

Rosa Lindell

# LUOTTAMUS TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄÄN

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Tammikuu 2024

# TIIVISTELMÄ

Rosa Lindell: Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään  
Pro gradu  
Tampereen yliopisto  
Hyvinvointipolitiikan ja yhteiskunnan tutkimuksen maisteriohjelma  
Tammikuu 2024

---

Suomessa on ollut vahva luottamus terveydenhuoltojärjestelmään ja terveydenhuollon ammattilaisiin. Luottamus on instituutioiden toiminnan kannalta keskeinen tekijä, sillä se tekee instituutioista kestäviä ja legitiimejä. 2020-luvun alkuun on mahtunut merkittäviä terveydenhuoltojärjestelmään vaikuttavia tapahtumia, jotka ovat olleet haastamassa korkeaa luottamusta. Suomessa astui voimaan hyvinvointialueuudistus vuoden 2023 alusta, jonka yhteydessä vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. Samaan aikaan maamme koettelee yksi aikamme suurimmista työvoimapolitiittisista haasteista sosiaali- ja terveysalalla. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmää ja sen toimintakykyä on haastanut koko maailmaa runnellut koronapandemia. Terveydenhuoltojärjestelmä on ollut huomattavan muospaineen alla jo vuosia. Myös terveydenhuollon keskeiseen professioammattikuntaan, lääkäreihin, on kohdistunut auktoriteettiaseman heikkenemistä kansainvälisesti.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan suomalaisten luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää ja lääkäreitä kohtaan. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää missä määrin suomalaiset luottavat terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkäreihin. Lisäksi tutkielmassa pyritään selvittämään mitkä taustatekijät selittävät terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkäreihin kohdistuvaa luottamusta. Tutkimusaineistona käytetään International Social Survey Programme (ISSP) 2021: terveys II: Suomen aineistoa. Tutkimusmenetelminä ovat ristiintaulukointi ja regressioanalyysi.

Tulosten perusteella suomalaisten osoittama luottamus terveydenhuoltojärjestelmää ja lääkäreitä kohtaan oli korkea. Keskimäärin lääkäreihin luotettiin kuitenkin hieman enemmän, kuin terveydenhuoltojärjestelmään. Kaikista luottavaisimpia olivat korkeakoulutetut, suurituloiset ja hyväksi terveydentilansa kokevat vastaajat. Viiteryhmien alaluokkien välisessä tarkastelussa terveydentilansa huonoksi kokevat vastaajat osoittivat vähiten luottamusta niin järjestelmään, kuin lääkäreihinkin. Ikä tai sukupuoli eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmään tai lääkäreihin osoitetussa luottamuksessa.

Sosioekonomisten erojen näkökulmasta tulokset ovat hyvin saman suuntaisia, kuin aikaisemmissa vastaavanlaisissa tutkimuksissa. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamista ajatellen haavoittuvassa asemassa olevien yksilöiden toimijuutta ja sosiaalista luottamusta olisi keskeistä vahvistaa yhteiskunnallisilla toimenpiteillä. Tämän vuoksi jatkossa on tärkeä jatkaa luottamuksen mittaamista eri poikkileikkausajankohtien vertailun mahdollistavilla standardikysymyksillä. Luottamus on keskeinen yhteiskunnan tilannetta kuvaava mittari, jonka muutoksia on tarpeen pystyä tarkastelemaan tulevaisuudessakin.

Avainsanat: luottamus, terveydenhuoltojärjestelmä, lääkäriprofessio

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

## **Sisällys**

<b>1. Johdanto</b>	<b>1</b>
<b>2. Luottamus ja institutionaalinen luottamus</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Luottamus</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Sosiaalinen luottamus osana sosiaalista pääomaa</b>	<b>5</b>
<b>2.3 Institutionaalinen luottamus</b>	<b>7</b>
<b>3. Terveydenhuoltojärjestelmä</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Luottamus terveydenhuollossa</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Luottamus lääkäreihin</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Terveydenhuollon haasteet</b>	<b>18</b>
<b>4. Aikaisempi tutkimus luottamuksesta terveydenhuoltoon</b>	<b>21</b>
<b>5. Tutkimuksen tarkoitus</b>	<b>24</b>
<b>6. Tutkimuksen aineisto, muuttujat ja menetelmät</b>	<b>25</b>
<b>6.1 Muuttujat</b>	<b>26</b>
<b>6.2 Analyysimenetelmät</b>	<b>27</b>
<b>7. Aineiston analyysi</b>	<b>28</b>
<b>7.1 Muuttujien jakaumat</b>	<b>28</b>
<b>7.2 Luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmään</b>	<b>31</b>
<b>7.3 Luottamus lääkäreihin</b>	<b>37</b>
<b>7.4. Luottamuksen vertailu</b>	<b>42</b>
<b>8. Keskeiset tulokset</b>	<b>45</b>
<b>9. Yhteenveto</b>	<b>47</b>
<b>9.1 Johtopäätökset ja pohdinta</b>	<b>47</b>
<b>9.2. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys</b>	<b>50</b>
<b>9.3. Luottamustutkimuksen tulevaisuus ja jatkotutkimusehdotukset</b>	<b>52</b>
<b>Lähteet</b>	<b>54</b>

# 1. Johdanto

2020-luvun alkuun on mahtunut merkittäviä terveydenhuoltojärjestelmään vaikuttavia tapahtumia. Suomessa astui voimaan hyvinvointialueuudistus vuoden 2023 alusta, jonka yhteydessä vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyi kunnilta hyvinvointialueille (Sote-uudistus 2022). Samaan aikaan maattamme koettelee yksi aikamme suurimmista työvoimapolitiittisista haasteista sosiaali- ja terveysalalla (HALI ry). Sosiaali- ja terveysalalla työvoimapula on suurta, mutta alan vetovoima ja pitovoima ovat heikkoja. Lisäksi maailmaa on globaalisti runnellut koronapandemia, joka on osaltaan vaikuttanut myös sote-palvelualan työvoimaan. Korona-aikana ja sen jälkeen terveystalveluiden kysyntä kasvoi huomattavasti tarjontaa suuremmaksi. Koronan seurauksena lisääntynyt hoitovelka ja sen luoma kuormitus näkyvät sote-palveluissa vielä pitkään. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2021.) Näiden haasteiden seurauksena terveydenhuoltojärjestelmän uudistuskkyky on aiheuttanut huolta kansalaisen keskuudessa. (Aalto, Muuri, Ilmarinen & Ikonen 2022.)

Hyvinvointialueuudistukseen, työvoimapolitiittisiin haasteisiin ja koronaan liittyvät ilmiöt ovat olleet politiikassa ja mediassa näkyviä ja keskustelua herättäviä aiheita. Erityisesti kuormittuneen julkisen perusterveydenhuollon tila huolestuttaa kansalaisia. (ks. esim. Rajamäki 2023, Korpela & Korhonen 2023). Lisää terveydenhuoltojärjestelmää koskevaan keskusteluun tuo palvelukentän markkinasuuntautuminen, jolla korostetaan yksilön, kansalaisyhteiskunnan ja yritysten vastuuta hyvinvointitehtävässä. Tämä muutos heijastuu erityisesti julkiseen sektoriin ja siihen kohdistuvaan kustannus- ja tehottomuuskritiikkiin. (Aalto ym. 2022.) Terveydenhuoltojärjestelmän uusliberalistisen kehityskulun rinnalla on tapahtunut samanaikainen lääkäreiden auktoriteettiaseman heikkeneminen kansainvälisesti. Suomessa luottamus lääkäreihin on ollut hyvällä tasolla, mutta siihen kohdistuvat paineet ovat kasvaneet (Werde ym. 2016) ja asiantuntijuutta kyseenalaistetaan voimakkaammin, kuin ennen (Väliverronen 2021).

Terveydenhuollon monimuotoisista haasteista huolimatta potilaan on terveydenhuollon kontekstissa luovutettava hyvinkin henkilökohtaista ja arkaluontoista tietoa itsestään, jotta

hoito voidaan toteuttaa optimaalisesti. Potilaan osoittama luottamus asiantuntijapalveluita kohtaan on siis ehtona tuen ja avun saamiselle. (Zehner & Romakkaniemi 2020, 321.) Ihmisten luottamus toisiinsa ja yhteiskuntaan on demokraattisen järjestelmän toiminnan kannalta merkityksellistä. Luottamus varmistaa, että järjestelmällä on kestävyyttä ja legitimitettä (OECD 2021.) Viimeaikaisten yhteiskunnallisten tapahtumien vuoksi terveyspalveluihin ja sen toimijoihin kohdistettua luottamusta on hyvin tärkeä tarkastella.

Tämä tutkielma tarkastelee terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkäreihin kohdistettua luottamusta ja sitä selittäviä sosioekonomisia taustatekijöitä. Tutkielma alkaa kirjallisuuskatsauksella, jossa aluksi kappaleessa 2 tarkastellaan luottamusta yhteiskuntatieteellisenä käsitteenä ja ilmiönä. Luottamusta tarkastellaan myös osana sosiaalista pääomaa ja institutionaalisen luottamuksen käsitteen kautta. Kappaleessa 3 luottamusta tarkastellaan terveydenhuollon kontekstissa ja tarkemmin lääkäriprofession kohdistettuna. Kirjallisuuskatsaus päättyy terveydenhuollon nykytilanteeseen ja haasteisiin, jonka jälkeen tutkielmassa käydään läpi aiheen kannalta keskeistä aikaisempaa luottamustutkimusta. Kappaleissa 5-7 määritellään tutkimuskysymykset, käydään läpi käsiteltävä aineisto ja sen analysointi. Aineiston käsittelyyn käytettiin ristiintaulukointia ja multinomiaalista logistista regressioanalyysia. Keskeiset tulokset ovat esitelty kappaleessa 8 ja tutkielman yhteenveto kappaleessa 9.

## 2. Luottamus ja institutionaalinen luottamus

### 2.1 Luottamus

Luottamus käsitteenä nähdään yleensä tärkeänä yhteiskuntaa sidostavana voimana (Kankainen 2007). Salonen (2013, 127) kuvastaa luottamuksen olevan yhteiskunnan liukastusaine, joka vähentää yhteistoiminnan kitkaa ja tekee näin elämästä ennustettavampaa ja hallittavampaa. Liiketoiminnan alalla luottamus luokitellaan usein laillisten sopimusten kautta. Sosiologisemmassa tarkastelussa luottamusta painotetaan kuitenkin enemmän asenteena ja sosiaalisena konstruktiona. (Gonzalez 2017.) Luottamuksen suhteen kysymys on yleensä ennakoitavuudesta, eli siitä sujuvatko asiat totutulla, odotetulla ja sovitulla tavalla (Kotkavirta 2000, 58). Luottamus auttaa ymmärtämään, kuinka yhteiskunnassa ylläpidetään yhtä aikaa sekä sosiaalista järjestystä että moninaisuutta (Kankainen 2007).

Luottamusta koskevan keskustelun ytimenä voidaan nähdä se, että se liittyy suhteisiin ja tilanteisiin, joissa on mahdollisuus pettyä ja jotka sisältävät epävarmuutta ja riskejä (Hanfi 2012). Luottamuksen ja epäluottamuksen osoittaminen ovat ihmisten tapoja toimia ja reagoida, kun jossakin tilanteessa syntyy epävarmuutta. Luottamuksen tarve syntyy epävarmuudesta tietyssä tilanteessa, jolloin pettymys, luottamusaseman väärinkäyttö tai vetäytyminen tilanteesta ovat vahingollisia. Ihmisen osoittaessa luottamusta hän asettaa itsensä alttiiksi toisen osapuolen huonolle kohtelulle. (Zehner & Romakkaniemi 2020, 321.) Harisalonen (2009) mukaan luottamusta ja epäluottamusta voidaan kuvata janalla, jonka ääripäitä ne ovat. Ihmiset liikkuvat janalla suuntaan tai toiseen, hitaasti tai nopeasti riippuen esimerkiksi vuorovaikutustilanteiden säröistä, erimielisyyksistä tai yhteisiä etuja vaarantavista yllätyksistä. Epäluottamus tulisi siis nähdä enemmän luottamuksen kääntöpuolena, kuin vastakohtana.

O'Neill (2018, 294–296) esittää, että oleellisinta luottamuksen tarkastelussa on tarkastella jakoa, jossa luottamusta osoitetaan luotettaviin kohteisiin ja epäluottamusta epäluotettaviin kohteisiin. O'Neill (2018) esittää myös, että eläisimme tällä hetkellä eräänlaista

totuudenjälkeistä aikakautta (ns. "post factual" tai "post truth"), jossa kiistan aiheena ovat erilaiset näkemykset väärän tai vääristellyn tiedon levittämisestä ja valeuutisista. Tässä tilanteessa sillä, mihin luottamusta osoitetaan, on suuri merkitys. Ilmiön seurauksena syntyy kilpailevia asetelmia oletettua oikeaa tieteellistä asiantuntijatietaa kohtaan. Lopulta kansalaisten ja jopa kokeneiden päättäjien on vaikea tietää, ovatko asiantuntijat luotettavia erityisesti politiikan aloilla, joilla tieto on teknistä, monimutkaista ja epävarmaa.

Luottamus syntyy ihmisten välisessä kanssakäymisessä yhteistyön ja vuorovaikutuksen seurauksena (Harisalo & Miettinen 2010, 29.) Luottamusta voidaan osoittaa joko yksittäiseen ihmiseen tai kokonaiseen instituutioon ja niiden järjestelmään. Luhmann (1979) on tarkastellut asiaa luottamuksen ja luottavaisuuden käsitteiden kautta. Luhmannin mukaan luottamus kohdistuu ihmisiin ja luottavaisuus esineisiin, organisaatioihin ja instituutioihin. Tarkan rajan vetäminen näiden välille on kuitenkin haasteellista. Esimerkiksi lääkärin antamien ohjeiden noudattaminen voi pohjautua luottamukseen, joka henkilöityy omalääkärin tuttuun persoonaan ja pitkään hoitosuhteeseen. Toisaalta kyse voi olla myös siitä, että henkilö luottaa suomalaisen lääketieteen ja terveydenhuollon institutionaaliseen järjestelmään, kuten lääkärinkoulutukseen ja hoitomenettelyiden valvontaan. (Ilmonen & Jokinen 2002, 12.) Suhdetta lääkärin ohjeisiin voidaan tarkastella myös annetun (ascribed) ja ansaitun (earned) luottamuksen näkökulmista. Ansaittu luottamus rakentuu sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta, jonka myötä henkilö tulee tutuksi ja siksi luotettavaksi. Toisaalta lääkäriin voidaan osoittaa luottamusta, koska hän on kyseisen ammattikunnan edustaja ja toimii institutionaalisesti säädelyssä lääkärin roolissa, jonka vuoksi hän on uskottava. Tällöin voidaan puhua annetusta luottamuksesta. (Harre 1999, 256.)

Luottamuksen laatua voidaan tarkastella myös yleistävän ja partikulaarisen ts. erityisen luottamuksen käsitteiden kautta. Ihmisillä on taipumusta pitää luottamusta itsestään selvyytenä ja osoittaa luottamusta myös tuntemattomille. Tuntemattomiin yksilöihin tai instituutioihin kohdistettu luottamus perustuu pitkälti ihmisten ominaisuuteen yleistää luottamusta. Yleistävä (generalized) luottamus tarkoittaa luottamuksen osoittamista ventovieraisiin sen pohjalta, että luottamusta on voitu osoittaa tuttujen kesken. Yleistävää luottamusta siis osoitetaan, vaikka vieraat yksilöt, yhteisöt tai instituutiot eivät varsinaisesti olisi lainkaan ansainneet tai lunastaneet luottamusta. Yleistävää luottamusta on pidetty

modernien yhteiskuntien ominaisuutena. (Harisalo & Miettinen 2010; 23–24, 30.) Yleistävä luottamus on oleellisesti yhteydessä demokratiaan. Yhteys on kaksisuuntainen: yleistävä luottamus tukee demokratiaa ja toisaalta demokratia luo instituutioiden kautta edellytyksiä kansalaisten yhteistoiminnalle ja kansan keskinäisen luottamuksen yleistymiselle. (Ilmonen & Jokinen 2002, 143.) Yleistävän luottamuksen vastakohtana voidaan pitää partikulaarista, eli erityistä luottamusta. Erityinen luottamus viittaa luottamukseen, joka kohdistuu ennalta tunnettuihin ihmisiin. Erityistä luottamusta osoitetaan tyypillisesti esimerkiksi perheeseen tai ystäviin. Yleensä yksilö pystyy arvioimaan heidän luotettavuutensa aikaisempien kokemusten perusteella. Erityisestä luottamuksesta on hyötyä yksilölle itselleen, mutta yhteiskunnan tasolla vaikutus ei ole niin merkittävä, kuin yleistävällä luottamuksella. Toisaalta on kuitenkin todennäköistä, että yleistävä ja erityinen luottamus ovat osittain päällekkäisiä ilmiöitä. (Bäck 2019, 82.)

Luottamusta on tyypillisesti pidetty keskeisenä mittarina julkishallinnon tyytyväisyystavoitteiden ja toiminnan arvioinnissa. Tämä pohjautuu ajatukseen, jossa korkeampi luottamus ja tyytyväisyys merkitsee parempaa hallintoa. Hallintoa parantamalla saataisi näin ollen tyytyväisempiä ja luottavaisempia kansalaisia, mikä parantaisi yhteiskunnan koheesiota. (Bouckaert & Van de Walle 2003.) Luottamuksen käyttäminen yhteiskunnallisten toimijoiden arvioinnissa voi kuitenkin olla harhaanjohtavaa. Bouckaert ja Van de Walle (2003) esittävät, että luottamuksen määrä on hyvin konteksti- ja kulttuurisidonnainen ilmiö. Esimerkiksi autoritaariset hallitsijat nauttivat usein näennäisesti korkeasta kansan luottamuksesta. Emme myöskään tiedä, kuinka paljon luottamusta hallitus tarvitsee toimiakseen ja onko yhteiskunnan hallinnon toiminta mahdotonta ilman luottamusta.

## **2.2 Sosiaalinen luottamus osana sosiaalista pääomaa**

Yhteiskunnassa eläminen ja toimiminen edellyttää erilaisten instituutioiden piirissä toimimista. Siksi yksilöille muodostuu erilaisia instituutioihin liittyviä taustavalmiuksia, - taipumuksia, asenteita ja tunteita, kuten esimerkiksi luottamusta. (Kotkavirta 2000, 64.) Sosiaalisen luottamuksen on nähty vaikuttavan hyvin laajalti erilaisiin yhteiskunnallisiin



ilmiöihin, kuten talouskasvuun, vakaaseen ja toimivaan demokratiaan sekä sosiaaliseen yhteistyöhön, integraatioon ja harmoniaan. Lisäksi korkea sosiaalinen luottamus on voitu yhdistää korkeampaan onnellisuuteen, optimistisuuteen ja tyytyväisyyteen elämässä. Korkeammalla sosiaalisella luottamuksella on havaittu olevan myös yhteys parempaan terveydentilaan ja hyvinvointiin. (Bäck 2019, 80.) Näiden piirteiden voidaan nähdä myös olevan oleellinen osa yksilön sosiaalista pääomaa. (Anttila ym. 2021.) Sosiaalisen pääoman keskeisenä indikaattorina on yleensä pidetty sosiaalista, ihmisten välistä luottamusta. (Bäck 2019, 80.)

Sosiaalisen pääoman käsite on alun perin liittynyt taloustieteeseen. (Anttila ym. 2021.) Käsitteen yleistymisen liittyy ilmiöön, jossa aineettomia ilmiöitä on alettu aineellistaa pääoman kaltaisena voimavarana (Ruuskanen 2015, 228). Sosiaalisen pääoman käsitteen määrittelijöinä pidetään yleisesti ottaen Bourdieuta (1986), Colemania (1988) ja Putnamia (1995). Coleman (1988) näkee sosiaalisen pääoman yksilön suhdeverkoista koostuvana resurssina, johon kuuluvat verkostot, normit ja luottamus. Myös Putnam on käsitellyt sosiaalista pääomaa yhteisön ominaisuutena, johon nämä tekijät liittyvät oleellisesti. (Iisakka 2004.) Bourdieu puolestaan lähestyy sosiaalisen pääoman käsitettä yksilöllisestä näkökulmasta. Hänen mukaansa arvovaltaiset kontaktit ja edulliset verkostoasemat tarjoavat yksilöille mahdollisuuksia hyödyntää muita pääomalajeja ja sitä kautta menestyä paremmin. (Anttila ym. 2021, 75.)

Sosiaalista pääomaa mitataan yleensä ihmisten välisellä luottamuksella ja osallistumisella yhteisön toimintoihin (Kajanoja 2009, 74). Maunu (2014) esittää, että sosiaalisen pääoman käsitteistöä on pyritty konkretisoimaan ja tarkentamaan sosiaalisen luottamuksen käsitteellä. Sosiaalinen luottamus, jolla viitataan heuristiseen ihmisten väliseen yleiseen luottamukseen, voitaisi siis määritellä sosiaalisen pääoman konkreettiseksi, eletyksi ja koetuksi muodoksi. (Maunu 2014.) Sosiaalisen pääoman mittareina on myös pidetty yksilön sosiaalisten verkostojen kokoa ja tiheyttä, sekä suhteiden ja kontaktien tiheyttä, laatua ja funktiota (Anttila ym. 2021). Nykyisin käsitteeseen liitetään oleellisena osana myös instituutioihin kohdistettu luottamus. Instituutioihin kohdistettuun luottamukseen on viitattu englanniksi käsitteellä ”linking”. (Kajanoja 2009, 74.)

Sosiaalinen pääoma jaetaan yleensä tarkastelussa ”sitovaan” (bonding) ja ”silloittavaan” (bridging) pääomaan. Sitova pääoma viittaa toisilleen tuttujen yhteenkuuluvuutta tuntevien ihmisten välisiin suhteisiin. Tällaiset sitovat verkostot esimerkiksi perheen kanssa ajatellaan usein vahvoiksi ja kiinteiksi. Silloittava sosiaalinen pääoma puolestaan viittaa keskenään tuntemattomien ihmisten kontaktoitumiseen. Se nähdään yksilön resurssina ja kompetenssina, joka antaa ihmisille mahdollisuuden saavuttaa päämääriään. Silloittava sosiaalinen pääoma luo verkostoissa kasaantuvan tiedon ja kontaktien kautta menestysmahdollisuuksia. (Anttila ym. 2021.)

Sosiaalisen pääoman suhteen vallitsee konsensus siitä, että sen määrä vaikuttaa ensisijaisesti yksilön hyvinvointiin. Yhteiskuntaluokittain vertailtuna sosiaalinen pääoma kuitenkin jakautuu epätasaisesti. Esimerkiksi Euroopan maiden välisissä vertailuissa on havaittu, että ylemmillä yhteiskuntaluokilla on taipumus rakentaa laajemmat sosiaaliset verkostot kuin muilla luokilla. Yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentämisen kannalta tämä havainto on tärkeä, sillä tämän perusteella eriarvoisuutta voitaisi siis pyrkiä vähentämään vahvistamalla erityisesti alempien yhteiskuntaluokkien sosiaalista pääomaa. (Tuominen & Kilpi-Jakonen 2020; 27, 42.)

Vaikka sosiaalinen pääoma yleisesti nähdään positiivisena yhteisön ja yksilön resurssina ja kompetenssina, on sillä kuitenkin myös kritisoitu. Bourdieu on kritisoinut käsitettä ajatellen sen olevan luokka-aseman tunnusmerkki, joka erottaa ihmisiä toisistaan. Hän ei sosiaalisen pääoman käsitteen yhteydessä puhu lainkaan luottamuksesta, sillä hän pitää luottamusta yhtenä monista harhautuksista, joilla hallitsevat luokat salaavat todelliset intressinsä, eli pääoman eri muotojen kasaamisen itselleen ja jälkikasvulle. (Pekonen & Pulkkinen 2002, 24).

### **2.3 Institutionaalinen luottamus**

Sen lisäksi, että luottamus paikantuu ihmisten välille, se voi paikantua myös suhteessa ei-inhimilliseen. Institutionaalisen luottamuksen kohteena ovat erilaiset yhteiskunnalliset instituutiot. (Muuri 2018, 300). Institutionaalinen luottamus voidaan ajatella Luhmannin

(1979) esittämien ”luottamuksen” ja ”luottavaisuuden” yhdistelmänä, jossa on kyse sekä luottamuksesta instituutioissa työskenteleviin yksittäisiin työntekijöihin tai luottavaisuudesta koko instituutioon (Heino & Lillerank 2020). Institutionaalisen luottamuksen tarkastelu on tärkeää, sillä hyvinvointivaltion legitimitetti pohjautuu siihen, että väestö luottaa järjestelmän kohtelevan ihmisiä tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. (Muuri 2018, 300.) Instituutiot pitävät yhteiskunnan tasapainoa ja järjestystä yllä (Salonen 2013, 127). Ilman instituutioiden tukea yhteiskunnan toiminta näyttäytyisi liian monimutkaisena ja jäsenitelemättömänä. Erilaiset poliittiset, hallinnolliset ja taloudelliset järjestelmät ja instituutiot tarvitsevat luottamusta säilyttääkseen elinvoimansa ja toimintakykynsä. (Harisalo & Miettinen 2010, 125–174). Ihmiset siis tarvitsevat instituutioita ja instituutiot tarvitsevat ihmisten luottamusta toimiakseen.

Institutionaalinen luottamus rakentuu vuorovaikutuksessa instituutioita edustavien ammattilaisten kanssa. Palveluiden käyttäjällä tulee olla tunne siitä, että hänestä välitetään ja hänen asiansa hoidetaan asianmukaisesti. Instituutioiden alaisuudessa tehtävään niin sanottuun peruspalvelutyöhön liittyy kuitenkin yleensä vallankäyttöä. Palveluissa työskentelevät ammattilaisten voidaan nähdä ”portinvartioina”, jotka arvioivat kuka on oikeutettu palveluihin. (Heino & Lillerank 2020.) Väestön keskuudessa institutionaalista luottamusta haastaakin erityisesti instituutioiden kontrolloiva toiminta. Instituutioilla on taipumus kontrolloida ja asettaa ihmisten toiminnalle rajoja. Instituutioihin kohdistuva luottamus perustuu ajatukseen, jonka mukaan luottamuksen kohde on toimijana luotettava, noudattaa sääntöjä ja palvelee yleistä etua. (Salonen 2013, 127.) Tämän seurauksena tyypillisesti epäluottamusta on synnyttämässä erilaiset instituutioiden johdon strategiset virheet, jotka voivat aiheuttaa epäluottamusta organisaation sisällä ja ulkopuolella. Virheiden voidaan nähdä olevan kaksiteräinen miekka, sillä komplekseissa organisaatioissa ennakoimaton kehitys voi tehdä johdon pyrkimyksistä merkityksettömiä, vaikka näin ei olisi tarkoitettu. Tällaisissa tilanteissa syy-seuraussuhteiden salailu, kätkeminen tai asioiden tietoinen vääristely voivat ruokkia epärehellisyyden kautta epäluottamuksen lisääntymistä. Erilaisten organisaatioiden ja instituutioiden on siis hyvin tärkeä keskittyä seuraamaan myös epäluottamusta aiheuttavien tekijöiden kehitykseen, eikä vain luottamusta ylläpitävien. (Harisalo 2009.)

Toinen institutionaalista luottamusta tyypillisesti haastava ominaisuus on sen ero yleisestä sosiaalisesta luottamuksesta: ihmisillä ei ole juurikaan mahdollisuuksia ennaltaehkäistä tai varautua luottamuksen mahdolliseen rikkoutumiseen instituutioiden suhteen muutoin, kuin kieltäytymällä toimimasta kyseisen instituution kanssa (Salonen 2013, 128). Heino ja Lillerank (2020) ovat tutkineet institutionaalista luottamusta Suomen peruspalveluita kohtaan maahanmuuttajataustaisissa perheissä, joissa on vammaisen lapsi. Tutkimuksessa havaittiin, että epäluottamus peruspalveluihin, eli tässä tutkimuksessa kolmannen sektorin toimijoihin ja julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin syntyi erityisesti juuri perheiden vanhempien ja ammattilaisen välisen hierarkkisen suhteen ja riippuvaisuuden vuoksi. Perheen asioiden hoitamisen suhteen vallan ja tiedon koettiin keskittyneen ammattilaisten armoille. Moni perhe ei voinut luopua julkisista palveluista, vaikka osoitti niitä kohtaan epäluottamista. Tällaisessa riippuvuussuhteessa valinnanmahdollisuuksia ei ole ja toimijuus on hyvin rajoittunutta. (Heino & Lillerank 2020.)

Institutionaalilla luottamuksella on nähty olevan vaikutusta muun muassa sosiaaliseen luottamukseen. Sosiaalisella luottamuksella viitataan yleiseen, heuristiseen luottamukseen, jota osoitetaan toisiin ihmisiin vuorovaikutustilanteissa. Tarkastelussa institutionaalinen luottamus on osoittautunut tärkeimmäksi sosiaalisen luottamuksen ennustajaksi. Valtion instituutioihin kohdistettu luottamuksen määrä vaikuttaa siis yksilöiden välillä ilmenevän luottamuksen määrään. (Sønderskov & Dinesen 2015.) Näin ollen sosiaalisen luottamuksen voidaan ajatella olevan muuttuvaa ja sitä voidaan pyrkiä kasvattamaan vähentämällä erilaisia institutionaalisia toimintahäiriöitä. Tätä kautta kansalaiset saataisi luottamaan instituutioihin ja myöhemmin myös muihin ihmisiin. (Sønderskov & Dinesen 2014.) Toisaalta yhteys tarkoittaa myös sitä, että instituutioiden laadun heikkeneminen voi heikentää yhteiskunnallista, sosiaalista luottamusta (Sønderskov & Dinesen 2015).

Koronaepidemia on haastanut viranomaisiin ja instituutioihin kohdistettua luottamusta. Suomalainen yhteiskunta ja demokratia ovat kestäneet kriisin koettelemukset verrattain hyvin ja Suomi sijoittuu edelleen demokratiavertailuissa muiden pohjoismaiden kanssa maailman kärkimaiden joukkoon. Viranomaisiin ja viranomaisviestintään keskimäärin luotetaan. Sen sijaan luottamuksen polarisoituminen eri väestöryhmien kesken on edelleen voimakasta. (Varanka ym. 2022.)

Suomi on tavanomaisesti ollut vahvan institutionaalisen luottamuksen maa, mutta korkeasta kansallisesta keskiarvosta huolimatta kansalaisten luottamus eri instituutioihin vaihtelee. Esimerkiksi oikeusjärjestelmään ja poliisiin luotetaan Suomessa keskimäärin enemmän, kun poliittisiin puolueisiin tai poliitikkoihin. (Komu & Hellsten 2010.) Vuoden 2022 tarkastelussa suomalaiset osoittivat erityisen korkeaa luottamusta myös palo- ja pelastustoimeen, puolustusvoimiin ja hätäkeskusten toimintaan. (Vuorensyrjä ym. 2023.)

Luottamuksessa on havaittu merkittäviä alueellisia ja väestöryhmittäisiä eroja. Esimerkiksi maaseudun asukkaat, pienituloiset ja matalammin koulutetut henkilöt luottavat valtion instituutioihin huomattavasti muuta väestöä vähemmän. (OECD 2021.) OECD:n raportti tuo myös esille niin sanotun ”suomalaisen paradoksin”, jossa korkeasta luottamuksesta huolimatta kansalaiset kokevat omat vaikutusmahdollisuutensa erityisesti poliittisiin prosesseihin vähäisiksi verrattuna muihin korkean luottamuksen maihin. Raportissa esitetään julkisille instituutioille ja hallinnolle tulevaisuuden toimenpidesuosituksina muun muassa luottamuksen mittaamisen parantamista, palveluiden kehittämistä kansalaisten odotuksia ja tarpeita vastaaviksi sekä kansalaisten parempaa osallistamista valmisteluun ja päätöksentekoon. (OECD 2021.) Kehitystyö olisi erityisen tärkeää, jotta erityisesti luottamuksen sosioekonomisia eroja voitaisi kaventaa. Jos yksilö ei voi luottaa instituutioiden ja niiden edustajien kykyyn ja haluun hoitaa tehtäviään, eläminen yhteiskunnassa muuttuu hyvin epävarmaksi ja kuormittavaksi. Epäluottamus instituutioita kohtaan voi haastaa yksilön kokemuksia elämän merkityksellisyydestä, tarkoituksellisuudesta ja onnellisuudesta. Sitä kautta se vaikuttaa merkittävästi myös yksilön hyvinvointiin. (Kotkavirta 2000, 66.)

Väestöryhmittäisiä eroja institutionaalisen luottamuksen suhteen tarkasteltaessa on havaittu, että niin sanottu huono-osaisuus lisää taipumusta epäluottamukseen (OECD 2021). Institutionaalista luottamusta tarkasteltaessa on siis perusteltua tarkastella huono-osaisuustutkimuksen perusteemoja luottamuskeskustelun osalta. Huono-osaisuudella viitataan poliittisessa keskustelussa tyypillisesti yhteiskunnan ”alempiin kerroksiin” ja valtaväestöstä poikkeaviin hyvinvointivajeisiin. (Kainulainen & Saari 2013, 22.) Huono-osaisuutta leimaa Suomessa ylisukupolvistuminen, joka on yleensä seurausta monien haasteiden kasaantumisesta. Tällaisia haasteita ovat yleensä päihde- ja terveysongelmat,

työttömyys, osattomuus työmarkkinoilla, toimeentulo-ongelmat ja koulupudokkuus. Näiden ongelmien siirtyminen vanhemmilta lapsille synnyttää herkästi huono-osaisuuden kierteen. (Heikkilä 2017.) Huono-osaisuus voidaan jakaa objektiiviseen ja subjektiiviseen huono-osaisuuteen. Objektiivisilla mittareilla todettu huono-osaisuus ei välttämättä vastaa ihmisten omaa kokemusta omasta tilanteestaan (Kallio & Hakovirta 2020, 12-13).

Luottamuksen erot eri väestöryhmien välillä kuvaavat väestöryhmien välisiä etäisyyksiä. Huono-osaisen väestöryhmän osoittama luottamuksen määrä muihin ihmisiin ja yhteiskunnan instituutioihin vaikuttaa siihen, kuinka he voivat osallistua yhteiskunnan toimintaan sen täysivaltaisina jäseninä. (Salonen 2013, 126.) ISSP:2019 aineiston pohjalta tehdyssä sosiaalista luottamusta mittaavassa tarkastelussa on havaittu, että lähes puolet subjektiivista huono-osaisuutta kokevista oli sitä mieltä, että muiden ihmisten kanssa kannattaa pitää varansa lähes aina tai useimmiten. Vastaavasti itsensä hyväosaiseksi kokevista vastaajista yli 60% vastasi voivansa yleensä luottaa ihmisiin, kun huono-osaiseksi itsensä kokevista näin vastasi hieman yli 40%. (Zitting 2021.)

### 3. Terveydenhuoltojärjestelmä

Suomessa terveydenhuoltojärjestelmän perusta on luotu pääosin toisen maailmansodan jälkeen. Jo tätä ennen Suomessa oli ollut kunnanlääkärijärjestelmä 1800-luvulta lähtien. Vuonna 1943 astui voimaan laki yleisestä lääkärihoidosta, jonka mukaan jokaisen kunnan tuli yksin tai muiden kuntien kanssa palkata kunnanlääkäri. (Saarinen 2008, 98; Nyström 2017.) Seuraava suuri harppaus tapahtui, kun vuonna 1964 perustettiin pakollinen sairausvakuutusjärjestelmä tavoitteenaan lisätä avosairaanhoidon palveluita. Vuonna 1972 voimaan astui kansanterveyslaki, jonka seurauksena alettiin rakentamaan kattavaa nykyisen kaltaista universaalia julkista perusterveydenhuollon järjestelmää. (Saarinen 2008, 98-99.)

Terveyspalveluissa on tapahtunut viime vuosikymmeninä suuri kulttuurinen muutos, joka on muovannut koko terveyspalveluorganisaatiota (Werde ym. 2016). Terveydenhuoltojärjestelmää on koetellut 70-luvulta saakka niin sanottu talouskuriajattelu, joka pohjautuu uusliberalistiselle ideologialle. Valtion talouden tasapainottamis- ja vakautustoimet perustuvat käsitykseen, jonka mukaan kurinalainen säästäväinen toiminta on vastuullista ja valtiontalouden epätasapainoon saattaminen on vastuutonta ja moraalitonta. (Poutanen 2017.) Yhteisöllisiä arvoja ja yhteisvastuuta korostavista ominaisuuksistaan huolimatta uusliberalistiset toimet heikentävät ennestään juuri heikoimmassa ja haavoittuvaisimmassa asemassa olevia kansalaisia. Yleisellä tasolla talouskuriajattelun toteuttamisen valtion finanssipolitiikassa on nähty lisäävän eriarvoistumista. Talouskuriajattelulla on tämän seurauksena hyvin moninaisia seurauksia hyvinvointiin. Esimerkiksi julkiseen hoivasektoriin kohdistuvat leikkaukset ja tehostamistoimet vaikuttavat sekä julkisiin palveluihin, että niiden käyttäjiin ja työntekijöihin. Talouskurin ajatellaan siis kukistavan talouskriisiä äärimmäisillä keinoilla sosiaalisten oikeuksien hinnalla. (Autto 2023.)

Yksi keskeinen koko terveydenhuoltosektorin läpäisevä muutos, on uusliberalistinen markkinahenkisen käsitteistön ilmestyminen terveydenhuoltojärjestelmän arkisanastoon. Esimerkkinä tästä on kansalaisuuden muuttuminen asiakkuudeksi (Valkama 2012, 44-45). Myös potilaista on alettu yhä enemmän puhua asiakkaina tai kuluttajina (Kivinen ym. 2020,

268). Käsitteiden muuttuminen voi tuntua merkityksettömältä, mutta tämän kaltainen kielellinen muutos on kuitenkin keskeinen tekijä muovaamaan yksilöiden käsityksiä ja oletuksia omasta asemastaan palveluverkossa. Kansalaisuudella viitataan vapauteen, tasa-arvoon ja solidaarisuuteen. Kansalaisuuteen liittyy pyrkimys lisätä yhteistä hyvää. Kansalaiset ovat oikeutettuja yhtäläisiin oikeuksiin ja etuuksiin, kunhan velvollisuudet hyvinvointivaltiolle ovat täytetty. (Valkama 2021, 44-45.) Potilaana oleminen sen sijaan viittaa tyypillisesti hoidon kohteena olemiseen (Kivinen ym. 2020, 268). Asiakas ja kuluttaja viittaavat ennemmin palvelun tai tuotteen vastaanottajaan, jolla on tarve kyseiselle tuotteelle, josta hän voi joutua myös maksamaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisen puolen ympäristössä asiakkaaksi pääseminen pohjautuu ammattilaisen tekemälle tarvearviolle, hoidon tarpeen arvioinnille. Sote-palveluiden asiakkuus eroaa tässä mielessä täysin muista julkisten palveluiden asiakkuuksista. Tämän toimintamallin seurauksena palvelunkäyttäjä ja ammattilainen ovat epätasa-arvoisessa valtasuhteessa. (Valkama 2012, 44-45.) Terveydenhuollon palveluiden käyttäjiltä vaaditaan siis kykyä luottaa ammattilaisiin parhaina yksilön oman tilanteen arvioijina.

Julkishallinnolla on keskeinen rooli suomalaisen yhteiskunnan luottamussuhteiden määrittelyssä. Hyvinvointialueet terveyspalveluineen ovat julkishallinnollisia yhteisöjä, jotka sijoittuva hallintorakenteessa välillisen julkisen hallinnon alaisuuteen, sillä ne ovat alueellisesti itsehallinnollisia laitoksia (Valtiovarainministeriö). Julkisen hallinnon perusrakenne pohjautuu Suomessa vahvasti byrokratialle. Hallinnon näkökulmasta ajateltuna suomalainen hyvinvointivaltio ja siihen kuuluva julkinen terveydenhuoltojärjestelmä ovat siis byrokratioita (Kekomäki 2003; Vartola 2009, 70). Byrokratialla on kuitenkin havaittu olevan suuria ongelmia yhteiskunnan hyvinvointi- ja palvelutehtäviä hoitavissa julkisissa instituutioissa, sillä byrokratiaa ei alkujaan ole tietoisesti rakennettu kansalaisläheiseksi tai palvelevaksi. Byrokraattinen järjestelmämalli lisää uudistushaluttomuutta ja välinpitämättömyyttä. Sen keskittyneen rakenteen nähdään lisäävän organisaatiokulttuuria, jolle tyypillistä ovat konservatismi ja hierarkiaan alistuminen, persoonattomuus, tunteettomuus, eristäytyminen ja antipatia. (Vartola 2009, 70–72.) Kekomäki (2003) nostaa järjestelmän haasteeksi myös muutoshitauden ja kasvottomuuden. Järjestelmän hyvä puolia hän arvioi olevan luotettavuus, kustannustehokkuus ja pienin varauksin arvioituna oikeudenmukaisuuskin. (Kekomäki 2003.)



Suomessa julkinen terveydenhuolto jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon (STM 2023). Henkilö, jolla on Suomessa kotikunta, saa hoitoa julkisessa terveydenhuollossa hyvinvointialuekohtaista asiakasmaksua vastaan. (Kela 2022.) Perusterveydenhuollolla viitataan palveluihin, jotka vuodesta 2023 ovat olleet hyvinvointialueiden järjestämiä väestön terveyden seurantaan ja edistämiseen liittyviä terveystalvueluita. Hyvinvointialueet ja kunnat toimivat yhteistyössä pääasiallisina terveystalvueluiden tuottajina. Yksityiset toimijat, järjestöt ja yhdistykset toimivat palveluiden täydentäjinä. Palveluihin kuuluvat esimerkiksi neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, sekä avosairaanhoidon yleislääketieteen tasoinen vastaanottotoiminta, suun terveydenhuolto, perustason mielenterveys- ja päihdehoitotyö ja kuntoutus. Palvelut tuotetaan tavallisimmin osana kansanterveystyötä sosiaali- ja terveystalvueluksissa. (STM 2023.)

Suomessa vuonna 2020 yleisimmät syyt asioida perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotolla olivat verenpainetauti, ylähengitystieinfektiot ja selkäsärky. Lääkärin vastaanotolle käyntejä tehtiin 4,9 miljoonaa, ja sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanottokäyntejä tehtiin 4,3 miljoonaa. (THL 2020.) Julkisen terveydenhuollon tavoitteena on edistää ja ylläpitää terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta. Lisäksi kansallisena tavoitteena on terveystalvuelurojen kaventaminen. (STM 2023.) Hyvinvointi- ja terveystalvuelurojen kaventaminen liittyy myös Suomen perustuslaissa linjattuun yhdenvertaisuussuojaan sekä perusoikeuksien turvaamiseen (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

### **3.1 Luottamus terveydenhuollossa**

Potilaan on luovutettava terveydenhuollossa asioidessaan hyvinkin yksityiskohtaista tietoa omasta kokonaistilanteestaan, jotta hoitoa voidaan toteuttaa optimaalisesti. Tämän vuoksi potilaan osoittama luottamus asiantuntijapalveluita kohtaan on ehtona tuen ja avun saamiselle. (Zehner & Romakkaniemi 2020, 321.) Asiantuntijaroolissa toimiminen kulminoituu teoreettisen tieto-osaamisen pohjalle, jota tulkitaan ja sovelletaan erilaisissa ympäristöissä. Asiantuntijana toimiminen edellyttää laajaa yhteiskunnallista asiantuntija-aseman

tunnustamista, jotta toiminta voidaan mieltää legitiimiksi. Asiantuntijapalveluissa toimiva työntekijä voidaan nähdä taustainstituutionsa edustajana sekä positiivisessa että negatiivisessa mielessä. Sitä kautta asiantuntijaan kohdistuvat ennakkoluulot tai -odotukset voivat heijastua voimakkaastikin potilaan osoittamaan institutionaaliseen luottamukseen. Asiantuntijapalveluihin kohdistettu luottamus ei siis ole viatonta ja ehdotonta uskoa asiantuntijuuden auktoriteettiin. Suhteeseen kuuluu myös epäilystä ja kriittisyyttä. Toisaalta kritiikki ja epäily estävät myös luottamuksen menettämistä, sillä reflektiivisyys haastaa asiantuntijaroolissa toimivaa ja estää siten asiantuntijuuden paikalleen jähmettymistä. (Haapakoski 2002, 108–109.)

Terveydenhuollossa työskentelevät ammattiryhmät luovat yhdessä kuvaa koko terveydenhuoltojärjestelmästä, vaikka keskeinen osa tätä usein onkin potilaan ja lääkärin välinen suhde. (Fränkkilä 2013.) Siksi on tärkeä nostaa esille, että myös potilaan ja hoitajan välillä luottamus on ensisijainen edellytys toimivalle vuorovaikutussuhteelle. (Gonzalez 2017.) Hoitotyön tieteellinen tausta pohjautuu hoitotieteeseen, joka jäsentyy humanistisen viitekehyksen kautta. (Munnukka 1997). Keskeisiksi määriteltäviksi käsitteiksi humanistisen viitekehyksen kautta nousevat muun muassa luottamus, läsnäolo ja olemassaolon kokemus, joilla on katsottu olevan terveyttä edistäviä vaikutuksia (Eriksson 2002). Humanistista viitekehystä on sovellettu aktiivisemmin viimevuosikymmeninä myös lääkäreiden viestinnässä potilaille. Humanistisen viitekehyksen kautta tarkasteltaessa potilaan rooli nähdään aktiivisena tiedon rakentajana, jolloin potilaan ja lääkärin tapaamisesta syntyy eräänlainen oppimiskokemus. Lääkärin tai muiden terveydenhuollon ammattilaisten viestinnän myötä potilas reflektoi omia kokemuksiaan ja uskomuksiaan uutta tietoa vasten ja rakentaa uusia näkökulmia. Potilas muistaa vastaanotolla saamastaan informaatiosta noin 80%, jonka vuoksi ammattilaisen viestinnän keinoilla on keskeinen rooli potilaan kokemusten, reagoinnin ja toiminnan kannalta. (Köhler 2018, 2147-2150.) Hoitoa tarvitsevat potilaat ovat yleensä haavoittuvassa asemassa ja saattavat tarvita paljonkin apua ja tukea. Luottamukselle perustuvassa suhteessa potilas voi turvautua siihen, että hänen etunsa on ensisijaisena tavoitteena. (Gonzalez 2017.)

## 3.2 Luottamus lääkäreihin

Tarkasteltaessa luottamusta lääkäreihin, on tarpeellista taustoittaa asiantuntijuuden ja professioiden merkityksiä yhteiskunnassa tarkemmin. Modernissa yhteiskunnassa asiantuntijuus perustuu tieteen, insituutioiden ja professioiden varaan. Asiantuntijuuden määrittely on perinteisesti pohjautunut yliopistojen, valtion ja asiantuntijapalveluita käyttävien organisaatioiden määrittelyihin. Näiden yhteiskunnallisten toimijoiden määrittelemiä asiantuntija-ammatteja kutsutaan professioiksi. (Väliverronen 2021.)

Professiot ovat ammatteja, jotka perustuvat monimutkaisten asiakokonaisuuksien ja taitojen hallitsemiseen. Professioammattikuntaan kuulumiseen liittyy tyypillisesti pitkä erikoistumiskoulutus, akateemisuus ja oman tutkimusalan tiedon lisääminen ja levittäminen. (Pasternack 2017, 9.) Terveystieteiden ammattilaisten töitä ajatellaan usein ”kutsumusammatteina”. Tähän termiin nivoutuu ajatus siitä, että työtä tehdään vahvalla ammattitaidolla, mutta kuitenkin altruistisesti, korkealla moraalilla ja tavoitteella tuottaa hyvää. (Pasternack 2017, 10.) Kutsumusammattien roolia on haastettu viime vuosina hyvinkin näkyvästi ehkä kansalaisten, että ammattialisten itsensä aloitteesta. Esimerkiksi hoitotyöntekijöiden palkkaohjelma ja vuokralääkärityön ympärillä käytävä keskustelu (kts. esim. Kinnunen ym. 2023) ovat olleet näkyviä puheenaiheita mediassa.

Lääkärin ammatti on professio, joka on saavuttanut vahvan yhteiskunnallisen aseman. Profiolla viitataan ammatinharjoittajaan, jolla on vahva tieteellinen koulutustausta ja sitä kautta erityinen kypsyminen ammatti-identiteettiin. (Konttinen 1991.) Lääkäriprofession haltijalla on vapaus tehdä potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä itsenäisesti tutkittuun tietoon, potilaan tahtoon ja moraalipohjaan perustuen (Helander 1993.) Profession pohjalle rakentuva lääkäriin kliininen autonomia on merkittävässä osassa potilaan ja lääkärin välisessä luottamussuhteessa. Potilaan on voitava luottaa, että hoitoa koskevat valinnat eivät ole mielivaltaisia. (Pälve 2017, 10.) Yksittäisten lääkäreiden on silti vaikea ansaita luottamusta vain omalla työllään, jonka vuoksi on tärkeää, että luottamus lääkäreihin perustuu viime kädessä lääkäriprofession nauttimaan yleiseen yhteiskunnalliseen luottamukseen. (Pälve 2017, 32–33.)

Professiotutkimusta on tehty pääasiassa sosiologian tutkimuskentällä läpi historian. Vuosien saatossa huomio on yhä enemmän keskittynyt professioiden asiantuntijavaltaan määritellä yhteiskunnallisia ongelmia, sekä tapoihin, joilla ongelmiin puututaan yhteiskunnassa. Lääkäriprofession valta on tavallisesti nähty ongelmallisen suurena koko hyvinvointivaltion toiminnassa. Kriittisessä yhteiskuntatutkimuksessa lääkäriprofessioista onkin nostettu tarkastelun keskiöön ammatilliset itseintressit ja lääkärikunnan ylivalta terveydenhuollossa. Uuden julkisen johtamisen (eng. new public management) toiminnan mukaantulo terveydenhuoltojärjestelmään, on muuttanut toimintakäytänteitä tehokkuutta painottaviksi, mikä on vaikuttanut suoraan hoidolliseen autonomiaan. Lääkäriin työssä hoidollinen autonomia viittaa oikeuteen tarjota tilanteeseen lääkäriin harkinnan mukaan parhaiten sopivia diagnostisia ja hoidollisia toimenpiteitä. Muutoksia on tulkittu hyvin voimakkaastikin jopa hyökkäyksiä lääkäriammattillisuutta kohtaan. (Freidson 2001; Jespersen & Wrede 2009 teoksessa Wrede ym 2016.) Tämän seurauksena esimerkiksi Lääkäriliitto on ehdottanut hoidon ”tehon” ja ”vaikuttavuuden” mittaamisen korvaamista terveyshyödyn mittaamisella (Sintonen ym. 2022).

Terveydenhuoltojärjestelmän uusliberalistisen kehityskulun rinnalla on tapahtunut samanaikainen lääkäreiden auktoriteettiaseman heikkeneminen kansainvälisesti. Suomessa luottamus lääkäreihin on ollut hyvällä tasolla, mutta lääkäriammattikuntaan kohdistuvat paineet ovat kasvaneet. (Werde ym. 2016.) Jälkimodernissa yhteiskunnassa asiantuntijuutta kyseenalaistetaan aiempaa voimakkaammin (Väliaverronen 2021). Potilas-lääkärisuhde on muuttunut potilaskuluttajuuteen ja niin sanottujen asiantuntijapotilaiden lisääntymiseen. Terveyden markkinoitumisen seurauksena potilaat mieltävät itsensä helpommin asiantuntijoiksi ja kuluttajiksi, jonka seurauksena itsediagnosointi ja vaihtoehtolääketieteen hyödyntäminen ovat kasvaneet (Werde ym. 2016.) Muutoksen on ajateltu johtuvan muun muassa yleisen koulutustason kohentumisesta ja tiedotusvälineiden negatiivisesta uutisoinnista lääkärikuntaan liittyen (Lupton 1997). Erityisesti uutismedian ja sosiaalisen median rooli on kasvanut keskeisemmäksi asiantuntijuuden legitimoinnissa. Asiantuntijuuden voidaan ajatella ”laajentuneen” tämän seurauksena siten, että asiantuntijuus ei enää vaadi tieteellistä koulutusta ja ammatillista erikoistumista. Tiede ja professiot määrittävät asiantuntijuutta siis aiempaa vähemmän. Asiantuntijuuden laajentuminen johtaa

yhteiskunnallisessa kehityskulussa esimerkiksi instituutioiden kritiikkiin ja yksilöllistymiseen. (Väliverronen 2021.)

Yhtenä ratkaisuna asiantuntijuuden ja luottamuksen vahvistamiseen on ajateltu hoidon jatkuvuusmallia. Hoidon jatkuvuusmallilla pyrittäisi vahvistamaan potilaan ja lääkärin hoitosuhteen jatkuvuutta. Mallissa hoidon tukena toimisi myös omahoitaja ja muita tarvittavia moniammatillisen tiimin jäseniä. (Eskola ym. 2022.) Potilas-lääkärisuhteen jatkumattomuus on tällä hetkellä perusterveydenhuollossa keskeinen terveyspoliittinen kehityskohde. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä on todettu Continuity of Care- indeksillä (COCI) matalaksi ja hoitajakäynneillä erittäin matalaksi. (THL 2023.) Potilas siis tapaa perusterveydenhuollon käynneillään entistä useamman eri henkilön. Hoidon jatkuvuusmallin ytimenä voidaan ajatella olevan potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus ja sen synnyttämät positiiviset seuraukset. Jatkuvuuden on nähty olevan yhteydessä esimerkiksi parempaan potilastyytyväisyyteen. Potilastyytyväisyyden on taasen havaittu olevan yhteydessä potilaan sitoutumiseen ja korkeampaan luottamukseen. (Eskola ym. 2022.) Suomessa kattavaa jatkuvuuteen perustuvaa toimintamallia ei tällä hetkellä ole, vaikka erilaisia malleja on vuosien aikana kokeiltu. Esimerkiksi omalääkärimallien haasteeksi on toistaiseksi muodostunut työn hallitsemattomuus, joka pohjautuu perusterveydenhuollon vaikeaan tilanteeseen kysynnän ja tarjonnan suhteen. (STM 2022.)

### **3.3 Terveydenhuollon haasteet**

Suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat jatkuvasti kohentuneet, mutta eri sosiaaliryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat pysyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Erot ovat erityisen selviä etenkin tarkasteltaessa tuloja, koulutusta ja ammattiasemaa sosioekonomisina taustatekijöinä. Suomessa esimerkiksi lääkäripalveluiden käyttö on väestössä erityisen jakautunutta kansainvälisesti verraten. Keskimäärin suurituloiset käyttävät työterveyshuollon ja yksityisten toimijoiden lääkäripalveluita pienituloisempia enemmän palveluntarve huomioon ottaen. Pienituloisten lääkäripalvelut puolestaan painottuvat terveyskeskuksiin. Suomessa myös tyytymättömyys lääkäripalveluita kohtaan keskittyy matalamman

koulutuksen omaaville ja toimeentulovaikeuksia kokeneille. Tyydyttämätön palvelutarve on yleisintä työttömillä työikäisillä ja huonon terveydentilan omaavilla. (Manderbacka ym. 2019; Manderbacka, Muuri, Keskimäki, Kaikkonen & Elovainio 2012.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelujärjestelmä voi luoda, ylläpitää tai kaventaa terveyseroja. Eriarvoisuutta terveyspalvelujärjestelmään luo muun muassa palveluiden hinnat. Pienituloisimmille tai tulottomille asiakasmaksut ja matkakulut voivat olla este terveyspalveluissa asioimiseen. Eriarvoisuutta lisäävät myös palveluiden sijainnit ja alueelliset erot, sekä ongelmat asenteissa niin potilaiden kuin ammattilaistenkin osalta. Lisäksi keskeisinä eriarvoisuutta lisäävinä tekijöinä esiin nousevat yksilöiden tieto ja osaaminen. Paremmiin koulutetuilla on yleensä paremmat tiedot palveluiden toiminnasta ja käytöstä. (THL 2019.) Alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat näyttävät esimerkiksi saavan vähemmän tietoa sairaudestaan ja heitä osallistetaan vähemmän hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Manderbacka ym 2019). Myös COVID-19-epidemian tuomat lisähaasteet ovat jakautuneet eri tavoin eri väestöryhmiin. Kielteiset vaikutukset vaikuttivat koko väestöön, mutta esimerkiksi palveluiden saamisessa eriarvoisuus korostui ja syventyi korona-aikana. (Aalto ym. 2022.)

Julkisen perusterveydenhuollon haasteeksi on viime vuosina yleisesti tunnistettu hoitoon pääsyn vaikeudet. Osaavan henkilökunnan rekrytointi terveydenhuoltoon aiheuttaa tällä hetkellä haasteita koko Suomessa. Samaan aikaan palveluntarve on lisääntynyt suuresti erityisesti väestön ikääntymisen seurauksena. (Kirkonpelto & Mäntyranta 2023.) Haastavaan tilanteeseen on pyritty saada muutosta aikaan esimerkiksi terveydenhuoltolain perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukennuksilla (Mölläri & Marttila 2022). Lisäksi tulevina vuosina tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutusmääriä, uudistaa työnjakoa ja organisoida työn toteutusta työpaikoilla (Kirkonpelto & Mäntyranta 2023).

Terveyspalveluiden kontekstissa yhtenä keskeisenä ratkaisuna huono-osaisuuden ja epäluottamuksen osoittamisen kierteelle on nähty potilaan osallisuuden kokemuksen parantaminen. Potilaan osallisuutta terveyspalveluissa on tutkittu paljon. Osallisuus voi parhaimmillaan johtaa voimaantumiseen, jonka seurauksena asiakkaan kokemus omasta pystyvyydestä, henkilökohtaisesta vastuunotosta ja päätöksiin sitoutumista vahvistuvat.

(Kaseva 2011.) Osallisuuden lähtökohdat määräytyvät yksilön tahtotilan ja kykyjen pohjalta. Lisäksi ammattilaisiin ja palvelujärjestelmään osoitetulla luottamuksella on hyvin keskeinen rooli. Institutionaalisella tasolla tämä edellyttää valveutuneisuutta erilaisten potilasryhmien huomioon ottamisella esimerkiksi saavutettavuuden suhteen. (Kivinen ym. 2020, 283-284.)

Terveydenhuollon kentällä on tapahtunut erityisesti koronapandemian kiihdyttämänä huomattava digitaalisaatioharppaus. Nopeat muutokset peruspalveluissa haastavat osaltaan myös luottamusta. Digitaalisista terveysterveyspalvelujärjestelmistä haetaan apua ja helpotusta koko sote-sektorin resurssihaasteisiin, jonka vuoksi ne ovat keskeisesti esillä myös useiden hyvinvointialueiden strategioissa. Digitaalisilla palveluilla pyritään osaltaan täydentämään palveluverkon vajeita ja parantamaan saavutettavuutta, jonka vuoksi ne ovat yleistyneet erityisesti perinteisten vastaanottokäyntien ja puheluiden korvaajina. Digipalveluiden lisääntyminen kuitenkin asettaa käyttäjilleen erilaisia osaamisvaatimuksia, kuin perinteinen terveydenhuollon asiointi, jonka vuoksi niiden käyttöönotto kriittisissä peruspalveluissa ei ole täysin mutkaton prosessi. (Pennanen ym. 2023.) Terveydenhuollon digitalisoitumisen seurauksena palvelun käyttäjiltä edellytetään erityisesti digitaalista terveyden lukutaitoa. WHO on määritellyt käsitteen viittaavan kyvyiksi etsiä, käyttää, ymmärtää, arvioida ja soveltaa verkossa olevaa terveystietoa sekä muotoilla ja ilmaista kysymyksiä, mielipiteitä, ajatuksia ja tunteita digitaalisten laitteiden välityksellä. Merkittävimmät matalan digitaalisen terveyden lukutaidon ennustajat ovat korkea ikä, taloudellinen syrjäytyminen ja matala sosiaalinen asema. (M-PHOL, 2022.) Vastaavasti Valtioneuvoston digitalisten palvelujen vaikutus selvityksessä todetaan, että saatavuuden ja saavutettavuuden teemat koskevat erityisesti haavoittuvassa asemassa olevia kansalaisia, kuten ikääntyneitä, vähemmistöjä ja erityisryhmiä, matalatuloisia, matalasti kouluttautuneita ja pitkäaikaissairaita. Digipalvelut edellyttävät potilailta aikaista aktiivisempaa roolia omassa hoidossaan. Tämän seurauksena digipalveluiden kehitystyössä on keskeistä huomioida saatavuus ja saavutettavuus, jotta terveyssektorin digitalisoituminen ei olisi lisäämässä eriarvoisuutta terveysterveyspalveluiden jo ennestään haastavaan tilanteeseen. (Pennanen ym. 2023.)

#### 4. Aikaisempi tutkimus luottamuksesta terveydenhuoltoon

Suuri osa luottamusta käsittelevästä tiedosta on kerätty kyselytutkimuksilla. Yleistä sosiaalista luottamusta kuvaamaan on vakiintunut käyttöön mittari, jolla kartoitetaan vastaajien asennetta, mielipidettä tai uskomusta koskien toisten ihmisten käyttäytymistä. Tyypillisesti kysymys on esimerkiksi: ”Voiko mielestäsi useimpiin ihmisiin luottaa?”. Kysymys on kuitenkin saanut kritiikkiä monitulkintaisuutensa ja sosiaalisen hyväksyttävyyden vinouman vuoksi. Esimerkiksi ”Useimmat ihmiset” käsite voidaan mieltää hyvin epämääräiseksi ja tarkoittaa eri ihmisille eri asioita. Sosiaalisen hyväksyttävyyden vinoumalla sen sijaan viitataan ilmiöön, jossa hyväksyttäväksi miellettyä käyttäytymistä tai asennetta liioitellaan ja tuomittavaksi miellettyä vähätellään. Näiden seikkojen lisäksi on havaittu, että pienetkin muutokset luottamustutkimuksen kysymyksissä voivat vaikuttaa siihen, miten kysymyksiin vastataan. Toisaalta tällaisiin kysymyksiin pohjautuvaa tutkimusta on tehty jo pitkään, mikä mahdollistaa luottamustasojen muutoksia vertailevan tutkimuksen tekemisen. (Herne 2019, 99-100.) Kysymyksiä, joissa määritellään tarkemmin erityisiin ihmisryhmiin kohdistuvaa luottamusta, on myös kritisoitu. Luottamuksen kohteiden täsmentämisen ei nimittäin ole havaittu poistavan sosiaalisen hyväksyttävyyden vinoumaa. (Herne 2019, 109.)

Terveyteen ja terveydenhuoltoon liittyviä kartoituksia on tehty 2000-luvulla muun muassa THL:n toimesta (Terveys 2000-tutkimus, Finterveys), Kelan kansalaiskyselyn muodossa sekä osana International Social Survey Programme- ohjelmaa (ISSP). Näiden aineistojen pohjalta on tehty yleistä luottamustasoa tarkastelevaa seurantaa, sekä tarkempaa yksilötason sosioekonomisiin taustatekijöihin perehtyvää tutkimusta.

Valtioneuvoston toteuttamissa kansalaispulsseissa syys-lokakuulta 2022 noin 70-75% vastanneista luottaa terveydenhuoltojärjestelmään. Kysely on toteutettu 15-74-vuotiaille mannersuomalaisille (n=1105). Vastausaineisto on painotettu vastaamaan perusjoukkoa, eli 15-74-vuotiaita mannersuomalaisia. (Valtioneuvosto 2022.) Lääkäriliiton tekemässä väestökyselyssä huhtikuussa 2019 todetaan, että väestön luottamus



terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on ”vankkaa”. Tällöin 70% suomalaista on raportoinut luottavansa terveydenhuoltojärjestelmään täysin tai melko paljon. (Lääkäriliitto 2019.)

Tuominen ja Kilpi-Jakonen (2020) ovat tehneet luokka-analyysin sosiaalisen pääoman ja hyvinvoinnin välisestä yhteydestä. Tutkimus perustuu European Social Survey 2012 Suomen aineistoon. Vastaajat ovat jaettu analyysissä kolmeen eri yhteiskuntaluokkaan: professioluokka, keskiluokka ja työväenluokka. Tutkimuksen mukaan työväenluokalla oli vähiten sosiaalista pääomaa. Professioluokan ja työväenluokan välisessä tarkastelussa sosiaalisen luottamuksen erotus oli tilastollisesti merkitsevä. Lisäksi institutionaalinen luottamus oli professioluokassa selkeästi muita korkeampaa. (Tuominen & Kilpi-Jakonen 2020.)

Muuri, Aalto, Manderbacka ja Arffman (2018) tarkastelivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän luottamusperustaa kansallisen terveysterveys-, hyvinvointi ja palvelututkimuksen (FinSote) 2017–2018 aineiston pohjalta. Tarkastelun pohjalta todettiin, että noin kahdeksan kymmenestä vastaajasta luotti terveysterveyspalveluiden toimintaan ja terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaitoon. Kaikki sosiodemografiset tekijät samanaikaisesti huomioiden voitiin todeta, että naiset ja iäkkäämmät luottivat miehiä useammin terveysterveyspalveluiden toimintaan. Työmarkkina-asema oli yhteydessä luottamusperustaa kuvaaviin asenteisiin siten, että työssäkäyvät luottivat työttömiä enemmän terveysterveyspalveluiden toimintaan ja mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Myös korkea koulutus oli yhteydessä korkeampaan luottamukseen. (Muuri ym. 2018.)

Toinen vastaavanlainen tarkastelu on tehty FinSote-kyselyaineiston vuosien 2018 ja 2020 aineistojen pohjalta. Tämän tarkastelun perusteella yleinen luottamus terveysterveyspalveluita kohtaan oli laskenut sekä miehillä että naisilla vuosien 2018 ja 2020 välillä. Luottamus on silti yhä korkealla tasolla ja noin kahdeksan kymmenestä on sitä mieltä, että terveysterveyspalvelut toimivat hyvin, henkilöstö on ammattitaitoista ja terveysterveyspalvelut tukevat tasa-arvoisuutta. Luottamus terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoon oli pysynyt ennallaan: luottavaisia olivat naisista 82 ja miehistä 84% vastaajista. Yksilötasolla tarkasteltuna 75 vuotta täyttäneet luottivat alle 55-vuotiaita useammin henkilöstön ammattitaitoon. Naiset, matalasti koulutetut

ja toimeentulotuen tarpeessa olevat luottivat vähemmän henkilöstön ammattitaitoon ja terveyspalveluiden mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnallista tasa-arvoisuutta. (Aalto ym. 2022, 289-296.)

Yksilötason sosioekonomisiin taustatekijöihin on perehdytty tarkemmin muun muassa kahdessa pro gradu- tutkielmassa. Esimerkiksi Kivisalmen (2017) ”Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa” ja Niemelän (2015) ”Luottamus ja terveydenhuoltojärjestelmä” tarkastellaan suomalaisten luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään ja luottamuksen määrään vaikuttavia sosioekonomisia taustatekijöitä. Tutkimuksissa todetaan, että luottamus terveydenhuoltoon kohtaan on väestössä jakautunut ja sosioekonomisella asemalla on vaikutusta luottamukseen. Enemmistö vastaajista on ilmoittanut luottavansa terveydenhuoltojärjestelmään ja olleensa tyytyväisiä viimeisiin asiointikäynteihinsä terveydenhuollossa. Kivisalmen tutkielma pohjautuu Kelan kansalaiskyselyihin vuosilta 2009–2011 ja Niemelän tutkielma vuoden 2011 ISSP-kyselyn vastauksiin.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on siis pystytty tunnistamaan useita yksilötason sosioekonomisia taustatekijöitä, jotka ovat yhteydessä luottamukseen. Koonti näistä on esitetty taulukossa 1. Tyypillisesti naiset, vähän koulutetut ja toimeentulotuen piirissä olevat ovat muuta väestöä kriittisempiä luottamuksen suhteen. Myös huono elämänlaatu, huonoksi koettu terveys ja tyydyttämätön palveluntarve ovat yhteydessä epäluottamuksen osoittamiseen palvelujärjestelmää kohtaan. Tämä trendi haastaa koko palvelujärjestelmää, sillä heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien olisi tärkeä saada hyötyä sosiaali- ja terveyspalveluista. He kuitenkin osoittavat eniten epäluottamusta järjestelmää kohtaan ja voivat siten kokea jäävänsä avun ulkopuolelle. (Aalto ym. 2022, 301.)

Taulukko 1. Luottamukseen yhteydessä olevat yksilölliset taustatekijät

<b>Tutkimus</b>	<b>Luottamusta tukevat sosioekonomiset yksilötason taustatekijät</b>
Niemelä (2015). Luottamus ja terveydenhuoltojärjestelmä	Korkeakoulutus, hyväksi koettu terveydentila, hyvät terveyspalveluiden käyttäjäkokemukset
Kivisalmi (2017). Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa	Korkeakoulutus, miessukupuoli, pienituloisuus, nuori ikä
Muuri ym. (2018). Suomalaisen hyvinvointi 2018	Korkeakoulutus, naissukupuoli, korkea ikä, työntekijäasema
Aalto ym. (2022). Suomalaisen hyvinvointi 2022	Koulutus, miessukupuoli, korkea ikä, työntekijäasema, tyydytetty palveluntarve

## 5. Tutkimuksen tarkoitus

Työn tavoitteena on tarkastella kansalaisten luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan.

Tutkimuskysymykset:

- Missä määrin suomalaiset luottavat terveydenhuoltojärjestelmään?
- Missä määrin suomalaiset luottavat lääkäreihin?
- Mitkä yksilötason taustatekijät selittävät terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkäreihin kohdistettua luottamusta?

## 6. Tutkimuksen aineisto, muuttajat ja menetelmät

Määrällisessä tutkimuksessa ollaan tyypillisesti kiinnostuneita erilaisista luokitteluista, syy-seuraussuhteista, vertailusta ja numeerisiin tuloksiin perustuvasta ilmiön selittämisestä (Jyväskylän yliopisto 2015). Yhteyskuntatieteissä tehdään yleensä ero kuvailevan ja selittävän kvantitatiivisen analyysin välille. Kuvaileva analyysi vastaa tyypillisesti kysymyksiin ”mitä”, ”minkälainen” ja ”kuinka paljon”. Selittävä analyysi puolestaan pyrkii vastaamaan ”miksi”-kysymyksiin. Tämä tutkielma on siis tyypiltään kuvaileva. Määrällisen tutkimusmenetelmän mukaisesti tutkielman tarkoituksena on löytää tarkasteltavasta aineistosta laajempia yhdenmukaisuuksia, eikä kuvata yksittäistapauksia. (Mattila ym. 2021.)

Tutkimuksen aineistona toimii International Social Survey Programme (ISSP) 2021: terveys II: Suomen aineisto. Aineisto on kvantitatiivinen ja siinä käsitellään terveyteen ja yleiseen suomalaiseen terveydenhuoltoon liittyvä kysymyksiä, sekä epidemioiden hoitoon ja yhteiskunnalliseen keskusteluun liittyvä aihealueita. (ISSP 2021.) Yhteiskunnallisten teemojen lisäksi vastaajilta on kartoitettu kattavasti erilaisia taustatietoja sosioekonomiseen asemaan liittyen. Kyseinen aineisto valittiin siksi, että sen avulla oli mahdollista tarkastella sekä terveydenhuoltojärjestelmään että lääkäreihin kohdistuvaa luottamusta. Lisäksi aineisto on kattavin ja tuorein suomalainen luottamustutkimukseen soveltuva rekisteriaineisto, joka on ollut saatavilla tutkimuksen aloitusajankohtana. ISSP-aineisto on hankittu käyttöön yhteiskunnallisesta tietoarkistosta, jonka yhtenä keskeisenä tavoitteena on tarjota laadukkaita kvantitatiivisia aineistoja esimerkiksi pro gradu- tutkielmien sekundaarianalyysiin (Jokivuori & Hietala 2014).

Aineisto on tyypiltään poikkileikkausaineisto. Perusjoukkoa edustavat 15–74-vuotiaat suomalaiset. Havaintoyksiköt ovat kerätty väestötietojärjestelmästä yksinkertaisella satunnaisotannalla. Otoskoko oli 4000 henkilöä. Vastaajille lähetettiin saatekirje, jonka yhteydessä oli paperinen lomake, jonka vastaaja saattoi täyttää. Vastaaja pystyi osallistumaan strukturoidun lomakkeen täyttämiseen myös sähköisesti. Tutkimuksen vastausprosentti oli 25.1 lopullisen havaintoyksikkömäärän rajautuen näin ollen 1003:een. (ISSP 2021.)

## 6.1 Muuttujat

Koska tutkielmassa haluttiin tarkastella luottamusta, selitettävänä muuttujina toimivat kysymys ”Kuinka paljon luotat Suomen terveydenhuoltojärjestelmään?” (1 = luotan täysin... 5= en luota ollenkaan) ja väite ”Yleensä lääkäreihin voi luottaa” (1=täysin samaa mieltä...5=täysin eri mieltä). Kaikkien muuttujien jakaumat esitellään kappaleessa 7.2.

Selittävinä muuttujina käytettiin sosioekonomisia taustatekijöitä: vastaajan ikää, sukupuolta, koulutusta, bruttotuloja ja koettua terveyttä. Sukupuolta käsiteltiin binäärisenä, sillä aineistossa sukupuoli on kerätty vastaajilta suljetulla kysymyksellä ”Oletko mies/nainen”. Kaikista muuttujista rajattiin ulkopuolelle ”En osaa sanoa” ja tyhjät vastaukset. Aineiston analysointiin käytettiin SPSS Statistics 29.0- ohjelmaa.

Muuttujat valikoitiin tarkasteluun aikaisemman tutkimuksen perusteella. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että iäkkäämmän väestön luottamus sosiaali- ja terveyspalveluihin on nuorempaa väestöä korkeampaa (Muuri ym. 2018). Toisaalta yksittäisistä aineistoista on saatu myös päinvastaisia tuloksia (Kivisalmi 2017). Sukupuolen osalta aikaisemmassa tutkimuksessa tulokset ovat vaihdelleet. Esimerkiksi Muuri ym. (2018) tekemässä tarkastelussa naiset luottivat miehiä enemmän terveyspalveluiden toimintaan. Aalto ym. (2022) tekemässä tarkastelussa naissukupuolen edustajat luottivat miehiä vähemmän henkilöstön ammattitaitoon. Koulutustason ja koetun terveydentilan on havaittu myös olevan yhteydessä luottamuksen määrään (Muuri ym. 2018; Niemelä 2015). Lisäksi tyytymättömyyden lääkäripalveluita kohtaan on havaittu keskittyvän matalamman koulutuksen omaaville ja toimeentulovaikeuksia kokeneille (Manderbacka ym. 2019). Koulutustason on havaittu olevan merkittävä tekijä myös terveys- ja hyvinvointieroja, sosiaalista pääomaa ja sosiaalisen luottamuksen teemoja tarkasteltaessa, jotka voidaan nähdä keskeisinä luottamuksen osatekijöinä tai ilmentyminä (Manderbacka ym. 2019; OECD 2021).

## 6.2 Analyysimenetelmät

Sosioekonomisten taustatekijöiden yhteyttä luottamukseen tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla. Tilastollisen merkitsevyyden mittaamiseen käytettiin khiin neliötestiä (Pearsonin  $\chi^2$ -riippumattomuustesti). Tilastollisen merkittävyyden rajana pidettiin p-arvoja, jotka olivat  $<0.05$ . Analyysiä jatkettiin käyttämällä multinomiaalista logistista regressioanalyysia. Kyseinen menetelmä sopii tutkimukseen, jossa selitettävissä muuttujissa on enemmän kuin kaksi vaihtoehtoa. (KvantiMOTV 2009). Regressioanalyysissa kustakin selittävästä muuttujasta asetetaan jokin alaluokan arvo vertailutasoksi, johon muita muuttujan alaluokkia verrataan. Tuloksia tarkastellaan vertailemalla, kuinka paljon yhden alaluokan muutos kasvattaa riskiä kuulua selitettävän muuttujan suurempiarvoiseen luokkaan. (Jokivuori & Hietala 2014, 48.) Tässä analyysissa viitekategoriana toimivat ”Ei luota”- luokkien vastaukset.

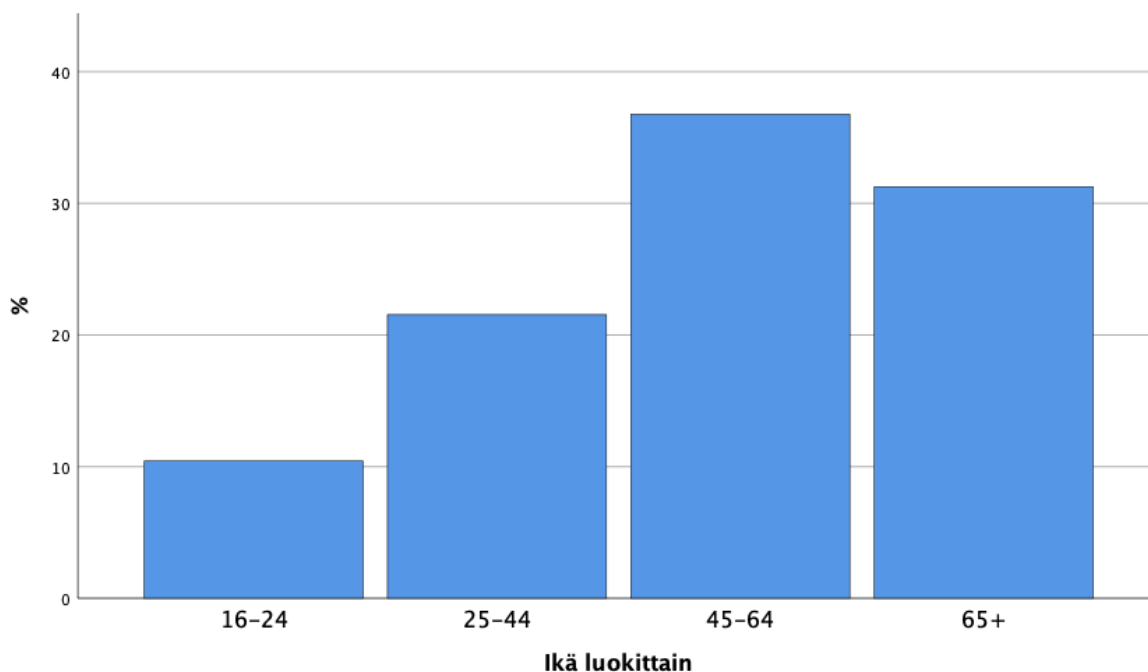
Regressioanalyysitaulukoissa on esitetty tuloksina p-arvo, luottamusväli ja suhteellinen riski (odds ratio, OR). P-arvolla tarkasteltiin muuttujien tilastollista merkitsevyyttä. Luottamusvälillä (95%) tarkasteltiin perusjoukon todellisten arvojen sijaintimarginaalia ja niiden vaihteluvälejä. OR-arvolla selvitettiin suhteellista riskiä kuulua luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää/lääkäreitä kohtaan osoittavien ryhmiin, verrattuna epäluottamusta osoittavien ryhmiin. Regressiomallien selitysastetta tarkasteltiin Nagelkerke  $R^2$  - indeksillä. (Jokivuori & Hietala 2014, 56.) Nagelkerke  $R^2$  saa arvoja välillä 0–1. Mitä lähempänä mallin selitysaste on yhtä, eli sataa prosenttia, sitä tarkemmin malli ennustaa selitettävää muuttujaa (Ketokivi 2015, 109). Kunkin mallin selitysaste on merkitty näkyviin regressiotaulukon yhteyteen.

## 7. Aineiston analyysi

### 7.1 Muuttujien jakaumat

Aineistosta valittiin tarkasteluun kaksi selitettävää muuttujaa ja viisi selittävää muuttujaa. Kvantitatiivisessa analyysissä on usein tarkoituksenmukaista muokata muuttujia tutkimusongelman, käytettävän menetelmän ja havainnoitavan ilmiön edellyttämällä tavalla (Jokivuori & Hietala 2014). Tässä kappaleessa esitellään tarkemmin muuttujia ja niihin tehtyjä muutoksia.

Aineiston vastaajat olivat iältään 16-75-vuotiaita. Ikä luokiteltiin analyysin ehtojen toteutumista ja selkeyttämistä varten neljään eri luokkaan seuraavasti: 16-24-vuotiaat, 25-44-vuotiaat, 45-64-vuotiaat ja 65-vuotiaat ja vanhemmat (Kuvio 1).



Kuvio 1. Ikäjakauma luokittain

Noin 47% vastaajista oli miehiä ja 53% naisia. Vastaajista noin 16% oli suorittanut perusasteen tutkinnon. Noin 35% oli suorittanut toisen asteen tutkinnon ja lähes puolella vastaajista oli

korkea-asteen tutkinto. Korkea-asteella viitataan tässä yhteydessä kolmannen asteen koulutukseen, eli yleisimmin yliopisto- tai ammattikorkeakoulu- tai ennen ammattikorkeakoulu-uudistusta suoritettuun opistotason tutkintoon.

Aineiston alkuperäisessä kuukausibruttotuloja tarkastelevassa kysymyksessä vastaukset olivat jakaantuneet välille 0-20000e/kk. Kuukausibruttotuloihin on laskettu palkkatulon lisäksi mukaan myös pääomatulot ja kaikki sosiaalietuudet. Kuukausittainen tulomedianaani vastaajilla oli 2500/k, mikä on noin 500e matalampi, kuin tulorekisteristä saatava arvo (Tilastokeskus 2013). Alkuperäisestä kuukausitulomuuttujasta luotiin analyysia varten vuositulomuuttuja, sillä aikaisemmassa tutkimuksessa analyseissa on hyödynnetty vakiintuneena käytäntönä vastaajien vuosituloja, eikä kuukausituloja. Vuositulomuuttuja luotiin kertomalla vastaajan ilmoittama kuukausitulo kahdellatoista. Vuositulomuuttujan luotettavuutta arvioitiin vertailemalla sen jakaumaa alkuperäisen kuukausitulomuuttujan jakaumaan. Näiden välillä ei ollut merkittäviä eroja, joten vuositulomuuttujan ei tulisi vääristää analyysia. Vuositulomuuttuja on luokiteltu viiteen yhtä suureen luokkaan (Taulukko 2). Luokittelussa on aiheellista huomioida, että suurimman tuloryhmän tuloerot ovat hyvin suuria sijoittuen välille 47760-240000e/vuodessa.

Taulukko 2. Vuosituloluokat

Bruttovuositulot	%
0–15 485	20
15 486–24 000	20.1
24 001–33 600	20.3
36 001–47 760	19.7
>47 760	20

Alkuperäisen aineiston terveydentilaa tiedustelevasta kysymyksestä muodostettiin kaksiluokkainen ”hyvä terveydentila/huono terveydentila”. Näin tarkasteluna vastaajista noin 70% koki terveytensä hyväksi ja 30% huonoksi. Tämä havainto oli yhdenmukainen muuttujan alkuperäisen luokittelun jakauman kanssa, joten binääriluokittelun ei tulisi vääristää analyysia.



Tarkasteltaessa selitettävää muuttujaa ”Kuinka paljon luotat Suomen terveydenhuoltojärjestelmään?” huomioimatta yksittäisiä selittäviä muuttujia, vastaajista noin kolme viidestä ilmoitti luottavansa Suomen terveydenhuoltojärjestelmään melko paljon. Täysin luottavaisia oli hieman alle viidennes vastaajista. Suunnilleen sama määrä vastaajista kertoi luottavansa järjestelmään jonkin verran. Henkilöitä, jotka eivät juurikaan luota terveydenhuoltojärjestelmään oli noin 3% ja ei lainkaan luottamusta osoittaneita alle prosentin verran vastaajista. (Taulukko 3.)

Vastaavanlaista jakaumaa oli havaittavissa myös kohdassa, jossa vastaajaa pyydettiin kertomaan, mitä mieltä hän on suomalaisia lääkäreitä koskevista väittämistä. Tarkasteltaessa vastauksia selitettävästä muuttujasta ”Yleensä lääkäreihin voi luottaa”, vastaajista enemmistö ilmoitti olevansa samaa mieltä. Täysin samaa mieltä oli joka neljäs vastaaja. Ei samaa tai eri mieltä olevia oli noin 7% vastaajista, eri mieltä tai täysin eri mieltä väitteestä oli yhteensä noin 4% vastaajista. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Selitettävien muuttujien jakaumat

Q24. Kuinka paljon luotat Suomen terveydenhuoltojärjestelmään?	n = 998	%
Luotan täysin	174	17.4
Luotan melko paljon	597	59.8
Luotan jonkin verran	189	18.9
En juuri luota	32	3.2
En luota ollenkaan	6	0.6
Q32_1. Yleensä lääkäreihin voi luottaa	n = 994	%
Täysin samaa mieltä	248	24.9
Samaa mieltä	633	63.7
En samaa enkä eri mieltä	69	6.9
Eri mieltä	43	4.3
Täysin eri mieltä	1	0.1

## 7.2 Luottamus Suomen terveydenhuoltojärjestelmään

Luottamusta tarkasteltiin aluksi ristiintaulukoimalla. Terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvaa luottamusta mittaavan kysymyksen viisiportaiset vastausvaihtoehdot luokiteltiin kolmiportaiseksi ”Luottaa”, ”Luottaa jonkin verran” ja ”Ei luota”, jotta khiin neliö-testin ehdot täyttyivät. ”Luottaa” vaihtoehto sisälsi alkuperäisten vastausvaihtoehtojen kohdat ”Luotan täysin” (17%) ja ”Luotan melko paljon” (60%). ”Luottaa jonkin verran” vastasi aineiston alkuperäistä ”Luotan jonkin verran” (19%). ”Ei luota” kohtaa varten yhdistettiin alkuperäisen aineiston kohdat ”En juuri luota” (3%) ja ”En luota ollenkaan” (<1%). (Taulukko 4.)

Tarkasteltaessa terveydenhuoltojärjestelmään kohdistettua luottamusta ikäluokittain havaittiin, että kaikissa ikäluokissa yli 70% vastaajista luotti järjestelmään. Kaikista luottavaisimpia olivat yli 65-vuotiaat ja vanhemmat, joista noin 80% luotti terveydenhuoltojärjestelmään. Heidän jälkeensä luottavaisimpia olivat toiseksi vanhimman ikäluokan edustajat, joista noin 78% luotti järjestelmään. Jonkin verran luottamusta osoittavia oli eniten kahdessa nuorimassa ikäluokassa ja vähiten vanhemmissa ikäluokissa. Nuorimassa ja toiseksi nuorimassa ikäluokassa jonkin verran luottavaisia oli noin 22% vastaajista. Toiseksi vanhemmassa heitä oli noin 19% ja vanhimmassa noin 17% vastanneista. Vähiten luottamusta osoittivat nuorin ja toiseksi nuorin ikäluokka, joilla luottavaisten määrä oli 72-75%. Eniten epäluottamusta osoittivat nuorimmat, 16–24-vuotiaat, joista noin 6% ei luottanut terveydenhuoltojärjestelmään. Kolmella muulla ikäluokalla epäluottamusta osoittaneiden määrät olivat hieman alle 4%, vaihteluvälin ollessa vain 0.3%. Vaikka ikäryhmittäisiä eroja oli havaittavissa, ikä ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan osoitettuun luottamukseen. (Taulukko 4.)

Sukupuolten mukaisessa tarkastelussa miehet ja naiset kertoivat luottavansa terveydenhuoltojärjestelmään lähes yhtä usein. Miehistä noin 79% ja naisista noin 76% kertoi luottavansa terveydenhuoltojärjestelmään. Naisista noin 20% raportoi luottavansa järjestelmään ”jonkin verran”, kun miehistä vastaava osuus oli noin 18%. Epäluottamusta osoittavien osuus oli molemmilla ryhmillä 3-4% ja ero sukupuolten välillä oli <1%. Sukupuoli

ei näyttäytynyt tässä aineistossa tilastollisesti merkitseväenä luottamuksen suhteen. (Taulukko 4.)

Koulutustason perusteella tehdyssä taulukoinnissa sen sijaan havaittiin tilastollista merkitsevyyttä ( $p < 0.021$ ). Korkea-asteen koulutuksen suorittaneet vastaajat olivat kaikista luottavaisimpia terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Heistä noin 81% raportoi luottavansa terveydenhuoltojärjestelmään. Vastaavasti toisen asteen tutkinnon suorittaneilla luottavaisia oli noin 72% vastaajista ja perusasteen tutkinnon suorittaneista noin 76%. Jonkin verran luottamusta osoittavia oli eniten toisen asteen tutkinnon suorittaneissa (noin 23%) ja perusasteen tutkinnon suorittaneissa (noin 19%). Korkea-asteen koulutuksen saaneista noin 16% raportoi luottavansa jonkin verran terveydenhuoltojärjestelmään. Eniten epäluottamusta järjestelmää kohtaan osoittivat perusasteen ja toisen asteen suorittaneet vastaajat, joilla molemmilla epäluottavaisten osuus vastaajista oli noin 5%. Korkea-asteen koulutuksen suorittaneista alle 3% vastasi, että ei luota järjestelmään. (Taulukko 4.)

Myös vuositulojen perusteella tehty taulukointi oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0.042$ ). Kun vuosituloluokkia tarkasteltiin suurimmasta pienimpään, havaittiin, että luottamus oli korkeinta kahdessa suuremmassa tuloluokissa ja matalampaa näitä pienemmissä tuloluokissa. Kahdessa suurimmassa tuloluokassa oli eniten luottamusta osoittavia. Suurimmassa tuloluokassa järjestelmään luottavaisesti suhtautuvia oli noin 82% ja toiseksi suurimmassa kaikista tuloluokista eniten: noin 84% vastaajista. Jonkin verran luottavaisia oli suurimmassa luokassa 18% ja toiseksi suurimmassa noin 14%. Korkeimmassa tuloluokassa oli selkeästi vähiten epäluottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan osoittavia (<1%). Toiseksi suurimmassa tuloluokassa epäluottamusta järjestelmää kohtaan osoitti noin 3% vastaajista. Keskimmäiseen tuloluokkaan siirryttäessä luottamusta osoittavien määrä laski tuloluokkien välisessä tarkastellussa eniten (-11%). Keskimmäisessä tuloluokassa luottavaisia oli muutoinkin kaikista tuloluokista vähiten, eli noin 73% vastaajista. Jonkin verran luottavaisia terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli keskimmäisessä tuloluokassa noin 22% ja epäluottavaisia noin 5% vastaajista. Toiseksi pienimmässä ja pienimmässä tuloluokassa luottavaisten määrä oli hyvin tasainen: noin 75% vastaajista raportoi luottavansa terveydenhuoltojärjestelmään. Jonkin verran luottavaisia oli toiseksi pienimmässä tuloluokassa noin 22% vastaajista ja epäluottavaisia oli noin 4%. Pienimmässä tuloluokassa

jonkin verran luottavaisia oli noin 20% ja epäluottavaisia oli noin 6% vastanneista, mikä oli tuloluokittaisessa tarkastelussa suuri epäluottamusta osoittavien osuus. (Taulukko 4.)

Koettu terveys osoittautui ristiintaulukoinnissa tilastollisesti merkitseväksi ( $p < 0.001$ ). Hyväksi terveydentilansa kokevista noin 83% vastasi luottavansa terveydenhuoltojärjestelmään. Huonoksi tai kohtalaiseksi terveydentilansa kokevista näin vastasi noin 63%. Jonkin verran luottavaisia oli lähes kaksi kertaa enemmän huonoksi terveydentilansa kokevissa vastaajissa (noin 29%) kuin hyväksi terveydentilansa kokevissa (noin 15%). Myös epäluottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan osoitettiin enemmän huonoksi terveydentilansa kokevien vastaajien joukossa (8%), kuin hyväksi terveydentilansa kokevien joukossa (2%). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään, ristiintaulukointi

Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään		Luottaa %	Luottaa jnkn verran %	Ei luota %	yht. n
Ikä $p < 0.628$	16-24	72.1	22.1	5.8	104
	25-44	74.6	21.6	3.8	213
	45-64	77.9	18.5	3.5	367
	>65	79.9	16.5	3.6	309
Sukupuoli $p < 0.622$	Nainen	76.2	19.8	4.0	529
	Mies	78.8	17.8	3.4	466
Koulutus $p < 0.021$	Perusaste	76.4	18.6	5.0	161
	Toinen aste	71.6	23.3	4.8	352
	Korkea-aste	81.4	15.9	2.7	485
Vuositulot (brutto) $p < 0.042$	0-15485e/v	74.6	19.6	5.8	189
	15486-24000e/v	74.7	21.6	3.7	190
	24001-33600e/v	73.1	21.8	5.2	193
	33601-47760e/v	83.8	13.5	2.7	185
	>47760e/v	81.5	18.0	0.5	189
Koettu terveydentila $p < 0.001$	Huono tai kohtalainen	63.2	28.8	8.0	288
	Hyvä	83.1	14.9	2.0	705

Analyysia jatkettiin multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla, jolla tarkasteltiin tarkemmin selittävien muuttujien merkitystä terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvan luottamuksen osoittamiseen. Ensimmäisessä vakioimattomassa mallissa hyväksi koetun terveydentilan ( $p < 0.001$ ) ja suurimpaan vuosituloluokkaan kuulumisen ( $p < 0.05$ ) havaittiin selittävän terveydenhuoltojärjestelmään kohdistettua luottamusta (Taulukko 5).

Vakioimattoman mallin ja ristiintaulukoinnin havaintojen pohjalta luotiin toinen malli, jossa osa selittävästä muuttujista vakioitiin sekoittuneisuuden vähentämiseksi. Koulutuksella havaittiin yhteys luottamukseen ristiintaulukoinnissa, jonka vuoksi koulutusmuuttujaa käytettiin vakioinnissa. Ikä ja sukupuoli vakioitiin vakiintuneiden käytänteiden vuoksi, vaikka niillä ei aikaisemmin havaittu tilastollista merkitsevyyttä. Näin rakennetussa vakioidussa mallissa hyväksi koettu terveydentila ja suurimpaan vuosituloluokkaan kuuluminen säilyttivät yhteytensä terveydenhuoltojärjestelmään kohdistetussa luottamuksessa. Vanhimpaan ikäluokkaan kuuluminen nousi selkeästi lähemmäksi tilastollisen merkitsevyyden rajaa ( $p < 0.073$ ), kuin muut alaluokat, mutta ei siis silti ollut jatkotarkastelua ajatellen tilastollisesti merkittävä. (Taulukko 6.)

Taulukko 5. Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään (logistinen regressioanalyysi, vakioimaton)

Luottamus järjestelmään (vakioimaton)			P-arvo	95% luottamusväli	OR
Luottaa	Ikä	16-24 (ref.)	.	.	.
		25-44	0.494	0.434–5.648	1.565
		45-64	0.205	0.633–8.434	2.311
		65+	0.073	0.897–11.246	3.177
	Sukupuoli	Nainen (ref.)	.	.	.
		Mies	0.920	0.492–2.193	1.039
	Koulutus	Perusaste (ref.)	.	.	.
		Keskiaste	1.00	0.373–2.683	1.000
		Korkea-aste	0.741	0.389–3.777	1.212
	Vuositulot	0-15485e/v (ref.)	.	.	.
		15486-24000e/v	0.126	0.354–3.132	1.053
		24001-33600e/v	0.754	0.252–2.067	0.722
		33601-47760e/v	0.544	0.351–4.238	1.220
	47760+ e/v	0.926	0.617–51.090	5.615	
	Koettu terveydentila	Huono (ref.)	.	.	.
Hyvä		<b>&lt;0.001</b>	<b>2.469–11.533</b>	<b>5.336</b>	
Luottaa jonkin verran	Ikä	16-24 (ref.)	.	.	.
		25-44	0.778	0.314–4.700	1.215
		45-64	0.769	0.313–4.804	1.227
		65+	0.744	0.328–4.757	1.250
	Sukupuoli	Nainen (ref.)	.	.	.
		Mies	0.496	0.598–2.889	1.315
	Koulutus	Perusaste (ref.)	.	.	.
		Keskiaste	0.745	0.416–3.411	1.191
		Korkea-aste	0.951	0.286–3.236	0.963
	Vuositulot	0-15485e/v (ref.)	.	.	.
		15486-24000e/v	0.405	0.514–5.202	1.635
		24001-33600e/v	0.695	0.407–3.852	1.252
		33601-47760e/v	0.681	0.348–5.030	1.323
	47760+ e/v	<b>0.050</b>	<b>1.002–91.881</b>	<b>9.597</b>	
	Koettu terveydentila	Huono tai kohtalainen (ref.)	.	.	.
Hyvä		0.120	0.846–4.263	1.899	

Vertailuryhminä toimivat alaluokat merkitty taulukkoon (ref.)

Tilastollisesti merkitsevät muuttujat lihavoitu.

Nagelkerke 0.107

Taulukko 6. Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään (multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi, vakioitu)

Luottamus järjestelmään (koulutuksella, iällä ja sukupuolella vakioitu)			P-arvo	95% luottamusväli	OR
Luottaa	Ikä		<b>0.049</b>	<b>0.463–0.998</b>	<b>0.680</b>
	Sukupuoli		0.918	0.459–2.017	0.962
	Koulutus		0.633	0.518–1.493	0.879
	Vuositulot	0-15485e/v (ref.)	.	.	.
		15486-24000e/v	0.954	0.352–3.022	1.053
		24001-33600e/v	0.537	0.262–2.007	0.722
		33601-47760e/v	0.735	0.367–4.131	1.220
47760+ e/v	0.116	0.684–50.801	5.615		
Koettu terveydentila	Huono (ref.) Hyvä	.	.	.	
		<b>&lt;0.001</b>	<b>2.467–11.397</b>	<b>5.303</b>	
Luottaa jonkin verran	Ikä		0.855	0.643–1.443	1.034
	Sukupuoli		0.522	0.355–1.692	0.775
	Koulutus		0.906	0.590–1.813	1.034
	Vuositulot	0-15485e/v (ref.)	.	.	.
		15486-24000e/v	0.338	0.558–5.468	1.747
		24001-33600e/v	0.604	0.450–3.956	1.334
		33601-47760e/v	0.613	0.382–5.119	1.398
47760+ e/v	<b>0.044</b>	<b>1.060–91.574</b>	<b>9.851</b>		
Koettu terveydentila	Huono tai kohtalainen (ref.) Hyvä	.	.	.	
		0.124	0.842–4.193	1.879	

Nagelkerke 0.104

### 7.3 Luottamus lääkäreihin

Lääkäreihin kohdistuvaa luottamusta mittaavan kysymyksen viisiportaiset vastausvaihtoehdot luokiteltiin myös kolmiportaiseksi analyysin mahdollistamiseksi. Alkuperäisistä vastausvaihtoehdoista ”Täysin samaa mieltä” (25%) ja ”Samaa mieltä” (64%) yhdistettiin uuteen luokkaan ”Samaa mieltä”. ”En samaa enkä eri mieltä” (7%) vastausvaihtoehto säilytettiin alkuperäisessä muodossaan. ”Eri mieltä” (4%) ja ”Täysin eri mieltä” (<1%) vaihtoehdot yhdistettiin yhdeksi ”Eri mieltä”- luokaksi. (Taulukko 7.)

Ikäluokittaisessa tarkastelussa lääkäreihin kohdistuva luottamus oli tasaisen korkea kaikissa ikäluokissa; kaikissa ikäluokissa luottavaisten osuus vastaajista oli yli 87%. Kaikista luottavaisimpia olivat nuorimman ikäluokan edustajat, joista lääkäreihin koki voivansa luottaa hieman yli 90%. Toiseksi eniten luottavaisia oli 65-vuotiaissa ja vanhemmissa vastaajissa, joista hieman alle 90% vastasi luottavansa lääkäreihin. Eroa nuorimpaan ikäluokkaan oli tasan prosentti. Toiseksi nuorimmassa ikäluokassa noin 87% raportoi luottavansa lääkäreihin ja toiseksi vanhimmassa noin 89% vastaajista. Ei samaa tai eri mieltä raportoi olevansa noin 7% vastaajista kaikissa muissa ikäluokissa, paitsi 16-24-vuotiaissa, joista näin vastasi noin 5%. Epäluottamusta lääkäreitä kohtaan osoitettiin eniten 25–44-vuotiaiden joukossa (noin 6%) ja vähiten vanhimmassa ikäluokassa (noin 3%). Erot epäluottamuksen osoittamisen suhteen ikäluokkien väleillä olivat siis hyvin pieniä. (Taulukko 7.)

Sukupuolten välisiä eroja tarkasteltaessa havaittiin, että miehet kokivat voivansa yleensä luottaa lääkäreihin naisia useammin. Miehistä hieman yli 90% ja naisista noin 87% vastasi luottavansa lääkäreihin. Ei samaa tai eri mieltä olevia oli miehistä noin 8% ja naisista 5%. Epäluottamusta lääkäreitä kohtaan raportoi miehistä ja naisista alle molemmista alle 5%. Epäluottamusta osoittavista oli naisia noin prosentti enemmän, kuin miehiä. (Taulukko 7.)

Myös lääkäreihin kohdistuvassa luottamuksessa koulutustaso oli tilastollisesti merkitsevä selittävä muuttuja ( $p < 0.013$ ). Korkea-asteen koulutuksen suorittaneista noin 92% vastasi voivansa luottaa lääkäreihin. Perusasteen tai toisen asteen koulutuksen suorittaneilla luottamusta osoittavien osuus oli hyvin tasainen, noin 85-86% vastaajista. Ei samaa tai eri mieltä olevia oli perusasteen suorittaneista vastaajista noin 9% ja toisen asteen suorittaneista



noin 10%. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla vastaava osuus oli 4%. Epäluottavaisimpia olivat perusasteen koulutuksen saaneet henkilöt, joista noin 6% koki, että lääkäreihin ei yleensä pysty luottamaan. Toisen asteen koulutuksen saaneista epäluottamusta raportoi noin 5% ja korkea-asteen suorittaneista 4%. (Taulukko 7.)

Vuosituloluokkien mukaisessa tarkastelussa havaittiin ristiintaulukoinnissa tilastollinen merkitsevyys ( $p < 0.038$ ). Kun vuosituloluokkia tarkasteltiin suurimmasta pienimpään, havaittiin, että luottamus oli korkeampaa suuremmissa tuloluokissa ja matalampaa pienemmissä tuloluokissa. Kaksi suurinta vuosituloluokkaa osoittivat eniten luottamusta ja vähiten epäluottamusta lääkäreitä kohtaan. Suurimmassa tuloluokassa noin 95% koki voivansa luottaa lääkäreihin, noin 3% vastaajista ei ollut samaa tai eri mieltä ja 2% vastaajista ei kokenut voivansa luottaa. Toiseksi suurimmassa tuloluokassa noin 92% raportoi luottavansa, noin 5% ei ollut samaa tai eri mieltä ja noin 3% ei luottanut lääkäreihin. Keskimmäiseen tuloluokkaan (24001-33600e/v) siirryttäessä tapahtui merkittävin pudotus luottavaisten osuudessa (noin -7%). Keskimmäisessä tuloluokassa noin 85% vastaajista luotti lääkäreihin ja noin 6% ei kokenut voivansa luottaa. Keskimmäisessä ja toiseksi pienimmässä tuloluokassa ei samaa tai eri mieltä olevia oli noin 8-9% vastaajista. Toiseksi pienimmässä tuloluokassa luottavaisten osuus nousi 2% ja epäluottamusta osoittavien osuus laski 2% verrattuna edelliseen tuloluokkaan. Toiseksi pienimmässä tuloluokassa noin 88% luotti lääkäreihin ja noin 4% osoitti epäluottamusta. Pienimmässä tuloluokassa osoitettiin vähiten luottamusta lääkäreihin. Erotus oli kuitenkin keskimmäiseen tuloluokkaan nähden alle prosentin matalampi ja luottavaisten osuus pyörityi myös 85%:iin vastaajista. Ei samaa tai eri mieltä olevia oli noin 8% vastaajista ja epäluottamusta lääkäreitä kohtaan osoitti noin 7% vastaajista pienimmässä tuloluokassa. (Taulukko 7.)

Myös koetun terveydentilan perusteella tehdyssä ristiintaulukoinnissa havaittiin korkea tilastollinen merkitsevyys ( $p < 0.001$ ). Luottavaisimpia lääkäreitä kohtaan olivat erityisesti hyväksi oman terveydentilansa mieltävät vastaajat, joista noin 93% raportoi luottavansa lääkäreihin. Huonoksi terveydentilansa kokevista verrattain huomattavasti harvempi, noin 80% vastaajista, koki voivansa luottaa lääkäreihin. Huonoksi terveydentilansa kokevista noin 11% vastasi olevansa ”ei samaa tai eri mieltä”, kun hyväksi terveydentilansa kokeneista vastaava osuus oli 5%. Myös epäluottamuksen osalta erot olivat hyvin selkeitä: hyväksi

terveydentilansa kokevista epäluottamusta osoitti noin 3% ja huonoksi kokevista noin 9% vastaajista. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Luottamus lääkäreihin, ristiintaulukointi

Luottamus lääkäreihin		Luottaa %	Ei samaa tai eri mieltä %	Ei luota %	yht. n
Ikä p<0.855	16-24	90.3	4.9	4.9	103
	25-44	87.3	7.0	5.6	213
	45-64	88.5	7.1	4.4	364
	>65	89.3	7.4	3.2	309
Sukupuoli p<0.191	Nainen	87.2	8.1	4.7	530
	Mies	90.7	5.4	3.9	461
Koulutus p<0.013	Perusaste	85.2	9.3	5.6	162
	Toinen aste	85.6	9.8	4.6	348
	Korkea-aste	91.1	4.1	3.9	484
Vuositulot (brutto) p<0.038	0-15485e/v	84.7	7.9	7.4	189
	15486-24000e/v	87.8	8.5	3.7	189
	24001-33600e/v	85.4	8.9	5.7	192
	33601-47760e/v	91.8	5.4	2.7	184
	> 47760e/v	94.7	3.2	2.1	188
Koettu terveydentila p<0.001	Huono tai kohtalainen	79.4	11.1	9.4	287
	Hyvä	92.6	5.0	2.4	702

Analyysia jatkettiin multinomiaalisen logistisen regressioanalyysillä. Selittävien muuttujien vaikutuksia lääkäreihin kohdistettuun luottamukseen tarkasteltiin ensin vakioimattomalla mallilla. Kaikkien selittävien muuttujien samanaikaisessa tarkastelussa hyväksi koettu terveydentila oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0.001$ ). (Taulukko 8.)

Vakioimattoman mallin havainnon pohjalta koettu terveydentila vakioitiin toiseen malliin vuosituloilla ja koulutuksella, sillä nämä muuttujat olivat ristiintaulukoinnissa tilastollisesti merkitseviä. Sukupuoli ja ikä vakioitiin, kuten aikaisemmassakin analyysissä vakiintuneiden käytänteiden vuoksi. Vakioidussa mallissa sekoittuneisuuden minimoinnin jälkeenkin hyväksi koettu terveydentila säilyi tilastollisesti merkitsevänä. Muita tilastollisesti merkitseviä tai lähelle tilastollisen merkitsevyyden rajaa nousseita havaintoja ei tullut esille. (Taulukko 9.)

Taulukko 8. Luottamus lääkäreihin (multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi, vakioimaton)

Luottamus lääkäreihin (vakioimaton)			P-arvo	95% luottamusväli	OR
Luottaa	Ikä	16-24 (ref.)	.	.	.
		25-44	0.515	0.186–2.326	1.565
		45-64	0.995	0.280–3.596	2.311
		65+	0.354	0.510–6.578	3.177
	Sukupuoli	Nainen (ref.)	.	.	.
		Mies	0.736	0.447–1.766	0.889
	Koulutus	Perusaste (ref.)	.	.	.
		Keskiaste	0.371	0.590–4.106	1.557
		Korkea-aste	0.709	0.432–3.438	1.218
	Vuositulot	0-15485e/v (ref.)	.	.	.
		15486-24000e/v	0.469	0.521–4.126	1.466
		24001-33600e/v	0.995	0.387–2.596	0.997
		33601-47760e/v	0.242	0.621–6.573	2.021
		47760+ e/v	0.148	0.708–9.911	2.649
	Koettu terveydentila	Huono tai kohtalainen (ref.)	.	.	.
		Hyvä	<b>&lt;0.001</b>	<b>2.014–7.996</b>	<b>4.013</b>
	Ei samaa tai eri mieltä	Ikä	16-24 (ref.)	.	.
25-44			0.643	0.283–7.718	1.479
45-64			0.324	0.442–11.779	2.282
65+			0.199	0.517–14.758	2.902
Sukupuoli		Nainen (ref.)	.	.	.
		Mies	0.197	0.744–4.186	1.315
Koulutus		Perusaste (ref.)	.	.	.
		Keskiaste	0.704	0.390–4.042	1.255
		Korkea-aste	0.223	0.286–3.236	0.448
Vuositulot		0-15485e/v (ref.)	.	.	.
		15486-24000e/v	0.542	0.421–5.186	1.477
		24001-33600e/v	0.852	0.340–3.692	1.120
		33601-47760e/v	0.416	0.425–7.923	1.836
		47760+ e/v	0.561	0.306–8.862	1.647
Koettu terveydentila		Huono tai kohtalainen (ref.)	.	.	.
		Hyvä	0.134	0.819–4.489	1.917

Vertailuryhminä toimivat alaluokat merkitty taulukkoon (ref.)

Tilastollisesti merkitsevät muuttujat lihavoitu.

Nagelkerke 0.099

Taulukko 9. Luottamus lääkäreihin (multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi, vakioitu)

Luottamus lääkäreihin (iällä, sukupuolella, koulutuksella ja vuosituloilla vakioitu)			P-arvo	95% luottamusväli	OR
Luottaa	Ikä		0.088	0.536–1.044	0.748
	Sukupuoli		0.649	0.585–2.239	1.144
	Koulutus		0.825	0.644–1.737	1.058
	Vuositulot		0.260	0.649–1.124	0.854
	Koettu terveydentila	Huono tai kohtalainen (ref.) Hyvä	. <b>&lt;0.001</b>	. <b>2.079–8.120</b>	. <b>4.109</b>
Ei samaa tai eri mieltä	Ikä		0.136	0.487–1.102	0.733
	Sukupuoli		0.205	0.247–1.351	0.578
	Koulutus		0.125	0.876–2.947	1.607
	Vuositulot		0.415	0.620–1.237	0.876
	Koettu terveydentila	Huono tai kohtalainen (ref.) Hyvä	. 0.137	. 0.816–4.407	. 1.897

Nagelkerke 0.081

#### 7.4. Luottamuksen vertailu

Keskeiseksi havainnoksi analyysistä nousi esille se, että luottamus oli kaikissa viiteryhmissä ja niiden alaluokissa vähintään 8% korkeampaa lääkäreitä kohtaan, kuin järjestelmää kohtaan. Lääkäreihin kohdistuvassa luottamuksessa ja terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvassa luottamuksessa oli erityisen suuret erot nuorimmalla ikäluokalla (noin 18%) ja huonoksi terveydentilansa kokevilla (noin 16%). (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Luottamuksen erotus

		Luottaa lääkäreihin %	Luottaa terveydenhuoltojärjestelmään %	Erotus %
Ikä	16-24	90.3	72.1	18.2
	25-44	87.3	74.6	12.7
	45-64	88.5	77.9	10.6
	>65	89.3	79.9	9.4
Sukupuoli	Nainen	87.2	76.2	11
	Mies	90.7	78.8	14.5
Koulutus	Perusaste	85.2	76.4	8.8
	Toinen aste	85.6	71.6	14
	Korkea-aste	91.1	81.4	9.7
Vuositulot (brutto)	0-15485e/v	84.7	74.6	10.1
	15486-24000e/v	87.8	74.7	13.1
	24001-33600e/v	85.4	73.1	12.3
	33601-47760e/v	91.8	83.8	8
	>47760e/v	94.7	81.5	13.2
Koettu terveydentila	Huono tai kohtalainen	79.4	63.2	16.2
	Hyvä	92.6	83.1	9.5

Viiteryhmien ja niiden alaluokkien väleillä ilmeni suuria eroja lääkäreihin ja terveydenhuoltojärjestelmään kohdistetussa luottamuksessa. Analyysia päätettiin siksi jatkaa etsimällä niitä vastaajia, jotka osoittivat luottamusta lääkäreihin, mutta suhtautuivat terveydenhuoltojärjestelmään neutraalisti tai epäluottavaisesti. Tarkoituksena oli siis tarkastella luottamuksen mahdollista henkilöitymistä tarkemmin suuren luottamuserotuksen alaluokissa (Taulukko 10). Tätä varten luotiin uusi erotusmuuttuja, joka sai arvon 1 jos vastaaja koki luottamusta lääkäreitä kohtaan, mutta suhtautui terveydenhuoltojärjestelmään neutraalisti tai epäluottavaisesti. Muut vastausvaihtoehdot saivat arvon 0. Erotusmuuttuja ristiintaulukoiitiin kaikkien selittävien muuttujien kanssa. Tässä tarkastelussa koettu

terveydentila oli tilastollisesti merkitsevä khiin neliötestillä ( $p=0.004$ ). Huonoksi terveydentilansa kokevista vastaajista noin 19% ( $n=56$ ) luotti lääkäreihin, mutta osoitti epäluottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Hyväksi terveydentilansa kokevista näin koki noin 12%. ( $n=82$ ). Nuorimman ikäluokan kohdalla noin 15% ( $n=16$ ) vastaajista koki voivansa luottaa lääkäreihin, mutta ei järjestelmään ( $p=0.187$ ). Tämä viittaa siihen, että nuorimmassa ikäluokassa luottamus ei juurikaan henkilöidy juuri lääkäreihin tai lääkäriprofession ja vastaavasti epäluottamus ei kohdistu järjestelmään, huolimatta suuresta erotuksesta näiden välillä. Sen sijaan huonoksi terveydentilansa kokevilla luottamus vaikuttaisi henkilöityvän voimakkaammin juuri lääkäreihin tai lääkäriprofession. (Taulukko 10.)

## 8. Keskeiset tulokset

Tutkielman tarkoituksena oli selvittää kuinka paljon suomalaiset osoittavat luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää ja lääkäreitä kohtaan, sekä tarkastella mitkä sosioekonomiset taustatekijät ovat yhteydessä luottamuksen osoittamiseen. Vakioimattomien ja vakioitujen mallien sisäiset erot ja selitysasteet olivat hyvin pieniä. Tarkastelussa on ilmoitettu luottamusvälit vakioimattomista malleista, ellei erikseen mainita toisin.

Yleisesti ottaen vastaajat olivat hyvin luottavaisia niin järjestelmään, kuin lääkäreihinkin. Ristiintaulukoinnin perusteella erityisen luottavaisia molempiin olivat korkeakoulutetut, suurituloiset ja hyväksi terveydentilansa kokevat vastaajat, kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa on havaittu. Logistisessa regressioanalyysissä koulutuksen osalta ei tehty tilastollisesti merkitseviä havaintoja. Se sijaan suurimpaan tuloluokkaan kuulumisen ennusti pienimpään tuloluokkaan verrattuna yli viisinkertaista riskiä osoittaa luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään (luottamusvälillä 0.617–51.090) ja yli yhdeksänkertaista riskiä luottaa järjestelmään jonkin verran (1.002–91.881). Näistä jälkimmäinen oli analyysissä myös tilastollisesti merkitsevä. Myös lääkäreihin kohdistuvassa luottamuksessa korkea tuloluokka tuki luottamuksen osoittamista (OR 2.649, 0.708–9.911).

Kaikkien viiteryhmien alaluokista huonoksi terveydentilansa kokevat vastaajat osoittivat vähiten luottamusta. Huonoksi terveydentilansa kokevilla oli hyväksi terveydentilansa kokeviin verrattuna yli viisinkertainen riski osoittaa epäluottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan (luottamusvälillä 2.469–11.533) ja yli nelinkertainen riski osoittaa epäluottamusta lääkäreihin (luottamusvälillä 2.014–7.996). Koettu terveydentila oli tilastollisesti merkitsevä kaikissa malleissa luottamusta osoittavien ryhmää tarkasteltaessa.

Ristiintaulukoinnissa tai regressioanalyysissä sukupuolten väliset erot eivät nousseet merkityksellisiksi. Miehet olivat hieman luottavaisempia kuin naiset sekä lääkäreihin että terveydenhuoltojärjestelmään, mutta erot ryhmien väleillä olivat hyvin pieniä. Ikä ei myöskään ollut tilastollisesti merkityksellinen tekijä missään analyysimallissa. Korkeimpaan ikäluokkaan kuulumisen kuitenkin ennusti noin kolminkertaista riskiä suhtautua järjestelmään



luottavaisesti ja lääkäreihin neutraalisti nuorimpaan ikäluokkaan verrattuna. Korkea ikä siis tuki luottamuksen osoittamista, mutta ei merkittävästi.

Mallien selityssastetta kuvaava Negelkerke-indeksin arvo oli kaikissa malleissa suhteellisen matala, joten mallit eivät täysin luotettavasti pysty selittämään terveydenhuoltojärjestelmään tai lääkäreihin kohdistuvaa luottamusta. Parhaiten terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkäreihin kohdistuvaa luottamusta selittivät kuitenkin vakioimattomat mallit, joista terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvassa luottamuksessa selityssaste oli 10.7% ja lääkäreihin kohdistuvassa luottamuksessa 9.9%. Regressioanalyysin osalta ei kuitenkaan ole olemassa selkeää konsensusta siitä, kuinka korkea selityssaste on riittävän korkea. Mallin selityssastetta tarkasteltaessa on huomioitava, kuinka monimutkaisesta ja laajasta ilmiöstä on kyse. Esimerkiksi yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa selityssasteet nousevat harvoin yli 20 prosenttiin. Korkea selityssaste ei siis itsessään aina kerro mallin toimivuudesta, vaan ennemmin tutkimuksen kontekstista ja tutkimusasetelmasta. (Ketokivi 2015, 120.)

## 9. Yhteenveto

### 9.1 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän tutkielman tulokset ovat jatkoa aikaisemmalle terveydenhuoltojärjestelmän luottamustutkimukselle. Lisäksi tutkielman vertaileva asetelma avaa laajempaa näkökulmaa luottamustutkimukseen lääkäreiden aseman osalta.

Tutkielman tulosten perusteella terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuva luottamus oli hyvin korkeaa, vaikkakin matalampaa, kuin lääkäreihin kohdistettu luottamus. Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään on pysynyt varsin samalla tasolla verrattuna esimerkiksi FinSote-aineistoon vuosilta 2018 ja 2020, jolloin noin 80% vastaajista oli kertonut luottavansa järjestelmään (Aalto ym. 2022, 289-296.) Tämän aineiston pohjalta tehdyn tarkastelun perusteella koronapandemia tai sosiaali- ja terveystalouden työvoimapolitiittiset haasteet eivät siis olisi vaikuttaneet suomalaisten luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan.

Luottamus yhteiskunnallisena ilmiönä terveydenhuollossa on monimuotoinen ja kompleksinen ilmiö. Työvoimapolitiittiset haasteet ovat luoneet epävarmuutta esimerkiksi hoitoon pääsyn suhteen valtakunnallisesti (Kirkonpelto & Mäntyranta 2023). Vastaavasti luottamuksen ja epäluottamuksen osoittaminen ovat ihmisten luonnollisia tapoja toimia, kun jossakin tilanteessa esiintyy epävarmuutta (Zehner & Romakkaniemi 2020, 321). Tämän aineiston pohjalta tehdyssä tarkastelussa suomalaiset ovat siis terveydenhuoltojärjestelmän suhteen luottavaisia, vaikka terveydenhuoltojärjestelmän nykytilanne ei välttämättä ansaitsisi näin huomattavaa luottamusta. Tarkasteltaessa tätä havaintoa tutkielman teoreettisen taustoituksen näkökulmasta, on hyvä nostaa esiin Heinin ja Lillerankin (2020) tutkimuksessa käsitelty niin sanottu luottamuspäätös. Luottamuspäätöksellä viitataan siihen, että palveluiden käyttäjän ollessa riippuvainen palvelusta, kuten julkinen terveydenhuolto, hän voi tehdä valinnan epäluottamuksen osoittamisen tai luottamuksen osoittamisen välillä. Luottamusta voidaan siis ”päättää” osoittaa, vaikka ammattilaisten tekemiä päätöksiä ei esimerkiksi ymmärrettäisi täysin. On mahdollista, että suomalaisista moni on päättänyt tai jopa tottunut suhtautumaan julkiseen terveydenhuoltoon luottavaisesti. Ilmiö on hieman

verrattavissa jopa OECD:n raportin ”suomalaiseen paradoksiin”, jossa korkeasta luottamuksesta huolimatta kansalaiset kokevat omat vaikutusmahdollisuutensa erityisesti poliittisiin prosesseihin vähäisiksi verrattuna muihin korkean luottamuksen maihin (OECD 2019).

Lääkäriprofessio on Suomessa hyvin virkamiesmäinen ja lääkäri on tyypillisesti virkatyösuhteessa julkiseen organisaatioon. Tilanne on pysynyt vastaavanlaisena jo 1970-luvulta saakka, jolloin kansanterveyslain voimaantulo rajasi lääkäri-instituutiosta merkittävästi vapaan profession piirteitä. Monissa muissa kehittyneissä valtioissa, joissa terveydenhuoltojärjestelmä toimii vakuutus pohjaisella mallilla, lääkärit toimivat tyypillisemmin itsenäisinä ammatinharjoittajina. (Saarinen 2008; 98, 107.) Vuosikymmenten aikana vakiintunut virkamiesmäinen asema on osaltaan tukemassa lääkäriyön sitoutumattomuutta ja siten oletettavasti tukemassa myös kansan osoittamaa luottamusta lääkäreihin. Professioammattien yhteiskunnallisen aseman muuttumisesta huolimatta lääkäreihin kohdistetaan huomattavaa luottamusta, eivätkä jälkimodernille yhteiskunnalle ominaiset haasteet näy tämän aineiston tarkastelussa. Esimerkiksi O’Neillin (2018, 294) esittämät modernin yhteiskunnan haasteet valetiedon leviämisen ja asiantuntijuuden kyseenalaistamisen suhteen eivät ole saavuttaneet lääkärikuntaa vielä tämän aineiston tarkastelun pohjalta.

Tämän tarkastelun pohjalta vaikuttaisi siltä, että lääkäreihin kohdistettu korkea luottamus ei ennusta terveydenhuoltojärjestelmään kohdistettua epäluottamusta. Luottamus ei siis ole henkilöitynyt juuri lääkäreihin tai lääkäriprofessioon. Tulosten perusteella keskimäärin korkea luottamus terveydenhuoltojärjestelmään ennusti samalla vastaajalla myös korkeaa luottamusta lääkäreihin. Vastaavasti matala luottamus terveydenhuoltojärjestelmään ennusti samalla vastaajalla matalaa luottamusta lääkäreihin. Tästä poikkeuksena vaikuttaisivat olevan ne henkilöt, jotka kokevat terveydentilansa huonoksi. Tähän alaluokkaan kuulumisen ennusti luottamuksen henkilöitymistä lääkäreihin tai lääkäriprofessioon muita ryhmiä voimakkaammin. Huonoksi terveydentilansa kokevilla voisi olettaa olevan eniten kontakteja ja palveluntarvetta terveydenhuoltoon ja todennäköisimmin heihin mahtuu myös monipalveluasiakkaita. Monipalveluasiakkaille pyritään tyypillisesti järjestämään terveydenhuollossa omahoitaja-omalääkäri-tiimi, jonka seurauksena luottamus voi olla

hyvinkin yksittäisiin lääkäreihin henkilöitynyttä. Tätä tukisi se, että Suomessa ei ole tällä hetkellä kansallista yhteneväistä omalääkärimallia, vaan omalääkäriin saaminen edellyttää tyypillisesti juuri monipalveluasiakkuutta ja tarveharkintaa. (Hujala & Lammintakanen 2018, 55.) Tulosten perusteella on kuitenkin tarpeen pohtia, onko lääkäreihin osoitettu luottamus välttämättä juuri yksittäisiin lääkäreihin henkilöityvää, vai esimerkiksi yliopistoinstituutioon tai suomalaisen lääkärikoulutuksen laatuun perustuvaa luottamusta. Luottamuksen institutionaalisempaa tasoa tukisi se, että perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus avosairaanhoidon käynneillä on matalaa ja eri käyntikerroilla on yleensä eri ammattilainen vastaanottajana (THL 2023). Järjestelmä ei siis varsinaisesti tue luottamuksen henkilöitymistä yksittäisiin lääkäreihin.

Terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan osoitettu korkea luottamus on mielenkiintoinen ilmiö, sillä aineistonkeruuaikana (24.1.2021-5.4.2021) Suomessa todettiin suuret määrät uusia koronatartuntoja viikoittain, erikoissairaanhoidon kuormitus oli huomattavaa ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ilmaisi olevansa huolissaan uusista virusvarianteista. Erilaiset rajoitustoimet olivat myös laajalti käytössä. (Koronatilannekuvat 2021.) Vuoden 2021 koronatilanteen rauhoituttua viranomaiset saivat kansalaisilta hyvin negatiivista palautetta koronaviestinnästä, joka kulminoitui ristiriitaiseen viestintään Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen osalta. Esimerkiksi Yleisradio (YLE) uutisoi tammikuun 2022 lopussa, että ”luottamus voi heikentyä, jos kansa kokee, etteivät poliitikot kuuntele asiantuntijoita tai asiantuntijat poliitikoita”. Samassa uutisartikkelissa mainitaan Valtioneuvoston kansalaispulssin tuloksiin viitaten, että kansalaiset ovat luottaneet koronatiedon osalta eniten terveydenhuollon työntekijöihin. (Hyytinen 2022.) Havainto herättää pohtimaan kansalaisten näkemystä terveydenhuollon ammattilaisten ja terveydenhuoltojärjestelmän välisestä suhteesta. Tämänkin tutkimuksen tulosten perusteella terveydenhuollon ammattilaisiin (lääkäreihin) kohdistettu luottamus oli korkeampaa kuin terveydenhuoltojärjestelmään. Terveydenhuoltojärjestelmä instituutiona koetaan Suomessa suhteellisen luotettavana, mutta kuitenkin epäluotettavampana, kuin lääkärikunta. Näihin havaintoihin peilaten tutkimuksen tulokset herättävät pohtimaan, mitä terveydenhuoltojärjestelmä kansalaisille käsitteenä edustaa.

Tarkasteltaessa tuloksia sosioekonomisten erojen näkökulmasta, löydökset ovat huolestuttavia, mutta eivät yllättäviä. Luottamus terveydenhuoltojärjestelmään ja lääkäreihin oli matalinta vähiten kouluttautuneilla, vähiten tuloja saavilla ja huonoimmaksi terveytensä kokevilla vastaajilla. Terveydenhuollon ympäristössä sosiaalisen luottamuksen vahvistaminen erityisesti haavoittuvimpien ryhmien osalta on siis erittäin keskeinen nykyhetken ja tulevaisuuden haaste. Muun muassa Maunu (2014, 14) on nostanut esille jo noin vuosikymmen sitten, että: ”Jos sosioekonomisissa terveyseroissa on edes osittain kyse siitä, että joidenkin ryhmien ja yksilöiden toimijuus rakentuu sosiaalisesti hauraammaksi tai haavoittuvammaksi kuin muiden, silloin sosioekonomisia terveyseroja voidaan kaventaa vahvistamalla erityisesti haavoittuvimpien ryhmien sosiaalista luottamusta.”

## 9.2. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivista tutkimusta arvioidaan tyypillisesti validiteetin ja reabiliteetin käsitteillä. Validiteetilla viitataan monesti tutkimuksen pätevyteen ja reabiliteetilla luotettavuuteen tai toistettavuuteen. Validiteetti siis kertoo, mitataanko tutkimuksessa sitä, mitä oli tarkoitus ja reabiliteetti kertoo, miten tarkasti ilmiötä mitataan. (Vehkalahti 2014, 40-41.) Tässä tutkimuksessa luottamusta mitattiin jossakin määrin jopa standardiksi muodostuneella kysymyksellä. Tämä ratkaisu lisää tutkimuksen validiteettia erityisesti siinä luottamustutkimuksen kontekstissa, johon tämä tutkimus on osa pidempää jatkumoa. Selitettävien muuttujien osalta on otettava huomioon vastaajien eroavaisuudet sen suhteen, kuinka he mieltävät ”terveydenhuoltojärjestelmän”. Tämä käsite on osalle vastaajista voinut merkitä pääasiassa yksityisiä palveluita tai työterveyshuoltoa. Lisäksi lääkäreihin koskevan väittämän suhteen on huomioitava, että lääkäripalveluiden käyttö on Suomessa jakautunutta: suurituloiset asioivat yksityislääkärillä tai työterveydessä ja pienempituloiset julkisessa terveydenhuollossa (Manderbacka ym. 2019). Lääkäreitä koskevaan väittämään on siis oletettavasti vastattu hyvin erilaisista lähtökohdista, mikä on keskeistä huomioida aineiston tulkinnassa. Tutkimuksessa käytetyt selittävät muuttujat (ikä, sukupuoli, koulutus, vuositulo, koettu terveydentila) ovat pääasiassa demografisiksi luokiteltavia muuttujia, joiden yhteydessä reliaabeliutta alentavat satunnaisvirheet ovat hyvin harvinaisia (Alkula ym. 2002).

Kyselytutkimuksiin liittyy aina kyselyn katoa, joka on usein suurempi kuin on pystytty ennakoimaan. Erään tulkinnan mukaan 70% vastausprosenttia voidaan pitää hyvin onnistuneena. Jos sen sijaan vastanneita on alle 60% alkuperäisestä otoksesta, tulokset ovat todennäköisesti valikoituneita ja niiden tulkinta edellyttää varovaisuutta. (Luoto 2009.) Toisaalta kyselytutkimusten vastausprosentit ovat nykyisin tyypillisesti alle 50%:n suuruisia (Vehkalahti 2014, 44). Tähän tutkimukseen käytetyn aineiston vastausprosentti oli 25.1. Luku ei ole poikkeuksellinen, mutta matalahko verrattuna esimerkiksi vastaavaan ISSP:n terveys II-aineistoon vuodelta 2011, jossa vastausprosentti oli ollut 53.6. Tämän tutkimuksen aineiston edustavuuteen on siis syytä suhtautua kriittisesti, eikä tulosten pohjalta ole kannattava tehdä kovin suuria yleistyksiä. Tulokset eivät kuitenkaan taistele aikaisemman luottamustutkimuksen linjoja vastaan, joten tuloksiin voi suhtautua osittain odotettuina ja täydentävänä osana pidempää luottamustutkimuksen historiaa.

Yhteiskuntatieteelliset tutkimukset ovat tyypillisesti konteksti- ja aikasidonnaisia. (KvantiMOTV 2010). Mielipiteitä ja käsityksiä mittaavissa kyselyissä ajankohtaiset puheenaiheet ja uutisointi voi vaikuttaa voimakkaastikin vastauksiin. Tämänkin tutkielman aineiston keruu-aikaan liittyy seikkoja, jotka ovat osaltaan voineet vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Aineistonkeruu on tapahtunut alkuvuonna 2021, jolloin keskeisiä terveyspalveluihin liittyviä yhteiskunnallisia tapahtumia olivat esimerkiksi koronapandemia ja sote-uudistus. Toisaalta on hyvä huomioida, että tyypillisesti jokaista mielialasta johtuvaa satunnaisvirhettä kohden syntyy ajatukseltaan vastakkainen satunnaisvirhe (Alkula ym. 2002).

Tutkielman vahvuutena voidaan pitää analyysimenetelmää. Analyysi toteutettiin kaksivaiheisesti ensin ristiintaulukoimalla ja sitten regressioanalyysillä. Molemmat menetelmät antoivat hyvin samankaltaisia tuloksia. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi suoritettiin muuttujille sekä vakioituna että vakioimattomana, jotta selittävien muuttujien ja luottamuksen suhteesta saatiin mahdollisimman kattava kuva. Tutkielman tekemisessä on noudatettu hyviä tieteellisiä käytänteitä. Aineisto on hankittu Tietoarkistosta protokollan mukaisesti tutkimuskäyttöön. Aineistoa on käytetty vain tämän tutkielman tekemiseen. Tutkielman tekemiseen ei liittynyt erityisiä eettisiä ongelmia.

### 9.3. Luottamustutkimuksen tulevaisuus ja jatkotutkimusehdotukset

Luottamusta tarkastelevassa tutkimuksessa on havaittu ongelmia luottamuksen mittaamisen suhteen. Luottamuksen mittaamiselle ei ole olemassa yksiselitteistä tapaa, joka olisi parempi kuin muut. Ongelmat kysymysten monitulkintaisuudesta ja sosiaalisesta vinoumasta nousevat aineistojen kysymyksissä toistavasti keskeisinä haasteina. Yleistettyä yhteiskunnallista ja institutionaalista luottamusta mitattaessa tulisi jatkossa kiinnittää huomiota siihen, että luottamusmittari sisältäisi täsmennyksiä mitattavasta kohteesta. Luottamusta pitäisi myös kysyä useammalla eri tavalla ja nykyistä laajemmalla kysymyspatteristolla. (Herne 2019, 108-109.)

Tulevaisuudessa on tärkeä jatkaa luottamuksen määrän mittaamista samoilla mittareilla, jotka mahdollistavat poikkileikkausajankohtina tuotetun kvantitatiivisen tiedon keräämisen ja vertailun. Luottamus on keskeinen yhteiskunnan tilannetta kuvaava mittari, jonka muutoksia on tarpeen pystyä tarkastelemaan. Luottamuksen määrän mittaamisen lisäksi terveydenhuollon luottamustutkimusta olisi hyvä jatkaa tulevaisuudessa myös kvalitatiivisena tutkimuksena. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella olisi hyvä selvittää, miksi juuri huonoksi terveydentilansa kokevat henkilöt luottavat vähemmän sekä terveydenhuoltojärjestelmään että lääkäreihin. Heidän kokemuksiaan ja ajatuksiaan terveydenhuollossa asioinnista olisi keskeinen kartoittaa, jotta luottamuskuilua muihin väestöryhmiin voitaisi ymmärtää paremmin ja siten pyrkiä systemaattisesti kaventamaan. Kvalitatiivista tutkimusotetta voisi hyödyntää myös kartoittamaan esimerkiksi eri tuloluokissa olevien kansalaisten ajatuksia terveydenhuollon palveluista ja lääkäreistä laajemmin, kuin vain luottamuksen näkökulmasta. Tuloluokittaisessa tarkastelussa olisi mielenkiintoinen selvittää ajatuksia eri sektoreiden terveydenhuoltopalveluista ja näihin kohdistuvista ajatuksista ja kokemuksista. Esimerkiksi työterveyshuollon erityinen rooli suomalaisessa yhteiskunnassa voisi tuoda uudenlaista näkökulmaa myös luottamustutkimukseen.

Terveydenhuollon kriisin, yhteiskunnallisen polarisaation ja tämän tutkimustarkastelun perusteella olisi perusteltua arvioida, että terveydenhuoltoon ja lääkäreihin kohdistettu

luottamuksen määrä tulisi tulevaisuudessa enemmän laskemaan kuin nousemaan. Lisäksi olisi perusteltua olettaa, että nyt jo havaittavissa oleva väestöryhmittäiset eroavaisuudet luottamuksen määrän suhteen tulevat syvenemään. Hyvinvointialueiden käynnistyminen ja palvelukentän laaja murros eivät vielä näy tämän tutkimuksen tuloksissa, jonka vuoksi luottamusta mittaavia tutkimuksia olisi tärkeä tehdä tuoreemmista aineistoista, joissa nämä yhteiskunnalliset murrokset voisi olettaa jo näkyvän. Uusliberalistiset teemat terveyspolitiikassa haastavat erityisesti haavoittuvassa asemassa olevia kansalaisia, jotka kuitenkin ovat tyypillisesti eniten palveluita tarvitseva osa väestöstä (Autto 2023). Tämän vuoksi erityisesti heidän suhtautumisensa terveydenhuoltoon ja sen ammattilaisiin olisi tarpeen olla tiedossa terveystaloudellisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa.



## Lähteet

Aalto, A., Muuri, A., Ilmarinen, K. & Ikonen J. 2022. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä toimintaympäristön myllerryksessä – miten on käynyt väestön kokemalle luottamukselle? Suomalaisten hyvinvointi 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, T. (2002). Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.

Autto, J. (2023). Talouskuri tuli Suomeen. Vastapaino.

Anttila, T., Tanskanen, J., Oinas, T., Kannasoja S. (2020). Teoksessa: Mitä kuuluu vapaa-aikaan? Tutkimus, tieto ja tulkinnat (toim.) Hanifi, R., Haaramo, J. & Saarenmaa, K. [https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/184703/yeli\\_vapm\\_202100\\_2021\\_net.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/184703/yeli_vapm_202100_2021_net.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Bouckaert, G. & Van de Walle, S. (2003). Comparing measures of citizen trust and user satisfaction as indicators of 'good governance': difficulties in linking trust and satisfaction indicators. International Review of Administrative Sciences. Vol. 69 (2003), 329-343.

Bäck, M. (2019). Sosiaalisen luottamuksen merkitys ja yhteys poliittiseen luottamukseen. Poliittinen ja sosiaalinen luottamus – polut, trendit ja kuilut. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2019:31.

Eriksson, S. (2002). (Siteerattu Sirkka 1998). Teoksessa I. Pirttilä & S. Eriksson. (toim.) (2002). Asiantuntijoiden areenat. SoPhi. Jyväskylän yliopisto 2002.

Eskola, P., Tuompo, W., Riekkö, M., Timonen, M. & Auvinen, J. (2022). Hoidon jatkuvuusmalli. Omalääkäri 2.0-selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17.

FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa (2017). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Fränkkilä, M. (2013). Potilas-lääkärisuhde monien vaatimusten ristipaineissa. Erikoislääkäri 1/2013. 23. vuosikerta. <https://sely.fi/wp-content/uploads/2016/08/EL12013-22.pdf>

Gonzales, K. (2017). Trust: A Concept Analysis With Watson's Theoretical Perspective. Nursing Science Quarterly. Vol 30, Nro 4. 356-360.

Haapakoski, A. (2002). (Siteerattu Giddens 1996). Teoksessa I. Pirttilä & S. Eriksson. (toim.) (2002). Asiantuntijoiden areenat. SoPhi. Jyväskylän yliopisto 2002.

HALI ry. Hoitajapula on ratkaistavissa. <https://www.hyvinvointiala.fi/vaikutamme/sote-alan-tyovoimapula-on-ratkaistavissa/>

Hanfi, R. (2012). Sosiaalinen pääoma jakautuu epätasaisesti. STAT. [https://www.stat.fi/artikkelit/2012/art\\_2012-12-10\\_003.html](https://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_003.html)

Harisalo, R. & Miettinen, E. (2010). Luottamus, pääomien pääoma. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print (2009). Tampere 2010.

Harisalo, R. (2009). Epäluottamus organisaatioissa. Teoksessa: Johtamishaasteena muutos: kirjasto akateemisessa yhteisössä. Huotari, M. & Lehto, A. Tampere University Press 2009.

Harré, R. (1999). Democracy and trust. (toim.) Warren, M. Cambridge university press. 1999.

Heikkilä, T. (2017). Kuilu kahden maailman välillä. Alusta! Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan verkkojulkaisu. 31.10.2017. <https://www.tuni.fi/alustalehti/2017/10/31/kuilu-kahden-maailman-valilla/>

Heino, E. & Lillerank, A. (2020). Institutionaalisen luottamuksen rakentuminen – maahanmuuttajataustaiset perheet perus- ja vammaispalveluiden käyttäjänä. Sosiologia v. 57 nro 4.

Helander, V. (1993). Profiitit ja julkisvalta. Valtionhallinnon kehittämiskeskus.

Herne, K. (2019). Mitä mittaamme, kun luulemme mittaavamme luottamusta? Poliittinen ja sosiaalinen luottamus. Polut, trendit ja kuilut. Valtiovarainministeriön julkaisuja – 2019:31.

Holmberg, J., Malminen, U. & Sivac, S. (2023). Valtiovarainministeriö haluaa leikata ammattikoulutuksesta – taustalla kiistanalainen tilasto. YLE Uutiset 21.4.2023. <https://yle.fi/a/74-20028051>

Hujala, A. & Lammintakanen J. (2018). Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisanon kehittämissätiö. Julkaisu 12, 2018.

Hyvinvointialueet hakevat nyt reseptiä, jolla saisi halvalla hyvää (2023). Helsingin sanomat. Pääkirjoitus 20.3.2023. <https://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000009457168.html>

Hyytinen, T. (2022). Koronaviestintä sai kansalaisilta heikoimman arvosanan koko pandemian aikana – ”Nyt voi kuin buffetissa valita näkemykseensä sopivan asiantuntijan”. YLE uutiset 31.1.2022. <https://yle.fi/a/3-12292378>

Iisakka, L. (2004). Sosiaalinen pääoma suomalaisissa haastattelu- ja kyselyaineistoissa vuoden 1990 jälkeen. STAT. [https://www.stat.fi/org/tut/dthemes/papers/sospaaoma\\_sospaa.html](https://www.stat.fi/org/tut/dthemes/papers/sospaaoma_sospaa.html)

Ilmonen, K. & Jokinen, K. (2002). Luottamus modernissa maailmassa. Jyväskylän yliopisto.

ISSP., Melin, H. & Borg, S. (2021). International Social Survey Programme. ISSP 2021: terveys II: Suomen aineisto. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (jakaja). <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD3662>

Jokivuori, P. & Hietala, R. (2014). Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Docendo.

Jyväskylän yliopisto. (2015). Määrällinen tutkimus. 23.4.2015.  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Kajanoja, J. (2009). Sosiaalinen pääoma: yhteisöllisyyden paluuta vai henkistä väkivaltaa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):1.

Kankainen, T. (2007). Yhdistykset, instituutiot ja luottamus. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.

Kallio, J. & Hakovirta, M. (2020). Lapsiperheiden köyhyys ja huono-osaisuus. Vastapaino.  
Kankainen, T. Luottamus. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali. Jyväskylän yliopisto.  
<http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/luottamus>

Kekomäki, M. (2003). Kaikki muuttuu - jopa terveydenhuollon byrokratia. Duodecim lehti. 2003;119(19) <https://www.duodecimlehti.fi/duo93805>.

Ketokivi, M. (2015). Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. Gaudeamus.

Kinnunen, P., Koivisto, M. & Fagerström, N. (2023). Vuokralääkäreiden muhkeat palkat nostettiin tikunnokkaan. YLE Uutiset 19.10.2023. <https://yle.fi/a/74-20056009>

Kirkonpelto, T. & Mäntyranta, T. (2023). Tiekartta 2022-2027: Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. 15.2.2023. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164634>

Kivinen, T., Vanjusov, H. & Vornanen, R. (2020). Asiakkaan ääni – osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. 2020. Tampere University Press.

Kivisalmi, S. (2017). Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100743/GRADU1489138193.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Komu, M. & Hellsten, K. (2010). Luottamus ihmisiin ja luottamus instituutioihin Euroopassa. Nettityöpapereita 12/2010. Kelan tutkimusosasto.

Konttinen, E. (1991). Perinteisesti moderniin. Professionien yhteiskunnallinen synty Suomessa. Vastapaino. Tampere 1991.

Koronatilannekuvat (2021). Sosiaali- ja terveysministeriö. Koronavirusepidemiaa koskevat infot ja tilannekuvat. <https://stm.fi/korona-tilannekuvat>

Korpela, H & Korhonen A. (2023). Johtajaylihoitaja: Hoitajapula ei välttämättä näy asiakkaille, koska henkilökunta venyy todella paljon. YLE Uutiset 1.3.2023. Viitattu 21.3.2023. <https://yle.fi/a/74-20020428>

KvantiMOTV. (2009). Logistinen regressio. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/logregressio/logistinen.html>

KvantiMOTV. (2010). Kyselyaineiston dokumentointi ja raportointi. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/raportointi/raportointi.html>

Köhler, H. (2018). Lääkäri viestii, potilas oppii. Duodecim: 134 nro. 21. s.2147-54.

Lääkäriliitto (2019). Suomalaiset luottavat terveydenhuoltoon ja lääkeihin – pääsy perusterveydenhuoltoon huolestuttaa. Tiedote. 17.5.2019. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/suomalaiset-luottavat-terveydenhuoltoon-ja-laakareihin-paasy-perusterveydenhuoltoon-huolestuttaa/>

Luoto, R. (2009). Kyselytutkimuksen suunnittelu. Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98221#s6>

Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. Social Science and Medicine, 45(3), 373-81.

Mattila, M. (2021) Teoksessa: Tutkimusmenetelmien verkkokäsikirja. Tietoarkisto.

Manderbacka, K., Arffman, M., Aalto, A., Muuri, A. Kestiä, L., & Häkkinen, U. (2019). Eriarvoisuus somaattisten terveyspalveluiden saatavuudessa. THL. Suomalaisten hyvinvointi 2018.

Manderbacka, K., Muuri, A., Keskimäki, I., Kaikkonen, R. & Elovainio M. 2012. Mitä tyydyttämätön palveluntarve kertoo terveyspalveluiden saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49 4-12.

Maunu, A. (2014). Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. Ehyt katsauksia 1/2014.

Munnukka, T. (1997). Hoitamaan oppiminen ja opettaminen. Tampereen yliopisto. Tampere.

Muuri, A., Aalto, A., Manderbacka, K. & Arffman, M. (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperusta väestössä. Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137698/SH%202018\\_18%20Sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20kannatusperusta%20v%C3%A4est%C3%B6ss%C3%A4%20-%20A%20Muuri%20et%20al.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137698/SH%202018_18%20Sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20kannatusperusta%20v%C3%A4est%C3%B6ss%C3%A4%20-%20A%20Muuri%20et%20al.pdf?sequence=1)

Mölläri, K. & Marttila, T. (2022). Tilastoraportti 46/2022. THL. 20.12.2022. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145778>

M-PHOL (2022). Kuin siteerattu julkaisussa: Uitto, M., Valkama, K. & Hoffrén-Mikkola, M. (2023). Mitä on digitaalinen terveyden lukutaito? SeAMK. Verkkolehti. <https://lehti.seamk.fi/hyvinvointi-ja-luovuus/mita-on-digitaalinen-terveyden-lukutaito/>

Niemelä, H. (2015). Luottamus ja terveydenhuoltojärjestelmään. Terveystieteiden tutkinto-ohjelma. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/97488/GRADU1435149596.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nyström, S. (2017). Lääkäriin Suomi 100/36. Kunnan lääkäripalveluja kaikille – laki yleisestä lääkärihoidosta 1939/1943. Lääkärilehti. 5.5.2017. <https://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/laakaran-suomi-100-36-kunnanlaakaripalveluja-kaikille-ndash-laki-yleisesta-laakarinhoidosta-1939-1943/>

OECD (2021). Drivers of Trust in Public Institutions in Finland. 4.5.2021. <https://www.oecd.org/publications/drivers-of-trust-in-public-institutions-in-finland-52600c9e-en.htm>

O'Neill, O. (2018). Linking Trust to Trustworthiness. International Journal of Philosophical studies. 2018. Vol. 26. No. 2. 293-300.

Pekonen, O. & Pulkkinen, L. (2002). Sosiaalinen pääoma ja tieto- ja viestintätekniiikan kehitys. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta, Teknologian arviointeja 11. Julkaisu 5/2002. Helsinki: Eduskunnan kanslia.

Pennanen, P., Jansson, M., Torkki, P., Harjumaa, M., Pajari, I., Laukka, E., Lakoma, S., Härkönen H., Verho, A., Martikainen, S., Kouvonen, A. & Leskelä, R. (2023). Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:52.

Poutanen, M. (2017). Talouskuriajattelun lyhyt oppimäärä. Alusta! Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden verkkolehti, 24.

Pälve, H. (2017). "Luottamus lääkärin työssä". Teoksessa Pasternack, Amos & Puustinen, Raimo & Hallamaa, Jaana (toim.) Lääkäriprofession. 2017. Duodecim.

Saarinen, A. (2008). Ammatinharjoittajasta virkamieheksi – Suomen Lääkäriliitto ja universaalinen terveydenhuoltojärjestelmän kehitys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008: 45, 98-110.

Sintonen, H., Roine, R., Rynnänen, O., Blom, M. & Hytönen, M. (2022). Terveystieteiden mittarit valintojen tueksi. 17.1.2022. Lääkäriliitto. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/terveyshyodym-mittarit-valintojen-tueksi/>

Sote-uudistus. Uusi rakenne. 7.10.2022. <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueet->

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö (2023). Terveyspalvelut. 17.1.2023. <https://stm.fi/terveyspalvelut>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö (2022). Selvitys uudeltaisesta omalääkärimallista on valmistunut. 16.8.2022. <https://stm.fi/-/selvitys-uudeltaisesta-omalaakarimallista-on-valmistunut>

STTinfo (2023). If:n kyselytutkimus: suomalaisten luottamus julkiseen terveydenhuoltoon on laskenut selvästi. STT viestintäpalvelut 18.1.2023. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/ifin-kyselytutkimus-suomalaisten-luottamus-julkiseen-terveydenhoitoon-laskenut-selvasti?publisherId=69817318&releaseId=69962626>

Sønderskov, K. & Dinesen, P. 2015. Trusting the State, Trusting Each Other? The Effect of Institutional Trust on Social Trust. Political Behavior. Vol 38, 179-202. 2016.

Sønderskov, K. & Dinesen, P. 2014. Danish Exceptionalism: Explaining the Unique Increase in Social Trust Over the Past 30 Years. European Sociological Review. Vol 30, Issue 6, 782-795. 2014.

THL (2019). Hyvinvointi- ja terveyserot. Palvelujärjestelmä. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. 17.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma>.

THL (2020). Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyys vuonna 2020. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/perusterveydenhuollon-kayntisyys>

THL (2023). Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa 2022. Tilastoraportti 16/2023. 28.4.2023. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Terveys- ja hyvinvoinninlaki 30.12.2010/1326

Tilastokeskus (2023). Tulorekisterin palkat ja palkkiot. [https://www.stat.fi/tup/kokeelliset-tilastot/tulorekisterin\\_palkat\\_ja\\_palkkiot/index.html](https://www.stat.fi/tup/kokeelliset-tilastot/tulorekisterin_palkat_ja_palkkiot/index.html)

Tuominen, M. & Kilpi-Jakonen E. (2020). Hyvinvoinnin sosiaaliset juuret. Luokka-analyysi sosiaalisen pääoman ja hyvinvoinnin välisestä yhteydestä. Sosiologia 1/2020, 26–43.

Työ- ja elinkeinoministeriö (2021). Toimialaraportti: Sote-alalle on haasteellista houkutella työvoimaa ja pitää nykyistä kiinni – alan työoloja kehitettävä. Tiedote. 15.2.2021. <https://tem.fi/-/toimialaraportti-sote-alalle-on-haasteellista-houkutella-tyovoimaa-ja-pitaa-nykyisista-kiinni-alan-tyooloja-kehittava>

Rajamäki, T. (2023). Hoitajapula on tuplaantunut vain kahdessa vuodessa. Helsingin sanomat 3.3.2023. Viitattu 21.3.2023. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000009428238.html>

Valkama, K. (2012). Asiakkuuden dilemma – Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Artikkelikokoelma. Vaasan yliopisto.

Valtioneuvosto (2022). Lokakuun kansalaispulssi. <https://valtioneuvosto.fi/-/10616/lokakuun-kansalaispulssi-luottamus-terveydenhuoltoon-parantunut-huoli-turvallisuudesta-voimistunut>

Valtiovarainministeriö. Sote-uudistus muuttaa kuntien tehtäviä ja julkishallinnon rakenteita. <https://vm.fi/sote-uudistus>

Varanka, J., Packalen, P., Vaipio-Pulkki, L., Määttä, S., Pohjola, P., Salminen, M., Railavo, J., Berghäll, J., Rikamaa, S., Nedestöm H., & Hiitola, J. 2022. COVID-19-kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

Vartola, J. (2009). Byrokratia modernin hallinnan muotona.

Vehkalahti, K. (2014). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsingin yliopisto. 2019.

Vuorensyrjä, M., Rauta, J., Hämäläinen, E., Attila, H., Koivula, J. & Ollila, P. (2023). Poliisibarometri 2022. Sisäministeriön julkaisuja 2023:25.

Väliverronen, E. (2021). Asiantuntijuuden muutos ja luottamus instituutioihin koronakriisissä. Julkisussa Hetemäki, I., Kuusisto, A., Lähteenmäki, M. & Väliverronen, E., (toim.). Hyvä ja paha tieto. Gaudeamus. Helsinki.

Wrede, S., Olakivi, A., Fischer, N. & Sigfrids, A. (2017). Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta. Suomen lääkäriliitto

Zechner, M. & Romakkaniemi, M. (2020). Luottamus on sosiaali- ja terveyspalveluiden perusta. Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. 28.4.2020. <https://journal.fi/janus/article/view/100433/57941>

Zitting, J. (2021). Luottamus heikommassa asemassa olevien keskuudessa. Dialogi. Diakonia-ammattikorkeakoulu. 2.9.2021.