



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Anna-Reetta Seppänen

Resurssirealismia, huolipuhetta ja arvopohdintaa

Kriittinen diskurssianalyysi asiantuntija-, media- ja kansalaispuheesta terveydenhuollon priorisointia koskevassa julkisessa keskustelussa

Johtamisen akateeminen yksikkö
Sosiaali- ja terveyshallintotiede
Pro gradu -tutkielma
Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2025

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Anna-Reetta Seppänen		
Tutkielman nimi:	Resurssirealismia, huolipuhetta ja arvopohdintaa : Kriittinen diskurssianalyysi asiantuntija-, media- ja kansalaispuheesta terveydenhuollon priorisointia koskevassa julkisessa keskustelussa		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede		
Työn ohjaaja:	Patrik Nordin		
Valmistumisvuosi:	2025	Sivumäärä:	125

TIIVISTELMÄ:

Terveydenhuoltojärjestelmät kohtaavat maailmanlaajuisesti haasteita resurssien rajallisuuden ja kasvavien palvelutarpeiden vuoksi. Tämä aiheuttaa terveydenhuollossa painetta priorisointiin ja sen määrittelyyn, millä kriteereillä rajalliset resurssit kohdennetaan. Avoin terveydenhuollon priorisointi lisää muun muassa oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta sekä mahdollistaa esimerkiksi vaikuttavuudeltaan heikompien hoitomenetelmien poisrajaamista. Jotta Suomessa priorisointia terveydenhuollossa voitaisiin toteuttaa läpinäkyvästi ja avoimesti, on luotava määritellyt kriteerit ja mahdollistettava esimerkiksi kansallinen ohjaus priorisoinnin toteuttamiseen.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan terveydenhuollon priorisointia julkisessa keskustelussa kriittisen diskurssianalyysin kautta. Tutkielmassa pyritään muodostamaan ymmärrystä ja kuvaa siitä, millaisia diskursseja ilmenee asiantuntija-, media- ja kansalaispuheessa terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa ja millaisia legitimaation argumentaatiostrategioita tässä asiayhteydessä eri osapuolten toimesta hyödynnetään. Vastauksia tutkimuskysymyksiin tutkielmassa haetaan aineistosta, joka on koottu Yleisradio Oy:n Yle.fi-verkkosivuilla aikavälillä 01.01.2023-31.12.2024 julkaistuista terveydenhuollon priorisointiin liittyvistä eri tekstityypeistä sekä näiden tekstityyppien kommenttiosioissa julkaistuista kansalaisten mielipiteistä. Tutkielman teoreettisena viitekehiksenä toimivat legitimititeettiteoriat, episteemisen hallinnan käsitteen toimiessa laajempana ajatuskehikkona tutkielman taustalla.

Tutkielman tulokset osoittavat terveydenhuollon priorisointiin liittyvän julkisen keskustelun olevan monitasoista ja jännitteistä, sisältäen useita rinnakkaisia ja keskenään kilpailevia diskursseja. Asiantuntijoiden muodostamat diskurssit luovat järjestelmälähtöisiä ja vaikuttavuuteen perustuvia tulkintakehyksiä, joissa korostuvat resurssirealismi ja rationaalinen terveydenhuollon priorisointi. Media toimii sekä alustana että aktiivisena osapuolena diskurssien muodostamisessa, tuoden korostuneesti esille kriisi- ja huolipuhetta sekä julkista painetta muun muassa poliittisen vallan kyseenalaistamisella. Kansalaisten diskurssien kautta muodostuu kuva heikkenevästä hyvinvointivaltiosta ja julkisesta terveydenhuollosta, epäluottamuksen nykyistä järjestelmää kohtaan korostuessa. Sekä asiantuntijat, media että kansalaiset osallistuvat aktiivisesti terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa diskurssien muodostamiseen ja vakiinnuttamiseen, usein eri keinoin ja intressein. Legitimaation argumentaatiostrategioita hyödynnetään kaikkien osapuolten toimesta monipuolisesti, mutta eri painotuksin. Tutkielman tulosten valossa terveydenhuollon priorisointi näyttäytyy väistämättömänä, mutta samalla eettisesti ja moraalisesti kiistanalaisena ilmiönä.

AVAINSANAT: terveydenhuolto, priorisointi, legitimititeetti, argumentointi, diskurssianalyysi

Sisällys

1	Johdanto	6
1.1	Tutkielman tavoite ja tutkimuskysymykset	9
1.2	Tutkielman rakenne	10
2	Terveydenhuollon priorisointi	11
2.1	Priorisoinnin käsite ja merkitys terveydenhuollossa	11
2.2	Lähtökohtia ja periaatteita terveydenhuollon priorisointiin	13
2.2.1	Lainsäädäntö priorisoinnin perustana	15
2.2.2	Terveys ja hyvinvointi priorisoinnin perusteena	19
2.2.3	Taloudelliset realiteetit ja resurssien kohdistaminen	22
2.2.4	Eettiset ja moraaliset näkökohdat	25
2.3	Priorisointikeskustelu ja sen osapuolet	27
3	Legitimiteetti ja diskurssit	32
3.1	Legitimiteetin käsite ja teoreettiset lähtökohdat	32
3.1.1	Legitimiteetti ja diskurssit Habermasin kuvaamina	35
3.1.2	Legitimaation argumentaatiostrategiat	37
3.2	Episteeminen hallinta osana legitimiteetin rakentumista priorisoinnissa	39
3.3	Media legitimiteetin rakentamisen ja rakentumisen osapuolena	41
3.3.1	Median rooli ja merkitys	41
3.3.2	Median rooli terveydenhuollon priorisoinnin legitimiteetissä	44
4	Tutkimuskohteesta analyysiin	47
4.1	Aineisto ja aineiston keruu	47
4.2	Kriittinen diskurssianalyysi laadullisen tutkimuksen viitekehyksenä	52
4.3	Aineiston käsittely ja analysointi	55
5	Analyysi ja tulokset	57
5.1	Asiantuntijapuheessa ilmenevät diskurssit	57
5.1.1	Julkisen hallinnon ja terveystalouden järjestämisen diskurssi	57
5.1.2	Poliittisen ohjauksen, vallankäytön ja vastuun diskurssi	60
5.1.3	Resurssirealismen ja priorisoinnin diskurssi	62

5.1.4	Hyvinvointivaltion ja arvopohjaisen terveydenhuollon diskurssi	64
5.1.5	Eriarvoisuuden ja saavutettavuuden diskurssi	67
5.2	Mediapuheessa ilmenevät diskurssit	68
5.2.1	Eriarvoisuuden, haavoittuvuuden ja oikeudenmukaisuuden diskurssi	69
5.2.2	Kriisin, pelon ja huolipuheen diskurssi	71
5.2.3	Palveluiden heikkenemisen ja saavutettavuuden diskurssi	73
5.2.4	Poliittisen vallan, päätöksenteon ja järjestelmäkritiikin diskurssi	75
5.2.5	Talouden, sopeutuksen ja resurssikriisin diskurssi	78
5.3	Kansalaispuheessa ilmenevät diskurssit	79
5.3.1	Eettis-moraalinen arvodiskurssi	80
5.3.2	Ennaltaehkäisyyn ja yksilövastuun diskurssi	82
5.3.3	Hoidon tarpeenmukaisuuden ja saavutettavuuden diskurssi	84
5.3.4	Hyvinvointivaltion tulevaisuuden ja järjestelmän kestävyysdiskurssi	87
5.3.5	Poliittisen vallan ja ideologian diskurssi	89
5.3.6	Priorisoinnin oikeuttamisen ja rajaamisen diskurssi	92
5.3.7	Resurssien hallinnan ja tehokkuusajattelun diskurssi	94
5.4	Eri osapuolten käyttämät legitimaation argumentaatiostrategiat	97
6	Johtopäätökset ja pohdinta	101
6.1	Jatkotutkimusaiheet	106
6.2	Tutkielman luotettavuus	107
	Lähteet	110
	Liite. Aineistokoonti	123

Kuviot

Kuvio 1. Eri toimijat ja ulottuvuudet julkisesti korvattavassa terveydenhuollossa	28
Kuvio 2. Legitimaation argumentaatiostrategiat ja diskurssiluokat	38
Kuvio 3. Diskurssianalyysin vaiheet	56

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkkejä lainsäädännöllisistä priorisointia ohjaavista tai siihen vaikuttavista tekijöistä	15
Taulukko 2. Ylen juttutyyppeiden luonne- ja ominaispiirteet	49
Taulukko 3. Aineiston valintakriteerit	50

1 Johdanto

Vuonna 2023 hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa astui voimaan historiallisesti merkittävin hallinnollinen uudistus sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisessä tavoitteenaan turvata yhdenvertaiset palvelut, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä hillitä kustannuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2024a). Sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä haastavat muun muassa palvelutarpeen kasvu ja henkilöstöpula (Croell ja muut, 2023, s. 4) ja on tärkeää ennakoida palvelutarpeiden muutoksien merkitystä esimerkiksi väestön ikääntyminen ja alueelliset terveyserot huomioiden (Croell ja muut, 2024, s. 9). Jotta palveluiden yhdenvertainen saatavuus, henkilöstön riittävyys ja taloudellinen hallinta voidaan varmistaa, on hyvinvointialueilla tehtävä toimenpiteitä (Croell ja muut, 2023, s. 20).

Kislov ja muut (2023, s. 150) toteavat, että kaikki maat, riippumatta terveydenhuoltojärjestelmien rakenteista, kohtaavat haasteita kasvavien vaatimuksien ja rajallisten resurssien yhteensovittamisessa. Pinho ja Moura (2022, s. 611) kuvaavat julkisesti rahoitetun terveydenhuoltojärjestelmien kehittyneissä maissa kohtaavan kompleksisia haasteita rajoittamattomiin tarpeisiin, kasvaviin kustannuksiin ja resurssien riittämättömyyteen liittyen. Heidän mukaansa terveysmenojen kasvutahti ylittää talouskasvun vauhdin vaarantaen julkisten terveydenhuoltojärjestelmien kestävyden ja resurssien ollessa poliittisen ja yhteiskunnallisen keskustelun keskiössä, nousevan välttämättä keskusteluun myös terveydenhuollon säännöstelyn ja prioriteettien asettamisen. Nunes ja Rego (2014, s. 293–294) tuovat esille julkisten terveydenhuoltojärjestelmien kestävyden heikentymisen johtavan tarpeeseen uudistua ja yhtenä uudistamisen keinona he nimeävät rationalisoinnin ja tehostamisen ohella priorisoinnin. Tugendhaft ja muut (2024, s. 1) toteavat terveydenhuollon resurssien rajallisuuden edellyttävän priorisointia, jossa otetaan huomioon terveyspolitiikan ja -palveluiden vastaavuus väestön tarpeisiin. Sabikin ja Lien (2008) mukaan julkiset terveydenhuoltojärjestelmät kohtaavat haasteita priorisoinnissa oikeudenmukaisuuden ja tehokkuuden näkökulmista rajallisten resurssien kohdentamisen haasteiden myötä.

Terveydenhuollon priorisointiin liittyvän keskustelun ytimessä ei siis niinkään ole kysymys siitä, tulisiko priorisointia tehdä, vaan siitä, millä kriteereillä ja reunaehdoilla priorisointi toteutetaan (Teutsch & Rechel, 2012, s. 2). Saarni (2010, s. 41) tiivistää terveydenhuollon priorisoinnin ydinkysymyksen liittyvän terveydenhuollon tavoitteisiin: mitä terveydenhuollolla pyritään ensisijaisesti saavuttamaan? Lammintakanen (2013, s. 270–273) toteaa terveydenhuollon eri tasoilla tapahtuvan priorisoinnin vaikuttavan niin toiminnan suunnitteluun kuin toteutukseenkin. Hän kuvaa avoimen priorisoinnin toteuttamisen olevan terveydenhuollossa haastavaa palvelujärjestelmän sisältäessä piilopriorisoinnin mekanismeja. Torkki ja muut (2022a, s. 1) toteavat avoimen terveydenhuollon priorisoinnin lisäävän oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden toteutumista. He kuvaavat priorisoinnin mahdollistavan esimerkiksi ennaltaehkäisyn painottamista ja hyvinvointierojen kaventamista, kun samanaikaisesti vaikuttavuudeltaan heikoista hoitomenetelmistä on mahdollista priorisoinnin kautta luopua. Heidän mukaansa terveydenhuollon priorisoinnin tulisi olla nykyistä avoimempaa ja perustua yhteneviin periaatteisiin ja toimintatapoihin läpi järjestelmän. Jotta avointa priorisointia voidaan terveydenhuollossa toteuttaa, on osallistettava eri sidosryhmiä priorisointiprosesseihin ja muokattava päätöksenteon kulttuuria (Lammintakanen, 2013, s. 271).

Croell ja muut (2023, s. 6) kuvaavat, että kaikilla hyvinvointialueilla on uudistettava palvelujärjestelmää, jotta voidaan varmistaa taloudellinen kestävyys ja tarpeellisten palveluiden järjestäminen. He nimeävät asiakas- ja potilasvirran hallitsemisen keinoksi hoidon saannin ja palveluiden myöntämisen perusteiden yhdenmukaistamisen ja tiukentamisen. Saarni ja Nyblin (2022, s. 428) korostavat, ettei hyvinvointialueiden päätösvalta kosketa esimerkiksi palveluvalikoimaa, jolloin hyvinvointialueiden mahdollisuudet konkreettisen priorisointiin ovat kapeat, Tuorin ja Kotkaksen (2023, s. 216) kuvatessa hyvinvointialueilla tapahtuvan priorisoinnin konkreettisesti näkyvän esimerkiksi resurssien kohdentamisessa budjetoinnissa ja sitä täydentävissä päätöksissä. Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu valtion yleiskatteelliseen ja laskennalliseen rahoitusmalliin, ja rahoituksen tavoitteena on turvata perustuslain mukaiset riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (Valtiovarainministeriö, 2025a). Hyvinvointialueilla on oikeus halutessaan periä asiakasmaksuja

tietyin reunaehdoin (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025a), mutta verotusoikeutta hyvinvointialueilla ei ole (Valtiovarainministeriö, 2025b). Tämä tarkoittaa sitä, että resurssien ollessa rajalliset, on niiden kohdentamisen olevan tarkoin mietittyä.

Bergstedt ja muut (2024, s. 1) kuvaavat resurssien kohdentamisen liittyvän keskeisesti terveydenhuollon poliittiseen päätöksentekoon, tuoden samalla esiin huomion selkeiden prioriteettien uupumisesta resurssien kohdentamisessa. He korostavat priorisoinnin käsitteen selkeyttämisen ja periaatteiden asettamisen osaltaan vahvistavan poliittista hallintoa ja johtajuutta. Torkin ja muiden (2022a, s. 10) mukaan priorisoinnin systemaattisuuden varmistamiseksi on luotava järjestelmän läpileikkaavat yhteiset periaatteet, asetettava tavoitteet ja mittarit sekä seurannan välineet asetettujen tavoitteiden ja tavoiteltujen tulosten arvioimiseksi. Terveydenhuollon priorisoinnin tulisi pohjautua määriteltyihin kriteereihin ja niiden tulisi olla läpinäkyviä, legitimejä ja oikeudenmukaisia (Seixas ja muut, 2021, s. 1). Suomessa ei lainsäädännöllisesti määritellä suoraan terveydenhuollon priorisointia, vaikkakin lainsäädännössä ja lainvalmisteluun liittyvissä asiakirjoissa on tuotu esiin priorisointiin vaikuttavia tekijöitä ja oleellisia asiakokonaisuuksia (Torkki ja muut, 2022b, s. 22). Saarnin ja Nyblinin (2022, s. 430) mukaan terveydenhuollon priorisoinnin tulisi olla lainsäädännöllä ohjattavaa ja avointa. He kuvaavat, että terveydenhuollon priorisoinnissa tulee pyrkiä taloudellisen epäsuhdan jatkossa vain korostuessa enenemissä määrin järjestelmätason korostamiseen ja huomioonottamiseen, jotta legitimeettiä voidaan vahvistaa.

Kansalaisten luotto järjestelmää kohtaan ja olettaen ihmisten tasavertaisesta ja oikeudenmukaisesta kohtelusta ovat suomalaisen hyvinvointivaltion legitimeetin perusta (Saikkonen ja muut, 2019, s. 333). Hiilamo (2024) toteaa suomalaisten luottamuksen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan laskeneen. Valtioneuvoston (2024, s. 15) tuottaman Kansalaispulsso-kyselyn yhteenvedon mukaan luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on laskenut vuodesta 2020 lähtien; vuonna 2020 yli 90 % vastaajista luotti melko paljon tai täydellisesti terveydenhuoltojärjestelmään, vuoden 2024 joulukuussa lukeman ollessa alle 60 %. Hiilamon (2024) mukaan vain osaa luottamuksen laskusta voidaan

selittää yleisellä epäluottamuksen kasvulla yhteiskunnassa ja tuo esiin huomion siitä, että terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvan luottamuksen rakentaminen ja ylläpitäminen on haastavaa. Muuri ja muut (2019, s. 293) toteavat että palvelujärjestelmän uudistamisen yhteydessä on tärkeää huomioida väestön näkemyksiä legitimitietin varmistamiseksi. Rantamäen (2024, s. V) mukaisesti päätöksenteon legitimitettiin vaikuttaa voimakkaasti päätöksenteon tietoperusteisuus ja Kestilä ja Karvonen (2025, s. 109) korostavatkin erityisesti päätöksenteon pohjana toimivan tietopohjan läpinäkyvyyden lisäävän legitimitettä. Kestilä ja Karvonen (2025, s. 109) kuvaavat osallistavan päätöksenteon avoimen ja läpinäkyvän viestinnän ohella lisäävän luottamusta niin päätösten tekijöitä, viranomaisia kuin instituutioita kohtaan. Tässä tutkielmassa teoreettisena viitekehystenä toimivat legitimitteettiteoriat, episteemisen hallinnan käsitteen toimiessa laajempina teoreettisena ajatuskehikkona ja raamina taustalla.

1.1 Tutkielman tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkielman tavoitteena on tuottaa ymmärrystä ja kuvaa siitä, millaisia diskursseja ilmenee asiantuntija-, media ja kansalaispuheessa terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa ja millaisia legitimaation argumentaatiostrategioita tässä asiayhteydessä hyödynnetään.

Tutkielmassa aihetta lähestytään kahden tutkimuskysymyksen kautta:

1. Millaisia diskursseja ilmenee eri tekstityypeissä suomalaisessa mediakeskustelussa eri osapuolten toimesta terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa?
2. Millaisia legitimaation argumentaatiostrategioita terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa hyödynnetään?

Näihin asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastausta tutkielmassa haetaan aineistosta, joka on koottu Yleisradio Oy:n Yle.fi-verkkosivuilla aikavälillä 01.01.2023-31.12.2024

julkaistuista terveydenhuollon priorisointiin liittyvistä eri tekstityypeistä sekä näiden tekstityyppien kommenttiosioissa julkaistuista kansalaisten ilmaisemista mielipiteistä.

1.2 Tutkielman rakenne

Tämä tutkielma rakentuu kuudesta pääluvusta. Tutkielman aloittavan johdannon kautta lukijalle esitellään tutkielman aihetta ja tavoitetta tutkimuskysymyksineen. Tämän jälkeen tutkielmassa siirrytään teoreettiseen viitekehykseen, joka koostuu pääluvuista kaksi ja kolme.

Teoreettisen viitekehyksen kautta muodostetaan kuvaa terveydenhuollon priorisoinnista ja siihen vaikuttavista sekä siinä huomioitavista tekijöistä. Toisessa pääluvussa lähestytään terveydenhuollon priorisointia ensin käsitteellistämisen kautta ja pohtien priorisoinnin merkitystä terveydenhuollossa. Tämän jälkeen tarkastellaan erilaisia lähtökohtia ja periaatteita terveydenhuollon priorisointiin ja luvun lopuksi käsitellään priorisointikeskustelua tuoden esille sen eri osapuolia rooleineen. Kolmannessa pääluvussa taustoitetaan legitimizeetin käsitettä ja teoreettisia lähtökohtia, linkittäen legitimizeettiä terveydenhuollon priorisointiin. Lisäksi luvussa käsitellään median roolia legitimizeetin rakentumisessa.

Neljännessä pääluvussa käsitellään aineistoa ja aineiston keruuta sekä kriittistä diskurssianalyysiä laadullisen tutkimuksen viitekehyksenä. Lisäksi luvussa käydään läpi aineiston käsittelyä ja analysointia. Viidennessä luvussa käydään läpi kriittisen diskurssianalyysin tulokset jakaen tulokset asiantuntijoiden, median ja kansalaisten esille tuomiin diskurssisiin. Luvun lopussa tarkastellaan eri osapuolten käyttämiä legitimaation argumentaatiostrategioita. Tutkielman päättää johtopäätökset ja pohdinta-luku, jossa tuloksia tarkastellaan peilaten niitä tutkielman tavoitteeseen ja tutkimuskysymyksiin. Johtopäätöksissä ja pohdinnassa tuloksia reflektoidaan teoreettisiin lähtökohtiin ja tuodaan esille mahdollisia jatkotutkimusaiheita. Luvun päätteeksi pohditaan tutkielman luotettavuutta ja rajoitteita.

2 Terveydenhuollon priorisointi

Torkin ja muiden (2022b, s. 10) mukaan priorisoinnilla pyritään suuntaamaan terveydenhuollon rajallisia resursseja arvojen, periaatteiden ja tavoitteiden mukaisesti. He toteavat, että vaikka priorisointi on osa kaikkea julkisten varojen käyttöä, terveydenhuollossa priorisointi tuottaa haastavia kysymyksiä. Seuraavissa alaluvuissa tarkastellaan priorisointia terveydenhuollon kontekstissa ja priorisoinnissa huomioitavia eri lähtökohtia ja periaatteita sekä käsitellään priorisointikeskustelua ja sen osapuolia.

2.1 Priorisoinnin käsite ja merkitys terveydenhuollossa

Terwindt ja muut (2016, s. 165–166) kuvaavat terveydenhuollon priorisoinnin olevan poliittinen prosessi, jota ohjaavat yhteiskunnalliset arvot ja tavoitteet. Heidän mukaansa priorisoinnin tavoitteena on sidosryhmien välisten kompromissien kautta tehdä paras mahdollinen valinta eri vaihtoehtojen välillä. Heidän mukaansa priorisoinnilla tavoitellaan terveydenhuollon suorituskyvyn parantamista tehokkaalla ja oikeudenmukaisella tavalla. Lammintakanen ja muut (2006, s. 131) määrittävät priorisoinnin terveydenhuollossa tarkoittavan oikeudenmukaista ja perusteltua päätöksentekoa eri vaihtoehtojen välillä, pyrkimyksenä muokata terveyspalveluiden järjestämistä vastaamaan muuttuvia olosuhteita. Torkin ja muiden (2022b, s. 12) mukaan terveydenhuollon priorisoinnilla tarkoitetaan toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on kohdentaa terveydenhuollon resursseja. Heidän kuvauksensa mukaisesti terveydenhuollon priorisoinnin toimenpiteisiin luokituvat tavoitteiden asettaminen ja tärkeysjärjestykseen laittaminen sekä niihin pyrkivät menetelmät, joiden avulla on tarkoitus muuttaa resurssien kohdentamista, lisäämistä tai vähentämistä.

Terwindt ja muut (2016, s. 166) toteavat, että priorisoinnin kautta painotetaan tiettyjä palveluita toisten edelle, asettaen näitä tärkeysjärjestykseen. He muistuttavatkin, että tärkeysjärjestykseen asetettaessa resursseja kohdennetaan valitun prioriteettijärjestyksen mukaisesti, jolloin seurauksena on joko resurssien vähentäminen tai kokonaan

poistaminen tietyin osin. Priorisoinnin käsitteen rinnalla käytetään säännöstelyn (*rationing*) termiä (Kleinert, 1998, s. 1244). Klein (2010, s. 389) toteaa, ettei näiden termien käyttäminen toistensa synonyymeina ole ongelmatonta, vaikka termit liittyvätkin läheisesti toisiinsa. Hän kuvaa priorisoinnilla tarkoitettavan päätöksiä resurssien jakaantumisesta ja säännöstelyllä kuvattavan näiden päätösten vaikutuksia yksittäisiin henkilöihin. Williams ja muut (2011, s. 4) tiivistäessä säännöstelyn tarkoittavan priorisointipäätösten vaikutusta palvelunkäyttäjiiin, Vuorenkoski ja Saarni (2006, s. 36) tarkentavat priorisoinnin viittaavan asioiden tärkeysjärjestykseen asettamiseen ja säännöstelyn pyrkimykseen rajoittaa. Saarnin (2010, s. 38) mukaan säännöstelyllä voidaan taloudellisiin syihin vedoten evätä hoitoa, priorisoinnin eli asioiden tärkeysjärjestykseen laittamisen tapahtuessa ilman säännöstelyä. Vlassov ja muut (2024, s. 193) toteavat, että viimeisten vuosikymmenien aikana terveydenhuollon niukkojen resurssien kohdentamiseen liittyvien tutkimusten määrän lisääntymisestä huolimatta ei säännöstely-termiä ole julkaisuissa käytetty aktiivisesti, pois lukien koronapandemian aikaista ajanjaksoa. Vuorenkoski ja Saarni (2006, s. 36) toteavat säännöstelyn jo itsessään sisältävän kielteisen arvolatauksen ja tuovat esiin näkökulman siitä, että tämän arvolatauksen vuoksi termin käyttöä on pyritty välttämään.

Mäkelä ja muut (2017, 4) toteavat terveydenhuollossa tapahtuvan priorisointia niin makro-, meso- kuin mikrotasolla. He kuvaavat makrotason priorisoinnin pohjautuvan pääasiassa resurssien oikeudenmukaiseen jakamiseen, mesotason priorisoinnin liittyvän erilisiin linjauksiin ja mikrotason priorisoinnin kohdistuvan yksittäisiin potilaisiin ja heidän tärkeysjärjestykseensä asettamiseen. Vlassovin ja muiden (2024, s. 182) mukaan terveydenhuollossa tapahtuva priorisointi ja säännöstely voi olla suoraa tai epäsuoraa. He kuvaavat suoran priorisoinnin ja säännöstelyn perustuvan sääntelymenetelmiin, jotka ovat viranomaisten tai ammatillisten yhteisöjen hyväksymiä ja pohjautuvan esimerkiksi lääketieteellisiin tai taloudellisiin standardeihin, kliinisiin suosituksiin tai jonoperiaatteen. Heidän mukaansa epäsuoraa priorisointia ja säännöstelyä tapahtuu tilanteissa, joissa hoitoon tai palveluun pääsyä säännellään resurssien niukkuuden vuoksi,

epävirallisten sääntöjen ja tiedostamattomien kriteereiden tai muiden asetettujen rajoitusten seurauksena.

Lammintakanen (2005, s. 169) toteaa terveydenhuollon priorisoinnin olevan kontekstisidonnainen ilmiö ja käsitteen kehittymisen olevan yhteydessä yhteiskunnallisiin muutoksiin. Niemi ja muut (2017, s. 167) kuvaavat strategisen terveydenhuollon priorisoinnin pyrkivän palveluiden sisällön laadun ja painotusten muuttamiseen. He tuovat esille näkemyksen siitä, että strategisen priorisoinnin tuoma hyöty turvaa hyvinvointivaltion toimivuutta. Terwindt ja muut (2016, s. 171) kuvaavat priorisoinnin terveydenhuollossa olevan välttämätöntä, sillä käytettävissä olevat resurssit ovat aina rajallisia ja Kailan ja Lohiniva-Kerkelän (2020, s. 9) mukaan muuttuvat olosuhteet, taloustilanteen asettamat rajoitteet ja kykenemättömyys terveyteen panostamiseen luovat painetta terveydenhuollon palveluiden priorisoinnin tiukentamiseen. Leskelä ja muut (2024, s. 7) tuovat esille tutkimustiedon vähyyden terveydenhuollon priorisoinnin vaikutuksista kustannusten hillitsemiseen alueellisilla tai kansallisilla terveydenhuoltojärjestelmien tasoilla. He toteavat näytön prioriteettien asettamisen taloudellisista vaikutuksista olevan liian vähäistä johtopäätösten muodostamiseksi.

2.2 Lähtökohtia ja periaatteita terveydenhuollon priorisointiin

Terveydenhuollon priorisointia voidaan tehdä useista eri lähtökohdista ja ohjaavista periaatteista käsin. Terwindt ja muut (2016, s. 19) tuovat esille keskeisiä kriteereitä prioriteettien asettamiselle, nimeten suppeiksi priorisointia ohjaaviksi periaatteiksi tautitaukan (burden of disease), vaikuttavuuden (effectiveness of the intervention), kustannukset (cost of the intervention), hyväksyttävyyden (acceptability of the intervention) ja oikeudenmukaisuuden (fairness). He toteavat, että priorisointia ohjaavat periaatteet voivat vaihdella eri maissa tarpeiden ja normien mukaisesti ja korostavat, että käytettävien periaatteiden tulee olla yhteiskunnalliseen keskusteluun pohjautuvia. Torkki ja muut (2022b, s. 76) kuvaavat yleisimmin terveydenhuollon priorisointia eri maissa ohjaavan kustannusvaikuttavuuden, vaikuttavuuden, oikeudenmukaisuuden, ihmisarvon, tasa-

arvon ja tarveperustaisuuden. He tekevät samankaltaisen huomion kuin Terwindt ja muut (2016, s. 19): yhteneväisten priorisoinnin periaatteiden ja kriteereiden soveltaminen on haasteellista terveydenhuoltojärjestelmien eroavaisuuksien vuoksi. Hofmanin (2013, s. 349) mukaan Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa terveydenhuollon priorisointiin on havahduttu suhteellisen varhain ja priorisoinnin kehityksen nähdään näissä maissa noudattaneen tiettyjä vaiheita, ollen osittain homogeenistä. Skandinaavisissa maissa priorisointimenetelmien asettaminen on hänen mukaansa kulkenut periaatteiden kautta menettelytapoihin, suljetuista prosesseista avoimiin ja asiantuntijoista osallistamiseen. Hofman (2013, s. 355) kuvaa terveydenhuollon priorisointiin liittyen tunnistettavan näissä maissa erilaisia lähestymistapoja: moraalisiin periaatteisiin ja arvoihin perustuva lähestymistapa, moraalisiin periaatteisiin ja taloudelliseen arviointiin perustuva lähestymistapa, menettelyllinen lähestymistapa, asiantuntijalähtöinen käytäntöjä määrittelevä lähestymistapa ja osallistavaa käytäntöä määrittelevä lähestymistapa.

Torkki ja muut (2022b, s. 17) toteavat, että terveydenhuollon priorisointiin tarvitaan yhtenäiset periaatteet, jotta voidaan varmistaa yhdenvertaisuuden toteutuminen ja ehkäistä esimerkiksi alueellisia eroja. He kuvaavat terveydenhuollon priorisoinnin periaatteiden välille syntyvän väistämättä ristiriitoja, jotka on huomioitava käytännössä ja tuovatkin esille, että priorisoinnin periaatteet eivät itsessään ratkaise haasteita priorisointiin liittyen vaan toimivat priorisoinnin kuvaamisen, läpinäkyvämmän toteuttamisen, arvioinnin ja kehittämisen tukena. Torkin ja muiden (2022b, s. 17) mukaan terveydenhuollon priorisointiin ja priorisointia ohjaaviin periaatteisiin vaikuttavan terveydenhuoltoon käytettävien kokonaisresurssien määrän, eri menetelmien saatavuuden ja laadun, osaamisen ja henkilöstöresurssien näiden menetelmien toteuttamiseen sekä käytännön rajoitteiden palveluiden järjestämiseen ja toimintamalleihin liittyen. He toteavatkin, että erik tekijöiden välinen vuorovaikutus ja riippuvuus tekee priorisoinnista monimutkaista ja korostavat, että tarvitsemme priorisointiin kansalaisten arvoihin pohjaavan järjestelmän.

2.2.1 Lainsäädäntö priorisoinnin perustana

Torkki ja muut (2022b, s. 22-23) kuvaavat Suomessa lainsäädännön asettavan reunaehdot terveydenhuollon priorisoinnille, vaikkei lainsäädännössä suoraan määritellä terveydenhuollon priorisointia. Taulukkoon 1 on koottu Suomen lainsäädännöstä esimerkkejä terveydenhuollon priorisointiin liittyvistä ja vaikuttavista tekijöistä. Torkki ja muut (2022a, s. 5) toteavat terveydenhuollon erityislainsäädännön lisäksi muiden lakien ja kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden vaikuttavan priorisointiin, Tuorin ja Kotkaksen (2023, s. 217) korostaessa priorisointiratkaisujen asettavan potilaita eri asemiin ja tällöin muun muassa yhdenvertaisuuden toteutumisen, riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen ja julkisen vallan vastuun perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen varmistamisesta korostuvan. Torkki ja muut (2022a, s. 6) korostavat, että lainsäädännöllinen arvoperusta on otettava huomioon lakien tulkinnassa ja tuovat esille, että esimerkiksi perustuslaissa ei määritetä terveydenhuollon palveluiden järjestämistapaa vaan lainsäädännöllä turvataan palveluiden saatavuutta. Torkki ja muut (2022a, s. 7) toteavatkin, että perusoikeussäännökset ohjaavat pohjimmiltaan sitä, miten turvataan asianmukaiset terveyspalvelut. Tuori ja Kotkas (2023, s. 216) kuvaavat priorisointia arvioitavan ja päätettävän eri tasoilla ja toteavat keskustelua ohjaavan perusoikeuksien, jotka pohjautuvat ihmisoikeussopimukseen ja kansallisiin perusoikeuslakeihin.

Taulukko 1. Esimerkkejä lainsäädännöllisistä priorisointia ohjaavista tai siihen vaikuttavista tekijöistä.

Lain nimike	Luku tai §	Terveydenhuollon priorisointia ohjaavia tai siihen vaikuttavia tekijöitä
Perustuslaki (731/1999)	6 §	Yhdenvertaisuusperiaate.
	19 §	Oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin.
	22 §	Perus- ja ihmisoikeuksien turvaaminen.
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)		Yhdenvertaisten, yhteen toimivien ja kustannusvaikuttavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisen varmistaminen.
Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta (617/2021)		Hyvinvointialueille myönnettävä valtion rahoitus sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämiseksi.
Terveydenhuoltolaki (1326/2010)	Luku 2	Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvien palveluiden tarkemmat määritelmät.
	Luku 3	Sairaanhoidon liittyvien palveluiden tarkemmat määritelmät.

Lain nimike	Luku tai §	Terveydenhuollon priorisointia ohjaavia tai siihen vaikuttavia tekijöitä
Terveydenhuoltolaki (1326/2010)	7 §	Yhtenäiset hoidon perusteet.
	7a §	Terveydenhuollon palveluvalikoima <ul style="list-style-type: none"> • Palveluiden tulee olla lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltuja • Palveluvalikoimaan eivät kuulu sellaiset palvelut, jotka ovat vaikuttavuudeltaan vähäisiä ja joiden kustannukset nähdään kohtuuttomiksi saatavan terveyshyödyn tai hoidollisen arvon näkökulmasta • Potilaan hoitoon ja tutkimukseen voidaan käyttää palveluvalikoimaan kuulumatonta palvelua, jos se nähdään lääketieteellisesti välttämättömäksi potilaan tutkimiseksi tai hoitamiseksi.
	8 §	Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta ja vaikuttavaa, perustuttava näyttöön ja hyväksytyihin hoito- ja toimintakäytäntöihin.
	Luku 6	Hoitoon pääsy <ul style="list-style-type: none"> • Määritelmät kiireellisestä hoidosta ja sen tarjoamisesta • Perusterveydenhuoltoon yhteyden saanti ja hoidon tarpeen arviointi • Pääsy hoitoon perusterveydenhuollossa • Pääsy hoitoon suun terveydenhuollossa (perusterveydenhuolto) • Pääsy erikoissairaanhoidon (perusterveydenhuollon yhteydessä) • Pääsy erikoissairaanhoidon • Hyvinvointialueen velvollisuus hankkia palvelut muualta, mikäli niitä ei kyetä tarjoamaan säädetyissä määräajoissa
	78 a §	Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)	3 §	Suomessa pysyvästi asuvilla henkilöillä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Potilaan oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon.
	4 §	Potilaan on saatava tietoonsa hoitoon pääsyn ajan kohta.
	6 §	Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava.
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)	15 §	Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus auttaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevaa. Potilaan oikeudet on huomioitava, toiminnan on perustuttava hyväksytyihin menettelytapoihin.
Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä (583/2017)		Kiireellisen hoidon järjestäminen ja perusteet, päivystyksen tehtävät sekä erikoisalakohteiset päivystyksen järjestämisen edellytykset huomioiden yhdenvertaisuus, potilasturvallisuus ja laatu.
Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017)		Erikoissairaanhoidon työnjaon ja harvinaisten tai vaativien tutkimusten/hoitojen/toimenpiteiden keskittämisen määritelmät.

Lainsäädännöllisestä näkökulmasta Tuorin ja Kotkaksen (2023, s. 216) mukaan priorisointia tapahtuu päätettäessä esimerkiksi palveluista, joihin taataan subjektiivinen oikeus kaikille niitä tarvitseville. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 50 §) taataan oikeus välittömästi toteutettavaan hoitoon vain kiireellisissä tapauksissa ja Tuori ja Kotkas (2023, s. 215) toteavatkin, että muissa tilanteissa joudutaan pohtimaan noudatettavia kriteereitä, joiden perusteella esimerkiksi resursseja suunnataan ja palveluita annetaan. Lainsäädännöllä määritetään myös sosiaali- ja terveydenhuollon laatuvaatimuksia. Tuori ja Kotkas (2023, s. 217) toteavat, että laadun vaatimukseen vaikuttaa lääketieteessä vallitseva taso ja laadun varmistajana toimivan terveydenhuollon ammattihenkilöiden. He toteavat kuitenkin priorisoinnin aiheuttavan omia haasteitaan laadukkaan ja tarveperusteisen hoidon toteuttamiselle esimerkiksi kalliiden hoitotoimenpiteiden kohdalla päätöksiä tehdessä.

Torkki ja muut (2022a, s. 7–8) tuovat esille oikeudellisen nykytilan asettamia haasteita terveydenhuollon priorisointiin liittyen, huomioiden erityisesti yhdenvertaisuuden ja yksilön oikeuksien toteutumisen varmistamisen. He kuvaavat oikeudellisen näkökulman terveydenhuollon priorisoinnissa pohjautuvan yksilöiden erotteluun ja ensisijaistamiseen eri perusteiden perusteella ja toteavatkin terveydenhuollon priorisoinnin vaativan perusteet, jotka ovat hyväksyttäviä, oikeasuhtaisia ja lailla säädettyjä. Lainsäädännön nykytilan he kuvaavat korostavan tarveperiaatetta ja yksilöllisten tarpeiden huomiointia, joka asettaa haasteita eri ryhmien yhdenvertaisuuden toteutumisen osalta. Tuori ja Kotkas (2023, s. 216-218) toteavat tarveperiaatteen olevan lähtökohtana yksilölliselle päätöksenteolle, kritisoiden kuitenkin sen epämääräisyyttä ja tarvetta täydentää sitä esimerkiksi jonotusperiaatteella. Esimerkkinä tarveperusteiden huomioinnista he nimeävät tilanteen, jossa potilaiden keskinäistä etusijajärjestystä pohdittaessa käytetään hoidon tarvetta, joka perustuu terveydentilaan ja jonotusperiaatteen mukaan ottamista niissä tilanteissa, joissa potilaat ovat samassa hoidon tarpeessa.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 7a § terveydenhuollon palveluvalikoimaa ja 78a § terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostoa koskien perustuvat Euroopan Unionin

potilasdirektiiviin (Neuvoston direktiivi 2011/24/EU) potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävissä terveydenhuollossa, jonka toimeenpano edellytti jäsenmailta palveluvalikoiman määrittelyä terveydenhuollon kustannusvastuun ja korvausvelvollisuuden määrittämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013, s. 28). Huomionarvoista on, että hallituksen esityksessä palveluvalikoimaa koskevaa määrittelyä ehdotettiin sitovaksi, mutta eduskuntakäsittelyssä palveluvalikoima muutettiin suositusluontoiseksi ja samalla palveluvalikoimaneuvoston roolitukseksi määritettiin palveluvalikoiman sisältöön liittyvien suositusten antamisen päätösten sijaan (Eduskunta 2013).

Käynnissä olevan Sosiaali- ja terveysministeriön (2024b) alaisen säädösvalmistelua tekevä hankkeen tehtävänä on muodostaa julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ne periaatteet, joiden perusteella palveluvalikoimaan kuulumisen ja poisrajaaminen määritetään ja toteutetaan, tavoitteena yhdenvertaistaa julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita huomioiden samalla taloudelliset rajoitteet ja vaikuttavuus. Hankkeen lähtökohdiksi nimetään jo aiemmin tehdyt selvitykset terveydenhuollon palveluvalikoiman säädöspohjan kehittämistä, joissa on huomioitu tarve täsmentää ohjausta, selkeyttää palveluvalikoimaan kuulumisen periaatteita ja mahdollisuuksia kohdentaa terveydenhuoltoa nykyistä paremmin (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2024b). Lisäksi osana säädösvalmistelua on tarkoitus selvittää mahdollisuudesta säätää kansallinen toimija, jolla olisi valtuudet julkiseen palveluvalikoimaan kuuluvien menetelmien linjaamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2024b). Hanketyöstössä hyödynnetään sekä kansalaiskyselyä ja sidosryhmien osallistamista (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025b).

Torkki ja muut (2022b, s. 115) toteavat terveydenhuollon lainsäädännön vaativan kehittämistä, jotta avointa ja kestävää priorisointia on mahdollista toteuttaa. Saarni ja Nyblin (2022, s. 423) toteavat yksioikaisesti terveydenhuollon priorisoinnin olevan lainsäädännöllisessä umpikujassa, tuoden samalla esille nykyisen lainsäädännön mahdollisesti estävän eettisen ja terveystaloudellisesti hyväksyttävää terveydenhuollon priorisointia. Saarni ja Nyblin (2022, s. 428) kuvaavatkin priorisointiin liittyvän lainsäädännön puutteellisuuden estävän avoimen valtakunnallisen tason priorisoinnin. Saarnin ja Nyblinin (2022, s.

430) mukaan jatkossa tulisikin mahdollistaa lainsäädännöllisesti ohjattava avoin terveydenhuollon priorisointi varmistuen perusoikeusnäkökulmien toteutuminen. He toteavat, että lähtökohtana tulisi olla järjestelmätason huomiointi, jolloin lisätään palvelujärjestelmän legitimitettä.

2.2.2 Terveys ja hyvinvointi priorisoinnin perusteena

Terwindtin ja muiden (2016, s. 171) mukaan priorisoinnissa tulee ottaa huomioon useita eri tekijöitä ja huomioitava tekijöiden muutoksia, jotka aiheuttavat tarvetta uudelleen määritellä priorisointia. He kuvaavat esimerkiksi lisääntyneen liikkuvuuden aiheuttaman tartuntatautiuhkien, eri väestöryhmien terveydentilojen muutoksien, väestöprofiilien muutosten sekä kuolleisuudessa ja sairastavuudessa tapahtuvien muutoksien vaikuttavan prioriteettien asettamiseen. He huomattavat, että eri tekijöiden muutosten seuraminen ja aikainen havaitseminen on tärkeää priorisoinnin näkökulmasta, sillä priorisointia tulee arvioida aktiivisesti uudelleen. Saarni (2010, s. 42) kuvaa priorisoinnin kannalta tärkeiksi käsitteiksi terveyden ja sairauden, joiden hän molempien toteaa olevan arvokkaita, viitaten yleiseen mielikuvaan siitä, että terveyden nähdään olevan arvokasta ja sairauden kielteistä. Hän kuvaa, että oikeus terveyteen ja terveydenhuoltoon nähdään vahvoiksi.

Julkisessa terveydenhuollossa hoidon tarpeesta tehdään aina arvio. Saukkosen ja Ålanderin (2021, s. 3-4) mukaisesti hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksena on tehdä arvio tarvitusta hoidosta ja määritellä hoidon kiireellisyys. Hoidon tarpeen arvio tehdään heidän mukaansa terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta, ihanteellisesti yhteistyössä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 7 §) 7 määritetään yhtenäisistä hoidon perusteista, joiden laatijana toimii Sosiaali- ja terveysministeriö yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Yhtenäisiin hoidon perusteisiin liittyen on laadittu Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemat valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet, joista on omat julkaisunsa lapsille (Blanco Sequeros, 2020) ja aikuisille (Ilkka ja Lampilinna, 2020). Ilkan ja Lampilinnan (2020)

mukaan kaikkien potilasryhmien hoito järjestetään ensisijaisesti siten, että se vastaa optimaalisesti hoidon tarpeeseen lääketieteelliseen arvioon perustuen. Sekä Blanco Sequeros (2020) että Ilkka ja Lampilinna (2020) korostavat, että hoidon kiireellisyyden arvio ja päätös hoidon kiireellisyydestä tehdään yksilöllisesti, eri oireisiin ja vammoihin perustuvien suositusten toimiessa tukena päätöksenteossa. Saukkonen ja Ålander (2021, s. 26) toteavat, että taustatekijät, kuten terveydenhuollon ammattilaisen jonotilanteen tiedostaminen, vaikuttavat hoidon tarpeen arviointiin ja korostavat, että yhtenäiset hoidon perusteet toimivat hoidon tarpeen arvioinnin yhtenäistämässä. He tuovat esille myös sen, että paikallisissa käytänteissä on eroavaisuuksia ohjeistuksien kanssa, sillä käytänteet sekä muuttuvat että muodostuvat usein käytännön tarpeiden tuottamien ehtojen mukaisesti.

Suomessa kansalliset hoitosuositukset (Käypä hoito-suositukset) käsittelevät riippumattomasti ja tutkimusnäyttöön perustuen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn liittyviä tekijöitä ja hoitosuositukset toimivat esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten työn tukena ja perustana (Duodecim, 2025). Torkki ja muut (2022b, s. 60) kuitenkin huomattavat, että vaikka nämä hoitosuositukset perustuvat asiantuntijatoimintaan, ei toimintaa ohjata kansallisesti. Vuodesta 2010 on laadittu Sosiaali- ja terveystieteiden ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyönä kiireetöntä hoitoa koskevia yhtenäisiä perusteita. Saarni (2010, s. 97–98) tuo esille, että Käypä Hoito -suosituksen uskottavuutta lisäävänä tekijänä on se, että ne pohjaavat terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiin potilaan parhaasta eikä näissä priorisointipäätöksiä perusteta taloudellisiin tekijöihin, korostaen esimerkiksi viranomaismääräyksissä taustalla vaikuttavan muidenkin tavoitteiden kuin potilaan parhaan. Torkin ja muiden (2022b, s. 74) mukaan terveydenhuollon priorisoinnissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota huonosti vaikuttavien hoitomenetelmien poisrajaamiseen ja oikeaan painotukseen hoidon ja ennaltaehkäisyn osalta. Saarni (2010, s. 27) kuvaa näyttöön perustuvan terveydenhuollon haasteeksi sen, ettei se määrittelyistä huolimatta käytännön tasolla toimi yksilötasolla tapahtuvan kliinisen päätöksenteon tukena vaan sitä käytetään perusteena terveydenhuoltojärjestelmässä muillakin tasoilla.

Sandman ja muut (2024, s. 349) kuvaavat, ettei potilasetua tulisi terveydenhuollon priorisoinnissa eriyttää itsenäiseksi kriteerikseen, vaan se tulisi huomioida kustannustehokkuuden arvioinnissa. He toteavat, että potilasedun käyttämistä erillisenä näkökulmana tulisi välttää sen monimutkaisuuden vuoksi. Sandmanin ja muiden (2024, s. 356) mukaan oikeudenmukaisuuden eri teorioita tarkastellessa ei löydetä tukea väitteelle suuremman potilasedun priorisoimisesta pienempien potilasetujen edelle vakavuuden, kustannustehokkuuden ja vaihtoehtokustannusten pysyessä vakioina. Lisäksi he toteavat, että moraalisesti ja eettisesti on perustellumpaa priorisoida useammille potilaille pienempiä hyötyjä, sen sijaan, että keskityttäisiin suurin hyötyihin pienemmille ryhmille. Wong Sheen ja muiden (2024, s. 1) tutkimuksessa terveydenhuollon asiantuntijoiden ja kansalaisten yhteisessä keskustelussa terveydenhuollon priorisoinnille oleellisiksi periaatteiksi nousivat palveluiden tasapuolisuus, hoidon vaikuttavuus ja kattavuus. He toteavat terveydenhuollon asiantuntijoiden ja kansalaisten tunnistavan priorisoinnissa tärkeiksi esimerkiksi resurssien suuntaamiseen terveyshyödyiltään merkittävimpiä tuloksia antaviin hoitoihin ja mahdollisimman laajan väestöhyödyn saavuttamisen. He kuvaavat, että terveydenhuollon resursseja tulisi kohdentaa saatavuuden parantamiseen ja sujuvoittamiseen, jotta mahdollistetaan hoidon kohdentuminen tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti.

Reckers-Droogin ja muiden (2019, s. 1441) Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan suhteellisesti vakavammin sairaiden ja nuorempien hoidon nähdään olevan hyväksyttävämpää kuin vähemmän sairaiden ja iäkkäämpien näitä ryhmiä tärkeysjärjestykseen asettaessa. He toteavat tutkimuksessaan, että vaikeusasteesta riippumatta nuorempien potilaiden hoidon nähtiin vastaajien keskuudessa olevan hyväksyttävämpää kuin iäkkäiden. He tuovatkin esille näkökulman siitä, että yhteiskunnallisen hyväksyttävyyden varmistamiseksi, ei voida käyttää ainoastaan sairauden vakavuutta priorisoinnin perusteena, vaan huomioon on otettava myös potilaan ikä. Saarni ja Nyblin (2022, s. 427) toteavat, että utilitaristisesta näkökulmasta tarkasteltuna nuoremman henkilön hoito voi, ainakin teoreettisesti, olla kustannusvaikuttavampaa kuin iäkkään, jos heidän terveydentilansa on muuten samanlainen ja saavutettavissa olevien elinvuosien määrä on suurempi. He kuitenkin toteavat, ettei julkisten terveyspalveluiden tarjoamista ja priorisointia voida

rakentaa ikään perustuen lainsäädännöllisten esteiden vuoksi, huomioiden perustuslain ikään perustuvan syrjinnän kieltäminen ja yhdenvertaisuuslaki. Sandman ja Juth (2024) toteavat, että arvioidessa tietyn sairauden vakavuutta, tulee arvioida esimerkiksi sairauden vaikutuksen jatkuvuutta, mahdollista voimistumista tai heikkenemistä, olosuhteiden vaikutusta sairauteen sekä sairauden voimakkuutta. He tuovat esille tarpeen arvioida vakavuutta yksilövaikutuksen sijaan olosuhteisiin vaikuttavana tekijänä, samalla tarkastellen elinikäodotteita eri sairauksien osalta. He näkevät sairauden vakavuuden yhdistettynä kustannustehokkuusarviointiin toimivan priorisoinnin yhtenä perusteena.

Saarni (2010, s. 33) toteaa vaikuttavuustiedon hankinnan haasteiden vaikuttavan suoraan terveydenhuollon priorisointiin. Hän kuvaa vaikuttavuustiedon ja näytön puuttumisen tutkimustiedon vähäisyyden tai uupumisen vuoksi johtavan siihen, ettei esimerkiksi uusia hoitomuotoja tai menetelmiä oteta käyttöön ja käyttöön otettavan vain sellaisia hoitoja tai menetelmiä, joihin on kohdistunut tutkimusta. Vaikuttavuuden korostaminen johtaakin hänen mukaansa mahdollisesti kielteisiin oikeudenmukaisuusvaikutuksiin, koska näyttöön perustuvan lääketieteen perustana olevaa tietoa kertyy valikoiden esimerkiksi tiettyjen potilasryhmien osalta. Saarni (2010, s. 34) toteaa vaikuttavuustietoon perustuvien priorisointijärjestelmien jättävän oikeudenmukaisuusharkintaa katveeseen.

2.2.3 Taloudelliset realiteetit ja resurssien kohdistaminen

Terwindt ja muut (2016, s. 166) painottavat, ettei priorisoinnissa ainoastaan kohdenneta taloudellisia resursseja, sillä priorisointiin liittyvät muutokset ja uudistukset voivat vaatia esimerkiksi henkilöstöresurssien uudelleenkohdentamista. Julkisten terveydenhuollonjärjestelmien on jo pidemmän aikaa pitänyt tehdä päätöksiä resurssien kohdentamisesta, samalla arvioiden eri potilasryhmien mahdollisuuksia saada terveyshyötyjä (Stafinski ja muut 2011, s. 476). Seixas ja muut (2021, s. 2) toteavat, etteivät terveydenhuollossa käytävissä olevat resurssit ole koskaan rajattomia, sillä investointitarve kasvaa jatkuvasti. He kuvaavat, että tämän vuoksi organisaatioiden on säännönmukaisesti asetettava eri

menotyyppejä tärkeysjärjestykseen ja asetettava prioriteetteja, joiden mukaisesti käytävissä olevia, niukkoja resursseja kohdennetaan. Terwindtin ja muiden (2016, s. 166) mukaan terveydenhuollon priorisoinnissa onkin kyse resurssien jakamisesta ja kohdentamisesta niihin palveluihin, joilla pyritään vastaamaan kysyntään, tarpeisiin ja väestön arvovalintoihin.

Torkki ja muut (2022a, s. 3–4) kuvaavat, että terveydenhuollon priorisoinnissa järjestelmällisten lähestymistapojen kautta voidaan vaikuttaa sekä kustannuksiin että kustannusvaikuttavuuteen. He toteavat, että tietoperustaisten menetelmien käyttö vaatii muun muassa ammattilaisten osallistamista ja menetelmien onnistumisen ja vaikuttavuuden olevan riippuvaista toteutustavasta. Kapiriri ja Razavi (2017, s. 937) kuvaavat olemassa olevan erilaisia järjestelmällisiä lähestymistapoja terveydenhuollon prioriteettien asettamiseen. He nimeävät esimerkkeinään systemaattisen resurssien uudelleenallokaation (PBMA, Program budjeting and marginal analysis), sairaustaakka ja kustannus-vaikuttavuusanalyysin (BOD/CEA, Burden of disease/Cost-effectiveness analysis) sekä monikriteerisen päätösanalyysin (MCDA, Multi-criteria decision analysis). Kapiriri ja Razavi (2017, s. 943) tuovat esille järjestelmällisten lähestymistapojen tuoman potentiaalin terveydenhuollon painopisteiden asettamiseen, mutta tunnistavat näiden käytön esteeksi lähestymistapojen monimutkaisuuden ja resurssivaatimuksien lisäksi puutteen eri sidosryhmien osallistamisessa menetelmien omaksumisessa sekä kehittämisessä. Torkki ja muut (2022b, s. 77) toteavat systemaattisen terveydenhuollon resurssien uudelleenallokaation potentiaalisesti lisäävän kustannusvaikuttavuutta.

Williams ja muut (2024, s. 6) kuvaavat Euroopan eri maiden korona-ajan valmiussuunnitelmien olevan puutteellisia terveydenhuollon priorisointiin liittyvien perusteluiden ja määrittelyiden osalta. He toteavat, että vain harvoissa valmiussuunnitelmissa terveydenhuollon priorisointi pohjattiin järjestelmällisiin priorisointimenetelmiin tai lähestymistapoihin ja kritisoivatkin sitä, että priorisoinnin painopisteiden asettaminen on ollut epäonnistunutta eikä järjestelmällisten lähestymistapojen omaksumisessa ole onnistuttu. Samankaltaisen huomion tekevät myös Kapiriri ja Razavi (2017, s. 937): vaikka

järjestelmällisten lähestymistapojen hyödyt ja käytettävyys terveydenhuollon priorisoinnissa on tunnistettu, ei niitä kuitenkaan hyödynnetä päätöksenteossa rutiininomaisesti.

Torkki ja muut (2022a, s. 3) kuvaavat terveystaloudellisten arviointimenetelmien (Health Technology Assessment) omaavan parhaimman näytön priorisoinnin kyvystä vaikuttaa sekä kustannuksiin että kustannusvaikuttavuuteen. HTA on lyhenne englanninkielisistä sanoista Health Technology Assessment, joka tarkoittaa suomeksi terveydenhuollon menetelmien tai hoitoteknologioiden arviointia (Mäkelä & Isojärvi, 2017). Torkki ja muut (2022a, s. 3) kuvaavat HTA:n käytön hillitsevän kustannuksia ja parantavan kustannusvaikuttavuutta ja menetelmän käytön olevan yleistä. HTA-menetelmien taustalla vaikuttavina periaatteina Torkki ja muut (2022b, s. 77) nimeävät yleisimmin käytettävän vaikuttavuutta, turvallisuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

Terveystaloudellisia menetelmiä on hyödynnetty ja hyödynnetään Suomessa. Suomessa vuonna 1995 perustetun sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen Stake sin yhteydessä alun perin toimineen kansallisen terveydenhuollon menetelmien arvioinnin yksikkö FinOHTA (The Finnish Office for Health Care Technology Assessment) (Eskola ja muut 2004, s. 6) lakkautettiin vuonna 2016 toiminnan ollessa Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen alaisuudessa (Lampe & Saalasti-Koskinen 2017, s. 2). Valtioneuvoston vuoden 2018 alussa voimaan astuneessa asetuksessa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) säädetään terveydenhuollon menetelmien koordinaatiotehtävien kuuluvan Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueelle. FinC-HTA (Finnish Coordinating Center for Health Technology Assessment) toimii Oulun yliopistollisessa sairaalassa ja koordinaatioyksikön keskeisiin tehtäviin kuuluu esimerkiksi koordinoita hoitoteknologioiden arviointityötä, arvioida terveydenhuollon menetelmiä vahvistaa HTA-menetelmäkoulutusta ja -tutkimusta (OYS Oulu University Hospital, 2025). Leskelä ja muut (2024, s. 7) tuovat esille kritiikkiä HTA:ta kohtaan, sillä se kohdistuu yleensä uusiin hoitoihin ja siksi sen mahdollisuudet vaikuttaa terveydenhuollon kokonaismenoihin nähdään rajallisiksi.

Saarni (2010, s. 7–8) kuvaa terveydenhuollossa tarvittavan vaikuttavuustietoa päätöksenteon tueksi, mutta kritisoi vaikuttavuuden riittämättömyyttä yksin hoitopäätösten pohjana. Hän kuvaa vaikuttavuustiedon koostamiseen ja soveltamiseen liittyvän eri arvovalintoja ja -kysymyksiä. Hän toteaaakin, että vaikuttavuustietoa terveydenhuollon priorisoinnin tukena käytettäessä tulisi siihen yhdistää aina eettiset näkökulmat, sillä ainoastaan vaikuttavuustiedon käyttäminen terveydenhuollon priorisointiin liittyvissä kysymyksissä ei tuota tieteellisesti tai poliittisesti puolueetonta lopputulemaa. Saarnin (2010, s. 45) mukaan yhteen päämäärään perustuvien, kuten luonnontieteellisten tai terveystaloustieteellisten, priorisointimenetelmien olevan riittämätön lähtökohta terveydenhuollon priorisoinnille. Hän toteaa esimerkiksi olevan välttämätöntä huomioida terveydenhuoltoa ohjaavia eettisiä periaatteita priorisoinnissa.

2.2.4 Eettiset ja moraaliset näkökohdat

Sandmanin (2018, s. 532) mukaan julkisesti rahoitettujen terveydenhuoltojärjestelmien priorisointia tulee ohjata eettisiin normeihin ja muihin yhteiskunnallisiin arvoihin pohjaten. Sandman ja Juth (2024) kuvaavat terveydenhuollon priorisoinnin haastavuuden asettavan eettisten perusteiden huomioinnin päätöksissä välttämättömäksi, Eklund Saksbergin ja muiden (2024, s. 1617) todetessa eettisten periaatteiden ja näkökohtien huomioinnin olevan olennainen osa terveydenhuollon priorisointia. Sandman (2018, s. 534) toteaa eettisten näkökohtien muodostavan prioriteettien asettamisen ytimen ja tuo samalla esille näkökulman eettisten näkökohtien mahdollisuudesta sisältää myös muita käytännönläheisempiä ulottuvuuksia. Hän kuvaa eettisten näkökohtien pohjautuvan ihmiselämän arvokysymyksiin ja tuo esimerkkinä ilmi muun muassa tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden sisältävän eettisiä tulokulmia, sillä ne määrittävät, että jaetaanko arvoa ihmisille ja millä kriteereillä. Ahonen (2024, s. 7) kuvaa, ettei Suomessa ole määritetty terveydenhuollon priorisointiin liittyen eettisiä periaatteita, Kailan ja Lohiniva-Kerkelän (2020, s. 40) kuitenkin todetessa terveydenhuollon priorisointiin liittyvien periaatteiden olevan johdettavissa perusoikeuksista, tuoden esille kuitenkin tarpeen selkiyttää periaatteiden määrittämistä.

Terveydenhuoltoa yleisesti ohjaavia eettisiä periaatteita voidaan siis käyttää terveydenhuollon priorisointia ohjaavina lähtökohtina. Saarni (2010, s. 24–25) kuvaa terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin lukeutuvan muun muassa oikeudenmukaisuuden, tasa-arvon, hyödyn maksimoinnin ja itsemääräämisoikeuden. Saarnin (2010, s. 24–25) mukaan oikeudenmukaisuus perustuu eriarvoisuuden vähentämiseen ja hän kuvaa oikeudenmukaisuuden terveydenhuollon kontekstissa tarkoittavan käytännössä muun muassa oikeutettua ja perusteltavissa olevaa terveydenhuollon palveluiden jakamista esimerkiksi ihmisryhmien välillä. Hän toteaa, että oikeus saada tarpeellinen hoito ja resurssien jaon oikeudenmukaisuus on turvattava. Tasa-arvon Saarni (2010, s. 25) kuvaa tarkoittavan yhtäläisen arvon ja oikeuksien toteutumista, jonka hän toteaa tarkoittavan käytännössä terveydenhuollossa sitä, että selkeän ja erikseen hyväksyttävän syyn puuttuessa on kaikkia kohdeltava yhtäläisesti. Hyödyn maksimoinnin hän kuvaa tarkoittavan tekojen moraalisten arvojen määräytymistä nettohyödyn määrän mukaisesti, kuvaten tämän käytännössä tarkoittavan terveydenhuollossa arvokkaimpana pidettävän toimenpiteitä, jotka tuottavat eniten kokonaisyötyä suhteessa haittoihin. Hän toteaa, että tämän mukaisesti valitaan hoito, joka edistää terveyttä mahdollisimman tehokkaasti. Saarnin (2010, s. 25) mukaisesti itsemääräämisoikeus pohjaa yksilön oikeuteen tehdä päätöksiä omista asioistaan ja muilla olevan velvollisuus kunnioittaa näitä päätöksiä. Hän toteaa tämän tarkoittavan terveydenhuollossa sitä, että itsemääräämiskykyiset yksilöt voivat esteettä päättää, millaiset hoidot he kokevat hyväksyttäviksi ja toivottaviksi.

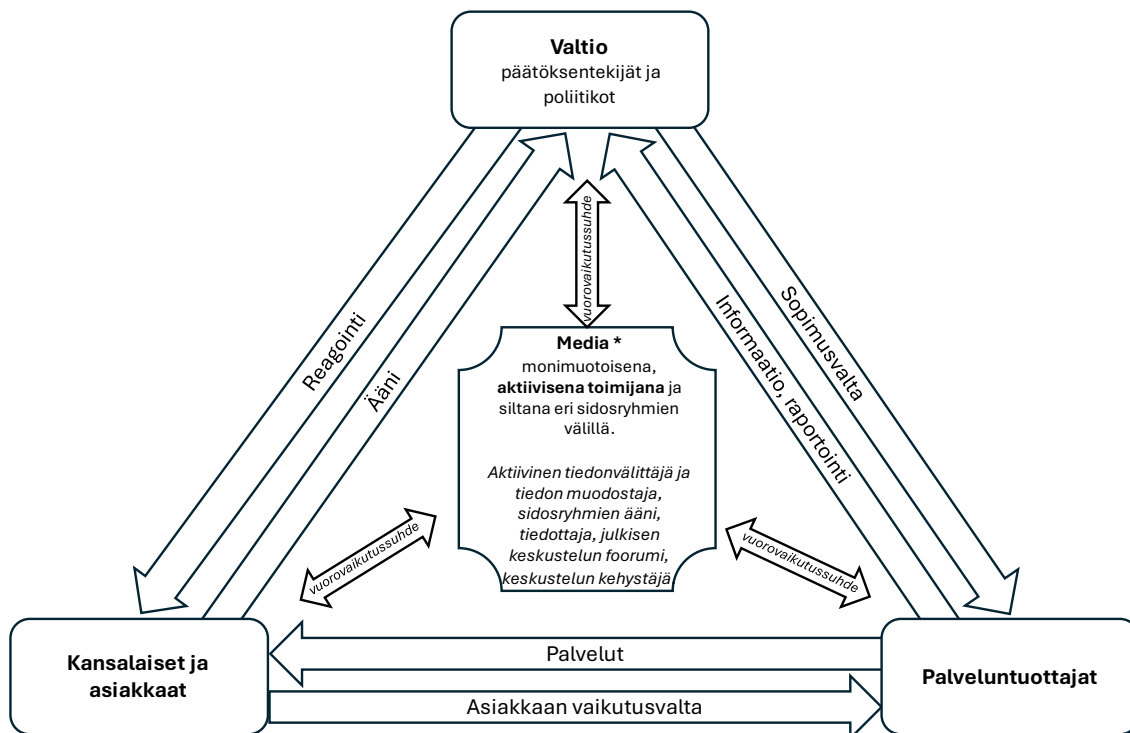
Saarni (2010, s. 7) kuvaa eettisenä haasteena suomalaisessa terveydenhuollossa ilmenevän hoidon rajaamisen haasteen: potilas saa hoitavan ammattilaisen kokemuksen mukaan joko yli- tai alihoitoa. Hän kuvaa alihoidon liittyvän riittämättömiin resursseihin ja ylihoidon kytkeytyvän potilaan tai omaisten vaatimuksiin. Hän toteaaakin pohjimmiltaan kyseessä olevan terveydenhuollon päätöksenteon haasteen, jossa hoidon tarpeeseen liittyvät käsitykset eivät eri toimijoiden osalta kohtaa ja keinoksi tämän tasoittamiseksi hän nimeää vaikuttavuustiedon hyödyntämisen. Saarni ja Nyblin (2022, s. 427) toteavat yhdenvertaisuusperiaatteen merkityksen kasvavan jatkuvasti terveydenhuollossa. He

toteavat yksilön perusoikeuksien merkityksen korostuvan ja syrjintään sekä yhdenvertaisuuteen liittyvien kysymysten nousevan keskusteluun aiempaa enemmän.

Petrov (2024, s. 285) toteaa terveydenhuollon priorisointiin liittyvien päätöksiä olevan usein ristiriitaisia ja niissä jouduttavan tasapainoilemaan kilpailevien tavoitteiden ja motiivien välillä. Hän kuvaa priorisointia usein ohjaavan kustannustehokkuuden käsitteen kohtaavaan ristiriitoja eettisten periaatteiden kanssa, sillä kustannustehokkuuteen vedoten voidaan esimerkiksi päätyä rajaamaan kalliimpia hoitomuotoja pois, vaikka niillä voitaisiin saavuttaa yksilön kannalta myönteisiä vaikutuksia. Petrov (2024, s. 298) toteaaakin, että terveydenhuollon priorisoinnissa on päätöksenteossa hyväksyttävä normatiivis-moraalinen moniarvoisuus, jolloin päätöksentekijöiden on osattava huomioida erilaisia, toisinaan keskenään ristiriitaisia eettisiä näkökulmia ja arvoja sekä tasapainoitava useiden arvojen välillä priorisointia tehdessään huomioiden samalla tilannesidonnaiset rajoitukset.

2.3 Priorisointikeskustelu ja sen osapuolet

Terwindt ja muut (2016, s. 179) toteavat, että priorisointipäätösten tulisi lopulta olla kansalaisten hyväksymiä ja ne tulisi muodostaa demokraattisen prosessin avulla. Saarni ja Nyblin (2022, s. 423) toteavat, että Suomessa terveydenhuollon priorisointiin liittyvä keskustelu on pohjautunut ammattilaisten näkökulmiin sekä eettisiin ja terveystaloustieteellisiin arviointeihin nykyisen palvelujärjestelmän toimiessa keskustelun lähtökohtana. Julkisesti korvattavan terveydenhuollon kokonaisuutta voidaan hahmottaa usealla tavalla ja yhtenä kokonaisuuden hahmottamisen mallina (kuvio 1) voidaan käyttää eri toimijoita ja sidosryhmiä, näiden välisiä suhteita sekä roolien ulottuvuuksia (World Bank 2003, s. 47–49; World Bank 2007, s. 66–68; Brinkerhoff & Bossert 2008, s. 6–10; Terwindt ja muut 2016, s. 178; Torkki ja muut 2022b, s. 14).



Kuvio 1. Eri toimijat ja ulottuvuudet julkisesti korvattavassa terveydenhuollossa (mukailten ja yhdistäen World Bank, 2003, s. 47–49; World Bank, 2007, s. 66–68; Brinkerhoff & Bossert, 2008, s. 6–10; Terwindt ja muut, 2016, s. 178 ja s. 182; Torkki ja muut, 2022b, s. 14). *Median roolia laajennettu (ks. Badham, 2018; Korthagen & Van Meekerck, 2014).

Maailmanpankin (World Bank) (2003, s. 47–49) mukaan terveydenhuollon kokonaisuudessa on tunnistettavissa kolme eri toimijaa ja sidosryhmää: kansalaiset ja asiakkaat, valtio sekä palveluntuottajat. He kuvaavat valtion pitävän sisällään poliitikot ja päätöksentekijät ja palveluntuottajien pitävän sisällään organisaatiot ja etulinjan ammattilaiset. Ihannetilanteessa näiden eri toimijoiden välillä on vallan ja vastuun suhteiden osalta sidonnaisuutta: kansalaisilla on hallintaa poliitikkoihin, päätöksentekijöillä on sopimuksia organisaatioiden kanssa, organisaatioilla on hallinta organisaation sisällä ja kansalaisilla on vuorovaikutuksellista valtaa etulinjan ammattilaisiin (World Bank 2003, s. 47–49). Terwindt ja muut (2016, s. 178) kuvaavat, että osana terveydenhuollon priorisointipäätöksiä on kuultava ja sitoutettava eri sidosryhmiä ja toimijoita. He korostavat kuitenkin, että mukaan otettavien sidosryhmien ja toimijoiden valinnassa on käytettävä harkintaa. Terwindtin ja muiden (2016, s. 182) mukaan media voidaan nähdä siltana terveydenhuollon priorisointiin liittyvien sidosryhmien; kansalaisten eli asiakkaiden, palveluntarjoajien ja

valtion eli poliitikkojen ja päätöksentekijöiden välillä. He kuvaavat, että media toimii sekä tiedon välittäjänä että eri sidosryhmien äänenä, oman tärkeän roolin kansalaisten tiedottamisessa ja herättelyssä priorisoinnin merkityksen osalta. Lisäksi he toteavat, että tiedonvälittämisen lisäksi media voi toimia julkisen keskustelun foorumina ja palautekanavana. Kuten Kunelius ja muut (2010, s. 22) toteavat, ei median roolia voi kuvata vain vallankäyttäjien resurssina, sillä medially on rooli esimerkiksi myös vallan jakautumisen arvioinnissa eri toimijoiden kesken ja eikä mediaa voida tarkastella, kuten Badham (2018, s. 79) toteaa, vain passiivisena toimijana, vaan sillä on myös aktiivisia, vuorovaikutteisia mekanismeja esimerkiksi tilanteiden kehystämässä.

Brinkerhoff ja Bossert (2008, s. 7) kuvaavat kansalaisten ja asiakkaiden vaikuttavan valtion toimijoihin tuomalla esimerkiksi poliitikkojen valinnalla ääntään, mieltymyksiään ja vaatimuksiaan esille. Vastavuoroisesti heidän mukaansa valtio ja sen sisällä olevat toimijat vastaavat näihin kansalaisten ja asiakkaiden tarpeisiin reagoimalla niihin esimerkiksi päätöksien kautta. Brinkerhoffin ja Bossertin (2008, s. 8) mukaan valtion ja palveluntarjoajien välisen vuorovaikutussuhteen olevan sopimusmainen, jolloin päättäjät toimivat tavoitteiden, menettelyiden ja standardien määrittäjinä sekä resurssien, tuen ja valvonnan tarjoajina ja palveluntarjoajat toteuttavat päättäjien asettamat toiveet ja käskyt vastineena resursseista. Vastuuvollisuuden lisäksi palveluntarjoajat ovat heidän mukaansa valtion suuntaan myös osa näyttöön perustuvan politiikan mahdollistajia, sillä he toimivat määritetyt reunaehdot täyttäessään todisteiden lähteenä ja tuottavat tietoa päätöksenteon tueksi. Maailmanpankki (World Bank) (2003, s. 47) kuvaa sidosryhmien ja toimijoiden omaavan vastuita ja oman roolinsa vastuullisuudessa: toimijoiden välistä suhdetta näiden osalta voidaan tarkastella delegoinnin, rahoituksen, suorituskyvyn, suorituskyvystä informoinnin ja täytäntöönpanokelpoisuuden kautta.

Maailmanpankki (World Bank) (2007, s. 67) tuo esille, että eri toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa on epäsuhtaa ja esimerkiksi kansalaisten ja asiakkaiden valta suhteessa palveluntarjoajiin on altis epäonnistumiselle. Myös Brinkerhoff ja Bossert (2008, s. 6) kuvaavat vallan näiden eri sidosryhmien ja toimijoiden välillä jakautuvan: valtion ja

palveluntarjoajien voidaan nähdä omaavan suurimman vallan tiedon ja asiantuntemuksen osalta suhteessa kansalaisiin ja asiakkaisiin. He kuvaavat poliittisten järjestelmien vaikuttavan vallanjakoon; demokraattisen hallinnon nähdään antavan enemmän valtavaihtoehtoja kansalaisille ja asiakkaille autoritaarisempiin järjestelmiin verrattuna. Brinkerhoff ja Bossert (2008, s. 9) tuovat esille kansalaisten ja asiakkaiden sekä palveluntarjoajien välillä olevan tiedon ja vallan epäsymmetrian ja epätasa-arvon. He kuvaavat, ettei päättäjiä ja palveluntarjoajien sopimuksilla voida määritellä kaikkia olennaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat laadukkaiden palveluiden tuottamiseen ja tällöin toimiva kansalaisten ja asiakkaiden sekä palveluntarjoajien välillä oleva yhteys on välttämätön järjestelmän toiminnan sekä palveluiden laadun että hyödyntämisen varmistaja. He tuovat esille, että uudistukset, joilla luodaan kilpailua palveluntarjoajien välille, voivat lisätä asiakkaiden valtaa ja toisaalta myös palveluntarjoajien vastuullisuutta, jolloin epätasapainoa näiden toimijoiden valtasuhteessa voidaan tasoittaa.

Brinkerhoff ja Bossert (2008, s. 6) toteavat, ettei toimijoiden ja sidosryhmien välistä vuorovaikutusta voida tarkastella suljettuna järjestelmänä, sillä globaalit tai maan sisäiset ulkopuoliset tekijät vaikuttavat osaltaan valtion, palveluntarjoajan sekä kansalaisten ja asiakkaiden välisiin yhteyksiin ja vuorovaikutussuhteisiin. Terwindt ja muut (2016, s. 178) huomauttavat, että esimerkiksi palveluntarjoajilla voi olla kansalaisiin verrattuna erilaisia näkemyksiä terveydenhuollon prioriteeteista ja osana priorisointiprosessia tuleekin varmistaa tila, jossa erilaiset näkemykset voidaan tuoda esille ja mahdollistaa keskustelu, jotta yhteinen ratkaisu voidaan löytää.

Meuselin ja muiden (2023, s. 423) mukaan terveydenhuollon priorisointia ohjaavien kriteerien määrittäminen on poliittinen tehtävä, jossa on huomioitava eri ulottuvuuksia. He toteavat, että kriteerien asettamisessa ja terveydenhuollon priorisoinnissa on mahdollonta saavuttaa täyttä yksimielisyyttä kaikkien osapuolten välillä. He tuovat myös esille, että läpinäkyvää ja systemaattista terveydenhuollon priorisointia voivat ohjata useat eri kriteerit samanaikaisesti ja tärkeää onkin varmistaa prioriteettien asettamisen prosessin olevan avoin, tietoinen ja osallistavan keskustelun mahdollistava. Seixas ja muut (2021,

s. 13) kuvaavat terveydenhuollon priorisoinnin ja resurssien allokoinnin vaativan päätöksentekokehyksen kehittämistä ja parantamista. He tuovat esille, että priorisoinnissa ja resurssiallokaatiossa tulisi käyttää tarkkaan määriteltyjä, useisiin kriteereihin perustuvia, vaihtoehtokustannukset huomioon ottavia, arvon saavuttamiseen keskittyviä, sidosryhmät ja kansalaiset mukaan ottavia, tietoon perustuvia sekä läpinäkyvyyttä, legitiimiyttä ja oikeudenmukaisuutta huomioivia päätöksentekokehyksiä. Saarni (2010, s. 46) korostaa, ettei avoimia päätöksentekomenetelmiä aina pidetä poliittisesti houkuttelevina, sillä yksilöihin kohdistuvat kielteiset päätökset ovat aina haasteellisia. Hän toteaa, että asiantuntijoilla ja asiantuntijainstituutioilla olevan korostuneen tärkeän roolin piilopriorisoinnin ehkäisyssä. Hän kuvaa asiantuntijoiden ja asiantuntijainstituutioiden vastuulla olevan tuoda esiin arvovalintoja ja eri vaihtoehtoja sekä esimerkiksi vaikuttavuusarvioiden tuloksia siten, että tieto on ymmärrettävää, mahdollistaen vastuullisten päätösten tekemisen.

Wong Shee ja muut (2024, s. 18) korostavat, että terveydenhuollon kehittämisessä ja priorisoinnissa tulee osallistamisen lisäksi huomioida sekä palvelun käyttäjien että tarjoajien näkökulmia. He kuvaavat osallistavan lähestymistavan olevan arvokas keino varmistaa terveydenhuollon priorisoinnin tarpeenmukaista toteuttamista ja erityisesti palveluiden loppukäyttäjiltä saatavan tiedon mahdollistavan kohdennettujen ratkaisujen muodostamisen. Bijlmakers ja muut (2020, s. 37) toteavat kansalaisfoorumityyppisen toiminnan voivan parantaa päätöksenteon avoimuutta ja vastuullisuutta. Bijlmakersin ja muiden (2020, s. 32) mukaan kansalaiset ymmärtävät terveydenhuollon muutostarpeiden merkityksellisyyden ja kansalaisille on tarjottava riittävästi tietoa, jotta he voivat osallistua päätöksentekoon johtavaan keskusteluun. Torkki ja muut (2022b, s. 81) korostavat, että terveydenhuollon priorisointikeskustelu Suomessa on pääsääntöisesti ollut terveydenhuoltojärjestelmän sisällä käytyä. Heidän mukaansa kansalaiset eivät ymmärrä priorisoinnin välttämättömyyttä ja esimerkiksi ymmärrys terveydenhuollon kustannuksista on heikkoa niin kansalaisten kuin ammattilaisten keskuudessa. He toteavatkin, että priorisointikeskustelussa on huomioitava sidosryhmien eroavat lähtötasot ja pystyttävä esimerkiksi määrittelemään käytettävät käsitteet, jotta keskustelu mahdollistuu.

3 Legitimizeetti ja diskurssit

Legitimizeetti on moniulotteinen ja -selitteinen käsite (Steffek, 2003, s. 251-252), joka perinteisen määrittelyn mukaan perustuu laillisuuden ja oikeudellisten elementtien ympärille (Schaar, 1981, s. 20) ja pohjautuu laajemmin muun muassa toiminnan odotuksiin vastaavuuteen, asianmukaisuuteen ja hyväksyttävyyteen (Suchman, 1995, s. 574). Legitimizeetin voidaan yksinkertaistettuna tarkoittavan sitä, että kansalaiset pitävät järjestelmää hyväksymisen arvoisena (Tieteen termipankki, 2020). Diskursseilla taas viitataan kielellisiin ja vuorovaikutuksellisiin käytäntöihin, jotka muotoutuvat tietyn aihepiirin ympärille ja toimivat merkitysten rakentumisen ja sosiaalisen toiminnan säätelijöinä (Tieteen termipankki, 2025). Seuraavissa alaluvuissa tarkastellaan legitimizeetin käsitettä ja teorioita, huomioiden näiden merkitystä terveydenhuollon priorisoinnin kontekstissa. Lisäksi syvennytään median rooliin erityisesti legitimizeetin rakentumiseen liittyen.

3.1 Legitimizeetin käsite ja teoreettiset lähtökohdat

Steffek (2003, s. 251–252) kuvaa legitimizeetin olevan moniulotteinen ja -selitteinen käsite, joka liittyy yhteiskuntatieteissä sekä empiiriseen että normatiiviseen lähestymistapaan. Hän toteaa, että legitimizeettiä voidaan lähestyä eri näkökulmien kautta, kuitenkin tunnistaen yhdistäväksi tekijäksi vallankäytön normatiivisten edellytysten tutkimisen. Schaar (1981, s. 20) kuvaa perinteisten legitimizeetin määritelmien pohjautuvan laillisuuden ja oikeudellisten elementtien ympärille, jolloin legitimizeetin nähdään perustuvan taustalla vaikuttaviin vallanlähteisiin, jotka ovat käyttäjänsä ylä- tai ulkopuolella. Hän kuvaa, että tällöin legitimizeetin nähdään olevan riippumaton pelkästä väitteestä tai mielipiteestä ja legitimizeetti voidaan saavuttaa vedoten eri lähteisiin, kuten historiallisiin tapoihin tai eri lakeihin. Samalla hän tuo esiin uudempien määritelmien pelkistävän legitimizeetin uskomukseksi tai mielipiteeksi: jos instituutio koetaan sopivaksi tai moraalisesti asianmukaiseksi, on instituutio legitimizeetti. Weber (1978, s. 953) taustoittaa legitimizeetin perustuvan olemassa olon oikeuttamisen tarpeeseen. Suchman (1995, s. 574) puolestaan määrittelee legitimizeetin pohjautuvan yleiseen käsitykseen tai oletukseen siitä, että

toiminta on odotuksiin vastaavaa, asianmukaista tai hyväksyttävää sosiaalisesti rakentuneessa normeihin, arvoihin, uskomuksiin ja määritelmiin perustuvassa järjestelmässä. Suchman (1995, s. 574) kuvaa legitimitietin tavoittelun pohjautuvan eri tavoitteisiin ja pohjimmiltaan legitimitietin varmistavan toiminnan vakautta ja ymmärrettävyyttä, näiden kahden usein lisätessä toisiaan.

Reus-Smit (2007, s. 159-160) tiivistää legitimitietin tarkoittavan yhteiskunnan osoittamaa hyväksyntää toimijaa, instituutiota tai näiden toimintatapoja kohtaan. Hän kuvaa poliittisten toimijoiden pyrkivän jatkuvasti legitimaation eli legitimitietin hankkimisen ja vahvistamisen kautta näyttämään itsensä tai suosimansa instituutiot legitimeinä, eli oikeutettuina ja hyväksytyinä. Hän toteaa legitimaation pohjautuvan toimintaa oikeutaviin perusteluihin eli legitimitietiväitteisiin, tuoden kuitenkin samalla esille sen, ettei pelkkä väitteen esittäminen riitä legitimitietin rakentumiseen vaan legitimitietti syntyy vasta yhteiskunnan tai poliittisen ympäristön tunnustettua väitteen oikeutetuksi.

Schoon (2022, s. 478) kuvaa legitimitiettiin viitattavan laajasti yhteiskunnallisten ilmiöiden ehtona, syynä ja tuloksena, korostaen kuitenkin haasteita legitimitietin mittaamisessa. Hän kuvaa legitimitietin viittaavan vuorovaikutukseen ja suhteisiin kolmen elementin: legitimitietin kohteen ja legitimitietin myöntävän yleisön sekä kohteen, että legitimoivan yleisön välisen suhteen välillä. Näiden kolmen elementin hän nimeää muodostavan dyadin eli yksikön, joka koostuu kahdesta pisteestä ja niiden välisestä suhteesta. Schoonin (2022, s. 487) mukaisesti legitimitietin edellytyksenä on kolme ehtoa: odotukset, suostumus ja yhdenmukaisuus, joiden kautta voidaan tarkastella dyadin osapuolten välistä vuorovaikutusta. Suchmanin (1995, 574) mukaan legitimitietti rakentuu sosiaalisesti ja legitimitietin heijastavan yhtenäisyyttä hyväksytyn käyttäytymisen ja jonkin sosiaalisen ryhmän yhteisten tai oletettavasti jaettujen uskomusten välillä. Hän kuvaa, että legitimitietti riippuu kollektiivisesta yleisöstä, mutta samalla kuitenkin legitimitietin olevan riippumaton yksittäisistä tarkkailijoista. Hän toteaa, että esimerkiksi organisaation toiminta voi poiketa yksilön arvoista, organisaation silti säilyttäen legitimitiettinsä, koska poikkeama ei herätä julkista paheksuntaa. Porttikivi (2016, s. 17) toteaa legitimitietin

heijastavan yhteiskunnallisia käsityksiä ja legitimitietin olevan riippuvainen käyttäytymisnormeista. Hän tuo esille toimijoiden uudelleenrakentavan ja muokkaavan normeja ajan kuluessa.

Schoon (2022, s. 499) toteaaakin, että tiedostaaksemme legitimitietin merkityksellisyyden, on ensin kyettävä määrittämään milloin legitimitietti on olemassa. Hän kuvaa, että legitimitietin ymmärryksen varmistamiseksi on kyettävä erottelemaan muut samanlaiselta vaikuttavat tai kilpailevat rakenteet, jotta voidaan ymmärtää legitimitietin syntyminen ja sen vaikutukset sosiaalisiin prosesseihin. Suchman (1995, 575) toteaa legitimitietin vaikuttavan sekä ihmisten toimintaan organisaatioita kohtaan että myös ymmärrykseen. Hän kuvaa yleisön pitävän legitimiä organisaatioita arvokkaampina, mielekkäämpinä, ennakoitavimpina ja luotettavampina. Porttikivi (2016) kuvaa organisaatioiden legitimitietin rakentuvan diskursseissa, jotka toimivat neuvottelun perusteena toiminnan hyväksyttävyyden ja oikeutuksen osalta. Hän toteaa, että näissä diskursseissa tuodaan esille arvioinnin perusteena toimivat käsitykset, uskomukset ja arvot.

Weber (1978, s. 215) kuvaa legitimaation jakautuvan kolmeen kategoriaan auktoriteettityyppeihin perustuen: rationaalis-legaaliseen, traditionaaliseen ja karismaattiseen. Hän kuvaa rationaalis-legaalisen mallin perustuvan toimimiseen annettujen sääntöjen mukaisesti ja valtuutettujen henkilöiden oikeuteen antaa määräyksiä ja käskyjä. Weber (1978, s. 215) kuvaa traditionaalisisessa mallissa auktoriteetin legitimaation perustuvan vallan perinteeseen ja taustalla vaikuttavan vakiintuneiden uskomusten. Karismaattisen auktoriteetin hän kuvaa perustuvan auktoriteetin poikkeuksellisiin luottamusta herättäviin ominaisuuksiin, jotka legitimoivat auktoriteettia. Näiden Weberin määrittämien legitimaation kategorioiden kautta voidaan tarkastella miksi ja miten ihmiset hyväksyvät vallan oikeutuksen eri yhteiskunnallisissa ja poliittisissa järjestelmissä. Habermas (1976, s. 98) kritisoi rationaalis-legaalista auktoriteettia sen suppeudesta, tiivistäen legitimitietin päätöksissä näin ajatellen pohjautuvan vain normien oikein asettamiseen ja laillisuuteen. Hän toteaaakin, ettei pelkkä lainmukaisuus ole riittävä legitimitietin peruste, vaan

vaaditaan menettelyiden oikeuttamista lisää esimerkiksi osoittamalla, että menettelyllinen toimivalta on kuulunut oikealle auktoriteetille.

3.1.1 Legitimiteetti ja diskurssit Habermasin kuvaamina

Habermasin (1976, s. 69) mukaan hallinnon toiminta on kestävää vain sen perustuessa kansalaisten oikeuttamiin normeihin. Hän toteaa, että hallinnon on pystyttävä vastamaan asetettuihin tavoitteisiin luottamuksen säilyttämiseksi, sillä mikäli tavoitteita ei saavuteta, kansalaiset kyseenalaistavat taustalla olevat arvot ja normit, ja hallinnon toimintakyky heikkenee. Habermas (1976, s. 93) kuvaa hallinnon kohtaavan haasteita legitimitietin saavuttamisessa ja säilyttämisessä yhteiskunnallisten arvojen ja intressien muuntuessa. Hän toteaa hallinnon kohtaavan entistä enemmän vaatimuksia ja korostaa, että legitimitiettikriisi voidaan estää vain yhteiskunnan rakenteiden muuttamisella tai hallintoon kohdistuvan legitimitiettipaineen vähentämisellä.

Habermas (1976, s. 107–108) kuvaa diskurssien olevan viestinnän muoto, jotka on irrotettu kokemuksen ja toiminnan yhteyksistä. Hän toteaa, että diskurssien kautta keskitytään siihen, ovatko esimerkiksi esitetyt väitteet päteviä ja taustalla vaikuttavan ainoastaan yhden motiivin, totuuden yhteisen etsimisen. Hän kuvaa, että diskursiiviseen keskusteluun voivat osallistua kaikki ja keskustelua rajoitetaan ainoastaan, mikäli se on välttämätöntä pätevyuden testaamiseksi eikä keskustelussa käytetä muuta, kun parhaiden perustelujen voimaa. Habermas (1984, s. 25) kuvaa kommunikatiivisen toiminnan ja diskursiivisen prosessin olevan normatiivisesti säänneltyä ja perustuvan oletukseen siitä, että keskustelussa pyritään yhteisymmärrykseen. Hän toteaa, että mikäli keskustelussa nousee pätevyydeltään kyseenalainen väite, osallistujat tarkastelevat sitä hypoteettisesta näkökulmasta ja arvioivat väitteen oikeutuksen perustelujen ja rationaalisten syiden pohjalta. Habermas (1976, s. 108) toteaa tällaisissa olosuhteissa saavutetun yksimielisyyden heijastavan rationaalista tahoja, sillä se perustuu yhteiseen etuun, joka on tunnistettu pakotteettomassa keskustelussa. Hän toteaaakin, että diskurssit

mahdollistavat yhteisten etujen erottamisen yksilöllisistä eduista, tarjoten tavan löytää yhteisiä ratkaisuja viestinnän ja perusteluiden kautta.

Habermas (1984, s. 19) kuvaa kiistanalaisten väitteiden käsittelyn olevan mahdollista teoreettisen diskurssin kautta, jonka avulla totuuden ja oikeudenmukaisuuden tarkastelu mahdollistuu. Käytännöllisen diskurssin hän puolestaan kuvaa olevan keino toimintanormien hypoteettiselle testaamiselle puolueettoman oikeutuksen osalta. Habermas (1976, s. 159) kuvaa diskurssien mahdollistavan asioiden kriittisen tarkastelun ja tuomaan esille perusteita, miksi esimerkiksi päätökset hyväksytään tai hylätään. Habermas (1994, s. 142–143) toteaa diskurssien muodostuvan yhteiskunnallisissa konteksteissa, ajan ja tilan rajoittaessa diskursseja. Hän toteaa, ettei keskusteluun osallistuvien voida olettaa olevan rationaalisia toimijoita, sillä taustalla vaikuttavat motiivit ulottuvat totuudenetsintää laajemmalle. Hän kuvaa olevan tärkeää varmistaa puheenvuorojen relevanssi ja painottaa, että osallistujien pätevyyttä tulee arvioida. Tähän peilaten hän kuvaa institutionaalisten ennakoivien toimien olevan välttämättömiä, jotta argumentaation empiiriset rajoitukset sekä ulkoiset että sisäiset häiriötekijät voidaan minimoida. Hänen mukaansa tämä on edellytys sille, että keskustelun osapuolten odotukset idealisoiduista argumentaation ehdoista voidaan edes osittain toteuttaa. Habermas (1984, s. 42) kuvaa diskurssi-käsitteen käytön olevan perusteltua vain sellaisten keskustelun aiheiden kohdalla, joissa osallistujat voivat nähdä olevan mahdollisuuden järkiperusteisen sopimuksen muodostamiselle. Hän kuvaa tähän linkittyvän idealisoidun ehdon: argumentoinnin tulee olla riittävän avointa ja sitä tulee jatkaa riittävän pitkään.

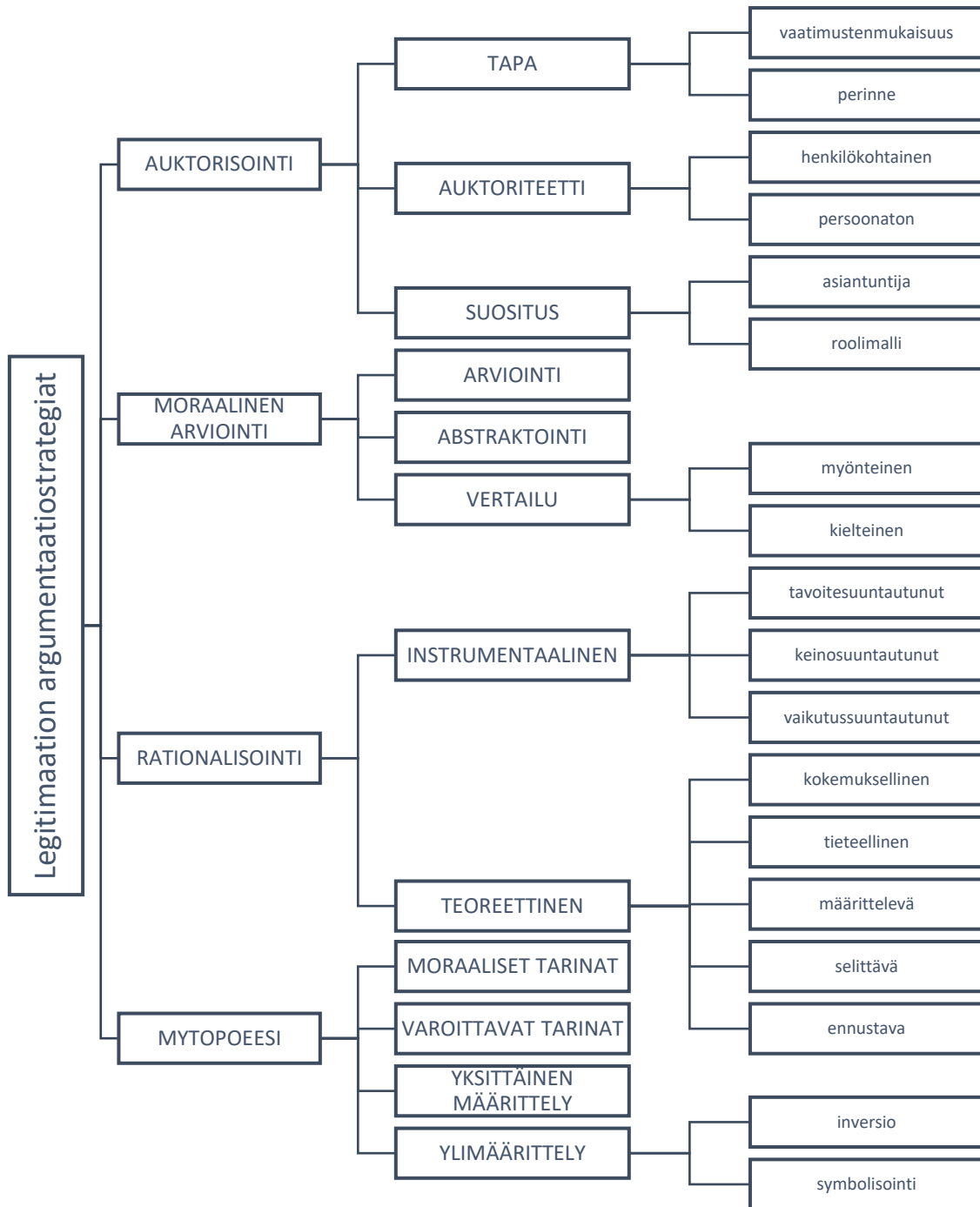
Habermas (1976, s. 71) toteaa, että valtion toiminnan laajentuessa tarve legitimiuden saavuttamiselle kasvaa ja toimien on saatava entistä enemmän hyväksyntää kansalaisilta. Habermas (1976, s. 72) kuvaa hallinnollisen suunnittelun tahattomasti häiritsevän ja nostavan julkiseen keskusteluun perinteisiä tapoja ja rakenteita, horjuttaen perinteiden legitimitettiin. Hän korostaa, että legitimitettiin voidaan näin tapahtuessa palauttaa diskurssien avulla.

3.1.2 Legitimaation argumentaatiostrategiat

Van Leeuwen (2008, s. 113) toteaa, että legitimaatio rakennetaan diskurssissa, jolloin pyrkimyksenä on selittää sosiaalisten käytäntöjen olemassaoloa ja perustella niiden ottamia muotoja. Van Leeuwenin (2007, 91–92) legitimaation argumentaatiostrategioiden viitekehyksen (kuviot 2) mukaisesti on olemassa neljä ylätasoa diskurssiluokkaa, joihin legitimitetin voidaan nähdä nojautuvan. Van Leeuwen (2007, s. 91–92) nimeää legitimitetin neljäksi diskurssiluokaksi:

- 1) **Auktorisoinnin**, jossa legitimitetti perustuu perinteisiin, tapoihin ja lakiin tai henkilöihin, joille on annettu institutionaalista auktoriteettia.
- 2) **Moraalisen arvioinnin**, jossa legitimitetti pohjautuu arvojärjestelmiin.
- 3) **Rationalisoinnin**, jossa legitimitetti perustellaan viittaamalla sosiaalisen toiminnan tavoitteisiin ja tarkoituksiin sekä tietoon, jota yhteiskunta on luonut antaakseen näille toimille kognitiivisen perustan.
- 4) **Mytopoesin**, jossa legitimitettiä rakennetaan tarinoiden kautta, joissa oikeudenmukaiset teot johtavat palkintoihin ja epäoikeudenmukaiset teot rangaistuksiin.

Van Leeuwen (2008, s. 106) kuvaa näiden legitimaation diskurssiluokkien voivan esiintyä joko erikseen tai yhdessä ja niitä voidaan käyttää joko keinona legitimoida tai delegitimoida. Hän toteaa, että legitimointi voi näkyä selkeänä teksteissä tai puheessa, vaikka näissä ei suoraan mainittaisi, mitä ollaan oikeuttamassa. Toisaalta hän kuvaa, että on mahdollista käyttää näitä diskurssiluokkia pienenä osana tarkempia kuvauksia tai esimerkiksi ohjeita, jotka koskevat oikeuttavia käytäntöjä tai instituutioita.



Kuvio 2. Legitimaation argumentaatiostrategiat ja diskurssiluokat (mukaillen Van Leeuwen, 2008, s. 105-119)

3.2 Episteeminen hallinta osana legitimiteetin rakentumista priorisoinnissa

Päätösten, käytäntöjen tai toimijoiden legitimiteetti ei muodostu ainoastaan muodollisesta lainmukaisuudesta tai institutionaalisesta auktoriteetista, vaan siihen vaikuttavat myös päätösten taustalla olevan tiedon ja perusteluiden näyttäytyminen julkisessa keskustelussa. Tämän vuoksi on olennaista ymmärtää episteemisen hallinnan merkityksellisyys legitimiteetin rakentumisessa.

Episteemisen hallinnan kautta pyritään, joko tiedostaen tai tiedostamatta, vaikuttamaan muiden näkemyksiin todellisuudesta (Alasuutari & Qadir, 2014, s. 67) ja sitä voidaan käyttää legitimoinnin tai delegitimoinnin keinona (Alasuutari & Qadir, 2014, s. 76). Lonka ja Jalonen (2023, s. 7) kuvaavat yhteiskuntapoliittiseen päätöksentekoon sisältyvän pyrkimyksen vaikuttaa haluttujen lopputulosten saavuttamiseen eri toimijoiden näkökulmista. He toteavat episteemisen hallinnan olevan keino sekä kuvata että muokata todellisuutta. Alasuutari ja Qadir (2016, s. 636–637) huomauttavat, ettei episteemistä hallintaa luoda erillisen valtaapitävän tahon toimesta. He korostavat, että episteemistä hallintaa voivat toteuttaa kaikki toimijat ja tilanteen mukaan ne, jotka onnistuvat vakuuttamaan muut parhaiten, voivat vaikuttaa yhteiskunnalliseen muutokseen muita enemmän. Vähä-Savo (2020, s. 599) kuvaakin episteemisen hallinnan olevan jatkuvaa strategista vuorovaikutusta eri toimijoiden välillä. Alasuutarin ja Qadirin (2014, s. 72) mukaan episteeminen työ keskittyy sosiaalisen todellisuuden kolmeen keskeiseen kysymykseen: mikä ympäristö on, ketkä ovat toimijoita ja mikä on moraalisesti oikein tai yleisesti hyväksyttävää. Näin ollen voidaan todeta, että päätöksenteon legitimiteetin yhtenä edellytyksenä on tiedon tuottamisen ja välittämisen läpinäkyvyys ja julkisessa keskustelussa. Habermas (1984, s. 17-19) kuvaa kommunikatiivisen teorian mukaisesti legitimiteetin rakentuvan julkisessa keskustelussa rationaalisen argumentaation ja yhteisymmärryksen tavoittelun kautta. Hän toteaa, ettei tiedon hyväksyttävyyttä perustu ainoastaan asiantuntijuuteen ja auktoriteettiin, vaan siihen, miten perustelut kestävät kriittistä tarkastelua. Tähän peilaten episteeminen hallinta voidaan ymmärtää osana kommunikatiivista

prosessia, jossa erilaiset toimijat pyrkivät vaikuttamaan siihen, mitkä tiedolliset tulkinnot vakiintuvat hyväksyttäväksi ja legitimeiksi.

Kislov ja muut (2023, s. 165–166) tuovat esille havainnon siitä, että mesotason toimijoiden uskomukset, kokemukset ja mieltymykset priorisoinnin toteuttamisen taustalla kohtaavat lähtökohtaisesti yleistä hyväksyntää ja ne nähdään oikeutettuna priorisoinnin perusteena. Tähän he kuvaavat vaikuttavan mesotason toimijoiden käyttämien hyväksyttävien perusteluiden, jotka pohjaavat poliittisiin, taloudellisiin, klinisiin ja organisatorisiin tekijöihin. Lisäksi he korostavat mesotason toimijoiden omaavan hallinnollisessa kontekstissa tunnustetun, muodollisen aseman, jonka pääomana toimii asiantuntijuus ja verkostoituminen. Kislov ja muut (2023, s. 164) toteavat, että toimijat voivat käyttää terveydenhuollon priorisointiin liittyen tilanneriippuvaisesti ja valikoiden eri lähestymistapoja pyrkiessään edistämään agendaansa. He kuvaavat valintojen riippuvan asiayhteyksistä ja näiden valintojen voivan olla keskenään myös vastakohtaisia esimerkiksi tavoitteen saavuttamiseksi käytettyjen perusteluiden osalta. Taustoitukseksi tälle ristiriitaiselle lähestymistapojen käyttämiselle he nimeävät esimerkkinä selkeiden ja määritettyjen terveydenhuollon priorisointikriteerien uupumisen sekä hallinnon kerrostumisen mukanaan tuomien poliittisista pääkehysistä johdettujen paikallisten toimintamallien luovan hyödyntämisen narratiiveissa, jotka tukevat omien tavoitteiden saavuttamista.

Jäntti ja muut (2017, s. 52) toteavat, ettei julkisen organisaation legitimeetti ei ole itsestäänselvyys, vaan legitimeetti muodostuu ja kehittyy jatkuvasti organisaation toiminnan aikana. He kuvaavat myös legitimeetin näkökulman huomioinnin olevan ratkaisevan tärkeä uuden rakenteen olemassaolon ja toimivuuden kannalta. Gustavsson ja Lindblom (2023, s. 1) kuvaavat terveydenhuollon priorisointiin liittyvän useita haasteellisia ja kiistanalaisia tekijöitä. He kuvaavat, että terveydenhuollon prioriteettien määrittämisessä ja asettamisessa tunnistetaan kansalaisten näkemysten tärkeys, mutta näitä näkemyksiä ei pystytä heijastamaan priorisoinnin periaatteiden perustelemiseksi. Samalla he kuitenkin toteavat, että olisi kohtuutonta priorisoida terveydenhuoltoa perustuen ainoastaan julkisiin arvoihin, mutta tuovat kuitenkin esille näkemyksen siitä, ettei

demokraattisessa yhteiskunnassa kuitenkin voida sivuuttaa näiden arvojen merkitystä priorisointikysymyksissä.

Saarni ja Nyblin (2022, s. 428) kuvaavat piilopriorisoinnin heikentävän palvelujärjestelmän legitimitettä. Tugendhaft ja muut (2024, s. 1–2) tuovat vaihtoehtona julkisen osallistumisen lähestymistapojen hyödyntämisen terveydenhuollon priorisoinnissa, sillä ne mahdollistavat ryhmätason pohdinnan lisäksi yksilötason mieltymysten tunnistamista. He kuvaavat hallinnan ja toimivallan antamisen muun muassa lisäävän osallistumista prioriteettien asettamisprosessiin, yhdenmukaistavan yksilö- ja yhteisötason prioriteetteja ja lisäksi mahdollisesti parantavan priorisoinnin legitimitettä ja hyväksyttävyyttä. Gustavsson ja Lindblom (2023, s. 7) toteavatkin, että vaikka julkisten arvojen perusteella ei voida muodostaa suoraan periaatteita terveydenhuollon priorisointiin, nähdään näiden arvojen olevan priorisointipäätösten legitimitetin kannalta oleellisia.

3.3 Media legitimitetin rakentamisen ja rakentumisen osapuolena

3.3.1 Median rooli ja merkitys

Medialla tarkoitetaan tiedonvälityksen ja viestinnän välineitä, kuten tiedotusvälineitä, ja joukkoviestintäkanavia, joita käytetään viestien välittämiseen laajalle tai rajatulle yleisölle (Kotimaisten kielten keskus, 2024). Wiio (2006, s. 13) tiivistää median tehtävänä olevan mielikuvien ja merkitysten tuottamisen. Hän toteaa median muokkaavan sosiaalisia käytäntöjä ja rakentavan todellisuutta valitsemalla, mitä se kertoo tai jättää kertomatta, heijastaen samanaikaisesti sekä yhteiskunnan että omia arvojaan. Media-alan tutkimussäätiö (2024, s. 26) kuvaa kiinnostuksen uutisista ja sekä näiden kommentoimisen, jakamisen ja näihin liittyvän keskustelun peilaavan uutisten merkityksellisyyttä. Uutisten käyttötarkoituksena suomalaiset kuvaavat tärkeimpinä olevan ajan tasalla pysymisen sekä tiedon ja ymmärryksen hankkimisen (Media-alan tutkimussäätiö, 2024, s. 31).

Media-alan tutkimussäätiön (2024, s. 14) mukaan Suomessa kokonaistavoittavuudeltaan suurin uutismedia on Yle (Yleisradio Oy), joka tuottaa uutissisältöä television ja radion lisäksi verkkoon. Media-alan tutkimussäätiö (2024, s. 8) kuvaa uutismedian käytön digitalisoituvan ja neljänneksen suomalaisista seuraavan uutismediaa vain verkosta ja pääasiallisena uutislähteenään verkkoa käyttävän reilun 50 % suomalaisista. Samanaikaisesti he kuitenkin tuovat esille perinteisten lähteiden, kuten painettujen lehtien, radion ja television vakiintuneen käytön uutisten seuraamisessa: melkein 75 % suomalaisista aikuisista käyttää perinteisiä uutislähteitä viikoittain.

Kunelius ja muut (2010, s. 22) kuvaavat median toimivan vallan kentällä kahdessa roolissa: vallankäyttäjien hallitsemana resurssina sekä keskeisenä tekijänä vallan jakautumisen arvioinnissa eri toimijoiden kesken. He toteavat, että vaikei media yksin takaa suurta valtapotentiaalia, sen hallinta osana laajempaa valtaresurssien yhdistelmää voi olla ratkaiseva institutionaalisesti vahvoille toimijoille. Median voidaan kuvata edistävän yhteiskunnallista muutosta tuomalla esiin uusia näkökulmia ja haastamalla vallitsevia arvoihin, normeihin ja maailmankuvaan perustuvia ajattelumalleja (Wiio, 2006, s. 14). Chuey ja muut (2024, s. 5-6) kuvaavat esimerkiksi uutisotsikoissa käytettävien sanavalintojen vaikuttavan lukijoiden kokemukseen objektiivisuudesta. He kuvaavat mediaympäristössä käytettävien episteemisten verbien, joiden avulla viestitään puhujan uskovan väitteeseen, tarjoavan kuvan siitä, että puhujan mielestä esitetystä asiasta on totuus pohja. He korostavatkin episteemisen kielen vaikutusten ymmärtämisen olevan tärkeää, jotta uutisoinnissa voidaan huomioida niiden vaikutukset lukijoiden uskomuksiin ja siihen, kuinka asiat voidaan hahmottaa joko faktoina tai mielipiteinä. Samalla he kuitenkin huomioivat, että kieli vaikuttaa lukijoissa enemmän objektiivisuuden kuin totuuden arviointiin, joka pohjautuu useammin intuitiivisuuteen kuin tarkempaan pohdintaan esitettävistä tai tiedon lähteistä.

Koska tutkielman aineisto koostetaan Yle.fi-verkkopalvelusta, on tärkeää tuoda esille Yleisradio Oy:n (Yle) roolia ja taustaa. Laissa Yleisradio Oy:stä (1380/1993) määritetään Yleisradion Oy:n olevan julkista palvelua tuottavaa osakeyhtiömuotoista toimintaa, joka

kuuluu liikenne- ja viestintäministeriön hallinnonalaan. Kyseisen lain mukaisesti valtaosa yhtiön omistuksesta on valtiolla ja yhtiön hallintoneuvoston jäsenten valinnasta vastaa eduskunta. Ylen toiminnan rahoitus toteutetaan täysin verovaroin Yle-veron kautta (Yle, 2025b), jolloin Ylellä ei ole kaupallisia sidoksia eikä se tavoittele toiminnallaan voittoa (Yle, 2025c). Ylen toiminta eroaa kaupallisista mediatoimijoista siis lakiin perustuvan julkisen palvelun tuottamisen vastuun, omistusrakenteen, rahoitusmuodon ja voittoa tavoittelemattomuuden osalta. Ylen (2025c) mukaisesti kaiken Ylen tuottaman sisällön on oltava kaikkien suomalaisten saatavilla esteettä ja vastuullisen luotettavan median rooliksi kuvataan demokratian turvaaminen ja oikean tiedon ja informaation julkaisemisen. Ylen (2021) kuvauksen mukaan Ylen toiminta perustuu journalistiseen riippumattomuuteen, puolueettomuuteen ja luotettavuuteen, eikä toimitukselliseen sisältöön vaikuteta poliittisin, kaupallisin tai muin ulkopuolisin intressein. Media-alan tutkimussäätiön (2024, s. 11-13) mukaan verkossa tavoitettavimpia uutismedioita ovat Ilta-Sanomat, Iltalehti ja Yleisradio, erilaisten liiketoimintamallien vaikuttaessa tavoitettavuuteen. Ylen osalta on huomionarvioista heidän mukaansa se, että verorahoitteen yhtiön tuottama sisältö on maksuttomasti saatavilla verkossa, toisin kuin osalla tilaustuottoihin perustuvilla kaupallisilla medioilla.

Vaikka Media-alan tutkimussäätiön (2024, s. 40) mukaan suomalaisista valtaosa luottaa uutisiin, tuo suuri osa suomalaisista esille huolestuneisuutta uutisten luotettavuuteen liittyen. Kahdeksi luotettavimpana pitämäkseen uutismediaksi suomalaiset nimesivät Ylen ja Helsingin Sanomat (Media-alan tutkimussäätiö 2024, s. 43). Uutismedioiden luotettavuuden arvioinnissa keskeisiksi nousivat journalistiset periaatteet sekä avoimuus; suomalaisten keskuudessa luotettavimpina pidetään poliittisesti sitoutumattomia ja kriittisiä uutislähteitä (Media-alan tutkimussäätiö 2024, s. 81). Dahlgren (2018, s. 21) kuvaa medialla olevan valtaa ja merkitystä tiedon ja sen käyttäjien välisessä suhteessa ja siinä, kuinka tietoa saadaan ja hyödynnetään sekä tuotetaan. Dahlgren (2018, s. 25) kuvaa valtaviiran journalismin toimivan demokratian julkisena tilana, vaikkakin sillä on omat puutteensa.

Dahlgren (2018, s. 24-25) toteaa sekä politiikan että median kohdanneen aina epäluottamusta ja muutoksessa olevan mediaympäristön osaltaan heikentävän luottamusta valtavirtajournalismin aseman heiketessä ja poliittisen suhdetoiminnan kasvaessa. Hän kuvailee valtavirtajournalismin olevan esimerkiksi taloudellisesti painostettua ja kärsivän vähenevästä yleisöstä, riippuvuuden sosiaalisesti mediasta jatkuvasti kasvaessa. Hän toteaa, että niin kutsuttu kansalaisjournalismi voidaan nähdä median täydentäjänä ja korjaajana, korostaen kuitenkin kansalaisjournalismin olevan laadultaan vaihtelevaa ja heterogeenistä ja tämän hämärtävän journalismin määritelmiä ja kriteereitä sekä lisäävän tiedollista epävarmuutta.

Ylen (2024) keskusteluohjeistuksen mukaisesti kommentoinnin kautta sekä rikastetaan että kehitetään sisältöjä. Kommentointia moderoidaan keskustelusääntöjen mukaisesti ja kommentointi Ylen palveluissa vaatii tunnuksen, keskusteluun voi osallistua joko omalla nimellään tai valitsemallaan nimimerkillä (Yle, 2024). Keskustelumahdollisuutta ei avata kaikkiin Yle.fi-verkkopalvelun julkaisuihin, vaan keskusteluavaus tehdään toimituksen harkinnan perusteella pohjautuen mahdollisen lisäarvon syntymiseen (Björkstén, 2019). Santana (2014, s. 27) tuo esille huomionsa siitä, että anonyymit kommentoijat tuovat esiin näkemyksensä merkittävästi useammin epäasiallisessa muodossa kuin omalla nimellään esiintyvät kommentoijat. Rantasila ja muut (2023, s.1) toteavat uutismedian verkkokomentoinnin moderoinnin olevan ristiriitaista, sillä samanaikaisesti, kun kommentointi nähdään osallistumisen keinona ja keskustelun vetovoiman lisääjänä, hahmottuu moderoinnin ja ilmaisunvapauden yhteys ongelmallisena journalistisessa kontekstissa.

3.3.2 Median rooli terveydenhuollon priorisoinnin legitimitetissä

Van Leeuwenin (2007, s. 105) mukaan diskursseja käytetään legitimitetin määrittelyssä ja rakentamisessa mediassa ja muussa julkisessa viestinnässä. Bitektine ja Haack (2015, s. 50) toteavat, että vaikka legitimitetti voidaan nähdä tietyn toimijan voimavarana, perustuu se kuitenkin aina muiden tekemään sosiaaliseen arvioon. He kuvaavat

legitimiteetin myöntäjänä voivan olevan yksilöiden ja ryhmien lisäksi esimerkiksi median, ja näiden toimijoiden arvioinnin ja toimien joko johtavan myönteisiin tai kielteisiin vaikutuksiin legitimiteetin rakentumisessa.

Bitektine ja Haack (2015, s. 51-52) kuvaavat legitimiteetin rakentumisen vaativan sekä asianmukaisuuden että pätevyyden arviointia, jota tehdään eri tasoilla. He kuvaavat erityisesti pätevyyden arviointiin vaikuttavan enemmistön mielipidettä selkeämmin tiettyjen yhteiskunnan instituutioiden, kuten oikeusjärjestelmän, hallituksen ja median, toimimisen pätevyyden lähteenä. He toteavat näiden instituutioiden tarjoavan foorumin legitimiteettikeskustelulle ja toimivan arvioijien ohjaajina tuomalla esiin valikoiden tietoa ja parhaimmaksi näkemiään arvioita. Dahlgren (2018, s. 26) kuvaa tiedon tuottamisen muuttuneen nopeaksi ja yltäkyläiseksi, samanaikaisesti digitaalisen tiedon ja kasvavan poliittisen epäluottamuksen haastaessa yhteisiä käsityksiä todellisuudesta ja tiedon legitimoinnista.

Korthagen ja Van Meerkerk (2014, s. 706) kuvaavat median vaikuttavan demokraattisen legitimiteetin lähteisiin, kuten ääneen, harkintaan ja vastuullisuuteen tarjotessaan foorumin keskustelulle. He toteavat median olevan väline eri sidosryhmien agendojen esille tuomiselle, korostaen median roolia eri toimijoiden toiminnan legitimoinnin välineenä. Vaikka median voidaan kuvata ottavan passiivisen toimijan roolin toimiessaan keskustelun foorumina, on medialla myös aktiivisen toimijan rooli, jonka kautta media vaikuttaa esimerkiksi käytyyn keskusteluun. Kirmayer (2024, s. 799) kuvaakin median toimivan episteemisen hallinnan kenttänä, jossa eri toimijat voivat esimerkiksi tuoda esille omia näkemyksiään ja muokata muiden käsityksiä. Ongelmalliseksi Kirmayer (2024, 802) kuvaa luottamuspulan perinteisiin lähteisiin tiedon lähteiden jatkuvasti lisääntyessä ja disinformaation sekä tarkoituksellisen harhaanjohtamisen yleistyessä. Jalonen (2025, s. 244-245) korostaakin, että on tärkeää ymmärtää järjestelmän rajoituksia ja esimerkiksi sitä, miten tietoa voidaan manipuloida tai esittää valikoiden. Hän toteaa, että tiedonkulun tasapainoisuudesta ja läpinäkyvyydestä on pidettävä huolta, jottei yksittäinen toimija määrittele tilannetta omaksi hyödykseen tai muiden kustannuksella. Korthagen ja Van

Meerkerk (2014, s. 724) toteavat, että media voi joko vahvistaa tai heikentää esimerkiksi päätöksenteon legitimizeettiä riippuen siitä, miten se tuo esille eri toimijoiden näkemyksiä ja päätöksentekoprosesseja. Korthagen ja Van Meerkerk (2014, s. 720) kritisoivat mediassa painopisteen kallistuvan toistuvasti negatiivisiin ja kriittisiin sekä inhimilliseen kiinnostukseen liittyviin asioihin, jolloin informaation vääristymisen riski on olemassa. He toteavat tämän voivan johtaa median raportoinnin näkökulmien moninaisuuden kaantumiseen.

Badham (2018, s. 79) kuvaa medialla olevan legitimizeetin rakentamisessa eri rooleja, nimeten median toimivan tiedonvälittäjänä, keskustelun mahdollistajana, tulkitsijana ja viestijänä sekä poliittisena toimijana. Hän kuvaa tiedonvälittäjän roolissa median olevan passiivinen kanava tiedonsiirrossa, jolloin media toimii viestinnän resurssina eikä osallistu aktiivisessa roolissa legitimizeetikeskusteluun. Keskustelun mahdollistajan roolissa hän kuvaa median olevan neutraali, inaktiivinen keskustelualustan tarjoaja, jonka kautta eri toimijat voivat käydä vuorovaikutteista keskustelua. Tulkitsijan ja viestijän roolin hän kuvaa olevan aktiivisempi rooli, jolloin media osallistuu aktiivisesti legitimizeettiprosesseihin keräämällä, muokkaamalla ja levittämällä valittuja näkemyksiä, jolloin media ei toimi ainoastaan tiedon siirtäjänä vaan myös selittäjänä ja kehystäjänä legitimizeetikeskustelujen teemoissa. Poliittisen toimijan roolin hän kuvailee olevan aktiivisen osallistujan rooli, joka hyödyntää viestintää tapahtumien, toimijoiden ja ilmiöiden kehystämisessä. Hän toteaa poliittisen toimijan roolissa median voivan joko tukea tai haastaa toimijoita, jolloin median roolina raportoinnin sijaan on omien strategisten päämäärien mukaan toimiminen yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa.

4 Tutkimuskohteesta analyysiin

Juutin ja Puusan (2020, s. 9-14) kuvauksen mukaisesti laadullisella tutkimuksella pyritään tarkastelemaan ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, eikä esimerkiksi muodostamaan luotettavaa tietoa ilmiön yleisyydestä tai esiintymistiheydestä. Tuomen ja Sarajärven (2018, 96-97) mukaan laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää tutkimusaineistona kirjallisia materiaaleja, joiden analyysissa voidaan hyödyntää esimerkiksi diskurssianalyysia. He kuvaavat joukkotiedotuksen tuotteiden pitävän sisällään muun muassa sanoma- ja aikakauslehdet sisältäen näissä julkaistut mielipidekirjoitukset. Heidän mukaansa esimerkiksi mielipidekirjoituksia keräämällä ja analysoimalla voidaan päästä kärsiksi yksilöiden kokemuksiin, ajatuksiin, ennakkoluuloihin ja mielikuviin liittyen tutkittavaan teemaan. Seuraavissa alaluvuissa kuvataan tarkemmin tutkielman aineistoa ja metodologisia valintoja sekä aineiston käsittely- ja analyysiprosessia.

4.1 Aineisto ja aineiston keruu

Tutkielman empiirisenä aineistona käytettiin aikavälillä 01.01.2023-31.12.2024 Yle.fi-verkkosivuilla julkaistuja terveydenhuollon priorisointiin liittyviä kirjoituksia sekä eri juttutyypin kommentti- ja verkkokeskusteluosioissa kansalaisten ilmaisemia mielipiteitä. Aineiston aikavälirajauksessa pohdittiin tutkielmanprosessin aikana myös muita vaihtoehtoja, mutta lopulta päädyttiin rajaamaan aikaväli koskemaan kahta ensimmäistä kokonaista hyvinvointialueiden toimintavuotta, jolloin keskustelu terveydenhuollon rakenteita, resursseista ja priorisoinnista on näyttäytynyt aktiivisena. Vaihtoehtoisina aineistolähteinä tutkielmanprosessissa arvioitiin muita medioita ja alueellista tarkastelua mahdollistavaa lähestymistapaa, jossa aineisto olisi koostettu hyvinvointialueiden yhteistoiminta-alueisiin pohjautuen. Tällöin kultakin yhteistoiminta-alueelta olisi voitu valita kokonaistavoitettavuudeltaan suurin sanomalehti, joka olisi mahdollistanut alueellisten diskurssien vertailemisen. Lopullinen aineistovalinta kohdistui kuitenkin Yleen sen laajan saavutettavuuden, kansallisen kattavuuden ja kyseisen uutismedian saavuttaman luotamuksen vuoksi (ks. Media-alan tutkimussäätiö 2024). Lisäksi Yle tarjoaa teknisesti

helposti hyödynnettävän ja läpinäkyvän kommentointialusta, jonka nähtiin edesauttavan aineiston koostamista ja kansalaispuheen analysointia. Seuraavissa kappaleissa käsitellään aineiston muodostamista ja koostamista tarkemmin.

Laissa Yleisradio Oy:stä (1380/1993) määritetään, että yhtiön on tuotettava monipuolista ja kattavaa ohjelmistoa ja oheis- ja lisäpalveluita kaikkien saataville, pääpainon ollessa liikkuvassa kuvassa ja äänessä ja tekstimuotoisten sisältöjen painottuessa uutisisältöihin. Yle.fi-verkkosivuilla julkaistaan erityyppisiä sisältöjä ja juttutyyppisiä. Journalistisia juttutyyppisiä on Uutismedian liiton (2025a) mukaan useita erilaisia ja näiden tehtävänä on esimerkiksi tuoda uutista tietoa, ottaa kantaa ajankohtaisiin aiheisiin, analysoida ja tuoda esille lukijoiden kannanottoja ajankohtaisiin asioihin. Uutismedian liitto (2025b) kuvaa journalistisia perinteisiä juttutyyppisiä olevan analyysin, artikkelin, arvostelun eli kritiikin, asiahaastattelun, esseen, gallupin, henkilöjutun, kolumnin, kuvareportaasin, mielipidekirjoituksen, nekrologin eli muistokirjoituksen, pakinan, pääkirjoituksen, reportaasin ja uutisen. Uusia juttutyyppisiä Uutismedian liiton (2025c) mukaan ovat faktan tarkistus-juttu, hetki hetkeltä-seuranta, hyötyjuttu, live, lukijan kuva, ja verkkokeskustelu. Huovinen (2022) kuvailee Ylen tuottavan erilaisia sisältöjä ja uutis- ja ajankohtaistoiminnan osalta toimittamisen olevan tietoperustaista. Hän toteaa, että uutis- ja ajankohtaisjutuista erotetaan muut sisällöt otsikoinnin alulla, jossa kuvataan juttutyypin laji. Huovisen (2022) mukaisesti Ylen verkkosivustoilla julkaistaan uutis- ja ajankohtaisartikkelien lisäksi analyysseja ja toimittajalta-kirjoituksia, joissa sisällön tekijänä on Ylen toimittaja. Lisäksi julkaistavia juttutyyppisiä ovat toimittajan mielipiteitä sisältävät kommentti-jutut, toimittajälähtöiset esseeet (Yle, 2025a) ja kolumnit, joiden tekijänä toimivat Ylen toimituksen ulkopuoliset henkilöt (Huovinen, 2022).

Juttutyypeistä voidaan tunnistaa erilaisia luonne- ja ominaispiirteitä ja osa juttutyypeistä sisältää kannanoton. Perinteisistä juttutyypeistä uutinen ei sisällä kannanottoa, mutta se antaa lukijoille ajankohtaisesta aiheesta uutista tietoa (Uutismedian liitto, 2025b) ja voi tuottaa lukijoissa tarvetta mielipiteen ilmaisemiselle esimerkiksi mielipidekirjoituksen tai verkkokeskusteluun osallistumisen muodossa. Taulukkoon 2 on koottu Ylen

verkkosivustoilla julkaistavien juttutyypin luonne- ja ominaispiirteitä kantaaottavuus huomioiden.

Taulukko 2. Ylen juttutyypin luonne- ja ominaispiirteet (mukailen ja yhdistäen Huovinen 2022; Yle 2025 & Uutismedian liitto 2025)

Ylen juttutyyppi	Juttutyyppi	Juttutyypin luonne	Ominaispiirteet	Kannanotto
Uutis- ja ajankohtaisjuttu	Uutinen	perinteinen, neutraali	Uutta tietoa ajankohtaisesta aiheesta kertova juttutyyppi, joka täyttää uutiskriteerit.	Ei kannanottoa, sävy neutraali.
	Artikkeli	perinteinen, tarinallinen, visuaalinen, lukujuttu	Uutista pidempi ja taustoittavampi juttutyyppi.	Toimittajan ääni kuuluu.
	Reportaasi	perinteinen, lukujuttu	Kuvaus paikan päältä.	Toimittajan ääni kuuluu.
	Asiahaastattelu	perinteinen, neutraali, ihmisen keskiössä, lukujuttu	Keskiössä ajankohtaisen henkilön näkemykset ajankohtaisesta aiheesta.	Haastateltavan ääni kuuluu.
Analyysi	Analyysi	perinteinen, neutraali, kantaa ottava	Aiheen analysointiin neutraalisävyisesti keskittyvä teksti, uutista taustoittava, syiden ja seurauksien avaamiseen.	Toimittajan ääni kuuluu.
Toimittajalta (sisältäen essee- ja kommentti-juttutyypit)	Pääkirjoitus	perinteinen juttutyyppi, kantaa ottava	Ajankohtaiseen aiheeseen liittyvä lehden virallisen linjan kannanotto.	Lehden ääni kuuluu.
	Essee	perinteinen, kantaa ottava, lukujuttu, tarinallinen	Pohdiskelevä, omia näkemyksiä esittelevä ja perusteleva teksti.	Toimittajan ääni kuuluu.
	Arvostelu eli kritiikki	perinteinen, kantaa ottava	Perusteltu mielipide, jossa on analysointia ja tulkintaa.	Toimittajan ääni kuuluu.
Kolumni	Kolumni	perinteinen, kantaa ottava	Mielipiteen ilmaiseva kirjoittajan näkemyksiin perustuva.	Kirjoittajan ääni kuuluu.
Verkkokeskustelu	Verkkokeskustelu	uusi juttutyyppi	Lukijoiden äänen esille tuova kommentointimahdollisuus.	Lukijan ääni kuuluu.
	Mielipidekirjoitus	perinteinen, kantaa ottava	Lukijan näkemys ja kannanotto ajankohtaiseen aiheeseen.	Lukijan ääni kuuluu.

Tutkielman aineiston haku ja koostaminen tehtiin helmikuussa 2025 Yle.fi-verkkopalvelun hakutyökalun kautta rajaten artikkelihaku koskemaan aikaväliä 1.1.2023-31.12.2024.

Aineiston hakua ohjasivat aineiston valintakriteerit (taulukko 3), joissa oli määriteltynä sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Aineistoon valittujen tekstien tuli muun muassa olla julkaistu määritetyn aikavälin sisällä, niiden sisällön pääpainon piti olla terveydenhuollon priorisoinnissa ja siihen liittyvissä teemoissa sekä tekstin tuli olla määritettyihin juttutyyppeihin lukeutuva ja siinä tuli olla mielipiteen ilmaisun mahdollisuus.

Taulukko 3. Aineiston valintakriteerit.

Valintakriteeri	Sisäänottokriteeri	Poissulkukriteeri
Julkaisualue	Kirjoitus on julkaistu Yle.fi-verkkosivustolla.	Kirjoitus on julkaistu muualla.
Aikarajaus	Kirjoitus julkaistu aikavälillä 01.01.2023-31.12.2024.	Kirjoitus on julkaistu määritetyn aikavälin ulkopuolella.
Määritetyt hakusanat 1)	Kirjoitus löytyy haettaessa määritettyjä hakusanoja (ja/tai täydentäviä) käyttämällä.	Kirjoitus ei nouse hauissa määritettyjä (ja/tai täydentäviä) hakusanoja käyttämällä.
Kirjoituksen aihe ja teema	Kirjoituksen keskeisenä aiheena tai teemana on terveydenhuollon priorisointi.	Terveydenhuollon priorisointi ei ole kirjoituksen keskeisenä aiheena tai teemana (kirjoitus käsittelee esimerkiksi terveydenhuollon muita teemoja tai sosiaalihuoltoa).
Juttutyyppi ja mielipiteiden ilmaisun mahdollisuus	Juttutyypinä on uutis- tai ajankohtaisjuttu, analyysi, toimittajalta tai kolumni ja juttutyypissä on mahdollisuus mielipiteen ilmaisuun (ts. verkkoon on avattu ko. tekstin kohdalle kommentointimahdollisuus).	Juttutyyppi ei lukeudu määriteltyihin kategorioihin ja/tai siinä ei ole mahdollisuutta mielipiteen ilmaisulle (ts. kommentointimahdollisuutta ei ole avattu verkossa).
Julkaisutyyppi	Kirjoitus on kokonaan tekstimuotoinen, eikä perustu Ylen ajankohtais- ja tai keskusteluohjelmiin.	Kirjoitus on tiivistelmä ajankohtais- tai keskusteluohjelmasta, teeman pääasiallinen käsittely ei toteudu tekstimuotoisena.
Konteksti	Kirjoituksessa käsitellään aihetta Suomen kontekstissa.	Kirjoituksessa käsitellään aihetta muualla kuin Suomessa.
	Kirjoitus koskettaa teemaa valtakunnallisessa kontekstissa.	Kirjoitus koskettaa paikallista tai alueellista toimintaa tai on sidoksissa paikallisiin tai alueellisiin ilmiöihin.
1) Hakusanat: terveydenh* (sis. terveydenhuolto, terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut, terveydenhoito, terveydenhoitokulut), Terveyspalvelut (sis. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut), Hyvinvointialueet, Sote (sis. Sote-uudistus). Täydentävät hakusanat ja -termit yhdistettynä hakusanoihin: prior*, jakaminen, resurss*, päätökset, jaottelu, järjest* (sis. järjestely, järjestäminen), oikeudenmukaisuus, budjet*, hoitotakuu, hoitoonpääsy, hoitojono, säästö*, säästäminen		

Ensimmäiset haut toteutettiin käyttämällä aineiston valintakriteereissä nimettyjä hakusanoja yksinään. Tämän jälkeen haku toteutettiin uudestaan yhdistämällä hakusanoihin täydentävät hakusanat ja -termit aineiston rikastamiseksi ja sen varmistamiseksi, että relevantit tekstit saatiin poimittua aineistoon. Valintakriteerit täyttävät artikkelit koostettiin laskentataulukko-ohjelmaan riveittäin ja sarakkeisiin kirjattiin artikkeleista seuraavat tiedot: tekijät(t), artikkelin nimi, julkaisupäivämäärä ja vuosi, artikkelin verkko-osoite, käytetyt tunnisteet, tekstityyppi ja kommenttien kpl-määrä.

Aineisto koostui tässä vaiheessa 198 kappaleesta valtakunnallisessa kontekstissa terveydenhuollon priorisointia jossain kontekstissa koskettavista teksteistä. Tässä joukossa kommentointimahdollisuus oli 95 kappaleessa teksteistä ja nämä tekstit otettiin tarkempaan tarkasteluun. Tarkastelussa läpikäytiin kaikki tekstit uudelleen läpi ja aineistosta rajattiin pois ne tekstit, joissa terveydenhuollon priorisointi ei ollut keskiössä vaan ainoastaan esimerkiksi lyhyenä mainintana tai tekstin pääpaino oli jossain muussa terveydenhuollon osa-alueessa. Läpikäynnin jälkeen aineistoon jäi 79 kappaletta tekstejä, joissa kommentteja oli yhteensä 15654 kpl. Tämä jäljelle jäänyt aineisto käytiin vielä toiseen kertaan läpi ja aineistosta rajattiin vielä pois ne jutut, jotka liittyivät Ylen ajankohtais- ja tai keskusteluohjelmiin (14 kpl), sillä aineistoon haluttiin jättää vain tekstimuotoiset julkaisut. Toisessa läpikäynnissä aineistosta nousi vielä kolme tekstiä, jotka olivat paikalliseen tai alueelliseen kontekstiin kuuluvia, ja nämä artikkelit jätettiin aineistosta pois. Koska tutkielmassa haluttiin tarkastella keskustelun osapuolina asiantuntijoita, mediaa ja kansalaisia, oli aineistovalinnassa tarpeen tarkentaa vielä asiantuntijaroolin ja median edustajien määritelmää. Tässä yhteydessä poliitikot rajattiin asiantuntijaroolin ulkopuolelle ja asiantuntijoina käsiteltiin sen sijaan eri instituutioiden, kuten viranomaistahojen, tutkimuslaitosten ja terveydenhuollon organisaatioiden edustajia. Median edustajiksi ja ääneksi rinnastettiin toimittajien lisäksi kolumnistit.

Lopulliseen analysoitavaan aineistoon (liite) jäi näin ollen 62 eri tyyppistä tekstiä (uutis- ja ajankohtaisartikkeleita 53 kpl, kolumneja 7 kpl ja analyysseja 2 kpl), joissa kommentteja oli yhteensä 12210 kpl. Analyysia varten aineisto koostettiin tekstien osalta

tekstinkäsittelyohjelmaan yhdeksi tiedostoksi kopioiden verkkosivuilta tekstit kokonaisuudessaan, jonka jälkeen rinnalle luotiin laskentataulukko-ohjelmistoon aineiston jatkokäsittelyä ja analyysia varten tiedosto. Seuraavaksi muodostettiin omaksi tiedostokseen artikkelien kommentit. Kommenttien runsaan määrän vuoksi oli tarvetta rajata analyysiin otettavien kommenttien määrää. Kaikki aineiston artikkeleissa olleet kommentit koottiin laskentataulukko-ohjelmistoon omaan tiedostoon, jotta pystyttiin muodostamaan kokonaiskuvaa kommenttien muodostaman aineiston osalta. Jo heti alusta lähtien kommenttikeskustelun havaittiin olevan hyvin polveilevaa ja toistuvaa tiettyjen aihepiirien käsittelyn osalta. Kun kaikki kommentit oli koottu verkkosivuilta tiedostoon, käytiin kommentit uudelleen läpi ja samalla aineistoa redusoitiin voimakkaasti poistaen aineistosta esimerkiksi sellaiset kommentit, jotka eivät liittyneet analysoitavaan aiheeseen tai ne eivät tuoneet sisältöä aiheeseen. Kommenttien valikoinnissa varmistettiin, että jokaisesta analyysissä olevasta tekstistä on mukana kommentteja. Lopulta analysoitavaan kommenttiaineistoon jäi 1283 kommenttia. Aineistot ovat tässä tutkielmassa luonnollisia ja ennalta olemassa olevia. Juhilan ja Suonisen (2016, . 448-449) mukaan diskurssianalyysille onkin luontaista käyttää luonnollisia aineistoja, eli aineistoja, jotka ovat muodostuneet tutkijasta riippumatta. Luonnollisten aineistojen puolesta puhuu heidän mukaansa aineistojen rikkaus ja sävykyys, joihin ei välttämättä päästäisi tutkijan itse vaikuttaessa aineistoon.

4.2 Kriittinen diskurssianalyysi laadullisen tutkimuksen viitekehystenä

Tämä tutkielma toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto analysoitiin kriittisen diskurssianalyysin keinoin, hyödyntäen legitimaation argumentaatiostrategioiden diskurssimallia analyysin tukena. Eskola ja Suoranta (1998, luku 1) kuvaavat kvalitatiivisessa, laadullisessa tutkimusmenetelmässä olevan tunnusmerkkeinä muun muassa tutkittavien näkökulman esille tuomisen, hypoteesittomuuden ja narratiivisuuden. Heidän mukaansa laadullisessa tutkimusmenetelmässä olennaista on tutkittavan ilmiön säilyttäminen, tavoitteenaan tavoittaa tutkittavien näkemykset. He kuvaavat hypoteesittomuuden tarkoittavan sitä, ettei tutkija aseta ennako-oletuksia tutkittavasta ilmiöstä tai

tutkimuksensa tuloksista, vaan pyrkimyksenä on löytää uusia näkökulmia. Narratiivisuuden he taas toteavat kuvaavan laadullisen tutkimuksen yleistä olemusta: laadullisella tutkimuksella pyritään hahmottamaan ja tuomaan esille moniulotteisia kertomuksia.

Kriittinen diskurssianalyysi on diskurssianalyysin suuntaus, jonka viitekehyksessä yhdistetään kielitieteellisiä ja yhteiskuntatieteellisiä näkökulmia diskurssin tutkimukseen (Pietikäinen 2000, s. 191–192). Jokisen ja muiden (2016, s. 25–26) mukaan diskurssianalyysia ei voida kuvata selkeärajaisena tutkimusmenetelmänä, vaan kyseessä on enemmän teoreettinen viitekehys, jonka sisällä sallitaan erilaisia painopisteitä ja menetelmällisiä valintoja tutkittavan ilmiön tarkastelussa. He kuvaavat viitekehysten rakentuvan teoreettisista oletuksiin, jotka korostavat kielenkäytön roolia sosiaalisen todellisuuden rakentajana, rinnakkaisten ja kilpailevien merkitysjärjestelmien olemassaoloa, merkityksellisen toiminnan kontekstisidonnaisuutta, toimijoiden sidonnaisuutta merkitysjärjestelmiin sekä kielenkäytön seurauksia luovaa luonnetta.

Pietikäinen (2000, s. 192–193) kuvaa yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta kriittisen diskurssianalyysin olevan keino havainnoida ja jäsenellä tutkittavaa kokonaisuutta. Hän tiivistää kriittisen diskurssianalyysin keskittyvän kielenkäytön, eli diskurssin, kautta tapahtuvaan ilmiöiden tutkimiseen. Hänen mukaansa diskurssilla vaikutetaan sosiaalisesti ympäröivään maailmaan tuoden esille samalla sen, että ilmiöstä on usein yhtäaikaisesti toisistaan poikkeavia näkemyksiä, jotka näkyvät erilaisessa kielenkäytössä. Pietikäisen (2000, s. 193) mukaisesti kriittisessä diskurssianalyysissä erityispiirteenä ja muista diskurssianalyysin suuntauksista erottavana tekijänä on sen nimessäkin korostuva lähestymistavan kriittisyys. Hän kuvaa analyysin kohteena olevan kielenkäytön omassa asiayhteydessään sekä kielen ja sosiaalisten rakenteiden ja tapahtumien välisen vuorovaikutuksen kriittisestä näkökulmasta tarkasteltuna. Hän tiivistää tämän tarkoittavan sitä, että huomio keskittyy valtasuhteisiin, ideologioihin ja diskurssin toisiinsa nivoutuviin suhteisiin. Samalla hän tuo esille, että kriittisellä diskurssianalyysillä voidaan tuoda esiin yhteiskunnallisesti ja poliittisesti merkityksellisiä ilmiöitä ja edistää pitkällä aikavälillä yhteiskunnallista muutosta.

Pietikäisen (2000, s. 198) mukaan kriittisen diskurssianalyysin avulla pyritään ilmentämään ja hahmottamaan maailmaa ja vuorovaikutusta. Hän toteaa, että diskurssin ei ajatella omaavan suoraa vaikutusvaltaa ympäröivään maailmaan, vaan yhdessä esimerkiksi poliittisten ja hallinnollisten käytänteiden kanssa se voi osaltaan vahvistaa tai heikentää näkemyksiä. Pietikäinen (2000, s. 199) kuvaa, ettei yhteiskunnan rakenteiden nähdä mekaanisesti tai yhdenmukaisesti muovaavan kielenkäyttöä, mutta kriittisen diskurssianalyysin kautta tunnistetaan kytkös yhteiskuntarakenteiden ja analysoitavien tekstien mahdollisen monimuotoisuuden uupumisen välillä. Hän kuvaa, että tämä yhteys voidaan nähdä esimerkiksi tiedonvälityksen sensuurin vaikutuksena erilaisten ja vastakkaisten näkemysten puutteena diskursseissa, jonka voidaan tulkita heijastavan yhteiskunnan tilannetta sekä vallitsevia ideologioita. Pietikäisen (2000, s. 199–200) mukaan yhteiskunnallista keskustelua voidaan pitää foorumina, jossa diskurssien valta-asetat vaihtelevat ja ovat kilpailuasetelmassa. Diskurssien voidaan hänen mukaansa nähdä olevan sekä osa muutosprosesseja ja valtasuhteita että näitä samanaikaisesti kuvaava tekijä. Hän kuvaa kielenkäytön linkittyvän aina ympäristöön ja ajankohtaan, jolloin kielenkäyttöön ja sosiisiin ilmiöihin sekä näiden yhteen kietoutuneisuuden liittyvässä tarkastelussa keskiössä on nimenomaan yhteiskunnan rakenteet yksilön toiminnan ja tavoitteiden jäädessä taustalle. Näin ollen hänen mukaansa kriittinen diskurssianalyysi ei kohdistu tarkasteluun kielenkäyttäjään vaan kielenkäyttöön eli diskurssiin.

Jokinen ja Juhila (2016a, s. 300-303) kuvaavat diskurssianalyttisen tutkimuksen pyrkivän tuottamaan uutta keskustelua kaiken kattavien todellisuuden kuvauksien sijaan. Heidän mukaansa diskurssianalyysi voidaan sijoittaa janalle, jossa ääripäinä ovat analyttinen ja kriittinen tutkimusote, analyttisen diskurssianalyysin nivoutuessa voimakkaasti aineistolähtöisyyteen ollessaan avoin aineistosta nouseville jäsenyksille ja kriittisen diskurssianalyysin pohjatesa esimerkiksi alistus- ja voimasuhteiden, ideologioiden ja vaiennettujen äänten esille tuontiin. He kuitenkin toteavat, etteivät nämä orientaatiot sulje toisiaan, vaan sekä analyttistä että kriittistä tutkimusotetta voidaan käyttää yhtäaikaaisesti, toisiaan täydentävinä. Juhila ja Suoninen (2016, s. 451) korostavat diskurssianalyysissa erityisesti tekstiaineistoissa sanavalintojen, kategorisointien, retoristen keinojen

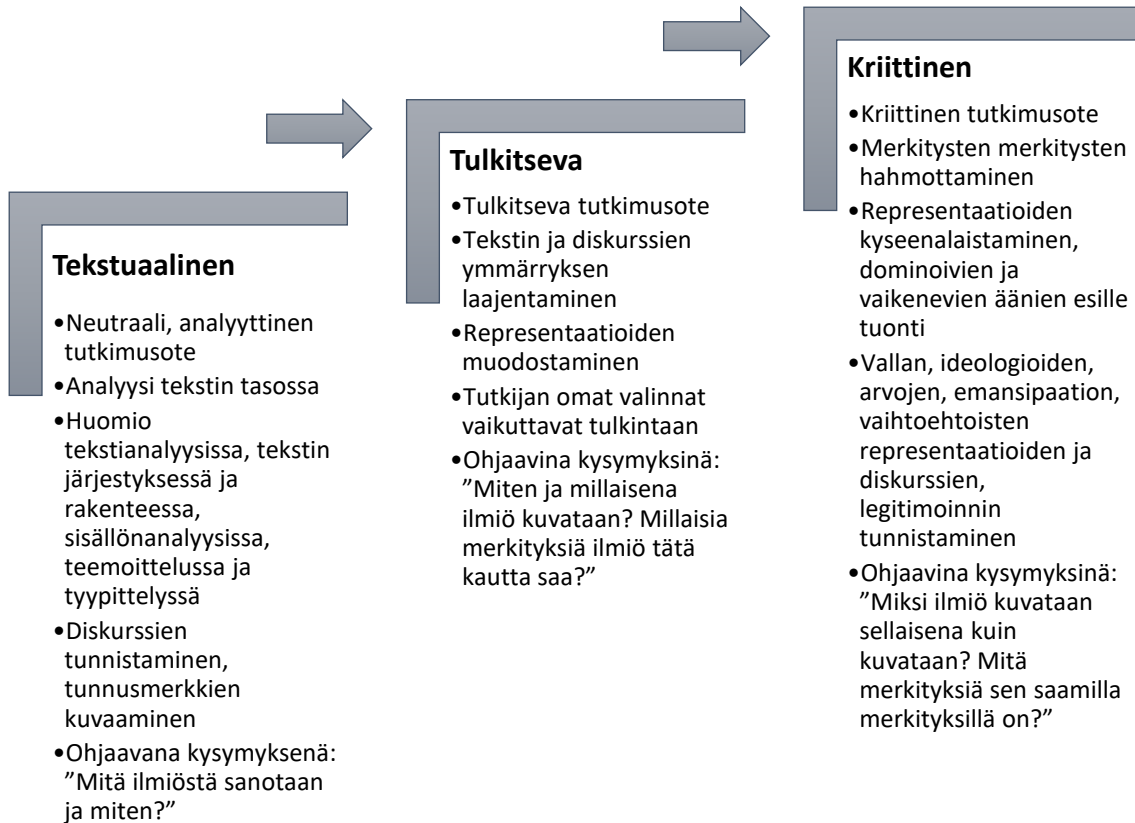
sekä kielenkäytön suhteutumisen vasta-argumentteihin olevan keskeisiä analyysin kohteita.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Pälli ja Lillqvist (2020, s. 389) toteavat diskurssianalyysimenetelmän valintaan vaikuttavan tutkimukselle asetettujen päämäärien, aineiston luonteen sekä aineiston laajuuden. He tuovat esille, että diskurssianalyysi voi pohjautua tiettyyn näkökulmaan tai käsitteeseen ja mahdollista olevan esimerkiksi etukäteen valitun analyyttisen kehikon tai mallin käyttämisen analyysin tukena. Tässä tutkielmassa diskurssianalyysia toteutettiin sekä artikkeliaineiston että kommenttiaineiston osalta prosessinomaisesti kolmivaiheisena ja -tasoisena (kuvio 3).

Aineiston koonnin jälkeen aineistoon perehdyttiin tarkemmin ja muodostettiin siitä ensimmäisiä luokitteluita pyrkien neutraaliin aineiston tarkasteluun. Kuten Pynnönen (2013, s. 32-33) toteaa, diskurssianalyysin ensimmäisen vaiheen lopputuloksena syntyvä luokittelu toimii keinona kuvata ilmiön sanoittamista ja puhetapoja, johtaen diskurssien tunnistamiseen. Toisessa vaiheessa aineistoon paneuduttiin tulkitsevammalla otteella ja muodostettiin aineistosta artikkeli- ja kommenttikohdaisia representaatioita, joissa pyrittiin ymmärtämään selkeämmin ilmiön merkitysten saantia. Pynnönen (2013, s. 33) kuvaa diskurssianalyysin toisessa vaiheessa tavoitteena olevan ymmärryksen lisäämisen käsiteltävää aineistoa ja diskursseja kohtaan, korostaen tutkijan otteen muuttuvan neutraalista tulkitsevampaan suuntaan ja tutkijan valintojen tulevan näkyvämmäksi tulkinnassa. Tämän jälkeen aineiston analyysissä siirryttiin kolmanteen vaiheeseen, jossa muodostettiin uudestaan representaatioita pyrkien kyseenalaistamiseen ja eri äänien esille tuontiin. Lisäksi aineistosta tunnistettiin käytettyjä legitimaation argumentaatiostrategioita ja tarkennettiin vielä diskursseja. Pynnösen (2013, s. 32-22) mukaan kolmannessa analyysin tasossa tutkijan roolina on dominoivien representaatioiden taakse jäävien tulkintojen ja diskurssien esilletuonti ja aineiston analyysin kolmannessa vaiheessa pyrittiinkin

kriittisesti kyseenalaistamaan ja luomaan vaihtoehtoja, tiivistetympää representatiivisuutta aiempien analyysivaiheiden tulkinnoista.



Kuvio 3. Diskurssianalyysin vaiheet (mukaillen Pynnönen, 2013, s. 32-22).

Tutkielmassa haluttiin osana analyysia myös tarkastella eri osapuolten käyttämiä legitimaation argumentaatiostrategioita. Pälli ja Lillqvist (2020, s. 393) kuvaavat diskursiivisen legitimaation analyysin pohjautuvan kysymykseen esimerkiksi siitä, millaisia diskursiivisia legitimaation keinoja teksteissä hyödynnetään. Legitimaation argumentaatiostrategioiden tarkastelussa käytettiin Van Leeuwenin (2007, s. 91-92) luokittelua, jonka kautta eri osapuolten ilmaisuja peilattiin. Pälli ja Lillqvist (2020, s. 389) toteavatkin, että aineiston analyysia voidaan lähestyä monin eri tavoin ja esimerkiksi analyttisen työkalun tai kehikon kautta voidaan tutkia omaa aineistoa. Tutkielmassa siis tehtiin aineistoanalyysia kriittisen diskurssianalyysin kautta muodostaen vastausta ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ja käytettiin analyttistä valmista kehikkoa toiseen tutkimuskysymykseen vastaamiseksi.

5 Analyysi ja tulokset

Tutkielman analyysi ja tulokset-luvussa käydään läpi kriittisen diskurssianalyysin kautta muodostetut diskurssit, joita terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa ilmenee. Tarkastelu on jaoteltu asiantuntijoiden rakentamiin diskursseihin, median rakentamiin diskursseihin ja kansalaisten rakentamiin diskursseihin. Asiantuntijoiden ja median diskurssit on analysoitu artikkeliaineiston perusteella ja kansalaisten diskurssit on analysoitu kommenttiaineiston perusteella. Lisäksi luvun lopuksi tarkastellaan eri toimijoiden käyttämiä legitimaation argumentaatiostrategioita Van Leeuwenin argumentaatiostrategioiden luokitteluun pohjautuen.

5.1 Asiantuntijapuheessa ilmenevät diskurssit

Uutis- ja ajankohtaisartikkeleista, kolumneista ja analyyseista koostuneessa artikkeliaineistossa asiantuntijapuheessa ilmenevät diskurssit painottuivat järjestelmälähtöisyyteen, perusteluihin ja loogisiin toiminta- tai ajattelutapoihin, objektiivisuuteen sekä yhteiskunnallisiin tekijöihin. Diskursseissa näkyi vahvasti rakenteellinen lähestymistapa, resurssien niukkuuden tunnistaminen, priorisointiin ja vaikuttavuuteen vaikuttavat tekijät sekä huolen ilmaisu järjestelmän kantokykyyn ja oikeudenmukaisuuteen liittyen. Aineiston analyysissä asiantuntijadiskursseiksi tunnistettiin ja nimettiin julkisen hallinnon ja terveystalouden järjestämisen diskurssi, poliittisen ohjauksen, vallankäytön ja vastuun diskurssi, resurssirealismen ja priorisoinnin diskurssi, hyvinvointivaltion ja arvopohjaisen terveydenhuollon diskurssi sekä eriarvoisuuden ja saavutettavuuden diskurssi. Näitä diskursseja käsitellään seuraavissa alaluvuissa yksitellen.

5.1.1 Julkisen hallinnon ja terveystalouden järjestämisen diskurssi

Julkisen hallinnon ja terveystalouden järjestämisen diskurssissa keskiössä olivat hallinnolliset rakenteet, ohjausjärjestelmä, hyvinvointialueet, keskittäminen ja hoidon

kehittämisen teemat. Painopiste tämän diskurssin sisällä oli hallinnon ja päätösten toteuttamiseen, sääntelyyn ja järjestelmällisyyteen kytkeytynyt. Lisäksi diskurssissa näkyi kriittisiä huomioita byrokraatiaan ja ohjauksen puutteisiin liittyen. Asiantuntijat korostivat tässä diskurssissa tarvetta terveydenhuollon valtakunnalliseen ohjaukseen ja koordinointiin, toimivaan johtamiseen sekä selkeään vastuunjakoon sekä hyvinvointialueilla että valtionhallinnossa.

Asiantuntijapuheessa kiinnitettiin huomiota terveydenhuollon pirstaleisuuteen ja hallinnollisiin esteisiin, jotka vaikeuttavat palveluiden sujuvaa toteuttamista. Eräs asiantuntija (UA1, 2023) sanoitti tilannetta oheisesti kiteyttäen diskurssin keskeistä huolenaihetta nykyisten hallinnollisten jakolinjojen ja eriytyneiden toimintamallien järjestelmän yhtenäisyyttä ja vaikuttavuutta heikentävistä vaikutuksista:

Sosiaali- ja terveysalalla on voimakasta reviirijattelua, erilaisia johtamisjärjestelmiä, monenlaista lainsäädäntöä ja ammatinharjoittajaa sekä raja sosiaali- ja terveyspalvelujen välissä --- hyvinvointialueiden onnistuminen riippuu siitä, kuinka valmiita ollaan murtamaan näitä rajoja.

Diskurssissa tunnistettiin myös jo varhain nähdyt haasteet hyvinvointialueiden toimintakykyyn liittyen ja vaadittiin valtakunnallista reagointia. Toinen asiantuntija (UA4, 2023) toi esille diskurssissa näkyvää argumentaatiota kansallisen ohjauksen välttämättömyydestä palveluiden onnistuneelle toteuttamiselle painottaessaan kuinka: ”Hyvinvointialueiden haasteet ovat olleet nähtävissä jo varsin pitkään --- vaadittaisiin laajempia, valtakunnallisiakin ratkaisuja, että palvelut pystyttäisiin turvaamaan yhdenvertaisesti maan eri alueilla.”

Diskurssissa korostettiin myös resurssien rajallisuutta, joka pakottaa tekemään vaikeita, mutta välttämättömiksi koettuja päätöksiä palveluverkon tiivistämisestä ja palveluiden keskittämisestä. Esimerkiksi eräs asiantuntija (UA18, 2023) hyödynsi realiteettipuhetta, jossa tiukat resurssit toimivat rationaalisena perusteluna keskittämiselle sanoessaan kuinka ”Ei ole mitään hokkuspokkus-temppua, joka toisi toimipisteisiin lisää henkilöstöä tai jostain löytyisi valtava potti rahaa. Kipeät päätökset pitää tehdä nyt.”

Samansuuntaisesti todettiin myös seuraavassa asiantuntijakomentissa (UA18, 2023), jossa palveluverkon tiivistämistä liitettiin poliittisiin päätöksiin ja resurssien puutteen: ”Kyllä tässä sote-uudistuksessa on ollut selvää alusta lähtien, että lopputulos on tällainen, kun ei ole tarpeeksi halua resursoida. Nyt on sitten pakko hakea säästöjä ihan miljardikaupalla.”

Diskurssissa rakennettiin hyväksyttävyyttä keskittämislle ja tuotiin esille, ettei palveluiden hajauttaminen kaikkialle ole resurssien eikä laadun näkökulmasta kestävä. Palveluiden keskittämistä puolustettiin laatuksiteerien kautta ja tuomalla esille kuinka saavutettavuus menettävää merkitystään, mikäli palvelu ei ole laadullisesti pätevää. Keskittämiseen liittyvässä keskustelussa korostui myös rakenteellisen yhteistyön ja palveluiden jakamisen merkitys. Terveyspalveluihin liittyvä laatuksiteerikulma nousi esiin esimerkiksi tässä asiantuntijakomentissa (UA30, 2024): ”Ei ole kenenkään etu, että palvelu on lähellä, jos se on laadullisesti heikko”. Toinen asiantuntija (UA37, 2024) syvensi näkökulmaa palveluiden jakamisesta ja rakenteellisesta yhteistyöstä toteamalla, kuinka: ”Uudistuksen jälkeen on luonnollista, että on karsittavaa. Kyllä meidän täytyy löytää yhteistyötä ja palveluiden jakamista sairaaloiden välillä. Joka ikisessä sairaalassa ei ole tarpeen olla kaikkia palveluita”

Rakenteiden ja päätöksenteon järjestelmällisyyden puute ilmeni myös huolena koordinoimattomista palveluverkkopäätöksistä. Eräs asiantuntija (UA17, 2023) huomautti kuinka ”Esimerkiksi laajamittaisen alasajon ja henkilöstön irtisanomisen jälkeen on hankala korjata jälkiä” ja korosti, että: ”Julkiselle terveydenhuollolle kuuluvista tehtävistä olisi sovittava ennen kuin hyvinvointialueet päättävät palveluverkoistaan”. Lausunto rakentaa kuvaa siitä, että hallinnolliset päätökset voivat johtaa peruuttamattomiin seurauksiin, mikäli niitä ei tehdä selkeän vastuunjaon ja ennalta sovittujen toimintaperiaatteiden pohjalta.

Diskurssissa nousi esiin myös rakenteellinen epäselvyys eri hallintotasojen välillä. Asiantuntija (UA37, 2024) toi esiin huolen terveyden edistämisen roolista todetessaan: ”On pieni vaara, että terveyden edistäminen jää tänne väliin, vaikka se on

hyvinvointialueiden vastuulla, mutta osittain myös kuntien vastuulla. Epäselvyys voi johtaa siihen, että molemmat karsivat niistä ja olettavat, että toinen sen tekee". Tämä esimerkki osoittaa, kuinka hallinnollinen epäselvyys voi johtaa vastuun väistämiseen ja heikentää keskeisten terveystavoitteiden saavuttamista.

Kokonaisuudessaan julkisen hallinnon ja terveyspalveluiden järjestämisen diskurssissa hahmottuu asiantuntijalähtöinen huoli hallinnollisista epäjohtonmukaisuuksista, puutteellisesta ohjauksesta ja vastuiden epäselvyydestä. Diskurssissa korostuu tarve valtakunnalliselle koordinaatiolle ja rakenteiden selkeyttämiselle, jotta julkisen terveydenhuollon toiminta olisi johdonmukaisempaa, tehokkaampaa ja yhdenvertaisempaa eri alueilla. Diskurssissa muodostetaan vaatimuksia keskitetyimmistä ohjauksesta ja vahvemmassa hallinnollisesta kontrollista. Samanaikaisesti diskurssissa esitetään kritiikkiä nykyistä hajautettua järjestelmää kohtaan byrokratian, päällekkäisyyksien ja vastuunjaon näkökulmista.

5.1.2 Poliittisen ohjauksen, vallankäytön ja vastuun diskurssi

Poliittisen ohjauksen, vallankäytön ja vastuun diskurssissa keskiössä olivat poliittinen vastuunjako, poliittisten toimijoiden johdonmukaisuus, poliittinen ryhmäkuri ja puoluepoliittiset jännitteet. Painopiste tämän diskurssin sisällä oli päätöksenteon ristiriitaisuudessa, poliittisessa ohjautuvuudessa sekä asiantuntijoiden ja politiikan välisessä jännitteessä. Asiantuntijat toivat tässä diskurssissa esille vaatimusta rehelliseen, perusteltuun ja oikeudenmukaiseen päätöksentekoon terveydenhuollon kriisiytymisen keskellä.

Asiantuntijat korostivat tarvetta poliittiselle vastuunkannolle vaikeiden, mutta välttämättömien päätösten ja muutosten mahdollistamiseksi. Eräs asiantuntija (UA37, 2024) totesi kuinka "Asiassa tarvittaisiin kuitenkin poliittista rohkeutta myöntää, että niin keskittämistä kuin työnjakoakin tarvitaan, jotta sairaalapalvelut voidaan taata jatkossakin kaikille niitä tarvitseville". Asiantuntijat toimivat siis päättäjien haastajina ja peräänkuuluttavat heitä tekemään kestäviä, pitkän aikavälin ratkaisuja palvelujärjestelmän turvaamiseksi.

Diskurssissa tuotiin esille myös kansalaisten kokemaa epäoikeudenmukaisuutta terveydenhuoltoon liittyen tuoden esille päätösten poliittista luonnetta. Erään asiantuntijan toimesta (UA7, 2023) huomautettiin, kuinka "kansalaisten kokemus epäoikeudenmukaisuudesta on aito. Tämä on se iso poliittinen kysymys, joka pitäisi ratkaista". Tämä pohjustaa painetta poliittiselle reagoinnille, sillä nykyisten rakenteiden kuvataan tuottavan epäluottamusta.

Asiantuntijoiden näkemyksissä korostui myös poliittisen päätöksenteon vaikeus järjestelmän muuttamiseen liittyvien poliittisten riskien ja intressiryhmien vastustuksen osalta. Eräs asiantuntija (UA7, 2023) tiivistä tilanteen toteamalla: "ei kukaan poliitikko halua ryhtyä tekemään sellaista itsemurhaa, että ryhtyisi ehdottamaan näiltä osin järjestelmän muuttamista ja saisi vastaansa kaikista kovaäänisimmät intressiryhmät". Myös poliittisten päätösten inhimillinen ulottuvuus tuotiin esiin. Toinen asiantuntija (UA18, 2023) huomautti, että "varmasti perusturvallisuuden tunne järkkyy, kun palveluita katoaa kunnasta. Siksi poliittiset päätöksetkään eivät taatusti ole helppoja". Näiden kautta ilmentyy päätöksenteon dynamiikan sidoksisuus poliittiseen selviytymiseen ja vallan säilyttämiseen sekä poliittisten ratkaisujen vaikutukset kansalaisten kokemaan turvallisuuteen ja hyvinvointiin.

Vastuun hajautuminen ja päätöksenteon monitasoisuus nousivat esiin erityisesti hyvinvointialueiden roolin kautta. Eräs asiantuntija (UA53, 2024) muistutti, että "päätökset ovat osin poliittisia, mutta myös palvelujärjestelmän sisällä tehtäviä päätöksiä. Hyvinvointialueet ja niiden päätöksentekijät ovat todella paljon vartijoina". Tämä kuvaa päätöksenteon monikerroksisuutta ja vastuiden hämärtymistä kansallisen ja alueellisen tason välillä.

Diskurssissa nähtiin nykyisen tilanteen olevan seurausta pitkään jatkuneesta poliittisen ohjauksen epäjohtomukaisuudesta. Eräs asiantuntija (UA7, 2023) totesi, että "sopassa on ollut monta lusikkaa. Koska tilanne ei ole syntynyt yksinkertaisesti, sitä ei myöskään ratkaista yksinkertaisesti. Täytyy kuitenkin korostaa, että tämä on syntynyt poliittisen

ohjauksen tai ohjaamattomuuden tuloksena". Näin rakentuu kuva poliittisen vastuun roolista järjestelmän nykytilan osalta.

Lisäksi diskurssissa kritisoitiin hallituksen toimia hoitojonojen purkamiseksi yksityisen sektorin tukemisen keinoin. Asiantuntijat arvioivat kriittisesti Kela-korvausten laajentamista, kuten seuraavissa asiantuntijakommenteissa: "Muutokset ovat vähäisiä. Mutta eivät odotuksetkaan kovin suuria olleet" (UA46, 2024) ja "Ensimmäiset tulokset ovat siinä mielessä aika masentaviakin, että muutokset ovat niin pieniä" (UA47, 2024). Lisäksi eräs asiantuntija (UA47, 2024) toi esille, että "Kela-korvausten laajentaminen tällä tavalla, miten se nyt on toteutettu, ei näiden lukujen valossa näytä mitenkään onnistuneelta poliitikalta – pikemmin päinvastoin". Näiden kommenttien kautta rakentuu asiantuntijalähtöinen arvio poliittisen päätöksenteon näyttäytymisestä reaktiivisena ja tehottomana.

Kokonaisuudessaan poliittisen ohjauksen, vallankäytön ja vastuun diskurssi pohjautuu asiantuntijoiden vaatimukseen läpinäkyvään, rehelliseen ja oikeudenmukaiseen päätöksentekoon liittyen. Diskurssissa korostetaan poliittisen vastuun merkitystä ja tuodaan esille, ettei tilannetta voida ratkaista ilman, että poliittiset toimijat reagoivat järjestelmän rakenteellisiin epäkohtiin ja kantavat vastuun päätöksensä seurauksista.

5.1.3 Resurssirealismen ja priorisoinnin diskurssi

Resurssirealismen ja priorisoinnin diskurssissa keskiössä olivat resurssipulan korostaminen, väestön demografinen muutos, hoitotarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinnan välttämättömyys. Painopiste tämän diskurssin sisällä oli priorisoinnin tarpeellisuudessa ja vaikuttavuusperusteisten ratkaisujen merkityksellisyydessä. Asiantuntijat rakensivat tässä diskurssissa hyväksyvää, mutta samanaikaisesti kriittistä näkökulmaa priorisointia, säästötoimia ja palveluvalikoiman tarkastelua kohtaan osana sopeuttavaa terveystaloutta.

Asiantuntijat painottivat, että priorisoinnin on oltava systemaattista ja tutkimustietoon perustuvaa. Eräs asiantuntija (UA49, 2024) totesi, että: "Hoitojen vaikuttavuuden ja käytön pitää perustua tutkittuun tietoon". Näkemys yhdistyy vaatimukseen priorisoida ne palvelut ja hoitomuodot, jotka tukevat hyvinvointia ja toimintakykyä parhaalla mahdollisella tavalla. Toinen asiantuntija (UA7, 2023) toi esiin tarpeen purkaa aiempia, tehottomiksi osoitettuja toimintamalleja toteamalla: "Meidän pitäisi priorisoida niitä asioita, jotka vievät ihmisten hyvinvointia, työkykyä ja terveyttä eteenpäin. Ja poistaa vanhaa kerrostumaa, joka saattaa näyttää tehokkaalta mutta ei sitä todellisuudessa ole". Diskurssissa nousi esiin myös jännitteet velvoitteiden ja budjettiraamien välillä. Kolmas asiantuntija (UA17, 2023) toi esiin viranhaltijan dilemman resurssipaineiden keskellä: "Jos rahaa ei tule lisää, eikä velvoitteita pureta, joudun viranhaltijana miettimään, rikonko lakia vai talousarviota. Kumpaakaan en saa tehdä". Tämä korostaa hyvinvointialueilla vallitsevia hallinnollisia ristipaineita, joissa lainsäädännön asettamat velvoitteet ja taloudelliset realiteetit eivät kohtaa.

Diskurssissa korostettiin terveydenhuollon henkilöstöpulaa ja järjestelmään liittyviä rakenteellisia ongelmia, joiden ratkaisuna ei voi olla ainoastaan rahoituksen lisääminen. Eräs asiantuntija (UA17, 2023) huomautti, että: "Vaikka hyvinvointialueille kaadettaisiin rahaa, se ei auta, koska osaavia ammattilaisia ei saada lisää. Siksi koko järjestelmä pitäisi käydä läpi ja päättää, mitä palveluja tarjotaan". Kansalaisten kuvattiin olevan ymmärtämättömiä resurssien rajallisuudesta ja sen tuomista seurauksista. Sama asiantuntija (UA17, 2023) totesi, kuinka "Kansalaiset eivät hahmota, että meillä on käytössä vain tietty määrä terveydenhuollon resurssia. Ihan kaikkea ei voida tarjota, ja se pitäisi pystyä hyväksyttävästi perustelemaan". Keskeisessä asemassa diskurssissa oli palveluvalikoiman yhdenvertaisuus ja vaikuttavuuskriteerien kansallinen linjaaminen. Asiantuntijan toimesta (UA17, 2023) painotettiin, että:

Meidän pitää asettaa vaikuttavat hoidot etusijalle, mutta tarvitsemme siihen valtakunnalliset kriteerit, joilla linjataan, mitä palveluvalikoimaan kuuluu ja mitä ei. Ettei seurauksena ole tilanne, jossa Keski-Suomessa jotain vaivaa ei hoidettaisi, mutta Pirkanmaalla hoidetaan.

Näin diskurssissa pohjustettiin priorisoinnin olevan välttämätöntä, koska resurssien rajallisuus pakottaa tekemään valintoja painotetaan priorisoinnin vaativan toimivien käytäntöjen lisäksi kansalaisille suunnattua avointa ja ymmärrettävää viestintää terveydenhuollon reunaehdoista. Priorisoinnin yhdenvertaisen toteutumisen nähtiin edellyttävän kansallista ohjausta, jotta priorisointi ei johda alueelliseen epätasa-arvoon.

Diskurssissa hahmottui myös käytännönläheinen ja kriittinen linjaus, jonka mukaan priorisointi ei ole vain keino säästää, vaan myös tapa kohdentaa niukkoja resursseja vaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus huomioiden. Kuten eräs asiantuntija (UA17, 2023) tiivisti: “jos edes osa vähähyötyisistä hoidoista ja hukasta saataisiin priorisoinnilla poistettua, olisi rahoitusvaikeutemme luultavasti ratkaistu”. Priorisointi siis nähdään paitsi taloudellisenä välttämättömyytenä, mahdollisuutena kehittää terveydenhuoltoa vaikuttavampaan ja kestävämpään suuntaan.

Resurssirealismen ja priorisoinnin diskurssissa asiantuntijat esittävät hyväksyvän, mutta kriittisen näkökulman priorisoinnin välttämättömyyteen ja palveluvalikoiman sekä hoitokäytäntöjen arviointiin vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden näkökulmista. Diskurssissa korostuu valinta vaikuttavien ja tutkitusti hyödyllisten hoitomuotojen asettamisesta etusijalle ja luopuminen vähähyötyisistä hoitomuodoista. Näillä valinnoilla terveydenhuollon järjestelmän kestävyyttä voidaan turvata oikeudenmukaisella ja kansallisella tasolla johdonmukaisella tavalla.

5.1.4 Hyvinvointivaltion ja arvopohjaisen terveydenhuollon diskurssi

Hyvinvointivaltion ja arvopohjaisen terveydenhuollon diskurssissa keskiössä olivat julkisen terveydenhuollon moraalinen ja eettinen perusta, universalismin puolustaminen ja kritiikki terveydenhuollon kaupallistumisesta ja eriarvoistumisesta kohtaan. Diskurssissa korostui vastakkainasettelu ja terveydenhuollon yksityistymisen kohtaama kritiikki. Asiantuntijapuhe muodosti tässä diskurssissa kuvaa terveydenhuollosta julkisesti rahoitettuna, hyvinvointivaltion periaatteisiin nojaavana, ammatilliseen vastuuseen ja

tutkimusperusteisuuden pohjaavana ja yhteiskunnallisesti oikeudenmukaisena, diskurssin muodostaessa vastakohtaisuutta markkinaehtoisuville ja kustannustehokkuuteen painottuville ratkaisuille.

Hyvinvointivaltion ja arvopohjaisen terveydenhuollon diskurssin taustalla näkyi ajatus hyvinvointivaltion ideaalista, jossa terveydenhuolto on osa yhteiskunnallista sopimusta, jonka mukaan valtiolla on vastuu väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Eettiset ja moraaliset arvot, kuten oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus ja inhimillisyys korostuivat diskurssissa. Diskurssi haastoi markkinalogiikkaan perustuvaa ajattelua, jossa palveluita asetetaan tärkeysjärjestykseen kustannustehokkuuden ja taloudellisten tekijöiden näkökulmista. Eräs asiantuntija (UA7, 2023) kiteytti tämän vastakkainasettelun kysymyksellään: "Onko todella niin, että sosiaali- ja terveyspalveluiden tärkein tehtävä on säästää rahaa vai onko niiden tärkeämpi tehtävä tuottaa hyvinvointia?".

Diskurssissa asiantuntijat toivat esille terveyspalveluiden yksityistämisen ja eriarvoistumisen ristiriitaisuutta hyvinvointivaltion periaatteiden kanssa. Erään asiantuntijan (UA7, 2023) mukaan yhteiskunta on epäonnistunut terveyserojen kaventamisessa: "Me olemme yhteiskuntana kasvattaneet terveyseroja emmekä kaventaneet niitä!". Kritiikin voidaan ajatella kohdistuvan ainakin osittain rakenteellisiin ja rahoituspoliittisiin ratkaisuihin. Toinen asiantuntija (UA20, 2023) muistutti, että "Perustuslaki ei lakkaa olemasta sillä, että joku tekee liian pienen budjetin", alleviivaten perusoikeuksien toteutumisen turvaamisen ensisijaisuutta suhteessa rahoituspäätöksiin.

Hyvinvointivaltion ja arvopohjaisen terveydenhuollon diskurssi painotti myös hoidon tutkimusperusteisuutta ja ammatillista vastuuta. Eräs asiantuntija (UA14, 2023) toi esiin tasa-arvon näkökulman työstössä olevan vaihdevuosien Käypä Hoito-suosituksen osalta: "Siinä on ohjeet terveyskeskuslääkärille ja työterveyshuoltoon, jotta myös ne, joilla ei ole varaa mennä gynekologille, saisivat tasalaatuista hoitoa". Taustalla on nähtävillä ajatus siitä, miten hoidon yhdenvertainen saatavuus on sidoksissa suositusten käyttöönottoon ja osaamisen varmistamiseen. Toinen asiantuntija (UA30, 2024) korostikin

osaavan henkilöstön saatavuuden olevan paitsi hoidon laatua myös potilasturvallisuutta turvaava tekijä: "Mutta jos ei ole osajia, ei ole myöskään laatua, vaikuttavuutta eikä potilasturvallisuutta". Nämä näkökulmat painottavat paitsi arvopohjan kytkeytymistä terveydenhuollon järjestelmän rakenteelliseen kestävyYTEEN myös asiakaslähtöisyyden merkitystä terveydenhuollossa.

Asiantuntijoiden lausumat problematisoivat myös terveydenhuollon maksullisuuden kautta syntyvää epätasa-arvoa. Eräs asiantuntija (UA33, 2024) korosti eettistä arvovalintaa ja yksilön vastuuta todetessaan, että: "Ei ole eettisesti mitenkään perusteltua, että käytämme niukkoja resurssijamme vasektomioiden tekemiseen---Ehkäisyvälineet yleensä maksetaan itse, ei niitä yhteiskunta kustanna". Vaikka kommentissa tuodaan esiin julkisten resurssien kohdentamisen tarvetta, tuo se kuitenkin esille jännitettä yksilön ja yhteiskunnan vastuiden välille vastakkainasettelun korostuessa. Tämän voidaan nähdä johtavan palveluiden polarisaatioon maksukykyisten ja vähävaraisten välille, kun osa terveydenhuollon palveluista jätetään yhteiskunnan rahoitusvastuun ulkopuolelle.

Lisäksi diskurssissa näyttäytyi huoli julkisten palveluiden luottamuksen heikentymisestä kansalaisten silmissä. Eräs asiantuntija (UA41, 2024) viittasi tutkimusnäyttöön, jonka mukaan luottamus julkiseen terveydenhuoltoon on laskussa: "Osalla kokemukset julkisista terveystalvakuista ovat yksinkertaisesti sellaisia, että ne eivät herätä luottamusta---esimerkiksi työssä käyvät ovat usein yksityisen työterveyshuollon piirissä ja kosketus julkisiin palveluihin voi olla vähäinen". Tämä toteamus vahvistaa ajatusta siitä, että julkisen järjestelmän heikentyminen on rakenteellisen vääristymän lisäksi symbolista ja kokemuksellista.

Hyvinvointivaltion ja arvopohjaisen terveydenhuollon diskurssin voidaan nähdä muodostavan vastavoimaa markkinallistumiselle ja puhuu julkisesti rahoitetun, yhdenvertaisen ja tutkimukseen perustuvan terveydenhuollon puolesta. Diskurssissa asiantuntijat käyttävät asiantuntijavaltaansa yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden

puolustamisessa, diskurssin samanaikaisesti toimiessa osittain jopa poliittisena puheen-
vuorona terveystaloudellisten suuntien määrittämisessä.

5.1.5 Eriarvoisuuden ja saavutettavuuden diskurssi

Eriarvoisuuden ja saavutettavuuden diskurssissa keskiössä olivat terveydenhuollon alu-
eellisuus, taloudellinen ja sosiaalinen eriarvoisuus, luottamus järjestelmään ja hoitoon
pääsyn epäoikeudenmukaisuus. Asiantuntijat korostivat tässä diskurssissa väestöryh-
mien välistä tasa-arvoa, kaikkien oikeutta palveluihin ja yhdenvertaista kohtelua.

Diskurssissa keskeisenä huolena oli, etteivät nykyiset palvelurakenteet takaa tasavertai-
sia mahdollisuuksia hoitoon kaikille väestöryhmille. Tämän nähtiin heikentävän kansa-
laisten luottamusta julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Asiantuntijat painottivat
kansalaisten yhdenvertaista kohtelua ja palveluiden saatavuutta sosioekonomisesta ase-
masta tai asuinpaikasta riippumatta. Terveydenhuollon saavutettavuuteen liittyvien epä-
kohtien kuvattiin heijastuvan erityisesti julkisen terveydenhuollon käyttäjiin. Eräs asian-
tuntija (UA10, 2023) totesi, että: "Hoitoon pääsy on selkeästi heikompaa ihmisillä, jotka
ovat julkisen perusterveydenhuollon varassa, vaikka meiltä löytyy myös hyvin toimivia
terveysasemia". Lisäksi sama asiantuntija (UA41, 2024) nosti esiin kansalaisten koke-
mista järjestelmän toimimattomuudesta: "Aika iso joukko meillä on niitä, jotka ajattele-
vat, että eivät voi luottaa siihen, että julkinen terveydenhuoltojärjestelmä auttaa silloin
kun hätä on".

Eriarvoisuuden ja saavutettavuuden diskurssissa näyttäytyi asiantuntijoiden huoli eri
asiakasryhmien eriarvoistumisesta, yhdenvertaisuuden toteutumattomuudesta ja alu-
eellisesti vaihtelevista eroista. Esimerkiksi asiakasmaksujen nähtiin aiheuttavan eriarvoi-
suutta, sillä niiden kohtuuttomuus voi estää palveluiden käyttämisen. Taloudellisiin es-
teisiin ja asiakasmaksuihin liittyen eräs asiantuntija (UA10, 2023) totesi: "Ne eivät ole
kaikille kohtuuhintaisia. Ihmiset saattavat jättää käymättä terveyskeskuksessa, koska he
tietävät ettei siihen ole varaa. Asiakasmaksut päätyvät myös ulosottoon". Uusien

hoitomallien käyttöönoton nähtiin haastavan yhdenvertaisuuden toteutumista, sillä riskinä hoitomallien käyttöönotossa nähtiin palvelun kohderyhmien muuttaminen ilman, että se perustuu avoimeen priorisointipäätökseen. Eräs asiantuntija (UA21, 2023) nostikin esiin kysymyksen: "Ollaanko priorisoinnin verukkeella vaihtamassa niin, että hoideaankin ihan toista joukkoa kansalaisia? Tätä meillä ei saa lain mukaan tapahtua, vaan meidän täytyy vakavimmin oireileville myös tarjota laadukasta ja tarvittua hoitoa"

Asiantuntijat kuvasivat eriarvoisuutta ilmenevän myös hoitoon pääsyn tavoitteissa eri alueilla, tunnistaen myös hyvinvointialueiden kantokyvyn vaihtelun alueittain. Eräs asiantuntija (UA26, 2023) toi esille hoitoonpääsyn alueellisia eroja todetessaan kuinka: "Hoitoonpääsyn tavoitteajat vaihtelevat eri syöpätaudeissa. Hoitoonpääsyn toteutumisessa voi myös olla eroja eri puolilla Suomea".

Eriarvoisuuden ja saavutettavuuden diskurssissa asiantuntijat tuovat esiin vaadetta järjestelmän rakenteelliselle ja taloudelliselle oikeudenmukaisuudelle. Diskurssissa korostuu kaikkien väestöryhmien yhdenvertainen kohtelu ja luotettava sekä saavutettava palvelujärjestelmä.

5.2 Mediapuheessa ilmenevät diskurssit

Uutis- ja ajankohtaisartikkeleista, kolumneista ja analyyseista koostuneessa artikkeliaineistossa mediapuheen diskurssit painoutuivat tuottamaan kuvaa suomalaisen terveydenhuollon epävarmuudesta, ristiriidoista ja uhkakuvista. Median diskursseissa heijastui sekä kansalaisten huolenaiheita että poliittisten ja institutionaalisten toimijoiden välisiä jännitteitä. Media ei toimi ainoastaan raportoijana, vaan osallistui aktiivisesti julkisen keskustelun kehystämiseen, priorisointipolitiikan tulkintaan ja eri päätösten ja suunnitelmien haastamiseen. Aineiston analyysissa mediapuheen ilmentämiksi diskursseiksi tunnistettiin ja nimettiin eriarvoisuuden, haavoittuvuuden ja oikeudenmukaisuuden diskurssi, kriisin, pelon ja huolipuheen diskurssi, palveluiden heikkenemisen ja saavutettavuuden diskurssi, poliittisen vallan, päätöksenteon ja järjestelmäkritiikin diskurssi sekä

talouden, sopeutuksen ja resurssikriisin diskurssi. Näitä diskursseja käsitellään seuraavissa alaluvuissa yksitellen.

5.2.1 Eriarvoisuuden, haavoittuvuuden ja oikeudenmukaisuuden diskurssi

Eriarvoisuuden, haavoittuvuuden ja oikeudenmukaisuuden diskurssissa keskiössä olivat terveydenhuollon epäoikeudenmukainen jakautuminen väestöryhmien ja alueiden välillä sekä ihmisarvoon, tasa-arvoon ja haavoittuvuuteen liittyvät huolenaiheet. Tämän diskurssin sisällä median rakentama kuva liittyi voimakkaasti eri väestöryhmien, kuten lasten, nuorten ja ikääntyvien näkökulmien esille tuontiin.

Media tuo esille eriarvoisuutta alueellisten ja taloudellisten rakenteiden kautta ja terveyspalveluiden saavutettavuuden kuvataan riippuvan esimerkiksi yksilön taloudellisesta tilanteesta tai työmarkkina-asemasta. Terveyspalveluiden eriarvoistumisen symboliksi median kehystämänä nousi työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon välinen kiulu. Kehystys loi kuvaa työssäkävien, terveempien ja varakkaampien näyttäytymisestä etuoikeutettuna ryhmänä, jonka hoito toteutuu ajallaan ja laadukkaasti. Samanaikaisesti heikommassa asemassa olevien kuvattiin jäävän palveluiden katveeseen. Esimerkiksi seuraavat aineistosta poimitut lainaukset kuvaavat hyvinvointivaltion eriytymistä ja priorisoinnin epäoikeudenmukaisuutta median kuvaamana, erään kolumnistin (K1, 2023) todetessa, kuinka ”Suomessa lääkäriin pääsevät helpoimmin ihmiset, joilla on rahaa ja vähän vaivoja. Pienituloisena ja työterveyshuollon ulkopuolelta ei auta kuin jonottaa julkiseen terveydenhuoltoon.” toisen kolumnistin (K3, 2023) kritisoidessa työterveyshuollon asemaa oheisesti: ”Suomessa ei taida olla monta yhtä epätasa-arvoista asiaa kuin työterveys, jossa niille annetaan, joilla jo on.” ja kolmannen kolumnistin (K5, 2024) todetessa lakonisesti vertaillen työterveyshuollon palveluiden ja julkisen terveydenhuollon parissa olevia: ”Elämme eri valtiossa, mitä tulee terveyspalveluihin.”

Media nosti haavoittuvuutta erityisesti lasten, nuorten ja ikääntyneiden näkökulmista esiin. Ryhmien ääntä käytettiin välineenä moraalille herättelylle, tavoitteena paljastaa

toimimattomia käytäntöjä ja resurssivajeita. Esimerkiksi seuraavat uutis- ja ajankohtaisartikkeleissa käytetyt sanoitukset tukevat näitä näkökulmia: ”Suomalaisilta lapsilta ja nuorilta jää nykyään usein koulun laajat terveystarkastukset väliin lääkäripulan takia. Tämä voi johtaa siihen, että monia sairauksia jää toteamatta ja hoito viivästyy.” (UA2, 2023) ja ”Päivystyksen kapeilla paareilla ilman kunnon ruokaa ja petivaatteita pääsyä jatkohoitoon odottaneet potilaat ovat valtaosin hauraita ja monisairaita ikäihmisiä.” (UA25, 2023).

Eriarvoisuutta yhdistettiin median tuottamassa diskurssissa myös moraalisiin valintoihin, joita kansalaisten kerrottiin joutuvan tekemään järjestelmän epäreiluuden vuoksi. Järjestelmän epäreiluudesta luotiin kuvaa esimerkiksi oheisessa uutis- ja ajankohtaisartikkelissa (UA13, 2023) otsikkotasolla: ”Kaverit saivat ilmaiset e-pillarit, --- ei – THL:n linjaus pakotti hänet huijaamaan terveydenhoitajaa.” Eriarvoisuutta tuotiin median toimesta esille myös hoidon priorisointiin liittyen. Toisten kerrottiin saavan hoitoa lieviin oireisiin, toisten joutuessa odottamaan pitkään vakavienkin oireiden kanssa. Esimerkiksi näiden oheisten kolumneissa käytettyjen sanoitusten kautta kuvattiin resurssien epäoikeudenmukaista priorisointia; eräs kolumnisti (K4, 2024) totesi kuinka ”Pahimmillaan työterveyslääkärit kirjoittavat sairauslomatodistuksia flunssapotilaille, ja samaan aikaan potilaat julkisella puolella odottavat hoitojonossa apua vakavampiin terveysongelmiin.” kuvaten tilannetta oheisesti: ”Olemme tilanteessa, jossa järjestelmä ylihoitaa terveitä ja alihoitaa monia apua tarvitsevia.”.

Lisäksi diskurssissa näyttäytyi taloudellisten mekanismien tarkastelua. Julkisen sektorin resurssien vähäisyyden rinnalla yksityisen terveydenhuollon voitontavoittelu nähtiin oikeudenmukaisuutta vähentävinä tekijöinä. Myös julkisten rakenteiden muutoksien, kuten terveysasemien lakkauttamisten ja sairaalaverkoston supistamisen, nähtiin tuottavan ja korostavan alueellista ja sosiaalista eriarvoistumista. Uutis- ja ajankohtaisartikkeleissa tilannetta kehystettiin oheisilla sanoituksilla: ”Alijäämäiset hyvinvointialueet suunnittelevat terveysasemien sulkemisia ja myös sairaalaverkko on muutosten edessä. Työterveyden asiakkaat ovat kuitenkin ohituskaistalla.” (UA37, 2024) ja ”Hedelmöityshoito

yksityisellä voi kallistua sadoilla euroilla Kela-korvauksen poistuttua – osalle se voi tietää lapsihaaveista luopumista.” (UA5, 2023). Lisäksi teemaa käsiteltiin kolumnien kautta, erään kolumnistin (K3, 2023) kritisoidessa kuinka ”Yksityiset lastensuojelufirmat tai lääkäriasemat tekevät miljoonavoitot, tavallinen pulliainen, joka haluaisi päästä pikkuleikkaukseen, kärsiköön.” ja toisen kolumnistin (K5, 2024) lakonisesti todetessa kuinka: ”Työttömyys ei paranna terveyttä mutta vähentää lääkärikäyntejä.”

Diskurssissa muodostuu selkeä vastakkainasettelu etuoikeutettujen ja heikompiosaiten välillä. Media rakentaa tätä vastakkainasettelua kriittisellä, mutta empaattisella otteella. Oikeudenmukaisuuden ajatus toimii median asettelussa taustalla ja eriarvoisuuden epäkohtaa peilataan tähän, median rakentaman kuvan toimiessa sekä epäkohtien esille tuojana että moraalisen huolen ilmaisun keinona.

5.2.2 Kriisin, pelon ja huolipuheen diskurssi

Kriisin, pelon ja huolipuheen diskurssissa korostui epävarmuuden, huolen, pelon ja jopa romahduksen kuvainnollisuus. Diskurssin kautta luotiin mielikuvaa hajoavasta järjestelmästä ja kansalaisten sekä hyvinvointivaltion tulevaisuuden epävarmuudesta. Tämän diskurssin sisällä media yhdisti kansalaisnäkökulmia omaan kriisitietoisuutta vahvistavan roolinsa tueksi.

Media rakensi kriisin, pelon ja huolipuheen diskurssia käyttämällä voimakkaita ja tunnepitoisia ilmaisuja, kuten ”pelottaa” (UA44, 2024), ”kaoottinen” (UA7, 2023), ”järjetön” (K6, 2024) ja ”romahtaa” (K7, 2024) kehystäessään terveydenhuollon tilannetta kontrolloimattomana ja uhkaavana. Esimerkiksi kuvainnolliset ilmaisut uutis- ja ajankohtaisartikkelissa ”Vaikuttaakin siltä, että suomalainen terveydenhuolto etenee kriisistä kriisiin.” (UA7, 2023) tai erään kolumnistin (K6, 2024) toteamus, kuinka ”Hallitus on tänä keväänä iskenyt saksensa naisten rintoihin” toimivat tilanteen dramatisoinnissa ja emotionaalissa korostamisessa. Media hyödynsi toistuvasti kansalaisten ja asiantuntijoiden

huolipuheisiin perustuvia sitaatteja esittäessään järjestelmän hajoamista sekä yksilöllisenä että kollektiivisena kokemuksena.

Julkinen terveydenhuolto näyttäytyi median kuvauksissa epävarmana, ylikuormittuneena ja jopa vaarallisena. Kriisikehyksinä käytettiin muun muassa resurssipulaa, henkilöstövajetta ja taloudellista epäsuhtaa. Esimerkiksi uutis- ja ajankohtaisartikkelissa tilanne esitettiin seuraavasti: "Julkinen terveydenhuolto on vaikeuksissa. Hoitoonpääsy sarkaa, henkilökunnasta on pulaa ja kulutkin pitäisi pitää kurissa." (UA7, 2023).

Media rakensi julkisesta terveydenhuollosta kuvaa, jossa järjestelmä ei kykene vastaamaan väestön tarpeisiin. Media kehysti julkisen terveydenhuollon romahtamista ja toi esiin kansalaisten epävarmuutta ja luottamuksen puutetta. Esimerkiksi erään potilaan toteamuksen voidaan nähdä toimivan median keinona tuoda esiin yksilön emotionaalista kokemusta: "Suoraan sanottuna pelottaa" (UA44, 2024). Samanaikaisesti tällä pyrittiin tuottamaan kansalaisiin kohdistuvaa kollektiivista uhkakuvaa. Esimerkiksi oheinen uutis- ja ajankohtaisartikkelin otsikointi toimi tilanteen kuvaamisen lisäksi luottamuspuolan korostamisessa: "Ylen kysely: Vain puolet suomalaisista luottaa saavansa riittävän hoidon julkisista terveystalvuluista" (UA41, 2024) ja erään kolumnistin (K3, 2023) ironinen toteamus siitä, kuinka "Pitkin syksyä on voitoteltu suomalaisen terveydenhuollon alennustilaa. Rahat eivät kohta riitä muuhun kuin hyvinvointialueiden johtajien palkkoihin. Viimeistään siinä vaiheessa, kun eivät riitä edes niihin, nimitys pitää vaihtaa pahoinvointialueeksi." pyrki rakentamaan kriisikuvaa.

Lisäksi diskurssissa korostettiin turvallisuuden uhkia. Esimerkiksi eräässä uutis- ja ajankohtaisartikkelissa tuotiin esiin huoli, joka painottaa järjestelmän haavoittuvuuden heijastumista suoraan potilasturvallisuuteen: "Suljetut jatkohoitopaikat heijastuvat suoraan päivystykseen. Keski-Suomessa sairaala Novan päivystys on ollut niin ruuhkautunut, että hoitajat ja lääkärit ovat pelänneet, että ihmiset kuolevat ennen kuin he pääsevät jatko- hoitoon." (UA25, 2023). Turvallisuuskuvan luominen ei liity ainoastaan rakenteellisiin tekijöihin. Myös hallituksen toimet esitettiin kansalaisten turvallisuutta ja ihmisarvoa

uhkaavina erään kolumnistin (K6, 2023) todetessa, kuinka ”Kaikki tämä syö kansalaisten luottamusta hyvinvointiyhteiskuntaan, vaikuttaa turvallisuudentunteeseen ja jopa ihmisarvon kokemukseen.”

Kriisin, pelon ja huolipuheen diskurssissa rakentuu mielikuva hallitsemattomasta ja haajoamisen partaalla olevasta, kriisiytyneestä terveydenhuoltojärjestelmästä. Diskurssissa korostuu kansalaisten epäluottamus järjestelmää kohtaan. Media toimii diskurssissa sekä kriisitietouden välittäjänä että sen aktiivisena tuottajana. Diskurssissa rakentuva mielikuva tuo esille, että yhteiskunnallinen kriisi ei ole vain mahdollinen uhkakuva, vaan jo käynnissä oleva.

5.2.3 Palveluiden heikkenemisen ja saavutettavuuden diskurssi

Palveluiden heikkenemisen ja saavutettavuuden diskurssissa keskiössä olivat julkisen terveydenhuollon palveluiden laadun, jatkuvuuden ja saatavuuden vaarantuminen sekä palvelurakenteiden mureneminen ja terveydenhuollon kaupallistuminen. Media korosti tämän diskurssin sisällä palveluiden alasajoa, keskittämistä ja lähipalveluiden tulevaisuuteen liittyviä huolenaiheita.

Media rakensi tässä diskurssissa todellisuutta, jossa julkisen terveydenhuollon palvelujärjestelmä kuvautuu heikkenevänä. Uhkakuvia rakentui muun muassa palveluiden laadun, saavutettavuuden ja jatkuvuuden osalta. Media esitti hoitoon pääsyn viivästymisen konkreettisena osoituksena palveluiden heikentymisestä. Esimerkiksi uutis- ja ajankohteisartikkeleissa olleilla sanamuodoilla siitä, kuinka "Moni joutuu myös odottamaan hoitoa aiempaa pidempään. Yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden osuus kasvoi merkittävästi viime vuoden aikana." (UA7, 2023 tai otsikoksi nostetun "Leikkauksiin jonottaa enemmän ihmisiä kuin vuosi sitten – edes Valviran sapiska ei lyhentänyt odotusta." (UA27, 2023) ja "Hoitotakuu paukkuu monin paikoin." (UA27, 2023) kautta korostuivat terveydenhuollon palveluiden aiempaa vaikeampi saavutettavuus.

Lisäksi tuotiin esille uhkina kansalaisten hyvinvoinnille ja yhdenvertaisuudelle esimerkiksi palveluiden keskittäminen ja terveysasemien sulkeminen. Uutis- ja ajankohtaisartikkelien otsikointien "Terveyskeskusten massiivinen alasajo on pian edessä koko Suomessa, sanovat asiantuntijat." (UA18, 2023) ja "Suomesta on katoamassa yli sata terveysasemaa" (UA36, 2024) sekä sanoituksen, jossa kerrottiin, kuinka "Myös muita palveluita ollaan ajamassa alas" (UA50, 2024) avulla pyrittiin vahvistamaan kokemusta alueellisesta eriarvoistumisesta ja palveluiden vähentämisestä.

Terveydenhuollon rakenteellista kuormittuneisuutta ja kestäättömyyttä korostettiin kauhukuvien kautta, luomalla kuvaa järjestelmästä, joka on jo romahtamispisteessä tai ainakin matkalla kohti sitä. Eräässä uutis- ja ajankohtaisartikkelissa tilanne tiivistettiin seuraavasti: "Väestö ikääntyy, hoidon tarve lisääntyy ja terveydenhuoltoalan henkilöstöpula pahenee." (UA17, 2023) ja eräs kolumnisti (K2, 2023) kuvasi oheisesti: "Terveydenhuollon pyörövi-ilmio kasvattaa huolta palveluiden tulevaisuudesta. Sitäkin huolestuttavampaa on tiettyihin tehtäviin kasaantuva työkuorma."

Diskurssissa korostui myös julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välinen epätasapaino, tuomalla esille kuinka hoidon saatavuus määrittyy yhä useammin maksukyvyn mukaan tämän seurauksena. Media rakentaa narratiivia kahden kerroksen terveydenhuollosta, jossa varakkaammat pääsevät hoitoon yksityisellä sektorilla, julkisen terveydenhuollon toimiessa enää vain varattomien järjestelmänä. Esimerkiksi eräs kolumnisti (K2, 2023) totesi, kuinka "Yhä useammin kuulee väitteen, jonka mukaan kattavia tutkimuksia kii-reettämiin vaivoihin saa vain yksityisellä lääkäriasemalla.", toisen kolumnistin (K4, 2024) pohiessa: "Mitä pidemmälle julkisen perusterveydenhuollon ahdinko etenee, sitä helpompi on perustella panostuksia yksityiseen" ja tuodessa esiin työterveyshuollon eriarvoistavaa roolia sanoittaessaan: "Työterveyshuolto on kestoerimerkki suomalaisen terveydenhuollon eriarvoisuudesta. Se on tavallaan myös nurinkurinen esimerkki, sillä työterveyshuolto itsessään toimii hyvin."

Diskurssissa on tunnistettavissa myös huoli järjestelmän ideologiseen suuntaan liittyen. Lisäksi tuotiin esille epäilyä siitä, että julkisen terveydenhuollon kriisi olisi osin tahallisesti aiheutettua, ylläpidettyä ja hyödynnettyä. Tässä korostui poliittinen kritiikki, jossa kyseenalaistettiin rakenteellisia valintoja ja niiden vaikutuksia yhteiskunnalliseen oikeudenmukaisuuteen. Eräs kolumnisti (K7, 2024) esitti ajatuksen, kuinka ”Tapa, jolla julkisen terveydenhuollon kriisiin suhtaudutaan, pistää epäilemään, että joku suorastaan haluaa systeemin romahtavan.”, toisen kolumnisti (K3, 2023) kritisoidessa, kuinka ”Terveydenhuollon rapautuminen on meidän ihan oma syyimme ja tuhoittoman tyhmä valinta”.

Kansalaisten odotuksia problematisoitiin median toimesta nostamalla esiin medikalisaatiota ja hoidontarpeen kasvua. Media ei esittänyt terveydenhuollon kriisiä vain resurssikysymyksenä, vaan myös kulttuurilliseen muutokseen ja odotusten hallinnan ongelmiin liittyvänä. Eräs kolumnisti (K2, 2023) toi esiin ajatuksen:

Modernin lääketieteen kehitys on ollut nopea. Lääketieteellä on perustellusti erityisasema yhteiskunnassa, ja ihmisten kiinnostus terveyteen ja hyvinvointiin on rajaton. Terveydenhuolto ei kuitenkaan kaikilta osin kykene vastaamaan kasvavaan kysyntään. Monimutkaiseen vyyhtiin kytkeytyvät väestön ikääntyminen sekä henkilöstövaje, mutta myös medikalisaatio eli arkielämän lääketieteellistyminen.

Palveluiden heikkenemisen ja saavutettavuuden diskurssissa media muodostaa narratiivia, jossa julkisen terveydenhuollon tilanne kuvautuu dramaattisesti huonontuneena. Diskurssi heijastaa laajempaa yhteiskunnallista huolta hyvinvointivaltion kantokykyyn ja julkisen palvelulupauksen murenemiseen liittyen.

5.2.4 Poliittisen vallan, päätöksenteon ja järjestelmäkritiikin diskurssi

Poliittisen vallan, päätöksenteon ja järjestelmäkritiikin diskurssissa rakentui kyseenalaisuus politiikan, hallinnon ja järjestelmän uskottavuutta kohtaan. Painopiste tämän diskurssin sisällä oli ristiriidoissa ja vastuukysymyksissä, median problematisoidessa

poliittisen ohjauksen hajanaisuutta samanaikaisesti kyseenalaistaessa poliittista vastuunkantoa.

Diskurssissa tuotiin esiin poliittisen vastuun kyseenalaistamista ja kritiikkiä toimitusmuuttoa kohtaan erityisesti terveydenhuollon kriisiytyneeksi koetun nykytilan, hoitajapulan ja palveluiden saatavuuden osalta. Eräs kolumnisti (K1, 2023) totesi epäoikeudenmukaisen terveydenhuoltojärjestelmän korjaamiseen liittyen, että ”Poliittiset päättäjät ovat olleet vaitonaisia. Ehkä vaalikeväästä huolimatta, tai siitä johtuen.”. Samoin eräässä uutis- ja ajankohtaisartikkelissa kerrottiin ”Miten eduskuntaan viime vaaleissa valittujen puolueiden puheenjohtajat ratkaisisivat hoitajapulan ja miten hyvinvointialueiden rahat saadaan riittämään? Muun muassa näihin kysymyksiin penäsimme puoluejohtajilta vastauksia Ylen vaalikyselyssä.” (UA6, 2023). Myös ristiriitoja poliittisessa päätöksenteossa ja lainsäädännössä tuotiin esille, tehden näin näkyväksi poliittisen ohjauksen epäjohtomukaisuutta ja byrokraattisten ratkaisujen ristiriitaisuutta. Esimerkiksi lainsäätämisen kuvataan tapahtuvan ilman taloudellista katetta, mikä johtaa palveluiden ulkoistamiseen korkeampaan hintaan, erään kolumnistin (K3, 2023) kuvatessa kuinka: ”Poliitikkojen tapa hoitaa asioita on erikoinen: tehdään laki, joka määrää, että näin ja näin pitää tehdä. Rahoitusta ei kuitenkaan myönnetä, joten lakisääteiset palvelut ostetaan sitten ulkoa viisi kertaa kalliimmalla velaksi.” ja ironisesti todetessa: ”Kun poliitikko sanoo, että vähentää byrokratiaa, kannattaa poistaa viinipullosta korkki, koska byrokratian vähentämisestä seuraavaa byrokratian lisääntymistä ei kestä selvin päin.”.

Kritiikkiä esitettiin myös hallituksen terveydenhuoltoon kohdistuvien uudistusten rationaalisuutta ja tuloksellisuutta kohtaan. Hallituksen toimia haastettiin ja niitä kyseenalaistettiin. Esimerkiksi yksityisen terveydenhuollon käyttöön kannustavan Kela-korvausten korottaminen koettiin eriarvoistavaksi ja julkisen terveydenhuollon tilannetta heikentäväksi päätökseksi. Eräs kolumnisti (K5, 2024) kritisoi päätöstä oheisesti: ”Nykyhallitus vain pahentaa tilannetta toimillaan: yksityislääkärin Kela-korvauksia korotettiin tuntuvasti, kun taas julkisen terveydenhuollon hoitotakuu pidennetään kolmeen kuukauteen kahdesta viikosta.”. Media hyödynsi tässä myös asiantuntijoiden kommentteja alleviivattaessaan muutoksen epäonnistumista: ”Professori kuvailee hallituksen uudistuksen

tuloksia masentaviksi: Verorahaa uppoaa kaksinkertaisesti, hyöty olematon.” (UA47, 2024) ja ” Muutokset ovat vähäisiä. Mutta eivät odotuksetkaan kovin suuria olleet.” (UA46, 2024). Poliittinen päätöksenteko rakentui median kehystyksessä myös symboliseksi ja ideologiseksi. Päätökset nähtiin enemmän poliittisina eleinä kuin todellisiin ongelmiin perustuvina ratkaisuin, kuten esimerkkien: ”Hallitus haluaa vaihdevuosioireista kärsivät naiset nopeammin työkuntoon.--- Kysymme, mitä merkitystä hallitusohjelman kirjauksella on.” (UA14, 2023) ja ”Kynnysarvon käyttöönotto on poliittinen päätös.”(UA53, 2024) voidaan nähdä.

Lisäksi diskurssissa tuotiin esille hallinnon sisäistä hajautuneisuutta ja ristiriitaisuutta tuottamalla kuvaa epäyhtenäisestä ja riitaisesta hallinnosta, jossa ministeriöiden, hyvinvointialueiden ja päättäjien välillä on selkeitä erimielisyyksiä. Uutis- ja ajankohtaisartikkeleissa tätä kuvattiin esimerkiksi seuraavasti: ”Aluevaltuutetut reagoivat sairaalaverkon karsimiseen: ’Kapinaan noustaan, jos tällä tavalla lähtee etenemään’” (UA32, 2024) ja ”Muistio paljastaa: Uudenmaan hyvinvointialueiden yhdistäminen toisi miljoonasäästöt, hallitus päätti toisin” (UA40, 2024), erään toimittajan (A1, 2024) käyttäessä tilanteen kuvaamiseksi arviota, kuinka ”Hallituspuolueiden kansanedustajien on helpompaa ”juuttua hissiin” tai jäädä kotiin kuin äänestää vastaan”. Poliittisen kentän osalta diskurssi toi esiin poliittisten uudistusten ja säästötoimien herättävän vastarintaa niin oppositiossa kuin hallituksen sisälläkin. Erilaisten konfliktien esille tuonilla rakennettiin kuvaa poliittisesta epäyhtenäisyydestä ja kriisiytyneestä päätöksenteosta.

Poliittisen vallan, päätöksenteon ja järjestelmäkriitikin diskurssi kehystää kuvaa epäluotettavasta ja -yhtenäisestä poliittisesta ohjauksesta, jonka vaikutukset heijastuvat suoraan terveydenhuollon nykytilaan. Media asemoituu kriittisen tarkkailijan rooliin kyseenalaistaessaan poliittista vastuuottoa, päätöksenteon johdonmukaisuutta ja hallinnollisten uudistusten järkevyyttä. Media tuo esiin sekä asiantuntijoiden että kansalaisten turhautumista ja epäuskoa luodessaan kuvaa epärationalisesta sekä kansalaisia ja asiantuntijätietoa kuuntelemattomasta päätöksenteosta.

5.2.5 Talouden, sopeutuksen ja resurssikriisin diskurssi

Talouden, sopeutuksen ja resurssikriisin diskurssissa keskiössä olivat säästöpaineeet, leikkaukset ja resurssien vähäisyys. Painopiste tämän diskurssin sisällä oli näiden tekijöiden aiheuttamissa seurauksissa hoidon saatavuuden ja laadun näkökulmista. Media muodosti tämän diskurssin sisällä vastakkainasettelua palveluiden turvaamisen ja julkistalouden kestävyuden osalta.

Diskurssissa hallinnollis-taloudellinen järkeistämispuhe korostui ja palvelut kuvattiin kustannuserinä hoivaan ja terveyteen liittyvien oikeudenmukaisuusperiaatteiden jäädessä taloudellisen kestävyuden alle. Media kehysti tässäkin diskurssissa terveydenhuollon järjestelmää kriisiytyneenä tuoden esiin muun muassa lakisääteisten velvoitteiden ja resurssivajeen ristiriidan uutis- ja ajankohtaisartikkeleissa esimerkiksi seuraavasti: "Tällä menolla raha ei riitä edes lakisääteisten velvoitteiden täyttämiseen" (UA17, 2023) ja tuomalla asiantuntijapuheen kautta esiin historiaan kytkeytyvää selitystä kriisiytymiselle: "Ongelmien juuret ulottuvat vuosikymmenten taakse.--- Syntyi malli, jota --- kuvaa perusterveydenhuollon "leikkausautomaatiksi"." (UA7, 2023).

Säästöpolitiikan väistämättömänä seurauksena nähtiin olevan palveluiden supistaminen ja hoidon laadun heikkeneminen. Kuitenkin säästöt ja leikkaukset kuvautuivat osin välttämättöminä ja ne kytkeytyivät rakenteelliseen pakkoon. Esimerkiksi eräässä uutis- ja ajankohtaisartikkelissa teemaa lähestyttiin oheisesti: "STM:ssä uusia leikkauksia pidetään haastavina toteuttaa. Toimintojen järkeistämistä ja järjestelyä hyvinvointialueilla on jo tehty. Uusia säästöjä voidaan kuitenkin saada, jos hoidon tasoa päätetään alentaa. Tämä tapahtuisi lakimuutoksilla." (UA38, 2024). Samanaikaisesti kritiikkiä esitettiin järjestelmän tehottomuutta ja hallinnollista byrokratiaa kohtaan. Esimerkiksi eräs kolumnisti (K6, 2024) tiivisti oheisesti viitatessaan hyvinvointialueisiin ja niihin liittyneisiin odotuksiin luoda kantava rakenne terveydenhuoltoon: "Suuri ei olekaan kaunista. Se on tuhoisaa."

Media nosti esiin myös moraalista arviointia esittäessään eettisesti latautuneita näkökulmia, joissa resurssien kohdentamiseen liittyviä päätöksiä arvostellaan. Esimerkkinä tästä on eräässä uutis- ja ajankohtaisartikkelissa nostettu lainaus oppositioedustajan sanoista: ”Eikö olisi aika perua nämä tehottomaksi osoittautunut puolen miljardin lahja terveysfirmoille ja käyttää nämä rahat julkisen terveydenhuollon vahvistamiseen?” (UA48, 2024), joka korosti vahvaa moraalista arviointia. Resurssitietoisuuden korostaminen tuotti myös kritiikkiä, kuten eräs kolumnisti (K7, 2024) asian tiivistä: ”Yhtäällä meuhkataan säästämistä, toisaalla tuhataan rahaa.” Toisaalta taloudelliset realiteetit ja resurssien rajallisuus tunnistettiin, tuoden esiin myös näkemystä siitä, että taloudelliset toimenpiteet ovat ainoa vaihtoehto rahoituksen lisäämisen sijaan. Esimerkiksi eräässä uutis- ja ajankohtaisartikkelissa asiaa lähestyttiin toteamalla, kuinka ”Lisäraha ei ole tie onneen, jos se kohdennetaan väärin” (UA7, 2023) ja ”Juuson mukaan hallituksella ei ole rahasäkkejä jaettavana.” (UA12, 2023).

Talouden, sopeutuksen ja resurssikriisin diskurssissa säästötoimet kuvautuvat väistämättöminä. Diskurssissa rakentuu osittainen ymmärrys siitä, että terveydenhuoltoa on lähestyttävä ja hallittava talouslähtöisesti. Media tuo diskurssissa kuitenkin myös esille kuvaa epäonnistuneesta rakenteellisesta uudistuksesta ja hallinnollisesta tehottomuudesta.

5.3 Kansalaispuheessa ilmenevät diskurssit

Keskustelukommenteista kootussa aineistossa tunnistettiin muodostuvan seitsemän diskurssia, jotka jäsentävät kansalaispuhetta terveydenhuoltoon ja sen priorisointiin, järjestelmää ohjaaviin arvoihin, hyvinvointivaltion yleisiin toimintaperiaatteisiin sekä terveydenhuollon toimivuuteen liittyen. Diskurssit ilmentävät arvoihin, oikeudenmukaisuuteen, yksilön vastuuseen, resurssien käyttöön sekä järjestelmän rakenteisiin ja poliittisiin valintoihin liittyviä näkökulmia. Kansalaisten puhetta kehystää huoli palveluiden saataavuudesta, hyvinvointivaltion tulevaisuudesta ja terveydenhuollon markkinallistumisesta. Samanaikaisesti kansalaiset vaativat tehokkuutta ja toimivaa priorisointia. Diskurssit luovat kuvaa siitä, kuinka priorisointi ymmärretään arvolatautuneena ja poliittisena

kysymyksenä. Aineiston analyysissa kansalaispuheen diskursseiksi tunnistettiin nimettiin eettis-moraalinen arvodiskurssi, ennaltaehkäisyn ja yksilövastuun diskurssi, hoidon tarpeenmukaisuuden ja saavutettavuuden diskurssi, hyvinvointivaltion tulevaisuuden ja järjestelmän kestävyuden diskurssi, poliittisen vallan ja ideologian diskurssi, priorisoinnin oikeuttamisen ja rajaamisen diskurssi sekä resurssien hallinnan ja tehokkuusajattelun diskurssi. Näitä diskursseja käsitellään seuraavissa alaluvuissa yksitellen.

5.3.1 Eettis-moraalinen arvodiskurssi

Eettis-moraalisessa arvodiskurssissa terveydenhuollon priorisointia tarkasteltiin eettisten periaatteiden, moraalisten arvojen ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden näkökulmista. Kansalaiset painottivat yksilöiden ihmisarvoa, tasa-arvoista kohtelua ja toivat esille eriarvoistumisen kokemuksia. Nähtävillä oli terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan liittyvän luottamuksen kyseenalaistamista ja vaatimuksia avoimuudesta sekä läpinäkyvyydestä. Oikeudenmukaisuuteen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen diskurssissa linkittyi myös oikeudellisia näkökulmia, kuten lainmukaisuuden peräänkuuluttamista ja perusoikeuksien toteutumiseen liittyviä kysymyksiä.

Kansalaiset toivat esille epäoikeudenmukaisuuden kokemusta konkretisoimalla eriarvoisuutta ja puolustamalla ihmisarvoa. Alueellinen, sosioekonominen ja terveydenhuoltojärjestelmän sisällä oleva eriarvoisuus näkyivät kansalaisten tuottamissa mielipiteissä esimerkiksi oheisesti: ”Eivät näytä kansalaiset olevan enää samalla viivalla terveydenhoidossa, jos satut asumaan pääkaupunkiseudulla tai vaihtoehtoisesti Kainuussa...” (UA53, 2024) ja ”On jo kauan sitten päätetty, että keskiluokka ei hyvinvointiyhteiskunnan palveluita ansaitse. Rapautunut terveydenhoito on suoraan seurausta siitä, että palvelun maksava luokka on ajettu palvelun ulkopuolelle.” (UA10, 2023). Työterveyshuollon eriarvoistava asema tuotiin esille epäoikeudenmukaisena sanoittaen tilannetta muun muassa seuraavasti: ”Ihan jo lääkäripulan vuoksi kaikki toimet julkisen sektorin terveydenhuoltopalvelun turvaamiseksi täytyy tehdä. Tähän sisältyy myös työterveyshuolto. Se lisää epätasa-arvoa yhteiskunnassamme ja lääkäripulaa julkisella sektorilla.”(K4, 2024) ja ”Jos

ohituskaista paremmassa-asemassa oleville (työssäkäyville) poistettaisiin, niin ongelmat julkisella puolella alkaisivat parantua nopeasti.” (UA7, 2023). Ihmisarvon mittaaminen taloudellisen tuottavuuden tai iän perusteella nähtiin ongelmalliseksi, sillä ihmisarvo nähtiin jakamattomana ja universaalina. Kommenteissa oli mukana muun muassa ihmisarvoon liittyviä näkemyksiä, kuten: ”--- paraneeko ihmisarvo sillä, että lopetetaan hoito niiltäkin, jotka sitä nyt saa?” (UA7, 2023) ja ”Itse olen viimeisen vuoden kuluessa kokenut, että köyhä ja elämässään huonosti pärjännyt ei ole järjestelmässämme minkään arvoisen.” (UA10, 2023).

Lisäksi kansalaiset toivat esille oikeudenmukaisuuden ja perusoikeuksien näkökulmaa. Kommenteissa viitattiin esimerkiksi perustuslakiin ja perusoikeuksiin, joita nähtiin rikottavan taloudellisiin tekijöihin perustuvassa priorisoinnissa ja ikään liittyvässä syrjinnässä. Tilannetta konkretisoitiin esimerkiksi seuraavasti: ”Isoja rikoksia Suomen perustuslakia -- oikeusvaltion kansalaisten perusoikeuksia kohtaan. Ovat jo niin vakavia asioita, uhkaavat isosti kansalaisten ihmiselämiä, että niitä on käsiteltävä kansainvälisessä oikeudessa.” (UA39, 2024) ja ”Niin kauan kun henki ihmisessä pihisee on kyse elämästä - ja elävästä ihmisestä. Saisi tämä ikäsyrjintä ja nuoruuden loputon ihannointi jo loppua.” (UA18, 2023).

Diskurssissa korostui myös eettinen huoli päätöksenteosta ja empatiaa sekä inhimillisyyttä puolustettiin. Priorisoinnin käytäntöjen nähtiin olevan epäinhimillisiä ja esimerkiksi lääkäreiden valtaa priorisoinnissa haastettiin. Voimakasta kritiikkiä lääkäreiden valtaa kohtaan ilmaistiin esimerkiksi erään seuraavanlaisesti (UA44, 2024):

Karmaisevaa, miten suomalaiset lääkärit ottavat potilaan kohtalon omiin käsiinsä - eli hoitoa on saatavilla, mutta arvon tohtori päättää, ettei potilasta enää hoideta? Huh! Näköjään Suomessakin on käytössä kuolemantuomio, ilman oikeudenkäyntiä ja valamiehiä, ja lääkäri on korkein tuomari. Surullista.

Eettis-moraalinen arvodiskurssi painottuu terveydenhuollon nykytilan kuvaamiseen ja arvolähtöisten vaatimusten esittämiseen terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden ja eettisen kestävyuden painotuksilla. Kansalaisten asemaksi muotoutuu moraalisen

vartijan rooli, jossa kritisoidaan julkisen vallan ja terveydenhuollon perustaa ja vastuuta. Diskurssissa on vahva emotionaalinen lataus, joka tuo esille koettua epäoikeudenmukaisuutta ja moraalista hätää. Terveydenhuollon priorisointi näyttäytyy diskurssissa arvoritiriitoja sisältävänä ja taustalla näkyy kysymys siitä, kenen elämä on arvokasta ja kenen ei.

5.3.2 Ennaltaehkäisyn ja yksilövastuun diskurssi

Ennaltaehkäisyn ja yksilövastuun diskurssin keskiössä oli yksilön oman vastuun korostuminen terveydestään huolehtimisen ja elintapojen kontekstissa. Kansalaiset toivat esiin ennaltaehkäisyn ja omaehtoisen hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtimisen keinoina terveydenhuollon kuormituksen ja palvelutarpeen vähentämiseksi. Diskurssissa kansalaiset ohjasivat toisiaan aktiivisiksi toimijoiksi, joiden kollektiivinen panos terveydenedistämiseen nähtiin olennaisena osana järjestelmän kestävyyttä.

Kansalaisten mielipiteissä yksilöt kuvautuivat valinnanvapauden ja vastuun omaavina sekä tietoisiin valintoihin kykenevinä. Terveydestä huolehtiminen esitettiin kansalaisveloitteena ja vastuuttomuus kuvautuo moraalisenä epäonnistumisena. Tämä näkyi esimerkiksi huomioissa tupakointiin ja ylipainoon liittyen: ”--- aivan suoraan itse aiheutettuja terveysongelmia, kuten tupakoinnista johtuvia, ei pitäisi hoitaa julkisessa terveydenhuollossa.” (UA50, 2024) ja ”--- koko kansa elämäntaparemonttiin. Alkoholisteja on liikaa, ja ylipainoisia aivan liikaa.” (UA50, 2024). Kommentoinnin kautta pyrittiin luomaan vastakkaisasettelua vastuullisten ja välinpitämättömien kansalaisten välille.

Yhteiskunnan rooliksi kuvautui paitsi sairauksien hoitaminen myös ennaltaehkäisyn mahdollistaminen. Yksilön keinojen sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden ylläpitämiseen nähtiin olevan yksilöriippuvaisia ja yhteiskunnalta vaadittiin vastuunottoa ja -kantoa: ”---meillä on vain se yksi elämä ja ihmisarvomme on sama kaikilla! Mahdollisuuksiemme huolehtia terveydestämme ovat kuitenkin erilaiset. Siksi yhteiskunnan on

tarjottava julkiset palvelut mahdollisimman laajasti---” (UA7, 2023). Oheinen kommentti (UA10, 2023) kiteytti yksilöiden vastuuttamisen teemaa:

Julkisessa keskustelussa on yleensä tapana syyttää yhteiskuntaa siitä, että julkinen terveydenhuolto ei toimi. Yksilön vastuusta ei juuri puhuta. Annetaan ymmärtää, että koska maksamme veroja, ei ole velvollisuutta pitää huolta terveydestään. Terveyskeskuksessa työskennellessäni eniten työtä teettivät ihmiset, jotka halusivat pitää kiinni oikeudestaan tuhota terveyttään. Sen seurauksena he kuluttivat moninkertaisesti terveydenhuollon resursseja keskivertokansalaiseen verrattuna. Tämä taas oli pois muilta potilailta. Peräänkuulutan siksi myös yksilön vastuuttamista, mikäli hän on kykeneväinen tekemään omaan elämänsä liittyviä ratkaisuja.

Ennaltaehkäisyä ja yksilövastuuta oikeutettiin myös taloudellisilla ja rationaalisilla argumentaatioilla. Resurssien kohdentamista ennaltaehkäisyyn peräänkuulutettiin ja tutkimukseen ja näyttöön perustuvaa toimintaa korostettiin. Ennaltaehkäisyn nähtiin esimerkiksi olevan taloudellisesti kestävämpää kuin sairauksien hoitamisen: ”Ennaltaehkäisy on oleellisesti halvempaa kuin sairauksien hoitaminen.” (UA50, 2024) ja tieteelliseen näyttöön tukeuduttiin argumentoidessa kuinka ”--- Myös elintapaohjausta ja ravitsemusterapian saatavuutta tulee parantaa. Ravitsemusterapia on ainoita terapioidia, joihin ei saa Kela-korvausta. Elintapojen ennaltaehkäisevä vaikutus tyyppin 2 diabetekseen ja valtimotauteihin on jopa 60-90%--” (UA50, 2024).

Ennaltaehkäisyyn panostamisen nähtiin olevan myös poliittinen valinta ja kansalaiset toivat esille tyytymättömyyttä tähän liittyen: ”Tulisi hallituksen ymmärtää, että tämä on väärä säästökohte. --- Kun lääkäriin pääsee vasta sitten kun on oikeastaan jo liian myöhäistä, tulee hoito kalliimmaksi.” (UA10, 2023). Samankaltaista kritiikkiä esitettiin oheisessa kommentissa (UA7, 2023) arvioidessa haluja panostaa ennaltaehkäisyyn terveydenhuollossa:

Jonkun hallituksen pitäisi uskaltaa tehdä päätös, jossa oikeasti panostetaan terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn. --- Vedetään oikeista naruista ja ennalta ehkäistään ylipainoa, huonoa kuntoa, elintapasairauksia jo pienestä pitäen.. Ai niin, mikään hallitus ei halua oikeasti panostaa tähän, koska tämä työ näkyy vasta vuosien päästä. Ei omalla hallituskaudella.

Ennaltaehkäisyyn ja yksilövastuun diskurssissa yksilöä asemoidaan aktiiviseksi, rationaaliseksi ja vastuulliseksi toimijaksi oman terveytensä ylläpitämisessä ja turvaamisessa. Terveys ei näyttäyty diskurssissa yhteiskunnallisena oikeutena, vaan yksilöllisenä velvoitteena, jonka laiminlyönnin nähdään oikeuttavan palveluiden saatavuuden rajaamiseen tai kustannusten siirtämiseen kansalaisille. Diskurssissa näyttäytyy eriarvoisuutta uusintavia rakenteita, sillä esimerkiksi sosioekonomisia ja kulttuurillisia eroja yksilöiden kyvyssä toimia vastuullisesti ei aktiivisesti tuoda esille.

5.3.3 Hoidon tarpeenmukaisuuden ja saavutettavuuden diskurssi

Hoidon tarpeenmukaisuuden ja saavutettavuuden diskurssissa keskiössä olivat kysymykset hoidon riittävyteen, tarkoituksenmukaisuuteen ja oikea-aikaisuuteen liittyen. Kansalaiset toivat esille yli- ja alihoidon, turhien hoitokäyntien ja medikalisaation vaikutuksia terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Samalla diskurssissa korostuivat ongelmat hoitoon pääsyn ja palveluiden saavutettavuuden osalta erityisesti alueellisen tasa-arvon ja eriarvoistumisen näkökulmista. Diskurssissa keskeistä oli kysymys siitä, saako jokainen tarvitsemansa hoidon silloin, kun sitä tarvitsee.

Hoidon saatavuuden kuvattiin olevan epävarmaa ja jopa sattumanvaraista. Hoidon tarpeen arviointi kuvautui hoitoon pääsyn esteenä ja viivästyneet hoitoprosessit näyttäytyvät potentiaalisesti henkeä uhkaavina. Tätä teemaa kuvattiin esimerkiksi seuraavissa kommentteissa: ”Terveyskeskukseen yhteyden saa vain ne, jotka pääsee paikan päälle. Tosi tasa-arvoista niille, jotka ei siihen kykene.” (UA29, 2024) ja ”On arpapeliä saako hoitoa vai ei.” (UA42, 2024) sekä ”Nykyinen hoidon tarpeen arvio järjestelmä on vitsi, tarkoituksena siis mahdollisimman tehokkaasti estää hoitoonpääsy. Säästöäkin syntyisi, jos tutkittaisiin heti kokonaisvaltaisesti, seuranta- ja Buranalinja mahdollistaa esim. syöpien leviämisen---” (UA50, 2024).

Yksityinen terveydenhuolto esitettiin paikoitellen pakollisena vaihtoehtona, sillä julkisen terveydenhuollon epäonnistumisen nähtiin ohjaavan kansalaisia yksityisen

terveydenhuollon piiriin. Tätä kuvattiin järjestelmää vinouttavana ilmiönä esimerkiksi oheisessa kommentissa (UA20, 2023):

Minua ahdistaa. Aletaanko yhä enemmän sitten terveystieteissä ehdottelemaan yksityiselle menoja. Elokuussa sanottiin suoraan, että mennä yksityiselle. Silloin kuulemma lääkärille pääsivät toukokuussa jonoon otetut. Menin sitten yksityiselle, sain ajan kahden tunnin päähän (että se siitä lääkäripulasta).

Terveydenhuoltoa kuvattiin kahtiajakautuneeksi ja varallisuuden, työsuhteen ja asuinpaikan nähtiin määrittävän terveydenhuollon saavutettavuutta. Kommenteissa näyttäytyi epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia, joissa toisten kuvattiin saavan hoitoa helposti vähäisiinkin vaivoihin toisten joutuessa sinnittelemään ilman apua vakavienkin oireiden kanssa ruuhkautuneessa julkisessa terveydenhuollossa. Hoitoon pääsyyn liittyen kuvattiin myös häpeän tuntemuksia, kuten oheisessa kommentissa (K5, 2025) ilmenee:

--- Olen etuoikeutettu työterveyshuollon asiakas ja välillä häpeän etuoikeuttani kun käyn lääkärin pakeilla valittamassa pikkuvaivoistani samalla tietäen, että samaa palvelua ei monet monisairaajat saa. Terveydenhuolto pitäisi olla suunnattu sairaille ja sitä oikeasti tarvitseville.

Julkisen terveydenhuollon hoitoon pääsyn ja saavutettavuuden tilannetta kuvattiin esimerkiksi eräässä kommentissa (K2, 2023) oheisesti:

Todellisuus on kamala. Lääkärille pääsyä saat odotella iäisyyden, sairauksista tunnetaan vain yleisimmät. Jos sinulla sattuu olemaan harvinaisempi tauti jää ikuiselle odotuskaistalle. Olet hankala tapaus joka sitten loppupeleissä karrätkään ambulanssilla tosi huonossa tilassa päivystykseen.”

Hoitoprosessien nähtiin olevan hitaita ja väärin kohdennettuja, hallinnollisen kankeuden korostuessa. Oikea-aikaisen ja oikein suhteutetun hoidon nähtiin olevan sekä kansanterveydellisesti että taloudellisesti perusteltua. Lisäksi kommenteissa tuotiin esille ajatusta siitä, ettei kaikkia sairauksia tule hoitaa samalla tavalla vaan hoidon tulee perustua todelliseen tarpeeseen ja vaikuttavuuteen.

Priorisointia, hoitotakuun pidentämistä ja säästötoimia kritisoitiin esittämällä ne kansanterveyttä heikentävinä ja ennen kaikkea moraalisesti kyseenalaisina ratkaisuin. Myös hoitotakuuseen liittyvää taloudellista järkevyyttä kyseenalaistettiin: ”Hoitotakuun pidentäminen 14 päivästä 3 kuukauteen ei tuo säästöä lyhyellä eikä pitkällä tähtäimellä---” (UA32, 2024).

Päätöksenteon kuvattiin olevan etäännyttä ja välinpitämätöntä haavoittuvimpia kohtaan. Epäluottamusta ilmaistiin myös asiantuntijavaltaa ja esimerkiksi hoitokriteerejä kohtaan. Kommenteissa esimerkiksi resurssien leikkaukset, keskittämispolitiikka ja julkisen sektorin tarkoituksenmukaisena nähty alasajo kuvattiin keskeisiksi syiksi terveydenhuollon järjestelmän epäonnistumiselle. Asiantuntijavallan epäiltiin peittävän poliittisia ja taloudellisia taustatavoitteita ja esimerkiksi Käypä hoito-suositusten objektiivisuutta kyseenalaistettiin: ”Onko julkisella puolella liian tiukat kriteerit ja kustannuspaineet, ettei erikoislääkärille saa lähettää? Tai onko ”Käypähoito”-raamatussa jotain vikaa?” (UA10, 2023). Kommenteissa epäiltiin myös taustalla vaikuttavan taloudellisten tekijöiden: ”Suomen hyvä terveydenhuollon taso on ollut harhaa jo pidemmän aikaa. Käypä hoito suosituksetkin on laadittu talous edellä.” (UA50, 2024).

Medikalisaatiota kritisoitiin; liiallisen lääketieteellistämisen ja turhiksi kuvattujen käyntien nähtiin rasittavan järjestelmää, jolloin esimerkiksi vakavasti sairaiden pelättiin jäävän ilman hoitoa tai hoitojen viivästyvän. Turhiksi koettuihin käynteihin liittyen eräs kommentoija toi esille, kuinka ”Turhia käyntejä ja tutkimuksia tulee niin kovin helposti. Epäilin itselläni oireiden perusteella--- No, saatiinpa koko joukko täysin turhia ja kalliita toimenpiteitä, oma kuntoni romahtamaan enemmän ja oikea hoito viivästyään.” (UA3, 2023) ja kritiikkiä medikalisoitumisesta esitettiin eräässä kommentissa (K5, 2024) oheisesti:

Ihmisen ongelmia lisää automaattisesti se, että terveydenhoidon ja runsaan ravinnonsaannin ansiosta elämme reippaasti kauemmin kuin biologiset rajamme kestävät. --- Jo Darwin tajusi asian, mutta nykytutkijat ja poliitikot tuntuvat sen unohtaneen, eikä siis kukaan uskalla myöntää, että terveydenhoidollekin tarvitaan rajoja.

Kritisoinnin lisäksi kansalaiset esittivät ratkaisuehdotuksia saavutettavuuden ja oikeudenmukaisuuden vahvistamiseksi. Esimerkiksi seuraavat mielipiteen ilmaisut osoittavat kansalaisten osallistuvan terveydenhuollon järjestelmän oikeuttamisen ja uudelleenmuotoilun rakentamiseen kritisoinnin rinnalla: ”Palvelun saatavuutta voidaan parantaa, kun rahaa ei tuhleta nykyiseen malliin järjettömiä määriä kalliisiin ostopalveluihin ja vuokratyövoimaan.” (UA21, 2023)

Sairaala- ja muun palveluverkon supistumista tulisi kompensoida palveluista kauaksi jääville kansalaisille siten, että verotusta kevennetään sitä mukaa, mitä pidempi matka niihin on. Maksakoon palveluiden lähellä olevat ja niitä siten luultavasti enemmän käyttävät suuremman osan niiden tuottamisestakin. (UA53, 2024)

Voisihan maksuja porrastaa tulojen mukaan, jos se olisi mahdollista ilman isoa selvittelyä. Voisin maksaa enemmän julkisesta erikoissairaanhoidosta, jos sitten pääsisin aiemmin hoitoon. Uskoisin, etten ole ainoa. En ole varakas, mutta hoitoon pääsy on tärkeää. ---Hoidetaan köyhät edullisemmin, keskituloiset ja varakkaat vähän korkeammilla maksuilla, jos se on tae hyvään hoitoon. (K3, 2023)

Hoidon tarpeenmukaisuuden ja saavutettavuuden diskurssissa näkyy kansalaislähtöinen huoli hoidon riittävydestä ja siitä, saavatko kaikki ihmiset tarvitsemansa hoidon. Diskurssissa kokemukselliseen tietoon yhdistyvät eettiset huolenaiheet ja kriittinen suhtautuminen asiantuntijavaltaan. Diskurssi tiivistyy kysymyksiin siitä, saako ihminen hoitoa silloin, kun sitä tarvitsee ja onko hoito tarkoituksenmukaista ja oikein kohdennettua.

5.3.4 Hyvinvointivaltion tulevaisuuden ja järjestelmän kestävyysdiskurssi

Hyvinvointivaltion tulevaisuuden ja järjestelmän kestävyysdiskurssissa terveydenhuolto nähtiin osana laajempaa yhteiskunnallista järjestelmää. Tässä hyvinvointivaltiota ohjaavat periaatteet, kuten universalisuus, solidaarisuus ja julkinen vastuu olivat keskeisiä. Kansalaiset tuottivat huolipuhetta muun muassa järjestelmän kantokykyyn, väestön demografisen muutokseen ja rakenteellisten muutosten tarpeisiin liittyen. Lisäksi kritiikkiä esitettiin hallinnollista byrokratiaa ja palveluiden heikkenemistä kohtaan.

Hyvinvointivaltion arvostus kansalaisten keskuudessa oli korkealla, mutta samanaikaisesti sen tuhoutumista pelättiin.

Kansalaisten rakentamassa kehystyksessä hyvinvointivaltio on vaarassa romahtaa, ellei rakenteellisia uudistuksia tehdä. Julkinen terveydenhuolto kuvautui institutionaalisenä ja symbolisena järjestelmänä, jonka kautta mitataan koko hyvinvointivaltion tilaa ja oikeutusta. Hyvinvointivaltion turvaaminen esitettiin eettisenä ja yhteiskunnallisena velvoitteena. Esimerkiksi oheisen kommentin kautta perusteltiin nykyisen järjestelmän säilyttämistä moraalisiin perustein: ”---Terveydenhuolto on perusturvaa, joka tulee kustantaa julkisin varoin.---” (UA20, 2023) ja arvopohjaa korostettiin toteamalla, kuinka: ”On arvovalinta ajaa julkinen terveydenhuolto ahtaalle ja kriisiin.” (UA20, 2023).

Yksityisen sektorin rooli kuvautui ristiriitaisia tuntemuksia herättävänä; paikoitellen se nähtiin välttämättömänä julkisen terveydenhuollon tukena toimivana tahona ja toisaalta uhkana julkisen järjestelmän heikentymiselle. Yksityisen terveydenhuollon puolesta puhuttiin esimerkiksi seuraavanlaisesti: ”Meillä on yksityinen sairaanhoito siksi, että hoitoa ei pystytä tarjoamaan julkisena palveluna. Yksityinen hoitopalvelu on välttämätön, koska julkinen ei pysty kaikkia hoitamaan eikä tarjoa kaikkia palveluja.” (UA49, 2024), kun taas yksityisen terveydenhuollon roolia kritisoitiin esimerkiksi oheisesti: ”Yksityinen terveydenhuolto tulisi ajaa alas. Lääkäri ja hoitaja pula johtuu siitä että meillä on julkinen terveydenhuolto ja kolme turhaa yksityistä terveydenhuoltoa.”(UA49, 2024).

Byrokratia ja hallinto kuvautuivat kansalaisten kommentteissa resurssien väärinkäyttäjinä, aiheuttaen hoidon viivästymistä ja julkisen terveydenhuollon tilanteen heikentäjinä. Tämä tiivistyy heisessä kommentissa (K3, 2023):

Ei tämä ole mitään rakettitiedettä vaan tavallinen maalaisjärkikin olisi hyvä olla mukana kun asioita organisoidaan! Hallinto ylhäältäpäin ei ole se vastaus vaan tärkeää on tukea voimavarojen ja osaamisen suuntaamista ruohonjuuritason kehitystyöhön niin saadaan hyvien työntekijöiden resurssit käyttöön!

Diskurssi rakentui voimakkaalle huolipuheelle, jossa esitettiin pelkoa hoitoon pääsyn esytymisestä ja kuvattiin epäluottamusta niin päättäjiä, hallintoa kuin hyvinvointialueiden johtoa kohtaan. Kärkäs näkemys tilanteesta esitettiin esimerkiksi oheisessa kommentissa (UA50, 2024):

--- Millä tiedoilla ja taidoilla nämä hva -johtajat esittävät näitä ihmeellisyyksiä? Kun sairaanhoidossa työskenteleminen on jo nyt savuavilla raunioilla tulipalojen sammuttelua kiireessä, niin nämä ulostulot tarkoittavat suomeksi sitä, että koko julkinen ajetaan huonolaatuiseksi ja ruuhkaiseksi vaivashoidoksi köyhille monisairaille, joille ei pysty tarjoamaan hyvää hoitoa, niin silloin itse nostan kytkintä ja vaihdan maata.---

Lisäksi tuotiin esille ristiriitaa yhteiskunnallisen vastuun ja yksilöiden velvollisuuksien välillä. Diskurssissa rakentuu kuvausta siitä, että mikäli valtio ei huolehdi kansalaisistaan, alkavat kansalaiset kyseenalaistamaan omaa vastuutaan järjestelmää kohtaan. Esimerkiksi verotuksen merkityksellisyyttä kyseenalaistettiin: ”Eli saadaan entistä surkeampaa palvelua. Miksi yleensä maksamme enää veroja kun kaikki palvelut vain huononevat.”(UA29, 2024).

Hyvinvointivaltion tulevaisuus ja järjestelmän kestävyys diskurssissa hyvinvointivaltion osta muodostetaan kuvaa arvokkaana, mutta haavoittuvana. Ydinarvoiksi hyvinvointivaltioon liittyen piirtyivät tasa-arvo, saavutettavuus ja julkinen vastuu. Diskurssissa kiinnitettiin huomiota sekä konkreettisiin palveluiden järjestämistapoihin että järjestelmää ohjaaviin moraalisiin ja poliittisiin perusteisiin. Diskurssissa on nähtävillä jännite rakenteellisen tehokkuuden ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden välillä, sillä palveluiden uudistamisen tarpeen tunnistamisen ohella tuotiin esiin näkemystä siitä, ettei tätä voida toteuttaa hinnalla millä hyvänsä.

5.3.5 Poliittisen vallan ja ideologian diskurssi

Poliittisen vallan ja ideologian diskurssissa terveydenhuollon kehitystä peilattiin poliittisiin linjauksiin, ideologioihin ja järjestelmävalintoihin. Kansalaiset toivat esiin

vastakkaisia näkemyksiä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rooleista, markkinaperusteisuuden vaikutuksista sekä vakuutusperustaisen hoidon lisääntymisestä. Keskeisenä kysymyksenä nousi ajatus siitä, kenen vastuulla terveydenhuollon tulisi olla ja millä periaatteilla sitä tulisi ohjata.

Kansalaiset loivat kuvaa, jossa hallituksen nähtiin olevan vastuussa kansalaisten kärsimyksistä. Hallituksen politiikka kuvautui vastuuttomana, epäinhimillisenä ja jopa perustuslain vastaisena. Terveydenhuolto nähtiin poliittisena pelinappulana, jossa ideologiset tavoitteet asetetaan kansanterveyden edelle. Julkisen terveydenhuollon tilan kuvattiin olevan kriisiytynyt ja tämän epäiltiin olevan poliittisen tahtotilan tuottamaa, kuten oheisissa esimerkeissä: ”Kunnalliset terveyspalvelut kuuluukin romahduttaa, että saamme yksityiset terveysyritykset tilalle. Bisnes ja osakeomistajuus on se mikä kannattaa. (Sarkasmia)” (UA32, 2024) ja ”Kyseessä on pelkkää verovarojen siirtoa yksityiselle sairaanhoidolle, missä majailee entisiä kokoomuslaisia. Ei tässä olekaan tarkoitus noudattaa mitään taloudellisesti tehokasta tai järkevää.” (UA20, 2023). Poliittiset päätökset kuvautuivat epäpätevänä ja vastuuttomina ja esimerkiksi asiantuntijoiden lausuntojen sivuuttamisen nähtiin heikentävän päätöksenteon uskottavuutta: ”Hallitus voisi säästää lopettamalla asiantuntilausuntojen keräämisen. Eiväthän he anna kommenttien vaikuttaa päätöksiin.” (UA46, 2024).

Myös terveydenhuollon yksityistäminen nousi esiin poliittisena ja ideologisena tavoitteena terveydenhuollon toiminnallisen parantamisen sijaan. Terveydenhuollon yksityistämiseen liittyvässä keskustelussa nousivat esiin huolet yksityistämisen seurauksista, kuten hintojen noususta, voittojen valumisesta ulkomaille ja palveluiden keskittymisestä hyväosaisille ja näiden nähtiin heikentävän koko yhteiskuntaa. Yksityistämiseen liittyvä huoli kulminoitui toistuvasti metaforaan ja uhkakuvaan, jossa terveydenhuollon arvioitiin olevan matkalla Yhdysvaltojen mallin suuntaan. Tässä uhkakuvassa terveydenhuolto kuvautuu kalliina, eriarvoistavana ja toimimattomaksi koettuna, kuten oheisissa esimerkeissä: ”Suomessakin ollaan vahvasti menossa Amerikan malliin, jossa julkinen sektori on vain ”rupusakille”, ja muut hakevat palvelunsa yksityiseltä puolelta vakuutuksilla ja

itse suoraan maksamalla.”(2023, UA10) ja ”Noh, kun täälläkin homma vedetään pöntöstä nyt alas, niin kohta käymme jenkkien ja brittien ohella saamassa välttämättömän lääkehuoltomme ja leikkaustoimenpiteemme kommunistisen Kuuban puolelta, jossa edelleen julkinen terveydenhuolto pelaa.” (UA16, 2023). Hallituksen taloudellisia prioriteetteja kuvattiin moraalisesti kestävämmän tilanteessa, jossa terveydenhuollon rahoituksen ja henkilöstöressurssien riittämättömyys korostuvat. Taloudellisten päätösten nähtiin olevan kestävämpiä ja säästöjen kuvattiin vielä kääntyvän kustannuksiksi, kuten oheisessa kommentissa (UA32, 2023) tuotiin esille:

Olisi aika todellakin katsoa , mihin valtio rahaa kohdentaa ja käyttää ja jakaa --- ollaan valmiita syyttämään miljardeja , vaikka todennäköisesti niistä osa valuu suoraan osinkoina sijoittajien taskuihin ja työpaikkoja ei synny muuten kuin laskelmissa --- Ongelma on päättäjien rahankäytössä ja vallan käytössä ja kyvykyssä hoitaa koko maan asioita—

Paikoin kansalaisten muodostamassa kuvassa näkyi pilkahduksia yksityisen terveydenhuollon oikeuttamisesta esimerkiksi tehokkuuden ja nopeuden korostamisessa: ”Jos yksityinen hoitaa samat palvelut halvemmalla ja ilman kuukausien jonotusta, ja kaikki voitavat, niin mitä sitten? Puhdas ideologinen vastustus ei ole järkevää.” (UA32, 2024), mutta tämä kuva jäi häilyväksi pääpainon ollessa yksityisen terveydenhuollon ja terveydenhuollon yksityistämisen sekä markkinallistumisen kritisoinnissa.

Poliittisen vallan ja ideologian diskurssissa poliittisen vallankäytön oikeutusta kyseenalaistetaan ja tuodaan esille terveydenhuollon politiikka ohjaavia ideologisia rakenteita. Julkisen terveydenhuollon puolustaminen nousee moraaliseksi ja yhteiskunnalliseksi vastarinnaksi markkinaperusteiselle ja ideologioiden ohjaamalle terveyspolitiikalle. Kansalaiset kuvautuvat diskurssin kautta aktiivisiksi tiedostajiksi ja kritiikin sekä epäkohtien esittäjiksi.

5.3.6 Priorisoinnin oikeuttamisen ja rajaamisen diskurssi

Priorisoinnin oikeuttamisen ja rajaamisen diskurssissa priorisointia tarkasteltiin väistämättömänä ja tarpeellisena julkisen terveydenhuollon osa-alueena. Kansalaiset toivat esiin priorisoinnin onnistumiseen, epäonnistumiseen ja haasteisiin liittyviä näkökulmia. Lisäksi pohdittiin priorisoinnin määrittämiseen ja rajojen asettamiseen liittyviä perusteita. Diskurssissa tunnistettiin priorisoinnin vaikeus ja välttämättömyys niukkojen resurssien kontekstissa.

Priorisoinnin väistämättömyys ja välttämättömyys yhdistyivät kansalaisten näkemyksissä resurssien riittämättömyyteen ja priorisointi nähtiinkin tarpeellisena keinona terveydenhuollon kestävyden turvaamiseksi. Priorisointi hyväksyttiin tietyn ehdoin, mutta samanaikaisesti esitettiin vaadetta oikeudenmukaiselle, läpinäkyvälle ja eettisesti kestäväälle priorisoinnille. Priorisointitarpeeseen johtavan resurssien riittämättömyyden taustasyitäkin tuotiin kansalaisten toimesta esille: ”Näitä kipeitä päätöksiä tulee väkisin tehtäväksi kun lapsia on vuosikymmenet syntynyt kohtuullisen vähän ja ikärakenne on mitä on.” (UA18, 2023) ja esimerkiksi oheisessa kommentissa (UA54, 2024) tuotiin esille näkemystä priorisoinnin tarpeellisuudesta ja yhteydestä riittämättömiin resursseihin:

Toivottavasti valtakunnallisesti yhtenäinen priorisointi tulee käyttöön. Priorisointiahan tehdään koko ajan, koska resursseja (rahaa ja työvoimaa) on rajallisesti. Nykyään priorisointi vain on melko sattumanvaraista. Työikäisiä pidetään leikkausjonossa samalla kun leikataan kahdeksankymppisiltä hitaasti eteneviä syöpiä. Selkeät ja yhtenäiset priorisointisäännöt kohdentaisivat resurssit sinne, missä niistä saadaan eniten hyötyä eli terveitä elinvuosia.

Diskurssissa rakentui jännite priorisoinnin hyväksymisen ja kritisoinnin välille. Vaikka priorisoinnin tunnistettiin olevan osa reaalipolitiikkaa ja priorisointia toteutetaan jo nyt terveydenhuollossa, kyseenlaistivat kansalaiset priorisoinnin toteutustavat. Erityisesti huolta esitettiin priorisoinnin vaikutuksista kansalaisoikeuksien toteutumiseen, yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvon kunnioittamiseen liittyen. Eräs kommentoija tiivistä kokemuksensa oheisesti: ”Kyllä se suurin kritiikki kumpuaa nimenomaan siitä pelosta ja

faktasta, että hoitoonpääsy vaikeutuu. Yhtään hoitajaa ei näillä muutoksilla tullut lisää, yhtään potilasta ei vähentynyt jonosta.” (A2, 2024).

Rajanveto ja kriteerien muodostaminen sille, kuka saa hoitoa ja kuka ei, koettiin haastavaksi, sattumanvaraiseksi ja epäeettiseksi. Priorisoinnin epäiltiin tuottavan epäoikeudenmukaisuutta etenkin heikommissa asemissa olevien potilasryhmien osalta: ”---Priorisointia tehdään terveydenhuollossa joka päivä on tehty jo vuosikymmeniä. Se mitä nyt haetaan lienee kuinka sitä tehtäisiin eri paikoissa samoin perustein kaikille. Ne ihmiset joilla on harvinaistauti mietityttää -- Edesvastuutonta olisi todeta että näitä ei nyt sitten hoideta enää.” (UA54, 2024). Eräs kommentoija (UA44, 2024) esitti oheisen, emotionaalisesti latautuneen, hypoteettisen kysymyksen resurssien kohdentamisesta eri potilasryhmien välillä:

--- mitä jos sinulla olisi 100 000 euroa rahaa, etkä ehdi ajoissa hankkia enempää. 60-vuotias isäsi olisi sairastanut tautiin, jonka hoito maksaa 100 000 euroa rahaa, molemmat 5-vuotiaat lapsesi olisivat sairastuneet toiseen tautiin jonka hoito maksaa 50 000 euroa kappaleelta. Käyttäisitkö kaikki rahat edelleen isäsi hoitoon? Tämä on käytännössä se kysymys mihin valtiotasolla pitää vastata kun mietitään ketä parannetaan ja ketä ei, koska rahaa ei riitä kaikkien hoitoon.

Politiikan ja taloudellisten intressien nähtiin korostuneesti ohjaavan priorisointia ja huoleksi nousi asiantuntijoiden näkemysten ja kansalaisten hyvinvoinnin sivuuttaminen päätöksissä. Oheisessa kommentissa (UA39, 2024) kiteytyi tyytymättömyys poliittisia päätöksiä ja asiantuntijatiedon hyödyntämättömyyttä kohtaan:

Hallituksen työryhmä pohtimassa" eli saksitaan jälleen ilman niitä oikeita ruohonjuuritason asiantuntijoita, hoitajia ja lääkäreitä. Vaan eihän heillä nyt voisi olla mitään tietoa aiheesta. Parempi kun se "bättre folk" kertoo miten homma makaa. Hohhoijaa, vuosikymmeniä kierretään samaa kehää...

Diskurssissa nousi keskiöön kysymyksiä hoitojen mahdollisen rajaamisen perusteista, siitä kuka priorisointipäätöksiä tekee ja kenen ääni lopulta nousee kuuluviin. Kansalaiset korostivat tarvetta läpinäkyvyyteen, eettisten näkökulmien huomioimiseen ja demokraattiseen sekä kansalaiset osallistavaan keskusteluun priorisointipäätöksiin

liittyen. Kansalaisten esiintuomat näkökulmat viestivät tarpeesta osallistua päätöksentekoon. Tarvetta kansalaiset osallistavaan keskusteluun tuotiin ilmi esimerkiksi kommenteissa: ”Ennen näin eettisesti vaativia päätöksiä on syytä käydä laaja kansalaiskeskustelu ja vähintään odottaa uudet vaalit. Nyt alkaa jo pelottaa -enemmän kuin kaapelirikot.” (UA54, 2024) ja ”Suomessa ei ole käyty minkäänlaista yhteiskunnallista keskustelua siitä, onko tämä sitä mitä kansalaiset haluavat. Halutaanko soteen meneviä verorahoja priorisoida niin, että esimerkiksi vanhustenhoivasta nipistetään?” (UA50, 2024).

Priorisoinnin oikeuttamisen ja rajaamisen diskurssissa priorisoinnin hyväksyntä ja kriittisyys priorisointia kohtaan kuvautuvat rinnakkaisina. Vaikka priorisointi periaatteessa hyväksytään, samanaikaisesti sen toteutustavat kyseenalaistetaan. Terveystieteiden priorisointi asemoituu diskurssissa osaksi laajempaa yhteiskunnallista huolta julkisten resurssien riittävydestä ja hyvinvointivaltion tulevaisuudesta. Diskurssi heijastaa kansalaisten moniäänistä, kriittistä ja arvopohjaista suhtautumista terveydenhuollon priorisointiin.

5.3.7 Resurssien hallinnan ja tehokkuusajattelun diskurssi

Resurssien hallinnan ja tehokkuusajattelun diskurssi keskittyi terveydenhuollon resurssien niukkuuteen, jakamiseen ja käyttämiseen. Keskiössä olivat tehokkuusvaatimukset ja kritiikki tehottomia ja usein byrokraattiseksi nimettyjä käytänteitä kohtaan. Diskurssissa pohdittiin, miten terveydenhuollon palveluita voitaisiin tuottaa kustannusvaikuttavasti ilman, että hoidon laatu tai saatavuus kärsivät.

Julkinen sektori esitettiin kansalaispuheessa toistuvasti byrokraattisena ja resurseja väärin käyttävänä. Terveystieteiden ongelmien nähtiin johtuvan ensisijaisesti tehottomasta resurssien kohdentamisesta, ylisuurista hallintokustannuksista ja rakenteellisista tekijöistä. Tehottomuutta terveydenhuollossa tuotiin esille esimerkiksi oheisesti: ”---toiminta on tehotonta, koska lakipykälien tulkinta on tiukkaa sekä liitot

pitää huolen siitä että työnkuvat on tiukkaan säädelty.” (UA32, 2024) ja ”Olen omalla kohdallani seurannut tkn toimintaa ja täytyy sanoa, että tehotonta toimintaa ja turhaa pilkun viilaamista. --- Kyllä meillä on potilaat järjestelmää varten eikä järjestelmä potilasta varten. Asiat voisi myös hoitaa kerralla ja sujuvasti!!” (UA25, 2023). Nykyisiä terveydenhuollon käytänteitä kuvattiin passiivisiksi ja jopa tietoisesti tehottomiksi.

Hallinnon ylikorostuminen näkyi kansalaisten huolenaiheena, hallinnollisten tehtävien ja hoitoon liittymättömien tekijöiden kuormittaessa heidän mukaansa terveydenhuollon järjestelmää ja vieden resursseja varsinaisesta hoidosta. Oheisissa kommentteissa nämä näkökulmat korostuivat: ”Huolestuttavaa, että halu terveydenhuollon kustannusten alentamiseen kohdistuu nimenomaan hoitoihin ja diagnostiikkaan, siis terveydenhuollon varsinaiseen tehtävään. Oikea tehostamisohde olisi raskas hallinto, byrokratia, tehottomat prosessit ja kömpelöt tietojärjestelmät.” (UA3, 2023) ja ”-- käytössä olevaa rahaa kohdennettaisiin nykyistä enemmän käytännön hoitotyötä vakinaisina tekevien palkkoihin eli nostettaisiin näiden palkkaa sillä rahalla, mitä nykyisin maksetaan keikkafirmoille (myös keikkalaisille), ”pörriäisille” ja ylimitoitettuun hallintoon.” (UA26, 2023). Edellisen hallituksen aikana muodostettua hyvinvointialueuudistusta kritisoitiin resurssinäkökulmasta oheisesti (UA18, 2023):

Edellinen hallitus päätti perustaa massiivisen terveydenhuollon toimiston, jossa on korkeapalkkaisia johtajia. Siksi varsinaiseen terveydenhuoltoon ei jää enää rahaa. Tämä on klassinen tapaus, jossa hallintokustannukset imevät kaikki käytettävissä olevat resurssit. Tässä vaiheessa pitäisi tunnustaa, että Suomen hallitus ei yleensä pysty tekemään mitään, mikä on hyödyllistä tässä maassa asuville ihmisille.

Diskurssissa näkyi valtasuhteiden haastaminen useammalla eri tasolla. Kansalaiset kyseenalaistivat poliittisen päätöksenteon, budjettikehykset ja hyvinvointialueiden rakenteet. Vallankäyttöä ja poliittisia päätöksiä kyseenalaistettiin muun muassa seuraavanlaisesti: ”Olisi aika todellakin katsoa , mihin valtio rahaa kohdentaa ja käyttää ja jakaa --- Ongelma on päättäjien rahankäytössä ja vallan käytössä ja kyvykkyydessä hoitaa koko maan asioita.---”(UA32, 2024) ja ”--- Näin siis salaa asiat hoidetaan jo. Jos

kaikki tällaiset kähmäilyt tiedettäisiin julkisesti, niin rohkeampi kansa olisi jo noussut avoimeen kapinaan huonoa hallintoa vastaan.”(UA29, 2024). Poliittisen päätöksenteon ja resurssien suuntamisen metaforaksi kommentteissa muodostui infrastruktuurihanke, jota toistuvasti kommenteissa kuvattiin sanoituksella ”tunnin juna”. Termiä käytettiin kansalaisten näkökulmasta turhan ratahankkeen kritisoimiseksi ja epäoikeudenmukaisuuden tuntemuksien esille tuomiseksi kuten esimerkiksi oheisissa kommentteissa: ”On varaa Turun tunnin junaan, muttei palveluihin.”(UA18, 2023), ”Äänestäkää nyt ensin sellaiset poliittiset päättäjät, jotka asettavat terveydenhuollon etusijalle eivätkä tunnin junaa yms. Terveydenhuolto saa tietyt resurssit, joita nyt kovasti leikataan.” (UA44, 2024) ja ” Kumpi on tärkeämpää, terveyden-, vanhusten- ja lastenhoito, vai joidenkin junailijoiden 30 minuutin ajansäästö?” (UA39, 2023).

Yksityinen terveydenhuolto sai tässä diskurssissa ristiriitaisen roolituksen: se kuvattiin toisaalta joustavaksi, nopeaksi ja vaikuttavaksikin toimijaksi, kun samanaikaisesti yksityisen terveydenhuollon kritisoitiin vievän resursseja julkiselta terveydenhuollolta. Yksityisen terveydenhuollon toimivuutta kuvattiin esimerkiksi oheisesti: ”Omalla kohdalla sairausvakuutus mahdollisti nopean selkäleikkauksen. Selkäni leikattiin vajaan viikon päästä magneettikuvista. Kaikki tapahtui yksityisellä puolella. Ilman leikkausta en enää kävelisi.” (UA27, 2023) ja kritiikkiä esitettiin muun muassa oheisesti: ”Yksityinen terveydenhuolto tulisi ajaa alas. Lääkäri ja hoitaja pula johtuu siitä että meillä on julkinen terveydenhuolto ja kolme turhaa yksityistä terveydenhuoltoa.” (UA49, 2024). Aineistossa työterveyshuollon metaforaksi nousi ”pyhä lehmä”, jolla viitattiin työterveyshuollon erityisasemaan ja siihen kohdistuvaan suojeluun, joka vaikeuttaa terveydenhuollon rakenteellista tarkastelua ja uudistamista tasa-arvoisemmaksi, kuten oheisessa esimerkissä: ”Työterveyshuollosta on tullut ”pyhä lehmä”. Siihen ei haluta koskea vaikka pitäisi. Se on paisunut valtavaksi bisnekseksi ja todellakin syö resursseja julkiselta puolelta.” (K4, 2024).

Resurssien hallinnan ja tehokkuusajattelun diskurssi heijastaa laajempaa huolta hyvinvointivaltion kestäkyvystä ja moraalisisista valinnoista terveydenhuollon

priorisoinnissa. Kansalaisten ääni toimii pääasiallisesti kritiikin ja huolen ilmaisuun. Vaihtoehtoisten ratkaisujen esittäminen jää paitsioon. Vaatimuksia parempaa priorisointia, kustannusvaikuttavuutta ja kohdennettua resurssienkäyttöä kohtaan esitetään. Resurssien kohdentamista mahdollisimman vaikuttavasti tuodaan esille oikeudenmukaisuuden ja välttämättömyyden näkökulmista. Kansalaisten kommenttien kautta on nähtävissä, ettei tehokkuus kuvaudu ainoastaan hallinnollisena tavoitteena vaan myös kansalaisille merkityksellisenä oikeudenmukaisuuskysymyksenä.

5.4 Eri osapuolten käyttämät legitimaation argumentaatiostrategiat

Eri osapuolten käyttämiä legitimaation argumentaatiostrategioita tarkasteltiin aineiston analyysivaiheessa Van Leeuwenin (2007, s. 91-92) argumentaatiostrategioiden viitekehysten kautta. Tutkielmassa tarkasteltiin asiantuntijoiden, median ja kansalaisten käyttämiä argumentaatiostrategioita neljän ylätason diskurssiluokan kautta, jotka Van Leeuwenin (2007, s. 91-92) mukaan ovat rationalisointi, auktorisointi, moraalinen arviointi ja mytopoeesi.

Van Leeuwen (2008, s. 113) kuvaa rationalisoinnissa eli järkipäätöksenteon käytössä olevan kaksi päätyyppiä; instrumentaalisen rationaalisuuden ja teoreettisen rationaalisuuden. Instrumentaalisen rationaalisuuden hän kuvaa kytkeytyvän tavoitteisiin, käyttötarkoituksiin sekä vaikutuksiin ja teoreettisen rationaalisuuden kytkeytyvän luonnolliseen järjestykseen. Aineistossa rationalisointi toimii asiantuntijoiden käyttämänä pääosin priorisoinnin, palveluvalikoiman ja säästö päätöksen legitimoimiseksi. Asiantuntijat oikeuttavat terveydenhuollon muutoksia, priorisointia ja säästötoimia vetoamalla järjestelmän taloudellisiin ja rakenteellisiin realiteetteihin, kuten henkilöstöresurssien vähäisyyteen, kustannusten kasvuun, väestönrakenteen muutokseen ja resurssien niukkuuteen. Rationalisointia käytettiin asiantuntijoiden toimesta myös päätöksenteon loogisuuden, toimivuuden ja johdonmukaisuuden delegitimointiin ja kyseenalaistamiseen, tuoden esille järjestelmän tehottomuutta ja rakenteellisia puutteita. Median toimesta rationalisointia käytettiin perusteltaessa toimia resurssi- tai talouslähtöisesti. Järjestelmän tilaa tai

poliittisia toimia oikeutettiin viittaamalla rationaalsiin perusteluihin, kuten olosuhteiden pakkoon ja resurssien rajallisuuteen. Rationalisoinnin argumentaatiostrategian käytön yhteydessä media toi toistuvasti esille haittanäkökulmaa, eli vaikka jonkin asian hyväksyttävyyttä argumentoitiin rationalisoinnin kautta, tunnustettiin samanaikaisesti siitä koituva haitta. Rationalisointia käytettiin median toimesta myös esimerkiksi poliittisten päätösten epäjohtamukaisuuden ja -loogisuuden sekä järjenvastaisuuden osoittamisessa. Kansalaiset käyttivät rationalisointia oikeuttaessaan priorisointia ja resurssien tehokasta käyttöä. Rationalisoinnin argumentaatiostrategian käyttö korostui kansalaispuheessa ilmenevissä priorisoinnin oikeuttamisen ja rajaamisen sekä resurssien hallinnan ja tehokkuusajattelun diskursseissa.

Van Leeuwen (2008, s. 106–109) kuvaa auktorisoinnin pohjautuvan ajatukseen vallankäytön oikeutuksesta: kenellä on oikeus käyttää valtaa ja millä keinoilla. Auktorisointiin perustuva legitimaatio voi hänen mukaansa rakentua eri ominaisuuksien, kuten tapojen, auktoriteettiaseman tai suositusten perusteella. Hän kuvaa näiden luokkien pitävän sisällään eri muotoja, tunnistaen näihin lukeutuvan vaatimuksenmukaisuuteen, perinteisiin, henkilökohtaiseen ja persoonattoman sekä asiantuntijuuteen ja roolimalliasemaan perustuvan auktorisoinnin. Aineistossa asiantuntijoiden käyttämänä auktorisoinnin argumentaatiostrategiassa legitimaatiota haettiin asiantuntijastatukseen, asiantuntijaorganisaatioihin ja lainsäädäntöön vedoten. Asiantuntijalausunnat pohjautuivat pääosin lääketieteelliseen tai hallinnolliseen asiantuntemukseen, vahvistaen lausuntojen uskottavuutta. Van Leeuwenin (2008, s. 106) mukaisesti henkilökohtaisen auktoriteetin luo henkilön asema tai rooli, jolloin heidän ei tarvitse vedota muihin perusteluihin käyttäessään oikeutuksenaan ”koska minä sanon niin”-perustelua. Asiantuntijoiden käyttämänä auktorisoinnin argumentaatiostrategiassa korostuu lakisäätöisten velvoitteiden ja tutkimusnäytön esille tuominen legitimoimiseksi keinona. Asiantuntijat haastoivat poliittisten päättäjien ja hallinnon legitimiyyttä korostaessaan asiantuntijatiedon ohittamista ja asiantuntijatiedon vastaisuutta. Median nähtiin hyödyntävän auktorisointia tuomalla esille asiantuntijoiden, viranomaisten ja päättäjien näkemyksiä eri toimien oikeuttamiseen ja hyväksytyjen rakenteiden kuvaamiseen. Erityisesti poliittisten toimijoiden

auktoriteettia tuotiin esille kyseenalaistaen median toimesta, esittämällä heitä passiivisina ja vastuuta välttelevinä. Kansalaiset käyttivät auktorisointia vedotessaan asiantuntijoihin, auktoriteetteihin tai yhteiskunnallisiin normeihin oikeuttaessaan terveydenhuollon käytäntöjä. Viittaukset kohdistuivat usein asiantuntijoiden tai viranomaisten lausuntoihin. Auktorisointia käytettiin kansalaisten toimesta selkeästi asiantuntijoita ja mediaa vähemmän. Tätä argumentaatiostrategiaa käytettiin kansalaisten toimesta usein delegitimoinnin keinona, auktoriteettivallan ja asiantuntijoiden pätevyyden kyseenalaistamisessa. Tämä havainto on yhteydessä Van Leeuwenin (2008, s. 107) huomioihin asiantuntijuuden arvon kohtaamasta kritiikistä ja heikkenemisestä, sillä ihmiset ovat tietoisempia asiantuntemuksen moninaisuudesta ja siitä, että useisiin tilanteisiin on olemassa useampi kuin vain yksi asiantuntijaratkaisu. Van Leeuwen (2008, s. 107) toteaa myös tiedon avoimemman saatavuuden johtaneen asiantuntija-asemaan pohjautuvan auktoriteetin heikkenemiseen.

Van Leeuwen (2008, s. 109) kuvaa moraalisen arvioinnin pohjautuvan arvoihin. Moraalisissa arvioinneissa vihjataan Van Leeuwenin (2008, s. 110) mukaan moraalisiin arvoihin ja käytetään esimerkiksi adjektiiveja, joilla pyritään laukaisemaan moraalisia käsitteitä. Aineistossa moraalinen arviointi jää asiantuntijoiden käyttämissä legitimaation argumentaatiostrategioissa vähemmälle painotukselle. Moraalisen arvioinnin argumentaatiostrategia on vahvimmillaan kaupallistumista, yksityistämistä ja järjestelmän epäoikeudenmukaisuutta kritisoivissa julkilausumissa. Asiantuntijat hyödynsivät moraalista arviointia perustellessaan kantojaan eettisten ja moraalisten periaatteiden, kuten yhdenvertaisuuden, oikeudenmukaisuuden ja julkisen järjestelmän turvaamisen kautta. Moraalisen arvioinnin argumentaatiostrategia näyttäytyi erityisesti hyvinvointivaltion ja arvopohjaisen terveydenhuollon diskurssissa. Median nähtiin paikoin rakentavan hyväksyttävyyttä ja oikeutusta moraalisen arvioinnin argumentaatiostrategian kautta, moraalisen arvioinnin kuitenkin pääsääntöisesti toimiessa median käyttämänä keinona delegitimoida. Media kyseenalaisti moraalisen arvioinnin kautta esimerkiksi poliittisia päätöksiä ja hallintoa arvottamalla näitä epäoikeudenmukaisiksi, -inhimillisiksi ja -eettisiksi. Moraalisen arvioinnin argumentaatiostrategian käyttö korostui kansalaisten keskuudessa.

Moraalista arviointia käytettiin sekä legitimoinnin että delegitimoinnin keinona. Moraalinen arviointi näkyi kansalaisten kommenteissa erityisesti toimenpiteiden ja päätösten oikeudenmukaisuuden, eettisyyden ja yhteiskunnallisen vastuullisuuden esille tuomisessa ja kansalaisten pohtiessa usein yhteiskunnallisten sekä yksilöiden tekemien valintojen eettisiä perusteita. Moraalinen arviointi kytkeytyi muun muassa terveydenhuollon priorisoinnin delegitimaatioon perustellessa sitä, miksi priorisoinnin tulisi perustua muuhun kuin taloudellisiin tekijöihin ja korostaessa tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden toteutumisen varmistamista.

Mytopoeesi perustuu Van Leeuwenin (2008, s. 117–119) mukaan legitimaation rakentamiseen tarinallistamisen ja myytinluonnin avulla. Mytopoesin muotoina hän kuvailee olevan moraalisten ja varoittavien tarinoiden, joiden perimmäisenä tarkoituksena on etäännyttää kuulijaa arkisista asioista, mahdollistaen näiden tarinoiden taustalla olevien järjestelmien ja toimintatapojen kriittisemmän ja mahdollisesti kyseenalaistavamman arvioinnin. Hän kuvaa keinona tähän käytettävän esimerkiksi symbolisointia. Aineistossa asiantuntijat eivät systemaattisesti tai suoraan hyödyntäneet mytopoeesia argumentaatiostrategianaan. Paikoin asiantuntijat toivat esille symbolisia ja arvolatautuneita viittauksia, mutta ne painottuivat enemmän moraalisen argumentointiin kuin kertomuksellisten tai kulttuurillisten myyttien hyödyntämiseen. Mytopoeettisia sävyjä oli nähtävissä esimerkiksi asiantuntijoiden viittauksissa hyvinvointivaltion arvopohjaan, yhteiskunnalliseen epäonnistumiseen ja tulevaisuuden uhkakuviin liittyen. Media hyödynsi mytopoesin argumentaatiostrategiaa useammin kuin asiantuntijat. Media tuotti mytopoeettisia viittauksia erityisesti tasa-arvoiseen ja toimivaan hyvinvointivaltioon liittyen. Kansalaiset hyödynsivät mytopoesin argumentaatiostrategiaa muita toimijoita selkeämmin. Kommenteissa rakennettiin ja tuotiin esille erilaisia myyttejä ja käytettiin muun muassa tunteita ja pelkoja vahvistamaan kansalaisten näkemyksiä ja luomaan kuvaa mahdollisesta tulevaisuuden dystopiasta. Mytopoeesi toimi kansalaisten käyttämänä usein delegitimaation keinona, metaforisten kertomusten ja narratiivien kautta.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän tutkielman tavoitteena oli tuottaa ymmärrystä ja kuvaa siitä, millaisia diskursseja ilmenee asiantuntija-, media ja kansalaispuheessa terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa ja millaisia legitimaation argumentaatiostrategioita eri toimijat tässä asiayhteydessä hyödyntävät. Aineisto muodostui aikavälillä 01.01.2023-31.12.2024 Yle.fi-verkkosivuilla julkaistuista terveydenhuollon priorisointiin liittyvistä eri juttutyypeistä sekä eri juttutyyppeiden kommenttiosioissa kansalaisten ilmaisemista kommenttimuotoisista mielipiteistä. Analysoitava aineisto koostui 62 eri tekstityypistä ja 1283 kansalaisten näiden tekstityyppien yhteydessä tuottamasta kommentista. Aineisto analysoitiin kriittisen diskurssianalyysin keinoin.

Tutkielmassa aihetta lähestyttiin kahden tutkimuskysymyksen kautta:

- 1) Millaisia diskursseja ilmenee eri tekstityypeissä suomalaisessa mediakeskustelussa eri osapuolten toimesta terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa?
- 2) Millaisia legitimaation argumentaatiostrategioita terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa hyödynnetään?

Tutkielman tulokset osoittavat, että terveydenhuollon priorisointiin liittyvä julkinen keskustelu on monitasoista ja jännitteistä, sisältäen useita rinnakkaisia ja keskenään kilpailuvia diskursseja. Asiantuntijat muodostivat diskursseissaan järjestelmälähtöisiä ja vaikuttavuuteen perustuvia tulkintakehyksiä, joissa korostuivat muun muassa resurssirealismia, valtakunnallisen ohjauksen tarvetta ja rationaalista priorisointia. Media roolittui keskustelussa aktiiviseksi epäkohtien nostajaksi ja kritiikin esittäjäksi tarjoten alustan niin asiantuntijoille kuin kansalaisille diskurssien tuottamiseen. Huomionarvoista on, ettei median rooli ollut vain passiivinen, vaan se myös osallistui aktiivisesti diskurssien rakentamiseen (ks. Wiio, 2006, s. 12-14; Kunelius ja muut, 2010, s.22). Media tuotti diskurssien kautta julkista painetta muun muassa poliittisen vallan kyseenalaistamisella, päätöksentekoon kohdistuvalla kritisoinnilla ja kriisi- sekä huolipuheen tuottamisella.

Kansalaiset muodostivat diskursseissaan kuvaa heikkenevästä hyvinvointivaltiosta ja julkisen terveydenhuollon tuhoutumisesta, tuoden esille epäluottamusta nykyistä järjestelmää kohtaan. Kansalaisten diskursseissa painotus oli kokemuksellista, pohjaten paljon moraalisiin arvoihin ja eettisiin periaatteisiin. Sekä asiantuntijat, media että kansalaiset osallistuivat terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa diskurssien muodostamiseen ja vakiinnuttamiseen, mutta usein eri keinoin ja intressein. Habermasin (1976, 107-108) kuvaamaa ihannetta rationaalisesta julkisesta keskustelusta haastaa tilanne, jossa teknokraattinen asiantuntijuus, kansalaiskokemukset ja poliittinen retoriikka ovat yhteen kietoutuneita ja vaikuttavat toisiinsa tavalla, joka hämärtää rajaa argumentaation rationaalisuuden ja vallankäytön välillä.

Tulokset haastavat Torkin ja muiden (2022b, s. 81) väitettä siitä, etteivät kansalaiset hahmota priorisoinnin välttämättömyyttä ja tukevat Bijlmakersin ja muiden (2020, s. 32) näkökulmaa kansalaisten ymmärryksestä terveydenhuollon muutostarpeiden merkityksellisyyteen liittyen. Kansalaiset hahmottivat terveydenhuollon priorisoinnin välttämättömyyden sekä väistämättömyyden, ja tämä näyttäytyi erityisesti kansalaisten mielipiteiden kautta ilmenevässä priorisoinnin oikeuttamisen ja rajaamisen diskurssissa. Samassa diskurssissa korostui myös kansalaisten tarve osallistua priorisointikeskusteluun ja tämä vaade on linjassa esimerkiksi Terwindtin ja muiden (2016, s. 19) näkemyksiin priorisoinnin periaatteiden pohjautumisen tarpeesta yhteiskunnalliseen keskusteluun, Meuselin ja muiden (2023, s. 423) näkemyksiin osallistavan keskustelun mahdollisuuksien turvaamisesta sekä Habermasin (1976, s. 107-108) ajatukseen diskursiivisen keskustelun perustumisesta kaikkien osallistumiseen.

Poliittisen vallan, ohjauksen ja ideologian näkyminen korostuivat aineistossa kaikkien osapuolten tuottaessa diskursseja teemaan liittyen. Näissä diskursseissa kuvautui vastuunsiirtoa, hajanaisuutta ja ristiriitaisuutta poliittiseen valtaan ja päätöksentekoon liittyen. Tämä osoittaa, että terveydenhuollon priorisointi ei ole ainoastaan asiantuntijavekoinen, teknisiin tai taloudellisiin tekijöihin perustuva prosessi, vaan siihen kytkeytyy samanaikaisesti voimakkaita poliittisia ja ideologisia ulottuvuuksia. Priorisointi näyttäytyy

tulosten perusteella sekä välttämättömyytenä että kiistanalaisena vallankäytön muotona, joka vaikuttaa muun muassa kansalaisten kokemaan oikeudenmukaisuuteen ja osallisuuteen. Asiantuntijat peräänkuuluttivatkin johdonmukaista, valtakunnallista ohjausta ja läpinäkyvää poliittista vastuunkantoa. Sekä kansalaiset että media tuottivat aineistossa kritiikkiä poliittista valtaa kohtaan kyseenalaistamalla taustalla vaikuttavat intressit ja ideologiat.

Tutkielmassa keskeiseksi havainnoksi kuvautuu kansalaisten heikentynyt luottamus julkiseen terveydenhuoltoon. Tämä havainto on linjassa Valtioneuvoston (2024, s. 15) tuottaman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan luottamus terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan on laskenut selkeästi vuodesta 2020 lähtien ja korostaa myös Habermasin (1976, s. 69) esille tuomia huomioita siitä, että hallinnon toiminnan kestävyys on yhteydessä kansalaisten sille antamaan oikeutukseen sekä vaateesta hallinnon kykyyn vastata sille asetettuihin tavoitteisiin luottamuksen säilyttämiseksi. Myös Hiilamon (2024) huomio terveydenhuollon järjestelmään kohdistuvan luottamuksen rakentamisen ja ylläpitämisen haasteellisuudesta näyttäytyy tutkielman tuloksissa. Sekä kansalaiset että media kuvasivat aineistossa hyvinvointivaltiota ja terveydenhuollon järjestelmää heikkenevänä ja eriarvoistavana. Luottamus kuvautuukin keskeisenä osana järjestelmän legitimeettiä (ks. Habermas 1975) ja sen heikentymisen voidaan tulkita viittaavaan laajempaan kriisiin hyvinvointivaltion ideaalin ja kansalaisten kokemusten välillä.

Terveydenhuollon priorisoinnin legitimaation rakentuminen kuvautui tutkielmassa yksisuuntaisen prosessin sijaan monitasoisena neuvotteluna, jossa yhdistyvät poliittinen päätöksenteko, asiantuntijatieto ja kansalaisten kokemusperäinen tieto. Tähän kytkeytyy episteemisen vallan, eli sen, kenellä on oikeus määritellä pätevä tieto ja sen tulkinta, asettuminen kriittiseen tarkasteluun erityisesti kansalaisten rakentamissa diskursseissa. Tämä tukee käsitystä siitä, että asiantuntijavalta ei kohtaa itsestään selvää hyväksyntää, vaan vaatii jatkuvaa perustelua ja vuoropuhelua. Huomio yhdistyy muun muassa Vähä-Savon (2020, s. 599) kuvaukseen episteemisen hallinnan yhteydestä jatkuvaan

strategiseen vuorovaikutukseen eri toimijoiden välillä ja Habermasin (1976, s. 71) toteamukseen kansalaisten hyväksynnän tarpeellisuudesta legitiimiyden muodostamisessa.

Tutkielman tuloksissa korostui, ettei terveydenhuollon priorisointia ja sen oikeutusta voida rakentaa ainoastaan faktapohjaisen argumentaation kautta, sillä siihen liittyy voimakas arvo- ja ideologiapohjainen ulottuvuus. Tämä yhdistyy Van Leeuwenin (2007, 91-92) legitimaation argumentaatiostrategioiden moniulotteisuuteen, joita aineistossa käytettiin eri osapuolten toimesta monipuolisesti hieman eri painotuksin. Asiantuntijat nojautuivat pääsääntöisesti rationalisoinnin ja auktorisoinnin argumentaatiostrategioihin, käyttäen myös moraalista arviointia keinona argumentoida. Näiden argumentaatiostrategioiden kautta asiantuntijapuhe kuvautui kriittisenä, mutta ratkaisuhakuisena. Asiantuntijoiden tavoitteena ei ollut ainoastaan kritisointi, vaan usein samanaikaisesti esille nostettiin vaihtoehtoisia, vaikuttavuusperusteisia ja oikeudenmukaisempia ratkaisuja. Asiantuntijapuhe asemoitui aineistossa poliittisen päätöksenteon vastinpariksi, mutta myös vastuulliseksi ja yhteiskunnallista uudistamista tavoittelevaksi toimijuudeksi.

Media nojautui argumentoinnissaan korostuneesti moraaliseen arviointiin. Median toimesta hyödynnettiin arvolatautunutta ja emotionaalisesti vetoavaa kieltä, jonka avulla rakennettiin huolipuhetta, tuotiin esille epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia ja muodostettiin uhkakuvia julkisen terveydenhuollon ja laajemmin hyvinvointivaltion nykytilaan ja tulevaisuuteen liittyen. Moraalisen arvioinnin kautta korostuivat järjestelmän epäkohdat esimerkiksi eriarvoisuuteen ja resurssien epätasaiseen jakautumiseen liittyen. Huolipuhe toimii keinona pelon herättämiselle esimerkiksi kriisipuheen kautta ja tämän voidaan nähdä vahvistavan kansalaisten kokemaa turvattomuutta. Media hyödynsi kokemuksellista auktorisointia etenkin yksilöiden tarinoiden, kansalaisilta poimittujen lainauksien ja emotionaalisesti vetoavien tapauskertomusten käytöllä. Argumentaatiostrategioiden käytön kautta media kuvautui aineistossa toimijaksi, joka on sekä vallankäytön kriittinen tarkkailija ja esille tuoja että kansalaisten kokemusten ja huolenaiheiden ääni. Media ei vain arvostellut päätöksentekoa, vaan nosti esiin myös epäselvyyksiä vallan ja

vastuun jaossa sekä kyseenalaistaessaan poliittisten uudistusten oikeudenmukaisuutta ja toimivuutta.

Kansalaiset puolestaan hyödynsivät argumentaatiostrategioinaan erityisesti moraalista arviointia, henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvaa auktorisointia ja mytopoesia. Kommenteissa painotus oli vaatimuksissa oikeudenmukaisuuden, ihmisarvon ja yhdenvertaisuuden toteutumisen varmistamisessa. Moraalinen arviointi korostui etenkin siinä, miten priorisointia pidettiin epäoikeudenmukaisena, syrjivänä ja eettisesti kestävämmänä. Henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvassa auktorisoinnissa pyrittiin omien tai läheisten kokemusten kautta osoittamaan järjestelmän epäonnistumista. Kansalaispuhe rakentui usein vastakkainasettelun tematiikan ympärille. Kansalaiset eivät ainoastaan tuoneet puheessaan esille kritiikkiä, vaan sen kautta pyrittiin herättämään yhteiskunnallista keskustelua vastuullisemmasta ja oikeudenmukaisemmasta terveydenhuollosta. Kaikkien eri osapuolten toimesta mytopoesin käyttäminen argumentaatiostrategiana oli vähäisempää kuin muiden argumentaatiostrategioiden. Mytopoesi toimi kaikilla osapuolilla strategiana vahvistaa yhteiskunnallisia kehyskertomuksia, mutta hieman eri painoituksin. Mytopoesi näyttäytyi kaikilla osapuolilla keinona vahvistaa moraalisia vaatimuksia sekä kytkeä terveydenhuollon priorisointia koskeva keskustelu hyvinvointiyhteiskunnan arvopohjan horjumisen narratiiviin.

Tutkielman valossa terveydenhuollon priorisointi näyttäytyy suomalaisessa keskustelussa väistämättömänä, mutta samalla eettisesti ja moraalisesti kiistanalaisena ilmiönä. Vaikka priorisoinnin tarpeellisuus tunnistettiin niin asiantuntijoiden, median kuin kansalaisten näkemysten kautta ilmenevissä diskursseissa, herättivät priorisoinnin toteutustavat, kriteerit ja oikeudenmukaisuus laajaa kritiikkiä. Diskurssien välinen ristiriitaisuus heijastanee laajempaa yhteiskunnallista jännitettä hyvinvointivaltion periaatteiden, taloudellisten realiteettien ja yksilöllisten kokemusten välillä. Tutkielman tulosten pohjalta voidaankin todeta, että priorisointikeskustelua tulisi ohjata ja kehittää kohti moniäänisempää, avoimempaa ja arvopohjaltaan kestävämpää suuntaa, jossa eri osapuolet voivat osallistua dialogiin tasavertaisina.

6.1 Jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkielma osoitti tarpeen tarkastella terveydenhuollon priorisointia monitasoisena, yhteiskunnallisessa ja osallistavassa keskustelussa rakentuvana ja merkityksiltään kiistanalaisena kokonaisuutena. Tulevaisuudessa olisi tärkeää muun muassa syventää ymmärrystä siitä, miten priorisointia koskevassa päätöksenteossa voidaan varmistaa päätösten oikeutus ja eettinen hyväksyttävyyys. Tämä edellyttää esimerkiksi kansallisia terveydenhuollon priorisoinnin kriteereitä, asiantuntijatiedon hyödyntämistä ja kansalaisosallistumisen vahvistamista sekä kokemusperäisen tiedon huomioimista. Lisäksi olisi hyödyllistä tutkia, miten erilaiset viestintästrategiat vaikuttavat legitimitettiin rakentumiseen. Yhtenä jatkotutkimuksen painoalueena voisi olla metaforien ja kielikuvien käyttö terveydenhuollon priorisoinnin kontekstissa erityisesti legitimoinnin ja/tai delegitimoinnin välineenä.

Tutkielman tulosten perusteella media toimii merkittävänä toimijana legitimaatioprosesseissa. Jatkotutkimuksen kautta voitaisiinkin tarkastella, miten media vaikuttaa kansalaisten kokemuksiin oikeudenmukaisuudesta, päätöksenteon läpinäkyvyydestä ja yhteiskunnallisesta luottamuksesta terveydenhuollon priorisointia koskevassa julkisessa keskustelussa. Tällainen jatkotutkimus voisi tuoda esimerkiksi esiin, miten journalistiset valinnat vahvistavat tai heikentävät kansalaisten luottamusta terveydenhuoltoon.

Tutkielman tulosten pohjalta nousee tarve myös jatkotutkimukselle episteemisen hallinnan näkökulmasta. Erityisesti olisi tärkeää tarkastella, miten episteeminen hallinta rakentuu eri tekstityypeissä terveydenhuollon priorisoinnin kontekstissa. Tässä yhteydessä voitaisiin esimerkiksi syventyä siihen, millaisilla toimijoilla on tiedollista valtaa, miten heidän esittämänsä tieto ja perustelut hyväksytään tai kyseenalaistetaan sekä millaisia journalistisia tai institutionaalisia käytäntöjä tähän linkittyy.

6.2 Tutkielman luotettavuus

Kuten Juuti ja Puusa (2020, s. 9-14) kuvaavat, laadullisella tutkimuksella pyritään tarkastelemaan ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä eikä esimerkiksi muodostamaan luotettavaa tietoa ilmiön yleisyydestä tai esiintymistiheydestä. Tämän tutkielman tavoitteena oli muodostaa ymmärrystä ja kuvaa eri osapuolten rakentamista diskursseista terveydenhuollon priorisointiin liittyvässä keskustelussa ja tarkastella legitimaation argumentaatiostrategioiden hyödyntämistä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuustarkastelussa on tärkeää huomioida, ettei luotettavuutta voida arvioida objektiivisilla tai määrällisillä mittareilla, vaan hyvän tutkimuskäytännön pohjalta luotettavuuden arviointi rakentuu omien valintojen, tutkimusmenetelmällisten ohjenuorien ja luotettavuuskriteerien omaksunnan kautta (Aaltio & Puusa, 2020, s. 177-178). Kuten Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 160) toteavat, tutkimusmenetelmien luotettavuutta peilataan yleensä validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetin he kuvaavat tarkastelevan sitä, onko tosiasiallisesti tutkittu sitä, mitä on ollut tarkoitus tutkia ja reliabiliteetin sitä, ovatko tutkimustulokset toistettavia. Näiden käsitteiden käyttöä on heidän mukaansa kritisoitu laadullisten tutkimusten kohdalla, sillä ne ovat lähtökohtaisesti kytkeytyneitä määrälliseen tutkimukseen.

Tutkielmassa alussa esitetyt ja teoreettisen viitekehyksen muodostamisen myötä täsmentyneet tutkimuskysymykset ovat ohjanneet läpi tutkielmaprosessia. Aineiston valinnalla ja analyysimenetelmällä pyrittiin varmistumaan, että tutkielmassa voidaan vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tältä osin tutkimuksen validiteetin voidaan todeta olevan vahva, sillä tutkielmassa on tutkittu sitä, mitä on ollut tarkoitus tutkia.

Kuten Juhila ja Suoninen (2016, s. 448) toteavat, on diskurssianalyysissa luontevaa käyttää luonnollisia aineistoja, kuten tässäkin tutkielmassa on tehty. Aineiston koostaminen ja kerääminen toteutettiin systemaattisesti ja aineiston artikkeliaineiston valinnassa käytettiin luvussa neljä kuvattuja valintakriteereitä. Juhila ja Suoninen (2016, s. 452) korostavat resurssien ja työn laajuuden vaikuttavan aineistomäärään. Tutkielman alkuperäinen kommenttiaineisto sisälsi yli 10 000 kommenttia, jotka käytiin huolellisesti läpi ja päädyttiin ottamaan aineistossa tarkempaan tarkasteluun ja analysoitavaksi reilu

kymmenesosa huomioiden käytettävissä olevat resurssit ja tutkielman laajuus. Jokaisesta analyysissä mukana olevasta artikkelista on myös kommenttiaineistossa kommentteja, tällä haluttiin varmistaa aineiston moniäänisyys ja rikkaus. Huolimatta analyysin otettavan kommenttimäärän rajaamisesta, oli kommenttiaineistossa nähtävissä rajauksenkin jälkeen Eskolan ja Suonrannan (1998, luku 2) kuvaamaa aineiston kylläntymistä eli saturaatiota, eli aineistossa oli toistuvuutta. Tähän peilaten rajausta analysoitavien kommenttien määrässä voidaan pitää perusteltuna, eikä sen voida olettaa vaikuttaneen merkittävästi tutkielman tuloksiin. Kommenttiaineiston osalta on myös huomioitava, että Ylen verkko- ja kommentointikeskustelussa kommentointi tapahtuu nimimerkin suojassa ja keskustelua moderoidaan (Yle, 2024). Kuten jo aiemmin on todettu, vaikuttaa anonymiteetti kommentoinnissa näkemysten esille tuomiseen useammin epäasiallisessa muodossa kuin omalla nimellä tapahtuvassa kommentoinnissa (Santana, 2014, s. 27) ja uutismedian verkkokommentoinnin moderoinnissa on huomioitava journalistisessa kontekstissa ristiriitaisuus moderoinnin ja ilmaisunvapauden välillä (Rantasila & muut, 2023, s. 1). Koska kansalaispuhe aineistossa oli anonymisoitua, tietyt näkökulmat saattoivat korostua. Tämän vuoksi tutkielman tuloksia ei voida pitää yleistettävänä. Kuten Juuti ja Puusa (2020, s. 9-14) kuvaavat, on laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin keskeisempää tutkittavan ilmiön syvällinen ymmärtäminen kuin tulosten yleistettävyys, joka oli myös tämän tutkielman tavoitteena.

Jokinen ja Juhila (2016b, s. 103-104) korostavat, ettei aineiston analyysia voida kuvata selkeänä prosessina, tutkijan vuorovaikutuksen aineiston kanssa vaikuttaessa merkityspotentiaalien esille tuontiin. He toteavat tutkijan tulkinnan aina yksinkertaistavan aineistoa ja esitetyn tulkinnan olevan aina tulkinta muiden tulkintojen joukossa. Tätä yksinkertaistusta kritisoiden he kuitenkin korostavat, että jokaisen tulkinnan perustuessa huolelliseen aineiston analyysiin, ei mikään tulkinta ole toista merkityksettömämpi. Oheinen on kuitenkin tunnistettava ja tunnustettava tutkielman luotettavuutta pohtiessa. Tutkielmassa sovellettiin kriittistä diskurssianalyysiä ja analyysin lopputulos on vahvasti yhteydessä tutkijan tulkintaan, jolloin voidaan todeta tutkielman analyysin ja tulosten olevan vain yksi tulkinta, tätä kuitenkaan väheksymättä. Tutkielman tekijän omat lähtökohdat ja

ennakko-oletukset ovat ohjanneet analyysia ja tutkielman tekoa ja nämä onkin pyritty tunnistamaan prosessin aikana. Pyrkimyksenä on ollut saavuttaa neutraali ja avoin lähestymistapa aineistoa kohtaan. Tämä ajatus nojaa Aaltion ja Puusan (2020, s. 179) huomioon siitä, että oman subjektiivisuuden tunnistaminen lisää objektiivisuutta.

Kuten Aaltio ja Puusa (2020, s. 180) toteavat, tuomalla esiin tutkimusprosessin kuvausta, perusteluita ja analyysin luotettavuutta, voidaan perustella tutkimuksen luotettavuutta. He huomauttavat laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetin rakentuvan näiden näkökulmien huomioimisesta, sillä laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voida täysin toisintaa. Aineiston keräämistä, käsittelyä ja analyysia on pyritty tutkielmassa kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Analyysin uskottavuuden ja tutkielman tekijän tulkintojen tueksi aineistosta on tuotu mukaan suoria lainauksia analyysiluvussa.

Tutkielmassa hyödynnettiin OpenAI:n kehittämää ChatGPT-4-kielimallia. Tutkielman tekijä otti huomioon Vaasan yliopiston ohjeistuksen tekoälyn käyttämisestä oppimisen tukena ja tekoälyn käyttöä arvioitiin kriittisesti tutkielmaprosessin aikana. Tekoälyn tuottamaa materiaalia ei ole tutkielmassa hyödynnetty sellaisenaan, vaan sitä tarkasteltiin kriittisesti ja jopa skeptisesti. Tekoälyä hyödynnettiin ainoastaan tutkielman kirjoittajan itse tuottaman tekstin selkeyttämisessä, sujuvoittamisessa ja tiivistämisessä sekä englanninkielisten lähteiden kääntämisen tukena. Tutkielman tekijä vastaa täysin tutkielman sisällöstä. Kriittinen suhtautuminen tekoälyn käyttöön tämän tutkielman kontekstissa on merkinnyt sitä, että lopullinen teksti on aina tutkielman tekijän harkinnan ja arvioinnin tulos.

Lähteet

- Aaltio, I. & Puusa, A. (2020). Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 177-188). Gaudeamus.
- Ahonen, S. (2024). *Kansainvälisiä Esimerkkejä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista*. ETENEn tilaama selvitystyö (2024). Noudettu 10.1.2025 osoitteesta [https://etene.fi/documents/66861912/0/ETENEn+tilaama+selvitystyö+\(2024\)+Kansainvälisiä+esimerkkejä+terveydenhuollon+priorisoinnin+eettisistä+periaatteista.pdf/18e3b21d-d748-e85b-25ae-2b73e3405bbc/ETENEn+tilaama+selvitystyö+\(2024\)+Kansainvälisiä+esimerkkejä+terveydenhuollon+priorisoinnin+eettisistä+periaatteista.pdf?t=1726495642875](https://etene.fi/documents/66861912/0/ETENEn+tilaama+selvitystyö+(2024)+Kansainvälisiä+esimerkkejä+terveydenhuollon+priorisoinnin+eettisistä+periaatteista.pdf/18e3b21d-d748-e85b-25ae-2b73e3405bbc/ETENEn+tilaama+selvitystyö+(2024)+Kansainvälisiä+esimerkkejä+terveydenhuollon+priorisoinnin+eettisistä+periaatteista.pdf?t=1726495642875)
- Alasuutari, P., & Qadir, A. (2014). Epistemic governance: An approach to the politics of policy-making. *European Journal of Cultural and Political Sociology*, 1(1), 67-84. <https://doi.org/10.1080/23254823.2014.887986>
- Alasuutari, P., & Qadir, A. (2016). Imageries of the social world in epistemic governance. *International sociology*, 31(6), 633-652. <https://doi.org/10.1177/0268580916662386>
- Badham, M. (2018). *Four media roles in organizational legitimation News media participation in discursive legitimation processes* [väitöskirja, Aalto University]. Aalto Thesis Database. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-60-7987-5>
- Bergstedt, E., Sandman, L. & Nedlund, A.-C. (2024). Consolidating political leadership in healthcare: a mediating institution for priority-setting as a political strategy in a local health system. *Health Economics, Policy and Law*. 19(3), 337-352. <https://doi.org/10.1017/S1744133124000021>
- Bijlmakers, L., Jansen, M., Boer, B., van Dijk, W., Groenewoud, S., Zwaap, J., Helderma, J.-K., van Excel, J. & Baltussen, R. (2020). Increasing the Legitimacy of Tough Choices in Healthcare Reimbursement: Approach and Results of a Citizen Forum in The Netherlands. *Value in health*, 23(1), 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.07.015>

- Bitektine, A., & Haack, P. (2015). The “Macro” and the “Micro” of Legitimacy: Toward a Multilevel Theory of the Legitimacy Process. *The Academy of Management review*, 40(1), 49-75. <https://doi.org/10.5465/amr.2013.0318>
- Björkstén, T. (2019). *10 kysymystä ja vastausta Yle Uutisten keskusteluista*. Noudettu 13.2.2025 osoitteesta <https://yle.fi/a/3-10621739>
- Blanco Sequeiros, A. (2020). *Lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5437-3>
- Brinkerhoff, D. & Bossert, T. (2008). Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options. *Health Systems* 20/20. Noudettu 11.11.2024 osoitteesta <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Health-Governance-Concepts-Experience-and-Programming-Options.pdf>
- Chuey, A., Luo, Y., & Markman, E. M. (2024). Epistemic language in news headlines shapes readers' perceptions of objectivity. *Proceedings of the National Academy of Sciences - PNAS*, 121(20). <https://doi.org/10.1073/pnas.2314091121>
- Croell, K., Hetemaa, T., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Suomela, T., Syrjä, V. & Syrjänen, T. (2023). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa. Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2023*. Noudettu 15.9.2024 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-199-3>
- Croell, K., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Savolainen, N., Syrjä, V. & Syrjänen, T. (2024). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa. Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2024*. Noudettu 9.12.2024 osoitteesta <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-363-8>
- Dahlgren, P. (2018). Media, Knowledge and Trust: The Deepening Epistemic Crisis of Democracy. *Javnost – The Public. Journal of the European Institute for Communication and Culture*. 25(1-2), 20-27. <https://doi.org/10.1080/13183222.2018.1418819>
- Duodecim. (2025). *Käypä hoito*. Noudettu 10.1.2025 osoitteesta <https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/kaypahoito/>

- Eduskunta. (2013). *Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö 23/2013*. Noudettu 16.12.2024 osoitteesta <https://www.eduskunta.fi/FI/Vaski/sivut/trip.aspx?trip-type=ValtiopaivaAsiakirjat&docid=stvm+23/2013>
- Eklund Saksberg, M., Bielsten, T., Cahill, S., Jaarsma, T., Nedlund, A., Sandman, L., & Jaarsma, P. (2024). Nurses' priority-setting for older nursing home residents during COVID-19. *Nursing ethics*, 31(8), 1616-1629. <https://doi.org/10.1177/09697330241226597>
- Eskola, J., Höckerstedt, K., Mäkäpäinen, H., Oxman, A., Rehnqvist, N. & Lampe, K. (2004). *The future of FinOHTA: An external review*. Noudettu 22.11.2024 osoitteesta <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193698>
- Eskola, J. & Suonranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU*. Noudettu 17.5.2025 osoitteesta <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/ALL/?uri=CELEX%3A32011L0024>
- Gustavsson, E., & Lindblom, L. (2023). Justification of principles for healthcare priority setting: The relevance and roles of empirical studies exploring public values. *Journal of medical ethics*, 51(4), 285-292. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108702>
- Habermas, J. (1976). *Legitimation crisis*. Heinemann.
- Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action. Vol. 1, Reason and the rationalization of society*. Beacon.
- Habermas, J. (1994). *Järki ja kommunikaatio. Tekstejä 1981–1989. Valinnut ja suomentanut Jussi Kotkavirta*. (2. uud. p.). Gaudeamus.
- Hiilamo, A. (2024). *Hyvinvointilupauksen loppu: Miten suomalaisten luottamus terveydenhuoltojärjestelmään on kehittynyt vuosina 2021-2024?* Noudettu 15.9.2024 osoitteesta <https://sorsafoundation.fi/hyvinvointilupauksen-loppu-miten-suomalaisten-luottamus-terveydenhuoltojarjestelmaan-on-kehittynyt/>
- Hofman, B. (2013). Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences. *Med Health Care Philos*, 16 (3), 349-356. <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9414-8>

- Huovinen, T. (2022). *Timo Huovinen: Mieli-piteellinen sisältö Ylessä- sitäkin on oltava ja sen pitää erottua*. Noudettu 13.2.2025 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/a/20-10002750>
- Ilkka, L. & Lampilinna, V. (2020). *Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5441-0>
- Jalonen, H. (2025). Epistemic Governance in the Context of Crisis: A Complexity-informed Approach. *Administration & society*, 57(2), 218-253. <https://doi.org/10.1177/00953997241303935>
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (2016). Diskursiivinen maailma: Teoreettiset lähtökohdat ja analyyttiset käsitteet. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö* (s. 25-50). Vastapaino.
- Jokinen, A. & Juhila, K. (2016a). Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö* (s. 267-310). Vastapaino.
- Jokinen, A. & Juhila, K. (2016b). Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö* (s. 75-104). Vastapaino.
- Juhila, K. & Suoninen, E. (2016). Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö* (s. 445-463). Vastapaino.
- Juuti, P. & Puusa, A. (2020). Johdanto. Mitä laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan? Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 9-19). Gaudeamus.
- Jänntti, A., Airaksinen, J. & Haveri, A. (2017). Osallistuminen julkishallinnon legitimititeetti-kysymyksenä. Teoksessa Bäcklund, P., Häkli, J. & Schulman H. (toim.), *Kansalaiset kaupunkia kehittämässä*. (s. 34-56). Tampere University Press. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0623-6>
- Kaila, M. & Lohiniva-Kerkelä, M. (2020). *Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima. Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet*. Sosiaali- ja

- terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7188-2>
- Kapiriri, L., & Razavi, D. (2017). How have systematic priority setting approaches influenced policy making? A synthesis of the current literature. *Health policy (Amsterdam)*, 121(9), 937-946. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.003>
- Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.). (2025). *Ratkaisuja kestävän yhteiskunnan rakentamiseen. Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-444-4>
- Kirmayer, L. J. (2024). Science and sanity: A social epistemology of misinformation, disinformation, and the limits of knowledge. *Transcultural psychiatry*, 61(5), 795-808. <https://doi.org/10.1177/13634615241296301>
- Kislov, R., Checkland, K., Wilson, P. M., & Howard, S. J. (2023). 'Real-world' priority setting for service improvement in English primary care: A decentred approach. *Public management review*, 25(1), 150–174. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1942534>
- Klein, K. (2010). Rationing in the fiscal ice age. *Health economics, policy and law*, 5(4), 389–396. <https://doi.org/10.1017/S1744133110000095>
- Kleinert, S. (1998). Rationing of health care – how should it be done? *The Lancet (British edition)*, 352(9136), 1244. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)70485-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)70485-2)
- Korthagen, I., & Van Meerkerk, I. (2014). The Effects of Media and their Logic on Legitimacy Sources within Local Governance Networks: A Three-Case Comparative Study. *Local government studies*, 40(5), 705-728. <https://doi.org/10.1080/03003930.2013.859139>
- Kotimaisten kielten keskus. (2024). *Media*. Noudettu 2.5.2025 osoitteesta <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/media>
- Kunelius, R., Noppari, E. & Reunanen, E. (2010). *Media vallan verkoissa*. Tampereen Yliopisto. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8070-6>
- Laki Yleisradio Oy:stä 22.12.1993/1380. Noudettu 13.2.2025 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931380#L3P7>

- Lammintakanen, J. (2005). Lectio praecursoria: Terveydenhuollon priorisointi käsitteenä, tutkimuskohteena ja politiikkaprosessina. *Hallinnon tutkimus*, 24(2), 168–170.
- Lammintakanen, J. (2013). Terveydenhuollon priorisointi. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.), *Terveyspolitiikan perustaja käytännöt*. (s. 270–273). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8><http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8>
- Lammintakanen, J., Kinnunen, J. & Kylmä, J. (2006). Terveydenhuollon priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 43(2). Noudettu 13.9.2024 osoitteesta <https://journal.fi/sla/article/view/1909>
- Lampe, K. & Saalasti-Koskinen, U. (2017). Näytön arviointi ja käyttö uusissa SOTE-rakenteissa. *Vaihtoehtoja terveydenhuollon menetelmien arvioinnin järjestämistä Suomessa*. Noudettu 22.11.2024 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3862-5>
- Leskelä, R., Vanhala, A., Gehrmann, K., Haapatalo, E., Ranta, J., Patja, K., Kousa, I., Tapanainen, P., Pantzar, M., Tikkinen, K., Ignatius, E., Ojanen, T. & Torkki, P. (2024). Economic effects of priority setting in healthcare: A scoping review of current evidence. *BMJ open*, 14(11), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086342>
- Lonka, H. & Jalonen, H. (2023). Päätöksenteon tietoperusteisuus episteemisenä hallintana – Tartuntatautilain asiantuntijalausuntojen analyysi. *Yhteiskuntapolitiikka*, 88(1), 5–18.
- Media-alan tutkimussäätiö. (2024). *Uutismedia verkossa 2024. Reuters-instituutin Digital News Report Suomen maaraportti*. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-3504-5>
- Meusel, V., Mentzakis, E., Baji, P., Fiorentini, G., & Paolucci, F. (2023). Priority setting in the German healthcare system: Results from a discrete choice experiment. *International journal of health economics and management*, 23(3), 411-431. <https://doi.org/10.1007/s10754-023-09347-y>
- Muuri, A., Aalto, A.-M., Manderbacka, K. & Arffman, M. (2019). Sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperusta väestössä. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.),

- Suomalaisten hyvinvointi 2018.* (s. 332–344). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Mäkelä, M. & Isojärvi, J. (2017). *HTA-opas*. Noudettu 11.10.2024 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>
- Mäkelä, M., Saijonkari, M. & Booth, N. (2017). *Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3868-7>
- Niemi, P., Rautiainen, A., Kannasoja, S., Haapakoski, K., Pellinen, J. & Mäntysaari, M. (2017). Hyvinvoinnin teoriat hyvinvoinnin edistämässä ja poliittisessa päätöksenteossa. *Hallinnon tutkimus*, 36(3), 166–181.
- Nunes, R., & Rego, G. (2014). Priority Setting in Health Care: A Complementary Approach. *Health care analysis*, 22(3), 292–303. <https://doi.org/10.1007/s10728-013-0243-6>
- OYS, Oulu University Hospital. (2025). *FinCCHTA*. Noudettu 10.1.2025 osoitteesta <https://oys.fi/fincchta/>
- Petrov, P. (2024). Institutional design and moral conflict in health care priority-setting. *Medicine, health care, and philosophy*, 27(3), 285-298. <https://doi.org/10.1007/s11019-024-10201-2>
- Pietikäinen, Sari (2000). Kriittinen diskurssianalyysi. Teoksessa K. Sajavaara & A. Piirainen-Marsh (toim.), *Kieli, diskurssi & yhteisö*, 191–217. Jyväskylän yliopisto.
- Pinho, M. & Moura, A. (2022). A decision support system to solve the problem of health care priority-setting. *Journal of Science and Technology Policy Management*, 13(3), 610-624. <https://doi.org/10.1108/JSTPM-01-2021-0008>
- Porttikivi, M. (2016). *Organisaatioiden diskursiivinen legitimaatio kiistelevässä verkkojulkisuudessa*. [väitöskirja, Aalto-yliopiston Kauppakorkeakoulu]. Aalto University, School on Business. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-60-6696-7>
- Pynnönen, A. (2013). *Diskurssianalyysi: tapa tutkia, tulkita ja olla kriittinen*. University of Jyväskylä. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5471-0>
- Pälli, P. & Lillqvist, E. (2020). Diskurssianalyysi. Teoksessa M. Luodonpää-Manni, M. Hamunen, R. Konstenius, M. Miestamo, U. Nikanne, K. Sinnemäki, T. Ainiala (toim.),

- Kielentutkimuksen menetelmiä II, Aineistonkeruusta analyysiin* (s. 374-411). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Rantamäki, A. (2024). *Hallintaa epävarmuudessa. Informaatioresilienssi kriiseissä ja niihin varautumisessa*. [väitöskirja, Vaasan yliopisto]. Osuva. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-395-133-4>
- Rantasila, A., Vääätäjä, H., Kiskola, J., Olsson, T., Syrjämäki, A., Ilves, M., Isokoski, P., & Surakka, V. (2023). Tunteiden, teknologian ja journalismin ristipaineessa: Verkko-kommentoinnin moderointi suomalaisissa uutistoimituksissa. *Media & Viestintä*, 46(2), 1-21. <https://doi.org/10.23983/mv.131186>
- Reckers-Droog, V., van Exel, J., & Brouwer, W. (2019). Equity Weights for Priority Setting in Healthcare: Severity, Age, or Both? *Value in health*, 22(12), 1441–1449. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.07.012>
- Reus-Smit, C. (2007) International Crises of Legitimacy. *International Politics* 44, 157–174. <https://doi.org/10.1057/palgrave.ip.8800182>
- Saarni, S. (2010). *Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi* [väitöskirja, Turun yliopisto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos]. Julkari. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085494>
- Saarni, S. & Nyblin, K. (2022). Terveydenhuollon priorisointi on lainsäädännöllisessä umpikujassa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 87(4), 423–431. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022091459070>
- Sabik, L. M., & Lie, R. K. (2008). Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International journal for equity in health*, 7(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-4>
- Saikkonen, P., Karvonen, S. & Kestilä, L. (2019). Katse kohti hyvinvointipolitiikan tulevaisuutta. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. (s. 332–344). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Sandman, L. (2018). Prioritising, ranking and resource implementation - A normative analysis. *International journal of health policy and management*, 7(6), 532-541. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.125>

- Sandman, L., & Juth, N. (2024). Severity and Temporality in Healthcare Priority Setting: A Case for A Condition-specific Affectable Time-neutral Approach. *Health Care Analysis*. <https://doi.org/10.1007/s10728-024-00493-z>
- Sandman, L., Liliemark, J., Gustavsson, E., & Henriksson, M. (2024). Is a larger patient benefit always better in healthcare priority setting? *Medicine, health care, and philosophy*, 27(3), 349–357. <https://doi.org/10.1007/s11019-024-10208-9>
- Santana, A. D. (2014). Virtuous or Vitriolic: The effect of anonymity on civility in online newspaper reader comment boards. *Journalism practice*, 8(1), 18-33. <https://doi.org/10.1080/17512786.2013.813194>
- Saukkonen, S.-M. & Ålander, A. (2021). *Hoidon tarpeen arviointi – nykytilan selvitys*. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021063040668>
- Schaar, J. H. (1981): Legitimacy in the Modern State. Transaction Books, New Brunswick.
- Schoon, E. W. (2022). Operationalizing Legitimacy. *American sociological review*, 87(3), 478-503. <https://doi.org/10.1177/00031224221081379>
- Seixas, B., Regier, D., Bryan, S. & Mitton, C. (2021). Describing practices of priority setting and resource allocation in publicly funded health care systems of high-income countries. *BMC Health Services Research*, 21(90). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06078-z>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2013). *Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima. Rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän palvelukori-alatyöryhmän ehdotuksia*. Noudettu 16.12.2024 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3277-7>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024a). *Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pe-lastustoimen järjestämisestä*. Noudettu 15.9.2024 osoitteesta <https://stm.fi/hyvinvointialueet>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024b). *Vaikuttavien palvelujen ja menetelmien kansallisen valinnan periaatteista säätäminen*. Noudettu 9.12.2024 osoitteesta <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM113:00/2023>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025a). *Terveydenhuollon maksut 2025*. Noudettu 2.5.2025 osoitteesta <https://stm.fi/terveydenhuollon-maksut>

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025b). *Kansalaiskysely: Millä periaatteilla julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjoamisesta mielestäsi pitäisi päättää?* Noudettu 29.1.2025 osoitteesta <https://stm.fi/-/kansalaiskysely-milla-periaatteilla-julkisten-sosiaali-ja-terveyspalveluiden-tarjoamisesta-mielestasi-pitaisi-paattaa->
- Stafinski, T., Menon, D., Philippon, D. J., & McCabe, C. (2011). Health Technology Funding Decision-Making Processes Around the World: The Same, Yet Different. *Pharmaco Economics*, 29(6), 475-495. <https://doi.org/10.2165/11586420-000000000-00000>
- Steffek, J. (2003). The Legitimation of International Governance: A Discourse Approach. *European journal of international relations*, 9(2), 249-275. <https://doi.org/10.1177/1354066103009002004>
- Suchman, M. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *The Academy of Management Review*, 20(3), 571-610. <https://doi.org/10.2307/258788>
- Teutsch, S. & Rechel, B. (2012). Ethics of Resource Allocation and Rationing Medical Care in a Time of Fiscal Restraint - US and Europe. *Public Health Reviews*, 1(34). <https://doi.org/10.1007/BF03391667>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326*. Finlex. Noudettu 9.9.2024 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P7a>
- Terwindt, F., Rajan, D. & Soucat, A. (2016). Priority-setting for national health policies, strategies and plans. Teoksessa Schmetts, G., Rajan, D. & Kadandale, S. (toim.), *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* (s. 159-234). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/250221>
- Tugendhaft, A., Christofides, N., Stacey, N., Kahn, K., Erzse, A., Danis, M., Hofman, K. (2024). Moving towards social inclusion: Engaging rural voices in priority setting for health. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(1), <https://doi.org/10.1111/hex.13895>
- Tuori, K., Kotkas, T. (2023). *Sosiaalioikeus* (6., uudistettu painos.). Alma Talent.
- Tieteen termipankki. (2020, 17. kesäkuuta). *Legitimiteetti*. Noudettu 9.9.2024 osoitteesta <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Oikeustiede:legitimiteetti>

- Tieteen termipankki. (2025, 16. toukokuuta). *Diskurssi*. Noudettu 16.5.2025 osoitteesta <https://tieteentermipankki.fi/wiki/lhmistieteet:diskurssi>
- Torkki, P., Patja, K., Gehrmann, K., Vanhala, A., Ojanen, T., Ignatius, E., Kousa, I., Ranta, J. & Leskelä, R.-L. (2022a). *Terveysthuollon priorisointia tulee kehittää avoimempaan suuntaan*. Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan artikkelisarja 11/2022. Noudettu 15.9.2024 osoitteesta <https://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=40304>
- Torkki, P., Patja, K., Ignatius, E., Kousa, I., Vanhala, A., Gehrmann, K., Tikkinen, K., Ojanen, T., Tapanainen, P., Pantzar, M., Ranta, J. & Leskelä, R.-L. (2022b). *Terveysthuollon palveluvalikoiman priorisointi*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>
- Tuomi, J., Sarajärvi, A., & Tammi. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Uutismedian liitto. (2025a). *Juttutyypit*. Noudettu 28.1.2025 osoitteesta <https://juttutyypit.fi/juttutyypit/#undefined&-1>
- Uutismedian liitto. (2025b). *Juttutyypit*. #Perinteinen juttutyyppi. Noudettu 28.1.2025 osoitteesta <https://juttutyypit.fi/juttutyypit/#perinteinen-juttutyyppi&11>
- Uutismedian liitto. (2025c). *Juttutyypit*. #Uusi juttutyyppi. Noudettu 28.1.2025 osoitteesta <https://juttutyypit.fi/juttutyypit/#uusi-juttutyyppi&10>
- Valtioneuvosto. (2024). *Kansalaispulsseja – 61. kierros. Verkkokysely 3.12.–9.12.2024. 15–74-vuotiaat mannersuomalaiset*. Noudettu 16.12.2024 osoitteesta <https://valtioneuvosto.fi/kansalaispulsseja/yhteenvedot>
- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. 24.8.2017/582. Finlex. Noudettu 10.1.2025 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170582>
- Valtiovarainministeriö. (2025a). *Hyvinvointialueen rahoituksen määräytyminen*. Noudettu 2.5.2025 osoitteesta <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-rahoitus>
- Valtiovarainministeriö. (2025b). *Hyvinvointialueiden tehtävät ja toiminta*. Noudettu 2.5.2025 osoitteesta <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-tehtavat-ja-toiminta>

- Van Leeuwen, T. (2007). Legitimation in discourse and communication. *Discourse & communication*, 1(1), 91–112. <https://doi.org/10.1177/1750481307071986>
- Van Leeuwen, T. (2008). *Discourse and practice: New tools for critical discourse analysis*. Oxford University Press.
- Vlassov, V. V., Shishkin, S. V., Chirikova, A. E., Khazan, P. L., & Vlasova, A. V. (2024). Rationing of medical care: How medical care to be distributed in conditions of limited resources. *Naselenie i èkonomika*, 8(1), 181–193. <https://doi.org/10.3897/popecon.8.e90359>
- Vuorenkoski, L. & Saarni, S. (2006). Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka., Ollila, E., Keskimäki, I., & Stakes (toim.) Riittävät palvelut kaikille – Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy, 35–39. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194035>
- Vähä-Savo, V. (2020). Cross-national comparisons in epistemic governance: Analysis of parliamentary debates from eight countries. *Contemporary politics*, 26(5), 597–615. <https://doi.org/10.1080/13569775.2020.1813931>
- Weber, M. (1978). *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. University of California Press.
- Wiio, J. (2006). Media uudistuvassa yhteiskunnassa. Median muuttuvat pelisäännöt. Sitra. Noudettu 2.5.2025 osoitteesta <https://www.sitra.fi/wp/wp-content/uploads/2017/02/Raportti65-2.pdf>
- Williams, I., Dickinson, H., & Robinson, S. (2011). Joined-up Rationing? An Analysis of Priority Setting in Health and Social Care Commissioning. *Journal of integrated care*, 19(1), 3–11. <https://doi.org/10.5042/jic.2011.0030>
- Williams, I., Kapiriri, L., Vélez, C.-M., Aguilera, B., Danis, M., Essue, B., Goold, S., Noorhulda, M., Nouvet, E., Razavi, D. & Sandman, L. (2024). How did European countries set health priorities in response to the COVID-19 threat? A comparative document analysis of 24 pandemic preparedness plans across the EURO region. *Health policy (Amsterdam)*, 141 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104998>

- Wong Shee, A., Donaldson, A., Clapham, R. P., Aitken, J. C., Ananthapavan, J., Ugalde, A., Versace, V. & Mc Namara, K. (2024). Identifying health and healthcare priorities in rural areas: A concept mapping study informed by consumers, health professionals and researchers. *Health research policy and systems*, 22(1), 105-20. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01163-1>
- World Bank. (2003). *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. World Bank Publications.
- World Bank. (2007). *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7193-0>
- Yle. (2021). *Ylen ohjelmatoiminnan ja sisältöjen eettiset ohjeet (OTS)*. Noudettu 21.4.2025 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/a/20-10000561>
- Yle. (2024). *Keskusteluohje*. Noudettu 13.2.2025 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/a/20-284102>
- Yle. (2025a). *Ohje mielipiteellisestä sisällöstä Ylen verkkojournalismissa*. Noudettu 13.2.2025 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/a/20-10003029>
- Yle. (2025b). *Yle yhtiönä. Yle-vero – miksi maksan sitä?* Noudettu 21.4.2025 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/a/20-10006898>
- Yle. (2025c). *Yle yhtiönä. Mitä on Ylen julkinen palvelu?* Noudettu 21.4.2025 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/a/20-10002653>

Liite. Aineistokoonti

Koodinumero aineistossa, julkaisupäivämäärä ja vuosi, tekijä(t), julkaisun nimi, julkaisun verkko-osoite

UA= Uutis- ja ajankohtaisjuttu

K= Kolumni

A= Analyysi

- UA1.** 7.1.2023. Sipola Timo, Kinnunen Hanne. *Päivystyksiin jää jumiin vanhuksia, eikä kaikkia voida auttaa vessaan - silti yksi hyvinvointialue aikoo vähentää jatkohoitopaikkoja.* <https://yle.fi/a/74-20011417>
- UA2.** 26.1.2023. Hankaniemi Anu Leena, Kujansuu Valtteri. *Lapsi voi olla Suomessa tapaamatta kahdeksaan vuoteen koululääkärinä - yllääkäri kertoo, mitä seurauksia tästä voi olla.* <https://yle.fi/a/74-20014569>
- UA3.** 27.1.2023. Hiilamo Elli-Alina. *Iso osa terveydenhuollon toimenpiteistä on turhia - katso lista toimista, joista voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä.* <https://yle.fi/a/74-20014466>
- UA4.** 31.1.2023. Heikkonen Tanja, Kähkönen Sanna, Kinnunen Hanne. *Selvitys: tarvitaan valtakunnallisia ratkaisuja, jotta sote-palvelut pystytään turvaamaan yhdenvertaisesti koko maassa.* <https://yle.fi/a/74-20015359>
- UA5.** 18.2.2023. Martikainen Annika. *Hedelmöityshoito yksityisellä voi kallistua sadoilla euroilla Kela-korvauksen poistuttua - osalle se voi tietää lapsihaaveista luopumista.* <https://yle.fi/a/74-20018314>
- UA6.** 12.3.2023. Paukkeri Marica. *Ylen vaalikysely paljastaa, miten puolueet aikovat taata, että jokainen saa tarvitsemansa hoidon.* <https://yle.fi/a/74-20021885>
- K1.** 23.3.2023. Rask Shadia. *Shadia Raskin kolumni: Pohjevammani muistutti minua suomalaisen terveydenhuollon kipupisteestä.* <https://yle.fi/a/74-20023201>
- UA7.** 25.4.2023. Paukkeri Marica. *Professorit tarttuisivat rohkeasti "pyhiin lemmiin" - näin asiantuntijat pelastaisivat julkiset terveystalot.* <https://yle.fi/a/74-20027115>
- UA8.** 30.5.2023. Martikainen Annika. *Adnan Houssainin hammas poistettiin, koska sitä ei ollut lupa hoitaa - uusi laki takaa nyt paperittomille paremmat terveystalot.* <https://yle.fi/a/74-20033069>
- UA9.** 9.6.2023. Toivonen Terhi. *Säätytalolla halua tinkiä hoitajamitoituksesta, hoitotakuusta ja vammaispalvelulaista - katso, mitä se tarkoittaisi.* <https://yle.fi/a/74-20035698>
- UA10.** 13.6.2023. Reunanen Joonatan. *Suomen terveydenhuolto on osin epäonnistunut, väittää ihmisoikeusjärjestö Amnesty International.* <https://yle.fi/a/74-20036214>
- UA11.** 16.6.2023, Pilke Antti, Toivonen Terhi, Ylen tiedot: *Terveydenhuollon asiakasmaksut nousevat, jonoja puretaan antamalla Kela-korvauksia yksityislääkäreiden käytöstä.* <https://yle.fi/a/74-20037239>
- UA12.** 19.6.2023. Peltoperä Jari. *Tuleva sosiaali- ja terveysministeri Kaisa Juuso lähettää terveisensä hyvinvointialueille: pitäkää hyvää huolta hoitajista ja lääkäreistä.* <https://yle.fi/a/74-20037508>
- UA13.** 20.6.2023. Kasurinen Riina. *Kaverit saivat ilmaiset e-pillerit, Mila Tanttua ei - THL:n linjaus pakotti hänet huijaamaan terveydenhoitajaa.* <https://yle.fi/a/74-20036943>
- UA14.** 21.6.2023. Hottola Hanna, Tuunila Maija. *Hallitus haluaa vaihdevuosioreista kärsivät naiset nopeammin työkuuntoon.* <https://yle.fi/a/74-20037694>
- UA15.** 27.6.2023. Orjala Anne, Hyttinen Tuomas. *Vuodeosastoja joudutaan sulkemaan kesällä - hoitajapula piinaa sairaaloita ja terveyskeskuksia.* <https://yle.fi/a/74-20038311>
- UA16.** 23.7.2023. Nousiainen Idalotta. *Onko tässä ratkaisu paisuviin hoitajajoukkoihin? Näin hallitus haluaa purkaa ruuhkat.* <https://yle.fi/a/74-20042136>
- K2.** 17.8.2023. Mannevuon Mona. *Mona Mannevuon kolumni: Lääkärin vastaanotolla käy yhä useammin asiakas, ei potilas.* <https://yle.fi/a/74-20044651>

- UA17.** 29.9.2023. Savela Sanna. *Hukka pois ja rahoitusvaikeudet on sillä ratkaistu, sanoo sairaalal palveluiden johtaja - lääkäreiden aikaa haaskataan joutavuuksiin.* <https://yle.fi/a/74-20051733>
- UA18.** 3.10.2023. Viljanen Mika. *Terveyskeskusten massiivinen alasajo on pian edessä koko Suomessa, sanovat asiantuntijat.* <https://yle.fi/a/74-20053154>
- UA19.** 11.10.2023. Grönroos Reija. *Erikoissairaanhoidon jonot pitenevät koko maassa - hyvinvointialueiden välillä on valtavia eroja.* <https://yle.fi/a/74-20054386>
- K3.** 23.10.2023. Lipasti Roope. *Roope Lipastin kolumni: Sote pelattiin vihdoinkin maaliin - valitettavasti vain omaan maaliin.* <https://yle.fi/a/74-20056157>
- UA20.** 24.10.2023. Tervonen Tuukka. *Pitääkö hyvinvointialueista koostua hyvinvointivaltio? THL:n uusi raportti herättää kysymyksen siitä, mitä on riittävä hoito.* <https://yle.fi/a/74-20056572>
- UA21.** 2.11.2023. Korkala Henna. *Iso käänne mielenterveyshoidossa: psykoterapia voi vaihtua toiseen hoitoon, johon saa koulutuksen viidessä päivässä.* <https://yle.fi/a/74-20057654>
- UA22.** 16.11.2023. Korkala Henna. *Mielenterveyden hoito painottuu liikaa Kela-terapiaan, sanoo asiantuntija - siksi tarvitaan lyhyitä hoitoja.* <https://yle.fi/a/74-20060007>
- UA23.** 17.11.2023. Koivisto Matti, Palomaa Antti, Rytönen Anne-Pauliina, Wallenius Katja, Sarlin Eeva, Nietula Mimmi. *Miten käy palveluiden?* <https://yle.fi/a/74-20060228>
- UA24.** 29.11.2023. Termonen Tapio. *Vanhus löi päänsä yöllä, ambulanssi ei vienyt sairaalaan - kaikkea vastuuta ei voi syyttää järjestelmälle, sanoo lääkäri.* <https://yle.fi/a/74-20062297>
- UA25.** 13.12.2023. Savela Sanna. *Satoja sairaansijoja kylmänä ympäri maata - hyvinvointialueilla valtava pula hoitajista.* <https://yle.fi/a/74-20064804>
- UA26.** 21.12.2023. Kammonen Teemu, Talasterä Johanna. *Moni haluaa nyt vakuuttaa itsensä vakavan sairauden varalta: syöpään sairastunut voi saada jopa 50 000 euroa.* <https://yle.fi/a/74-20066114>
- UA27.** 27.12.2023. Sormunen Elli. *Leikkauksiin jonottaa enemmän ihmisiä kuin vuosi sitten - edes Valviran sapiska ei lyhentänyt odotusta.* <https://yle.fi/a/74-20066698>
- UA28.** 31.12.2023. Tiainen Paula. *Kuka tahansa voi joutua soittamaan hätänumeroon, ja siksi kannattaa varautua tähän yllättävään kysymykseen.* <https://yle.fi/a/74-20066867>
- UA29.** 11.1.2024. Reunanen Joonatan. *Oppositio poliitikot tyrmistyneitä sairaalatyöryhmän ehdotuksista - soraääni myös hallituksesta.* <https://yle.fi/a/74-20068930>
- UA30.** 11.1.2024. Paukkeri Marica, Tolkki Kristiina. *Sairaalatyöryhmän työ päättyi riitaisana: Keskussairaaloihin ja synnytyslaitoksia halutaan karsia.* <https://yle.fi/a/74-20068763>
- UA31.** 11.1.2024. Karhu Otso. *Sairaaloiden päivystyksiä halutaan karsia ja tässä on sille syy - katso, miten Suomi on muuttunut.* <https://yle.fi/a/74-20068905>
- UA32.** 14.1.2024. Karhu Otso, Polo Anna, Ekman Mirva, Lassuri Ada. *Aluevaltuutetut reagoivat sairaalaverkon karsimiseen: "Kapinaan nousee, jos tällä tavalla lähtee etenemään".* <https://yle.fi/a/74-20069288>
- UA33.** 26.2.2024. Sormunen Elli. *Lääkäriltä tyly viesti miehille, jotka jonottavat sterilisaatiota jopa vuosia: "Ehkäisyvälineet yleensä maksetaan itse".* <https://yle.fi/a/74-20075350>
- UA34.** 26.2.2024. Kokkonen Saara-Miira. *Pienten sairaaloiden vähentämistä perustellaan potilasturvallisuuden parantamisella, vaikka näyttöä siitä ei ole.* <https://yle.fi/a/74-20075886>
- UA35.** 27.2.2024. Piirainen Elli. *Jopa kolme neljäsosaa potilaista hoidetaan etänä - katso tästä, miten isoja alueiden väliset erot ovat.* <https://yle.fi/a/74-20076644>
- UA36.** 7.3.2024. Rautavuori Lauri, Kammonen Teemu. *Suomesta on katoamassa yli sata terveysasemaa - katso kartalta oman alueesi tilanne.* <https://yle.fi/a/74-20077808>
- UA37.** 9.3.2024. Vaaherkumpu Seija, Frilander Jenni. *THL:n pääjohtaja Mika Salminen pelkää, että hyvinvointialueet ja kunnat karsivat palveluita ja olettavat, että toinen hoitaa.* <https://yle.fi/a/74-20078380>
- UA38.** 22.3.2024. Roslund Riku. *Hallitus haluaa lisää leikkauksia sote-menoihin - STM valmis tarkastelemaan myös hoitotakuuta ja hoitajamitoitusta.* <https://yle.fi/a/74-20080451>
- K4.** 17.4.2024. Lemma Aurora. *Aurora Lemman kolumni: Miksi työterveysjärjestelmän asemasta on mahdollonta keskustella?* <https://yle.fi/a/74-20083449>
- UA39.** 23.4.2024. Kinnunen Pekka, Paukkeri Marica. *Huoli terveydenhuollosta kasvaa - torpattua sairaalalaesitystä valmistellut johtaja sanoo, ettei helppoja ratkaisuja ole.* <https://yle.fi/a/74-20084867>

- UA40.** 25.4.2024. De Fresnes Tulikukka. *Muistio paljastaa: Uudenmaan hyvinvointialueiden yhdistäminen toisi miljoonasäästöt, hallitus päätti toisin.* <https://yle.fi/a/74-20085614>
- UA41.** 27.4.2024. Hara Jyrki. *Ylen kysely: Vain puolet suomalaisista luottaa saavansa riittävän hoidon julkisista terveyspalveluista.* <https://yle.fi/a/74-20085834>
- UA42.** 10.5.2024. Polo Anna, Tauriainen Antti, Lönnblad Kirsi, Heikinmatti Antti. *Kuinka monta päivää kestä päästä terveydenhuoltoon? Katso tästä oman hyvinvointialueesi tilanne.* <https://yle.fi/a/74-20087345>
- K5.** 23.5.2024. Viitala Auli. *Auli Viitalan kolumni: Terveystieteiden maailmassa on pula työntekijöistä - miksi terveitä hoidetaan niin paljon?* <https://yle.fi/a/74-20088419>
- UA43.** 17.6.2024. Hinkula Emma. *Mika Oksaselle, 58, suunniteltiin jo hautajaisia - tytär päätti toimia ja löysi avun ulkomailta.* <https://yle.fi/a/74-20093632>
- UA44.** 25.7.2024. Karvinen Petri. *Yli 120 terveyskeskusta on nyt kiinni, osin työvoimapulan takia - potilas: "Suoraan sanottuna pelottaa"* <https://yle.fi/a/74-20099484>
- K6.** 30.7.2024. Järvi Ulla. *Ulla Järven kolumni: Soten valuvika ei ole kalleus, vaan tyhmyys.* <https://yle.fi/a/74-20101714>
- UA45.** 16.8.2024. Paukkeri Marica. *Asiantuntijat tylyttävät hallituksen säästöjä terveyspalveluihin - nyt ministeri Kaisa Juuso vastaa kritiikkiin.* <https://yle.fi/a/74-20102665>
- UA46.** 19.8.2024. Toivonen Janne. *Kelan tiedot: Vain harva on siirtynyt yksityiselle sen jälkeen, kun hallitus nosti lääkärikäyntien Kela-korvausta.* <https://yle.fi/a/74-20105923>
- UA47.** 2.9.2024. Lindholm Petteri. *Professori kuvailee hallituksen uudistuksen tuloksia masentaviksi: Verorahaa uppoo kaksinkertaisesti, hyöty olematon.* <https://yle.fi/a/74-20107221>
- UA48.** 5.9.2024. Orjala Anne. *"Puolen miljardin lahja terveysfirmoille" - oppositio ja hallitus kiistelivät yksityislääkärien Kela-korvauksista.* <https://yle.fi/a/74-20108931>
- UA49.** 21.9.2024. De Fresnes Tulikukka. *Asiantuntijat sanovat suoraan, mistä julkisen terveydenhuollon palveluista pitää ehkä luopua: vastaa, mitä mieltä itse olet.* <https://yle.fi/a/74-20111199>
- UA50.** 27.9.2024. Karppinen Kirsi. *Kotihoidossa nurinkurinen tilanne: apua saavien määrä vähenee, vaikka vanhuksia on yhä enemmän.* <https://yle.fi/a/74-20113815>
- UA51.** 9.10.2024. Piirainen Elli. *Hallitus aikoo luopua Kela-korvausten nostosta: näin korvaukset muuttuvat.* <https://yle.fi/a/74-20116798>
- K7.** 25.11.2024. Hiilamo Heikki. *Heikki Hiilamon kolumni: Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on todellinen hölmöläisten himmeli.* <https://yle.fi/a/74-20125377>
- UA52.** 11.12.2024. Heiskanen Pietu, Kinnunen Pekka. *Hallituksen rivit repeilevät äänestyksessä kiisteltyistä sairaalaverkon supistuksista.* <https://yle.fi/a/74-20130658>
- A1.** 13.12.2024. Tolkki Kristiina. *Analyysi: Voisiko sairaalaesitys kaatua eduskunnassa? Punaisen napin painaminen olisi kapinallisille kova paikka.* <https://yle.fi/a/74-20131163>
- A2.** 17.12.2024. Tikkala Hannu. *Analyysi: Sairaalaäänestys otti koville, eikä se ole ihme.* <https://yle.fi/a/74-20131915>
- UA53.** 30.12.2024. Rytönen Anne-Pauliina. *Tutkijat laskevat terveille elinvuodelle hintaa - tulevaisuudessa se voi vaikuttaa siihen, saatko hoitoa vai et.* <https://yle.fi/a/74-20133292>