

<https://helda.helsinki.fi>

Terveyspoliittinen käänne Suomen aids-linjan selittäjänä 1980-luvulla

Karimäki, Jenni

2022

Karimäki , J 2022 , ' Terveyspoliittinen käänne Suomen aids-linjan selittäjänä 1980-luvulla ' ,
Ennen ja nyt : historian tietosanomat , Nro 3 , Sivut 43-58 . <
<https://journal.fi/ennenjanyt/article/view/115982> >

<http://hdl.handle.net/10138/353295>

cc_by
publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Jenni Karimäki

Terveyspoliittinen käänne Suomen aids-linjan selittäjänä 1980-luvulla

ABSTRAKTI / ABSTRACT

Teot tartuntatautien voittamiseksi heijastavat yhteiskunnan arvoja sekä kansalaisten ja päätäjien välisen luottamussuhteen tilaa. Reaktiot ja toimintatavat kumpuavat terveyspolitiikan traditioista, jotka kytkeytyvät kiinteästi ymmärrykseen siitä, kenen tai minkä syyksi sairastavuus tai kuolleisuus yhteiskunnassa tulkitaan. Yksilövastuu ja yhteiskunnan yksilön toimintaan kohdistama kontrolli ovat usein epidemioiden ja pandemioiden taltuttamisen keskiössä. Terveyspolitiikan motiivien ja yhteiskunnallisten ulottuvuuksien näkökulmasta on tärkeää kysyä, kenen tehtäväksi kansan terveys on mielletty eli millainen rooli yksilölle ja yhteiskunnalle on historian eri vaiheissa annettu. Artikkelin osoittaa, että suomalainen aids-politiikka noudatti 1960-luvulta lähtien kehittyneitä terveyspoliittista suuntausta, jossa pääpaino oli yksilön käyttäytymisen ja yksilövastuun korostamisessa kollektiivisten, kontrollia ja rajoituksia painottaneiden toimien sijaan. Kovaääniset, moralistiset pelkoreaktiot eivät muuttaneet terveyspolitiikan laajaan tulkintaan perustunutta viranomaislinjaa, jota poliittinen päätöksentekijä tuki.

Actions to overcome communicable diseases reflect the values of society and the state of trust between citizens and decision-makers. Reactions and practices stem from health policy traditions that are inextricably linked to a societal understanding of who or what causes morbidity or mortality. Individual responsibility and society's control over the individual's activities are at the heart of controlling epidemics and pandemics. Regarding the motives and social dimensions of health policy, it is important to ask who is responsible for public health, and what roles the individual and society have been given at different stages in history. The article shows that Finnish AIDS policy followed a health policy trend established in the 1980s, in which the main emphasis was on accentuating individual behavior and individual responsibility instead of collective control and discipline. Moralistic reactions had little influence on Finnish AIDS policy which was based on a broad interpretation of public health and supported by political decision-makers.

Poliittinen historia, aids, terveyspolitiikka, tartuntataudit

VTT, yliopistotutkija Jenni Karimäki, Helsingin yliopisto, jenni.karimaki@helsinki.fi

Johdanto

Teot tartuntatautien voittamiseksi heijastavat yhteiskunnan arvoja sekä kansalaisten ja päättäjien välisen luottamussuhteen tilaa. Toisaalta reaktiot ja toimintatavat kumpuavat terveyspolitiikan traditioista, jotka kytkeytyvät kiinteästi ymmärrykseen siitä, kenen tai minkä syyksi sairastavuus tai kuolleisuus yhteiskunnassa tulkitaan.¹ Tartuntatautien taltuttamisen tavoissa yhdistyvät terveyspolitiikan pitkän aikavälin yhteiskunnalliset tavoitteet ja kansalaisen velvollisuudet huolehtia terveydestään yhteiskunnan ja valtion edun nimissä. Moderni, demokraattinen terveystietämys nojaakin vahvasti ajatukseen itsestään huolehtivasta ja vastuullisesta yksilöstä. 1960-luvulta lähtien yksilönvastuu on nostettu myös terveystietämyksissä etualalle ja terveyden edistäminen sairaudenhoidon sijaan on terveyspolitiikan päämäärä.² Tätä ennen sairanhoidon rakenteiden luominen ohitti osin myös resurssien niukkuuden vuoksi terveydenhoidon edistämisen.

Yksilönvastuu ja yhteiskunnan yksilön toimintaan kohdistama kontrolli ovat useimmiten epidemioiden ja pandemioiden taltuttamisen keskiössä. Terveyspolitiikan motiivien ja yhteiskunnallisten ulottuvuuksien näkökulmasta on tärkeää kysyä, kenen tehtäväksi kansan terveys on mielletty eli millainen rooli yksilölle ja yhteiskunnalle on historian eri vaiheissa annettu. Tässä artikkelissa tarkastellaan aidsista³ käytyä yhteiskunnallista keskustelua ja hahmotetaan sitä, kenellä tämän keskustelun valossa katsottiin olleen päättävältä ja vastuu aids-epidemian hoidosta. Millaiset yhteiskunnalliset ja poliittiset ulottuvuudet hallitsivat aids-keskustelua ja millaisesta taustasta niiden voi tulkinta juontuvan? Miten asiantuntemus rakentui viranomaisten, poliitikkojen ja julkisen keskustelun näkökulmasta?

Artikkelin argumentaatio pohjaa aineistolähtöiseen, lähdekriittiseen ja ajassa tapahtuneiden muutosten havaitsemiseen pyrkivään luentaan sekä kontekstualisointiin perustuvaan historiantutkimukseen. Kotimainen ja kansainvälinen tutkimuskirjallisuus taustoittavat ja kontekstoivat eduskunnan täysistuntopöytäkirjoista, lainvalmisteluaineistoista, Lääkintöhallituksen arkistoaineistoista sekä aikakaus- ja sanomalehtiaineistosta koostuvaa primääriaineistoa, jota artikkelissa analysoidaan laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Artikkelin rakenne pohjautuu sisällönanalyysin tuottamiin tulkintoihin, jotka avaavat aids-epidemian 1) merkityksellisyyden syntyä, 2) terveyspoliittisten tulkintojen merkitystä aids-politiikan muodostumisessa ja 3) poliittisen legitimaation merkitystä aids-kysymyksen ratkaisemisessa. Analyysi osoittaa, miten 1960-luvulta lähtien valtavirtaistunut koko politiikan kentän ja eri yhteiskunnan alat kattava terveyspoliittinen ajattelu näkyi aids-epidemian hallinnassa⁴.

Artikkelin tarkastelujakso rajautuu kansainvälisessä tutkimuksessa havaitun aktiivisimman aids-keskustelun aikaan eli ajanjaksoon vv. 1983–1987⁵, mitä aikarajausta myös suomalaista aids-keskustelua tarkastellut aiempi tutkimus tukee. Suomalaisen, ensi sijassa opinnäytteistä koostuvan tutkimuksen painopiste ajoittuu ajallisesti 1980- ja 1990-luvuille ja näkökulmallisesti julkisen keskustelun yhteiskuntatieteellis-humanistiseen hahmottamiseen lehdistöaineistoihin nojaten.⁶ Tuorein suomalaista aids-politiikkaa käsittelevä teos on Hanna Nikkaisen ja Antti Järven *Karanteeni. Kuinka aids saapui Suomeen* (2014). Teos on tarinallinen tietokirja, jossa aikalaistoimijoiden välisistä suhteista ja näkemyksistä luodaan historiallinen narratiivi. Aids-politiikan muotoutumisen suhteuttaminen laajempaan terveyspoliittisen kehityksen kontekstiin jää kuitenkin uupumaan.

Terveyspolitiikan pitkä linja sekä kapea ja laaja tulkinta

Modernin valtion synty ja sen myötä väestön käsittäminen yhteiskunnan yhdeksi voimavaraksi loi pohjan terveystaloudelle. Terveystaloudesta tuli osa demokraattista kansalaisuutta. Minna Harjulan luonnehtiman terveyden yhteiskuntasopimuksen toisena puolena oleva valtio on siten velvoitettu tarjoamaan terveyden edellytykset kansalaisilleen. 1960-luvulla vakiintuneessa terveystalouden käsitteessä yhdistyvät yhtäältä yhteiskunnan tavoitteet yhteiskuntarauhasta, taloudellisesta tuottavuudesta ja väestöstä turvallisuuspoliittisen voimankäytön välineenä, toisaalta kansalaisten huoli itsensä ja perheensä terveydestä. Terveystaloudella kytkeytyy olennaisesti yhteiskunnan käsityksiin kansalaisuudesta, valtiosta ja näiden suhteesta. Terveystaloudessa tiivistyy yksilön velvollisuus kansakuntaa ja kansaa kohtaan.⁷ Hyvinvointivaltion tavoitteeksi muodostui koko kansan saattaminen mahdollisimman tasapuolisesti hyvinvoinnin piiriin.⁸

Aids-epidemiaa edelsi käänne suomalaisessa terveystaloudessa. Tuottavuutta, tehokkuutta ja järjestystä vaatinut teollistunut Suomi alkoi yhä voimakkaammin korostaa terveyden yhteiskunnallista painoarvoa. Yksilön terveys yhdistyi yhteiskunnalliseen järjestykseen.⁹ 1950- ja 1960-lukujen taitteessa Suomessa alettiin seurata kansainvälistä kehitystä, jossa kansalaisten terveys miellettiin talouskasvua edistäväksi tekijäksi. Yhteiskuntatieteilijät nousivat lääkärin rinnalle terveystalouden määrittelijöinä, ja hyvinvointipolitiikka kytkettiin osaksi tulopoliittista järjestelmää.¹⁰ Terveys ja sairaus olivat sosiaalisia käsitteitä, ja irtautuminen aiemmasta varsin tautikeskeisestä terveystaloudesta loi perustaa esimerkiksi sosiaalipolitiikalle. Terveys rakentui ensi sijassa terveydenhuollon ulkopuolella, ja väestön terveystaloudesta ohjasivat elämäntyyli, ympäristö, terveyspalvelut ja tutkimustieto terveydestä.¹¹

Vahvistuvan tutkimustiedon ja tasa-arvopyrkimysten myötä lainsäädännön kehitys esimerkiksi 1970-luvun alussa oli osoitus optimistisesta ja dynaamisesta terveystaloudellisesta otteesta. Vuoden 1972 kansanterveyslaki kytki terveystalouden yhä vahvemmin hyvinvointipolitiikan osaksi ja käynnisti muiden muassa massiivisen kansanterveystalouden Pohjois-Karjala-projekteineen. Uudistus edellytti suurta henkistä uudelleen orientoitumista sairaanhoidosta terveydenhuoltoon. Suotuisat poliittiset olot, vakaa talouskasvu, sukupolvenvaihdos hallinnossa ja 1960-luvun radikaalien uudistusideoiden osoittautuminen mahdollisiksi johtivat muutokseen.¹² Ehkäisevän lääketieteen nousu sekä holistisen, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät huomioon ottavan terveystalouden yleistymisen aiheuttivat ristivetoa niin lääkärinkunnan sisällä kuin yhteiskunnassa laajemminkin. Suhtautuminen esimerkiksi alkoholisteihin, mielenterveyspotilaisiin tai syrjäytyneisiin ei ollut yksiselitteistä.¹³ Hyvinvointivaltion tasapuolisuuden periaate jaettiin laajasti, mutta silti yhteiskunnan velvollisuuksien ja yksilön vastuun jakautumisesta ei ollut kaikkien yhteisesti jakamaa konsensusta.

Rakenteellisen terveystalouden ydin oli terveyden edistämisen kytkeminen pelkän tautien hallinnan ja ennaltaehkäisyn sijaan osaksi laajempaa terveystaloudellista yhteiskuntapolitiikkaa. Tämä Maailman terveysjärjestön (WHO) humanistisyhteiskuntatieteellinen näkemys otti lähtökohdaksi yhteisöt ja ihmiset, heidän voimavaroja ja niiden tukemisen. WHO:sta kehittyikin uuden terveystalouden keskeisimpiä areenoita. Suomalaiset ottivat aktiivisesti osaa WHO:n toimintaan ja kansainvälisestä organisaatiosta muodostui kaksisuuntainen terveystaloudellinen instrumentti, kuten lääkäreitä ja terveystaloudellista tutkimusta tutkinut Samu Nyström toteaa. WHO:n kautta saatiin uusia ajatuksia, mutta kierrätettiin myös omia näkemyksiä ja hyödynnettiin järjestön auktoriteettia omien tavoitteiden saavuttamiseksi.¹⁴ Terveyden edistämiseksi kuvasiin ensimmäisen kerran terveystaloudellinen sisältö, joka siirsi haasteiden ja toiminnan painopisteen terveydenhuollon ulkopuolelle. Näin määritelty terveyden edistäminen keskittyi paljolti elämäntyyliin ja ihmisten henkilökohtaiseen vastuuseen terveydestään, mutta kiinnitti samalla huomiota sosiaaliseen ympäristöön.¹⁵

Kansalaisten terveydestä huolehtiminen oli WHO:n painotusten mukaisesti (hyvinvointi)valtion tehtävä ja velvollisuus. Esimerkiksi järjestökentän tai yksittäisten kansalaisten aloitteellisuus terveyspolitiikan saralla kanavoitiin lähes poikkeuksetta julkisen vallan piiriin. 1900-luvun alkupuolta hallinneessa kansanterveyden määritelmässä painottuikin kollektiivinen toiminta väestön terveyden nimissä, eikä niinkään yksilöiden terveyden kohentaminen.¹⁶ 1980-luvulta alkaen alettiin kyseenalaistaa väestön terveyden edistäminen terveydenhuollon kautta. Laaja-alaisemmin terveydenhuollon ulkopuolelle kurottava rakenteellinen terveyspolitiikka limittyi siten myös kilpailuvaltion ja hyvinvointiyhteiskunnan murrokseen, jossa valtion vastuuta alettiin purkaa. Vastuuta siirrettiin muille julkisen sektorin toimijoille kuin terveydenhuololle, mutta myös kansalaisyhteiskunnalle ja kansalaisille itselleen. Kansalliset ja yhteisölliset perustelut heikkenivät yksittäisen kansalaisen etua ja oikeuksia korostavien perustelujen tieltä.¹⁷

Yksilön ja yhteisön tavoitteiden, oikeuksien ja velvollisuuksien välistä jännitettä kuvaavat terveyspolitiikan ja kansanterveysalan laaja ja kapea tulkinta. Laajassa tulkinnassa lähestytään rakenteellisen terveyspolitiikan humanistisyhteiskuntatieteellistä katsetta, jossa ongelmat tulkintaan sosiaalis-rakenteellisina, erot terveydessä selittyvät rakenteiden luoman eriarvoisuuden kautta ja jossa päätoiminta-alue on tutkimustiedon kytkeminen toimintapolitiikkaan ja ohjelmiin. Laajassa tulkinnassa terveyspolitiikka on intersektoriaalista ja terveys kytkeytyy osaksi fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia. Kapea tulkinta sen sijaan motivoituu yksilöllisten tautiriskien hahmottamisen kautta, pyrkii kustannusten hallintaan ja tautien ehkäisyyn riskiryhmissä sekä painottaa kliinistä, epidemiologista suhtautumista.¹⁸ Esitetty luonnehdinta on tiivistetty yksinkertaistus eikä sen tarkoitus ole arvottaa lähestymistapoja sinänsä. Pyrkimys on kuvata erilaisia konteksteja, joista käsin terveyspoliittisia valintoja on tehty.

Aids-keskustelun yhteiskunnallisten ulottuvuuksien analysoinnissa toimijoiden argumentaatiota peilataan terveyspoliittisen keskustelun pitkään linjaan ja tulkintoihin ja sitä tulkitaan politiikkaprosessin viitekehyksessä.¹⁹ Artikkelissa ei arvioida aids-keskustelua tavoitteiden saavuttamisen valossa, vaan analysoidaan argumenttien sisältöä, syntyä ja tarkoituksia. Tapahtumahistorian sijaan keskiössä ovat argumentaatiota ohjanneet arvot, arvoista kertovat toimintatavat sekä politisoitumisen prosessi kokonaisuudessaan. Poliittikkaprosessin kehyksessä hahmotetaan politiikan muutosta, toimijoiden argumentaatiota ja toimintaympäristön muuttuvaa kontekstia.

Merkityksellisuuden kynnys

Aids-keskusteluun ja taudin hallinnan tavoista käytyyn kamppailuun sisältyi alusta lähtien selkeä eri ammattialojen, intressiryhmien ja asiantuntijuuden välinen jännite. Aidsin suhteen jatkuva pohjavire oli, kenen asiantuntijuutta tilanteen hoitamiseksi erityisesti tarvittaisiin ja kuka saisi määrittellä, mikä oli merkityksellistä. Yhteiskunnallisen suunnittelun korostuminen 1960-luvulta lähtien näkyi myös terveyspolitiikan saralla ja korosti Lääkintöhallituksen ja sosiaali- ja terveysministeriön asemaa terveydenhuoltojärjestelmän ohjaajina. Virkamies- ja asiantuntijatehtäviin rekrytoitiin 1970-luvun alussa nuoria terveyspoliittisia uudistajia, jolloin terveyspolitiikan toteuttajiksi tuli uusien ajatusmallien edustajia.²⁰ Aids asetti kyseenalaiseksi sairauksien määrittelyn vain lääketieteelliseksi ongelmaksi eikä sopinut medikalisoinnin malliin, vaan ennemminkin uhkasi vakavasti sen perusteita.²¹ Parantumattoman taudin hoidossa oli välttämätöntä ottaa huomioon yksilö ja yhteisö pelkkää lääketieteellistä tulkintaa laajemmin.

Tieto Suomen ensimmäisestä aids-tapauksesta alkukesästä 1983 käynnisti aids-keskustelun ja toimintapolitiikan ensimmäisen, avoimen politisoimisen vaiheen.²² Tietoa uudesta tartuntataudista, sen piirteistä, vaarallisuudesta ja merkityksestä tuottivat alusta lähtien lääkärit, vastaavan viranomaisen eli lääkintöhallituksen virkamiehet, jotka hekin olivat usein lääkäreitä, Suomen Punaisen Ristin (SPR) ja Seksuaalinen

tasavertaisuus ry:n (Seta) edustajat. Näistä tahoista ja toimijoista muodostui politisoitumisen prosessin ydinjoukko.²³ Virallisten ohjeiden puuttuessa julkisuudessa esiintyneiden asiantuntijoiden neuvoista muodostui etenkin median tulkinnoissa lähes määräyksen kaltaisia.²⁴



Kuva 1. Punainen nauha, jolla kantaja osoittaa tukensa aidsiin sairastuneille. Helsingin kaupunginmuseo, CC BY 4.0.

Tautitapausten pieni lukumäärä, niiden keskittyminen marginaaliseksi miellettyyn riskiryhmään sekä epäily median ja kansalaisten reaktioiden voimakkuudesta ohjasivat viranomaisia maltilliseen ja odottavaan suuntaan. Aids näyttäytyi alkuvaiheessaan leimallisesti ”homotautina”²⁵, mikä hidasti reaktioita ja vaikutti asiantuntijuuden rakentumiseen. Seta oli nykytermein kokemusasiantuntija, joka esimerkiksi lääkärien epidemiologisesta ja virologisesta näkökulmasta ja keinovalikoimasta käsin katsottuna edusti hyvin

erilaista toimintalinjaa. Lääkintöhallitus ohjeistikin tekemään alkuvaiheessa vuonna 1983 aidsia käsittelevän selvityksen ”huomiota herättämättä ja esimerkiksi syrjintä tiedustelut [sic] tehtävä sosiaalihoitajilta, ei SETAsta”. Lääkintöhallituksen ei myöskään ollut ”syytä ryhtyä julkiseen keskusteluun tai informointiin ellei synny siihen pakottavia ilmiöitä tai vääristymiä”. Selvityksessä toteutettu kohderyhmäkysely kuitenkin osoitti, että epäily aids-tartunnasta lisäsi itsemurha-ajatuksia ja että homoseksuaaleihin kohdistuvat epäluulot olivat jo johtaneet syrjintään työpaikoilla.²⁶

47

Aidsin vaikutusten ulottuminen lääketieteen asiantuntemuksen ulkopuolelle oli alusta lähtien selvää ja politisoimisen prosessissa asetelma rakentui terveystalouden laajan ja kapean tulkinnan välille. Toimijat liikkuvat näiden tulkintojen sisällä aids-keskustelun edetessä, mutta argumentaatiota voi hahmottaa kautta linjan tässä viitekehyksessä. Heinäkuussa 1984 nimetyn lääkintöhallituksen aids-työryhmän kokoonpano heijasti viranomaisen suhtautumista ongelmaan ensivaiheissa lääketieteellisenä kysymyksenä ja korosti ammattikunnan statusta aids-kysymyksen ratkaisussa. Työryhmä koostui pelkästään lääketieteellisistä asiantuntijoista eikä se siten vastannut esimerkiksi Setan heti ensimmäisestä tautitapauksesta lähtien peräänkuuluttamaa monitieteistä asiantuntijaryhmää.²⁷

Kansalaisyhteiskunnan näkyvimmän, laajan terveystalouden tulkinnan kannattajan Setan tavoitteissa oli alusta lähtien aids-kysymystä laaja-alaisesti tarkasteleva ja sosiaaliset seurannaisvaikutukset huomioon ottava työryhmä. Lääketieteellisen ja hallinnollisen asiantuntemuksen ohella työryhmässä tulisi olla ”myös sairautta koskevan väestönosan muodostamaa hahmotuskykyä”.²⁸ Seta edusti seksuaalivähemmistöjä ja pyrki heidän oikeuksiensa ja näkemystensä huomioon ottamiseen. Homoseksuaalit olivat yhteiskunnassa historiallisesti syrjitty vähemmistö, johon aids-epidemia ja sitä koskeva keskustelu nyt ensi sijassa kohdistui. Setassa uskottiin, että seksuaalisten vähemmistöjen tavoittaminen ja heihin vaikuttaminen ilman heidän edustustaan päätöksiä tehtäessä, vaikuttaisi kielteisesti taudin torjunnassa.

Kyse oli myös valtiopolitiikasta eli siitä, kuka saisi määrittellä muotoutumassa olevan aids-politiikan reunaehdot. Olisiko se odottava ja dynaamisuuden puutteesta syytetty lääkintöhallitus; ripeitä, lääketieteellisestä näkökulmasta tulkittuja toimia vaativat aids-lääkärit vai tautia sosiaalisena kysymyksenä tarkasteleva Seta? Määrittelyvallan jakaminen merkitsi myös asiantuntija-aseman jakamista eri toimijoiden kesken.²⁹ Mediassa viranomainen pyrki hillitsemään hysteriaa, mutta näyttäytyi reaktiivisena, kun taas aids-kysymyksen perehtyneet, pikaisia toimia vaatineet lääkärit näyttäytyivät dynaamisina ja proaktiivisina.³⁰ Ratkaisevaksi osoittautui hetki, jolloin heteromiehestä löytynyt tartunta varmistui Suomessa alkuvuodesta

1985. Aidsin kuriositeettileima pelkästään homoseksuaalien sairautena väistyi ja laajempi merkityksellisyyden kynnyks ylittyi. Homoseksuaalien tautina aidsiin kohdistui ”kuriositeettimielenkiintoa”, mutta heteroihin leviävänä ”on on probleema jokaista lääkäriä koskettava”.³¹

Kansalaisissa herännyttä tuomitsevaa ja eristämistä vaatinutta moralisoivaa reaktiota tieto ei lyhyellä aikavälillä poistanut, mutta viranomaiselta se edellytti katsantotavan muutosta. Aidsin määrittely vain riskiryhmien ja marginaalien sairauksiksi oli ollut keino hillitä yleistä ahdistusta ja pelkoa; saada hallitsematon tilanne näennäisesti hallintaan.³² Ongelma oli etäännytetty välimatkan päähän ja pidättäytytty käsittelemästä niitä yksilön ja yhteisön väliseen jännitteeseen liittyviä kysymyksiä, joita osin tuntemattoman, parantumattoman tartuntataudin leviäminen väistämättä nostatti.

Lääkintöhallituksessa lääketieteeseen painottuneen aids-työryhmän rinnalle asetettiin helmikuussa 1985 aids-seurantaryhmä, jonka kokoonpanossa näkyi moniulotteisempi lähestymistapa. SPR:n veripalvelua ja aids-potilaita hoitavan Auroran sairaalan lääkäriedustajien ohella seurantaryhmästä löytyi psykologi, lääkintölakimies ja Setan edustus. Asiantuntijuuden välistä kamppailua sekä laajan ja kapean tilannekuvan ja tulkinnan välistä jännitettä kuvasi hyvin kritiikki, jota seurantaryhmästä elinkeinoelämän kytkösten vuoksi poisjätetty lääkäri esitti virologian asiantuntemuksen puutteesta ja siitä, että ”tässä on väärin AIDS:sta tehty korostetusti sosioeettinen ongelma”.³³ Aids-kysymyksen politisoitumisprosessi rakentui lääketieteellisen ja humanistis-yhteiskunnallisen asiantuntemuksen välisen jännitteen varaan. Jännite ei kuitenkaan kulkenut tiukasti lääketieteen edustajien ja muiden välillä, vaan se oli moniulotteisempi. Julkisuuksessa esiintyneet lääkärit profiloituivat pitkälti oman professionsa ja sen edustamien ratkaisumallien puolesta puhujina, kun taas esimerkiksi lääkintöhallituksen sisällä tai poliittisen päätöksenteon piirissä lääketieteellinen ja sosiaalinen lähestymistapa lomittuivat.

Kirjassaan *Disease and Democracy* Peter Baldwin toteaa, että aidsin leviäminen laajempiin ihmisryhmiin johti yhteiskunnalliseen ja poliittiseen käänteeseen.³⁴ Lääkintöhallituksen aids-seurantaryhmän kokoonpano alleviivasi niin aidsin kuin yleensä tartuntatautien aiheuttamien ongelmien moniulotteista luonnetta ja siinä heijastui rakenteellisen terveystalouden laaja tulkinta. Yksilön ja yhteisön puolesta valtaa käyttävien edut asettuivat vastakkain, ja tätä ristiriitaa työryhmän kokoonpanolla pyrittiin sovittamaan. Yhteiskunnallisen vallankäytön ja yhteisön näkökulmasta aidsiin sairastunut yksilö oli kärjistäen hyödytön, jopa vaarallinen, mutta sairautensa vuoksi entistä riippuvaisempi yhteiskunnan voimavaroista.³⁵ Parannuskeinojen ja rokotteiden puuttuessa aidsia ei voitu käsitellä vain lääketieteellisenä kysymyksenä, koska sairastuneiden oli tultava sairautensa kanssa toimeen ja muun yhteiskunnan oli opittava suhtautumaan heihin. Tautitilanteen hoito siirtyi vahvemmin viranomaisten aloitevallan alle, mutta alusta lähtien tilanteen hallintaan, tiedottamiseen ja toimintamallien rakentamiseen vaikuttaneita tahoja ei suljettu ulkopuolelle.

Päätöksenteko ja vastuunkanto laajeni alkuperäisten aktivistitahojen ulkopuolelle, mutta kansanterveyden ja kansalaisvapauksien välinen jännite kasvoi, kun huoli kohdistui siihen, että tauti oli ”leviämässä myös ns. normaaliväestöön”.³⁶ ”Aids ei ole enää vain homoseksuaalien tauti”, otsikoi *Helsingin Sanomat*, jonka haastattelussa aids-lääkärinä tunnetuksi tullut ja ripeitä rajaustoimia ajanut Sirkka-Liisa Valle korosti, että Suomessa olisi seurattava erityisesti heteroseksuaalien, riskiryhmiin kuulumattomien sairastumisia.³⁷ Jako ”poikkeavaan väestönosaan” ja ”normaaliväestöön” nousi myöhemmin esiin myös täysistuntokeskustelussa.³⁸ *Suomen Kuvalehdessä* esiintyneiden asiantuntijalääkäreiden huoleton normaaliväestö-käsitteen käyttö herätti Setan puheenjohtaja Jorma Hentilän muistuttamaan, että ihminen unohtui helposti aidskeskustelusta. Vaikka tauti oli medialle ehtymätön ”pahimmillaan sensaation ja sosiaalipornon lähde”, oli homojen ihmisarvoa loukkaavaa puhua ”normaaliväestöstä” heteroseksuaalisia ihmisiä tarkoittaen, Hentilä painotti.³⁹

Niin Suomessa kuin kansainvälisesti epidemian laajentuminen homoseksuaalien ulkopuolelle hajautti keskustelua vastuusta. Kyse ei ollut enää marginaalisen vähemmistön vastuuttamisesta omasta käytöksestään, vaan huomiota siirrettiin riskiryhmistä riskikäyttäytymiseen. Arvoja ja yhteisvastuuta aidsin kontekstissa pohtinut arkkipiispa John Vikströmin painotti, ettei riskiryhmään kuulumisen johtanut tartuntaan, vaan sairaudelle altistuttiin tietynlaisen käyttäytymisen seurauksena.⁴⁰ Ratkaisuiden etsiminen ja päätöksenteon siirtäminen vähemmän julkisia intohimoja herättävän virkamieskoneiston käsiin ja poliittisen vastuunkannon pitkittäminen oli leimallista aids-keskustelun ensimmäiselle vaiheelle.⁴¹

Kansainvälisesti tunnistetussa ”orastavan reaktion”⁴² ensivaiheessa kansalaisyhteiskunnan toimijat, terveydenhuollon asiantuntijat ja media vaativat poliittisilta päättäjiltä ja lääkintöhallitukselta vastuuviranomaisena toimia. Toisaalta ne pääsivät virallisten linjausten puuttuessa määrittelemään tarvittavia toimenpiteitä ja taudin hallinnan politiikkaa omista lähtökohdistaan käsin. Alkuvaiheessa muodostunutta aktivistiyhteisöä yhdisti pyrkimys nostaa aids-kysymys merkityksellisyiden kynnyksen yli tiedotuksen, testauksen ja hoidon resurssien turvaamiseksi.

Laaja tulkinta vakiintuu aids-politiikan perustaksi

Se, miten yksilön ja yhteiskunnan väliseen jännitteeseen aids-epidemian aikana reagoitiin, riippui paljolti kunkin kansakunnan terveyspoliittisesta historiasta, väittää Peter Baldwin. Vaikka päätöksentekijät uskoivat reagoivansa uuteen kriisiin uusin asein, päätöksiä leimasi vahva polkuriippuvuus. Päättäjillä oli taipumus tarttua aiemmin sukupuolitautilien hallinnassa käytettyihin pakkokeinoihin, kuten pakkotestaukseen ja karanteeneihin. Aiemmat käytänteet, lainsäädäntö ja terveyspoliittinen kulttuuri ohjasivatkin tehtyjä ratkaisuja enemmän kuin puoluepolitiikka tai ideologiset erot. Tartuntatautien ehkäisyn kontekstissa oli vaikea esimerkiksi erottaa, edustiko yksilön itsemääräämisoikeuden korostaminen liberaalia ihmisoikeusajattelua vai konservatiivista riskin yksilöllistämistä. Baldwin katsoo, että vaikka poliitikot väittivät käsittelevänsä aidsia toisin kuin koleraa tai kuppaa, todellisuudessa esimerkiksi Ruotsissa ja Yhdysvalloissa ratkaisut haettiin aiempien vuosikymmenten ja -satojen tartuntatautipolitiikasta.⁴³

Terveyspolitiikan pitkässä linjassa tapahtuneilla muutoksilla oli kuitenkin esimerkiksi Suomen tapauksessa huomattava merkitys valitun strategian näkökulmasta. 1960-luvulla virinnyt arvopohjan liberalisointumisen jatkui ja jossain mielessä jopa täydellistyi 1980-luvun taitteessa. Vastavoimaksi 1970-luvulla heränneellä uusmoralismilla ei ollut aids-keskustelun näkökulmasta taannuttavaa vaikutusta rakenteellisen terveyspolitiikan laajan tulkinnan etenemiseen 1980-luvulla. Julkisen keskustelun moraalipaniikki ja homoseksuaaleja syyttävä ilmapiiri ei syrjäyttänyt terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan etenemistä, vaan WHO:n Ottawan julistuksen (1986) tavoite⁴⁴ siirtää terveyden edistäminen yksilöihin kohdistuvasta terveyskasvatuksesta sosioekologiseen, yhteiskunnalliset rakenteet laajasti huomioon ottavaa terveydenedistämiseen heijastui Suomen aids-politiikassa.

Vuonna 1985 merkityksellisyiden kynnyksen jo ylityttyä sosiaali- ja terveysministeri Eeva Kuuskoski-Vikatmaa (kesk.) linjasi aidsia sosiaalis-eettisenä kysymyksenä tarkastelevan kannan eduskunnassa. Hän korosti, että aids-politiikassa oli pyritty painottamaan valistusta ja vapaaehtoisuutta, koska ”tätä ongelmaa ei pystytty yksinomaan pakkokeinoin ratkaisemaan, on kysymys niin vaikeista asioista”.⁴⁵ Ongelman ratkaiseminen edellytti tietoisuutta riskeistä ja vapaaehtoisuutta näiden riskien välttämiseen ja hoitoon hakeutumiseen. Laajan tulkinnan vakiintuminen ei kuitenkaan vielä syksyllä 1985 ollut itsestäänselvyys. Yleisesti ottaen, jos aids-riskin katsottiin kohdistuvan yhteisöön, ratkaisu oli rajoittaa sairastuneiden ja riskiryhmään kuuluvien mahdollisuuksia levittää sairautta. Jos sen sijaan riski ymmärrettiin yksilöllisesti, strategia oli kannustaa sairauden leviämisen ehkäisyyn ja käyttäytymisen muutokseen.⁴⁶ Vaikka viranomaisen

ja poliittisesti vastuunalainen ministeri olivat ilmaisseet periaatteellisen kantansa, aids-keskustelu keskittyi sen ympärille, oliko aids ensi sijassa yksilön vai yhteisön riski.

Vastakkain asettuivat terveyspolitiikan pitkän linjan ulottuvuudet yleisen hyvän ja yksittäisen kansalaisen hyvän elämän välillä. Missä määrin koko kansan hyvinvointi ja esimerkiksi kansantaloudelliset näkökohdat ohittivat yksilön itsemääräämisoikeuden? Niin laajaa testausohjelmaa, tartunnanjäljitystä ja pakkoimia korostaneen kovan linjan kuin vapaaehtoisuutta, anonymiteettiä ja valistusta painottaneen pehmeän linjan katseet, odotukset ja vaatimukset kohdistuivat vastuuviranomaisiin eli useimmiten lääkintöhallitukseen, mukaillen terveyspolitiikan polkuriippuvuutta ja julkisen vallan vahvaa roolia. Terveysten yhteiskuntasopimuksessa oltiin murroskohdassa⁴⁷. Julkisella vallalla oli velvollisuus huolehtia kansalaisten terveydestä, mutta sen oikeus täyttää tämä velvollisuus tartuntatautien historiasta kumpuavin pakkotoimin ja kontrollin avulla kyseenalaistettiin.

Kovan ja pehmeän linjan ajajilla oli yhteinen tavoite: saada mahdollisimman moni tartunnansaanut testiin. Tartunnasta tietämättömien rooli leviämässä oli molempien osapuolten mielestä keskeinen. Lääkintöhallituksen aids-työryhmän ja aids-kysymykseen perehtyneiden lääkäreiden ratkaisu oli ennalta ehkäisyssä nimissä toteuttaa laaja, HIV-infektion kansallista levinneisyyttä riskiryhmien osalta ja jossain vaiheessa jopa kansallisesti hahmottava tutkimus, sekä panostaa tartunnan jäljitykseen. Aids-seurantaryhmässä humanistis-yhteiskuntatieteellistä näkemystä edustaneiden sekä Aurooran sairaalassa aids-potilaita hoitaneiden lääkäreiden mielestä epidemian leviämistä estettäisiin tehokkaimmin ihmisten käytökseen vaikuttamalla. Tiedotus, valistus, luottamuksen rakentaminen ja sairastuneiden tukeminen olisivat tehokkaita keinoja kuin pakkoon ja kontrolliin perustuvat. Koska riski koski niin homo- kuin heteroseksuaaleja ja monien riskiryhmiin luettavien alaryhmien, kuten suuntautumisensa salaavien biseksuaalien ja perheellisten homoseksuaalien, tavoittaminen olisi vaikeaa, jopa mahdotonta, jäisi levinneisyystutkimuksen tulos väistämättä puutteelliseksi.⁴⁸

Kovan linjan edustajien vaatimukset levinnäisyyskartoituksista kumpusivat aidosta tarpeesta reagoida tuntemattoman edessä, mutta myös tieteellisestä mielenkiinnosta. Lääkäreiden professioautonomian koettiin 1970- ja 1980-luvuilla heikkenevän, mihin kohdistuneiden paineiden vastustamisessa eittämättä tuki lääketieteellisen asiantuntemuksen merkityksen korostaminen etenkin julkisuudessa.⁴⁹ Kansalaisten kokea pelko purkautui jyrkkinä vaatimuksina, jotka vahvistuivat mediajulkisuuden megafoniefektin myötä. Kriisitunnelma sävytti myös osaa poliitikkojen ja asiantuntijoiden puheenvuoroista, joissa kaikuivat kriisi ja sotatilametaforat ja historiasta oppiminen. Esko Seppänen (SKDL) halusi aidsin yleisvaarallisten tautien luokkaan, jotta tartuntalähteen paljastaminen toteutuisi. Aids-kirjoittelun moraaliulottuvuutta tarkastellut Tarja Nikupaavo-Oksanen nostaa esiin, miten pakkotestejä perusteltiin sillä, että aids uhkasi yhteiskunnan taloudellisia ja kulttuurisia järjestelmiä.⁵⁰ Professori Pentti Malaska suositteli ajatusmallia, jossa ”olemme ikään kuin sotatilassa”, jossa HI-virus oli tehnyt vasta ensimmäiset ”väkivaltaiset tiedusteluretkensä”. Malaska kysyi, perustuiko vallitseva suhtautuminen jonkinnäköiseen eettiseen harhaan. Hän uskoi, että riskiryhmiltä kysymällä saataisi hyvinkin selvitä, että heidän eettinen käsityksensä puoltaisi testejä, hoitoa, huolenpitoa eli ”kaikkea sitä, mitä nyt pidetään kansalaisvapauden nimissä varottavana.”⁵¹

Lääkärilehden päätoimittaja Ilkka Vartiovaara perusteli yhteisön kurin ja kontrollin vaatimuksia sillä, etteivät jälkipolvet olleet aiemminkaan syyttäneet viranomaisia yksilön oikeuksien rajaamisen hinnalla tehdystä päätöksistä tartuntatautien nujertamiseksi. Tämä näytti nyt unohtuneen niiltä, jotka ”pelkäävät kaikkea, mikä viittaa muuhun kuin vapaaehtoisuuteen”. Vartiovaara kysyikin, oliko yksilön oikeus suurempi kuin monista yksilöistä koostuvan yhteisön, ja vastasi, että luultavasti ei.⁵²

Toisin kuin esimerkiksi Ruotsissa, jossa aids-politiikka perustui historiasta kumpuaviin kontrollia painottaneisiin, yhteisön turvallisuutta korostaneisiin tulkintoihin, pehmeän linjan keinovalikoima ja terveyspolitiikan yhteiskunnalliset ulottuvuudet laajasti huomioon ottava tulkinta muodostuivat suomalaisen

aids-politiikan rungoksi. Epidemian keskellä uudistettu tartuntatautilakikin rakentui näiden tulkintojen varaan.⁵³ Lakiesityksessä ei ollut esimerkiksi aidsia koskevia erityissäännöksiä, vaan tautien luokittelu yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin ja muihin tapahtui vastaisuudessa asetuspohjalta. Ministeri Kuuskoski-Vikatmaa kuittasi kovien toimien vaatimukset painottamalla pakkotoimien soveltumattomuutta ja yksilön vastuun ratkaisevaa roolia taudin torjunnassa.⁵⁴ Myös talousvaliokunnan lausunnossa korostui sosiaalisten näkökohtien huomioon ottaminen tartuntatautien toteamisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Aidsia ei voitu luokitella yleisvaaralliseksi, rajoitustoimenpiteiden alaiseksi taudiksi, koska siihen ei ollut hoitoa. Ihmistä ei voitu määrätä eristykseen koko loppuelämäkseen.⁵⁵

Terveyspoliittinen pitkän linjan paradigman muutos perustui yksilön oman toimijuuden tukemiseen ja yhteisön rooliin tämän prosessin mahdollistajana. Sosiaalipolitiikan professori Tapani Purolan aikalais-arviossa kovan linjan kuri ja kontrolli eivät vastanneet muuttunutta ihmiskäsitystä, yhteiskuntakäsitystä ja viranomaiskäsitystä.⁵⁶ Lääkintöhallituksen moniulotteisuuden hyväksyvässä strategiassa esimerkiksi pakkotestausten eettiset ongelmat nähtiin hyötyjä suurempina. Parantavan hoidon puute ja testien väistämättä tuottamat virheelliset tulokset eivät puoltaneet koko väestön alistamista testattavaksi.⁵⁷ Sairastuneiden ja sitä epäilevien testaus ja tartunnan saaneiden jäljittäminen muodostuivat käytännöksi, mutta toimet perustuivat vapaaehtoisuuteen, eivät paktoon.

Terveyspolitiikan laaja tulkinta nojasikin yhteiskunnallisen otteen ohella vahvasti myös yksilön kykyyn ottaa vastuuta omasta käyttäytymisestään. Demokraattisen kansalaisuuden näkökulmasta epidemian hallinta rakentui yksilön itsekontrollin ei rajoitusten varaan. Aiempia tartuntatautiepidemioita selvemmin hallinnut ulkoisen kontrollin pakko vaihtui nyt itsekontrolliin. Baldwin huomauttaakin, että vaikka syyllisten etsintä näennäisesti lopetettiin, todellisuudessa vastuu syyllisyydestä siirrettiin yksilöille itselleen.⁵⁸ Koska pakkokeinoja ei voitu käyttää eettisten näkökohtien ja muuttuneen terveystieteellisen paradigman vuoksi, kansalaiset vastuutettiin Suomessa huolehtimaan omasta ja sitä kautta koko yhteisön terveysturvallisuudesta. Ruotsissa valittiin toisin ja kansalaiset pakotettiin pakkotestauksien ja kontrollin avulla omaksumaan toimintatavat, joita kaikkien ei omaehtoisesti uskottu omaksuvan.⁵⁹

Poliittinen legitimaatio

Terveys voi olla keino saavuttaa kansakokonaisuuden kannalta yleistä hyvää – hyvinvointia, talouskasvua tai menoleikkauksia – tai terveyden ensisijaisena päämääränä voi olla yksilön hyvä elämä. Etenkin tartuntatautien kohdalla yhteisön ja yksilön hyvä ovat usein vastakkaisia tai ristiriitaisia, mikä johtaa siihen, että epidemiat ja pandemiat väistämättä myös politisoituvat. Vaikka lähtökohta on lääketieteellinen tai biologinen, johtaa niiden hallinta poliittisten ja sosiaalisten jännitteiden kasvuun. Yksilön oikeus autonomiaan ja vapauteen kohtaa yhteiskunnan kokonaisturvallisuuden tavoitteet.⁶⁰

Aidsiin liittyneet pelot, voimattomuuden tunne ja tartuntatapoihin liittyvä poliittinen herkkyyks nostivat poliittisen merkityksellisyyden kynnyksen varsin korkeaksi. Ennen vuonna 1986 tartuntatautilain uudistamisesta käytyä keskustelua aids nousi esimerkiksi eduskunnassa esille harvoin; yhtäältä määrärahasymysten muodossa⁶¹ ja toisaalta ideologisemmassa yhteydessä Suomen Kristillisen liiton edustajien vaatiessa toimia aidsin leviämisen estämiseksi⁶². Suomalaisen aids-keskustelun kiivain vaihe ajoittui vuosille 1985–1987, ja poliittisen legitimaation osalta huipentui keväeseen 1987. Aidsin ilmoitusvelvollisuus, testausten anonymiteetti, rutiini vs. pakkotestaukset ja sairastuneiden kohtelu jakoivat mielipiteitä. Sensaatiohakuisuudesta huolimatta aihe kuitenkin myös arkipäiväistyi ja termistö vakiintui; huhtikuuhun 1986 mennessä lehdistö kyllästyi kirjoittamaan aidsista isoilla kirjaimilla.⁶³

Julkisessa keskustelussa oli päädytty avoimen politisoimisen vaiheesta asemasotavaiheeseen, jossa kovia otteita mediassa vaatineet niin sanotut aids-lääkärit, kuten Sirkka-Liisa Valle, haastoivat⁶⁴ kansalaisten mediavälitteisen tuen turvin sosioeettisen linjan, joka noudatti edelleen lääkintöhallituksen ja kansalaisyhteiskunnan toimijoiden laajaa terveystaloudellista tulkintaa. Konsensuksen puute oli esimerkiksi *Lääkärilehden* päätoimittaja Vartiovaaran mukaan se tekijä, joka hidasti aids-toimia.⁶⁵ Kevät 1987 vastaakin kansainvälisesti havaittua akuutin poliittisen aktiivisuuden tai kriisitietoisuuden kautta, jolloin aids-kysymys nousi poliittisten päättäjien asialistalle aiempaa voimakkaammin.⁶⁶ Vaikka osa kovia toimia vaatineista toivoi poliitikoista selkänjojaa Lääkintöhallituksen ja vastuuministerin pehmeää linjaa vastaan, poliitikkojen rooliksi muodostui kuitenkin ennemmin vahvistaa ja legitimoida viranomaisten, lääkärin ja kansalaisyhteiskunnan toimijoiden sovittelu linja ja toimintamallit kuin asettua haastamaan niitä.

Poliittista ristiriitaisen asiantuntijuuden yläpuolelle asettuvaa päätäntävaltaa vaadittiin, kun aids-keskustelun pelkoulottuvuus vahvistui uudelleen vuoden vaihteessa 1987. Joulukuun 1986 viimeisinä päivinä *Helsingin Sanomissa* olleessa haastattelussa ruotsalainen aids-lääkäri Michael Koch korosti pelon olevan paras suojautumiskeino aidsia vastaan ja kyseenalaisti länsimaisen, yksilön oikeuksia painottavan demokratian mahdollisuudet aidsin torjunnassa. Koch arvosteli päätöstä jättää aids yleisvaarallisten tartuntatautien ulkopuolelle, koska se rajoitti suomalaisten viranomaisten mahdollisuuksia pakkotoimien käyttöön. Kovia toimia vaatineet lääkärit, kuten Sirkka-Liisa Valle ja Jukka Suni, uudistivat nopeasti aiemmat varoituksensa ja vaatimuksensa: vaikka aids oli jo julistettu heikosti tarttuvaksi, viruksen mutatoituminen esimerkiksi pisaratartuntana leviäväksi ei olisi poissuljettua, jos epidemia leviäisi hallitsemattomasti.⁶⁷ Pelon ilmapölyssä asiantuntemuksen omistajuutta yritettiin hivuttaa sosiaalis-eettisestä kohti selkeämmin lääketieteen lähtökohdista kumpuavaa aids-poliittista tulkintaa.

Tarve ristiriitojen sovitteluun siirsi keskustelua aiempaa voimakkaammin politiikan piiriin. Tulisiko rutiininomaisesti testata tietyt ihmisryhmät, vai muodostuisiko rutiinitestauksesta tai selektiivisestä testauksesta pahimmillaan pakkotestaus. Kansalaisyhteiskunnan toimijoista Seta ja Aids-tukikeskus vastustivat rutiinitestauksia piilotettuun pakkotestiluonteeseen vedoten. Toimille löytyi kuitenkin myös ymmärrystä.⁶⁸ Ole Wasz-Höckert (r.) piti rutiininomaista testaamista esimerkiksi äitiysneuvolassa tai varusmiespalveluksessa luontevana. Kysymykseen ei saanut liittyä mitään ”moralisointia” vaan ”se on lääketieteellinen kysymys, tartuntakysymys”. Riitta Jouppila (kok.) katsoi, että ”problemaan” tuli suhtautua ”kiihkottomasti, ilman tunteilua” ja tuki Wasz-Höckertin näkemystä testauksen saattamisesta rutiininomaiseksi. Aimo Ajo (sd.) katsoi, että testit tulisi laajentaa vähitellen koko kansaa koskeviksi.⁶⁹ Tulkinasta riippuen rutiinitestaukset saattoi siis tulkita tieksi kohti leimaavaa pakkotestausta tai testauksen normalisoitumista.

1980-luvun konsensus-Suomea⁷⁰ kuvasi yhteiskunnallisen eliitin pyrkimys ratkaista myös aids-konflikti sovittelumekanismien ja kompromissiratkaisuiden kautta. Konsensushengessä, mutta myös korostaakseen asemaansa vastuuviranomaisena ja tärkeänä kriisiorganisaationa Lääkintöhallitus järjesti huhtikuussa 1987 Aids-Korpilampi-seminaarin Helsingin yliopiston juhlasalissa. Aids oli nostanut asiantuntijat jälleen arvoonsa, ja tulevaisuutensa puolesta kamppailevan keskusviraston tehtävä oli nostaa profiliaan ja turvata kansalaiset terveysuhkia vastaan.⁷¹ Historiallista vertauskohtaa ja konsensuspoliittista selkänjojaa haettiin vuoden 1977 talouspoliittista linjaa sorvanneen Korpilampi-seminaarin hengestä, ja poliitikoille Korpilampi-metafora sopi aiheen vakavuus ja vaalikevät huomioon ottaen hyvin. Edustaja Jouppilan (kok.) mukaan päästäisiin keskustelemaan aiheesta ”kiihkottomasti, ilman tunteilua, koska kysymys on todella vakavasta lääketieteellisestä ongelmasta, johon kyllä liittyy hyvin paljon sosiaalipoliittisia ongelmia, koska se on yhteiskunnan ehkä poikkeavasta väestönosasta lähtenyt tauti, joka kuitenkin on leviämässä myös normaaliväestöön”. Valtion oli nyt aika astua areenalle ja siirryttävä puheista ja kuvittelusta realismiin, linjasi Aimo Ajo.⁷²

Aids-Korpilampi ei kuitenkaan johtanut konsensukseen ainakaan siinä mielessä, että kovemman linjan kannattajat olisivat saaneet tavoitteitaan läpi. Seminaarissa toistettiin keskustelun aikana tutuksi tulleet argumentit, ja vallalla oli edelleen tulkinta, jonka mukaan epidemian kehittyminen oli kiinni yksilöiden käyttäytymisestä ja vastuuntunnosta. Testaus oli vain apukeino aidsin torjunnassa.⁷³ Lääkintöhallituksen pääjohtaja Matti Ruokola (kesk.) painotti, että laajat, perusteettomat kansalaisten testaukset olivat tarpeettomia ja loisivat valheellisen turvallisuuden tunteen kertoessaan vain sen hetkisen tilanteen.⁷⁴ Tiukinta linjaa edusti Sirkka-Liisa Valle painottaen, että ”paijaava ja empaattinen asennoituminen aids-epidemiaan oli nyt unohdettava”. *Helsingin Sanomat* luonnehti, että pitkään kytenneet ristiriidat tulivat nyt esille, muttei lehtikään osannut esittää seminaarissa päädytyn mihinkään kompromissiin tai varsinaiseen lopputulemaan. Yhtenä tiivistyksenä lehti kuitenkin kysyi, piiskasiko tutkijoita jo liiaksi eteenpäin muut motiivit kuin tieteellinen kiinnostus, esimerkiksi raha tai julkisuus.⁷⁵

Vaikka aids-seurantaryhmässä kovan linjan vaatimukset anonymiteetistä luopumisesta, aidsin luokitelusta yleisvaaralliseksi ja testien pakollisuudesta tiedostettiin, ”pehmeää linjaa edustaa, nykyinen kohtalaisen hyvin kaikkia osapuolia tyydyttävä linja”.⁷⁶ Selektiivinen testaus, valitus ja tiedotus loivat pohjan, ja tämän linjan vahvistumista voi pitää Aids-Korpilammen yhtenä lopputulemana. Kovan linjan vahvistuminen olisi edellyttänyt uusia tukijoita, mutta poliitikot eivät ottaneet seminaarin jälkeenkään voimakasta roolia aids-politiikan linjaajina, vaan ennemmin legitimoivat lääkintöhallituksen asiantuntijuuden ja linjaukset jättäytymällä kiivaimman julkisen keskustelun ulkopuolelle. Keskustalainen sosiaali- ja terveystieteiden ministeri ei haastanut saman puolueen riveistä lääkintöhallituksen pääjohtajaksi nostetun Ruokolan arvovaltaa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministerinä vuonna 1983 toiminut Vappu Taipale on arvioinut, että julkisen keskustelun rooli poliitikkojen mielipiteenmuodostuksessa ei vielä 1980-luvulla ollut yhtä merkittävä kuin nykyään.⁷⁷ Konsensus-Suomen ratkaisu aids-ristiriitoihin olikin tyypillinen: Aids-kansalaisvaltuuskunnan perustaminen. Tasavallan presidentin puolison Tellervo Koiviston johtaman valtuuskunnan kokoonpano heijasti yhteiskunnallisen vallankäytön ylätasoa, mutta varsinaisten toimien osalta sen anti jäi vähäiseksi.⁷⁸

Suvaitsevaisuuden lisääntyminen, pluralistinen arvomaailma ja yhteiskunnan mieltäminen esivallan sijaan palvelulaitoksena muuttivat suomalaisten asenteita ja vaikuttivat suomalaisen terveystieteiden kehitykseen juuri ennen aids-epidemiaa ja sen aikana. Laitosvalta ja julkisen sektorin suunniteluvalta alkoivat murtua tiellä kohti yksilöiden mahdollisuuksia ja oman elämänhallinnan velvollisuuksia korostaan hyvinvointiyhteiskunnan tieltä. Huolenpitoon ja elämänsä ohjailuun keskittynyt hyvinvointivaltio sai väistyä.⁷⁹ Aids-ajan keskustelu vastuusta ja vapauksista asettuikin yhteiskunnallisen muutoksen kontekstiin sen sijaan, että aihetta käsiteltäisiin vain kansanterveydellisenä kysymyksenä.



Kuva 2: Kynttiläasetelma Tuomiokirkon portailla aidsiin kuolleiden muistoksi maailman aids-päivänä. Kuvaaja: Matti Niemi 1996. Helsingin kaupunginmuseo, CC BY 4.0.

Johtopäätökset

Aids-keskustelu oli utopia jostain, joka jo on, vaikka ei ole vielä tullut, kuten Tapani Purola keväällä 1987 luonnehti. Aids oli läsnä, vaikka ilmiö ei vielä oletettavasti ollut koko laajuudessaan saapunut Suomeen. Terveyspolitiikan ennakkoinnin näkökulmasta tämä tarkoitti tutkimuksen lähtökohtana ja ihmisten motivoijana käytetyn toivon utopian täydentämistä pelon utopialla. Jos myös pelon näköaloja ei otettaisi huomioon ”terveyspolitiikkaa tuskin voitaisiin sanoa rationaaliseksi”.⁸⁰ Pelon utopiassa korostuivat järjestys, kontrolli, kuri ja rajoitukset, kun lääkärit eivät kyenneet taudin hallintaan lääketieteellisin keinoin. 1980-luvun terveystaloudellista ajattelua hallitsi kuitenkin toivon utopia, jossa korostui ihmisten oma motivaatio, aktiivinen toiminta ja yhteisön merkitys edellytysten antajana tai estäjänä.⁸¹ Jos kovan linjan näkemyksissä riskiryhmillä ei ollut oikeutta levittää tautia terveisiin, pehmeän linjan terveysaktivismiin vastineessa ei heidän sellaista oletettu havittelevankaan. Ajatus kovien toimien avulla puolustautua sairautta vastaan sisälsi epäluottamuksen tartunnansaaneita ja heidän moraaliaan kohtaan.⁸²

Suomalainen aids-keskustelu ja epidemian hoito kokonaisuudessaan heijasti 1960- ja 1970-lukujen oikeudellisten tulkintojen muutosta ja laitostavan murtumista⁸³ sekä uutta, 1980-luvulla myös kansainvälisesti vakiintunutta terveystaloudellista suuntausta, jossa pääpaino oli yksilön käyttäytymisen ja yksilönvastuun korostamisessa kollektiivisten, kontrollia ja rajoituksia painottaneiden toimien sijaan.⁸⁴ Valittu linja heijasti kansainvälistä kontekstia, jossa WHO muodosti aids-politiikan episteemisen yhteisön ja Suomen linja muotoutui noudattamaan WHO:n artikuloimia tavoitteita. Pakkotoimenpiteitä ja kansalais- ja ihmis-oikeuksien rajoittamista pidettiin lääketieteellisestä näkökulmasta tarpeettomina ja painoarvoa annettiin

hiv-infektion yksilöllisten ja sosiaalisten vaikeuksien ehkäisemiselle.⁸⁵ Kansalaisten terveydestä huolehtiminen oli WHO:n painotusten mukaisesti (hyvinvointi)valtion tehtävä.

Aids-keskustelussa näkyi osittainen arvokonservatismiin paluu asenteita liberalisoineiden vuosikymmenten jälkeen. Terveyspolitiikan laajaa tulkintaa kannattaneiden kansalaisyhteiskunnantoimijoiden parissa asenteiden koventuminen tuntui paluulta Agraari-Suomen kapeaan heteronormatiivisuutta ylikorostavaan ja seksuaalisuuden moninaisuuden kieltävään ilmapäiriin, mutta aids-politiikan isoihin linjauksiin kurin ja kontrollin vaatimusten vaikutus oli vähäinen. Aids antoi mahdollisuuden konservatiiviseen vastaisuuteen, joka kuitenkin jäi lähinnä reaktiivisen retorikan tasolle. Vaikka homoseksuaalit jäivät median legitimoiman asiantuntijuuden ja valtaa käyttävän roolin ulkopuolelle ja saivat esim. Setan aktiivisen mielipidekirjoittelun kautta näkemyksensä esiin vain mielipiteenä, ei journalistisena sisältönä, seksuaalivähemmistön ääni kuitenkin kuului aiempaa laajemmin mediakeskustelussa.⁸⁶ Aids-politiikan rakentuminen noudatti ennemmin brittiläistä terveystaloutta tutkineen Virginia Berridgen kuvaamaa jatkuvuuden strategiaa⁸⁷: kovaääniset, moralistiset pelkoreaktiot eivät muuttaneet terveystaloutta laajaan tulkintaan perustunutta viranomaislinjaa, jota poliittinen päätöksenteko tuki.

Suomalaisessa aids-keskustelussa kaikuvat vaatimukset turvautua historiallisiin tartuntatautien ehkäisyssä käytettyihin pakottaviin ja rajoittaviin keinoihin, mutta toisin kuin Ruotsissa, Baijerissa tai osassa Yhdysvaltain osavaltioita nämä edellisen vuosisadan toimintatavat hylättiin. Suomi noudatti Peter Baldwinin ajatusta terveystaloutta polkuriippuvuudesta⁸⁸, mutta vertailukohtaa ei haettu sadan vuoden takaa, vaan aids-keskustelua edeltäneiden vuosikymmenten kehityksestä. Syrjäinen sijainti johti Suomessa ja Ruotsissa vastakkaisiin reaktioihin. Ruotsissa aidsin leviäminen pyrittiin kontrollin avulla estämään, kun se vielä koettiin mahdolliseksi.⁸⁹ Suomessa se mahdollisti sosiaalisen ja eettisen ulottuvuuden painottamisen, koska kulttuuristen ja maantieteellisten syiden vuoksi epidemia pysyi varsin rajattuna. Aids olikin epidemian ohella koronapandemian yhteydessä korostetun kaltainen syndemia eli useiden yhteen kietoutuneiden uusien ja olemassa olevien yhteiskunnallisten ja terveysongelmien muodostama kriisi.⁹⁰ Ratkaisut vaihtelivat maittäin polkuriippuvuuksista, poliittisen päätöksenteon ja viranomaisvastuun rakenteista, ajankohtaisista poliittisista intresseistä ja asiantuntijuuteen liittyvistä kamppailuista johtuen.⁹¹

Yksilöä ja terveystaloutta poliittikkasektorit läpileikkaavaa yhteiskunnallista luonnetta korostanut paradigman muutos 1970- ja 1980-luvuilla muodosti kehyksen, jonka sisällä aids-keskustelu tapahtui. Lääkintöhallitus oli aids-keskusteluun osallistuneiden lääkäreiden ja kansalaisyhteiskunnan toimijoiden vaikutusyritysten kohteena. Vastuuviranomainen tasapainoili lääketieteen, etenkin mediassa esiintyneiden niin sanottujen aids-lääkärien ja kansan ripeämpiä ja kovempia toimia vaatineiden näkemysten ja terveystaloutta laajan tulkinnan välillä. Aids-lääkäreiden ja Setan avoimen politisoitumisen vaiheen kiireellisiä toimia vaatinut yhteisrintama hajosi lääkintöhallituksen vahvistettua terveystaloutta laajan tulkinnan mukaisen toimintalinjan. Asiantuntijuuden arvovaltakamppailussa osapuoliksi muodostuivat 1) johtavaksi noussut yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia, yksilönvastuuta ja terveystaloutta laajaa humanistis-yhteiskunnallista tulkintaa edustanut kanta sekä 2) yhteisön etua, kuria ja kontrollia sekä varsin kapeaa lääketieteellistä ongelman määrittelyä edustanut kanta. Setan toimijuudelle humanin aids-politiikan ajajana annettua merkittävää roolia ei ole syytä kiistää⁹², mutta ilman laajempaa 1960-luvulta alkanutta terveystaloutta kehitystä järjestön edustajien vaikutusvalta aids-politiikan linjaan olisi ainakin Peter Baldwinin polkuriippuvuustulkintoja vasten tarkasteltuna ollut todennäköisesti heikompi.

Artikkeli on kirjoitettu Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamassa hankekeessä, rahoitusnumerot WP345950 + WP345952.

- ¹ Minna Harjula, *Terveyden jäljillä. Suomalainen terveystieteellinen tutkimus 1900-luvulla* (Tampere: Tampere University Press, 2007), 9–10.
- ² Peter Baldwin, *Disease and Democracy. The Industrialized World Faces AIDS* (Berkeley: University of California Press, 2005), 3, 16.
- ³ Hi-viruksesta ja sen aiheuttamasta immuunikadosta (*acquired immune deficiency syndrome*) eli aidsista käytetään artikkelissa yhteistä nimitystä aids. Koska artikkeli ei käsittele tautiin liittyviä lääketieteellisiä ulottuvuuksia, hi-viruksen aiheuttaman sairauden eri vaiheiden nimien erittelylle ei ole tarvetta.
- ⁴ Marita Sihto, ”Terveystieteellinen tutkimus, kansanterveys ja terveyden edistäminen. Käsitteitä ja kehityskulkuja,” teoksessa *Terveyden edistämisen perusta ja käytännöt*, toim. Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski ja Kimmo Leppo (Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013), 18; Samu Nyström, ”Lääkärit ja terveyden politiikka,” teoksessa *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010*, toim. Samu Nyström (Helsinki: Fennomen Oy, 2010), 187.
- ⁵ Virginia Berridge: ”AIDS, the Media and Health Policy,” teoksessa *AIDS. Rights, Risk and Reason*, toim. Peter Aggleton, Peter Davies ja Graham Hart (Lontoo: The Falmer Press, 1992), 15; Richard Freeman, ”The Politics of AIDS in Britain and Germany,” teoksessa Aggleton ym., *AIDS. Rights, Risk and Reason*, 53–67.
- ⁶ Kari Huotari, *Aids-käsitteiden muotoutuminen kansallisessa kirjoittelussa* (Rovaniemi: Lapin yliopisto, 1993), 16–19, 26–29.
- ⁷ Harjula, *Terveyden jäljillä*, 9–10, 28; Sihto, ”Terveystieteellinen tutkimus, kansanterveys ja terveyden edistäminen,” 12–13.
- ⁸ Sari Aalto, *Mediinarit, ammattiin kasvaminen ja hiljainen tieto. Suomalaisen lääkärikoulutuksen murroksen vuodet 1933–1969*, Historiallisia tutkimuksia Helsingin yliopistosta XLIII (Helsinki: 2016), 202–203.
- ⁹ Antti Karisto, *Hyvinvointi ja sairauden ongelma*, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46 (Helsinki: Kansaneläkelaitos 1984), 80.
- ¹⁰ Aalto, *Mediinarit*, 203; Nyström, ”Lääkärit ja terveyden politiikka,” 188.
- ¹¹ Matti Rimpelä, ”Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen,” teoksessa *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*, toim. Timo Ståhl ja Arja Rimpelä (Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010).
- ¹² Allan Tiitta, *Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991* (Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – THL, 2009), 426; Kimmo Leppo, *Kansanterveys on tabdon asia. Terveystieteellinen tutkimus ja -politiikka 2010-luvulle*, Kalevi Sorsan säätiön julkaisuja 3/2010 (Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö rs, 2010), 23–27.
- ¹³ Aalto, *Mediinarit*, 275–278.
- ¹⁴ Nyström, ”Lääkärit ja terveystieteellinen tutkimus,” 187.
- ¹⁵ Leppo, *Kansanterveys on tabdon asia*, 28; Rimpelä, ”Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen,” 17.
- ¹⁶ Sihto, ”Terveystieteellinen tutkimus, kansanterveys ja terveyden edistäminen,” 14, 22.
- ¹⁷ Harjula, *Terveyden jäljillä*, 137–139; Rimpelä, ”Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen,” 29.
- ¹⁸ Sihto, ”Terveystieteellinen tutkimus, kansanterveys ja terveyden edistäminen,” 18–21.
- ¹⁹ Poliittikaprosessin tutkimisesta ks. esim. Christopher M. Weible, Tanya Heikkilä, Peter deLeon ja Paul Sabatier, ”Understanding and influencing the policy process,” *Policy Sciences* 45 (2012): 1–21, <https://doi.org/10.1007/s11077-011-9143-5>.
- ²⁰ Nyström, ”Lääkärit ja terveystieteellinen tutkimus,” 188.
- ²¹ Tapio Kangas, *AIDS ja ns. riskiryhmät. AIDS:n sosiaalisten ja yhteiskunnallisten vaikutusten tarkastelu ns. riskiryhmien kannalta* (pro gradu, Tampere: Tampereen yliopisto, 1989), 12–13.
- ²² Vrt. Iso-Britannian osalta Berridge, ”AIDS, the Media and Health Policy,” 13–27; Saksan osalta esim. Freeman, ”The Politics of AIDS in Britain and Germany,” 53–67.
- ²³ Risto Kunelius, *Ideologia ja uutinen. Aids Helsingin Sanomissa 1.1.1983–31.8.1987* (Pro gradu, Tampere: Tampereen yliopisto, 1988), 57; AIDS-seurantaryhmän asettaminen, 20.2.1985, kansio Hpd2, Lääkintöhallituksen V arkisto (LHVA), Kansallisaristo (KA).
- ²⁴ Huotari, *Aids-käsitteiden muotoutuminen*, 93.
- ²⁵ Huotari, *Aids-käsitteiden muotoutuminen*, 84–106.
- ²⁶ AIDS-selvitys, 15.7.1983, kansio Hpd1, LHVA, KA.
- ²⁷ Kunelius, *Ideologia ja uutinen*, 58, 76; Kangas, *AIDS ja ns. riskiryhmät*, 12–13.
- ²⁸ Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöjä, nro 6, AIDS-työryhmän mietintö, 1985, kansio Hpd2, LHVA, KA; Jussi Nissinen/SETA: Lääkintöhallituksen nimeämälle AIDS-työryhmälle, 5.9.1984, LHVA, KA; Hanna Nikkanen ja Antti Järvi, *Karanteeni. Kuinka aids saapui Suomeen* (Helsinki: Siltala, 2014), 79–80.
- ²⁹ Kangas, *AIDS ja ns. riskiryhmät*, 13; Tiitta, *Collegium medicum*, 467.
- ³⁰ Kunelius, *Ideologia ja uutinen*, 76.
- ³¹ Virusopin professori Pekka Halonen oli ainoa lääketieteen edustaja, joka Suomessa esitti julkisesti sairaiden eristämistä. Sit. Nikkanen ja Järvi, *Karanteeni*, 74–75; ”Suomessa AIDS ei ole enää vain homoseksuaalien tauti,” *Helsingin Sanomat*, 5.11.1985.
- ³² Kangas, *AIDS ja ns. riskiryhmät*, 11.
- ³³ AIDS-seurantaryhmän asettaminen, 20.2.1985, kansio Hpd2, LHVA, KA; Antti Vaheri ylilääkäri Pertti Weckströmille, 5.3.1985, kansio Hpd2, LHVA, KA; Nikkanen ja Järvi, *Karanteeni*, 80–81.
- ³⁴ Baldwin, *Disease and Democracy*, 32.
- ³⁵ Pauli Leinikki ja Markku Löytönen, ”AIDS yhteiskunnan vallankäytön ongelmana,” teoksessa *Kaikki Aidsista*, toim. Pauli Leinikki ja Markku Löytönen (Helsinki: WSOY, 1993).
- ³⁶ ”AIDS on Suomenkin seuraava epidemia,” *Suomen Kuvalehti*, 14.4.1985; Olli Ståhlström, ”AIDS-ilmiön historiaa,” teoksessa *AIDS maailmalla*, toim. Olli Ståhlström (Helsinki: Gaudeamus, 1987), 120–121.
- ³⁷ ”Suomessa AIDS ei ole enää vain homoseksuaalien tauti,” *Helsingin Sanomat*, 5.11.1985.
- ³⁸ Valtioapäivät (VP) 1986 pöytäkirjat (PTK). R. Jouppila, 20.1.1987, 5035.

- ³⁹ Jorma Hentilä, ”Tärkeintä on vastuu ihmisestä,” *Suomen Kuvalehti*, 26.4.1985.
- ⁴⁰ John Vikström, ”AIDS – arvot ja yhteisvastuu,” *Sosiaalivakuutus* 4/1987; Baldwin, *Disease and Democracy*, 28–29.
- ⁴¹ Freeman, ”The Politics of AIDS in Britain and Germany”; Baldwin, *Disease and Democracy*, 208.
- ⁴² Freeman, ”The Politics of AIDS in Britain and Germany,” 54.
- ⁴³ Baldwin, *Disease and Democracy*, 1–5, 256; Historian käytöstä perusteena ks. myös Virginia Berridge, ”Introduction: AIDS and contemporary history,” teoksessa *AIDS and contemporary history*, toim. Virginia Berridge ja Philip Strong (Cambridge: Cambridge University Press, 1993), 1–3.
- ⁴⁴ Sihto, ”Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen,” 22–24.
- ⁴⁵ VP 1985 PTK, E. Kuuskoski-Vikatmaa, 25.9.1985, 2856.
- ⁴⁶ Baldwin, *Disease and Democracy*, 258.
- ⁴⁷ Harjula, *Terveyden jäljillä*, 137–138; Baldwin, *Disease and Democracy*, 2.
- ⁴⁸ Liite 1 ja 2, AIDS-asiantuntijaryhmän mietintö, 1984, Hpd1, LHVA, KA; Aids-seurantaryhmä, 14.1.1987, Hpd3, LHVA, KA; Nikkanen ja Järvi, *Karanteeni*, 81–83.
- ⁴⁹ Arttu Saarinen, ”Terveyspolitiikka Suomen *Lääkärilehden* pääkirjoituksissa vuosina 1970–2007,” *Yhteiskuntapolitiikka* 75, 3 (2010): 241–251.
- ⁵⁰ Tarja Nikupaavo-Oksanen, *Moraaliarvostelmat aids-kirjoittelussa journalismin välittämänä. Iltalehden, Suomen Sosialidemokraatin, Helsingin Sanomien ja Kotimaan aids-kirjoittelun moraaliset aspektit alkuvuodesta 1987* (pro gradu, Helsinki: Helsingin yliopisto, 1989), 81–82; VP 1987 PTK, E. Seppänen, 17.9.1987, 774.
- ⁵¹ Pentti Malaska, ”AIDS on päätöksenteon kannalta erikoinen ongelma,” *Sosiaalivakuutus* 4/1987.
- ⁵² Ilkka Vartiovaara, ”Ajatuksia AIDSista,” *Sosiaalivakuutus* 4/1987.
- ⁵³ Raimo Lahti: Pakko vai vapaaehtoisuus terveydenhuollossa, 14.4.1987, Hpd2, LHVA, KA; Nikkanen ja Järvi, *Karanteeni*, 87–90.
- ⁵⁴ VP 1986 PTK, E. Kuuskoski-Vikatmaa, 25.4.1986, 909–911.
- ⁵⁵ VP 1986 PTK, M. Rajantie, 10.6.1986, 1843–1844, R. Jouppila, 11.6.1986, 1865–1866, H. Kempainen, 11.6.1986, 1868–1869; Tapani Melkas ja Reijo Kärkkäinen, ”Uudistunut tartuntatautilainsäädäntö,” *Sosiaalinen aikakauskirja* 4/1988, 24–27.
- ⁵⁶ Tapani Purola, ”Terveyspolitiikan AIDS-testi,” *Sosiaalivakuutus* 4/1987.
- ⁵⁷ Lääkintöhallitus tiedottaa, 19.8.1986, kansio Hpd1, LHVA, KA.
- ⁵⁸ Baldwin, *Disease and Democracy*, 262–264.
- ⁵⁹ Ibid, 154.
- ⁶⁰ Ibid, 3, 208.
- ⁶¹ VP 1986 PTK, R. Jouppila, 24.9.1985, 2820.
- ⁶² VP 1984 PTK, M. Ratu, 10.1.1985, 4226; VP 1985 PTK, E. Almgren, 26.9.1985, 2865.
- ⁶³ Minna Kumpulainen, *Aids ja homoseksuaalisuus suomalaisessa sanomalehdistössä vuosina 1982–1991* (pro gradu, Helsinki: Helsingin yliopisto, 1992), 31; Kunelius, *Ideologia ja uutinen*, 60; Huotari, *Aids-kysymyksen muotoutuminen*, 73.
- ⁶⁴ Kumpulainen, *Aids ja homoseksuaalisuus*, 90.
- ⁶⁵ Vartiovaara, ”Ajatuksia AIDSista”.
- ⁶⁶ Berridge, ”AIDS, the Media and Health Policy,” 15; Freeman, ”The Politics of AIDS in Britain and Germany”.
- ⁶⁷ ”Pelko on paras ase aidsia vastaan,” *Helsingin Sanomat*, 28.12.1986; Huotari, *Aids-kysymyksen muotoutuminen*, 107–127.
- ⁶⁸ Huotari, *Aids-kysymyksen muotoutuminen*, 129–136.
- ⁶⁹ VP 1986 PTK, O. Wasz-Höckert, 20.1.1987, 5031–5032, R. Jouppila, 5035, A. Ajo, 5048, E. Almgren, 5050; ”Aids ei kiinnosta kansanedustajia,” *Helsingin Sanomat*, 6.2.1987.
- ⁷⁰ Pasi Saukkonen, ”Suomalaisen yhteiskunnan poliittinen kulttuuri,” teoksessa *Suomalaisen politiikan murroksia ja muutoksia*, Poliittikan ja talouden tutkimuksen laitoksen julkaisuja 1, toim. Kari Paakkunainen (Helsinki: Helsingin yliopisto 2012), 35.
- ⁷¹ Tiitta, *Collegium medicum*, 478–479. Lääkintöhallitus lakkautettiin vuonna 1991 osana laajempaa keskusvirastojen lakkautusohjelmaa.
- ⁷² VP 1986 PTK R. Jouppila, 5035, 20.1.1987.
- ⁷³ Kari Cantell: Epidemian seuraukset Suomessa, 14.4.1987, Hpd2, LHVA, KA.
- ⁷⁴ Matti Ruokola: avauspuheenvuoro, 14.4.1987, Hpd2, LHVA, KA.
- ⁷⁵ Keskustelu ”viruksen, valistuksen ja pelon epidemiasta”: ”Valistus vai pakko aidsin torjuntaan,” 15.4.1987, *Helsingin Sanomat*.
- ⁷⁶ Aids-seurantaryhmä, 14.1.1987, Hpd3, LHVA, KA.
- ⁷⁷ Nikkanen ja Järvi, *Karanteeni*, 84–85.
- ⁷⁸ Aids-kansalaisvaltuuskunnan asettaminen, 1.7.1987, Hpd2, LHVA, KA; Kunelius, *Ideologia ja uutinen*, 63; Jorma Huuhtanen, 18. ja 21.12.2007, ja Sinikka Mönkäre 7.3., 13.4. ja 20.4.2011 Eduskunnan muistitietoarkisto, Eduskunnan kirjasto.
- ⁷⁹ Saukkonen, ”Suomalaisen yhteiskunnan poliittinen kulttuuri”.
- ⁸⁰ Purola, ”Terveyspolitiikan AIDS-testi.”
- ⁸¹ Purola, ”Terveyspolitiikan AIDS-testi.”
- ⁸² Kangas, *AIDS ja ns. riskiryhmät*, 28.
- ⁸³ Kaarlo Tuori, *Oikeus, valta ja demokratia* (Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, 1990), 142–145.
- ⁸⁴ Virginia Berridge, ”Historical and policy approaches,” teoksessa *Evaluating health promotion. Practices and methods*, 3rd ed., toim. Margaret Thorogood ja Yolande Coombes (Oxford: Oxford University Press, 2010), 18–19.
- ⁸⁵ *Confronting Aids 1986. Directions for Public Health, Health Care, and Research* (Washington: National Academy Press, 1986); *WHO Global Program on Aids 1988. Progress Report Number 4* (Geneve: WHO, 1988).

⁸⁶ Huotari, *Aids-kysymyksen muotoutuminen*, 99.

⁸⁷ Berridge, "AIDS, the Media and Health Policy," 14.

⁸⁸ Baldwin, *Disease and Democracy*, 36–39, 227–228, 241.

⁸⁹ Baldwin, *Disease and Democracy*, 282–284.

⁹⁰ Hyvinvoinnin turvaaminen pandemia-aikoina: kohti syndemioiden yhteistyöhön perustuvaa hallintaa (WELGO). Tilannekuvaraportti 2021, <https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuoressa/tilannekuvaraportit/stn2021-hankkeet/tilannekuvaraportti-welgo-2021.pdf>.

⁹¹ Harjula, *Terveyden jäljillä*, 140; Freeman, "The Politics of AIDS in Britain and Germany," 57, 64; Baldwin, *Disease and Democracy*, 244–245.

⁹² Nikkanen ja Järvi, *Karanteeni*; Hanna Nikkanen, "Yksinäisten virus – kolme vuosikymmentä Suomen hiv-historiaa," teoksessa *Tietoa, tukea & tunnetta. Hiv-tukikeskus 30 vuotta*, toim. Jukka Keronen ja Vilma Pietilä (Helsinki: Hiv-säätiö/Hiv-tukikeskus, 2016), 16–21.