemmin, että heidän kuulemiseensa oli käytetty tarpeeksi aikaa (Heponiemi ym. 2025, 5). Kokemus ajanpuutteesta voi aiheuttaa potilaassa huolta tilanteen kiireellisyydestä. Lähivastaanotolla terveydenhuollon ammattilainen voi edesauttaa kiireettömyyden kokemusta kuuntelemalla potilasta aktiivisesti, esittämällä jatkokysymyksiä sekä viestimällä nonverbaalisesti kuuntelevansa. Kuulluksi tulemisen merkitys kävi ilmi esimerkiksi seuraavista haastatteluista:

” When doctors visit, I feel they understand health problems better [...] (R2) ” (Zolbin ym. 2025, 6).

“Asiakkaan kuulemisesta kaiken tulisi lähteä [...] (A94) ” (Makkonen ym. 2025, 788).

Kasvatusten tapahtuvassa kohtaamisessa potilaat kokivat useammin, että heidän hoitotarpeensa täyttyivät (Heponiemi ym. 2025, 5). Tulosta selittävät aikaisemmat havainnot kasvatusten tapahtuvan kohtaamisen yhteydestä kuulluksi tulemiseen, riittävän ajan käyttöön sekä mahdollisuuteen esittää kysymyksiä. Kasvatusten tapahtuvan kohtaamisen merkitystä tukevat havainnot siitä, miten etä vastaanottojen ja digitaalisten terveyspalveluiden koettiin aiheuttavan etäisyyttä potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä. Etäisyyden koettiin heikentävän hoidon henkilökohtaisuutta sekä sujuvaa vuorovaikutusta hoitajan kanssa. (Makkonen ym. 2025; Varjakoski & Tiilikainen 2025; Zolbin ym. 2025.) Potilaat pitivät tärkeänä, että heillä oli tarvittaessa mahdollisuus keskustella terveydenhuollon ammattilaisen kanssa kasvatusten (Zolbin ym. 2025). Useasta tutkimuksesta kävi ilmi, kuinka etäisyys aiheutti huolta

mahdollisista väärinymmärryksistä vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa. Potilaita huolestutti, saako lääkäri videoyhteyden välityksellä oikeanlaisen kuvan potilaan terveydentilasta. (Varjakoski & Tiilikainen; Zolbin ym. 2025.) Lisäksi erityisesti ikääntyneet arvostivat lähivastaanotolla tapahtuvaa sosiaalista kanssakäymistä. Tutkimuksesta ilmenee, kuinka kasvotusten tapahtuva kohtaaminen oli erityisen tärkeää henkilöille, joilla ei ollut perhettä tai ystäviä lähipiirissä (Zolbin ym. 2025, 6).

Tutkimuksista ilmenee, kuinka vuorovaikutuksen koettu laatu oli yhteydessä potilastyytyväisyyteen. Vuorovaikutuksessa arvostettiin erityisesti empatiaa ja toisesta välittämistä (Makkonen ym. 2025; Varjakoski & Tiilikainen 2025; Zolbin ym. 2025). Empaattisessa vuorovaikutuksessa oli keskeistä terveydenhuollon ammattilaisen kyky osoittaa potilaalle myötätuntoa ja ymmärtää hänen tilannettaan. Potilaat pitivät tärkeänä inhimillistä ja myötätuntoista vuorovaikutusta, jonka hoitaja kuuntelisi potilasta ja osoittaisi ymmärtävänsä häntä. Makkonen ym. (2025, 790) tutkimuksen haastatteluista kävi ilmi, kuinka potilaat pitivät tärkeänä hoidon henkilökohtaisuutta:

”Asiakaslähtöistä ja niin että asiakas tuntee että häntä kuunnellaan, ja asiakas tuntee olevansa tärkeä juuri sillä hetkellä (A136)” (Makkonen ym. 2025, 790).

”Olisi mukavaa jos vaikka kerran kuussa sieltä otettaisiin yhteyttä ja kysyttäisiin vointia (A51)” (Makkonen ym. 2025, 790).

Haastatteluista kumpuaa potilaan emotionaalisten tarpeiden huomioimisen merkitys osana terveydenhoitoa. Inhimillisyyttä, toisesta huolehtimista ja empatiaa voidaan pitää keskeisinä hoivan osa-alueina. Tutkimukset ilmentävät hoivan merkitystä julkisissa terveyspalveluissa. Empaattinen vuorovaikutus voi edistää potilaan kokemusta siitä, että hänen tunteensa ja ajatuksensa ovat ymmärrettäviä ja oikeita. Julkisissa terveyspalveluissa tapahtuva empaattinen vuorovaikutus voi toimia keskeisenä myönteisiä hoitokokemuksia selittävänä tekijänä erityisesti haastavien elämäntilanteiden keskellä. Empaattisessa vuorovaikutuksessa on keskeistä toisen osapuolen kunnioitus ja arvostus. Aalto ym. (2017, 2) tutkimukseen osallistujista 58 % raportoi, että heitä oltiin kohdeltu kunnioittavasti julkisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksen mukaan erityisesti ikääntyneet kokivat saaneensa kunnioittavaa kohtelua julkisissa terveyspalveluissa.

6.3 Hoidon jatkuvuus ja hoitoon pääsy

Hoidon jatkuvuutta ja hoitoon pääsyä pidettiin keskeisinä potilastyytyväisyyteen vaikuttavina tekijöinä (Makkonen ym. 2025). Tutkimustulos tukee aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta hoidon jatkuvuuden merkityksestä julkisissa terveyspalveluissa. Hoidon jatkuvuus ja hoitoon pääsy edesauttavat yhdessä sujuvan hoitokokemuksen muodostumista. Hoidon jatkuvuutta voidaan tarkastella kokonaisuutena, joka pitää sisällään hoidon katkeamattomuuden, sujuvan tiedonkulun sekä hoitajan pysyvyyden. Tutkimuksen mukaan potilaat pitivät tärkeänä, että heitä hoitaisi sama terveydenhuollon ammattilainen hoitojakson ajan (Makkonen ym. 2025). Hoitajan pysyvyys edistää myönteisiä hoitokokemuksia, sillä hoitaja tuntee potilaan tilanteen, jonka ansiosta potilaan ei tarvitse toistaa asioita. Lisäksi hoitajan pysyvyyttä voidaan pitää tärkeänä hoivan ja emotionaalisten tarpeiden täyttymisen kannalta, sillä hoitajan pysyvyys mahdollistaa luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntymisen. Hoidon katkeileminen voi aiheuttaa potilaassa turhautumisen kokemuksia, kuten käy ilmi haastattelusta:

”Hoitamalla ketju loppuun asti ilman että asiakkaan tarvii kolmea kertaa soittaa perään (A59)” (Makkonen ym. 2025, 787).

Raivio ym. (2014) tutkimuksen mukaan hoidon jatkuvuus sekä hoitoon pääsy ovat heikentyneet Suomessa vuosien 1998–2011 aikana. Vuonna 2017 41 % vastaajista raportoi päässeensä hoitoon riittävän nopeasti. Hoitoon pääsy koettiin julkisissa terveyspalveluissa huomattavasti heikommaksi kuin yksityisissä terveyspalveluissa tai työterveyspalveluissa (Aalto ym. 2017, 12). Alle 30-vuotiaat ja naiset olivat muita tyytymättömämpiä hoitoon pääsyyn (Aalto ym. 2017, 2). Hoitoon pääsyn vaikeudet ilmenevät myös lääkärinvastaanotoilla, joihin pääsy on heikentynyt merkittävästi vuosien 2018–2022 aikana. Vuonna 2024 joka neljäs koki jääneensä vaille tarvitsemiaan lääkäripalveluita. Lääkärinvastaanotolle pääsy oli heikointa Pohjois-Karjalassa, Länsi-Uudellamaalla ja Keski-Uudellamaalla. (Parikka ym. 2024, 2.) Tyytymättömät hoitokokemukset olivat yleisempiä niillä hyvinvointialueilla, joissa hoitoon pääsy oli heikointa (Parikka ym. 2024, 5). Etävastaanottojen koettiin edistävän hoitoon pääsyä, mutta samanaikaisesti palveluiden ei koettu pystyvän korvaamaan lähivastaanotolla tapahtuvaa vuorovaikutusta. Vaikeudet päästä lääkärinvastaanotolle ilmenivät potilaiden kokemuksissa:

”Jos jollain ilveellä pääsisi keskustelemaan suoraan lääkärin kanssa (A24)” (Makkonen ym. 2025, 788).

Kokemuksiin digitaalisista terveyspalveluista vaikuttivat potilaan maantieteellinen sijainti, sillä monet maaseutualueella asuvista kokivat digitaaliset terveyspalvelut hyödyllisiksi. Etävastaanotot mahdollistivat hoitoon pääsyn helposti vähentämällä tarvetta pitkien matkojen tekemiselle (Zolbin ym. 2025, 10). Samanaikaisesti monet ikääntyneet kokivat digitaaliset ajanvarausjärjestelmät monimutkaisiksi, minkä vaikeutti hoitoon pääsyä. Eräs Varjakoski & Tiilikainen (2025) haastateltavista kuvasi, kuinka ei päässyt tarvitsemaansa rokotukseen, sillä ei osannut varata siihen aikaa digitaalisessa ajanvarausjärjestelmässä.

6.4 Toimijuus

Tutkimuksista ilmenee, kuinka potilaan kokemaa toimijuus eli kyky osallistua oman hoidon suunnitteluun ja siihen liittyviin päätöksiin oli yhteydessä kokemuksiin julkisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksista ilmenee, kuinka sosioekonomiset ja demografiset tekijät selittivät potilaiden kokemaa toimijuutta. Miehet, hyvätuloiset, korkeakoulututkinnon suorittaneet, työssäkäyvät ja terveet olivat muita tyytyväisempiä osallistumismahdollisuuksiinsa (Aalto ym. 2017, 12). Toimijuus ilmeni aineistossa erityisesti suhteessa digitaalisiin terveyspalveluihin. Palveluiden koettiin sekä edistävän että heikentävän potilaan kokemaa toimijuutta. Digitaaliset terveyspalvelut koettiin käytännöllisiksi erityisesti omien terveystietojen tarkastelussa. Omakanta-palvelujärjestelmä mahdollisti potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa uusimalla reseptejä sekä tarkastella tutkimustuloksia että lääkäreiden muistiinpanoja (Kujala, Hörhammer, Väyrynen, Holmroos, Nättiaho-Rönnholm, Hägglund, Johansen 2022). Kujala ym. (2022, 4) tutkimuksen mukaan 96,4 % raportoi kokeneensa reseptien uusinnan erittäin hyödylliseksi. Lisäksi 91,9 % raportoi kokeneensa lääkärin muistiinpanojen lukemisen erittäin hyödylliseksi. Omakanta-järjestelmän on koettu lisäävän toimijuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Haastateltava kuvaa, kuinka Omakantajärjestelmä mahdollistaa hänen olevan itse kontrollissa omista terveysasioistaan:

” By using My Kanta, I control my medicines and renew my prescriptions if I need them. I read my lab results or doctors’ notes carefully, then I decide to book or cancel an appointment [...] (RI) ” (Zolbin ym. 2025, 10).

Digitaalisten terveyspalveluiden tuomaa käytännöllisyyttä sekä toimijuuden vahvistumista kuitenkin rajoittivat erilaiset haasteet palveluiden käytössä. Useissa tutkimuksissa todettiin,

kuinka puutteelliset digitaidot estivät palveluiden käyttöä (Varjakoski & Tiilikainen 2025; Zolbin ym. 2025). Palveluiden käyttöä hankaloittivat puutteellisten digitaitojen lisäksi erilaiset sairaudet, jotka rajoittivat käsien hienomotoriikkaa tai muistia (Varjakoski & Tiilikainen 2025, 161). Monet ikääntyneet saivat apua digitaalisten terveyspalveluiden käyttöön perheeltään ja läheisiltään (Zolbin ym. 2025, 6). Kaikilla ei kuitenkaan ollut läheisiä, jotka olisivat voineet auttaa palveluiden käytössä (Zolbin ym. 2025, 6; Varjakoski & Tiilikainen 2025, 159). Haasteet digitaalisten terveyspalveluiden käytössä herättivät erityisesti ikääntyneessä väestössä kokemuksia ulkopuolelle jäämisestä:

”Vähän vanhempi putoaa kelkasta. Se on ihan väistämätön.” (Varjakoski & Tiilikainen 2025, 161).

Tutkimuksista ilmenee, kuinka digitaaliset terveyspalvelut heikensivät niiden henkilöiden toimijuutta, jotka eivät osanneet palveluiden käyttöön tarvittavia digitaitoja, kokivat terveydellisiä haasteita tai eivät päässeet palveluiden äärelle. Tutkimuksen mukaan monelta puuttui myös tietämys siitä, mitä kaikkea digitaalisissa terveyspalveluissa voi tehdä (Zolbin ym. 2025). Zolbin ym. (2025, 6) tutkimuksen mukaan maahanmuuttaneet kokivat haasteita digitaalisissa terveyspalveluissa, jotka liittyivät tiedon puutteeseen omalla äidinkielellään. Omakanta-järjestelmä koettiin epäselväksi, minkä koettiin haittaavan palvelujärjestelmässä navigointia ja tarvittavan tiedon löytämistä (Zolbin ym. 2025; Makkonen ym. 2025; Varjakoski & Tiilikainen 2025).

7 Johtopäätökset

Suomi kuuluu Esping-Andersenin (1990) luokittelun mukaan sosiaalidemokraattiseen hyvinvointivaltiomalliin, joka sisältää universaalit julkiset terveysterveyspalvelut. Kaikille riittävät ja saatavat terveysterveyspalvelut turvataan myös Suomen perustuslaissa (Suomen perustuslaki 731/1999, §19). Universaalista terveydenhuoltoa voidaan pitää osana Suomalaisen yhteiskunnan arvopohjaa, jonka tavoitteena on turvata kaikille yhdenvertainen pääsy terveydenhuoltoon. Tämä kollektiivisesti jaettu arvopohja auttaa selittämään, miksi kokemuksia palveluiden riittämättömyydestä tai hoidon ulkopuolelle jäämisestä voidaan pitää Suomen kontekstissa merkittävänä. Tässä tutkielmassa tarkasteltiin Suomen väestön kokemuksia julkisista terveysterveyspalveluista. Tutkielman tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät selittivät väestön myönteisiä ja kielteisiä hoitokokemuksia. Kuvailuvan kirjallisuuskatsauksen avulla aiheesta pyrittiin muodostamaan johdonmukainen kokonaisuus. Kokemuksia tarkasteltiin osana laajempaa teoreettista viitekehystä, joka perustui kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen potilastyytyväisyydestä.

Aineistosta muodostettiin neljä teemaa, jotka selittivät kokemuksia julkisissa terveysterveyspalveluissa. Nämä olivat sosioekonominen asema ja taloudellinen tilanne, vuorovaikutus ja kohtaaminen julkisissa terveysterveyspalveluissa, hoidon jatkuvuus ja hoitoon pääsy sekä toimijuus. Tutkielman tulosten mukaan matala sosioekonominen asema on yhteydessä tyytymättömiin kokemuksiin julkisissa terveysterveyspalveluissa (Aalto ym. 2017). Tulosta selittävät aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa tehdyt havainnot matalan sosioekonomisen aseman yhteydestä heikompaan terveydentilaan (Batbaatar ym. 2017, 95; Marmot 2004; THL 2010). Tässä tutkielmassa havaittiin, kuinka heikompi terveydentila on yhteydessä tyytymättömiin kokemuksiin julkisissa terveysterveyspalveluissa (Aalto ym. 2017). Heikompi terveydentila voi johtaa palveluiden runsaaseen käyttöön, minkä havaittiin lisäävän todennäköisyyttä tyytymättömillä hoitokokemuksille (Aalto ym. 2017). Terveydentilan lisäksi tuloksissa korostui taloudellisen tilanteen merkitys kokemuksiin julkisissa terveysterveyspalveluissa. Taloudellisten vaikeuksien kokeminen oli yhteydessä kokemuksiin hoitoon pääsystä ja palveluiden saatavuudesta. Perusasteen tutkinnon suorittaneet kokivat enemmän taloudellisia esteitä hoidon saamiseksi kuin korkeakoulututkinnon suorittaneet (Aalto ym. 2017, 5). Tulosta selittävät tutkintojen väliset erot työllisyysasteessa ja palkkatasossa, mitkä vaikuttavat taloudelliseen tilanteeseen ja todennäköisyyteen kokea taloudellisia vaikeuksia.

Kokemukset liian korkeista asiakasmaksuista olivat tulosten mukaan yleistyneet vuosien 2018–2024 aikana (Parikka ym. 2025, 3). Tulosta voi selittää inflaatio, jonka seurauksena elintarvikkeiden ja asumiskustannusten hintataso on noussut. Samanaikaisesti työttömyys on kasvanut ja työmarkkinatilanne heikentynyt, mikä on voinut heikentää monen potilaan taloudellista tilannetta entisestään. Tutkimusten mukaan työttömät kokivat vuonna 2023 lähes kaksi kertaa enemmän täyttymättömiä hoitotarpeita kuin työssäkäyvät (Rinne ym. 2025, 5). Tulosta voi selittää Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenne, jossa työssäkäyvät ja työttömät ovat jakautuneet eri terveydenhuollon sektoreille. Työssäkäyvät käyttävät pääosin työterveyshuoltoa, joiden laajuus vaihtelee työpaikan perusteella. Tilastokeskuksen mukaan suurin osa työikäisistä käy lääkärissä työterveyden kautta (Kajantie 2014). Lisäksi hyvätuloisilla on usein mahdollisuus käyttää yksityisiä terveyspalveluita, joissa hoitoon pääsy on lähes kaksi kertaa nopeampaa kuin julkisella sektorilla (Aalto ym. 2017, 3).

Työttömät käyttävät pääosin julkisia terveyspalveluita, joissa hoitoon pääsy on Raivio ym. (2014) mukaan heikentynyt 2000-luvulla. Työelämän ulkopuolella olevilla ei ole usein taloudellisesti mahdollista hakeutua yksityisten terveyspalveluiden pariin, minkä vuoksi heikentynyt hoitoon pääsy vaikuttaa erityisesti pienituloisten mahdollisuuksiin saada tarvitsemaansa hoitoa. Tämä puolestaan lisää sosioekonomista eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Rakenteellisten tekijöiden lisäksi työttömien ja työssäkäyvien välisiä täyttymättömiä hoitotarpeita voivat selittää ryhmien väliset terveyserot. Tutkimusten mukaan työttömillä on keskimäärin heikompi terveydentila kuin hyvätulosilla, mistä huolimatta työttömät käyttävät vähemmän terveyspalveluita kuin työssäkäyvät (Rinne ym. 2025, 2). Terveyserot ovat linjassa aikaisemman tutkimuskirjallisuuden kanssa, jossa matalan sosioekonomisen aseman on havaittu olevan yhteydessä heikompaan terveydentilaan (THL 2010). Lisäksi työttömyyden on havaittu lisäävän riskiä mielenterveysongelmille, jotka voivat aiheuttaa esteitä hoitoon hakeutumiselle (Rinne ym. 2025, 2).

Teemojen taustalla on havaittavissa laajempia kokonaisuuksia, jotka selittävät kokemuksia julkisissa terveyspalveluissa. Aineistossa toistui demografisten tekijöiden yhteys hoitokokemuksiin. Tutkielmassa havaittiin, kuinka naiset kokivat miehiä useammin taloudellisia esteitä hoidon saamiseksi (Aalto ym. 2017, 5). Tulosta voi selittää naisten ja miesten väliset palkkaerot Suomessa. Naisilla on keskimäärin matalampi palkka (Tilastokeskus 2025), jonka lisäksi naiset käyttävät miehiä enemmän terveyspalveluita (Kela 2022), mitkä lisäävät todennäköisyyttä taloudellisten esteiden kokemiselle. Palkkaerojen taustalla

vaikuttavat segregoituneet työmarkkinat, joiden seurauksena naiset ja miehet työllistyvät erilaisille aloille. Suomessa naiset työllistyvät useammin sosiaali- ja terveysalan tehtäviin, joissa palkka on tyypillisesti matalampi verrattuna teknisiin aloihin, joihin miehet työllistyvät. Tämän lisäksi naiset työllistyvät useammin avustaviin tehtäviin ja julkiselle sektorille, kun taas miehet johtotehtäviin ja yksityiselle sektorille. (Rask, Bergbom, Czimbalmos, Mankinen, Nykänen, Teräsaho, Toivanen & Yüksel 2023, 292.)

Tutkielmassa havaittiin, kuinka naiset kokivat miehiä useammin täyttymättömiä hoitotarpeita eli kokemuksia hoidon riittämättömyydestä (Ilmarinen ym. 2025). Tuloksen taustalla voi vaikuttaa lääketieteen sukupuolivinouma (gender bias), jonka seurauksena sairauksia ja niiden hoitokeinoja on tutkittu erityisesti miesten kohdalla. Esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia on tutkittu historian aikana erityisesti miesten kohdalla, jonka seurauksena sairauksien oireita ei tunnisteta samalla tavalla naisilla (Al Hamid, Beckett, Wilson, Jalal, Cheema & Al-Jumeily OBE, Coombs, Ralebitso-Senior & Assi 2024). Sukupuolivinouman taustalla vaikuttavat yhteiskunnassa vallitsevat sukupuolinormit, joiden vaikutukset ilmenevät myös terveydenhuollossa. Sukupuolinormit vaikuttavat esimerkiksi tapoihin, miten terveydenhuollossa suhtaudutaan naisten ja miesten kokemaan kipuun. Tutkimusten mukaan naisten oletetaan olevan miehiä herkempiä ja kokevan kipua matalammalla kynnyksellä, jonka seurauksena naisten kokemaa kipua saatetaan vähätellä (Hensing, Eriksson, Gremyr, Samulowitz 2018). Tutkimusten mukaan sukupuolivinouma ilmenee erityisesti kroonisissa kivuissa, joiden katsotaan johtuvan naisten kohdalla useammin psyykkisistä tekijöistä kuin fyysisestä kivusta (Hensing ym. 2018). Lääketieteen sukupuolivinouman seurauksena naisten kokemia oireita ei välttämättä tunnisteta tai niihin saatetaan suhtautua epäilevästi, mikä voi lisätä täyttymättömiä hoitotarpeita.

Tutkielmassa havaittiin, kuinka potilaan kokema toimijuus oli yhteydessä potilastyytyväisyyteen. Toimijuus ilmeni tutkimuksissa potilaan mahdollisuuksina osallistua omaan hoitoon liittyviin päätöksiin. Hyväksi koetut osallistumismahdollisuudet selittivät myönteisiä hoitokokemuksia, mikä tukee aikaisemmissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja asiakaslähtöisen hoidon merkityksestä potilastyytyväisyyteen (Yu 2023; Wolf 2008). Toimijuus ilmeni aineistossa erityisesti digitaalisten terveyspalveluiden kohdalla. Digitaalisten terveyspalveluiden koettiin edistävän toimijuutta mahdollistamalla omien terveystietojen tarkastelun ja ajanvarausten tekemisen digitaalisessa palvelujärjestelmässä (Kujala ym. 2022). Toimijuutta kuitenkin rajoittivat erilaiset haasteet palveluiden käytössä, jotka korostuivat

ikäntyneiden potilaiden kohdalla. Digitaalisten terveyspalveluista aiheutuvat kielteiset reaktiot olivat yleisempiä potilailla, jotka kokivat haasteita palveluiden käytössä.

Tyytyväisyys julkisiin terveyspalveluihin heikentyi Suomessa vuosien 1998–2014 aikana noin 30 % (Raivio ym. 2014). Ilmiötä voivat selittää Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuneet muutokset 2000-luvulla. 1990-luvun laman seurauksena julkisiin terveyspalveluihin kohdistettiin merkittävästi leikkauksia (Alestalo 2010, 304). Samanaikaisesti yksityiset terveyspalvelut yleistyivät ja terveydenhuollon painopiste siirtyi kohti ansiosidonnaisuutta (Alestalo 2010, 305). Tämä näkyy työterveydenhuollon yleistymisenä ja muodostumisena keskeiseksi osaksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmää. Näiden muutosten seurauksena Suomen terveydenhuollon asiakaskunnassa on tapahtunut 2000-luvulla tulotasoon perustuvaa eriytymistä. Eriytymistä ovat vahvistaneet 2000-luvulla kasvaneet tuloerot, jotka ovat kasvattaneet yhteiskunnallista eriarvoisuutta (Alestalo 2010, 305). Julkisia terveyspalveluita käyttävät tänä päivänä eniten pienituloiset, jonka seurauksena palveluihin kohdistuvat leikkaukset vaikuttavat eniten heikoimmassa asemassa oleviin.

Tutkielman tulosten perusteella voidaan todeta, kuinka kokemukset julkisissa terveyspalveluissa vaihtelivat sosioekonomisten ja demografisten tekijöiden perusteella. Myönteisiä kokemuksia selittivät hoitoon pääsy, palveluiden saatavuus, vuorovaikutus ja toimijuus, jotka toteutuivat paremmin korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevien kohdalla. Tulokset osoittivat, kuinka myönteiset hoitokokemukset eivät toteudu väestössä tasa-arvoisesti. Julkisten terveyspalveluiden heikentynyt hoitoon pääsy vaikuttaa erityisesti pienituloisten mahdollisuuksiin saada tarvitsemaansa hoitoa, mikä haastaa palveluiden oikeudenmukaisuutta. Kokemuksia julkisista terveyspalveluista on tutkittu erityisesti kyselytutkimusten avulla, joiden vastaajista enemmistö koostuu naisista ja 50–80-vuotiaita. Tämä on voinut vaikuttaa tutkimustuloksiin, mikä rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Tässä tutkielmassa havaittiin, kuinka alle 30-vuotiaat olivat muita ikäryhmiä useammin tyytymättömiä palveluihin ja kokivat täyttymättömiä hoitotarpeita (Aalto ym. 2017; Ilmarinen ym. 2025). Nuorten ja nuorten aikuisten kokemuksia julkisista terveyspalveluista ei olla tutkittu paljoa, mikä muodostaa jatkotutkimustarpeen. Lopuksi voidaan todeta, että kokemukset julkisissa terveyspalveluissa ovat sidoksissa laajempiin yhteiskunnallisiin muutoksiin. Työttömyyden ja huono-osaisuuden kasvu ilmenevät myös potilaskokemuksissa ja kokemuksissa hoitoon pääsystä. Tämän vuoksi julkisten terveyspalveluiden yhdenvertaista saatavuutta tulee edistää, jotta hoitoon pääsy ei olisi riippuvainen sosioekonomisesta asemasta.

Lähteet

Alestalo, Matti (2010) Pohjoismainen malli ja Suomi. *Sosiologia*, 47(4), 300–309. <https://journal.fi/sosiologia/article/view/123931>

Al Hamid, Abdullah & Beckett, Rachel & Wilson, Megan & Jalal, Zahra & Cheema, Ejaz & Al-Jumeily OBE, Dhiya & Coombs, Thomas & Ralebitso-Senior, Komang & Assi, Sulaf (2024) Gender Bias in Diagnosis, Prevention, and Treatment of Cardiovascular Diseases: A Systematic Review. *Curēus (Palo Alto, CA)*, 16(2), 2–16. <https://doi.org/10.7759/cureus.54264>

Aytekin, Arif & Alan, Hale & Demirel, Hüsne & Onur, Neslihan & Yalman, Ayşen & Livberber, Tuba & Yiğit-Açıkgöz, Fatma (2025) Digital Health Technologies in Patient Experience Literature: A Scoping Review and Future Outlook for Sustainable Digital Health Interventions. *Sustainability*, 17(2), 1–19. <https://doi.org/10.3390/su17020456>

Başar, Dilek & Dikmen, Fatih Hakan & Öztürk, Selcen (2021) The prevalence and determinants of unmet health care needs in Turkey. *Health Policy (Amsterdam)*, 125(6), 786–792. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.006>

Batbaatar, Enkhjargal & Dorjdagva, Javkhlanbayar & Luvsannyam, Ariunbat & Savino, Matteo Mario & Amenta, Pietro (2017) Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>

Bleich, Sara & Özaltın, Emre & Murray, Christopher JL (2009) How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271–278. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.050401>

Bowling, Ann & Rowe, Gene & McKee, Martin (2013) Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(4), 143–149. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120147>

Daniels, Norman (2001) Justice, Health, and Healthcare. *American Journal of Bioethics*, 1(2), 2–16. <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>

Gybel Jensen, Christian & Gybel Jensen, Frederik & Loft, Mia Ingerslev (2024) Patients' Experiences With Digitalization in the Health Care System: Qualitative Interview Study. *Journal of Medical Internet Research*, 26(1), 1–12. <https://doi.org/10.2196/47278>

Hensing, Gunnel & Eriksson, Erik & Gremyr, Ida & Samulowitz, Anke (2018) “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research & Management*, 2018(2018), 1–14. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>

Kangas, Olli & Niemelä, Mikko (2026) Walks the walk, but doesn't talk the talk: Finnish exceptionalism from the Nordic perspective. Teoksessa Erola, Jani & Moisio, Pasi & Peltoniemi, Johanna (toim.) *Beyond the Nordic welfare state : extending social investments with interventions*. Northampton: Edward Elgar Publishing, 98–120.

Kajantie, Mira (2014) Lääkäripalveluiden käyttö jakaa väestöä. Tilastokeskus https://stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-12-08_002.html?s=0 (Viitattu 05.05.2026)

Kandelaki, Ketevan & Marrone, Gaetano & Lundborg, Cecilia Stålsby & Schmidt, Ingrid & Björkman, Ingeborg (2016) Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings. *BMJ Open*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009056>

Karvonen, Sakari & Martelin, Tuija & Kestilä, Laura & Junna, Liina (2017) Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Tutkimuksesta tiiviisti 09/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/a521d58d-bbb7-4ea3-affb-5a4eb7d95241/content> (Viitattu 05.05.2026).

Kela (2022) Miehet käyttävät vähemmän terveyspalveluita kuin naiset, kun palkansaajia vertaillaan – myös ammattiryhmien välillä on eroja. <https://www.kela.fi/ajankohtaista/miehet-kayttavat-vahemman-terveyspalveluita-kuin-naiset-kun-palkansaajia-vertaillaan-myos-ammattiryhmien-valilla-on-eroja> (Viitattu 12.05.2026).

Kihlström, Laura & Keskimäki, Ilmo & Paananen, Henna & Paatela, Satu & Satokangas, Markku & Tynkkynen, Liisa-Kaisa (2025) How is a large-scale reform perceived by citizens in Finnish primary health care? *Social Sciences & Medicine*, 387, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118688>

Komu, Merja & Hellsten, Katri (2010) Luottamus ihmisiin ja luottamus instituutioihin Euroopassa. Nettityöpapereita 12/2010. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/ccb8fc2b-debe-4de6-aeb9-9e1b781641f1/content>

Kosonen, Sari (2024) Terveysthuolto on kriisissä – mitä pitää tehdä? Suomen lääkärilehti. <https://www.laakarilehti.fi/jasen/terveydenhuolto-on-kriisissa-mita-pitaa-tehda/> (Viitattu 27.04.2026).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (1992) Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/785>

Lindström, Christine & Rosvall, Maria & Lindström, Martin (2017) Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(3), 212–221. <https://doi.org/10.1177/1403494816689345>

Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012) Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveysthuvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti*, 49(1), 4–12. <https://doi.org/10.23990/sa.9341>

Marmot, Michael. (2004) The status syndrome : how social standing affects our health and longevity. New York: Henry Holt.

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2025) Finland: Country Health Profile 2025, 1–20. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/finland-country-health-profile-2025>

Rask, Shadia & Bergbom, Barbara & Czimbalmos, Mercedes & Mankinen, Katariina & Nykänen, Sanna & Teräsaho, Mia & Toivanen, Minna & Yüksel, Hülya (2023) Tutkimusmatka suomalaisen työelämän monimuotoisuuteen. Teoksessa Martikainen, Tuomas & Pöyhönen, Sari (toim.) Superdiversiteetti: näkökulmia maahanmuuton monimuotoisuuteen. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 290–318.

Rawls, John (1973) *Theory of Justice*. London: Oxford University Press.

Rawls, John (1999) *A theory of justice* (Rev. ed.). Belknap Press of Harvard University Press.

Sihto, Tiina & Vasara, Paula & Blomqvist, Katarina (2024) *Hoivan pimeä puoli*. Helsinki: Gaudeamus.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2026a) Hyvinvointialueet vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden ja pelastustoimien järjestämisestä. <https://stm.fi/hyvinvointialueet> (Viitattu 26.04.2026).

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2026b) Terveyspalvelut. <https://stm.fi/terveyspalvelut> (Viitattu 11.03.2026).

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2026c) Työterveyshuolto edistää työntekijöiden terveyttä ja toimintakykyä. <https://stm.fi/tyoterveyshuolto> (Viitattu 01.05.2026).

Smith, Samantha & Connolly, Sheela (2020) Re-thinking unmet need for health care: introducing a dynamic perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 15(4), 440–457. <https://doi.org/10.1017/S1744133119000161>

Strzelecka, Agnieszka & Stachura, Michal & Wojcik, Tomasz & Kordyzon, Marta & Chmielewski, Jaroslaw Piotr & Florek-Luszczki, Magdalena & Nowak-Starz, Grazyna (2021) Determinants of primary healthcare patients' dissatisfaction with the quality of provided medical services. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 28(1), 142–148. <https://doi.org/10.26444/aaem/132783>

Suomen perustuslaki (1999) Perustuslaki 731/1999. Finlex.
<https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1999/731>

Takala, Esa-Pekka & Leino, Timo & Harjunpää, Kaisa & Hirvonen, Maria & Kauranen, Tiina & Liljeström, Krista & Syynimaa, Susanna & Österbacka, Owe (2018) Työterveydenhuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Helsinki: Työterveyslaitos.
<https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/6fdd1a06-6c23-4878-9a34-c8eb15c8fce8/content>

Tapay, Nichole & Colombo, Francesca (2003) Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems’, in OECD Health Project (ed.) *Towards High-Performing Health Systems*. France: Organization for Economic Cooperation & Development, 265–318.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (n.d) Terve Suomi -tutkimus. <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/terve-suomi-tutkimus> (Viitattu 10.03.2026).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2022) Pitkittynyt koronapandemia ja henkilöstöpula kasvattivat hoitovelkaa sosiaali- ja terveystaloudissa – THL arvioi Suomen sote-palvelut. <https://thl.fi/-/pitkittynyt-koronapandemia-ja-henkilostopula-kasvattivat-hoitovelkaa-sosiaali-ja-terveyspalveluissa-thl-arvioi-suomen-sote-palvelut> (Viitattu 24.04.2026).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2010) Tiedä ja toimi: sosioekonomiset terveyseroja ja niiden kaventaminen. <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/8a94d6c1-8aa3-49f7-8517-0956fe3adc5c/content>

Terveyskirjasto (2023) Hoito. Lääketieteen sanasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04798>. (Viitattu 12.03.2026)

Tilastokeskus (2025) Sukupuolten palkkaerot kaventuvat hitaasti – ja miehet hyötyvät koulutuksista naisia enemmän. Uutinen 02.10.2025. <https://stat.fi/fi/uutinen/Sukupuolten-palkkaerot-kaventuvat-hitaasti-ja-miehet-hyoetyvaet-koulutuksesta-naisia-enemman> (Viitattu 12.05.2026).

Tilastokeskus (2025) Pienituloisten osuus kasvoi viime vuonna – pienituloisimman kymmenyksen reaalitytulot laskivat. Uutinen 16.12.2025. <https://stat.fi/fi/uutinen/Pienituloisten-osuus-kasvoi-viime-vuonna-pienituloisimman-kymmenyksen-reaalitytulot-laskivat> (Viitattu 05.05.2026).

Tilastokeskus (2017) Tulonjakotilasto. Sosioekonominen asema ja pienituloisuus. https://stat.fi/til/tjt/2017/01/tjt_2017_01_2019-03-01_kat_002_fi.html (Viitattu 05.05.2026).

Tynkkynen, Liina-Kaisa & Alexandersen, Nina & Kaarbøe, Oddvar & Anell, Anders & Lehto, Juhani & Vrangbæk, Karsten (2018) Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy (Amsterdam)*, 122(5), 485–492. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008>

Tyni, Tero & Myllyneva, Kaarle (2023) Sosiaali- ja terveysalan henkilöstöpula kärjistyy nopeasti – helppoja ratkaisuja ei ole, mutta lisätoimia kaivataan. Valtiovarainministeriö. <https://valtioneuvosto.fi/-/10623/sosiaali-ja-terveysalan-henkilostopula-karjistyy-nopeasti-helppoja-ratkaisuja-ei-ole-mutta-lisatoimia-tarvitaan> (Viitattu 26.04.2026)

Työterveyshuoltolaki	1383/2001	(2001)	Finlex
https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2001/1383			

Valkama, Heikki & Lindholm, Petteri (2026) Tästä hallitus päätti: terveyskeskusmaksut nousevat, asuntolainen saa helpommin ja siivoojan palkkaamiseen tukea. Yle Uutiset. <https://yle.fi/a/74-20222011> (Viitattu 26.04.2026).

Valtioneuvosto (2025) Kansalaispulssi – 63. kierros: Verkkokysely 1.10.–6.10.2025 15–74-vuotiaat mannersuomalaiset. Tilastokeskus. <https://valtioneuvosto.fi/kansalaispulssi>

Vilkka, Hanna & Art House, kustantaja (2023) Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Art House

World Health Organization (WHO) (2007) People-Centred Health Care. A Policy Framework, World Health Organization, 1–20. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290613176>

Wolf, Debra M. & Lehman, Lisa & Quinlin, Robert & Zullo, Thomas & Hoffman, Leslie (2008) Effect of Patient-Centered Care on Patient Satisfaction and Quality of Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 316–321.

https://journals.lww.com/jncqjournal/abstract/2008/10000/effect_of_patient_centered_care_on_patient.6.aspx

Wang, Tingting & Giunti, Guido & Melles, Marijke & Goossens, Richard (2022) Digital Patient Experience: Umbrella Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), 1–19.

<https://doi.org/10.2196/37952>

Yu, Chenhao & Xian, Yun & Jing, Tiantian & Bai, Mayangzong & Li, Xueyuan & Li, Jiahui & Liang, Huigang & Yu, Guangjun & Zhang, Zhiruo (2023) More patient-centered care, better healthcare: the association between patient-centered care and healthcare outcomes in inpatients. *Frontiers in Public Health*, 11, 1–9. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1148277/full>

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen aineisto

1. Aalto, Anna-Mari & Ilmarinen, Katja & Muuri, Anu & Ikonen, Jonna (2022) Sosiaalija terveystalveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset. Teoksessa Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Saikkonen, Paula (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2022. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/items/4d21ce0b-024b-4f26-ab68-f0f303a47448>
2. Aalto, Anna-Mari & Vehko, Tuulikki & Sinervo, Timo & Sainio, Salla & Muuri, Anu & Elovainio, Marko & Pekurinen, Markku (2017) Terveystenhuollon asiakaslhtöisyys – Talvelujen käyttäjien kokemuksia terveystalvelujen toiminnasta. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) <https://www.julkari.fi/items/8e7ee407-6c0c-43d7-b6f5-aa0abb27e777>
3. Heponiemi, Tarja & Kainiemi, Emma & Virtanen, Lotta & Vehko, Tuulikki & Aalo, Anna-Mari (2025) The association of appointment type in healthcare with patient reported experience measures: a population-based survey study. *BMC health services research*, 25(1), 1–9. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-025-12869-5>
4. Ilmarinen, Katja M. & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu L. (2025) Unmet need for and barriers to receiving health care and social welfare services in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 53(1), 52–63. <https://doi.org/10.1177/14034948241299019>
5. Kujala, Sari & Hörhammer, Iris & Väyrynen, Akseli & Holmroos, Mari & Nättiaho-Rönnholm, Mirva & Hägglund, Maria & Johansen, Monika Alise (2022) Patients’ Experiences of Web-Based Access to Electronic Health Records in Finland: Cross-sectional Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 24(6), 1–12. <https://doi.org/10.2196/37438>
6. Makkonen, Anna & Turunen, Hannele & Kariniemi-Örmälä, Kristiina & Haaranen, Ari (2025) Perusterveydenhuollon asiakkaiden näkemyksiä sosiaali- ja terveystalveluiden monialaisen yhteistyön ja asiakaslhtöisyyden kehittämistä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 62(4), 781–798. <https://doi.org/10.23990/sa.148039>
7. Parikka, Suvi & Koskela, Timo & Sarttila, Katariina & Ikonen, Jonna (2025) Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024 (2025) Tilastoraportti 31/2025. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) <https://www.julkari.fi/items/d372fa5e-a70c-40ab-9b14-cd5b9f68d8f7>

8. Raivio, Risto & Jääskeläinen, Juhani & Holmberg-Marttila, Doris & Mattila, Kari J. (2014) Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice*, 15(1), 1–7. <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2296-15-98>
9. Rinne, Hanna & Sihvonen, Ari-Pekka & Väisänen, Visa & Leemann, Lars & Aalto, Anna-Mari (2025) Unmet need for healthcare services among unemployed people – findings from a national survey in Finland. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1–15 <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-025-13765-8>
10. Varjakoski, Hanna & Tiilikainen, Elisa (2025) Digitaalisten terveystalveluiden käytön haasteet ja rajoitteet 75 vuotta täyttäneiden kansalaisten kokemana. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 62(1), 153–165. <https://journal.fi/sla/article/view/143514>
11. Zolbin, Maedeh Ghorbanian & Kujala, Sari & Huvila, Isto (2025) Experiences and Expectations of Immigrant and Nonimmigrant Older Adults Regarding eHealth Services : Qualitative Interview Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27(3), 1–17. <https://www.jmir.org/2025/1/e64249>