

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

LUOTTAMUS JA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

Pro gradu -tutkielma

Heidi Niemelä

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

Toukokuu 2015

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

HEIDI NIEMELÄ: Luottamus ja terveydenhuoltojärjestelmä

Pro gradu -tutkielma, 59 s., 3 liitesivua

Ohjaaja: FT Liina-Kaisa Tynkkynen

Terveystieteiden tutkinto-ohjelma

Kansanterveystiede

Toukokuu 2015

Terveydenhuoltojärjestelmän uskottava toiminta edellyttää väestön luottamusta järjestelmän tarjoamia palveluja kohtaan. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tarkoituksena on taata tasavertaiset ja oikeudenmukaiset terveyspalvelut koko väestölle. Tästä huolimatta eri väestöryhmillä on osittain eriarvoiset mahdollisuudet järjestelmän tarjoamien palvelujen käyttöön. Luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä on kuitenkin toistaiseksi Suomessa tutkittu vähän.

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitettiin, ovatko sukupuoli, ikä, maantieteellinen asuinalue, sosioekonominen asema, koettu terveys, terveydenhuollon palvelujen käyttö ja käyttäjäkokemus, sekä työterveyshuollon palvelujen käyttöoikeus ja vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Sosioekonomisen aseman osoittimina käytettiin koulutusta, tulotasoa ja työmarkkina-asemaa. Terveydenhuoltojärjestelmää tarkasteltiin kokonaisuutena, joka käsittää kuntien järjestämistä vastuulle kuuluvan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon sekä yksityiset terveyspalvelut.

Tutkimusaineistona käytettiin ISSP (International Social Survey Programme) -sarjassa vuonna 2011 kerättyä Suomen aineistoa. Aineisto (N=1263) analysoitiin SPSS 22.0 -ohjelmistolla. Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia, Pearsonin χ^2 -riippumattomuustestiä ja multinominaalista logistista regressioanalyysia.

Kaikista vastaajista 56.3 % luotti järjestelmään paljon, 32.9 % jonkin verran ja 10.8 % ei luottanut terveydenhuoltojärjestelmään. Koulutus, koettu terveys ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjäkokemus olivat yhteydessä järjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Korkea-asteen koulutuksen suorittaneet luottivat järjestelmään eniten. Koetun terveyden suhteen luottamus terveydenhuoltojärjestelmään oli sitä yleisempää, mitä paremmaksi vastaaja terveydentilansa raportoi. Saamiinsa terveydenhuollon palveluihin tyytyväiset luottivat järjestelmään enemmän kuin tyytymättömät.

Tutkimustulokset ovat pääosin yhteneviä aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa. Tämän tutkimuksen perusteella luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on melko yleistä eri väestöryhmissä. Koulutusta lukuunottamatta koettu terveys ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjäkokemus ovat tämän tutkimuksen perusteella luottamuksen kannalta merkityksellisempiä kuin yksilön ominaisuudet ja asema yhteiskunnassa.

Asiasanat: Luottamus, terveydenhuoltojärjestelmä, terveyspalvelut, terveyserot, ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema, koettu terveys

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
School of Health Sciences

HEIDI NIEMELÄ: Trust and health care system
Master Thesis, 59 p., 3 p. appendices
Supervisor: PhD Liina-Kaisa Tynkkynen
Degree Programme in Health Sciences
Public Health
May 2015

Credible performance of health care system requires trust in health services among population. The aim of the Finnish health care system is to guarantee equal access to health services to the whole population but regardless of that, there are inequalities in availability of health services between population groups. However, trust in the health care system has been examined only a little in Finland.

The aim of this master thesis was to examine whether gender, age, geographical area, socioeconomic status, self-rated health, use of health services, user experience of health services, licence to use occupational health care services and supplementary health insurance are associated with trust in the health care system. Education, income and labour force status were used as measures of socioeconomic status. The health care system was defined as an entity which consists of the municipal primary and special health care, occupational health care and private health care.

The quantitative data used in this study was collected in 2011 as a part of ISSP (International Social Survey Programme) -series in Finland. The data (N=1263) were analysed with SPSS 22.0 software. Crosstabulation, χ^2 -test and multinomial logistic regression were applied.

56.3 % of all respondents reported high trust in the health care system, 32.9 % reported some trust and 10.8 % did not trust in the system. Education, self-rated health and user experience of previously received health services were associated with trust. Highly educated trusted most in the health care system. Those who reported their health status being very good or good trusted the system more than those reporting poor health. Also those being satisfied with the treatment they had received when being last time in doctor's appointment or in hospital, trusted the system more than those being unsatisfied.

The results of this study are mainly similar to the previous studies. According to this study, trust in the health care system is quite common among different population groups in Finland. With the exception of education, self-rated health and user experience of health services seem to be more important than personal characteristics and status in the society when considering trust in the health care system.

Key words: Trust, health system, health services, health inequalities, age, gender, socioeconomic status, self-rated health

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	LUOTTAMUS	3
2.1	Luottamus käsitteenä.....	3
2.2	Luottamus instituutioita kohtaan.....	5
3	SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ	8
3.1	Palvelujen järjestäminen ja rahoitus.....	8
3.2	Terveystuoltojärjestelmän vahvuudet ja kritiikki.....	10
3.3	Terveysterot ja terveystuoltojen käyttö eri väestöryhmissä.....	12
4	LUOTTAMUS JA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ TUTKIMUKSISSA	16
4.1	Suomalaiset tutkimukset.....	16
4.2	Kansainväliset tutkimukset.....	19
4.3	Yhteenotto aiemmista tutkimustuloksista.....	21
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
6	TUTKIMUSAINIESTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	24
6.1	Aineiston kuvaus.....	24
6.2	Muuttujat.....	25
6.3	Analyysimenetelmät.....	28
7	TUTKIMUSTULOKSET	30
7.1	Muuttujien jakaumat.....	30
7.2	Ikä, sukupuoli, alue, sosioekonominen asema ja koettu terveys.....	33
7.3	Terveystuolton palvelujen käyttö ja käyttäjäkokemus.....	35
7.4	Työterveystuolto ja vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus.....	37
8	POHDINTA	41
8.1	Tulosten tarkastelu ja merkitys.....	41
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	45
8.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	48
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	50
	LÄHTEET	51
	LIITE: Tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeen kysymykset.....	60

1 JOHDANTO

Luottamus on tulevaisuuteen suuntautuva myönteinen asenne, johon liittyy usko odotusten toteutumisesta (Hall, Dugan, Zheng & Mishra 2001). Luottamus liitetään useimmiten ihmisten välisiin suhteisiin, mutta luottamusta esiintyy myös ihmisten suhteissa yhteiskunnan instituutioita, kuten terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan (Kotkavirta 2000, 57–59; Ilmonen 2005, 52). Luottamusta muita ihmisiä ja instituutioita kohtaan voidaankin pitää ilmiönä, jotka ovat yhteydessä toisiinsa, sillä instituutiot ovat ihmisten luomia ja ylläpitämiä (Sztompka 1999, 19–20; Ilmonen 2002, 140). Luottamus luo edellytyksiä ihmisten hyvinvoinnille, sillä elämästä muodostuu hyvin raskasta ilman minkäänlaista luottamusta muita ihmisiä ja instituutioita kohtaan (Kotkavirta 2000, 55–56; Ilmonen & Jokinen 2002, 12; Metteri 2003, 92). Näin ollen luottamusta tarvitaan elämään liittyvän epävarmuuden sietämiseen (Sztompka 1999, 25–26).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tarkoituksena on taata tasavertaiset ja oikeudenmukaiset terveystalvet koko väestölle (Vuorenkoski 2008, 143). Näistä tavoitteista huolimatta terveydenhuoltojärjestelmän on kuitenkin arvioitu asettavan kansalaiset eriarvoiseen asemaan palvelujen saatavuuden suhteen (esim. Keskimäki, Manderbacka & Teperi 2008, 52; Vuorenkoski 2008; 1–3; OECD 2011, 138–139). Tosiasiassa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään kuuluu kolme rinnakkaista osajärjestelmää; kuntien järjestämistä vastuulle kuuluvat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, työnantajien järjestämistä vastuulle kuuluva työterveyshuolto sekä Kansaneläkelaitoksen tukemat yksityiset terveystalvet (Vuorenkoski 2008, 1; Sosiaali- ja terveystministeriö 2014).

Kuntien järjestämistä vastuulle kuuluvien palvelujen käyttöön ovat oikeutettuja kaikki kansalaiset, mutta työterveyshuollon talvet ovat ainoastaan työssäkäyvien saatavilla. Yksityiset terveystalvet ovat koko väestön saatavilla, mutta asiakasmaksujen korkeat omavastuuosuudet rajoittavat pienituloisten mahdollisuuksia näiden palvelujen käyttöön. (Teperi & Keskimäki 2007, 281.) Terveystalvet käytössä onkin useiden tutkimusten perusteella väestöryhmittäisiä, kuten alueellisia ja sosioekonomisia eroja, jotka eivät kaikilta osin vastaa arvioituja eroja kyseisten väestöryhmien terveydentilassa (esim. Häkkinen & Alha 2006, 37; Keskimäki & Alha 2006, 48; Klavus 2010, 34; Keskimäki, Forssas, Rautiainen, Rasilainen & Gissler 2014, 202–214). Nämä erot terveystalvet käytössä ovat monisyisiä, mutta ainakin osittain niiden taustalla ovat todennäköisesti terveydenhuoltojärjestelmän rakenteisiin liittyvät tekijät (Teperi & Keskimäki 2007, 279–280).

Järjestelmän eriarvoistavista rakenteista huolimatta luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on etenkin Suomessa tutkittu vähän, ja olemassa olevat tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia. Väestön luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on kuitenkin olennaista järjestelmän toiminnan ja oikeutuksen kannalta, minkä vuoksi luottamuksen ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden ymmärtäminen on tärkeää. Hyvinvointipalvelujärjestelmän olemassaolo on helppo kyseenalaistaa, jos kansalaiset eivät luota sen instituutioihin (Metteri 2003, 92). Pohjoismaissa eri hyvinvointipalvelujärjestelmät, mukaan lukien Suomen terveydenhuoltojärjestelmä, perustuvat pitkälti laajaan veroperustaiseen rahoitukseen, joten veronmaksuhalukkuus ja tuki järjestelmälle edellyttävät luottamusta järjestelmän toimintaa ja sen tarjoamia palveluja kohtaan (Fridberg 2012, 134).

Useiden tutkimusten mukaan suomalaiset kannattavat verorahoitukseen perustuvia hyvinvointipalveluja, mutta luottamus niiden toimintaan ei kuitenkaan välttämättä ole loputonta. Erityisesti maksukykyiset väestöryhmät saattavat luottamuksen ehtyessä järjestää turvansa sairastumisen varalle vaihtoehtoisin tavoin. (Kallio 2008; Saari 2010, 43.) Terveydenhuoltojärjestelmän rahoitukseen liittyvien syiden lisäksi inhimilliseltä kannalta katsottuna on tärkeää, että ihmiset voivat luottaa saavansa tarvittaessa riittävää apua ongelmiinsa järjestelmän piiristä.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Tutkimuksessa terveydenhuoltojärjestelmällä tarkoitetaan kokonaisuutta, johon kuuluvat kuntien järjestämistä vastuulle kuuluvat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, työterveyshuolto sekä yksityinen terveydenhuolto. Tutkimuksessa selvitetään, ovatko sukupuoli, ikä, maantieteellinen asuinalue, sosioekonominen asema, koettu terveys, terveydenhuollon palvelujen käyttö ja käyttäjäkokemus, sekä työterveyshuollon palvelujen käyttöoikeus ja vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Tarkasteltavat tekijät kuvaavat sekä yksilön synnynnäisiä että hankittuja ominaisuuksia, terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja yksilön asemaa suhteessa terveydenhuoltojärjestelmään. Juuri näiden tekijöiden tarkasteluun on päädytty aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimusten perusteella. Suomessa parhaillaan suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakenneuudistuksen myötä tutkimuksen aihe on ajankohtainen.

2 LUOTTAMUS

2.1 LUOTTAMUS KÄSITTEENÄ

Luottamus (engl. trust) on hyvin moniulotteinen ilmiö, jota useimmiten tarkastellaan myönteisessä valossa (Hall ym. 2001; Ilmonen 2005, 61–62). Yleisimmissä luottamuksen määrittelyissä korostuukin käsitteen positiivinen ulottuvuus sekä tulevaisuuteen viittaava orientaatio. Luottamus voidaan määritellä asenteeksi, joka ilmenee myönteisenä suhtautumisena tuleviin tapahtumiin ja odotusten toteutumiseen (Hall ym. 2001). Luottamuksen voidaan myös nähdä olevan tulevaisuuden epävarmuutta koskeva vedonlyönti. Vedonlyönti sisältää kaksi komponenttia: uskomukset ja sitoutumisen. Luottamusta tunteva ihminen uskoo asioiden sujuvan hyvin, joten hän sitoutuu toimimaan siten kuin uskoo olevan tarkoituksenmukaista odotusten toteutumisen kannalta. Näin ollen luottamus voidaan nähdä myös voimavarana, joka auttaa kestävästi ja lievittämään elämän ja tulevaisuuden epävarmuutta. (Sztompka 1999, 20, 25–26.)

Luottamukseen epävarmuuden lievittäjänä liittyy kuitenkin riski, koska odotukset eivät aina toteudu. Myönteisestä painotuksestaan huolimatta luottamus viittaa siten myös tilanteisiin, joissa ihminen saattaa joutua pettymään. (Luhmann 1988, 97–98.) Riski ja epävarmuus eivät kuitenkaan sisälly luottamukseen itsessään, vaan luottamuksen aikaansaamaan toimintaan (Ilmonen 2005, 63). Luottamuksella saattaa näin olla kielteisiä seurauksia, koska odotusten toteutumattomuuden aiheuttaman inhimillisen pettymyksen lisäksi luottamuksen kohteena olevat tahot saattavat käyttää luottamusta hyväkseen ja jopa vahingoittaa luottamusta osoittavaa yksilöä. Tällaisessa tilanteessa luottamus itsessään ei kuitenkaan ole kielteinen ilmiö, vaan kielteiset vivahteet yhdistyvät luottamuksen ei-toivottuihin seurauksiin. (Sztompka 1999, 31.)

Luottamuksella voidaan viitata hyvin erilaisiin kohteisiin. Yleisimmin luottamus liitetään kuitenkin ihmisten välisiin suhteisiin. (Kotkavirta 2000, 59.) Ihmisten välinen luottamus voidaan jakaa vielä yleistyneeseen ja erityiseen luottamukseen. Yleistyneellä luottamuksella tarkoitetaan luottamusta tuntemattomia ja erityisellä luottamuksella luottamusta tuttuja ihmisiä kohtaan. (Iisakka 2006, 25.) Ihmissuhteiden lisäksi luottamusta esiintyy myös instituutioita, erilaisia tuotteita ja abstrakteja asioita kohtaan (Kotkavirta 2000, 57; Ilmonen 2005, 52). On kiistanalaista, voidaanko luottamus ihmisiä ja instituutioita kohtaan erottaa toisistaan vai onko niissä kyse pohjimmiltaan samasta ilmiöstä (Luhmann 1979, 52; Sztompka 1999, 42; Kotkavirta 2000, 59–60; Seligman 2000, 48; Ilmonen & Jokinen 2002, 12).

Luottamusta on määritelty myös sen kautta, mitä se ei ole ja miten se eroaa lähikäsitteistään, kuten sosiaalisesta pääomasta, tyytyväisyydestä, toivosta, uskosta ja epäluottamuksesta (Ilmonen 2002, 137). Sosiaalinen pääoma on yksilöiden ja yhteisöiden tärkeä voimavara (Kaunismaa 2000, 121). Sillä viitataan yksilöiden välisiin suhteisiin ja sosiaalisiin verkostoihin, joissa ideaalitulanteessa vastavuoroisuus ja luottamus ovat tärkeitä elementtejä (Putnam 2000, 19). Luottamus nähdään näin osana sosiaalista pääomaa ja sosiaalisen pääoman tukipilarina (Ilmonen & Jokinen 2002, 85; Kankainen 2007, 9).

Sosiaalisen pääoman lisäksi myös tyytyväisyys liittyy läheisesti luottamukseen. Tyytyväisyys saattaa ruokkia luottamusta, ja vastaavasti luottamusta tunteva ihminen on todennäköisesti tyytyväisempi kuin epäluottamusta tunteva. Keskeinen ero luottamuksen ja tyytyväisyyden välillä kuitenkin on, että luottamus suuntautuu tulevaisuuteen, kun taas tyytyväisyys heijastaa enemmän suhtautumista menneisiin tapahtumiin. (Hall ym. 2001.) Tyytyväisyyttä on kuvattu myös enemmän mielipiteeksi, kun taas luottamuksessa on pelkän mielipiteen sijaan kyse tunnepitoisemmasta tavasta suhtautua johonkin asiaan (Thom, Hall & Pawlson 2004). Menneisyyden sijaan myös toivo heijastaa luottamuksen tapaan orientaatiota tulevaisuuteen. Toivo nähdään kuitenkin passiivisena tunteena asioiden sujumisesta odotusten mukaan, eikä siihen liity aktiivista epävarmuuden tiedostamista, kuten luottamukseen. (Sztompka 1999, 24–25.) Eriävän näkemyksen mukaan luottamukseen ei liity aktiivista epävarmuuden ja riskien arviointia, vaikka ne ovat olemassa. Näin tapahtuu siksi, että luottava ihminen ei katso altistuvansa epävarmuudelle, joten luottamusta ilman riskien arviointia voidaan pitää lähinnä uskona. (Lagerspetz 1998, 225–228.)

Luottamuksen vastakohtana ajatellaan usein olevan epäluottamus, mutta luottamus ja epäluottamus voidaan vastakohtien sijaan ajatella saman janan ääripäiksi. Näin ajatellen epäluottamus on enemmän luottamuksen kääntöpuoli kuin vastakohta. Täydellinen luottamuksen tai epäluottamuksen tila vallitsee harvoin. Sen sijaan ihmiset liikkuvat luottamuksen ja epäluottamuksen välisellä janalla eri tilanteissa eri tavoin. (Harisalo 2009, 52.) Myös Luhmann (1979, 71) toteaa epäluottamuksen olevan luottamuksen toiminnallinen kääntöpuoli. Epäluottamus voi luottamuksen tapaan olla keino orientoitua tulevaisuuteen, mutta luottamuksesta poiketen siihen ei liity odotusta asioiden sujumisesta toivotulla tavalla. (Luhmann 1979, 71.)

Luottamuksen syntymisestä ja rakentumisesta on olemassa kaksi päälinjaa. Ensimmäisen mukaan luottamus on yksilön ominaisuus, joka liittyy yksilön persoonallisuuteen, luonteeseen tai demografisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin, kuten ikään sukupuoleen, sosiaaliluokkaan ja koulutukseen. Toisen näkemyksen mukaan luottamus ei ole yksilöiden vaan yhteiskuntien

ominaisuus, jota selittää yhteiskunnan institutionaalinen rakenne. (Delhey & Newton 2003.) Tämän näkemyksen mukaan vakaa yhteiskunta, jonka instituutioiden toiminta koetaan tasavertaiseksi ja oikeudenmukaiseksi kaikkia kansalaisia kohtaan, synnyttää luottamusta sekä ihmisten välille että ihmisten suhteissa yhteiskunnan instituutioihin. (Rothstein 2005, 99.) Luottamus saattaa siten muuttua yhteiskunnan muuttuvien olosuhteiden myötä (Delhey & Newton 2003).

Ihmiset tarvitsevat luottamusta voidakseen elää ja toimia yhdessä. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta on tärkeää, että ihmiset luottavat sekä toisiinsa että keskeisiin yhteiskunnan instituutioihin, koska ilman luottamusta elämästä muodostuu hyvin raskasta ja epävarmaa. Pitkällä tähtäimellä yhteiskuntien sisäinen järjestys voi perustua vain jokseenkin vakaisiin suhteisiin ja luottamukseen yhteiskunnan jäsenten välillä (Seligman 2000, 13). Jonkinasteista luottamusta voidaan siis jopa pitää sekä yksilön hyvinvoinnin että yhteiskuntien koossa pysymisen edellytyksenä (Kotkavirta 2000, 55–56; Metteri 2003, 92).

2.2 LUOTTAMUS INSTITUUTIOITA KOHTAAN

Luottamusta on sekä ihmisten välisissä suhteissa että ihmisten suhteissa yhteisöihin ja instituutioihin (Ilmonen & Jokinen 2002, 12). Instituutioiden voidaan määritellä olevan sosiaalisen järjestyksen rakenteita, jotka ohjaavat ihmisten käyttäytymistä ja ylläpitävät ihmisten toimintaan vaikuttavia sääntöjä. Instituution käsitettä käytetään monissa virallisissa ja epävirallisissa yhteyksissä, ja sillä voidaan tarkoittaa muun muassa perhettä tai avioliittoa, mutta useimmiten instituutiolla viitataan johonkin julkisen vallan organisaatioon. (Berger & Luckmann 1995, 67–70; Greif 2006, 8–10; Scott 2008, 48–49.) Tässä yhteydessä instituutiolla tarkoitetaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmää.

Useimmiten luottamus liitetään ihmisten välisiin suhteisiin. Onkin osittain kiistanalaista, voidaanko instituutioiden yhteydessä puhua luottamuksesta ja onko tämä luottamus jotenkin erilaista verrattuna ihmisiä kohtaan tunnettuun luottamukseen. (Kotkavirta 2000, 59.) Melko vahva yksimielisyys vallitsee siitä, että luottamus ihmisiä ja instituutioita kohtaan tulee erottaa toisistaan analyttisesti siten, että näitä tarkastellaan erillään toisistaan. Osa teoretikoista kannattaa kuitenkin analyttisen erottelun lisäksi näiden käsitteellistä erottamista. Käsitteellistä erottelua ovat voimakkaimmin kannattaneet Luhmann (1979) sekä Seligman (1997, 2000).

Luhmann (1979, 52) ja Seligman (1997, 21; 2000, 48) varaavat luottamuksen käsitteen ihmissuhteisiin liittyväksi ja nimittävät instituutioita kohtaan tunnettua luottamusta

luottavaisuudeksi (engl. confidence). Vielä 1970-luvulla Luhmann käytti instituutioita kohtaan tunnetusta luottamuksesta käsitettä 'systeminen luottamus' (engl. system trust), mutta myöhemmin hän ryhtyi kutsumaan instituutioita kohtaan tunnettua luottamusta luottavaisuudeksi. Hänen on kuitenkin tulkittu tarkoittaneen systeemisellä luottamuksella ja luottavaisuudella samaa asiaa. (Luhmann 1979, 52; Seligman 1997, 19.)

Sekä luottamus että luottavaisuus käsitteinä viittaavat tulevaisuuteen ja odotusten toteutumiseen, mutta ne eroavat toisistaan suhteessa ennustettavuuteen ja pettymyksen mahdollisuuteen. Luottavaisuuden katsotaan perustuvan tietoon siitä, mitä on odotettavissa, eikä luottavainen henkilö siksi ota huomioon riskiä ja pettymyksen mahdollisuutta. Luottamuksen taas ei nähdä perustuvan tietoon, joten sitä tarvitaan tilanteissa, joissa ennustettavuus päättyy. Tämän epävarmuuden vuoksi luottamusta tunteva ihminen tiedostaa myös toimintaan liittyvän riskin ja pettymyksen mahdollisuuden. (Luhmann 1988, 97–98; Seligman 1997, 21; 2000, 48.) Epävarmuudesta huolimatta myös luottamuksen voidaan katsoa perustuvan ainakin jossain määrin kohteen tuttuuteen tai mielikuvaan. Ilman minkäänlaista mielikuvaa kohteesta luottamus ei ole mahdollista. (Luhmann 1979, 20.)

Myös Ilmonen (2005, 52–53) on osittain viitannut luottamuksen ja luottavaisuuden käsitteelliseen erotteluun. Hän ei kuitenkaan ole erottelussaan yhtä jyrkkä kuin Luhmann ja Seligman, vaan pitää luottavaisuutta enemmän yhtenä luottamuksen tyyppinä kuin täysin erillisenä ilmiönä ja käsitteenä (Ilmonen 2005, 52–53). Lagerspetz (1998, 225) puolestaan on käyttänyt käsitteitä varsinainen luottamus ja tekninen luottamus, joista varsinainen luottamus liittyy ihmissuhteisiin ja tekninen luottamus persoonattomiin kohteisiin, kuten instituutioihin. Instituutioita kohtaan tunnetun luottamuksen teknisyyttä on korostanut myös Giddens (1990, 80), jonka mukaan ihmisten välinen luottamus perustuu vastavuoroisuuteen, mutta luottamuksessa instituutioihin ei esiinny vastavuoroisuutta, joten se on luonteeltaan teknisempää.

Kotkavirta (2000, 59–60) kritisoi näkemyksiä, joiden mukaan luottamus instituutioita kohtaan on teknistä, eikä siinä ole ihmissuhteiden tapaan sijaa vastavuoroisuudelle ja tunteille. Myös ihmisten suhteet instituutioihin voivat olla tunnepitoisia ja merkittäviä yksilön hyvinvoinnin sekä identiteetin kannalta, sillä instituutioilla voi olla yksilön hyvinvointia edistäviä ja estäviä vaikutuksia. Suhde voi vallita myös toisin päin, koska instituutiot ovat ihmisten luomia ja ylläpitämiä rakenteita. Kotkavirta pitääkin ihmisiä ja instituutioita kohtaan tunnetun luottamuksen täydellistä erottamista mielivaltaisena ja liian jyrkkänä. (Kotkavirta 2000, 59–60.) Myös Sztompka (1999, 19–20) vastustaa ihmisiä ja instituutioita kohtaan tunnetun luottamuksen käsitteellistä erottamista, koska

hänen mukaansa luottamus viittaa aina muihin ihmisiin. Näin on siitäkin huolimatta, että luottamus saattaa kohdistua ihmisen lisäksi instituutioon tai muuhun persoonattomaan kohteeseen, sillä myös nämä ovat yleensä ihmisten luomia. Tämän vuoksi luottamus toiseen ihmiseen ja instituutioon eivät eroa toisistaan radikaalisti. (Sztompka 1999, 42.)

Luottamuksen ja luottavaisuuden väliseen problematiikkaan liittyvät läheisesti Harren (1999) esittelemät ansaitun ja annetun luottamuksen käsitteet. Ansaittu luottamus syntyy ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, mutta annettu luottamus syntyy esimerkiksi jonkin ammattikunnan institutionaalisen aseman kautta. Luottamuksessa lääkäriä kohtaan saattaa olla kyse hyvän hoitosuhteen kautta syntyneestä luottamuksesta lääkärin henkilöä ja persoonaa kohtaan, mutta myös luottamuksesta (tai luottavaisuudesta) lääketiedettä ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, joten ansaittua ja annettua luottamusta on hankala täysin erottaa toisistaan. (Luhmann 1979, 52–58; Harre 1999, 259–261; Ilmonen & Jokinen 2002, 12.) Luottamuksen ja luottavaisuuden erottamista kannattavista näkemyksistään huolimatta myös Seligman myöntää ongelmallisuuden ihmisiä ja instituutioita kohtaan tunnetun luottamuksen erottamisessa. Ansaittuun ja annettuun luottamukseen liittyvien seikkojen lisäksi ongelmallisuus aiheutuu siitä, että luottavaisuuden nähdään perustuvan tietoon. Luottavaisuus instituutioita kohtaan ei kuitenkaan aina perustu tietoon ja ennustettavuuteen, vaan tällaisessa tilanteessa tarvittaisiin itse asiassa luottamusta. (Seligman 2000, 48; 1997, 21).

Luottamuksen ja luottavaisuuden erojen sijaan Ilmonen ja Jokinen (2002, 86–90) kiinnittävät huomiota niiden yhtäläisyyksiin. Yhtäläisyydet tulevat esiin erityisesti silloin, kun keskitytään luottamuksen kohteen sijaan sen sisältöön. Silloin havaitaan, että sekä luottamus että luottavaisuus viittaavat tulevaisuuteen. (Ilmonen & Jokinen 2002, 86–90.) Ihmisiä ja instituutioita kohtaan tunnetun luottamuksen voidaankin ajatella olevan ilmiöitä, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Luottamus muihin ihmisiin toimii parhaiten institutionaalisesti vakaassa yhteiskunnassa, koska luottaminen myös muihin ihmisiin on helpompaa, jos julkisen vallan organisaatiot koetaan toimintamalleiltaan vakiintuneiksi ja oikeudenmukaisiksi. (Ilmonen 2002, 140; Rothstein 2005, 99.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan instituutiota, terveydenhuoltojärjestelmää, kohtaan tunnettua luottamusta. Vaikka luottamuksen ja luottavaisuuden erottaminen on osittain kiistanalaista, aikaisemmissa tutkimuksissa on vakiintuneesti käytetty luottamuksen käsitettä instituutiotutkimuksen yhteydessä. Näin ollen myös tässä tutkimuksessa käytetään luottamuksen käsitettä.

3 SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

3.1 PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN JA RAHOITUS

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä koostuu kuntien järjestämisvastuulle kuuluvista perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta, työnantajien järjestämisvastuulla olevasta työterveyshuollosta ja Kansaneläkelaitoksen (Kela) tukemista yksityisistä terveystalouksista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Näin ollen Suomen terveydenhuoltojärjestelmään kuuluu itse asiassa kolme rinnakkaista osajärjestelmää (Vuorenkoski 2008, 1). Perustuslain (11.6.1999/731) mukaan julkisen vallan on turvattava koko väestölle riittävät sosiaali- ja terveystaloukset. Tämän lisäksi terveydenhuoltolakiin (30.12.2010/1326) on kirjattu tavoite kuntien järjestämisvastuulle kuuluvien terveystalouksien tasavertaisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) edellyttää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus terveydentilansa edellyttämiin terveystalouksiin niissä rajoissa, joihin terveydenhuollon käytössä olevat resurssit riittävät.

Tarkemmin kunnallisten terveystalouksien järjestämisvastuusta säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa. Kansanterveyslaki (28.1.1972/66 / 21.3.1997/248) velvoittaa kuntia järjestämään asukkailleen perusterveydenhuollon palvelut joko itsenäisesti tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Erikoissairaanhoidon järjestetään kuntayhtymien hallinnoimissa sairaanhoitopiireissä, joten erikoissairaanhoidon järjestämistä varten kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Erityisen vaativan erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaanhoitopiirit on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen, joissa kussakin hyvin vaativat erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan yliopistosairaalassa. (Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062 / 30.12.2010/1328.)

Kiireellistä hoitoa on annettava aina asuinkunnasta riippumatta. Sen sijaan asuinkunta on pitkään määrittänyt yksilön oikeutta ja mahdollisuuksia saada kiireettömiä kunnallisia terveystalouksia. Vuoden 2014 alusta lähtien henkilöllä on kuitenkin ollut mahdollisuus valita perusterveydenhuollon terveystalouksen oman asuinkunnan ulkopuolelta. Valinnanvapaus koskee myös kuntien järjestämän erikoissairaanhoidon palveluja, mutta erikoissairaanhoidon hoitopaikan valinta on tehtävä tarkoituksenmukaisesti yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Työterveyshuollon järjestämisvastuusta säädetään työterveyshuoltolaissa. Työnantajalla on laissa säädetty velvollisuus järjestää työntekijöilleen ennaltaehkäisevät työterveyshuollon palvelut työstä

johtuvien terveyshaittojen välttämiseksi, mutta sairaanhoitopalvelujen järjestäminen on vapaaehtoista. Vain itsensä työllistävälle yrittäjälle työterveyshuollon järjestäminen on vapaaehtoista. (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.) Työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä on noin 86 % palkansaajana toimivasta työvoimasta. Palkansaajista työterveyshuolto puuttuu useimmiten pienten työnantajien palveluksessa olevilta. (Kansaneläkelaitos 2014a, 10.)

Yksityiset terveystalot täydentävät kuntien järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja ja työterveyshuoltoa. Yksityiset palveluntuottajat voivat myydä palvelujaan kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Laissa yksityisestä terveydenhuollosta (9.2.1990/152) säädetään tarkemmin yksityisten palveluntuottajien oikeudesta palvelujen järjestämiseen sekä velvollisuuksista palveluja järjestettäessä.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on järjestämistavaltaan kansainvälisessä tarkastelussa omaleimainen. Omaleimaisuus liittyy vahvaan kunnalliseen järjestämisvastuuseen ja toisaalta rinnakkaisten palvelujärjestelmien olemassaoloon. Rinnakkaisuus korostuu erityisesti perusterveydenhuollossa, jossa kunnallisen järjestelmän lisäksi palveluja tuotetaan työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla. (Manderbacka ym. 2007, 181; Keskimäki ym. 2008, 51–52.) Järjestämistapansa lisäksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus on kansainvälisessä vertailussa poikkeuksellinen monikanavaisuutensa vuoksi (Keskimäki ym. 2008, 51).

Terveydenhuoltojärjestelmän eri osia rahoitetaan pääasiassa valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 14). Vuonna 2012 erikoissairaanhoidon menot olivat noin kolmannes terveydenhuollon kokonaismenoista, perusterveydenhuollon menot noin 18 %, työterveyshuollon menot noin 8 % ja julkisesta sairausvakuutuksesta korvatut yksityisten terveystalujen menot noin 16 %. Loput terveydenhuollon menoista koostuivat vanhusten laitoshoidosta, suun terveydenhuollosta, lääkkeitä, hoitolaitteista, matkakuluista ja investointikuluista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 2.)

Järjestelmän monikanavaisen rahoituksen lähteet voidaan karkeasti jakaa kahteen osaan: verotuloihin ja pakollisiin vakuutusmaksuihin. Kunnat rahoittavat järjestämisvastuulleen kuuluvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut itse keräämillään verotuloilla sekä valtiolta saatavilla valtionosuuksilla, jotka valtio pääosin rahoittaa keräämillään verotuloilla. Myös kuntien järjestämisvastuun ulkopuolelle kuuluvia palveluja rahoitetaan osittain julkisin varoin. Työnantajille

aiheutuvista työterveyshuollon järjestämiskuluista Kela korvaa osan kanavoimalla tähän tarkoitukseen pakollisilla vakuutusmaksuilla kerättyjä varoja. (Vuorenkoski 2008, 43.) Myös yksilön itsenäisesti hankkimista yksityisistä terveysterveyspalveluista maksetaan osittainen korvaus Kelan sairausvakuutusjärjestelmän kautta, jonka piirissä ovat kaikki Suomessa vakituisesti asuvat henkilöt (Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224). Yleisimmin yksityisten terveysterveyspalvelujen käytöstä maksetaan korvauksia 55–74-vuotiaille. Alaikäisistä alle 7-vuotiaiden lasten palvelujen käyttöä korvataan eniten. (Kansaneläkelaitos 2014b, 121.) Yksityisiä palveluja käytettäessä asiakkaan omavastuuosuus kuluista jää Kelan korvauksesta huolimatta korkeaksi (Kauppinen & Niskanen 2005, 85). Yksityiset vakuutusyhtiöt tarjoavat kuitenkin vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia, jotka korvaavat yksityisten terveysterveyspalvelujen käyttöä laajemmin kuin Kelan järjestelmä. Suomalaisista aikuisista noin 23 %:lla ja lapsista 52 %:lla on vapaaehtoinen vakuutus. (Valtonen, Kempers & Karttunen 2014, 9–10, 18.)

3.2 TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN VAHVUUDET JA KRITIIKKI

Monet Suomen terveydenhuoltojärjestelmän, erityisesti kuntien järjestämisvastuulle kuuluvien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, ominaisuudet tukevat lainsäädäntöön kirjattua periaatetta tasavertaisista ja oikeudenmukaisista terveysterveyspalveluista. Näinä ominaisuuksina voidaan pitää terveydenhuoltojärjestelmään laajaa verorahoitteisuutta, alueellista kattavuutta, koko väestön oikeutta käyttää kunnallisia terveysterveyspalveluja ja kohtuullisia asiakasmaksuja. (Manderbacka ym. 2007, 179.) Nämä piirteet ovat tyypillisiä pohjoismaiselle hyvinvointivaltiomallille, johon liittyy universalismin periaate (Anttonen & Sipilä 2012, 160–163). Tämän periaatteen mukaan koko väestö on oikeutettu käyttämään hyvinvointipalveluja varallisuus- ja tulotasosta riippumatta (Julkunen 2007, 43). Pohjoismainen hyvinvointivaltiomalli onkin usein yhdistetty luottamukseen yhteiskunnassa sekä ihmisten välillä että suhteessa palvelujärjestelmään (Rothstein 2000, 226–227).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on universaali kuitenkin vain siinä mielessä, että kaikki kansalaiset ovat oikeutettuja käyttämään kuntien järjestämisvastuulle kuuluvia terveysterveyspalveluja (Anttonen & Sipilä 2012, 163). Tasavertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden kritiikki kohdistuu erityisesti perusterveydenhuoltoon, jossa palveluja tuotetaan kolmen rinnakkaisen järjestelmän kautta, mutta näiden järjestelmien tarjoamien palvelujen käyttöön ihmisillä on eriarvoiset mahdollisuudet (Keskimäki ym. 2008, 52).

Kuntien järjestämistä kuuluva perusterveydenhuolto on vähitellen näivettynyt erikoissairaanhoidon rinnalla lisäresurssien valuessa pääasiassa erikoissairaanhoidon, mikä on johtanut ongelmiin palvelujen saatavuudessa (Keskimäki ym. 2008, 53). Myös kuntien järjestämän perusterveydenhuollon palvelujen käytöstä perittävien asiakasmaksujen kohtuullisuutta voidaan osittain kyseenalaistaa. Osa palveluista on maksuttomia, mutta esimerkiksi terveyskeskuslääkärikäynneistä peritään asiakasmaksu. Pienituloisen asiakkaan kannalta asiakasmaksu on arvioitu korkeaksi ja kaikkein heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevilla jopa palvelujen käyttöä estäväksi tekijäksi. (Manderbacka ym. 2007, 192; Teperi & Keskimäki 2007, 281.)

Työterveyshuollon toimivuutta pidetään yleisesti erittäin hyvänä, koska palvelut ovat käyttäjälle maksuttomia ja niiden saatavuus on hyvä. Työterveyshuollon palvelut ovat kuitenkin ainoastaan työssäkäyvien saatavilla. (Teperi & Keskimäki 2007, 280–283; Blomgren & Hiilamo 2012, 82–83.) Yksityisten terveystalujen eduksi voidaan katsoa, että ne laajentavat erityisesti maksukykyisten asiakkaiden mahdollisuuksia hankkia terveystaluja (Vuorenkoski 2008, 33–34). Yksityisten palvelujen käyttäjän maksettavaksi jäävä osuus hoitokuluista rajaa kuitenkin pienituloiset pitkälti näiden palvelujen ulkopuolelle, eikä pienituloisilla usein ole taloudellista mahdollisuutta vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen (Teperi & Keskimäki 2007, 281).

Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden kannalta on ongelmallista, että keskimääräistä huonompi terveydentila on yhteydessä esimerkiksi matalaan koulutustasoon, pienituloisuuteen ja työttömyyteen. Kuitenkaan juuri näillä väestöryhmillä ei usein ole mahdollisuutta hankkia tarvitsemiaan palveluja kunnallisen järjestelmän ulkopuolelta, jos palvelujen saatavuudessa kunnallisessa perusterveydenhuollossa on ongelmia. (Teperi & Keskimäki 2007, 279–280.) Perusterveydenhuollon eriarvoisuus saattaa tätä kautta heijastua myös erikoissairaanhoidon, jonka palvelujen käyttö edellyttää pääsääntöisesti lähetettä. Työssäkäyvillä ja hyvätuloisilla on työttömiä ja pienituloisia paremmat mahdollisuudet saada lähete työterveyslääkärin tai yksityislääkärin kautta. (Teperi & Keskimäki 2007, 283; Blomgren & Hiilamo 2012, 82–83.)

Vaikka alueellista kattavuutta voidaan jossain määrin pitää Suomen terveydenhuoltojärjestelmän vahvuutena, järjestelmän toiminnan on kritisoitu olevan hajanaista. Maailman talousjärjestö OECD on Suomen terveydenhuoltojärjestelmää arvioidessaan kiinnittänyt huomiota erityisesti kunnille hajautettuun palvelujen järjestämistä vastuuseen. Vahvan hajauttamisen on epäilty aiheuttavan alueellisia eroja palvelujen määrässä ja laadussa. (OECD 2005, 65–66.) Vaikka palveluja olisi alueellisesti kattavasti saatavilla, niiden sisältö ei välttämättä ole tasalaatuisia (Blomgren & Hiilamo

2012, 83). Kuntien velvoitteesta riittävien palvelujen järjestämiseen säädetään laissa, mutta siinä ei tarkoin määritellä, mitä riittävillä palveluilla tarkoitetaan (OECD 2005, 65–66). Näin julkisen vastuun rajat terveystalouden järjestämisessä jäävät osittain tulkinnanvaraisiksi (Vuorenkoski & Saarni 2006, 36). Kuntien järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen ulkopuolella alueellista kattavuutta rajoittaa se, että yksityiset terveystaloudet ovat pääsääntöisesti keskittyneet suuriin asutuskeskuksiin. Haja-asutusalueella palveluihin hakeutuminen saattaa olla hankalaa palveluntuottajien vähäisyyden vuoksi, vaikka yksilöllä olisi maksukykyä. (Blomgren & Hiilamo 2012, 83.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuva kritiikki voidaan tiivistää siten, että palvelujen saaminen on hitaampaa, epävarmempaa ja kalliimpaa niille väestöryhmille, jotka ovat kaikkein sairaimpia. Näillä väestöryhmillä palvelujen tarve on suurin, mutta heillä on muita heikommät mahdollisuudet hankkia niitä. (Blomgren & Hiilamo 2012, 82.) Terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuden kannalta perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus on keskeistä, koska nämä palvelut toimivat reittinä muihin terveydenhuollon palveluihin. Hyvin toimiva perusterveydenhuolto on avain oikeudenmukaiseen terveydenhuoltojärjestelmään. (Keskimäki ym. 2008, 53.)

3.3 TERVEYSEROT JA TERVEYSTALOUDELLIEN PALVELUJEN KÄYTTÖ ERI VÄESTÖRYHMISSÄ

Tasavertaisen ja oikeudenmukaisen terveydenhuoltojärjestelmän tavoite on Suomessa, kuten useimmissa muissa länsimaissa konkretisoitu siten, että kaikilla tulisi olla yhtäläiset mahdollisuudet saada tarvitsemiaan terveystaloudeja (Black & Mooney 2002; Calltrop & Larivaara 2009, 214). Tällöin oikeudenmukaisuuden kriteerinä pidetään palvelun tarvetta, joka määritellään yksilön terveydentilan kautta. Oikeudenmukaisesti toimivassa terveydenhuoltojärjestelmässä väestöryhmien välillä mahdollisesti esiintyvät erot palvelujen käytössä selittyisivät siten eroilla kyseisten ryhmien terveydentilassa. (Teperi & Keskimäki 2007, 276–278.)

Terveyseroja ja terveystaloudeiden käyttöä eri väestöryhmissä on Suomessa tutkittu ainakin ikäryhmittäin, sukupuolittain, alueittain, siviilisäädyn mukaan, etnisen ryhmän mukaan ja sosioekonomisesta näkökulmasta tarkasteltuna (esim. Martelin, Koskinen & Lahelma 2005, 266–276; Malin & Gissler 2006, 115–133; Nguyen, Sauni, Koponen, Alha & Häkkinen 2012, 170–175). Näiden tekijöiden avulla saadaan tietoa muun muassa henkilön elinkaaresta ja asemasta

yhteiskunnassa (Alastalo 2005, 190–192). Mainituista ryhmistä siviilisäätyny ja etnistä taustaa ei käsitellä tässä tutkimuksessa.

Kyseisten väestöryhmien välillä on eroja sekä terveydentilassa että terveystalvelujen käytössä. Terveydentilan mittarina tutkimuksissa on yleisimmin käytetty kuolleisuutta, elinajanodotetta, sairastavuutta, koettu terveyttä ja terveitä elinvuosia (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 128–131). Nämä mittarit kuvaavat terveydentilaa lähinnä objektiivisesta näkökulmasta, mutta koettu terveys kuvaa ennen kaikkea terveydentilan subjektiivista ulottuvuutta. Koettu terveys tarkoittaa yksilön itse ilmoittamaa käsitystä omasta terveydentilastaan, ja sen on tutkimuksissa todettu ennustavan hyvin esimerkiksi kuolleisuutta ja terveystalvelujen käyttöä. (Rahkonen ym. 2007, 65.)

Sekä väestöryhmien välisiä terveyseroja että eroja terveystalvelujen käytössä on Suomessa pääasiassa tutkittu erilaisten rekisteriaineistojen ja kyselytutkimusten avulla (Manderbacka ym. 2006, 42; Prättälä ym. 2007, 15). Osittain erot terveydentilassa ja terveystalvelujen käytössä heijastavat ikä- ja sukupuolisidonnaisia asioita sekä todellisia eroja palvelun tarpeessa. Terveyseroista ja terveyden eriarvoisuudesta puhuttaessa viitataan kuitenkin epäoikeudenmukaiseen terveyden vaihteluun. Tällaiset terveyserot eivät selity pelkästään ihmisen omien valintojen tai biologisen perimän seurauksena, joten terveyseroja ajatellaan olevan mahdollista kaventaa. (Martelin ym. 2005, 274; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 22.)

On yleisesti tiedossa, että nuoret ikäryhmät ovat vanhempia terveempiä, mikä selittyy pääosin biologisilla lainalaisuuksilla. Nuoret ikäryhmät käyttävät myös terveystalveluja vanhempia ikäryhmiä vähemmän. (Martelin ym. 2005, 267.) Sukupuolittain tarkasteltuna naiset elävät miehiä pidempään, vaikka naiset raportoivat herkemmin erilaisia oireita ja käyttävät kokonaisuudessaan miehiä enemmän terveystalveluja. Naisten runsaampi palvelujen käyttö selittyy osittain raskauksiin ja synnytyksiin liittyvillä syillä sekä naisten korkeammalla eliniällä, mutta myös naisten hoitohakeutumisasiivisuudella on epäilty olevan osuutta asiaan. Biologisten lainalaisuuksien lisäksi sukupuolten väliset terveyserot ja erot palvelujen käytössä ilmentävät todennäköisesti myös osittain sukupuoleen sidottuja kulttuurisia käsityksiä terveydestä. (Hemminki, Luoto & Gissler 2006, 56; Riska 2011, 60, 72.)

Alueittain tarkasteltuna Itä- ja Pohjois-Suomessa sairastavuus ja ennenaikainen kuolleisuus ovat perinteisesti olleet suurempia kuin Etelä- ja Länsi-Suomessa (Karvonen 2011, 107–108). Terveystalvelu 2000 ja 2011 -tutkimusten aineistojen perusteella pitkäaikaissairastavuus on kuitenkin 2000-luvulla

vähentynyt kauttaaltaan koko Suomessa. Edelleen tervein väestö asuu Etelä-Suomessa ja sairain Itä-Suomessa, kun Länsi- ja Pohjois-Suomessa sairastavuus on keskitasoa. (Martelin, Karvonen, Linnanmäki, Prättälä & Koskinen 2012, 207–209.) Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelujen käytössä esiintyy myös jonkin verran alueellisia eroja, jotka saattavat osittain heijastaa paitsi todellisia palveluntarpeen eroja, myös palvelujen alueellista saatavuutta, alueellisesti erilaisia hoitokäytänteitä ja hoitoonhakeutumisasiivisuutta (Kaikkonen ym. 2014, Keskimäki ym. 2014, 202–214).

Terveyskeskuslääkärikäynnit ovat painottuneet Itä-Suomeen, mutta yksityislääkärikäyntejä on eniten Etelä- ja Länsi-Suomessa. Terveyskeskuslääkäripalvelujen riittämättömyyttä on raportoitu Etelä-, Pohjois- ja Itä-Suomessa Länsi-Suomea enemmän. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna sairaalahoitajaksoja on eniten Pirkanmaalla ja osissa Itä-Suomea. Vähiten toteutuneita sairaalahoitajaksoja on Uudellamaalla ja osissa Länsi-Suomea. Myös joissakin kirurgisissa toimenpiteissä, kuten keisarinleikkauksissa ja sepelvaltimotoimenpiteissä, on havaittu alueellisia eroja. (Keskimäki ym. 2014, 202–214.)

Sosioekonomisiin terveyseroihin on 1980-luvulta lähtien kiinnitetty enenevästi huomiota (Sihto, Palosuo & Linnanmäki 2007, 198). Sosioekonomisen aseman osoittimina käytetään yleisimmin koulutustasoa, ammattiasemaa ja tulotasoa sekä hieman harvemmin työmarkkina-asemaa. Eri osoittimet kuvaavat sosioekonomista asemaa eri tavoin. Koulutus kuvaa aineettomia resursseja, kuten tietoja ja taitoja. Ammattiaseman katsotaan ilmentävän yksilön asemaa yhteiskunnan hierarkiassa. Ammattiasema perustuu ammattien luokitteluun, joten se ilmentää eri ammattiryhmille tyypillisiä organisaatorakenteita ja työskentelyolosuhteita. (Lahelma & Rahkonen 2011, 47–48.) Tulot puolestaan kuvaavat sosioekonomisen aseman aineellista puolta (Kauhanen ym. 2013, 265–266). Työmarkkina-aseman perusluokittelussa väestö jaetaan työllisiin, työttömiin ja työvoimaan kuulumattomiin, joita ovat esimerkiksi eläkeläiset ja opiskelijat (Tilastokeskus 2014).

Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat ovat terveempiä kuin heikommassa asemassa olevat (esim. Prättälä ym. 2007, 15; Talala ym. 2014). Kuitenkin heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät terveyspalveluja vähemmän kuin hyvässä asemassa olevat. Perusterveydenhuollon palveluista erityisesti työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen käyttö on painottunut korkeasti koulutettuihin ja ylimpiin tuloryhmiin. Kunnallisen perusterveydenhuollon terveyskeskuslääkärikäynnit ovat jonkin verran painottuneet matalammin koulutettuihin ja alempiin tuloryhmiin, mutta tästä huolimatta näillä ryhmillä palvelujen käyttö ei vastaa arvioitua palvelun tarvetta. (Häkkinen & Alha 2006, 37; Klavus 2010, 34.)

Erikoissairaanhoidossa useissa kirurgisissa toimenpiteissä, kuten sepelvaltimotoimenpiteissä ja kohdunpoistoissa, on ollut pitkään sairastavuutta vastaamattomia sosioekonomisia eroja. Nämä erot ovat vuosituhannen taitteessa ja 2000-luvulla jonkin verran kaventuneet tai hävinneet kokonaan, mutta erityisesti sepelvaltimotoimenpiteissä on edelleen havaittavissa sosioekonomisia eroja. (Manderbacka, Arffman & Keskimäki 2014; Vehko 2014, 50.) Sen sijaan ei-toimenpiteellisiä erikoissairaanhoidon sairaalahoitajaksoja on enemmän pienituloisilla, mikä vastaa melko hyvin arvioitua palveluntarvetta (Manderbacka ym. 2014).

Sekä väestöryhmien väliset terveyserot että erot terveyspalvelujen käytössä muodostavat moninaisten syy-seuraussuhteiden verkon. Ikään, sukupuoleen, asuinalueeseen ja sosioekonomiseen asemaan liittyvät tekijät nivoutuvat toisiinsa ja välittyvät terveydentilaan, mutta niillä on myös itsenäinen kytkentänsä terveyteen. (Blomgren & Hiilamo 2012, 77.) Kyseiset tekijät heijastuvat myös eroihin terveyspalvelujen käytössä. Karkeasti ottaen sairaimmat ja palveluja eniten tarvitsevat käyttävät niitä vähiten. Tähän on useita syitä, joista terveydenhuoltojärjestelmän osuus on osittain epäselvä. On kuitenkin arvioitu, että ainakin osittain palvelujen tarvetta vastaamatonta palvelujen käyttöä ja palvelutason alueellista vaihtelua selittävät terveydenhuoltojärjestelmän rakenteelliset tekijät. (Teperi & Keskimäki 2007, 279–280; Keskimäki ym. 2014, 215–216.) Terveydenhuoltojärjestelmä ei välttämättä suoranaisesti aiheuta terveyseroja, mutta saattaa osittain ylläpitää niitä eriarvoistavien rakenteiden kautta (Manderbacka ym. 2007, 193).

4 LUOTTAMUS JA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ TUTKIMUKSISSA

4.1 SUOMALAISET TUTKIMUKSET

Suomessa luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on selvitetty vain muutamissa tutkimuksissa, jotka ovat olleet kvantitatiivisia. Näissä tutkimuksissa terveydenhuoltojärjestelmän tarkastelu on useimmiten rajattu kuntien järjestämisvastuulle kuuluvaan terveydenhuoltoon. Luottamusta on suomalaistutkimuksissa mitattu Likert- tai numeroasteikolla. Terveydenhuoltojärjestelmän lisäksi Suomessa on jonkin verran tutkittu luottamusta muita hyvinvointipalvelujärjestelmiä, kuten sosiaalipalveluita kohtaan. Suomessa on myös tutkittu eri hyvinvointipalvelujen käytön yhteyttä yleistyneeseen luottamukseen eli tuntemattomia ihmisiä kohtaan tunnettuun luottamukseen.

Niemelä (2012) ja Laamanen (2006) tutkimusryhmineen ovat tarkastelleet suomalaisten luottamusta kuntien järjestämää terveydenhuoltoa kohtaan. Näistä Laamasen (2006) ja kumppaneiden tutkimus rajattiin vielä koskemaan pelkästään kunnallisen perusterveydenhuollon terveystakeskusasiakkaita. Kyseisen tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkein kolmessa terveystakeskuksessa, joista kahdessa palvelujen tuottajana toimi kunta ja yhdessä voittoa tavoittelematon järjestö. Niemelän (2012) tutkimuksessa hyödynnettiin Kansaneläkelaitoksen teettämän kansalaiskyselyn aineistoa. (Laamanen, Øvretveit, Sundell, Simonsen-Rehn, Suominen & Brommels 2006; Niemelä 2012, 25.)

Niemelän (2012) tutkimustulosten mukaan noin 70 % vastaajista luotti kuntien järjestämään terveydenhuoltoon melko tai erittäin paljon. Naiset luottivat enemmän kuin miehet. Alueellisessa tarkastelussa Etelä- ja Itä-Suomessa asuvat luottivat enemmän kuin Länsi- ja Pohjois-Suomessa asuvat. Kotitaloustyypeittäin yksinhuoltajat ja yksinasuvat luottivat kunnallisiin terveystakeskuksiin keskimääräistä enemmän. Sen sijaan iällä, asuinkunnan kaupunkimaisuusasteella, puoluekannatuksella ja sosioekonomisen aseman eri osoittimilla ei ollut yhteyttä luottamukseen. Kelan kansalaiskyselyjen lisäksi Niemelä (2012) on tarkastellut käsityksiä terveydenhuollon tasosta, tehokkuudesta ja laadusta muiden kyselyaineistojen avulla. Yleisesti taso, tehokkuus ja laatu arvioitiin melko hyviksi, mutta terveytensä huonoksi kokevat suhtautuivat terveystakeskusten toimintaan kriittisemmin kuin terveytensä hyväksi kokevat. (Niemelä 2012, 25–34.)

Laamasen ja kumppaneiden (2006) tutkimuksessa vastaajat raportoivat enemmän luottamusta voittoa tavoittelemattoman järjestön tuottamaa perusterveydenhuoltoa kuin kunnan tuottamaa perusterveydenhuoltoa kohtaan. (Laamanen ym. 2006.) Toisin kuin Niemelän (2012) tutkimuksessa, sekä kunnan että voittoa tavoittelemattoman järjestön tuottamien terveyskeskuspalvelujen asiakkaista miehet raportoivat luottamusta naisia enemmän. Lisäksi kokemus palvelujen hyvästä saatavuudesta ja tyytyväisyys saatuihin palveluihin olivat yhteydessä luottamukseen. Kun monimuuttujamalliin lisättiin selittäjäksi vielä omalääkäri, muut aiemmin mainitut luottamuksen selittäjät eivät olleet enää tilastollisesti merkitseviä, vaan ainoaksi tilastollisesti merkitseväksi selittäjäksi jäi omalääkäri. Tutkijat päätyivät tulokseen, että omalääkärijärjestelmä on palvelun tuottajaa merkittävämpi tekijä luottamuksen kannalta. (Laamanen ym. 2006.)

Kankainen (2007) puolestaan on kvantitatiivisessa väitöskirjatutkimuksessaan tarkastellut laajojen kyselyaineistojen avulla suomalaisen aikuisväestön luottamusta yhteiskunnan eri instituutioita kohtaan sekä yhdistystoiminnan yhteyttä instituutioita kohtaan tunnettuun luottamukseen. Tulosten mukaan terveydenhuoltojärjestelmään luotti vähintään melko paljon noin 60 % suomalaisista, mutta yhdistyksiin ja järjestöihin kuulumisen ei ollut yhteydessä luottamukseen. (Kankainen 2007, 79; 98.)

Suoranaisesti terveydenhuoltojärjestelmään liittyvän tutkimuksen sijaan Kouvo (2014) on väitöskirjatutkimuksessaan tarkastellut yleistynyttä luottamusta ja sen syntyyn yhteydessä olevia tekijöitä. Väitöskirjatyön perustana olevissa viidessä alkuperäisjulkaisussa on hyödynnetty sekä suomalaisia että kansainvälisiä kyselytutkimusaineistoja. Alkuperäisjulkaisuissa tarkasteltiin muun muassa hyvinvointipalvelujärjestelmän toiminnasta saatujen kokemusten yhteyttä yleistyneeseen luottamukseen (Kouvo & Kankainen 2009), sosiaalietuuksien käytön yhteyttä yleistyneeseen luottamukseen (Kouvo, Kankainen & Niemelä 2012) sekä yleistyneen ja instituutioita kohtaan tunnetun luottamukseen syntyyn yhteydessä olevia tekijöitä (Kouvo 2011).

Väitöskirjatutkimuksen keskeisenä tuloksena oli, että luottamus on korkeinta maissa, joissa kansalaiset pitävät yhteiskunnan instituutioiden toimintaa oikeudenmukaisena. Yhtenä syynä tähän voidaan pitää kyseisten maiden universaalia hyvinvointipolitiikkaa. Toisaalta käyttäjätasolla tarkasteltuna luottamuksen ja hyvinvointipalvelujen yhteys selittyi enemmän kokemuksella palvelujen riittävydestä kuin niiden universalisuudella. (Kouvo 2014, 3.)

Alkuperäisjulkaisujen tulosten mukaan tarveharkintaisia sosiaalietuuksia ja -palveluja hakeneet luottivat universaaleja etuuksia ja palveluja hakeneita vähemmän muihin ihmisiin. Sekä universaaleja että tarveharkintaisia etuuksia hakeneet raportoivat kuitenkin enemmän luottamusta niihin nähden, jotka eivät olleet hakeneet mitään etuuksia. Kokemus saatujen etuuksien ja palvelujen riittävydestä oli yhteydessä korkeampaan luottamukseen. Kuitenkin universaalien etuuksien ja palvelujen käyttäjäkokemus oli yhteydessä luottamukseen enemmän kuin tarveharkintaisten etuuksien ja palvelujen käyttäjäkokemus. (Kouvo & Kankainen 2009; Kouvo ym. 2012, 205–207.) Tästä huolimatta valtion harjoittaman hyvinvointipolitiikan luonteella on todennäköisesti yhteys luottamukseen. Kansainvälistä aineistoa hyödyntäneessä väitöskirjan osatutkimuksessa hyvinvointipolitiikan yhteys luottamukseen säilyi, vaikka analyysissä vakioitiin useita yksilötason tekijöitä (Kouvo 2011).

Väitöskirjatutkimuksensa lisäksi Kouvo (2013) on selvittänyt ruokajonojen ja asumispalveluyksikössä asuvien asiakkaiden tuntemaa luottamusta hyvinvointipalveluinstituutioita ja muita ihmisiä kohtaan. Tutkimuksen määrällinen aineisto kerättiin asumispalveluyksiköstä ja kahdesta eri ruokajonosta kyselyjen avulla. Luottamuksella järjestelmää edustavia viranomaisia kohtaan havaittiin olevan positiivinen yhteys muita ihmisiä kohtaan tunnettuun luottamukseen. Myös kokemukset järjestelmän tarjoaman avun ja palvelujen riittävydestä olivat voimakkaasti yhteydessä muita ihmisiä kohtaan tunnettuun luottamukseen. (Kouvo 2013, 114–122.)

Sosiaalipalveluita kohtaan tunnettua luottamusta on selvitetty myös entisen Stakesin ja nykyisen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselyissä on vuosina 2004, 2006 ja 2009. Näissä kyselyissä noin 70 % on ollut sitä mieltä, että sosiaalipalvelujärjestelmä toimii hyvin ja noin 80 % on ilmaissut luottavansa järjestelmän piirissä työskentelevää henkilöstöön. Tulokset eivät ole olennaisesti muuttuneet vuosien varrella, mutta tuoreimmassa kyselyssä vastaajat olivat hieman aiempaa kriittisempiä. (Muuri 2010, 82–83.) Luottamukseen yhteydessä olevia tekijöitä tarkasteltaessa miessukupuoli, alle 25 vuoden ikä sekä palvelujen vähäinen käyttö ovat olleet yhteydessä korkeampaan luottamukseen. Myös työmarkkina-asemalla oli jonkin verran merkitystä; opiskelijat ja varusmiehet luottivat järjestelmään eläkeläisiä ja työttömiä enemmän. Tuloilla ja asuinpaikalla ei havaittu olevan yhteyttä sosiaalipalveluita kohtaan tunnettuun luottamukseen. (Muuri 2008, 199–200.)

4.2 KANSAINVÄLISET TUTKIMUKSET

Myös kansainvälisesti luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on tutkittu lähinnä kvantitatiivisin menetelmin. Näissäkin tutkimuksissa luottamusta on pääsääntöisesti mitattu Likert-tai numeroasteikolla sekä muutamissa tutkimuksissa muilla kysymyssarjoilla. Vaikka eri valtioiden harjoittamassa hyvinvointipolitiikassa ja terveydenhuoltojärjestelmien rakenteissa on eroja, luottamukseen yhteydessä olevat tekijät näyttävät pitkälti olevan samoja eri maissa. Sen sijaan jonkin verran tutkimusnäyttöä on saatu siitä, että eri maiden välillä luottamuksen taso (miten suuri osa väestöstä raportoi luottavansa järjestelmään tai muihin ihmisiin) vaihtelee. Perinteisesti Pohjoismaat ovat olleet korkean luottamuksen maita. (Kouvo 2011 & 2009.)

Vähintään melko laajaan julkiseen järjestelmään perustuvista maista luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on tutkittu ainakin Ruotsissa, Iso-Britanniassa ja Australiassa. Ruotsissa Mohseni ja Lindström (2007) ovat laajan kyselyaineiston avulla tutkineet koetun terveyden ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun luottamuksen yhteyttä. Tutkimuksessa havaittiin, että terveytensä hyväksi kokevat luottavat terveydenhuoltojärjestelmään enemmän kuin terveytensä huonoksi kokevat. Yhteys säilyi, vaikka tutkimuksessa vakioitiin useita mahdollisia sekoittavia tekijöitä, kuten ikä ja sosioekonominen asema. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös terveystalvelujen piiriin hakeutumisen aktiivisuutta henkilön sairastuessa. Tässä havaittiin, että terveystalveluihin hakeutumatta jättäminen huolimatta sairastumisesta heikensi jonkin verran koetun terveyden ja luottamuksen yhteyttä, mutta yhteys säilyi kuitenkin tilastollisesti merkitseväenä. (Mohseni & Lindström 2007.)

Calnan ja Sanford (2004) ovat kvantitatiivisen lomakekyselyn avulla tutkineet aikuisväestön luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan Walesissa ja Englannissa. Tulosten mukaan vastaajien luottamus järjestelmää kohtaan oli vastaushetkellä hieman korkeammalla tasolla verrattuna siihen, miten paljon vastaajat arvioivat luottavansa järjestelmään tulevaisuudessa. Sosiodemografisista tekijöistä ikä oli positiivisessa yhteydessä luottamukseen, mutta alueellisten tekijöiden vakioinnin jälkeen yhteyttä ei enää havaittu. Sen sijaan vakioinnin jälkeenkin Mohsenin ja Lindströmin (2006) tutkimuksen tapaan hyväksi koettu terveys oli positiivisessa yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koettuun luottamukseen. Hyväksi koetun terveyden lisäksi yksityisen sairausvakuutuksen olemassaolo oli yhteydessä korkeampaan luottamukseen. (Calnan & Sanford 2004.)

Australialaisessa kyselytutkimuksessa selvitettiin luottamusta lääkäreitä, sairaaloita ja maan terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Julkiseen sairausvakuutukseen luotettiin enemmän kuin yksityiseen, mutta yksityissairaaloihin luotettiin enemmän kuin julkisiin sairaaloihin. Korkean iän havaittiin olevan yhteydessä korkeampaan luottamukseen, mutta koulutusryhmittäisiä eroja ei havaittu. Yksityisen sairausvakuutuksen olemassaolo ja sen kattavuus olivat osittain yhteydessä korkeampaan luottamukseen; yksityissairaaloihin ja yksityiseen terveydenhuoltoon luottivat hieman enemmän ne, joilla oli kyseiset palvelut kattava vakuutus. (Hardie & Critchley 2008.)

Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että väestön luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan vaikuttaa olevan ainakin lyhyehköllä aikajänteellä melko vakaata. Tutkimuksessa selvitettiin väestön luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ajanjaksolla 1997–2004 säännöllisin lomakekyselyin. Odotuksena oli, että luottamuksessa olisi havaittu laskeva trendi, koska ajanjaksolla Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmän maineen on katsottu yleisesti heikentyneen ja järjestelmä on kärsinyt rahoitusongelmista. Kuitenkaan tutkimuksessa laskevaa trendiä ei havaittu, vaan luottamus jopa hieman kasvoi seurantajakson jälkipuoliskolla. (van der Schee, Groenewegen & Friele 2006.)

Yhdysvaltojen vahvasti yksityisiin vakuutuksiin nojaava terveydenhuoltojärjestelmä poikkeaa huomattavasti suomalaisesta ja muista laajaan julkiseen sektoriin perustuvista järjestelmistä. Yhdysvalloissa on tutkittu koetun terveyden ja terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnetun epäluottamuksen yhteyttä. Epäluottamusta tuntevat raportoivat yleisemmin terveytensä huonoksi kuin luottamusta tuntevat. Epäluottamusta raportoivat enemmän myös vastaajat, joilla ei ollut lainkaan vakuutusta. Tutkimuksessa vakioitiin useita sekoittavia tekijöitä, kuten sosioekonominen asema ja terveyspalvelujen koettu saatavuus, mutta tästä huolimatta huonoksi koetun terveyden, vakuutuksettomuuden ja epäluottamuksen yhteys säilyi. (Armstrong ym. 2006.) Myös toisessa yhdysvaltalaistutkimuksessa havaittiin ikäihmisillä yhteys huonoksi koetun terveyden ja järjestelmää kohtaan tunnetun epäluottamuksen välillä (Yang & Matthews 2012).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on selvitetty terveydenhuoltojärjestelmän ohella myös luottamusta terveydenhuollon henkilöstöä, etenkin lääkäreitä kohtaan. Varsinaisesta järjestelmätutkimuksesta poiketen luottamusta terveydenhuollon henkilöstöä kohtaan on tutkittu kvantitatiivisten menetelmien lisäksi myös kvalitatiivisin menetelmin. Näissä tutkimuksissa luottamus lääkäreihin on ollut verrattain korkeaa ja esimerkiksi hoitosuhteen jatkuvuudella, hyvällä tiedonsaannilla ja asiakastyytyväisyydellä on havaittu olevan positiivinen yhteys lääkäreitä kohtaan tunnettuun luottamukseen. (esim. Baker, Mainous, Grey & Love 2003; Hardie & Critchley 2008; Bungay &

Cappello 2009; Tarrant, Dixon-Woods, Colman & Stokes 2010.) Lisäksi tutkimuksissa on havaittu, että luottamus lääkäriä ja muuta hoitohenkilökuntaa kohtaan on yhteydessä hyvään hoitotulokseen (esim. Thom ym. 2004; Lee & Lin 2008; Gilbert & Hayes 2009; Jones, Carson, Bleich & Cooper 2012).

4.3 YHTEENVETO AIEMMISTA TUTKIMUSTULOKSISTA

Varsinkin Suomessa, mutta myös kansainvälisesti luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on tutkittu vähän. Tutkimuksissa luottamusta on mitattu vaihtelevasti joko numeroasteikolla, Likert-asteikolla tai erilaisilla kysymyspatteristoilla, joiden tutkijat ovat arvioineet kuvaavan luottamusta. Terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettua luottamusta kuvaavia validoituja mittareita on vähän, ja olemassa olevat mittarit on pitkälti suunniteltu, testattu ja validoitu Yhdysvalloissa (Ozawa & Sripad 2013).

Erityisesti kansainvälisissä tutkimuksissa hyväksi koettu terveys on ollut yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (Armstrong ym. 2006; Mohseni & Lindström 2007; Yang & Matthews 2012). Käyttäjäkokemuksen merkittävydestä on saatu viitteitä Suomessa (Laamanen ym. 2006; Kouvo & Kankainen 2009; Kouvo ym. 2012; Kouvo 2013). Kansainvälisessä tarkastelussa kahdessa tutkimuksessa havaittiin positiivinen yhteys yksityisen sairausvakuutuksen ja luottamuksen välillä (Calnan & Sanford 2004; Hardie & Critchley 2008) ja toisaalta vahvasti yksityisiin vakuutuksiin nojaavassa amerikkalaisessa järjestelmässä vakuutuksettomuus on selittänyt epäluottamusta (Armstrong ym. 2006).

Muiden taustamuuttujien merkitys luottamuksen kannalta on aikaisempien tutkimuksien perusteella osittain ristiriitainen. Suomalaisissa tutkimuksissa iän, sukupuolen ja alueen suhteen tulokset ovat vaihdelleet, mutta sosioekonomisen aseman eri osoittimet eivät useimmiten ole olleet yhteydessä järjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. (Laamanen ym. 2006; Muuri 2008 & 2010; Niemelä 2012.) Myös kansainvälisissä tutkimuksissa iän merkitys on ollut ristiriitainen, mutta sosioekonomisen aseman ei ole havaittu olevan yhteydessä luottamukseen (Calnan & Sanford 2004; Mohseni & Lindström 2007; Hardie & Critchley 2008). Kaikki tässä käsitellyt tutkimukset on kuitenkin tehty poikkileikkausasetelmassa, joten varsinaisia syy-seuraussuhteita ei ole mahdollista arvioida.

Vaikka tutkimusnäyttö luottamukseen yhteydessä olevista tekijöistä on osittain ristiriitaista, hyväksi koettu terveys, palvelujen positiivinen käyttäjäkokemus sekä yksityisen sairausvakuutuksen

olemassaolo näyttävät vahvimmin liittyvän luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Tässä on ainakin osittain kyse sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa havaitusta ilmiöstä, jota nimitetään luottamuksen paradoksiksi (Ilmonen 2002, 147; Rothstein 2005, 94).

Luottamuksen paradoksilla viitataan tilanteeseen, jossa hyvässä asemassa olevat ihmiset luottavat yhteiskunnan instituutioihin enemmän kuin huonossa asemassa olevat. Tilanteesta tekee ristiriitaisen se, että hyvässä asemassa olevilla ajatellaan olevan vähiten tarvetta luottaa instituutioihin, koska he usein tarvitsevat hyvinvointipalveluja keskimääräistä vähemmän ja heillä on parhaat mahdollisuudet hankkia tarvitsemiaan palveluja. (Ilmonen 2002, 147; Rothstein 2005, 94.) Luottamuksen paradoksia on selitetty muun muassa sillä, että huonompiosaiset joutuvat turvautumaan yhteiskunnan julkisiin hyvinvointipalveluihin muita useammin ja he ovat oman käyttäjäkokemuksensa perusteella päätyneet siihen, että nämä palvelut eivät aina toimi toivotulla tavalla. Lisäksi on esitetty, että tämä huonompiosaisten keskuudessa vallitseva osittain kokemuksesta opittu epäluottamuksen kulttuuri ei välttämättä muutu edes myönteisten hyvinvointipalvelukokemusten myötä. (Ilmonen 2002, 147.) Luottamuksen paradoksi ilmentää tätä kautta kiilaa eri väestöryhmien välillä tilanteessa, jossa yhteiskunnan ääripäät eivät jaa samoja kokemuksia (Saari 2015).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Tutkimuksessa selvitetään, ovatko sukupuoli, ikä, maantieteellinen asuinalue, sosioekonominen asema, koettu terveys, terveydenhuollon palvelujen käyttö ja käyttäjäkokemus, sekä työterveyshuollon palvelujen käyttöoikeus ja vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Sosioekonomisen aseman osoittimina käytetään koulutustasoa, tulotasoa ja työmarkkina-asemaa. Ammattiasemaa ei ole käytettävän aineiston perusteella mahdollista tarkastella luotettavasti, joten se ei ole mukana tarkastelussa. Terveydenhuoltojärjestelmällä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kuntien järjestämistä kuuluviin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon sekä yksityisten terveyspalvelujen muodostamaa kokonaisuutta, koska käytettävä aineisto ei mahdollista järjestelmän osien tarkastelua erikseen. Tässä tutkimuksessa tarkasteltaviin, luottamukseen mahdollisesti yhteydessä oleviin tekijöihin on päädytty aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimusten perusteella.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Ovatko sukupuoli, ikä, maantieteellinen asuinalue, sosioekonominen asema ja koettu terveys yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen?
2. Ovatko terveydenhuollon palvelujen käyttö ja käyttäjäkokemus yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen?
3. Ovatko työterveyshuollon palvelujen käyttöoikeus ja vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 AINEISTON KUVAUS

Tutkimuksen aineistona käytetään ISSP (International Social Survey Programme) -sarjassa vuonna 2011 kerättyä Suomen aineistoa, jonka yhtenä teemana on terveys. ISSP on kansainvälinen yhteiskuntatieteellinen vertailututkimusohjelma, joka perustuu vuosittaiseen aineistonkeruuseen osallistujamaissa. ISSP-aineistonkeruu alkoi vuonna 1985 ja Suomi liittyi mukaan vuonna 2000. ISSP:n suomalaiset jäsenorganisaatiot ovat Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, Tampereen yliopiston yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö sekä Tilastokeskuksen haastattelu- ja tutkimuspalvelut -yksikkö.

Aineisto on poikkileikkausasetelmassa kerätty kvantitatiivinen kyselytutkimusaineisto, jonka otos oli systemaattisella satunnaisotannalla Väestörekisterin väestötietojärjestelmästä valitut 2500 15–74-vuotiasta suomalaista. Aineiston keruu-aika oli 28.8.–9.12.2011. Kyselylomakkeet toimitettiin otokseen valituille postitse, mutta heillä oli mahdollisuus vastata kyselyyn perinteisen lomakkeen sijaan sähköisesti myös internetissä. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Otokseen valituista 95 % oli suomenkielisiä ja 5 % ruotsinkielisiä, mutta palautuneisiin vastauksiin ei ole kuitenkaan yhdistetty tietoa vastaajan äidinkielestä. Vastauksia palautui 1340, joten vastausprosentti oli 53.6 %.

Koska tässä tutkimuksessa tarkastellaan luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, aineistosta suljettiin pois vastaajat, jotka olivat ilmoittaneet, että he eivät ole oikeutettuja käyttämään kuntien järjestämistä kuuluvia Suomen julkisen terveydenhuollon palveluja. Näitä vastaajia oli yhteensä 60, joiden lisäksi 17 vastaajaa oli jättänyt vastaamatta mainittuun kysymykseen. Todennäköisesti näiden vastaajien kohdalla oli kyse väärinymmärryksestä, koska aineiston kuvailutietojen mukaan otokseen kuului ainoastaan suomalaisia henkilöitä. Rajauksen jälkeen tämän tutkimuksen lopullinen tutkimusaineisto koostuu 1263 vastaajasta.

Aineisto on luovutettu tämän tutkimuksen tekijälle Yhteiskuntatieteellisestä tietoarkistosta käyttölupasitoumusta vastaan. Käyttölupasitoumuksen mukaisesti aineistoa käytetään vain tässä tutkimuksessa. Aineistoa ei ole aiemmin tarkasteltu luottamuksen ja terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta.

6.2 MUUTTUJAT

Tutkimuksessa käytettävien muuttujien perustana olevat kyselylomakkeen alkuperäiset kysymykset ilmenevät tutkimuksen liitteestä. Alkuperäisistä muuttujista muodostettiin joitakin uusia muuttujia ja / tai muuttujia luokiteltiin uudelleen ennen analyysia. Uudelleenluokittelu ja uusien muuttujien muodostaminen oli tarpeen, koska alkuperäisistä muuttujista suurin osa oli erittäin moniluokkaisia. Ilman muuttujien käsittelyä analyysissa käytetyn tilastollisen testin oletukset eivät olisi täyttyneet. Uudet luokat muodostettiin yhdistämällä sisällöllisesti toisiaan mahdollisimman lähellä olevia alkuperäisiä luokkia, jotta aineiston informaatio ei vääristyisi eikä olennaista informaatiota hukattaisi (vrt. Heikkilä 2014, 129). Oheisen muuttujalistauksen yhteydessä näkyvä numerointi viittaa alkuperäisen kyselylomakkeen kysymysten numeroihin.

Selitettävä muuttuja kaikissa tutkimuskysymyksissä

Luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan (21b) kysyttiin vaihtoehdoin 1) luotan täysin, 2) luotan melko paljon, 3) luotan jonkin verran, 4) en juurikaan luota, 5) en luota ollenkaan ja 8) en osaa sanoa. Ennen analyysia luokat 1 ja 2 sekä 4 ja 5 yhdistettiin. Luokka 3 säilytettiin ennallaan ja luokka 8 suljettiin pois analyysista vähäisen vastaajamäärän takia. Lopulliset luokat olivat 1) luottaa paljon, 2) luottaa jonkin verran ja 3) ei luota.

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä käytettävät selittävät muuttujat

Sukupuoli määritettiin vastaajan valitseman vaihtoehdon perusteella (1).

Ikä määritettiin syntymävuosimuuttujan (2) avulla muodostamalla uusi muuttuja, joka ilmaisee vastaajan kronologisen iän vuosina. Ennen analyysia jatkuvasta ikämuuttujasta muodostettiin luokitteleva muuttuja, jossa vastaajat jaettiin kuuteen ikäryhmään seuraavasti: 1) 15–24-, 2) 25–34-, 3) 35–44-, 4) 45–54-, 5) 55–64- ja 6) yli 65-vuotiaat.

Maantieteellistä asuinalueita ei tiedusteltu vastaajilta kyselylomakkeessa, vaan maakuntamuuttuja oli yhdistetty alkuperäiseen aineistoon Tilastokeskuksen rekisteristä. Maakuntamuuttujassa alkuperäisiä luokkia oli yhteensä 19, joten ennen analyysiä muuttuja luokiteltiin uudelleen NUTS2-aluejaon mukaan neljään luokkaan: 1) Helsinki-Uusimaa, 2) Etelä-Suomi, 3) Länsi-Suomi sekä 4) Itä- ja Pohjois-Suomi. NUTS-aluejako on Euroopan tilastovirasto Eurostatin virallinen alueluokitus. Luokituksessa NUTS2-taso kuvaa maantieteellisiä suuralueita. (Tilastokeskus 2015a.) NUTS2-jaossa Ahvenanmaa on oma erillinen suuralueensa, mutta tässä tutkimuksessa se yhdistettiin Länsi-Suomeen.

Koulutustaso (4) määritettiin vastaajan ilmoittaman korkeimman koulutustason mukaan. Alkuperäiset luokat olivat 1) vielä koulussa, 2) kansakoulu, 3) peruskoulu, 4) ammattikoulu- tai kurssi, 5) lukio tai ylioppilas, 6) opistotason ammatillinen koulutus, 7) ammattikorkeakoulu, 8) yliopisto, alemman asteen tutkinto ja 9) yliopisto, ylemmän asteen tutkinto. Alkuperäiset luokat 1–3, 4–6 ja 7–9 yhdistettiin tässä tutkimuksessa kolmeen koulutusryhmään: 1) perusaste, 2) toinen aste ja 3) korkea-aste.

Työmarkkina-asemaa (12) määrittävinä vaihtoehtoina kyselylomakkeessa olivat 1) ansiotyössä, 2) työtön työnhakija, 3) koululainen, opiskelija, 4) harjoittelussa tai oppisopimuksessa, 5) pysyvästi työkyvytön, 6) eläkkeellä, 7) kotiäiti, koti-isä tai omaishoitaja, 8) varusmies- tai siviilipalveluksessa ja 9) jokin muu. Luokat 1 ja 2 säilytettiin sisällöllisesti ennallaan, luokat 3 ja 4 yhdistettiin, samoin kuin luokat 5 ja 6. Myös luokat 7–9 yhdistettiin, vaikka sisällöllisesti nämä vastaajaryhmät eivät välttämättä ole kovin samankaltaisia. Vastaajia näissä luokissa oli kuitenkin niin vähän, että tilastollisen testaamisen onnistumisen kannalta yhdistäminen oli tarpeellista. Tässä tutkimuksessa työmarkkina-asemaa kuvaavat lopulliset luokat olivat 1) ansiotyössä, 2) opiskelijat, 3) eläkkeellä tai työkyvytön, 4) muut, 5) työtön.

Tulotaso (58) määritettiin vastaajan ilmoittamien kuukausittaisten bruttotulojen mukaan. Jatkuvasta tulotasomuuttujasta muodostettiin luokitteleva muuttuja, jossa vastaajat jaetaan neljään tuloluokkaan. Näiden muodostamisessa käytettiin soveltuvin osin Tilastokeskuksen tuloluokkia (Tilastokeskus 2015b). Näitä luokkia pyöristettiin tässä tutkimuksessa hieman järkevien kokonaislukujen aikaansaamiseksi, eikä kaikkia Tilastokeskuksen tuloluokkia käytetty. Tässä tutkimuksessa tuloluokat olivat 1) ≥ 3500 € / kk, 2) 2500–3499 € / kk, 3) 1250–2499 € / kk ja 4) < 1250 € / kk ansaitsevat.

Koettua terveyttä (44) pyydettiin kyselylomakkeessa arvioimaan vaihtoehdoin 1) erinomainen, 2) erittäin hyvä, 3) hyvä, 4) kohtalainen, 5) huono, 8) en osaa sanoa. Luokat 1 ja 2 yhdistettiin ja luokka 8 jätettiin analyysin ulkopuolelle, koska vastaajia tässä luokassa oli hyvin vähän. Siten tämän tutkimuksen luokat olivat 1) erittäin hyvä, 2) hyvä, 3) kohtalainen ja 4) huono.

Toisessa tutkimuskysymyksessä käytettävät selittävät muuttujat

Terveystieteiden palvelujen käyttöä mitattiin alkuperäisessä kyselylomakkeessa sekä lääkärin vastaanottokäyntien määrällä että sairaalahoidossa olemisella edeltävän 12 kuukauden aikana. *Lääkärin vastaanottokäyntien* (36a) määrää kuvaavat vaihtoehdot olivat 1) en kertaakaan, 2)

harvoin, 3) joskus, 4) usein, 5) erittäin usein ja 8) en osaa sanoa. Näistä vastausluokista 1 säilytettiin ennallaan, 2 ja 3 sekä 4 ja 5 yhdistettiin ja luokka 8 jätettiin analyysin ulkopuolelle pienen vastaajamäärän vuoksi. Lopulliset luokat olivat 1) ei kertaakaan, 2) harvoin ja 3) usein. *Sairaalassaoloa* (37) tiedusteltiin kysymällä, onko vastaaja ollut poliklinikalla tai sairaalassa potilaana yön yli ja vastausvaihtoehtoina olivat 1) kyllä ja 2) en. Näitä luokkia ei käsitelty ennen analyysia.

Terveydenhuollon palvelujen käyttäjäkokemusta tarkasteltiin sekä *lääkärin vastaanottokäyntien* (41a) yhteydessä saadun hoidon että *sairalahoidon* (41c) kannalta. Palvelujen käyttäjäkokemusta ei kyselylomakkeessa rajattu edeltävän 12 kuukauden ajalle. Vastaajaa pyydettiin arvioimaan tyytyväisyyttään saamaansa hoitoon erikseen sekä käydessään viimeksi lääkäriin että ollessaan viimeksi sairaalassa. Vastausvaihtoehdot olivat molempiin kysymyksiin 1) täysin tyytyväinen, 2) hyvin tyytyväinen, 3) melko tyytyväinen, 4) en tyytyväinen enkä tyytymätön, 5) melko tyytymätön, 6) hyvin tyytymätön, 7) täysin tyytymätön, 8) ei koske minua ja 9) en osaa sanoa. Tyytyväisyyttä lääkärihoitoon kuvattaessa luokat 1–3 yhdistettiin, luokka 4 säilytettiin ennallaan, luokat 5–6 yhdistettiin ja luokat 8 ja 9 jätettiin vähäisen vastaajamäärän vuoksi analyysin ulkopuolelle. Lopulliset luokat olivat 1) tyytyväinen, 2) ei tyytyväinen eikä tyytymätön ja 3) tyytymätön. Sairalahoitoon liittyvässä tyytyväisyydessä lopulliset vastausluokat muodostettiin muuten samalla tavalla, mutta tässä kysymyksessä analyysia varten jätettiin myös vastausluokka 'ei koske minua', koska tähän luokkaan sijoittui noin neljännes kaikista vastaajista.

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä käytettävät selittävät muuttujat

Oikeus työterveyshuollon palvelujen käyttöön (47b) ja *vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo* (47c) määritettiin kysymällä, onko vastaajalla käytössään kyseinen palvelu. Vastausvaihtoehdot olivat 1) kyllä ja 2) ei. Samassa yhteydessä (47a) vastaajalta tiedusteltiin oikeutta julkisen terveydenhuollon ja opiskelijaterveydenhuollon käyttöön. Koska eri kysymyksissä (47a, b ja c) tarkasteltujen palvelujen käyttöoikeudet eivät ole toisensa poissulkevia, ennen analyysia muodostettiin neljä luokkaa, jotka kuvaavat eri palvelujen käyttöoikeuksia ja vakuutuksen olemassaoloa. Nämä luokat olivat 1) julkinen terveydenhuolto, työterveyshuolto ja vakuutus, 2) julkinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto, 3) julkinen terveydenhuolto ja vakuutus sekä 4) vain julkinen terveydenhuolto. Julkisella terveydenhuollolla tarkoitetaan tässä kuntien järjestämistä kuuluville palveluja. Tässä yhteydessä on kuitenkin huomioitava, että kaikkiin luokkiin sisältyy mahdollisuus yksityisten palvelujen käyttöön huolimatta siitä, onko vastaajalla käytössään vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus.

6.3 ANALYYSIMENETELMÄT

Aineisto analysoitiin SPSS Statistics 22.0 -ohjelmistolla. Selittävien muuttujien yhteyttä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen tutkittiin ensin ristiintaulukoinneilla, joissa tilastollista merkitsevyyttä testattiin Pearsonin χ^2 -riippumattomuustestin (khiin neliö -testi) avulla. Menetelmän valinnassa huomioitiin, että sekä selittävät muuttujat että selitettävä muuttuja olivat luokittelevia (vrt. Nummenmaa 2010, 300). Testaamisessa tilastollisesti merkitsevinä pidettiin p-arvoja <0.05 .

Ristiintaulukointien jälkeen analyysia jatkettiin multinominaalisen logistisen regression avulla. Menetelmän avulla pyrittiin tässä tutkimuksessa ennustamaan selittävien muuttujien avulla vaihtelua luottamuksessa terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Tässä tutkimuksessa luottamus selitettävänä muuttujana oli kolmiluokkainen, joten tavallisen logistisen regression sijaan käytettiin nimenomaan multinominaalista logistista regressiota. (vrt. Nummenmaa 2010, 330–332.) Menetelmän avulla saatiin ristiintaulukointeja yksityiskohtaisempaa tietoa siitä, minkä selittävän muuttujan ryhmien välillä mahdollisesti tilastollisesti merkitsevät erot olivat.

Tilastollisesti merkitsevien erojen tarkemman tarkastelun lisäksi multinominaalisen logistisen regression avulla oli mahdollista tarkastella samanaikaisesti useiden selittävien muuttujien yhteyttä luottamukseen. Näin menetelmän avulla voitiin vakioida selittäviä muuttujia toistensa suhteen. (vrt. Munro 2005, 303.) Aineistoa analysoitaessa rakennettiin useita erilaisia regressiomalleja. Näitä olivat yhden selittäjän mallit, eri tutkimuskysymyksille omat mallit, ristiintaulukoinneissa tilastollisesti merkitseviksi osoittautuneiden muuttujien malli sekä kaikkien selittävien muuttujien malli. Eri mallien tulokset eivät olennaisesti poikenneet toisistaan. Raportoitaviksi valittiin yhden selittäjän mallit ja kaikkien selittäjien malli.

Yhden selittäjän malleissa kunkin selittäjän yhteyttä luottamukseen tarkasteltiin yksitellen selittäjä kerrallaan, joten niiden tuloksia ei ole vakioitu muiden selittäjien suhteen. Kaikkien selittäjien mallissa kaikki selittävät muuttujat vakioitiin toistensa suhteen. Yhden selittäjän vakioimattomien ja kaikkien selittäjien vakioidun mallin tuloksia tarkastelemalla saatiin kattavin kuva luottamukseen vahvimmin yhteydessä olevista tekijöistä. Multinominaalisen logistisen regression tuloksissa esitetään selittävien muuttujien jokaisen ryhmän OR (ristitulosuhde), 95 %:n luottamusväli sekä p-arvo. Myös tässä tilastollisesti merkitsevänä pidettiin p-arvoa <0.05 .

Luottamuksen referenssikategoriana eli vertailuryhmänä olivat multinominaalisen regression kaikissa tarkasteluissa ne, jotka eivät luota terveydenhuoltojärjestelmään. Siten regressiomalleissa sekä paljon että jonkin verran terveydenhuoltojärjestelmään luottavia verrattiin ryhmään 'ei luota'. Selittävästä muuttujista sukupuolen referenssikategoriana oli miessukupuoli, iän referenssikategoriana yli 65-vuotiaat, alueen referenssikategoriana Itä- ja Pohjois-Suomi, koulutuksen referenssikategoriana korkea-aste, tulotason referenssikategoriana alle 1250 € / kk ansaitsevat, työmarkkina-aseman referenssikategoriana työttömät ja koetun terveyden referenssikategoriana huono terveydentila. Terveydenhuollon palvelujen käyttöä tarkasteltaessa referenssikategorioina olivat edeltävän 12 kuukauden aikana usein lääkärin vastaanotolla käyneet ja sairaalahoidossa yön yli potilaana olleet. Terveydenhuollon palvelujen käyttäjäkokemuksen referenssikategoriana olivat sekä lääkärinhoitoa että sairaalahoidon tarkasteltaessa saamaansa hoitoon tyytymättömät vastaajat. Työterveyshuollon palvelujen käyttöoikeutta ja yksityisen sairauskuluvakuutuksen olemassaoloa tarkasteltaessa referenssinä olivat ne, jotka olivat oikeutettuja vain kuntien järjestämisvastuulle kuuluvien julkisen terveydenhuollon palvelujen käyttöön.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 MUUTTUJIEN JAKAUMAT

Koko aineistossa vastaajista enemmistö (56.3 %) luotti terveydenhuoltojärjestelmään paljon. Jonkin verran luottavia oli noin kolmannes (32.9 %), ja noin joka kymmenes (10.8 %) vastaajista ei luottanut järjestelmään (Taulukko 1). Kaikista vastaajista enemmistö (55.3 %) oli naisia. Vastaajat jakautuivat muodostettuihin ikäryhmiin melko tasaisesti, mutta yli 45-vuotiaiden ikäryhmissä vastaajia oli hieman enemmän kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Maantieteellisesti eniten vastaajia oli Helsingin ja Uudenmaan sekä muun Etelä-Suomen alueelta (yhteensä lähes 50 % koko aineistosta). Koulutusryhmistä toisen asteen koulutuksen saaneet olivat suurin vastaajaryhmä (52.4 %). Työmarkkina-aseman suhteen tarkasteltuna ansiotyössä olevia oli selvästi eniten (53.1 %). Tuloluokittain tarkasteltuna vastaajat olivat enimmäkseen pieni- ja keskituloisia.

Valtaosa vastaajista (yhteensä noin 75 %) koki terveytensä joko erittäin hyväksi tai hyväksi. Huonoa terveyttä raportoi vain 3 % kaikista vastaajista. Suurin osa vastaajista oli käyttänyt terveydenhuollon palveluita edeltävän 12 kuukauden aikana vähän. Enemmistö (66.1 %) oli käynyt lääkärin vastaanotolla harvoin ja noin viidennes (20.8 %) vastaajista ei kertaakaan. Hieman usempi kuin joka kymmenes (13.1 %) oli käynyt lääkärin vastaanotolla usein. Lähes 90 % vastaajista ei ollut saanut sairaalahoitoa edeltävän vuoden aikana. Enemmistö vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon; lääkärinhoitoon tyytyväisiä oli 83.9 % ja sairaalahoitoon 66.8 % kaikista vastaajista. Noin 25 % vastaajista ei ollut ollut lainkaan sairaalahoidossa (ryhmä 'ei koske minua'). Palvelujen käyttäjäkokemusta ei kuitenkaan rajattu palvelujen käytön tapaan edeltävän 12 kuukauden aikana saatuihin palveluihin. (Taulukko 1.)

Vastaajista 35.5 % oli oikeutettuja kuntien järjestämistä vastuulle kuuluvien julkisen terveydenhuollon palvelujen lisäksi työterveyshuollon palvelujen käyttöön. Suunnilleen sama määrä vastaajia oli oikeutettuja ainoastaan julkisiin terveystaloihin. Julkisten palvelujen lisäksi sekä työterveyshuolto että yksityinen sairauskuluvakuutus oli käytössään noin viidenneksellä. Harvinaisin yhdistelmä (10.3 %) oli vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo julkisten terveystalouksien lisäksi. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Muuttujien jakaumat.

	n	%
Selitettävä muuttuja		
Luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan		
Luottaa paljon	696	56.3
Luottaa jonkin verran	407	32.9
Ei luota	133	10.8
Selittävät muuttujat		
Sukupuoli		
Nainen	699	55.3
Mies	564	44.7
Ikä		
15–24	197	15.6
25–34	174	13.8
35–44	202	16.0
45–54	231	18.3
55–64	251	19.9
≥65	208	16.5
Alue		
Helsinki-Uusimaa	372	29.5
Etelä-Suomi	264	20.9
Länsi-Suomi	327	25.9
Itä- ja Pohjois-Suomi	300	23.8
Koulutus		
Perusaste	260	20.7
Toinen aste	659	52.4
Korkea-aste	339	26.9
Tulot / kk		
≥3500	200	16.9
2500–3499	249	21.0
1250–2499	420	35.5
<1250	314	26.5
Työmarkkina-asema		
Ansiotyössä	671	53.1
Opiskelijat	173	13.7
Eläkkeellä / työkyvytön	309	24.5
Muut	54	4.3
Työtön	56	4.4

(jatkuu)

TAULUKKO 1. (jatkuu)

	n	%
Koettu terveys		
Erittäin hyvä	349	27.9
Hyvä	578	46.2
Kohtalainen	286	22.9
Huono	37	3.0
Lääkärin vastaanottokäynnit edeltävän 12 kk:n aikana		
Ei kertaakaan	260	20.8
Harvoin	827	66.1
Usein	164	13.1
Sairaalassaolo edeltävän 12 kk:n aikana		
Ei	1099	88.0
Kyllä	150	12.0
Tyytyväisyys lääkärinhoitoon		
Tyytyväinen	1031	83.9
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	76	6.2
Tyytymätön	122	9.9
Tyytyväisyys sairaalahoitoon		
Ei koske minua	287	24.6
Tyytyväinen	779	66.8
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	42	3.6
Tyytymätön	59	5.1
Palvelujen käyttöoikeus		
Julkinen, työterveyshuolto ja vakuutus	248	19.6
Julkinen ja työterveyshuolto	448	35.5
Julkinen ja vakuutus	130	10.3
Vain julkinen	437	34.6

7.2 IKÄ, SUKUPUOLI, ALUE, SOSIOEKONOMINEN ASEMA JA KOETTU TERVEYS

Ikä, sukupuoli, maantieteellinen asuinalue sekä sosioekonomisen aseman osoittimista tulot ja työmarkkina-asema eivät olleet yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (Taulukko 2). Sen sijaan koulutusryhmien väliset erot luottamuksessa terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan olivat tilastollisesti merkitseviä ($p=0.043$).

Korkea-asteen koulutuksen saaneista 60 % luotti terveydenhuoltojärjestelmään paljon, kun toisen asteen ja perusasteen koulutuksen saaneista vastaava määrä oli noin 55 %. Vastaavasti toisen asteen ja perusasteen koulutuksen saaneiden joukossa oli korkeasti koulutettuihin nähden enemmän niitä, jotka eivät luottaneet terveydenhuoltojärjestelmään. Jonkin verran järjestelmään luottavien määrä ei eronnut koulutusryhmien välillä. (Taulukko 2.)

Koulutuksen ohella myös koettu terveys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen ($p<0.001$). Luottamus järjestelmää kohtaan oli sitä yleisempää, mitä paremmaksi vastaaja oli terveydentilansa arvioinut. Koetun terveyden ääripäiden välillä erittäin hyväksi terveytensä kokeneet raportoivat paljon luottamusta järjestelmää kohtaan huomattavasti yleisemmin kuin terveytensä huonoksi kokeneet (69.5 % vs. 27.8 %). Vastaavasti myös ei-luottavien osuus erosi koetun terveyden mukaan ääripäiden välillä. Erittäin hyväksi terveytensä kokeneista vain noin 7 % ei luottanut järjestelmään, kun huonoksi terveytensä kokeneista vastaava osuus oli kolmannes.

TAULUKKO 2. Sukupuolen, iän, maantieteellisen asuinalueen, sosioekonomisen aseman ja koetun terveyden yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen %-osuuksina.

	Luottaa paljon	Luottaa jonkin verran	Ei luota	Yht.	p-arvo
	%	%	%	n	
Sukupuoli (n=1236)					0.169
Nainen	54.3	35.2	10.5	685	
Mies	58.8	30.1	11.1	551	
Ikä (n=1236)					0.525
15–24	58.2	33.0	8.8	194	
25–34	55.8	30.2	14.0	172	
35–44	56.6	32.7	10.7	196	
45–54	55.9	33.0	11.0	227	
55–64	54.9	31.7	13.4	246	
≥65	56.7	36.8	6.5	201	
Alue (n=1236)					0.927
Helsinki-Uusimaa	56.2	33.4	10.4	365	
Etelä-Suomi	58.5	32.2	9.3	258	
Länsi-Suomi	55.2	34.0	10.8	324	
Itä- ja Pohjois-Suomi	55.7	31.8	12.5	289	
Koulutus (n=1231)					0.043
Perusaste	55.9	32.3	11.8	254	
Toinen aste	54.7	32.7	12.6	642	
Korkea-aste	60.0	33.7	6.3	335	
Tulot / kk (n=1159)					0.255
≥3500	63.6	25.8	10.6	198	
2500–3499	54.5	36.6	8.9	245	
1250–2499	55.2	34.3	10.5	411	
<1250	54.3	33.9	11.8	304	
Työmarkkina-asema (n=1236)					0.562
Ansiotyössä	55.6	33.1	11.3	662	
Opiskelijat	60.0	30.6	9.4	170	
Eläkkeellä / pysyvästi työkyvytön	56.3	35.3	8.5	295	
Muut	59.3	25.9	14.8	54	
Työtön	50.9	32.7	16.4	55	
Koettu terveys (n=1223)					<0.001
Erittäin hyvä	69.5	23.8	6.7	344	
Hyvä	56.3	34.2	9.5	567	
Kohtalainen	43.5	40.9	15.6	276	
Huono	27.8	38.9	33.3	36	

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Multinominaalisen logistisen regression tulokset on esitetty taulukossa 5 (s. 38–40). Sukupuoli, alue, tulot ja työmarkkina-asema eivät olleet yhteydessä luottamukseen myöskään multinominaalisen logistisen regression eri malleissa. Ikä ei kokonaisuutena tarkastellen ollut yhteydessä luottamukseen tilastollisesti merkitsevästi, vaikka yksittäisiä merkitseviä eroja havaittiin ikäryhmittäin. Vakioidussa mallissa ainoa merkitsevä ero havaittiin 55–64 -vuotiaiden ikäryhmässä, jotka luottivat yli 65-vuotiaisiin verrattuna järjestelmään jonkin verran vähemmän (OR 0.32, LV 0.12–0.87).

Koulutus ja koettu terveys olivat yhteydessä luottamukseen sekä vakioimattomina ja vakioituina. Koulutusta yksinään tarkasteltaessa toisen asteen ja perusasteen koulutuksen saaneet luottivat järjestelmään vähemmän kuin korkeasti koulutetut. Kun koulutus vakioitiin kaikkien muiden selittäjien suhteen, toisen asteen koulutuksen saaneiden luottamus oli edelleen vähäisempää kuin korkeasti koulutetuilla. Erot olivat merkitseviä sekä järjestelmään paljon luottavilla (OR 0.46, LV 0.23–0.89) että jonkin verran luottavilla (OR 0.36, LV 0.19–0.71). Verrattuna korkeasti koulutettuihin, perusasteen koulutus ei enää vakioinnin jälkeen ollut yhteydessä vähäisempään luottamukseen. (Taulukko 5.)

Koetun terveyden suhteen luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan oli sitä todennäköisempää, mitä paremmaksi vastaaja oli terveytensä arvioinut. Erittäin hyväksi, hyväksi ja kohtalaiseksi terveytensä kokeneet raportoivat paljon luottamusta järjestelmää kohtaan enemmän kuin huonoksi terveytensä kokeneet. Vakioinnin jälkeen yhteys säilyi merkitsevästi erittäin hyväksi (OR 13.85, LV 3.36–57.09) ja hyväksi terveytensä kokeneilla (OR 8.20, LV 2.20–30.49). Jonkin verran järjestelmään luottavilla erittäin hyvä ja hyvä terveys olivat vakioimattomina yhteydessä luottamukseen, mutta vakioitaessa koettu terveys muiden selittäjien suhteen tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei enää ollut. (Taulukko 5.)

7.3 TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN KÄYTTÖ JA KÄYTTÄJÄKOKEMUS

Terveydenhuollon palvelujen käyttö tutkimusajankohtaa edeltävän 12 kuukauden aikana ei ollut yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen (Taulukko 3). Sen sijaan palvelujen käyttäjäkokemus oli yhteydessä luottamukseen sekä tarkasteltaessa tyytyväisyyttä lääkärin vastaanotolla saatuun hoitoon ($p < 0.001$) että sairaalassa saatuun hoitoon ($p < 0.001$). Lääkärin vastaanotolla saamaansa hoitoon tyytyväisistä 62.2 % luotti järjestelmään paljon, kun tyytymättömistä vain 23.9 % luotti järjestelmään paljon. Tyytyväisistä vain 7.2 % ei luottanut järjestelmään lainkaan, mutta tyytymättömistä vastaava määrä oli 30.8 %.

Saamaansa sairaalahoitoon tyytyväisistä 60.4 % luotti järjestelmään paljon, mutta tyytymättömistä paljon luottamusta raportoi vain 17.9 %. Tyytymättömistä 41.1 % ei luottanut järjestelmään lainkaan, kun tyytyväisistä vastaava määrä oli alle 10 %. Kaikki vastaajat eivät olleet olleet lainkaan sairaalahoidossa (ryhmä 'ei koske minua'). Nämä vastaajat kuitenkin luottivat järjestelmään lähes yhtä paljon kuin saamaansa sairaalahoitoon tyytyväiset vastaajat. Sairaalahoiton ulkopuolella olleiden vastaajien joukossa järjestelmään ei-luottavien osuus oli vähäisin (7.4 %) kaikista ryhmistä.

TAULUKKO 3. Terveydenhuollon palvelujen käytön ja käyttäjäkokemuksen yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen %-osuuksina.

	Luottaa paljon	Luottaa jonkin verran	Ei luota	Yht. n	p-arvo
	%	%	%		
Lääkärin vastaanottokäynnit edeltävän 12 kk:n aikana (n=1224)					0.344
Ei kertaakaan	55.0	34.3	10.8	251	
Harvoin	57.8	32.0	10.2	815	
Usein	50.0	35.4	14.6	158	
Sairalassaolo edeltävän 12 kk:n aikana (n=1223)					0.392
Ei	56.1	33.5	10.5	1081	
Kyllä	57.7	28.9	13.4	142	
Tyytyväisyys lääkärinhoitoon (=1204)					<0.001
Tyytyväinen	62.2	30.6	7.2	1013	
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	27.0	47.3	25.7	74	
Tyytymätön	23.9	45.3	30.8	117	
Tyytyväisyys sairaalahoitoon (n=1143)					<0.001
Ei koske minua	56.1	36.5	7.4	285	
Tyytyväinen	60.4	30.6	8.9	761	
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	26.8	48.8	24.4	41	
Tyytymätön	17.9	41.1	41.1	56	

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

Myös multinominaalisen regression eri malleissa palvelujen käyttäjäkokemus oli yhteydessä luottamukseen (Taulukko 5). Järjestelmään paljon luottavilla tyytyväisyys saatuun lääkärinhoitoon oli yhteydessä luottamukseen sekä vakioimattomana (OR 11.10, LV 6.40–19.23) että vakioituna

(OR 10.39, LV 5.26–20.53), kun tyytyväisiä verrattiin tyytymättömiin. Jonkin verran luottavilla tyytyväisyys oli yhteydessä luottamukseen ilman vakioiteja, mutta muiden selittäjien suhteen vakioituna yhteyttä ei ollut.

Saamaansa sairaalahoitoon tyytyväiset luottivat terveydenhuoltojärjestelmään enemmän kuin tyytymättömät. Sekä paljon luottavia että jonkin verran luottavia tarkasteltaessa yhteys havaittiin sekä vakioimattomana että vakioituna. Vakioituna yhteys heikkeni jonkin verran, mutta tästä huolimatta se säilyi merkitseväenä (paljon luottavilla OR 8.04, LV 3.12–20.17 ja jonkin verran luottavilla OR 2.61, LV 1.20–5.69). Kokonaan sairaalahoidon ulkopuolella olleet luottivat myös tyytymättömiä enemmän terveydenhuoltojärjestelmään ja yhteys havaittiin sekä vakioimattomana että vakioituna (paljon luottavien vakioitu OR 12.51, LV 4.42–35.40 ja jonkin verran luottavien vakioitu OR 5.62, LV 2.27–13.95). (Taulukko 5.)

7.4 TYÖTERVEYSHUOLTO JA VAPAAEHTOINEN SAIRAUSKULUVAKUUTUS

Oikeus työterveyshuollon palvelujen käyttöön ja vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo eivät olleet yhteydessä luottamukseen ristiintaulukoinnissa (taulukko 4), eivätkä multinominaalisen logistisen regression malleissa (taulukko 5).

TAULUKKO 4. Työterveyshuollon palvelujen käyttöoikeuden ja vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen yhteys terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen % -osuuksina.

	Luottaa paljon	Luottaa jonkin verran	Ei luota	Yht.	p-arvo
	%	%	%	n	
Palvelujen käyttöoikeus (n=1236)					0.808
Julkinen, tth ^{a)} ja vakuutus	58.1	32.9	8.9	246	
Julkinen ja tth	57.8	31.1	11.2	438	
Julkinen ja vakuutus	55.1	32.3	12.6	127	
Vain julkinen	54.1	35.1	10.8	425	

^{a)} tth=työterveyshuolto

TAULUKKO 5. Vakioimattomat ja vakioidut^{a)} ristitulosuhteet (OR) luottamukselle terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Luottamuksen referenssikategoriana l. vertailuryhmänä kaikissa malleissa 'ei luota'.

	Luottaa paljon vakioimaton			Luottaa paljon vakioitu			Luottaa jonkin verran vakioimaton			Luottaa jonkin verran vakioitu		
	OR ^{b)}	95% LV ^{c)}	p	OR	95% LV	p	OR	95% LV	p	OR	95 % LV	p
Sukupuoli			0.168			0.430			0.168			0.430
Nainen	0.97	0.67–1.41	0.884	0.89	0.54–1.47	0.654	1.23	0.83–1.82	0.303	1.01	0.66–1.79	0.740
Mies	1.00 ^{d)}			1.00			1.00			1.00		
Ikä			0.493			0.162			0.493			0.162
15–24	0.76	0.35–1.63	0.479	1.88	0.41–8.63	0.416	0.66	0.23–1.47	0.309	1.52	0.33–7.05	0.589
25–34	0.46	0.22–0.94	0.034	0.58	0.17–1.98	0.383	0.38	0.18–0.82	0.013	0.37	0.11–1.23	0.115
35–44	0.60	0.28–1.26	0.180	0.77	0.23–2.62	0.677	0.54	0.25–1.15	0.111	0.51	0.15–1.72	0.280
45–54	0.58	0.28–1.19	0.135	0.84	0.26–2.70	0.774	0.53	0.25–1.11	0.091	0.62	0.19–1.99	0.422
55–64	0.47	0.23–0.93	0.030	0.43	0.16–1.12	0.098	0.42	0.20–0.85	0.016	0.32	0.12–0.87	0.024
≥65	1.00			1.00			1.00			1.00		
Alue			0.929			0.989			0.929			0.989
Helsinki-Uusimaa	1.21	0.73–1.99	0.463	0.97	0.51–1.84	0.926	1.26	0.74–2.14	0.399	1.08	0.56–2.05	0.826
Etelä-Suomi	1.41	0.81–2.47	0.234	1.21	0.60–2.46	0.590	1.35	0.75–2.46	0.320	1.22	0.60–2.49	0.583
Länsi-Suomi	1.12	0.69–1.91	0.607	1.10	0.57–2.10	0.788	1.23	0.72–2.11	0.454	1.20	0.62–2.31	0.586
Itä- ja Pohjois-Suomi	1.00			1.00			1.00			1.00		
Koulutus			0.029			0.044			0.029			0.044
Perusaste	0.50	0.27–0.90	0.021	0.60	0.25–1.41	0.239	0.51	0.27–0.95	0.034	0.52	0.22–1.22	0.133
Toinen aste	0.45	0.27–0.75	0.002	0.46	0.23–0.89	0.021	0.48	0.28–0.82	0.007	0.36	0.19–0.71	0.003
Korkea-aste	1.00			1.00			1.00			1.00		
Tulot / kk			0.240			0.261			0.240			0.261
≥3500	1.31	0.73–2.35	0.368	1.32	0.48–3.69	0.592	0.85	0.45–1.60	0.612	0.78	0.28–2.21	0.643
2500–3499	1.33	0.75–2.37	0.334	1.64	0.64–4.20	0.300	1.43	0.78–2.61	0.244	1.64	0.64–4.21	0.300
1250–2499	1.15	0.71–1.87	0.569	1.57	0.72–3.42	0.253	1.15	0.69–1.91	0.601	1.47	0.67–3.21	0.333
<1250	1.00			1.00			1.00			1.00		

(jatkuu)

TAULUKKO 5. (jatkuu)

	Luottaa paljon vakioimaton			Luottaa paljon vakioitu			Luottaa jonkin verran vakioimaton			Luottaa jonkin verran vakioitu		
	OR	95% LV	p	OR	95% LV	p	OR	95% LV	p	OR	95% LV	p
Työmarkkina-asema			0.576			0.834			0.576			0.834
Ansiotyössä	1.58	0.72–3.48	0.259	0.95	0.25–3.57	0.935	1.46	0.63–3.39	0.378	1.19	0.32–4.36	0.796
Opiskelijat	2.05	0.82–5.13	0.125	0.49	0.11–2.12	0.341	1.63	0.61–4.32	0.330	0.46	0.11–1.99	0.300
Eläkkeellä/työkyvytön	2.13	0.91–5.05	0.084	1.33	0.37–4.76	0.665	2.08	0.84–5.18	0.115	1.23	0.34–4.37	0.755
Muut	1.29	0.44–3.78	0.648	1.34	0.28–6.40	0.715	0.88	0.27–2.85	0.825	1.02	0.21–4.86	0.980
Työtön	1.00			1.00			1.00			1.00		
Koettu terveys			<0.001			<0.001			<0.001			<0.001
Erittäin hyvä	12.47	4.86–31.99	<0.001	13.85	3.36–57.09	<0.001	3.06	1.24–7.51	0.015	2.56	0.67–9.71	0.168
Hyvä	7.09	2.92–17.22	<0.001	8.20	2.20–30.49	0.002	3.08	1.35–7.05	0.008	2.65	0.79–8.92	0.117
Kohtalainen	3.35	1.35–7.01	0.009	3.35	0.94–11.98	0.063	2.52	0.97–5.26	0.060	1.73	0.54–5.60	0.358
Huono	1.00			1.00			1.00			1.00		
Lääkärin vastaanotto- käynnit ed. 12 kk:n aikana			0.363			0.834			0.363			0.834
Ei kertaakaan	1.49	0.80–2.77	0.210	0.68	0.28–1.66	0.402	1.31	0.68–2.51	0.148	0.97	0.40–2.37	0.951
Harvoin	1.65	0.98–2.78	0.058	0.92	0.45–1.88	0.810	1.29	0.98–2.78	0.357	1.08	0.52–2.23	0.835
Usein	1.00			1.00			1.00			1.00		
Sairaalassaolo ed. 12 kk:n aikana			0.399			0.929			0.399			0.929
Ei	1.24	0.73–2.13	0.429	0.89	0.41–1.94	0.761	1.49	0.83–2.66	0.184	0.96	0.43–2.12	0.910
Kyllä	1.00			1.00			1.00			1.00		
Tyytyväisyys lääkärinhoitoon			<0.001			<0.001			<0.001			<0.001
Tyytyväinen	11.10	6.40–19.23	<0.001	10.39	5.26–20.53	<0.001	2.89	1.76–4.73	<0.001	0.97	0.40–2.37	0.951
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	1.35	0.61–3.01	0.458	1.91	0.71–5.12	0.200	1.25	0.62–2.52	0.531	1.08	0.52–2.23	0.835
Tyytymätön	1.00			1.00			1.00			1.00		

(jatkuu)

TAULUKKO 5. (jatkuu)

	Luottaa paljon vakioimaton			Luottaa paljon vakioitu			Luottaa jonkin verran vakioimaton			Luottaa jonkin verran vakioitu		
	OR	95% LV	p	OR	95% LV	p	OR	95% LV	p	OR	95% LV	p
Tyytyväisyys sairaalahoitoon			<0.001			<0.001			<0.001			<0.001
Ei koske minua	17.52	7.34–41.86	<0.001	12.51	4.42–35.40	<0.001	4.95	2.35–10.42	<0.001	5.62	2.27–13.95	<0.001
Tyytyväinen	15.56	7.10–34.12	<0.001	8.04	3.21–20.17	<0.001	3.43	1.81–6.49	<0.001	2.61	1.20–5.69	0.016
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	2.53	0.82–7.86	0.108	2.48	0.66–9.29	0.179	2.00	0.77–5.19	0.154	2.43	0.79–7.50	0.123
Tyytymätön	1.00			1.00			1.00			1.00		
Palvelujen käyttöoikeus			0.805			0.442			0.805			0.442
Julkinen, tth ^{e)} ja vakuutus	1.30	0.75–2.25	0.349	0.53	0.22–1.30	0.168	1.14	0.64–2.02	0.663	0.78	0.32–1.91	0.589
Julkinen ja tth	1.03	0.67–1.60	0.886	0.71	0.31–1.63	0.422	0.86	0.54–1.36	0.515	0.68	0.30–1.57	0.370
Julkinen ja vakuutus	0.86	0.47–1.64	0.677	0.72	0.29–1.79	0.480	0.79	0.41–1.54	0.490	0.81	0.32–2.02	0.646
Vain julkinen	1.00			1.00			1.00			1.00		

a) Vakioiduissa malleissa vakiointi suoritettiin kaikkien selittävien muuttujien suhteen.

b) OR=ristitulosuhde, ^{c)} LV=luottamusväli, ^{d)} Kaikissa malleissa selittävän muuttujan referenssikategorian OR merkitään arvolla 1.00, ^{e)} tth=työterveyshuolto
Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu.

8 POHDINTA

8.1 TULOSTEN TARKASTELU JA MERKITYS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, ovatko sukupuoli, ikä, maantieteellinen asuinalue, sosioekonominen asema, koettu terveys, terveydenhuollon palvelujen käyttö ja käyttäjäkokemus, sekä työterveyshuollon palvelujen käyttöoikeus ja vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Terveydenhuoltojärjestelmää tarkasteltiin kokonaisuutena, joka käsittää kuntien järjestämisvastuulle kuuluvan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon sekä yksityiset terveysterveyst. palvelut.

Tulosten perusteella koulutus, koettu terveys ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjäkokemus ovat yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen. Ikä ei kokonaisuutena ollut yhteydessä luottamukseen, mutta tarkemmin ikäryhmittäin tarkasteltuna ja muiden selittäjien suhteen vakioituna 55–64-vuotiaat luottivat järjestelmään jonkin verran vähemmän kuin yli 65-vuotiaat.

Koulutusryhmistä korkea-asteen koulutuksen suorittaneet luottivat järjestelmään eniten, mutta vakioituna koulutusryhmien väliset erot luottamuksessa olivat tilastollisesti merkitseviä ainoastaan korkea-asteen ja toisen asteen koulutuksen saaneiden välillä. Koetun terveyden suhteen luottamus terveydenhuoltojärjestelmään oli sitä yleisempää, mitä paremmaksi vastaaja terveydentilansa raportoi. Sekä saamaansa lääkärihoitoon että sairaalahoitoon tyytyväiset luottivat järjestelmään enemmän kuin tyytymättömät. Myös kokonaan sairaalahoidon ulkopuolella olleet luottivat järjestelmään enemmän kuin saamaansa sairaalahoitoon tyytymättömät vastaajat.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat pääosin yhteneviä aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa. Iän, sukupuolen ja asuinalueen suhteen aikaisempien suomalaistutkimusten tulokset ovat vaihdelleet (Laamanen ym. 2006; Muuri 2008 & 2010; Niemelä 2012), mutta tässä tutkimuksessa ne eivät osittain ikää lukuun ottamatta olleet yhteydessä luottamukseen. Terveydenhuoltojärjestelmää tarkastelleissa aikaisemmissa suomalaistutkimuksissa sosioekonomisen aseman eri osoittimet eivät ole olleet yhteydessä luottamukseen, mutta sosiaalipalvelujärjestelmää tarkasteltaessa työmarkkina- asema on ollut osittain yhteydessä luottamukseen (Muuri 2008). Sen sijaan kansainvälisissä tutkimuksissa sosioekonomisella asemalla ei ole havaittu yhteyttä luottamukseen (Calnan &

Sanford 2004; Mohseni & Lindström 2006; Hardie & Critchley 2008). Tässä suhteessa tämän tutkimuksen tulokset poikkeavat aiemmista tutkimustuloksista. Sosioekonomisen aseman osoittimista juuri koulutuksen yhteys luottamukseen saattaa selittyä osittain sillä, että korkeasti koulutetut luottavat herkemmin järjestelmän piirissä työskentelevään korkeasti koulutettuun terveydenhuollon henkilöstöön.

Tässä tutkimuksessa havaittu koetun terveyden yhteys luottamukseen on todettu myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Armstrong ym. 2006; Mohseni & Lindström 2007; Yang & Matthews 2012), mutta Suomessa koetun terveyden yhteyttä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen ei ole aiemmin tutkittu. Kuitenkin myös Suomessa on aiemmin havaittu yhteys keskimääräistä huonomman koetun terveyden ja terveystalvelujen tasoa sekä tehokkuutta koskevan kriittisyyden välillä (Niemelä 2012). Talvelujen käyttäjäkokemuksen merkityksestä luottamuksen kannalta on saatu Suomessa aikaisempaa tutkimusnäyttöä erityisesti sosiaalitalvelujen yhteydessä (Kouvo & Kankainen 2009; Kouvo ym. 2012; Kouvo 2013), mutta myös terveydenhuollon talveluissa hyvän saatavuuden ja tyytyväisyyden saatuihin talveluihin on todettu olleen yhteydessä luottamukseen (Laamanen ym. 2006). Tosin kyseisessä tutkimuksessa tätä yhteyttä ei enää havaittu, kun hyvä saatavuus ja tyytyväisyys vakioitiin omalääkärin olemassaolon suhteen (Laamanen ym. 2006). Kansainvälisesti muutamissa tutkimuksissa (Calnan & Sanford 2004; Hardie & Critchley 2008) yksityisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo on ollut yhteydessä luottamukseen, mutta tässä tutkimuksessa vastaavaa yhteyttä ei havaittu.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat osittain luottamuksen paradoksia. Erittäin hyväksi ja hyväksi terveytensä raportoineet luottavat tämän tutkimuksen perusteella terveydenhuoltojärjestelmään eniten, vaikka oletettavasti he hyvän terveydentilansa vuoksi tarvitsevat terveystalveluja vähiten. Koska hyvän terveydentilan tiedetään yleisesti olevan yhteydessä korkeaan koulutustasoon, myös korkeasti koulutetuilla saattaa olla toisen asteen koulutettuja vähemmän tarvetta terveystalveluille, mutta mahdollisesti keskimääräistä paremmat resurssit hankkia niitä tarvittaessa. Näin ollen tämän tutkimuksen tulokset saattavat osittain kertoa tilanteesta, jossa järjestelmään luottavat eniten ne, joilla voidaan ajatella olevan vähiten tarvetta luottaa siihen.

Tyytyväisyys aiemmin saatuihin talveluihin ei sinänsä kerro mitään talvelujen tarpeesta tai mahdollisuuksista hankkia niitä. Tyytyväisyys sekä lääkäri- että sairaalahoitoon oli tässä tutkimuksessa yleistä, joten todennäköisesti tyytyväisten joukossa eri väestöryhmät ovat melko hyvin edustettuina. Myönteisen käyttäjäkokemuksen yhteyttä luottamukseen voidaan pitää loogisena; tyytyväisyys herättää todennäköisemmin luottamusta kuin epäluottamusta talveluja

tarjoavaa tahoja kohtaan (vrt. Hall ym. 2001). Sairaalahoidon ulkopuolella olleiden luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan selittyy mahdollisesti osittain sillä, että kyseiselle ryhmälle ei ole omakohtaisen kokemuksen kautta muodostunut sairaalahoidosta ainakaan negatiivista kuvaa. Tyytymättömien palvelunkäyttäjien vähäisempi luottamus saattaa ainakin jossain määrin johtua siitä, että he eivät ole kokeneet saaneensa järjestelmän puitteissa riittävää apua ongelmiinsa, mikä ilmenee vähäisenä luottamuksena. Samasta ilmiöstä on mahdollisesti kyse terveydentilansa huonoksi kokeneilla. Ongelmaksi tämä saattaa muodostua siinä vaiheessa, jos saamiinsa palveluihin tyytymättömät ja terveytensä huonoksi kokevat jättävät tulevaisuudessa tarpeen vaatiessakin hakeutumatta hoitoon, koska eivät luota saavansa asianmukaisia palveluja.

Kun tarkastellaan luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, on aiheellista pohtia, mitä luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ylipäänsä on, ja mitä vastaajat ovat sillä tässä tutkimuksessa ymmärtäneet. Tässä tutkimuksessa terveydenhuoltojärjestelmää tarkasteltiin kokonaisuutena, mutta on mahdollista, että vastaajat eivät ole asiaa näin mieltäneet, vaan he ovat esimerkiksi ajatelleet lähinnä kuntien järjestämistä palveluista, jotka ovat Suomen terveydenhuoltojärjestelmän keskeisin osa. Tätä taustaa vasten on epätodennäköistä, että vastaajat olisivat ymmärtäneet terveydenhuoltojärjestelmällä tarkoitettavan pelkästään työterveyshuoltoa tai yksityisiä terveystalouksia. Toisaalta on mahdollista, että vastaajat eivät ole tietoisesti pohtineet eri osajärjestelmiä lainkaan. Koko terveydenhuoltojärjestelmän ja sen osajärjestelmien toiminnan ymmärtäminen vaatii asiantuntemusta, joten välttämättä vastaajat eivät ole tiedostaneet kovin tarkkaan eri osajärjestelmiä, niiden taustalla olevia järjestämistä vastuita ja osajärjestelmien suhteita toisiinsa.

On mahdollista, että vastaajien ilmaisema luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan kuitenkin kertoo tietoisesti tai tiedostamatta luottamuksesta lähinnä sitä järjestelmän osaa kohtaan, jonka palveluja he pääsääntöisesti käyttävät. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan ollut mahdollista selvittää sitä, minkä osajärjestelmän palveluja eri väestöryhmät käyttävät ja toisaalta sitä, mihin osajärjestelmiin eri väestöryhmät luottavat. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että korkeasti koulutetut ja hyvätuloiset käyttävät enemmän työterveyshuollon sekä yksityisen terveydenhuollon palveluja, mutta vähemmän koulutetut ja pienituloiset käyttävät enemmän kuntien järjestämän perusterveydenhuollon palveluja. On mahdollista, että hyvätuloiselle ja koulutetulle väestölle työterveyshuolto ja yksityiset palvelut ovat keskeisempiä, kun taas kuntien järjestämät terveyskeskuspalvelut ovat läheisempiä pienituloiselle ja vähemmän koulutetulle väestölle.

Tämä herättää kysymyksen, ilmentääkö erityisesti yksityisten palvelujen käyttö ja mahdollinen vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen hankkiminen maksukykyisten asiakkaiden epäluottamusta kuntien järjestämiä palveluja kohtaan. On mahdollista, että yksityisten palvelujen käyttö ja vakuutuksen hankkiminen kertovat paitsi epäluottamuksesta kunnan järjestämiä palveluja kohtaan, myös luottamuksesta yksityisiä palveluja kohtaan. Toisaalta on mahdollista, että yksityisiä palveluja käyttämällä halutaan esimerkiksi laajentaa omaa valinnanvapautta tai nopeuttaa hoitoonpääsyä (vrt. Valtonen ym. 2014, 23), vaikka erityistä luottamuspulaa ei olisikaan. Ajoittain on kuitenkin esitetty huolta siitä, leimautuuko erityisesti kuntien järjestämistä vastuulle kuuluva perusterveydenhuolto niin sanottujen huono-osaisten palveluksi, koska korkeasti koulutetuilla ja hyvin toimeentulevilla on parhaat mahdollisuudet hankkia palveluja kunnallisen järjestelmän ulkopuolelta (vrt. Kallio 2008; Saari 2010, 43). Kysymys maksukykyisten asiakkaiden luottamuksesta on relevantti myös veronmaksuhalukkuuden kannalta, sillä kansalaisten veronmaksuhalukkuuden säilyminen edellyttää luottamusta järjestelmää kohtaan (vrt. Fridberg 2012, 134). Toisaalta niin tämän kuin aikaisempien tutkimusten tulosten, sekä luottamuksen paradoksin perusteella eniten veroja maksavien hyväosaisten tuki järjestelmältä ei ainakaan toistaiseksi ole katoamassa.

Kun tarkastellaan eri väestöryhmien luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan, on huomionarvoista pohtia, missä määrin lopulta on tarpeen tietää, mihin osajärjestelmiin eri väestöryhmien luottamus suuntautuu. Terveydenhuoltojärjestelmä, kuten muut hyvinvointipalvelujärjestelmät, edustavat ihmisille todennäköisesti jonkinlaista perusturvallisuutta yllättävien elämäntapahtumien varalle. Jos luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on korkealla tasolla, tämä kertoo jonkinlaisen perusturvallisuuden olemassaolosta. Välttämättä yksilön itsensä kannalta ei ole olennaista, mihin osajärjestelmään hän luottaa, jos luottamus on olemassa. Kuitenkin yleisellä tasolla on tärkeää tietää, onko luottamuksessa väestöryhmittäisiä eroja ja heijastavatko nämä erot mahdollisesti eroja esimerkiksi palvelujen saatavuudessa. Erityisen tärkeää on tietää, mitkä väestöryhmät eivät luota terveydenhuoltojärjestelmään ja mitkä ovat syyt epäluottamuksen taustalla.

Tältä kannalta voidaankin pohtia, mihin itse asiassa luotetaan tai ei luoteta, kun tarkastellaan luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään. Luottamus saattaa suuntautua esimerkiksi palvelujen saatavuuteen, hoidon asianmukaisuuteen tai terveydenhuollon henkilökunnalta saatavaan kohteluun. Terveydenhuoltojärjestelmään luottava ihminen todennäköisesti uskoo saavansa tarvittaessa sekä asianmukaisia palveluja kohtuullisessa ajassa että hyvää kohtelua terveydenhuollon henkilöstöltä. Tämä kuvastaa luottamuksen suuntautumista tulevaisuuteen (vrt. Sztompka 1999, 20; Hall ym.

2001), mutta tulevaisuuteen suuntautuva luottamus saattaa kuitenkin heijastaa myös aikaisempaa palvelujen käyttäjäkokemusta, kuten tässä tutkimuksessa.

Jos luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ilmentää luottamusta palvelujen saatavuuteen, asianmukaisuuteen ja henkilökunnalta saatavaan kohteluun, voidaan kysyä, onko itse järjestelmää kohtaan tunnettua luottamusta mahdollista täysin erottaa edellä mainituista tekijöistä. Palvelujen saatavuus ja terveydenhuollon henkilökunnan toiminta edustavat järjestelmää sen käyttäjille, joten niiden liittyminen luottamukseen on varsin luonnollista. Kontakti terveydenhuoltojärjestelmään syntyy käytännössä aina henkilökontaktin kautta, joten tässä mielessä itse terveydenhuoltojärjestelmää ja sen henkilöstöä kohtaan tunnetun luottamuksen erottelu on hankalaa (vrt. Sztompka 1999, 19–20; Kotkavirta 2000, 59–60). Kun pohditaan erityisesti terveydenhuollon henkilöstön roolia luottamuksen kannalta, päädytäänkin lopulta useiden teoreetikoiden käsittelemään problematiikkaan ihmisiä ja instituutioita kohtaan tunnetun luottamuksen erottamisessa (vrt. esim. Luhmann 1979; Harre 1999; Sztompka 1999; Seligman 2000; Kotkavirta 2000; Jokinen & Ilmonen 2002).

Huolimatta siitä, mihin luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tarkalleen suuntautuu, luottamuksen olemassaolo on paitsi yhteiskunnalliselta, myös inhimilliseltä kannalta tärkeää. Kuten muun muassa Sztompka (1999, 25–26) ja Luhmann (1988, 97–98) ovat todenneet, luottamusta tarvitaan elämään liittyvän epävarmuuden sietämiseen. Jos ihmiset luottavat terveydenhuoltojärjestelmään, he todennäköisesti uskovat saavansa järjestelmän piiristä tarvitsemaansa apua tilanteen vaatiessa. Tällöin luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan saattaa toimia elämään liittyvän epävarmuuden lievittäjänä.

8.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin kautta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin toistettavuutta, joten reliaabelin mittarin tuloksen tulisi olla eri mittauksissa sama. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 89, 95–96; Nummenmaa 2010, 346.) Reliabiliteettia on kuitenkin haasteellista soveltaa asenne- ja mielipidetutkimukseen, joissa tarkasteltavat ilmiöt eivät usein ole suoraan mitattavissa ja toistomittausten toteutus saattaa olla työlästä (Nummenmaa 2010, 347). Tässä tutkimuksessa mittarien eli kyselylomakkeen kysymysten reliabiliteettia on käytännössä mahdoton arvioida, koska toistomittauksia ei alkuperäisen aineistonkeruun yhteydessä tehty. Toisaalta monien demografisten muuttujien, kuten sukupuolen ja iän, yhteydessä reliaabeliutta alentava satunnaisvirhe on harvinainen (Alkula ym. 2002, 94). Tässä

tutkimuksessa voidaan siten olettaa, että selittäviä muuttujia koskevat tiedot ovat pääosin luotettavia.

Mielipidekysymyksissä, kuten tässä tutkimuksessa tyytyväisyyttä ja luottamusta koskeneissa kysymyksissä, vastaajan mieliala tai esimerkiksi aiheesta julkisuudessa käyty keskustelu saattaa vaikuttaa vastauksiin. Kohtalaisen suuressa aineistossa on kuitenkin todennäköistä, että jokaista mielialasta johtuvaa satunnaisvirhettä kohden on syntynyt vastakkainen satunnaisvirhe (vrt. Alkula ym. 2002, 95). Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin syksyllä 2011, jolloin Jyrki Kataisen hallitus oli hiljattain aloittanut toimintansa. Hallitusohjelmaan kuulunut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen oli tuolloin jonkin verran esillä julkisessa keskustelussa, joskaan terveydenhuoltojärjestelmän epäkohtia ei tuolloin käsitelty niin voimakkaasti kuin myöhemmin kyseisen hallituskauden aikana. Näin terveydenhuoltojärjestelmään liittyvien kysymysten käsittely julkisuudessa keruuajankohtana ei liene merkittävästi vaikuttanut tuloksiin. Itse kyselylomakkeen kysymyksiin, vastaajaan tai julkiseen keskusteluun liittyvien seikkojen lisäksi reliaaabeliutta voidaan ajatella aineiston analyysin kannalta. Tämän tutkimuksen analyysin kuvauksesta selviää, miten tuloksiin on päädytty (vrt. Nummenmaa 2010, 36), joten itse analyysi on toistettavissa.

Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä se on tarkoitettu mittaamaan (Alkula ym. 2002, 89; Nummenmaa 2010, 346). Tässä tutkimuksessa rajoitteena oli, että käytettävän aineiston perusteella ei ollut mahdollista tarkastella luottamusta terveydenhuoltojärjestelmän eri osia kohtaan. Olennaisin seikka validiteetin kannalta on, mittasiko luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan koskenut kysymys todella luottamusta koko järjestelmää kohtaan vai mielsivätkö vastaajat kysymyksen tarkoittaneen esimerkiksi vain kuntien järjestämistä vastuulle kuuluvia palveluja. Kuten edellä on todettu, on mahdollista, että luottamus järjestelmää kohtaan on kuvastanut osittain myös luottamusta esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstöä kohtaan. Toisaalta joissakin validoiduissa järjestelmäluottamusta kuvaavissa mittareissa yhtenä osa-alueena on ollut luottamus henkilöstöä kohtaan, koska henkilöstön on katsottu liittyvän niin olennaisesti järjestelmän toimintaan (Ozawa & Sripad 2013).

Erilaisten kyselytutkimusten vastausaktiivisuus on Suomessa laskenut viime vuosina (Luoto 2009). Tässä tutkimuksessa käytetyn alkuperäisen aineistonkeruun vastausprosentti oli 53.6 %. Vastaajamäärästä rajattiin kuitenkin tässä tutkimuksessa pois ne vastaajat, jotka olivat ilmoittaneet, että he eivät ole oikeutettuja käyttämään kuntien järjestämistä vastuulle kuuluvia julkisen terveydenhuollon palveluja. Rajauksen jälkeen otokseen suhteutettu ”tämän tutkimuksen

vastausprosentti” oli 50.5 %. Suhteellisen alhainen vastausprosentti on tämän tutkimuksen rajoite. Aineiston keruuta voidaan pitää kohtalaisen onnistuneena, jos vastausprosentiksi saadaan >70 %. Jos vastausprosentti jää <60 %:iin alkuperäisestä otoksesta, vastaajat ovat yleensä vähintään jonkin verran valikoituneet ja tuloksia on tulkittava varoen. (Luoto 2009.) Toisaalta kansainvälisessä vertailussa vastausprosenttia >50 % voidaan pitää kohtalaisen hyvänä (Tolonen ym. 2006).

Hieman alhaisen vastausprosentin vuoksi tämän tutkimuksen aineisto on kuitenkin todennäköisesti jonkin verran valikoitunutta, mikä heikentää tutkimustulosten yleistettävyyttä. On yleisesti tiedossa, että niin sanotut yhteiskunnan hyväosaiset vastaavat kyselytutkimuksiin aktiivisemmin kuin niin sanotut huono-osaiset (Tolonen ym. 2006). On myös yleisesti tiedossa, että kaikkein huono-osaisimmat (esim. asunnottomat) eivät ole käytännössä lainkaan edustettuina perinteisissä kyselytutkimuksissa, joten todennäköisesti he eivät olleet edustettuina myöskään tässä tutkimuksessa. Näin ollen saattaa olla mahdollista, että tässä tutkimuksessa käytettyyn aineistoon on valikoitunut vastaajiksi esimerkiksi keskimääräistä terveempää väestöä. Vastaajien ikäjakauma ei vastaa aikuisväestön todellista ikäjakaumaa, koska otokseen valitut ikäluokat oli rajattu 15–74-vuotiaisiin. Näin tätä vanhemmat ikäluokat jäivät tarkastelun ulkopuolelle, joten tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää iäkkäimpään väestöön. Vastaajien määrä oli myös jonkin verran epätasaisesti painottunut sukupuolen, maantieteellisen asuinalueen ja työmarkkina-aseman suhteen; miehet, muualla kuin Etelä-Suomen alueella asuvat ja työttömät olivat aliedustettuina vastaajien joukossa.

Tässä tutkimuksessa selittävinä muuttujina ei tarkasteltu siviilisäätyä, ammattiasemaa ja palvelujen saatavuutta. Näistä siviilisääty ja ammattiasema eivät aikaisemmissa tutkimuksissa ole olleet yhteydessä luottamukseen, joten niiden puuttuminen tästä tutkimuksesta ei todennäköisesti merkittävästi alentanut tutkimuksen luotettavuutta. Ammattiaseman sijaan sosioekonomista asemaa tarkasteltiin useiden muiden osoittimien avulla. Palvelujen saatavuuden puuttuminen mahdollisesti kavensi saatua kuvaa luottamukseen yhteydessä olevista tekijöistä. Toisaalta on mahdollista, että tässä tutkimuksessa tyytyväisyys saatuun hoitoon saattoi osittain heijastaa myös tyytyväisyyttä palvelujen saatavuuteen.

Käytettyjä analyysimenetelmiä voidaan pitää tämän tutkimuksen vahvuutena. Selittävien muuttujien yhteyttä luottamukseen tarkasteltiin sekä yksitellen että vakioituna. Multinomiaalisessa logistisessa regressiossa raportoitaviksi valittiin yhden selittäjän mallit sekä kaikkien selittäjien malli, jossa kaikki selittävät muuttujat vakoitiin toistensa suhteen. Analyysin yhteydessä rakennettujen mallien tulokset eivät olennaisesti poikenneet toisistaan, mutta valittujen mallien

avulla selittävien muuttujien mahdollisista yhteyksistä luottamukseen saatiin kattavin kuva. Tämän tutkimuksen aineisto oli kuitenkin kerätty poikkileikkausasetelmassa, joten tulosten avulla ei ole mahdollista tehdä päätelmiä syy-seuraussuhteista.

Analyysin kannalta hieman ongelmallista oli, että muutamat vastausluokat olivat kooltaan pieniä. Esimerkiksi huonoa terveyttä raportoineita, saamiinsa terveydenhuollon palveluihin tyytymättömiä sekä niitä, jotka eivät luottaneet terveydenhuoltojärjestelmään oli koko aineistossa absoluuttisena lukumääränä mitattuna vähän. Tästä huolimatta koetun terveyden ja palvelujen käyttäjäkokemuksen yhteys luottamukseen oli tilastollisesti merkitsevä sekä ristiintaulukoinneissa että multinominaalisessa logistisessa regressiossa. Vastausluokkien pienet koot aiheuttivat paikoitellen regressiomalleissa luottamusvälien levenemistä, mutta näissä tapauksissa luottamusvälin alaraja oli kuitenkin selvästi enemmän kuin 1.

Tähän tutkimukseen ei liittynyt erityisiä eettisiä ongelmia. Tutkimusaineiston keruu on aikanaan toteutettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen, ja tutkimukseen osallistuminen on ollut otokseen valituille vapaaehtoista (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2015). Tämän tutkimuksen tekijä on saanut aineiston käyttöönsä käyttölupasitoumusta vastaan ja aineistoa on käytetty vain tässä tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijä on tuhonnut hallussaan olevan aineiston tutkimuksen valmistuttua. Myös tutkimuksen muussa toteutuksessa on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä; lähdeviitteet on merkitty asianmukaisesti ja tulokset on raportoitu rehellisesti. (vrt. Alkula ym. 2002, 295–296.)

8.3 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Etenkin Suomessa luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on tutkittu erittäin vähän. Suomessa on tehty muutamia tutkimuksia, joissa on tarkasteltu luottamusta kuntien järjestämistä kuuluvaan terveydenhuoltoon kohtaan, mutta luottamusta työterveyshuoltoon ja yksityisiä terveystalouksia kohtaan ei ole tutkittu. Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista tarkastella luottamusta terveydenhuoltojärjestelmän eri osia kohtaan, vaan järjestelmää tarkasteltiin kokonaisuutena. Eri osajärjestelmien tarjoamien palvelujen käyttöä ja käyttöoikeuksien erittelyä ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista suorittaa täysin tarkasti, koska tietoa yksityisten palvelujen varsinaisesta käytöstä ei ollut saatavilla, vaan ainoastaan vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolosta. Näin ollen tulevien tutkimusten varaan jää tarkastella, mitkä tekijät mahdollisesti ovat yhteydessä luottamukseen eri osajärjestelmiä kohtaan ja onko tässä luottamuksessa eroja väestöryhmien välillä.

Kuten edellä on todettu, kaikkein heikoimmassa asemassa oleva väestö ei yleensä ole edustettuna varsinkaan kyselytutkimuksissa. Esimerkiksi asunnottomia ei ole käytännössä mahdollista tavoittaa perinteisillä kyselylomakkeilla. Myös erilaisissa laitoksissa asuva väestö jää useimmiten tutkimusten ulkopuolelle. Huono-osaisimpien luottamuksen tutkimus vaatisi todennäköisesti jalkautumista tiedonantajien pariin.

Useissa kyselytutkimuksissa, kuten myös tässä tutkimuksessa, iäkkäin väestö on rajattu otoksen ulkopuolelle. Kuitenkin erityisesti tällä hetkellä julkisuudessa käydään paljon keskustelua väestön ikääntymisestä sekä ikäihmisten palveluihin liittyvistä ongelmista. Myös muut terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan liittyvät ongelmat ja uudistamistarpeet ovat olleet esillä suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen myötä. Ikäihmisillä on usein kertynyt nuorempaa väestöä enemmän kokemusta erilaisten palvelujen käytöstä elämänsä varrelta ja toisaalta he todennäköisesti tarvitsevat palveluja nuorempaa väestöä enemmän, joten ikäihmisten luottamuksen tutkiminen laajentaisi kuvaa luottamuksesta hyvinvointipalveluja kohtaan.

Terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tunnettuun luottamukseen kytkeytyy todennäköisesti palvelujen saatavuuteen ja asianmukaisuuteen sekä terveydenhuollon henkilöstön toimintaan liittyviä tekijöitä. Suomessa ei ole kuitenkaan tarkemmin tutkittu, mihin ihmiset itse asiassa terveydenhuoltojärjestelmää tarkasteltaessa luottavat tai eivät luota, ja mihin luottamus tai sen puuttuminen johtaa. Näiden kysymysten pohtiminen on jäänyt tässä tutkimuksessa lähinnä spekuloinnin tasolle, mutta niiden tarkempi selvittäminen avartaisi käsitystä luottamuksen syistä ja seurauksista.

Suomessa parhaillaan suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakennemuutoksen tarkoituksena on taata nykyistä paremmin palvelujen saatavuus eri väestöryhmille, vahvistaa erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta sekä parantaa terveyspalvelujen tehokkuutta ja vaikuttavuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Uudistuksen toteutustapa on kuitenkin vielä avoinna. Nähtäväksi jää, miten mahdollinen uudistus toteutuessaan näyttäytyy järjestelmän käyttäjille esimerkiksi palvelujen saatavuuden kautta. Mikäli rakennemuutos toteutetaan, väestön luottamuksen selvittäminen uudistettua järjestelmää kohtaan on tarpeellista tulevaisuudessa.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen perusteella Suomen terveydenhuoltojärjestelmään luotetaan melko yleisesti. Luottamus järjestelmää kohtaan on suhteellisen tasaista eri väestöryhmissä, sillä ikäryhmittäin, sukupuolittain, alueittain ja sosioekonomisen aseman mukaan tarkasteltuna sosioekonomisen aseman osoittimista ainoastaan koulutus oli yhteydessä luottamukseen. Hyväksi koettu terveydentila ja tyytyväisyys saatuihin terveydenhuollon palveluihin näyttävät tämän tutkimuksen perusteella olevan olennaisempia luottamuksen kannalta kuin yksilön ominaisuuksiin ja asemaan liittyvät tekijät. Näin ollen palvelujen hyvä saatavuus ja palvelujen käyttäjien hyvä kohtelu lisäävät todennäköisesti luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Terveydenhuollon palvelujen aidosti tasavertainen saatavuus koko väestön keskuudessa rakentaa luottamusta järjestelmää kohtaan.

LÄHTEET

- Alastalo, M. 2005. Metodisuhdanteiden mahti. Lomaketutkimus suomalaisessa sosiologiassa 1947–2000. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.–4. painos. Juva: WSOY.
- Anttonen, A. & Sipilä, S. 2012. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. 4. painos. Tampere: Vastapaino.
- Armstrong, K., Rose, A., Peters, N., Long, J.A., McMurphy, S. & Shea, J.A. 2006. Distrust of the Health Care System and Self-Reported Health in the United States. *Journal of General Internal Medicine* 21 (4), 292–297.
- Baker, R., Mainous A.G. III, Gray, D.P. & Love, M.M. 2003. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21, 27–32.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. 1995. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Suom. Vesa Raiskila. Helsinki: Gaudeamus.
- Black, M. & Mooney, G. 2002. Equity in Health Care from a Communitarian Standpoint. *Health Care Analysis* 10 (2), 193–208.
- Bungay, H. & Cappello, R. 2009. 'As long as the doctors know what they are doing': trust or ambivalence about patient information among elderly men with prostate cancer? *European Journal of Cancer Care* 18 (5), 470–476.
- Blomgren, J. & Hiilamo, H. 2012. Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin. Teoksessa H. Mikkola, J. Blomgren & H. Hiilamo (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Kelan tutkimusosasto, 76–88.
- Calltrop, J. & Larivaara, M. 2009. Changing perceptions of equity and fairness. Teoksessa J. Magnussen, K. Vrangbaek & R. B. Saltman (toim.) *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: McGraw-Hill Companies, 214–232.
- Calnan, M.W. & Sanford, E. 2004. Public trust in health care: the system or the doctor? *Quality and Safety in Health Care* 13(2), 92–97.
- Delhey, J. & Newton, K. 2003. Who trusts? The origins of trust in seven societies. *European Societies* 5 (2), 93–137.
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. Muutossäännös 30.12.2010/1328. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 26.9.2014. Saatavilla osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

- Fridberg, T. 2012. Legitimacy of the system and support for the welfare state. Teoksessa H. Ervasti, J.G. Andersen, T. Fridberg & K. Ringdal (toim.) *The Future of the Welfare State. Social Policy Attitudes and Social Capital in Europe*. Northampton: Edward Elgar Publishing, 134–152.
- Giddens, A. 1990. *The Consequences of Modernity*. Stanford University Press.
- Gilbert, D.A. & Hayes, E. 2009. Communication and outcomes of visits between older patients and nurse practitioners. *Nursing Research* 58 (4), 283–293.
- Greif, A. 2006. *Institutions and the Path to Modern Economy: Lessons from Medieval Trade*. Cambridge University Press.
- Hall, M., Dugan, E., Zheng, B. & Mishra, A.K. 2001. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *The Milbank Quarterly. A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy* 79 (4), 613–639.
- Hardie, E.A. & Critchley, C.R. 2008. Public perceptions of Australia's doctors, hospitals and health care systems. *Medical Journal of Australia* 189 (4), 210–214.
- Harisalo, R. 2009. Epäluottamus organisaatiossa. Teoksessa M-L Huotari & A. Lehto (toim.) *Johtamishaasteena muutos: Kirjasto akateemisessa yhteisössä*. Tampereen yliopistopaino, 49–61.
- Harre, R. 1999. Trust and its surrogates: psychological foundations of political process. Teoksessa M.E. Warren (toim.) *Democracy and Trust*. Cambridge University Press, 249–272.
- Heikkilä, T. 2014. *Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos*. Porvoo: Edita.
- Hemminki, E., Luoto, R., Gissler, M. 2006. Sukupuolierot terveystilanteiden kohdentumisessa. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke*. Helsinki: Stakes, 35–39.
- Häkkinen, U. & Alha, P. 2006. Avohoitopalvelut. Teoksessa *Terveystilanteiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveystilanteiden 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006*. Helsinki, 32–43.
- Iisakka, L. 2006. Sosiaalinen pääoma ja luottamus. Teoksessa L. Iisakka (toim.) *Sosiaalinen pääoma Suomessa. Tilastokatsaus*. Helsinki: Tilastokeskus, 25–32.
- Ilmonen, K. 2002. Luottamus paikallisiin instituutioihin ja sosiaalisiin verkostoihin. Teoksessa P. Ruuskanen (toim.) *Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille*, 136–159.
- Ilmonen, K. 2005. Luottamuksen operationalisoinnista. Teoksessa P. Jokivuori (toim.) *Sosiaalisen pääoman kentät*. Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy, 45–68.
- Ilmonen, K. & Jokinen, K. 2002. *Luottamus modernissa maailmassa*. Jyväskylä : SopHi.

- ISSP 2011: Terveys (Suomen aineisto). FSD2703, versio 1.0 (2012-03-02). Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos & Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto & Helsinki: Tilastokeskus (aineiston tuottajat), 2011. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto (aineiston jakaja), 2012.
- Jones, D., Carson, K., Bleich, S., & Cooper, A. 2012. Patient Trust in Physician and Adoption of Lifestyle Behaviors to Control High Blood Pressure. *Patient Education Counselling* 89 (1), 57–62.
- Julkunen, R. 2007. Universalismista köyhyyspolitiikkaan? Teoksessa T. Helne & M. Laatu (toim.) *Vääryyskirja*. Kelan tutkimusosasto, 43–60.
- Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2014. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014. Elektroninen aineisto. Viitattu 22.1.2015. Saatavilla osoitteesta <http://www.thl.fi/ath>
- Kallio, J. 2008. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (5), 477–493.
- Kankainen, T. 2007. *Yhdistykset, instituutiot ja luottamus*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Kansaneläkelaitos 2014a. Kelan työterveyshuoltotilasto vuodelta 2012. Elektroninen aineisto. Viitattu 10.2.2015. Saatavilla osoitteesta http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_tyoterveyshuoltotilasto_2012.pdf/8d656155-8298-4abf-892f-e0af84defbb5
- Kansaneläkelaitos 2014b. Kelan sairausvakuutusilasto vuodelta 2013. Elektroninen aineisto. Viitattu 10.2.2015. Saatavilla osoitteesta http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_sairausvakuutusilasto_2013.pdf/4aca5252-cbd9-4972-a9a9-4ba6f5b6818e
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Muutossäännös 21.3.1997/248. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 26.9.2014. Saatavilla osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Karvonen, S. 2011. Alue ja kontekstuaaliset tekijät. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus, 106–120.
- Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. *Kansanterveystiede*. Helsinki: SanomaPro.
- Kaunismaa, P. 2000. Yhdistyselämä ja sosiaalinen pääoma. Teoksessa K. Ilmonen (toim.) *Sosiaalinen pääoma ja luottamus*. Jyväskylä: SoPhi, 119–143.
- Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2005. Yksityinen palveluntuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Stakes. Raportteja* 288:2005. Helsinki.
- Keskimäki, I. & Alha, P. 2006. Sairaalahoito ja leikkaukset. Teoksessa *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006*. Helsinki, 44–50.

- Keskimäki, I., Manderbacka, K. & Teperi, J. 2008. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Teoksessa U. Ashorn & J. Lehto (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 50–66.
- Keskimäki, I., Forssas, E., Rautiainen, H., Rasilainen, J. & Gissler, M. 2014. Finland: Geographic Variations in Health Care. Teoksessa S. Divya, G. Lafortune, V. Paris & A. Belloni (toim.) Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? OECD Health Policy Studies, 195-220.
- Klavus, J. 2010. Suomalaisten terveys, terveystalvurjen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 28–43.
- Kotkavirta, J. 2000. Luottamus instituutioihin ja yksilöllinen hyvinvointi. Teoksessa K. Ilmonen (toim.) Sosiaalinen pääoma ja luottamus. Jyväskylä: SoPhi, 55–68.
- Kouvo, A. 2011. The sources of generalized trust and institutional confidence in Europe. *Research on Finnish Society* 4 (1), 29–40.
- Kouvo, A. 2013. Ihmisten välinen luottamus ruokajonojen ja asumispalveluyksikön asiakkailla. Teoksessa M. Niemelä & J. Saari (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Kelan tutkimusosasto, 108–124.
- Kouvo, A. 2014. Luottamuksen lähteet. Vertaileva tutkimus yleistynyttä luottamusta synnyttävistä mekanismeista. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Kouvo, A. & Kankainen, T. 2009. Sosiaalista pääomaa rakentamassa vai purkamassa? Suomalaiset hyvinvointipalvelut ja yleistynyt luottamus. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (6), 585–603.
- Kouvo, A., Kankainen, T. & Niemelä, M. 2012. Welfare Benefits and Generalized Trust in Finland and Europe. Teoksessa H. Ervasti, J.G. Andersen, T. Fridberg & K. Ringdal (toim.) *The Future of the Welfare State. Social Policy Attitudes and Social Capital in Europe.* Edward Elgar Publishing, 195–213.
- Laamanen, R., Øvretveit, J., Sundell, J., Simonsen-Rehn, N., Suominen, S. & Brommels, S. 2006. Client perceptions of public and independent not-for-profit primary health care. *Scandinavian Journal of Public Health* 34 (6), 598–608.
- Lagerspetz, O. 1998. Luottamus, yksilöllisyys ja yhteisö. Teoksessa J. Kotkavirta & A. Laitinen (toim.) *Yhteisö. Filosofian näkökulmia yhteisöllisyyteen.* Jyväskylä: SoPhi, 225–236.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideologia. Väestön terveystalvur ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät.* Helsinki: Gaudeamus, 41–59.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 24.10.2014. Saatavilla osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 26.9.2014. Saatavilla osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>

- Lee, Y. & Lin, J. 2008. Linking patients' trust in physicians to health outcomes. *British Journal of Hospital Medicine* 69 (1), 42–46.
- Luhmann, N. 1979. *Trust and Power*. John Wiley & Sons Ltd.
- Luhmann, N. 1988. Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives. Teoksessa D. Gambetta (toim.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford: Basil Blackwell, 94–108.
- Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. *Duodecim* 125 (15), 1647–1653.
- Malin, M. & Gissler, M. 2006. Maahanmuuttajien terveys- ja sosiaalipalveluiden saatavuus, laatu ja käyttö oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke*. Helsinki: Stakes, 35–39.
- Manderbacka, K., Gissler, M., Husman, K., Husman, P., Häkkinen, U., Keskimäki, I., Nguyen, L., Pirkola, S., Ostamo, A., Wahlbeck, K. & Widström, E. 2006. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke*. Helsinki: Stakes, 42–55.
- Manderbacka, K., Häkkinen, U., Nguyen, L., Pirkola, S., Ostamo A. & Keskimäki, I. 2007. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavat tekijät ja niissä tapahtuneet muutokset. Terveyspalvelut. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*. Helsinki, 179–196.
- Manderbacka, K., Arffman, M. & Keskimäki, I. 2014. Has socioeconomic equity increased in somatic specialist care: a register-based cohort study from Finland in 1995–2010. *BMC Health Services Research* 14, 430.
- Martelin, T., Koskinen, S., & Lahelma, E. 2005. Väestöryhmien väliset terveyserot. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 266–276.
- Martelin, T., Karvonen, S., Linnanmäki, E., Prättälä, R. & Koskinen, S. 2012. Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012*, 202–210.
- Metteri, A. 2003. Kohtaamiset sairastavan kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Luottamuksen rakentumisen näkökulma. Teoksessa A. Metteri (toim.) *Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry*. Helsinki: Edita, 92–103.

- Mohseni, M. & Lindström, M. 2007. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study. *Social Science & Medicine* 64 (7), 1373–1383.
- Munro, B. 2005. *Statistical Methods for Health Care Research*. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muuri, A. 2008. Sosiaalipalveluja kaiken ikää ja kaikille? Teoksessa P. Moisio, S. Karvonen, J. Simpura & M. Heikkilä (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Helsinki: Stakes, 192–217.
- Muuri, A. 2010. Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 78–95.
- Nguyen, L., Sauni, R., Koponen, P., Alha, P. & Häkkinen U. 2012. Käynnit lääkärin ja terveydentai sairaanhoitajan vastaanotolla. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012, 170–175.
- Niemelä, M. 2012. Terveyspalvelut kansalaismielipiteen ja luottamuksen näkökulmasta. Teoksessa H. Mikkola, J. Blomgren & H. Hiilamo (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Kelan tutkimusosasto, 24–38.
- Nummenmaa, L. 2010. *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. 2. painos. Helsinki: Tammi.
- OECD 2005. *Reviews of Health Systems*. Finland.
- OECD 2011. *Access to Care: Inequalities in Doctor Consultations*. Teoksessa *Health at a Glance 2011*. OECD Indicators, 129–146.
- Ozawa, S. & Sripad, P. 2013. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* 91, 10–14.
- Perustuslaki 11.6.1999/731. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 10.11.2014. Saatavilla osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Prättälä, R., Koskinen, S., Martelin, T., Lahelma, E., Sihto, M. & Palosuo, H. 2007. Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki, 15–24.
- Putnam, R. 2000. *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
- Rahkonen, O., Talala, K., Sulander, T., Laaksonen, M., Lahelma, E., Uutela, A. & Prättälä R. 2007. Koettu terveys. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 65–73.

- Riska, E. 2011. Sukupuoli. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) Sosiaalierpidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus, 60–72.
- Rothstein, B. 2000. The future of the universal welfare state. Teoksessa S. Kuhnle (toim.) Survival of the European Welfare State. Routledge/ECPR Studies in European Political Science, 217–233.
- Rothstein, B. 2005. Social Traps and the Problem of Trust. Cambridge University Press.
- Saari, J. 2010. Hyvinvointivaltio 2010-luvulle. Teoksessa J. Saari (toim.) Tulevaisuuden voittajat – Hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 5/2010.
- Saari, J. 2015. Kun yhteiskunnan ääripäävät ovat eri veneissä. Esitelmä. Luottamus-seminaari 26.1.2015. Helsinki.
- Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 16.4.2015. Saatavilla osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224#L2>
- Scott, R.W. 2008. Institutions and Organizations. Ideas and Interests. Third Edition. Stanford University: Sage Publications.
- Seligman, A.B. 1997. The Problem of Trust. Princeton University Press.
- Seligman, A.B. 2000. Luottamus ja yleinen vaihto. Teoksessa K. Ilmonen (toim.) Sosiaalinen pääoma ja luottamus. Jyväskylä: SoPhi, 39–54.
- Sihto, M., Palosuo, H. & Linnanmäki, E. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia Suomessa. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki, 197–218.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut Suomessa. Elektroninen aineisto. Viitattu 26.9.2014. Saatavilla osoitteesta http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sote-uudistus. Elektroninen aineisto Viitattu 4.5.2015. Saatavilla osoitteesta http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos
- Sztompka, P. 1999. Trust. A Sociological Theory. Cambridge University Press.

- Talala, K., Härkänen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A. & Koskinen, S. 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti* 69 (36), 2185–2192.
- Tarrant, C., Dixon-Woods, M., Colman, A.M. & Stokes, T. 2010. Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory. *Annals of Family Medicine* 8 (5), 440–446.
- Teperi, J. & Keskimäki, I. 2007. Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa J. Saari & A.B. Yeung (toim.) *Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 274–291.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 26.9.2014. Saatavilla osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4/2011.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2012. Tilastoraportti 7/2014.
- Thom, D., Hall, M. & Pawlson, L. 2004. Measuring Patients Trust in Physicians when Assessing Quality of Care. *Health Affairs* 23 (4), 124–132.
- Tilastokeskus 2014. Työvoimatutkimus. Elektroninen aineisto. Viitattu 2.10.2014. Saatavilla osoitteesta http://www.stat.fi/til/tyti/2013/10/tyti_2013_10_2013-11-26_laa_001_fi.html
- Tilastokeskus 2015a. EU:n alueluokitus, NUTS2 2012, Suomi. Elektroninen aineisto. Viitattu 9.2.2015. Saatavilla osoitteesta <http://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/nuts/002-2012/index.html>
- Tilastokeskus 2015b. Tilastot, tulot ja kulutus. Elektroninen aineisto. Viitattu 9.2.2015. Saatavilla osoitteesta <http://www.stat.fi/til/tul.html>
- Tolonen, H., Helakorpi, S., Talala, K., Helasoja, V., Martelin, T. & Prättälä, R. 2006. 25-year trends and socio-demographic differences in response rates: Finnish adult health behaviour survey. *European Journal of Epidemiology* 21 (6), 409–415.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2015. Hyvä tieteellinen käytäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 16.4. 2015. Saatavilla osoitteesta <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>
- Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 26.9.2014. Saatavilla osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>
- Valtonen, H., Kempers, J. & Karttunen, A. 2014. Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behaviour. Working papers 65/2014. Kelan tutkimusosasto.

- van der Schee, E., Groenewegen, P.P. & Friele, R. D. 2006. Public trust in health care: a performance indicator? *Journal of Health Organization and Management* 20 (5), 468–477.
- Vehko, T. 2014. Examining time trends in medical practices using register-based data. A study on changing coronary heart disease care among persons with diabetes. Academic Dissertation. University of Tampere. National Institute for Health and Welfare.
- Vuorenkoski, L. 2008. Finland. Health System Review. *Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Vuorenkoski, L. & Saarni, S. 2006. Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke*. Helsinki: Stakes, 35–39.
- Yang, T-C & Matthews, S.A. 2012. Understanding the non-statutory associations between distrust of the health care system, health conditions and self-rated health in the elderly: A geographically weighted regression approach. *Health & Place* 18 (3), 576–585.

LIITE: TUTKIMUKSESSA KÄYTETYT KYSELYLOMAKKEEN KYSYMYKSET

Kyselylomake: FSD2703 ISSP 2011: Terveys: Suomen aineisto

Kysymykset numeroitu alkuperäisen kyselylomakkeen mukaan.

1. Oletko...

Mies..... 1
Nainen 2

2. Minä vuonna olet syntynyt? 19_____

4. Mikä on koulutuksesi?

Rengasta korkein kouluaste, vain yksi vaihtoehto.

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

12. Mikä seuraavista parhaiten kuvaa tämänhetkistä tilannettasi?

*Jos olet **tilapäisesti** pois ansiotyöstä äitiys-, isyys- tai muun loman, palkattoman vapaan tai muun samankaltaisen syyn vuoksi, vastaa tavanomaisen työtilanteesi mukaan. Valitse vain yksi vaihtoehto.*

Ansiotyössä (palkansaaaja, yrittäjä, työssä oman perheen yrityksessä)..... 1
Työtön työnhakija..... 2
Koululainen, opiskelija (myös oppilaitoksesta lomalla olevat)..... 3
Harjoittelussa tai oppisopimuksessa..... 4
Pysyvästi työkyvytön..... 5
Eläkkeellä 6
Kotiäiti, koti-isä tai omaishoitaja..... 7
Varusmies- tai siviilipalveluksessa..... 8
Jokin muu 9

21. Kuinka paljon luotat seuraaviin tahoihin?

Rengasta kummaltakin riviltä vain yksi vaihtoehto.

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

36. Kuinka usein viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana...

Rengasta kummaltakin riviltä vain yksi vaihtoehto.

	En kertaa- kaan	Harvoin	Joskus	Usein	Erittäin usein	En osaa sanoa
a) Olet käynyt lääkärin vastaanotolla tai saanut lääkärinhoitoa kotonasi	1	2	3	4	5	8
b) Olet käynyt vaihtoehtohoitoa tarjoavan henkilön vastaanotolla tai saanut tällaista hoitoa kotonasi	1	2	3	4	5	8

37. Oletko ollut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana sairaalassa tai poliklinikalla potilaana yön yli?

Kyllä1
En.....2

41. Kuinka tyytyväinen tai tyytymätön olit hoitoon, jonka sait...

Rengasta jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	Täysin tyyty- väinen	Hyvin tyyty- väinen	Melko tyyty- väinen	En tyytyväi- nen enkä tyytymätön	Melko tyyty- mätön	Hyvin tyyty- mätön	Täysin tyyty- mätön	Ei koske minua	En osaa sanoa
a) Käydessäsi viimeksi lääkärissä	1	2	3	4	5	6	7	8	9
b) Käydessäsi viimeksi vaihtoehtohoitoatarjoavan henkilön vastaanotolla	1	2	3	4	5	6	7	8	9
c) Ollessasi viimeksi sairaalassa	1	2	3	4	5	6	7	8	9

44. Miten kuvaisit nykyistä terveydentilaasi? Onko se:

Rengasta vain yksi vaihtoehto.

Erinomainen.....1
Erittäin hyvä2
Hyvä.....3
Kohtalainen.....4
Huono5
En osaa sanoa.....8

47. Alla kysymyksiä terveydenhuollosta.

	Kyllä	Ei
a) Oletko oikeutettu käyttämään Suomen julkista terveydenhuoltoa tai opiskelijaterveydenhuoltoa?	1	2
b) Oletko oikeutettu käyttämään työterveyshuoltoa (joko työnantajan maksamaa tai yksityisyrittäjän itse maksamaa)	1	2
c) Onko sinulla vapaaehtoinen sairauskuluja korvaava vakuutus	1	2

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

_____ euroa kuukaudessa

Kysymysten vaihtoehtoja 36b, 41b ja 21a ei käytetä tässä tutkimuksessa.