

Kalanmaksäöljyä kivuliaan kansan rattaisiin?

Terveys, politiikka ja terveystkansalaisuus

LEENA WARSELL

”Nigerian johtajat kiistelevät poliorokotteen turvallisuudesta”, otsikoi Helsingin Sanomat 7.2.2004. ”Tauti leviää, koska lapsia ei rokoteta.” Mikä saa Nigerian johtajat tappamaan lapsia? Vastaus: johtajat pelkäävät, että rokotteilla tehdäänkin politiikkaa, ei terveyden edistämisen politiikkaa. Lehden mukaan erityisesti pohjoisten muslimimaakuntien johtajat ovat viime vuosina järjestelmällisesti kieltäytyneet alueella tehtävistä lasten poliorokotuksista, koska uskonnolliset johtajat pelkäävät rokotteen levittävän aidsia ja heikentävän hedelmällisyyttä. Jotkut uskonnolliset johtajat ovat kutsuneet rokotuskampanjoita myös Yhdysvaltain salajuoneksi, jonka tarkoituksena on hävittää afrikkalaiset ja muut kehitysmaat maapallolta. Näin siis tämän päivän Nigeriassa. Mitä se meitä liikuttaa? Modernia kehittyneitä länsimaista tietoyhteiskuntaa?

Terveyttä, sen edistämistä ja korjaamista on tavallisimmin tarkasteltu terveyssektorin sisältä käsin lähinnä sen omien asiantuntijoiden ja oman profession tietämykseen nojaten ilman laajempaa yhteiskunnallista kehystä. Silloin terveyden politiikkaluonne on paljolti jäänyt piiloon: kansaa on rokotettu, steriloitu, abortoitu, kontrolloitu ja valistettu tautien torjumiseksi tai erilaisten vammojen ja häiriötilojen ehkäisemiseksi lääketieteellisen ja terveyden ”hyvän” näkökulmasta. Toiminnan kohteet, ”asiakasnäkökulma”, ei ole juuri kiinnostanut sen paremmin tutkijoita kuin itse toimijoita.

Mitä kaikkea terveyden nimissä on suomalaisessakin yhteiskunnassa aikojen mittaan oikein ajettu? Ja ajetaan edelleen? Mitä muuta kuin yksilön hyvinvointia niiden avulla on tavoiteltu ja mihin kaikkeen lääketieteen legitimitettiin on it-

ensä oikeuttanut kansalaisia ja kansalaisuutta muokattaessa? Terveydenhuollon sanotaan olevan nyt kriisissä. Toisaalta kriisin väitetään koskevan koko yhteiskuntaa ja erityisesti sen hyvinvointivaltio-luonnetta. Voidaanko yhden erityisalueen kriisi (esim. sosiaali- tai terveydenhuollon) ratkaista sen alueen sisäisin toimenpitein ja sisäiseen asiantuntemukseen rakentuvien ohjelmin, vai pitäisikö mukaan saada laajempaa yhteiskunnallista perspektiiviä? Pitäisikö meidän ”nigerialaistua” ja uskaltaa ainakin epäillä?

Miksi sosiaal kansalaisuus ei ole kiinnostanut?

Nykytilanteen ymmärtämiseksi tarvitaan sellaista sosiaalhistoriallista perspektiiviä, joka lähtee purkamaan terveyttä ja sen suojelua kansalaisidentiteetin näkökulmasta, ei hallinnon eikä huolto- ja hoitopolitiikan. Vastikään aiheesta ilmestynyt kirja (Helén & Jauho 2003a) tuo oivallista lisävalaistusta terveystkansalaisuuden näkökulmasta.¹ Siihen kootut artikkelit eri terveydenhoidon historian alueilta osoittavat, että vaikka vuosisadan alussa itse kansanterveystyö oli vielä hallinnollisesti hajanaista, oli jo syntynyt terveyden ja politiikan vahva liitto suomalaista identiteettiä muokkaamaan ja sivistämään – jopa puhdistamaan perimää. ”Yhtäältä terveydenhoito – myös henkilökohtainen – määriteltiin väestön, kansan ja yh-

¹ Olen käyttänyt tämän juttuni pääasiallisena lähteenä Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon toimittamaa teosta ”Kansalaisuus ja kansanterveys” (2003a).

teiskunnan ohjailuksi, ja sen tavoitteena oli näiden elinvoiman turvaaminen ja vahvistaminen. Toisaalta lääketieteellisestä asiantuntemuksesta, instituutioista ja käytännöistä tuli osa yhteiskunnallista järjestyksenpitoa. Tämä ilmeni selvimmin tartuntatautiin vastaisessa kamppailussa, mielisairaanhoidossa sekä työväen kurinalaistamisessa terveydenhoitovalistuksen ja sosiaalilääketieteen avulla.” (Helén & Jauho 2003b, 8.)

Kun seuraa vuosisadan alkukymmenien rotuhygieeniisiin oppeihin pohjautuvan pakkosterilisaation läpiajamista ja sen laajamittaista toteuttamista, on pakko myöntää, miten läheltä sittenkin meitä koskettaa muslimijohtajien pelko. Mitä muuta ne olivat kuin kansan ”puhdistamista” eitoivotusta perimästä? Hedelmällisyyden heikentämisen oikeutusta? Perimän puhdistamisen ideologia eli suomalaisten lääketieteen asiantuntijoiden mielissä, käytännöissä – ja lainsäädännössä – hyvinvointivaltion alkutaipaleelle saakka. Samaa pelkäävät nyt Nigerien johtajat: jospa rokotus onkin uudenlainen, maan ulkopuolisten kehittyneiden maiden keksimä pakkosterilisaation ja kansalaisten eliminoinnin keino!

Kansalaisuutta ja kansalaisidentiteettiä (suomalaisuutta) on pääasiassa paalutettu poliittisen kansalaisuuden näkökulmasta. Sitä ei juuri ole tutkimuksellisin keinoin tarkasteltu ns. sosiaalisena kansalaisuutena, vielä vähemmän ns. terveyskansalaisuutena. Tässä näkökulmassa ”kansanterveyden edistäminen koskettaa kansallisuuskamppailuja ja sitä, kuinka terveystieteet muokkaavat kansalaisuuden alaa ja muotoa. Näin kansanterveyshankkeiden ja kansalaisuuden yhteyden tutkiminen sivuaa myös kansalaisuuden sukupuolittumista ja naiskansalaisuutta koskevaa tutkimusta, joka on valottanut kansalaistumisen, yksityisten elämäntapojen murren ja yksityisen elämänpiirin politisoitumisen välisiä yhteyksiä”. (Helén & Jauho 2003b, 8.)

Sosiaali- ja terveyskansalaisen näkökulman vähäisyys yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa voisi osaltaan selittyä siitä yleisestä kehityksestä, joka meillä Suomessa aikanaan omaksuttiin yhteiskunta- ja sosiaalipolitiikan pohjaksi. Pauli Kettusen (2003) käsitteanalyysi sanasta ”yhteiskunta” voi kertoa yhtä ja toista tätä näkökulmaa valaisevaa. ”Yhteiskunta” on 1840-luvun lopun uudisanoja. Se on suomalaishallituksen liikkeen synnyvaiheessa tietoisesti rakennettua sanastoa, jonka tekijöiden ”kasvatuksen ja kulttuurin kieli” oli ruotsi. Tästä sanasta tuli alun perin latinasta tule-

van *societas*-sanan käännös. ”Sosiaali” ja ”sosiaalinen” jäivät sivuun yhteiskunta-käsitteen merkityssisällöstä. Suomen kielessä yhteiskunnan käsite läheni vahvasti valtion käsitettä, jopa siihen ajoittain samastuen. Sanan ensi merkityksessä (1847) kyse on ollut ”maata omistavasta yhdyskunnasta, jakokunnasta”. (Kettunen 2003.)

Oliko yhteiskunta-käsitteen lähes valtioon samastuva määritelmä omiaan työntämään syrjään ”sosiaalista”, joka toisenlaisessa kontekstissa olisi vahvistunut? Jäikö se nyt ikään kuin ”yhteisen”, ”yhdessä olemisen”, ”yhteisön” (vrt. ruotsin *sambälle*, engl. *society*, ranskan *société*) näkökulmavähäisyytenä sivuun ja sen tilalle nousi valtiokansalaisuus ja valtion linjaama ja määrittämä toiminta-ajatus? Kärjistäen ”Suomessa siirrettiin kaikki valtiota pienempi yhteiskunta-käsitteen ulkopuolelle” (Risto Eräsaari, suullinen tieto 2004). Määrittäminen yhteiskunnasta lähinnä *pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon samastuvana käsitteenä* lienee yksi syy siihen, miksi meillä puhe ”kansalaisyhteiskunnasta” on ikään kuin ”yhteiskuntakansalaisuuden vastakohta”. Tämän näkökulman vallitsevuusko on myös vienyt tutkimuksellista kiinnostusta arkipäivän elämiseen, elämisen politiikkaan ja terveyden suojaamisen sosiaalishistoriallisiin tarinoin.

Toisaalta voidaan väittää, ettei elämisen arki ole suomalaisia koskaan kiinnostanut, joitakin kansantaiteilijoita lukuun ottamatta. Arki ei meillä merkitse mitään erityisen ylevää tai mielenkiintoista päinvastoin kuin esimerkiksi ranskalaisille ja italialaisille, mikä näkyy mm. elokuvien aihevalinnoissa. Meille ”suurta” ovat monumentit: musiikkitalot, kirkot, jäähallit ja monitoimitalot. Tärkeintä on luoda rakenteita, sairaaloita ja kuntoutuskeskuksia, säätää lakeja ja valvoa niiden noudattamista. Tähän viittaa myös Pekka Kuusi kirjassaan ”60-luvun sosiaalipolitiikka” (1961) kuvatesaan, miten vaikeaa on saada riittävää poliittista tahtoa liikkeelle kansanterveyden nimissä ja erikoissairaanhoidon sijasta. Hän toteaa jotenkin tähän tapaan: uusi ja kiiltävien käytävien keskussairaala kyllä kokoaa maakuntien mahtimiehet hankkeen taakse, mutta ponnistukset kansan yleisimpien sairauksien ja tautien taltuttamiseksi sen sijaan eivät saa samoja piirejä ollenkaan innostumaan.

Terveyskansalaisuus identiteettinä

Terveyskansalaisuus on mielenkiintoinen käsite. Sillä on Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon mukaan

kaksi merkitysulottuvuutta. Ensimmäinen koostuu pyrkimyksistä *kansalaistaa jokainen ihmis-yksilö terveydenhoidon nimissä*. Kysymys on tällöin kansanterveystyön valitukseellisesta puolesta eli henkilökohtaisen terveydenhoidon sanoman levittämisestä suurille väestöryhmille. Tämä virike tuli viime vuosisadan alkutaipaleella vapaaehtoisjärjestöiltä ja lääkärinkunnan esitaistelijoiden piiristä, ja julkinen valta – kaupungit, kunnat ja valtio – alkoi tukea ja myös itse harjoittaa sitä. Suomessa terveysvalistus voimistui 1880-luvulta alkaen kansallisen hygienialiikkeen ja sosiaalilääketieteen esiinnousun myötä. Toinen ulottuvuus terveyskansalaisuudessa on *eriarvoistaa kansalaisia kansanterveyden vaalimisen nimissä*. Tällä taas tarkoitetaan toimintaa, jolla julkinen valta ja lääkärinkunta tarkkailivat, ryhmittelivät ja erittelivät kansakunnan jäseniä normaaleihin ja sairaaloihin, tuottaviin ja rasituksiin tai kunnollisiin ja vaarallisiin kansalaisiin. Näiden luokittelujen varassa kontrolloitiin ihmisyksilöitä ja -ryhmiä sekä puututtiin näiden elämään.

Jo antiikin Kreikan kaupunkivaltioista lähtien kansalaisuus on määrittynyt suhteessa *vajaaseen tai epätäydelliseen* kansalaisuuteen sekä *ei-kansaliseen* luokkaan. Kansalaisuutta muokataan myös silloin, kun kansalaisia eritellään sen mukaan, mikä on heidän arvonsa kansan terveyden ja elinvoiman kannalta. Tällöin terveyskansalaisuutta luodaan määrittelemällä sille *ulkopuoli ja toiseus*. Kun kansalaisuuden hierarkia määritellään elinvoimaisuuden, *vitaalisuuden*, perusteella, kansalaisuuden kriteereistä tulee biokriteereitä. Terveyskansalaisuus on jatkumo, jolla yksilö voi määrittäytyä enemmän tai vähemmän kansalaiseksi. ”Vaajakelpoisia” kansalaisia (jotka määrittäytyvät eri aikoina eri tavoin) ei lyödäkään suoraan ulos (*les exclus*), vaan heidät joko alistetaan valvontaan, eristetään tai heille tarjotaan hoitoa ja hoivaa. (Helén & Jauho 2003c, 14–15.)

Tällainen kehityskaari on koskenut esimerkiksi kehitysvammaisia, mieleltään järkköneitä, juoppoja, narkomaaneja, prostituoituja, vammaisia, epileptikkoja. Mutta se on tunnistettavissa myös naiseen, lapsiin ja eri yhteiskuntaluokkiin kuuluvien kansalaisten (työväen kysymys) suhteutettuna mallina. Jokainen aika muovaa omat terveyskansalaisuuden *inklusiiviset* (mukaan lukevat) ja *eksklusiiviset* (syryttävät) kriteerinsä: se voi myös ”armahtaa” eli ottaa uudestaan oikeiksi kansalaisiksi tai se voi myös uudelleen syryttää jonkin uuden tekijän ilmestyessä tietoisuuteen stigmati-

soimaan jotakin kansalaisten ryhmää, ryhmittymää tai erillisiä yksilöitä.

Hyvänä esimerkkinä terveyden eriarvoistavasta kansalaisuusvaikutuksesta nykypäivänä on aids. Juuri ennen kuin aids ilmaantui, homot olivat saamassa kansalaisoikeudet ja vahvistamassa omaa identiteettiään. Huumeiden käyttäjiä oli alettu kohdella oikeudenmukaisemmin. Jopa pakolaisiin otettiin varovaisen myönteistä kantaa. Tieto uudesta viruksesta leviävästä, ”jostain Afrikasta” peräisin olevasta aidsista räjäytti erilaisuuden sietokynnyksen hetkessä korkeuksiin. Taudin tulosta kertovat otsikot kirkuivat vuonna 1983 kesälomalla olleille suomalaisille, että ”nyt oli tapahtumassa jotain poikkeuksellista ja pelottavaa: tämä uusi tauti tulee Suomeen väkisin, sitten se tarttuu ja tappaa” (Sykkö 2003). Seuraavassa joitakin otsikoita:

”Henkinen tylsistyminen voi olla AIDSin ensioire”

”Ruotsissa aidsnarkomaanit eristetään omalle saarelle”

”Alle viidellä somalilla todettu HIV-tartunta”

”Homoviruksen leviäminen Suomeen vain ajan kysymys”

Alkurytäkässä leimattiin erityisesti homoseksuaalit. Aids oli yhtä kuin ”homorutto”, ”homovirus” tai ”homotauti”. Sitten syrjintä ikään kuin kerrostui: jos olit homo, musta, narkomaani ja kuului vielä alimpaan sosiaaliluokkaan, olit monen kerroksen ”syrykkö”. Pelko vei mennessään sekä suvaitsevaisuuden että suhteellisuudentajun. Lehdissä ihan tosissaan pohdittiin, voiko taudin saada oleskelemalla samoissa tiloissa heidän kanssaan. Homoseksuaaliksi tiedetylle vieraille saatettiin kattaa paperilautanen illallispöytään.

Alkuaikoihin verrattuna valtaosa lehtikirjoittelusta on nyt asiallista ja pysyttelee mieluummin globaalilla tasolla kuin kansalaisten olohuoneissa ja makuukamareissa. Mutta edelleen hiv on tv:ssä, radiossa ja lehdissä muiden – homojen, huorien, mustien, narkomaanien, kehitysmaiden – tauti. Se ei ole meidän ongelmamme. Se on heidän ongelmansa. Ihmiset tekevät edelleen selkeän rajan tartunnan saaneiden ja meidän puhtaiden suhteen siten, että tartunnan saaneet ovat uhkaavia, vaarallisia ja kuolevia. Vaikka hiv-ihmiset itse vertaavat itseään terveisiin suomalaisiin, meidän mielikuvissamme he ovat lähes sänkypotilaita.

Vaikka kolmasosa tartunnoista saadaan nykyään heteroseksissä, ei valtaväestön eli heterojen tartunnoista edelleenkään puhuta. Tautia ei ole

voitettu: neljän viime vuoden aikana tartunnat ovat taas lisääntyneet. Syy tähän ei ole selvinnyt. Usean tekijän summa? Saataisiinko tartunnat taas kuriin, jos niistä alettaisiin puhua vuosisadan alun kansanterveystyön hengessä kodeissa ja kouluissa, lehdissä ja muissa viestimissä? (Sykkö 2003.) Terveyskansalaisuuden nimissä määritetään edelleen toiseutta ja ulkopuolisuutta. Ja mitä lähempänä toiseus alkaa olla meitä ”tavallisia”, sen vaikeampaa sitä on myöntää.

Raittiuskansalaisuudesta alkoholi-terveyteen?

Kansallinen terveysohjelma vuodelta 2002 tekee omalla tavallaan historiaa. Se nostaa lääketieteen asiantuntijoiden ”sisäpiirissä” pöydälle alkoholin aiheuttamat kansanterveydelliset haitat ulkopuolella siihen saakka vuosikymmenet vaikuttaneen alkoholipoliittisen asiantuntijaklubin (lähinnä Alko, alkoholitutkijat sekä sosiaali- ja terveysministeriö). Ohjelman laatijat saivat heti aluksi lunta tupaan ehdotuksellaan kolmosoluen (nyt enintään 4,7 tilavuusprosenttia alkoholia) laimentamisesta. Alkoholiasiaa ei voinutkaan hoidella kuin jotain rokotusta, vaan oli alettava pohtia muita ratkaisuja. Niitä ei ole vielä kukaan oikein löytänyt, sen sijaan valtio saa kaikessa rauhassa tehdä kansalaisten terveydellä tavaraopillista markkinapolitiikkaa verukkeenaan työllisyys ja ”halpa vironviina”.

Onko alkoholia vielä kukaan nostettu terveyskansalaisuuden täysivertaiseksi muokkaajaksi, vai onko se edelleen terveydenhuollolle ”velipuoli”, kuten Matti Rimpelä (2004) väittää? ”Kun pohditaan alkoholia kansanterveyden ja terveydenhuollon näkökulmista, on hyvä palauttaa mieleen historiaa. Alkoholi oli monella tavalla asettunut suomalaiseen elämänmuotoon, yrittäjyyteen, hallintoon ja kansalaisliikkeisiin, ennen kuin sitä alettiin pitää kansanterveysongelmana.” Koska alkoholia sitten alettiin pitää kansanterveysongelmana? Näyttäisi siltä, ettei alkoholia ja raittiusvaatimusta oikeastaan ennen 1950- ja 1960-lukua osattu lainkaan suoraan kytkeä terveydelliseen kehukseen alkoholin aiheuttamien haittojen näkökulmasta. Jos pidetään mittatikkuna lähinnä epidemiologiaan perustuvaa kansanterveysnäkökulmaa, se muotoutui yhdessä muun kansanterveystyön kanssa vasta 1970-luvun alussa (Bruun 1972). Näin asian näkee myös Christoffer Ti-

gerstedt (2001). Mutta jos seurataan 1900-luvun alkuvuosikymmenten terveydenhoidon juuria, on alkoholi ”terveys” raittiuuden vaatimuksena siellä jo mukana yhtenä terveystieteiden kulmakivenä. Vain Suomessa raittiuutta pidettiin tuberkuloosin vastustamisen yhtenä peruskeinona (Kuusi 1961, 47). 2000-luvulle tultaessa aletaan puhua ”alkoholiterveydestä” eli siitä, miten tutkimus on osoittanut pienten alkoholimäärien olevan jopa terveellisiä elimistölle.

1900-luvun alkupuolen raittiusvalistustekstit toisaalta osoittavat, miten terveyshaittoja käytettiin propagandavälineenä raittiuustyössä (vaikutus perimään, aivoihin, sisäelimiin, vastustuskykyyn jne.). Propagandan laajeneminen aina kulloinkin kamppailun kohteena olevalle terveysareenalle (esim. tuberkuloosin vastustaminen) oli aika luontevaa. Alkoholin terveyshaittojen osoittaminen on toisaalta ollut vasta viime vuosikymmenien tulosta. Esimerkiksi alkoholin sikiövaikutuksista alettiin saada evidenssiä vasta 1980-luvulla. Sekin osaltaan selittää, miksi raittiuudesta tuli ensin moraalipoliittinen asia eikä kansanterveyskysymys.

Viime vuosisadan alun raittiusliike tarjosi itse asiassa loistavan toimintakehikon terveydenhoitomissiolle yhdessä urheilu- ja liikuntakasvatuksen kanssa. Se vahvistaa terveystieteiden molempia puolia: kansalaistamalla ihmisyyttä ja eriarvoistamalla heidät *poliittisina* kansalaisina. Kansalaiset määritettiin raittiin ja juopon, rahan ja sivistyneen, moraalisen ja moraalittoman sekä puhtaan ja likaisen kategorioihin. Raittiuustyön ja sittemmin alkoholipolitiikan tueksi kehitettiin teoria erityisesti suomalaisesta viinapäästä, ensin bio-lähtöisenä ja sittemmin kulttuurisena. Se on rassannut suomalaista kansalaisidentiteettiä ehkä enemmän kuin mikään muu asia. Satu Apo (1998) puhuu jopa itse pilatusta identiteetistä (self-spoiled identity) Erving Goffmania (1981) mukaellen. ”Kiitos siitä, että aloin nähdä alkoholitutkimukseni kertovan paitsi viinasta myös suomalaisuuden määrittelystä, lankeaa kansalaiskeskustelulle, jota medioissa käytiin EU:iin liittymisen yhteydessä 1990-luvun alkuvuosina. – kielteinen suomalaisuuspuhe oli vahvasti esillä ja kriittisyyden aste huomattavan syvä. Välillä tuntui siltä kuin ajan ratas olisi pyörähtänyt sata vuotta taaksepäin ja oltaisiin taas päästy kuulemaan, miten säätyläisrouvat haukkuivat Savosta tulleita piikojaan.” (Apo 1998.)

”Yhteiskunnallinen alkoholikysymys” politi-

soitui lopulta nimenomaan työväenkysymykseksi ja oli sittemmin osa mobilisoituvaa työväen yhteiskunnallista liikettä. Irma Sulkunen (1982) on historiantutkijana nimennyt viime vuosisadan alun raittiusliikkeen ”kansalaisuskonnoksi”, mikä omalta osaltaan kertoo liikkeen voimasta ja asemasta ei pelkästään (päivän)poliittista kansalaisuutta muovaavana tekijänä, vaan jopa sitä vielä vahvempana. Alkoholikysymys jakaa vieläkin kansan kahteen osaan: viinapäisiin ja sivistyneisiin viinapäättömiin. Kaikuja menneisyydestä väreili ilmassa vielä vuoden 2004 veroratkaisua koskeneessa keskustelussa, jossa vedottiin ”rahvaan” juomatapojen villiintymiseen halvan viinan viinaralliksi Viirosta. Todellinen peruste lienee ollut valtiontaloudellinen eikä kansanterveydellinen.

Viinapuheen stigma näkyy myös siinä metaforien runsaudessa, jolla suomalaisten alkoholin käytöstä on alettu puhua. Osa on suorastaan ”uinuvia metaforia”, sellaisia joita ei enää edes oikein metaforiksi tunnista, esim. viinapää, viinaralli, humalajuominen, humalahakuisuus, oluturismi, keskiolet, kännikala jne.

Puhtauden symboliikka muovaa terveysterveystieteen

Kaiken kansanterveystieteen ytimenä oli yleisen puhtauden strategia: yleinen liikekannallepano kaikkea epäjärjestyttä vastaan. Puhtaudesta tuli järjestyksen, kontrollin ja funktionaalisuuden synonyymi. Tässä kasvatusprojektissa puhtaus esitettiin moraalisenä ja esteettisenä ideaalina ja hyväksytyt käyttäytymismuodot opittiin uuden moraalikoodiston kautta. Puhtaus määritteli hyvää makua ja siihen kehittyi erityinen vaisto. *Hygieniatajusta* tuli erityisesti naisille tyyppillinen ominaisuus, joka lisäksi nähtiin kansallisena hyveenä ja velvollisuutena. Tämän jaon kautta määritetään terveys- ja ei-terveysterveystieteen, yhteiskunnallisesti kelvollinen tai kelvoton aines, ”puhdas” sivistyneistö ja ”likainen”, alituista ojennusta ja rankaisua vailla oleva rahvas. Puhtauden, valon, valoisuuden ja raikkauden vaatimuksesta syntyi jopa uutta arkkitehtuuria, sen funktionaalinen tyyli.

Sekä kansanterveystieteen liittyvää puhtauden ideologiaa että aidsin aiheuttamaa tilaa, mediahälyä ja ehkäisystrategioita on mielenkiintoista verrata viime vuosisadan alun ”aidsiin” eli tuberkuloosiin. Se on myös valaiseva esimerkki niis-

tä kansanterveystieteen toisiinsa limittyvistä vaiheista, jotka kehystävät tietä moderniin terveysterveystieteen kasvatukseen ja terveyden edistämiseen.

Ensimmäinen vaihe perustuu empiirisiin havaintoihin siitä, että jotkut *taudit tarttuvat* henkilöstä toiseen. Tartunnan leviäminen pyritään ehkäisemään *karanteenilla* ja muilla eristämistavoilla entisaikojen Venetsian ruton malliin. Sitten tuberkuloosiin uskotaan tarttuvan *liasta, saasteista ja huonosta ilmasta*. Se puolestaan vauhdittaa vesijohdon ja viemärintjärjestelmän uudistuksia. Kolmas vaihe liittyy *bakteriologiseen* vallankumoukseen. Taudille löytyy spesifiset aiheuttajat: tuberkuloosityö keskittyy nyt basillien jäljittämiseen ja tartunnan kantajien eristämiseen. Alkuoptimismia seuraa voimattomuuden tunne taudin edessä: taudin uskottiin jatkavan leviämistään, kunnes vaaditut *hygieeniset käytännöt* ovat juurtuneet koko kansaan. Tästä sai alkunsa into terveysterveystieteen kampanjoimiseen. Viides vaihe sisältää seurannat sekä *riskiryhmien seulomisen*. Luotiin huoltolat ja joukkotarkastukset. Hoito annettiin parantoloissa; ennen antibiootteja se oli pääasiassa lepoa, ulkoilua ja ruokavaliohoitoa.

Tuberkuloosi on itse asiassa ikivanha sairaus, joka puhkesi varsinaiseksi epidemiaksi teollistumisen ja kaupungistumisen myötä. Sen leviämismahdollisuudet paranivat asutuksen tihentyessä. Kuluttavan tehdastyön, niukan ravinnon ja jatkuvan tunkkaisissa sisätiloissa oleskelun heikentämä työväestö oli erityisen altis sairastumaan. Vaikka tuberkuloosia aiheuttava bakteeri tunnistettiin jo vuonna 1882, ei rokottaminen tai erityinen hoito tautia vastaan ollut vielä pitkään aikaan mahdollista. Suomessa rokotukset saatiin alulle vasta 1940-luvulla. Sitä ennen tautia torjuttiin juurruttamalla väestöön yleisiä terveellisiä elämäntapoja. (Kuusi 2003.)

Elinympäristön ja terveyden välillä on edelleen elimellinen yhteys. Jussi Vahtera ja Mika Kivimäki Työterveyslaitokselta ovat tutkineet, mitä tapahtui Espoossa, Vantaalla, Turussa ja Raisiossa ihmisille, jotka jäivät töihin kuntiin vuosien 1991–1993 rajujen supistusten jälkeen (Lindberg 2004). Tutkimuskunnat vähensivät lamavuosina henkilökuntaansa keskimäärin 11 prosenttia eli hieman alle kuusi tuhatta ihmistä. Suurin yllätys tutkijoille oli, että suurimpien henkilöstövähennyksien kohteeksi joutuneissa työpaikoissa jäljelle jääneistä ihmisistä viisinkertainen määrä kuoli sydän- ja verisuonitauteihin vähennyksiä seuranneiden kolmen ensimmäisen vuoden aikana, jos

heitä verrataan niihin ihmisiin, joiden työpaikoilla supistukset olivat pienimpiä. Vahteran mukaan ”kiristyneen työtahdin mukanaan tuoma stressi kiihdyttää jo alkaneen sydän- ja verisuonitautien kehitystä”. Tutkimuksen seuranta-aikana (seitsemän ja puoli vuotta) yli 22 000 työntekijästä kuoli kaikkiaan 347, heistä 79 sydän- ja verisuonitauteihin. Tutkijat arvioivat, että heistä noin 20 menehtyi stressin laukaisemaan taudin pahenemiseen. Suurinta kuolleisuus oli kuitenkin niiden 6 000 ihmisen joukossa, jotka joutuivat lamavuosina lähtemään kuntien töistä. Huonosti kävi myös niille vakituisille työntekijöille, jotka jäivät töihin mutta eivät sentään kuolleet. Sairauspoissaolot kasvoivat merkittävästi etenkin niissä työntekijöiden ryhmissä, joissa henkilöstön supistukset olivat suurimmat. (Lindberg 2004.) Tarpeettomien ihmisten tauti?

Terveys asiantuntijuutena

Kansanterveystyön sosiaalishistoriallisten tulkin-tojen kautta pystyy purkamaan myös asiantuntijuuden ja profession käsitteitä. Lääketieteen professio on yksi kolmesta vahvimasta ammatillisesta professiosta (muut ovat insinööritieteet ja oikeustieteet). Sen asema kansanterveystyön, yksilöllisen ja väestöön suuntautuvan terveydenhoidon asiantuntijuuden kehittämisessä on kiistaton. Se, mikä lääketieteen nimissä oikeaksi osoitetaan ja oikeaksi uskotaan, oikeuttaa asiantuntija-arvovallallaan myös kaikki ne toimet ja toimenpiteet, jotka näiden seurauksena joko ehkäisyn tai parantamisen nimissä tulee tehdä. Näin ovat ymmärrettävissä kaikki ne 1900-luvun alkuvuosikymmenten toimet esimerkiksi mielisairaiden ja kehitysvammaisten pakkosterilisoimiseksi ja yhteiskuntakelpoisuuden menettämiseksi. Lääketiedettä ei yleensä ole ollut tapana kyseenalaistaa, se toimii meidän parhaaksemme joskus kovinkin pahamakuisin lääkkein ja hankalin hoitomenetelmin. Se on kalanmaksäöljyä kivuliaan kansan ratkaisiin.

Lähes näille vuosikymmenille terveyden edistäminen ja terveyskasvatus ovat – irtiottoyriyksistä huolimatta – eläneet lääketieteen vahvan profession varassa. Sieltä on haettu faktatieto, uskotavuus, arvovalta, jopa arvoja, normeja ja moraalikoodeja. Lääketieteeseen nojaavan tiedon rinnalla kaikki muu näyttäytyy puoskarointina, tiedon ”prostituutiona”, jopa terveydellä terrorisoi-

misena. Onkin mielenkiintoista, että lähinnä median keksimä käsite ”terveysterrorismi” alkoi löytää tiensä terveyden edistämisen kritisointiin vasta 1970-luvulla lähinnä arvioitaessa tupakka-, alkoholi- ja ravitsemusvalistusta, niiden kansalaisoikeuksia polkevaa tendenssiä. Sosiaalishistorian valossa ne näyttäytyvät sittenkin varsin kesyinä ”terrorismin” muotoina viime vuosisadan alun terveydenhoidon ja kansan puhtaan perimän vaalimisen historiaan verrattuina.

Yksi vahvan profession piirteisiin kuuluva ilmiö näyttäisikin olevan se, että vahvuuden rajapinnoissa, esimerkiksi juuri terveystiedon ja sen levittämisen tekniikoissa, asiantuntijuutta ja sen legitimitteettiä aletaan, ikään kuin profession vastapainoksi, kyseenalaistaa. Vaikka vielä tällä vuosituhannella yleisimmät lääketieteen menetelmät eivät kestä ”näyttöön perustuvaa” tarkastelua, on ”kovaa, tieteellistä näyttöä” alettu vaatia erityisesti kaikilta lääketiedettä sivuavilta reuna-alueilta. Terveyden edistämisen lisäksi samaan reuna-alueeseen voidaan laskea kuuluviksi esimerkiksi vaihtoehdoisen lääketieteen menetelmät eli kaikki ne, jotka kyseenalaistavat koululääketieteen virallisen totuuden.

Asiantuntijuuden käsite on kuitenkin koko 1990-luvun ollut varsinaisessa turbulenssissa. Se ei enää olekaan yksioikoisesti esimerkiksi klassisen lääketieteen *teknistä asiantuntijuutta*, vaan *avointa asiantuntijuutta*, johon kuuluvat refleksiiviset elementit aina maallikkoasiantuntumukseen saakka (Eräsaari, suullinen tieto 2004). Samaan aikaan on kehitetty käsite ”hiljainen tieto” (tacit knowledge), joka tarkoittaa käytäntöön ja kokemukseen pohjautuvaa taitotietoa, jotain sellaista, jota ei aiemmin lainkaan laskettu kuuluvaksi tietoon tai tietämykseen, tieteestä puhumattakaan. On vain ajan kysymys, koska ne lyövät vahvan profession muurien yli. Merkkejä on jo ilmassa: kokeellisen näytön imperiumi on murtumassa ja terveyden edistämisen asiantuntijuutta määritetään hiljaisen ja fokuoivan (tieteellinen tieto) tiedon välisenä vuorovaikutustapahtumana. Terveyden edistämisen asiantuntijaksi kasvamista kuvataan pitkänä prosessina, johon tarvitaan koulutusta, työkokemusta – ja elämäkokemusta (Mittelmark 2004).

Terveyden edistämisen kansainvälisen järjestön IUHPE:n (International Union on Health Promotion and Health Education) puheenjohtaja Maurice Mittelmark (2004) näkee, että terveyden edistämässä käydään parhaillaan tärkeää kes-

kustelua *näytön luonteesta* eli siitä, miten ja milloin saamme jostain asiasta niin paljon tietoa, että sen perusteella voidaan tehdä päätöksiä (kursivointi: L. W.). ”Terveyden edistämisen näyttövaatimukset lainattiin pitkään kokeellisesta lääketieteellisestä tutkimuksesta. Nykyisin ymmärretään, että sen kriteerit eivät sovi yhteisöpohjaiseen työhön – Yhteiskunta ei koskaan ole vaatinut suurissa kysymyksissä todistetta, vaan todisteita. Terveysvaikutuksiakin voisi selvittää tutkijalautakuntien tapaan – Lopputuloksena ei tällöin ole totuus syy-seuraussuhteista vaan lausunto siitä, mitä todennäköisesti on tapahtumassa. Se riittää toiminnan perustaksi”.

Mittelmark varoo antamasta näytölle liian suurta merkitystä, etenkin poliittisessa päätöksenteossa, koska se vie huomion päätöksenteon perimmäisestä tehtävästä eli niukkojen resurssien jakamisesta. Näyttöä voidaan käyttää ja käytetään aseena omien etujen ajamisessa. Hän ottaa esimerkiksi tupakan. ”Tupakkayhtiöt vetosivat pitkään siihen, että syy-seuraussuhdetta tupakoinnin ja sairauksien välillä ei voida osoittaa. Niin kauan kuin toimimme sen mukaan, että näytölle on vain yksi standardi, kokeellinen tutkimus, yhtiöt olivat oikeassa. Epidemiologit olivat puolustuskannalla, kunnes alalla pystyttiin osoittamaan, että näyttö syy-seuraussuhteista voidaan kerätä muillakin tavoin.” Kyse on myös tutkimusmenetelmien välisestä kamppailusta: ”Yhä useammin hyväksytään, että kvalitatiivinen näyttö voi olla parasta näyttöä – ei siis vain hyväksyttävää, vaan parasta.”

Terveyden edistämisen tutkimuskohteet ovat myös muuttumassa: ratkaisujen ei enää uskota löytyvän 80-luvun malliin tutkimalla tupakointia, ruokavaliota, liikuntaa ja muita käyttäytymistekijöitä. Nykyisin tärkeimmät tutkimukset käsittelevät *terveyden edellytyksiä*. (Mittelmark 2004).

Kohteita, kuuliaisuutta ja kapinaa

Suomalainen on kiltin (terveys)kansalaisen perikuva. Ei riehua kadulla poltopullojen kanssa, ei tunne suurta halua purkaa mieltään mielenosoituksissa ja noudattaa kuuliaisesti terveydenhoitohenkilöstön antamia ohjeita ja määräämiä lääkkeitä. Kuuliaisuuden kulttuurinen tihentymä on kuvattu Reko Lundánin näytelmässä ”Tarpeettomia ihmisiä” (2003). Siinä perheenisä kiinnittää kiltisti turvavyön ennen itsemurhayritystä:

”Mä sanoin, et sä et oo paha vaan hölmö. Niin hölmö, et sä laitat turvavyön kun ajat siltapilariin. Se turvavyö pelasti sun hengen.” (Lundán 2003, 106)

Riitta Oittinen (2003) on tutkinut työläisnaisten omaa terveysidentiteettiä Työläisnainen-lehden vuosisadan alun sisältöjen kautta ja paikantanut siten kohteiden kapinaa. Lehdessä käsiteltiin ahkerasti yleisiä terveyttä suojaavia teemoja, mutta lehti ryyditti ne terävästi aina omasta työläiskontekstistaan. Porvarillisten ”frouvien” ohjeet saatettiin joskus suorastaan naurunalaisiksi. Kun Naisten ääni oli kehottanut perheenäitejä koristamaan ruokapöytä – ommellun liinan puutteessa – silkkipaperiliinalla, sitä kommentoitiin seuraavasti: ”No istu ja pala”, tuumii nälkäinen. ”Eihän sitä silkkipaperia syödä voi, se on ihan rahan haaskiota, mokoma.” Jämsän työväen naisyhdistyksen huonososaisille tarjoamista kananhoitokursseista todettiin happamasti: ”Kananhoidollako tosiaan siellä työläisnaisten vapautus tapahtuu. Sitä en usko, sillä rikkaiden poskiin ne munat menevät, vai kuinka?”. Oittisen mukaan kiintoisinta Työläisnainen-lehdessä on juuri terveyden ja ruumiillisten tarpeiden tiivis läsnäolo lehden yhteiskuntapoliittisessa argumentoinnissa. Sitä tarkastelemalla havaitsee, että terveysvalistus tai niin sanottu koululääketiede oli työläisnaisten näkökulmasta vain osa 1800-luvun lopulla aktiivisemmin alkanutta terveyteen ja itsehallintaan liittyntä tietoutta. (Oittinen 2003, 193–195).

Oittinen myös kritisoi terveydenhoidon kohteiden näkymättömyyttä tutkimuksessa. ”Vaikka varhaisempien lääketieteen edistyskertomusta kirjoittavien tutkijoiden voitonriemuinen sävy on alkanut kadota, on ironista, että moni kriittisesti suhtautuva tutkija tavallaan pönkittää asiantuntijoiden luomaa kertomusta tutkimuskohteen valinnallaan. Valikoiva tai suppea lähdemateriaalin käyttö – kuten keskittyminen aktiivisesti terveyspolitiikasta julkaisuihin lääkäreihin tai hallintoviranomaisten teksteihin – jättää potilaat ja maalnikot yleensä joko *objekteiksi, ongelmiksi tai vaille huomiota*. Parhaimmillaankin heidän käsityksensä tarkastelu jää arveluiden tai toisen käden kuvauksen varaan.” (Oittinen 2003, 177; kursivointi: L. W.) Tässä tulee hyvin esiin vaatimus uudenlaisesta asiantuntijuudesta: maallikoilla, potilailla, naisilla ja kaikilla ”ei-eliittiparantajilla” on oma henkilökohtainen ääni, joka jää perinteisessä asiantuntijakontekstissa kuulematta.

Työläisnaisten vahva identiteetti näkyy seura-

vaksi suhtautumisessa raskauden keskeyttämissiin. Lääkärikunta suhtautui 1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä kielteisesti raskauden keskeyttämiseen. Abortti voitiin tehdä vain tiukasti määritellyin lääketieteellisin perustein. Sosiaalidemokraattinen naisliike ajoi jo 1930-luvulla abortin saamista sosiaalisin perustein. Naisliikkeen mielestä se oli ”työläisäitikeskeisen” väestöpolitiikan ydinasia. Vasemmistolaisnaiset vaativat myös julkista valtaa järjestämään ehkäisyneuvontaa. Tämä periaate ”ohjaa suomalaista ja koko länsimaista liberaalia seksuaaliterveyden edistämistä nykyäänkin: mieluummin ehkäisy kuin abortti”.

Vuoden 1970 aborttilaki vaati, että yhteiskunnallisen säätelyn tuli nyt taata sukupuolten tasa-arvo sekä naisten oikeus päättää omasta ruumiistaan. Uusi periaate oli se, että abortissa on kyse ennen kaikkea naisen valinnasta, ja niinpä lakiin viimein kirjattiin sosiaalinen raskauden keskeytyksen peruste. Lääkärit eivät enää olleet portinvartijoita, vaan lääkintöhallituksen ohjeet antoivat lääkärille monenlaisia perusteita abortin myöntämiseen. Tästä ei ollut enää pitkä matka uudelleen liberaalin seksuaalietiikan mukaisen seksuaalisuuden hallinnan ajatusmalliin, joka vallitsee edelleen. Kulmakiveksi tuli yksilöiden seksuaalisen itsemääräämisoikeuden tunnustaminen. Suomessa liberaalin seksuaalietiikan järjelyn kokoa yhteen *seksuaaliterveys*. ”Seksuaalisuuden terapeuttisilla ’omaksi elämisen’ käytännöillä on yhteiskunnallinen tehtävä.” Seksuaalisuudesta tuli inkluusio, yhteiskunnallinen voimavara ja seksuaalitoimijasta subjekti. ”Yksilön seksuaalinen terveys antaa voimia toimia kunnollisena ja tuottavana yhteiskunnan jäsenenä. Näin etiikka ja politiikka kohtaavat terapeuttisella ulottuvuudella seksuaalisen terveyden ja vapauden edistämisen.” (Helén & Yesilova 2003.)

Viinakuria vastaan suomalainen sentään on pystynyt osoittamaan kautta aikojen tervettä kapinamieltä. Matti Virtanen kuvaa, miten ”suomalaisuuden vanhinta ainesta on *uhma*. Uhmaa tarvitsee alistettu ja voimaton ihminen. Suomalainen on perinteisesti hakenut pullosta voimaa eikä niinkään yhteisyyttä ja vapautta. Tämä näkyy juomien nimissäkin. Suomalainen juo Karhua, Leijonaa ja Koskenkorvaa – eikä Lammasta, Pupa tai Puronreunaa”. (Virtanen 1982.) Satu Apo (2001) puolestaan tulkitsee meille suomalaisille tyypillisen viinahuumorin kansan ovelaksi vastavedoksi kaiken maailman kielto- ja kontrollipolitiikalle. Viinit maitokauppaan -vaatimuspuheet

voi myös kääntää eräänlaiseksi vapauden ilmaukseksi ja kapinapuheeksi.

Tarpeettomia ihmisiä? Terveyskansalaisuus kriisissä

Suomalaista terveystaloutta ja julkisen terveydenhoidon näkymiä kaikkialla länsimaissa hallitsevat nykyään kriisitunnelmat, mikä saattaa aiheuttaa pysyviä muutoksia terveystalouteen. Julkisen terveydenhuollon kriisin ulottuvuudet kohtaavat sairaanhoidon priorisoinnissa. Määrärahojen karsiminen johtaa laatimaan ohjeita siitä, minkälaista ja kenen sairauksien hoitoa pidetään ensisijaisena. Lääketieteellisten tekniikoiden kehitys puolestaan herättää kysymään, kuinka paljon uusiin hoitomenetelmiin voidaan panna julkisen terveydenhuollon piirissä. Vaatimus priorisoinnista merkitsee epäsuorasti sen tunnustamista, ettei kaikilla välttämättä ole tasaveroista oikeutta terveyteen. On siis syntymässä (tai kenties jo syntynyt) uudenlainen terveystalouden hierarkia ja biopoliittinen asetelma (Helén & Jauho 2003c, 31).

Vastaus tutkijoiden skenaarioon tulee suoraan kentältä. ”Kuolleisuus ei tottele terveysohjelman tavoitteita”, kirjoittaa Helsingin Sanomat 22.2.2004. Artikkelin mukaan väestöryhmien väliset kuolleisuuserot eivät ole kaventumassa, vaan päinvastoin kasvavat edelleen. Eroa kasvattavat tiukat hoitokriteerit, terveydenhuollon maksujen korotukset ja alkoholin käytön lisääntyminen. Terveystalouden 2015 -ohjelman mukainen tavoite on, että väestön eriarvoisuus kuoleman edessä vähenisi, mutta ”rikkaat ja oppineet onnistuvat pitämään kuoleman loitolla kauemmin kuin köyhät ja vähänkoulutetut kansalaiset”. Eniten kuolleisuuseroja kasvattaa alkoholin kulutuksen kasvu, sillä viinakuolema osuu useammin yhteiskunnan ala- kuin yläluokan jäseniin.

Samassa Helsingin Sanomien artikkelissa Etelä-Suomen lääninlääkäri Antero Heloma kertoo, miten hän on ollut itse virkansa puolesta osallisena prosessissa, jossa ”varakkaat syöpäpotilaat saavat hoitoa, köyhemmät eivät. Tapaukset sattuivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS), joka käänsi 42 syöpäpotilaan lähetteet takaisin terveyskeskukseen eli passitti potilaat lähinnä saattohoitoon. Osa heistä hakeutui omalla rahallaan yksityishoitoon ja kuntoutui niin, että sai elämälleen lisääntymistä”.

Kirjassa ”Kohti terveyden tasa-arvoa” (Kangas & al. 2002) laaja ja monitieteinen Stakesin tutkijajoukko pohtii suomalaisten terveyseroja. Sen mukaan ”sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot eivät ole jo väistymässä oleva historiallinen jäännös, vaan erot ovat syvään juurtuneet ja kehittyneimmissäkin yhteiskunnissa esiintyvä terveys- ja yhteiskuntapolitiittinen haaste. Terveyden yleisen epätasa-arvon taustalla vaikuttavat nyky-yhteiskunnissakin syvälliset eriarvoistavat rakenteet ja prosessit, ihmisten sosiaalisen aseman kokonaisuus, joka ilmenee vallan, arvonannon, varallisuuden ja muiden voimavarojen jakautumisena. Ne luovat myös terveyden jakautumisen edellytyksiä”. (Kangas & al. 2002, 23.)

”Mitä tässön miettimistä? Näin se Kuittinen (pomo) sano. Kato se luulee et työnantaja oikeesti tarvii sitä, välittää vittu. Se ei tajua et ei ihmisellä oo mitään merkitystä. Jonain päivänä tää automatisaatio, herrojen optioahneus ja verokilpailu saavuttaa senkin. Se on kun joku vitun muurahaisvaellus, se vaan tulee yli eikä sitä voi mitenkään estää. Koko tehdas heivataan Viroon ja Vietnamiin, siinä ei yks Primera paljon lohduta”. (Lundán 2003)

Globaali biovalta – terveys maailmankansalaisuutena

”Ennen olivat ’ne’ ja ’me’. Ne kapitalistit ja me duunarit. Ne maalaiset ja me kaupunkilaiset. Ne vasemmistolaiset ja me porvarit. ’Jollet ole puolellamme, olet meitä vastaan!’, laulettiin työväenlaulussa 1970-luvulla – – Nyt kaikki pirstaloituu, ja vihollisia ei tunnusteta. Sama henkilö tai ryhmä voi yhdessä asiassa olla vastustaja, toisessa liittolainen. Suuria rakennuspalikoita näyttävälle skenaariorolle on entistä vaikeampaa löytää.” (Mannermaa 2002, 137)

”Tulevaisuuden arviointi Suomessa oli vielä 1960-luvulla helppoa ja halpaakin. Riitti, kun osti laivalipun Tukholmaan, marssi Sergelin torille ja katseli ympärilleen. Palasi kotiin ja kertoi kaikille: nyt minä tiedän, mikä on Suomen tulevaisuus kymmenen vuoden kuluttua.” (Mannermaa 2002, 87)

Olemmeko me nyt kuivilla terveyskansalaisuuden alistavasta ja välineellistävistä vallasta? Tehdäänpä pieni ajatuskoe: kun 1950-luvun alun lääkärikunta kehittäi pakkosterilisaatiota rotuop-

pien oikeuttamana, ontui toteutus usein riittävän tehokkaiden ja täsmällisten keinojen puuttumisen takia. Jos silloin olisi ollut käytettävissä kaikki se tieto ja teknologia, joka nykypäivänä on geenimanipulaatioineen, mitä olisikaan tapahtunut?

Terveydestä on tullut mediauutisten kyllästä-mää maailmankansalaisuutta. Se hävittää maasta milloin kaikki naudat, kanat tai kissat. Venetsian ruton lähestyminen näkyi vasta, kun se oli jo sinne rantautunut, nyt rutto iskee suoraan median välityksellä ja vain muutaman sairaustapauksen ilmaannuttua. Historia on kuitenkin opettanut, että epidemian pelko on viisauden alku. Mihin me tulevaisuudessa vielä päädyimmekään – katulapsien hävittämiseen virusten torjumiseksi?

Terveydenhoidosta on tullut tyyliä ja muotia. Nyt syrjäyttävät lihavuus ja liikkumattomuus, ei tubi eikä ei-toivottu raskaus. Ruumiilla on alettu kapinoida: on syömishäiriöitä, vegaaniutta ja huu-meita. Nainen silpoo nyt ruumistaan kauneuden nimissä: rasvaimua, kauneusleikkauksia, rintojen silikonieja jne. Naisen valinta nyt – entä kahdenkymmenen vuoden päästä?

Teemme me sitten ruumillamme, mitä haluamme, on se kuitenkin omassa valinnassamme, kun on kyse meistä länsimaisista naisista. Samaa ei voi sanoa niistä globalisaation myötä syntyneiden vapaakauppavyöhykkeiden ”hikipajojen” 18–26-vuotiaista naisista, jotka ovat joutuneet myymään sekä sielunsa että ruumiinsa länsimaisten teepaitojen ja farkkujen valmistamisen alttariksi. Hikipajaideologia ei Naomi Kleinin mukaan (2002) tunne rajoja: se murhaa, eristää, rankaisee, syöttää ehkäisy pillereitä ja käyttää häikäilemättä mitä ronskeinta biovaltaa. Maaseudulta tulleet tai tuodut tytöt jopa nukkuvat työpöytänsä alla ja tekevät tarpeensa paikallaan. Missä nyt on se työläisnaisten kaarti, joka nousee sortoa vastaan? En ole nähnyt enkä kuullut, että joku olisi isommin ”sis-koista” huolissaan. On vain ”kauhia poru” siitä, että Suomen teollisuuden pitäisi olla kilpailukykyinen, jotta tehtaita ei siirrettäisi Kiinaan tai Etelä-Koreaan. Ei kyse ole kilpailukyvästä, kyse on moraalista.

KIRJALLISUUS

APO, SATU: Viinan voima. Vammala: SKS, 2001
APO, SATU: Suomalaisuuden stigmatisoinnin traditio. S. 83–123. Teoksessa: Alasuutari, Pertti & Ruuska,

Petri (toim.): Elävänä Euroopassa. Muuttuva suomalainen identiteetti. Tampere: Vastapaino, 1998
BRUUN, KETTIL: Alkoholi: käyttö, vaikutukset ja kontrolli. Helsinki: Tammi, 1972

- ERÄSAARI, RISTO. Luennot (Yhteiskuntapolitiikan teoria) Helsingin yliopistossa keväällä 2004
- GOFFMAN, ERVING: Stigma: Notes on the Management of Spoilt Identity. Penguin Books, 1981
- HELÉN, ILPO & JAUHO, MIKKO (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 2003. 2003a
- HELÉN, ILPO & JAUHO, MIKKO: Johdanto. S. 7–12. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 2003. 2003b
- HELÉN, ILPO & JAUHO, MIKKO: Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. S. 13–32. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 2003. 2003c
- HELÉN, ILPO & YESILOVA, KATJA: Vietti, väestö ja valinta. Seksuaaliterveyden kerrostumat Suomessa. S. 233–259. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 2003
- KANGAS, I. & KESKIMÄKI, I. & KOSKINEN, S. & LAHELMA, E. & MANDERBACKA, K. & PRÄTTÄLÄ, R. & SIHTO, M. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 2002
- KANSALLINEN TERVEYSOHJELMA. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002
- KETTUNEN, PAULI: Yhteiskunta. S. 167–212. Teoksessa: Hyvärinen, Matti & Kurunmäki, Jussi & Palonen, Kari & Pulkkinen, Tuija & Stenius, Henrik (toim.): Käsitteet liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 2003
- KLEIN, NAOMI: No logo. Helsinki 2002
- KUOLLEISUUS EI TOTTELE TERVEYSOHJELMAN TAVOITTEITA. Helsingin Sanomat 22.2.2004
- KUUSI, HANNA: Tuberkuloosin torjunta ja moderni kansalainen. S. 33–57. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 2003
- KUUSI, PEKKA: 60-luvun sosiaalipolitiikka. Helsinki: WSOY, 1961
- LINDBERG, MARJUT: Henkilöstön vähennykset lisäävät töihin jäävien kuolemanvaaraa. Helsingin Sanomat 24.2.2004
- LUNDÁN, REKO: Tarpeettomia ihmisiä. Helsinki 2003
- MANNERMAA, MIKA: Matka. Ihmisen ääni. Juva: WSOY, 2002
- MITTELMARK, MAURICE. Enemmän politiikkaa terveyden edistämiseen. Haastattelu. Promo 31 (2004): 1, 4–7
- NIGERIAN JOHTAJAT KIISTELEVÄT POLIOROKOTTEEN TURVALLISUUDESTA. Helsingin Sanomat 7.2.2004
- OITTINEN, RIHTTA: ”Leipää, suolaa ja valoa.” *Työläisnainen*-lehti työkansan terveyden puolestapuhujana. S. 175–195. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 2003
- RIMPELÄ, MATTI: Alkoholit on edelleen velipuoli. Suomen lääkärilehti 59 (2004): 6, 487
- SULKUNEN, IRMA: Raittius kansalaisuskontona. Jyväskylä: Gummerus, 1982
- SYKKÖ, SAMI: Ei meidän tautimme. Helsingin Sanomat 30.11.2003
- TIGERSTEDT, CHRISTOFFER: The Dissolution of the Alcohol Policy Field. Research Reports 1/2001. Helsinki: University of Helsinki, Department of Social Policy, 2001
- VIRTANEN, MATTI: Änkyrä, tuiske, huppeli – muuttuva suomalainen humala. Juva: WSOY, 1982.