

Terveys kaikessa toiminnassa ja päätöksenteossa

Terveyskansalaisuus ja hallinta politiikkaohjelmissa

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta

Yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkielma

Heidi Oinonen 180629

Syyskuu 2014

Tiivistelmä

Itä-Suomen yliopisto

Tiedekunta Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden	Laitos Yhteiskuntatieteiden laitos
Tekijä Heidi Marjo Elisa Oinonen	
Työn nimi Terveys kaikessa toiminnassa ja päätöksenteossa. Terveyskansalaisuus ja hallinta politiikkaohjelmissa	
Oppiaine Yhteiskuntapolitiikka	Työn laji Yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkielma
Aika Syyskuu 2014	Sivumäärä 106 + 1 liite (6 liitesivua)
<p>Tiivistelmä - Abstract</p> <p>Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelen terveystieteiden tuottamista ja tähän kytkeytyviä hallinnan käytäntöjä terveyden edistämisen diskursseissa. Tutkielman keskiössä on terveystieteiden, hallinnan ja terveyden edistämisen tarkastelu yhdessä eräänlaisena punoksena. Terveyden edistämisen käsite on vahvasti esillä suomalaisessa terveystieteissä. Koen, että terveyden edistämisen diskursseissa ja käytännöissä tuotetaan terveystietoisuutta ja samalla tähän sisältyy hallintaa. Tutkimusaineisto koostuu yhteensä 12 terveyden edistämistä linjaavasta sosiaali- ja terveysministeriön ja valtioneuvoston asiakirjasta. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu terveystieteiden käsitteestä sekä hallinnan analytiikan soveltamisesta. Teoreettis-metodologisenä viitekehysinä ja laajempina tarkastelukulmina on sosiaalinen konstruktionismi ja analyysimenetelmänä hyödynnän sosiaaliseen konstruktionismiin pohjautuvaa diskurssianalyysia. Tutkimuskysymykseni ovat: Miten terveyden edistämistä puhutaan aineistossa eli millaisia terveyden edistämisen diskursseja voidaan tunnistaa? Millaista terveystietoisuutta diskursseissa tuotetaan ja millaisia hallinnan käytäntöjä tähän kytkeytyy? Tarkastelen myös sitä, miten yhteiskunnalliset ja yksilölliset tekijät painottuvat terveyden edistämässä.</p> <p>Analyysin pohjalta olen muodostanut terveyden edistämisen puhunnasta viisi päädiskurssia, jotka ovat yhteiskunnallinen diskurssi, yksilödiskurssi, taloudellinen diskurssi, terveys arvona -diskurssi sekä muutosten ja haasteiden diskurssi. Havaintoni on, että terveyden edistämisen diskursseissa pyritään tuottamaan etenkin terveystietoisia, vastuullisia ja aktiivisia terveystietoisia. Keskeisenä tutkimustuloksena on myös se, että terveyden edistämiseen liittyy runsaasti välillistä hallintaa sekä tiedolla ohjaamista. Lisäksi yhteiskunnan ja yksilön vastuunjaosta terveyden edistämässä käydään aineistossa keskustelua, ja usein yksilökeskeinen ja yhteiskuntapainotteinen puhunta leikkautuvat ja yhdistyvät toisiinsa mielenkiintoisella tavalla. Yhteiskunta ja elinympäristö tulisi luoda terveyttä edistäviksi, eli ympäristön tulisi tukea ja kannustaa kansalaisia terveyden edistämiseen, aktiivisuuteen ja määrätynlaiseen terveystietoisuuteen. Toisaalta terveyden edistäminen voi nähdäkseni siirtyä entistä enemmän yksilön vastuulle, sillä terveyden edistämisen painopisteinä ovat terveysongelmien ehkäisy ja riskeihin puuttuminen mahdollisimman tehokkaasti. Myös tulevaisuuden muutoksiin ja haasteisiin halutaan varautua aktiivisella terveyden edistämällä. Terveyden edistäminen ja terveydentilan kohentaminen näyttäytyvät aineistossa myös varsin yksiselitteisinä keinoina moniin ongelmiin. Samanaikaisesti sekä terveystietoisuus että terveyden merkitys niin yhteiskunnassa kuin kansalaisten keskuudessa näyttävät vahvistuvan entisestään.</p>	
Asiasanat Terveystietoisuus, terveyden edistäminen, hallinta, terveystieteiden politiikka, diskurssianalyysi, sosiaalinen konstruktionismi	
Säilytyspaikka	Itä-Suomen yliopiston kirjasto
Muita tietoja	

Sisällysluettelo

1 Johdanto	1
2 Tutkimusasetelma	7
2.1 Tutkimusaineisto	8
3 Terveyskansalaisuus ja hallinnan analytiikka	13
3.1 Terveyskansalaisuuden käsite ja ulottuvuudet	13
3.2 Terveyskansalaisuuden ja terveystalouden kehityskulut	20
3.3 Terveystalouden ja terveyden edistäminen	25
3.4 Hallinnan analytiikan perusajatuksia	31
3.5 Valtakäsitys hallinnan analytiikassa	35
3.6 Hallinta ja terveyskansalaisuus	37
4 Tutkimuksen toteutus, metodiset ratkaisut ja analyysi	42
4.1 Sosiaalinen konstruktionismi tutkielman teoreettis-metodologisena lähestymistapana	42
4.2 Diskurssianalyysi sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta	45
4.3 Diskurssianalyttinen menetelmä tutkielmassa	51
4.4 Analyysin eteneminen	55
5 Terveyden edistämisen diskurssit	60
5.1 Yhteiskunnallinen diskurssi	60
5.2 Yksilödiskurssi	64
5.3 Taloudellinen diskurssi	70
5.4 Terveys arvona –diskurssi	73
5.5 Muutosten ja haasteiden diskurssi	76
6 Terveyskansalaisuuden tuottaminen ja hallinnan käytännöt	80
7 Yhteenvetoa ja pohdintaa	90
8 Lähteet	100
Painetut lähteet	100
Elektroniset lähteet	104

Liite 1. Tutkimusaineisto

1 Johdanto

Terveys on yksi suomalaisten eniten arvostamista asioista. Etenkin arvona terveyden katsotaan korostuneen länsimaisessa kulttuurissa äärimmilleen viime vuosikymmenien aikana. (Kangas ym. 2000, 9-10.) Terveys nähdään yhtenä ihmisen tärkeimmistä arvoista myös erilaisissa terveystieteellisissä asiakirjoissa ja politiikkaohjelmissa (mm. STM 2001, 8; STM 2006b, 15; TEPO 2007, 1). Terveyden merkityksestä, erilaisista terveystieteellisistä ja väestön terveydentilasta keskustellaan mediassa ja yhteiskunnassa jatkuvasti, ja esimerkiksi terveys- tai talousasiantuntijat ja poliittiset päättäjät painottavat terveyden ja hyvinvoinnin merkitystä paitsi yksilön elämänlaadun, myös kansantalouden, kilpailukyvyn ja tuottavuuden kannalta. Toisaalta terveyttä pidetään varsin kiistattomasti sellaisena asiana, jonka tärkeyttä ja painoarvoa ei edes tarvitse perustella. Terveys on siis eräänlainen itseisarvo. Palosuo ja Lahelma (2013, 40) huomauttavat, että terveyteen liittyy monenlaisia ja monitasoisia intressejä, jotka heijastuvat terveystieteisiin ja terveyden eri määritelmiin. Ilmiönä terveys on lääke- ja terveystieteiden lisäksi myös monen muun tiedon- ja tieteenalan kiinnostuksen kohteena, ja etenkin yhteiskunnallisen merkityksensä vuoksi terveys on politiikan ja hallinnon intressialuetta (Palosuo & Lahelma 2013, 40). Tämän takia terveys, käytännössä siis kansalaisten terveys, on valtiiovallan ja hallinnon keskeinen kiinnostuksen ja toimenpiteiden kohde.

Terveys ja sairaus ovat ihmiselämän perusulottuvuuksia ja lisäksi yhteiskunta sekä sen sosiaalisen ja institutionaalisen järjestäytymisen tavat vaikuttavat terveyteen ja sairauteen. Biologiansa ohella niin terveys kuin sairaudetkin ovat sosiaalisesti ja kulttuurisesti jäsentyneitä, paikallisia ja historiallisia ilmiöitä. (Kangas ym. 2000, 7.) Yhtäältä terveys ja terveellisyys edustavat nykyajan keskeisimpiä arvoja ja toisaalta ihmisten käsitykset niistä muodostuvat paljolti suhteessa asiantuntijatiетoon. Etenkin terveydenhuollon ja lääketieteen piirissä määritellään vahvasti sitä, mitä terveys ja normaalius ovat. Lisäksi itse terveyden ymmärtäminen tavoitteena ja ihmisten elämäntapoihin kohdistuvat odotukset vaikuttavat siihen, mihin ihmiset pyrkivät ja millä tavoin he arvioivat omaa toimintaansa. (Kokkonen 2006, 471-472.) Puurosen (2006, 5) mukaan ei ole välttämättä luontevaa ajatella, että terveys olisi jotakin aina samana pysyvää tai että terveystieteelliset käsitykset olisivat muuttumattomia. Ajat muuttuvat, ja sen mukana myös käsityksemme ja kokemuksemme terveydestä sekä itse terveyttä koskeva tieto. Nykyaikanakin terveyteen liittyy

monia uskomuksia. Uskomukset sekä niiden taustalla vaikuttava terveyttä ja sairautta koskeva tieto ovat aina aikansa tuottamia ja siksi muuttuvia. (Puuronen 2006, 5.) Puuronen (2006, 7-8) mukaan terveyden ylikorostuminen elämässä voidaan tulkita jopa uudeksi uskonnollisuudeksi. Sosiokulttuurisena ilmiönä terveys on yksi elämänalue, jota pyritään hallitsemaan eri tavoin. Esimerkiksi terveystieteet lisää tietoa terveydestä, mutta samalla se on vallankäyttöä, joka ei ole rankaisevaa vaan normittavaa ja normalisoivaa. Yhtenä sosiaalisen kontrollin muotona terveys näyttää ikään kuin soluttautuneen useimmille elämänalueille, ja terveys jäsentää elämänmenoa lähes sen joka sektorilla. (Puuronen 2006, 9.)

Terveyden ja hyvinvoinnin painoarvo tuntuu myös jatkuvasti kasvavan yhteiskunnassa. Samalla terveyden vaalimisesta on tullut erottamaton osa nykyihmisen elämäntapaa, ja niin työelämässä kuin vapaa-aikanakin jokaista patistetaan edistämään terveyttään esimerkiksi liikkumalla enemmän, syömällä terveellisemmin ja vähentämällä päihteiden käyttöä (Helén & Jauho 2003a, 7). Lisäksi sairauksien ennaltaehkäisy ja torjunta ovat käytännössä yksilöiden moraalisia velvollisuuksia, ja oikeaoppinen terveystietäminen alkaa olla kunnollisen ja menestyvän kansalaisen elämänehto (Kangas & Karvonen 2000a, 181) ja eräänlainen tunnusmerkki. Puuronen (2006, 7) esittääkin, että tämän päivän Suomessa terveys, jos mikä, näyttää ihmisen identiteetti- ja elämänpolitiikan kulmakivenä ja omaa terveyttä on rakennettava kuin työuraa. Esimerkiksi sotavuosien aikana terveys jäsenyi selkeämmin kansalaisen taustamuuttujista, etenkin köyhyydestä, käsin. Nykyisin terveys mielletään pitkälti tietoiseksi terveys- ja elämäntapatakkailuksi ja terveys jäsentää jokapäiväistä elämää itseä velvoittavana terveystieteenä. (Puuronen 2006, 7.) Terveystila ja elinvoimaisuus määrittävät näkemykseni mukaan yhä voimakkaammin myös ihmisen ja kansalaisen yhteiskunnallista kelpoisuutta ja etenkin tuottavuutta. Omasta terveydestä ja hyvinvoinnista tulisi huolehtia jo lapsuudesta alkaen, ja ajan henkeä tuntuu kuvastavan se, että mitä terveempi, aktiivisempi ja työ- sekä toimintakykyisempi kansalainen on, sitä parempi.

Terveystieteen tavoitteena on Palosuo ja Lahelma (2013, 39) mukaan pitää huolta väestön hyvinvoinnista edistämällä terveyttä ja sen edellytyksiä sekä torjumalla ja hoitamalla sairauksia. Terveystieteen suunnittelun ja toteuttamisen ehtona on riittävä tietopohja siitä, mitkä tekijät määrittävät terveystilaa ja sairauksia sekä siitä, miten taustatekijöihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi terveys- ja yhteiskuntapolitiikan keinoin (Palosuo & Lahelma 2013, 39). Suomalaisessa

terveyspolitiikassa on omaksuttu periaatteet ja lähestymistavat *terveys kaikissa politiikoissa ja terveys ja hyvinvointi osaksi kaikkea päätöksentekoa*, joiden mukaisesti terveysnäkökohdat pyritään huomioimaan kaikessa yhteiskunnallisessa toiminnassa ja eri hallinnonaloilla (esim. STM 2011, 6-7; Hallitusohjelma 2011, 55). Myös nämä periaatteet, kuten *lisää terveyttä elämään, lisää terveyttä elinvuosiin ja lisää elämää vuosiin* on omaksuttu laajalti Suomen terveyspolitiikkaan viime vuosikymmenien kuluessa (mm. STM 2012b, 14-15). Suomi on profiloitunut myös kansainvälisesti *terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan puolestapuhujana eli siinä, miten terveysnäkökulma otetaan huomioon myös muussa kuin perinteisesti terveyteen liitetystä toiminnassa (Sihto ym. 2013a, 11.) Sihto kollegoineen (2013b, 420) esittää, että Suomessa on otettu käyttöön niin sanottu terveystavoitteinen yhteiskuntapolitiikka, ja tämä terveyttä kaikessa poliittisessa päätöksenteossa painottava lähestymistapa myös vastaa periaatteiltaan terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan lähestymistapaa.

Erityisesti terveyden edistämisen tematiikka on noussut keskeiselle sijalle suomalaisessa terveyspolitiikassa, erilaisissa politiikkastrategioissa ja julkisessa keskustelussa (Karjalainen & Palola 2011, 9). Terveyden edistäminen on käytännössä ollut kansallisella, poliittisella asialistalla 1980-luvun puolivälistä eteenpäin (Pajukoski 2009, 81). Suomalaisessa keskustelussa terveyden edistäminen esitetään usein yhtenä ratkaisuna, jolla voitaisiin hillitä terveys- ja sosiaalipalvelujen kysynnän ja menojen kasvua (Ståhl & Rimpelä 2010, 3). Näin terveyden edistämiseen kytkeytyy etenkin taloudellisia intressejä. Toisaalta on vaikeaa yksiselitteisesti määrittellä, mitä terveyden edistäminen pitää sisällään. Terveyttä pidetään perusihmisoikeuksiin kuuluvana asiana, josta yhteiskunnan on kannettava oma eettinen vastuunsa. Se, mitä terveyden edistämällä tarkalleen ymmärretään, riippuu itse käsitteen *terveys* määrittelystä, ja terveyden edistäminen voi saada hyvin monenlaisia muotoja. (Kauhanen ym. 1998, 246; Lupton 1995, 50-51.) Oinas (2006, 77) huomauttaakin, että terveyden edistämiseen on erilaisia lähestymistapoja. Kyse on paljolti siitä, miten yksilön ja yhteiskunnan suhteet ymmärretään ja miten esimerkiksi terveysongelmat halutaan hahmottaa. Yleisesti ottaen terveyden edistäminen on hankalaa, koska siinä on tasapainoiltava hallinnan ja kontrollin, ihanteiden ja tiedon iskostamisen sekä nautintojen ja yksilöllisyyden toteuttamisen oikeuden välillä. Myös tutkijat keskustelevat runsaasti siitä, millainen terveyden edistäminen on haitallista ja yksilön vapautta rajoittavaa vallankäyttöä, ja milloin terveyspropaganda on vain tehokas väline kansalaisten yhdenmukaistamiseen ja kontrollointiin.

Terveystiedossa ja terveysihanteissa on aina kyse myös yhteiskunnallisesta vallasta, ja voi kysyä, keiden ihanteita kaikille lopulta markkinoidaan. (Oinas 2006, 77.)

Suomessa kansanterveyden, terveystieteiden ja terveyden edistämisen sisältöalueet ovat osin päällekkäisiä, mutta niillä on kuitenkin oma historiansa. Suomessa alettiin puhua terveystieteistä vasta 1960-luvulla, ja nykymuotoisena terveyden edistäminen nousi terveystieteelliseen keskusteluun myöhemmin. Kansanterveys on käsitteenä puolestaan vanhempaa perua. (Sihto 2013, 14.) Nykypolitiikassa keskeiseen asemaan noussut terveyden edistämisen käsite määritellään esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006b, 43-44) näin: ”Terveyden edistäminen on terveyteen sijoittamista, tietoista voimavarojen kohdentamista ja vaikuttamista terveyden taustatekijöihin. Se on terveystieteiden huomioon ottamista eri politiikkojen päätöksenteossa ja toiminnassa. Terveyden edistäminen on terveydenhuollon sekä muiden toimialojen, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän toimintaa väestön terveyden ja toiminta- ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi.” (STM 2006b, 43-44.) Lisäksi ”terveyden edistäminen on määritelty prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä” (STM 2006b, 15; WHO 1986).

Terveyden edistäminen nojaa myös lainsäädäntöön ja perustuslakiin. Perustuslain toisessa luvussa (19 §, 3. momentti) mainitaan oikeus sosiaaliturvaan, ja lisäksi julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Terveyden edistäminen on lisätty perustuslakiin sitä uudistettaessa vuonna 2000, ja tämä heijastaa Melkaksen (2010, 45) mukaan entistä laajempaa ymmärrystä terveyttä vahvistavien ja sairauksia ehkäisevien toimien merkityksestä hyvän terveyden saavuttamisessa ja yhteiskunnan mahdollisuuksista näiden toimien toteuttamiseen. Lisäksi melko hiljattain uudistetun terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 3. pykälän mukaan terveyden edistämällä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden ja työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen, väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallinen voimavarojen

kohdentaminen terveyttä edistävällä tavalla. Näin terveyden edistämisen ajatusta ja merkitystä on pyritty viime vuosina vahvistamaan ja ajamaan myös lainsäädäntöön tehtyjen muutosten ja lisäysten kautta.

Minusta erityisen mielenkiintoista on se, että esimerkiksi väestön terveydentilaa, sen kehitystä sekä terveyden edistämistä koskevassa keskustelussa kiinnitetään useimmiten huomiota etenkin ihmisten terveystyötyymiseen ja elintapoihin. Liikunta, ravitsemus, alkoholi ja tupakointi ovat keskustelussa keskeisiä teemoja ja alueita, joihin pyritään vaikuttamaan vaikkapa valtionhallinnon tai terveysasiantuntijoiden taholta. Esimerkiksi huolet suomalaisten liiallisesta sokerin saannista ja suolan käytöstä, vähäisestä liikunnasta, istumisen haitoista sekä alkoholin kulutuksen kasvusta nousevat usein esille asiantuntijapuheissa, uutisoinnissa ja yhteiskuntapoliittisessa keskustelussa (mm. Yle Uutiset 2.11.2012; THL 21.11.2012; Yle Uutiset 24.8.2013; STM 3.10.2013; Yle Uutiset 23.5.2014). Pro gradussani olen kiinnostunut siitä, miten terveyden edistämisestä puhutaan hallinnollis-poliittisissa asiakirjoissa. Tutkittava aineisto koostuu yhteensä kahdestatoista sosiaali- ja terveysministeriön sekä valtioneuvoston asiakirjasta. Mielestäni terveyden edistämisen käytännöissä ja puhunnassa pyritään tuottamaan tietynlaista subjektiivuutta ja terveystkansalaisuutta. Terveyden edistämiseen ja terveystkansalaisuuden tuottamiseen liittyy lisäksi erilaisia hallinnan käytäntöjä, joita pyrin erittelemään. Tutkimuksen keskiössä on siten terveystkansalaisuuden, terveyden edistämisen ja hallinnan punoutuminen yhteen.

Minua kiinnostaa tarkastella myös sitä, korostuvatko yksilölliset ja elintapapainotteiset tekijät esimerkiksi yhteiskunnallisia ja rakenteellisia tekijöitä enemmän siinä keskustelussa, jota terveyden edistämisestä käydään aineistoni asiakirjoissa. Karjalainen ja Palola (2011, 9) esittävät, että silloin kun hyvinvointia ja terveyttä tarkastellaan enenevästi mieluummin yksilöiden kuin väestöryhmien tasolla, se muuttuu yhä yksilöllisemmäksi ja samalla myös yhä enemmän terveydelliseksi, kunkin yksilön elintapoihin liittyväksi kysymykseksi. Hyvinvointia tukevan yhteiskunta- ja sosiaalipolitiikan sosiaalinen ulottuvuus kapenee ja se loitontuu yhteiskunnasta. Tällöin rakenteellisia ja yhteiskunnallisia ongelmia ei osata nähdä ja tunnustaa, kun ”parantamisen” kohteena ovat ennen kaikkea yksilöt. (Karjalainen & Palola 2011, 9.) Karjalaisen ja Palolan (2011, 9) mukaan ennalta ehkäisevä, terveyttä ja hyvinvointia edistävä politiikka on toki tärkeää ja viisasta, mutta sen yksinäkökulmaisen korostamisen myötä rakenteelliset kysymykset saavat antaa jatkuvasti

tilaa yksilöiden terveyden ja elintapojen parantamisen tavoitteille. Olennainen kysymys onkin mielestäni se, mitä seurauksia terveyden ylikorostumisella ja vastuun siirtymisellä - tai tietoisella siirtämisellä - yksilöille voi olla tai mistä laajemmasta kehityksestä se mahdollisesti kertoo. Olen kuitenkin pyrkinyt jättämään lähtöoletukseni melko taustalle tarkastellessani terveyden edistämistä käytävää keskustelua. Pyrin siis tutkimaan aineistoa mahdollisimman avoimin mielin ja ottamaan huomioon diskurssien monimuotoisuuden, mahdolliset ristiriidat ja yllättävät seikat. Olen yrittänyt välttää sen, että ennakkokäsitykseni ja lähtöoletukseni ohjaisivat tutkimusta ja analyysia liikaa ja pyrkinyt siihen, että tarkastelu olisi tasapainoista.

Pro graduni teoreettisen viitekehyksen ytimessä on terveyskansalaisuuden käsite, jota etenkin Ipo Helén ja Mikko Jauho (2003a; 2003b) ovat teoretisoineet. Tämän lisäksi hyödynnän teoriapohjassani hallinnan analytiikkaa (esim. Dean 1999; Hänninen & Karjalainen 1997; Kaisto & Pyykkönen 2010; Miller & Rose 2008; Miller & Rose 2010), jota pyrin soveltamaan terveyskansalaisuuden ja terveyden edistämisen kehyksissä. Tämä on nähdäkseni mielekästä erityisesti siitä syystä, että terveyskansalaisuudessa on vahvasti nähtävillä paitsi terveyden, myös koko ihmiselämän hallinnan ulottuvuus. Hallinnallisuus ja hallinnan käytännöt ulottuvat etenkin ihmisen ruumiiseen ja terveyteen. Mielestäni terveyskansalaisuutta ja sen tuottamista, terveyden edistämistä ja hallintaa on mahdollista tarkastella eräänlaisena punoksena ja toisaalta nämä ilmiöt myös sulautuvat yhteen. Terveyden edistämistyö on Luptonin (1995, 4) mukaan toki edistänyt terveyttä ja kohentanut elämänlaatua väestötasolla länsimaissa, mutta samalla terveyden edistämisen käytännöt ja instituutiot ovat tuottaneet tietynlaisia subjekteja ja ruumiita. Moninaiset hallinnan käytännöt ja tekniikat ovat keskeisellä sijalla jokapäiväisessä elämässä ja lukemattomissa eri ympäristöissä ja yhteyksissä, ja etenkin terveyden edistäminen on olennaisesti sidoksissa hallintavaltaan ja hallinnan käytäntöihin (mm. Lupton 1995, 10-11). Ajatukseni on, että terveyden edistämisen käytännöt sekä siihen kytkeytyvät hallinnan käytännöt ja tekniikat tuottavat myös yhdenmukaista terveyskansalaisuutta. Tässäkin suhteessa terveyden edistäminen, terveyskansalaisuus ja hallinnan ulottuvuudet ovat mielestäni sovitettavissa yhteen, ja niitä on mielekästä tarkastella yhdessä ja suhteessa toisiinsa.

2 Tutkimusasetelma

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelen terveystieteellisen tuottamisen sekä siihen kytkeytyviä hallinnon käytäntöjä terveyden edistämisen diskursseissa. Tutkimusaineistona on ajankohtaisia, 2000-luvulla julkaistuja hallinnollis-poliittisia asiakirjoja ja politiikkaohjelmia, joissa puhutaan terveyden edistämisestä. Aineisto koostuu yhteensä 12 asiakirjasta, joista suurin osa eli kymmenen kappaletta on sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asiakirjoja ja kaksi muuta ovat valtioneuvoston asiakirjoja. Esittelen tutkimusaineistoa tarkemmin jäljempänä. Ensin avaan tutkimusasetelmaa sekä esittelen tutkimuskysymykseni. Tutkimuksessani on varsin laaja ja monitahoinen teoreettinen viitekehys, joka mielestäni myös mahdollistaa usean tarkastelukulman hyödyntämisen. Tutkimukseni lähtökohdat ja teoreettisen viitekehyksen peruspilarit eli terveystieteellisyys, hallinta ja terveyden edistäminen punoutuvat tarkastelussani yhteen. Tutkimusmenetelmänä hyödynnän sosiaaliseen konstruktionismiin tukeutuvaa diskurssianalyysia. Käyn tarkemmin läpi tekemiäni metodisia ratkaisuja sekä valitsemani analyysimenetelmää luvussa 4.

Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykseni ovat: Miten terveyden edistämisestä aineistossa puhutaan eli millaisia terveyden edistämisen diskursseja aineistossa esiintyy? Millaista terveystieteellisyttä näissä terveyden edistämisen diskursseissa tuotetaan ja millaisia hallinnon käytäntöjä ja tekniikoita näissä diskursseissa sekä terveystieteellisuuden tuottamisessa voidaan tunnistaa? Näihin kysymyksiin vastatakseni lähdän liikkeelle yksinkertaisesti siitä, miten aineistossa puhutaan terveyden edistämisestä ja millaisia merkityksiä terveyden edistämälle annetaan. Miten terveyden edistämistä käytännössä jäsennetään tutkimissani hallinnollis-poliittisissa asiakirjoissa? Pyrin siten tunnistamaan aineistossa esiintyviä terveyden edistämisen diskursseja. Minua kiinnostaa myös se, mitkä diskurssit aineistossa painottuvat, eli painotetaanko terveyden edistämisestä puhuttaessa enemmän esimerkiksi yksilöllisiä vai yhteiskunnallisia keinoja ja tekijöitä. Pyrin siis aineiston analyysin ja löytämiäni terveyden edistämisen diskurssien avulla tulkitsemaan tuotettua terveystieteellisyttä sekä erittelemään tähän sisältyvää hallintaa. Näin ollen haluaisin vastauksia myös siihen, millaisia ihmisten toivotaan tai jopa edellytetään terveyden suhteen olevan. Samalla pohdin, millainen rooli tai asema kansalaiselle annetaan terveyden suhteen näissä terveyden

edistämisen diskursseissa. Yhteiskunta- ja terveystieteellisen keskustelun pohjalta muodostunut näkemykseni on, että terveyden edistämässä on alettu yhä enemmän korostaa yksilön vastuuta. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että yksilön tulisi pitää aktiivisesti huolta terveydestään läpi elämän. On siis mielenkiintoista yrittää selvittää, pyritäänkö terveyden edistämisen diskursseissa siirtämään vastuuta terveydestä yhä voimakkaammin yksilön harteille. Käsitteeni on, että sekä terveyden edistämiseen että terveystietoisuuden tuottamiseen sisältyy hallintaa ja vallankäyttöä. Näin punon yhteen terveyden edistämisen ja terveystietoisuuden tuottamisen sekä näihin molempiin kytkeytyvät hallinnan käytännöt.

2.1 Tutkimusaineisto

Tarkasteluni ja analyysini kohteena ovat sosiaali- ja terveysministeriön sekä valtioneuvoston 2000-luvulla julkaisemat terveyden edistämistä linjaavat hallinnollis-poliittiset asiakirjat. Asiakirjoja on yhteensä 12 kappaletta ja aineiston sivumäärä on kaiken kaikkiaan noin 730 sivua. Asiakirjojen julkaisuajankohdat ovat vuosien 2001 ja 2013 välillä. Valtaosa asiakirjoista eli yhteensä kymmenen kappaletta on sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, mutta mukana on myös kaksi valtioneuvoston asiakirjaa, eli Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma (2011) ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2007). Minua kiinnostaa tarkastella juuri hallinnollis-poliittisella tasolla linjattua terveyden edistämistä ja terveyden edistämisestä käytyä keskustelua, joten olen rajannut tutkimusaineiston aiheen kannalta keskeisiin hallinnollis-poliittisiin asiakirjoihin. Koska tutkimuskysymykset ovat hyvin ajankohtaisia ja haluan tarkastella tämänhetkistä terveydenedistämiskeskustelua ja terveystietoisuutta, olen valinnut 2000-luvun aikana julkaistua materiaalia. Mielestäni kyseisten asiakirjojen analysointi on tärkeää siksi, että ne osaltaan määrittävät ja suuntaavat terveyden edistämistä myös käytännön ja toimeenpanon tasolla. Asiakirjoissa myös asetetaan tavoitteita ja määritellään keskeisiä arvoja ja strategioita koko terveystietoisuuden ja sosiaalipolitiikalle.

Seuraavaksi on lista aineistona olevista asiakirjoista lyhenteineen ja aikajärjestyksessä varhaisimmasta tuoreimpaan. Tutkielman lopussa Liitteet –osiossa (ks. sivut 107-112) on lisäksi lyhyt tiivistelmä jokaisesta tutkimusaineiston asiakirjasta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjat

- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta (STM 2001)
- Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa (STM 2006a)
- Terveyden edistämisen laatusuositus (STM 2006b)
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista (STM 2008)
- Sosiaali- ja terveystalouden kertomus 2010 (STM 2010a)
- Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuusraportti 2010 (STM 2010b)
- Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Kansallinen sosiaali- ja terveystalouden strategia (STM 2011)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012-2015 (STM 2012a)
- Terveys 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi (STM 2012b)
- Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2012-2015 (STM 2013)

Valtioneuvoston asiakirjat

- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (TEPO 2007)
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma (Hallitusohjelma 2011)

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä valtioneuvoston asiakirjojen valinta aineistoksi ja tarkastelu yhdessä on minusta mielekästä, koska sekä sosiaali- ja terveysministeriö että valtioneuvosto linjaavat ja määrittävät merkittävässä määrin suomalaista sosiaali- ja terveystaloutta. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden valmistelusta, johtamisesta ja toimeenpanosta (STM 2010, 6). Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäväkentän voi katsoa olevan yhteiskuntapolitiikan ytimessä, sillä sen valmistelemilla pitkän tähtäimen suuntaviivoilla linjataan hyvinvoinnin rakentamista ja vaikutetaan myös yhteiskuntapolitiikan painotuksiin (STM 2013, 6). Toisaalta mukana olevista valtioneuvoston ohjelmista käyvät ilmi ne hallitustason linjaukset, tavoitteenasettelut ja arvoperusta, jotka omalta osaltaan ohjaavat sosiaali- ja terveystaloutta. Esimerkiksi Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma (2011) on toiminut yhtenä kehyksenä harjoitettavalle terveystaloudelle. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2007) on Matti Vanhasen II hallituksen ajalta, mutta kyseinen ohjelma antaa kattavan kuvan tämänhetkisistä

terveyden edistämisen painopisteistä ja ohjelman tuloksia ja toimenpiteitä pyritään yhä hyödyntämään. Hallitusohjelmassa (2011, 56) todetaan esimerkiksi näin: ”Kansalaisia kannustetaan vastuulliseen terveyskäyttäytymiseen hyödyntämällä muun muassa Terveyden edistämisen politiikkaohjelman tuottamia hyviä käytäntöjä.”

Suomalaisen terveystalouden tavoitteenasettelussa ja arvomaailmassa on mielestäni mahdollista nähdä jatkuvuutta, vaikka tässä tutkielmassa en pureudukaan tähän laajasti. Terveyden edistämistä ja etenkin *terveys kaikissa politiikoissa* -ajatusta on painotettu suomalaisessa terveystaloudessa jo muutaman vuosikymmenen ajan (mm. Melkas 2013). Tämä toimii keskeisenä pohjana tutkimieni asiakirjojen linjauksille. Asiakirjoissa määritellään sellaisia toimenpiteitä ja ratkaisuja, jotka ohjaavat joko aivan lähivuosien tai jopa lähivuosisikymmenten sosiaali- ja terveystaloudellisia tavoitteita ja painotuksia. Näin asiakirjat määrittävät myös terveyden edistämisen linjoja pidemmällä aikavälillä. Aineistoni koostuu pääosin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan vastuulla valmistelluista, kansallisista ohjelmista. Nämä ovat esimerkiksi periaatepäätöksiä, toiminta- ja kehittämissuunnitelmia, tulevaisuuskatsauksia, raportteja sekä kansallisia strategioita. Minua kiinnostaa tutkia kyseisiä hallinnollis-politiittisia asiakirjoja, koska niissä tuodaan hallinnon tasolta esille konkreettisia terveydenedistämistoimia sekä suoraan ja välillisesti kansalaisten elämään, elintapoihin ja terveystaloudelliseen vaikuttavien toimien, arvojen ja tavoitteiden. Sosiaali- ja terveysministeriön (2010a, 3) mukaan väestön hyvinvointiin ja terveydentilaan vaikuttavat merkittävästi myös sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella ja kansalaisten elinympäristössä tehdyt toimenpiteet, joten myös siksi näitä hallinnollis-politiittisia ja rakenteellisia ohjelmia on mielekästä tutkia.

Tutkimuksen ja sen rajaamisen kannalta on ollut hankalaa erityisesti se, että terveyden edistäminen on hyvin laaja-alaista ja poikkihallinnollista, jolloin terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät toimet ja tavoitteet ulottuvat usealle yhteiskunnan osa-alueelle ja useiden eri organisaatioiden toimintakentälle. Terveyden edistäminen voidaan myös liittää hyvin monenlaisen toimintaan: terveyden edistämisen keinoja hyödynnetään esimerkiksi työelämän kehittämisessä, perhe-elämän tukemisessa tai terveyserojen vähentämisessä. Tähän vaikuttaa keskeisesti se, että suomalaisessa terveystaloudessa on omaksuttu linja, jonka mukaan terveysnäkökohdat huomioidaan kaikessa yhteiskunnallisessa toiminnassa ja eri hallinnonaloilla (mm. STM 2011, 6). Esimerkiksi

Hallitusohjelmassa (2011, 55) todetaan näin: ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja sisällytetään kaikkien hallinnonalojen ja ministeriöiden toimintaan.” Tällöin on huomioitava se, että terveystieteiden ohjelmien ja hankkeiden tavoitteita ja toimintasuosituksia linjataan myös monien muiden ministeriöiden hallinnonaloilla ja vastuualueilla. Olen siten pyrkinyt rajaamaan oman tarkasteluni sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaan.

On huomioitava se, että pro gradun laajuiseen tutkielmaan ei ole ollut mahdollista sisällyttää kaikkia mielekkäitä ja ajankohtaisia terveyden edistämistä käsitteleviä asiakirjoja. Olenkin pyrkinyt huolellisen harkinnan kautta ottamaan mukaan tutkimuskysymysten kannalta keskeisimmät. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaa, terveyden edistämistä linjaavaa aineistoa on kuitenkin olemassa runsaasti jo 2000-luvunkin osalta, ja riittävän suuri määrä aineistoa oli löydettävissä ja kerättävissä varsin helposti. Jos kyseessä on ollut pitkäjänteinen tai säännöllisesti julkaistava ja päivitettävä terveystieteiden ohjelma, olen ottanut mukaan uusimman version. Esimerkiksi Kaste-ohjelman ensimmäinen ohjelmakausi kattoi vuodet 2008-2011, mutta olen ottanut tarkasteluun uudemman, vuosien 2012-2015 ohjelmakauden. Samoin neljän vuoden välein julkaistavasta Sosiaali- ja terveystieteiden ohjelmasta olen sisällyttänyt aineistoon uusimman saatavilla olleen julkaisun vuodelta 2010. Toisaalta pitkäkestoisen Terveys 2015 -ohjelman laaja väliraportti oli mielekästä lisätä aineistoon ohjelman puolivälitarkastelun vuoksi. Sitä vastoin teemakohtaiset, jotakin yksittäistä terveystieteiden kysymystä käsittelevät ohjelmat olen rajannut tietoisesti pois. Näitä ovat muun muassa Alkoholiohjelma, Tupakkaohjelma ja Sydänohjelma, joista on maininta esimerkiksi Terveys 2015 -ohjelman väliraportissa (STM 2012b, 56). Uskon, että aineistona olevat asiakirjat muodostavat kattavan kuvan suomalaisen terveyden edistämisen linjauksista, suosituksista, painotuksista, tavoitteista ja arvostuksista 2000-luvulla.

Rasmus ja Alasuutari (2009, 136) huomauttavat, että virallisia asiakirjoja analysoitaessa niiden sisältämät implisiittiset eli julkilausumattomat ja eksplisiittiset eli julkilausutut argumentit tulisi suhteuttaa asiayhteyteensä. Asiakirjat eivät juuri tarjoa suoraa pääsyä esimerkiksi laatijoidensa ajatuksiin tai päättäjien todellisiin tarkoitukseen, mutta niistä pystytään saamaan toisenlaista tietoa. Julkisissa dokumenteissa päättäjät vetoavat etenkin sellaisiin premisseihin ja seikkoihin, jotka he paitsi olettavat jakavansa muiden päätöksentekoon osallistuvien kanssa, myös katsovat

tarkoituksenmukaisiksi julkaista. Esimerkiksi valtionhallinnon dokumentit ovat ainutlaatuista materiaalia analysoitaessa diskursiivista kenttää, jossa hallinnollisista ja poliittisista uudistuksista, muutoksista ja linjauksista keskustellaan ja päätetään. (Rasmus ja Alasuutari 2009, 136). Siksi koen, että keräämäni aineisto on mielenkiintoista ja mielekästä tutkittavaa. Tarkastelemisani asiakirjoissa linjataan olennaiselta osin sekä terveyden edistämistä että terveystieteiden kehitystä määrittävää ja muokkaavaa diskursiivista kenttää. Myös Sihto (2011, 269) toteaa, että hallinnollis-poliittisten asiakirjojen analysointi on perusteltua sen vuoksi, että niiden on tarkoitus luoda suuntaviivoja ja tavoitteita käytännön sosiaali- ja terveyspolitiikan toimeenpanolle eri tasoilla. Lisäksi tämän tyyppisten asiakirjojen merkitys voi olla tämänhetkessä pehmeän ohjauksen toimintaympäristössä merkittävä, koska muut julkisen hallinnon pakottavammat ohjauskeinot ovat vähentyneet (Sihto 2011, 269). Tässä viitataan yhtäältä etenkin tiedolla ohjaamisen vahvistumiseen ja toisaalta velvoittavan tai pakottavan lainsäädännön painoarvon vähenemiseen politiikanteossa.

3 Terveyskansalaisuus ja hallinnan analytiikka

Tässä luvussa esittelen teoreettista viitekehystäni jäsentäviä käsitteitä ja perustelen niiden mielekkyyttä, käyttökelpoisuutta ja sovellettavuutta tässä tutkimuksessa. Ensiksi käyn läpi terveyskansalaisuuden käsitettä ja sen eri ulottuvuuksia. Samalla esittelen hieman suomalaisen terveyspolitiikan kehityskulkuja ja etenkin terveyspolitiikan ja terveyskansalaisuuden sidoksia terveyden edistämiseen. Tämän jälkeen siirryn tarkastelemaan hallinnan analytiikkaa ja teoriaa.

3.1 Terveyskansalaisuuden käsite ja ulottuvuudet

Terveyskansalaisuuden käsite on varsin uusi, eikä sitä havaintojeni mukaan ole vielä laajasti hyödynnetty akateemisessa tutkimuskirjallisuudessa. Uutuutensa vuoksi se on erittäin mielenkiintoinen ja toisaalta hyvin ajankohtainen. Terveyskansalaisuuden ulottuvuuksiin varsin läheisesti liittyvästä biokansalaisuudesta (*bio-citizenship*) ja aktiivisesta kansalaisuudesta (*active citizenship*) sen sijaan löytyy enemmän niin kotimaista kuin kansainvälistäkin tutkimusta ja teoriakirjallisuutta (mm. Dean 1999, 161-167; Halse 2009, 45-77; Harju 2005; Miller & Rose 2008; Petersen ym. 1999, 16-18; Rose 1999, 165-166; Rose 2007; Saastamoinen 2010). Etenkin aktiivisesta kansalaisuudesta on tullut keskeinen hallinnon, politiikan ja tutkimuksen käsite. Aktiivinen kansalaisuus asettuu käytännössä vastakkain passiivisen kansalaisuuden kanssa, johon yhdistetään riippuvuus sosiaalietuksista ja ulkopuolisuus yhteiskunnallisesta osallistumisesta. (Rajavaara 2011, 210-211.) Toisaalta näitä aktiiviseen kansalaisuuteen liitettyjä käsityksiä ja eräänlaisia aktiivisen kansalaisen ”ominaisuuksia” ja määreitä on nähtävillä terveyskansalaisuudessakin. Myös Euroopan unionin tasolla ja esimerkiksi komissiossa on linjattu *terveyden Eurooppaa*, aktiivista kansalaisuutta sekä eurooppalaista terveyskansalaisuutta (mm. Palola 2009; Palola 2005).

Helénin ja Jauhon (2003a, 8) mukaan monissa suomalaistutkimuksissa on korostettu, että kansalaisuus oli kansakunnan synnyn ydinasia, mutta kyseisissä tutkimuksissa on usein painotettu poliittista kansalaisuutta. Terveyskansalaisuutta käsittelevässä teoksessaan *Kansalaisuus ja*

kansanterveys Helén ja Jauho (2003a, 8) korostavatkin ennen kaikkea kansalaisuuden sosiaali- ja terveystieteellisiä ulottuvuuksia, jotka ovat jääneet ainakin toistaiseksi vähemmälle huomiolle kansalaisuuden tutkimuksessa. Myös Warsellin (2004, 420) mukaan kansalaisuutta ja kansallisidentiteettiä eli suomalaisuutta on paalutettu enimmäkseen poliittisen kansalaisuuden näkökulmasta, mutta sitä ei ole tutkimuksellisesti juurikaan tarkasteltu sosiaalisena kansalaisuutena, ja vielä vähemmän terveystieteellisenä kansalaisuutena. Juuri nämä kansalaisuuden sosiaali- ja terveystieteelliset ulottuvuudet ovat myös oman mielenkiintoni ja tarkasteluni keskiössä. Pidän tärkeänä sitä, että terveystieteellisen ja terveyden edistämisen sosiaalinen ja yhteiskuntapolitiittinen rooli otettaisiin paremmin huomioon. Haluan painottaa paitsi terveystieteellisen kansalaisuuden, myös itse terveyden sekä terveyden edistämisen sosiaalista ja yhteiskunnallista ulottuvuutta.

Ymmärrän käsitteen *terveystieteellinen kansalainen* niin, ettei käsitteellä itsessään pyritä absoluuttisesti määrittämään sitä, millainen terveystieteellinen kansalainen on tai mitä terveystieteellisyys yksiselitteisesti on, vaan terveystieteellisyydessä on hahmotettavissa erilaisia asteita ja tasoja. Terveystieteellisyyden voi nähdä eräänlaisena pintana, joka muuttuu ja jota määritellään uudelleen yhteiskunnan ja kulttuurin muutosten mukana. Siten koen, että terveystieteellisyys itsessään on jatkuvassa liikkeessä, vaikka suuria muutoksia ei välttämättä tapahtuisikaan kovin nopeasti. Pro gradukseni pyrin paitsi analysoimaan terveystieteellisyyden tuottamista, myös avaamaan terveystieteelliselle nyky-yhteiskunnassa asetettuja vastuita, oikeuksia ja velvollisuuksia. Yksilö voi myös määrittyä enemmän tai vähemmän täysivaltaiseksi kansalaiseksi senhetkellä terveystieteellisyyden asteikolla. Kärjistäen voisi sanoa, että nyky-yhteiskunnassa terve ja toimintakykyinen kansalainen nähdään eräänlaisena tavoitteena ja ihanteena sekä yhteiskunnan toiminnan edellytyksenä.

Kansalaisuus määritellään usein oikeuksien ja kansakuntaan kuulumisen avulla, ja sama pätee myös terveystieteellisyyteen. Terveydenhoidon ja kansalaisuuden yhteys esitetään nykyään tavallisesti oikeuden käsitteen kautta. Kansalaisella on siis käytännössä oikeus terveyteen ja riittäviin terveystieteellisiin palveluihin. Kansalaisuudella tarkoitetaan myös poliittisen yhteisön jäsenyyttä ja sitä, kuinka se määrittyy paitsi oikeuksien, myös velvollisuuksien suhteena. (Helén & Jauho 2003b, 13; Saastamoinen 2010, 230.) Suomessa keskustelu kansallisista ja yhteiskunnallisista kysymyksistä painotti 1800-luvulta asti valtiota ja kansaa kokonaisuutena tai ykseytenä, jossa valtion ja

kansakunnan etu usein meni yksittäisen kansalaisen edelle. Tällöin kansalaisuus määriteltiin etenkin kansaan tai kansakuntaan kuulumisen kautta. Tämä näkemys leimasi myös terveydenhoidon kansallisesta ja yhteiskunnallisesta merkityksestä käytyä keskustelua, ja toisaalta terveyttä, sairautta ja niiden hoitoa koskevien kysymysten ja käytäntöjen yhteydessä kansakuntaan kuulumisen määrittäjä ja tuli kiisteltäväksi erityisellä tavalla. (Helén & Jauho 2003b, 14.)

T. H. Marshallin kansalaisoikeuksia koskevan teorian mukaan kansalaisuus voidaan jakaa kolmeen osaan, jotka ovat kehittyneet eri aikoina. 1700-luvulla syntyivät vapausoikeudet, 1800-luvulla poliittiset oikeudet ja 1900-luvulla sosiaaliset oikeudet. Sosiaalisen kansalaisuuden ajatukseen kuuluu, että ihmisillä on oltava oikeus taloudelliseen turvallisuuteen sekä yhteiskunnan normien mukaiseen elämään. Tämän toteutumiseksi myös tarvitaan hyvinvointivaltiollisia instituutioita. (Helne ym. 2003, 54.) Juuri tämä Marshallin oikeuksiin perustuva kolmijako on ollut merkittävä länsimaisessa kansalaisuuden teoreettisessa käsittämässä. Etenkin sosiaalisten oikeuksien alue on ollut keskeinen kulmakivi länsimaisessa ja pohjoismaisessa hyvinvointiajattelussa, ja kansalaisuus on merkinnyt turvaa yhteiskunnan jäsenenä ja oikeutta saada osansa yhteisestä hyvästä. (Saastamoinen 2010, 230-231.) Siten pohjoismaisessa keskusteluyhteydessä on suosittu sekä sosiaalisten oikeuksien että sosiaalisen kansalaisuuden käsitteitä, joilla on haluttu korostaa yhteisvastuullisuutta, tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta (Anttonen & Sipilä 2000, 14).

Terveyskansalaisuudessa itsessään voi nähdä kaksi keskeistä ulottuvuutta. Ensimmäinen kansalaisuus perustuu oikeuksiin, ja historiallisesti Ranskan suuresta vallankumouksesta vuonna 1789 juontuva vaatimus yleisestä ja yhtäläisestä oikeudesta terveyteen yhdisti terveyden oikeuskansalaisuuteen. Hyvinvointivaltion ja kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien kehittymisen myötä oikeuksien vaatiminen suuntautui ajatukseen, jonka mukaan jokainen kansalainen on oikeutettu saamaan terveydenhoitoa ja julkista oman terveyden suojelua. Oikeus terveyteen voidaan siten nähdä sosiaalisen kansalaisuuden ulottuvuutena, ja kyseisen oikeuden huomattavimpia ilmentymiä ovat yleinen sairausvakuutus ja julkiset, kaikille tarkoitetut sairaanhoitopalvelut. Toiseksi kansalaisuuden voi määrittää kansaan tai kansakuntaan kuulumisen kautta, ja tämä ajatus on keskeinen pohjoismaisessa poliittisessä ja yhteiskunta-ajattelussa. Pohjoismaisen poliittisen ajattelun kulmakiviä on käsitys siitä, että kansa ja valtio muodostavat ykseyden, jonka jäseniä

kansalaiset ovat ja jonka intressit menevät yksittäisten kansalaisten intressien edelle. Käytännössä henkilö on siis kansalainen sillä perusteella, että kuuluu johonkin kansaan. (Helén 2008, 150.)

Kansakuntaan kuulumisen näkökulmasta terveyskansalaisuudella on puolestaan kaksi merkitysulottuvuutta, joista ensimmäinen liittyy pyrkimyksiin kansalaistaa jokainen yksilö terveydenhoidon nimissä. Tämä viittaa kansanterveystyön valistukselliseen puoleen eli kyse on henkilökohtaisen terveydenhoidon sanoman levittämisestä väestöryhmille. Toinen ulottuvuus on sidoksissa pyrkimyksiin eriarvoistaa ja kontrolloida kansalaisia kansanterveyden vaalimisen nimissä. Historian saatossa julkinen valta ja lääkärikunta ovat esimerkiksi tarkkailleet, eritelleet ja ryhmitelleet kansalaisia normaaleihin ja sairaalloisiin, kunnollisiin ja vaarallisiin tai tuottaviin ja rasiitukseen. Kyseisten luokittelujen varassa on kontrolloitu yksilöitä sekä puututtu näiden elämään. Terveyskansalaisuuden voikin ajatella lepäävän valvonta-, eristys- ja integrointikäytäntöjen varassa, jossa jatkuvasti määritellään, arvioidaan ja koetellaan kansalaisuuden astetta ja asetetaan kansakuntaan kuulumisen ehtoja. Eriarvoistavat terveyskansalaisuustekniikat ovat historian kuluessa voimistaneet pyrkimyksiä tunnistaa, eristää ja eliminoida epäterveitä yksilöitä ja ryhmiä terveestä kansasta. Lisäksi ne ovat tehostaneet terveisiin, täysivaltaisiin kansalaisiin kohdistunutta terveystarkkailua ja terveydenedistämiskampanjoita. (Helén & Jauho 2003b, 14-16.)

Mielenkiintoinen ja nykyäänkin käyttökelpoinen ajatuksellinen väline on kansalaisuuden arvoasteikko, joka sinänsä ei ole historiallisesti uusi ilmiö. Antiikin Kreikan kaupunkivaltioista lähtien kansalaisuus on määrittynyt suhteessa vajaan, epätäydelliseen kansalaisuuteen sekä ei-kansalaisen luokkaan. Kansalaisuutta muokataan silloinkin, kun kansalaisia eritellään ja arvotetaan suhteessa terveyteen ja elinvoimaan. Keskeinen idea on se, että terveyskansalaisuutta ei tule käsittää kaksiarvoisena, jolloin yksilö joko kuuluisi tai ei kuuluisi kansalaisuuden piiriin. Terveyskansalaisuus tulee ymmärtää jatkumona, jolla yksilö voi määrittyä enemmän tai vähemmän kansalaiseksi. Toisaalta ”vajaakelpoisia” kansalaisia ei suljeta ulos, vaan heidät joko eristetään, alistetaan valvontaan tai heitä hoidetaan ja hoivataan – tai opastetaan ja ohjataan. (Helén & Jauho 2003b, 15.) Vaikka nykypäivänä esimerkiksi terveyden edistämässä pyritään pitkälti tarjoamaan neuvontaa ja opastusta koko väestölle, ovat etenkin erilaiset riskiryhmät ja heikossa asemassa olevat yksilöt erityisten toimenpiteiden kohteina.

Kansalaisuuden käsite liittyy hyvin olennaisesti hallintaan sekä sen erilaisiin ilmentymiin (Saastamoinen 2010, 230), ja sama pätee nähdäkseni myös terveyskansalaisuuteen. Hyvinvointivaltion ja laajemminkin hyvinvointiyhteiskunnan rakentamisessa kansalaisuuden tulkinnan painotus 1900-luvun jälkipuolella on liittynyt etenkin eurooppalaisessa ajattelussa oikeuksien merkityksen korostamiseen. Tämä on näkynyt erityisesti Pohjoismaissa. Hyvinvointivaltion kriisiä koskevat puheenvuorot alkoivat voimistua vuosituhannen loppua kohti, ja tämä keskustelu on synnyttänyt myös suoraa kritiikkiä oikeuksia painottavasta kansalaisuusnäkemyksestä. Uusissa aikalaistulkintoissa kansalaisuus ei näyttäyty entiseen tapaan muuttumattomana oikeuksien ja velvollisuuksien suhteena vaan ennemminkin yhteisöllisenä statuksena, jonka eteen on työskenneltävä ja johon liittyy sekä mukana pysymisen että putoamisen riski. (Saastamoinen 2010, 230.) Terveyskansalaisuuden näkökulmasta voisi ajatella niin, että myös nykyajan terveyskansalaisen oikeudet terveyteen ja toisaalta velvollisuudet terveytensä suhteen ovat muutoksessa. Vaikuttaa siltä, että kansalaisen velvollisuudet ja vastuut terveyden edistämässä ovat saamassa yhä painokkaamman roolin ja etenkin terveyden ja toimintakyvyn säilyttämiseksi ja kohentamiseksi on tehtävä työtä.

Terveys on Helénin (2008, 150) mukaan ilmeinen asia, joka yhdistää ihmisen biologisen olemassaolon hänen poliittiseen olemassaoloonsa. Ymmärrän tämän siten, että jokainen on elävänä yksilönä suoraan terveyskansalaisuuden piirissä, ja terveyskansalaisuuden asteikolla voidaan myös määritellä kunkin terveydellistä kelpoisuutta ja arvoa. Tätä kelpoisuutta voidaan pyrkiä hallitsemaan, muokkaamaan ja määrittelemään uudelleen. Warsell (2004, 421) toteaaakin, että terveydellä on paitsi merkittävä asema kansalaisuuden määrittelyssä, myös kansalaisuuden arvoa säätelevä vaikutuksensa. Warsell (2004, 421) huomauttaa, että jokainen aikakausi muovaa terveyskansalaisuudelle omat inklusiiviset ja eksklusiiviset eli mukaan ottavat ja syrjäyttävät kriteerinsä. Yhteiskunta voi myös armahtaa ja ottaa yksilöitä uudelleen ”oikeiksi” kansalaisiksi, tai vastaavasti syrjäyttää ja stigmatisoida jonkin kansalaisten ryhmän tai erillisiä yksilöitä. Lisäksi terveyskansalaisuuden nimissä määritellään edelleen ulkopuolisuutta ja toiseutta. (Warsell 2004, 421-422). Toivottavat ja tavoiteltavat terveyskansalaisuuden muodot ja ihanteet voivat siis muuttua ja muovautua ajan mittaan. Terveyskansalaisuuden sisälle voi ajan myötä muodostua erilaisia, keskenään myös eriarvoisia luokka-asemia ja ryhmittelyjä.

Kansakuntaan kuulumisen lisäksi ajatus oikeudesta terveyteen on terveystkansalaisuuden toinen puoli. Oikeus terveyteen positiivisena oikeutena eli oikeutena johonkin on ollut keskeinen nykyaikaisen terveydenhoidon yhteiskunnallistumisessa ja politisoitumisessa. Käsitteenä oikeus terveyteen on kuitenkin vaikeasti määriteltävä, sillä sen sisältö on historiallisesti vaihteleva ja se on kiinni konkreettisessa sisällössä, samoin kuin muutkin sosiaaliset oikeudet. Se viittaa julkisen vallan takaamiin etuisuuksiin ja palveluihin, jotka antavat yksilölle yhteiskuntaan osallistumisen edellytykset ja oikeuden nauttia etuuksista ja palveluista. Sosiaaliset oikeudet ovat länsimaisten hyvinvointivaltioiden keksintö, ja ne ovat vaihdelleet muun muassa yleisen arvoilmapiiriin, poliittisten suhdanteiden ja yhteiskunnan resurssien mukaan. Siksi sosiaaliin oikeuksiin kohdistuu poliittisia kiistoja siitä, keitä oikeudet koskevat ja kuinka laajasti kansalaisuuden sosiaaliset edellytykset ja oikeudet on turvattava. Toisaalta terveys on myös kansalaisuuden ja oikeuksien kriteerinä ja politiikan kohteena varsin avoin eikä terveyttä siten voi määritellä yksiselitteisesti. Terveyden käsitteellä on taipumus laajeta, eikä samaa määritelmää voi soveltaa jokaiseen yksilöön. Kansalaisella on siis oikeus terveyteen, mutta biopoliittisesti tarkasteltuna kansalaisuus ei ole yksiselitteistä. (Helén & Jauho 2003b, 25-26.)

Helén (2008, 151) toteaa, että terveystkansalaisuus on yksi subjektiivisuuden muoto eli ihmisten terveystkysymyksiin suhtautumisen sekä terveydenhuollon ja lääketieteen kanssa tekemisissä olemisen muoto. Käsite liittyy olennaisesti sellaiseen terveystpolitiikkaan, jota voi luonnehtia kansalliseksi, sosiaalliseksi tai hyvinvointisuuntautuneeksi. Siispä terveystkansalaisuus on juuri kypsän hyvinvointivaltion biopoliittista subjektiivuutta, joka myös muovautuu ja muuttuu. (Helén 2008, 151.) Terveystkansalaisuuden perustana on elämänhallinta, mikä viittaa osaltaan siihen, että ihmiset hallitsevat itse itseään. Tällöin terveyden käsite laajenee ja biopoliittinen sääntely ulottuu myös ihmisten henkilökohtaiseen huolenpitoon omasta terveydestään. (Palola 2009, 159.) Selin (2010, 219) esittää, että kansalaisuuden biopoliittiseen horisonttiin kytkeytyy lisäksi etiikkaan, vastuullisuuteen ja itsehallintaan liittyviä kysymyksiä, ja etenkin vastuullisen, itsestään huolehtivan kansalaisen ihanne on nyky-yhteiskunnassa hyvin keskeinen.

Biopoliittinen ulottuvuus määrittää Helénin ja Jauhon (2003b, 16) mukaan kansalaisuutta kolmella tavalla. Ensinnäkin kansan voi käsittää kirjaimellisesti elävänä organismina sekä kansalaistavassa että eriarvoistavassa kansalaisuusstrategiassa. Yhteiskunnallisen terveydenhoidon keskeisin tehtävä

on perinteisesti ollut kansan elinvoiman vaaliminen ja vahvistaminen, ja kyseinen tehtävä on kuulunut ennen kaikkea julkiselle vallalle. Tämä myös korostaa valtion terveystaloudellista luonnetta: valtion perustehtävänä on ollut voimistaa, suojella, suunnata ja järjestää kansan elinvoimaa eli vitaalisuutta, jolla on viitattu ennen kaikkea työ-, sota- ja lisääntymisvoimaan. Kansakunnan orgaaninen, vitaalinen puoli on tarkoittanut konkreettisesti väestöä. Väestö on kokonaisuus, joka koostuu elävistä yksilöistä ja näiden laskettavia elämänominaisuuksia koskevasta tiedosta. Suomessa väestön elinvoimaan kohdistuva biopolitiikka oli hyvin vahvassa asemassa etenkin ensimmäisen ja toisen maailmansodan aikana, jolloin vallitsi väestön kasvua ajanut kansallinen pronatalismi sekä väestön laatuun kohdistunut roduhygieeninen huoli. (Helén & Jauho 2003b, 16-17.)

Toiseksi, eriarvoistavassa kansalaisuusstrategiassa kansalaisen arvo ei liity enää ainoastaan syntyperään, moraaliin tai vaurauteen, vaan kansalaisuuden aste voi määrittyä biologisten ominaisuuksien, vitaalisuuden eli elinvoiman sekä mielen ja ruumiin elintoimintojen laadun perusteella. Tämä osoittaa selvästi terveystaloudellisuuden biopolitiittisen luonteen, jonka mukaan ihminen on kansakunnan jäsen ja poliittinen, moraalinen olento ennen kaikkea elävänä ihmisyksilönä. Toisaalta kansalaisuuden arviointi elinvoiman perusteella sisältää myös moraalisen arvottamisen ulottuvuuden. Moraalisen poikkeavuuden ajateltiin aiemmin juontuvan yksilön *elämänaineksen* kelvottomuudesta, ja sairaalloisuus ja biologinen heikkous saattoi aiheuttaa ja ilmentää moraalista poikkeavuutta. (Helén & Jauho 2003b, 17.) Kaikuja tästä ajattelumallista voi nähdä nyky-yhteiskunnassakin, joskin se on muuntunut ja jalostunut uudenaikaisempaan muotoon. Yhtäältä terveys on nykyajan keskeisimpiä arvoja ja toisaalta terveys alkaa olla mitä suurimmassa määrin eriarvoistava tekijä yhteiskunnassamme. Terveiden ja sairastavuuden jakautuminen näyttää kärjistyvän sekä Suomen sisällä että maailmanlaajuisesti. Sairaus on myös samaistumassa syrjäytymiseen ja köyhyyteen yhä voimakkaammin ja teollistuneissa maissa on nähtävillä se, että väestön yleisen terveydentilan kohentuessa myös terveyserot kasvavat. (Kangas & Karvonen 2000b, 209.) Terveet ja toimintakykyiset sekä terveydestään huolehtivat kansalaiset ovat turvatummassa asemassa ja pysyvät ikään kuin paremmin mukana yhteiskunnassa ja yhteiskunnan täysivaltaisina jäseninä, kun taas ne, joiden terveys tai toimintakyky on heikompi, ovat vaarassa jäädä ulkopuolelle ja syrjäytyä. Myös näitä kysymyksiä pohdin enemmän tutkielmani loppupuolella.

Terveyskansalaisuuden kolmas biopoliittinen ulottuvuus liittyy itsekasvatukseen ja itsensä kehittämiseen. Valistuksen hengessä itsensä kehittäminen ja kasvattaminen nostettiin kansalaishyveeksi, ja etenkin 1800- ja 1900-lukujen taitteen hygieniavalistus siirsi tämän asetelman henkilökohtaisen terveydenhoidon alueelle. Kun kansalainen tuolloin toteutti kansalaisvelvollisuuttaan huolehtimalla paitsi ruumiinsa, myös sielunsa terveydestä, hän karaisi samalla omaa elinvoimaansa. (Helén & Jauho 2003b, 17-18.) Lisäksi hyvinvointiaate oikeuttaa ja velvoittaa kansalaista nykypäivänäkin. Kansalainen on vastuullistettava, ja tällä viitataan siihen, että hyvinvointijärjestelmän on tehtävä kansalainen vastuulliseksi yhteiskuntaa kohtaan. (Hänninen & Karjalainen 1997, 21.) Olen pyrkinyt tuomaan ilmi kuinka kansalaisuus on juurrutettu ajatukseen, jonka mukaan terveenä pysyminen on yhä yksilön henkilökohtainen velvollisuus kansaa ja kansakuntaa kohtaan, ja jokaisen tulisi täyttää tämä velvollisuus huolehtimalla terveydestään (vrt. Helén 2008, 150). Kansalaisvelvollisuuden voi kuitenkin ymmärtää eri asiana kuin ylhäältäpäin sanellun pakon. Kun kansalainen kokee kansakunnan hyvinvoinnin omakseen, hän myös hoitaa velvollisuutensa vapaaehtoisesti. (Kuusi 2003, 56.)

3.2 Terveyskansalaisuuden ja terveyspolitiikan kehityskulut

Tässä luvussa kuvaan hieman suomalaisen terveyspolitiikan kehitysvaiheita ja terveyspolitiikkaa keskeisesti suunnanneita tekijöitä. Historiallisen perspektiivin avaaminen auttaa mielestäni ymmärtämään paremmin tämänhetkistä terveyskansalaisuutta ja terveyden edistämisen nousua terveyspoliittiseen keskusteluun. Kansanterveyden edistäminen on Helénin ja Jauhon (2003a, 8) mukaan ollut aina yhteydessä kansallisuuskamppailuihin, ja terveyskysymykset ovat muokanneet kansalaisuuden alaa ja muotoa: terveyden vaalimisen sekä sairauksien ehkäisemisen alueista on tullut vähitellen yhteiskunnallisia kysymyksiä ja julkisen vallan toimenpiteiden kohteita. Terveyskansalaisuus on rakentunut ja määrittynyt erityisesti kansanterveystyön myötä. Tässä suhteessa terveyskansalaisuuden käsite tarjoaa näkökulman nykyaikaisen terveydenhoidon politisoitumisen ja sosiaalivaltion muodostumisen kehityskulkuihin ja yhteyksiin. (Helén & Jauho 2003b, 13, 21).

Sihton (2013, 15) mukaan suomalaisessa keskustelussa kansanterveys -käsitteellä on viitattu kansanterveystyöhön, kansanterveystieteeseen tai kansanterveyteen. Tiedon, tieteen ja toiminnan kattavalle public health -käsitteelle ei ole suomen kielessä yksiselitteistä käännöstä tai vastinetta, joten kyseisten käsitteiden sisältöä on tarpeen eriyttää. Toiminnalliseen puoleen viittaavan kansanterveystyön voi ymmärtää sisältyvän nykykielen mukaisen terveystieteiden -käsitteen alle, ja siihen voi sisältyä myös kunnalliseen terveydenhuoltotoimintaan viittaava kansanterveystyö. Lisäksi on hyvä erottaa toisistaan kansanterveystiede ja kansanterveyden tila, jota kuvataan eri osoittimilla vaikkapa osana kansanterveystiedettä. (Sihto 2013, 15.) On myös muistettava, että paitsi terveystieteiden ja kansanterveystyön, myös terveyden edistämisen tämänhetkiset tulkinnat, käytännöt ja toiminta-ajatukset ovat syntyneet pitkän jatkumon tuloksena (Ståhl & Rimpelä 2010, 3). Siten jopa vuosikymmenien saatossa vakiintuneet linjat, käytännöt ja arvostukset voivat yhä suunnata ja määrittää suomalaista terveystietettä ja terveyskansalaisuutta.

1700-luvulla länsimaissa alkoi hygienian politisoituminen ja yhteiskunnallistuminen. Hygienialla ei tässä tarkoiteta vain puhtaudesta huolehtimista, vaan sanalla on laajempi yleisen terveydenhoitoon ja sairauksien ehkäisyyn viittaava merkitys, joka oli vallalla vielä 1800-luvun lopulla. (Helén & Jauho 2003a, 7.) Taustalla on myös länsimaisen lääketieteen perinne, jossa hygienia käsitettiin henkilökohtaisen terveyden vaalimisen taidoksi. Hygienian muodonmuutoksella on nähtävissä kaksi ulottuvuutta. Ensinnäkin terveydenhoito, myös henkilökohtainen, määriteltiin kansan, väestön ja yhteiskunnan ohjailuksi, jonka tavoitteena oli etenkin näiden elinvoiman vahvistaminen ja turvaaminen. Toiseksi lääketieteellisestä asiantuntemuksesta, instituutioista ja käytännöistä tuli osa yhteiskunnallista järjestyksenpitoa, mikä ilmeni selkeästi tartuntatautien vastaisessa kamppailussa, mielisairaanhoidossa ja työväen kurinalaistamisessa sosiaalilääketieteen ja terveydenhoitovalistuksen avulla. Hygienialla on ollut keskeinen sija kansallisissa hankkeissa ja suomalaisen sosiaalivaltion rakennustyössä. (Harjula 2007, 16-17; Helén & Jauho 2003a, 7-8.)

Kansanterveyden sosiaalinen luonne alkoi vähitellen voimistua, kun kansanterveysasiat alkoivat jäsentyä sosiaalisina kysymyksinä 1800-luvun lopulta lähtien kaikkialla eurooppalaisessa kulttuuripiirissä. Teollistumisen, kaupungistumisen ja yhteiskunnallisten murrosten sosiaalisiin vaikutuksiin sekä tartuntatauteihin alettiin kiinnittää yhä enemmän huomiota. Kansanterveyden vaaliminen ei enää ollut vain kansan ja väestön elinvoiman vahvistamista, vaan myös useiden

sairastavuuteen ja kuolleisuuteen vaikuttavien yhteiskunnallisten tekijöiden ja prosessien ohjailua. Sittemmin sosiaalinen terveysthanke toi terveystalitiikan hyvinvointivaltion rakentamisen ytimeen, ja tässä yhteydessä kansanterveystyön logiikka jäsenyi sen historiallisesti muotoutuneen hallinnan järjen mukaan, joka määrittää länsimaisen sosiaali- ja hyvinvointivaltion poliittista rationaalisuutta. Sen mukaan valtiovallan keskeisin tehtävä on huolehtia yhteiskunnan ja kansalaisten onnellisuudesta ja turvallisuudesta etenkin niin, että vapaat yksilöt ohjataan hallitsemaan itseään ja elämäänsä. (Helén & Jauho 2003b, 18-19.)

Terveysvalistus voimistui Suomessa 1880-luvulta alkaen paitsi kansallisen hygienialiikkeen, myös sosiaalilääketieteen nousun myötä. Kansanterveysvalistuksen idea on toisaalta sukua sekä filantrooppisista kasvatusepeista että Immanuel Kantin ja J. V. Snellmanin yhteiskuntafilosofioista tutuille ajatuksille, joiden mukaan kansalaisuus vaatii ihmiseltä täysi-ikäisyyttä eli itsensä kasvattamista ja kehittämistä itsenäiseksi ja arvostelukykyiseksi yksilöksi. Tämä näkökulma on ollut erityisen tärkeä pohjoismaisessa, kansansivistyksen varaan rakentuneessa kansallisessa projektissa. (Helén & Jauho 2003b, 14.) Myös ajatukseen kaikkia koskettavasta demokraattisesta kansalaisuudesta on kuulunut vahva moraalinen sitoutuminen kansan hyvinvoinnin kohentamiseen. Suomelle tyypillinen tapa ymmärtää valtio ja kansalaisyhteiskunta toistensa liittolaisina eikä niinkään toistensa vastakohtina juontaa tähän 1800-luvun aatemaailmaan. Yksilö ymmärrettiin ennen kaikkea yhteisön, kuten perheen, kylän tai kansakunnan, osaksi. Valtion eettinen tehtävä oli toimia egoistisen kansalaisyhteiskunnan yläpuolella ja sovittaa ristiriitaiset vaatimukset ja pyrkimykset yhteen. (Anttonen & Sipilä 2000, 42.)

Kansalaisuutta on määritellyt etenkin kansanterveysvalistuksessa voimakkaasti ajatus, jonka mukaan terveys on jokaisen yksilön henkilökohtainen velvollisuus kansaa kohtaan, ja jokainen voi täyttää sen huolehtimalla omasta terveydestään. Tämä velvollisuus oli keskeinen suomalaisissa kansalaistamishankkeissa etenkin 1900-luvun alkupuolella. (Harjula 2007, 9; Helén & Jauho 2003b, 14-15.) Pohjoismaisissa kansanvalistus ja kansalaisuushankkeet saivatkin huomattavan roolin, kun kansakuntaa rakennettiin 1800- ja 1900-luvuilla. Kansalaistaminen koski olennaisesti myös terveystyöskysymyksiä, ja henkilökohtainen terveydenhoitokasvatus oli kansanterveyskampanjoiden kulmakiviä. Ihmisten terveyteen ja biologiaan kohdistuneessa kansalaistamisessa oli tavoitteena aktualisoida yksilön kuulumisen kansaan tai kansakuntaan niin, että jäsenyys olisi hyödyttänyt

kansakuntaa. Tarkoituksena oli saada ihmiset kiinnostumaan etenkin oman sielunsa ja ruumiinsa karaisemisesta. (Helén 2008, 150.)

Niin kutsuttu universaali sosiaalipolitiikka¹ on ollut olennaisessa osassa rakennettaessa suomalaista yhteiskuntaa ja kaikille yhteistä kansalaisuutta. Tämä on näkynyt myös terveystarkastuksissa. Kansanterveystyön tarkoituksena oli kohottaa kaikkien kansalaisten ja siten koko kansakunnan hyvinvointia ja toimintakykyä. Kansanterveyden perustelut olivat 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa pitkälti moraalisia ja kasvatuksellisia. Universalismilla tavoiteltiin myös yleistä etua, sillä jokainen saattoi hyötyä siitä, että toiset ovat terveitä ja valistuneita. (Anttonen & Sipilä 2000, 149-150.) Suomalaisen kansallis- ja sosiaalivaltion muotoutumisvaiheissa kansanterveystyö ja kansanterveydellinen ajattelutapa tekivät terveestä kansasta konkreettisesti julkisen terveydenhoidon polttopisteen. Kansanterveystyö rakentui monista aineksista, jossa valtion, paikallishallinnon ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminta risteytyi. Tässä suhteessa terveystarkastus määrittyi juuri kansanterveystyön kautta. (Helén & Jauho 2003b, 21.)

Uudet käsitykset siitä, miten terveystarkastuksella voitaisiin muokata kansaa, loivat 1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä pohjaa terveystarkastuksen uudelle roolille. Esimerkiksi kuntien asema terveydenhoidossa ja terveystarkastusten järjestämisessä alkoi hiljalleen vahvistua, vaikkakin terveystarkastukselliset toimet, myös valtion harjoittamat, olivat 1900-luvun alkuvuosikymmeninä käytännössä vielä varsin vähäisiä. Niin sanotulle sosiaalihuoltoon² rakentuva terveydenhoito vakiinnutti 1920-luvulla asemaansa yhtenä kansansivistyksen muotona, jossa kansallismieliset tavoitteet niveltäivät väestöpoliittisiin keinoihin. (Wrede 2000, 192-193.) Vaikka itse kansanterveystyö oli 1900-luvun alussa vielä hallinnollisesti hajanaista, oli tuolloin jo syntynyt terveyden ja politiikan vahva liitto sivistämään ja muokkaamaan suomalaista identiteettiä (Warsell 2004, 419). 1900-luvun alussa terveystarkastuksen kohteena oli etenkin alaluokka tai rahvas, mutta sodan jälkeen yleistynyt käsite 'kansanterveys' asetti periaatteessa koko kansan terveystarkastuksen

¹ Universaalinen sosiaalipolitiikan malliin kuuluu mm. se, että perustoimeentuloturva kattaa kaikki kansalaiset ja hyvinvointipalvelut on tarkoitettu kaikille. Universalismi myös viittaa sanoihin *kaikki* sekä *kansa*. Kyse on siten kaikkien kansalaisten sosiaalipolitiikasta, ja kansakunnan jäsenyys myös oikeuttaa tiettyihin etuuksiin ja palveluihin. (Anttonen & Sipilä 2000, 149.)

² Sosiaalihuoltoon viitattiin ajan kielenkäytössä laajasti ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon eikä siis pelkkään puhtauteen (Wrede 2000, 193).

kohteeksi. Terveysvalistus myös kuului olennaisena osana terveystalitiikkaan koko 1900-luvun ajan. Valistuksen välittämät terveellisen elämän opit olivat keskeinen osa niin vuosisadan alun kulkutautien vastaista kampanjaa kuin sodanjälkeistä, väestöpoliittista kansanterveysprojektiäkin. (Harjula 2007, 134, 137.)

Kun suomalaisen terveystalitiikan ja julkisen terveydenhoidon historiaa tarkastellaan biopolitiikan ja yhteiskunnan hallinnan näkökulmasta, kansanterveystyö on hajanaisuudestaan huolimatta ollut tärkeintä terveyden yhteiskunnallistumisen aluetta. Kansanterveystyö oli suomalainen sovellutus länsimaisesta yhteiskuntahygienian edistämishankkeesta, ja se loi sairaanhoitoon ja lääketieteeseen yhteiskunnallisen ja biopolitiittisen keskustelu- ja toimintahorisontin. Kansanterveystyö toikin terveydenhoidon kohteeksi paitsi sairaut, myös koko yhteiskunnan, eri sosiaali- ja väestöryhmät sekä ne sosiaaliset suhteet ja prosessit, joita tuli valvoa ja ohjata terveydenhoidon ja sairauksien ennaltaehkäisyn nimissä. Kansanterveystyössä yksilöiden elävyys politisoitui terveyden välityksellä, jolloin terveydestä tuli yksilön yhteiskunnallisen arvon mitta. Kysymys terveydestä ja terveydenhoidosta liitti kansalaisen elämäkäytäntöihin erilaisia velvollisuuksia, oikeuksia ja toimintamahdollisuuksia. (Helén & Jauho 2003b, 20-21.)

Warsell (2004, 419) toteaa, että terveyttä, sen edistämistä ja korjaamista on yleensä tarkasteltu terveyssektorin sisältä käsin ja lähinnä sen omien asiantuntijoiden tietämykseen nojaten, ilman laajempaa yhteiskunnallista ulottuvuutta. Tällöin terveyden poliittinen luonne on jäänyt paljolti piiloon. Kansaa on rokotettu, abortoitu, steriloitu, kontrolloitu tai valistettu erilaisten vammojen, tautien ja häiriötilojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi lääketieteellisen ja terveyden hyvän näkökulmasta. (Warsell 2004, 419.) Koska terveys on laajalti mielletty jokaisen kansalaisen henkilökohtaiseksi velvollisuudeksi kansaa ja yhteiskuntaa kohtaan, on samalla julkiselle vallalle annettu oikeus asettaa yksittäisille kansalaisille terveyttä koskevia pakotteita ja rajoituksia. Historian saatossa tarttuvaa tai muutoin vaarallista tautia kantavat on voitu esimerkiksi määrätä laitoshoitoon, pakollisiin tutkimuksiin tai jopa steriloitavaksi. (Harjula 2007, 137-138.) Warsell (2004, 419) pohtii, mitä kaikkea terveyden nimissä on ajettu ja toisaalta edelleen ajetaan suomalaisessa yhteiskunnassa ja kysyy lisäksi, mitä muuta kuin yksilön hyvinvointia terveyden nimissä on oikein tavoiteltu, ja mihin kaikkeen lääketieteen legitimizeetti on itsensä oikeuttanut muokatessaan kansalaisia ja kansalaisuutta.

3.3 Terveyspolitiikka ja terveyden edistäminen

Terveyspolitiikka on Harjulan (2007, 9) mukaan käsite, joka usein käytännössä määritellään tavoitteista käsin. Yleisesti ottaen terveystoiminta voidaan määritellä niiksi toimenpiteiksi ja toimintamalleiksi, joilla yhteiskunnassa pyritään vaikuttamaan väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Painopisteestä riippuen terveystoimintaa on kuvattu väestön terveydentilan kehittämistä koskevien toimintatapojen ja ratkaisujen kokonaisuudeksi, periaatteeksi, toimintalinjaksi tai yhteiseksi sopimukseksi. Käsitteenä terveystoiminta omaksuttiin Suomessa yleisempään käyttöön 60-luvulla, ja tätä aiemmin terveystoimintaan viitattaessa puhuttiin esimerkiksi kansanterveystyöstä tai terveyden- ja sairaanhoidosta. (Harjula 2007, 9.) Harjulan (2007, 9) mukaan voidaan olettaa, että muuttuvat käsitteet ja terminologia kertovat osaltaan muutoksista terveystoiminnan merkityksen, tehtävien tai mahdollisuuksien hahmottamisessa. Terveystoiminnan voi ymmärtää toimintana, jolla pyritään edistämään terveystoiminnan julkilausuttuja tavoitteita. Terveystoiminta kytkeytyy osaksi paitsi yhteiskuntapolitiikkaa, myös kansalliset rajat ylittävää päätöksentekoa, joissa punnitaan terveysintressien sekä muiden intressien välistä suhdetta ja terveystoiminnan liikumatilaa. (Sihto ym. 2013a, 9.) Terveystoiminnan määrittelyyn myös osallistuu useita eri tahoja. Terveystoiminnan suuntaa ja sisältöä muotoilevat valtiovalta, kunnat ja kuntayhtymät, yksityiset terveystoimintojen tuottajat, terveydenhuollon ammattiryhmät, lääketeollisuus, potilasjärjestöt ja media. (Jauho 2013, 357.)

Terveystoiminnalla vaikutetaan merkittävästi kansanterveyteen sekä yksilöiden terveyteen ja sairauksiin. Yhteiskunnassa tapahtuu jatkuvasti muutoksia, joilla on sekä välillisiä että välittömiä vaikutuksia väestön terveyteen. Väestön mahdollisimman hyvä terveys ja sen mahdollisimman tasainen jakautuminen on muotoiltu suomalaisen terveystoiminnan tavoitteiksi jo neljäkymmentä vuotta sitten. Terveyttä pyritään edistämään erilaisilla yhteiskuntapolitiittisilla toimilla ja myös niin kutsutulla *intersektoriaalisella* eli eri hallinnonaloja koskettavalla terveystoiminnalla. (Sihto ym. 2013a, 9-10.) Vaaraman (2013, 3) mukaan terveystoiminta tulee nähdä osana julkista politiikkaa ja yhteiskuntapolitiikkaa, ja terveystoiminta on myös kiinteässä yhteydessä monimutkaistuvaan ja kansainvälistyvään toimintaympäristöön. Käsite terveystoiminnan monitahoisesta alueesta pohjautuu lähtökohtaan, jonka mukaan väestön terveyttä määrittävät terveydenhuollon toimien lisäksi olennaisesti elinolosuhteet sekä muut yhteiskunnalliset, rakenteelliset ja taloudelliset tekijät (Sihto ym. 2013a, 9). Terveystoiminnan perustelut voidaan Harjulan (2007, 138) mukaan jakaa

kahdentyypisiin argumentteihin: terveys ja terveystaloudellinen voidaan ensinnäkin määritellä keinoksi saavuttaa yhteisöllistä ja kansallista ”yleistä hyvää” eli vaikkapa kansan hyvinvointia, talouskasvua tai julkisten menojen leikkaamista. Toisaalta terveys voidaan myös asettaa tavoitteeksi ja arvoksi itsessään ja korostaa pyrkimystä yksittäisen kansalaisen mahdollisuuksiin saavuttaa hyvä elämä (Harjula 2007, 138-139).

Historiallisesti tarkastellen terveys, sairaus ja niihin puuttuminen ovat politisoituneet monessa eri muodossa, ja kukin niistä on ilmaantunut eri aikakausina (Helén 2008, 151). Terveystaloudellisuuden ajatuksen on nähty kytkeytyneen modernin valtion syntyyn ja väestön käsittämiseen yhteiskunnallisena voimavarana. Valistuksen filosofian mukainen näkemys demokraattisesta kansalaisuudesta johti Ranskan vallankumouksen myötä terveyden nimeämiseen kansalaisoikeudeksi ja toisaalta valtion velvollisuudeksi kansalaisiaan kohtaan. Kansalaiselle itselleen asetettiin myös velvoite ylläpitää terveyttään valtion edun vuoksi. Sittenkin tämä niin kutsuttu terveyden yhteiskuntasopimus on eri aikoina ja eri kulttuureissa määritelty erilaisin painotuksin. Terveystaloudellisuus on sitonut yhteen yhteiskunnallisia tavoitteita, kuten yhteiskuntarauhan, valtion voiman tai taloudellisen tuottavuuden. Samalla kansalaisille muodostui päivittäinen huoli omasta ja perheensä terveydestä tai sen menettämisestä. (Harjula 2007, 9.) Voi ajatella, että tämän ajattelutavan myötä niin valtion kuin kansalaistenkin kiinnostus terveyttä kohtaan alkoi olennaisesti vahvistua. Nykyäänkin yksi valtion velvollisuuksista on pyrkiä suojelemaan koko väestön terveyttä. Esimerkiksi julkinen vastuu sosiaali- ja terveystaloudellisuudesta on kirjattu perustuslakiin, ja lain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja lisäksi edistettävä väestön terveyttä (Hänninen 2009, 48). Myös kansalaisten edellytetään huolehtivan terveydestään yhteiskunnan ja itsensä edun vuoksi.

Terveystaloudellisuuden rakentumista voidaan tarkastella terveyttä koskevan tieteellisen tiedon, aatteiden, arvojen, yhteiskunnan rakenteen sekä ihmisten arkisen elämän vuorovaikutussuhteena. Luonnollisesti kaikki ne terveyshaitat ja terveystaloudelliset ongelmat, jotka ovat aiheuttaneet sairastavuutta, kuolleisuutta tai työkyvyttömyyttä, eivät ole nousseet terveystaloudellisten toimenpiteiden tai keskustelun kohteeksi. Monet krooniset sairaudet ovat määrittäneet terveystaloudelliseksi vasta pitkän ajan kuluessa. Terveystaloudellisuuden rakentumisessa on aina kyse muuttuvista määrittelyistä ja tulkinnoista. (Harjula 2007, 10.) Harjulan (2007, 10) mukaan suomalainen terveystaloudellisuus voidaan

hahmottaa toisiaan seuraavina projekteina ja prosesseina, jotka ovat pitäneet sisällään muuttuvia ja toisinaan jopa ristiriitaisia käsityksiä ja näkemyksiä terveydestä, terveysriskeistä, terveyden ylläpitämisen ja edistämisen keinoista, tavoitteista, ehdoista ja mahdollisuuksista. Terveyden edistämisen kehyksessä terveystaloudellisuus määritellään ohjauksena, joka avulla yhteisö, sen eri instituutiot ja julkinen valta pyrkivät toteuttamaan terveyden edistämisen perustehtävää. Terveystaloudellisuus ohjaa näin ollen terveyden edistämisen eri muotoja, etenkin terveydensuojelua. Terveystaloudellisuus myös leikkautuu läpi koko yhteiskuntapolitiikan kentän, ja esimerkiksi sosiaaliturvapolitiikalla, ympäristöpolitiikalla, koulutuspolitiikalla ja asuntopolitiikalla on oma terveystaloudellinen ulottuvuutensa. (Kauhanen ym. 1998, 250.) Terveystaloudellisuuden voikin jäsentää siten, että se läpäisee koko yhteiskuntapolitiikan kentän. Näin on etenkin silloin, kun väestön terveys ja sen edistäminen nähdään arvona, voimavarana ja yhtenä yhteiskuntapolitiikan keskeisenä tavoitteena. Tämä ajatus vietiin koko Euroopan unionin kattavaksi periaatteeksi Suomen EU-puheenjohtajuusvuonna 2006, ja iskulause *health in all policies* jäi elämään EU:n päätöksenteossa. (Kauhanen ym. 2013, 106.)

Yhteiskuntakriittisyys oli tunnusomaista 1960-luvun lopulta lähtien käydyille terveystaloudelliselle keskustelulle, ja 1970-luvulla tämä niin sanottu yhteiskuntakriittinen terveystaloudellisuus alkoi nousta hallitsevaksi. Perustavana lähtökohtana oli terveyden asettaminen määrääväksi kriteeriksi kaikilla yhteiskunnan aloilla, ja tavoitteena oli laajentaa terveystaloudellisuutta terveystaloudellisten ulkopuolelle ja luoda terveydestä koko yhteiskunnan kehitystä ohjaava arvo. Yhteiskunnan rakenteet ja elinolot tuli muuttaa terveyttä edistäviksi, ja yhteiskunnalla nähtiin myös olevan velvollisuus turvata edellytykset terveelliseen käyttäytymiseen. (Harjula 2007, 130, 137.) Terveyden sisällyttäminen laajalti yhteiskunnan eri osa-alueille juontaa siten juurensa tähän ajanjaksoon. Terveyden edistämistaloudellisuudessa ja käytännön terveyden edistämässä Suomi oli 1970-luvulla johtavia maita myös kansainvälisellä tasolla. Mielenkiintoista on myös se, että silloin kehitetty rakenteellinen terveystaloudellisuus muistuttaa hyvin läheisesti terveyden edistämisen tämänhetkistä ajattelutapaa. (Ståhl & Rimpelä 2010, 3.)

1960- ja 70-luvuilta lähtien yksilön panos ja vastuu alkoivat korostua terveyden edistämässä, ja terveys alettiin liittää yhä vahvemmin yksilön elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Tautien ehkäisy todettiin olevan riippuvainen yksilön omasta ja vapaaehtoisesta osallistumisesta terveyden

edistämiseen ja erityisesti elintavat nähtiin tässä keskeisenä tekijänä. Myös terveystieteiden merkitys sekä tiedon lisääjänä että asenteiden muokkaajana alkoi vahvistua. Kuitenkin painostamisen, pakottamisen tai uhkailun sijaan yksilöön suuntautuvan terveystieteiden tuli olla ennemminkin aktiivista mutta hienovaraista tiedottamista, sillä kyse oli lopulta yksilön omista valinnoista. Toisaalta yksilöä ohjattiin kantamaan vastuuta toimiansa seurauksista itselle ja muille. Terveystieteen koskevat kansalliset ja yhteisölliset perustelut alkoivat käydä vuosien lopulla yhä harvinaisemmiksi, kun taas individualistiset ja yksittäisen kansalaisen etua korostavat näkemykset yleistyivät. (Harjula 2007, 116-118, 139.) Huomiota alettiin kiinnittää myös erilaisiin riskiryhmiin ja riskikäyttäytymiseen, ja keskustelu riskiryhmistä olikin osa terveystieteen pyrkimyksiä ratkaista terveydenhuoltomenojen nopean kasvun aiheuttamaa kustannuskriisiä. 1980-luvulle tultaessa alettiin lisäksi kiinnittää erityistä huomiota sairauden ja huono-osaisuuden yhteyteen sekä terveystieteiden kasvuun. (Harjula 2007, 120-124.)

Suomi sitoutui WHO:n Terveystietä kaikille vuonna 2000-ohjelman pioneerimaaksi vuonna 1982. Suomessa valmistellun ohjelman tavoite kiteytettiin iskulauseisiin *lisää vuosia elämään, lisää terveystietä elämään ja lisää elämää vuosiin*. Väestön mahdollisimman hyvä terveydentila ja terveystieteiden väheneminen ja poistuminen nousivat keskeisiksi tavoitteiksi. WHO:n ohjelman myötä myös suomalainen käsite *kansanterveystietä* korvautui uusilla käsitteillä *perusterveydenhuolto* ja *terveyden edistäminen*. (Harjula 2007, 130; Rimpelä 2005, 59.) Perinteinen näkemys siitä, että terveyden edistämisen käsite tarkoittaa pitkälti samaa kuin terveystietä, alkoi väistyä Suomessa 1980-luvulla. Sen tilalle tuli laajempi näkemys terveyden edistämisestä yhteiskunnallisena perustavoitteena, ja terveyden edistäminen alettiin nähdä myös sosiaalisen terveyden ja yhteiskunnan rakenteellisten tekijöiden näkökulmasta. (Kauhanen ym. 1998, 275; Rimpelä 2005, 59-60.) Uusi, etenkin 1990-luvun taloudellisen laman ja terveystieteen rahoitusongelmien myötä voimistunut painotus on se, että terveyden edistämisen ja yksilön vastuun korostaminen on sidottu keskusteluun tuottavuudesta ja kustannussäästöistä (Harjula 2007, 131). Tämänhetkessä keskustelussa terveyden edistämistä perustellaan usein tuottavuuden nostolla ja säästöjen aikaansaamisella, ja huomiota keskitetään toistuvasti myös yksilön terveystietä käyttämiseen ja elintapoihin.

Suomalaisen terveystalitiikan kehityskulkuja viime vuosikymmeninä voi pääpiirteittäin kuvata myös seuraavien sisältövaiheiden kautta, vaikka ne eivät olekaan täysin puhdaspiirteisiä saati toisiaan poissulkevia. Maailman terveystjärjestön WHO:n Terveysttä kaikille – liikkeessä terveystalitiikan ensimmäistä, 1970-luvulle ajoittunutta vaihetta on kutsuttu *perusterveystdenhuollon vaiheeksi*. Toista, 1980-luvulle ajoittunutta vaihetta on kuvattu *terveystden elämäntyyli vaiheena*, jossa lähdetään siitä, että sairauksien syitä on haettava yksilön tai väestön terveysteen liittyvästä käyttäytymisestä. Esimerkkinä voi mainita hyvät terveysttavat, ja toisaalta sairauden ajatellaan olevan tulosta virheellisestä elämäntyylistä. Kolmatta vaihetta kutsutaan *uuden kansanterveystden vaiheeksi*, jossa halutaan tehdä eroa yksilöllistävään terveystden elämäntyyli vaiheeseen. Uuden kansanterveystden lähestymistavassa tarkastellaan, kuinka sosiaaliset, taloudelliset ja muut ympäristölliset tekijät vaikuttavat terveystteen. Ottawan julistus vuodelta 1986 (WHO 1986) on tämän vaiheen keskeinen virstanpylväs. Neljättä vaihetta on puolestaan kutsuttu *ekologisen kansanterveystden vaiheeksi*, jossa tarkastelun kohteena on myös terveystden ja ympäristön välinen suhde. Uuden ja ekologisen kansanterveystden vaiheissa korostetaan sekä sosiaalisten että ympäristötekijöiden merkitystä terveystdelle. Molemmista kiinnitetään huomiota terveysttä määrittäviin rakenteellisen tason tekijöihin, joiden voi puolestaan arvioida vaikuttavan yleisesti hyvinvoinnin edellytyksiin. Terveystteen vaikuttaminen nähdään ennemminkin kollektiivisia ratkaisuja hakevaksi toiminnaksi. (Sihto 2011, 264; WHO 1986.)

Suomalaisen terveystalitiikan kehityksen ja murrosten tarkastelu osoittaa Harjulan (2007, 133) mukaan sen, että näkemykset terveystdestä, terveystongelmista ja terveystden saavuttamiseen tarvittavista keinoista ovat olleet jatkuvassa muutoksessa. Terveystpoliittiset kaudet eivät myöskään ole ajallisesti selvärajaisia, vaan ne ovat esiintyneet osin rinnakkain. Keskustelun painopisteet ovat muuttuneet kuitenkin selvästi eri vuosikymmeninä, ja samalla myös terveystpoliittiset huolet ja toimenpiteiden kohteet ovat olleet muutoksessa. (Harjula 2007, 133.) Tämä tarkoittaa myös sitä, että terveystalitiikka ja sen arvot ja sisällöt muovautuvat nytkin jatkuvasti, mutta eivät välttämättä nopeasti. Toisaalta terveystpoliittisessa keskustelussa voidaan ajoittain erottaa tiettyjä painopisteitä ja pinnalle nousevia erityisiä huolenaiheita, kuten esimerkiksi nyt vallitseva keskustelu suomalaisten vähäisestä liikkumisesta, väestön lihomisesta tai ongelmallisista ruokailutottumuksista. Suomalaista terveystalitiikkaa voi Sihton (2011, 264) mukaan edelleen luonnehtia terveystden elämäntyyli vaiheen mukaiseksi, ja tämä suuntaus näkyy myös alan tutkimuksissa. Hallitseva näkemys terveystdestä ja siihen vaikuttamisesta nousee epidemiologis-

kansanterveystieteellisestä viitekehuksesta, jossa nojaututaan tavallisesti riskiepidemiologiaan ja sovelletaan terveyskasvatuksellista paradigmaa, vaikka käytetäänkin terveyden edistämisen käsitettä. (Sihto 2011, 264-265.)

Se, millainen merkitys yksilön tai kansalaisen omalle panokselle asetetaan terveystaloudessa, on Harjulan (2007, 138) mukaan vaihdellut aikakausittain. Kysymys valtion ja kansalaisen oikeuksista ja velvollisuuksista eli niin kutsutusta terveyden yhteiskuntasopimuksesta on painottunut suomalaisessa terveystaloudellisessa keskustelussa eri tavoin eri aikakausina. Koko 1900-luvun ajan terveystaloudellisen toteuttaminen ja huolenpito kansan terveydestä on määritelty julkisen vallan velvollisuudeksi. Vaikka erilaisilla terveysjärjestöillä on ollut keskeinen rooli käytännön työssä, on toimintojen siirtäminen maallikoiden ja järjestöjen aloitteellisuudesta julkisen vallan koordinoimaksi asetettu toistuvasti keskeiseksi tavoitteeksi. (Harjula 2007, 137.) 90-luvun tilanne, josta lähtien valtion vastuuta on lähdetty ennemminkin purkamaan, muodostaa Harjulan (2007, 137) mukaan selvän käänteen vuosisataisessa jatkumossa, ja valtion velvollisuuksien vastapuolena ovat määrittyneet yksilöä koskevat terveysvelvoitteet ja yksilön vastuu omasta terveydestään. Tuoreinta, 1980- ja 1990-luvuilta alkanutta terveystaloudellista vaihetta voidaankin toisaalta kutsua yksilön vastuun ja vapauden politiikaksi (Harjula 2007, 14).

On hyvä pitää mielessä, että terveyden edistäminen on suurelta osin sosiaalisesti määräytyvä ilmiö. Terveyden arvostus ja terveyttä uhkaavat vaarat ja riskit koetaan eri tavoin eri kulttuureissa ja ne myös muuttuvat ajan myötä. Moraaliarvot, poliittinen ilmapiiri, tiede, vallitsevat uskomusjärjestelmät sekä vallitseva ihmiskäsitys muotoilevat näkemyksiä siitä, mitä väestön terveyden eteen tulee tehdä. Vaikka terveyden edistämisen perusta on yhteisöllinen, mielletään se usein yksilötason toiminnaksi kuten terveyskasvatukseksi ja elintapojen muuttamiseksi. Toinen hallitseva piirre on sairauskeskeisyys, jolloin huomio kiinnittyy enemmän sairauksien ehkäisemiseen kuin terveysvarannon kasvattamiseen. Useissa virallisissa terveyden edistämisen malleissa pyritään kuitenkin irti sairauskeskeisyydestä. (Kauhanen ym. 1998, 247.) Terveyden edistämistä voi toisaalta pitää elintärkeänä periaatteena yhteisön ja yhteiskunnan kannalta, sillä väestön terveyttä edistämällä yhteiskunta tai yhteisö vahvistaa itseään. Tällä tavoin yhteisön jatkuvuutta ja sen jäsenten hyvinvointia uhkaavat riskit vähenevät tai pysyvät hallinnassa. Eräänä yhteisöllisenä perusteluna terveyden edistämiseksi voidaan pitää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden

periaatetta, koska yksilöiden omat mahdollisuudet ja edellytykset huolehtia terveydestään vaihtelevat. (Kauhanen ym. 1998, 246.)

3.4 Hallinnan analytiikan perusajatuksia

Hallinnan analytiikka on moniulotteinen, ranskalaisen filosofin Michel Foucault'n ajattelun perinnöstä ja erityisesti valta-analytiikasta ammentava tutkimussuuntaus, joka pyrkii tarjoamaan konkreettisia välineitä moninaisten vallankäytön muotojen ja ilmiöiden tarkasteluun. Tutkimuskohteen yhteiskunnallisten suhteiden ja sidosten tarkastelun avulla tutkitaan vallankäytön paikallisia ja käytännöllisiä toimia. Tämä pyritään kytkemään myös laajempaan yhteyteen. Foucault on tullut tunnetuksi tietoa, valtaa ja subjektiuden muotoja koskevista tutkimuksistaan, joissa hän kehitti uudenlaisia käsitteitä ja metodologioita näiden asioiden, ilmiöiden ja niiden välisten suhteiden tarkastelulle. Monipuolisen tutkimustyön ytimessä oli ajatus vallasta tuottavana voimana, joka vaikuttaa hyvin dynaamisesti erilaisten toimijoiden suhteissa ja subjekti-asemissa. Subjekti-asemilla tarkoitetaan tässä yhteydessä yksilön asemia tai positioita erilaisissa valtakäytäntöjen kehyksissä, kuten työpaikoilla, kouluissa, kuluttajana tai asiakkaana. Hallinnan analytiikan merkittävimpinä kehittäjinä pidetään brittisosiologeja Nikolas Rosea ja Peter Milleriä. Myös australialainen sosiologi Mitchell Dean on tunnettu etenkin Foucault'n ajattelun hallinnan analyttisistä sovellutuksista. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 7-9.) Honkasalon (2000, 58) mukaan Foucault'n ajattelun antia voi pitää erittäin laajana ja moniaineeksisena, ja tärkeintä siinä on terveyden ja sairauden kentän itsestään selvinä pidettyjen kysymysten kyseenalaistaminen ja niiden näkeminen historiallisina, yhteiskunnallisissa prosesseissa tuotettuina. Sovellan pro gradussani Foucault'n, Deanin, Millerin ja Rosen ajatuksia hallinnan analytiikasta.

Hallinnoinnin, hallinnoimisen ja hallintamentaliteetin käsitteet eli *gouverner*, *gouvernement*, *gouvernementalité* ovat peräisin juuri Foucault'n kirjoituksista. Foucault työsti genealogiaksi kutsumaansa tutkimusotetta eli vallan analytiikkaa 1970-luvun alusta lähtien, ja 70-luvun kuluessa hänen näkökulmansa ja kiinnostuksensa alkoivat painottua yhä enemmän itseä ja muita koskevien hallinnoinnin käytäntöjen erittelyyn. (Hänninen & Karjalainen 1997, 7-8.) Foucault'n ajattelussa

hallinta³ ei tarkoita hallitusta tai tiettyä valtion ylintä valtaa harjoittavaa instituutiota vaan tiettyä vallan harjoittamisen tapaa, jonka Foucault ymmärsi yleiseksi ihmisjoukkojen, yhteisöjen ja yksilöiden toiminnan ja käyttäytymisen johtamiseksi ja ohjailuksi. Hallintaa voidaan tässä mielessä harjoittaa monenlaisissa yhteyksissä, moniin erilaisiin kohteisiin ja monien subjektien toimesta. Hallinta kohdistuu paitsi toisiin, myös itseen. (Helén 2010, 28-29.) Hallinnoiminen on tavallaan kaksoissidottu kuvatessaan määrättyä vallankäytön ja totuudentuotannon tapojen yhdistelmää, ja hallintamentaliteettia voi luonnehtia määrättyksi poliittisten rationaalisuuksien ja poliittisten teknologioiden yhdistelmäksi. Hallinta viittaa käyttäytymisen käyttäytymiseen (*conduct of conduct*), eli toimiin joiden tarkoituksena on ohjata, muovata ja vaikuttaa käyttäytymiseen. On huomattava, että Foucault ei halua korostaa vallankäytön alistavaa luonnetta, tai toisin sanoen valtion merkitystä ja sen toimintaa pakkovaltana ja alistamisena ei tule ylikorostaa. (Hänninen & Karjalainen 1997, 10.)

Rationaalisuuksilla tarkoitetaan määrättyjä tiedon tuotannon tapoja ja sovelluksia, ja tekniikoilla tarkoitetaan näitä vastaavia käytännön toimia (Hänninen & Karjalainen 1997, 7). Rationaalisuudet, subjektit ja tekniikat ovat hyvin olennaisia käsitteitä hallintaa analysoidessa. Rationaalisuus voidaan suomentaa tässä hallinnalliseksi järkeilyksi. Se on ajattelutapa, joka pyrkii olemaan mahdollisimman selvä, systemaattinen ja ilmeinen suhteessa ihmisten sisäisen ja ulkoisen olemisen aspekteihin eli siihen, miten asiat ovat ja miten niiden tulisi olla. Jokaisessa yhteiskunnassa vallitsee monenlaisia systemaattisen ajattelun kehyksiä, joista jokaisella on ominainen tapansa määritellä tarkoituksia asioille ja käyttää perusteluinaan tieteellistä tietoa. Rationaalisuutta voi tällöin kutsua erityiseksi järkeilyn tavaksi, joka koskee sitä, kuinka hallintaa tulee harjoittaa tietyssä ajassa ja paikassa. Rationaalisuudet ovat laajoja historiallisesti rakentuneita diskursseja, eivät niinkään lyhytaikaisia muodostelmia. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 15.)

Hallinnalla on aina myös tekninen ulottuvuus. Jotta hallinta olisi vaikuttavaa, hallinnan on muodostettava menestyksekkäästi käytännöllisiä ilmenemiskeinoja rationaalisuuksille.

³ Helén (2004, 209) huomauttaa, että Foucault'n käsitettä *gouvernement* on lähes mahdotonta suomentaa niin, että kaikki sen merkitysulottuvuudet välittyisivät. Helén (emt.) käyttää mieluummin hallinnan kuin hallinnoinnin käsitettä, koska hänen mielestään hallinnointi viittaa liiaksi hallintoon (*administration*) ja sen muodolliseen ja byrokraattiseen toimintatapaan ja toimintarationaalisuuteen. Suomennoksena hallinta ei välttämättä tuo tarpeeksi selvästi esiin käsitteen poliittista luonnetta. (Helén 2004, 209.)

Rationaalisuudet ovatkin hallinnan analytiikan kannalta kiinnostavia etenkin silloin, kun ne kytkeytyvät ihmisen itseohjautuvuuden ja käyttäytymisen ohjelmalliseen ohjaamiseen ja uudistamiseen. Tekninen ulottuvuus ilmaisee hallinnan olotilaa, ja tämän ulottuvuuden kautta voidaan lähestyä hallinnan rajoja, eli mitä jokin yksilö tai taho voi hallinnan puitteissa tehdä ja mitä ei. (Dean 1999, 18-23, 31; Kaisto & Pyykkönen 2010, 15-16.) Hallintatekniikat toisen hallinnan välineinä ovat melko järjestelmällisiä toimintatapoja, joilla yksilöt, instituutiot ja muut organisoituneet valtajärjestelmän muodot pyrkivät vaikuttamaan toisiin tahoihin ja yksilöihin. Deanin (1999, 16-18) mukaan tekniikat voidaan määrittää erilaisiksi kyvyiksi, taidoiksi ja keinoiksi, joilla hallinnan kohteita kuten yksilösubjekteja ja kollektiivisia toimijoita on mahdollista hallita tietyn päämäärän eli *teloksen* kehyksessä. Hallinnan kohteiden käyttäytymistä voidaan ohjata koko joukolla erilaisia teknisiä sovelluksia, kuten tiedon keräämisen ja esittämisen menetelmin tai ruumiin kykyjä ja toimintataipumuksia koulivin käytännöin. (Dean 1999, 16-18; Kaisto & Pyykkönen 2010, 16.) Rationaalisuuksien lisäksi myös hallinnan tekniikat ovat käännettävissä, eli käyttökelpoisiksi osoittautuneet tekniikat ovat ajallisesti ja paikallisesti siirrettävissä yhteiskunnallisen hallinnan pyrkimyksistä ja tilanteista toiseen. Yksi ja sama yksilöiden ja erilaisten kollektiivien käyttäytymistä ohjaava tekninen sovellus voi esiintyä useiden erilaisten rationaalisuuksien yhteydessä. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 16-17.)

Hallintarationaalisuuksien ja hallintatekniikoiden lisäksi subjektin käsite on tärkeä hallinnan tutkimisen apuvälineenä. Käsite saa hallinnan analytiikassa tarkoituksellisesti varsin avoimen ja löyhän sisällön. Subjektilla tarkoitetaan mitä erilaisimpia persoonia, minuuksia, toimijoita, agentteja ja identiteettejä, jotka yhtäältä synnyttävät ja vetävät hallinnallisia toimia puoleensa ja toisaalta muotoutuvat niiden yhteydessä. Erilaiset hallintarationaalisuudet konkretisoituvat siis hallintatekniikkoina, jotka ohjaavat subjektin toimintaa ja ajattelua suhteessa itseensä. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 17-18.) Hallinnan analytiikassa kysytään, millaisia etukäteisoletuksia subjektiuden muodoista hallinta kulloinkin sisältää ja millaisia subjektiuden muutoksia tavoitellaan hallinnan keinoin. Huomio kiinnittyy tällöin sekä valtaa harjoittavien auktoriteettien että hallinnan kohteiden oletettuihin asemiin, ominaisuuksiin, kykyihin ja pyrkimyksiin. Tutkimuksessa voidaan pyrkiä esimerkiksi selvittämään, millaisia oikeuksia ja velvollisuuksia subjekteilla on, miten heille oletettuja ominaisuuksia ja kykyjä vaalitaan, miten jotkin subjektien käyttäytymisen muodot problematisoidaan ja miten niitä pyritään oikaisemaan. (Dean 1999, 31-32; Kaisto & Pyykkönen 2010, 18.) Esimerkkinä tästä on vastuullisen terveystieteellisen subjekti oikeuksineen ja

velvollisuuksineen, oikeanlaiseen terveystyöskäyttyymiseen ja elintapoihin opastaminen ja toisaalta tämän oikeaoppisen terveystyöskäyttyymisen omaksuminen.

Hallinnan analytiikassa subjekti ymmärretään samaan aikaan sekä hallinnan kohteeksi ja vallankäytön vaikutukseksi että itsensä ja olemassaolonsa aktiiviseksi työstäjäksi. Esimerkiksi yksilön harjoittama vapaus ei ole ensisijaisesti mikään hallintaa vastustava toimi. Vapauden harjoittamisen muodot voivat siis olla hallinnan aikaansaamia ja jopa edellyttämiä, eli niiden diskurssien ja toimintatapojen mukaisia, jotka sillä hetkellä määrittävät vapaana subjektina olemista yhteiskunnassa. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 19; Rose 1999, 65-66.) Vapaus saa aina merkityksensä ja ilmenemismuotonsa hallintakäytäntöjen kontekstissa. Vapaus ei siis ole rajoittamatonta tai millaista vapautta hyvänsä. Sen sijaan siihen sisältyy tietynlainen ajatus siitä, millainen ihminen on vapaa, mitä vapaus itsessään merkitsee ja miten vapaana olemista ja elämistä harjoitetaan. Vapautta tuleekin ohjata ja määritellä, ja ihmisistä on erikseen tehtävä vapaita erilaisilla käytännöillä. Se ei ole rajoittamatonta vapautta, vaan vapautta valita ennalta annetuista vaihtoehdoista, kuten ruokavaliosta, elämäntavoista, työstä tai muusta subjektiivisuuden tekijästä. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 11-12; Rose 1999, 61-97.) Tarkasteltaessa hallinnan vapauden ja vallan suhdetta yksilötasolla, analysoidaan sitä kuinka yksilö määrittelee itsensä ja ohjaa itsensä toimimaan tietyn vapauskäsitteksen mukaisesti. Hallintavalta ei kuitenkaan perustu pelkästään vapaiden subjektien toiminnalle ja heidän vapautensa tukemisen ja maksimoinnin pyrkimyksille. Niitä subjekteja, jotka poikkeavat määrätyistä ja asetetuista normeista, pyritään hallitsemaan toisilla tavoin, esimerkiksi kurivallan keinoin. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 12.)

Saastamoinen (2010, 234) toteaa, että hallinnan analytiikan vahvuutena on ollut sen osoittaminen, kuinka tavallisesti vastakkaisina pidetyt käsitteet kuten vapaus sekä hallinnan ja kontrollin kohteena oleminen voivat ilmentyä kansalaisuudessa samanaikaisesti. Saastamoinen (2010, 234) kysyy, miten vapaus ja aktiivisuus voivat tarkoittaa hallittuna olemista, ja tarjoaa siihen vastauksia. Foucault käytti termiä subjekti (*sujet*) sen kaksoismerkityksessä, jolloin olla subjekti merkitsee yhtäältä ulkoisen vallankäytön kohteena oloa tai alaisuutta ja toisaalta oman subjektiivisuuden eli omien päätösten ja tekojen itsenäistä toteuttamista. Valta ei ole yksilön tai kansalaisen ulkopuolinen asia, eräänlainen vapauden antiteesi, vaan ilmenee lähtökohtaisesti subjektiivisuuden eli oman vapauden kautta. (Saastamoinen 2010, 234.) Hallinnan tutkijat ovat painottaneet 1900-luvun loppupuoliskolla

tapahtunutta muutosta hallinnan tekniikoissa ja rationaalisuuksissa. Tämä tarkoittaa sitä, että hallinnan nähdään toteutuvan yhä enemmän yksilön vastuullisten valintojen kautta. (Selin 2010, 214.)

Hallinnan analytiikka ei käytännössä tarjoa valmista, yleistä teoriaa vallasta tai yleisiä käsitteellisiä jäsennyksiä valtaa harjoittavista tahoista, vaan se toimii ennemminkin Foucault'n tutkimusorientaatiota seuraten tutkimuksellisten käsitetyökalujen varantona. Hallinnan tutkimuksella ei siten ole mitään sille ominaista, ensisijaista tai selkeästi muotoiltavaa tutkimusmetodia, jolla analysoida valtaa. Hallinnan analytiikka tarjoaakin sille luonteenomaisia näkökulmia ja käsitetyökaluja, jotka voidaan sovittaa yhteen useiden eri tutkimusmetodien kanssa. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 13-14.) Hallinnan analytiikassa tarkastellaan Deanin (1999, 20) mukaan sitä, miten tietyt ilmiöt syntyvät, vallitsevat tai muuttuvat. Lisäksi pyritään osoittamaan, että itsestään selvinä tai luonnollisina pitämämme käytännöt ja ilmiöt sekä tapamme ajatella asioista eivät välttämättä ole täysin kiistattomia tai väistämättömiä (Dean 1999, 21). Näistä syistä hallinnan analytiikka tarjoaa mielestäni erittäin mielenkiintoisia, monitahoisia ja hyvin käyttökelpoisia välineitä erityisesti terveyden edistämiseen ja terveystieteelliseen liittyvien kysymysten tarkasteluun. Hallinnan käytäntöjä on tunnistettavissa niin terveyden edistämisen diskursseissa kuin terveystieteellisuuden tuottamisessakin, ja käyn läpi näitä aineistosta tunnistamiani hallinnan käytäntöjä tulosten esittelyosiossa.

3.5 Valtakäsitys hallinnan analytiikassa

Perinteisen politiikan tutkimuksen määritelmän mukaan valtiolla on tietyllä maantieteellisellä alueella vallankäytön suvereniteetti, ja valtiollinen valta on viime kädessä kaiken vallankäytön takana. Vallankäyttö saa muotonsa miltei pysyvinä hierarkkisina suhteina yhteiskunnan eri alueilla, kuten taloudessa ja politiikassa. Tämän näkemyksen mukaan yhteiskunnassa on siis tahoja, joilla on valtaa ja niitä, joilla valtaa ei ole. Valta näyttäytyy jonkun yksilön, yhteisön tai instituution mahdollisuutena vaikuttaa johonkin toiseen osapuoleen, ja toisen valta on toiselta pois. Tässä mielessä valta on välttämättä negatiivista ainakin osittain, sillä se heikentää sen osapuolen toimintamahdollisuuksia, johon vallankäyttö kohdistuu. Foucault'laisen hallinnan analytiikan

valtakäsitys sen sijaan poikkeaa tästä merkittävästi. Valtaa ei voi palauttaa mihinkään alkupisteeseen tai toimijaan kuten valtioon, vaan kaikki toimijat ovat joidenkin valtasuhteiden lävistämien käytäntöjen tuottajia ja tuotteita. Foucault'laisessa perinteessä valta ei myöskään ole tällöin keskittynyt minkään luokan tai muun tahon käsiin, vaan valta toimii kaikkialla ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Yhteiskunnassa on siis olemassa vallan keskittymiä, mutta mitään tällaista keskittymää ei tulisi nähdä universaalina ja historiattomana. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 10.)

Valta ja vallankäyttö eivät ilmene hallinnan analytiikalle annettuina tosiasioina tai institutionaalisina selviöinä, eikä valtaa lähestytä rakenteena, joka kestää tai murtuu. Valta on jotakin, jota kehitetään, organisoidaan ja muunnetaan, ja joka vastavuoroisesti organisoii ja muuntelee. Valta ilmenee tilanteissa subjektien välisenä suhteena, ja sellaisena se muotoilee ja rakentaa osapuoliaan jatkuvasti, eli valta tuottaa käytäntöjen subjektin. Yksilön persoonallisuutta, subjektiutta tai identiteettiä ei voi erottaa niistä valtasuhteista ja käytännöistä, joissa yksilö elää ja toimii. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 10.) Valta käsitetään hajautuneeksi, jolloin sen katsotaan koostuvan lukuisista suhteista, toimijoista ja vallan subjekteista, joista muodostuu vallan harjoittamisen tilanne tai järjestely. Siten valtaa ei voi palauttaa järjestykseen, instituutioihin, ylivallan rakenteeseen eikä herruuden harjoittajiin. Varsinaisesti valta (*pouvoir, power*) viittaa subjektiuden eri muotoihin sekä toiminnan mahdollisuuksiin ja esteisiin, jotka ovat tietyille, historiallisesti erityiselle strategiselle sommitelmalle sisäisiä. (Helén 2010, 27-28.)

Käytännössä hallinta vallankäytön muotona tarkoittaa järjestelmällisiä pyrkimyksiä muovata yksilöiden sekä yhteisöjen toimintaa, ohjata prosesseja väestötasolla sekä vahvistaa yhteiskunnan hyvinvointia kokonaisuudessaan. Toisaalta hallinta on laskelmoitua, johdonmukaista toimintaa, joka tähtää yksilöiden, yhteisöjen ja populaatioiden ohjaamiseen kulloinkin tärkeiksi ymmärrettyjen päämäärien saavuttamiseksi. Ollakseen tehokasta hallinnan on myös oltava yksilöllistä ja yksilöivää. Ihmiset on saatava ymmärtämään itsensä esimerkiksi kansalaisina (ja terveystkansalaisina), työläisinä, kuluttajina tai opiskelijoina, joista jokaisella on omat henkilökohtaiset vastuunsa kannettavinaan. Hallintavallan ytimessä on ajatus yksilölle ulkoisen vallankäytön ja yksilön itseensä kohdistaman vallankäytön tai itsehallinnan yhdistymisestä. Hallinta pyrkiikin vaikuttamaan ennen kaikkea yksilöiden itseohjautuvuuteen. Hallintavalta perustuu

käytännössä hallintaan vapauden kautta, mikä tarkoittaa sitä, että hallintaa perustellaan vapaiden ja vastuullisten kansalaissubjektien tai kansalaiskollektiivien toiminnan edistämiseksi, vaikka hallinta nojaa nimenomaan tämän toiminnan ohjaamiseen ja tuottamiseen. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 11; Rose 1999, 65-66.)

Erityisenä vallankäytön muotona hallinta levittäytyy yhteiskunnan kaikille osa-alueille. Sen harjoittaminen sitoo toisiinsa monenlaisia toimijoita ja niiden pyrkimyksiä, tiedon muotoja sekä yksilöön itseensä ja muihin kohdistuvia, käyttäytymisen ohjaamiseen liittyviä käytänteitä. Hallintaa harjoitetaan yhä enemmän ja uusin tavoin lukemattomilla elämän ja yhteiskunnan osa-alueilla, kuten kansalaisyhteiskunnassa, yritysmaailmassa, median, kulttuurin ja taiteen kentillä, kouluissa, työpaikoilla ja perhe-elämässä. Hallintaa tapahtuu yhä useammin myös talouden kautta ja taloudenpidon muodossa, eivätkä hallinnan ilmiöt rajaudu kansallisvaltioiden rajojen perusteella. Hallintatekniikat ovatkin nykyisellään globaaleja muodostelmia. Lisäksi hallinnalla on aina subjekteja muodostava ulottuvuutensa, ja hallinnan analytiikassa on tehtävänä selvittää myös sitä, millaisia ihmisiä hallinta tuottaa. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 10-11, 23; Lupton 1995, 9-10.) Siten hallinnan analytiikassa pääkysymys ei ole se, kuka pitää valtaa, kuka harjoittaa ylivaltaa tai kenet on alistettu, vaan huomio kiinnitetään siihen, miten valta toimii ja millaisia subjekteja, käytäntöjä, suhteita ja pyrkimyksiä valta luo ja mahdollistaa (Helén 2004, 210). Tässä tutkielmassa yksi tavoitteeni on juuri tarkastella sitä, millaista terveyskansalaisuuden subjektiutta tuotetaan.

3.6 Hallinta ja terveyskansalaisuus

Väestön hallinnoimista Foucault nimittää biovallaksi. Biovallalla viitataan siihen, miten ihmisten elämä on otettu tietoisten laskelmien, toimenpiteiden ja tiedonkeruun kohteeksi. Kyse on siten paitsi väestön hyvinvoinnista ja hallinnasta, myös ihmisten muokkaamisesta. Elämän säilyttäminen asetetaan tällöin tietoon ja totuuteen vetoavan vallankäytön tavoitteeksi. Huolenpito väestön hyvinvoinnista sekä elämän ja ihmiskehon laskennallinen hallinta esimerkiksi erilaisten normien ja tekniikkojen avulla on korvannut kuolemalla pelottelevan suvereenin vallan. (Hänninen & Karjalainen 1997, 12.) Foucault'laisesta näkökulmasta valta on juuri biovaltaa, joka kohdistuu eläviin ihmisyksilöihin ja populaatioihin. Sillä tarkoitetaan pyrkimyksiä ohjata, muovata, hyödyntää

ja voimaannuttaa yksilöiden kykyjä ja ominaisuuksia, jotka voivat olla ruumiillisia, sielullisia, yhteisöllisiä tai ajatuksellisia. Ihmiselämään kohdistuva vallan käyttö ja hallinta edellyttävätkin erottamatonta yhteyttä empiirisiin ihmistieteisiin eli väestötieteeseen, sosiaali-, psykologia- ja lääketieteiden aloihin sekä tilastotieteeseen. Oleellista on se, että vallan ja tiedon suhde on vastavuoroinen. Tieteelliset tutkimukset myös itse edistävät valtakäytäntöjä tuottamalla informaatiota ja artikuloimalla hallitsemisen tavoitteita ja kohteita. (Helén 2010, 28.) Toisaalta biopoliittinen, elämään yleensä kohdistuva hallinta pyrkii osaltaan pitämään huolta yksilöiden ja väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Yksilöiden tulisi kuitenkin kyetä hallitsemaan itseään biopoliitiikan edellyttämällä tavalla ollakseen vastuullisia, itsestään huolehtivia kansalaisia. (Selin 2010, 219.)

Terveyskansalaisuuden molempia ulottuvuuksia, kansalaistamista terveydenhoitokasvatuksen avulla ja eriarvoistavaa kansalaisuusstrategiaa, voidaan jäsentää Foucault'n käsitteiden avulla. Kansalaisuus terveydenhoidon alalla on biopoliittista, ja moderneille länsimaisille sosiaalivaltioille tyypillinen hallinnan rationaalisuus on muokannut olennaisesti kansalaisuutta. Terveyskansalaisuuden perusidea on elämän hallinta. (Helén & Jauho 2003b, 16.) Esimerkiksi aktiivisen mallikansalaisen tuottamista voidaan tarkastella erityisenä valtakäytäntönä. Tällöin kunnan kansalainen huolehtii itse osuudestaan toimia kansakunnan parhaaksi. Samalla syntyy itseään hallitseva ja muokkaava subjekti: normien ulkoisuus katoaa, jolloin niistä tulee sisäsyntyisiä ja yksilösubjekti normalisoi itse itseään. (Kuusi 2003, 56.) Samoin terveyskansalaisen tuottamista on mahdollista tarkastella valtakäytäntönä. Minua kiinnostaakin tutkia terveyskansalaisen tuottamisen ohella juuri tällaista kansalaisen terveyteen, ruumiiseen ja elinvoimaan kohdistuvaa elämän biopoliittista hallintaa.

Hallinnallisuus (*governmentality*), jonka Foucault näkee vallinneen länsimaiden politiikassa 1700-luvulta lähtien, on oleellinen väestön hallinnan ja biovallan harjoittamisen kannalta. Hallinnallisuuden käsite kattaa niiden pakottavien ja ei-pakottavien strategioiden ja keinojen kirjon, joilla valtio ja muut instituutiot pyrkivät ohjaamaan yksilöitä – usein yksilöiden omiin etuihin vedoten. Hallinnallisuus käsittää paitsi itsen tekniikat ja käytännöt eli itsehallinnan, myös ulkoisen hallinnan näkyvämmät muodot. Näitä ovat esimerkiksi konkreettinen säätely, pakkotoimenpiteet ja erilaiset valvonnan ja tarkkailun keinot. (Lupton 1995, 9.) Valtion hallinnallistuminen näkyy

etenkin siten, että nykyaikaisissa hyvinvointivaltioissa politiikalla ja valtiovallalla on taipumus hajaantua lukuisiksi käytännön sommitelmiksi ja sovellutuksiksi. Instituutioiden, prosessien ja hankkeiden muodostelmassa pyritään eri tavoin ohjaamaan ja johtamaan yksilöiden toimintaa. (Helén & Jauho 2003b, 18-19.)

Honkasalon (2000, 59) mukaan Foucault'n ajattelussa biovaltana jäsenyvä kuri ja valvonta, jotka kietoutuvat tieteellisesti neutraaleihin käytäntöihin ja toimenpiteisiin, nousevat sitä ajankohtaisemmiksi, mitä enemmän suoritetaan kansanterveydellisiä ja etenkin terveisiin väestöihin kohdistuvia seulontatutkimuksia, terveyden kontrollointiin liittyviä kansallisia toimia tai ihmisten seksuaalisuuden tai mielen säätelyn ohjelmia eli juuri sitä, minkä parissa terveydenhuolto ja hallitukset työskentelevät kuumeisesti eri maissa ja maanosissa. Biovallan käsitteen kautta voidaan ymmärtää ja jäsentää tiedon ja vallan välisiä suhteita. Nämä suhteet ovat biovallan vaikuttavuuden eli tuottavuuden, yksilöinnin ja normalisoinnin, perustana, ja biovalta tulee esille etenkin ihmisen ruumiillisuudessa ja sen tuottamisessa. (Honkasalo 2000, 59.) Biovalta tulee näkyville myös nykyaikaisessa varsin vastuullistavassa ja yksilöllistävässä terveyskansalaisuudessa, ja esimerkiksi kansalaisten elintapojen tarkkailussa, elintapaohjauksessa ja tiedonkeruussa voi lisäksi tunnistaa valvonnan ja kurinpidon käytäntöjä. Näitä erittelen tarkemmin jäljempänä.

Kun vaikkapa politiikka ja politiikanteko, hallintojärjestelyt, ohjaavan neuvonnan (*counselling*) käytännöt, organisaation johtamistavat ja psykoterapiat ymmärretään hallinnaksi, niitä tarkastellaan tekniikoina ja strategioina. Ne ohjaavat ja muovaavat tapoja, joilla ihmiset koostavat omaa käyttäytymistään yhtenäiseksi. (Helén 2004, 209-210.) Näin esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön ja valtioneuvoston harjoittama politiikka julkilausuttuine tavoitteineen, toimintaohjelmineen ja suuntaviivoineen voidaan käsittää hallinnaksi. Riskan (1992, 71) mukaan etenkin terveydenhuoltoa voidaan pitää vallankäytön institutionaalisenä muotona. Toisaalta juuri terveysasiantuntijat tekevät yhteistyötä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa hallinnollis-poliittisia asiakirjoja laadittaessa. Myös Luptonin (1995, 10) mukaan terveyden edistämisen voi ymmärtää hallinnan järjestelmänä, sillä siihen sisältyy asiantuntijatietoa, valtaa ja pakottavia elementtejä. Lääketiede ja terveydenhuolto tuottavat myös ruumiin hallinnan ja säätelyn koneistoja yksilön ja väestön valvontaan. Väestönosien hallinnointi ja kontrolli on kehittynyt etenkin väestötieteen ja siihen perustuvan kansanterveystyön välityksellä. Näin tuotetaan myös tietyyntyyppinen,

väestöllinen terve ruumis. Foucault'laisen näkökulman mukaisesti esimerkiksi erilaiset terveystarkastukset ja niihin liittyvät mittaukset voi nähdä osana kansalaisyhteiskuntaan kohdistuvaa hallintaa, jonka tavoitteena on tarkastella, arvioida ja vertailla väestöä asiantuntijuuden kautta sekä vaikuttaa ihmisten toimintaan tiettyjen päämäärien ja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Honkasalo 2000, 62; Lupton 1994.) Hallinnoivina instituutioina terveydenhuolto sekä terveyspoliittiset toimijat pyrkivät edistämään kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia, mutta samanaikaisesti ne luovat ja ylläpitävät erilaisia terveyteen liittyviä normeja ja ihanteita (Kokkonen 2010, 145-146), arvoja ja käsityksiä.

Terveydenhuollon, kansanterveystyön ja terveyden edistämisen käytännöt ja diskurssit palvelevat Luptonin (1995, 14) mukaan valistuksenjälkeisen ajan ideaalia, jonka mukaan ihmisyyden kohtaloon voi vaikuttaa kontrollin ja hallinnan kautta. Käsitykset kunnollisuudesta (*civility*) ja oikeanlaisesta käyttäytymisestä (mukaan luettuna henkilökohtainen puhtaus, ruokavalio, ruumiin muoto ja koko) olivat keskeisiä jo kansanterveysliikkeen syntyessä, mutta ne ovat tärkeässä roolissa myös nykyisessä kansanterveysajattelussa ja terveyden edistämisen käytännöissä. (Lupton 1995, 14.) Terveydenedistämisen- ja terveystieteiden diskursseissa rakennetaan Luptonin (1995, 131) mukaan sekä avoimesti että piilotetusti tietynlaista subjektiutta, ja näissä diskursseissa korostetaan ennen kaikkea itseään hallitsevaa, tiedostavaa ja terveystietoista, rationaalista ja valistunutta subjektiutta. Lupton (1995, 2) huomauttaa, että terveystieteiden sekä terveyden edistämisen käytännöt ja diskurssit eivät ole arvovapaita tai neutraaleja, vaan pikemminkin hyvin poliittisia ja yhteiskunnallisesti sekä sosiaalisesti kontekstuaalisia. Ne myös muuttuvat ajassa ja tilassa. Terveyden edistämisen ja terveystieteiden instituutioiden ideologisen pohjana on utilitaristinen tavoite hyvän terveyden aikaansaamisesta kaikille. Tätä tavoitetta on vaikea kyseenalaistaa, sillä mikä voisi olla sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta hyödyllisempää kuin hyvän terveyden edistäminen ja sairauksien tuoman kurjuuden ja kärsimyksen pienentäminen koko väestön tasolla? (Lupton 1995, 2.)

Terveystieteellisiä instituutioita ei Luptonin (1995, 10) mukaan tunnusteta pakottaviksi, koska ne vetoavat laajasti hyväksytyihin ja sisäistettyihin normeihin ja käytäntöihin. Tällaiset instituutiot eivät suoranaisesti pakota tai rankaise: ihmiset hallitsevat itse itseään ja tuntevat epäonnistuessaan ahdistusta, syyllisyyttä ja inhoa. Ihmisiä tavallaan rangaistaan itsetarkkailun ja omantunnon välityksellä. Ihmisten vapautta tai toimintaa ei siis suoraan rajoiteta, sillä ihmiset mukautuvat itse

haluttuihin käytäntöihin ja yrittävät pyrkiä haluttuihin tavoitteisiin. Instituutioiden pyrkimyksenä on saada aikaan subjekti, joka on itsenäinen, pyrkii hallitsemaan itseään ja etsii onnellisuutta ja terveyttä. Terveystieteiden ja terveyden edistämiseen sidoksissa olevat instituutiot ovat muodostaneet asiantuntijuuden verkoston, jossa asiantuntijoilla ja ammattilaisilla on pääsy tai yksinoikeus tietoon. Tätä tietoa hyödyntäen ja yksilöiden itsesääätelyä apuna käyttäen he pyrkivät edistämään yksilöiden terveyttä sekä normalisoimaan, ohjaamaan ja muokkaamaan näiden toimintaa. Hallinnallisuus ja hallinnan käytännöt eivät kohdistu ainoastaan ruumiillisuuteen, vaan perustavalla tavalla myös itsen rakentamiseen ja koostamiseen, siis yksilön subjektiiviseen ja koko persoonallisuuteen. (Lupton 1995, 10-11.) Esimerkiksi terveyden edistämisen ja terveystieteiden käytännöt muokkaavat, määrittävät ja rakentavat myös nykyajan terveystieteellisen identiteettiä. Terveystieteistä ohjataan ennen kaikkea tiedon välityksellä eli terveystietoa tarjoamalla, kuten pyrin myöhemmin osoittamaan. Nyky-yhteiskunnassa ihmisten elämä erityisesti terveyden suhteen on yhä enemmän äärimmäisen kontrolloitua, valistavaa ja ohjaavaa, ja toisaalta edellytetään, että ihmiset myös kykenevät hallitsemaan itse itseään ja terveyttään.

4 Tutkimuksen toteutus, metodiset ratkaisut ja analyysi

Aineiston analyysissa hyödynnän metodisena lähestymistapana sosiaaliseen konstruktionismiin nojaavaa diskurssianalyysia. Aluksi esittelen yleisesti sosiaalista konstruktionismia ja diskurssianalyysin sekä sosiaalisen konstruktionismin läheistä suhdetta. Tämän jälkeen kuvailen tarkemmin diskurssianalyysia ja valitsemaani menetelmää. Pyrin samalla myös perustelemaan tekemiäni metodisia ratkaisuja sekä niiden mielekkyyttä ja käyttökelpoisuutta tämän tutkielman ja tutkimusasetelman kannalta. Koska teoreettinen viitekehyseni on varsin laaja ja tarkastelen terveystieteellisyys, hallinnan käytäntöjä ja terveyden edistämisen diskursseja yhdessä ja eräänlaisena punoksena, olen halunnut pitäytyä melko pelkistetyssä diskurssianalyttisessä menetelmässä. Diskurssianalyysini painottuu merkitysten tarkasteluun ja diskurssien tunnistamiseen tekstissä (Jokinen & Juhila 1999, 70-71), ja tätä käyn tarkemmin läpi luvussa 4.4.

4.1 Sosiaalinen konstruktionismi tutkielman teoreettis-metodologisena viitekehysenä

Sosiaalinen konstruktionismi on laajempi teoreettis-metodologinen viitekehys, ei siis metodinen lähestymistapa kuten diskurssianalyysi, keskustelunalyysi, etnografia, retoriikka tai semiotiikka. Voidaan sanoa, että sosiaalinen konstruktionismi toimii monessa mielessä teoreettisena viitekehysenä mainituille metodisille orientaatioille. Diskurssianalyysi, keskustelunalyysi, etnografia, retoriikka ja semiotiikka jakavat sosiaalisen konstruktionismin mukaisen kiinnostuksen sen tarkastelemiseen ja tutkimiseen, miten sosiaalinen todellisuus rakentuu kielenkäytössä ja muussa toiminnassa. Ne siis jakavat kiinnostuksen tekstien ja puheen tutkimiseen. (Jokinen 1999a, 38.) Tekstien tutkimus on Luptonin (1994, 18) mukaan keskeistä diskurssianalyysissa ja muissa selittävän ja tulkitsevan tutkimuksen muodoissa. Mikä tahansa kielellinen kommunikaatio ja viestintä voidaan tässä käsittää tekstiksi ja diskurssien tutkimisen arvoiseksi (Lupton 1994, 18).

Sosiaalisen konstruktionismin ydin on, että todellisuus, kieli ja tieteelliset käsitteet ovat yhteiskunnallisesti tuotettuja (Honkasalo 2000, 53). Honkasalon (2000, 53) mukaan nykyistä

yhteiskuntatieteellistä tutkimusta on mahdotonta ajatella ilman sosiaalisen konstruktionismin käsitettä, sillä se on perustavasti muokannut ja jäsentänyt tapaamme ajatella yhteiskunnasta, kulttuurista ja niihin kytkeytyvistä ilmiöistä, esimerkiksi terveydestä ja sairaudesta. Toisaalta sosiaalinen konstruktionismi on nimi usealle metodologialle ja lähestymistavalle. Yhteistä sosiaalisen konstruktionismin eri suuntauksille on tietynlainen filosofinen perusta, joka liittyy käsityksiin kielestä ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Kielen ei ajatella pelkästään kuvaavan ja representoivan maailmaa vaan myös luovan ja muokkaavan sitä. Kieli ymmärretään todellisuuden luojaksi ja tuottajaksi eikä ainoastaan peiliksi, joka heijastaa todellisuutta. Yhtenä konstruktionistista liikettä siivittäneenä voimana on ollut anti-essentialismi eli pyrkimys ymmärtää yhteiskunnallisia ilmiöitä tuotettuina ja ylläpidettyinä, ei siis olemukseltaan pysyvinä tai muuttumattomina. (Honkasalo 2000, 53-55.) Niin kutsuttu lingvistinen tai kielellinen käänne on ollut merkittävä niin sosiaalisen konstruktionismin kuin myös diskurssin tutkimuksen kannalta. Ihmistieteissä, sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä ja kulttuurintutkimuksessa alkoi viime vuosikymmeninä lisääntyä kiinnostus kieleen ja diskurssiin, jolloin myös käsitys kielen roolista sosiaalisen järjestyksen ja todellisuuskäsitysten luojana ja ylläpitäjänä alkoi vahvistua. (Lupton 1994, 17.)

Jokisen (1999a, 39) mukaan diskurssianalyysin teoreettinen perusta tai koti on sosiaalisen konstruktionismin perinteessä. Kieli ja kielelliset merkitysijät eivät ole todellisuuden kuvia, mutta eivät myöskään riippumattomia ei-lingvistikisestä tai ei-kielellisestä todellisuudesta. Niiden voi ennemminkin sanoa olevan toisistaan erottamattomia ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Kyseessä on tosin paljon monimutkaisempi prosessi kuin vain kielen ja todellisuuden välinen suhde. Keskeinen tekijä on ihmisten välinen kommunikaatio, jossa kamppailut eri luokituksista tehdään. (Jokinen 1999a, 40.) Asioiden ja ilmiöiden nimeämisen tai merkityksellistämisen tavat ovat pitkien historiallisten prosessien tulosta, joissa ihmisten välisellä kanssakäymisellä ja kommunikaatiolla on olennainen rooli. Asiat, esineet, tunteet, tuntemukset ja instituutiot tulevat tutkimuksen kohteiksi aina jollakin tavoin nimettyinä ja käsitteellistyneinä. Vaikka tutkimuksen kohteet eivät aina olisi sanallisesti artikuloituja vaan esimerkiksi kuvia, infrastruktuuria tai sanatonta viestintää, voidaan niitä lähestyä tutkimuksellisesti vain niiden merkitysten ja symbolien kautta, jotka ovat kulttuurisesti mahdollisia. (Jokinen 1999a, 39.)

Foucault'lla diskurssin käsitteeseen liittyy läheisesti vallan käsite. Valta on tuottavaa ja liittyy olennaisesti teknologioihin, strategiaan ja taktiikkaan, ja ytimeltään valta on normalisoivaa eikä rankaisevaa. Toisin kuin lain mallin ja suvereenisuuden mukaisessa valtakäsityksessä, valta muodostaa Foucault'n mukaan tilanteisen verkoston, joka myös tuottaa subjektinsa. (Fairclough 1992, 50; Honkasalo 2000, 56.) Honkasalon (2000, 56) mukaan terveyden yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle foucault'lainen ja sosiaalisen konstruktionismin mukainen ajattelutapa merkitsee sitä, että terveyden ja sairauden ilmiöt ja instituutiot eivät ole luonnollisia, lääketieteellisiä tai autenttisia sinänsä, vaan ne ovat rakentuneet yhteiskunnallisissa suhteissa ja käytännöissä. Näitä käytäntöjä ja suhteita kieli, tieto ja valta muokkaavat. Myös tapamme havaita ja käsittää maailma on jäsentynyt sosiaalisesti, jolloin luokitusjärjestelmät ja merkitysrakenteet voidaan käsittää ennen havaintoa oleviksi. (Honkasalo 2000, 56.) Foucault'n anti niin terveys- kuin yhteiskuntatieteellisellekin tutkimukselle sekä diskurssin tutkimukselle on erittäin laaja ja moniaineksinen, ja tärkeintä siinä on terveyden ja sairauden kentän itsestään selvinä pidettyjen kysymysten kyseenalaistaminen ja niiden näkeminen historiallisina, yhteiskunnallisissa prosesseissa tuotettuina (Fairclough 1992, 37; Honkasalo 2000, 58). Ymmärrän itse terveyden edistämistä koskevan puhunnan yhteiskunnallisesti ja sosiaalisesti rakentuneena ja tuotettuna. Lisäksi tähän puhuntaan kytkeytyy normalisoivia käytäntöjä, hallintaa ja vallankäyttöä.

Terveys ja sairaudet ovat myös aina sosiaalisia konstruktioita ja siten suhteellisia käsitteitä. Sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmä harjoittaa ylivoimaisen asemansa turvin ja nojalla sosiaalista kontrollia, joka toteutuu usein piiloisesti. Lääketiede oikeuttaa tämän kontrollin esimerkiksi leimaamalla tietyt normaalista poikkeavat ryhmät sairaiksi. (Riskä 1992, 71.) Foucault'n innoittaman tulkinnan mukaan sosiaalilääketieteellinen ajattelutapa on oikeuttanut yhä tiukemman ihmisten sosiaalisen valvonnan, jolloin niin kutsuttu epidemiologinen katse on siirtynyt ympäristöstä ihmisten elämäntapaan ja sosiaalisiin suhteisiin. Hyvinvointivaltioissa on lisäksi pitkä, normatiivisen arvioinnin perinne. (Riskä 1992, 74.) Näkemykseni on, että terveydenhuoltojärjestelmän lisäksi ihmisten ohjausta ja sosiaalista kontrollia harjoitetaan myös muiden instituutioiden, kuten sosiaali- ja terveystieteiden ja valtioneuvoston sekä erilaisten asiantuntijoiden ja virkamiesten toimesta.

Sosiaalisessa konstruktionismissa tieteellisen tiedon nähdään jäsentävän todellisuutta konkreettisesti, myös arkisessa kanssakäymisessä. Tästä voi mainita esimerkkeinä niin sanotut geenipuheen, stressipuheen ja työuupumuspuheen sekä niiden vaikutukset ja julkilausumattomat sisällöt. Asiantuntijapuhe voi myös muovata arki ajattelua ja esimerkiksi lääketieteellistää sitä. (Honkasalo 2000, 64.) Myös terveydenedistämispuhetta on mielestäni mahdollista jäsentää ja tarkastella sosiaalisen konstruktionismin periaatteiden mukaisesti, ja tähän pyrin tutkielmassani. Kun tekstejä tai puhetta analysoidaan, on olennaista, että ne otetaan tutkimuskohteiksi sellaisenaan, eikä niiden takaa pyritä etsimään oikeaa todellisuutta. Tällöin ajatellaan, että ihmisten käyttämät kielelliset resurssit ja vuorovaikutuksellinen kompetenssi ovat todellisuuden olennaisia osia, tai toisin sanoen itse todellisuutta, jolloin niiden tutkiminen mielletään haastavaksi ja tärkeäksi tehtäväksi. (Jokinen 1999a, 38.)

Palolan (2009, 165) mukaan yhteiskunnallinen muutos alkaa usein diskursiivisena puhetaipojen muutoksena, joka olennaisesti vaikuttaa sekä ymmärrykseemme asioista että niihin asennoitumiseen. Se, miten maailma käsitteellistetään ja ymmärretään, on myös osa toiminnan ja toimijuuden muutosta ja siten tärkeä tutkimuskohde (Palola 2009, 165). Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa valitaankin tutkimuskohteeksi ne kielelliset prosessit sekä niiden tuotokset, joissa ja joiden kautta sosiaalinen todellisuus ja kanssakäyminen rakentuvat (Jokinen 1999a, 40-41.) Jokisen (1999a, 41) mukaan myös tutkijan ja tutkimuskohteen välinen suhde nähdään luonteeltaan konstruktivisena. Tutkija samalla sekä kuvaa tutkimustulostensa kautta sosiaalista todellisuutta että luo sitä. Näin ollen tutkijankaan kielenkäyttöä ei voida tarkastella faktojen raportoimisena, vaan siihen tulee suhtautua refleksiivisesti. (Jokinen 1999a, 41.)

4.2 Diskurssianalyysi sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta

Kielen käyttöä on mahdollista analysoida kahdesta keskenään vaihtoehtoisesta näkökulmasta, eli joko todellisuuden kuvana tai todellisuuden rakentamisena. Ensimmäinen, eli realistinen näkökulma tukeutuu siihen käsitykseen, että kielen käyttö toimii välineenä saada tietoa olemassa olevista faktoista. Jälkimmäisen, yleensä sosiaalisesti konstruktionismiksi nimetyn näkökulman mukaan kielen käyttöä tarkastellaan osana todellisuutta itseään eikä eräänlaisena siltana todellisuuteen.

Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa tukeudutaan juuri tähän konstruktionistiseen näkökulmaan. (Jokinen ym. 1993a, 9.) Jokisen (1999a, 39) mukaan diskurssianalyysin teoreettinen perusta tai koti on sosiaalisen konstruktionismin perinteessä. Siten minusta on mielekästä hyödyntää tässä tutkielmassa sosiaaliseen konstruktionismiin pohjaavaa diskurssianalyysia. Lisäksi aiemmin esitetty perusjako kielen käytön analysoinnista on olennainen siinä mielessä, että näistä kahdesta eri näkökulmasta tehdyt analysoinnit eivät juuri tuota yhteismitallista tietoa eivätkä siten ole helposti sovitettavissa yhteen. Sitä vastoin konstruktionistisen näkökulman sisällä tutkimuksellisia ideoita voi soveltaa ja lainailla joustavasti. (Jokinen ym. 1993a, 9.) Jokinen kollegoineen (1993a, 9-10) määrittelee diskurssianalyysin väljästi sellaiseksi kielen käytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimukseksi, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. Diskurssianalyysi voidaan myös ymmärtää väljänä teoreettisena viitekehyksenä, joka sallii erilaisia menetelmällisiä sovelluksia ja tarkastelun painopisteitä (Jokinen ym. 1993b, 17).

Diskurssianalyysissa kiinnostus kohdistuu sen tarkasteluun ja pohtimiseen, miten toimijat tekevät kielenkäyttöllään asioita ymmärrettäväksi. Lähtökohtaisena oletuksena on, että samaakin ilmiötä, tekoa tai asiantilaa on mahdollista tehdä ymmärrettäväksi monin perustelluin tavoin. Yhden yksiselitteisen totuuden olettamusta pidetään näin ollen puutteellisena. Tarkastelussa keskiöön nostetaan se, millaiset selitykset ja kuvaukset ovat erilaisissa tilanteissa ja keskustelun kohdissa ymmärrettäviä, ja millaisia asiantiloja ja muita seurauksia kyseisillä selityksillä rakennetaan. Käytännössä teoille ja ilmiöille ei pyritä nimeämään syitä, vaan ne tavat, joilla toimijat kuvaavat ilmiötä ja nimeävät niille syitä, otetaan sellaisenaan tutkimuskohteeksi. Sosiaalisen todellisuuden rakentumista pyritään selittämään vasta tämän jälkeen. (Suoninen 1999, 18.) Sanallisen kielen lisäksi muutakin merkityksiä kantavaa toimintaa on mahdollista ajatella kielenkäyttönä, ja käänteisesti ilmaisten sanallista kielenkäyttöä on mahdollista tarkastella toimintana. Teot ja puheet eivät ole diskurssianalyysin näkökulmasta toistensa vastakohtia, vaan niiden katsotaan olevan toimintaa, joka ylläpitää tai muuntaa sosiaalista todellisuutta. Merkityksiä kantava kielellinenkin toiminta ei leijaile ilmassa tai irrallaan kulttuurin aineellisesta puolesta. Sosiaalisissa käytännöissä materiaaliset ja kielelliset aspektit kietoutuvat saman prosessin osiksi. Kielenkäytössä ei ole kyse pelkästä kuvauksesta, vaan myös paljon perustavanlaatuisemmasta ja monimutkaisemmasta asiasta. Diskurssianalyysissa huomio kohdistuu tähän perustavanlaatuisempaan puoleen, eli kielenkäyttöön tekoina ja toimintana. (Suoninen 1999, 19-20.)

Sosiaaliseen konstruktionismiin tukeutuvassa näkökulmassa kielen käyttö ymmärretään siis sosiaalisen todellisuuden rakentajana. Kielen käyttö on tällöin käytäntö, joka ei ainoastaan kuvaa maailmaa, vaan myös merkityksellistää ja samalla järjestää, rakentaa, muuttaa ja uusintaa sitä sosiaalista todellisuutta, jossa elämme. Kieltä käytettäessä samalla konstruoidaan eli merkityksellistetään ne kohteet, joista kulloinkin puhutaan tai kirjoitetaan. Kaikilla lausumilla aina kuvataan jotain ja samalla myös tehdään jotain. Lausumat väittävät jotain todellisuuden luonteesta ja samalla rakentavat tuota todellisuutta. (Jokinen ym. 1993b, 18, 41.) Valittu kielenkäyttö rakentaa omalta osaltaan todellisuutta, kuten puheena olevaa ilmiötä, puhujan identiteettiä sekä suhdetta muihin kielenkäyttäjiin. Koska ympäröivä maailma on ainakin osittain kielen avulla rakennettu ja tuotettu, tehdyt valinnat muokkaavat myös tiedon ja uskomusten järjestelmiä sekä rakentavat sosiaalisia suhteita ja yhteisöllisiä identiteettejä. Kieli on siten myös sosiaalisesti järjestynyttä ja sillä on valtaa. Tosin kielenkäyttöön liittyy ja vaikuttaa myös erilaisia rajoituksia, normeja ja arvoja. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 17-18.)

Konstruktiivisen näkökulman mukaisesti kielen käyttö ja muu todellisuus ymmärretään erottamattomasti yhteen kietoutuneina. Sekä aineelliset että käsitteelliset asiat nähdään erilaisten merkityssysteemien avulla, ja merkityssysteemit puolestaan rakentuvat osana erilaisia sosiaalisia käytäntöjä. (Jokinen ym. 1993b, 21.) Merkityssysteemeillä viitataan siihen, että kieli on erottelujen systeemi, jossa sanojen merkitykset rakentuvat suhteessa toisiinsa. Diskurssianalyysin puitteissa määritelmään on lisätty ajatus systeemien toiminnallisuudesta ja moninaisuudesta. Ei siis ole vain yhtä kielisysteemiä vaan useita, kielenkäytössä jatkuvasti rakentuvia ja uusiutuvia merkityssysteemejä. Näitä merkityssysteemejä kutsutaan diskurssintutkimuksessa toisinaan diskursseiksi tai tulkintarepertuaareiksi. (Jokinen & Juhila 1999, 67.) Merkityssysteemien kirjo on hyvin moninainen: sosiaalinen todellisuus hahmottuu monimuotoisena, useiden rinnakkaisten tai keskenään kilpailevien systeemien kenttänä, jotka eri tavoin merkityksellistävät maailmaa ja sen suhteita ja prosesseja (Jokinen ym. 1993b, 24).

Jokisen, Juhilan ja Suonisen (1993b, 27) mukaan diskurssit voidaan määritellä verrattain eheiksi säännönmukaisten merkityssuhteiden järjestelmiksi, jotka rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä ja samalla myös rakentavat sosiaalista todellisuutta. Merkityssysteemien ja diskurssien analyysissa on kyse perustellusta tulkinnasta, joka pohjautuu aineiston ja tutkijan väliseen vuoropuheluun. Tällöin

tutkitaan ja eksplikoidaan sitä, miten diskurssit aktualisoituvat erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. Diskurssit voivat olla paitsi rinnakkaisia, myös keskenään kilpailevia merkityssysteemejä. Jotkut diskurssit voivat valtasuhteiden verkostoissa saada muita diskursseja vahvemman aseman. Näistä diskursseista voi muodostua yhteisesti jaettu ja itsestään selvinä pidettyjä totuuksia, jotka vaientavat vaihtoehtoisia totuuksia. Toiminta on myös aina kontekstisidonnaista, ja diskursseja tuotetaan, muunnetaan ja uusinnetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. (Jokinen ym. 1993b, 28-29.) Tässä tutkielmassa käytän enimmäkseen diskurssin ja merkityssysteemin käsitteitä ja ymmärrän ne käytännössä rinnakkaisina.

Fairclough (1997, 75) viittaa diskurssilla sekä puhuttuun että kirjoitettuun kieleen, mutta hän käyttää käsitettä tarkoittamaan myös muuta merkityksen tuottamista ja sanatonta viestintää kuten kuvia ja eleitä. Fairclough (1997, 75) puhuu kielenkäytöstä diskurssina, koska hän tarkastelee kieltä sosiaalisen käytännön muotona. Kielenkäytön ymmärtäminen sosiaalisesti ja yhteiskunnallisesti käytännöksi tarkoittaa ensinnäkin sitä, että se on yksi toiminnan muoto. Tämä tarkoittaa myös sitä, että kieli on historiallisesti ja sosiaalisesti vaihteleva toimintamuoto, joka on dialektisessa vuorovaikutuksessa muiden yhteiskunnallisten alueiden kanssa. Dialektinen vuorovaikutus tarkoittaa tässä sitä, että se on yhteiskunnallisesti muovautunut mutta myös yhteiskunnallisesti vaikuttavaa tai perustavanlaatuista. (Fairclough 1997, 75-76.) Näin terveyden edistämisen ”kielen” voi ymmärtää sosiaalisesti ja yhteiskunnallisesti käytännöksi, joka on siis sekä yhteiskunnallisesti ja sosiaalisesti muovautunut että yhteiskunnallisesti vaikuttavaa.

Lupton (1994, 18) esittää, että kieltä ei ole olemassa jonkinlaisessa sosiaalisessa ja yhteiskunnallisessa tyhjiössä, vaan kieli on sulautuneena yhteiskunnalliseen, sosiaaliseen ja poliittiseen toimintaan. Kieltä myös käytetään tiettyihin tarkoituksiin. Tässä mielessä diskurssia voi kuvata sanojen, käsitteiden, puheen eri muotojen, arvojen ja symbolien malliksi. Diskurssi on siis yhtenäinen ja ymmärrettävä tapa kuvailla ja kategorisoida sosiaalista ja fyysistä maailmaa. Diskurssi on tällöin väline, jolla tehdään ympäröivää todellisuutta ymmärrettäväksi. Kaikki diskurssit voivat olla ensinnäkin tekstuaalisia eli tekstimuotoisia, toiseksi intertekstuaalisia, jolloin ne ottavat aineksia muista teksteistä ja niiden sisältämistä diskursseista, tai kolmanneksi kontekstuaalisia, jolloin ne ovat sulautuneina historiallisiin, poliittisiin ja kulttuurisiin puitteisiin tai kehyksiin. (Fairclough 1992, 3; Lupton 1994, 18.) Yhteistä useimmille diskurssianalyttisille

tutkimussuuntauksille on ymmärrys siitä, että diskurssi on keskeinen kommunikoinnin väline, jolla pyritään saavuttamaan haluttuja päämääriä. Diskurssien eli niiden tapojen, joilla representoimme ilmiöitä sekä käytäntöjen tai toimintatapojen välillä nähdään vuorovaikutteinen ja yhteen kietoutunut suhde. Käytännöt rakentavat ja vahvistavat olemassa olevia diskursseja ja vastaavasti diskurssit rakentavat ja uusintavat käytäntöjä. (Lupton 1994, 18.) Tämän pohjalta voi ajatella, että terveyden edistämisen diskursseilla pyritään saavuttamaan tiettyjä päämääriä, kuten koko väestön tai tiettyjen väestöryhmien terveydentilan parantamista tai terveyskäyttäytymisen muutosta ”suotuisampaan” suuntaan. Terveyden edistämisen diskurssien voi myös ajatella uusintavan ja vahvistavan tiettyjä ja vallitsevia terveyskäsitteitä, terveyden normeja ja käytäntöjä. Toisaalta vakiintuneet terveyden edistämisen käytännöt ja toimintatavat voimistavat vallitsevia terveysdiskursseja ja puhetapoja.

Foucault’n käsityksen mukaan kielellinen vuorovaikutus ei ole vain informaation välittämistä vaan myös erilaisten asemien, identiteettien ja asiointitilojen tuottamista. Tässä painottuu lisäksi se, että yhteiskunnassa yleisesti käytetyillä diskursseilla on myös pysyviä, makrotason institutionaalisia seurauksia. Foucault korostaakin diskursiivisten muodostumien organisaationaalista ja institutionaalista puolta. (Alasuutari 1999, 185.) Foucault’n näkemyksissä diskurssista ja vallasta korostuu tiedon sosiaalinen rakentuminen. Tiedon sosiaalisen, kulttuurisen ja historiallisen tuottamisen ”vipusinta” voidaan tällöin nimittää diskurssiksi. Diskurssilla tarkoitetaan tässä eräänlaista vakiintunutta ja ajallisesti pitkäkestoista puheen, kielen, merkityssuhteiden, tekstien ja vallan muodostamien systeemien järjestelmää. Diskurssit ovat varsin eheitä ja säännönmukaisia, ja ne rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä rakentaen samalla sosiaalista todellisuutta. (Honkasalo 2000, 56.) Foucault’n ajattelussa valta ja tieto kytkeytyvät toisiinsa juuri diskursseissa, jolloin diskurssit tarjoavat mahdollisuuden hallitsevien tieto/valta-kytkösten uudelleen tulkitsemiseen tai käsittämiseen. Tässä yhteydessä ei kuitenkaan viitata vain puheeseen tai keskusteluihin, vaan tiedon/vallan tiettyjen muotojen mukaisesti organisoidut instituutiot ovat osa diskursseja. Tämä käsitys laajentaa myös interaktio- tai vuorovaikutusperspektiivin merkitystä, ja vuorovaikutustamme instituutioiden ja rakennetun ympäristön kanssa voidaan pitää osana sitä. Diskurssin käsite viittaa sanojen ja todellisuuksien jatkuvasti uudistuvaan yhteyteen, eli kieli ja puhe paitsi paljastavat merkityksiä, myös tuottavat asiointiloja sekä konstruoivat subjekteja ja identiteettejä. Kun jokin näistä tekijöistä muuttuu, muuttuvat myös muut tekijät. (Alasuutari 1999, 188.)

Kielen käytön seurauksia tuottava luonne on analyysin kannalta erityisen oleellinen. Tällöin huomio kohdistetaan siihen, mitä kielen käyttäjä milläkin ilmaisullaan tekee ja tulee tuottaneeksi. Kielen käytöllä voi olla tilannekohtaisten funktioiden ohella myös laajoja, yksittäiset tilanteet ylittäviä ideologisia seurauksia, jotka liittyvät vallan ja diskurssien yhteenkietoutumiseen. Näitä ideologisia seurauksia voivat olla vaikkapa joidenkin alistussuhteiden legitimoiminen ja ylläpitäminen. Toisaalta alistussuhteiden tuottaminen ei aina ole ilmiselvää, ja sitä voi olla toisinaan vaikea havaita arkipäivän käytännöissä. Sama diskurssi voi myös olla seurauksiltaan ristiriitainen, ja tuottaa näkökulmasta riippuen niin kielteisiä kuin myönteisiäkin seurauksia. Analyysin tehtävänä on pyrkiä jäljittelemään näitä toisinaan selkeitä, mutta usein myös piiloisia ja ristiriitaisia seurauksia. (Jokinen ym. 1993b, 42-43.) Jokisen, Juhilan ja Suonisen (1993b, 19) mukaan on tärkeää huomata, että neutraaleimmankin tuntuksissa kuvauksissa käytetyt sanat ja ilmaukset lataavat kohteisiinsa piileviä oletuksia siitä, mikä on luonnollista. Diskurssianalyysille on luonteenomaista juuri ulkoista maailmaa luovien konstruktoiden, niiden vaihteluiden sekä vakiintumisen näkyväksi tekeminen ja eksplikointi. Konstruktiivisuuden idea liittyy tässä kiinteästi kielen jäsentämiseen sosiaalisesti jaettuina merkityssysteemeinä, jolloin merkitysten ajatellaan muodostuvan sekä suhteessa että erotuksessa toisiinsa. (Jokinen ym. 1993b, 19.) Terveysten merkitys ja terveyden edistämisen tärkeys esimerkiksi näyttäytyvät aineistossa pitkälti luonnollisina, kiistämättöminä asiantiloina.

Diskurssianalyttisiä tutkimuksia saatetaan toisinaan kritisoida siitä, että tutkimuksessa esitetty tulkinta on vain yksi tulkinta muiden joukossa eikä sen oikeampi kuin muutkaan tulkinnat. Joka tapauksessa tutkijan kielenkäytöstä tekemän tulkinnan tulisi aina perustua huolelliseen aineiston analyysiin. (Jokinen & Juhila 1993, 107.) Diskurssianalyysissa ei tavoitella tulkinnoille universaalien faktan statusta, sillä tulkintojen totuudellisuuden ajatellaan pätevän vain jonkin 'kielipelin' sisällä, ei toisten diskurssien pätevyyden syrjäyttämällä. Konstruktionistisen orientaation puitteissa faktat nähdään sosiaalisesti tuotettuina, olivatpa ne kenen tahansa ja vaikka diskurssianalyttikon itsensä perustelemia. (Juhila & Suoninen 1999, 234.) Myös Lupton (1994, 13) huomauttaa, että sosiaalisen konstruktionismin kriitikoiden mielestä lähestymistapa voi olla liian relativistinen ja nihilistinen, mikäli ajatellaan, että kaikki tiedon muodostelmat ovat sosiaalisia tuotoksia. Silloin sosiaaliseen konstruktionismiin tukeutuvat analyysit ja tulokset ovat itse kyseenalaistettavissa. Vastaväitteenä voi Luptonin (1994, 13) mukaan todeta, että sosiaalisen konstruktionismin tavoitteena on juuri tunnistaa tämän tulkinnallisuuden mahdolliset ongelmat ja ristiriitaisuudet sekä ylipäättään kyetä tuomaan esille vaihtoehtoisia versioita ja vertailla eri vaihtoehtoja. Sosiaalisen konstruktionismin ei

siten tarvitse olla täysin relativistista. On hyvä huomata se seikka, että esimerkiksi lääketieteellä, terveydenhuollon instituutioilla, terveydellä ja sairaudella on sosiaalinen ja yhteiskunnallinen perusta. Tämä nimittäin asettaa kyseiset ilmiöt, käsitteet ja instituutiot myös avoimeksi muutokselle, neuvottelulle ja vastarinnalle. (Lupton 1994, 13.)

4.3 Diskurssianalyttinen menetelmä tutkielmassa

Teoreettisen viitekehyksen laajuuden ja moniulotteisuuden vuoksi olen halunnut hyödyntää melko pelkistettyä diskurssianalyttistä menetelmää. Analyysin osalta olen pitäytynyt merkitysten ja diskurssien tunnistamisessa ja tarkastelussa. Tavoitteenani on siten ollut tunnistaa tekstistä terveyden edistämiseksi annettuja merkityksiä ja pyrkiä tunnistamaan ja muodostamaan terveyden edistämisen diskursseja. Tämän jälkeen pyrin käytännössä analysoimaan näitä tunnistamiani terveyden edistämisen diskursseja teoreettisen viitekehykseni kautta. On huomattava se, että minulla on tietty näkökulma ja esiymmärrys, joka toimii yhtenä lähtökohtana aineiston analyysille ja tarkastelulle. Omat lähtöoletukseni onkin tärkeä tunnustaa ja pitää mielessä koko ajan. Yksi lähtöoletukseni on esimerkiksi se, että terveys itsessään on kasvattanut merkitystään ja tätä terveyden merkitystä myös tuodaan esille yhä enemmän. Samalla terveyden edistäminen on noussut yhteiskunnallisessa sekä sosiaali- ja terveystieteellisessä keskustelussa varsin keskeiseen asemaan, ja kansalaiselle asetetaan yhä voimakkaammin vaatimuksia terveytensä suhteen. Toki tämä näkökulma ja ennakkokäsitykseni voi jossain määrin ohjata aineiston tulkintaa, vaikka pyrin varomaan tätä ja ottamaan huomioon aineistosta löytyvät erilaiset jäsennykset ja vaihtoehtoiset tai ristiriitaiset tulkinnat.

Diskurssianalyysissa ei olla kiinnostuneita mistä tahansa merkityksistä, vaan erityisesti kulttuurisista merkityksistä ja yhteisen sosiaalisen todellisuuden rakentumisesta. Merkitykset rakentuvat, pysyvät yllä ja muuntuvat vain ihmisten keskinäisessä toiminnassa kuten keskusteluissa, kirjoituksissa, puheissa ja muussa symbolisessa toiminnassa. (Jokinen & Juhila 1999, 54.) Merkityksiä tuotetaan eli maailmaa merkityksellistetään eri tavoin eri tilanteissa, sillä kieli nähdään diskurssianalyysissa notkeana ja joustavana resurssina, jota voi käyttää erilaisin tavoin eri tilanteissa ja eri aikoina. Kiinnostuksen kohteena ei niinkään ole se, mikä todellisuuden versioista on

totuudellisin vaan ennemminkin versioiden painoarvo: millaiset merkitykset ovat joko vallalla, marginaalissa tai puuttuvia ja miksi näin on. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 13.) Keskeistä on myös merkitysten tilanteinen rakentuminen ja rakentaminen. Merkitykset siis rakentuvat käyttöyhteyksissään ja konteksteissaan. Merkitysten tarkasteleminen on aina sidottu merkitysten tuottamisen paikallisiin prosesseihin, jolloin merkitysten rakentumista tarkastellaan toimintana, joka tapahtuu tässä ja nyt. Lisäksi merkityksellistämisen tavat ovat aina sidoksissa kunkin aikakauden diskursiiviseen ilmastoon, laajempiin kulttuurisiin merkityksiin, kielellisiin käytäntöihin ja merkityksellistämisen tapoihin. Siten merkityksellistäminen on kulttuurissa kaikkialla ja koko ajan käynnissä olevaa toimintaa. Tutkijan on mietittävä tutkimusta tehdessään, miten hän ottaa huomioon tilanteisuuden ja kulttuurisen jatkumon samanaikaisen läsnäolon omassa tutkimuksessaan. (Jokinen & Juhila 1999, 56-57.)

Pelkistetysti sanoen merkityksiä korostavassa tutkimuksessa kysymykset ovat useimmiten mitä-muotoisia ja kiinnostus on ennen kaikkea sisällössä. Voidaan esimerkiksi kysyä, millaisia merkityksiä aineistossa tuotetaan. Merkitysten tuottamisen tapoja painottavassa tutkimuksessa kysytään sen sijaan miten-kysymyksiä, eli miten ja millaisia kielellisiä keinoja käyttämällä merkityksiä tuotetaan. Useimmissa tutkimuksissa kysytään käytännössä sekä mitä- että miten-kysymyksiä. (Jokinen & Juhila 1999, 66.) Analyysini painottuu käytännössä lähtökohdiltaan merkityksiin sekä diskurssien ja tulkintarepertuaarien tunnistamiseen (vrt. Jokinen & Juhila 1999, 70-71), ja tällöin voidaan kysyä esimerkiksi millaisia merkityksiä terveyden edistämiseksi annetaan, millaisia terveyden edistämisen diskursseja aineistossa esiintyy ja millaista sosiaalista todellisuutta aineistossa tuotetaan terveyden edistämisen osalta.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtioneuvosto voidaan ymmärtää vallankäyttöä harjoittavina ja ohjaavina hallinnollis-poliittisina instituutioina. Näiden instituutioiden positiosta käsin lausuttu puhe saa mielestäni vakavasti otettavan ja legitiimin statuksen, ja näillä instituutioilla on paitsi puhevaltaa, myös määrittely- ja ohjausvaltaa terveyspoliittisissa linjauksissa (vrt. Jokinen 1999b, 158). Lisäksi asiakirjoja on tavallisesti ollut laatimassa virkamiehiä ja asiantuntijoita ministeriön lisäksi lukuisista eri organisaatioista, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta, Kuntaliitosta, Työterveyslaitokselta ja Terveyden edistämisen keskukselta. Tällöin myös asiantuntijavallan merkitys ja painoarvo on asiakirjoissa varsin suuri. Kokkosen (2009, 339) mukaan ajatus siitä, että

diskurssit ovat usein kytköksissä erilaisiin instituutioihin, korostaa asiantuntijoiden roolia siinä, miten ihmiset ymmärtävät ja käsitteellistävät asioita. Kokkonen (2009, 339) esittää, että ne diskurssit ja diskurssien osat eli repertuaarit joita ihmisillä on saatavilla ja käytössään, sisältävät usein samoja aineksia tai ovat hyvin samankaltaisia kuin asiantuntijoiden näkemykset. Diskurssit ja repertuaarit muokkaavat osaltaan ihmisten subjektiviteettia eli sitä, miten ihmiset tulkitsevat ja ymmärtävät oman itsensä ja minuutensa (Kokkonen 2009, 339).

Jokinen (1993, 189) huomauttaa, että samoin kuin kielen käyttö on toimintaa, on esimerkiksi poliitikkojen kielen käyttö ja poliittinen puhe politiikan tekoa. Poliitikassa erilaisilla kielen tasolla käytävillä kamppailuilla voi olla huomattaviakin yhteiskunnallisia vaikutuksia. Erilaiset asioiden ja päätösten rationalisointi- ja legitimoitavat voivat olla vakiinnuttamassa ja oikeuttamassa varsin epäsuotuisia ja epätyytyttäviäkin asiointiloja joidenkin ihmisryhmien kannalta, ja tämä toimii tietysti myös päinvastoin. Kielen käytöllä on siten suuri merkitys paitsi valtasuhteiden tuottamisessa ja ylläpitämisessä, myös niiden muuttamisessa. (Jokinen 1993, 189.) Siksi terveystkansalaisuuden tuottamisen ohella valtasuhteiden ja hallinnan käytäntöjen analysoiminen tutkimieni hallinnollis-poliittisten asiakirjojen terveydenedistämispuheessa vaikuttaa minusta mielekkäältä. Diskurssianalyysi voi olla myös ideologiakriittinen menetelmä, ja sen avulla voidaan yrittää paljastaa niitä yhteiskunnallisia suhteita, joissa joudumme toimimaan ja kamppailemaan koko ajan. Tekstien tutkimus ei pelkistyäkään vain tekstien tutkimukseksi, sillä tekstit pitävät sisällään ja ilmentävät monenlaisia yhteiskunnallisia valtasuhteita ja intressiristiriitoja. Onkin hyvä muistaa, että diskurssit ovat myös käytäntöjä, ja siksi on luontevaa puhua diskursiivisista käytännöistä. (Eskola & Suoranta 1998, 203.)

Aineiston analysoiminen ei kuitenkaan ole selkeä, yksiselitteinen prosessi, jonka aikana oikeat tulkinnat nousevat esiin ikään kuin itsestään selvinä. Merkityksiä ei voi paikantaa kokonaan pelkästään aineiston ominaisuudeksi, vaan tutkijan vuoropuhelu aineiston kanssa osaltaan ratkaisee, mitkä merkityspotentiaalit nostetaan esiin. Tulkinta aina yksinkertaistaa ja lyö lukkoon tiettyjä merkityspotentiaaleja. Tutkija joutuu jatkuvasti tasapainoilemaan sen ongelman kanssa, ettei kadottaisi aineiston moninaisuudesta mitään olennaista tehdessään tulkintoja. Toisaalta vakiintuneiden diskurssien ristiriitojen pohtiminen ja vaihtoehtoisten tulkintojen esiin nostaminen voi raivata tietä moninaisuudelle. (Jokinen & Juhila 1993, 106.) Analyysissa on tärkeää myös

kiinnittää huomiota tietynlaiseen refleksiivisyyteen, jossa tutkija itse arvioi omaa suhdettaan esimerkiksi valtaan. On hyvä pohtia, miten diskurssit, sekä tutkimustuloksiksi saadut että ne, joihin tutkija itse tukeutuu, rakentavat sosiaalista todellisuutta, ja millaisia seurauksia niiden käytöllä mahdollisesti voi olla. Tutkijan on siis tärkeää olla sensitiivinen sen suhteen, mitä kaikkea hän omilla analyttisillä tulkinnoillaan tulee tuottaneeksi ja mahdollistaneeksi. (Jokinen ym. 1993b, 45.) Lisäksi on syytä huomata, ettei tutkijan tekstissään käyttämä kieli ole yksiselitteistä todellisuuden kuvausta, vaan muun kielenkäytön tapaan konstruktivistista. Yksi kielen käytön tutkijan peruskysymyksistä on se, missä määrin tutkija tulee uusintaneeksi olemassa olevaa käsitteistöä, vanhoja kategorioita ja dikotomioita. Mutta vaikka joistakin totunnaisuuksista pääsisikin eroon, ei kaikkea voi kuitenkaan kyseenalaistaa koko ajan. (Jokinen ym. 1993b, 23-24.)

Tutkimusotteeni on tässä tutkielmassa jossain määrin kriittinen. Ymmärrän itse etenkin kulttuurin ja ympäröivän yhteiskunnan ennemminkin kriittisen orientaation mukaisesti. Kriittisen diskurssianalyysin ja orientaation lähtökohtana on tavallisesti oletus joidenkin alistussuhteiden olemassaolosta, ja tutkimuksen tehtäväksi muodostuu niiden kielellisten käytäntöjen tarkastelu, joilla näitä suhteita oikeutetaan ja ylläpidetään. Kriittisessä diskurssianalyysissä käytetyt käsitteet ovat melko ladattuja, eli puhutaan esimerkiksi ideologiasta ja ideologisista käytännöistä, valtasuhteista, vallan harjoittamisesta, hegemonisista diskursseista ja vaiennetuista äänistä. Tällöin valitaan ehkä helpommin näkemys, jossa kulttuuri ymmärretään eräänlaisena aineistoa kehystävänä laajempina valta- ja alistussuhteiden läpäisemänä kontekstina. (Jokinen & Juhila 1999, 86-87.) Mielestäni on tärkeää tehdä näkyväksi itsestään selviltä ja toisinaan vastaansanomattomilta vaikuttavia rakenteita ja näkemyksiä, joita terveystkansalaisuuteen ja terveyden edistämisen diskursseihin kytkeytyy. Samalla on tärkeää ottaa huomioon diskurssien moninaisuus ja tunnustaa ne diskurssit, jotka ovat mahdollisesti ristiriidassa omien lähtökohtaoletusteni kanssa. On tärkeää ottaa huomioon se, että tutkija on aina myös kulttuurinen toimija, ja esimerkiksi tutkijan omat kokemukset, näkemykset ja yhteiskunnallinen paikka ohjaavat osaltaan tulkintaa. (Juhila 1999, 213.)

Vaaraman (2011, 29) mukaan yhteiskuntatieteiden tehtävänä on tuoda keskusteluun yhteiskunnallisia ilmiöitä, asioita ja kehityskulkuja, analysoida syitä ja seurauksia sekä tuottaa ongelmille vaihtoehtoisia ratkaisuja. Helne kollegoineen (2003, 10) kuitenkin huomauttaa, että

puolueettoman ja yksiselitteisen tiedon saavuttaminen yhteiskunnasta on mahdotonta. Yhteiskuntatutkijat ovat aina osa tutkimuskohdettaan eivätkä voi myöskään täysin suojautua vallitsevilta ajattelutavoilta. Jokainen myös katsoo maailmaa ja sen monimuotoisesti toisiinsa kietoutuvia ilmiöitä omasta näkökulmastaan ja omista lähtökohdistaan. Yhteiskuntatieteiden kenttä on täynnä kilpailevia teorioita ja näkökulmia, joista jokainen kantaa omia ristiriitojaan, ja tällöin myös ilmiöistä tehtävät tulkinnat ja analyysit vaihtelevat. (Helne ym. 2003, 10.) Toisaalta yhteiskunnan kommentointi ja tulkintojen esittäminen yhteiskunnasta ja ajasta on yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa olennaista (Alasuutari 2001, 169). Tässä tutkielmassa pyrin tekemään ja esittämään yhden tulkinnan ja analyysin yhdestä ajankohtaisesta yhteiskunta- ja terveystieteellisestä aiheesta, ja väistämättä omat näkökulmani ja lähtökohtani vaikuttavat osaltaan tulkintaan.

4.4 Analyysin eteneminen

Löysin ja keräsin aineiston pääosin sosiaali- ja terveysministeriön ja valtioneuvoston internet-sivuilta (www.stm.fi ja www.valtioneuvosto.fi). Myös ministeriön hallinnonalan avoin julkaisuarkisto, Julkari, (www.julkari.fi) toimi aineiston haun apuna. Etsinnän tukena olivat näillä sivustoilla olevat hakupalvelut ja erilaiset linkit, jotka ohjasivat samaan aihepiiriin liittyviin ohjelmiin ja asiakirjoihin. Näin aineistoa kasautui myös lumipallomenetelmän avulla. Aineiston keräämistä sähköisistä lähteistä ja tietokannoista selitti suurelta osin käytännöllinen syy. Paitsi että asiakirjat olivat saatavilla sähköisessä muodossa, ne olivat myös helposti kerättävissä ja hankittavissa tutkimuskäyttöön. Keskeinen ajatus on ollut se, että terveyteen, hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyvää tietoa on saatavilla runsaasti etenkin sähköisesti kaikille yhteiskunnan toimijoille, niin yksittäisille kansalaisille kuin vaikkapa eri organisaatioille. Terveystieteellisiä ohjelmia ja julkaisuja on saatavilla sähköisinä ja painettuina versioina, ja näin ne ovat varsin helposti yksittäisten kansalaistenkin löydettävissä ja ulottuvilla. Tiedon avoimuus kaikille kansalaisille ja tiedon helppo ja laaja saatavuus ovat tässä tärkeitä periaatteita. Terveyteen ja terveyden edistämiseen liittyvää tietoa on esillä lukuisissa eri kohteissa, kuten kirjastoissa, terveyskeskuksissa, eri virastoissa, hallinnollisissa keskuksissa ja jopa kadunvarsimainoksissa. Tämän lisäksi terveyteen liittyvää tietoa saa runsaasti tiedotusvälineistä. Etenkin tietoa terveellisistä elämäntavoista ja esimerkiksi oikeista ravitsemussuosituksista on suomalaisessa yhteiskunnassa

kaikkien saatavilla (Puuronen 2006, 12). Myös erilaisia oman terveyden testaamiseen soveltuvia testejä tai niin kutsuttuja kotitestejä on tullut markkinoille yhä enemmän. Voikin sanoa, että kansalaisten elinympäristö on kyllästetty terveystiedolla. Näin kansalaiset myös omaksuvat terveyteen liittyvää tietoa, arvoja ja toimintatapoja. On toki pidettävä mielessä se, että osa ihmisistä omaksuu vallitsevan terveystiedon ja sen opit tai soveltaa niitä osittain, kun taas osa ei kykene noudattamaan tai ei tietoisesti tahdo noudattaa suosituksia.

Terveyden edistäminen oli aineiston etsinnässä tärkeä käsite, eli asiakirjojen tuli liittyä olennaisesti terveyden edistämiseen ja käsitellä tai linjata terveyden edistämistä. On tosin huomattava, että yksittäinen asiakirja ei käytännössä keskity pelkästään terveyden edistämiseen, vaan mukana on muitakin aihealueita ja teemoja. Siksi pyrin etsimään asiakirjoista nimenomaan terveyden edistämistä käsitteleviä kappaleita ja tekstiosuuksia. *Terveyden ja/tai hyvinvoinnin edistäminen* tai *terveyden ja hyvinvoinnin parantaminen ja kohentaminen* olivat keskeisiä terveyden edistämiseen liittyviä sanoja ja sanayhdistelmiä, joita ryhdyin ensin etsimään asiakirjoista. Terveyden edistämisen teeman tuli siis löytyä tekstistä, ja tähän liittyvää sanastoa sekä ympäröivää kontekstia aloin tarkastella ja analysoida tarkemmin. Näin pyrin keskittymään nimenomaisesti terveyden edistämistä koskevaan puhuntaan. Toki kaikki aineiston etsimisvaiheessa löytämäni mahdolliset asiakirjat tuli aluksi joko silmäillä tai lukea tarkemmin läpi, jotta pystyin ratkaisemaan, oliko asiakirja tutkimuskysymysten kannalta mielekästä sisällyttää tutkittavaan aineistoon eli käsittelevä asiakirja olennaisesti terveyden edistämistä. Toisaalta arvioin kunkin asiakirjan soveltuvuutta ja lopullista mukaan ottamista koko aineiston hankinnan ajan ja eri lukukertojen myötä. Lopulta aineisto alkoi ”kylläntyä” eli koin, että uusia havaintoja ja merkityksiä ei enää esiintynyt vaan samankaltaiset asiat ja merkitykset toistuivat. Myös pro gradu –tutkielman laajuutta ajatellen aineistoa alkoi olla riittävästi. Lopulta koossa oli 12 asiakirjaa sisältävä tutkimusaineisto.

Aineiston analyysissä lähdin liikkeelle aineiston lähilukukerroista ja kunkin asiakirjan syvemmästä tarkastelusta. Analyysini lähtökohtana oli merkitysten tarkastelu ja diskurssien tunnistaminen näiden merkitysten avulla (esim. Jokinen & Juhila 1999, 70-71). Aloin etsiä asiakirjoista terveyden edistämistä koskevaa puhuntaa, jotta pystyin tunnistamaan erilaisia terveyden edistämiseksi annettuja merkityksiä. Halusin tarkastella ensin sitä, miten terveyden edistämistä aineistossa puhutaan ja millaista sosiaalista todellisuutta tuotetaan. Olin toki hahmottanut terveyden edistämistä

koskevaa puhuntaa alustavasti jo asiakirjoja valikoidessa ja ensimmäisillä lukukerroilla, eli minulla oli tietty ensivaikutelma ja näkemys jo analyysia aloittaessani. Tutkimusaineiston analysointi on mielekästä aloittaa erojen ja yhtäläisyyksien etsimisellä (Suoninen 1993, 50), mikä toimi apuna jäsentäessäni terveyden edistämiseen liittyvää puhuntaa. Tavoitteenani oli myös ottaa aineistossa esiintyvä terveyden edistämisen puhunnan kirjo ja moninaisuus huomioon. Etsin jokaisesta asiakirjasta ensimmäiseksi kaikki ne tekstiosiot, joissa konkreettisesti mainittiin käsite terveyden ja/tai hyvinvoinnin edistäminen. Tämän jälkeen tarkastelin käsitettä ympäröivää kontekstia. Lähilukukerroilla oli mahdollista erottaa tekstistä lisää terveyden edistämiseen liittyvää puhuntaa. Pyrin identifioimaan ja kokoamaan aineistosta kaiken terveyden edistämistä koskevan puhunnan, ja samanaikaisesti luonnostelin mahdollisia terveyden edistämisen diskursseja. Diskurssien identifioinnissa ajatuksena on se, että kiinnitetään huomiota yhtäläisyyksiin eli samojen merkityssysteemien osiin. Merkityssysteemit esiintyvät aineistossa paloina, joiden sisällöllinen merkitysyhtäläisyys voidaan tunnistaa aineiston kontekstisidonnaisessa tulkintaprosessissa. Analyysissa edetään siis osista kokonaisuuksiin ja merkityksistä merkityssysteemeihin ja diskursseihin. (Jokinen & Juhila 1993, 80.) Tähän pyrin käytännössä koko analyysiprosessin ajan ja etsin aineistosta yhteisiä rakenteita. Diskurssien alustavan luonnostelun jälkeen tarkastelin terveyden edistämistä koskevaa puhuntaa syvemmin ja aloin jäsenellä lopullisia terveyden edistämisen diskursseja.

Kun kyseessä on laadullinen tutkimus, on tutkimusaineisto tällöin tyypillisesti monitasoista ja rikasta. Toisaalta laadulliselle tutkimukselle on juuri ominaista kerätä aineistoa, joka tekee mahdollisimman monenlaiset tarkastelut mahdollisiksi. (Alasuutari 1999, 84.) Analyysin suhteen lähdinkin tavallaan aineistosta liikkeelle, sillä halusin aluksi tunnistaa aineistosta mahdollisimman kattavan ja monipuolisen erilaisten merkityssysteemien kirjon eli tässä tapauksessa terveyden edistämistä koskevien merkityssysteemien kirjon (vrt. Jokinen & Juhila 1993, 78). Aineistosta oli analyysin alkuvaiheessa mahdollista tunnistaa runsaasti yksityiskohtaisempia terveyden edistämistä koskevia merkityksiä kuten elintapapainotteisuus, erilaisten toimijoiden yhteistyön korostaminen tai käsitys terveydestä itseisarvona. Aloin yhdistellä ja nimetä näitä yksittäisiä merkityssuhteita tai diskurssien ”paloja” luonteviksi, suuremmiksi kokonaisuuksiksi ja eräänlaisiksi kategorioiksi siten, että kokosin samaan kategoriaan näitä samankaltaisia merkitysisältöjä ja rakenteita sisältäviä pienempiä diskursseja. Analyysissa rakennetaankin tällöin yhtenäisiä merkityssysteemejä tai

yhtenäisiä diskursseja näistä diskurssien toiminnallisista paloista ja osasista (Jokinen & Juhila 1999, 72; Suoninen 1993, 50).

Aineistossa esiintyi merkityssuhteita, joissa terveyden edistäminen liitettiin ensinnäkin varsin yksilökeskeisiin asioihin ja toimintaan, kuten elintapoihin, yksilön tekemiin valintoihin tai riskiyksilöiden ja –ryhmien terveyskäyttäytymiseen. Tällä tavalla tunnistin yksilöpainotteisen diskurssikokonaisuuden. Toiseksi, aineistosta nousi esille selkeästi rakenteita, olosuhteita ja elinympäristöä korostavaa puhuntaa. Esimerkkeinä voi mainita kuntien palvelujärjestelmän toimivuuden kuten terveys- ja liikuntapalvelujen saatavuuden, joukkoruokailun sekä kuntien, alueiden ja järjestöjen laajan yhteistyön terveyden edistämisessä. Näistä paloista oli muodostettavissa yhteiskuntapainotteinen kokonaisuus. Kolmanneksi, terveyden merkitystä arvona ja tärkeänä päämääränä itsessään korostava puhunta oli identifioitavissa omaksi kokonaisuudekseen. Neljänneksi, tunnistin aineistosta väestön terveydentilan kehitykseen ja tulevaisuuteen liittyviä merkityssuhteita, eli tarkemmin sanottuna sekä myönteisiä että kielteisiä terveydellisiä muutoksia ja haasteita. Näistä muodostui oma diskurssikokonaisuus. Viidenneksi, aineistossa esiintyi selkeästi talouspainotteista puhuntaa, jolloin terveyden edistäminen liitettiin taloudellisiin kustannuksiin ja resursseihin. Terveyden edistämistä voitiin perustella esimerkiksi siitä saatavilla säästöillä, sosiaali- ja terveyspalvelutarpeiden vähentämisellä tai kansantalouden tuottavuuden ja kilpailukyvyn parantamisella. Tästä talouskeskeisestä puhunnasta tunnistin siten vielä yhden kokonaisuuden. Muodostin näin aineistosta viisi päädiskurssia, jotka olen nimennyt niiden ytimen ja keskeisen merkityssisällön mukaan. Päädiskurssit ovat yhteiskunnallinen diskurssi, yksilödiskurssi, taloudellinen diskurssi, terveys arvona –diskurssi sekä muutosten ja haasteiden diskurssi.

Kun olin tunnistanut ja nimennyt terveyden edistämisen päädiskurssit, seuraava vaihe oli teoreettisen viitekehyksen eli terveyskansalaisuuden tuottamisen ja hallinnan käytäntöjen tunnistaminen ja analysoiminen diskursseista. Lähtöoletuksenani on siis ollut se, että terveyden edistämisen diskursseissa tuotetaan terveyskansalaisuutta ja tähän kietoutuu erinäisiä hallinnan käytäntöjä. Oma teoreettinen viitekehykseni sekä sosiaalisen konstruktionismin mukainen näkökulma ovat olleet tukena aineiston jäsennyksessä ja tarkastelussa koko analyysin ajan. Analyysin luotettavuutta tulisi tutkimuksen kuluessa selvittää monin tavoin ja pyrkiä perustelevaan

tulkintoja huolella. Tulkinnan varmistamiseksi tutkimustekstissä olisi esitettävä aineistosta katkelmia, joiden perusteella puheavaruudet voitaisiin todentaa tai riitauttaa. (Eskola & Suoranta 1998, 199, 202.) Tulosten käsittelyosiossa pyrin antamaan havaintojeni tueksi katkelmia ja esimerkkejä mahdollisimman monipuolisesti aineiston eri asiakirjoista ja eri diskursseista.

Analyysia tehdessä on tärkeä varoa kehäpäätelmien tekemistä (Jokinen & Juhila 1993, 79). Tästä on kyse silloin, jos aineistosta lähdetään etsimään esimerkiksi tietyn ongelmalähtökohdan mukaisia diskursseja ja tutkimustuloksina esitetään sellaisten löytyminen. Tämä liittyy kysymykseen siitä, voiko diskurssianalyttisissa tutkimuksissa lähteä liikkeelle normatiivisten kannanottojen pohjalta. Kuitenkin soveltavassa tutkimuksessa on varsin tavanomaista lähteä liikkeelle jostakin ongelmalliseksi määrittyneestä asiantilasta. Tällöin kiinnostus kohdistuu kyseistä ongelmaa ylläpitäviin käytäntöihin ja siten valtaproblematiikkaan. Siksi voi olla hyväksi yrittää lähteä etenemään ilman ennakkositoumuksia ja tarkastella vaikkapa sitä, miten jotakin ilmiötä tuotetaan sosiaalisissa käytännöissä ja miten ilmiö tuotetaan esimerkiksi ongelmana. (Jokinen & Juhila 1993, 79.) Toki oma esiymmärrykseni on ohjannut jossain määrin tekemiäni tulkintoja ja sitä näkökulmaa, josta käsin lähdin tarkastelemaan aineistoa, mutta siitä huolimatta pyrin pitämään tarkasteluni mahdollisimman avoimena ja tunnustamaan myös mahdolliset esiymmärryksen tai lähtöoletusten kanssa ristiriitaiset diskurssit. Jokinen ja Juhila (1993, 80) huomauttavatkin, että tutkijan ei tule lyödä ennalta lukkoon tulkintojaan.

5 Terveyden edistämisen diskurssit

Aineistosta tunnistamani terveyden edistämisen päädiskurssit ovat yhteiskunnallinen diskurssi, yksilödiskurssi, taloudellinen diskurssi, terveys arvona –diskurssi sekä muutosten ja haasteiden diskurssi. On tärkeää huomata se, että analyysin kautta muodostamani diskurssien jaottelut ja luokittelut eivät ole täysin selvärajaista, vaan osittain päällekkäisiä. Siten diskurssien rajat ovat jossain määrin liukuvia ja diskursseissa voi olla osin samoja aineksia. Tämä tarkoittaa myös sitä, että päädiskurssien erottaminen toisistaan ja vastaavasti pienempien diskurssien tai diskurssipalojen ”liikkuminen” päädiskurssien välillä on tutkimuksen kuluessa ollut paikoin hankalaa. Toisaalta tämän voi nähdä johtuvan suureksi osaksi juuri terveyden edistämisen laajasta ja monialaisesta toimintakentästä. Terveyden edistämisen voi ymmärtää monitahoisena, eri osa-alueet ja hallinnonalat ylittävänä toimintana, jonka katsotaan myös edellyttävän monien eri toimijoiden yhteistyötä. Terveyden edistäminen tavallaan sulautuu ja niveltyy usealle eri toiminta-alueelle. Seuraavaksi esittelen muodostamani päädiskurssit ja käyn läpi niiden tunnuspiirteitä ja painopisteitä.

5.1 Yhteiskunnallinen diskurssi

Yhteiskunnallinen diskurssi osoittautui laajimmaksi ja sisällöllisesti monimuotoisimmaksi diskurssiksi. Toisin sanoen yhteiskunnalliseen diskurssiin on mielestäni mahdollista sisällyttää runsaasti erilaisia terveyden edistämiseen liittyviä toimia ja tehtäviä. Lisäksi yhteiskunnallisen diskurssin kenttään limittyy varsin usein muita diskursseja. Tämä johtuu paljolti siitä, että terveyden edistäminen on laaja-alaista ja usealle yhteiskunnan osa-alueelle nivoutuvaa toimintaa. Terveyden edistämisen voi ymmärtää ulottuvan aina elinympäristöstä ja palvelujärjestelmän toimivuudesta ihmisten arkielämän toimintakentille. Yhteiskunnallisten, rakenteellisten ja ympäristöllisten tekijöiden merkitystä terveyden edistämässä korostetaan asiakirjoissa runsaasti. Yhteiskunnallisen diskurssin sisällä on useita pienempiä ja yksityiskohtaisempia diskursseja, kuten laajan rintaman diskurssi, joka painottaa terveydenedistämistyötä laajalla rintamalla ja mahdollisimman monien toimijoiden yhteistyönä. Lisäksi yhteiskunnalliseen diskurssiin sisältyy esimerkiksi palvelujen

diskurssi, joka painottaa esimerkiksi kattavien terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuutta ja toimivuutta terveyden edistämisen kannalta. Yhteiskunnalliseen diskurssiin kiteytyy mielestäni ajatus siitä, miten terveyttä pyritään edistämään erilaisin yhteiskuntapoliittisin, ympäristöllisin ja rakenteellisin keinoin.

Esimerkiksi Terveys 2015 –kansanterveysohjelmassa (STM 2001) painotetaan sitä, että terveyden edistämistä on tehtävä laajalla rintamalla yhteiskunnan eri osa-alueilla, arjen toimintakentillä, eri hallintosektoreilla ja eri ministeriöissä. Jokapäiväisen toiminnan kentät ja elämäntapa ovat kyseisessä ohjelmassa olennaisessa asemassa. Myös yhdensuuntainen toiminta terveyden edistämiseksi eri tahoilla on tärkeää ja yhteiskunnallisten toimijoiden yhteinen vastuu kansanterveydestä nähdään keskeisenä. (STM 2001, 3, 8). Samaisessa ohjelmassa esitetään, että terveys syntyy, sitä turvataan ja se voi heikentyä ihmisten arjen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, valintojen ja elämäntapojen tuloksena. Terveysteen vaikuttavat arkisten ympäristöjen kuten kotien, asuinalueiden, koulujen, työpaikkojen ja liikenteen biologiset, psyykkiset, sosiaaliset, kemialliset ja fyysiset ominaisuudet. Lisäksi terveyteen vaikuttavat ihmisten keskinäinen sosiaalinen tuki, huolenpito ja yhteenkuuluvuus sekä ihmisten tiedot, taidot ja koulutus. Terveystenhoito on olennaisessa roolissa ihmisten sairastuessa, mutta myös sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämiseksi. Julkisella vallalla, niin valtiolla kuin kunnilla, on mahdollisuus vaikuttaa kansalaisten terveyden edellytyksiin hallintosektoriensa kautta. Kansalaisten terveyden edistämisen kannalta keskeiset päätökset liittyvät esimerkiksi elinympäristön muutoksiin, hyvinvointipalveluiden ohjaukseen, verotuksen kohdentamiseen, koulutuksen kehittämiseen, työpaikkojen luomiseen ja sosiaaliseen turvallisuuteen. Paikallisilla ratkaisulla kodeissa, oppilaitoksissa, työpaikoilla, liikenteessä ja palveluissa voidaan sekä edistää että vahingoittaa terveyden edellytyksiä. Yksilöiden, yhteisöjen ja perheiden toiminta ja valinnat ovat keskeisiä terveyden kannalta. (STM 2001, 8-9.) Esimerkiksi tässä yhteiskunnallisista tekijöistä puhuminen nivoutuu varsin yksilökeskeiseen puhuntaan.

Terveys 2015 –ohjelman väliarvioinnissa (STM 2012b, 59) puolestaan todetaan, että Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa korostetaan monitoimijaisuutta ja yhteistyötä terveyttä edistävissä työssä. Terveysteen vaikutetaan politiikkapäätöksillä, palvelujärjestelmän tarjoamilla palveluilla, elin- ja työympäristöllä sekä yksilöiden valinnan mahdollisuuksilla (STM 2012b, 59). Myös Kaste –

ohjelmassa (STM 2012a, 5) sanotaan, että ohjelman tavoitteet saavutetaan kuntien ja kuntayhtymien, eri hallinnonalojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten, koulutusyksiköiden ja kansallisten ja alueellisten tutkimus- ja kehittämissyksiköiden yhteistyöllä. Hallinto- ja sektorirajat ylittävä ehkäisevä työ ja varhainen tuki nähdään sekä inhimillisesti että taloudellisesti kannattavina. (STM 2012a, 16.) Sosiaali- ja terveystietomuksessa (STM 2010a, 164) mainitaan, että elintapoihin ja elinympäristöön voidaan vaikuttaa yhteiskuntapolitiikan keinoin, joihin voidaan lukea myös tulo- ja veropolitiikka ja sääntely. Tässä on nähtävissä sekä yksilöpainotteista että yhteiskunnallista diskurssia, eli tässä pyritään vaikuttamaan yksilön käyttäytymiseen erilaisin yhteiskuntapoliittisin, välillisin ja osin myös pakottavin keinoin.

Sosiaali- ja terveystietomuksessa (STM 2010a, 164) todetaan, että laajat yhteiskuntapoliittiset toimet ovat edelleen tarpeen väestön terveyden edistämiseksi ja terveyserojen vähentämiseksi. Esimerkiksi alkoholipolitiikassa tulisi harkita vaikuttavampien keinojen käyttöönottoa kulutus- ja haittatason alentamiseksi, ja lihavuuden ongelmia tulisi ratkaista tukemalla päivittäisen liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen toteutumista (STM 2010a, 164). Myös Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (TEPO 2007, 1-2) jäsenetään ohjelman yhteiskunnalliset vaikuttavuustavoitteet, jotka ovat terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen, kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen, terveitä elämäntapavalintoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen, terveyden edistämisen uusien työmuotojen kehittäminen sekä järjestöjen toiminnan ja roolin vahvistaminen terveyden edistämisen ja etenkin yhteisöllisyyden ja osallisuuden tukena. Näistä aineistoesimerkeistä on mielestäni nähtävissä sosiaali- ja terveysministeriön sekä valtioneuvoston näkemys siitä, miten laaja-alaista, kokonaisvaltaista ja yhteiskunnallista toimintaa terveyden edistämisen tulee olla ja kuinka terveyden edistämisen nähdään olevan tehokasta vain monien eri toimijoiden yhteistyöllä.

Koko yhteiskunta tulisi tavallaan valjastaa terveyden edistämiseen eli yhteiskunnasta pyritään luomaan sellainen, että se kannustaa, ohjaa ja suostuttelee kansalaisia edistämään terveyttään. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010b, 11) todetaan, että ”yhteiskunta luo mahdollisuudet ja rakenteet kansalaisten hyvälle valinnoille ja toiminnalle.” Elinympäristö on saatava tuottamaan terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia, ja lisäksi sosiaalisesti kestävä ja

terveellistä elinympäristöä halutaan vahvistaa (STM 2010b, 16). Samoin Kaste- ohjelmassa (STM 2012a, 16) peräänkuulutetaan sitä, että yhteiskunnan tulee mahdollistaa kaikille hyvinvointia ja terveyttä tukevat yksilölliset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset ratkaisut. Yhteiskunnan tulee tarjota kaikille mahdollisuuksia terveelliseen ravintoon, liikuntaan ja sosiaalisten suhteiden luomiseen. Olennainen osa hyvinvointia on myös terveellinen, turvallinen ja esteetön elinympäristö. (STM 2012a, 16.) Nämä ovat hyviä esimerkkejä välillisestä hallinnasta ja kansalaisten terveyskäyttäytymisen ohjaamisesta haluttuun suuntaan. Yhteiskunta ja elinympäristö halutaan käytännössä järjestellä terveyttä edistäväksi. Ympäristön tulee olla sellainen, että se kannustaa ja ohjaa kansalaisia oikeaoppiseen terveyskäyttäytymiseen. Tarvittaessa kansalaisen tulisi siten muuttaa käyttäytymistään suotuisaan, erilaisten terveystieteiden ja tavoitteiden mukaiseen suuntaan. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010b, 7) todetaan, että yhteiskunta tukee ihmisten omatoimista terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämistä huolehtimalla terveyttä edistävästä ympäristöstä. Ajatellaan, että terveellisen elinympäristön, ravinnon ja liikunnan ohella myös osallisuus ja sosiaalinen aktiivisuus edistävät terveyttä ja hyvinvointia (STM 2010b, 15). Näin terveyden edistämiseen sisällytetään myös sosiaalinen ja yhteisöllinen ulottuvuus, ja esimerkiksi Kaste-ohjelmassa (STM 2012a, 19-20) peräänkuulutetaan yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämistä terveyden edistämiseksi. Yhteisöllisyyden ja sosiaalisen ulottuvuuden korostaminen eli eräänlainen vastuunsiirto yhteisöille sekä ihmisten osallistaminen ja aktivoiminen voidaan myös nähdä yhtenä ohjaus- ja hallintakeinona.

Periaatepäätöksessä terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista (STM 2008, 5) linjataan, että terveyttä edistävää liikuntaa ja terveellistä ravitsemusta edistetään ensinnäkin vaikuttamalla kulttuuriin, elinympäristöön, olosuhteisiin, tuotteisiin ja rakenteisiin. Toiseksi tulee varmistaa, että kaikilla väestöryhmillä on riittävästi tietoa ja taitoa terveyttä edistävän elämäntavan pohjaksi. Kolmanneksi on kannustettava, ohjattava ja tuettava yksilöitä ja yhteisöjä sekä etenkin heikommassa asemassa olevia. (STM 2008, 5.) Toimiva palvelujärjestelmä ja riittävät palvelut, kuten terveyspalvelut tai liikuntapalvelut, nähdään tärkeiksi terveyden edistämisen kannalta (mm. TEPO 2007.) Yhteiskunnan on tarjottava mahdollisuuksia liikuntaan ja terveellisiin ruokavalintoihin. Myös tuotteiden markkinointiin, tuotekehittelyyn ja tuoteinformaatioon tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Näin halutaan tukea ravitsemussuosituksellisia valintoja. Lisäksi painotetaan elintarvikeyritysten yhteiskuntavastuuta, eli yhteiskuntavastuu näkyy siinä, millaisia tuotteita markkinoidaan ja myydään. (STM 2008, 14-15.) Näillä toimenpiteillä halutaan ohjata

yksilöitä kuluttamaan oikein. Tämäkin rinnastuu yhdenlaiseksi terveystaloudelliseksi hallintakeinoksi, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön käyttäytymiseen, valintoihin ja kulutustottumuksiin etenkin ravitsemussuositusten mukaista tietoa lisäämällä.

5.2 Yksilödiskurssi

Yksilödiskurssissa painotetaan ennen kaikkea yksilöiden ja kansalaisten oman toiminnan tärkeyttä ja kansalaisten roolin vahvistamista terveyden edistämiseksi. Näin ollen diskurssissa korostuvat yksilön vastuu ja yksilön tekemät valinnat, ja lisäksi yksilön odotetaan osallistuvan itse aktiivisesti terveytensä edistämiseen. Esimerkiksi Terveys 2015 –ohjelmassa (STM 2001, 30-32) kansalaisten oma rooli terveytensä edistämiseksi nähdään keskeisenä ja tätä omaa roolia halutaan myös rohkaista. Omakohtaisesti tämä yksilöpainotteinen diskurssi on kaikkein mielenkiintoisin, sillä se määrittää suorimmin terveystaloudellisen asemaa, oikeuksia, vastuita sekä velvollisuuksia. Yksilödiskurssiin sisältyy myös pienempiä diskurssien paloja ja osia (vrt. Suoninen 1993, 49-50), eli esimerkiksi elintapapuhe ja riskiryhmäpuhe.

Sosiaali- ja terveystaloudellisen strategiat 2015 –ohjelmassa (STM 2006a, 4) hyvinvoinnin perustana nähdään työ- ja toimintakyvyn ylläpito, kohtuullinen toimeentuloturva sekä omatoimisuus. Ohjelman strategisten tavoitteiden mukaan lähtökohtana on parantaa ihmisten terveyttä ja toimintakykyä (STM 2006a, 4). Hyvinvoinnin perusta luodaan ihmisten omissa lähiyhteisöissä, ja samalla ajatellaan, että näin vahvistuva sosiaalinen eheys luo pohjaa myös yksilön terveydelle. Etenkin työikäisten terveyttä ja toimintakykyä halutaan parantaa, sillä työntekijöiden terveyden ja toimintakyvyn nähdään edistävän työn tuottavuutta ja olevan tärkeä kasvun lähde työvoiman supistuessa. Myös ikääntyneitä motivoidaan ja tuetaan ottamaan vastuuta oman terveyden ja toimintakyvyn säilyttämisestä ja tavoitteena on vähintään toimintakyvyn säilyminen tai jopa koheneminen. (STM 2006a, 10.) Kaikkien väestöryhmien osalta ohjelmassa todetaan, että erityisen tärkeää on vahvistaa paitsi ongelmien ennaltaehkäisemistä osana sosiaali- ja terveystaloudellista, myös ihmisten omaa vastuuta terveydestään. Tällöin ehkäisevään toimintaan käytetyt voimavarat saadaan takaisin korkojen kera pidemmällä aikavälillä. (STM 2006a, 23.)

Kansalaisen autonomiaa painotetaan esimerkiksi Terveys 2015 –kansanterveysohjelmassa (STM 2001, 22). Ihmisen nähdään luovan valinnoillaan viime kädessä itse omaa elämäänsä. Pyrkimystä autonomiaan ja autonomian arvostusta pidetään ihmisen keskeisinä ominaisuuksina. Yksilöille tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta kuitenkin he tekevät itse ratkaisunsa. Autonomian kunnioittaminen ja sen edellytysten tukeminen nähdään keskeisenä kaikessa terveysneuvonnassa. Toisaalta myös vastuun omaa elämää koskevien päätösten seurauksista tulisi aina olla korostetusti ihmisellä itsellään. Samassa yhteydessä huomioidaan kuitenkin se, että henkilöllä ei aina ole välttämättä kykyä, tietoa tai mahdollisuutta oman elämänsä ohjaamiseen. (STM 2001, 22.) Siksi yksilöille ja tietyille ihmisryhmille tulisikin tarjota tietoa, tukea ja neuvontaa päätösten ja toiminnan tueksi. Monelle yksilölle terveyden edistäminen henkilökohtaisella tasolla merkitsee omaan käyttäytymiseen liittyviä tekemisiä ja tekemättä jättämissä (Kauhanen ym. 1998, 246). Kauhanen kollegoineen (1998, 192) huomauttaa, että ihmiset voivat tehdä yksilöllisiä ja omakohtaisia valintoja, mutta valinnanvapaus on usein kuviteltua pienempi, sillä yhteisö ja kulttuuri vaikuttavat vahvasti toimintaan ja valintoihin. Vaikka ihminen sisäistäisi terveellisten valintojen merkityksen, niiden noudattaminen ei välttämättä ole aina mahdollista. Terveellinen ja toivottava käyttäytyminen voi esimerkiksi vaikeuttaa elämää kohtuuttoman paljon ja tuoda mukanaan uusia haittoja. Elintapoja valitessaan yksilön on punnittava erilaisia malleja sekä niiden etu- ja haittapuolia. Yksilön epäterveellinen tai riskialtis elintapa voi joskus myös olla tietoinen ja rationaalinen valinta, koska elämään liittyvät arvostukset ovat aina yksilöllisiä. (Kauhanen ym. 1998, 192.)

Esimerkiksi Kaste-ohjelmassa (STM 2012a, 15) todetaan, että huono-osaisuus, työttömyys, pienituloisuus, yksinäisyys ja heikko terveys nivoutuvat usein yhteen. Suurimmat syrjäytymisriskit nähdään ohjelmassa niillä, joilla on pitkäaikaisesti toimintakykyä alentavia sairauksia, päihdeongelmia tai matala toimeentulotaso. Huolestuttavana nähdään muun muassa se, että hyvinvointia ja terveyttä heikentävät elämäntavat ja ongelmat siirtyvät perheissä seuraavalle sukupolvelle. Lisäksi huomautetaan, että terveyden edistämisessä erityistä huomiota on kiinnitettävä riskiryhmiin ja vaikeissa olosuhteissa eläviin. Toisaalta jokaisella yksilöllä nähdään olevan oma vastuunsa ja myös ihmissuhteilla ja elämäntavoilla on merkitystä. (STM 2012a, 15-16.) Hyvin usein terveysriskit ja terveysongelmat yhdistetään aineistossa varsin suoraviivaisesti pienituloisuuteen, köyhyyteen ja syrjäytymiseen ja ylipäättään tiettyihin, ennalta määriteltyihin riskiryhmiin. Kaste-ohjelmassa (STM 2012a, 20) pyritään kohdistamaan huomiota koko väestöön

suunnattujen toimien lisäksi erityisesti riskiryhmiin, ja lisäksi pitkäaikaistyöttömien, asunnottomien, maahanmuuttajien ja eri etnisten ryhmien tarpeisiin tulisi ohjelman mukaan kiinnittää enenevässä määrin huomiota. Samankaltaiset painotukset ja määrittelyt toistuvat useimmissa aineiston asiakirjoissa. Myös Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 –asiakirjassa (STM 2006a, 9) todetaan, että heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin tulee keskittyä, sillä näissä ryhmissä on eniten terveysriskejä kuten tupakointia, alkoholin käyttöä sekä ylipainoisuutta. Nämä tekijät puolestaan vahvistavat usein köyhyyttä ja syrjäytymistä (STM 2006a, 9). Terveysriskien ja terveysongelmien *kasautumisessa* etenkin köyhempiin, vähemmän koulutettuihin väestöryhmiin nähdään eräänlainen syy-seuraussuhde.

Terveys 2015 –ohjelman väliarvioinnissa (STM 2012b, 59) sanotaan, että terveyteen vaikutetaan myös ihmisten omilla valinnoilla ja elintavoilla. Esimerkiksi lasten ja nuorten kohdalla valmiudet valintojen tekemiseen ovat kuitenkin rajoitetummat ja edellyttävät aikuisten tukea ja ohjausta. Lisäksi raportissa nostetaan esille haasteet elämän eri vaiheissa. (STM 2012b, 59.) Terveys 2015-ohjelmassa (STM 2001, 22) terveyttä tarkastellaan prosessina elämän kulun eri vaiheissa. Koska terveys on enemmänkin prosessi kuin tila, sitä tulisi tarkastella koko elämänsä näkökulmasta ja pyrkiä havaitsemaan tärkeitä siirtymävaiheita ja kriittisiä ajanjaksoja, jolloin tukea erityisesti tarvitaan. Ihmisiä tulisi auttaa selviytymään niistä mahdollisimman hyvin. Lisäksi terveys prosessina merkitsee ohjelman mukaan sitä, että monet terveydentilan muutokset ovat palautuvia ja niihin voidaan siksi vaikuttaa. Koska taustatekijät painottuvat eri tavoin ihmisen elämänsä eri vaiheissa, ovat tarvittavat toimenpiteetkin erilaisia. (STM 2001, 22.) Terveyteen vaikutetaan lapsuudessa, nuoruudessa, työikäisinä ja vanhuudessa. Tukitoimien tärkeys, terveys- ja elämäntietouden lisääminen sekä liikuntatottumuksiin vaikuttaminen huonon terveyden ehkäisemiseksi etenkin lasten ja nuorten osalta koetaan tärkeiksi. (Mm. STM 2012b, 59.) Hallitusohjelmassa (2011, 37) todetaan, että hallitus pyrkii edistämään koko elämänsä mittaista liikunnallista elämäntapaa. Tämäntapaiset ohjaamisen, kannustamisen ja tukemisen keinot terveyden edistämiseksi sekä ihmisten elämänsä tarkkailu ja siihen puuttuminen ilmentävät myös kansalaisyhteiskuntaan kohdistuvaa hallintaa.

Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 –ohjelmassa (STM 2006a, 45) todetaan, että ”ihmisten terveystietoisuus on yhä yleisempää, mutta toisaalta terveysriskit ovat yleisiä, kuten tupakointi,

alkoholin käyttö, liikunnan vähäisyys, epäterveelliset ruokailutottumukset sekä mielenterveyttä kuormittavat tekijät.” (STM 2006a, 45.) Etenkin alkoholin ja huumeiden käytön, ylipainon, dementoivien sairauksien ja valtimotautien nähdään aiheuttavan merkittäviä terveyden menetyksiä ja muita haittoja muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010b, 7). Toisaalta kansalaisten terveystietoisuutta pyritään yhä voimakkaammin tukemaan ja vahvistamaan. Kun sairauksien ja terveysongelmien ennaltaehkäisyä korostetaan voimakkaasti, tarkoittaa se samalla sitä, että yksilöiden tulee kiinnittää huomiota elintapoihinsa ja terveydentilaansa – mielellään jo lapsuus- ja nuoruusiästä lähtien – ja huolehtia terveydestään aktiivisesti ja jatkuvasti, jotta mahdolliset riskit pienenisivät ja ongelmilta välttyttäisiin. Tämä kehityssuunta toisaalta lisää yksilön vastuuta.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista (STM 2008, 4) todetaan, että elintavat kuten liikunta ja ravinto ovat terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn kannalta avainasemassa ja terveellisellä ravinnolla sekä riittävällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan ehkäistä monia sairauksia tehokkaasti ja samalla lisätä toimintakykyä ja parantaa koettua terveyttä. Ohjelmassa elintapojen, tässä tapauksessa ravinto- ja liikuntatottumusten, tarjoamat mahdollisuudet nähdään suurina sairauksien ehkäisemisessä ja terveyden edistämässä. Lihavuus, tyypin 2 diabetes sekä vähäinen fyysinen aktiivisuus ja epäterveelliset ravintotottumukset nousevat ohjelmassa keskeisiksi huolenaiheiksi. Lisäksi terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon edistämisen päätavoitteiksi valtioneuvosto asettaa asiakirjassa väestön terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn siten, että terveytensä kannalta liikkuvien määrä lisääntyy ja liikunnasta syrjäytyneiden määrä laskee, ravitsemussuositusten mukaisesti syövien määrä kasvaa etenkin kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttöä lisäämällä samalla kun suolan, sokerin ja tyydyttyneen rasvan saanti vähenee, lihavuus ja ylipaino sekä muut ravintoon ja riittämättömään liikuntaan liittyvät terveyshaitat vähenevät sekä terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset yleistyvät etenkin huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla väestöryhmillä. (STM 2008, 4.) Toisaalta tämä tavoitteenasettelu kiteyttää sen, millaista terveystietoisuutta ja osallistumista terveyden edistämiseen nykyajan terveystietoiselta edellytetään ja miten yksityiskohtaisia suosituksia ja tavoitteita terveyden edistämiseksi ylipäätään asetetaan ja esitetään. On toki pidettävä mielessä, että kyseinen ohjelma on lähtökohdiltaan varsin elintapa- ja yksilökeskeinen, kun taas esimerkiksi Sosiaali- ja terveystietoisuus (STM 2010a) on rakenteellisiin ja yhteiskunnallisiin keinoihin painottuva asiakirja.

Sihto (2011, 262) esittää, että terveystieteiden valtavirrassa huomion kohteeksi usein rajataan vain terveyden tai esimerkiksi terveyserojen spesifit determinantit eli elintavat, ja tällöin ongelma pelkistetään käytännössä elintapojen tarkasteluksi. Sihton (2011, 274) mukaan epidemiologis-kansanterveystieteellinen viitekehys ja elintapapainotus ovat hyvin usein nähtävillä suomalaisessa terveystieteessä. Tällöin interventioiden kohteeksi valitaan tavallisesti elintavat ja oletetaan, että asioihin voidaan vaikuttaa suoraan. Kyseessä on siten väärä kausaalisuus, eli ei pohdita syitä vaan asiantilan ilmentymää. (Sihto 2011, 274.) Aineistossa laitetaan varsin paljon painoa juuri yksilöiden elintapojen ja terveystietämisen muuttamiseen. Hänninen (2009, 60) esittää, että terveystieteellisissä ohjelmissa pääpaino on tavallisesti yksilöiden terveystietämisen ja sen muuttamisessa, mutta ei niinkään rakenteellisissa seikoissa ja elinolosuhteiden parantamisessa. Tähän valtiovalta voisi kuitenkin vaikuttaa suoraan. Lisäksi kaikkein yksilöidyimmät ja numeerisesti tarkimmat tavoitteet ja terveystietämiset koskevat yleensä asioita, jotka riippuvat yksilöiden omasta käyttäytymisestä ja joihin valtiovalta ei siten voi suoraan vaikuttaa. (Hänninen 2009, 60.) Yksilön käyttäytymiseen vaikuttaminen nähdään kuitenkin ikään kuin helpompana ja mutkattomampana keinona kuin rakenteellisiin ja yhteiskunnallisiin syihin puuttuminen. Kansalaisia kannustetaan ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään, oppimaan ja opettelemaan itse sekä hankkimaan ja tulkitsemaan tietoa. Tällöin siis keskitytään enemmän siihen, mitä yksilöt voivat itse tehdä tai mitä jokaisen pitäisi itse tehdä terveytensä eteen.

Kangas ja Karvonen (2000a, 186) esittävät, että liika yksilökeskeisyys on siinä mielessä ongelmallista, että yksilön roolin korostaminen terveyden ehtoja määritettäessä johtaa helposti sairastuneen syyllistämiseen. Terveys on kuitenkin länsimaissa edelleen vahvasti yhteydessä moniin rakenteellisiin tekijöihin, joihin pitäisi pyrkiä vaikuttamaan terveys- ja sosiaalipoliittisin keinoin yksilötason sijasta. (Kangas & Karvonen 2000a, 186.) Myös Ollilan ja Koivusalon (2009, 45) mukaan ajatus siitä, että yksilön elintavat ovat terveysongelman taustalla, on käytännössä varsin ongelmallinen. Tällöin osa kansalaisista voi jäädä ilman hoitoa tai voi saada sen vain maksamalla kohtuuttoman hinnan. Olisi huomioitava se, että elintavat riippuvat osin myös yksilön vapaan valinnan ulkopuolisista tekijöistä, eli elintapojen lisäksi yksilön sairastumiseen voivat vaikuttaa esimerkiksi perintötekijät, ympäristötekijät ja sattuma. (Ollila & Koivusalo 2009, 45.) Julkunen (2006, 186) huomauttaa, että elämä jakaa ”terveyttä ja pitkää ikää” keskimäärin ja tilastollisesti terveystottumusten ja elämäntapojen mukaisesti, mutta yksilötasolla terveystottumukset eivät kuitenkaan anna takuita. Jos ihmiset sosiaalistetaan siihen, että terveyttä ja elämää voi hallita,

tuloksena on myös pettymystä ja vääryyden kokemusta, kun sairaudet osuvat kohdalle huolimatta mallikelpoisista elämäntavoista. Oman vastuun ja yksilöllisyyden diskurssit jättävät usein luokka- ja muut sosiaaliset rakenteet huomiotta. Tasa-arvoisimmissa yhteiskunnissa, joissa kansalaiset voivat luottaa instituutioihin ja toisiinsa, on myös keskimääräinen terveystaso usein paras. Oman käyttäytymisvastuun malli ja yhteiskunnallinen malli johtavat täten erilaisiin politiikkoihin. (Julkunen 2006, 186.) Mielenkiintoista on tässä yhteydessä pohtia sitä, ollaanko Suomessa siirtymässä yhä enenevässä määrin oman käyttäytymisvastuun malliin ja heikennetäänkö samalla yhteiskunnallisen, hyvinvointivaltiollisen mallin perustaa.

Huomioni on kiinnittänyt myös se, että aineistossa ylipaino tai lihavuus ei ole sovitettavissa yhteen terveyden kanssa. Toisin sanoen lihavuus nähdään suoraan sellaisena terveysongelmana ja riskinä, johon tulee puuttua. Mielestäni aineistossa tuotetaan kuvaa sellaisesta terveyskansalaisesta, joka on vastuullinen, aktiivinen, itsenäinen tai autonominen ja käytännössä normaalipainoinen. Lisäksi tupakoimattomuus ja päihteettömyys, tai korkeintaan maltillinen alkoholinkäyttö ja kieltäytyminen huumeista, mielletään tavallaan itsestään selviksi piirteiksi vastuulliselle terveyskansalaiselle. Nykykulttuurissamme onkin Kauhasen ja kollegoiden (1998, 84-85) mukaan joukko toivottavia ominaisuuksia: on esimerkiksi parempi olla hoikka kuin lihava, tupakointi on epäterveellistä ja itsetuhoista sekä liikuntaa harrastamattomat ovat laiskoja. On huomattava, että terveyteen liitetyt yleiset normit heijastavat yleensä yhteiskunnassa ja kulttuurissa vallitsevia arvoja. Sairaushan ei siis välttämättä ole asia, joka löydetään, vaan toisinaan se on arvojen ja kulttuurin tuotos. Tehdyillä päätöksillä ja luokituksilla on monenlaisia vaikutuksia, jotka voivat olla myös poliittisia tai ideologisia. Niistä kulloinkin riippuu, millaisia tiloja pidetään hoitoon oikeuttavina tai velvoittavina sairauksina. Tällöin voidaan puhua yhteiskunnallisesta vallankäytöstä, jossa sairaus kytkeytyy vallitseviin arvoihin ja sosiaaliseen hallintaan. (Kauhanen ym. 1998, 84-85.) Aineiston asiakirjoissakin tuotetaan pitkälti vallitsevien arvojen ja terveyskäsitteiden mukaisia näkemyksiä terveydestä ja sairaudesta sekä terveyskansalaisen ominaisuuksista.

5.3 Taloudellinen diskurssi

Taloudellisessa diskurssissa terveyden edistäminen kytkeytyy erityisesti terveyden edistämisen kautta saataviin taloudellisiin säästöihin ja kustannusten pienemiseen. Terveyden edistäminen voidaan esimerkiksi nähdä yhtenä talouskasvun osatekijänä. Terveyden edistämistä perustellaan tässä diskurssissa siis kansantaloudellisilla syillä ja lisäksi diskurssissa käydään läpi niitä taloudellisia keinoja, joilla terveyttä voidaan edistää. Riskipuhe liittyy osittain tähän diskurssiin, sillä terveystarkkailun nähdään johtavan kasvaviin terveysongelmiin ja kasvaviin taloudellisiin menetyksiin, mikäli terveyden edistämistyöhön ja terveysongelmien ehkäisyyn ei panosteta riittävästi. Toisaalta taas menestyksekkäällä terveyden edistämällä saataisiin aikaan huomattavia säästöjä etenkin tulevaisuutta ajatellen. Esimerkiksi Kaste-ohjelmassa todetaan, että ”hallinto- ja sektorirajat ylittävä ehkäisevä työ ja varhainen tuki ovat sekä inhimillisesti että taloudellisesti kannattavia” (STM 2012a, 16). Tässä taloudelliset perustelut limittyvät osin myös yksilödiskurssiin eli terveyden edistäminen nähdään myös yksilön kannalta järkevänä ja kannattavana toimintana.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (TEPO 2007, 1) kansanterveys ymmärretään taloudellisen kehityksen kulmakivenä ja menestyksen kilpailutekijänä. Väestön hyvä terveys, kansantalouden menestys ja kilpailukyky nähdään kokonaisuutena esimerkiksi Terveys 2015 – ohjelmassa (STM 2001, 29). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tulevaisuusraportissa (STM 2010b, 7) todetaan esimerkiksi, että terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen on keskeinen yhteiskuntapoliittinen tavoite ja terveys ja sosiaalinen hyvinvointi ovat taloudellisen kasvun osatekijöitä. Terve ja toimintakykyinen väestö luo perustan tuottavuuden kohoamiselle ja työllisyysasteen nousulle, mikä vahvistaa hyvinvoinnin rahoitus pohjaa. Hoito- ja hoivapalvelujen tarpeen väheneminen hillitsee samalla palvelumenojen kasvua. (STM 2010b, 7.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen strategiat 2015 –asiakirjassa (STM 2006a, 23) nähdään, että kun kansanterveys kohenee ja toimintakykyisten elinvuosien määrä kasvaa, myös ikävakioidu hoidon tarve vähenee. Lisäksi toimintakyvyn kohenemisen mahdollistama työttömyyden lasku ja myöhentynyt eläkkeelle siirtyminen hidastavat sosiaalimenojen kasvua, ja tämä puolestaan lisää kokonaistuotantoa. (STM 2006a, 23.) Kauhanen kollegoineen (1998, 85) esittää, että yhteiskunta, jossa taloudellisin mittarein mitattu hyvinvointi on keskeisin tavoite, pyrkii määrittämään terveyden siten että se palvelee tuotantoelämää. Toisaalta taloudelliseen integrointiin ja taloudelliseen yksilön hyväksikäyttöön

nojaava terveyden käsitys on osittain manipuloiva. Tavoiteltavaan terveyteen liittyy tällöin mielikuvia voimasta, menestyksestä, tuottavuudesta, kivuttomuudesta ja ristiriidattomuudesta. Nähdään, että abstraktit terveet yksilöt ylläpitävät yhteiskunnan hyvinvointia ja samalla takaavat turvallisen etenemisen kohti yhteiskunnan tavoittelemaa suuntaa. (Kauhanen ym. 1998, 85.)

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 –raportissa (STM 2011, 6) todetaan, että terveyteen ja toimintakykyyn sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn on investoitava, ja painopistettä on siirrettävä sairauden hoidosta hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen. Näin kyetään parantamaan elämänlaatua sekä lisäämään työllisyyttä ja tuottavuuden kasvua (STM 2011, 6). Myös Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (TEPO 2007, 1) painotetaan sitä, että vaikuttamalla keskeisiin kansansairauksien syihin voidaan hillitä terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvia huomattavia kustannuksia. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010b, 11) terveyden edistäminen ja sosiaalisten ongelmien ehkäisy nähdään investointina, sillä se on aina edullisempaa kuin sairauksien ja ongelmien hoito. Samalla varmistetaan palvelujärjestelmän kyky auttaa varhain ja tehokkaasti silloin, kun omat voimavarat eivät riitä (STM 2010b, 11). Periaatepäätöksessä terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista (STM 2008, 4) todetaan, että menestyksellisellä terveyden edistämällä ja tautien ehkäisyllä on mahdollista saada suoria säästöjä ja hillitä terveydenhuoltomenojen kasvua. Merkittävimmät taloudelliset vaikutukset saadaan siitä kun työvoiman saatavuus ja suorituskyky paranevat kohentuvan terveyden myötä (STM 2008, 4). Lisäksi nähdään, että hyvinvointiyhteiskunnan kehittäminen ja taloudellinen kasvu edellyttävät hyvinvoivaa ja työkykyistä työvoimaa. Terveyden ja toimintakyvyn ylläpito ja vahvistaminen nostavat myös osaltaan työllisyysastetta (mm. STM 2013a; TEPO 2007, 1.) Tässä ajatellaan, että terveyden edistäminen parantaa tuottavuutta, kun työntekijöiden terveydentila, työkyky ja jaksaminen kohentuvat. Samalla yksilödiskurssi, terveys arvona –diskurssi ja taloudellinen diskurssi ikään kuin sulautuvat toisiinsa näissä esimerkeissä.

Hänninen (2009, 49) esittää, että terveystaloutta on Suomessa harjoitettu vahvasti talouspolitiikan kehyksessä, mikä on ohjannut terveydenhuollon käytäntöjä yhä enemmän erityisesti hyväosaisten eduksi. Terveystaloutta on ollut hallitusten poliittisten asialistojen kärjessä 2000-luvun Suomessa, ja terveystaloutta on pyritty suuntaamaan ja toteuttamaan monilla ohjelmilla ja

hankkeilla (Hänninen 2009, 52). Valtion virallinen terveystaloudellinen politiikka on Hännisen (2009, 53) mukaan pitkälti noudattanut yhtenäistä linjaa ja ollut harjoitetun talouspolitiikan ehdollistamaa. Terveystaloudellinen politiikka on toiminut käytännössä talouspolitiikan jatkeena (Hänninen 2009, 58). Karjalaisen ja Palolan (2011, 7) mukaan yhteiskunta eriytyy ja yksilöllistyy, ja samalla universalismiin ja solidaarisuuteen perustuva sosiaalipoliittinen ajattelu heikkenee. Nyt vallalla on terveydenhuollon yksilökeskeinen etiikka, työllisyyspolitiikan yksilöllinen kannustavuusajattelu sekä talouspolitiikan ”meillä ei ole varaa” -puhe (Karjalainen & Palola 2011, 7). Lisäksi perinteisestä valtiollisesta sosiaalipoliitikasta ja sen sisältämistä yhteistä vastuuta ja hyvinvointierojen tasaamista korostavista universaaleista toimista ja tavoitteista on siirrytty yhteiskuntapolitiikaksi kutsuttuun ja laajalti liberalistiseen suuntaan, jossa painottuvat yksilön oma vastuu selviytymisestään, terveydestään ja hyvinvoinnistaan sekä politiikan merkitys tämän vastuunkannon tukemisessa. (Karjalainen & Palola 2011, 8.) Tästä tendenssistä on viitteitä myös aineistossani ja esimerkiksi tämän taloudellisen diskurssin sisällä.

Sosiaali- ja terveystaloudellisuudessa (STM 2010a, 164-165) todetaan, että ”joissakin kysymyksissä kaupallisten ja elinkeinopoliittisten tavoitteiden on väistyttävä terveystavoitteiden hyväksi, mikäli terveyttä halutaan parantaa.” Tätä ei kuitenkaan avata sen tarkemmin, jolloin kaupallisten toimijoiden ja elinkeinoelämän rooli, toiminta ja konkreettinen vastuu jäävät ohueksi ja epäselväksi. Terveystaloudellisuus 2015- kansanterveysohjelmassa (STM 2011, 29) puolestaan todetaan, että terveyttä edistävillä ja terveellisillä tuotteilla on kysyntää ja kulutusta halutaan myös ohjata entistä terveellisemmäksi. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 –ohjelmassa (STM 2011, 7) sanotaan, että veropolitiikalla voidaan tukea terveyttä edistäviä valintoja, ja etenkin vähäisen liikunnan ja epäterveellisen ravinnon sekä tupakoinnin ja alkoholinkäytön haittavaikutuksiin tulee kiinnittää enemmän huomiota. Tämä on myös varsin vahvasti yksilöpainotteista puhuntaa. Mielenkiintoista on se, että verotuksellisia keinoja ei avata sen tarkemmin tai määritellä, miten veropolitiikalla käytännössä pyritäisiin tukemaan terveyttä edistäviä valintoja. Tämän toteutuksen jälkeen puhe siirtyy alkoholin ja tupakkatuotteiden käyttöön, mikä aiheuttaa ministeriön mukaan yhteensä jopa puolet kuolleisuudella mitatuista väestöryhmien terveyseroista. Ohjelmassa yhtenä tavoitteena on kääntää alkoholi- ja tupakkatuotteiden käyttö laskuun ja pitää yllä huumeainesten täyskielto. Muun muassa tupakan, huumeiden ja alkoholin aiheuttamia ongelmia on sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ehkäistävä tehokkaammin. (STM 2011, 7.) Näin puhe siirtyy

veropolitiikasta vahvasti yksilölliseen diskurssiin ja yksilön tekemiin valintoihin ja vastuuseen, ja laajemmat taloudelliset ja rakenteelliset keinot ja toimenpiteet jäävät tavallaan pimentoon.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010b, 7) mainitaan myös lyhyesti, että vero- ja tukipolitiikalla voidaan ”edistää terveyttä edistäviä valintoja”. Tässäkään yhteydessä konkreettisia vero- ja tukipoliittisia toimenpiteitä ei avata sen tarkemmin. Jäljempänä asiakirjassa todetaan, että terveyttä edistetään myös talous- ja veropolitiikan keinoin, kuten terveydelle haitallisten tuotteiden korkeammalla verotuksella (STM 2010b, 15). Tämän voi toisaalta nähdä yhtenä hallintakeinona. Mielenkiintoista on myös se, miksi muista taloudellisista keinoista ei juuri aineistossa puhuta, kuten terveellisten tuotteiden ja palvelujen kevyemmästä verotuksesta tai näiden tukemisesta ja pyrkimisestä edullisempiin hintoihin näiden terveydelle ”suotuisien” tuotteiden ja palvelujen kohdalla. Enemmänkin aineistossa puhutaan terveydelle haitallisten tuotteiden saatavuuden ja markkinoinnin rajoittamisesta sekä hintojen korotuksista. Esille tuodaan ennemminkin juuri negatiivisia ohjauskeinoja eli kieltoja, rajoituksia ja korkeampaa verotusta.

5.4 Terveys arvona –diskurssi

Terveys arvona –diskurssissa terveyden painoarvon kasvu yhteiskunnassa ja yhteiskunnan ”terveydellistäminen” eli pyrkimys muuttaa yhteiskunta yhä terveellisemmäksi ja terveyttä edistävämmäksi näkyvät selkeästi. Terveyden nähdään tässä diskurssissa olevan yksi ihmisen tärkeimmistä ja luontaisimmista arvoista ja terveys näyttäytyy keskeisenä pääomana. Terveys 2015 –kansanterveysohjelmassa (STM 2001, 21) terveyden aseman ja terveyden edistämisen merkityksen nähdään vahvistuvan yhteiskunnassa ja politiikassa. Myös Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 -ohjelmassa (STM 2006a, 8) kansalaisten terveys halutaan saada tärkeäksi valintoja ohjaavaksi periaatteeksi yhteiskuntapolitiikan eri tasoilla, eli alueellisesti, paikallisesti, kansallisesti ja kansainvälisessä yhteistyössä. Esimerkiksi Terveys 2015-ohjelman väliraportissa (STM 2012b, 14-15) nostetaan esille *lisää terveyttä elämään, lisää terveyttä elinvuosiin* sekä *lisää elämää vuosiin* –periaatteet sekä seurataan niiden toteutumista. Kyseiset periaatteet on esitelty ja otettu tavoitteiksi Terveys 2015 –ohjelmassa (STM 2001). Terveys näyttäytyykin aineistossa merkittävänä valintoja ja toimintaa ohjaavana periaatteena hallinnon ja yhteiskunnan eri tasoilla.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (TEPO 2007, 2) terveyden edistämisen yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen omaksuminen eri päätöksentekotasolla ja terveyttä edistävän tiedon levittäminen koetaan tärkeäksi. Hallintoon on myös rakennettava terveyden edistämisen ajatus ja asenne (TEPO 2007, 3). Terveyden merkitys ja terveyden edistäminen halutaan käytännössä istuttaa yhteiskuntaan ja eri toiminta-alueille. Esimerkiksi Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa (STM 2001, 8) terveys nähdään erityisenä voimavarana ja keskeisenä arvona ihmisten elämässä. Terveyden ajatellaan olevan tärkeimpiä hyvinvoinnin ja kehityksen voimavaroja ja eräänlainen investointi tulevaisuuteen. Kansalaisten terveys halutaan juurruttaa tärkeäksi valintoja ohjaavaksi periaatteeksi. Terve väestö ymmärretään taloudellisen kasvun ja kilpailukyvyyn edellytykseksi. Lisäksi mahdollisimman hyvä terveys rinnastuu ihmisoikeudeksi, ja kansanterveyttä edistämällä on mahdollista edesauttaa yhteiskunnallista ja kestävä kehitystä. (STM 2001, 8, 21.) Tässä perustelut ja puhunta rinnastuvat ja sulautuvat melko vahvasti taloudelliseen diskurssiin. Terveyden edistämisen näkökulma tulisi ministeriön ja valtioneuvoston mukaan omaksua mahdollisimman laajalti yhteiskunnallisessa päätöksenteossa, palvelujärjestelmässä, elinkeinoelämässä, työpaikoilla, järjestöissä ja yksityiselämässä. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (TEPO 2007, 2) painotetaan sitä, kuinka viestinnän ja koulutuksen keinoin terveyden edistämisen yhteiskunnallinen ja taloudellinen merkitys tulee saada tietoisuuteen kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa, työelämässä, järjestöissä ja yksilötasolla. Terveyden edistämisen tulokselliset hankkeet, uudet työkäytännöt ja toimintamallit halutaan tuottaa, levittää ja juurruttaa osaksi käytännön toimintaa (TEPO 2007, 2). Myös Kaste –ohjelmassa (STM 2012a, 13) pyritään luomaan, arvioimaan, levittämään ja juurruttamaan uusia hyviä käytäntöjä terveyden edistämiseksi.

Terveyden edistäminen itsessään ymmärretään aineistossa suunnitelmallisena toimintana, jonka tavoitteena on terveyden lisääminen, sairauksien ehkäiseminen ja terveyserojen kaventaminen (STM 2006b, 25). Kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen lähtökohtana nähdään ihmisarvo, itsensä toteuttamisen mahdollistaminen ja ihmisen oman toimintakyvyn tukeminen omassa arjessa (STM 2010b, 11). Nämä ovat tosin laajempia sosiaali- ja terveyspoliittisia periaatteita. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 –asiakirjassa (STM 2006a, 9) on tavoitteena, että yleinen terveydentila kohenee. Tässä diskurssissa esimerkiksi terveysongelmia ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen terveysongelmiin nähdään myös inhimillisesti kannattavana. Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa –katsauksessa (STM 2013, 6) halutaan taata kaikille yhtäläiset mahdollisuudet

hyvinvointiin ja tavoitteena on tukea terveyttä, toimintakykyä ja turvallisuutta. Lisäksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi vähennetään erilaisia riskejä ja ongelmia ja tuetaan kansalaisten hyvinvointia (STM 2013, 7).

Terveys kaikissa politiikoissa ja terveys osaksi kaikkea päätöksentekoa –ajattelumalli näkyy aineistossa selvästi. Esimerkiksi Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006b, 15) terveys määritellään jokapäiväisen elämän voimavaraksi ja tärkeäksi arvoksi itsessään. Laatusuosituksessa terveys ymmärretään hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja tasapainoisena vuorovaikutuksena ihmisten ja ympäristön välillä. Terveyden voi nähdä pääomana, joka kasvaa yksilöiden ja yhteisöjen elämänhallinnan vahvistumisen myötä. (STM 2006b, 15.) Terveys ymmärretään aineistossa pitkälti vain positiivisen terveystieteiden (esim. Kauhanen ym. 1998, 246; Palosuo & Lahelma 2013, 41-42) kautta. Positiivisen terveyden käsitteen on tehnyt tunnetuksi Maailman Terveysjärjestön WHO:n luonnehdinta terveydestä täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana eli ei vain sairauden tai vaivan puuttumisena. Toisaalta määritelmää on pidetty varsin epärealistisena ja täydellistä tai kaikinpuolista hyvinvointia edellyttävänä. (Palosuo & Lahelma 2013, 42; WHO 1986.) Kauhasen ja kollegoiden (2013, 102) mukaan positiiviseen terveystieteeseen liittyvä terveyden edistämisen malli lähtee terveystieteiden kasvattamisesta ja vahvistamisesta, jolloin keinona on luoda edellytyksiä ja olosuhteita väestön terveystieteen kasvamiselle. Terveys ymmärretään voimavarana tai elinvoimana, mutta itse sairaudet jäävät vähemmälle huomiolle. Ihmisellä on tilanteesta riippuen terveyttä enemmän tai vähemmän eli terveyden aste voi vaihdella. Positiivinen terveystiede soveltuu etenkin kokonaisvaltaiseen terveyden edistämisen malliin. Olennainen on tällöin näkemys siitä, että terveyden edistämisen toimilla voidaan lisätä ihmisten positiivista terveystieteen varantoa. (Kauhanen ym. 2013, 102.) Myös arkikielessä terveys on sisällöltään myönteinen ilmaus, ja terveys tavallaan ilmentää itsessään täydellistä ja omalajistaan hyvää (Palosuo & Lahelma 2013, 41).

Koska terveys ymmärretään ihmiselle tärkeäksi arvoksi, vedotaan diskurssissa tietyllä tavalla luonnollisuuteen silloin, kun terveyden edistämisen tärkeyttä pyritään perustelemaan ja oikeuttamaan: on vain luonnollista puuttua kansalaisten terveyteen ja pyrkiä edistämään sitä mahdollisimman tehokkaasti. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (TEPO 2007, 2) todetaan suoraan, että terveyden edistämisen yhteiskunnalliset, taloudelliset, työpaikkatason ja yksilötason

hyödyt ovat kiistämättömät, ja siksi terveyden edistämisen näkökulma on saatava yhteiskunnassa laajalti omaksutuksi. Edellä mainittu positiivinen terveystietämys näkyikin tässä esimerkissä selkeästi. Terveys mielletään arvoksi itsessään ja terveyden edistäminen ja kohentaminen nähdään jopa keskeisenä ratkaisuna tai keinona saada helpotus moniin ongelmiin. Aineistossa mahdollisimman hyvän terveyden saavuttaminen ja terveyden ja hyvinvoinnin kaikinainen parantaminen nähdään itseisarvoina, eikä tätä koeta tarpeelliseksi perustella tarkemmin. Hyvä terveys on itsestään selvä ja luonnollinen tavoite, ja terveyden edistäminen sekä terveyden edistämiseksi tehtävät toimenpiteet ja keinot ovat tavallaan itsessään oikeutettuja.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010b, 6) todetaan, että hyvinvointiyhteiskunnassa kaikilla on oikeus sosiaaliseen hyvinvointiin, osallisuuteen ja parhaaseen mahdolliseen terveyteen. Myös Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -ohjelmassa (STM 2011, 23) tunnuslauseena on ”Kaikille mahdollisuus terveelliseen ja turvalliseen elämään”. Sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden ehtona mainitaan lisäksi korkea työllisyysaste, terveet ja toimintakykyiset kansalaiset sekä vaikuttavat ja tehokkaat sosiaali- ja terveyspalvelut. Terveyteen ja toimintakykyyn sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn tulee investoida, ja painopistettä on siirrettävä sairauden hoidosta hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen. Näin parannetaan paitsi elämänlaatua, myös lisätään työllisyyttä, tuottavuuden kasvua ja hillitään sosiaalimenojen kasvua. (STM 2011, 4-6.) Tässä terveys arvona –diskurssi sulautuu myös yhteiskunnalliseen ja taloudelliseen diskurssiin. Terveyspolitiikan painopisteiden siirtyminen kohti terveysongelmien ennaltaehkäisyä ja entistä aktiivisempaa terveyden sekä hyvinvoinnin edistämistä näkyvät mielestäni tässä.

5.5 Muutosten ja haasteiden diskurssi

Muutosten ja haasteiden diskurssissa kiinnitetään huomiota väestön terveydentilan kehitykseen ja terveyden edistämisen painopisteisiin lähitulevaisuudessa. Aineistossa puhutaan kansanterveyden negatiivisten kehityskulkujen ja terveysuhkien lisäksi myös eräistä positiivisista seikoista terveydentilan kehityksessä sekä terveyden edistämiseen liittyvistä mahdollisuuksista. Olen siten tunnistanut ja eritellyt tähän diskurssiin sekä kielteisiä että myönteisiä terveydellisiä muutoksia ja haasteita. Diskurssissa terveyden edistäminen koetaan tarpeelliseksi etenkin sen vuoksi, että tulevaisuuden kehityskulkuihin, sekä positiivisiin asioihin että muutoksiin, uhkiin ja

haasteisiin, voidaan varautua mahdollisimman hyvin. Toisaalta terveyteen panostaminen ja terveyden edistäminen nähdään yleisesti investointina tulevaisuuteen (mm. STM 2001, 8).

Esimerkkinä myönteisestä muutoksesta voi mainita edistysaskeleet väestön terveydentilan yleisessä kohenemisessä ja Suomen saavutukset terveyden edistämässä niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Terveys 2015-ohjelman väliraportissa (STM 2012b, 12) todetaan, että teknologian, lääketieteen ja muiden tieteidenalojen kehityksen voi nähdä luovan uusia edellytyksiä terveyden edistämiseen, sairaanhoidolle ja työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Toisaalta myös tässä kehityksessä on nähtävillä uhkia taloudellisesti, tiedollisesti ja kulttuurisesti eri asemassa olevien välillä. Toiset hyötyvät kehityksestä, kun toiset puolestaan syrjäytyvät. Lisäksi terveyttä ja siihen vaikuttamista koskevaa tietoa on entistä enemmän kaikkien saatavilla. (STM 2012b, 12.) Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 –asiakirjassa (STM 2006a, 45) sanotaan, että ”ihmisten terveystietoisuus on yhä yleisempää, mutta toisaalta terveysriskit ovat yleisiä, kuten tupakointi, alkoholin käyttö, liikunnan vähäisyys, epäterveelliset ruokailutottumukset sekä mielenterveyttä kuormittavat tekijät.” Toisaalta kansalaisten terveystietoisuutta pyritään nähdä yhä vahvemmin edistämään yhteiskunnassa ja ”oikeaoppiselle” terveystietoisuudelle nähdään asiakirjoissa olevan edelleen tarvetta. Terveystietoisuutta ja terveyttä sekä siihen vaikuttamista koskevaa tietoa halutaan myös jatkossa lisätä.

Erityisesti lihavuuden yleistymisen ja alkoholinkäytön ongelmat nostetaan keskeisiksi uhiksi kansanterveydelle tulevaisuudessa. Myös 2-tyypin diabeteksen yleistymisen nähdään asiakirjoissa merkittävänä huolenaiheena. Suomalaisten sairastavuudessa ja terveystietoisuudessa nähdään sekä kielteistä että myönteistä kehitystä. Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa –katsauksessa (STM 2013, 13) todetaan, että monet elintapoihin ja ympäristöön liittyvät sairaudet ovat yleistyneet ja todennäköisesti yleistyvät lähitulevaisuudessa. Myös Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 –ohjelmassa (STM 2011, 5) luetellaan runsaasti terveystietoisuuden lähitulevaisuuden mahdollisuuksia ja haasteita. Ohjelmassa todetaan muun muassa että eliniän pidentyminen ja terveyden elinvuosien lisääntyminen tuovat mahdollisuuksia, väestön ikääntyminen haastaa julkisen talouden kestävyys, elintapoihin liittyvät krooniset sairaudet yleistyvät, väestöryhmittäinen ja alueellinen eriytyminen uhkaa kasvaa edelleen, teknologian ja tietovarantojen hyödyntäminen laajentaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamahdollisuuksia, liikkuvuus haastaa hyvinvoinnin rakenteet ja käytännöt ja sosiaali- ja

terveyspolitiikka muovautuu yhä enemmän kansainvälisessä toimintaympäristössä. (STM 2011, 5.) Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010b, 14) halutaan tarttua terveiden lisäelinvuosien avaamiin mahdollisuuksiin ja etenkin ikääntyneiden mahdollisuuksia käyttää voimavarojaan itsensä, yhteiskunnan ja yhteisönsä hyväksi halutaan vahvistaa. Jossain määrin nämä asiat limittyvät myös taloudelliseen ja yksilödiskurssiin. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 –asiakirjassa (STM 2006a, 40) todetaan, että jos väestön ikääntymisen, eliniän pidentymisen sekä pidemmän ja terveemmän elämän haasteisiin ja mahdollisuuksiin ei vastata, on sillä huomattavia sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia, koska vastaamatta jättäminen voi lisätä julkisia menoja ja heikentää kansantalouden kasvuedellytyksiä.

Terveys 2015 –ohjelmassa (STM 2001) nostetaan esille mahdolliset uudet terveysriskit ja epäterveellisten elämäntapojen yleistymisen. Kansalaisten tietopohja terveystieteiden suhteen on nykyään parempi ja koulutustaso on noussut, jolloin tämän nähdään antavan mahdollisuuksia terveyden edistämiseksi. Myös kansalaisten oman päätöksenteon mahdollisuuksia ja osallisuutta halutaan vahvistaa. (STM 2001, 14, 32-33.) Mielestäni tässä on nähtävillä vastuun siirtämistä yhä enemmän myös kansalaisille itselleen. Samassa ohjelmassa nostetaan esille huoli huonoista elintavoista, arkisen liikunnan vähäisyydestä ja epäterveellisistä nautintoainetottumuksista. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää riskiryhmiin ja alempiin sosiaaliryhmiin, sillä näiden ryhmien osalta uhkana nähdään syrjäytymiseen johtavan kehityksen voimistuminen. (STM 2001, 12.) Tulevaisuuden terveyshaasteet näyttävät aineistossa varsin yksilökeskeisinä ja ne liittyvät pitkälti yleistymiin kansantauteihin ja väestön elintapoihin. Terveysriskejä ja terveyskäyttäytymiseen liittyviä haasteita kuvailtaankin aineistossa melko yksityiskohtaisesti. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveyskertomuksessa 2010 (STM 2010a, 35) todetaan, että perinteiset kansantaudit ovat vähenemässä mutta uudet terveysongelmat puolestaan lisääntymässä. Esille nostetaan etenkin verenkiertoelinsairauksien, diabeteksen, syöpätautien ja mielenterveysongelmien yleistymisen tulevaisuudessa. Alkoholinkäytön ongelmat ja lihavuus mainitaan myös tulevaisuuden merkittävänä uhkana. Painotus on vahvasti elintavoissa, eikä tässä yhteydessä myöskään avata mahdollisia rakenteellisia tekijöitä. Nostamalla esiin negatiivisia kehityskulkuja yritetään toisaalta perustella, miksi laajapohjainen terveyden edistäminen ja terveyserojen vähentäminen ovat tärkeitä. Kertomuksessa todetaan myös, että parempaan terveyteen tähtäävien toimenpiteiden tulokset ovat olleet riittämättömiä ja kehityssuunnat ovat olleet osin jopa kielteisiä. Siksi laajat yhteiskuntapoliittiset toimet ovat edelleen tarpeen väestön terveyden edistämiseksi ja terveyserojen

vähentämiseksi. (STM 2010a, 164.) Tässä esimerkissä käy ilmi ministeriön näkemys siitä, että tulevaisuuteen tulee varautua aktiivisesti ja tehokkaasti terveyttä edistävin toimin.

6 Terveyskansalaisuuden tuottaminen ja hallinnan käytännöt

Koska terveyskansalaisuus ja terveyskansalaisuuden tuottaminen on tutkielmassa yksi teoreettisen viitekehysten painopisteistä, olen kiinnittänyt huomiota ensinnäkin siihen, millaisia merkityksiä ja subjektipositioita kansalaisille tuotetaan aineistossa esiintyvässä terveydenedistämiskeskustelussa ja millainen rooli kansalaiselle osoitetaan sekä terveyden edistämisen että itse terveyden suhteen. Miten asiakirjoissa rakennetaan tätä sosiaalista todellisuutta, ja millaista terveyskansalaisuutta asiakirjoissa siten tuotetaan? Lisäksi tässä on tunnistettavissa erilaisia hallinnan tekniikoita ja käytäntöjä, joita pyrin erittelemään. Tässä luvussa pyrin siis yhdistämään teoreettisen viitekehysten peruspilarit eli terveyskansalaisuuden tuottamisen, hallinnan käytännöt ja terveyden edistämisen diskurssit. Hallinnan tekniikoita ovat niin autoritäärisen vallankäytön nimissä toteutetut tekniikat kuin yksilön vapauden ja vastuun varassa toimivat pehmeämmät tekniikat (Kaisto & Pyykkönen 2010, 22). Näitä molempia on nähtävillä terveyskansalaisuuden tuottamisessa. Hallinnan tekniikat ovat monin paikoin sulautuneita ja kietoutuneita monenlaisiin terveyttä edistäviin toimiin ja terveyskansalaisuuden tuottamiseen. Koska terveyskansalaisuuden tuottaminen, hallinta ja terveyden edistäminen punoutuvat mielestäni merkittävässä määrin toisiinsa, on niitä välillä ollut vaikea erotella toisistaan. Tämä seikka nousi toistuvasti esille analyysiprosessin kuluessa.

Analysoidessani hallinnan tekniikoita etenkin tiedon merkitys terveyden edistämässä sekä tiedolla ohjaaminen korostuivat aineistossa. Suomalaisessa sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa on painotettu 2000-luvulla informaatio-ohjausta, jonka keskeisiä työkaluja ovat olleet kansalliset ohjelmat, oppaat ja suositukset. WHO:n Health for All -politiikkaan nojaava kansallinen Terveys 2015 -kansanterveysohjelma on linjannut 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen terveystalouden suuntauksia. Terveys 2015 -ohjelma painottaakin terveydenhuollon vastuiden lisäksi *terveys kaikissa politiikoissa* -periaatetta ja näkee terveyttä edistävän työn tulosten syntyvän laajapohjaisesti kaikkien hallinnonalojen vastuualueille kuuluvien toimintojen tuloksena. Terveys 2015 -ohjelma linjaa tavoitteita ja lähtee siitä, että tuloksiin päästään vain monialaisesti ja moniammatillisesti yhdessä toimien. (STM 2012b, 55-56.) Nyttämmin kansallisessa terveystalouden ohjauksessa on haettu yhä enemmän vuorovaikutteisia kehittämisen ja informaatio-ohjauksen muotoja. Kehityssuuntana ovat olleet kunta- ja alueyhteistyön vahvistaminen

ja laajapohjaiset kansalliset kehittämishankkeet. Terveyspolitiikan ohjaus on painottunut lainsäädännön lisäksi informaatio- ja resurssiohjauksen yhdistelmiin painottaen vuorovaikutteisuutta. (STM 2012b, 12.) Lainsäädäntö- ja säädösohjaus sekä resurssiohjaus ovat terveyttä edistävää toimintaa ajatellen sitovampaa ohjausta, kun taas informaatio-ohjaus toimii näiden tukena eräänlaisena pehmeämpänä, suostuttelevampana keinona. Terveyden edistämiseen liittyvää informaatio-ohjausta ja resurssiohjausta suunnataan aineistossa erityisesti yhteiskunnallisille ja alueellisille toimijoille ja organisaatioille sekä etenkin kunnille ja kuntayhtymille.

Tieto näyttäytyy hallintakeinona myös toisella tavalla edellä kuvatun informaatio-ohjauksen lisäksi. Tällä viitataan siihen, miten runsaasti asiakirjoissa peräänkuulutetaan tiedonkeruuta ja tiedon käyttöä toimenpiteiden tukena ja päätöksenteon pohjana. Tietoa halutaan kerätä etenkin väestön terveydentilasta, terveyskäyttäytymisestä sekä palvelujärjestelmästä. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta tuottaa päätöksenteon pohjaksi tietoa kansalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä palvelujärjestelmän toimivuudesta (STM 2011, 7). Tietoa tarvitaan muun muassa terveysongelmien kehityksestä, tautien suoja- ja riskitekijöistä sekä tautialttiutta säätelevistä ja terveysvalintoihin vaikuttavista tekijöistä. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 –ohjelman (STM 2011, 21) mukaan käytössään valikoidut indikaattorit, joilla seurataan terveyden ja hyvinvoinnin kehitystä. Indikaattoreita käytetään myös strategian tavoitteiden toteutumisen seurantaan ja tulosohtaukseen eri hallinnonaloille (STM 2011, 21), ja esimerkiksi Terveys 2015- ohjelmalle laadittujen indikaattorien avulla luodaan yleiskuva lasten, nuorten, työikäisten ja ikäihmisten hyvinvoinnin ja toimintakykyisyyden kehittymisestä sekä terveystokokemuksista (STM 2012b, 122). Yhteenvetona tätä tiedon hallinnallista ulottuvuutta ilmentävät erilaisten terveystoliittisten ohjelmien ja hankkeiden säännöllinen seuranta ja arvioinnit sekä tiedonkeruu kansalaisten terveydentilasta ja terveystkäyttäytymisestä esimerkiksi kansanterveyttä selvittävien kysely- ja seurantatutkimusten ja erilaisten terveydentilan mittausten kautta. Toisaalta erilaiset laatusuositukset ja politiikka- sekä toimintaohjelmat voidaan ymmärtää itsessään ohjauksen välineinä, sillä erilaisilla terveystoliittisilla ohjelmilla pyritään ohjaamaan yhteisiin päämääriin ja yhdenmukaiseen toimintaan terveyden edistämisessä.

Terveyden edistämässä ja terveystietoisuuden tuottamisessa painottuvat hallinnallisina keinoina aktivointi, tukeminen, kannustaminen, ohjaaminen ja kansalaisen vastuullistaminen. Etenkin *kannustaminen* on terveyden edistämässä toistuva ja mielestäni varsin kiinnostava sanavalinta. Lisäksi tiedon antamisen ja terveystietoisuuden kautta pyritään vahvistamaan väestön terveystietoisuutta. Kansalaisen osalta käytössä ovat ehkä ennemminkin pehmeän ohjauksen keinot, eivät niinkään kovan ohjauksen keinot eli esimerkiksi suoranaiset pakotteet, sanktiot tai lainsäädäntö. Hallinnollis-poliittisissa asiakirjoissa ei yleensä veloiteta kansalaista suoraan tai pakottavien ja velvoittavien keinoin kuten lainsäädännön kautta (esim. Pajukoski 2009, 89). Toisaalta lainsäädännön ja markkinointiin kohdennettujen rajoitusten kautta voidaan rajoittaa tiettyjen epäterveelliseksi miellettyjen tuotteiden ja hyödykkeiden saatavuutta, jolloin pakottavat keinot voivat toki vaikuttaa välillisesti kansalaisten valinnanmahdollisuuksiin ja käyttäytymiseen.

Pehmeän ohjauksen välineinä ja vaikuttamiskeinoina voi lisäksi mainita muun muassa ravitsemussuositukset sekä niiden noudattamisen esimerkiksi joukkoruokailussa, liikuntasuositukset ja työpaikkaliikunnan tukemisen tai paino- ja ruokailutottumuskysymysten esille nostamisen neuvolatoiminnassa (vrt. Pajukoski 2009, 89). Esimerkiksi Terveys 2015 –ohjelman tavoitteena on tarjota tietoa, neuvontaa ja koulutusta sekä keinoja tukea niin lapsia, nuoria, työikäisiä kuin ikäihmisiä arkielämän valinnoissa ja ratkaisuissa. Ohjelma myös etsii keinoja, miten tarjota tukea silloinkin kun ihmisillä itsellään ei ole mahdollisuutta terveellisiin valintoihin ja ratkaisuihin. (STM 2001.) Terveyden edistäminen kohdistuu käytännössä kaikkiin yksilöihin koko väestön tasolla. Terveyden edistäminen, terveystietoisuus ja terveystietoisuuden ohjaaminen ulottuvat kaikille elämän osa-alueille ja arkipäivän toimintaan, kuten kotiin ja vapaa-aikaan, kouluun ja työpaikalle. Etenkin valtiovalta ja terveysasiantuntijat edellyttävät ja painottavat jokaisen aktiivista osallistumista oman terveytensä edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. (Lupton 1995, 51, 54.)

Lisäksi on hyvä ottaa huomioon asiantuntijavallan rooli terveyden edistämisen ja terveystietoisuuden ohjaamisessa ja suuntaamisessa. Erilaiset asiantuntijat, virkamiehet ja instituutit toimivat sosiaali- ja terveystietoisuuden valmistelutyön tukena. Etenkin sosiaali- ja terveystietoisuuden hallinnonalalla toimivat itsenäiset laitokset ja virastot, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, Sosiaali- ja terveystietoisuuden lupa- ja valvontavirasto Valvira, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea sekä Työterveyslaitos, tuottavat kehittämis- ja tutkimustietoa ministeriön työn tueksi lainsäädännön

valmisteluun, päätöksenteon pohjaksi sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan linjaamiseen. Ne myös osaltaan tukevat uudistusten toimeenpanoa. (mm. STM 2013, 23.) Samalla nämä asiantuntijat ja virkamiehet määrittävät poliittisia linjauksia ja terveyden edistämistä. Erityisesti terveysalan professioilla ja asiantuntijoilla on yhteiskunnan myöntämä ja legitiimi oikeus määrittellä, mikä elämäntavoissa on hyvää ja terveellistä, mikä pahaa ja epäterveellistä, ja näin ne myös kontrolloivat terveyttä (Puuronen 2006, 9).

Hallintatekniikat toisen hallinnan välineinä ovat toimintatapoja, joilla yksilöt, instituutiot ja erilaiset organisaatiot pyrkivät vaikuttamaan toisiin tahoihin ja yksilöihin. Tekniikat voidaan määrittellä erilaisiksi kyvyiksi, taidoiksi ja keinoiksi, joilla hallinnan kohteita kuten yksilösubjekteja ja kollektiivisia toimijoita on mahdollista hallita tietyn päämäärän, *teloksen*, kehyksessä. Hallinnan kohteiden käyttäytymistä voidaan ohjata erilaisilla teknisillä sovelluksilla, kuten tiedon keräämisen ja esittämisen menetelmin tai ruumiin kykyjä ja toimintatapumuksia muokkaavin käytännöin. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 16.) Alasuutari (2001, 163) huomauttaa, että tiedon muodot sekä sen hankinnan metodit ja organisaatiot ovat samalla vallan muotoja ja yhteiskunnallisia instituutioita. Näin ollen keräämällä tietoa vaikkapa koko väestön tai tiettyjen väestö- ja ikäryhmien terveydentilasta pyritään muodostamaan kuva vallitsevasta tilanteesta ja suunnataan toimenpiteitä sen mukaan. Samalla myös kansalaisia ohjataan tiedolla ja pyritään vaikuttamaan terveyskäyttäytymiseen esimerkiksi terveystiedon ja terveysviestinnän ja terveysneuvotusten kautta.

Kansalaisia halutaan myös aktivoida terveyden edistämiseksi entistä enemmän. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 –strategiassa (STM 2011, 11) esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluja halutaan uudistaa siten, että myös palveluiden käyttäjät ovat aktiivisesti mukana niiden kehittämisessä. Käyttäjille on tarjottava ajantasaista ja puolueetonta tietoa esimerkiksi valinnanmahdollisuuksista ja hoitovaihtoehtoista, ja tällöin käyttäjän kyky kantaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan kasvaa (STM 2011, 11). Koska terveyteen liittyvää tietoa on yhteiskunnassa entistä enemmän saatavilla, ministeriön tavoitteena on välittää tietoa siinä muodossa, että se on kaikkien käytettävissä ja hyödynnettävissä. Terveystiedon saaminen esimerkiksi koulujen perusopetukseen lisää lasten ja nuorten tiedollisia, sosiaalisia ja toiminnallisia valmiuksia omille valinnoille. (STM 2012b, 12.) Terveys 2015 –ohjelmassa (STM 2001, 30) yksilön oman toiminnan merkityksen terveyden ylläpidossa ja edistämiseksi nähdään korostuvan, minkä vuoksi tarvitaan

tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat ihmisten valintoihin ja miten terveyttä tukevia valintoja voidaan edistää. Aineistossa nähdään, että yhteiskunta- ja terveystieteisiin haasteisiin vastaamiseksi tarvitaan ajantasaista ja pätevää tietoa kansanterveydestä, väestön hyvinvoinnista ja niitä muokkaavista tekijöistä sekä etenkin mahdollisuuksista vaikuttaa näihin tekijöihin.

Terveyskysymyksissä kansalaisen valinnanvapautta korostetaan, mutta käytännössä kansalaisen tulisi valita tietyistä vaihtoehdoista, jotka ovat lähinnä terveysasiantuntijoiden ja ministeriön suositusten sekä vallitsevan terveystiedon ja terveysoppien mukaisia. Vapaus ei siten ole millaista vapautta hyvänsä, vaan vapautta valita ennalta annetuista vaihtoehdoista, kuten tietynlaisesta ruokavaliosta tai elämäntavoista (Kaisto & Pyykkönen 2010, 12). Osa kansalaisista mukautuu terveystieteisiin ja omaksuu toivottavan terveyskäyttäytymisen ja osa puolestaan vastustaa niitä. Hallinnan käytännöt eivät kuitenkaan perustu pelkästään vapaiden subjektien toiminnalle ja heidän vapautensa tukemisen ja maksimoinnin pyrkimyksille. Niitä subjekteja, jotka poikkeavat määrätystä ja asetetuista normeista, pyritään hallitsemaan toisilla tavoin, esimerkiksi kurivallan keinoin. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 12.) Vaikka toisaalta korostetaan yksilöiden valinnanvapautta, ovat määrätty riskiryhmät erityisen tarkkailun ja toimenpiteiden kohteena. Kaste-ohjelmassa (STM 2012a, 16) esimerkiksi todetaan, että ihmisen hyvinvointi ja terveys ovat monen tekijän summa, joten sosiaali- ja terveyspalvelut eivät voi yksin turvata niitä tai poistaa kaikkia riskitekijöitä. Sen sijaan tarvitaan kaikkia väestöryhmiä koskevia hyvinvointia ja terveyttä edistäviä poikkialueellisia toimia, riskiryhmille suunnattua ehkäisevää työtä ja korjaavaa työtä sairastuneille ja sosiaalisissa vaikeuksissa oleville (STM 2012a, 16). Aineistossa nähdään, että terveysongelmien ennaltaehkäisy onnistuu vain menestyksekkäällä terveyden edistämällä ja varhaisella puuttumisella mahdollisiin riskeihin. Sinänsä varhainen puuttuminen ja sairauksien ja terveysriskien ennaltaehkäisy voidaan käsittää yhdeksi hallintakeinoksi.

Taloudellisia hallintakeinoja terveyden edistämiseksi ovat etenkin lainsäädäntö, veropolitiikka sekä markkinoinnin ja saatavuuden rajoitukset. Monissa laeissa on vahva terveyden edistämiseen, terveyden suojeluun ja sairauksien ehkäisyyn pyrkivä painotus (Kauhanen ym. 2013, 107). Toisaalta lait ja asetukset antavat periaatteessa vain kehykset terveyden edistämiseksi, ja valtion sekä etenkin kuntien on käytännössä huolehdittava lakien toimeenpanosta. Lisäksi joidenkin lakien toteutuminen jää viime kädessä kansalaisten omalle vastuulle. (Kauhanen ym. 2013, 111-112.)

Kauhanen kollegoineen (2013, 19) kysyy, että jos kansa tervehtyy lakeja säätämällä, miksi lainsäädännöllä ei sitten poisteta kaikkia riskejä ihmisten elämästä? Vastauksena on se, että lakeja kyllä tarvitaan, mutta yksin ne eivät riitä (Kauhanen ym. 2013, 19). Pajukosken (2009, 89) mukaan ihmisten elintapoihin, kuten ravintoon, liikuntaan ja painonhallintaan, vaikuttaminen on kysymys, johon ei ole olemassa yksilöä velvoittavaa lainsäädäntöä. Terveysriskien ja –ongelmien ehkäisemistä määrittelevä lainsäädäntö ei juuri aseta yksilöä koskevia tavoitteita. Tavoitteet kohdistuvat pääasiassa viranomaisiin antamalla suunnan viranomaisten toiminnalle. Vaikka yksilöön kohdistuvalla ehkäisevällä työllä pyritään puuttumaan ennakoitavissa oleviin negatiivisiin kehityskulkuihin, yksilön toiminta jää velvoittavan lainsäädännön ulkopuolelle. (Pajukoski 2009, 102.) Toisaalta taloudelliset hallintakeinot, kuten tiettyjen tuotteiden korkeampi verotus tai rajoitettu saatavuus, ohjaavat ja vaikuttavat välillisesti kansalaisten toimintaan joko enemmän tai vähemmän.

Alkoholinkäytön ja tupakoinnin vähentäminen on aineistossa yksi keskeinen terveyden edistämisen painopiste. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (STM 2010b, 15) esimerkiksi korostetaan, että alkoholin kokonaiskulutuksen ja haittojen tasoa tulee vähentää koko väestöön suunnatuilla toimilla. Tehokkainta olisi nostaa alkoholijuomien reaalihintatasoa ja rajoittaa markkinointia ja saatavuutta. Lisäksi huumausaineiden varsinainen taistelu onnistuu ministeriön mukaan vain täyskiellolla, ja lainsäädännöllä olisi mahdollista vähentää tupakointia edelleen. (STM 2010b, 15.) Lainsäädäntö ja rajoitukset toimivat tässä konkreettisena, pakottavana ohjauskeinona. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 –ohjelmassa (2006a, 9) pyritään vähentämään tupakointia ja alkoholin käyttöä panostamalla rakenteelliseen politiikkaan. Saatavuutta ja mainontaa halutaan rajoittaa ja esimerkiksi lisätä tuotteisiin varoitusmerkinnät. Lisäksi kulutukseen pyritään vaikuttamaan myös verotuksella. Ohjelmassa todetaan, että etenkin lapsuus- ja nuoruusvaiheessa luodaan pohja terveydelle ja toimintakyvylle sekä sosiaalisille hyvinvoinnille koko elämän ajaksi, ja ensisijaista olisi tukea oikea-aikaisesti lasten ja nuorten tervettä ja turvallista kehitystä sekä perheiden hyvinvointia. Lasten ja nuorten kykyä huolehtia elämäntapastaan pyritään tukemaan kodin, koulun, sosiaali- ja terveyspalvelujen, liikunta- ja nuorisotoimen, järjestöjen ja median yhteistyönä. Tavoitteena on siten edistää vastuullista, päihteetöntä elämäntapaa. (STM 2006a, 9.) Nämä arvostukset ja painotukset kertovat myös siitä, millainen käyttäytyminen nähdään valtionhallinnon tasolla sallittuna ja suotavana ja millaisia elämäntapoja ja terveyskäyttäytymistä puolestaan tulisi hillitä.

Terveys 2015 –ohjelman väliraportissa (STM 2012b, 107) puhutaan hyvinkin yksityiskohtaisesti elinkeinoelämän roolista terveyden edistämisessä. Raportissa todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä muiden ministeriöiden sekä korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten kanssa tarjoaa asiantuntija-apua ja yhteistyötä elinkeinoelämän terveyttä edistävän roolin konkretisoimiseksi ja vahvistamiseksi siten, että väestön mahdollisuuksia tehdä terveellisiä valintoja edistetään. Terveysriskejä tuottavaa elinkeinotoimintaa kuten alkoholielinkeinoa pyritään sääntelemään ja kannustamaan sitä terveyshaittojen rajoittamiseen esimerkiksi itsevalvonnalla. Terveyshaittoja pyritään rajoittamaan muun muassa alkoholimainonnan ja lainsäädännön, makeis- ja virvoitusjuomaveron, suolan määrään liittyvien asetusten sekä tupakkatuotteiden markkinoinnin ja esilläpidon rajoitteiden kautta. (STM 2012b, 107-108.) Väliraportissa (STM 2012b, 109) todetaan myös, että elinkeinoelämän rooli ja merkitys terveyden edistämisessä on kasvanut ja kaupallisuus vaikuttaa yhä enemmän ihmisten valintoihin ja elinympäristöön. Toisaalta elinkeinoelämän intressinä on tuottaa voittoa omistajilleen, vaikkakin säädösten puitteissa. Tavoite ei ministeriön mukaan kuitenkaan ole ristiriitainen terveyttä edistävien tavoitteiden kanssa. Terveellisiin valintoihin ja terveelliseen elinympäristöön vaikutetaan tuotekehittelyllä, markkinoinnilla ja mainonnalla. Julkisen sektorin tehtävänä on yhteistyön lisäksi vaikuttaa terveyttä vahvistaviin valintoihin, kysyntään ja tarjontaan. Vaikuttamisen keinoja ovat lainsäädäntö, valvonta, erilaiset tuet, kuluttajapolitiikka ja yhteistyö elinkeinoelämän kanssa. Yhteistyötä tarvitaan esimerkiksi liikunta- ja ravitsemuspolitiikassa, tupakka- ja alkoholipolitiikassa sekä terveyspalvelujen kehittämisessä. Lisäksi muun muassa tupakkalainsäädännöllä, alkoholilainsäädännöllä ja elintarvikelainsäädännöllä on ministeriön mukaan saavutettu hyviä terveyteen vaikuttavia tuloksia. (STM 2012b, 109-110.)

Lainsäädäntö ja kiellot voidaan nähdä rajoittavampina ja autoritäärisempinä hallintatekniikoina, kun taas terveysneuvonta, opastus ja suositukset ovat pehmeämpiä keinoja, jotka toimivat etenkin kansalaisten vastuun, vapauden ja autonomian kunnioittamisen nimissä. Tiedolla ohjaamisen kautta pyritään nähdäkseen vastuullistamaan ja aktivoimaan kansalaisia terveyden edistämisessä ja omasta terveydestään huolehtimisen suhteen. Onkin hyvä muistaa, että hallinnalla on aina myös subjekteja muodostava ulottuvuutensa (Kaisto & Pyykkönen 2010, 23). Aineiston analyysin pohjalta voin todeta, että aineistosta on tunnistettavissa etenkin aktiivisen, terveystietoisen ja vastuullisen terveyskansalaisuuden muodostamisen käytäntöjä (vrt. Saastamoinen 2010). Historiallisesti ajatellen kansalaisuutta on määritellyt etenkin kansanterveysvalistuksessa voimakkaasti ajatus,

jonka mukaan terveys on jokaisen yksilön henkilökohtainen velvollisuus kansaa kohtaan, ja jokainen voi täyttää sen huolehtimalla omasta terveydestään. (Harjula 2007, 9; Helén & Jauho 2003b, 15.) Kansalaisen tulee siis olla hyödyksi kansakunnalle. Nykyään kansalaisen vastuu terveydestään on erityisen suurta ja jokaisen tulisi täyttää velvollisuutensa oman terveytensä suhteen ja huolehtia terveydestään. Nähdäkseni nykyisessä sosiaali- ja terveystieteellisessä keskustelussa painotetaan etenkin toimintakykyä, vastuullisuutta, aktiivisuutta ja tuottavuutta, ja näitä ominaisuuksia ihanteellisella terveystieteellisellä tulisi olla.

Kiinnitin myös huomiota muutamiin asiakirjoissa esiintyviin kuviin. Kuvia on yleisesti ottaen vähän tämältyyppisissä asiakirjoissa, mutta muutamien ohjelmien kansissa ja välilehdillä on kuvia, joissa kuvatut ihmiset, ”tavalliset kansalaiset”, ovat lähes poikkeuksetta terveen näköisiä, iloisia ja aktiivisia. Ihmiset ovat näissä kuvissa aina myös normaalipainoisia. Mielestäni kyseiset kuvat ilmentävät varsin hyvin nykyajan terveystieteellisen ihannetta. Kuvien kautta voidaan myös tuottaa toivottavaa terveystieteellisuutta ja erityisesti luoda mielikuvia siitä, miltä ideaal kansalainen näyttää. Esimerkiksi Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa –katsauksessa (STM 2013, 11) on kuva iloisesta, terveennäköisestä perheestä juoksulenkillä. Mielestäni kyseisellä kuvalla luodaan mielikuvaa ihanteellisesta terveystieteellisyydestä ja ihanteellisesta perheestä, joka on aktiivinen, normaalipainoinen ja liikunnallinen. Kuvattu perhe on myös heteronormatiivisen ajattelumallin mukainen ydinperhe (ks. Kuva 1 alla).



Kuva 1. Lähde: Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa (STM 2013, 11).

Lisäksi useissa aineiston asiakirjoissa on erilaisia kuvioita, kaavioita, tilastoja ja taulukoita havainnollistamassa jotakin terveyden kehityssuuntaa. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 -asiakirjassa (STM 2006a, 31-37, ks. Kuvio 1 seuraavalla sivulla), Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 –strategiassa (STM 2011, 17-21) sekä Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa – katsauksessa (STM 2013, 12-13) on kuvioita ja taulukoita eliniän odotteesta, ylipainoisten määrästä, alkoholin kokonaiskulutuksesta, tupakoivien osuudesta, köyhyysasteesta, asunnottomien määrästä ja sosiaali- ja terveystieteiden palvelumenoista. Myös Terveys 2015 –ohjelman väliraporttiin (STM 2012b) on liitetty runsaasti kuvioita, taulukoita ja tilastoja kuvaamaan ja konkretisoimaan väestöryhmien terveydentilassa ja terveystietoisuudessa tapahtuneita muutoksia viime vuosina ja vuosikymmeninä. Käytetyt kuvat ja tilastot ovat asiakirjoissa yleensä negatiivisen kehityskulun osoittimia, joiden tarkoitus on nähdäkseen esimerkiksi havahduttaa ja pyrkiä osoittamaan sekä konkretisoimaan numeraalisesti kansanterveyden ja talouden uhkatekijöitä. Näin voidaan myös perustella terveyttä edistävän toiminnan tärkeyttä ja ikään kuin hakea terveydenedistämistavoitteille lisätukea.



Kuvio 1. Ylipainoisten osuus sekä päivittäin tupakoivien osuus vuosina 1988–2005.

Lähde: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM 2006a, 33).

7 Yhteenvetoa ja pohdintaa

Terveyden edistämisen käsitettä ei aineiston asiakirjoissa aina määritellä kovinkaan selkeästi, mutta silti käsite esiintyy asiakirjoissa toistuvasti eräänlaisena itsestäänselvyytenä ja luonnollisuutena. Jossain määrin terveyden edistäminen voikin olla eräänlainen muotikäsite, joka luo jo itsessään positiivisen mielikuvan tai jolla pyritään luomaan myönteinen käsitys sekä osoittamaan, että terveystieteisiin ja väestön hyvinvointiin panostetaan. Lainsäädäntöön tehdyt muutokset viime vuosina ovat toisaalta lisänneet terveyden edistämisen painoarvoa ja näkyvyyttä, ja kyseessä voikin olla tietoinen linjavalinta. Yksi keskeinen havaintoni onkin se, miten laajasti ja voimakkaasti terveyden edistämisen käsite, toimenpiteet ja tavoitteet pyritään sisällyttämään kaikkeen yhteiskunnan toimintaan. Esimerkiksi Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007, 1-2) mukaisesti terveyden edistämisen yhteiskunnallinen ja taloudellinen merkitys tulisi saada tietoisuuteen kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa, työelämässä, järjestöissä ja yksilötasolla. *Terveys kaikissa politiikoissa* –periaate on ollut suomalaisen terveystieteiden kulmakivenä jo pari vuosikymmentä ja tämä painotus näkyy selkeästi aineistoni asiakirjoissa ja terveyden edistämisen diskursseissa. Siten terveydenedistämiskäsitteellä ja terveydenedistämiskeskustelulla on Suomessa jo varsin vahva ja pitkä perinne.

Teoriaosuudessa kuvailemiani terveystieteellisten historiallisia ja biopolitiittisia ulottuvuuksia on mielestäni nähtävissä monissa yhteyksissä nyky-yhteiskunnassa, jossa terveys ja elinvoimaisuus ovat suuressa arvossa. Omasta terveydestä ja elintavoista tulisi pitää huolta läpi elämän, ja sairauksia ja terveystieteitä tulisi ehkäistä mahdollisimman aktiivisesti käytännössä lapsuudesta lähtien. Terveyden edistämisestä ja elintapojen kohentamisen tärkeydestä puhutaan jatkuvasti, ja terveystieteiden käyttäytyminen on toistuvasti huomion kohteena joko poliitikkojen, terveystieteiden tai vaikkapa talousasiantuntijoiden taholta. Oikea terveystieteiden käyttäytyminen tuntuu olevan kansalaisen moraalinen velvollisuus, jonka monet myös pyrkivät täyttämään. Toisaalta monet eivät joko halua, osaa tai kykene noudattamaan annettuja suosituksia ja terveydellisiä velvoitteita. Tällöin yksilön *väärä terveystieteiden käyttäytyminen* saa usein osakseen paheksuntaa etenkin viranomaisten ja asiantuntijoiden mutta myös ”hyveellisemmin” ja terveellisemmin elävien muiden kansalaisten osalta. Väärällä tavalla toimivan ja vääriä elintapoja noudattavan yksilön moraalinen ja kansalaiskelpoisuus saatetaankin kyseenalaistaa. Määrittyykö ”väärällä tavalla” tai

”ongelmallisesti” toimiva ja elävä yksilö epätäydelliseksi kansalaiseksi? Sihto (2011, 273) puhuu terveystalouden elintapamallista, joka näkyy selkeästi suomalaisessa terveystaloudessa ja jonka mukaisesti terveyden edistämiseksi annetaan suuri painoarvo terveellisille elintavoille ja näin yksilön terveyskäyttäytymiselle, omalle toiminnalle ja vastuulle. Onko terveyden edistämisen politiikka nykyään jo liiankin yksilökeskeistä ja elintapapainotteista, kuten Sihto (2011) esittää? Muun muassa näitä kysymyksiä pohdin tässä yhteenvedoluvussa.

Terveystaloudellisessa keskustelussa terveydenhuollon resurssien väheneminen, väestön ikääntyminen sekä palvelu- ja hoidontarpeen voimakas kasvu nousevat keskeisiksi huolenaiheiksi. Säästöjä pyritään saamaan aikaan erityisesti terveyttä edistämällä sekä sairauksia ja terveysriskejä ehkäisemällä. Helppona ja hyvänä ratkaisuna nähdään usein yksilön terveyskäyttäytymiseen ja elintapoihin vaikuttaminen eli tietynlaiseen terveyskansalaisuuteen kannustaminen ja kasvattaminen. On huomattava se, että tässä terveyskansalaistamisessa korostuvat etenkin tiedolla ohjaaminen, opastaminen ja neuvonta sekä muut pehmeän ohjauksen keinot. Vaikka tarkasteluni kohteena olevat asiakirjat eivät suoranaisesti velvoita ja pyri hallitsemaan yksilöitä tai anna pakottavaa ohjeistusta yksilölle itselleen, on aineistosta kuitenkin mahdollista analysoida terveyskansalaisuuden tuottamista ja erilaisia hallinnan tekniikoita. Toisin sanoen aineistossa rakennetaan yhdenlaista sosiaalista todellisuutta, ja terveyden edistämisen diskursseissa tuotetaan ja määritellään terveyskansalaisuutta. Terveyskäyttäytymiseen kohdistetaan tarkastelemisiani asiakirjoissa paljon huomiota, ja kansalaisten terveyskäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan ja elintapoja pyritään ohjaamaan suotuisampaan suuntaan. Myös etenkin kunnille osoitetaan runsaasti omia tavoitteita ja toimenpidesuosituksia terveyden edistämiseksi. Tässä suhteessa kansalaisten terveyskäyttäytymistä ohjataan asiakirjoissa paljon myös välillisesti, esimerkiksi viranomaisten ja kunnan toiminnan, elinympäristön, palvelurakenteen tai annettujen terveyssuositusten kautta.

Eräs 2000-luvun terveyden edistämisen filosofian merkittävistä muutoksista liittyy ihmisten autonomiaan, ja nykyisessä ajattelussa yksilöillä on paljon aiempaa aktiivisempi rooli. Toinen merkittävä muutos on yhteisöllisyyden merkityksen löytäminen uudelleen. Tällöin pelkkä yksilöiden terveyden edistäminen nähdään tärkeänä mutta melko tehottomana lähestymistapana, jolloin on järkevämpää kohdistaa interventiot myös kokonaisuun yhteisöihin. Vähitellen on alettu puhua myös yksilöiden ja yhteisöjen voimaannuttamisesta (*empowerment*). Tällä tarkoitetaan

otollisten edellytysten, olosuhteiden ja motivaation luomista yksilöiden ja ryhmien omille terveyttä tukeville ratkaisuille. (Kauhanen ym. 2013, 104.) Aineistossa yksilöiden roolin korostumisesta on nähtävillä runsaasti viitteitä. Lisäksi muutamissa asiakirjoissa kiinnitetään huomiota yksilön tai kansalaisen autonomiaan ja sen lisääntyvään arvostukseen. Itsenäisyyttä ja autonomiaa pidetään ihmisille keskeisinä arvoina, ja terveyden edistämisen osalta ihmisten toimintakykyä ja omatoimista selviytymistä halutaan tukea ja edelleen vahvistaa.

Helén (2008, 152) esittää, että nyky-yhteiskunnassa terveystieteiden ajattelu terveystieteitä myöten kohdistuu pääasiassa terveysriskien arviointiin, hallintaan ja vähentämiseen, ja toisaalta riskien kirjo ulottuu geneettisestä alttiudesta elämäntapatekijöihin. Käsitteen tasolla riski liittyy erottamattomasti väestöihin ja riskiryhmiin, mutta silti taipumus henkilökohtaistaa riskit näyttää Helénin (2008, 152) mukaan läpäisseen koko terveydenhoidon kentän. Terveystieteiden henkilökohtaistamisesta puolestaan seuraa, että terveystieteissä ja terveyden edistämiskeskustelussa korostetaan yhä enemmän henkilökohtaista vastuuta terveyden hoitamisesta. Tämä uuteen julkiseen terveydenhoitoon liittyvä vastuullistaminen muistuttaa aiempia pyrkimyksiä kansalaistaa ihmisiä terveystieteiden keinoin. Nyt kansalliseen tai sosiaaliseen velvollisuudentuntoon vetoaminen on kuitenkin jäänyt sen varjoon, että yksilö on vastuussa ensisijaisesti itselleen. Terveystietään vaaliessaan yksilö parantaa omaa elämäänsä, ja ihmisiä käytännössä kannustetaan tähän toimintaan. Kun terveydenhoito muuttuu kansanterveystieteessä ja terveystieteissä entistä itsekeskeisemmäksi ja itsestä huolehtimiseksi, henkilökohtaisen vastuun vaatimus ja ihanne yhdistyvät henkilökohtaisiin odotuksiin ja pyrkimykseen pidentää omaa elinkaarta tai kiertää omat vajavaisuudet ja puutteet esimerkiksi lääketieteellisen huipputeknologian avulla. (Helén 2008, 152.) Terveystieteellisyys kytkeytyykin tiiviisti paitsi riskin, myös valinnan käsitteeseen. Ihminen on näennäisesti vapaa valitsemaan, mutta kuitenkin hänen tulisi tehdä ”oikeita”, asiantuntijatietoon perustuvia valintoja ja välttää riskejä. (Kokkonen 2010, 146.)

Analyysin pohjalta muodostunut näkemykseni on, että asiakirjoissa pyritään tuottamaan ennen kaikkea aktiivisia, vastuullisia ja itseohjautuvia terveystieteellisiä. Etenkin yksilöitä tai kansalaisia pyritään aktivoimaan oman terveytensä ja elintapojensa suhteen yhä voimakkaammin, ja siten yksilöitä halutaan opastaa ja kannustaa tietynlaiseen terveystieteellisuuteen. Ihmisiä pyritään tavallaan *terveystieteellistämään*, ja tässä on toisaalta nähtävissä yhtymäkohtia historiallisiin

kansalaistamisen ja terveystieteiden käytäntöihin (ks. esim. luvut 3.2 ja 3.3). Aineiston puhunnassa painotetaan juuri kansalaisten vastuullisuutta ja aktiivisuutta terveystieteissä ja terveydellinen syrjäytyminen ja passivoituminen koetaan puolestaan merkittävänä uhkana. Mielestäni yksilöt nähdään yhteiskunnassa aiempaa itsenäisempinä, terveystietoisempina, vastuullisempina ja aktiivisempina toimijoina, joille on annettu sekä velvollisuus että oikeus edistää sekä omaa että yhteisöjensä terveyttä. Terveys on vielä nykyään merkittävässä määrin kansalaisen velvollisuus yhteiskuntaa kohtaan, ja jokainen voi täyttää tämän velvollisuuden terveydestään huolehtimalla (vrt. Harjula 2007, 9; Helén 2008, 150).

Yksilöiden vastuun kasvu tai tietoinen vastuun siirto saadaan nähdäkseni kuulostamaan positiiviselta etenkin kun samanaikaisesti vedotaan valinnanvapautteen ja autonomian korostamiseen. Voidaan myös sanoa, että kansalaisella on velvollisuuden sijasta *oikeus terveyteen*. Tällainen esitystapa ja puhunta saattaa vedota paremmin yksilöihin. Luptonin (1995, 8-9) mukaan terveyden edistäminen nojaa käsitykseen rationaalisesta, yhtenäisestä subjektista, joka tekee tietoisia valintoja ja pyrkii parantamaan tai edistämään elämäänsä ja sosiaalista menestystään. Rationaalisuus ja itsekontrolli sekä ruumiin hallinta nähdään aseina sairautta ja rappeutumista vastaan (Lupton 1995, 8-9). Nykykansalaisella on tavallaan velvollisuus vastuulliseen itsehallintaan (vrt. Miller & Rose 2010, 312), ja tämä mielestäni näkyy vahvasti myös terveyden edistämisessä ja laajemminkin terveyttä koskevissa kysymyksissä. Valinnanvapauden vahvistamisesta puhuttaessa tarkoitetaan kuitenkin tavallisesti rajattua vapautta eli käytännössä vapautta valita ennalta annetuista vaihtoehdoista (vrt. Kaisto & Pyykkönen 2010, 12). Tässä kyseeseen tulee lähinnä vastuullinen ja terveellinen, terveys-suositusten mukainen ja siten oikeaoppinen käyttäytyminen. Aineiston pohjalta voi todeta, että etenkin virallisten ravitsemussuositusten mukaiset ruokatottumukset, normaalipainoisuus, liikunnallinen aktiivisuus, tupakoimattomuus ja korkeintaan maltillinen alkoholinkäyttö tai päihitteettömyys ovat ihanteellisen terveystieteellisen määreitä ja tunnuspiirteitä.

Terveys nähdään aineistossa käytännössä yhtenä keskeisenä ratkaisuna erilaisiin ongelmiin. Hyvä terveys tai terveydentilan parantuminen näyttää tällöin eräänlaisena avaimena ja keinona kohentaa esimerkiksi niin kutsuttujen riskiryhmien elämäntilanteita ja elinoloja. Etenkin köyhyys, huono-osaisuus ja syrjäytyminen yhdistyvät aineiston puhunnassa usein huonoon terveydentilaan. Aineistossa tietyt ihmisryhmät määritellään sellaisiksi ryhmiksi, joihin on kiinnitettävä erityistä

huomiota ja joihin tulee kohdistaa toimenpiteitä. Tässä yhteydessä olen kiinnittänyt huomiota *epäterveyden* tuottamiseen terveyden edistämistä koskevassa puhunnassa. Aineistossa pienituloiset, köyhät, syrjäytyneet, alkoholia ja tupakkaa tai muita päihteitä käyttävät, ylipainoiset ja vähän liikkuvat määrittyvät suoraan ja järjestelmällisesti riskiryhmiksi ja riskiyksilöiksi. Kuitenkin samalla ajatellaan, että näiden ryhmien ja yksilöiden terveydentilaa kohentamalla voidaan saada suotuisia muutoksia aikaan ja parantaa elämänlaatua monelta osin. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen näissä väestöryhmissä olisi ikään kuin yksi keskeinen mekanismi, jolla olisi mahdollista saada aikaan parannusta elinoloihin. Tässä tutkielmassa olen tarkastellut sitä, millaista on valtiovallan ja terveystoimijoiden toimijoiden toimiva, tavoitteleva ja puhunnassaan tuottama terveystoimintasuhteisuus, mutta toisaalta olen tässä pohtinut myös sitä, millainen terveystoimintasuhteisuuden ei tulisi olla ja mitä ei kuulu toivottavaan terveystoimintasuhteuteen. Erityisesti riskiryhmien määrittelyllä tuotetaan eräänlaista epä- tai anti(terveys)toimintasuhteisuutta, jolloin riskiryhmiin kuuluvat määrittyvät marginaalisiksi antitoimintasuhteisiksi (vrt. Miller & Rose 2010, 312).

Tutkielman yhtenä keskeisenä jännitteenä on kysymys siitä, miten paljon terveyden edistäminen on joko yhteiskunnan tai yksilöiden vastuulla. Esimerkiksi Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006b) esitetään tällainen näkemys: ”Terveyttä edistävän toiminnan vastuusta käydään jatkuvaa keskustelua. Mikä on yksilön vastuulla ja kuinka paljon julkinen valta voi ottaa vastuuta ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista? Ensisijainen vastuu omasta ja lähiympäristön terveydestä ja hyvinvoinnista on luonnollisesti ihmisillä itsellään. Yksilön elämäntapaan ja valintoihin vaikuttavat kuitenkin voimakkaasti hänen tiedolliset ja muut voimavaransa, elinolosuhteensa, ympäristön ja kulttuurin antamat virikkeet ja mahdollisuudet.” (STM 2006b, 13.) Vaikuttaa siltä, että yksilön ja yhteiskunnan vastuusta käydään jatkuvaa ristivetoa, ja aineistossa on nähtävissä tasapainoilua näiden vastuunjakojen välillä. Vastuudiskurssi on Julkusen (2006, 5, 9) mukaan pinnalla, sillä vastuu ja vastuullisuus toistuvat esimerkiksi julkisessa keskustelussa huomattavan usein ja kaikkia puhutellaan yhä enemmän vastuun nimissä. Julkunen (2006, 20) esittääkin, että tarjolla on sekä yksityistä että omaa vastuuta, kuten vastuuta omista teoista, eettisistä valinnoista, toimeentulosta, läheisten hoivasta, osaamisesta ja työllistyvyydestä, terveydestä ja toimintakyvystä, vanhuudesta tai sairaudesta. Yhteiskunnan ja yksilöiden vastuuden lisäksi muutamissa asiakirjoissa korostetaan myös yhteisöjen roolia ja yhteisöllisyyttä terveyden edistämiseksi. Vaikka yksilön vastuu kasvaa ja terveys yksilöllistyy ja henkilökohtaistuu, on terveys toisaalta koko ajan myös yhteinen, yhteiskunnalle kuuluva asia. Yksilö on vastuussa paitsi itselleen, myös yhteiskunnalle oman

elämänsä ja terveytensä kautta. Valtiovalta on pyrkinyt suojelemaan kansalaisten terveyttä ja elinvoimaa kautta historian. Nykyäänkin valtiovalta valvoo, kannustaa, suostuttelee ja ohjaa, mutta toisaalta pyrkii myös ehkäisemään ja rajoittamaan. Toinen merkittävä aineistossa esiin nouseva jännite onkin se, että terveys on paitsi henkilökohtainen ja oma asia, mutta myös yhteinen ja yhteiskunnan asia (vrt. Helén 2008, 146).

Kun terveyden edistämisen painopisteinä ovat yhä vahvemmin terveysongelmien ehkäisy, varhainen puuttuminen riskeihin sekä hyvinvoinnin aktiivinen edistäminen itsessään, voi tämä kaikki merkitä kansalaisen oman vastuun kasvattamista. Terveiden ylläpito ja terveydestä huolehtiminen on tärkeää jo ennen kuin tulee terveysongelmia, ja siksi yksilön terveyskäyttäytyminen, elintavat ja terveysriskien tunnistaminen ovat yhä suuremmissa roolissa. Mieleeni on noussut kysymys siitä, pyritäänkö kansalaisen vastuuta myös omasta hoidostaan hiljalleen lisäämään. Lisäksi valtiovalta ja terveysasiantuntijat ovat huolestuneita väestön ikääntymisestä ja elintapasairauksien mahdollisesta yleistymisestä, jolloin tällaisiin tulevaisuuden uhkakuviiin halutaan varautua painokkaasti. Terveiden edistäminen näyttäytyy tässäkin yhtenä ratkaisuna, jolla voitaisiin rajoittaa terveys- ja sosiaalipalvelujen kysyntää ja menojen kasvua (vrt. Ståhl & Rimpelä 2010, 3). Terveiden edistämistä oikeutetaan aineistossa lukuisin perusteluin: terveyden edistämällä on esimerkiksi suotuisat vaikutukset koko väestön ja yksittäisten ihmisten terveyteen ja inhimilliseen kehitykseen, kansantalouteen ja tuottavuuteen ja toisaalta koko yhteiskunnan hyvinvointiin ja menestykseen. Tällöin tuotetaan käsitys siitä, että on laajalti oikeutettua ja välttämätöntä puuttua ihmisten elämään terveyden nojalla ja pyrkiä edistämään väestön terveyttä. Tähän liittyy myös aiemmin esille nostamani positiivinen terveyskäsitys, joka on vallalla suomalaisessa terveystaloudessa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa. Tosin on tunnustettava, että itsekin ymmärrän terveyden ja puhun terveydestä pitkälti positiivisten mielikuvien ja käsitteiden kautta tässä tutkielmassa.

Jos tavoitteena on edistää mahdollisimman monen terveyttä tai saada mahdollisimman hyvä terveys suurimmalle osalle väestöstä, millaiseen asemaan tämä asettaa ne, jotka eivät joko vain halua tai yksinkertaisesti kykene täyttämään ihanteellisen terveystaloudellisen tavoitteita? Leimautuvatko nämä yksilöt toisen luokan kansalaisiksi tai antikansalaisiksi (vrt. Miller & Rose 2010, 312), ja ajatellaanko, että he ovat itse vastuussa mahdollisista terveysongelmista ja määrittyvätkö he siten

ulkopuolisiksi? Etenkin mahdollisimman hyvän terveyden asema ja merkitys saattaa tässä suhteessa olla liiankin määräävä, sillä hyvää terveyttä ihannoidaan kuitenkin huomattavan paljon. Jos puhutaan vain mahdollisimman hyvän terveyden tavoittelusta ja vastaavasti sairaudet ja terveysongelmat sivuutetaan ja jätetään syrjään, voi tämä merkitä sitä, että kohta ilman terveyttä ja sairauden kanssa ei enää kyetä elämään. Sairaus ja epäterveys tavallaan suljetaan ulos ja niiden mahdollisuus halutaan torjua. Ymmärretäänkö sairautta kohta enää normaaliksi osaksi ihmiselämää? On toki hyvä, että terveyttä, hyvinvointia ja hyvää oloa sinänsä arvostetaan ja pyritään edistämään, mutta kaikilla ei tämän saavuttamiseen ole välttämättä mahdollisuutta tai edellytyksiä, ja toisaalta samalla saatetaan jättää huomiotta se ihmiselämän ulottuvuus, johon myös kipu ja sairaudet väistämättä kuuluvat. Jos kaikki määrittyy terveyden kautta, osataanko arvostaa ja ottaa huomioon myös epäterveitä yksilöitä täysivaltaisina ja tasa-arvoisina kansalaisina? Onko terveysongelmista ja huonommasta toimintakyvystä kärsivillä tai ”vääränlaisia” elämäntapoja itsepintaisesti noudattavilla samoja oikeuksia? Esittämäni näkemykset ja kysymykset ovat ehkä hieman kärjistettyjä, mutta mielestäni niitä on tärkeä pohtia.

Kankaan ja Karvosen (2000b, 209) mukaan olisi tarpeen kysyä, mitä sairaudet merkitsevät ihmisten yhä monimutkaistuvassa arjessa ja elämäntavassa, eli aikana jolloin itsen jatkuva tarkkailu on aiempaa keskeisempää. Pitkäaikaissairaudet ovat kuitenkin yleistymässä länsimaissa, ja samalla ne ovat yhä arkipäiväisempiä. Kun hyvinvointi sairauden kanssa tai siitä huolimatta on kehittyneiden hoitomuotojen avulla mahdollista, on ristiriitaista, että samanaikaisesti terveellisyyden, etenkin täydellisen terveyden tavoittamisen ja arvostamisen eetos, korostuu. (Kangas & Karvonen 2000b, 209.) Toisaalta terveyttä koskevat käsitykset, myös arkikäsitteet, muuttuvat nykyaikana lääketieteellisen ja muun terveystiedon myötä sekä tiedotusvälineiden vaikutuksesta. Ihmiset voivat myös antaa terveydelle muitakin kuin sairauden puuttumista kuvaavia sisältöjä, kuten hyvinvoinnin kokeminen, energisyys, toimintakyky ja hyvä kunto. (Palosuo & Lahelma 2013, 41-42.) Nähdäkseni olisi mielekästä painottaa tätä terveyden moniulotteisuutta. Laajana käsitteenä terveys tarkoittaa sitä, että terveyttä tulee tarkastella eri ulottuvuuksien kannalta, eli fyysisen, sosiaalisen ja tajunnallisen hyvinvoinnin tilan näkökulmasta (Sihto 2011, 263). Mielestäni olisikin hyvä huomioida enemmän sitä, miten ihmiset itse kokevat ja määrittelevät terveyden, hyvinvoinnin, sairauden ja kärsimyksen sekä elävät näiden ulottuvuuksien kanssa. Näitä seikkoja olisi mielestäni hyvä tuoda enemmän esille myös nykyisessä terveyskeskustelussa.

Keskeisenä tutkimustuloksena on myös se, että yhteiskunnallinen diskurssi eli vaikkapa rakenteita, elinympäristöä ja palvelujärjestelmän toimivuutta painottava puhunta leikkautuu yksilödiskurssin eli elintapapainotteisen, yksilön vastuuseen ja terveyskäyttäytymiseen sekä riskiryhmiin keskittyvän puhunnan kanssa. Tämä punoutuu yhteiskunnan ja yksilön vastuunjaosta käytävään keskusteluun, ja yhteiskunnan ja yksilön vastuista terveystieteissä ja terveyden edistämässä käydään eräänlaista kamppailua. Mielenkiintoista on se, miten asiakirjoissa kansalaisten käyttäytymistä pyritään ohjaamaan ja muuttamaan terveellisemmäksi myös elinympäristön kautta. Terveyden edistämiseen sisältyy runsaasti etenkin välillistä hallintaa, ja kansalaisten terveystieteisiin pyritäänkin vaikuttamaan usein eri tavoin. Huomionarvoista on se, että ohjaus tapahtuu paljolti erilaisten suositusten ja etenkin palveluiden ja kuntien toimintaan vaikuttamisen kautta. Varsinkin elinympäristö ja arjen toimintakentät halutaan saada *terveyttä edistäviksi*: ympäristön on siis kannustettava, rohkaistava ja houkuteltava yksilöitä toimimaan terveellisesti ja aktiivisesti. Yhteiskunnan toiminnan ja elinympäristön kautta sekä välityksellä pyritään ohjaamaan yksilön terveystieteistä, sillä elinolosuhteilla nähdään olevan ratkaiseva merkitys terveyden edistämiseen. Ympäristöön, arjen toimintaan ja kansalaisten elinolosuhteisiin tulisi luoda riittävästi edellytyksiä terveelliselle ja terveyttä edistävälle toiminnalle. Ympäristö tavallaan valjastetaan terveyttä edistävään toimintaan ja tämän toiminnan keskeiseksi tueksi. Näin yksilöitä pyritään suostuttelemaan ja hienovaraisesti ohjaamaan tietynlaiseen, toivottavaan terveystieteisiin ja omaksumaan itse terveyden edistämisen asenne, eli yksilötasolle sovellettu *terveys kaikessa toiminnassa ja päätöksenteossa* –ajatus.

Terveysorientaation ja terveyden merkityksen kasvun todetaan aineistossa vahvistuneen, mutta toisaalta tätä terveysorientaatiota ja -tietoisuutta pyritään jatkuvasti lisäämään ja rohkaisemaan yhteiskunnan eri toiminnoissa ja yksilöiden asenteissa niin tietoisesti kuin tiedostamatta. Keinoina ovat esimerkiksi terveystieteen tehostaminen ja eri ryhmille suunnattu elintapaneuvonta. Yhteiskunnassa vallalla oleva tendenssi, eli aktiivista, omakohtaista ja yksilöllistä terveyden edistämistä painottava näkemys ja erilaiset terveystieteiset, kuten uudistetut ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014) tai kehotukset vaikkapa sokerin saannin vähentämisestä, kulkeutuvat tehokkaasti terveystieteen ja terveystiedon saatavuuden ja esilläolon kautta kansalaisten tietoisuuteen. Erityisesti kansalaisten kannustaminen, suostuttelu ja neuvonta ovat tässä keskeisiä. Terveystiedon antamisella myös lisätään ja vahvistetaan kansalaisten vastuuta ja vastuullisuutta. Kansalaisia pyritään rohkaisemaan ”oikeaoppiseen”

terveyskäyttäytymiseen ja tukemaan heitä muutoksissaan. Käytännössä terveellisestä ja terveyttä edistävästä käyttäytymisestä ja toiminnasta olisi tultava kansalaisen oman halun mukaista. Myös erilaiset terveysteknologiset sovellukset ovat kehittyneet ja yleistyneet, ja oman terveydentilan seuranta on vahvistumassa. Tässä etenkin numeraalisen tiedon rooli on yhä keskeisempi. Terveydentilasta on mahdollista saada ”tarkkaa ja luotettavaa” tietoa erilaisin mittarein, ja lisäksi saatavilla on esimerkiksi energiankulutustaulukoita sekä tietoja elintarvikkeiden ravintoainesisällöistä. Mielestäni voi sanoa, että kansalaisten elämä on nyky-yhteiskunnassa hyvin kontrolloitua ja usein varsin hienovaraisesti ohjattua terveyden ja terveyskäyttäytymisen suhteen. Näen, että eläminen terveysterveystieteiden ja terveyden nivoituvan hallinta ovat hyvin perustavanlaatuisia kysymyksiä, sillä terveys koskettaa ja määrittää ihmisenä olemista ja elämistä kokonaisuudessaan.

Terveys tuntuu toisaalta olevan väestöä ja eri väestöryhmiä yhä voimakkaammin jakava ja eriarvoistava tekijä. Monien osoittimien ja kansanterveyden mittarien mukaan suomalaisten terveys on kohentunut viime vuosikymmeninä, ja elinaika on pidentynyt ja toimintakyky parantunut, mutta kääntöpuolella on kuitenkin väestöryhmien välisten ja sosioekonomisten terveyserojen kasvu (Sihto ym. 2013b, 420; Vaarama 2013, 3). Etenkin suomalaisten miesten ja naisten elinajanodotteiden ero on yhä kansainvälisesti suuri, ja erityisesti miehillä sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat suuria verrattuna moniin muihin maihin. Terveysongelmat ja terveysriskit vaikuttavat myös kasautuvan vähätuloisimpiin väestöryhmiin. (Sihto ym. 2003b, 420.) Kangas ja Karvonen (2000b, 207) esittävät, että yksilöihin kohdistuva ja rakenteelliset syyt sivuuttava terveysvalistus ja erilaisten terveysriskien saama julkisuus ovat johtaneet tilanteeseen, jossa arjessa ja valtajulkisuudessa käyty keskustelu terveyden sosiaalisesta eriarvoisuudesta on vaarassa hämärtyä. Yksilönvastuun korostaminen voi vähitellen johtaa yhä kasvaviin terveyseroihin ja laajempaan eriarvoistumiseen, ja huoli terveyseroista nousee esiin miltei jokaisessa asiakirjassa. Toisaalta terveyden edistämisen yhteydessä nostetaan hyvin usein esille juuri terveyserot ja niiden kasvu, ja välillä on ollut vaikeaa erotella terveyden edistämistä terveyseroihin puuttumisesta ja vaikuttamisesta. Sihton (2011, 266) mukaan terveydentilasta huono-osaisuutta ja sosioekonomisia terveyseroja voi pitää merkittävinä hyvinvoinnin vajeina. Terveydentilasta huono-osaisuuden ja/tai sosioekonomisten terveyserojen ”syiden” ja etenkin näitä ilmiöitä tuottavien tekijöiden tutkimisessa ja analysoinnissa riittäisikin jatkossa tehtävää.

Tarkoitukseni tässä tutkielmassa on ollut pyrkiä muodostamaan kuva tämänhetkisestä terveyskansalaisuudesta sekä pohtia hieman sitä, mihin ollaan menossa. Väittäisin, ettei terveyden merkitys ja terveyden edistämisen painoarvo ainakaan vähene lähitulevaisuudessa, sillä tämänhetkisessä keskustelussa terveyden edistämistä pidetään niin merkittävänä sairauksien ennaltaehkäisyssä sekä tehokkuuden ja kustannussäästöjen kannalta. Toisaalta myös terveyspolitiikan ja siten terveyden edistämisen arvot ja painopisteet muotoutuvat yhteiskunnan muutosten mukana, vaikkei nopeita muutoksia tapahtuisikaan. Kiteyttäen voi sanoa, että tieto, ennaltaehkäisy, vastuullisuus ja aktiivisuus ovat keskeisiä kulmakiviä terveyden edistämisestä käytävässä keskustelussa. Nämä seikat heijastuvat niin yhteiskunnallisiin terveydenedistämistoimiin kuin kansalaisen omaan asemaan ja toimintaan. Olen myös pohtinut sitä, painottuvatko aineistossa etenkin yksilöön ja tämän terveyskäyttäytymiseen liittyvät tekijät yhteiskunnallisia, rakenteellisia ja olosuhdepainotteisia tekijöitä enemmän. Yhteenvetona tästä sanoisin, että aineiston asiakirjoissa tuodaan esille sekä yksilöön keskittyviä että yhteiskunnallisia tekijöitä ja toimenpiteitä yhtä paljon, vaikkakin yksilökeskeinen ja yhteiskuntapainotteinen puhunta usein leikkautuvat ja yhdistyvät toisiinsa mielenkiintoisella tavalla, kuten aiemmin olen pyrkinyt osoittamaan.

Mielestäni olisi tärkeää myös pitää mielessä terveyspolitiikan kiinteä yhteys yhteiskunta- ja sosiaalipolitiikkaan ja kysyä, otetaanko terveyden ja terveyskansalaisuuden sosiaalista ja yhteiskunnallista luonnetta riittävästi huomioon. Sosiaali- ja terveyspolitiikalla on jo lähtökohtaisesti toisiinsa liittyviä läheisiä kytkentöjä, sillä yhteisenä tavoitteena on paitsi terveyden ja hyvinvoinnin korkea taso, myös sosiaalisen tasauksen periaate, eli eriarvoisuuden ja huono-osaisuuden vähentäminen eri ryhmien osalta (Sihto 2011, 262-263). Kangas ja Karvonen (2000b, 207) kysyvät, millainen vastuu terveyden ylläpitämisestä, terveydestä huolehtimisesta ja sairauksien ennaltaehkäisystä yksilölle annetaan yhteiskunnassa. Huomiota tulisi kiinnittää siihen, kenen tehtäväksi kansan terveys kulloinkin mielletään eli millainen rooli terveyspolitiikan perusteluissa annetaan yhtäältä yksilölle ja toisaalta yhteiskunnalle (Harjula 2007, 15). Näitä kysymyksiä on tärkeä pohtia nyt ja myös tulevaisuutta ajatellen. Terveyspolitiikan kannalta on olennaista tarkastella myös erilaisia terveyskäsityksiä ja terveyteen liittyviä intressejä, sillä terveyspolitiikassa joudutaan ottamaan eri tavoin kantaa näitä intressejä edustavaan, laajaan toimijoiden joukkoon (vrt. Palosuo & Lahelma 2013, 40). Toivon, että tutkielmani onnistuu hieman valottamaan terveyden edistämisestä käytävää keskustelua, tästä keskustelusta välittyvää kansalaisen terveyspoliittista asemaa sekä tähän asemaan vaikuttavia, hyvin moninaisia intressejä.

8 Lähteet

Painetut lähteet

- Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.
- Alasuutari, Pertti 2001. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Gaudeamus, Helsinki.
- Anttonen, Anneli ja Sipilä, Jorma 2000. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino, Tampere.
- Dean, Mitchell 1999. Governmentality. Power and rule in modern society. Sage Publications, Lontoo.
- Eskola, Jari ja Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- Fairclough, Norman 1992. Discourse and social change. Polity Press, Cambridge & Oxford.
- Fairclough, Norman 1997. Miten media puhuu. Vastapaino, Tampere.
- Halse, Christine 2009. Bio-Citizenship. Virtue Discourses and the Birth of the Bio-Citizen. Teoksessa Wright, Jan ja Harwood, Valerie (toim.): Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'. Governing bodies. Routledge, Lontoo, 45-77.
- Harjula, Minna 2007. Terveysten jäljillä. Suomalainen terveystaloustiede 1900-luvulla. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Helén, Ilpo ja Jauho, Mikko (toim.) 2003. Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki.
- Helén, Ilpo ja Jauho Mikko 2003a. Johdanto. Teoksessa Helén, Ilpo ja Jauho, Mikko (toim.). Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki, 7-12.
- Helén, Ilpo ja Jauho Mikko 2003b. Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Helén, Ilpo ja Jauho, Mikko (toim.). Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki, 13-32.
- Helén, Ilpo 2004. Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: foucault'lainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Rahkonen, Keijo (toim.). Sosiologisia nykykeskusteluja. Gaudeamus, Helsinki, 206-236.
- Helén, Ilpo 2008. Terveyskansalaisuuden kohtalot. Huomioita uudesta terveystaloustieteestä ja huipputeknologisesta lääketieteestä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45, 146-154.
- Helén, Ilpo 2010. Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: foucault'lainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Kaisto, Jani ja Pyykkönen, Miikka (toim.). Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Gaudeamus, Helsinki, 27-48.
- Helne, Tuula, Julkunen, Raija, Kajanoja, Jouko, Laitinen-Kuikka, Sini, Silvasti, Tiina ja Simpura, Jussi 2003. Sosiaalinen politiikka. WSOY, Helsinki.
- Honkasalo, Marja-Liisa 2000. Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti? Teoksessa Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari ja Lillrank, Annika (toim.). Terveystaloustieteen suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki, 53-73.

- Hänninen, Sakari ja Karjalainen, Jouko (toim.) 1997. Biovallan kysymyksiä. Kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta. Gaudeamus, Helsinki.
- Hänninen, Sakari 2009. Johan on markkinat – eriarvoisuus Suomen terveystaloudessa. Teoksessa Koivusalo, Meri, Ollila, Eeva ja Alanko, Anna (toim.). Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki, 48-78.
- Jokinen, Arja 1993. Poliitikkojen puheet puntarissa: kaupunginvaltuutettujen asunnottomuuspuheiden retoriikka. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere, 189-226.
- Jokinen, Arja ja Juhila, Kirsi 1993. Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere, 75-108.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero 1993a. Johdanto. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere, 9-14.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero 1993b. Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere, 17-47.
- Jokinen, Arja 1999a. Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Tampere, 37-53.
- Jokinen, Arja 1999b. Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Tampere, 126-159.
- Jokinen, Arja ja Juhila, Kirsi 1999. Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Tampere, 54-97.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero 1999. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Tampere.
- Juhila, Kirsi 1999. Tutkijan positiot. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Tampere, 201-232.
- Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero 1999. Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Tampere, 233-252.
- Julkunen, Raija 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes, Helsinki.
- Kaisto, Jani ja Pyykkönen, Miikka 2010. Johdanto. Hallinnan analytiikan suuntaviivoja. Teoksessa Kaisto, Jani ja Pyykkönen, Miikka (toim.). Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Gaudeamus, Helsinki, 7-24.
- Kaisto, Jani ja Pyykkönen, Miikka (toim.) 2010. Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Gaudeamus, Helsinki.

- Kangas, Ilka ja Karvonen, Sakari 2000a. Terveys sosiologia ja postmoderni. Teoksessa Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari ja Lillrank, Annika (toim.). Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki, 176-188.
- Kangas, Ilka ja Karvonen, Sakari 2000b. Terveys sosiologian haasteet. Teoksessa Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari ja Lillrank, Annika (toim.). Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki, 206-210.
- Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari ja Lillrank, Annika (toim.) 2000. Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki.
- Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari ja Lillrank, Annika 2000. Johdanto. Teoksessa Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari ja Lillrank, Annika (toim.). Terveys sosiologian suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki, 7-11.
- Karisto, Antti, Lahelma, Eero ja Rahkonen, Ossi (toim.) 1992. Terveys sosiologia. WSOY, Juva.
- Karjalainen, Vappu ja Palola, Elina 2011. Johdannoksi – ajatuksia kirjan ytimestä. Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.). Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 5-11.
- Kauhanen, Jussi, Myllykangas, Markku, Salonen, Jukka T. ja Nissinen, Aulikki 1998. Kansanterveystiede. WSOY, Helsinki.
- Kauhanen, Jussi, Erkkilä, Arja, Korhonen, Maarit, Myllykangas, Markku ja Pekkanen, Juha 2013. Kansanterveystiede. Uudistettu painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Koivusalo, Meri, Ollila, Eeva ja Alanko, Anna (toim.) 2009. Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki.
- Kokkonen, Riina 2006. Huoleton, tiedostava ja fyysisesti normaali – vanhempien ”tervettä lasta” koskevat ristiriitaiset käsitykset. Yhteiskuntapolitiikka 71:5, 471-483.
- Kokkonen, Riina 2010. Käyrillä? Vanhempien tulkintoja lapsistaan ja vanhemmuudestaan suhteessa lasten pituus- ja painonormeihin. Yhteiskuntapolitiikka 75:2, 145-157.
- Kuusi, Hanna 2003. Modernin, osallistuvan kansalaisuuden tuottaminen ja tuberkuloosin torjuntatyö 1900-luvun vaihteessa. Teoksessa Helén, Ilpo ja Jauho, Mikko (toim.). Kansalaisuus ja kansanterveys. Gaudeamus, Helsinki, 33-57.
- Lupton, Deborah 1994. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies. Sage Publications, Lontoo.
- Lupton, Deborah 1995. The imperative of health. Public health and the regulated body. Sage Publications, Lontoo.
- Miller, Peter ja Rose, Nikolas 2008. Governing the present. Administering economic, social and personal life. Polity Press, Cambridge & Malden.
- Miller, Peter ja Rose, Nikolas 2010. Miten meitä hallitaan. Vastapaino, Tampere.
- Oinas, Elina 2006. Osallistavan terveystieteiden haasteet – mitä on tyttötyö tyttöjen ehdoilla? Teoksessa Puuronen, Anne (toim.) 2006. Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Nuorisotutkimusseuran julkaisu 63. Nuorisotutkimusverkosto, Tampere, 75-84.

- Ollila, Eeva ja Koivusalo, Meri 2009. Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi – terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa Koivusalo, Meri, Ollila, Eeva ja Alanko, Anna (toim.). Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki, 21-47.
- Palola, Elina 2009. Tervettä elämää Euroopassa – uuden vuosituhannen terveystaloutta. Teoksessa Koivusalo, Meri, Ollila, Eeva ja Alanko, Anna (toim.). Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki, 156-176.
- Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.) 2011. Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Pajukoski, Marja 2009. Suojelu, markkinat ja politiikka – sääntely kansalaisen terveyden takeena. Teoksessa Koivusalo, Meri, Ollila, Eeva ja Alanko, Anna (toim.). Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki, 79-105.
- Petersen, Alan, Barns, Ian, Dudley, Janice ja Harris, Patricia 1999. Introduction. Teoksessa Petersen, Alan, Barns, Ian, Dudley, Janice ja Harris, Patricia. Poststructuralism, citizenship and social policy. Routledge, Lontoo, 1-24.
- Pietikäinen, Sari ja Mäntynen, Anne 2009. Kurssi kohti diskurssia. Vastapaino, Tampere.
- Puuronen, Anne (toim.) 2006. Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 63. Nuorisotutkimusverkosto, Tampere.
- Rahkonen, Keijo (toim.) 2004. Sosiologisia nykykeskusteluja. Gaudeamus, Helsinki.
- Rajavaara, Marketta 2011. Näyttöperusteista sosiaalipolitiikkaa – kansalaiset vaikuttavuushallinnan objekteina ja subjekteina. Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.). Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 204-226.
- Rasimus, Ari ja Alasuutari, Pertti 2009. OECD ja Suomen julkisen sektorin muutos. Teoksessa Koivusalo, Meri, Ollila, Eeva ja Alanko, Anna (toim.). Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki, 132-155.
- Riska, Elianne 1992. Terveydenhuollon kriisi. Teoksessa Karisto, Antti, Lahelma, Eero ja Rahkonen, Ossi (toim.). Terveystaloutta. WSOY, Juva, 69-77.
- Rose, Nikolas 1999. Powers of freedom. Reframing political thought. Cambridge University Press, Cambridge.
- Rose, Nikolas 2007. The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century. Princeton University Press.
- Saastamoinen, Mikko 2010. Aktiivisen kansalaisuuden vastatulkintoja. Neuroottinen ja hylätty kansalaisuus. Teoksessa Kaisto, Jani ja Pyykkönen, Miikka (toim.). Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Gaudeamus, Helsinki, 230-253.
- Selin, Jani 2010. Kansalaisuuden tuottaminen yhteisöllisissä huumehoidoissa. Teoksessa Kaisto, Jani ja Pyykkönen, Miikka (toim.). Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Gaudeamus, Helsinki, 213-229.

Sihto, Marita 2011. Sosiaalinen vai terveydellinen – yhteistä näkökulmaa etsimässä. Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.). Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 261-282.

Suoninen, Eero 1993. Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere, 48-74.

Suoninen, Eero 1999. Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino, Tampere, 17-36.

Vaarama, Marja 2011. Prologi: Sosiaalipolitiikan nykytila. Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.). Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 15-29.

Warsell, Leena 2004. Kalanmaksajia kivuliaan kansan rattaisiin? Terveys, politiikka ja terveystieteet. Yhteiskuntapolitiikka 69:4, 419-428.

Wrede, Sirpa 2000. Suomalainen terveydenhuolto – jännitteitä ja murroksia. Teoksessa Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari ja Lillrank, Annika (toim.). Terveystieteiden suuntauksia. Gaudeamus, Helsinki, 189-205.

Elektroniset lähteet

Harju, Aaro 2005. Aktiivisen kansalaisuuden sisältömäärittely. Artikkelijulkaisu 18.4.2005.

http://www.kansalaisyhteiskunta.fi/tietopalvelu/aktiivinen_kansalaisuus/aktiivisen_kansalaisuuden_sisaltomaarittely Noudettu 6.5.2013.

Jauho, Mikko 2013. Terveydenhuollon ammattiryhmien terveystieteelliset näkemykset. Teoksessa Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorenkoski, Lauri ja Leppo, Kimmo (toim.). Terveystieteiden perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu, Teema 17/2013, 357-371. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 Noudettu 20.8.2014.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kansanterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066?search[type]=pika&search[pika]=kansanterveyslaki) Noudettu 27.8.2013.

Kokkonen, Riina 2009. The Fat Child – A Sign of ‘Bad’ Motherhood? An Analysis of Explanations for Children’s Fatness on a Finnish Website. Journal of Community & Applied Social Psychology 19, 336-347.

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.uef.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19f9d0f0-a165-4c08-961a-b3ac5c57c4c5%40sessionmgr14&vid=2&hid=24> Noudettu 15.4.2013.

Melkas, Tapani 2010. Kunnat terveyden edistäjinä – informaatio-ohjausta vai normeja? Teoksessa Ståhl, Timo ja Rimpelä, Arja (toim.). Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki, 45-53. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f> Noudettu 4.4.2014.

- Melkas, Tapani 2013. Terveys kaikissa politiikoissa – Health in All Policies (HiAP). Teoksessa Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorekoski, Lauri ja Leppo, Kimmo (toim.). Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Teema 17/2013, 187-199. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 Noudettu 22.8.2014.
- Palola, Elina 2005. Mihin ”terveyden Eurooppaa” tarvitaan? Yhteiskuntapolitiikka 70:4, 375-385. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100374/054palola.pdf?sequence=1> Noudettu 10.8.2013.
- Palosuo, Hannele ja Lahelma, Eero 2013. Terveiden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorekoski, Lauri ja Leppo, Kimmo (toim.). Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Teema 17/2013, 39-55. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 Noudettu 16.4.2014.
- Perustuslaki 11.6.1999/731. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P7> Noudettu 17.7.2013.
- Rimpelä, Matti 2005. Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavatko kansanterveyslain käsitteet historiaan? Yhteiskuntapolitiikka 70:1, 54-62. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101197/051rimpela.pdf?sequence=1> Noudettu 4.4.2014.
- Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorekoski, Lauri ja Leppo, Kimmo (toim.) 2013. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Teema 17/2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 Noudettu 10.12.2013.
- Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorekoski, Lauri ja Leppo, Kimmo 2013a. Johdanto. Teoksessa Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorekoski, Lauri ja Leppo, Kimmo (toim.). Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Teema 17/2013, 9-11. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 Noudettu 10.12.2013.
- Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorekoski, Lauri ja Leppo, Kimmo 2013b. Lopuksi: terveystoiminta edistää, ehkäisee, suojelee ja hoitaa. Teoksessa Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorekoski, Lauri ja Leppo, Kimmo (toim.). Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Teema 17/2013, 419-425. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 Noudettu 10.12.2013.
- STM 3.10.2013. Suomalaisten pitäisi liikkua enemmän ja istua vähemmän. STM:n tiedotteita. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1864786#fi> Noudettu 1.6.2014.
- Ståhl, Timo ja Rimpelä, Arja (toim.) 2010. Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f> Noudettu 4.4.2014.
- Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Noudettu 27.8.2013.

THL 21.11.2012. Suomalaisten terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin hyvä kehitys on vaarassa. THL:n tiedotteita. http://www.thl.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet-ja-uutiset/tiedote/-/asset_publisher/CzFyVvjxy7T/content/suomalaisten-terveyden-toimintakyvyn-ja-hyvinvoinnin-hyva-kehitys-on-vaarassa/10531 Noudettu 26.5.2014.

Vaarama, Marja 2013. Saatteeksi. Teoksessa Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorenkoski, Lauri ja Leppo, Kimmo (toim.). Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Teema 17/2013, 3-4. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 Noudettu 10.12.2013.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_w eb.2.pdf Noudettu 17.8.2014.

WHO 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17–21 November 1986. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1 Noudettu 8.6.2014.

Yle Uutiset 2.11.2012. Miksi Suomi lihoo? http://yle.fi/uutiset/miksi_suomi_lihoo/6362008 Noudettu 1.6.2014.

Yle Uutiset 24.8.2013. Suomalaiset syövät vieläkin liian suolaista. http://yle.fi/uutiset/suomalaiset_syovat_vielakin_liian_suolaista/6792598 Noudettu 1.6.2014.

Yle Uutiset 23.5.2014. Tunti tv:n edessä lyhentää elämää 21 minuutilla – suomalaiset saavat istumista rajoittavat suositukset. http://yle.fi/uutiset/tunti_tv_n_edessa_lyhentaa_elamaa_21_minuutilla_suomalaiset_saavat_istumista_rajoittavat_suosituksia/7257230 Noudettu 1.6.2014.

Liitteet

Liite 1. Tutkimusaineistona olevat asiakirjat aikajärjestyksessä varhaisimmasta tuoreimpaan ja lyhyet kuvaukset asiakirjoista

Sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjat

STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, 36 s.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>

Kansalliset terveystavoitteet on linjattu tässä valtioneuvoston vuonna 2001 hyväksymässä ohjelmassa. Ohjelman taustana on WHO:n Health for All-ohjelma, ja se jatkaa Suomen kansallista Terveystä kaikille vuoteen 2000-ohjelmaa. Kyseessä on yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla. Terveys 2015 -ohjelma on tarkoitettu terveydenhuollon ohella myös muille hallinnonaloille, koska väestön terveyteen vaikuttavat paljon terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, kuten elämäntavat, ympäristö, tuotteiden laatu sekä muut terveyttä tukevat ja vaarantavat tekijät. Ohjelman pyrkimyksenä on laaja-alaisen terveystavoitteiden luominen niin, että se antaa yhteisen pohjan eri tahojen terveyden edistämistoiminnalle ja pyrkii ohjaamaan yhteisiin päämääriin ja yhdensuuntaiseen toimintaan. Ohjelman toimeenpanoa ja seurantaa koordinoi Valtioneuvoston asettama Kansanterveyden neuvottelukunta yhdessä STM:n kanssa, ja neuvottelukunnassa ovat mukana monet hallinnon alat ja tahot. Ohjelman toimeenpanon periaatteena on jo meneillään olevien hankkeiden ja muun toiminnan hyödyntäminen sekä eri tahojen yhteistyön lisääminen. Ohjelman tavoitteet kohdistuvat kansanterveyden keskeisiin ongelmiin elämäntavan eri vaiheissa, ja mukana on sekä ikäryhmittäisiä tavoitteita että yhteisiä tavoitteita. Ohjelmassa määritellään myös 36 toimintalinjausta, jotka sisältävät kansalaisten arkielämän ympäristöjä ja yhteiskunnan eri toimijoita koskevia haasteita ja linjauksia.

STM 2006a. Sosiaali- ja terveystavoitteiden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. STM:n julkaisuja 2006:14, 52 s.

<http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>

Strategiassa esitetään Sosiaali- ja terveysministeriön näkemys sosiaali- ja terveystavoitteiden tärkeimmistä painotuksista lähivuosina. Strategia on laadittu ministeriön osastojen ja asiantuntijoiden yhteistyönä, ja ministeriön johtoryhmä on linjannut valmistelutyötä. Strategiassa painotetaan toimeenpanon merkitystä ja hakeudutaan lähemmäksi käytännön toimintamalleja. Strategia lähestyy toimintaohjelmaa. Strategian tavoitteina ja tunnuslauseina ovat ”Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa” sekä ”Kaikille mahdollisuus terveelliseen ja turvalliseen elämään”.

STM 2006b. Terveyden edistämisen laatusuositus. STM:n julkaisuja 2006:19, 71 s.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf

Laatusuosituksen yhteistyötahoina on ollut Stakesin (nyk. Tilastokeskus), Kansanterveyden laitoksen (nyk. THL), STM:n, sisäasiainministeriön, Kuntaliiton ja Terveyden edistämisen keskuksen (nyk. SOSTE) edustajia. Suosituksessa sovelletaan terveyden edistämisen kehikkona Ottawan julkilausumassa (Ottawa Charter 1986) käytettyä terveyden edistämisen toimintalinjojen luokittelua. Laatusuositus on tarkoitettu etenkin kuntien työn tueksi, ja se painottuu kuntien ja kuntayhtymien toimintaan. Laatusuositus toimii kuntajohdon terveyden edistämisen suunnittelun ja arvioinnin perusteina ja eräänä kehittämistyön välineenä. Väestön terveyden lisääminen ja terveyserojen vähentäminen tulisi olla jokaisessa kunnassa yksi toiminnallisista painoalueista. Asiakirjassa nojataan osaltaan Terveys 2015-ohjelmaan, ja suositukset tukevat osaltaan tämän ohjelman toteutusta. Laatusuosituksen tarkoitus on myös toimia terveyden edistämisen kehittämistyön, suunnittelun, seurannan ja arvioinnin työvälineenä, ja se on tarkoitettu työvälineeksi terveydenhuollolle, kunnan muille hallinnonaloille, päättäjille ja työntekijöille. Suositukset koskevat terveyden edistämisen johtamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta, yhteistyötä, työnjakoa, terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointia.

STM 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10. Yliopistopaino, Helsinki. 20 s.

[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3875.pdf&title=Valtioneuvoston periaatepaatos terveytta edistavan liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3875.pdf&title=Valtioneuvoston_periaatepaatos_terveytta_edistavan_liikunnan_ja_ravinnon_kehittamislinjoista_fi.pdf)

Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta ja valtion ravitsemusneuvottelukunta ovat yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa valmistelleet periaatepäätöksen ja sen toimeenpanosuunnitelman kuluvalle hallituskaudelle (tässä Matti Vanhasen II hallitus). Valmistelussa on ollut mukana myös kansanterveyden neuvottelukunta, työterveyshuollon neuvottelukunta sekä valtion liikuntaneuvosto. Keskeistä on ollut eri sidosryhmien ja hallinnonalojen yhteistyö. Periaatepäätöksessä on linjattu tavoitteet ja kehittämislinjat eri ikä- ja väestöryhmille paikallistason päätöksentekoon, muuhun arkiympäristön kehittämiseen, eri ammattiryhmien kouluttamiseen sekä tutkimukseen ja seurantaan. Periaatepäätöksen toteutumista koordinoivat ja seuraavat sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö toimialoillaan sekä neuvoa antavina eliminä terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta ja valtioneuvoston ravitsemusneuvottelukunta. Valtioneuvosto asettaa terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon edistämisen päätavoitteiksi väestön terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn niin, että

1. terveytensä kannalta liikkuvien määrä lisääntyy ja liikunnasta syrjäytyneiden määrä vähenee
2. ravitsemussuosituksen mukaisesti syövien määrä kasvaa kasvien, hedelmien ja marjojen käyttöä lisäämällä samalla kun suolan, sokerin ja tyydyttyneen rasvan saanti vähenee

3. lihavuus ja ylipaino sekä muut ravintoon ja riittämättömään liikuntaan liittyvät terveyshaitat vähenevät
4. terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset yleistyvät etenkin huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla väestöryhmillä.

STM 2010a. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. 184 s. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf

Vuonna 2002 voimaan tulleen sosiaali- ja terveystietokertomuksesta annetun lain (879/2002) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö antaa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa sekä niiden parantamiseksi tehtyjä toimenpiteitä koskevan kertomuksen neljän vuoden välein. Tätä sosiaali- ja terveystietokertomusta on tarkoitus käyttää hallituksen toimenpidekertomuksen oheisaineistona. Tämä vuonna 2010 julkaistu kertomus kuvaa pääosin vuosien 2006-2009 kehitystä ja toimenpiteitä. Koska väestön hyvinvointiin ja terveydentilaan vaikuttavat merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella tehdyt toimenpiteet, kyseinen kertomus käsittelee myös eri ministeriöiden ja hallinnonalojen toimenpiteitä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kertomuksessa raportoidaan hyvinvoinnin ja terveydentilan kehittymisestä strategian painopistealueilla sekä millä keskeisillä kehittämissuunnitelmissa ja toimenpiteillä ministeriö vastaa eri alueiden haasteisiin. Eri hallinnonalojen terveyttä edistävää työtä arvioidaan nelivuotiskausittain näissä eduskunnalle annettavissa sosiaali- ja terveystietokertomuksissa. Sosiaali- ja terveystietokertomus on jäsenelty STM:n strategisten linjausten mukaisesti. Näitä ovat: 1. edistetään terveyttä ja toimintakykyä 2. lisätään työelämän vetovoimaa 3. vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä 4. varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.

STM 2010b. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskuva 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020. STM:n selvityksiä 2010:23, 21 s. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12410.pdf

Tulevaisuuskuvaussuunnitelmassa linjataan suomalaista terveyspolitiikkaa ja terveyden edistämistä lähitulevaisuudelle. Kuvaus on valmisteltu virkamiestyönä. Raportissa nostetaan esille ministeriön vastuualueen kannalta keskeisiä haasteita ja alustavia linjauksia ja korostetaan etenkin sitä, että ihmisten hyvinvoinnin turvaaminen edellyttää eri ministeriöiden ja hallinnonalojen tiivistä yhteistyötä. Tulevaisuuskuvaus nojautuu Valtioneuvoston ennakoitiverkoston valmistelemaan kuvaukseen Yhdessä ja erikseen – Maailma ja Suomi 2010-luvulla, joka kuvaa yhteisen toimintaympäristömme kansainvälisiä ja kansallisia muutoksia vuoteen 2020. Tulevaisuuskuvaussuunnitelman tunnuslauseina ovat ”Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020” sekä ”Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen keskeiseksi osaksi päätöksentekoa”.

STM 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Kansallinen sosiaali- ja terveystalouden strategia. STM:n julkaisuja 2011:1, 24 s.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf

Ohjelma on lähitulevaisuuteen suuntautuva kansallinen Sosiaali- ja terveysministeriön terveys- ja sosiaalipolitiikan strategia. Strategia on laadittu keskustellen Sosiaali- ja terveysministeriön sidosryhmien ja kumppaneiden kanssa. Strategian tavoitteena on sosiaalisesti kestävä yhteiskunta, jossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti, varmistetaan kaikkien osallisuus sekä edistetään jokaisen terveyttä ja toimintakykyä. Sosiaalinen kestävyys edellyttää, että kansalaisten hyvinvointi- ja terveyserot pienenevät ja heikoimmassa asemassa olevien tilanne paranee. Kaikille halutaan antaa mahdollisuus terveelliseen ja turvalliseen elämään. Raportissa todetaan, että sosiaalinen kestävyys on sekä toimintamalli että tavoite.

STM 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012-2015. STM:n julkaisuja 2012:1, 58 s.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman eli Kaste-ohjelman. Ohjelma perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin. Ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet, niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Kaste-ohjelma on strateginen ohjausväline, jolla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveystaloutta. Se on myös pitkäkestoinen muutos-, modernisointi- ja innovaatioprosessi ja kansallinen ohjelma, jossa luodaan, arvioidaan, levitetään ja juurrutetaan uusia hyviä käytäntöjä. Kaste on laadittu alueiden ja keskushallinnon keskeisten asiantuntijoiden yhteistyönä. Ohjelman tavoitteena on ensinnäkin se, että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja toiseksi että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti. Painopistettä myös siirretään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma, johon muut alan keskeiset ohjelmat integroituvat ja jolla selkeät tavoitteet ja rajattu määrä strategisesti tärkeitä osaohjelmia. Ohjelma muodostuu kuudesta osaohjelmasta, niihin liittyvistä säädösuudistuksista ja suosituksista. Osaohjelmat ovat seuraavat:

1. Riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan
2. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja uudistetaan
3. Ikäihmisten palvelujen rakennetta ja sisältöä uudistetaan
4. Palvelurakennetta ja peruspalveluja uudistetaan
5. Tieto- ja tietojärjestelmät saatetaan asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi
6. Johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia.

STM 2012b. Terveys 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4, 128 s.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf

Asiakirja on Terveys 2015 –ohjelman väliarvioinnista koostettu raportti. Kansanterveyden neuvottelukunta on vastannut raportin toimittamisesta, ja aineistoa raporttiin ovat tuottaneet lukuisat asiantuntijat STM:n ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen eri osastoilta, Työterveyslaitokselta, Terveiden edistämisen keskukselta (ennen Tekry, nykyinen Soste) ja Suomen Akatemiasta. Raportissa kuvataan, miten kuhunkin toiminnan linjaukseen on vastattu kansallisella tasolla lainsäädännön, oppaiden ja laatusuositusten, ohjelmien ja hankkeiden sekä muiden toimenpiteiden avulla. Toisaalta raportissa huomautetaan, että toiminnan ja tulosten välille ei voida vetää suoria johtopäätöksiä. Ohjelman peruseriaatteena on yhteistyö ja yhdessä eri hallinnonalojen kanssa vaikuttaminen väestön terveyteen ja terveyden taustatekijöihin.

STM 2013. Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2012-2015. STM:n julkaisuja 2013:1, 24 s.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26349.pdf

Julkaisu antaa yleiskuvan sosiaali- ja terveysministeriön toiminnan laajuudesta, painotuksista ja siitä, miten sosiaali- ja terveysministeriö toimii Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön strategisena tavoitteena on sosiaalisesti kestävä yhteiskunta vuonna 2020. Se edellyttää hyvinvoinnin vahvaa perustaa, kaikille yhtäläistä mahdollisuutta hyvinvointiin sekä sellaista elinympäristöä, joka tukee terveyttä ja turvallisuutta. Sosiaalisesti kestävä Suomi kohtelee kaikkia ihmisiä reilusti ja tukee jokaisen terveyttä ja toimintakykyä. Se myös antaa turvaa ja palveluja, jotta kaikkien osallisuus ja yhteisöllisyys vahvistuisivat. Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on huomattava määrä ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia asioita, jotka on kirjattu myös hallitusohjelmaan.

Valtioneuvoston asiakirjat

TEPO 2007. Terveiden edistämisen politiikkaohjelma. Hallituksen periaatepäätös strategia-asiakirjasta 5.12.2007. 18 s. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Ohjelman johtavana toimintaperiaatteena on Terveys kaikissa politiikoissa –ajattelun omaksuminen eri hallinnonaloilla ja päätöksentekotasolla. Tarkoitus johtaa väestön terveydentilan kohenemiseen ja terveyserojen kaventumiseen. Pyrkii myös osaltaan parantamaan työllisyysastetta lieventämällä kansansairauksia ja vähentämällä syrjäytymisongelmista aiheutuvia sairauspoissaoloja ja varhaista eläköitymistä. Ohjelma on poikkihallinnollinen ja sitä on koordinoanut peruspalveluministeri. Em. toimintaperiaatteen mukaisesti terveysnäkökohdat pitää ottaa huomioon valtion, alueellisen ja paikallisen tason päätöksenteossa sekä elinkeinoelämässä, työpaikoilla ja järjestöissä. Näin

edistetään terveyden edellytyksiä esimerkiksi kehittämällä rakennettua ympäristöä, liikennejärjestelyjä, vapaa-ajan palvelujen saatavuutta, kouluympäristön terveellisyyttä sekä mahdollisuuksia tehdä terveellisiä valintoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän painopistettä pyritään siirtämään ennaltaehkäiseviin palveluihin ja varhaiseen puuttumiseen.

Hallitusohjelma 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. 90 s.

<http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>

Hallitusohjelma on hallitukseen osallistuvien puolueiden keskenään sopima ja hyväksymä toimintasuunnitelma, jossa on sovittu hallituksen tärkeimmistä tehtäväalueista. Kataisen hallituksen ohjelma on annettu tiedonantona eduskunnalle 22.6.2011. Hallituksen tavoitteena on välittävä ja menestyvä Suomi. Suomea kehitetään pohjoismaisena hyvinvointivaltiona ja yhteiskuntana, joka kantaa vastuunsa paitsi omista kansalaisistaan, myös kansainvälisesti osana muita Pohjoismaita, Eurooppaa ja maailmaa. Hallituksen painopistealueina ovat köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen, julkisen talouden vakauttaminen sekä kestävä talouskasvu, työllisyyden ja kilpailukyvyn vahvistaminen. Hallitusohjelma on jaettu johdannon lisäksi 11 lukuun, jotka ovat: 1. hallituksen painopistealueet 2. talouspolitiikka 3. ulko-, turvallisuus- ja puolustuspolitiikka sekä EU-asiat 4. oikeuspolitiikka, sisäinen turvallisuus ja maahanmuutto 5. koulutus-, tiede- ja kulttuuripolitiikka 6. elinkeino-, työllisyys- ja innovaatiopolitiikka 7. hyvinvointipolitiikka 8. ympäristöpolitiikka 9. ilmastopolitiikka 10. kuntapolitiikka ja hallinnon kehittäminen 11. omistajapolitiikka.

Hallitusohjelman osalta olen keskittynyt pääasiassa hyvinvointipolitiikkaa käsittelevään osioon, koska siinä puhutaan tutkielman kannalta olennaisista terveyteen liittyvistä asioista. Lisäksi olen perehtynyt johdantoon ja hallituksen painopistealueisiin, sillä niissä puhutaan myös jonkin verran hyvinvoinnin ja terveyden kysymyksistä.