

Terveyspolitiikka Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007

ARTTU SAARINEN

Johdanto

Maa- ja maailmanlaajuisesti tarkastellen 1980-luvulla alkanut julkisen sektorin kritiikki kiteytyy uuden julkisjohtamisen (*new public management*, NPM) paradigmaan (esim. Pollitt 2000). Siihen kuuluu tehokkuuden, laadun ja valinnanvapauden korostaminen (Pollitt 2000). Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kannalta olennaisin muutos osana NPM-paradigmaa on ollut palvelujärjestelmän markkinoistuminen. Toistaiseksi terveydenhuollon palvelujärjestelmän markkinoistuminen on kuitenkin ollut 1990-luvun alusta saakka kohtuullisen vähäistä. Se on kohdistunut tiettyihin organisaation osiin, kuten terveyskeskuksiin. Uudet strategiset tilaaja-tuottaja-mallit ovat olleet harvinaisia. Useammin yksityisiä palvelutuottajia on käytetty kunnissa pakon edessä, esimerkiksi työvoimapulaa helpottamaan.

Markkinoistumisen merkitys lääkärin ammattikunnalle voi olla suomalaisessa institutionaalisessa kontekstissa kaksisuuntainen. Se voi lisätä lääkäreiden autonomiaa esimerkiksi työaikajousten kautta (vuokralääkäriyritykset), mutta samalla se voi kahlita esimerkiksi tuottavuusvaatimusten lisääntymisen kautta. Aiemman erityyppisessä terveydenhuoltojärjestelmässä kuin Suomessa tehdyn tutkimuksen perusteella lääkärit kokevat uhkaksi reformit, joissa heidän työstään tehdään ”mitattavaa” (esim. Marjoribanks & Lewis 2003). Kilpailutuksen lisäämisen ehkä ajatellaan siirtävän valtaa hyvinvointityön ammattikunnilta ”harmaatakeille” eli laskemisen ja johtamisen ammattilaisille (Julkunen 2004, 173).

Voidaan olettaa, että Lääkäriliiton aktiivit pyrkivät viemään terveyspolitiikkaan koko jäsenis-

tönsä yleistä mielipidettä. Toisaalta aktiivit pyrkivät muokkaamaan tuota mielipidettä esimerkiksi kirjoittamalla Lääkärilehteen. Tässä artikkelissa analysoidaan terveyspolitiikkaa lääkäreiden ammattilehden näkökulmasta vuosien 1970 ja 2007 välillä. Artikkelin lähestymistapa edustaa sosiaalikonstruktivismia¹. Tämä tarkoittaa sen tutkimista, kuinka lääkärit konstruoivat ja tuottavat mielikuvia terveydenhuollon ongelmista ja ratkaisuisista pääkirjoituksissa (myös Rahkonen 2006b, 89).

Aiemmissa tutkimuksissani Lääkäriliiton terveyspolitiikasta olen puhunut 1970- ja 1980-luvuista julkisen sektorin kasvun aikakautena ja 1990- ja 2000-luvuista markkinoistumisen kasvun aikakautena (Saarinen 2007a). Julkinen terveydenhuolto alkoi laajentua voimakkaasti vuoden 1972 kansanterveyslain myötä. Tämä kehitys jatkui vielä 1980-luvulla, mutta 1990-luvulla hyvinvointivaltio ja terveydenhuoltojärjestelmä alkoivat markkinoistua. Merkittävin muutos oli valtionapujärjestelmän uudistus vuonna 1993. Se mahdollisti kuntien ostopalvelujen käytön aiempaa laajemmin.

Vertailen tässä artikkelissa Lääkärilehden kannanottoja näinä kahtena aikakautena. Aiemmin olen tutkinut lääkäreiden suhdetta markkinoistumiseen mikrotasolla (kyselytutkimus yksittäisille lääkäreille) ja makrotasolla (dokumentit Suomen Lääkäriliitosta). Makrotason tutkimuksessa eritellin Lääkäriliiton ideoita terveyspolitiikasta sekä retoriikkaa ja intressejä näiden ideoiden taust-

1. Yhtä hyvin voidaan ajatella artikkelin tietenteoreettisen näkökulman pohjautuvan semioottiseen sosiologiaan. Olennaista on se, että sosiaalista todellisuutta tuotetaan ja ylläpidetään puhetoissa (Sulkunen 1997).

talla (Saarinen 2007a). Mikrotason tutkimuksessa tarkastelin markkinoistumista eri ulottuvuudella (esim. valinnanvapaus) (Saarinen 2007 b) sekä terveydenhuollon toimivuutta lääkäreiden näkökulmasta (Saarinen 2007c). Aiemmat tutkimukset vaikuttivat siihen, mitä teemoja etsin Lääkärilehden pääkirjoituksista.

Seuraavassa tarkastelen ensin lääkäriprofession ja ammattilehden välistä suhdetta instituution uusintamisessa. Sitten kuvaan tutkimuksellisia valintojani ja tutkimusaineistoani. Sisällönanalyysin tulokset esitän kolmessa osassa. Ensin kuvailen sitä, kuinka Lääkärilehden pääkirjoituksissa on tuotu esille terveydenhuoltojärjestelmän resurssointia, toiseksi sitä, miten niissä on käsitelty markkinoistumiseen liittyviä kysymyksiä, ja lopuksi käyn läpi retoriikkaa ja perusteluja lehden terveyspoliittisissa kannanotoissa.

Lääkäriprofessio ja ammattilehden rooli instituution uusintamisessa

Erityisesti yhdysvaltalaisessa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa lääkärit ja heidän ammattijärjestönsä ovat olleet merkittävä tutkimuskohde, ehkä osin sen vuoksi, että eturyhmät ovat Yhdysvalloissa ylipäättään merkittäviä vaikuttajia. Tutkimuksissa professiot on totuttu weberiläisittäin näkemään intressejään ajavina ryhminä (Freidson 1970). Lääkäriprofession olennaiseksi pyrkimykseksi on todettu oman autonomisuuden säilyttäminen suhteessa julkiseen puuttumiseen esimerkiksi asiantuntijatietoaan monopolisoimalla (Wolinsky 1993).

Professioautonomia tarkoittaa legitimiä kontrollia, joka ammattiryhmällä on työhönsä ja myös organisaatioonsa (esim. Freidson 1970). Erityisesti valtio, mutta myös muut rahoitukseen liittyvät instituutiot, kuten markkinoilla toimivat vakuutusyhtiöt, voivat rajoittaa tai lisätä lääkäreiden autonomiaa. Autonomia jakaantuu mikro- ja makrotasoon sekä jossain luokitteluissa myös mesotasoon. Mikrotasolla tarkoitetaan lääkärin autonomiaa käytännön potilastyössä, esimerkiksi hoitomuotojen valinnassa. Makro- ja mesotasolla taas tarkoitetaan profession ja valtion välistä suhdetta. (Marjoribanks & Lewis 2003.)² Huomatta-

2. Useissa luokitteluissa valtion ja profession suhteeseen viitataan käsitteellä mesotasoa, mutta näen luonnollisemmaksi käyttää termiä makrotason autonomia.

va osa autonomiasta makrotasolla liittyy taloudellisiin tekijöihin (esim. Immergut 1992).

Profession autonomia liittyy tietysti valtaan. Lääkäreiden valta on joidenkin tutkijoiden mukaan viimeisten vuosikymmenten aikana vähentynyt, tosin nämä tutkimukset on tehty erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmän maissa kuin Suomi (esim. Navarro 1988; Schelesinger 2002; Tousijn 2002). Vallan vähenemisen taustalla ovat muun muassa markkinatalouden merkityksen lisääntyminen terveydenhuollossa, koulutustason nousu, lääkäreiden määrän kasvu, lääkäreiden palkkatyöläistyminen sekä lääketieteellisen tiedon lisääntyminen ja popularisoituminen.

Ulkomaisessa kirjallisuudessa on käytetty käsitteitä proletarisaatio, korporatisaatio ja deprofessionalisoituminen. Ensimmäinen tarkoittaa sitä, että lääkärinä tulee yhä enemmän palkollinen ja säädelty virkamies. Toinen viittaa siihen, että lääkäri työskentelee yhä monimutkaisemmissa organisaatioissa, hänen hallinnolliset tehtävänsä lisääntyvät ja organisaatioiden sääntely vaikuttaa potilassuhteeseen. Deprofessionalisoituminen merkitsee muiden ammattiryhmien tuleamista lääketieteen alueelle ja toisaalta lääketieteellisen tiedon yhä helpompaa saatavuutta. (Ks. Filc 2006; Light & Levine 1988; Tousijn 2002.) Suomalaisessa terveydenhuollossa taloudellinen ja hallinnollinen päätäntävalta on kuitenkin ollut pääasiallisesti lääkäreillä eikä esimerkiksi ulkopuolisilla ammattijohtajilla (Vähäaho 2002, 61). Tutkimusten mukaan suomalaisen lääkäriprofession suhde julkiseen sektoriin on ollut suhteellisen harmoninen (Riskä 1988).

Profession sisällä pyritään jatkuvuuteen. Yksi uusintamisen ja jatkuvuuden turvaamisen keino on ammattikunnan oma jäsenlehti ja sen pääkirjoitukset. Ammattilehtien pääkirjoitukset ja niissä esitetyt ideat on tuotettu kontekstissaan: vaikka todellisuutta luodaan kirjoituksissa, taustalla vaikuttaa rakenteellinen eli objektiivinen todellisuus ja historia (esim. lehden omistaja). Tämä objektiivinen todellisuus määrittää sosiaalisten käytäntöjen toteutumismahdollisuuksia (ks. Rahkonen 2006a, 463).

Lääkäreiden pääkirjoituksissa siis nostetaan esiin niitä asioita, joita Lääkäriliitto pitää tärkeinä. Pääkirjoitusta ei ole mahdollista julkaista, jos siinä esitetyt kannanotot ovat ristiriidassa Lääkäriliiton linjan kanssa (Kosonen 1977). Niinpä Lääkärilehti on selkeästi edustanut sitä, mitä ammattikunnan kannalta on pidetty oikeana

terveydenhuollon kehittämisessä. Koska professorit toimivat ennen kaikkea omien etujensa ajamiseksi (Hafferty & Light 1995, 135), pääkirjoitusten taustalla voidaan ajatella olevan myös edunvalvonnallisia intressejä.

Journalistiikan puolelta tutun ”agenda setting”-tutkimusperinteen (päiväjärjestystutkimus) viesti on, että nostamalla tiettyjä teemoja julkiselle asialistalle niistä tehdään aiheita, joita pidetään tärkeinä (McCombs & Shaw 1993, 62). Tiedotusvälineiden tuottama informaatio ei vaikuta vain ihmisten mielipiteitä muokkaavasti, vaan enemmänkin siihen, mistä ilmiöistä ja asioista ihmisillä on ylipäättään mielipiteitä (McCombs & Shaw 1972, 176–177). Seuraavassa esiteltävän tutkimuksen toteuttamiseen on vaikuttanut myös se mediatutkimuksen havainto, että ihmiset muistavat paremmin yleiset tulkinnat kuin pienet yksityiskohdat (Graber 1988; Kensicki 2004). On siis perustellumpaa tutkia suuria linjoja määrällisesti mittavasta joukosta pääkirjoituksia kuin paneutua pienen näytteen analysointiin.

Tutkimusasetelma ja aineiston rakenne

Merkittävä osa määrällistä sisällönanalyysia metodina käyttäneistä tutkimuksista on journalismin tutkimusta (esim. Ader 1995; Kensicki 2004). Lääkäreitä ammattilehtien kautta on tutkittu sekä laadullisesti (Löyttyniemi 2004) että määrällistä ja laadullista analyysia yhdistellen (Marjoribanks & Lewis 2003). Tässä artikkelissa aineistona ovat Lääkäriliiton julkaiseman Suomen Lääkärilehden vuosien 1970–2007 pääkirjoitukset. Artikkelissa on kolme tutkimuskysymystä: 1) Mitä terveyspoliittisia teemoja pääkirjoituksissa nostetaan esille? 2) Miten eri teemat vaihtelevat eri ajanjaksoina 3) Millaista retoriikkaa ja perustelua pääkirjoituksissa esiintyy?

Suomen Lääkäriliittoon kuuluu noin 94 prosenttia lääkäreistä, joten sen lehti tulee lähes kaikille lääkäreille (esim. Suomen Lääkäriliitto 2008). Yli 90 prosenttia liiton jäsenistä lukee säännöllisesti Suomen Lääkärilehteä ja 70 prosenttia sen pääkirjoituksia (Pekkarinen 2002; ks. samansuuntaisista tuloksista myös Pekkarinen 1992a). Lääkäreiden (69 %) lisäksi Suomen Lääkärilehden levikissä on lääketieteen opiskelijoita (16 %), terveydenhuollon muita ammattityöntekijöitä (3 %), vapaakappaletilaaajia (4 %) ja muita tilaajia (8 %) (Suomen Lääkärilehti 2009).

Lääkärilehti on vuosien 1970–2007 välisenä aikana lisännyt selvästi levikkiään, ja sen ilmestymistiheys on nykyisin selvästi suurempi kuin vuonna 1970. Vaikka lehti on ensisijaisesti suunnattu lääkärikunnalle, se on tehty helposti hahmotettavaksi eikä ole vain tiedelehti. Jo 1970-luvulta lähtien se on sekä ajanut ammattiyhdistyksen ja ammattikunnan etuja että osallistunut teolliseen ja terveyspoliittiseen keskusteluun.

Suurin osa lehden pääkirjoitusten kirjoittajista on esiintynyt vain kerran koko tarkasteluajanjaksolla. Kirjoittajissa on ollut esimerkiksi päätoimittajia, valtuuskunnan puheenjohtajia tai varapuheenjohtajia ja palkallisessa työsuhteessa liittoon olevia työntekijöitä, kuten neuvottelupäällikköjä ja toiminnanjohtajia / varatoiminnanjohtajia.³ Yli kymmenen kertaa yksin on pääkirjoituksen kirjoittanut vain neljä lääkäriä: Heikki Pälve – Lääkäriliiton puheenjohtaja vuosina 2001–2003 ja toiminnanjohtaja vuodesta 2005 (17 kertaa, 4,4 %); Markku Äärimaa – Lääkäriliiton toiminnanjohtaja vuosina 1982–2005 (38 kertaa, 9,8 %); Taito Pekkarinen – Lääkärilehden päätoimittaja vuosina 1991–2007 (138 kertaa, 35,5 %) ja Tapani Kosonen – Lääkärilehden päätoimittaja vuosina 1963–1971 ja Lääkäriliiton toiminnanjohtaja vuosina 1968–1982 (44 kertaa, 11,3 %).

Lähdin käsittelemään aineistoa lukemalla kaikki vuosien 1970–2007 pääkirjoitukset useaan kertaan tehden samalla muistiinpanoja. Pääkirjoituksia oli alun perin noin 1 300 kappaletta⁴. Poistin niistä ensin sellaiset, jotka eivät käsitelleet terveyspolitiikkaa. Tämän jälkeen karsin aineistoa vielä lisää lähiluennan avulla. Lopulta aloin muodostaa pääkirjoitusten luokitusrunkoa niiden pääaihealueiden mukaan. Tässäkin vaiheessa poistin pienen määrän pääkirjoituksia. Lopul-

3. Kaikkien kirjoittajien statuksesta ei ollut tarkkaa tietoa lehden ilmestymishetkellä. Näiden osalta käytin apuna Lääkäriliiton historiikkia, Lääkärilehden muuta sisältöä, Lääkäriliiton arkistomateriaalia, Internetin hakukoneita ja Suomen Lääkärit 2007 -teosta (Kauttu & Kosonen 1985). Voidaan olettaa, että ainakin osassa pääkirjoituksista, jotka on kirjoitettu yksin, on taustalla myös muita kirjoittajia. Useinhan suurempien instituutioiden johtajien puheita, kannanottoja jne. valmisteleellmuokkaa jokin merkittävä asiantuntumusta omaava alainen/alaiset, kuten viestinnän ammattilainen.

4. Vuosina 1970–1999 ilmestyi 36 numeroa. Näistä 32 oli erillisiä numeroita. Vuonna 2000 lehteä alettiin julkaista viikottain. Näin ollen vuonna 2000 tuli 42 erillistä numeroa ja vuodesta 2001 48 erillistä numeroa (52 kertaa teoriassa). Tästä ilmestymistiheydestä laskettuna lehtiä on ilmestynyt ajanjaksolla 1 338 kappaletta.

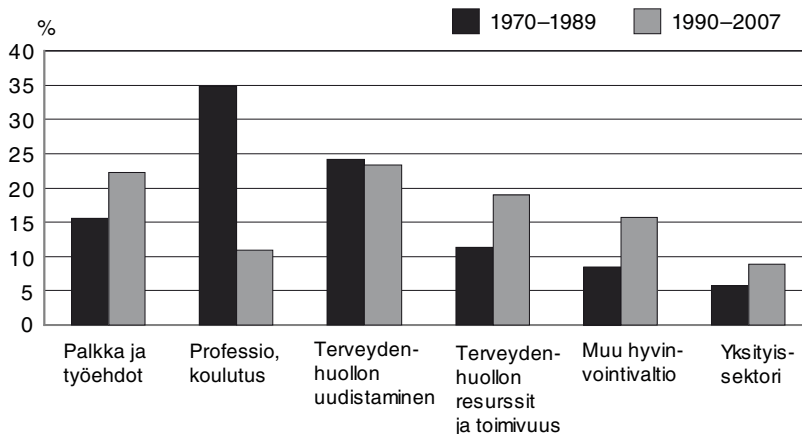
ta jäljelle jäi 389 pääkirjoitusta.⁵

Vuosien 1970–1989 kaikista pääkirjoituksista reilussa viidesosassa (22%) ja vuosien 1990–2007 pääkirjoituksista hieman yli kolmasosassa (36 %) oli terveystieteellinen teema. Terveystieteellisten pääkirjoitusten määrä ja osuus ovat siis viime vuosikymmeninä kasvaneet. Näitä pääkirjoituksia lähiluin samalla muistiinpanoja tehden ja muuttujia muodostaen. Aluksi muuttujia oli noin kolmekymmentä, mutta osan niistä poistin toimimattomuuden eli liian vähäisten havaintomäärien vuoksi vielä koodausvaiheessa.

Koko aineiston koodaukseen tarvittiin 7 002 ”koodausvalintaa” (389 pääkirjoitusta, 18 muuttujaa). Muuttujista neljä eli ”ilmestymisaika”, ”perus/erikoissairaanhoido”, ”kirjoittaja” ja ”mikä uudistus kyseessä” on aineistoa kuvaavia taustamuuttujia, neljä kuvaa markkinoistumista (yksityis sektorin lisääminen, valinnanvapaus, asiakasmaksut, tehokkuus), viisi liittyy terveydenhuollon resurssointiin (terveydenhuollon toimivuus, resurssien riittävyys, palkka, koulutusmäärät, lääkärripulan ratkaisemisen keinot), ja neljä muuttujaa kuvaa retoriikkaa terveystieteiden taustalla. Retoriikkaa kuvatessani en tee retoriikan syväanalyysiä, vaan olen kiinnostunut perusteluista ja puhetoista eli siitä millaista argumentaatiota perusteluissa käytetään.

Käsittelin aineistoa sekä määrällisesti että laadullisesti. Käytännössä laadullinen analyysi merkitsi sitä, että luin määrällisen analyysin pohjalta muodostettujen ulottuvuuksien (markkinoistuminen, terveydenhuollon resurssointi, retoriikka) sisältöä tarkemmin. Tekstien lähiluvussa pystyin myös selvittämään paremmin niitä tapahtumia, joihin pääkirjoitukset liittyivät. Osa lähiluvusta tapahtui jo luokitusrunkoa muodostettaessa. Tällöin tein tarkkoja muistiinpanoja pääkirjoitusten sisällöstä. Palasin näihin muistiinpanoihin, kun koko aineisto oli luokiteltu.

Pääkirjoitukset jakautuivat kuuteen eri luokkaan pääaihealueensa mukaan: 1) palkka ja työehdot, 2) professio, koulutus, 3) terveydenhuollon uudistaminen, 4) terveydenhuollon resurssit ja toimivuus, 5) yksityissektori, 6) muu hyvinvointivaltio.⁶ Kuvio 1 kertoo pääaiheiden esiintyvyyden. Kokonaisuudessaan eniten oli vuosina 1970–2007 esillä terveydenhuollon uudistaminen. 2000-luvulla se on ollut suosituin aihealue. Vuosina 1970–1989 eniten pinnalla sen sijaan olivat professioon liittyvät kysymykset. Terveydenhuoltoa rakennettiin tuolloin voimakkaasti ja alan koulutusta lisättiin ja ammattikunnan piti reagoida muuttuneeseen tilanteeseen. Vuosina 1990–2007 taas korostuivat enemmän tervey-



Kuvio 1. Pääaihealueiden %-osuus kyseisellä ajanjaksolla ilmestyneistä lehdistä

5. 2000-luvulta lähtien lehdessä on julkaistu myös tieteellisiä pääkirjoituksia. Nämä olen rajannut aineistosta pois. Myöskään supplementinumeroita ei ole mukana. On mahdollista, että yhdessä lehdessä on 2000-luvulla julkaistu jopa neljä pääkirjoitusta eli kaksi ”yleistä” ja kaksi ”tieteellistä”.

6. Mukaan ei otettu esimerkiksi lääkepolitiikkaalteilisuutta, etiikkaa, teknologiaa, työssä jaksamista, työterveyshuoltoa tai mielenterveyshuoltoa tai muita erikoisaloja, ympäristöterveyshuoltoa, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä pääsääntöisesti käsitteleviä pääkirjoituksia.

denhuoltoon uudistamiseen liittyvät asiat, kuten resurssit ja toimivuus, yksityissektori sekä palkka ja työehdot.⁷

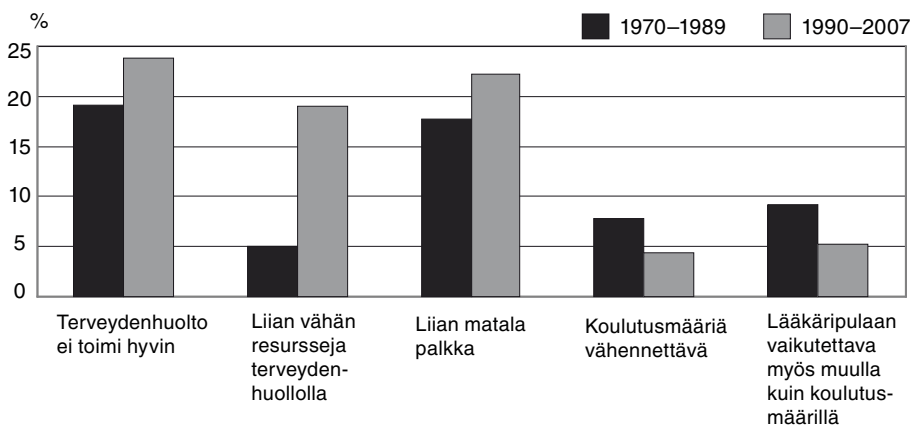
Luokituksen reliabiliteetin selvittämiseksi tein niin sanotun intrapersoonallisen uudelleenluokittelun eli luokittelin aineiston itse uudelleen muutama viikko ensimmäisen luokittelun jälkeen (Marjoribanks & Lewis 2003, 2232). Menettely kohdistui 37:ään pääkirjoitukseen: otin jokaiselta tutkimusvuodelta mukaan yhden satunnaisesti valitun pääkirjoituksen. En luokitellut uudelleen taustamuuttujia, sillä niiden osalta tulkinallisuutta ei ollut, enkä niitä neljää muuttujaa, joissa oli vähän (alle 50) koodauksia. Näin ollen tein uudelleenkodeauksessa 333 koodausvalintaa (37 pääkirjoitusta, 9 muuttujaa). Samalla tavalla luokiteltujen muuttujien osuus oli 85,5 prosenttia, mitä voidaan pitää suhteellisen korkeana. Esimerkiksi Olli Kankaan (1986) tutkimuksessa vastaava arvo oli 90,6 prosenttia. Alhaisin yhdenmukaisuus oli terveydenhuollon re-

sursien kohdalla (66,6 %) ja korkein yksityissektorin kohdalla (100 %).⁸

Terveydenhuollon resurssit

Terveydenhuollon toimivuuden kritisointi lisääntyi selvästi ajanjaksona 1990–2007 (ks. kuvio 2). Pääkirjoitusten mukaan toimimattomuuden taustalla ovat olleet terveydenhuollon vanhanaikaiset rakenteet. Ne ovat aiheuttaneet korkeat omavastuuosuudet, mutta samaan aikaan potilaiden valinnanvapaus on ollut pientä. Erityisesti 2000-luvulla pääkirjoituksissa on tuotu esille, että muutos terveydenhuoltojärjestelmän rakenteissa on ”välttämätön”.

Toisaalta myös resurssit on koettu liian pieniksi. Ensimmäisen kerran terveydenhuollon alhainen osuus bruttokansantuotteesta mainittiin vuonna 1986. Kuitenkin vasta laman jälkeen alkoi voimakkaampi puhe liian pienistä resurssis-



Kuvio 2. Terveydenhuollon resurssimuuttujien kannanottojen %-osuus kaikista kyseisellä tarkasteluajanjaksolla ilmestyneistä pääkirjoituksista, vuosina 1970–1989 yhteensä 141 ja vuosina 1990–2007 yhteensä 248.

7. Vuosien 1970–1989 kirjoituksista 18,4 prosentissa käsiteltiin julkista perusterveydenhuoltoa, 8,5 prosentissa erikoissairaanhoidtoa, 24,1 terveydenhuoltoa kokonaisuudessaan ja 8,5 prosentissa yksityissektoria. Vuosien 1990–2007 kirjoituksista 6,5 prosentissa käsiteltiin julkista perusterveydenhuoltoa, 3,2 erikoissairaanhoidtoa, 44,8 prosentissa terveydenhuoltoa kokonaisuudessaan ja 8,9 prosentissa vain yksityissektoria. Kaikista pääkirjoituksista 76,3 prosentissa ei käsitelty mitään tiettyä uudistusta. Niissä, joissa oli pääteemana jokin uudistus (yhteensä 22 uudistusta), eniten käsiteltiin kansanterveyslakia (4,1 prosenttia kaikista), väestövastuujärjestelmää (3,3 prosenttia kaikista) ja kolmanneksi hoitotakuuta (2,6 prosenttia kaikista).

8. Reliabiliteetin laskemiseen sovelsin kaavaa $(ab * 2) / (a+b) * 100$. ab on niiden luokitusyksiköiden määrä, joiden esiintymisestä olen ollut yhtä mieltä molemmilla keroilla. a ja b taas ovat niitä yksiköitä, joissa eri luokituskerroilla on katsottu ko. ominaisuuden esiintyneen (ks. Kangas 1986, 39; Pietilä 1973, 238–247).

ta. Esimerkiksi 2000-luvun alun lakon perusteissa vedottiin siihen, että terveydenhuoltoa on kurjistettu liikaa ja näin ”lääkärit ovat lakossa pakosta”. Toisaalta pääkirjoituksissa on tuotu esille, että resurssit itse asiassa on riittävästi, mutta niiden kohdistus on väärä (8,5 %, tuloksia ei kuviossa 2).

Lääkäreiden palkkojen mataluutta koskevat kannanotot ovat olleet yleisiä Lääkärilehden pääkirjoituksissa koko tutkimani ajanjakson ajan. Palkka on tärkeä profession arvostuksen mittana (Löyttyniemi 2000, 238). Proletarisoinnin ja sitä kautta autonomian heikkenemisen taustalla on nähty olevan lääkärin ylitarjonta (esim. Hafferty & Light 1995, 137). Koulutusmäärien kasvu saattaa merkitä työvoiman ylitarjontaa. Kun työvoimasta on ylitarjontaa, palkkaa on hankalampi pitää mahdollisimman korkealla.⁹ Koulutusmäärien säätelyn kautta siis pystytään olennaisesti säätämään myös markkinoita ja markkinahintoja (Tousijn 2002). Suomessa koulutusmäärien kasvu on jatkuvasti ollut kiistanalainen kysymys lääkärin ammattikunnalle.

Lääkärinkoulutuksen vähentäminen ja se, että myös koulutuksen laatuun tulee panostaa, olivat voimakkaammin esillä vuosien 1970–1989 välillä. 1990-luvun alun lääkäriytöttömyyden jälkeen työvoimapula on jatkuvasti pahentunut. Toki selkeänä ja jatkuvana linjana pääkirjoituksissa on myös 1990-luvulta lähtien vastustettu koulutusmäärien suurta lisäämistä vedoten esimerkiksi koulutuksen laadun heikkenemiseen ryhmäkojojen kasvaessa.

Australialaisessa tutkimuksessa on tuotu esille, kuinka lääkärit ovat 1980-luvulta lähtien joutuneet käyttämään entistä enemmän voimavarojaan taloudellisten resurssien pohtimiseen. Tämä on vähentänyt heidän kokemaansa autonomiaa. (Ks. Lewis & Marjoribanks 2003.) Tutkimistani pääkirjoituksista ilmeni, että lääkärin ammattikunta joutui myös Suomessa 1980-luvulla keskittymään erityisen voimakkaasti edunvalvontaan. Vuoden 1984 lakon yhteydessä vaadittiin lisää palkkaa. Perusteena oli jo 1970-luvun alusta jatkunut solidaarinen palkkapolitiikka ja sitä kaut-

9. Erityisen luotettavia menetelmiä siihen, kuinka työvoimatarvetta tulisi laskea, ei ole pystytty kehittämään. Kuitenkin 1970-luvulta lähtien tilannetta on pyritty säännöllisesti kartoittamaan laskentatyöryhmien avulla, joissa on valtiovalan edustajien lisäksi ollut myös järjestöedustus (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 1979).

ta lääkäreiden huono tulokehitys. Reaaliansioiden alentuminen johtui pääkirjoitusten mukaan myös 1970-luvulta lähtien tapahtuneesta verotuksen kiristymisestä.

Lääkäreiden proletarisoinnin ei siis näkynyt vain koulutusmäärien kasvussa vaan myös palkkauksessa. Edunvalvonta ei kuitenkaan liittynyt 1970- ja 80-luvuilla pelkästään palkkaukseen ja koulutusmääriin. Pääkirjoituksissa myös torjuttiin median taholta lääkäreihin kohdistettua kritiikkiä.

Terveydenhuollon markkinoistuminen

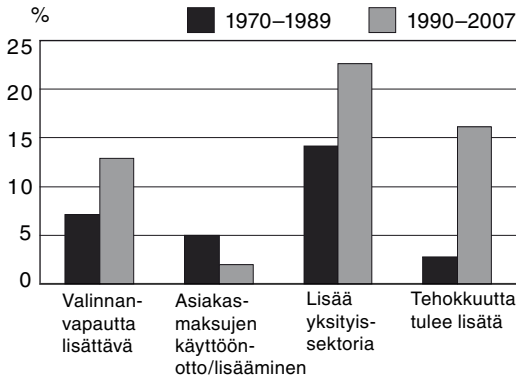
Seuraavaksi käyn läpi terveydenhuollon markkinoistumiseen liittyviä pääkirjoitusten kannanottoja (ks. kuvio 3). Edellä käsittelemäni resurssikysymykset liittyvät osin markkinoistumiseen, sillä markkinoistumisen taustalla voidaan nähdä olevan ajatus hyödyntää resurssit tehokkaasti.

Tavallisesti valinnanvapaudella terveydenhuollossa tarkoitetaan mahdollisuutta valita yleislääkäri ja avohoidon hoitopaikka. Osassa maata on mahdollista valita yleislääkäri, jos paikkakunnalla on omalääkärijärjestelmä. Vapaus valita sairaalalääkäri taas on vähäinen. (Pekurinen & al. 1997.) Pitkänä linjana pääkirjoituksissa on vedottu valinnanvapauden lisäämiseen. Erityisesti 2000-luvulla on tuotu voimakkaasti esille, että Suomi on ainut Euroopan maa, jossa potilaalla ei ole valinnanvapautta hoitopaikan suhteen.

Yksi edellytys valinnanvapaudelle on riittävän suuri väestöpohja. Pääkirjoituksissa korostettiin jo kansanterveyslakia luotaessa, kuinka toimintayksiköiden ja niiden väestöpohjan täytyy olla riittävän suuria. Myös kunta- ja palvelurakennemuutosten yhteydessä pääkirjoituksissa kannatettiin suurta väestöpohjaa.

Pääkirjoitusten toisena pitkänä linjana on ollut ilmaisupalveluiden kritisointi ja kolmantena vaatimus korottaa sairausvakuutustaksoja. 1970-luvulla tuotiin esiin, että on eletty osin yli varojen, mistä esimerkkinä oli ilmaisupalveluihin pyrkiminen. Asiakasmaksujen tai oikeiden omavastuiden kautta saataisiin pääkirjoitusten mukaan lisää resurssit ja myös valinnanvapauden lisäämismahdollisuuksia. 1990-luvun lopulta lähtien pääkirjoituksissa on ehdotettu useaan otteeseen, että jonkinlainen hoitoyhtiö tulisi ottaa käyttöön valinnanvapauden turvaamiseksi.

Kun 1990-luvun alussa keskusteltiin terveys-



Kuvio 3. Terveystuotteen markkinoistumismuuttujien kannanottojen %-osuus kaikista kyseisellä tarkasteluajanjaksolla ilmestyneistä pääkirjoituksista, vuosina 1970–1989 yhteensä 141 ja vuosina 1990–2007 yhteensä

keskusten käynti-/asiakasmaksuista, korostettiin että ne eivät aiheuta ongelmia tasa-arvon kannalta, vaan niiden vastustamisessa kyse on pelkästään vanhasta poliittisesta uskomuksesta. Useammas- pääkirjoituksessa viitattiin ”brezneviläisyyteen” Suomen terveydenhuollossa. Vasta vuonna 1999 tuotiin pääkirjoituksissa ensimmäisen kerran esille ajatus, että palvelumaksujen lisäämisen tie on kuljettu loppuun ja potilaiden maksuosuudet terveydenhuollossa ovat liian suuret. Tämä näkyy myös kuviossa 3: vuosina 1990–2007 ei enää niin paljon kuin vuosina 1970–1989 vaadittu korottaa asiakasmaksuja.

1980-luvun loppupuolella alettiin politiikassa puhua tuottavuuden ja ylipäätään tehokkuuden lisäämisestä, ja tämä trendi jatkui 1990-luvulta lähtien entistä voimakkaampana (Lehto & Blomster 1999). Pääkirjoituksissa korostettiin 1980-luvun lopulta eteenpäin yhä vahvemmin yksityissektorin merkitystä terveydenhuollon kokonaisuudessa. Vuonna 1987 mainittiin ensimmäisen kerran, että negatiivinen suhtautuminen yksityistä sektoria kohtaan oli jo hieman liehtynyt ja oli tapahtunut pieni siirtymä markkinahenkisyyttä kohti.

Laman jälkeen vuonna 1995 pääkirjoituksissa esitettiin, ettei voida palata 1980-luvulle, jolloin julkisella sektorilla oli löysää rahaa. 1990-luvun alun lama toimi alkusysäyksenä terveydenhuollon kriisikeskustelulle, ja lainsäädäntöä muutettiin kilpailun mahdollistamiseksi, kun valtion-apujärjestelmää, kuntalakeja ja kilpailulainsäädäntöä uudistettiin. Samalla keskustelu monipuolis-

tui huomattavasti: mukaan tulivat muun muassa talousjohtamiseen liittyvät teemat. Tässä kohtaa voidaan puhua deprofessionalistumisesta: muut ammattiryhmät, erityisesti talousammattilaiset ovat tulleet lääkäreiden asiantuntija-alueelle (ks. Navarro 1988, 59; myös Tousijn 2002).

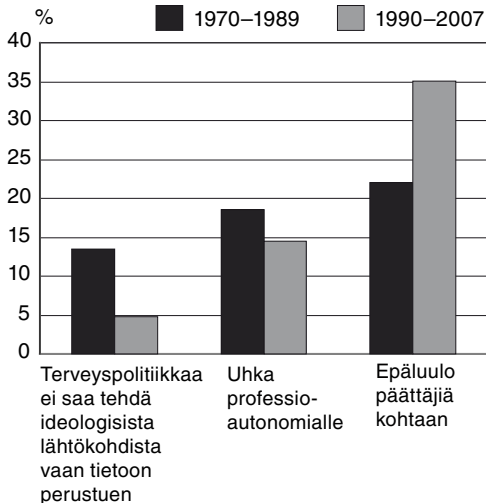
Pyrkimällä lisäämään tehokkuutta yksityissektorin avulla voidaan pääkirjoitusten mukaan kasvattaa resursseja. Vuosien 1970–1989 aikana tehokkuuden lisäämisen vaatimus oli vielä melko harvinainen, ja pääkirjoituksissa esiintyi myös kannanottoja, joiden mukaan tehokkuus ei sellaisenaan sovi mittariksi terveydenhuoltoon. Suurin kritiikki tehokkuuden esteistä on pääkirjoituksissa kohdistunut siihen, että tilaaja ja tuottaja ovat edelleen eriyttämättä eikä strategisia innovaatioita juuri ole. 1990-luvun loppuun tultaessa pääkirjoituksissa ei enää tuotu esille erityisen voimakkaasti sitä, kuinka valtiolliset tahot ovat esteenä yksityisen sektorin kasvuille. Sen sijaan ongelmaksi koettiin paikallistason eli kuntien viranhaltijoiden ja poliitikkojen asennemaailma.

Retoriikka ja perustelut pääkirjoituksissa

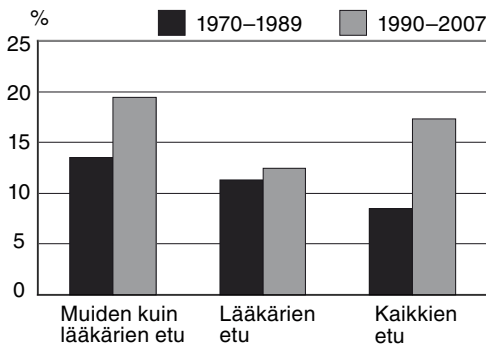
Retoriikka pyrkii saamaan muut vakuuttuneiksi esitetyistä asioista. Intressiryhmän merkittävä retorinen keino on ”pestä” omat intressit näkyvämmiksi (esim. Goodin 1986). Tällöin käytetään erilaisia retorisia vaikutuskeinoja, kuten asian luonnolliseksi/välttämättömäksi tekemistä tai vetoamista yhteisiin arvoihin/yhteiseen hyvään. Merkittävä keino on myös vetoaminen ulkoiseen pakkoon tai vain yhden vaihtoehdon mahdollisuuteen, jolloin politiikasta pyritään saamaan epäpoliittista. (Rahkonen 2006b, 90–101.) Aiemman tutkimuksen mukaan lääkärit ovat pyrkineet perustelevaan kantojaan ensisijaisesti potilaiden hyvinvoinnilla, vaikka taustalla ovatkin olleet ammattiryhmän taloudelliset ja muut materiaaliset intressit (Navarro 1988, 72).

Kuviossa 4 esitän analyysini tulokset terveyspoliittiseen retoriikkaan liittyvien muuttujien osalta ja kuviossa 5 pääkirjoituksissa esitetyt etuperustelut muutokselle¹⁰ terveydenhuoltojärjestelmässä.

10. Eli on otettu kaikki lausumat, joissa on esitetty jokin muutos ja eritelty niiden sisältöä. Tarkoittaa mitä tahansa muutosta, kuten vaatimusta korottaa sairausvakuutuksen korvaustaksoja



Kuvio 4. Terveyspoliittiseen retoriikkaan liittyvien muuttujien esiintyminen, %-osuus kaikista kyseisellä ajanjaksolla ilmestyneistä pääkirjoituksista, vuosina 1970–1989 yhteensä 141 ja vuosina 1990–2007 yhteensä 248



Kuvio 5. Pääkirjoituksissa esiintyvät perustelut muutokselle terveydenhuoltojärjestelmässä, %-osuus kaikista kyseisellä ajanjaksolla ilmestyneistä pääkirjoituksista, vuosina 1970–1989 yhteensä 141 ja vuosina 1990–2007 yhteensä 248

Pääkirjoituksissa todettiin, että terveyspolitiikan tulee perustua objektiivisuuteen ja asiantuntijatietoon eikä ideologiaan. Pääkirjoitusten mukaan juuri lääkäreillä on asiantuntijatietoa, ja vain lääkärit voivat olla päättämässä tietyistä terveydenhuoltoon liittyvistä asioista. Usein sanottiin, että terveydenhuollosta ”ei saa kiihkoilla” ja politikoida, vaan ratkaisut tulee tehdä tietoon perustuen. Erityisesti yksityisen sektorin kasvattamisen ja lääkärimäärien osalta vedottiin siihen, että päätöksissä käytettävän tiedon tulee olla neutraalia.

Objektiivisuuden vastakohta eli ideologiaan perustuva terveyspolitiikka näkyi pääkirjoitusten mukaan 1970–1980-luvuilla sillä tavoin, että virkoihin nimitettiin puoluepoliittisin perustein. Toisaalta todettiin, että politisoituminen on siinä mielessä myönteinen ilmiö, että se lisää kansanvaltaa. 1970-luvun loppua ja 1980-luvun alkua leimasivat pääkirjoitusten mukaan myös lääkärin ammatin arvostuksen lasku ja kielteinen julkisuus. Lääkäreitä ja Lääkäriliittoa kritisoitiinkin erityisen voimakkaasti 1970- ja osin 1980-luvulla. Tuolloin myös ammattikunnan sisällä oli hajontaa.

Professioautonomian pienenemisen uhka koettiin voimakkaimmaksi ajanjaksolla 1970–1989. Syynä oli se, että julkinen sektori laajeni tuolloin poikkeuksellisen nopeasti eivätkä lääkärit olleet vielä institutionalisoituneet järjestelmään yhtä voimakkaasti kuin myöhemmin vuosien 1990–2007 välisenä aikana. Byrokratian määrä lisääntyi julkisen terveydenhuollon laajentuessa. Juuri byrokratia nähtiin uhkaksi potilaan ja lääkärin väliselle suhteelle. 1980-luvulla ongelmana pidettiin erityisesti sitä, että lääkärin täytyy yhä enemmän toimia rahakirstun vartijana.

Professioautonomian pienenemisen uhka tuli ajankohtaiseksi johtamiseen liittyen 1990-luvun alusta lähtien, esimerkiksi johtosääntökeskustelussa Helsingin terveysjohtajaa valittaessa vuonna 1990. Teknokraattijohtajien nousu ja valta-asema lisäävät pääkirjoitusten mukaan terveydenhuollon ongelmia. Tämä merkitsi keskustelua siitä, voivatko myös muut kuin lääkärit toimia johtajina. Ongelmallisena pidettiin sitä, jos terveydenhuollon johtajan virkaan valitaan jonkin muun kuin lääkärikoulutuksen saanut henkilö. Pääkirjoituksissa korostettiin, että lääkärit itse päivittäisivät asiantuntemustaan talous- ja johtamisasioissa. Liisa Kurunmäen (2004) mukaan lääkäriprofessio onkin laajentunut 1990-luvulta lähtien hybridiksi professioksi eli ammattikuntaan on tullut yhä enemmän laskentatoimeen ja talousasiantuntijuuteen liittyvää tietämystä.

Toisella tarkasteluajanjaksolla eli vuosina 1990–2007 ideologiset vastakkainasettelut ovat pääkirjoitusten mukaan hieman lieventyneet. Tämä on näkynyt erityisesti siinä, että suhtautuminen yksityisektoriin on alkanut vähitellen muuttua. Muutos on pääkirjoitusarvioiden perusteella kuitenkin erittäin vähittäistä ja vähäisempää kuin haluttaisiin. 2000-luvulla useassa pääkirjoituksessa on todettu, että Suomi elää edelleen brezne-

viläisyydessä. Esimerkiksi palvelusetelilakia laadittaessa huomautettiin, että holhoavassa yhteiskunnassa on hankala antaa kilpailuttamisoikeus potilaalle.

Vuosina 1990–2007 lähes joka viidennessä pääkirjoituksessa tuotiin esille, että jokin muutos tai uudistus terveydenhuollossa olisi muiden kuin lääkäreiden (viitataan yleensä potilaisiin) etu. Vain reilussa kymmenessä prosentissa pääkirjoituksista todettiin, että kyseessä on myös lääkärin etu. Näissä tapauksissa oli kyse yleensä palkkauksesta. Lähes viidessätoista prosentissa pääkirjoituksista taas tuotiin esille, että kyseessä olisi ”kaikkien etu”.

Kaikkiaan etuperusteluita esitettiin ajanjaksona 1990–2007 enemmän kuin vuosien 1970–1989 aikana. Erityisesti laman jälkeen terveydenhuollon rakenteiden uudistamisen yhteydessä korostettiin, ettei kyse ole lääkäreiden vaan potilaiden tai sekä lääkäreiden että potilaiden edusta. Jonkin verran pääkirjoituksissa vedottiin myös tasa-arvoon. Pääkirjoitusten mukaan esimerkiksi sairausvakuutuksen taksoja tulisi nostaa, koska muuten pienituloisten omavastuuosuudet ovat liian korkeat.

Lopuksi

Lääkärilehden pääkirjoitusten sisältöä ”sitovat” paitsi hyvinvointivaltion instituutiot myös itse lääkäriprofessio instituutina. Suomen Lääkäriliitto edustaa lääkäreitä professiona ja sillä on vahva historia ja sitä kautta vakiintuneet normit ja arvot. Näin ollen pääkirjoituksissa ei voida esittää mitään radikaalisti liiton linjasta poikkeavaa. Analyysini tuloksissa ei olekaan suurta ristiriitaa verrattaessa niitä Lääkäriliiton virallisiin kannanottoihin (Saarinen 2007a).

Vasta 1990-luvun alun laman jälkeen alettiin Lääkärilehdessä voimakkaammin vaatia terveydenhuoltojärjestelmän rakenteiden muuttamista ja vedota asiantuntemukseen. 1970-luvulla taas oltiin enemmän huolissaan professioautonomi-

asta. Julkinen sektori laajeni 1970-luvulla ja osin vielä 1980-luvullakin, eivätkä lääkärit vielä olleet vahvasti institutionalisoituneet hyvinvointivaltioon. Näin myös professioautonomian pienemmen uhka koettiin tuolloin suuremmaksi.

Toki professioautonomian ongelmat ovat tulleet esille myös markkinoistumisen aikakaudella, mutta vain ajoittain. Pelko professioautonomian vähenemisestä näkyi erityisesti silloin, kun kannanottojen aiheena oli johtaminen. Lääkäreiden mukaan vain kollegat voivat toimia terveydenhuollon yksiköiden johtajina. Terveydenhuolto ei voi johtaa esimerkiksi talousjohtajan tai muiden ammattiryhmien logiikalla (myös Hafferty & Light 1995).

Pääkirjoituksissa ei siis haluta ”ostaa” uuden julkisjohtamisen opeista muuta kuin ajatus palveluiden markkinoistumisesta. Esimerkiksi tehokkuuteen suhtaudutaan moniulotteisesti. Tehokkuutta tulee lisätä yksityisen sektorin kautta, mutta ei vain julkisen sektorin työn tuottavuutta (lisää potilaita henkilökuntaa kohden) lisäämällä.

Pääkirjoituksissa on todettu, että jokin tietty terveydenhuollon uudistus tai muutos tulisi toteuttaa sen vuoksi, että kyseessä on muiden kuin lääkäreiden etu. Ajatus muiden etua ajavasta ammattijärjestöstä tai professiosta tuntuu kuitenkin absurdilta. Jäsenillä on erilaisia intressejä, mutta ammattiliittoon liitytään erityisesti sen vuoksi, että se ajaa etujasi. Profession edunvalvojana Lääkäriliitto ei voi ajaa ensisijaisesti potilaiden etuja vaan jäsenistönsä etuja.

Toisaalta lääkäriprofession olennainen piirre on vahvaan etiikkaan perustuva toiminta (vrt. Parsons 1951). Mikrotasolla lääkärin etiikan mukaisesti lojaalisuus ei kohdistu ensisijaisesti työnantajaan (tai johonkin suurempaan instituutioon) vaan nimenomaan potilaaseen (vrt. Andersen 2009; Saarni & Vuorenkoski 2003). Mikrotasolla lääkäri on ensisijaisesti auttaja, ei asiantuntija (Saari & Vuorenkoski 2003). Sen sijaan makrotasolla lääkäriprofessio ja sen etujärjestö eivät voi olla auttajia vaan nimenomaan asiantuntijoita.

KIRJALLISUUS

Ader, Christine R.: A Longitudinal study of agenda setting for the issue of environmental pollution. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 72 (1995): 2, 300–311

Andersen, Lotte Bøgh: What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences* 75 (2009): 1, 79–97

- Filc, Dani: Physicians as 'Organic Intellectuals' A Contribution to the Stratification versus Deprofessionalization Debate. *Acta Sociologica* 49 (2006): 3, 273–285
- Freidson, Eliot: *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row, 1970
- Goodin, Robert E: 1986. Laundering preferences. Teoksessa: Elster, Jon & Hylland, Aanund (toim.): *Foundations in Social Choice Theory*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986
- Graber, Doris A: *Processing the News: How People tame the information tide*. New York: Longman, 1988
- Hafferty, Frederic W & Light, Donald W: Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work. *Journal of Health and Social Behavior* 35 (1995): extra issue, 132–153
- Immergut, Ellen M: *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Yhdysvallat: Cambridge University Press, 1992
- Julkunen, Raija: Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa: Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.): *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 2004
- Kauttu, Kyllikki & Kosonen, Tapani: *Suomen Lääkäriliitto 1910–1985*. Helsinki: Gummerus, 1985
- Kensicki, Linda Jean: No Cure for What Ails Us: The Media-Constructed Disconnect Between Societal Problems and Possible Solutions. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 81 (2004): 1, 53–73
- Kosonen, Tapani: Lehtemme kannanotoista ja pyrkimyksistä. *Suomen Lääkärilehti* 32 (1977): 30, 2186
- Kurunmäki, Liisa. A: Hybrid Profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society* 29 (2004): 3–4, 327–347
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter: 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikan suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (1999): 3, 207–221
- Lewis, Jenny M & Marjoribanks, Tim: The Impact of Financial Constraints and Incentives on Professional Autonomy. *International Journal of Health Planning and Management* 18 (2003): 1, 49–61
- Light, Donald & Levine, Sol: The Changing Character of the Medical Profession: A Theoretical Overview. *The Millbank Quarterly* 66 (1988): supplement 2, 10–32
- Löyttyniemi, Varpu: *Auscultatio Medici: Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli*. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 347. Tampere: Tampereen yliopisto, 2004
- Löyttyniemi, Varpu: Töitä nuorille kollegoille!-Miten lääkäriyöttömyyskeskustelussa rakennettiin lääkäriyttä? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37 (2000): 3, 232–244
- Marjoribanks, Tim & Lewis, Jenny M: Reform and autonomy: perceptions of the Australian general practice community. *Social Science and Medicine* 56 (2003): 10, 2229–2239
- McCombs, Maxwell.E. & Shaw, Donald.L.: The Agenda-Setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly*, 36 (1972): 2, 176–187
- McCombs, Maxwell & Shaw, Donald L: The Evolution of Agenda-Setting Research: twenty-Five Years in the Marketplace of Ideas. *The Journal of Communication* 43 (1993): 2, 58–67
- Navarro, Vicente: Professional Dominance or Proletarianization?: Neither. *The Millbank Quarterly* 66 (1988): 2, 57–75
- Parsons, Talcott: *Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice*. Teoksessa: Parsons, Talcott (toim.): *The Social System*. Iso-Britannia, Routledge, 1951, uudelleenjulkaisu 1991
- Pekkarinen, Taito: Lääkärilehden lukijatutkimus: Lääkärilehti on lääkärin tärkein tietolähde. *Suomen Lääkärilehti* 57 (2002): 45, 4634–4635
- Pekkarinen, Taito: Lääkärilehden 70 vuotta – tiedotteesta ammatilliseksi yleislehdeksi. *Suomen Lääkärilehti* 92 (1992a): 16, 1552–1553
- Pekurinen, Markku & Punkari, Mika & Pokka, Marja: Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 34 (1997): 3, 223–235
- Pietilä, Veikko: *Sisällön erittely*. Tampere: Gaudeamus, 1973
- Pollitt, Christopher: Is the Emperor in his Underwear? An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management: an international journal of research and theory* 2 (2000): 2, 181–199
- Rahkonen, Juho: *Printattu hyvinvointivaltio. Sosiaali- ja terveystalouden aiheiden käsittely Ilkassa, Aamulehdessä ja Helsingin Sanomissa 1986, 1996, 2006*. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006a): 5, 459–470.
- Rahkonen, Juho: *Journalismi taistelulentäjä. Suomen Nato-jäsenyydestä käyty julkinen keskustelu 2003–2004*. Tampere: Tampereen yliopisto, 2006b
- Riska, Elianne: The Professional Status of Physicians in the Nordic Countries. *The Millbank Quarterly* 66 (1988): supplement 2, 133–147
- Saari, Samuli & Vuorenkoski, Lauri: Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 199 (2003): 10, 993–1000.
- Saarinen, Arttu: *Markkinat ja lääkiriprofessio. Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970–2005*. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007a): 2, 121–136.
- Saarinen, Arttu: *Lääkäreiden näkemykset terveydenhuollon markkinoistumiseen*. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007b): 6, 599–612
- Saarinen, Arttu: *Lääkäreiden näkemykset terveydenhuoltojärjestelmästä. Hoitotakuujärjestelmä on tuonut riittävästi resursseja harvojen lääkäreiden mielestä*. *Suomen Lääkärilehti* 62 (2007c): 47, 4441–4445
- Sandelowski, Margarete & Voils, Corrine I. & Knaff, George: *On Quantitizing*. *Journal of Mixed Met-*

hods Research 3 (2009): 3, 208–222

Schlesinger, Mark J: A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession. *Milbank Quarterly* 80 (2002): 2, 1–45

Sosiaali- ja terveysministeriö: Lääkäriksi ja hammaslääkäriksi koulutettavien määrä ja työtilaisuudet vuoteen 2000. Lääkäri- ja hammaslääkäriyövoiman laskentaryöryhmän muistio. Työryhmämuistio 1979:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1979

Sulkunen, Pekka: Todellisuuden ymmärrettävyys ja diskursianalyysin rajat. Teoksessa: Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.): Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Tampere: Gaudeamus, 1997

Suomen Lääkärilehti: Mediakortti. [http://www.laaka-](http://www.laakarilehti.fi/files/mediakortti2009.pdf)

[rilehti.fi/files/mediakortti2009.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/mediakortti2009.pdf), 2009

Suomen Lääkäriliitto: Suomen Lääkäriliiton tilastoja, 2008

Tousijn, Willem: Medical Dominance in Italy: a Partial Decline. *Social Science & Medicine* 55 (2002): 5, 733–741

Vähäaho, Tarja: Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa: Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.): Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2002

Wolinsky, F. D: The Professional Dominance, Deprofessionalization, Proletarianization, and Corporatization Perspectives: An Overview and Synthesis. Teoksessa: Hafferty, Frederik W. & McKinlay, John B (toim.): *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. New York: Oxford University Press, 1993.

ENGLISH SUMMARY

Arttu Saarinen: Health policy in Finnish Medical Journal editorials in 1970–2007 (Terveyspolitiikka Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007)

The article explores Finnish health policy as reflected in 389 editorials published in the Finnish Medical Journal in 1970–2007. The 1970s and 1980s are described as a period of public sector expansion, and the 1990s and 2000s as one of increasing marketization. Four of the 18 variables are background variables used to describe the dataset. Four of the variables properly describe marketization more clearly, five variables are linked with health care resources and four describe the underlying rhetorics of health policy. The editorials repeatedly refer to the scarcity of resources, particularly during the marketization period, and this has a direct impact on the medical profession. Fears of dwindling professional autonomy are also evident from the

1990s onwards in editorials touching on the subject of management. Physicians take the view that only colleagues can take charge of health care units. Calls for structural change in the health care system only began to gather momentum in the aftermath of recession. During the period of public sector expansion a major concern was with the excessive influence of ideology over health policy making, meaning a reluctance to give the private sector a more prominent role. One major aspect of professional autonomy is its economic side. The editorials do not give very much weight to advocating the economic interests of the medical profession. A common point made in the editorials is how a certain change or reform in the health care system should be carried through because this is in the best interests of other than the medical profession.

KEYWORDS

medical profession, editorial, health care