



Sinikka Torkkola

SAIRAS JUTTU

Tutkimus terveysjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi
Tampereen yliopiston Väinö Linna -salissa,
Kalevantie 5, Tampere,
lauantaina 18. lokakuuta 2008 klo 12.

*Tampereen yliopisto
Tampere 2008*

Sinikka Torkkola

SAIRAS JUTTU

**Tutkimus terveystjournalismin teoriasta
ja sanomalehden sairaalasta**



Media Studies

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto
Tiedotusopin laitos

Media Studies -sarjassa julkaistaan kirjoja, joiden aihepiirit liittyvät mediavälitteiseen viestintään. Näkökulmat voivat vaihdella laajasti mediakulttuurista poliittiseen julkisuuteen, joukkoviestinnän organisaatiosta reseptioon, historiasta uusmediaan ja taloudesta tulkintaan.

Copyright ©2008 Sinikka Torkkola

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto
puhelin (03) 3551 6055
fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
<http://granum.uta.fi>

Kansi Sakari Viista
Taitto Aila Helin

Painettu väitöskirja

ISBN 978-951-44-7493-4

Sähköinen väitöskirja

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 781
ISBN 978-951-44-7494-1 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print
Tampere 2008

Isän muistolle

ESIPUHE

TAKAISIN SAIRAALAAN

Valmistuin sairaanhoitajaksi 1985. Ryhtyessäni opiskelemaan tiedotusoppia syksyllä 1990 tavoitteena olivat uudet työt ja toisenlaiset työympäristöt. Ajattelin, että en enää palaa sairaalaan. Opiskelun ohessa keikkailin sairaalassa monen monituista kertaa. Viimeiseksi sairaalakeikaksi luulin kuukauden mittaista pestiä keväällä 1997. Maisterin paperit kädessäni ajattelin, että nyt loppuivat paitsi sairaanhoitajan työt myös puuhailu sairauksien ja terveyksien parissa. Olisi jonkun muun aika. Toisin kävi: tämän tutkimustyön kautta olen palannut sairaalaan yhä uudelleen ja pohtinut terveyksien ja sairauksien tematiikkaa enemmän kuin koskaan aiemmin.

Väitöskirjan tekeminen on ollut yli kymmenvuotinen prosessi. Hoitajan pätkätöyläisyyteni on vaihtunut sekalaisiksi yliopistollisiksi silppu- ja pätkätöiksi. Kesästä 1997 syksyyn 2008 olen ollut Tampereen yliopistossa 19 määräaikaisessa virka- tai työsuhteessa. Olen tehnyt töitä yhdeksällä eri nimikkeellä, tutkimusassistenttina, tutkijana, assistenttina, päätoimisena tuntiopettajana, lehtorina, toimittajana, pääsihteerinä ja koordinaattorina sekä viestintätieteiden yliopistoverkostossa että viestintätieteiden tutkijakoulussa. Apurahatutkijana olen tehnyt tutkimusta neljässä eri jaksossa. Pisimmät määräykset ovat kestäneet puolitoista vuotta, lyhimmät ovat olleet kuukauden mittaisia. Minulla on ollut myös yli 30 erillistä tuntiopetusmääräystä ja tehtäväksiantoa. Lisäksi olen opettanut tiedotusoppia avoimessa yliopistossa ympäri Suomea. Terveysviestintää olen opettanut paitsi yliopistolla ja viestintätieteiden yliopistoverkostossa myös kesäyliopistoissa sekä Satakunnan ja Etelä-Karjalan ammattikorkeakouluissa. Yksittäisiä terveystieteiden luentoja ja

koulutustilaisuuksia olen pitänyt nelisenkymmentä. Pysyvyyttä pätkätöyläisyyteen ovat tuoneet tiedotusopin laitos ja journalismin tutkimusyksikkö, jotka ovat tarjonneet sekä työtä että tilaa.

Tämän tutkimuksen etenemistä ovat auttaneet monet kollegat. Kiitän ohjaajaani Pertti Suhosta, jonka kannustavassa ohjauksessa tein työtä lähes koko ajan. Työn loppuvaiheessa ohjaajanani toimi Iiris Ruoho, joka jaksoi kommentoida tekstiä yhä uudelleen. Lämpimät kiitokset Iirikselle, ilman hänen tukeaan työhön olisi saattanut mennä vielä jokunen vuosi. Työn viimeistelyssä esitarkastajien Irma Kaarina Halosen ja Marja-Liisa Honkasalon lausunnot ja neuvot auttoivat hiomaan tekstin julkaisukuntoon. Kiitän myös Kaarle Nordenstrengiä, joka on auttanut löytämään yhteistyökumppaneita ja ymmärtänyt suomalaisen terveystiedon tutkimuksen kehittämistarpeet. Lämpimät kiitokset Mariam Ginmanille, jonka johtamassa Suomen Akatemian projektissa *Kansalaiset, terveys ja muuttuva mediakulttuuri* työskentelin 2000-luvun alussa. Kiitos myös Juhani Lehdolle työni tukemisesta. Työtäni ovat taloudellisesti tukeneet Helsingin Sanomien Säätiö, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan kulttuurirahasto sekä Tampereen yliopiston tukisäätiö. Kiitän apurahan myöntäjiä työni tukemisesta.

Pätkä- ja silppututkimuksen pysyvyyden keskeinen elementti ovat kollegat. Kymmenen vuoden aikana minulla on ollut monia loistavia kollegoita ja työhuonetovereita. Ensinnäkin haluan kiittää tiedotusopin laitoksen naisyhteisöä: Iiris Ruohoa, Sanna Kivimäkeä, Mari Maasiltaa, Svetlana Pastia, Anneli Lehtisaloa, Karina Horstia, Kaarina Nikusta ja Katja Valaskiveä. Kiitän myös työhuonetoveritani Esa Reunasta, Iina Hellsteniä, Risto Suikkasta, Asta Rajalaa, Timo Liljaa, Pauliina Lehtosta ja Auli Harjua. Kiitos myös Marianne Laiholle antoisista keskusteluista.

Terveystiedon tutkimuksen ympärille on kymmenessä vuodessa muodostunut pieni, mutta innokas tutkijaverkosto. Kiitän kollegiaa-

lisesta tuesta ja innostavista pohdinnoista Anna-Maria Mäki-Kuuttia, Leena Mikkolaa, Maija Gerlanderia, Ulla Järveä ja monia muita, jotka ovat osallistuneet muun muassa terveysviestinnän työryhmiin mediatutkimuspäivillä. Yliopistoyhteisössä luovimisessa olen saanut apua Tampereen yliopiston tietentekijöiltä, Tattelta. Kollektiivinen kiitos kaikille tattelaisille.

Kiitän lämpimästi Sirkka Hyrkkästä, joka auttoi työni viimeistelyssä ja monissa käytännön asioissa Kiitos taitosta Aila Helinille, ja mainiosta kannesta Sakari Viistalle. Kielellisestä avusta kiitos Susanna Sainiolle, joka tarkasti kieliasun. Kiitos myös Laura Tohkalle, joka on auttanut minua tämän ja monen muun tekstin englanninnoksis-
sa.

Työn tekeminen ei olisi ollut mahdollista ilman läheisiäni. Äitini ja sisarukseni perheineen ovat muistuttaneet arjen tärkeydestä. Lähipiirin nuorille naisille, Susanna ja Jenni Sainiolle sekä Johanna Naukkariselle kiitos näkemysteni avartamisesta. Kiitos myös sisarel-
leni Sari Sainiolle, joka on ollut matkan varrella mainio keskustelukumppani ja kaikinpuolinen tuki. Kiitän puolisoani Jussi Naukkarista tuesta ja innoittavasta keskustelukumppanuudesta. Kotoisten saunaparlamenttien pohdinnat ovat selvittäneet monta ajatusta.

Omistan tämän kirjan isäni Kalevi Torkkolan muistolle.

Tampereen Tammelassa syyskuussa 2008

Sinikka Torkkola

SISÄLTÖ

Takaisin sairaalaan.....	7
--------------------------	---

1

JOURNALISMI SAIRASTAA	15
Taudin hegemonia	16
Median terveydet ja sairaudet	20
Terveysjournalismin diskursiiviset käytännöt	23
Tutkimustehtävät.....	28
Teoreettiset tutkimuskysymykset	31
Empiiriset tutkimuskysymykset	34

2

TERVEYSVIESTINNÄSTÄ TERVEYSJOURNALISMIIN	39
Terveysviestintä tutkimuksen kohteena.....	40
Vuorovaikutuslinja.....	42
Käytännön tarpeet	43
Sosiologiset juuret	44
Vaikutustutkimuslinja	47
Valistuksen pitkä perinne.....	48
Valistuksen vaikutus	50
Vastaanottotutkimus	57
Vaikuttaako vai eikö vaikuta.....	59
Median terveysvaikutukset	62
Suomalaisen tutkimuksen uusi suunta	64

Kulttuurilinja.....	67
Mediatekstien sairaus.....	69
Terveyden ja sairauden valta.....	72
Irti taudista – kohti kriittistä terveysjournalismin tutkimusta.....	75
Tutkimuslinjajaon arviointi.....	78
Terveysviestinnän määritelmät.....	80
Terveysviestinnän suppeat määritelmät.....	81
Terveysviestinnän laaja määritelmä.....	84
Terveysjournalismi.....	89
Terveysjournalismin ristipaineet.....	92

3

TERVEYKSIEN JA SAIRAUKSIEN MONEUS 97

Kolmenlaista sairautta.....	99
Terveyden ja sairauden kolme ulottuvuutta.....	105
Lääketieteellinen tauti.....	107
Kokijan potemus.....	111
Taudin ja potemuksen risteymä.....	116
Terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys.....	119
Terveyksien ja sairauksien ulottuvuuksien kahdeksikko.....	122
Kolme ulottuvuutta diskurssin avaajana.....	126

4

JOURNALISTINEN SAIRAALA 129

Tutkimusaineisto.....	132
Uutisia vai vanhasia?.....	136
Leikkaussalin dramatiikkaa ja uhattuja lapsia.....	143

Resurssipuheen hegemonia	146
Jono metaforana.....	149
Resurssipuheen murtumia	156
Resursseja kansalaisilta: rahaa, verta ja maitoa	161
Hallittua talouspuhetta	164
Taloudellista ja tehokasta järjestystä.....	169
Johtajuuden kiistat	175
Journalistisen sairaalan sairaudet	179
Taudin hallittu hoito.....	180
Taudin hallinta horjuu.....	182
Taistelevat koneet	187
Tiede voittaa taudin.....	195
Bio- ja geeniteknologia medikalisoi sairautta	201
Terveysten ja sairauksien järjestys journalistisessa sairaalassa.....	206
Sairaus paha – terveys hyvä.....	209

5

POTILUUDEN JÄRJESTYS	215
Potiluus.....	219
Uutisosastojen hiljaiset	223
Tarpeellisuuden takaajat	230
Taudin ja järjestyksen esimerkit	233
Sairaalan järjestyksen haastajat	242
Potilastarinat	246
Yleisönosaston äänekkäät ja hankalat.....	250
Valitukset murtavat pystyvää toimijuutta	251
Monta potemusta.....	255
Paternalistinen potiluus	259

6

TERVEYSJOURNALISMIN JÄRJESTYS	263
Tutkimuksen arviointia	266
Terveysten ja sairauden kolmen ulottuvuuden merkitys.....	267
Journalismin suhde terveyteen ja sairauteen	272
Tutkimuksesta käytäntöön.....	275
LIITE	279
Taulukot.....	279
Aineiston luokittelussa käytetyt muuttujat	285
TIIVISTELMÄ	289
ABSTRACT	293
LÄHTEET	297

1

JOURNALISMI SAIRASTAA

Esittelin tätä tutkimusta syksyllä 2000 tiedotusopin luennolla, jonka olin otsikoinut ”Media sairastaa”. Luennon alussa kävi ilmi, että yksi opiskelijoista oli tullut kuuntelemaan luentoa median ongelmista eikä sairaudesta juttujen ja ohjelmien aiheena. Tapaus on oiva esimerkki sairauden ja terveyden merkitysten verkosta. On tavanomaista käyttää sanoja terve ja sairas hyvän ja pahan synonyymeinä. Tervehtyminen on muutosta parempaan ja sairastaminen merkki ongelmista. Terveys ja hyvinvointi sekä sairaus ja pahuus ovat liittyneet kulttuurisessa ymmärryksessämme niin kiinni toisiinsa, ettemme edes ihmettele esimerkiksi sellaisia ilmauksia kuin sairas politiikka tai tietokonevirus. Terveudet ja sairaudet eivät kuitenkaan ole muuttumattomia, löytäjänsä odottavia ruumiin, hengen tai niiden muodostaman kokonaisuuden tiloja, vaan ne saavat muotonsa ja merkityksensä kulttuurisissa, yhteiskunnallisissa ja yksilöllisissä tulkinnoissa. Kukin aikakausi ja kulttuurinen tila tuottavat itselleen tyypilliset terveydet ja sairaudet. Esimerkiksi modernin ajan teollisuustuotanto ei tuota vain tavaroita markkinoille vaan myös tavan hahmottaa ruumis koneeksi. Niinpä modernin ajan fordistisen ruumiin sairaudet, kuten sydänsairaudet, saavat muotonsa koneruumiin laitevikoina. Aids ja syöpä ovat puolestaan myöhäismodernin ruumiin sairauksia ja siksi ne merkityksellistetään eri tavalla kuin modernin ajan ruumiskoneen viat. Tauteihin perinteisesti liitettyjen vihollismetaforien ohella aidsia ja syöpää on kuvattu ruumiin muutoksella ja saastumisella, jolloin aids ja syöpä eivät ole voitettavia vihollisia tai korjattavia laitevikoja vaan rajat ylittävä, globaa-

linen kaaos. (Martin 1992; Weiss 1997; ks. myös Hautamäki 2002, 109–139.)

Journalismin terveydet ja sairaudet ovat osa terveyksiä ja sairauksia tuottavia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia käytäntöjä. Terveysjournalismissakin inhimillinen oleminen merkityksellistyy terveydeksi, sairaudeksi tai joksikin siltä väliltä. Biolääketieteellisesti määritetyillä terveyksillä ja sairauksilla on kuitenkin hegemoninen asema ja siksi muut terveyksiä ja sairauksia tuottavat käytännöt, kuten terveysjournalismi, jäävät usein sivuun, jopa näkymättömiin. Biolääketieteellinen hegemonia on vaikuttanut median terveys-sällöistä tehtyihin tutkimuksiinkin. Terveysjournalismia tai median terveysaiheita analysoivissa tutkimuksissa terveyksien ja sairauksien lähtökohtana ovat olleet (bio)lääketieteellisesti määritellyt terveydet ja sairaudet. Siksi media ja journalismi on tyypillisesti ymmärretty terveys- ja sairaussanomien kantajiksi eikä niiden merkityksien tuottajiksi (ks. Lupton 1995a, 108–114; Tulloch & Lupton 1997, 216–223). Tämän tutkimuksen lähtökohta poikkeaa aiemmasta terveysjournalismin tutkimuksesta, sillä tutkimuksen lähtökohtana eivät ole biolääketieteellisesti määritellyt vaan kulttuurisesti tuotetut terveydet ja sairaudet.

Taudin hegemonia

Vaikka ymmärrän terveydet ja sairaudet kulttuurisesti tuotetuiksi, se ei tarkoita, että sivuuttaisin biolääketieteellisen taudin. Ymmärrän lääketieteen tavan tuottaa terveyttä ja sairautta *yhdeksi* kulttuuriseksi terveyksien ja sairauksien tuottamisen tavaksi. (Ks. Lupton 2003, 5–21; Honkasalo 2000; Nettleton 1995, 14–35.) Terveyksiä ja sairauksia tuotetaan lukemattomissa kulttuurisissa ja yhteiskunnallisissa käytännöissä, kuten yksilöllisissä sairaus- ja terveyskokemuksissa, lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa, potilasjärjestöjen toiminnassa, sukujuhlien lääkärivitseissä, eduskunnan terveyspoliittisissa keskusteluissa, sosiaali- ja terveyslautakuntien päätöksissä,

terveystiedon opetuksessa, terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa, Kelan toiminnassa, akateemisissa tutkimuskäytännöissä ja journalismissa. Näissä merkityksellistämisen prosesseissa synnytetään uutta ja uusinnetaan vanhaa. Kun esimerkiksi tietokoneiden haittaohjelmia elollistetaan kutsumalla niitä viruksiksi, aidsiksi tai mustaksi surmaksi (Parikka 2004), koneellistetaan samalla ihmiskehoa, toisin sanoen uudistetaan ”ihmisen keho on kone” -metaforaa. Vaikka myöhäismoderni aika tuottaa uusia tapoja jäsentää kehoa (Martin 1992), se ei tarkoita vanhojen jäsentämistapojen syrjäyttämistä, vaan niin ruumiin kuin tautienkin vanhat ja uudet esittämisen tavat esiintyvät rinnakkain ja limittäin. Myös terveysjournalismi on terveyksiä ja sairauksia tuottava kulttuurinen käytäntö, jossa rakentuvat terveydet ja sairaudet liittyvät osaksi terveyksien ja sairauksien diskursiivista muodostelmaa.

Biolääketieteellisten sairausmäärittelyjen hegemonian vuoksi sairauksien biologinen puoli saa helposti ensisijaisen aseman myös terveysjournalistisissa käytännöissä. Lääketiedettä ei ymmärretä kulttuurisesti tuotetuksi tietämisen tavaksi, vaan objektiivista tietoa tuottavaksi järjestelmäksi, joka kertoo meille, mitä terveydet ja sairaudet ”oikeasti ovat”. Tästä näkökulmasta katsottuna länsimaisen lääketieteen historia näyttää voittokulkuna, jonka myötä sairaus ja terveys on pystytty selittämään yhä paremmin (esim. Porter 1997, 3–8). Sairauden historian tutkimuksessa tällainen lähestymistapa on merkinnyt tautien erittelemistä modernin lääketieteellisen tiedon näkökulmasta. Tällöin tauteja ei ymmärretä modernin lääketieteen käytännöissä tuotetuksi tietämisen tavaksi vaan tauteihin suhtaudutaan kuin ne olisivat olleet aina olemassa. Yksittäisten tautien olemassaolosta etsitään historiallisista lähteistä todisteita, joita tulkitaan modernin lääketieteen keinoin. Siten sairauksien historia (esim. Vuorinen 2002) rakentuu tautien löytämisen historiaksi. Nyky-ymmärryksemme taudeista on kuitenkin syntynyt vasta modernin lääketieteen myötä 1700-luvulla (Foucault 1994/1969). Tautien historian alun sijoittaminen aikaan ennen modernin lääketieteen

syntyä on pulmallista. Vaikka historiallisissa kirjoituksissa kuvattu sairaus olisi tunnistettavissa joksikin modernin lääketieteen luokittelemaksi taudiksi, se ei tarkoita, että tuona historiallisena aikana kyseinen sairaus olisi ollut sama kuin nyky menetelmin nimetty tauti. Samanlaista biologismia on Charles Rosenbergin (1992, 278–292) epidemiatulkinnassa, jonka mukaan epidemioiden, kuten ruton, biologinen taudinkulku on tuottanut tartuntatautien kulttuurisen tulkinnan. Philip Strongin (1998) mukaan epidemioiden kulttuurista tulkintaa ei voi redusoida taudinaiheuttajien mikrobiologiaan, sillä biologisesti samat epidemiat tuottavat erilaisia kulttuurisia tulkintoja.

Lääketieteellisesti samaksi ymmärretty tauti muuttuu ja muokautuu. Susan Sontag (1991, 132–147) kuvaa, miten epidemioita alettiin tulkita moraalisen löyhyyden ja poliittisen rappion merkeiksi. Sairauksista tuli köyhyyden ja synnin merkki. Terveys puolestaan yhdistettiin keskiluokkaiseen arvoihin, kuten säännöllisiin elämäntapoihin, ahkeruuteen ja tunteiden hillitsemiseen. ”...(T)erveys tuli merkitsemään hyvettä samalla tavalla kuin sairaus merkitsi turmelusta. Sanonta, jonka mukaa puhtaus on pyhyden sisar, on määrä käsittää täysin kirjaimellisesti.” (Mt., 143.) Tautien merkitykset eivät ole johdettavissa vain lääketieteellisen tautikuvan muuttumisesta, vaan tautien merkitykset nousevat ennen muuta kulloisestakin yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta ajasta ja tilasta. Esimerkiksi hystertia oli aikanaan tauti, jota käytettiin naisen yhteiskunnallisen paikan näyttäjänä. Hysteriadiagnosilla ”sopimattomasti käyttäytyvä” nainen leimattiin luonnottomaksi ja sairaaksi. (Kortelainen 2003, 379–383.) 1800-luvun loppupuolella ja 1900-luvun alussa hystertia oli muotidiagnosi, jolla selitettiin lukuisia naisten oireita ja sairauksia. Diagnosin suosiota ei selitä vain psykiatrian pyrkimys vahvistaa lääketieteellisyyttään ja kehittää muiden lääketieteen alojen tavoin tieteellistä tautiluokittelua ja hoitomenetelmiä vaan myös naisen aseman yhteiskunnallinen murros ja naisen yhteiskunnallisen aseman muutoksen vastustus. Hysterian syynä pidettiin naisen luon-

nonvastaista toimintaa: työntekoa ja kilpailemista miehen kanssa, mitä naisen hermosto ei kestänyt. Pysyäkseen terveenä naisen oli siis parasta pysyä luonnollisessa asemassaan kodin hoitajana ja lasten kasvattajana. (Uimonen 1998, 65–82; myös Kortelainen 2003.) Nykyisessä tautiluokituksessa ei enää ole hysteria-diagnoosia; nykynaiseutta tuotetaan toisin taudein, kuten psykologisoimalla rintasyövän syitä. Naisen väitettiin 1800-luvun lopussa sairastuvan hysteriaan, koska hän ei toiminut kuten naisen kuuluu. Nykynaisen väitetään sairastuvan rintasyöpään, koska hän tukahduttaa tunteitaan (Laiho M. 2005). Sukupuolella ei selitetä vain naisten ja miesten biologiseen sukupuoleen liitettyjä tauteja, vaan myös lääketieteellisesti samoille taudeille annetaan sukupuolittuneita selityksiä. Esimerkiksi naisten ja miesten psyykkisiä sairauksia ja mielialahäiriötä selitetään erilaisilla syillä. Naisten masennuksen syyt liitetään naisen persoonaan ja tunteisiin, miesten ympäristöön, kuten työhön. (Wegar 1997; ks. myös Lövdahl & Riska 1997.)

Biolääketieteellisen taudin ymmärtäminen yhdeksi historialliseksi määrittelytavaksi nostaa esiin terveyksien ja sairauksien poliittisuuden. Yksilön terveydet ja sairaudet eivät ole palautettavissa vain yksilön fyysiseen tai psyykkiseen olemiseen, vaan kyse on tuon olemisen nimeämisestä terveydeksi tai sairaudeksi. Yksilön fyysisen, psyykkisen tai niiden kokonaisuuden muodostaman olemisen tilan luokittelu terveydeksi tai sairaudeksi on yhteiskunnallista ja kulttuurista merkityksellistämistä ja siten myös poliittista toimintaa. Sikiöseulonnat, vastasyntyneiden apgar-pisteet, kasvukäyrät sekä ikäkausi- ja työterveystarkastukset tuottavat terveyttä ja sairautta sekä yksilöllistä että yhteisöllistä tulkintaa varten. Yhtäältä terveyden ja sairauden mittarit todentavat yksilölle hänen terveyden- tai sairautentilaansa, toisaalta ne määrittävät yksilön paikkaa yhteisössä. Terveys ja sairaus eivät ole vain yksilön henkilökohtainen asia vaan osa hänen kansalaisuuttaan. Tähän kansalaisuuden puoleen, terveystkansalaisuuteen, kuuluu sekä oikeuksia että velvollisuuksia. Yksittäisten kansalaisten terveydellä tuotetaan koko yh-

teisön elinvoimaa, kansanterveyttä. Siten yksilö on sekä velvollinen huolehtimaan terveydestään että oikeutettu saamaan yhteiskunnalta apua terveyden ja sairauden hoidoissa. (Helén & Jauho 2002.) Terveysjournalismin tutkimuksen näkökulmasta terveyksien ja sairauksien poliittisuuden tunnistaminen nostaa esiin kysymyksen, millaisia terveyksiä ja sairauksia media ja journalismi tuottavat.

MEDIAN TERVEYDET JA SAIRAUDET

Terveyden ja sairauden määrittelyt ovat läsnä – ainakin piiloisina taustaoletuksina – kaikissa terveyttä ja sairautta käsittelevissä tutkimuksissa. Erityistieteissä, kuten terveysviestinnässä, terveyden ja sairauden määrittelemisen vaikeudet yleensä sivuutetaan. Tutkimuksen lähtökohdaksi voidaan ottaa yleinen ja hyväksytty terveyden ja sairauden määritelmä, kuten Maailman terveysjärjestön määritelmä (WHO 1948). WHO määrittelee terveyden laajasti, ei vain sairauden poissaolona vaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina.

Kulttuurisesti suuntautuneessa terveyksien ja sairauksien tutkimuksessa terveyden ja sairauden käsitteiden sivuuttaminen on hankalaa, sillä pohjimmiltaan näissä tutkimuksissa on juuri kyse terveyksien ja sairauksien määrittelemisestä. Kun terveys ja sairaus ymmärretään kulttuurisesti rakentuviksi terveyksiksi ja sairauksiksi, lähtökohtana on määritelmien ja määrittelijöiden moneus. Tästä huolimatta kaikissa kulttuurisesti suuntautuneissa terveyden ja sairauden tutkimuksissa ei ole pidetty välttämättömänä pohtia terveyden ja sairauden lähtökohtia. Terveyksien ja sairauksien tutkimusten tavoitteet vaikuttavat siihen, miten oleellista määrittelyjen pohtiminen on. Tutkimuksissa, joissa esimerkiksi analysoidaan terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden vuorovaikutusta jo tutkimusongelma pitää sisällään oletuksen terveyden ja sairauden

määrittelijästä ja määritelmästä. Kulttuurisesti suuntautuneessa terveysviestinnän tutkimuksessa tämäntyyppisiä selviä määrittelyn lähtökohtia ei ole.

Kulttuurisesti suuntautuneen terveystutkimuksen ja terveysso-siologian tutkimuskohteena ovat viime vuosina olleet yhä useammin median terveys- ja sairaustekstit. Tutkimukset ovat olleet tyypil-lisesti median sisältöjen analysointeja, joissa on kuvailtu, millaisia terveyksiä ja sairauksia mediassa rakentuu. Tutkimusten tuloksissa on selvitetty, millaisten kielellisten käytäntöjen, kuten diskurssien, kautta terveydet ja sairaudet rakentuvat ja miten eri toimijat teks-teissä asemoidaan. Kuvaukset ja selvitykset ovat tehneet näkyviksi kulttuurisesti rakentuvia terveyksiä ja sairauksia ja murtaneet lääke-tieteellistä terveys- ja sairaushegemoniaa.

Ensimmäinen laaja median terveyssisältöjä erittelevä tutkimus on Anne Karpfin (1988) analyysi radion ja television terveysohjel-mista. Tutkimuksen mukaan brittiläisissä terveysohjelmissä on val-lalla neljä lähestymistapaa: Lääketieteellisestä näkökulmasta katsot-tuna sairaus ja terveys ovat ensisijaisesti biologinen ongelma, joka on mahdollista poistaa tieteen keinoin. Toisessa, kuluttajanäkökul-massa, keskiössä on asiakas tai potilas. Kolmas näkökulma painottaa potilaan omaa vastuuta; viime kädessä yksilö itse on oman tervey-tensä valtiias. Neljäs, ympäristönäkökulma, sen sijaan painottaa ym-päristön vaikutuksia terveyteen. (Mt., 9–31.) Karpfin tutkimuksen neljästä näkökulmasta ensimmäinen eli lääketieteellinen näkökul-ma on noussut esiin myös muissa tutkimuksissa. Median terveyksiä ja sairauksia erittelevissä tutkimuksissa lääketieteellinen näkökulma nousee esiin kahdella tavalla. Ensinnäkin terveysjuttujen aiheiksi nousevat usein poikkeukselliset ja vaaralliset taudit. Tutkimuksissa kritisoidaan joukkoviestimien, erityisesti journalismin, tapaa dra-matisoida ja liioitella sairauksien uhkaa. Toinen joukkoviestimien keskeinen terveysteema on lääketieteen kaikkivoipaisuus. (Esim. Klaidman 1991, Moyer & al. 1995, ks. myös Lupton 1995b.)

Kiinnostavuudestaan huolimatta median terveysaiheiden teemoja ja aiheita erittelevä tutkimus saattaa jäädä pinnalliseksi luetteloinniksi. Aiheiden ja tekstin ilmaisujen kuvailu ei tee näkyväksi tekijöitä, jotka voisivat selittää – ainakin osin – miksi tekstin terveydet ja sairaudet ovat sitä, mitä ne ovat tai miksi jotkut taudit päätyvät journalistiseen julkisuuteen ja toiset eivät. Yksittäisten tautien ja hoitojen valikoituminen jutun aiheiksi tai niiden esittämisen tavat eivät näyttäisi ainakaan suoraan johtuvan tautien lääketieteellisestä tai kansanterveydellisestä luonteesta vaan sairauksien yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta puolesta. Esimerkiksi kohdunpoisto on Yhdysvalloissa yksi yleisimpiä naisille tehtävistä kirurgisista toimenpiteistä. Tästä huolimatta kohdunpoisto päättyy suurten sanomalehtien juttuaiheiksi vain harvoin. (Sefcovic 1996.) Julie Andsager ja Angela Power (2001) erittelevät tutkimuksessaan neljän yhdysvaltalaisen naistenlehden rintasyöpää ja -implantteja käsitteleviä juttuja. Vuosina 1990–1997 ilmestyneistä jutuista valtaosa käsittelee rintasyöpää (74 kpl) ja vain ani harvat jutut implantteja (12 kpl). Syöpä- ja implanttijutut eroavat toisistaan käsittelytavoiltaan: Syöpäjutut ovat monipuolisempia ja sosiaalisesti valveutuneempia kuin implanttijutut, joiden pääteemana ovat taloudelliset kysymykset, kuten implanttien hinta. Sen sijaan implanttien istutusta kyseenalaistavat tai terveysriskejä erittelevät teemat ovat harvinaisia. Tutkimuksen mukaan syöpä- ja implanttijuttujen välisen epätasapainon juuret johtavat talouteen eli lehtien, lääketeollisuuden, mainostoimistojen ja implanti-istutuksia tekevien lääkäreiden taloudellisiin etuihin. Taloudelliset syyt eivät tutkimuksen mukaan ole ainoita epätasapainoa selittäviä tekijöitä, sillä myös kulttuurisilla tekijöillä on merkitystä. On ilmeistä, että syöpäpotilaat pääsevät helpommin ääneen juuri sairastamansa taudin vuoksi. Syöpään sairastuneille ikään kuin kuuluu enemmän sympatiaa kuin heille, jotka kärsivät rintaimplanttien aiheuttamista komplikaatioista.

Tässä tutkimuksessa tavoitteenani on edetä aiempia median terveysisältöjä eritelleitä tutkimuksia pidemmälle ja tehdä näky-

väksi terveysjournalismin poliittisuutta. Tutkimuksen lähtökohtana on terveysjournalismin ymmärtäminen diskursiiviseksi käytännöksi, joka tuottaa terveysjournalismin terveys- ja sairausdiskurssit.

Terveysjournalismin diskursiiviset käytännöt

Ymmärrän terveysjournalismin terveyksiä ja sairauksia tuottavaksi yhteiskunnalliseksi käytännöksi. Tapani ymmärtää terveys ja sairaus vertautuu niihin identiteettiteorioihin, jotka korostavat identiteetin tuottamista ja moneutta. Identiteetti ei ole ihmisen syvintä olemusta, eikä sitä voida palauttaa ihmisen fyysiseen tai psyykkiseen olemukseen. Identiteetti ei ole jonkin ihmisen olemisen luonnollisen tilan väistämätön lopputulos vaan identiteetti muotoutuu ajallisesti ja paikallisesti. Identiteetissä kohtaavat diskurssit ja diskursiiviset käytännöt, jotka sekä kutsuvat ihmisiä ottamaan paikkansa sosiaalisina subjekteina että rakentumaan puhuviksi subjekteiksi. (Hall S. 1999, 245–271; myös Butler 1990, 16–25.) Stuart Hallille (1999, 229) ”kulttuuriset identiteetit ovat identifioitumisen ja sulkeuman epävakaita pisteitä, jotka muotoillaan historian ja kulttuurin diskursseissa. Ne eivät ole olemuksia vaan asemointia, positioimista”. Judith Butler (1990, 24–25) puolestaan käsittelee sukupuoli-identiteettiä ja korostaa, ettei sukupuoliesitysten takaa löydy mitään todellista sukupuolta, vaan sukupuoli on tuo esitys. Terveyden ja sairauden kontekstiin sovellettuna Butlerin ja Hallin identiteettinäkemykset tarkoittavat, ettei ole olemassa mitään yhtä terveyttä tai sairautta. Terveydet ja sairaudet ovat diskursiivisia muodostelmia, eivät siis tapa puhua sairaudeksi tai terveydeksi nimitystä inhimillisestä olemisesta. Sekä Butlerin (1990, 16–25) että Hallin (1999, 245–271) identiteettinäkemykset ovat lähtöisin Michel Foucault`n (2002/1969) diskurssiteoriasta.

Terveydet ja sairaudet ovat diskursiivinen muodostelma, jossa ne järjestyvät niin yhteiskunnallisiksi kuin yksityisiksi kysymyksiksi. Terveyttä ja sairautta käsittelevien tekstien diskurssien analyysiä.

sin voi kiteyttää kysymykseksi: miksi terveydestä ja sairaudesta on puhuttu juuri tällä tavalla eikä jollakin toisella. Analyysin tavoitteena ei ole vain kuvata yksittäisiä diskursseja vaan kaivautua syvemmälle tekstiin ja tuoda näkyviin diskurssien väliset yhteydet ja diskursseja tuottavat käytännöt.

Journalismi on yksi terveyttä ja sairautta tuottava kulttuurinen käytäntö ja journalistista tekstiä avaamalla voidaan tehdä näkyväksi journalismin terveyksiä ja sairauksia. Journalismia ei kuitenkaan ymmärretä terveyden ja sairauden instituutioksi, eikä sillä ole samanlaista ”luonnollista paikkaa” terveyden ja sairauden kentässä niin kuin terveydenhuollon ja lääketieteen instituutioilla. On luonnollista puhua esimerkiksi lääketieteen tai terveydenhuollon terveys- ja sairausdiskursseista. Sen sijaan puhe journalistisista terveys- ja sairausdiskursseista kiinnittyy helposti ajatukseen, jossa journalismin diskurssit ymmärretään toisinhoiksi muiden instituutioiden diskursseista.

Journalismin tutkimuksessa diskursiivinen lähestymistapa on tavattu ymmärtää määrittelemällä journalismi diskurssien diskursiksi. Tällä on tarkoitettu sitä, että yhtäältä journalismi on itsessään diskurssi ja toisaalta se on muiden diskurssien kohtaamispaikka. Tämän vuoksi journalismia on kutsuttu myös metadiskurssiksi. (Esim. Pietilä V. 1991; Väliverronen 1993; Luostarinen 1994, 33; Kunelius 1996, 72–114.) Samantyyppinen diskurssin diskurssin -lähtökohta on Norman Faircloughin (1997; 1995) kriittisessä diskurssianalyysissa, jota on sovellettu myös monissa suomalaisissa mediatutkimuksissa. Faircloughin (1997, 74–99; 1995, 53–74) kriittisen analyysin kohteena on se, miten tiedotusvälineiden diskurssit muotoutuvat muista yhteiskunnallisista diskursseista.¹ Itse ymmärrän diskurssianalyysin

1 Diskurssianalyysia on sovellettu paitsi median ja journalismin tutkimuksessa myös yhteiskunta- ja kielitieteellisessä tutkimuksessa useilla tavoilla. Se ei ole selvärajainen menetelmä vaan teoreettinen viitekehys, jonka puitteissa on analysoitu monenlaisia tekstejä. (Ks. esim. Jokinen, Juhila & Suoninen 1993.) Faircloughin suomennettu teos lie-

toisin. Diskurssianalyysin tavoitteena ei ole etsiä diskursseja, struktuureja tai todellisuutta diskurssien takaa vaan tehdä näkyviksi diskurssiiviset käytännöt ja paljastaa diskurssit. Vaikka yksittäiset lausumat voivat olla identtiset merkeiltään, se ei tarkoita, että ne olisivat diskurssiivisesti samoja. Lausumien diskurssiivisuus on ymmärrettävissä vain lausumien suhteessa toisiinsa. (Ks. Foucault 2002/1972, 23–85.) Terveysjournalistisen tekstin analyysissä tämä tarkoittaa, että tekstin terveys- ja sairauslausumat eivät ole toisintoja lääketieteen, terveydenhuollon tai jonkun muun terveyksiä ja sairauksia tuottavan kulttuurisen tai yhteiskunnallisen käytännön terveys- ja sairausdiskursseista. Terveysjournalismin terveydet ja sairaudet eivät siis ole diskurssin diskursseja. Journalismin terveydet ja sairaudet ovat terveysjournalismin diskurssiivisissa käytännöissä syntyvä journalististen terveyksien ja sairauksien diskurssiivinen muodostelma.

Journalismia yhteiskunnallisena toimijana ja sen osallisuutta julkisuuden rakentajana on kuvattu areenan ja toimijan metaforilla (Peterson & Carlberg 1990). Nämä metaforat ovat sukua diskurssien diskurssille. Niillä viitataan journalismin yhteiskunnalliseen kaksoisrooliin, jonka mukaan journalismi sekä toimii yhteiskunnallisen keskustelun areenana että osallistuu itse tuohon keskusteluun toimijana. Tämä journalismin yhteiskunnallinen kaksoisrooli on ollut pitkään journalismin tutkimuksen keskiössä. Tutkimuksissa on selvitetty, miten puheita ja puhujia järjestellään, miten eri toimijat niissä asemoidaan, ketkä ovat äänessä ja ketkä marginaalissa. Tutkimuksissa on tehty näkyväksi journalismin osallistumista ja julkisuuspeleihin puuttumista sekä rikottu kuvaa journalismista ikkunaan maailmaan (esim. Pietilä V. 1995a ja b; Fairclough 1995; 1997; Halonen I. 1999; Heikkilä 2001; Reunanen 2003; Raittila 2004, 177–294; Horsti 2005). Näissä tutkimuksissa on tullut selväksi, että journa-

nee kuitenkin yksi ahkerimmin käytetyistä metodioppaista, ainakin median ja journalismin tutkimuksen oppinnäytetöissä. (Ks. Kuorti, Mäntynen & Pietikäinen 2008, 31.)

lismiin, erityisesti uutisjournalismiin, lajityypillisiin ominaisuuksiin kuuluu tekstin rakentuminen esityksen esitykseksi eli journalistinen teksti kertoo, mitä muut sanovat. Konkreettisesti esityksen esitys osoitetaan suorilla lainauksilla. Uutisjournalistiselle tekstille on kuitenkin tyypillistä sulattaa jutussa esiintyvien toimijoiden ja jutun kertojan puheet yhtenäiseksi kertomukseksi, jolloin ei ole aina mahdollista erottaa, kuka kulloinkin on äänessä. (Ks. Pietilä V. 1991.)

Kun journalistinen teksti näyttää muodoltaan esityksen esitykseltä, journalismin diskursiivisuus kääntyy helposti diskurssin diskurssiksi. Tämä puolestaan kantaa mukanaan ajatusta, että journalistinen teksti olisi toisenlainen kuin muut tekstit. Yhtäältä todetaan, että journalismi on diskurssi, toisin sanoen se ei vain välitä muiden puheita vaan itse osallistuu niiden järjestämiseen. Toisaalta puhumalla diskurssin diskurssista tehdään eroa journalististen tekstien ja muiden tekstien välille. Tämän kaksoisymmärryksen vuoksi journalististen tekstien intertekstuaalisuus näyttäytyy toisenlaisena kuin muiden tekstien. Mutta onko todella niin, että journalistinen teksti on erilainen teksti kuin muut tekstit? Eikö intertekstuaalisuus ole kaikille teksteille tyypillinen ominaisuus? Esimerkiksi sairaalan leikkausjonosta kertovassa tekstissä käytetään paitsi sairaalan hallinnon ja lääketieteen lausumia niin kenties myös poliitikkojen ja leikkausta jonottavien lausumia. Kun lääkäri sanelee leikkausjonoon laitetun potilaan sairauskertomusta, mukana on paitsi lääketieteellisiä myös hallinnon ja potilaan lausumia. Jos kotiinsa menevä potilas kirjoittaa tulevasta leikkauksesta päiväkirjaansa lääkärin kanssa käydyn keskustelun, lausumia tulee mukaan tuohonkin tekstiin. Erilaisissa teksteissä muista teksteistä lainautuvia tekstejä käytetään eri tavoin. Sairauskertomuksen lajityypillisiin ominaisuuksiin ei kuulu viitata sairauskertomuksen ulkopuolisiin teksteihin. Taudin toteamiseksi kerrotaan tutkimuksen tulokset, mutta ei viitata lääketieteellisiin tutkimuksiin, joista tulosten tulkinnat ovat alun perin lähtöisin. Samoin selvitetäessä hoidon jatkumista käy-

tetään hallinnollisia termejä, kuten hoidon kiireellisyysluokitusta, mainitsematta, että kyseessä on hallinnollinen sovellus lääketieteellisen hoidon järjestämisestä. Päiväkirjan tekstissä samantyyppiset lainaukset toisista teksteistä järjestetään toisin: kirjoittajan oman äänen rinnalla referoidaan lääkärin puhetta taudista ja hoidon järjestämisestä. Sairauskertomuksen, päiväkirjan ja uutisen jonolauseumat ovat leikkausjonodiskursseja. Ne ovat yhteydessä toisiinsa, ne lainaavat toisiaan, lainautuvat toisilleen ja ovat osa leikkausjonoksi nimettyä yhteiskunnallisen käytännön tuottamista.

Journalismin määrittelemisen joko diskurssiksi tai diskurssin diskurssiksi on tutkimuksessa olennaista, sillä se määrittelee tutkimuksen suhdetta tutkittavaan tekstiin. Jos journalistinen teksti ymmärretään diskurssin diskurssiksi, ei journalistisessa tekstissä rakentuvien terveyksien ja sairauksien erittelemiseksi riitä journalistisen tekstin analysointi. Diskurssin diskurssin analysoinnissa journalistisen tekstin terveyksiä ja sairauksia olisi verrattava journalismin ulkopuolisiin terveys- ja sairausdiskursseihin. *Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan verrata terveysjournalistisia tekstejä toisiin teksteihin vaan lähtökohtana on journalistinen teksti ja siinä rakentuva terveyksien ja sairauksien diskursiivinen muodostelma.* Journalistisen tekstin pinnalla näkyvät terveydet ja sairaudet saavat voimansa tekstien terveys- ja sairausdiskurssien verkosta. Tuon verkon selvittämissä ei riitä vain näkyvien solmujen nimeäminen vaan analyysissa on otettava huomioon koko havas solmuineen, säikeineen ja silmiineen. Vain siten on mahdollista selvittää, miten journalismissa sairastetaan. Tässä tutkimuksessa terveysjournalismin verkon selvittäminen edellyttää sekä teoreettisten että empiiristen tutkimusongelmien ratkaisemista. Seuraavassa alaluvussa esitän ensin teoreettiset ja sitten empiiriset tutkimusongelmat.

TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämä tutkimus lähti liikkeelle median terveysideologioiden etsimisestä. Tutkimuksen edetessä tutkimustehtävä on täsmentynyt ja saanut rajatumman (sekä hallittavamman) muodon. Media on rajautunut journalismiksi ja terveysideologian käsite on muuttunut terveyksiä ja sairauksia tuottaviksi diskursiivisiksi käytännöiksi. Empiirisiin aineistoihin pohjautuva tutkimusongelma on kiteytynyt kysymyksiksi journalistisesta sairaalasta ja potiluuudesta. Lisäksi empiirisiin aineistoihin sidottu tutkimusongelma on saanut rinnalleen toisen teoreettisen tutkimusongelman, joka kulminoituu kysymykseksi journalismin suhteesta terveyteen ja sairauteen.

Tutkimukseni lähti liikkeelle laajoista empiirisistä aineistoista. Ensimmäisissä suunnitelmissa oli mukana aineistot kolmesta sanomalehdestä ja televisiouutisista. Aineistojen analyysin tavoitteena oli ensinnäkin selvittää, millaista suomalainen terveysjournalismi on. Toiseksi tehtävänä oli eritellä tekijöitä, jotka olisivat auttaneet ymmärtämään, miksi terveysjournalismi on sellaista kuin se on. Empiiristen aineistojen kokoamisen ja analyysin edetessä kävi selväksi, etteivät laajatkaan aineistot vieneet eteenpäin miksi-kysymykseen vastaamisessa. Aineistojen teemat, juttuaiheet ja toimijoiden asemointi toistivat aiempien tutkimusten tuloksia. Niiden mukaan mediassa tilaa saavat uhkaavat taudit ja lääketieteelliset läpimurrot. Aktiivisia mediatoimijoita, ja usein myös tarinoiden sankareita, ovat lääkärit. (Esim. Karpf 1988; Klaidman 1991; Lupton 1995b; Gwyn 2002, 92–110; Seale 2002.) Empiirinen tutkimus nosti esiin kysymyksen siitä, mikä on journalismin ja journalististen tekstien suhde terveyteen ja sairauteen. Tähän kysymykseen vastaaminen toi mukanaan lisäkysymyksen terveyden ja sairauden teoriasta: miten terveyksiä ja sairauksia on määritelty terveystiedon tutkimuksessa. Tutkimusprosessini ei olekaan edennyt suoraviivaisesti aineisto-ongelmat-analyysi-johtopäätökset-linjaa vaan empiirisistä kysymyksistä on noussut teoreettisia kysymyksiä ja puolestaan teo-

reettisiin kysymyksiin vastaaminen on avannut empiiristä aineistoa uudella tavalla. Niinpä tutkiessani terveyksien ja sairauksien teoriaa, empiirisen aineiston biolääketieteellinen hegemonia alkoi säröillä ja nostaa näkyviin terveyksien ja sairauksien sosiaalista järjestystä. Teoreettisiin ongelmiin vastaaminen rajasi myös tutkimusaineistoa. Ymmärsin, että laajojen aineistojen sijaan minun olisi pyrittävä tekstin pintaa syvemmälle ja etsittävä terveyksien ja sairauksien diskursiivisen verkon näkymättömämpiä osia. Tämän prosessin myötä aineisto rajautui yhtä sairaanhoitopiiriä käsitteleväksi sanomalehtiaineistoksi.

Tutkimusprosessini on ollut luonteeltaan hermeneuttista tutkimusta, jossa tutkimustehtävä ei ole valmiina tutkimusta aloitettaessa, vaan se muotoutuu tutkimuksen kuluessa. Tutkimuksen tavoitteenakaan ei ole lopullisen totuuden löytäminen vaan ymmärryksen lisääminen. Ymmärtäminen on kehämäistä liikettä, jossa kokonaisuus ymmärretään yksittäisestä ja yksittäinen kokonaisuudessa (Gadamer 2004, 29). Filosofi Hans-Georg Gadamer (mt., 64) kuvaa hermeneuttista tulkintaa tutkijan ja tekstin horisonttien kohtaamisena. Tutkijan tulkintaa voisi väittää vain subjektiiviseksi näkemykseksi eikä tieteelliseksi metodiksi. Subjektiivisuuden ansa on kuitenkin vältettävissä. Gadamer (mt., 64) korostaa, että tutkijan on oltava tietoinen ennakkoluuloistaan. Hermeneuttinen tulkinta ei tarkoita uppoamista tutkijan päänsisäisiin maailmoihin, vaan se edellyttää tutkijalta aktiivista tietoisuutta niistä kulttuurisista tekijöistä ja edellytyksistä, jotka tuottavat sekä tutkijuutta että tutkimuskohdetta.

Tutkimus tuottaa tekstiä osaksi todellisuutta. Tutkimus on konstruktio, joka voi kahlita myös tutkijaa. Gadamer (2004, 10) on sanonut: ”ellei tutkija nimittäin tunnusta omaa riippuvaisuuttaan vaan pitää itseään vapaana sitä kuitenkaan olematta, hän lujittaa omia kahleitaan”. Jotta voisi tutkia tekstiä ja nähdä siinä pintaa syvemmälle, pitää olla tietoinen omista sitoumuksistaan. Tutkimuksessa sekä teoreettiset että metodologiset lähtökohdat ovat tällaisia sitoumuksia. Niistä ei tietenkään voi päästä kokonaan irti, mutta

niiden tekeminen näkyviksi tekee kytköksistä vähemmän kiinnipitäviä. Irtpäästämisen ja kiinnipitämisen suhteesta kertoo tämän tutkimuksen metaforisoinnissa tapahtunut muutos. Minulla oli pitkään halu käyttää tutkimukseni metaforana obduktiota. Yhtäältä metafora on kiehtova, sillä siinä olisi ollut yhteys tekstin tutkimisesta käytettyyn ilmaisuun että itse aiheeseen. Toisaalta metafora on rajoittava, sillä siinä teksti on kuollut, jähmettynyt paikoilleen avattavaksi ruumiiksi. Paikoilleen jähmettynyt tekstiruumin ei myöskään kommunikoi tutkijan kanssa, se vain odottaa tulkittavaksi tulemistä. Tekstin tulkinta on kuitenkin alati liikkeessä oleva prosessi, sillä tekstin merkitykset ovat olemassa vain suhteessa tekstin lukijaan. Tekstillä ei ole omia, ehdottomia merkityksiään, jotka tutkija voisi tekstiä avaamalla löytää. Merkitykset syntyvät tutkijan ja tekstin kohdatessa, eivätkä ne koskaan ole samoja. Vaikka halu olisi ollut kova, en korvannut obduktio-metaforaa millään muullaakaan lääketieteestä lainatulla ilmaisulla, sillä en halunnut kiinnittää itseäni sellaiseen ymmärryksen tapaan, jossa tutkija ei näe itseään osana aineiston analyysia.

Omalla kohdallani riippuvaisuuden tunnistaminen tarkoittaa myös, että pyrin olemaan mahdollisimman tietoinen sekä omista konkreettisista lähtökohdistani että terveyksiä ja sairauksia tuottavista yhteiskunnallisista ja kulttuurisista käytännöistä. Tulkitessani terveysjournalistisia tekstejä omat käytännön kokemukseni ovat mukana ainakin taustavaikuttimina. Olen työskennellyt Tampereen yliopistollisessa sairaalassa sairaanhoitajana vuosina 1986–1997 useita eripituisia jaksoja. Terveysjournalismin parissa olen työskennellyt vain vapaana toimittajana, jolloin olen tehnyt sekä joitakin televisiojuttuja että muutamia sanomalehtijuttuja. Journalistisen työn käytännöistä minulla on kokemusta paikallislehdestä, alueellisesta lehdestä, uutistoimistosta sekä paikallistelevisiosta. Lisäksi minulla on henkilökohtaisia kokemuksia sekä potilaana että potilaan omaisena olemisesta.

Tietoisuus henkilökohtaisten kokemusten osallisuudesta tutkimustyössä on välttämätön, muttei riittävä ehto hermeneuttiselle tulkinnalle. Tutkijan analyysi on aina suhteessa koko tutkijayhteisöön. Toisin sanoen tullakseen tietoiseksi omasta positiostaan, tutkijan on perattava omaa horisonttiaan myös suhteessa alueensa tutkimustraditioon. Terveysjournalististen tekstien tutkimus kiinnittyy kahtaalle: journalismin tutkimukseen sekä terveyden ja sairauden tutkimukseen. Siten tutkimuksen teoreettiset juuret työntyvät sekä viestinnän ja journalismin tutkimukseen että terveyden ja sairauden tutkimukseen.

Teoreettiset tutkimuskysymykset

Terveysviestinnän tutkimus on ollut hyvin käytännöllispainotteista, minkä vuoksi terveysviestinnän tutkimuksissa ei ole ollut tarvetta eritellä teoreettisia lähtökohtia eikä pohtia viestinnän suhdetta terveyteen ja sairauteen. Hermeneuttisen tutkimusotteen näkökulmasta tämä on ongelmallista. Tekstin analyysi ei ole mahdollista, ellei tutkija ole perillä omista teoreettisista sitoumuksistaan. Tässä tutkimuksessa teoreettiset sitoumukset konkretisoituvat kahdeksi tutkimusongelmaksi:

- Mitä terveysviestintä ja -journalismi ovat?
- Millainen on viestinnän suhde terveyksiin ja sairauksiin?

Vastaan teoreettisiin kysymyksiin kahdella tapaa. Ensinnäkin erittelen terveysviestinnän tutkimuksen viestintäteoreettisia lähtökohtia. Toiseksi erittelen terveyden ja sairauden teoriaa sekä teorian soveltamista journalististen tekstien tutkimuksessa. Samalla tuotan terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden mallin empiirisen aineiston analyysin apuvälineeksi.

Tutkimuksen viestintäteoreettista ongelmaa käsittelen luvussa 2, Terveysviestinnästä terveysjournalismiin. Tutkimusongelma konkretisoituu kysymyksiksi: Miten terveysviestintää ja -journalis-

mia on tutkittu? Miten näissä tutkimuksissa on ymmärretty terveyden ja sairauden suhde viestintään? Vastaan tutkimuskysymyksiin ensinnäkin erittelemällä terveysviestinnästä tehtyjen tutkimusten tutkimusongelmia, metodeja sekä taustalla vaikuttavaa viestinnän teoriaa. Tämän selvityksen perusteella jaan terveysviestinnän tutkimuksen kolmeen eri tutkimuslinjaan: vuorovaikutus-, vaikutus- ja kulttuurilinjaan. Toiseksi erittelen terveysviestinnän määritelmiä ja esitän oman, kulttuurisesti suuntautuneen terveysviestinnän määritelmäni, jonka mukaan terveysviestintä on terveyksiä ja sairauksia tuottava yhteiskunnallinen ja kulttuurinen käytäntö. Luvun lopussa pohdin terveysjournalismin paikkaa sekä terveysviestinnän tutkimuksen kentällä että osana terveysviestinnän määrittelyä.

Tutkimuksen kolmannessa luvussa Terveyksien ja sairauksien moneus pohdin terveyksien ja sairauksien käsitteitä. Terveyssosiologian ja lääketieteen filosofian teorioiden soveltamisessa tavoitteena on päästä irti terveyden ja sairauden itsestään selvistä määrittelyistä ja löytää teoreettista tukea terveyksien ja sairauksien diskursiivisen muodostelman avaamiseen. Luvussa rakennan terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden mallin, joka on myös lähtökohta empiirisen aineiston analyysissa. Malli ei ole terveyksien ja sairauksien määrittelemisen keino vaan välttämätön edellytys empiirisen aineiston analyysille. Biolääketieteelliset terveydet ja sairaudet ovat hegemonisessa asemassa suhteessa muihin terveyksiin ja sairauksiin. Ne näyttäytyvät historiattomina ja luonnollisina ja peittävät alleen muut mahdolliset terveydet ja sairaudet. Terveyksien ja sairauksien teoreettinen erittely paikantaa lääketieteellisen määrittelyn vain yhdeksi terveyttä ja sairautta tuottavaksi yhteiskunnalliseksi ja kulttuuriseksi käytännöksi. Sen rinnalla on muita yhteiskunnallisia ja kulttuurisia käytäntöjä. Näissä käytännöissä rakentuu lääketieteellisestä tautimäärittelystä poikkeavia terveyksiä ja sairauksia. Lääketieteellisestä hegemoniasta irtipääseminen on edellytys sille, että näitä muita ei-lääketieteellisiä terveyksiä ja sairauksia voidaan tutkimuksen keinoin tehdä näkyviksi. Mallinnoksen tehtävänä on

siis auttaa näkemään journalististen terveyksien ja sairauksien syrjään jääviä puolia.

Journalistisen tekstin terveyksien ja sairauksien mallintaminen on sekä hermeneuttisen tutkimusotteen että kulttuuritutkimuksen näkökulmasta ongelmallista. Konstruktiot kun eivät ole pysyviä todellisuuden ilmiöitä, vaan ne rakentuvat ja muuntuvat jatkuvasti eikä mikään malli voi kuvata tuota konstruointia kokonaisuudessaan. Pahimmillaan mallinnus jähmettyy ennakkokäsitykseksi, joka pakottaa tulkinnat mallin mukaisiksi ja estää tulkintaa kehittymästä. Tätä tutkimusta varten kehittämäni mallin tehtävänä ei kuitenkaan ole luokitella tekstin terveyksiä ja sairauksia vaan olla ajattelun apuväline. Mallin avulla vastaan teoreettisesti kysymykseen, millaisia terveyksiä ja sairauksia *voisi* journalismissa olla olemassa. En siis väitä, että terveys ja sairaus olisivat tyhjentävästi määriteltävissä tuon mallin avulla vaan mallinnoksella yritän päästä näkemään terveyttä ja sairautta muunakin kuin vain lääketieteellisenä ilmiönä. Hegemonisessa asemassa olevien biolääketieteellisten terveyksien ja sairauksien näkeminen vain yhdeksi määrittämisen tavaksi on välttämätöntä, jotta muut terveydet ja sairaudet olisi mahdollista tunnistaa. Mallin avulla ikään kuin pakotan lääketieteelliset taudit ja terveydet paikoilleen ja teen tilaa muille terveys- ja sairauspuheille. Terveyksien ja sairauksien kolmen ulottuvuuden malli on sekoitus teoreettisesti johdetusta ja aineistolähtöisestä mallista. Olen työstänyt mallia jo ennen kuin ryhdyin analysoimaan aineistoa, mutta aineistoa analysoidessani olen testannut ja kehitellyt mallia eteenpäin.² Malli on muokkaantunut ja muuttunut tutkimuksen edetessä

2 Terveyden ja sairauden määrittelyn pulmallisuuteen törmäsin jo sairaanhoitajaksi opiskellessani 1980-luvun alussa. Kuuluin siihen opiskelijapolveen, jonka opetuksessa hoitotieteen nousu alkoi vaikuttaa. Hoitotiede kyseenalaisti ainakin jossakin määrin biolääketieteellistä terveys- ja sairauskuvaa, vaikka opetus nojasikin vahvasti biolääketieteellisen tautiymmärrykseen. Opetuksessa tuli esiin hieman outoja uuden ja vanhan yhdistelmiä. Esimerkiksi tehohoidon opetuksessa

ja saanut lopullisen muotonsa vasta tutkimuksen viime vaiheissa. (Torkkola 1999a, 2002b, 2003, 2007.)

Empiiriset tutkimuskysymykset

Empiirisen aineiston analyysin kohteena on sanomalehden sivuille rakentuva sairaalaa ja potiluus. Tutkimustehtävä konkretisoituu kahdeksi tutkimusongelmaksi:

- Millainen on journalistinen sairaala?
- Miten potiluus järjestyy journalistisessa sairaalassa?

Etenen analyysissä tekstin pintarakenteiden selvittämisestä kohti terveyksien ja sairauksien yhteiskunnallista ja kulttuurista tuottamista. Tämän terveyttä ja sairautta käsittelevien tekstien diskurssien analyysin tehtävän voi kiteyttää pohdinnaksi siitä, miksi terveydestä ja sairaudesta on puhuttu juuri tällä tavalla eikä jollakin toisella. Empiirisen aineiston analyysin aloitan kuvaamalla, millaisista aiheista ja teemoista sanomalehden sairaala rakentuu. Pintatason kuvauksen jälkeen etenen sairaalan ja terveyksien ja sairauksien erittelyyn sekä sanomalehden sivuille rakentuvan terveyksien ja sairauksien sosiaalisen järjestyksen analyysiin. Sanomalehden sairaalaa käsittelevän luvussa 4 Journalistinen sairaala. Luvussa 5 Potilouden järjestys etsin potilaan paikkaa sanomalehden sairaalassa. Potilaan asemoinnin kuvauksen jälkeen analysoin sanomalehden sairaalan potiluita. Journalistisen potilouden erittely konkretisoituu kysymyksiksi: Millainen on potilaan paikka sanomalehden sairaalassa? Millainen on potilaan ja sairauden suhde?

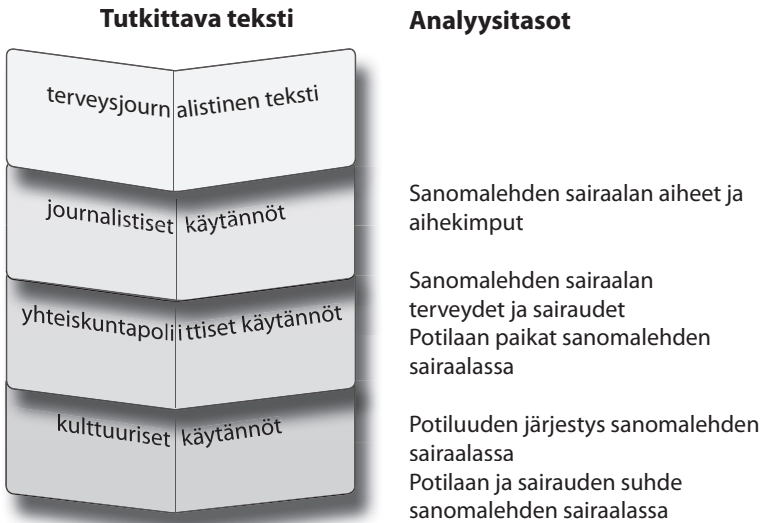
Empiirinen tutkimusaineisto on tutkimusprosessin aikana rajautunut yhtä sairaanhoitopiiriä käsitteleviksi jutuiksi. Se koostuu Aamulehdessä vuosina 1980–1998 julkaistuista jutuista, joissa käsi-

todettiin, että hoitajan pitää hoitaessaan käyttää sekä biologista että humanistista ihmiskäsitystä. Muistelen, että ihmettelimme, voiko ihmiskäsityksen ottaa käyttöön kuin minkä tahansa instrumentin.

tellään Tampereen yliopistollista sairaalaa tai Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Yhteensä tekstejä on 1189. Esittelen aineiston yksityiskohtaisesti luvussa 4. Päätymisen Aamulehti-aineistoon oli osin onnekas sattuma. Valintaa edesauttoi myös se, että sain kopioida aineiston sairaalan leikekirjasta. Aineiston hankinnan helpouden ohella rajaamista puolsi se, että yhtä sairaanhoitopiiriä koskevat jutut oli helpompi rajata kuin yleiset terveys- ja sairausjutut. Muita aineistoja kerätessäni ja luokitellessani jäin usein miettimään, mikä on terveysjournalistinen juttu. Olisiko esimerkiksi liikenneonnettomuutta tai politiikon sairautta käsittelevä juttu terveysjournalistista? Sairaala-aineiston etuna on myös se, että siinä sairautta ei ole valmiiksi määritelty lääketieteelliseksi taudiksi, kuten silloin kun aineisto rajataan ennalta määriteltyjen tautien perusteella.

Journalistisen sairaalan, sen terveyksien, sairauksien ja potilaiden avaamiseksi ei riitä tekstipinnalla näkyvien diskurssien luettelointi. Diskursiivisen muodostelman avaaminen edellyttää tekstipinnan alle menemistä eli pureutumista terveysjournalistisia tekstejä tuottaviin yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin käytäntöihin. Tässä tutkimuksessa pintaa syvemältä analysoiminen tarkoittaa analyysin etenemistä tekstin pintakerroksien ilmeisistä merkityksistä kohti tekstin piiloisempia merkityksiä. Kuviossa 1 on kuvattu tekstiaineiston ja analyysitasojen suhde. Yhdessä nämä tekstin eri tasot muodostavat terveysjournalismin diskursiivisen muodostelman. Yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin käytäntöihin pureutuminen ei siis tarkoita tutkimuskatseen kääntämistä tekstin ulkopuolelle vaan porautumista tekstin sisään.

Kuvio 1. Empiirinen tutkimusaineisto ja analyysisat



Aineiston pintatason analyysissä erittelen, millaisista aiheista sanomalehden sairaala rakentuu. Juttujen aiheiden ja käsittelytapojen kuvaus muodostaa lähtökohdan tutkimuksen seuraavalle vaiheelle, jossa analysoin journalistista sairaalaa yhteiskunnallisena käytäntönä. Sanomalehden sivuilla rakentuva sairaala on sairautta järjestävää yhteiskunnallinen instituutio. Sitä ei voi palauttaa reaalisen sairaalan toiminnassa syntyviin merkityksiin vaan kyseessä on nimenomaan journalistinen konstruktio. Journalistinen sairaala ei järjestä vain terveyksiä ja sairauksia vaan myös potilaita. Journalistinen sairaala, kuten kaikki muutkin sairaalat, ovat sairauden ja terveyden yhteiskunnallisen järjestämisen instituutioita. Vaikka modernin sairaalalaitoksen tehtävänä on koota yhteen potilaiden kantamia tautoja ja tarjota lääketieteelle toiminnan kohde, niin silti se on myös

potilaita yhteen kokoava paikka. Tällainen potilaiden yhteenkokoaminen tarkoittaa myös potemuksen läsnäoloa. Journalistisessa sairaalassa potilaan asemointi kertoo sekä sairauksien yhteiskunnallisesta järjestämisestä että potilaan ja sairauden suhteesta.

Tutkimuksen tehtävänä on siis selvittää sekä teoreettisesti että empiirisesti terveysjournalismin olemusta. Kirjan viimeisessä luvussa Terveysjournalismin järjestys kokoan yhteen sekä teoreettisen että empiirisen tutkimuksen tulokset ja pohdin tutkimuksen tulosten antia sekä terveysjournalismin tutkimukselle että käytännön (terveys)journalistiselle työlle.

2

TERVEYSVIESTINNÄSTÄ TERVEYSJOURNALISMIIN

Terveysviestintä on monialainen ja -käytäntöinen alue, jossa kohtaa-
vat sekä terveydenhuollon että viestinnän ammattilaiset. Erilaisten
lähtökohtien vuoksi terveysviestintä ymmärretään useilla tavoilla.
Terveyden ammattilaisten näkökulmasta terveysviestintä näyttäy-
tyy ennen muuta sairauden hoidon ja terveyden edistämisen apu-
välineenä. Viestinnän tutkimuksen näkökulmasta terveysviestinnän
ymmärtäminen vain apuvälineeksi on pulmallista, sillä se sivuuttaa
viestinnän osallisuuden sisältöihin. Ristivetoa terveysviestinnän
kentällä tuottavat myös terveyden ammattilaisten ja median väli-
set suhteet. Sairauden ja terveyden instituutiot haluaisivat sitouttaa
joukkoviestinnän, erityisesti journalismin, omiin päämääriinsä. Täl-
lainen sitouttaminen on kuitenkin hankalasti sopeutettavissa jour-
nalismien yhteiskunnallisen kriitikon tehtäviin. Erilaiset lähtökohdat
näkyvät niin terveysviestinnän tutkimuksessa kuin terveysviestin-
nän määritelmissäkin. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat, kysy-
mykset ja metodit voivat olla muun muassa hoito-, lääke-, terveys-
tai yhteiskuntatieteellisiä. Yhteiskuntatieteissä terveysviestintää on
tutkittu sekä viestintätieteissä että sosiologiassa. Terveysviestintä-
käsite on vakiintumaton ja sitä käytetään tutkimuksissa toisistaan
poikkeavilla tavoilla. Englanninkielisellä termillä ”health commu-
nication” viitataan tavallisesti viestinnän käyttöön terveyden edistä-
misessä, jolloin sen suomennokseksi sopisi paremmin sanapari ter-
veysvalistus ja terveysneuvonta.

Tässä luvussa erittelen terveystieteen tutkimusta. Tutkimuksen erittely ei pyri olemaan varsinainen oppihistoriallinen tutkimus vaan keino valaista terveystieteen kirjavaa kenttää. Luvun lopussa erittelen terveystieteen ja -journalismin käsitteitä ja niiden käyttöä tässä tutkimuksessa sekä esitän oman määritelmäni terveystieteen käsitteelle.

TERVEYSVIESTINTÄ TUTKIMUKSEN KOHTEENA

Terveystieteen tutkijat tulevat eri tieteenaloilta, eikä ole olemassa mitään yhtenäistä tutkimusperinnettä, jota voisi kutsua terveystieteen paradigmatiksi. Terveystieteen tutkimusalue, jossa yhdistyvät sekä tieteen että terveyden ja sairauden kysymykset. Tienrasteys-metafora, jolla usein viitataan joukkoviestintätutkimukseen monitieteisyyteen ja -metodisuuteen (Schramm 1964; ks. myös Pietilä V. 1997, 10–12), sopii erinomaisen hyvin kuvaamaan myös terveystieteen tutkimusalueita. Tosin eritasoliittymä-metafora voisi olla vieläkin osuvampi ilmaus, sillä se kuvaisi myös tutkimuksen monitasoisuutta.

Sosiologien ja psykologien 1960-luvulla tekemät ensimmäiset terveystieteen tutkimukset ponnistivat potilaiden hoitoon liittyvistä kysymyksistä, kuten terapeuttisesta viestinnästä ja lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta (Kreps, Bonaguro, & Query, 1998; Thompson 1990; ks. myös Aarva, de Haes, & Visser 1997). Yhdysvalloissa International Communication Associationin (ICA) terveystieteen jaos toimi 1970-luvun alkupuolella terapeuttisen viestintän nimellä. Aluksi ryhmään kuului vain interpersonaalisen viestintän tutkijoita. Vuosikymmenen puolivälissä tutkijoiden joukko laajeni ja mukaan tuli joukkoviestintän ja organisaatioviestintän tutkijoita. Jaoksen nimikin vaihtui, tosin äänestyspäättöksellä, ter-

veysviestinnäksi. (Kreps ym. 1998.) Terveysviestinnän tutkimukselle ei voi määrittää yhtä alkupistettä, vaan terveyden viestinnällisiä kysymyksiä on pohdittu ja tutkittu varsin monella suunnalla. Yhtenä alkukohtana voinee kuitenkin Lorraine Jacksonin ja Bernhard Duffyn (1998, 7–9) tapaan pitää ensimmäisen terveystieteen kirjain julkaisemista. Gary Kreps ja Barbara Thornton julkaisivat ensimmäisen terveystieteen useista näkökulmista käsittelevän kirjain *Health communication, theory and practice* 1984. Teoksessa käsitellään terveydenhuollon viestintää keskinäis-, ryhmä-, organisaatio- ja joukkoviestinnän näkökulmista. Kreps ja Thornton (77–92) käsittelevät joukkoviestintää esittelemällä viestimien eri muotoja ja mahdollisuuksia käyttää niitä potilaiden neuvonnassa ja yleisessä terveystieteen valistuksessa. Joukkoviestimien terveystieteen sisältöjä ei eritellä lukuun ottamatta luvun loppuun lukemistoksi liitettyä McLaughlinin (1975) tutkimuskuvausta. Kuvauksessa luonnehditaan tutkimusta, jossa on eritelty lääkäreiden, hoitajien ja potilaiden esittämistä televisiosarjoissa. Kuten monet muutkin alueen tutkimukset ja kehittämishankkeet, tämä ensimmäinen kokonaisuus terveystieteen viestinnästä ponnistaa terveydenhuollon viestinnän käytännön tarpeesta käyttäen viestintää terveystieteen valistuksessa ja potilaiden hoidossa (ks. Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7–10).

Terveystieteen tutkimus on ollut kiinteässä yhteydessä terveydenhuollon ja terveyden edistämisen käytännöistä nousseisiin kysymyksiin. Käytännönläheisyys näkyy myös Krepsin ja kumppaneiden tavassa (1998, 4–5) jakaa terveystieteen tutkimus terveydenhuollon ja terveyden edistämisen tutkimushaaroiksi. Oma jakoni sen sijaan perustuu tutkimuksellisiin lähtökohtiin ja tavoitteisiin. Jaan terveystieteen tutkimuksen kahdeksi päälinjaksi, jotka muistuttavat Krepsin ja kumppaneiden tutkimushaarajakoa. Ensimmäistä päälinjaa nimitän vuorovaikutuslinjaksi ja toista vaikutustutkimuslinjaksi. Vuorovaikutustutkimuslinja kohdistuu pääosin terveydenhuollon sisäiseen viestintään eli terveydenhuollon

ammattilaisten ja potilaiden väliseen vuorovaikutukseen. Vaikutustutkimukset puolestaan kohdentuvat joukkoviestinnän terveysvaikutusten tutkimiseen, erityisesti joukkoviestinnän käyttöön terveyden edistämisessä. Lisäksi 1990-luvulla terveysviestintää on ryhdytty tutkimaan kulttuurintutkimuksen ottein ja näkökulmin. Tätä uutta, orastavaa tutkimuslinjaa kutsun terveysviestinnän kulttuurilinjaksi. Tällainen tutkimuksen jakaminen linjoiksi on eittämättä ongelmallista. Luokittelu saattaa hukata sellaisia tutkimusaiheita ja -näkökulmia, jotka eivät näytä relevanteilta nykyisen tutkimusotteen näkökulmasta. On myös mahdollista, että tutkimuksen kehitys näyttyy vain johdonmukaisena kehityksenä kohti parempaa eli nykyistä tutkimusta eikä menneisyyttä kuvata muutoin kuin alikehittyneenä nykyisyytenä. (Ks. Pietilä V. 1997, 15–49.) Pulmallisuudestaan huolimatta pidän luokittelua kelpo tapana jäsentää terveysviestinnän monimuotoista ja sekavaakin tutkimuskenttää. Linjajakoni ei siis ole oppihistoriallinen tutkimus, vaan keino saada edes hieman selvyyttä terveysviestinnän moniulotteiseen tutkimuskenttään.

VUOROVAIKUTUSLINJA

Terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisestä viestinnästä on tullut viimeisen parinkymmenen vuoden aikana yksi tutkituimmista terveysviestinnän alueista. Vuorovaikutustutkimus kattaa kaiken terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisen keskinäisviestinnän; eniten on kuitenkin tutkittu lääkärin ja potilaan välistä viestintää. (Gerlander, 2003, 15–24; Thompson 1990.) Hoidollisen vuorovaikutuksen ymmärtäminen viestintäsuhteeksi ei kuitenkaan ole itsestään selvää, sillä vuorovaikutuksessa on kyse muustakin kuin vain viestinnästä. Hoitosuhteen tutkimuksessa interpersonaalisen viestinnän näkökulma on vain yksi mahdollinen lähestymistapa. (Ks. Gerlander 2003, 15–18; Mikkola M. 2006, 16–

20.) Koska erittelen esisijaisesti terveystutkimuksellisia juuria, käsittelem vain lyhyesti terveyteen ja sairauteen liittyvän vuorovaikutuksen tutkimusta.

Käytännön tarpeet

Nimensä mukaisesti terveystutkimukseen liittyvissä keskinäisviestinnän eli interpersonaalisen viestinnän tutkimuksissa on tutkittu lääkäreiden sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutustutkimuksen teoreettisen taustan juuret johtavat ennen muuta sosiologiaan, psykologiaan ja sosiaalipsykologiaan – varsinaisia viestinnän tutkijoita on ollut tällä kentällä vähemmän kuin muiden alojen tutkijoita. (Thompson 1990.) Tosin viime vuosina terveyteen liittyviä kysymyksiä on alettu tutkia yhä enemmän myös puheviestinnässä (esim. Gerlander 2003; Mikkola 2000; Mikkola 2006). Myös hoito-, terveys- ja lääketieteissä on tutkittu vuorovaikutusta. Hoitajien ja potilaiden välistä viestintää ovat tutkineet sekä terveys- että hoitotieteilijät. (Esim. Kukkola 1997; Leino-Kilpi & Suominen 1998; Kettunen 2001; Mattila L. 2001; Spiers 1998).¹ Hoitotyössä tarvittavien viestintätaitojen kehittäminen on ollut hoitotyön koulutuksen ja kehittämisen yksi keskeisimmistä haasteista (Bowles, Mackintosh & Torn 2001; Williams & Gossett 2001). Vaikka varsinaiset viestintätieteilijät ovat tutkineet vain vähän terveyteen liittyvää keskinäisviestintää, niin lähtökohdiltaan viestintätieteellisissä terveystutkimuksissa ja oppikirjoissa vuorovaikutuksen tutkimus on ollut mukana (esim. Berlin Ray & Donohew 1990; Gwyn 2002; Jackson & Duffy 1998; Krepes & Thornton 1984; Torkkola 2002c; Wright, Sparks & O’Hair 2007). Viestintää terveydenhuollossa, kuten lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta, käsitellään luonnollisesti myös terveystutkimuksen yleisesityksissä ja oppikirjoissa (esim. Bird, Conrad & Fremont 2000;

¹ Suomalaisesta hoitotieteen tutkimuksen kehittymisestä ks. Laiho 2005; Tuomi 1997.

Gerhardt 1987; Kangas, Karvonen & Lillrank 2000; Karisto, Lahelma & Rahkonen 1992; Nettleton 1995).

Puhe on yksi lääkärin tärkeimmistä työvälineistä. Tästä huolimatta sitä on tutkittu paljon vähemmän kuin lääkärin kahta muuta työkalua: puukkoa ja pilleriä eli kirurgisia toimenpiteitä ja lääkehoitoa. Puheen ja vuorovaikutuksen tutkimusta on kenties vältetty siksi, että lääketieteen perinteisellä tutkimusotteella on ollut vaikea eritellä viestinnällisiä tutkimuskysymyksiä. (Peräkylä, Eskonen & Sorjonen 2001; Pyörälä 2001.) Muutokset potilaan asemassa ovat kuitenkin lisänneet tarvetta sekä viestiä että ymmärtää viestintää yhä paremmin. Viestinnän kehittämistä pidetään yhtenä keskeisimpänä keinona, jonka avulla terveydenhuollon toimintatapaa voidaan muuttaa entistä potilaskeskeisemmäksi. Niinpä tarve ja kiinnostus keskinäisviestinnän tutkimukseen on lisääntynyt terveydenhuollon tutkimuskentällä viime vuosina huomattavasti (Hall & Visser 2000; Kreps ym. 2003). Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välisen keskinäisviestinnän tutkimus onkin ollut aluetta, jossa viestinnän ja terveyden asiantuntijat ovat tehneet yhteistyötä (esim. Lambert ym. 1997; Vanderford, Jenks & Sharf 1997). Lääketieteen näkökulmasta katsottuna syy keskinäisviestinnän tutkimuksen vähäisyyteen on voinut olla myös se, että puhetta on pidetty lääkärin työssä itsestään selvänä taitona. Vuorovaikutus ja puhe on ymmärretty taitoina, jotka kehittyvät kliinisten taitojen myötä. Suomessa lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen perusteellinen tutkimus aloitettiin 1980-luvulla. Kymmenisen vuotta myöhemmin vuorovaikutustaitoja alettiin opettaa sekä lääketieteen opiskelijoille että jo ammatissa toimiville lääkäreille. (Peräkylä ym. 2001, 8; Pyörälä 2001, 183–184.)

Sosiologiset juuret

Tutkimusalan nuoruudesta huolimatta lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimuksella on syvät sosiologiset juuret. Ensimmä-

mäinen sosiologinen tutkimus lääkärin ja potilaan suhteesta lienee Talcott Parsonsin (1954) teoria potilaan ja lääkärin rooleista. (Ruusuvuori 2000, 13–24.) Lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta on tutkittu erittelemällä lääkärin vastaanoton rakennetta ja vuorovaikutuksen kulkua vastaanotolla. Varhaisimpien tutkimusten mukaan näytti siltä, että lääkäri hallitsee vastaanottoa ja vuorovaikutuksen kulkua. Tällaisen lääkärikeskeisen vuorovaikutuksen vaihtoehtoksi esitettiin potilaslähtöistä vuorovaikutusta. (Peräkylä 2000, 74–8; Silverman 1987, 192–204.) Elliot Mishlerin (1984) mukaan lääkäri ja potilas eivät kohtaa tasaveroisina vastaanotolla, koska he puhuvat eri kieltä. Lääkärin käyttämä lääketieteellinen kieli hallitsee vastaanottoa ja peittää alleen potilaan kokemuksen äänen. Lääkärin hallitsevuus näkyy myös vastaanoton kulussa, joka etenee lääkäri kysyy, potilas vastaa -periaatteen mukaisesti. Uusimmissa lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta eritellessä keskusteluanalyttisissä tutkimuksissa (esim. Ruusuvuori 2000; Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001) vuorovaikutuksen lääkärikeskeisyys on kyseenalaistettu: myös potilas voi vaikuttaa ja vaikuttaakin siihen, miten vastaanotto etenee. Vuorovaikutus ei ole vain lääkärin työn olennainen osa, vaan se on osa kaikkea terveydenhuollon toimintaa, kuten potilaiden ohjausta ja neuvontaa. Muun muassa Peräkylä (1995) ja Silverman (1997) ovat tutkineet keskusteluanalyttisin menetelmin vuorovaikutuksen rakentumista potilaiden ohjauksessa. Myös terveydenhuollon ammattilaisten keskinäinen vuorovaikutus on ollut tutkimuksen kohteena. Atkinson (1995) on tutkinut etnografisin menetelmin sekä lääkäreiden keskinäistä vuorovaikutusta että lääkäreiden ja potilaiden välistä vuorovaikutusta. (Ks. myös Nikander 2002.) Lisäksi lääketieteellisessä antropologiassa on tutkittu potilaiden keskinäistä vuorovaikutusta (esim. Hansen 2002 ja 2007).

Vaikka vuorovaikutuksen tutkimus on lähtöisin terveydenhuollon käytännöllisistä tarpeista kehittää lääkäreiden, hoitajien ja muiden terveydenhuollon asiantuntijoiden viestintätaitoja, niin tutkimuk-

sissa on pohdittu myös valtaa ja sen käyttöä vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksessa valta ei ole jommalla kummalla osapuolella eikä sitä siten voi ottaa toiselta pois ja antaa toiselle. Valta rakentuu kaikkien osapuolten yhteisessä toiminnassa. Tämä ei tarkoita, että kaikki osapuolet osallistuisivat valtaprosessiin tasapuolisesti ja samalla tavalla, vaan asiantuntijat ja potilaat paikantuvat prosessissa eri tavoin. Terveydenhuollon vuorovaikutuksessa todentuva valta ei ole palautettavissa hierarkkisiin rakenteisiin vaan se on vuorovaikutuksessa rakentuva ja alati muuttuva sosiaalinen prosessi. (Silverman 1997, 185–210; 1987, 136–137, 192–204; myös Gerlander 2003, 184–191.)

Hoidon antajien ja saajien välisen viestinnän ja vuorovaikutuksen tutkimuksen taustalla vaikuttaa käytännöllinen tarve kehittää terveydenhuollon ammattilaisten viestintä- ja vuorovaikutustaitoja ja siten parantaa potilaiden oikeutta osallistua hoitopäätöksiin. Kaikki terveysviestinnän tutkijat eivät kuitenkaan luota siihen, että lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten viestintä- ja vuorovaikutustaitoja kehittämällä voidaan saavuttaa tasa-arvo lääkäri-potilas-suhteessa. Terveysviestinnän kehitysoptimismien kriitikot sanovat, ettei terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välistä viestintää voi tarkastella irrallaan terveydenhuollon instituutiosta, sen rakenteista ja käytännöistä. Lääkärin ja potilaan välinen viestintä on luonteeltaan institutionaalisen-professionaalista ja sen valtasuhteet eivät perustu lääkäriin ja potilaan välisiin konkreettisiin viestintätekoihin. Terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden viestintätaitojen parantaminen on toki aiheellista, mutta puuttamalla vain yksilöiden viestintätaitoihin ei voida poistaa hoidon antajien ja saajien välistä epätasa-arvoa. (Gerlander 2003, 187–191.) Ritva Engströmin (1999, 309–323) mukaan vuorovaikutuksen häiriöissä on kyse erilaisesta tietämisestä. Biolääketieteellinen ja biopsykososiaalinen sairausmalli perustuvat lääketieteelliseen tietoon, jossa ei ole paikkaa potilaan kokemuseräiselle tiedolle. Siten vuorovaikutuskeinojen harjaannuttaminen ei muuta tilannetta vaan vuorovaikutuksen parantaminen edellyttää erilaisten sairaustietojen

hyväksymistä. Tällöin potilaan kokemusperäinen tieto ei kilpaile lääkärin tiedon kanssa, eikä potilaan kokemusta tarvitse siirtää syrjään objektiivisena pidetyn tiedon tieltä.

Terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisen keskinäisviestinnän tutkimuksessa on nähtävissä siis kaksi juonetta. Yhtäältä tutkimuksessa voi olla kyse lääkärin ja hoitajan yhden työkalun, puheen, tutkimuksesta ja sen tulosten soveltamisesta käytäntöön. Tällaista käytännöllispainotteista tutkimusta voisi verrata muihin hoidon vaikuttavuutta mittaaviin ja hoitomenetelmiä kehittäviin tutkimuksiin. Toisaalta terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisen vuorovaikutuksen tutkimuksessa voidaan eritellä terveydenhuollon käytännöissä rakentuvaa valtaa. Lääketieteellinen valta ei paikannu vain lääkärin ja potilaan väliseen viestintään, vaan se on yhteydessä sekä terveydenhuollon että lääketieteellisen tiedon tuottamisen käytäntöihin. (Ks. Atkinson 1995.) Vuorovaikutustutkimuksella on siten yhtymäkohtia sekä terveystieteen vaikutustutkimuslinjan että uuden, orastavan kulttuurin kanssa.

VAIKUTUSTUTKIMUSLINJA

Terveysviestinnän tutkimuksen valtavirran toista haaraa nimitän vaikutustutkimuslinjaksi yksinkertaisesti siitä syystä, että näiden tutkimusten päämääränä on ollut selvittää joukkoviestinnän terveysvaikutuksia. Pontimensa nämä tutkimukset ovat saaneet terveydenhuollon käytännöllisestä tarpeesta vaikuttaa kansalaisten terveystietoon, -asenteisiin ja -käyttäytymiseen. Terveysviestinnän vaikutustutkimuksen juuret johtavat kahtaalle. Yhtäältä taustalla on monisatavuotinen terveysvalistuksen perinne. Toisaalta tutkimukset ammentavat vaikutustutkimusintressinsä yhdysvaltalaisesta joukkoviestinnän tutkimuksen perinteestä.

Valistuksen pitkä perinne

Kirjallisella terveystalituksella on pitkät perinteet. Euroopassa ensimmäiset kirjalliset terveystalituksen oppaat lienevät syntyneet 1500-luvulla, kuten englantilaisen Sir Thomas Eliotin *The Castell of Helthe* ja venetsialaisen Luigi Cornaron *Trattato de la vita sobria*. Cornaron omiin kokemuksiin perustuva teos on yksi suosituimmista pitkäikäisyyden saloja käsittelevistä kirjoista. Siitä on otettu uusintapainoksia vielä 1900-luvulla. (Mikkeli 1998, 85–87, 93–95.) Miksi terveystalitusoppaita alettiin kirjoittaa juuri 1500-luvulla? Yksi kiinnostava selitys on Ivan Illichin (1995/1976, 174–189) esittämä näkemys terveyden ja kuoleman kulttuurisen ymmärryksen kytkeytymisestä toisiinsa. Ensimmäiset terveystalitukset ilmestyivät siinä vaiheessa, kun kuolema ei enää ollut koko elämän mukana kulkeva seuralainen vaan yksittäinen tapahtuma, johon oli mahdollista valmistautua. Maallikoille tarkoitettuja kuolemisen opas *Ars Moriendi* ilmestyi 1491 (mt., 183). Kuoleman nimeäminen yksittäiseksi tapahtumaksi on elämän ja kuoleman medikalisoinnin ja ruumiin objektivoinnin ensimmäinen askel. Kun kuolema ei ollut enää osa ihmisen koko elämää vaan erillinen osa, sitä vastaan oli mahdollista myös taistella. Tästä elämän pidentämisen taistelusta tuli lääketieteen uusi tehtävä. (Mt., 174–208.) Uusi suhde kuolemaan merkitsi toisenlaista suhdetta terveyteen. Terveystalitus ei ollut enää vain kuoleman edeltäjän, sairauden vastinpari vaan itsenäinen elämän osa, jota saattoi pyrkiä hallitsemaan.

Kirjapainotaidon kehittyminen ja lukutaidon yleistyminen 1500-luvulla mahdollistivat terveystalitusten leviämisen yhä laajemmalle lukijakunnalle. Myös rutan ja kupan pelko lisäsivät terveystalitusten kysyntää. Pohjoismaissa ensimmäiset terveystalitukset kirjoitettiin 1500- ja 1600-lukujen taitteessa. Ensimmäiset laajalle yleisölle tarkoitettut, suomenkieliset terveystalitukset ilmestyivät 1700-luvulla. Elias Lönnrot julkaisi 1856 *Suomalaisen Talon-Pojan Koti-Lääkärin*,

joka opasti kansaa välttämään tauteja ja selvitti niiden syitä. (Mikkeli 1998; 1999, 69–96.)

Yhdysvalloissa ensimmäiset valistuskampanjat järjestettiin isorokkoa vastaan 1720-luvulla. Lääkäri Benjamin Rush puolestaan julkaisi 1784 alkoholin vaikutuksia käsittelevän valistuslehtisen. Joukkoviestimien käytöstä tuli 1800-luvulla olennainen osa raittiusliikkeen harjoittamaa kansanvalistustyötä, esimerkiksi 1830-luvulla Yhdysvalloissa julkaistiin 15:ttä alkoholin vaaroja ja raittiutta käsittelevää lehteä. (Scherer & Juanillo 1992.) Raittiusaatteen ohella terveysvalistusta sysäsi 1800-luvulla eteenpäin uusi tieteenala, hygienia. Sen kehittymisen myötä terveysvalistuksesta tuli yhä tärkeämpi osa kansanterveyden edistämistyötä. Valistuksesta tuli keino muuttaa tauteja aiheuttavia yksilöllisiä ja yhteisöllisiä käytäntöjä. (Mt.; Lehtonen 1998, 205–213.) Terveysvalistus oli osa 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alun kansanvalistuksen aaltoa, jonka yhteiskunnallinen murros ja modernisaatioprosessi nostattivat. Kansallisuusaatteen siivittämänä terveysvalistuksella pyrittiin lisäämään sekä väestönkasvua että kansanterveyttä. Terveydellisiin seikkoihin vedoten asiantuntijat pyrkivät säätelemään kansalaisten elämää. Lääketieteeseen vedoten valtiollinen valta kontrolloi niin kansalaisten lisääntymisoikeutta (Mattila M. 1999, 339–348) kuin äitiyttä ja synnyttämisen käytäntöjä (Helsti 2003).

Duodecim-seura perustettiin 1881 kehittämään lääketieteellistä suomen kieltä. Seura aloitti vuonna 1885 suomenkielisen lääketieteellisen aikakauskirja Duodecimin julkaisemisen. Tieteen edistämisen ohella seuran jäsenet halusivat tiedottaa ”terveydenhoidon totuuksia” kansalle. Tätä varten yhdistys perusti 1890-luvun taitteessa sekä *Suomen terveydenhoitolehden* että *Tidskrift för hälsövärd*-lehden. (Koivusalo 1989; Lehtonen 1998, 205–213; Pelkonen 1989.) Lääketieteellisen tiedon levittäminen ja kansan valistaminen kuuluivat edelleen yhdistyksen tehtäviin. Yhdistys osallistuu *Hyvä Terveys*-lehden kustantamiseen ja pitää yllä omaa lääketieteellistä uutispalvelua (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2006).

Kansan terveyden vaaliminen sysäsi eteenpäin myös Suomen ensimmäisten sanomalehtien syntyä. *Åbo Tidningenin*² ja *Tieto-Sanomien* julkaisemista perusteltiin tiedon levittämisellä, kansan sivistämisellä ja opastamisella. *Tieto-Sanomien* syyskuussa 1775 ilmestyneessä näytenuomerossa kansaa valistettiin maatalouden, puutarhan sekä kotitalouden hoidossa. (Tommila 1988, 48–67.) *Tieto-Sanomien* toisessa numerossa (1/1776) julkaistu terveysneuvo ”Neuvo poltetun- eli pollto-haawan parantamiseen” lienee ensimmäinen varsinainen suomenkielinen terveysjournalistinen teksti. Mikäli arkkiveisuja pidetään journalismin varhaismuotona (ks. Niinimäki 1998), ei *Tieto-Sanomien* terveysuutinen ollut ensimmäinen suomenkielinen terveysjournalistinen teksti, sillä vuonna 1763 on julkaistu arkkiveisu suulakihalkioleikkauksesta. Tuomas Ragvaldinpoika (1763) kirjoitti leikkauksestaan Suomen ensimmäisen maallisen arkkiveisun. Veisun 50 säkeessä kuvataan suulakihalkioleikkauksen kulkua varsin seikkaperäisesti. (Ragvaldinpoika 1763.)

Valistuksen vaikutus

Terveyden edistämisen näkökulmasta vaikutustutkimus on luonnollista, sillä sen lähtökohdat sopivat mainiosti siihen, miten terveyden edistämisessä on ollut tapana ymmärtää viestinnän ja terveyden välinen suhde. Terveyden edistämisen näkökulmasta katsottuna viestintä on ensisijaisesti väline, jonka avulla voidaan vaikuttaa terveysuskomuksiin, -tietoon ja -käyttäytymiseen. Tutkimuksen tehtävänä on selvittää, miten hyvin tuo väline toimii. (Atkin & Arkin 1990; WHO 1998, 8; Lupton 1995a, 108–114.) Terveysviestinnän valtavirran viestintäteoreettiset lähtökohdat paikantuvat niin sanottuun pro-

2 Lehden virallinen nimi oli *Tidningar Utgifne Af et Sällskap i Åbo*, mutta sitä kutsuttiin *Åbo Tidningeniksi* ja se ilmestyi vuosina 1771–1778.

sessikoulukuntaan, jossa viestintä ymmärretään sanomien siirtämisenä lähettäjältä vastaanottajalle.³

Terveysviestinnän vaikutustutkimuksellinen juuri johtaa yhdysvaltalaiseen viestinnän tutkimukseen. Yhtäältä taustalla on mass communication research (MCR) -paradigma, jossa tieteellisinä esikuvina pidettiin luonnontieteellisen tutkimuksen metodeita ja selitysmalleja. MCR-perinteen mukaisissa tutkimuksissa korostetaan empiiristä tutkimusta ja selitetään ilmiöiden välisiä syy-yhteyksiä kausaalisesti. (Pietilä V. 1997, 156–170.) Toisaalta vaikutuksen tutkiminen on ollut yhdysvaltalaisen viestinnän tutkimuksen ponnin myös MCR-perinteen jälkeisessä tutkimuksessa. Käyttäytymistieteellinen näkökulma on ohjannut amerikkalaisia viestinnän tutkimuksen suuntauksia erittelemään viestintää vaikutuksen näkökulmasta. (Rantanen & Ampuja 1997 9–14.) Terhi Rantanen ja Marko Ampuja (mt.) esittävät, etteivät yhdysvaltalaiset viestinnän tutkimuksen paradigmat: massayhteiskunta-paradigma, kognitiivinen paradigma ja merkityksen paradigma ole itsenäisiä paradigmoja vaan ne kaikki kuuluvat samaan vaikutuksen paradigmaan.

Vaikutustutkimuksellisesti suuntautuneessa terveysviestinnän tutkimuksessa on kyse siis siitä, miten tehokkaasti tai tehottomasti sanomat lähettäjiltä vastaanottajille siirtyvät ja mitkä tekijät tuohon prosessiin vaikuttavat. (Lupton 1995a, 108–114.) Tutkimusongelmat ovat olleet kahdentyyppisiä. Ensinnäkin on selvitetty, miten joukkoviestintää voidaan hyödyntää terveysvalistuksessa. Tavoitteena on ollut selvittää, millaisin joukkoviestinnällisin keinoin voitaisiin parhaiten edistää terveyttä, miten yksittäiset kampanjat ovat onnistuneet tavoitteissaan ja millaiset sanomat menevät parhaiten perille. Toiseksi tutkimuksissa on selvitetty, millaista terveystietoa media yleensä välittää, onko tieto lääketieteellisesti oikeaa ja onko se sopu-suinnassa terveyden edistämisen tavoitteiden kanssa.

³ Viestintäteoreettisista koulukunnista ks. esim. Fiske 1992, 19–59; Ridell 1993.

Joukkoviestintä on olennainen osa terveyskampanjoita. Osassa kampanjoita käytetään vain mediavälitteistä terveysvalistusta, osassa terveysvalistukseen yhdistetään erilaisia terveysneuvonnan muotoja, kuten ryhmä- tai yksilöneuvontaa. Hyvin monet terveystieteen tutkimukset ponnistavat terveyskampanjoiden käytännöllisestä tarpeesta selvittää kampanjan vastaanottoa ja vaikutuksia. Pohjimmiltaan tavoitteena on eritellä, miten hyvin kampanjoilla voidaan vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. Terveyskampanjoiden vaikuttavuuden arviointi on usein liitetty osaksi koko kampanjaprojektia. Kampanjat rakennetaan usein niin, että projektiin kuuluvat sekä kampanjan suunnittelu ja toteutus että kampanjan evaluointi. Kampanjan evaluoinnilla on pyritty sekä selvittämään kampanjan vaikuttavuutta kansalaisten terveysuskomuksiin, -tietoon ja -käyttäytymiseen että kehittämään entistä tehokkaampia kampanjoita. (Esim. Jallinoja, Helakorpi & Uutela 2003; Lane 1997; Novak & Siska 1995; Wiio J. 1984.)

Terveyskampanjoita on arvioitu useilla tavoilla. Kampanjoiden vaikuttavuutta on selvitetty kuolleisuuden ja sairastuvuuden muutoksilla. Esimerkiksi Suomessa Pohjois-Karjala-projektin yhtenä tuloksellisuuden mittarina on pidetty sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden ja -sairastuvuuden laskua (Puska ym.1995; Mustaniemi 1995). Epidemiologisten mittareiden käyttö kampanjoiden tehokkuuden arvioinnissa on pulmallista, sillä niillä ei pystytä erottelemaan kampanjan vaikutusta muista kuolleisuuteen ja sairastuvuuteen vaikuttavista tekijöistä (Lane 1997, 175–176; Tones 2000, 231; myös Puska 1995, 58–59). Lisäksi vaikuttavuutta on pyritty selvittämään erittelemällä terveyskäyttäytymisen muutoksia. Väestötasolla terveyskäyttäytymisen muutoksia on selvitetty sekä väestön terveystieteen tutkimuksilla. Esimerkiksi pohjoiskarjalaisten 35–64-vuotiaiden miesten tupakoinnin vähentymisen on tulkittu johtuvan Pohjois-Karjala-projektista (Korpelainen & Mustonen 2003).

Kyselytutkimuksilla on pyritty selvittämään sekä kampanjoiden vaikutuksia terveyskäyttäytymiseen että kampanjoiden havaitsemista. Terveyskäyttäytymisen muutosten tai muuttumattomuuden selvitykset perustuvat usein käyttäjien omaan arvioon (esim. Hafstad & Aarø 1997; Helakorpi ym. 2002; Scherer & Juanillo 1992, 314–328; Wiio J. 1984). Oman arvioinnin käyttöä terveyskäyttäytymisen mitarina on kritisoitu, sillä itsearviointi ei välttämättä kerro mitään vastaajan todellisesta käyttäytymisestä. Omat arviot ovat enemmänkin vastaajan käyttäytymiskertomuksia, joiden sisältöön vaikuttaa myös se, miten vastaaja osaa tai haluaa arvioida omaa käyttäytymistään (Lane 1997).

Itsearvioinnin lisäksi kampanjoiden vaikutusta on arvioitu myös muilla käyttäytymisen muuttumista mittaavilla keinoilla. Mary Caldwell ja Christine Miaskowski (2002) vertailevat kahdeksaa mediakampanjaa, joiden tavoitteena oli nopeuttaa sydäninfarktioreisten potilaiden hoitoon hakeutumista. Kolmessa kampanjassa sydänoireiden ilmaantumisen ja hoitoon hakeutumisen välinen viive lyheni kampanjaa edeltäneeseen viiveeseen verrattuna. Kampanjoitten toteuttamistavat eivät selitä, miksi jotkut kampanjoista onnistuivat lyhentämään hoitoon hakeutumisaikaa ja toiset eivät. Lisäksi lähtötilanteet kampanjoissa olivat erilaiset. Kahdessa onnistuneessa kampanjassa hoitoon hakeutumisaika oli ennen kampanjaa pidempi, kolme tuntia, kun epäonnistuneissa kampanjoissa se oli 1,2–1,6 tuntia. Caldwellin ja Miakowskin (mt.) toteavat vertailun yhteenvedossa, ettei yleisillä mediakampanjoilla pystytäkään laskemaan sydänoireiden havaitsemisen ja hoitoon hakeutumisen välistä viivettä. Mediainventioilla voidaan kenties lisätä kansalaisten tietoisuutta sydänoireista, mutta hoitoon hakeutumisen nopeuttamiseksi tarvitaan toimenpiteitä, joissa otetaan huomioon sekä terveydentila että yksilölliset ja psykososiaalisten tekijät.⁴ Samansuuntaisia tuloksia

4 Hannu Lammen (2005) tutkimuksessa miesten sydäninfarktikokemuksista käy ilmi, ettei hoitoon hakeutumisessa ole kysymys vain tiedosta. Äkillinen sairastuminen on raju ja voimakas kokemus, johon ei

saivat myös Clifford Scherer ja Napoleon Juanillo (1992), jotka eritelivät Yhdysvalloissa vuosina 1970–1991 toteutettuja sydän- ja syöpätautien ehkäisyohjelmia. Ohjelmat, joiden kampanjointi keskitettiin joukkotiedotusvälineisiin, saivat aikaan vain vähäisiä tai tilapäisiä muutoksia terveyskäyttäytymisessä. Sen sijaan kampanjat, joissa yhdistettiin mediavälitteistä terveysvalistusta ja suoraa terveysneuvontaa onnistuivat paremmin tavoitteissaan. Terveysvalistusta ja -neuvontaa yhdistävät kampanjat olivat myös tehokkaampia kuin vain henkilökohtaiseen neuvontaan perustuneet kampanjat.

Kampanjat voivat johtaa myös muihin kuin suunniteltuihin tuloksiin. Australialaisessa kampanjassa pyrittiin vähentämään melanoomakuolleisuutta kahdella tapaa: Ensinnäkin pyrittiin vähentämään melanoomaan sairastumista muuttamalla auringonottotapoja. Toiseksi yritettiin vähentää melanoomakuolleisuutta nopeuttamalla sairastuneiden hoitoon hakeutumista. Hoitotulokset ovat sitä paremmat mitä aikaisemmassa vaiheessa hoito aloitetaan eli mitä pienempi poistettava pahanlaatuinen kasvain on. Kampanja ei kuitenkaan nopeuttanut hoitoon hakeutumista eikä poistettavien kasvainten koko pienentynyt. Lisäksi kampanjan vaikutukset australialaisten auringonottotapoihin jäivät epäselviksi. Vaikka kampanja ei saavuttanutkaan odotettuja tavoitteitaan, niin täysin vaikutukseton melanoomavalistus ei ollut. Maallikoiden sijaan kampanja näyttikin vaikuttaneen terveydenhuollon ammattilaisiin ja hoitokäytäntöihin. Kampanjan aikana kasvainten poiston kokonaismäärä kasvoi, sillä hyvänlaatuisia ihomuutoksia poistettiin enemmän. Kampanja lisäsi tarvetta poistaa aiempaa useammin hyvänlaatuisia ihomuutoksia ja näin sulkea entistä varmemmin pois muutoksen mahdollinen pahanlaatuisuus. (Del Mar, Green & Battistutta 1997.) Kampanjat

ole voinut varautua etukäteen. Kivun, kuolemanvaaran, pelon ja ahdistuksen keskellä hätäkeskukseen soittaminen ei ole itsestään selvä toimintamalli. Sydäninfarktinkin kokeneet kuvasivat hätäilmoituksen tekemistä piinalliseksi, hävettäväksi ja tuskalliseksi toimeksi. (Mt., 92–95.)

voivat aktivoida ”väärän” kohderyhmän. Esimerkiksi australialaista 1980-luvulla toteutettua aids-valistuskampanjaa ”Viikatemiestä” on kritisoitu hi-virustartunnan saaneiden leimaamisesta. Kampanjan arvioitiin usuttaneen hiv-testeihin sellaisia, joiden tartuntariski oli vähäinen, ja karkottaneen tartuntavaarassa olevia. (Tulloch & Lup-ton 1997, 136.)

Positiivisten ja tavoiteltavien seurausten ohella kampanjoilla voi olla negatiivisia ja epätoivottuja seurauksia. Terveyskäyttäytymisen muutokseen pyrkivissä kampanjoissa syy-yhteys yksilön käyttäytymisen ja sairastumisen välillä näyttäytyy helposti hyvin yksioikoisena, mikä saattaa leimata jo sairastuneita. Esimerkiksi Caroline Wang (1998) tulkitsee tapaturmista varoittavien, yksilön vastuuseen ja varovaisuuteen vetoavien julisteiden leimaavan vammaisia. Julisteiden sanoma ohjaa tulkitsemaan vammaiset – olipa vammautumisen tapaturman seurausta tai ei – varomattomiksi ja vastuuttomiksi, omasta syystä vammautuneiksi. Terveyskampanjoiden seuraukset voivat olla myös eettisesti arveluttavia. Äärimmillään terveyskampanjat ovat tuottamassa niin sanottua terveysterrorismia. Terveystestä tulee arvo, jota kaikkien pitää tavoitella ja jonka menettäminen tekee yksilön elämästä huonon ja arvottoman. Terveys ei ole vain metafora hyvälle vaan konkreettisesti terveydestä tulee hyvän synonyymi ja sairaudesta huonon. Yhä useammat elämän tapahtumat, jotka poikkeavat ideaalina pidetystä elämästä, saavat sairauden nimen. Medikalisaation vauhdittuminen voi olla terveyskampanjoiden epätoivottu seuraus. Sairaudeksi nimeäminen voi lisätä terveydenhuoltopalvelujen tarvetta eikä vähentää sitä, kuten terveyden edistämiseen pyrkivien kampanjoiden odotetaan tekevän. Lisäksi yksilön vastuuta korostavaa kampanjointia voi kritisoida yhteiskunnallisten tekijöiden sivuuttamisesta. Kampanjoiden seurauksena yksilölliset valinnat nousevat yhteiskunnallisen keskustelun keskiöön ja monet muut terveydelle haitalliset, yksittäisen kansalaisen valinnoista riippumattomat tekijät, kuten ympäristön saastumisen terveysvaikutukset, jäävät paitsioon. (Guttman 2000, 199–205.)

Terveysvalistuksen ja -neuvonnan vaikuttavuutta on tutkittu myös käyttämällä satunnaistettua kontrolloitua koetta (randomised controlled trial). Tällaisessa kokeessa vaikuttavuutta tutkitaan vertailemalla keskenään valistusta tai neuvontaa saaneen interventio-ryhmän ja kontrolliryhmän tietoja, uskomuksia ja käyttäytymistä. Satunnaistettua kontrollia on käytetty esimerkiksi puolalaisessa tutkimuksessa, jossa tutkittiin terveysohjelmasarjan vaikutusta katsojiin (Chew ym. 2002). Suomessa kontrolloitua koetta on esimerkiksi käytetty tutkimuksessa, jossa eriteltiin tupakoinnin lopettamisohjelman vaikutuksia raskaana oleviin tupakoiviin naisiin (Jaakkola 2002; Jaakkola, N., Zahlsen, K. & Jaakkola, J. 2001). Valistuskampanjoiden vaikuttavuutta mittaavien kontrolloitujen kokeiden tulokset ovat keskenään ristiriitaisia: yhdet osoittavat vaikuttavuutta, toiset eivät. Robert Hornikin (2002) vertailemissa seitsemässä terveysvalistuskampanjassa ei löydetty tilastollisesti merkitseviä eroja kampanjoiden kohteina olleiden väestöryhmien ja kampanjoiden ulkopuolisen väestöryhmän terveyden tilassa tai terveyskäyttäytymisessä.

Kontrolliryhmiin perustuva terveyskampanjoiden arviointitapa on lainattu biolääketieteessä. Satunnaistettua kontrolloitua koetta on tyypillisesti käytetty lääketutkimuksissa, joissa vertailukoe lääkettä saavan koeryhmä ja lääkettä saamattoman kontrolliryhmän välille on suhteellisen yksinkertaista järjestää. Sen sijaan terveyskampanjoissa vastaavaa koeasettelua on vaikea toteuttaa. Kampanjamateriaalit eivät ole ainoa terveysinformaation lähde sen paremmin koe- kuin kontrolliryhmällekään. Lisäksi valistuksen teema voi levitä kampanjaohjelman ulkopuolella, jolloin kontrolliryhmäläiset voivat saada teemaan liittyvää valistusta. (Tones 2000.) Lisäksi viestinnän ”vaikuttavan aineen” määritteleminen on satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa ongelmallista, sillä terveyskampanjoilla ei ole yhtä vaikuttavaa sanomaa. Terveyskampanjan sanomat merkityksellistyvät vasta kun niitä luetaan. Lukija voi tulkita valistuksen aivan toisin kuin mitä viestin kirjoittaja on tarkoittanut. (Ks. esim. Aarva 1991; Tulloch & Lupton 1997, 133-175.)

Vastaanottotutkimus

Vastaanottotutkimukset ovat yksi tapa tutkia terveystiedon vaikutavuutta. Valistuksen vaikutuksia yhteisöllisellä tasolla on eritelty kahdella tapaa. Ensinnäkin terveystiedon perillemeno on arvioitu tutkimalla, miten yksittäiset kansalaiset ovat tiedon havainneet. Tutkimuksissa on selvitetty, miten laajasti tiedon on ylipäättensä havaittu ja miten tiedon havainneet ovat tiedon sanomaan suhtautuneet. Osassa tutkimuksissa on pyritty selvittämään myös, onko tiedon lisännyt tiedon aiheeseen liittyvää tietoisuutta. (Esim. Hafstad & Aarø 1997; Jallinoja ym. 2003; ks. myös Aarva 1991, 32–34.) Havaittavuustutkimukset muistuttavat 1980-luvulla tehtyjä virittävyystutkimuksia, joissa selvitettiin erityisesti alkoholivalistuksen aikaansaamaa yhteiskunnallista keskustelua. Virittävyystutkimusten mukaan tiedonjohdolla ei ole suoraa ja välittömiä vaikutuksia yksittäisten kansalaisten tiedonkäyttäytymiseen, vaan tiedonjohdun teho perustuu niiden kykyyn saada aikaan tiedonongelman yhteiskunnallista tiedostamista. (Hemánus 1987.) Toiseksi tiedonvalistuksen aiheita on tutkittu yleisellä tasolla erittelemällä tiedonvalistuksen aiheiden, kuten tupakan, alkoholin ja huumeiden, käsittelyä mediajulkisuudessa (esim. Piispa 1997; Torkkola 1998). Terveystiedonjohdun teemojen läpipääsyä mediassa on tutkittu niin sanotusta portinvartija-näkökulmasta. Tutkimuksissa on selvitetty, millaisin kriteerein tiedonjohdun ja toimittajat päästävät tiedonjohdun aiheet journalistiseen julkisuuteen. (McGrath 1995.)

Valistuskampanja-aineistoja erittelevissä tutkimuksissa on pyritty selvittämään, millaista on tehokas ja vaikuttava tiedonjohdun materiaali ja miten erilaisia materiaaleja tulkitaan. Ali Montazeri ja James McEwen (1997) vertailevat tiedonjohdun tutkimuksessaan tupakanvastaista televisiovalistusta. Valistuspätkät ovat lähtökohdiltaan hyvin erilaisia: Ensimmäisen valistusiskun sanoma perustuu peloteluun. Pelotteleva valistusisku on tarina 10-vuotiaasta pojasta, joka

tapaa syöpää sairastavaa äitiään sairaalassa. Kuoleva äiti pyytää pojaltaan, ettei tämä koskaan polttaisi. Toisen valistusiskun sanoman lähtökohtana on myönteinen esimerkki. Tässä valistusiskussa teini-ikäinen nukkehahmo päättää toimia toisin kuin ystävänsä ja olla aloittamatta tupakointia. Valistusiskuja arvioineet tutkimusryhmäläiset pitivät pelottelevaa valistusta parempana. Tämä ei kuitenkaan Montazerin ja McEwenin (mt.) mukaan osoita, että pelottelevan valistuksen teho olisi perustunut pelon herättämiseen. Heidän mukaansa pelottelevaa valistusiskua pidettiin parempana, koska iskun sanoma oli realistinen, selkeä, helppotajuinen ja ajatuksia herättävä.

Vastaanoton tutkimus ei aivan sujuvasti sujahda muiden vaikutusta tutkivien terveysviestinnän tutkimusten joukkoon, sillä vastaanottoa on tutkittu paitsi mittaamalla valistussanomien läpimenoa myös erittelemällä valistussanomien tulkintaa. Vastaanoton tutkimuksella onkin yhtymäkohtia sekä vaikutustutkimukseen että kulttuurintutkimukseen suuntautuneen terveysviestinnän tutkimuksen kanssa. Lähimpänä vaikutustutkimusta vastaanottoa on tutkittu erittelemällä vastaavatko yleisön tulkinnat sanomien lähettäjien eli valistussanomien tuottajien tarkoittamia tulkintoja. Kulttuurisessa tutkimuksessa ei valistuksen tuotannon ja vastaanoton välille tehdä näin selkeää eroa, sillä sekä tuotanto että vastaanotto ymmärretään kulttuuriseksi käytännöiksi. (Tulloch & Lupton 1997, 216–223.) Viime vuosikymmenellä tehdyssä suomalaisessa terveysviestinnän tutkimuksessa on selvitetty valistuksen vastaanottoa sekä tutkimalla vastaanottajia (Aarva 1991) että erittelemällä valistusteeemojen käsittelyä joukkoviestimissä (Piispa 1997).⁵ Tutkimuksissa on piirteitä sekä vaikutustutkimuksellisesti että kulttuurisesti suuntautuneesta terveysviestinnän tutkimuksesta.

5 Ks. myös Päivi Pajun (2006) pro gradu -tutkielma, jossa eritellään tyyppin 2 diabeteksen käsittelyä sanomalehti uutisissa.

Vaikuttaako vai eikö vaikuta

Terveyskampanjoiden vaikutusten tutkiminen on vaikeaa. Lukuisista tutkimuksista huolimatta yhä edelleen käydään kiistaa siitä, voiko viestinnällä vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen ja jos voi, niin miten (Peetz-Schou 1997; Salmon 1992; Varonen/Vertio 1999). Wilma Driel ja Jolanda Keijsers (1997) epäilevät, että kampanjoiden vaikutuksia yliarvioidaan. He pitävät yliarvioinnin syynä vinoutunutta julkaisukäytäntöä, joka suosii positiivista vaikutusta osoittavia tutkimuksia. Vain ani harvat terveyskampanjoita erittelevät tutkimukset, joissa ei ole voitu osoittaa kampanjan onnistuneen, näyttävät ylittäneen julkaisukynnyksen. Kritisoida voi myös sitä, että kampanjoiden arvioinnissa keskitytään usein kampanjan lopputuotokseen ja sivuutetaan kampanjan tuotanto. Terveysvalistuksen suunnittelu ja toteutus eivät ole poliittisesti tai ideologisesti neutraali prosessi, jossa vain tuotetaan parasta mahdollista kansalaisten terveyttä edistävää materiaalia. David Miller ja Kevin Williams (1998) tutkivat Britanniassa 1986–1990 tuotettua aids-valistuskampanjaa. Kampanjan suunnittelussa ja toteutuksessa oli mukana poliitikkoja, terveystieteellisiä ja kansalaisjärjestöjen edustajia. Heidän poliittiset ja ammatilliset näkemyksensä eivät olleet yhteneviä. Monien näkemysten ristipaineessa syntynyt kampanjamateriaali oli poliittinen kompromissi, jonka sisältö oli osin jopa ristiriitaista. Niinpä yhdet kriitikot pitivät materiaalia moraalisesti arveluttavana, toiset puolestaan arvostelivat materiaalia tekosiveäksi. (Mt., 43–44.)

Kampanjoiden yhteydessä tehtyjä evaluointeja on syytä tarkastella kriittisesti, koska usein kampanjan tehokkuutta arvioivat kampanjan tuottajat, joille kampanja onnistumisen osoittaminen voi olla sekä poliittisesti että taloudellisesti tärkeää. Terveystietäkampanjoiden kunnollinen, kriittinen evaluoinnin edellyttää, ettei arvioinnin tekijä ole sitoutunut kampanjaan. (Rakow 1989.) Charles Salmon (1992) kritisoi kampanjoiden vaikutusten arvioinnin teoreettisia lähtökohtia. Kampanjoita arvioidaan ikään

kuin ne olisivat itsenäisiä ilmiöitä ja riippumattomia aikansa yhteiskunnallisista, poliittisista, taloudellisista ja ideologisista tekijöistä. Michael Slater (1999) kritisoi terveyskampanjoiden arviointia siitä, ettei niissä oteta tarpeeksi huomioon vaikutuksen eri tasoja vaan yritetään selvittää vaikuttavuutta yhtenä suurena kysymyksenä. Vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohtana pitäisi olla käyttäytymisen muuttumista kuvaava muutosvaihemalli, jonka mukaan terveysvalistuksen ja -neuvonnan⁶ vaikutukset vaihtelevat vastaanottajan valmiuden mukaan. Vaikutuksen vaiheita tutkitaan pilkkomalla vaikutuskysymys useiksi osakysymyksiksi. Kullakin osakysymyksellä on erilaiset teoreettiset lähtökohdat ja niitä tutkitaan erilaisin metodein. Esimerkiksi agenda setting-teoria voi olla lähtökohtana tutkimuksille, jossa eritellään valistuksen sanomien leviämistä joukkoviestimissä. Medialäpäisyä tutkimalla ei kuitenkaan voida tehdä päätelmiä valistuksen vaikutuksista kansalaisten terveysasenteisiin, -uskomuksiin tai -käyttäytymiseen; niiden selvittämiseksi tarvitaan toisenlaisia teorioita ja menetelmiä. Esimerkiksi tutkittaessa terveysuskomusten ja -käyttäytymisen välisiä yhteyksiä teoreettisena lähtökohtana voi olla perustellun käyttäytymisen malli, kognitiivisia teorioita puolestaan voidaan käyttää hyväksi tutkittaessa terveysvalistusmateriaalin käyttöä terveyden edistämisessä. (Slater 1999; ks. myös Poskiparta 2002.) Vaikka terveyskampanjoiden vaikuttavuuden mittaaminen on epävarmaa, ellei täysin mahdotonta, se ei tarkoita, ettei terveyskampanjoilla olisi mitään vaikutusta. Terveysvalistus, niin kuin muukin terveysviestintä, on osa niitä yhteiskunnallisia ja kulttuurisia prosesseja, joissa ilmiöt merkityksellistyvät terveellisiksi, epäterveellisiksi tai joksikin siltä väliltä. Esimerkiksi suomalaisen tupakkakulttuurin muuttumi-

6 Slater käyttää artikkelissaan termiä health communication suppeassa merkityksessä, jolloin se pitää sisällään vain terveyden edistämiseen pyrkivän viestinnän. Itse sen sijaan käytän terveysviestintä-termiä laajassa merkityksessä ja siksi käytän tässä health communication-termistä sanaparia terveysvalistus ja -neuvonta.

nen tupakkakielteiseksi on ollut 30-vuotinen prosessi, jossa yksittäisen tekijän osallisuutta on mahdotonta arvioida (Piispa 1997, 31–34, 313–324).

Terveysvalistuksen vaikuttavuuden ristiriitaisuudesta huolimatta, tai ehkäpä juuri sen vuoksi, terveysvalistuksessa on yritetty hyödyntää myös muuta kuin perinteistä asiapohjaista valistusta. On myös sanottu, että viihde, lähinnä erilaiset sairaala- ja lääkärifiktiot, vaikuttavat enemmän kansalaisten näkemyksiin terveydenhuollosta ja lääketieteestä kuin uutiset ja asiaohjelmat (Turow 1996). Viihteelliset elementit ovat tulleet osaksi terveysvalistusta, sillä valistavaa viihdettä pidetään perinteistä valistusta vaikuttavampana. (Storey ym. 1999; Vaughan & Rogers 2000; ks. myös Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2001.) Terveysvalistuksen ja viihteen suhde on ristiriitainen. Yhtäältä on oltu huolissaan viihteen terveyttä vaarantavista viesteistä, kuten tupakan piilomainonnasta (Basil 1997). Toisaalta viihde on haluttu valjastaa edistämään terveyttä, jopa hie-man kyseenalaisin keinoin. Deborah Glikin ja kumppaneiden (1998) raportoimassa projektissa lähestyttiin suunnitelmallisesti television sairaalarajojen, kuten Teho-osaston ja Chicagon lääkärien, tuottajia ja yritettiin saada sarjoihin rokotuskampanjaa tukevia viestejä. Projektin oman arvion mukaan kampanja onnistui, sillä rokotustee-ma nousi esiin useissa ohjelmissa. Kampanjan tehokkuutta mitattiin laskemalla sekä teeman esiintymiskertoja että aiheen käsittelyyn käytettyä aikaa. Lisäksi projektin merkitystä arvioitiin laskemalla, mitä rokotusta käsitelleet sekunnit ja minuutit olisivat maksaneet mainoksina.

Fiona McAlister (1995) kritisoi sekä mainonnan että viihteen käyttämistä terveysvalistuksessa. Vaikka mainonnalla voitaisiin edistää yksittäisen tuotteen myyntiä, se ei tarkoita, että samoilla keinoilla voitaisiin muuttaa ihmisten terveyskäyttäytymistä. Jonkin tuotteen ostaminen tai ostamatta jättäminen ei edellytä yhtä syvälistä ja monimutkaista käyttäytymisen muutosta kuin terveyskäyttäytymisen muuttaminen. Valistava viihde on McAlisterin mukaan

puolestaan pulmallista, koska sen roolihahmojen terveyshuolet eivät välttämättä ole yhteneväisiä yleisön terveyshuolien kanssa. Lisäksi McAlister pitää viihteen ja mainonnan keinojen käyttöä terveyden edistämisessä pulmallisina, koska niiden lähtökohtana on yleisön manipulointi. Yleisö ei luota viihteseen ja mainontaan samalla tavoin kuin luotettavaan tiedonvälitykseen pyrkivään journalismiin. Hyvä, journalistista esitystapaa hyödyntävä esimerkki on Pohjois-Karjala-projektissa tuotettu *Terveyden avaimet* -ohjelma (ks. Wiio J. 1984). Journalismia olisikin McAlisterin (mt., 418–419) mukaan hyödynnettävä entistä paremmin terveyden edistämisessä.

Median terveysvaikutukset

Terveysviestinnän vaikutustutkimuslinjan tutkimusten toinen pääkohde on joukkoviestimien terveyttä ja sairautta käsittelevät jutut ja ohjelmat. Tutkimusten tavoitteena on ollut selvittää, välittääkö media oikeaa tietoa terveydestä ja sairaudesta. Niiden kohteena ovat olleet sekä terveysjournalismi että terveyttä käsittelevät fiktiot. Tutkimusten tulosten mukaan median terveysisältöjen oikeellisuudessa ja realismisuudessa olisi paljon parantamisen varaa. Television terveysviihdettä, kuten sairaalasarjoja, on yhtäältä moitittu epäterveellisten elintapojen edistämisestä ja terveydenhuollon toimintaa vääristelevän kuvan antamisesta. Toisaalta sarjoja on kiitetty realistisista sairauskuvauksista ja kyvystä herättää ymmärrystä ja myötätuntoa sairaita kohtaan. (Montgomery 1990; Turow 1996.) Nancy Signoriellin (1990) mukaan televisioviihteessä syödään epäterveellisesti ja käytetään liikaa alkoholia. Seksuaalisuudesta välitetään epärealistista kuvaa, sillä ehkäisyä tai sukupuolitauteja käsitellään harvoin. Sairauksien kuvauksissa keskitytään akuutteihin ja nopeasti parannettaviin tauteihin ja sivuutetaan lähes kokonaan krooniset taudit. Lisäksi television kuva terveydenhuollon toiminnasta on kaukana yhdysvaltalaisen terveydenhoidon todellisesta toiminnasta. (Mt.) Epärealistisuudesta moititaan myös terveysjournalismia.

Esimerkiksi Stephen Klaidmanin (1991) tutkimuksen mukaan journalismi keskittyy sensaatioihin, liioittelee terveysuhkia eikä osaa uutisoida lääketieteen tutkimustuloksista oikein. (Ks. myös Wright, Sparks & O’Hair 2007, 193–197.)

Joissakin tutkimuksissa on yritetty selvittää median terveystietojen suoraa vaikutusta katsojiin. Esimerkiksi Nancy Signorielli ja Jessica Staples (1997) tutkivat kultivaatioanalyysillä television vaikutuksia neljäs- ja viidesluokkalaisten lasten ruokailutapoihin ja -käsitteisiin. Kultivaatioanalyysin tavoitteena oli selvittää, miten lapsille suunnattu ruokamainonta vaikuttaa lasten ruokailutottumuksiin ja käsitteisiin ruoasta. Kyselytutkimukseen perustuvan analyysin mukaan epäterveellisen ruuan mainonta vaikuttaa lasten käsitteisiin terveellisestä ruuasta. Epäterveellisen ruokamainonnan kultivoimat lapset suosivat myös ruokavalinnoissaan epäterveellisiä ruokia. Tutkimuksen tulosten mukaan televisio vaikuttaa merkittävästi yhdysvaltalaisien lasten ruokailutottumuksiin.⁷

Median terveystietoa selvittäneiden tutkimusten tuloksia on kritisoitu samoin perustein kuin terveystieteen vaikuttavuutta mittaavia tutkimuksia. Viestinnän vaikutuksia selvittämissä tutkimuksissa ei oteta huomioon tekstien monimerkityksellisyyttä eikä yleisön tulkinnan kirjoa vaan viestinnän vaikutuksia pidetään hyvinkin yksioikoisina. Lisäksi tutkimukset sivuuttavat kokonaan kulttuurin käsitteen ja unohtavat sosiaaliset prosessit, joissa terveyttä ja sairautta konstruoidaan. (Seale 2002, 25–64; Tulloch & Lupton 1997, 15–19.)

7 Tutkimuksessa käytettyä kultivaatioteoriaa on kritisoitu rankasti monin tavoin. Kriitikot ovat muun muassa todenneet kultivaatioteorian aliarvioivan yleisön tulkintakyvyn ja yksinkertaistavan symboliympäristön luonteen ja toiminnan liian mekaaniseksi. (Ks. Pietilä V. 1997, 239–248.)

Suomalaisen tutkimuksen uusi suunta

Suomessa on tehty melko vähän terveystieteen tutkimusta. Varsinaisia viestintätieteellisiä terveystieteen väitöskirjoja on tehty neljä, joista kaksi käsittelee joukkoviestintää (Wiio J. 1984; Aarva 1991) ja kaksi puheviestintää (Gerlander 2003; Mikkola 2006). Juhani Wiio (1984) tutkii väitöskirjassaan mahdollisuuksia vaikuttaa televisio-ohjelmalla kansalaisten terveystietoisuuteen. Tutkimus kiinnittyy selvästi vaikutustutkimuksen perinteeseen. Sen sijaan Aarvan (1991) tutkimuksessa terveystieteen vastaanotosta voi nähdä viitteitä sekä vaikutustutkimuksesta että kulttuurisesti suuntautuneesta tutkimuksesta. Tutkimuksen empiirinen osuus on vahvasti kulttuurisesti suuntautunut. Tutkimuksessa eritellään terveystieteilijöiden vastaanottoa analysoimalla, miten terveystieteen osallistuneet 19- ja 45-vuotiaat tamperelaiset tulkitsevat tupakkajulisteita. Perussanoman lisäksi tutkimukseen osallistuneet tuottavat lukuisia muita, yksilöllisiä tuloksia. Vaikutustutkimuksellinen puoli nousee esiin tutkimuksen teoreettisessa taustassa, jossa eritellään terveyden ja kulttuurin sekä terveyden ja viestintän suhdetta toisiinsa. Terveystieteenä ymmärretään terveyden ja sairauden hoitoon liittyvät tavat ja tottumukset, terveystietoa koskevat arvot, normit, tiedot ja uskomukset sekä terveyttä sairautta *ilmentävät* henkiset ja aineelliset tuotteet. (Mt., 14, kursivointi st.) Toisin sanoen terveys ja sairaus ovat jotakin, joista henkiset ja aineelliset tuotteet, kuten terveystieteilijät, kertovat. Ne eivät ole osa terveyden ja sairauden tuottamisen prosesseja vaan niiden välittäjiä, siirtäjiä. Viestintäteoreettisesti tutkimus on siis lähellä vaikutustutkimuslinjaa. Tämä vahvistuu edelleen tutkimuskysymyksissä, joista yksi on muotoiltu näin: ”Miten julisteet kuvaavat terveystieteenkulttuuria eli millaista on terveystieteilijöiden *välittämä* arvomaailma?” (Mt., 85, kursivointi st.) Tutkimus eroaa kuitenkin perinteisestä vaikutustutkimuksesta, sillä sen tavoitteena ei ole arvioida julisteiden vaikutuksia vaan selvittää julisteista tuotettuja tuloksia.

Matti Piispan sosiologian väitöskirjassa on piirteitä sekä vaikutustutkimuksellisesti että kulttuurisesti suuntautuneesta terveysviestinnän tutkimuksesta. Piispa (1997) tutkii sanomalehtien alkoholi- ja tupakkakirjoittelua, erityisesti pääkirjoituksia vuosina 1981–1995. Artikkeliväitöskirjan ensimmäisessä tutkimuksessa (1981) lähtökohtia on kaksi. Ensinnäkin selvitetään (mt., 45), ”mistä lehdistö on saanut virikkeet ja ainekset alkoholismi-ongelman käsitteilyyn”. Toiseksi tutkimuksessa eritellään, ”mikä osuus alkoholi-ongelman tiedostamisella on lehdistön alkoholipoliittisen mielipiteen muodostumisessa”. (Mt., 45.) Toisessa Piispan tutkimuksessa (1991) selvitetään lehdistön alkoholipoliittisissa kannanotoissa käytettyä argumentaatioita. Tutkimuksen johtopäätöksissä pohditaan: ”Heijastaako lehdistö kansalaismielipidettä tai viranomaisten ja tutkijoiden tietoa ja näkemyksiä? Vai onko lehdistö itsenäisesti ja aktiivisesti mielipideilmastoa ohjaava voima?” Tutkimuksessa on kysymys siitä, ”mistä lehdistö saa ainekset alkoholipoliittisiin kannanottoihinsa”. Tulokset puolestaan kertovat, että lehdistö sekä seurailee kannanotoissaan rajoittavaa alkoholipoliittikkaa että esittää omia alkoholipoliittisesti liberaaleja näkemyksiään. Lisäksi tuloksissa todetaan uutisten olevan varsin asiallisia tiedonvälittäjiä. (Mt., 226–228.) Kolmas tutkimus (1994) lähtee liikkeelle virittävästä valistuksesta ja sosiaalisten ongelmien konstruoinnista. Tutkimuksessa selvitetään, miten lehdistö osallistuu alkoholiongelman ja alkoholipoliittikan konstruointiin. Kolmas Piispan tutkimus poikkeaa lähtökohdiltaan kahdesta ensimmäisestä, sillä lehdistö ymmärretään osaksi alkoholiongelman konstruointia. Neljäs Piispan tutkimus (1995) tupakan kulttuurisista merkityksistä astuu edelleen askeleen kulttuurisen tutkimuksen suuntaan. Tutkimuksessa jäsennetään tupakan kulttuurista paikkaa sekä erittelemällä sanomalehtikirjoituksia että teemahaastattelemalla tupakoitsijoita. (Mt., 263–327.) Näissä neljässä, yli kymmenen vuoden aikana tehdyssä tutkimuksessa näkyy selvästi siirtymä vaikutustutkimuksesta kohti kulttuurista tutkimusta. Tosin väitöskirjansa yhteenvedossa Piispa ei itse halua nähdä siirty-

mää vaan toteaa edustavansa kolmatta tapaa lukea joukkotiedotusaineistoa: ”Miellän työni sosiologiseksi kulttuurintutkimukseksi, jossa käytetään joukkotiedotusta aineistona, jonka avulla analysoidaan yhteiskunnassa kulloinkin vallitsevia argumentaatio ja tulkintatapoja” (Mt., 15). Piispa (mt.) siis sanoo edustavansa jotakin muuta tutkimusparadigmaa kuin MCR-perinteestä nousevaa informaation siirron paradigmaa tai kulttuurin tutkimuksen lähtökohdista nousevaa merkityksen paradigmaa.

Kolmannen tien selitys vaikuttaa ainakin osin jälkikäteiseltä yritykseltä nähdä eri aikoina tehdyissä tutkimuksissa jokin yhteinen linja. Mutta asian voi nähdä myös toisin. Kyse ei kenties olekaan tietoisesta kolmannen tien valitsemisesta vaan Piispan, kuten Aarvan-kin (1991), tutkimuksen ajankohdasta ja aiheesta. Yhtäältä terveysaiheet vetävät tutkimuksen otetta vaikutustutkimuksen suuntaan. Terveysviestinnän tutkimuksen perinteisenä lähtökohtana on ollut ymmärrys terveydestä arvovapaana, hyvänä ja edistettävänä asiana. Siten tutkimus näyttää mielekkäältä – ja kannattavalta rahoittaa – vain, jos se voidaan edes jotenkin yhdistää terveyden edistämiseen. Tästä näkökulmasta katsottuna tutkimus, jonka tavoitteena on selvittää, millaista terveyttä joukkoviestinnässä rakentuu, vaikuttaa mielettömältä. Toisaalta tutkimuksissa näkyvä kulttuurinen ote on hyvin luonnollinen, sillä kulttuurisen suuntauksen nousu eurooppalaisessa viestinnän tutkimuksessa on ollut niin vahvaa, että se on ilman muuta vaikuttanut erityisalojen, kuten terveysviestinnän tutkimukseen. Paradigmaattinen suunnanmuutos alkoi suomalaisessa viestinnän tutkimuksessa 1980-luvulla, jolloin muun muassa käytiin kipakkaa keskustelua journalismin ja todellisuuden suhteesta (esim. Hemánus & Pietilä K. 1982). Nykyisin vain ani harvat journalismin tutkijat pitävät journalismia ikkunana – edes likaisena sellaisena – todellisuuteen (ks. Hemánus 1997). Niin sanotun kielellisen käänteen jälkeen niin journalismin kuin muunkin (joukko)viestinnän tutkimuksessa katseet ovat kääntyneet tekstiin ja sen merkityksiin. (Ks. esim. Jensen 1991; Pietilä V. 1997, 296–302; Väliaverronen 1998.)

Terveysviestinnän tutkimuksessa katseet näyttävät kääntyneen kohti tekstiä muuta viestinnän tutkimusta hitaammin (ks. esim. Sandberg 2005; Tarkiainen ym. 2005, 43–5; Aarva & Lääperi 2005).

KULTTUURILINJA

Kutsun terveysviestinnän kulttuurilinjaksi niitä tutkimuksia, joissa terveys ja sairaus ymmärretään historiallisena ja kulttuurisesti tuotettuna. Monet tämäntyyppiset tutkimukset eivät ole lähtökohdiltaan viestinnän tutkimuksia vaan kulttuurisesti suuntautunutta terveystutkimusta. Niitä on tehty terveystieteissä, lääketieteellisessä antropologiassa ja jonkin verran myös terveys- ja hoitotieteissä. Näissä tutkimuksissa on analysoitu myös mediatekstejä ja niissä rakentuvia terveyksiä ja sairauksia. Viestinnän näkökulmasta tehdyissä terveysviestinnän tutkimuksissa kulttuurinen ote on harvinainen. (Ks. Mikkola & Torkkola 2007.) Terveysviestinnän kahden kansainvälisen journalin *Health Communication* ja *Journal of Health Communication* julkaisemien artikkelien valtaosa näyttää olevan luonteeltaan joko vuorovaikutus- tai vaikutustutkimuslinjan suuntaista tutkimusta. Kulttuurisesti suuntautuneet terveysviestinnän tutkimukset näyttävät kiinnittyvän ennen kaikkea sosiologiaan, lääketieteelliseen antropologiaan ja kulttuuritutkimukseen.

Australialainen Deborah Lupton on käyttänyt terveysviestinnän tutkimuksissaan kulttuurista lähestymistapaa. Hän kyseenalaistaa terveysviestinnän tutkimuksen valtavirran ja sekä viestintään että terveyteen ja sairauteen liittyvät teoreettiset taustaoletukset. Viestintäteoreettisia lähtökohtia hän kritisoi viestinnän ymmärtämistä sanomien sisältöihin osallistumattomaksi siirtoprosessiksi. Siten tutkimusten ongelmana on selvittää, miten hyvä tai huono mikäkin viestintämuoto tai -tapahtuma on. Siirtomalli-kritiikki nivoutuu terveyden ja sairauden teoreettisten lähtökohtien kritiikkiin. Kun viestintä ymmärretään viestien kantajaksi, se tarkoittaa, että terveys

ja sairaus tuotetaan toisaalla. Toisin sanoen se, mitä terveys ja sairaus ovat, ei ole riippuvaisia viestinnästä vaan jostakin muusta. Tyypillistä on, että terveys ja sairaus ymmärretään biolääketieteellisinä ja arvovapaina ilmiöinä. (Lupton 1995a, 106–114; Tulloch & Lupton 1997, 14–19.)

Lupton (1992) esittää, että terveysviestinnän perinteisesti käytetyn kvantitatiivisen sisällön erittelyn lisäksi tutkimuksessa hyödynnettäisiin diskurssianalyysejä. Kvantitatiivinen sisällön erittely jää Luptonin (mt., 147) mukaan pinnalliseksi, sillä sen avulla saadaan selville vain aineiston pinnalla näkyvät aiheet ja ilmeiset retoriset valinnat. Diskurssianalyyseillä sen sijaan voidaan eritellä tekstin piilosiakin merkityksiä ja tehdä näkyväksi terveyteen ja sairauteen liittyvää hegemonista ideologiaa. Hegemonisen ideologian paljastaminen tuo terveysviestinnän tutkimukseen kriittisen ulottuvuuden. Tutkimus ei vain tee merkityksiä näkyväksi, se tuottaa myös mahdollisuuksia vastustaa vallitsevia tapoja merkityksellistä terveyttä ja sairautta. (Mt., 149.) Kulttuurisesti suuntautuneelle terveysviestinnän tutkimukselle on leimallista, ettei tutkimuksessa tehdä selvää eroa fiktion ja faktan välille, sillä kaikki mediatekstit ovat osa terveyksien ja sairauksien kulttuurista ymmärrystä. Terveydellä ja erityisesti sairaudella on uutisarvon lisäksi myös fiktioarvoa (ks. Ruoho 2004). Lääketieteelliset keksinnöt, uudet taudit ja hoidot, niin kuin muutkin yhteiskunnallisesti ajankohtaiset aiheet päätyvät niin viihteen kuin taiteenkin aiheiksi.

Siihen, miksi kulttuurinen lähestymistapa on innostanut vain pientä joukkoa terveyden tutkijoita, on monta syytä. Ensinnäkin syynä voivat olla tutkijoiden taustayhteisöt. Terveys- ja lääketieteellisestä tutkijayhteisöistä tulevat saattavat vierastaa kulttuurisia ja sosiaalisia terveyttä selittäviä tekijöitä. Toiseksi terveydenhuollon poliittisen ja taloudellisen järjestelmän näkökulmasta sairauksien sosiaaliset ja kulttuuriset syyt voivat näyttäytyä vaikeaselkoisina ja hämmentävinä. Siksi järjestelmä suosinee sairauksien selittämistä taudinaiheuttajilla ja muilla kuolleisuutta suoraan selittävillä teki-

jöillä. Kolmanneksi syynä voi olla myös se, etteivät yhteiskuntatieteilijät ole olleet kovin kiinnostuneita terveyden tutkimisesta ja yhteistyöstä terveyden tutkijoiden kanssa. Siten ei ole myöskään ollut tarvetta avata kulttuurisia ja yhteiskunnallisia teorioita luonnontieteellisen koulutuksen saaneille terveyden tutkijoille. (Carey 1993, 299–300.) Neljänneksi kulttuurisen tutkimusotteen harvinaisuus voi juontaa juurensa tutkimusmenetelmistä. Kulttuuriseen lähestymistavan edellyttämät kvalitatiiviset menetelmät näyttänevät oudoilta, kenties epätieteellisiltäkin, tutkijoista, jotka ovat kasvaneet kvantitatiivista metodologiaa painottavassa tutkijayhteisössä. (Mt., 304–305.)

Mediatekstien sairaus

Terveyttä ja sairautta käsittelevien mediatekstien tutkimuksissa on selvitetty, millaisia terveyksiä ja sairauksia joukkoviestinnässä tuotetaan. Itse asiassa olisi luontevampaa puhua vain median sairauksista tai taudeista, sillä tyypillisesti tutkimusten kohteena ovat olleet yksittäiset taudit eivätkä sairaudet tai terveydet yleensä. Koska tekstien terveyttä on tutkittu vain hyvin vähän, terveys rakentuu sairauden vastakohtana. Tutkimuksissa ei kuitenkaan tehdä vertailua lääketieteellisen tautimäärittelyjen ja median tautien välillä tai eritellä, puhuuko teksti oikein tai väärin sairauksista ja niiden hoidoista. Kulttuurisesti suuntautuneita terveystieteiden tutkimuksia yhdistää se, että ne pyrkivät tekemään näkyväksi sen, miten sairaudet rakentuvat tekstissä. Tyypillisesti tutkimuksissa selvitetään, millaisia ovat median sairaudet ja millaisia ovat sairaustarinoiden toimijat.

Median terveys- ja sairaustekstien tutkimuksessa erittelyn kohteena ovat yksittäiset taudit, kuten aids, syöpä ja mielenterveysongelmat. Sen sijaan yleisellä tasolla terveyttä ja sairautta on tutkittu vähän. (Seale 2002, 25–26.) Monien median sairauksia eritelleiden tutkimusten keskeinen tulos on se, että biolääketieteelliset terveys- ja sairausdiskurssit ovat hallitsevassa asemassa. Tämä näkyy muun

muassa siinä, että sairaudet esitetään tyypillisesti vaaroina, joiden voittamiseksi lääketiede tekee kaikkensa. Vaarallisten tautien vastavoimaksi rakentuu yhä uusia ja parempia taudin taltuttamisen tapoja tuottava lääketiede. (Gwyn 2002, 92–119; Lupton 1995b; Seale 2002.) Suomalaisen median terveyksiä ja sairauksia on tutkittu vain vähän. Riitta Kärjen (1998) tutkimus lääketieteen julkisuudesta antaa viitteitä siitä, että suomalaisen median terveydet ja sairaudet rakentuvat samalla tavoin kuin muissa teollistuneissa maissa. Lääketieteellinen näkökulma terveyteen ja sairauteen on vallitseva; muut mahdolliset tavat puhua sairaudesta nousevat esiin vain satunnaisesti.

Toisin kuin Karpf (1988, 236–239) 1980-luvun lopussa ennusti, lääketieteen kaikkivoipaisuus-diskurssin rinnalle on nousemassa muitakin diskursseja. Luptonin (1995b) tutkimissa *Sydney Morning Heraldin* etusivun terveysjutuissa oli kaksi pääaihetta: lääketieteen läpimurrot ja terveysvaarat. Viidesosa jutuista oli yhteydessä sairauksien ennaltaehkäisyyn. Suomalaisessa mediajulkisuudessa näkyä samansuuntainen kehitys. Lääketiedettä ei representoida vain kaikkivoipaisena hyvänä vaan esiin nousevat myös lääketieteeseen liittyvät ongelmat. Silti mediajulkisuus on lääketieteelle lempeä. Turvan ja toivon retoriikka hallitsee lääketieteen julkisuutta ja lääketieteellä on kyky torjua myös itseensä liittyvät vaarat. (Kärki 1998, 187–193.)

Terveyden ja sairauden esittämisen ohella kulttuurisesta näkökulmasta on tutkittu terveysjuttujen toimijoita. Vaikka lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset esitetään sekä terveysjournalismissa että terveysvihteessä usein sankareina, niin muitakin esittämisen tapoja on. Uutisissa nousevat esiin lääkäreiden tekemät hoitovirheet sekä lääkäreiden ja potilaiden väliset konfliktit. Fiktoissa sankariksi voi nousta myös lääkäreitä vastaan taisteleva, hoitoa vaativa potilas tai lapsipotilaan vanhemmat. (Gwyn 2002, 92–119; Lupton & McLean 1998; Seale 2002, 143–164.)

Mediatutkimuksessa yksittäisistä taudeista aids lienee yksi tutkituimmista. Paula Treichler (2004, 127–148) tutkii aidsin kulttuu-

rista rakentumista ja käsittelee median ja aidsin suhdetta. Yhdysvaltalaisessa televisiossa 1980-luvulla aidsin ja hiv:n representaatiot toistivat samaa tarinaa uudesta uhkaavasta taudista. Toisteisuudetaan huolimatta aids pysyi uutisten ja televisio-ohjelmien aiheena, sillä aihetta käsiteltiin useiden alateemojen, kuten lasten, virologian, huumeiden ja veren, kautta. Ohjelmat eivät kuitenkaan nostaneet esiin aids-epidemiaan monimuotoisuutta eivätkä ristiriitaisia tulkintoja vaan pysyttelivät tutuissa näkökulmissa ja tarinoissa. Aidsia esitti kolme tyyppihenkilöä: sängyn pohjalla riutuva homomies, verensiirrossa tartunnan saanut huolehtivan perheen ympäröivä viaton uhri ja kehityksensä prostituoitu. Treichler (2004, 139) suomii aids ja hiv -representaatioita eriteltyä mediatutkimusta kritiikittömäksi. Tutkimuksissa kuvaillaan valtamedioiden sisältöjä ja sivuutetaan vaihtoehtoiset mediat, minkä vuoksi tutkimukset myötäilevät vallitsevia ”aids-totuuksia” eivätkä eritele näiden totuuksien ja vallan yhteyttä toisiinsa. Aids ja hiv vakiintuivat 1980-luvun lopulla osaksi niin faktuaalista kuin fiktiivistäkin mediakerrontaa. 1990-luvulla aidsin esittäminen mediassa monimuotoistui ja ääneen pääsivät valtanäkemyksiä haastavat näkemykset ja toimijat. (Mt. 127–148, ks. myös Tulloch & Lupton 1997.) Aidsin ja hiv:n esittämisen tavat ovat muuttuneet myös suomalaisessa sanomalehtikirjoittelussa. 1980-luvun alkupuolella aids ja hiv esitettiin ennen muuta homoseksuaalien tautina. Kirjoittelu oli sävyllään pelottelevaa. 1990-luvun vaihteessa kirjoittelu muuttui valistavammaksi eikä taudista enää puhuttu vain homoseksuaalien terveysongelmana. (Huotari 1993, 185–197.)

Tiina Hautamäki (2002) vertaa tutkimuksessaan tuberkuloosin ja aidsin kulttuuristen merkitysten rakentumista vuosina 1946–1996 julkaistuissa Suomen Lääkärilehden ja Kotilääkärin⁸ teksteissä. Aidsin ja tuberkuloosin merkitysten muuttuminen ei juonnu vain taudin vakavuuden tai hoitotapojen muutoksesta vaan myös kulttuu-

8 Vuoteen 1970 asti Kotilääkäri ilmestyi nimellä Terveystieteiden lehti.

risista ja yhteiskunnallisista muutoksista. Sodan jälkeen 1946–1964 tuberkuloosipuhe rakentuu osana nationalistista kansakunnan rakentamista. Tauti on kansan yhteinen vihollinen, joka heikentää kansakuntaa ja sen voimaa. Vuoden 1965 jälkeen puhe yhteisvastuullisesta kansasta vaihtuu väestöpuheeksi eikä taisteluun tautia vastaan enää kutsuta koko kansaa. Nationalistiset painotukset häviävät ja esiin nousevat puheet Suomesta osana kansainvälistä yhteisöä. Tuberkuloosi ei ole vain suomalaisten uhka vaan kansainvälinen terveysongelma. Kun tuberkuloosi ei enää uhkaa koko kansaa, taudista tulee yksilön ongelma ja tautipuheessa nostetaan esiin yksilön vastuuta aiempaa enemmän. Yhteiskunnallinen muutos näkyy tautipuheessakin, jossa siirrytään kansan kasvatuksesta väestön informointiin. Globalisoituvassa maailmassa riskejä ei hallita kansakunnan yhteishenkeen vetoamalla vaan riskien hallinnassa vedotaan yksilöihin. (Hautamäki 2002, 139–173.)

Terveyden ja sairauden valta

Kulttuurisesti suuntautuneessa terveystieteen tutkimuksessa terveyden ja sairauden suhde valtaan on ollut yksi keskeisimmistä tutkimuskohteista. Näiden tutkimusten teoreettisena lähtökohtana on ollut filosofi Michel Foucault'n tuotanto. Foucault'n anti terveyden ja sairauden tutkimukselle on laaja, monipolvinen ja kiistelty.⁹ Foucault'n käsittelemät teemat, hulluus, modernin lääketieteen ja sairaalalaitoksen synty, kytkeytyvät suoraan terveyden ja sairauden tutkimukseen. *Klinikan synty*¹⁰ -teos (1994/1963) on siivittänyt tut-

9 Tämä yhteenveto Foucault'n vaikutuksesta terveyden ja sairauden tutkimukseen perustuu ennen kaikkea Petersenin ja Buntonin (1997) toimittamaan artikkelikokoelmaan *Foucault, health and medicine*. Foucault'n lääketieteellisen vallan kritiikistä ks. Roy Porterin ja Colin Jonesin (1994) toimittama artikkelikokoelma *Reassessing Foucault, power, medicine and the body*.

10 *Birth of Clinic* -teosta ei ole suomennettu, tässä käytetty käännös on tekijän.

kimuksia, joiden lähtökohtana on ollut selvittää, millaisissa käytännöissä terveydet ja sairaudet syntyvät. Modernin lääketieteen historiallisuus ja kliinisen katseen merkitys sairauden tuottamisessa ovat keskeinen teoreettinen lähtökohta kulttuuriselle terveyden ja sairauden tutkimukselle. (Ks. Armstrong 1997, 19–26.)¹¹ Kliininen katse politisoi ruumiin ja tekee siitä tietämisen kohteen. Lääketieteellisessä vallassa ei siten ole kysymys vain medikalisaatiosta, vallan ulottamisesta lääketieteelle perinteisesti kuuluvan tietämisen alueen ulkopuolelle, vaan laajemmasta ruumiin kautta koko yksilöön kohdistuvasta biovallasta. (Helén 2002; Gastaldo 1997, 114–116.) Terveysviestinnän tutkimuksessa lääketieteellisen tiedon historiallisuuden ymmärtäminen tekee näkyväksi terveyttä ja sairautta tuottavien tekstien poliittisuuden. Kun terveyttä ja sairautta ei enää ymmärretä yksilön fyysisen, psyykkisen tai niiden kokonaisuuden muodostamaksi olemisen tilaksi, median terveydet ja sairaudet menettävät viattomuuden kaapunsa. Se, mitä mistäkin voidaan sanoa, ei enää ole vain oikeaa tai väärää terveystietoa vaan vallankäyttöä.

Yhteiskuntatieteilijät ovat kritisoineet lääketieteen valtapyrkimyksiä ja erityisesti lääketieteen käyttöä sosiaalisen kontrollin välineenä 1970-luvulta lähtien. (Zola 1972; Illich 1995/1976.) Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana medikalisaatio on ollut sosiologian ja muun yhteiskuntatieteellisen lääketiedekritiikin keskeisimpiä kysymyksiä. Tosin vuosikymmenet näyttävät sopeuttaneen suomalaisen medikalisaatiokritiikin osaksi ”oikeanlaisen lääketieteen ja terveydenhuollon” puolustuspuhetta. Medikalisaatiokritiikki keskittyy lääketieteen sivuvaikutuksiin, puhuu turhista hoidoista ja vaatii lääketiedettä palaamaan oikeiden tehtäviensä pariin. (Esim. Tuomainen ym. 1999; Myllykangas 2001.) Ilpo Helén (2002, 104–105) kritisoi

¹¹ *Klinikan synty* on kiistelty teos (ks. Osborne 1994), joka voidaan, kuten Foucault’n muukin tuotanto, sivuuttaa lähes kokonaan lääketieteen historian yleisesityksissä. Esimerkiksi Vuorinen (2002) ei edes mainitse Foucault’ta. Porter (1997, 522) puolestaan mainitsee lyhyesti Foucault’n vain käsitellessään psykiatrian historiaa.

nykyistä vallitsevaa medikalisaatiokritiikkiä vallan yksipuolisesta ymmärtämisestä. Lääketieteellinen valta nähdään monoliittisena ja totaalisenä, mikä on ristiriidassa foucault'laisen valtakäsityksen kanssa. Kun medikalisaatiokritiikissä keskitytään nykylääketieteen sivuvaikutuksiin, jää modernin lääketieteen biopoliittinen ulottuvuus sivuun. Medikaalisessa vallassa ei kuitenkaan ole kyse vain lääketieteen sivuvaikutuksista vaan lääketiede on välttämätön osa länsimaista yhteiskuntaa (mt., 111). Lääketieteen yhteiskunnallista valtaa ei voi eristää lääketieteen haittavaikutuksiin, sillä lääketieteellinen valta kietoutuu yhteen länsimaisen ihmisen koko elämän kanssa.

Kliininen katse ei ole yksipuolisesti alistavaa eikä lääketieteellinen valta ole vain negatiivista, alistavaa ja pakottavaa. Denise Gasaldo (1997) analysoi terveyskasvatusta biovallan tuottamisen näkökulmasta. Yhtäältä terveyskasvatuksessa on aina mukana yksilöä alistava puoli, sillä se käyttää kliinistä katsettaan väestön tarkkailemiseen ja kontrolloimiseen. Toisaalta terveyskasvatus, joka edistää kansalaisen mahdollisuuksia päättää omasta terveydestään, voi olla vapauttavaa. Konkreettiset terveyskasvatustilanteet voivat olla sekä alistavia että voimaannuttavia. Alistava terveyskasvatus pitää tavoitteena välittää kansalle ”terveystoituksia”. Voimaannuttava terveyskasvatus puolestaan hyväksyy terveyden moninaisuuden ja antaa kansalaisille keinoja ja välineitä, jotka tukevat hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Mt., 129–130.)

Tämän tutkimuksen – ja ehkä muunkin kulttuurisesti suuntautuneen terveysviestinnän tutkimuksen – näkökulmasta vallan ymmärtäminen Foucault'n tapaan on hedelmällinen. Kun valta ymmärretään vallan käytöksi eikä sen omistamiseksi, sitä ei voi ottaa pois yhdeltä ja antaa toiselle. Vallassa ei ole kyse alistuskeinoista vaan toimintastrategiasta, suhteiden verkosta, jotka johtavat syvälle yhteiskuntaan ja kulttuuriin. Valta ei ole pysyviä, muuttumattomia rakennelmia, jotka antavat toisille valtaa ja oikeuden hallita niitä, joilla valtaa ei ole. Kyse on valtasuhteista, jotka uusiintuvat ja tois-

tuvat lukemattomissa ja erilaisissa suhteissa ja ovat jatkuvan kamppailun alaisia. (Foucault 1980/1975, 40–43; ks. myös Kusch 1993, 102–122.) Myös abstraktimmat tekstuaaliset kohtaamiset ovat terveyttä ja sairautta tuottavia valtasuhteita. Tekstuaalisissa valtasuhteissa ei ole kyse vain tekstin ilmeisistä toimijoista ja heidän positioistaan vaan terveyksistä ja sairauksista, joiden kautta subjektit identifioituvat. Terveysviestinnän tekstit ovat diskursiivinen muodostelma, jonka jokaisessa lausumassa tiivistyvät ja kampailevat toisistaan riippuvaiset terveydet ja sairaudet. Tekstien valtakamppailun paljastaminen edellyttää terveyksiä ja sairauksia tuottavien diskursiivisten käytäntöjen tekemistä näkyviksi. (Ks. Lupton 1997.)

Irti taudista – kohti kriittistä terveysjournalismin tutkimusta

Kulttuurisesti suuntautunut terveysviestinnän tutkimus on lähtökohdiltaan kriittistä suhteessa lääketieteelliseen terveyden ja sairauden määrittelyyn. Silti monien tutkimusten lähtökohtana on biolääketieteellisesti määriteltä tauti. Yhtäältä tutkimusrajoitukset syyt perustelevat keskittymistä yksittäisiin tauteihin. Toisaalta tutkimuskohdevalintoja selittänee se, että yhdet sairaudet näyttävät enemmän konstruoiduilta kuin toiset. Esimerkiksi hystertia ja aids ovat tauteja, joiden kulttuurisuus näyttäytyy itsestään selvänä. Sata vuotta sitten tehdyn hystertia-diagnosoinnin niveltymistä osaksi naiseuden kulttuurista ja yhteiskunnallista tuottamista ei ole nykyhetkestä katsottuna vaikea tunnistaa. Poikkeukselliset, uhkaavat ja uudet taudit, kuten juuri aids, on helpompi mieltää kulttuurisesti tuotetuiksi kuin vanhat ja tavanomaiset. Sen sijaan tavallisten tautien, kuten nuhakuumeen, umpisuolentulehduksen tai karieksen kulttuuristen merkitysten avaaminen ei ole niin itsestään selvää. Niissä ei ole särmää, joka auttaisi tulkinassa alkuun. Ne on helppo ymmärtää vain tavallisiksi helposti hoidettaviksi taudeiksi, joihin ei liity sen kummempia merkityksiä. Mutta juuri tuo tavallisuus on se

diskursiivinen voima, joka tuottaa taudeista kulttuuristen merkitysten ulkopuolella olevia luonnonilmiöitä.¹²

Mediatekstien sairauksien erittelemisen yksittäisten, jo nimettyjen tautien näkökulmista sitoo tutkimuksen lääketieteelliseen taudin määrittelyyn. Medikaalisessa antropologiassa kiinnittyminen biolääketieteelliseen taudinmäärittelyyn on nostanut esiin kysymyksen tieteenalan medikalisoitumisesta. Jos tutkimuskohde määritellään lääketieteelliseksi taudiksi, se voi estää näkemästä sairauden sosiokulttuurista kontekstia. (Browner 1999, 137.) Media-tutkimukseen sovellettuna tutkimuksen medikalisaatio tarkoittaisi keskittymistä lääketieteellisesti taudeiksi nimettyjen sairauksien tutkimiseen. Silloin tutkimuksen ulkopuolelle jäisivät kaikki ne sairauden tilat, joita ei ole taudeiksi nimetty. Tällainen sitoutuminen lääketieteelliseen tautiin kohdentaa tutkimuksen tautien representaatioiden erittelyyn, jolloin tekstien terveyksien ja sairauksien diskursiivinen kokonaisuus ei kenties paljastu lainkaan. Niinpä kriittisen tekstintutkimuksen mahdollisuus voi jäädä käyttämättä. Terveystutkimusten tautikeskeisyys selittänee ainakin osin sitä, miksi median terveyksiä ja sairauksia erittelevien tutkimusten tulokset näyttäytyvät toisinaan kuvailevina diskurssi- tai teemaluetteloina.

12 Sarah Nettleton (1992) on sosiologisessa tutkimuksessaan tarttunut ”tavalliseen sairauteen”. Hän erittelee hammassairauksien ja niiden hoidon kulttuurista rakentumista ja osoittaa, miten käytännöt ja tekniikat tuottavat ja paikantavat hoidon kohteen. 1900-luvun alussa hammashoito perustuu visuaaliseen havainnointiin, jolloin hoidon kohde paikantuu anatomisiin hampaisiin ja suuhun. Maailmansotien välisenä aikana keskustelu tulee osaksi hoidon tekniikkaa. Hoidon kohteeksi eivät paikannu vain hampaat ja suu vaan koko fyysis-psykinen potilas kipuineen ja pelkoineen. 1950-luvulta lähtien lääkärin ja potilaan keskustelu muuttaa luonnettaan neuvottelevaksi ja tukevaksi, jolloin hoidon kohde paikantuu psyykkiseen ja sosiaaliseen potilaaseen. Hoidon kohde on erottamattomassa yhteydessä tiedon tuottamiseen. Viime vuosisadan alun hammastieto kertoo hampaista ja suusta fysiologisesta näkökulmasta, nykyinen tieto lähestyy hammassairauksia myös sosiaalisesta näkökulmasta. (Mt., 93–98.)

Kun terveyksien ja sairauksien rakentumista tekstissä ei pystytä avaamaan, tekstiä on vaikea ymmärtää terveyksiä ja sairauksia tuottavaksi kulttuuriseksi käytännöksi. Pinnallinen analyysi ikään kuin peittää tekstin terveyttä ja sairautta tuottavat diskursiiviset käytännöt ja saa tekstin näyttämään vain terveyksien ja sairauksien kuvauksilta. Tämä voi johtaa edelleen siihen, että median terveyksien ja sairauksien juuria ryhdytään etsimään tekstin ulkopuolelta, kuten median tuotanto- ja esittämiskäytännöistä (esim. Levi 2001, Seale 2002, 39–43).

Medikaalisessa antropologiassa lääketieteellisen taudin ansa on vältetty puhumalla sosiaalisesta kärsimyksestä. Kun tutkimus ei sitoudu lääketieteelliseen tautimäärittelyyn, tutkija saa kenties paremman mahdollisuuden kuulla hiljaisia ja vaiettuja ääniä ja nähdä sairausdiskurssien verkostossa sekä solmut että silmät. Marja-Liisa Honkasalo (2004, 314) lainaa Irigayn teoriaa naisen kielestä ja pohtii naisen kielettömyyden ajatuksen soveltamista muihin symbolisen järjestyksen ulkopuolelle tungettuihin ryhmiin, kuten kuoleviin, sairaisiin ja kipeisiin ihmisiin. Koska kivulla ei ole kieltä, sanoja, joilla sitä voisi ilmaista, kipu jää huomaamatta. Hiljaisten ja vaiettujen ääntä journalismissa on tutkinut Irma Kaarina Halonen (1999), joka erittelee sukupuolen rakentumista mediadiskursseissa. Lähtökohtana on sukupuolen rakentuminen suhteessa valtaan ja symboliseen järjestykseen. Diskursiivinen maskuliinisuus tulkkautuu valtaa tukeväksi. Diskursiivinen feminiinisyys puolestaan kuuluu marginaaliin ja ääneen päästessään se horjuttaa vallan järjestystä. Nainen ja Mies rakentuvat suhteessa valtaan ja symboliseen järjestykseen. Järjestys ei kuitenkaan ole murtumaton vaan siellä täällä symbolinen järjestys murtuu ja esiin häivähtää marginaalisia diskursseja. Nämä teettisen kynnyksen ylittävät diskurssit konkretisoituvat tekstissä vaikenemisina ja poissaoloina. (Halonen, I. 1999, 123–129.) Terveysjournalismin tutkimukseen sovellettuna hiljaisten ja vaiettujen äänen kuuleminen ja näkeminen edellyttää tautilähtöisyyden tunnistamista. Lääketieteellisen taudin hegemoniaa rikkovien murtumien

tunnistaminen on tämän tutkimuksen keskeisin metodologinen haaste, johon vastaamiseksi olen kehittänyt terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden mallin. Pureudun mallin teoreettisiin lähtökohtiin tämän tutkimuksen kolmannessa luvussa.

TUTKIMUSLINJAJAON ARVIOINTI

Edellä esittämäni terveysviestinnän tutkimuksen jako kolmeksi linjaksi: vuorovaikutus-, vaikutus- ja kulttuurilinjaksi on yleistävä esitys eivätkä kaikki terveyttä ja viestintää käsittelevät tutkimukset siihen sovi. Jaotteluuni onkin suhtauduttava viitteellisenä yrityksenä käsittää terveysviestinnän käsittämistä. Aatehistorioitsija Markku Hyrkkänen (2002, passim) sanoo, etteivät olosuhteet sellaisenaan selitä ihmisten käsityksiä vaan toiminnan ymmärtäminen edellyttää myös toimintaa ohjaavan ajattelun ymmärtämistä. Niinpä terveysviestinnän tutkimuksen kunnolliseksi erittelemiseksi ei riitä tutkimusten luettelointi ja luokittelu. Terveysviestinnän monitieteisen tutkimusalan perkaaminen edellyttäisi niin yhteiskunta- ja viestintätieteellisten kuin lääketieteellisten käsitteistöjen perinpohjaista erittelyä. On selvää, että terveysviestinnän tutkimuksen muutokset ovat saaneet virikettä usealta taholta. Vuorovaikutustutkimuksessa esiin nousut potilaskeskeisyys kertonee medikalisaatiokritiikin innoittamasta potilas-käsitteen muutoksesta. Myös syitä siihen, miksi terveysviestinnän tutkimus on ollut niin pitkään lähtökohdiltaan vaikutustutkimuksellista voi etsiä käsittämisen käsittämisestä. Kenties terveysviestintään juurtunut biolääketieteellinen sairaus-käsite on hidastanut kielellisen käänteen tuloa terveysviestinnän tutkimukseen. Terveysviestinnän käsittämisen ymmärtäminen edellyttää viestintäteoreettisten lähtökohtien erittelyn lisäksi terveyden ja sairauden teoreettista erittelyä. Tämä tarkoittaa, että terveysviestinnän tutkimuksessa ei ole kysymys vain viestinnän ymmärtämisestä vaan myös terveyden ja sairauden erittelystä.

Vaikutustutkimuksellisessa terveystieteen tutkimuksessa terveyden ja viestinnän suhde ymmärretään välineellisesti. Viestintä on keino välittää terveyden ja sairauden sanomia kaikilla viestinnän osa-alueilla, joukkoviestinnästä kahdenväliseen keskusteluun. Kun viestintä ymmärretään siirtona vastaanottajalta lähettäjälle se tarkoittaa, että terveys ja sairaus ovat olemassa ennen viestintää. Toisin sanoen siirtonäkökulman taustalla on terveyden ja sairauden naturalistinen määritelmä, jonka mukaan terveys ja sairaus ovat objektiivisia ihmisen tai jonkin muun elollisen olennon olemisen tiloja. Tämän tyyppisten tutkimusten kohteena on terveyttä ja sairautta siirtävä väline, viestintä. Tutkimuskysymykset kiinnittyvät tuon viestintävälineen toimivuuteen eivätkä terveyteen ja sairauteen. Siksi terveyden ja sairauden olemusten pohdinta ei vaikutustutkimuksellisesta näkökulmasta ole lainkaan relevantti, eikä terveyden, sairauden ja viestinnän välistä suhdetta ole tarpeen pohtia.

Keskinäisviestinnän tai puheviestinnän tutkimuksen nimittämistä vuorovaikutuslinjaksi voi yhtäältä pitää pulmallisena, koska myös joukkoviestinnän tutkimuksessa on suuntauksia, jotka korostavat joukkoviestinnän tutkimuksessa vuorovaikutuksen tutkimuksen tärkeyttä (esim. Pietilä K. 2003). Toisaalta vuorovaikutuslinja-nimen puolesta puhuu se, että tutkimuksen kohteena on nimenomaan konkreettinen vuorovaikutus hoidon antajan ja saajan välillä. Käsitteistö ei kuitenkaan ole yhteneväinen, sillä puheviestinnän tutkimuksessa käytetään vuorovaikutuksen rinnalla termiä interpersonaalinen viestintä (esim. Gerlander 2003, 20–24). Tarkkaa rajaa sosiologisen ja viestintätieteellisen vuorovaikutustutkimuksen välillä ei myöskään ole. Viestinnän tutkimuksen näkökulmasta katsottuna sosiologiset vuorovaikutustutkimukset (esim. Sorjonen ym. 2001; Ruusuvuori 2002) näyttävät viestinnän tutkimukselta. Sosiologian näkökulmasta näin ei välttämättä ole.

Vuorovaikutuslinjan tutkimuksissa viestinnän suhde terveyteen ja sairauteen on kaksitahoinen. Yhtäältä kun viestintä rinnastetaan

lääkäriin muihin työkaluihin: puukkoon ja pilleriin, tulee viestinnästäkin työväline, keino hoitaa sairautta ja edistää terveyttä. Siten viestinnän ymmärrys rinnastuu viestinnän siirtomalleihin. Toisaalta tutkimuksen kohteena on nimenomaan vuorovaikutus, jolloin viestintää ei ymmärretä yksisuuntaisena viestin siirtona lähettäjältä vastaanottajalle, vaan viestinnän sisällöt rakentuvat viestinnässä, sen eri osapuolten yhteistyössä. Vuorovaikutuslinjan tutkimuksissa terveys ja sairaus voidaan siis ymmärtää sekä viestinnän ulkopuolisena ilmiönä että viestinnässä rakentuvana ilmiönä.

Kulttuurisessa terveysviestinnän tutkimuksessa puolestaan terveys ja sairaus ymmärretään kulttuuriseksi konstruktioksi, jolloin viestinnät ovat terveyden ja sairauden tuottamisen käytäntöjä. Tämmäntyyppisissä tutkimuksissa terveyden ja sairauden määritelmäksi riittää usein toteamus, että terveys ja sairaus rakentuvat kulttuurisesti. Siten tutkimusongelmana on selvittää, millaista terveyttä ja sairautta viestinnässä tuotetaan. Tutkimustulokset voivat olla esimerkiksi kuvauksia siitä, millaisin diskurssein terveyttä ja sairautta representoidaan. Tutkimusten tulokset tavallaan toistavat alkuasetelmaa, jonka mukaan terveyksiä ja sairauksia luonnehtii moneus. Ei ole vain yhtä terveyttä tai sairautta vaan useita tapoja, joista toiset tosin ovat vahvempia kuin toiset.

TERVEYSVIESTINNÄN MÄÄRITELMÄT

Termiä ”health communication” käytettiin ilmeisesti ensimmäisen kerran 1970-luvun puolivälissä, jolloin Yhdysvalloissa toiminut International Communication Associationin (ICA) terapeuttisen viestinnän jaos muutti nimensä, tosin äänestyspäätöksellä, terveysviestinnän jaokseksi. Jaos oli perustettu vuosikymmenen alussa terapeuttisen viestinnän jaoksen nimellä ja se keskittyi ennen muuta terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden väliseen keskinäis-

viestintään. Nimenmuutos ei ollut muodollinen vaan sen myötä ICA halusi ottaa terveysviestinnän piiriin myös muun terveyteen liittyvän viestinnän, kuten terveystieteen ja terveydenhuolto-organisaation viestinnän. (Kreps, Bonguera & Query 1998, 7–9.) Lähtökohdiltaan terveysviestintä on ollut käytännönläheistä; sen tutkimusta ja opetusta ovat siivittäneet ennen kaikkea terveydenhuollon viestinnälliset tarpeet. Tämä on näkynyt myös terveysviestinnän määrittelytavoissa.

Terveysviestinnän suppeat määritelmät

Maailman terveysjärjestö WHO (1999) määrittelee terveysviestinnän Terveyden edistämisen sanakirjassaan näin:

Terveysviestintä on keskeisin keino välittää yleisölle terveystietoa ja pitää yllä julkista keskustelua merkittävistä terveystieteistä. Kaikkia joukkoviestinnän muotoja, sekä uusia että vanhoja, voidaan käyttää levitettäessä yleisölle hyödyllistä terveystietoa sekä lisättäessä tietoisuutta niin yksilön kuin yhteisönkin terveyden merkityksestä kehitykseen.

WHO 1999, toimitettu käännös Torkkola 2002d, 5

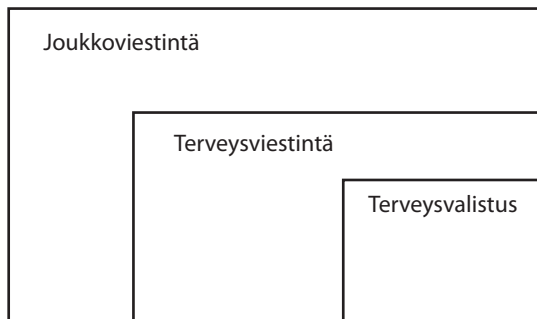
Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan viestintä on työkalu, jota käytetään terveystieteen välittäjänä. Tätä välitystyötä tehdään viestinnän kaikilla lohkoilla, kuten keskinäis- joukko- ja organisaatioviestinnässä. Terveystieteen viestinnällä tarkoitetaan viestintää, jonka päämääränä on edistää terveyttä. Terveystieteen viestintä on ennen kaikkea positiivista vaikuttamista terveyteen. Joukkoviestimillä voi olla toki myös haitallisia vaikutuksia terveyteen, mutta tällainen joukkoviestintä ei WHO:n määritelmän mukaan ole terveystieteen viestintää. WHO:n määritelmän mukaan terveystieteen viestintä on siis luonteeltaan tavoitteellista, terveyden edistämiseen sitoutunutta viestintää. WHO:n määritelmää mukailee myös *The International Encyclopedia of Communication* -tietosanakirjan määrittely, jossa terveystieteen viestintä ymmärretään sekä terveyteen liittyvän tiedon tutkimukseksi

että informaation käyttämiseksi. Määrittelyssä terveysviestintä nimitetään osaksi terveyden edistämistä. (Viswanathin 2008.)

Osmo Wiio ja Pekka Puska (1993, 16) määrittelevät *Terveysviestinnän oppaassaan* terveysviestinnän ensin terveyteen tavalla tai toisella liittyväksi viestinnäksi. Toiseksi he kuitenkin toteavat, että terveysviestinnälle on ominaista tavoitteellisuus ja arvolutaus. Wiion ja Puskan (mt., 16) mukaan terveysviestintä on toimintaa ”terveyden puolesta ja sairauksia vastaan”. Tavoitteiksi määritellään terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä hoitaminen ja kuntoutus. Määrittely on ristiriitainen: Yhtäältä se sulkee sisäänsä kaiken terveyttä koskevan viestinnän. Toisaalta se jättää ulkopuolelle sellaisen viestinnän, joka koskee terveyttä, mutta joka ei ole tavoitteellista eikä terveyden puolesta arvolutautunutta. Wiion ja Puskan määrittely jättää ulkopuolelle ainakin suurimman osan terveysjournalistisista teksteistä, sillä ne eivät ole ainakaan avoimesti sitoutuneet terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisemiseen tai niiden hoitamiseen.

Pauliina Aarva (1991, 22–26) sen sijaan erottelee määritelmässään terveysviestinnän ja terveysvalistuksen. Aarvan (mt.) mukaan terveysviestintä on joukkoviestintää, josta vain osa on tavoitteellista terveyden edistämiseen pyrkivää joukkoviestintää. (Ks. kuvio 2.) Toisin kuin WHO sekä Puska ja Wiio Aarva rajaa terveysviestinnäksi vain joukkoviestinnän ja sulkee ulkopuolelle kohde- ja keskinäisviestinnän. Kohdeviestintää ovat esimerkiksi kirjalliset potilasohjeet (ks. Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7–10, 22–23). Keskinäisviestintää on esimerkiksi lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen keskustelu (Gerlander 2003, 20–24).

Kuvio 2. Joukkoviestintä, terveysviestintä ja terveysvalistus Aarvan (1991, 25) mukaan



Sekä WHO:n että Wiion ja Puskan määritelmät ovat pulmallisia siksi, että ne määrittelevät viestinnän vain informaation siirtäjäksi. Tällainen viestinnän siirtomäärittely on ristiriidassa useimpien viestinnän nykyisten, merkityksiä ja sosiaalista vuorovaikutusta painottavien määrittelyjen kanssa. Viestinnän erilaisia määritelmiä ei kuitenkaan tarvitse ymmärtää toisiaan poissulkeviksi vaan niitä voi pitää toisiaan täydentävinä. Tällöin viestintä ymmärretään prosessiksi, jossa samanaikaisesti siirretään informaatiota, tuotetaan ja uusinnetaan merkityksiä sekä rakennetaan sosiaalista yhteisyyttä (Ridell 1993). Terveysviestintää, olipa se sitten keskustelua lääkärin ja potilaan välillä tai television terveysohjelma, ei vain kannata terveysinformaatiota lähettäjältä vastaanottajalle vaan samanaikaisesti se merkityksellistää terveyttä ja sairautta ja rakentaa yksilön suhdetta terveyteen ja sairauteen. Viestinnässä määritellään ensinnäkin terveyden ja sairauden rajoja. Toiseksi rakennetaan sosiaalista vuorovaikutusta terveyden ja sairauden toimijoiden välille. Erilaiset toimijat saavat erilaisia puheoikeuksia ja heitä asemoidaan eri tavoin. Tekstit eivät rakenna vain tekstin toimijoiden välistä vuorovaikutusta vaan asemoivat toimijoiden suhdetta terveyteen ja sairauteen.

Esimerkiksi potilasohjeissa ei vain välitetä potilaille neuvoja ja toimintaohjeita. Ohjeissa rakennetaan myös ymmärrystä terveydestä ja sairaudesta sekä potilaan paikasta terveydenhuollossa. Seuraava katkelma on potilasohjeesta, joka on tarkoitettu sädehoitoon tulevalle potilaalle. Ohje alkaa näin:

Osastolla annetaan sädehoitoja pääsääntöisesti klo 7.45–15.00 maanantaista perjantaihin. Jotta kaikki potilaat saataisiin hoideksi, annetaan sädehoitoa tarvittaessa myös iltaisin. Osastolla päivittäin annettavien hoitojen vaihtelun takia on hyvä varautua hoitoaikojen muutoksiin.

Ohje kertoo lukijalle heti alussa yhden olennaisen tiedon: milloin hoitoa annetaan. Lisäksi ohjeen alussa on haluttu korostaa, että hyvistä aikeista huolimatta hoitoajat eivät aina pidä paikkaansa. Tuon informaation ohella ohje tarjoaa lukuisan määrän mielenkiintoisia tulkintoja. Tekstiä voisi tulkita esimerkiksi siten, että ohje korostaa työntekijöiden ahkeruutta ja pyyteettömyyttä. Ohje myös osoittaa kunnan potilaan paikan. Valittaa ei kannata, sillä se on aiheetonta nurinaa, henkilökuntahan jo tekee kaikkensa, jopa ylitöitä. Potilaan paikka ohjeessa osoitetaan myös ohjeen asiajärjestyksellä. Ohjeen alussa ovat sekä tiedot aukioloajoista että ylitöistä, jotka osaston toiminnan näkökulmasta voivat ollakin olennaisia seikkoja. Sen sijaan sädehoitoa aloittavalle potilaalla moiset hallinnolliset seikat tuskin ovat päällimmäisenä mielessä. (Ks. Torkkola ym. 2002, 12–19.)

Terveysviestinnän laaja määritelmä

Terveysviestinnän laaja määrittely eroaa suppeasta määrittelystä kahdella tavalla. Ensinnäkin määrittelyn laajennus liittyy viestinnän alaan. Laajassa määrittelyssä terveysviestintää ei rajata vain joukko- viestinnäksi. Toiseksi määrittelyn laajennus koskee viestinnän sisältöä ja suhdetta terveyteen ja sairauteen. Laajasti määriteltynä terveysviestintää ei määritetä vain sellaiseksi viestinnäksi, joka edistää terveyttä ja hoitaa sairautta, vaan terveysviestintää on kaikki viestintä, jossa käsitellään terveyttä ja sairautta.

Terveysviestinnän alue ymmärretään sekä Gary Krepsin ja Barbara Throntonin (1984) toimittamassa *Health communication, theory and practice* -teoksessa sekä Lorraine Jacksonin ja Bernhard Duffyn (1998) toimittamassa *Health communication research* -artikkelikirjassa laajasti. Myös Kevin B. Wrightin, Lisa Sparksin ja H. Dan O'Haran teoksessa *Health communication in the 21st century* terveysviestinnän alaan luetaan kuuluvaksi niin keskinäis-, kohde- kuin joukkoviestintäkin. Näissä teoksissa käsitellään terveydenhuollon viestintää interpersonaalisen viestinnän, ryhmä- ja organisaatioviestinnän sekä joukkoviestinnän näkökulmista. Viestintäteoreettisesti teoksissa näkyy vaikutteita sekä viestinnän prosessimalleista että viestinnän merkityksiä painottavista teorioista. Kreps ja Thornton (1984, 18–19) jaottelevat viestinnän neljäksi tasoksi: yksilön sisäinen viestintä (intrapersonaalinen viestintä), yksilöiden välinen viestintä (interpersonaalinen viestintä), pienryhmäviestintä ja organisaatioviestintä. Viestintä määritellään päättymättömäksi ja dynaamiseksi prosessiksi. Jakson ja Duffy (1998, xi–xii) puolestaan erottelevat terveysviestinnän käytännöllisten lähtökohtien perusteella kahdeksi linjaksi: terveydenhuollon organisaation viestinnäksi ja terveyden edistämisessä käytetyksi viestinnäksi. Vaikka kummassakaan teoksessa ei suoraan määritellä viestinnän suhdetta terveyteen ja sairauteen, niin implisiittisesti suhde määritellään kahtalaisesti. Yhtäältä viestintä näyttäytyy terveydenhuollon ja lääketieteen työväliseinä, toisaalta viestintää käsitellään merkityksellistämisen näkökulmasta. Viestinnän työväliseinä on esillä, kun teoksissa eritellään terveydenhuollossa tarvittavia viestintätaitoja. Pohdinnan kohteena ovat joukko-, ryhmä- ja organisaatioviestinnän viestinnälliset ongelmat ja keinot niiden ratkaisemiseksi. (Kreps & Thornton 1984, Jackson & Duffy 1998, xi–xii.) Viestinnän merkityksellistävä puoli nousee esiin interpersonaalisen viestinnän analyysissa. Viestinnän merkityksistä todetaan, että merkitykset ovat ihmisissä, eivät sanoissa, esineissä tai asioissa. Merkitysten ihmisissä olemisella viitataan siihen, että merkitykset syntyvät vasta kun yksilöt tulkitsevat tekstiä (Kreps &

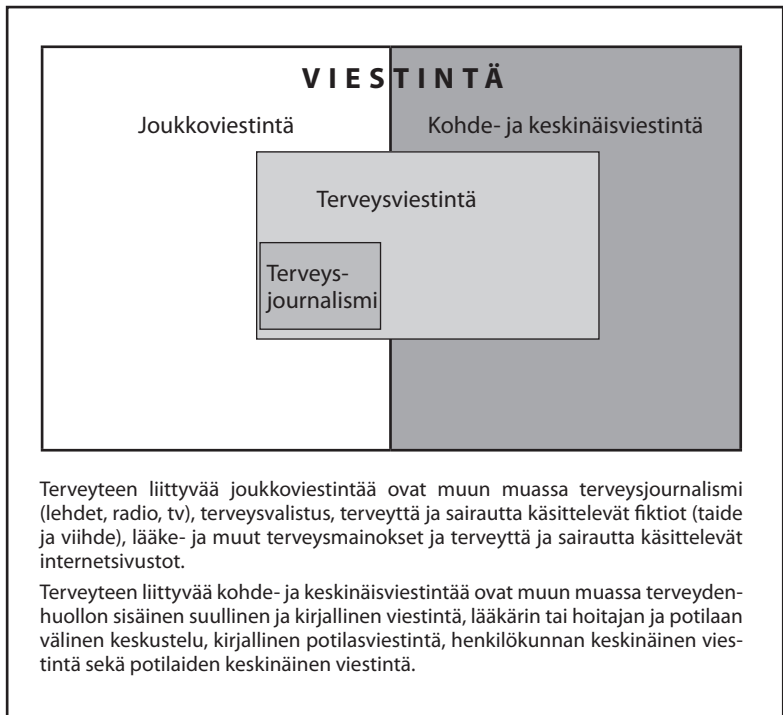
Thornton 1984, 21). Lääkärin ja potilaan välisessä kommunikaatiossa merkitykset eivät ole samoja kaikille viestinnän osapuolille. Sekä lääkäri että potilas ovat sidoksissa sairauden kielelliseen puoleen ja siten lääketieteelliset ongelmat ovat osittain kielellisiä. Se, mikä on lääkärille informaatiota, voi olla potilaalle vain kohinaa ja päinvastoin. Kielellisen puolen sivuuttaminen voi olla este sairauden hoidossa. (Mt., 39–42.) Jacksonin ja Duffyn artikkeliteoksessa Rebecca Cline ja Nelya McKenzie (1998, 58–59) vertaavat artikkelissaan lääkäri-potilas-viestintää kulttuurien väliseen viestintään. Lääkärin ja potilaan kulttuurit ohjaavat kumpaisenkin tulkintoja. Lääketieteen kieli on lääkärille kotikieli, potilaalle vieras, eivätkä lääkärin ja potilaan viestinnässä tuottamat merkitykset ole yhteneväisiä.

Richard Gwyn (2002) ei esitä teoksessaan *Communicating health and illness* terveysviestinnän määritelmää. Gwyn ymmärtää terveysviestinnän laajasti, sillä teoksessa eritellään sekä joukkoviestintää että interpersonaalista viestintää. Kirjassa analysoidaan sekä terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välistä viestintää että joukkoviestimien terveys- ja sairaustekstejä. Hän ei myöskään rajaa joukkoviestintää vain journalismiin ja muuhun asiapohjaiseen joukkoviestintään, sillä teoksessa analysoidaan myös fiktiota. Gwynin lähestymistapa terveysviestintään on kulttuurinen. Hän ei pidä kieltä sairautta koskevan tiedon välittäjänä vaan ymmärtää kielen konstruoivan ja uusintavan sairautta. (Mt., 6.)

Terveysviestinnän laaja määrittely sulkee siis sisäänsä kaikenlaisen viestinnän. Terveysviestintään kuuluvat niin journalismi, terveyttä ja sairautta käsittelevät fiktiiviset mediatekstit, mainonta, internetin terveystietosivustot ja terveydenhuollon sekä sisäinen että ulkoinen viestintä. Terveysviestinnän osa-alueiden väliset rajat eivät ole tarkkoja eivätkä muuttumattomia. Esimerkiksi politiikan sairaudesta kertovaa journalistista tekstiä voisi tarkastella sekä poliittisen journalismin että terveysjournalismin näkökulmista. Terveydenhuollon sisäisessä viestinnässä henkilökunnan ja potilaiden

välinen vuorovaikutus on terveystiedotusta, sen sijaan potilaiden keskinäinen kokemusten vaihto ei välttämättä kuulu terveystiedotukseen. Olennaista määritelmässä ei olekaan rajojen vetäminen eri osa-alueiden välille vaan se, että kulttuurinen ymmärrys terveydestä ja sairaudesta rakentuu samanaikaisesti hyvin monilla viestinnän alueilla.

Kuvio 3. Terveystiedotuksen osa-alueita osana viestintää



Terveysviestinnän laajan määrittelyn lähtökohtana on näkemys viestinnästä kulttuurisena ilmiönä, joka ylläpitää, tuottaa ja muuntaa terveyksiä ja sairauksia. Terveysviestintä ei ole vain terveys- tai -sairaussanomien siirtoa lähettäjältä vastaanottajalle vaan terveysviestinnässä tuotetaan terveyksiä ja sairauksia. Tuottaminen ei tarkoita, etteivät terveysviestinnän terveydet ja sairaudet olisi suhteessa muihin tekstuaalisiin ja ei-tekstuaalisiin terveyksiin ja sairauksiin vaan että ne ovat osa terveyksien ja sairauksien kulttuurista kokonaisuutta. Edelleen terveysviestinnän laaja määrittely kiinnittyy näkemykseen, jonka mukaan terveys ja sairaus ovat historiallisia konstruktioita. Kaikki terveyteen, sairauteen, niiden tutkimiseen ja hoitoon liittyvät toiminnot ovat ajallis-paikallisia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia käytäntöjä. Ymmärrän kulttuurisen käytännön yhteiskunnallista käytäntöä laajemmaksi. Yhteiskunnallinen käytäntö on julkilausuttua politiikkaa, jossa määritellään yksilön olemisen tiloja terveydeksi, sairaudeksi tai joksikin muuksi. Yhteiskunnallinen määrittely on nimeämistä ja luokittelua. Kulttuurinen käytäntö on yhteiskunnallista käytäntöä piiloisempaa nimeämistä ja luokittelua. Yhteiskunnallisissa ja kulttuurisissa käytännöissä rakentuvat ja määrittyvät sekä yksilölliset että yhteisölliset terveyksien ja sairauksien määrittymisen ja ymmärtämisen tavat. Nämä ymmärrykset ja määrittelyt raamittavat terveyksien ja sairauksien tieteellistä tutkimusta, käytännöllistä hoitoa ja yksilöllistä kokemusta. Terveysviestintä on yksi tällainen, terveyttä ja sairautta tuottava yhteiskunnallinen ja kulttuurinen käytäntö ja terveyksiä ja sairauksia tuottavan valtakamppailun alue. Kun terveysviestintä määritellään kulttuurisesta näkökulmasta, terveyksiä ja sairauksia ei voi erottaa viestinnästä. Siten terveysviestintää ei voi rajata koskemaan vain sellaista viestintää, joka edistää terveyttä ja hoitaa sairautta tai joka välitetään joukkoviestimissä.

Määrittelen terveysviestinnän kulttuurisesta näkökulmasta ja sisällöllisesti laajasti:

*Terveysviestintä on terveyksiä ja sairauksia tuottava kulttuuri-
nen ja yhteiskunnallinen käytäntö. Konkreettisesti terveysviestintä on terveyden ja sairauten sekä niiden tutkimiseen ja hoitoon liittyvää viestintää kaikilla viestinnän alueilla eli keskinäis-, kohde- ja joukkoviestinnässä. Sisällöllisesti terveysviestintä voi perustua tietoon, tunteeseen tai kokemukseen ja olla sekä fak-
tuaalista että fiktiivistä.*

TERVEYSJOURNALISMI

Terveysjournalismi on osa terveysviestintää. Journalismin arjessa on luontevaa puhua uutisjournalismista, urheilujournalismista, talousjournalismista – ja terveysjournalismista. Journalistiset erikoisalat kiinnittyvät luontevasti osaksi journalistista käytäntöä ja saavat nimensä usein toimituksellisen työnjaon perusteella. Journalismin erikoisalanimitykset ovat lähtöisin ennen kaikkea journalistisen työn käytännöistä, joissa journalismi eriytyy omaksi erikoisalakseen aiheen perusteella. Tällainen ihelähtöinen jako näkyy esimerkiksi sanomalehtien osastoissa; taloussivuilla on talousjournalismia ja urheilusivuilla urheilujournalismia. Sähköisissä viestimissä terveysaiheita käsitellään sekä uutis- ja ajankohtaisohjelmissä että omissa erikoisohjelmissään. Aikakauslehdissä terveysaiheet ovat monien yleisaikakauslehtien kestoaiheita. Vuonna 2008 Suomessa ilmestyy kahdeksan suurelle yleisölle suunnattua aikakauslehteä, joiden keskeisinä aiheina ovat terveys ja hyvinvointi. (Aikakauslehtien liitto 2008).¹³ Vaikka terveystoimituksia ei sanomalehdissä olekaan, niin

13 Hyvä Terveys, Kotilääkäri ja Voi hyvin -lehdet ovat oman ilmoituksensa mukaan keskittyneet terveyden ja hyvinvoinnin kysymyksiin. Näiden lehtien lisäksi Aikakauslehtien liiton lehtiluettelossa on lehtiä, joissa terveys on yksi keskeinen teema. Tällaisia lehtiä ovat esimerkiksi

monissa uutis- ja ajankohtaistoimituksissa on aihealueeseen pe-
rehtyneitä toimittajia. Terveystä kirjoittavat toimittajat ovat sekä
sosiaali- ja terveysaiheiden erikoistoimittajia että tiedetoimittajia.¹⁴
Journalististen käytäntöjen näkökulmasta katsottuna terveysjourna-
lismi-termi on luonteva ja se sujahtanee sujuvasti muiden erikois-
alojen joukkoon.

Kansainvälisesti termi terveysjournalismi (health journalism)
ei kuitenkaan ole kovin käytetty vaan sen sijaan käytetään usein
termiä lääketieteellinen journalismi (medical journalism). Termien
välillä ei ole selvää eroa ja usein niitä käytetään toistensa synonyy-
meina. Toisinaan termejä käytetään rinnakkain (esim. Lantz &
Lanier 2002), jolloin lääketieteellisellä journalismilla viitataan lää-
ketieteestä kirjoittavaan journalismiin ja terveysjournalismilla jour-
nalismiin, jossa terveyttä käsitellään myös muusta kuin lääketieteen
näkökulmasta. Tällöin terveysjournalismi on laajempi käsite kuin
lääketieteellinen journalismi. Ragnar Levin (2001, 4) mukaan lääke-
tieteellisen journalismin aiheisiin kuuluvat sekä yleiset terveysaiheet
että lääketieteelliset aiheet. Lisäksi lääketieteellinen journalismi
on journalististen ammattilaisten tuottamaa ja suurelle yleisölle
suunnattua journalismia. Lääketieteelliset joulaleissa julkaistut
tieteelliset artikkelit eivät tämän määrittelyn mukaan ole lääketie-
teellistä journalismia, sillä ne on suunnattu ammattilaisille eivätkä
niiden kirjoittajat ole journalisteja. Levin määrittelyn rajaukset ovat
ongelmallisia, sillä tiukasti tulkiten ne sulkevat pois paitsi tieteelli-
set lehdet myös lääkäreiden kirjoittamat lääketiedettä popularisoi-
vat kirjoitukset, kuten sanomalehtien asiantuntija-artikkelit ja ko-
lunnit. Myöskään potilasjärjestöjen jäsenlehdet, jotka ovat merkit-

si Fitness, KG, Kunto plus, Kauneus ja terveys sekä Sport. Terveysteen
erikoistuneet lehdet on luokiteltu Aikakauslehtien liiton luokittelussa
naisten erikoislehdiksi.

14 Suomessa terveydestä kirjoittavien toimittajien yhdistys on nimeltään
Lääketieteen toimittajat. Yhdistyksessä oli vuoden 2008 alussa 258 jä-
sentä (Lääketieteen toimittajat 2008).

tävä tiedon ja vertaistuen lähde lukijoilleen (ks. Vainio 2005), eivät kuuluisi lääketieteelliseen journalismiin. Lehtien kohdeyleisöhän ei ole suuri yleisö vaan rajattu jäsenistö eivätkä juttujen kirjoittajat ole läheskään aina journalisteja vaan järjestöjen aktiiveja.

Suomalaisessa viestinnän tutkimuksessa terveysjournalismikäsitettä lienee käytetty ensimmäisiä kertoja 1980-luvun alussa. Irja Idman (1983) käyttää terveysjournalismi-termiä tutkimuksessaan, jossa hän erittelee aikakauslehtien terveyttä käsittelevien juttujen muuttumista vuosien 1960 ja 1980 välisenä aikana. Tutkituissa lehdistä: Kotiliedessä, Seurassa ja Terveydenhoitolehdessä terveysaiheiden määrä kasvaa. Terveys vakiintuu 1975–1980 välisenä aikana aikakauslehtijournalismin vakioaiheeksi. Samaan aikaan terveysjournalismi kypsyy kulinaristiseen vaiheeseensa. (Mt., 5, 11–18.) Kulinaristisella journalismilla tarkoitetaan journalismia, joka dramatisoi ja kärjistää, valikoi aiheekseen ihmeperannukset, oudot sairaudet ja julkkisten tarinat. Nykyisessä journalismikritiikissä kulinarisoinen sijaan käytettäisiin termiä tabloidisaatio. Idman (mt., 9) ei tee selvää eroa terveysjournalismin ja terveysvalistuksen välille. Implisiittisesti oikein toimiva terveysjournalismi rinnastuu terveysvalistukseen ja sen tehtäviin. Terveysjournalismi ja terveysvalistus rinnastetaan toisiinsa myös Idmanin ja Uusituvan (1981) artikkelissa, jossa eritellään terveysvalistusta joukkotiedotuksessa. Erittelyn kohteena ovat Suomen Terveydenhoitolehti ja sen seuraaja Kotilääkäri.

Terveysjournalismi-käsite nostaa esiin pienen, mutta mielenkiintoisen kysymyksen: miksi terveys- eikä sairausjournalismi? Nimestään huolimatta terveysjournalismi käsittelee enimmäkseen sairautta eikä terveyttä. Kiinnittyminen terveysvalistuksen perinteeseen selittää osin termin käyttöä. Terveys-alku on luonnollinen täydennysosa journalismiin, jonka katsotaan kuuluvaksi osaksi terveysvalistusta. Lisäksi terveys-alkua selittänee terveys- ja sairauskulttuurin muutos. Taudeista, tautien hoitamisesta ja torjumisesta

on siirrytty kohti terveyttä ja terveyden edistämistä. (Ks. Nettleton 1995, 11–13.) Enää ei ole tapana puhua esimerkiksi taistelusta sydäntauteja vastaan vaan sydämen terveyden edistämisestä. Muutos näkyy muun muassa joidenkin potilasjärjestöjen nimissä: Keuhkovammaliitto on nykyään Hengityслиitto Heli ja Sydäntautiliitto Sydänliitto.

Terveysjournalismin ristipaineet

Terveysaiheet kuuluvat journalismin vakioaiheisiin. Terveysaiheet kiinnostavat myös yleisöä. Joukkotiedotusviestimet, sekä lehdet että televisio, ovat kansalaisille keskeisiä terveystiedon lähteitä. (Atkin & Arkin 1990, 14, 20–21, Eklund 2002, Ericksson-Backa 2003, 107–112; Valtakunnallinen aluemediatutkimus 1997–1998.) Myös terveydenhuolto ja lääketiede ovat entistä kiinnostuneempia yhteistyöstä median kanssa. Terveydenhuollon viestinnän kehittämisen tarpeet ovat yksi syy siihen, että terveydenhuolto kiinnittää entistä enemmän huomiota mediasuhteisiinsa. (Stuyck 1990; Nordman 2002.) Joukkoviestimet voivat olla keino korjata terveydenhuollon viestinnällisiä puutteita, sillä vähäinen tiedonsaanti on yksi hoitotyytymättömyyden kesto-syistä (esim. Töyry ym. 2000). Lisäksi yhteistyöhön median kanssa houkuttaa sekä halu vaikuttaa kansalaisten terveyskäyttäytymiseen että terveystieteeseen ja lääketieteen rahoitukseen liittyvät pyrkimykset. (Ruuskanen & Jalanko 1997; Garpenby 1991.) Yhteistyö eri toimijoiden välillä on ollut ristiriitaista, sillä lääketieteen ja terveydenhuollon näkemykset hyvästä terveysjournalismista eivät ole yhteneväisiä journalismin itseymmärryksen kanssa. Terveydenhuollon ja lääketieteen näkökulmasta katsottuna terveysjournalismi ja terveysviestintä ymmärretään ensisijaisesti tiedonvälityksenä: terveysjournalismin odotetaan välittävän ensisijaisesti oikeata ja objektiivista tietoa lääketieteestä ja palvelevan terveyden edistämisen päämääriä. (Nelkin 1996; Kangaspunta & Huusko 2001, 42–43.) Terveydenhuollon ammattilaiset ovatkin kritisoineet terveysjourna-

lismien kykyä välittää oikeaa tietoa sekä lääketieteestä että terveydestä ja sairaudesta yleensä (ks. esim. Arvoista valintoihin 1994, 20–21; Poikolainen 1989; Ruuskanen & Jalanko 1997).

Lääkäreiden ja toimittajien vastakkainasettelua on yritetty purkaa monin tavoin. Lääkärit ja toimittajat ovat julkaisseet yhteisen tiedotussuosituksen (Lääkärien ja journalistien tiedotussuositus 2004; ks. myös Halonen M. 1999). Toimittajat ovat opetelleet toimimaan lääkäreiden kanssa ja lääkärit toimittajien. Lääkäreille kirjoitetuissa oppikirjoissa (esim. Rowan 2000) ja kurssilla opetetaan toimimista mediassa. Mediasuhteet ovat esillä myös lääketieteellisissä konferensseissa. Esimerkiksi Suomen lääkäripäivien ohjelmassa on useana vuonna ollut mukana luentoja, joissa on käsitelty media-aiheita (Suomen Lääkäripäivät 2008).

Terveydenhuollon ja journalismin ristivetoinen suhde ei ole ai-
nutlaatuista vaan päinvastoin. Perinteisesti journalismin ja lähteiden suhdetta on kuvattu monitahoiseksi kilpailutilanteeksi. Tiedotusvälineet kilpailevat keskenään lähteistä ja lähteet julkisuustilasta. Journalistit ja lähteet kamppailevat sekä siitä, kumman näkökulma määrittää julkisuutta että siitä, minkälaiset tiedot pääsevät julkisuuteen. Journalismin suhdetta vallakkaisiin ja virallisiin lähteisiin on kuvattu jopa symbioottiseksi: journalismi pönkittää vallakkaiden arvovaltaa ja päinvastoin. (Esim. Luostarinen 1994, 44–45, 64.) Tämä ristiriita näkyy myös terveysjournalismissa, jonka toimintaan yhtäältä vaikuttavat journalismin omat käytännöt ja ihanteet ja toisaalta lääketieteen arvovalta ja biolääketieteellisesti painottunut terveyskulttuuri. Ainakin toistaiseksi terveysjournalismi on näyttänyt kunnioittavan terveydenhuollon ammattilaisten auktoriteettia ja vain harvoin kyseenalaistanut ”lääketieteen totuuksia”. (Finer, Tomson & Björkman 1997; Järvi 2002; Lupton & McLean 1998; Perttilä & Sinkkonen 1998.) Terveysjournalismin auktoriteettisuus näyttäisi eroavan journalismin yleisistä ihanteista ja käytännöistä. Kriittinen suhtautuminen lähteisiin ja vallan vahtiminen ovat jour-

nalismien keskeisimpiä ihanteita ja toimintamalleja, vaikkei niitä aina käytännössä pystyttäisikään toteuttamaan (Heinonen 1995).

Terveysjournalismin auktoriteettiuskolle ja lääketieteellisen faktatietoihin painottumiselle on useita syitä. Ensiksi terveysjournalismilla voidaan vaikuttaa ihmisten terveystietoisuuteen ja äärimmillään väärin tietojen voi ajatella aiheuttavan jopa jonkun kuoleman (Tikkanen 1993; Poikolainen 1989). Toiseksi lääketieteellinen tieto mielletään helposti ”puhtaaksi, oikeaksi tiedoksi”, jolla ei ole yhteyttä vallankäyttöön. Tyypillisesti toimittajat suhtautuvat lääketieteeseen, kuten tieteeseen yleensäkin, auktorisoituna tiedon lähteenä ja vain harvoin kritisoivat tiedettä. (Kärki 1998 53–56; Väli-
verronen 1996, 157–158, 197.) Kolmanneksi lääkäreiden kollegiaalisuus ja pyrkimys pitää ristiriidat ammattikunnan sisällä vaikuttanevat lääketieteen ja koko terveydenhuollon julkisuuskuvaan (Arrelöv 1997; ks. myös Hemminki 2004).

Journalistiset käytännöt ja esittämisen tavat esitetään usein syyksi siihen, miksi terveysjournalismi on sellaista kuin se on. Esimerkiksi dramaattiset sairaudet ja tapahtumat päätyvät uutispalstoille, koska ne vastaavat uutiskriteereitä. Sairaustarinoiden kärjekkaat esitystavat puolestaan selittyvät journalismin tabloidisaatiolla. (Esim. Entwistle 1995; Seale 2002, 39–42.) Journalistiset käytännöt ja esitystavat ovat muokkaamassa terveysjournalistista tekstiä, mutta ne selittävät vain osittain, miksi tämä aihe tai tuo näkökulma on mukana tässä jutussa eivätkä edes yritä vastata miksi-kysymykseen. Kun terveysjournalismin biolääketieteellinen hegemonia selitetään journalistisilla lähdekäytännöillä ja asiantuntijariippuvuudella, tuloksena on kehäpäätelmä. Journalismien terveydet ja sairaudet ovat biolääketieteellisiä, sillä journalismi tukeutuu vakiintuneisiin ja valtakansallisiin lähteisiin. Terveyden ja sairauden –kysymyksissä vakiintuneita lähteitä ovat lääketieteilijät, joihin journalismi tukeutuu ja siksi terveysjournalismissa (bio)lääketieteellinen näkökulma on vallitseva. Sen sijaan kysymys, miksi terveyden ja sairauden asian-

tuntijoiksi valikoituu juuri lääketieteilijöitä eikä esimerkiksi terveys sosiologeja, poliitikkoja tai potilaita, jää vastausta vaille. Koska journalismissa rakentuvat terveydet ja sairaudet ovat osa terveyden ja sairauden kulttuurista tuottamista, ei terveystjournalismin tutkimuksessa voi pitäytyä vain journalismissa vaan erittelyssä on otettava huomioon koko yhteiskunnallinen ja kulttuurinen konteksti, jossa terveydet ja sairaudet rakentuvat. Vaikka journalismin terveydet ja sairaudet ovat journalistisia konstruktioita, se ei tarkoita, ettei niillä olisi mitään yhteyttä muihin terveyksiin ja sairauksiin. Journalismin terveydet ja sairaudet kertovat osaltaan siitä ajasta ja tilasta, joka mahdollistaa kaikki muutkin terveydet ja sairaudet. Journalismin terveyksien ja sairauksien ymmärtäminen edellyttää myös muiden terveyksien ja sairauksien ymmärtämistä. Seuraavassa luvussa lisään ymmärrystäni terveyksistä ja sairauksista analysoimalla terveyden ja sairauden käsitteitä.

Niin *Taikavuori*-romaanin tautikuvaukset, arkiset puheenparret kuin journalistiset sairaustekstit ovat osa terveyksien ja sairauksien diskursiivista muodostelmaa. Journalistisessa tekstissä rakentuvissa terveyksissä ja sairauksissa on jälkiä muista terveyksistä ja sairauksista. Journalistiset terveydet ja sairaudet muodostavat kuitenkin *oman* diskursiivisen muodostelmansa; ne eivät ole toisintoja muista terveyksien ja sairauksien diskursseista. Journalistisen tekstin terveydet ja sairaudet ovat journalistisia diskursseja, eivät journalismin toisintamia terveydenhuollon, lääketieteen tai jonkin muun terveyttä tai sairautta käsittelevän puhujan diskursseja. Journalistiset diskurssit eivät kuitenkaan rakennu vain journalismin piirissä vaan journalistisen tekstin terveydet ja sairaudet ovat yhteydessä muihinkin terveyksiä ja sairauksia tuottaviin diskurssiivisiin käytäntöihin. Nuo käytännöt pitävät sisällään sekä journalismiin että terveys- ja sairauskulttuuriin liittyviä ehtoja, jotka ohjaavat, mitä voidaan lausua ja mitä ei.

Tämän tutkimuksen lähtökohta on journalistisessa tekstissä, jonka ymmärrän yhdeksi terveyksiä ja sairauksia tuottavaksi kulttuuriseksi käytännöksi. Yhdet puolet tuosta käytännöstä on helposti nähtävissä, toiset puolestaan ovat lähes näkymättömissä. Tutkimuksen metodinen ongelma on se, miten voi tutkia sitä, mikä on vaikeasti nähtävissä. Journalistisessa tekstissä näkyvät terveydet ja sairaudet ovat tekstin pinnalla päällimmäisenä näkyviä, hegemonisia diskursseja, jotka ovat kohtuullisen helposti tunnistettavissa. Näkymättömät terveydet ja sairaudet ovat myös osa diskursiivista muodostelmaa, mutta toisin kuin näkyvät, hegemoniset diskurssit, ne jäävät muodostelman reunoille ja väliin. Analyysin metodinen pulma on siis se, miten etsiä ja analysoida noita lähes näkymättömiä, ei-hegemonisia diskursseja.

Journalistisessa tekstissä terveyksien ja sairauksien diskursiivista muodostelmaa tuottavat siis sekä läsnä ja näkyvissä olevat diskurssit että näkymättömissä, mutta silti läsnä olevat diskurssit. Hegemoniselle diskurssille alisteisten diskurssien olemassaolo on

välttämätöntä, sillä diskurssin hegemonia voi rakentua vain suhteessa toisiin diskursseihin. Siten (bio)lääketieteellisen sairausdiskurssin hegemonia edellyttää, että on olemassa muitakin tapoja puhua ja määrittää sairautta. Näiden piiloisten terveyksien ja sairauksien erittelmiseksi ei riitä empiirisen aineiston helposti havaittavien diskurssien kuvaaminen ja luetteloiminen, vaan aineiston analyysi tarvitsee tuekseen teoreettista terveyksien ja sairauksien erittelyä.

KOLMENLAISTA SAIRAUTTA

Sairauksia yhteiskunnallisesta, filosofisesta, antropologisesta tai historiallisesta näkökulmista lähestyvissä tutkimuksissa on tehty eroja erilaisten sairauksien välillä. Sairauksia on eroteltu toisistaan sekä määrittelijän että määritelmän perusteella. Selvin määritelmällinen ero on sairauden kokijan määrittelyn ja lääketieteellisen tautimäärittelyn välillä. (Ks. esim. Eisenberg 1977; Kleinman 1978, 88–89; 1988, 3–8; Young 1982; Hellman 1990, 86–91; Nettleton 1995, 78–79; Kokko 1988, 148–149; Honkasalo 1994, 126–127.) Lääketieteellisellä ja kokemuksellisella sairaudella on yhteiskunnallinen puolensa. Yhteiskunnallinen sairausmäärittely asemoi yksilön sosiaalisesti ja liittyy yhteen yksilön sairauden kokemisen, lääketieteelliseen tautimäärittelyn sekä hoidon kanssa. (Young 1982.) Englanninkielisessä terminologiassa eri sairauden puolilla on omat terminsä: *sickness*-käsitteellä viitataan sairauden sosiaaliseen puoleen ja sen seurauksiin, *illness*-käsitteellä sairauden kokemukseen ja *disease*-käsitteellä lääketieteelliseen tautiin. (Eisenberg 1977; Young 1982, 264–266; Nettleton 1995, 70–78; Radley 1994, 2–5; ks. myös Hofmann 2002, paper 2.) Suomenkielisessä terminologiassa vastaavaa erottelua ei ole käytössä.

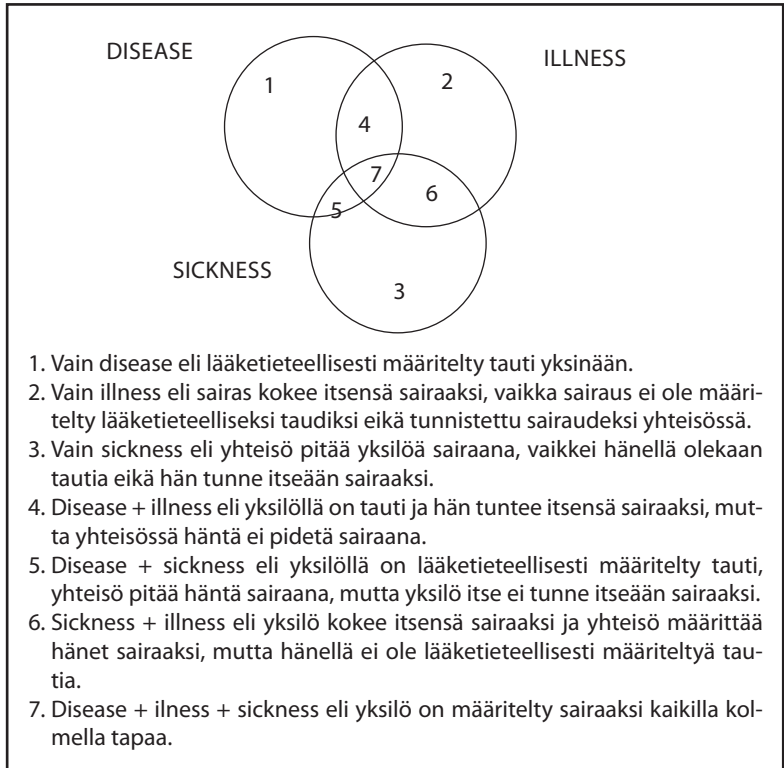
1 Hofmanin teos on väitöskirjan verkkojulkaisu, joka sisältää johdannon lisäksi kuusi tieteellisissä joulleissa julkaistua artikkelia. Kussakin artikkelissa on oma sivunumerointinsa. Jo julkaistuissa sivunume-

Sosiologi Andrew Twaddle (1994a ja b)² käyttää myös ruotsinkielisessä artikkelissaan (1994a) englanninkielistä terminologiaa. Hän määrittelee englanninkielisten sanojen merkitykset näin: *Disease* tarkoittaa fysiologista toimintahäiriötä, *illness* subjektiivista sairauden kokemista ja *sickness* sosiaalista puolta, sairautta sosiaalisen yhteisön määrittelemänä. Siten disease olisi objektiivinen ilmiö, illness subjektiivinen ja sickness intersubjektiivinen³. Twaddle (1994b, 7) jakaa sairaudet kolmeen useiden tekijöiden perusteella. Kullakin sairaudella on oma ”tapahtumapaikkansa”: Disease on organismin sairautta, joka havaitaan tarkkailemalla ja mittaamalla fysiologisia toimintoja. Illness on sairautta henkilön kokemusmaailmassa ja se perustuu sairaan kokemuksellisiin havaintoihin. Sickness on yhteiskunnallista sairautta, joka näkyy sosiaalisen toimintakyvyn muutoksina. Sickness voidaan havaita sekä tarkkailemalla sosiaalista toimintaa että haastatteleamalla sairaan kanssa tekemisissä olevia ihmisiä. Twaddle tiivistää kolmen sairauden -mallinsa kuvioon, jossa disease, illness ja sickness voivat esiintyä joko yksinään tai erilaisina yhdistelminä (kuvio 4).

rinti on alkuperäisjulkaisun mukainen; väitöksen aikaan julkaisemattomissa artikkeleissa numerointi alkaa kussakin alusta. Artikkelit on eroteltu toisistaan merkinnöin Paper 1–6.

- 2 Twadden on esittänyt mallinsa ensi kerran väitöskirjassaan 1968, ks. Twaddle 1994a, 40.
- 3 Lääketieteellinen antropologi Alan Young (1982, 268–271) ymmärtää sicknessin hieman toisin kuin Twaddle. Youngille sicknessiä ovat yhteiskunnalliset käytännöt ja rakenteet, joissa lääketieteelliset taudit ja yksilölliset sairauskokemukset sosiaalistuvat.

Kuvio 4. Disease, illness ja sickness Twaddlen (1994a, 15) mukaan



Twaddlen mallin erilaiset sairaudet muodostavat yhteensä seitsemän yhdistelmää. Sairaus voi ilmetä vain yhdenlaisena sairautena eli se voi olla vain disease, illness tai sickness. Jos yksilöllä on vain disease, se merkitsee, että lääketiede toteaa hänen olevan sairas. Sen sijaan yksilö itse ei koe olevansa sairas eikä ympäristö määritä häntä sairaaksi. Jos yksilöllä on vain illness, se merkitsee, että yksilö tuntee itsensä sairaaksi, vaikka sairautta ei ole määritelty lääketieteelliseksi taudiksi eikä yhteisö pidä häntä sairaana. Yksinään ilmenevä sickness merkitsee, että yhteisö määrittää yksilön sairaaksi, vaikkei

lääketiede tai yksilö itse määrittelee tilaa sairaudeksi. Kuviossa neljä nämä yksinään ilmenevät sairaudet ovat tapaukset 1–3. Sairas voi olla sairas myös kaikilla kolmella tavalla määriteltynä, jolloin sairaalla on lääketieteellinen tauti, hän kokee itsensä sairaaksi ja yhteisö määrittää hänet sairaaksi (kuviossa 4 tapaus 7). Sairas voi olla lääketieteellisesti ja kokemuksellisesti sairas, mutta suhteessa ympäristöön hän käyttäytyy kuin terve. Toisin sanoen sosiaalisesti yksilöä ei ole määritelty sairaaksi, vaikka sekä yksilön on oman kokemuksensa ja lääketieteen mukaan sairas (kuviossa 4 tapaus 4). Yksilö voi kokea itsensä terveeksi, vaikka lääketiede ja ympäristö pitävät häntä sairaana (kuviossa 4 tapaus 5). Ympäristö ja yksilö itse voivat määritellä tilanteen sairaudeksi, vaikka lääketiede ei tilannetta sairaudeksi määrittelekään (tapaus 6).⁴

Twaddlen kolmen sairauden -malli on hedelmällinen lähtökohota erityisesti siksi, että nuo kolme sairautta voivat olla keskenään ristiriidassa. Twaddle ei kuitenkaan nimitä noita ei-sairauksia terveyksiksi vaan jättää tilat nimeämättä. Epäselväksi siis jää se, onko vain osin sairaaksi nimetty yksilö muilta osin terve. Twaddlen kolmen sairauden -mallin suurin pulma on pyrkimys kattavaan ja tarkkarajaiseen luokitteluun. Kaikki sairaudet eivät kuitenkaan malliin

4 Lennart Nordenfeltin (1994) kritisoi Twaddlen mallin sickness-määrittelyä. Sickness on Nordenfeltin (mt., 27–31) kritiikin mukaan sekoitus kahdesta muusta luokasta. Yhtäältä sicknessiä määrittää sairaan oma toiminta, kuten hakeutuminen lääkärin vastaanotolle. Toisaalta sicknessiä määrittää lääkärin tekemä tautimääritys. Lisäksi sickness eroaa ontologisesti kahdesta muusta sairaudesta. Sickness on sopimuksenvaraisesti tuotettu tila, joka ei ole minkään ”luonnollisen tapahtuman seuraus”, kuten illness ja disease. Disease on seurausta organismin toiminnan häiriöstä, illness yksilön sairauden kokemuksesta. Twaddle (1994c, 46–47) kiistää Nordenfeltin kritiikin. Sickness on Twaddlen (mt.) mukaan seurausta muutoksista yksilön sosiaalisissa suhteissa. Sickness ei ole sen enempää normatiivinen käsite kuin kaksi muutakaan sairautta. Objektiivisten biologisten tapahtumien nimeäminen taudiksi on sidoksissa taudin määrittelyn normeihin. Illnessin normatiivisuus puolestaan on lähtöisin yksilöllisestä tavasta mieltää jokin epänormaaliksi tai normaaliksi. (Mt. 48.)

mahdu. Esimerkiksi mielisairaus voi olla disease, vaikkei sen elimellistä alkuperää olisi osoitettavissakaan. Twaddlen luokittelun tarkkarajaisuus juontanee juurensa mallin syntyajan, 1960-luvun, tieteellisestä ajattelusta. Taustalla on näkemys sairauksien objektiivisesta luonteesta. Vaikka Twaddle (1994c, 48) pitää kaikkia sairauksia normatiivisina, on taustalla kuitenkin ajatus sairauksista objektiivisen todellisuuden ilmiönä, joita tutkitaan tieteen keinoin. Luokittelun tavoitteena on olla universaali tieteen työväline, jonka avulla sairaudet voidaan järjestää.

Nämä kolme erilaista sairautta voisi ymmärtää myös kolmeksi lähestymistavaksi, jolloin tavoitteena ei ole luoda universaalia sairauden määrittelytyökalua vaan sairauksien ymmärtämisen apuväline. Hofmann (2002, paper 2) pitää Twaddlen sairauden käsitteen kolmijakoa hedelmällisenä, sillä se tekee näkyväksi terveydenhuollon peruskäsitteiden ristiriitaisuuden. Tiukkojen ja yhdenmukaisten sairausmääritelmien esittäminen on vaikeaa, sillä disease, illness ja sickness eivät ole toisiaan poissulkevia määrittelyjä vaan ne ovat toisistaan riippuvaisia. Hofmann (2002) on hyödyntänyt kolmijakoa tutkiessaan lääketieteen ja teknologian suhdetta, jolloin sairauden rajaaminen lääketieteelliseen tautiin on ollut tutkimuksellisesti mielekästä.

Tulkitsen Twaddlen mallia toisin kuin Nordenfelt (1994) ja Hofmann (2002). Vaikka mallissa ei näkyvästi määritellä terveyksiä, ne ovat implisiittisesti läsnä. Twaddlen mallissa esitetyt ristiriitailanteet, joissa sairaus on sairautta vain yhden tai kahden sairauden näkökulmasta pitää sisällään oletuksia terveydestä. Jos lääketiede ja ympäristö määrittelevät yksilön sairaaksi, mutta yksilö itse ei, niin eikö hän silloin ole kokemuksellisesti terve. Siten ei ole vain yhtä terveyttä ja kolmenlaista sairautta vaan myös terveyksiä on useita. Yksilö voi olla terve lääketieteen, ympäristön ja oman kokemuksensa näkökulmista katsottuna. Ihmisen olemisen tiloja voidaan määrittellä paitsi ainakin kolmenlaisiksi sairauksiksi, myös kolmenlaisiksi

terveyksiksi. Terveydet ovat itsenäisiä sikäli, ettei yhdestä terveydestä väistämättä seuraa muita terveyksiä. Yksilö voi kokea itsensä terveeksi, vaikkei hän olisikaan lääketieteellisesti terve, siis tauditon. Terveyksien itsenäisyys ei kuitenkaan merkitse riippumattomuutta, vaan erilaiset sairausmäärittelyt ovat yhteydessä toisiinsa ja vaikuttavat toisiinsa.

Twaddlen malli on saanut vaikutteita WHO:n terveyden määrittelystä. Mallin syntyaikoina, 1960-luvulla, terveyskeskustelujen keskiössä oli Maailman terveysjärjestön terveyden määritelmä (WHO 1948), jonka mukaan terveys ei ole vain sairauden poissaoloa vaan täydellistä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Mallin kolme sairautta kiinnittyvät Twaddlen (1994b, 5) mukaan tuohon määrittelyyn. Yhtäläisyydet kolmen sairauden ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden välillä ovat pulmallisia. Lääketieteellinen tauti (disease) ei tarkoita, että kyse olisi vain biolääketieteellisestä taudista. Psykiatriassa ja sosiaalilääketieteessä taudeiksi voidaan määritellä sairauksia, joiden ei voida osoittaa olevan seurausta organismin muutoksista. Yksilön kokemus sairaudesta (illness) voi olla paitsi psyykkinen, myös fyysinen ja sosiaalinen kokemus. Samoin ympäristö voi määrittää yksilön sairauden fyysiseksi, psyykkiseksi tai sosiaaliseksi. Twaddlen mallia olisikin syytä hyödyntää alkupe-
räistä luokittelupyrkimystä laveammin ja ymmärtää kolme sairautta kolmeksi lähestymistavaksi tai ulottuvuudeksi. Tämä laveampi ymmärrys edellyttää, ettei sairauksia (ja terveyksiä) kiinnitetä tiukasti joko organismin, yksilön psyykeen tai sosiaalisen ympäristön tapahtumiksi. Omassa analyysissäni tämä tarkoittaa, että illness, disease ja sickness toimivat katsomiskulmina, joiden kautta journalistisen tekstin terveyksiä ja sairauksia avataan. Tässä tutkimuksessa terveyden ja sairauden mallin kolme ulottuvuutta ovat nimenomaan metodisia lähestymistapoja, eivät tiukkoja terveys- ja sairauslajiluokitteluja.

TERVEYDEN JA SAIRAUDEN KOLME ULOTTUVUUTTA

Terveyden ja sairauden kolme ulottuvuutta on teoreettinen mallinnos, jonka olen rakentanut tutkimukseni apuvälineeksi. Nämä kolme ulottuvuutta ovat lääketieteelliseen määrittelyyn ja käytäntöihin perustuva tautisuus (disease), yksilön sairauden ja terveyden kokemukseen perustuva potemus (illness) sekä yhteiskunnallisten instituutioiden määrittelyissä rakentuva terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys (sickness). Yhdessä ulottuvuudessa terveys ja sairaus rakentuvat sekä julkilausutuissa määritelmissä että käytännöissä, joissa määrittely ei ole selvästi näkyvissä. Ulottuvuudet ovat erotettavissa toisistaan vain teoreettisesti, käytännössä tekstien lausumisessa terveydet ja sairaudet ovat aina kietoutuneita toisiinsa.

Vaikka journalistisessa tekstissä nousee esiin ensisijaisesti lääketieteellinen tauti, mukana on aina myös sairauden kaksi muuta ulottuvuutta. Ulottuvuudet eivät siis ole erillisiä diskursseja, joita toisinnetaan journalistisessa diskurssissa. Ulottuvuudet ovat ikään kuin diskurssiverkon solmuista lähteviä lankoja, joiden kautta diskurssi on yhteydessä toisiin ei-journalistisiin diskursseihin. Lääketieteellinen tautiulottuvuus on yhteydessä lääketieteen tautiymmärrykseen. Yksilöllinen kokemus puolestaan tuottaa sairautta koetun ja eletyn kautta. Yhteiskunnallisessa ulottuvuudessa terveydet ja sairaudet rakentuvat sosiaalisena ja poliittisena toimintana ja ovat osa terveyden ja sairauden sosiaalista järjestystä.

Metaforisesti terveyden ja sairauden ulottuvuudet voi ymmärtää avaruudellisena tilana (ks. kuvio 6. s. 123), jolloin yksittäisissä terveyttä tai sairautta koskevissa ilmiöissä ovat aina mukana kaikki terveyden ja sairauden ulottuvuudet. Kaikissa tilanteissa kaikki ulottuvuudet eivät kuitenkaan ole näkyvissä, vaan kukin terveyksien ja sairauksien tuottaja lähestyy niitä omista lähtökohdistaan. Lääketieteellisessä tutkimuksessa ei ole yleensä tarpeen eritellä, miten

taudin kantaja kokee oireet. Sairastuneelle oireet sen sijaan ovat sairauden lähtökohta. Terveyden ja sairauden ulottuvuudet eivät kuitenkaan ole irrallaan toisistaan, vaan puhumisen tavat lainautuvat ja kiertävät diskurssista toiseen. Ulottuvuudet eivät ole universaaleja, vaan ne ovat sidoksissa aikaan ja paikkaan, jotka asettavat rajoja ja ehtoja sille, mitä voidaan sanoa ja mitä ei.

Ulottuvuudet ovat keino avata journalistista terveysdiskurssia ja sitä tuottavaa diskursiivista käytäntöä. Joissakin teksteissä jokin ulottuvuus on hallitsevampi kuin toinen, mutta periaatteessa jokaisessa terveys- ja sairauspuheessa on yhteyksiä kaikkiin ulottuvuuksiin. Nuo yhteydet voivat olla diskurssiverkon näkyviä solmuja tai niiden väliin jääviä, huomaamattomia silmiä. Aineiston analyysissä nämä ulottuvuudet ovat keino nähdä diskursiivisen muodostelman koko havas solmuineen, säikeineen ja silmineen. Ulottuvuudet ovat terveysjournalistisen tekstin analyysin apuväline, eivät terveyksien ja sairauksien tyhjentävä mallinnus.

Ulottuvuuksien ensimmäiset versiot ovat syntyneet jo tutkimuksen suunnitelmavaiheessa, jolloin ryhdyin pohtimaan journalismin suhdetta terveyteen ja sairauteen ja ennen kuin olin edes aloittanut tutkimusaineiston analyysiä. Mallin lähtökohdat ovat aiemmassa tutkimuksessa ja eri tieteenalojen terveys- ja sairauskäsitteissä. Tässä mielessä malli ei ole puhtaasti aineistolähtöinen. Sanomalehtiaineistoa analysoidessani huomasin myös, että aiempien (media) tutkimusten lääketieteelliset tai yksilöiden sairauskokemuksiin perustuvat terveys- ja sairausmäärittelyt eivät antaneet riittävää perustaa aineiston analyysille. Sanomalehden sivuille rakentuvia terveyksiä ja sairauksia ei voinut selittää vain lääketieteellisen taudin tai yksilöllisen kokemuksen kautta. Seuraavissa alaluvuissa erittelen kolmen ulottuvuuden mallia selvittämällä niitä ehtoja, joissa kukin ulottuvuus tuottaa terveyttä ja sairautta.

Lääketieteellinen tauti

Journalististen tekstien lääketieteellisen tautidiskurssin erittelyn lähtökohtana on lääketieteen tapa määrittää terveyttä ja sairautta. Journalistisessa tekstissä lääketieteellinen tauti on journalismin diskursiivinen käytäntö. Vaikka se ei ole toisinto lääketieteellisestä tautidiskurssista, se kuitenkin verkottuu lääketieteen kanssa. Tämän vuoksi avaan journalismin lääketieteellistä terveys-sairaus -ulottuvuutta lääketieteen teoreettisten lähtökohtien kautta. Apunani käytän lääketieteen filosofiaa, sillä tieteen teoreettisten lähtökohtien erittely ei ole kuulunut lääketieteen perinteeseen (ks. Pellegrino & Thomasma 1981, 58). Lääketiede kiinnittyy tiedeperustaltaan luonnontieteisiin, joissa tieteellinen tutkimus alkaa todellisuuden havainnoinnista. Empiirisiä kokeita pidetään objektiivisina todellisuuden löytämisen keinoina, jotka eivät ole tieteen filosofoiden tai tieteellisten aatteiden ohjailtavissa. (Alanen 1995, 37–40.)⁵

Modernin lääketiede alkoi muotoutua 1700-luvun loppupuolella ja muutti siihenastisen käsityksen sairaudesta ja sen hoidosta perusteellisesti. Sairauden hoitamisesta tuli modernia tiedettä, jonka kohteena ei ollut sairastava ihminen vaan ihmisen kantama tauti. Tieteellisyys merkitsi järjestelmällistä havainnointia tutkimuskohteesta eli taudista. Sairaalat muuttuivat klinikoiksi, joissa oli mahdollista järjestää sairaudet luonnontieteellisten esikuvien mukaisesti tautiluokkiin. Sairaus muuttui kokemisen kohteesta tietämisen kohteeksi. Tietämisen kohteena taudit vertautuivat muihin luonnontieteellisiin tutkimuksen kohteisiin. Edelleen muutos vaikutti lääkitsemisen kohteeseen: oireista, jotka aiemmin olivat hoidon kohde, tuli taudin merkkejä. Oireet ovat taudin merkki; itse tauti on ruumiin poikkeama, jonka kliininen katse löytää. (Foucault 1994/1963, erit.

5 Lääketieteen tapaa redusoida ihmisyyttä biologiseksi toiminnoksi on kritisoitu. Muun muassa Jyri Puhakainen (1998) on kritisoinut purevasti aivotutkimuksen, neurologian ja psykiatrian ihmiskäsitystä ja tapaa selittää fysiologisilla muutoksilla ihmisen käyttäytymistä ja elämän ongelmia.

3–20.) Modernin lääketieteen lähtökohtana on tauti ja sen hoitaminen. Tauti ei ole lähtökohta vain lääketieteelliselle hoidolle vaan myös *lääketieteelle*. Tutkimuksen näkökulmasta diagnoosi on hypoteesi ja hoito sen testi (ks. Alanen 1989, 23). Lääketieteen kehittymisen myötä diagnostiikka on tarkentunut. Tautiopin alkuvuosina arvioitiin olevan 1500 tautia (Bynum 1993, 335), sittemmin luku on tuhatkertaistunut; uusimmassa tautiluokituksessa ICD-10:ssä tauteja on kymmeniä tuhansia.

Lääketieteelle tauti on objektiivisen todellisuuden (biologinen) ilmiö, joka diagnosoinnissa löydetään. Taudin olemassaolo ei riipu inhimillisestä ymmärryksestä. Lääketieteellisen tiedon muuttuminen ei muuta tautia vaan tuottaa parempaa ymmärrystä taudeista. Tauti itsessään on olemassa, määritteliä lääketiede sitä niin tai näin. (Wulff, Andur Pedersen & Rosenberg 1990, 79–82.) Näennäisestä ykseydestä huolimatta biolääketieteellisesti diagnosoitu tauti ei ole yksi ja sama, vaan tauti rakentuu lääketieteen käytännöissä moneksi. (Ks. Mol & Berg 1998, 1–8.) Yhdeksi ja samaksi ymmärretty tauti, kuten Annemarie Molin (1998, 2002)⁶ tutkima ateroskleroosi, monistuu, muokkaantuu ja muuttuu moneksi diagnosoinnin ja hoidon käytännöissä. Potilas tauteineen ei ole yksi edes leikkauspöydällä. Leikkaavan kirurgin ja anestesia lääkäriin toiminnassa rakentuvat erilaiset potilaat ja taudit. (Fox 1998, 14.)

Lääketieteellisen objektiivisen tautiymmärryksen taustalla on naturalistinen sairausmääritelmä, joista tunnetuimpia on Christopher Boorsen (1976) määritelmä. Boorse määrittelee sairauden eliön elossapysymisen ja lisääntymisen kautta. Tauti häiritsee organismin elossapysymistä tai lisääntymistä palvelevia, lajityypillisiä ja organismin iälle luonteenomaisia toimintoja. Lisäksi tautisuus

6 Mol (1998; 2002) on tutkinut, millaiseksi taudiksi ateroskleroosin aiheuttama katkokävely rakentuu sairaalan käytännöissä. Yhden potilaan sairastama katkokävely ei ole yksi tauti vaan monta eri tautia. Ateroskleroosin moneus ei rakennu vain puheissa vaan myös lukemattomissa teoissa. (Mol 1998, 161–163.)

edellyttää, että mikäli ilmiö on lajille tyypillinen, se johtuu pääosin ympäristösyistä. (Boorse 1976, 62).⁷ Naturalistiselle sairausmäärittelylle on tyypillistä pitää organismin toimintahäiriötä ensisijaisena ilmiönä, josta muut sairauden puolet, kuten sairauden kokeminen, seuraavat. Terveyden Boorse (1977) määrittää taudin poissaoloksi, jolloin normaali toiminta on mahdollista. Toiminta ymmärretään biologiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on palvella elossapysymistä ja lajin säilymistä. Normaaliuden Boorse (1977, 555) määrittelee tilastollisesti.⁸ Normaali toiminta on elossapysymiseen ja lisääntymiseen liittyvää toimintaa, joka on tilastollisesti lajille tyypillistä. Boorse pitää biologisen toiminnan määrittelemistä tilastollisen normaaliuden kautta arvovapaana. Arvoneutraalisuuden perusteella Boorse (1977, 568–572) kannattaa terveyden negatiivista määrittelyä eli terveyden määrittämistä taudin poissaoloksi.

Lääketieteellisen taudin ymmärtäminen ensisijaiseksi ei ole vain lääketieteellinen tapa ymmärtää tauti, vaan se voi olla lähtökohtana myös lääketieteellisessä journalismissa. Yhdysvaltalainen lääketieteen toimittaja Lyn Payer (1988) erittelee, miten kulttuuriset tekijät vaikuttavat länsimaisen lääketieteen hoitokäytäntöihin. Teos ei ole tieteellinen tutkimus vaan journalistinen työ. Luonteeltaan kirja on lähellä tutkivaa journalismia. Payerin vertailun lähtökohtana on ymmärrys taudin samuudesta. Tauti on sama, mutta tulkinnat taudista ja hoitotavoista ovat kulttuurisia. Kulttuuriset tulkinnat ja arvot selittävät esimerkiksi sen, miksi kohdun lihaskasvaimia hoidetaan eri tavoin Yhdysvalloissa ja Ranskassa (mt., 21). Teoksessa

7 Räikkä ja Launis (1995, 82) käyttävät määritelmän suomennoksessa disease-termistä käännoystä sairaus eikä tauti. Yhtäältä sairaus-suomennos on perusteltu, sillä Boorselle (1976, 62) tauti on sairauden perusta, sairauden kokemus (illness) perustuu tautiin. Tauti on se biologinen tapahtuma, jonka vuoksi sairas kokee sairautta. Toisaalta diseasen suomentaminen taudiksi korostaisi sairauden kytkeytymistä lääketieteelliseen (ja luonnontieteelliseen) tapaan ymmärtää sairaus.

8 Normaaliuden tilastollisen määrittelyn ongelmallisuudesta ks. Gräsebeck 1995; Wulff, Andur Pedersen & Rosenberg 1990, 47–50.

kulttuuri ymmärretään prismana, jonka kautta tauteja tulkitaan. Lääketieteellinen taudin diagnosointi ja hoito ovat ihanne, johon pyritään. Kulttuurisia tekijöitä pitää ymmärtää, sillä ne ovat välttämättömyys, jota ei voi sivuuttaa. (Payer 1988.) Teoksen kritiikin ydin on se, että lääketieteilijöiden (ja lääketieteellisten journalistien) tulisi tuntea kulttuuriset tekijät nykyistä paremmin, jotta ne eivät estäisi tieteellisesti todistetun ja pätevän hoidon käyttöä. Vaikka teos on parikymmentä vuotta vanha ja useimmat lääketieteelliset faktat ovat vanhentuneita, teos edelleen kuvaa lääketieteellisessä journalismissa vallitsevaa sairauskäsitystä ja sen kiinnittymistä lääketieteen tietoteoreettisiin lähtökohtiin. Tämä kiinnittyminen näkyy esimerkiksi journalismin käyttämissä lähteissä. Lääketieteelliset tiedon tuottajat ovat käytetyimpiä ja luotetuimpia asiantuntijoita. Sairauden kokijoita, potilaita tai heidän järjestöjään toimittajat pitävät epäluotettavina lähteinä. (Levi 2001, 10–14; Järvi, Vuorenkoski & Vainikainen 2005, 108–110.)

Vaikka lääketieteen tapa ymmärtää tauti on lähtökohdiltaan luonnontieteellinen, on sekä lääketieteessä että lääkärin käytännön työssä mukana yhteiskuntatieteellisiä ja humanistisia puolia. Tieteenteorialtaan lääketieteellä on yhtymäkohtia niin yhteiskuntatieteiden kuin humanististen tieteiden kanssa. (Alanen 1989, 9–25.) Lääketieteen kaksoisluonne ihmis- ja luonnontieteenä tulee tiivistetyksi Matti Juntusen ja Lauri Mehtosen (1977, 23) määritelmässä, jossa lääketiede määrittellään luonnontieteen menetelmiä käyttäväksi ihmistieteeksi.⁹ Tämän luonnon- ja sosiaali-humanististieteellisen kaksoisluonteensa vuoksi lääketiede on tieteenteoreettisen

9 Jako luonnontieteisiin ja ihmistieteisiin on ongelmallinen. Monet tieteenteoretikot ovat kyseenalaistaneet luonnontieteellisen lähtökohdan, jonka mukaan luonto on tutkimuksesta riippumaton tutkimuksen kohde. Fenomenologisen tieteenteorian mukaan mitään ihmisestä riippumatonta tutkimuskohdetta ei voi olla, vaan kohde on aina tutkijansa muokkaama, siten myös luonnontieteen tutkimuskohteet ovat ihmisen tekemiä. (Ks. Alanen 1989, 15; myös Naukkarinen 2007.)

keskustelun keskiössä, vaikkei aiheesta lääketieteen piirissä keskusteltaisikaan (Alanen 1989, 15).

Lääketieteen kaksoisluonne on läsnä lääkärin työssä, jossa on samanaikaisesti kyse sekä modernista lääketieteellisestä tiedosta että sitä vanhemmasta hoitamisen käytännöstä. Sairasta tutkivaa nykylääkäriä voisi kuvata janus-kasvoiseksi. Kommunikoidessaan potilaan kanssa lääkäri samanaikaisesti toimii sekä vuorovaikutusta rakentavana käytännön lääkärinä että potilaan kantamaa tautia erittelevänä lääketieteilijänä. (Gadamer 1993, 121–132; 2004b.) Kaksoisluonne näkyy konkreettisissa hoitopäätöksissä, jotka perustuvat sekä tieteelliseen tutkimukseen että kliiniseen kokemukseen. Esimerkiksi umpisuolentulehdusta hoidetaan edelleen käytännössä hyväksi todetulla tavalla eli umpilisäkkeen poistolla, vaikka konservatiivinen hoito antibiooteilla on akuutissa vaiheessa yhtä tehokas (Saarelma 1997).

Lääketieteellinen terveys- ja sairausolottuvuus ei ole yksi yhtenäinen tapa tuottaa terveyksiä ja sairauksia vaan moninaisten diskurssien kokonaisuus. Moninaisuudestaan huolimatta diskurssit järjestyvät yhdeksi diskursiiviseksi muodostelmaksi, jossa sairaus määrittyy tautisuudeksi ja terveys taudittomuudeksi. Lääketieteellisen olottuvuuden erilaisia tautipuheita yhdistää sekä historiallinen tausta että naturalistinen sairausnäkemys.

Kokijan potemus

Terveyden ja sairauden toista olottuvuutta yhdistää yksilöllinen kokemus. Journalistisessa tekstissä potemus merkitsee terveyden ja sairauden kokemuksellisen puolen avaamista paitsi ilmeisissä sairaskertomuksissa myös jutuissa, joissa potemus jää lääketieteellisen taudin varjoon. Potemuksen taustalla ei ole samanlaista instituutionaalista määrittelyä, kuten lääketieteessä, vaan terveydet ja sairaudet rakentuvat ihmisen kokemuksista ja määrittelyistä. Yksilöllinen kokemus ei kuitenkaan merkitse vain henkilökohtaista sairauden

kokemusta vaan yksilöistä lähtevää terveyden ja sairauden ymmärrystä. Näille yksilöllisille sairauskokemuksille ei suomenkielisessä termistössä ole vakiintunutta käsitettä. Joitakin ehdotuksia illness-sanan suomennokseksi on kuitenkin tehty. Lauri Honko (1994, 22) on esittänyt illnessin suomennokseksi vaivaa. En kuitenkaan pidä vaiva-sanaa hyvänä käännoksenä siihen liittyvien negatiivisten konnotaatioiden vuoksi. Kun jokin vaivaa, se on enemminkin pieni harmi, kiusa tai haitta kuin vakavasti otettava sairaus. Myös kansantauti-käsitettä on käytetty merkityksessä kollektiivinen ei-lääketieteellinen sairausymmärrys, mikä on lähellä illness-käsitettä. (Naacka-Korhonen 1997, 52). Kansantauti ei kuitenkaan sovi illness-käsitteen suomennokseksi, sillä tavallisesti kansantauti-käsitteellä viitataan sellaisiin lääketieteellisiin tauteihin, joilla on suuri vaikutus väestön terveyteen.

Kokoan potemus-käsitteellä yhteen subjektin kokemukset ja määritykset terveyksistä ja sairauksista. Sen lähtökohta on yksilön kokemuksissa, jotka voivat olla sekä henkilökohtaisia että kollektiivisesti jaettuja kokemuksia. Näiden kokemusten perusteella subjektin terveydet ja sairaudet saavat merkityksensä. Vaikka potemus on yksilön kokemus, se ei rakennu vain yksilön kokemuksessa, vaan aika ja paikka asettavat ehtoja sille, mitä ja miten yksilö voi potea. Siten henkilökohtaisessa kokemuksessa on aina läsnä myös kollektiivinen kokemus. Yksilön sairauden kokeminen on sekä subjektiivista että intersubjektiivista. Fyysinen ja psyykinen kokemus eivät ole vain yksilön sisäisiä kokemuksia vaan kokemisessa on sosiaalinen puolensa. Kärsimys on samanaikaisesti subjektiivista, yleisinhimillistä ja kulttuurisesti rakentuvaa. (Kleinman, 1988, 4–30; 1992, 169–175; 1995, 95–119.)¹⁰

10 Lääketieteellisessä antropologiassa sairauden kokemuksen tutkimus on haastanut lääketieteellistä tautiymmärrystä jo 1970-luvulta lähtien (ks. Kleinman 1978; Young 1982). Suomalaisessa kulttuurisesti suuntautuneessa terveyden tutkimuksessa ja lääketieteellisessä antropologiassa sairauden kokemus on ollut tutkimuksen kohteena parisen-

Potemuksessa kohtaavat subjektin ainutlaatuisuus, kulttuurisuus ja yleisinhimillisuus. Sairauden kokeminen on osa kärsimystä, joka kuuluu inhimilliseen olemiseen. Raja kohtuuttoman ja lievitystä vaativan sekä elämään kuuluvan kärsimyksen välillä on subjektiivinen ja kulttuurinen. Kärsimys vaatii järjestystä ja yhteistä ymmärrystä siitä, miten kärsimykseen tulee suhtautua: Millaista kärsimystä yksilön kuuluu sietää? Millaiseen hän voi saada lievitystä? (Utraiainen 2004, 244–249.)

Kun kärsimyksestä rakentuu ehyt kertomus, se on helpompi sietää. Sairauden tarinallistaminen on sekä yksilöllinen että kulttuurinen käytäntö ymmärtää sairautta. Arthur Frank (1997) toteaa sairauden kutsuvan luokseen tarinoita. Tarinankerronta on tyypillinen piirre myös journalismille (Kunelius 2000, 9–12). Tarinoita kerrotaan sekä itselle että muille. Sairaus saa merkityksensä sekä tarinoissa että tarinoiden kerronnassa. Toisin sanoen sairaus merkityksellistyy sekä itse tarinoiden sisällössä, juonessa ja rakenteessa että tarinoiden kertomiskäytännöissä.

Ennalleenpalauttamistarina puhuu paranemisesta ja hoidosta. Sairaus on keskeytys, poikkeama normaalitilasta: tarina kertoo, miten tuosta poikkeustilasta palataan takaisin normaaliin. Tarinan lääkäri on toimiva sankari, potilaan sankaruus on passiivista sairauden sietämistä. (Frank, 75–96.) Toisessa tarinatyyppissä sairastunut on aktiivinen toimija. Tarinat merkityksellistävät sairauden jalostumiseksi. Sairaus on matka, jonka aikana ihminen löytää paremman itsensä. (Mt., 115–136.) Kummallakin tarinatyyppillä on rajoituksensa. Pitkäaikaissairaat tai kuolevat eivät voi tilannettaan ennalleenpalauttamistarinoilla merkityksellistää. (Mt., 92–96.) Jalostumistarinat puolestaan voivat olla liian silkoisia, liian uudistavia, eivätkä jätä

kymmentä vuotta. Katso tästä tutkimuksesta Honkasalon, Kankaan ja Seppälän toimittama teos *Sairas, potilas, omainen, näkökulmia sairauden kokemiseen* (2003) tai Honkasalon, Utraiaisen ja Leppön toimittama teos *Arki satuttaa, kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä* (2004).

tilaa sairastumista edeltäneille kokemuksille tai sairaudelle. Vaikka sairaus muuttaisi ihmistä, se ei hävitä aiemmin elettyä. Harva kokee sairauden jälkeen olevansa täysin uusi kuin tuhkasta nouseva feeniks-lintu. (Mt., 134–136.) Näiden kahden tarinan lisäksi Frank (mt., 97–114) puhuu kaaostarinoista. Ne eivät oikeastaan ole tarinoita lainkaan vaan jäsentymätöntä kokemusta. Kun kaaottinen puhevirta saa jäsentyneemmän muodon, se ei enää ole kaaosta vaan merkitystä tuottavaa tarinaa. Kaaottista epätarinaa on vaikea kuulla ja kohdata, ja siksi kaaostarinoiden kuulijat tahtovat tulkita kaaoksen tarinaksi ja tarinatonta kaaoskin tulkkautuu tarinaksi.

Tarinallisuus yhdistää tekstejä ja käytäntöjä. Kun eletty ja koettu saa merkityksensä tarinan kautta, tarina on enemmän kuin kuvaus tapahtuneesta. Tarinat sulautuvat osaksi sekä jo elettyä että myös tulevaa koettavaa ja eletävää. Tarinat jäsentävät sairastumista, selittävät sen syitä sekä ohjaavat yksilön käyttäytymistä ja ympäristön suhtautumista sairastuneeseen. (Hänninen 1999, 62–64; Hänninen & Valkonen 1999.) Sairastunut hyödyntää lääketieteellistä tietoa selittäessään sairautta ja kertoessaan kokemuksestaan. Lääketieteelliset selitykset ja diagnoosit sulautuvat osaksi subjektin terveys- ja sairauspuhetta ja saavat uusia, lääketieteestä poikkeavia merkityksiä (esim. Trostle 2005, 1987, 24–28; Halmevirta 1998, 8; Siponen 1999, 86–99). Lääketieteellisen tiedon sulautuminen osaksi kokemusta ei tarkoita, että sairaan kokemus olisi yhteneväinen lääketieteellisten määrittelyjen kanssa (ks. Saukko 2003, 123–124). Myös lääketieteellinen teknologia terminologioineen kietoutuu osaksi potilaan kokemusta ja nivoutuu osaksi kokemusta (ks. Soivio 2003). Lääketieteellinen tapa puhua taudista, diagnosoida ja hoitaa sitä sulautuu osaksi sairauden kokemusta. Sitä ei voi erotella osiin, joista osa olisi kokiijan omaa aitoa kokemusta ja osa lääketiedelähtöistä (Hänninen & Valkonen 1999, 145). Potemuksen monimuotoisuus tarkoittaa myös, ettei kokemus ole vain joko sairauden tai terveyden kokemusta. Terveyden ja sairauden kokemus on ristiriitainen ja muuttuva pote-

muksen jatkuo. Sairauden eri ajalliset ja tilalliset vaiheet tuottavat erilaista potemusta (Kleinman 1988; ks. myös Siponen 1999 231–238, Seppälä 2003).

Terveyden kokemusta, potemattomuutta, on tutkittu vain vähän. Tutkimuksissa terveyden kokemus rakentuu usein sairauden kokemuksen kautta tai sen rinnalla. Näyttää siltä, että yksilön lääketieteellisesti määritelty terveydentila vaikuttaa terveyden kokemisen tapaan. Keski-ikäiset, lääketieteellisesti terveisinä pidetyt määrittelevät tutkimushaastattelussa taudittomuuden terveyden merkiksi (Manderbacka 1998, 125). Sen sijaan pitkäaikaissairaat kokevat terveyden muuna kuin taudin poissaolona. Terveys merkitsee hyvää oloa ja toimintakykyä. (Åstedt-Kurki 1992, 150; Huotari 2003, 126–127.)

Lääketieteen mukanaolo potemuksessa ei kuitenkaan merkitse, että potemus olisi sama kuin lääketieteessä käytetty koetun terveyden käsite¹¹. Erotan potemuksen koetun terveyden käsitteestä, sillä lääketieteellisesti määritellyllä taudilla ei ole ensisijaisen terveyden ja sairauden määrittelijän paikkaa, vaan terveys ja sairaus ovat sitä, mitä subjektit kokevat. Journalistisessa tekstissä kokeminen ja määrittäminen ovat läsnä sellaisissakin lausumissa, joissa kokijaa ei ole suoraan nimetty. Siten potemus-ulottuvuutta on mukana tekstissä, vaikka lausumaa ei ole suoraan liitetty sairauden tai terveyden kokijaksi nimettyyn toimijaan. Potemus on siis läsnä tekstissä silloinkin, kun terveydet ja sairaudet näyttävät rakentuvan lääketieteelliseksi taudiksi tai taudittomuudeksi. Keskeistä potemuksessa on terveyden ja sairauden tuottaminen subjektin kokemuksena. Potemus ei ole kertomuksia ruumiin taudista, vaan ruumis kuuluu erottamattomana osana subjektin terveys- ja sairauspuheeseen. Arthur Frankin (1995, 2–3) sanoo, että tavanomainen tapa lähestyä sairaus-

¹¹ Koetun terveyden käsitettä käytetään muun muassa väestön terveyden epidemiologisissa tutkimuksissa (esim. Lahelma ym. 1994; Rahkonen ym. 2004).

kertomuksia on kuunnella, mitä kertomus sanoo ruumiista. Sen sijaan sen kuuleminen, miten sairaus puhuu ruumiin kautta, vaatii toisenlaista lähestymistapaa. Potemuksessa ei puhuta terveyksistä ja sairauksista, vaan potemuksessa terveydet ja sairaudet puhuvat. Potemuksen kuuleminen on sairauden kokemuksen tutkimuksen haasteellisin tehtävä. Lääketieteellisen taudin kyllästävässä sairauskulttuurissa potemus jää helposti havaitsematta. Lääketieteellisen taudin ylivalta vaikeuttaa potemuksen näkemistä journalistisessäkin tekstissä. Taudin ja potemuksen ristiriitaisuuksien tunnistaminen tekee mahdolliseksi nähdä journalististen terveyksien ja sairauksien kokemuksellista puolta silloinkin, kun tautisuus näyttäisi merkitsevän sairauden koko diskurssia.

Taudin ja potemuksen risteymä

Lääketieteellinen tautisuus ja yksilön potemus voivat olla keskenään sekä yhteneväisiä että ristiriitaisia. Lääketieteellisesti tautiseksi määriteltä ei välttämättä koe olevansa sairas eikä itseään sairaana pitävää aina määritellä tautiseksi. Ristiriidan mahdollisuus palautuu sekä terveyden ja sairauden ontologiseen että epistemologiseen puoleen: Mikä oikeastaan on sairautta ja mikä terveyttä? Kenen tiedon perusteella terveyttä ja sairautta määritellään?

Kuvio 5. Terveyden ja sairauden kaksi ulottuvuutta

	Poteva	Potematon	
	Poteva tautinen	Potematon tautinen	Tautinen
	Poteva tauditon	Potematon tauditon	Tauditon

Kuvion 5 nelikentässä risteävät lääketieteellinen tauti ja potemus: Ensinnäkin yksilö voi kokea itsensä sairaaksi tai terveeksi eli potevaksi tai potemattomaksi. Toiseksi yksilö voidaan lääketieteellisen taudinmäärityksen avulla määritellä joko tautiseksi tai taudittomaksi. Poteva tautinen ja potematon tauditon, joissa potilaan kokemus ja lääketieteellinen taudinmääritys ovat yhteneväisiä, ovat tyypillisimpiä tapoja määritellä ja kokea sairaus. Tautisuus ja potemus eivät ole dikotomisista vaan liukuvia: sekä taudin aste että sairauden tai terveyden kokemuksen syvyys voivat vaihdella. Lääketieteellisesti määriteltä tauti ja potilaan kokemus voivat olla ristiriidassa kahdella tavalla. Ensinnäkin jokin ihmisen olemisen tila voidaan määrittää lääketieteellisesti sairaudeksi, vaikka tilan kokija ei itseään sairaaksi määrittäisi (tautinen potematon). Toiseksi ihminen voi kokea olevan sairas, vaikka lääketieteellisesti määriteltynä hän on terve (tauditon poteva).

Esimerkki tautinen potematon -ristiriidasta on pitkäaikaissairas, joka kokee itsensä terveeksi. Terveydenhuollon käsite pitkäaikaissairas sopii huonosti kuvaamaan astmaatikkaa, reumaatikkoa tai diabeetikkoa, sillä pitkäaikaissairaalle terveys rakentuu muuna kuin lääketieteellisen taudin poissaolona. Diagnoosistaan huolimatta pitkäaikaissairas voi kokea itsensä terveeksi. (Åsted-Kurki 1994, 164–165, ks. myös Åstedt-Kurki 1992.) Myös seksuaalisen suuntautumisen (Stålström 1995) tai kuurojen (Jokinen 1991.)¹² itsemäärittelyn ja lääketieteellisen määrittelyn eroissa on ollut kyse taudin ja potemuksen ristiriidasta.

Tauditon poteva -ristiriitatilanteessa yksilö kokee sairautta, jota lääketiede ei diagnostisoi taudiksi. Ristiriitatilanteissa yksilö voi nimetä sairautensa tavalla, joka ei ole yhteneväinen lääketieteellisen tautimäärityksen kanssa. Tällaisia sairauksia ovat viime vuosina olleet esimerkiksi fibromyalgia (Hannonen 1999; Hannonen & Mikkelsson 2004), krooninen kipu (Hampf 1998), sähköallergia (Uitti & Pääkkönen 2000) ja hiivasyndrooma (Julkunen Ri. 2006). Käytännössä potilaan ja lääkärin avoin ristiriita taudista ja sen hoidosta ei ole kovin tavallinen, sillä sairaan asiantuntijuus toimii lääketiedettä täydentävänä tietona (Kangas 2003). Suomalainen media näyttäisi olevan lääketieteelle lempeä (Kärki 1998): lääkärin ja potilaan välistä ristiriitoja käsitellään journalismissa harvoin.

12 Lääketieteellisestä näkökulmasta vammaisuus vertautuu helposti tautiin ja se nähdään yksilön poikkeavuutena ja kyvyttömyytenä. Vammaiset itse ja vammaisuutta yhteiskunnallisesta näkökulmasta määrittävät sen sijaan pitävät vammaisuutta yhteiskunnallisena ongelmana. Ongelma ei ole yksilön vamma vaan ympäristö, jossa ei oteta huomioon vammaisten tarpeita. Lääketieteellisestä näkökulmasta vammaisuus vertautuu helposti pitkäaikaissairauteen, sillä vammaisuuden ja pitkäaikaissairauteen välinen ero ei ole helposti määriteltävissä. Eron tekeminen palautuu sekä terveyden ja sairauden että vammaisuuden määritelmiin. (Ks. esim. Teittinen 2000, 20–29, 155–171; Reinikainen 2002; Sainio 2004, 4–12.)

Terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys

Terveysjournalismi, kuten useat muutkin yhteiskunnalliset instituutio, tuottavat terveyksiä ja sairauksia sekä julkilausutuissa määritelmässä että käytännön toiminnassa. Nämä terveyksien ja sairauksien diskurssit muodostavat terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden mallin sosiaalisen järjestyksen ulottuvuuden. Tässä ulottuvuudessa ei ole samalla tavoin osoitettavissa itsestään selviä määrittelijöitä kuten tautisuudessa tai potemuksessa. Yhteiskunnallisia terveyden ja sairauden tuottajia ovat esimerkiksi poliittiset instituutiot, terveydenhuollon järjestelmät, kansalaisjärjestöt ja media. Yhteiskunnalliset instituutiot rakentavat terveyksien ja sairauksien välisen erojen kautta sosiaalista järjestystä: terveille ja sairaalle osoitetaan erilaiset yhteiskunnalliset oikeudet ja velvollisuudet.

Näkemykseni terveydestä ja sairaudesta sosiaalisena järjestyksenä eroaa sairauden sosiaalisista dysfunktio-teorioista (esim. Parsons 1954; Purola 1971), sillä terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestyksen ulottuvuus ei edellytä lääketieteellisesti todennetun taudin olemassaoloa. Toisin sanoen jokin ihmisen olemisen tila voidaan järjestää sosiaalisesti joko terveydeksi tai sairaudeksi tautisuudesta tai potemuksesta riippumatta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että sairaudet ja terveydet sosiaalisina järjestyksinä olisivat täysin riippumattomia muista terveyksien ja sairauksien ulottuvuuksista. Yhteiskunnalliset määrittelyt vaikuttavat kahteen muuhun ulottuvuuteen ja päinvastoin. (Ks. Young 1982, 268–271; myös Kleinmann 1988, 6.) Esimerkiksi erilaiset valistuskampanjat ovat muuttaneet yhteisöllisiä sairauskäsityksiä. Ennen 1950-luvun valistuskampanjaa lapamatoa ei lääketieteen ulkopuolella pidetty podettavana sairautena vaan vaarattomana vitsauksena. Lapamato ei ollut syy saada helpotusta työstä. Kun lääketieteessä ryhdyttiin taistelemaan lapamatoa vastaan 1950-luvulla, muuttui myös kansan käsitys taudista: harmiton vaiva muuttui hoitoa vaativaksi sairaudeksi. (Naakka-Korhonen 1997, 305–307.) Potilaiden kokemuksiin ei vaikuta vain

taudin lääketieteellinen luonne vaan myös sairauden paikka terveydenhuollon organisaatiossa. Esimerkiksi sairaan määrittäminen akuuttipotilaaksi, pitkäaikaispotilaaksi, tutkimuspotilaaksi tai terminaalipotilaaksi vaikuttaa yksilöllisiin sairauskokemuksiin. (Gothi 1994, 241–242.)

Terveyden ja sairauden sosiaalisella järjestyksellä rakennetaan konkreettista yhteiskunnallista järjestystä. Sairaaksi nimeämisellä on yritetty muuttaa sosiaalisesti ongelmaksi koettua käyttäytymistä. Sosiaalisessa järjestyksessä sairaaksi luokittelemista perustellaan usein lääketieteellisesti, vaikka sairautta ei lääketieteessä samaksi taudiksi diagnostisoitaisikaan. Sosiaalisen järjestyksen ulottuvuuden merkitys näkyy esimerkiksi viime vuosisadan alun naisten psyykkisten oireiden nimeämisessä ja hoidossa. Naisen sosiaalinen asema vaikutti siihen, millaista käyttäytymistä pidettiin hoitoa vaativana. Alempien sosiaaliluokkien naisilta odotettiin aktiivisuutta ja työntekoa. Työhön kykenemättömyys oli osoitus vakavasta mielisairaudesta, jonka vuoksi työväenluokkainen tai tilaton nainen voitiin lähettää vuosikausiksi, jopa loppuiäkseen mielisairaalaan. Keski-luokkaisten aktiivisuutta sen sijaan saatettiin pitää merkinä hysteriasta tai neurasteniasta. Psykkisesti sairaaksi nimeäminen oli keino, jolla näytettiin, millainen toiminta oli millekin naisryhmälle toivottavaa. Sairaaksi nimeäminen ja hoitoon lähettäminen oli myös konkreettinen keino, jonka avulla kunnat pääsivät eroon poikkeavasti käyttäytyvistä naisista. (Ahlbeck-Rehn 2006, 182–186, 195–197; Uimonen 1999, 65–75.)

Yhteisön järjestyksen tarve vaikuttaa edelleen sairauden hoitoon. Psykiatrisen pakkohoidon yksi peruste on yhteisön turvallisuuden takaaminen. Vaikka vaarallisuus ympäristölle on pakkotoimenpiteen laillinen syy, se ei välttämättä ole hoidon peruste eikä potilaan edun mukainen. (Høyer 2000; Tännjö 2004¹³.) Yhteiskunnal-

13 Artikkelissa on tekijän nimestä poistettu skandinaaviset merkit, eli artikkeli on nimellä Tännjö. Lähdeluettelossa lähde on merkitty Tännjö-nimellä.

lisen järjestyksen tarpeesta on ollut kyse silloinkin, kun varsinaisten geriatrinen hoitopaikkojen puutteen vuoksi vanhuksia on hoidettu mielisairaaloissa. Hoitopaikkojen valinnan lähtökohtana on ollut kunnan tarve järjestää hoito eikä vanhusten psykiatrisen hoidon tarve. (Ks. Salokangas, Mattinen & Penttinen 1988.) Lääketieteellisesti voidaan perustella toimintaa, jonka perimmäiset syyt ovat sosiaalisia. Esimerkiksi sotilaslääkärin on edellytetty perustelevan huumausainerikoksesta epäillyn varusmiehen palveluskelvottomuutta lääketieteellisesti ilman lääketieteellistä syytä (EOAK 3162/2004).¹⁴

Terveysjournalismissa terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys on oma ulottuvuutensa, joka voi olla joko sopusoinnussa tai ristiriidassa tautisuuden ja potemuksen kanssa. Periaatteessa terveyksien ja sairauksien sosiaalisen järjestyksen erittely ei edellytä sairauden lääketieteellistä määrittelyä. Käytännössä terveyden ja sairauden sosiaalista järjestystä perustellaan useimmiten lääketieteellisesti. Usein lääketieteellinen tautisuus ja sosiaalinen terveys- ja sairausjärjestys ovat yhteneväisiä, jolloin lääketieteellinen terveys- ja sairaushegemonia peittää alleen terveyksien ja sairauksien yhteiskunnallisen puolen. Tämä yhteiskunnallinen puoli nousee näkyviin ristiriitatilanteissa, joissa terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys eroaa tautisuudesta tai potemuksesta. Nämä sopusointu- ja ristiriitatilanteet olen koontanut yhteen terveyksien ja sairauksien ulottuuksien kahdeksikossa, jota erittelen seuraavassa alaluvussa.

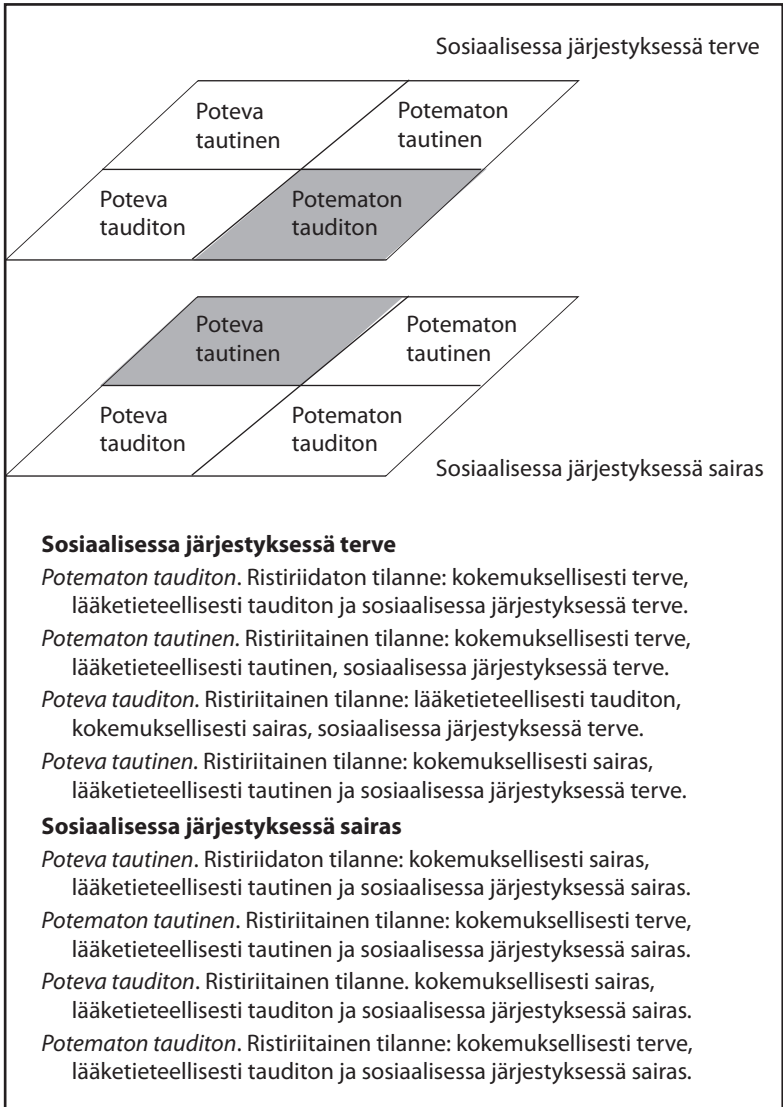
¹⁴ Keväällä 2006 Porin prikaatissa huumausainerikoksesta epäillyn varusmiehen kuntoisuusluokka alennettiin E-luokkaan ja varusmies määrättiin keskeyttämään varusmiespalvelus vuodeksi. Eduskunnan apulaisoikeusmiehen tekemässä selvityksessä ilmenee, ettei kuntoisuusluokan alentamiselle ollut lääketieteellistä perustetta. Lääkäri oli kirjannut sairauskertomukseen, ettei luokkamuutokselle ollut selkeää lääketieteellistä perustetta, vaan muutoksen takana on prikaatin päälliköiden esitys. (EOAK 3162/2004.)

Terveyksien ja sairauksien ulottuvuuksien kahdeksikko

Terveyden ja sairauden kolmessa ulottuvuudessa rakentuu kahdeksan erilaista terveyksien ja sairauksien yhdistelmää (kuvio 6). Kaksi kahdeksasta on ristiriidattomia tilanteita, jolloin terveys ja sairaus rakentuvat kaikissa kolmessa ulottuvuudessa yhtenäisesti joko terveydeksi tai sairaudeksi. Kuviossa kuusi nuo ristiriidattomat tilanteet on tummennettu. Terveysjournalismissa ja muussakin mediasa terveydet ja sairaudet näyttäytyvät tyypillisesti tällaisina ristiriidattomina tapauksina. Kuvio kuusi havainnollistaa sitä, millaisia muita terveyksiä ja sairauksia *voisi* journalismissa ja mediassa olla. Terveyden ja sairauden ulottuvuuksien kahdeksikon ristiriitaisten tapauksien mallinnos on ollut minulle tutkimuksellisesti tärkeä, sillä se on auttanut minua etsimään terveysjournalismin diskursiivisen muodostelman piiloon jääviä ei-hegemonisia terveysdiskursseja.

Terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys voi olla ristiriidassa sekä tautisuuden että potemuksen kanssa. Konkreettisesti tämä tarkoittaa, että yksilö voidaan sosiaalisen järjestyksen vaateen vuoksi luokitella sairaaksi, vaikka hän olisikaan lääketieteellisesti tautinen eikä kokemuksellisesti sairas. Terveyksien ja sairauksien analyysin näkökulmasta nämä tilanteet ovat hedelmällisiä, sillä ne nostavat näkyviin terveyksien ja sairauksien moneutta. Kuviossa kuusi on kuvattu terveyden ja sairauden kahdeksan mahdollisuutta, joista kuusi on ristiriitatilanteita. Kahdeksikko on ideaalimallinnus, analyysin apuväline, jonka tehtävänä on tehdä näkyväksi terveyksien ja sairauksien moneutta eikä luokitella niitä.

Kuvio 6. Terveyden ja sairauden kolme ulottuvuutta



Yhteiskunnallisesti terveeksi järjestetyssä tilanteessa mahdolliset ristiriidat ovat seuraavia: *Potematon tautinen* -tilanteessa sekä potemus että terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys ovat ristiriidassa lääketieteellisen tautimäärittelyn kanssa. Tilanteen voi tulkita lääketieteellisen vallan laajentumiseksi, medikalisaatioksi. Tällöin aiemmin lääketieteelle kuulumattomia elämän alueita, kuten vanhenemista, seksuaalisuutta ja käyttäytymistä, ryhdytään määrittelemään ja hoitamaan lääketieteellisin kriteerein. (Zola 1972; Illich 1995/1976.) *Poteva tauditon* -tilanteessa potemus on ristiriidassa tautisuuden sekä terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen kanssa. Lääketieteellisesti tautia ei ole eikä yhteiskunta määritä yksilöä sairaaksi, silti yksilö kokee olevansa sairas. Konkreettisesti tällaisia tilanteita voivat olla jo potemuksen ja tautisuuden ristiriidatilanteessa esillä olleet fibromyalgia, sähköyliherkkyys, hiivasyndrooma ja krooninen kipu.

Poteva tautinen -tilanteessa potemus ja tautisuus ovat ristiriidassa sosiaalisen terveys- ja sairausjärjestyksen kanssa. Vaikka yksilö kokee itsensä sairaaksi ja lääketiede määrittelee hänet tautiseksi, niin yhteiskunnallisessa järjestyksessä hän on terve. Konkreettisesti tämä näkyy esimerkiksi vakuutus päätöksissä. Ristiriita voi syntyä esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeistä päätettäessä, jos potilaan, potilasta hoitavan, diagnoosin tehneen lääkärin ja asiasta päättävän vakuutusyhtiön näkemykset eivät ole yhteneväisiä (ks. Väänänen 2000a ja b). Vaikka vakuutus päätöstä tekemässä on lääkäreitä, vakuutusyhtiön päätöstä voinee pitää yhteiskunnallisena. Päätöksen lähtökohtanahan ei ole potilaan hoitaminen vaan vakuutus päätöksen tekeminen eli terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen tuottaminen.

Yhteiskunnallisesti sairaaksi järjestetyssä tilanteessa mahdolliset ristiriidat ovat seuraavia. *Potematon tautinen* -tilanteessa potemus on ristiriidassa sekä tautisuuden että terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen kanssa. Konkreettisesti se voi olla esimer-

kiksi pakkohoitotilanne, jossa sekä yhteiskunnallisesti että lääketieteellisesti arvioiden yksilö on sairas ja vaatii hoitoa. Yksilö sen sijaan on potematon eli ei koe itseään sairaaksi. Suomessa on keskusteltu mahdollistaa raskaana olevien alkoholistien ja huumausaineiden käyttäjien pakkohoito. Pakottamista hoitoon voidaan perustella sekä lääketieteellisestä että yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Lääketieteen näkökulmasta pakkohoitoa voidaan perustella päihteiden aiheuttamilla sikiövaurioilla (Halmesmäki 2000). Yhteiskunnallisesti näkökulmasta pakkohoitoa voidaan perustella paitsi sikiövaurioilla myös yhteiskunnallisilla kustannuksilla. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna pakkohoito ei kuitenkaan ole yksiselitteisesti puolustettava toimenpide, sillä pakottamisella on kielteisiä vaikutuksia. Pakkohoito rajoittaisi yksilön itsemääräämisoikeutta ja lisäisi päihdeongelmien salailua. (Ks. Lehto 1998; Tarvainen 1996.)

Poteva tauditon -tilanteessa tautisuus on ristiriidassa terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen ja potemuksen kanssa. Tällöin lääketieteellisesti jotakin olemisen tilaa ei määritetä taudiksi vaikka yhteiskunnallisessa järjestyksessä ja yksilöllisessä kokemuksessa tilanne määritetään sairaudeksi. Kyseessä voisi olla esimerkiksi lääketieteen ulkopuolisten hoitojen tuottamat sairausmäärittelyt, jotka sekä potemuksessa että yhteiskunnallisessa järjestyksessä määritetään sairaudeksi, vaikkei lääketiede niin teekään. Käytännössä tämä näkyy muun muassa poliittisina vaatimuksina koululääketieteen ulkopuolisten hoitojen korvattavuudesta (ks. Duodecim 1998).

Potematon tauditon -tilanteessa yhteiskunnallinen terveys- ja sairausjärjestys on ristiriidassa tautisuuden ja potemuksen kanssa. Konkreettisesti se tarkoittaa yhteiskunnallisen epäjärjestyksen hoitamista terveydenhuollon keinoin, kuten köyhien, poikkeavasti käyttäytyvien naisten lähettämistä mielisairaalaan viime vuosisadan alussa tai turvallisuusuhkana pidetyn varusmiehen määrittämistä psykiatrisista syistä palveluskelvottomaksi.

Kolme ulottuvuutta diskurssin avaajana

Terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden malli on syntynyt prosessissa, jossa olen pohtinut journalistisen tekstin suhdetta terveyksiin ja sairauksiin. Pohdinta on kulkenut rinnan empiirisen aineiston analyysin kanssa. Se on auttanut näkemään journalistista tekstiä pintaa syvemmältä. Journalististen terveyksien ja sairauksien diskursiivinen muodostelma on avautunut hitaasti, sillä biolääketieteellinen tauti on peittänyt alleen terveyden ja sairauden muita puolia. Jähmeästä muodostaan huolimatta mallinnos on tehnyt näkyväksi terveyksien ja sairauksien horisontteja, joita olen kohdannut empiirisen aineiston analyysissa. Kun ulottuvuudet mallintamisella ikään kuin pakotetaan omille paikoilleen, on mahdollista saada näkyviin piiloisia terveyksiä ja sairauksia ja käyttää niitä terveysterminologian tekstin analyysissa.

Aiemman medikaalisen antropologian ja terveystieteiden tutkimuksen perusteella olisi ollut mahdollista ymmärtää ja erottaa potemus ja tauti toisistaan (ks. Honkasalo 2008). Aineiston analyysissa potemuksen erottelu omaksi ulottuvuudeksi ohjaa sekä etsimään journalististen terveyksien ja sairauksien kokemukSELLISTA puolta että pohtimaan potilaan paikkaa journalismissa

Potemuksen ja tautisuuden nelikenttä toimii potemuksen ja tautisuuden yhtäläisyyksien ja erojen tiivistelmänä. Nelikenttä on myös lähtökohta terveyden ja sairauden kolmannelle ulottuvuudelle, sosiaaliselle järjestykselle. Sosiaalisen järjestyksen monimuotoisuus tuli ymmärrettävämmäksi, kun kysyin, miten potemukset ja taudit suhteutuvat yhteiskunnallisiin terveys- ja sairauskäytäntöihin. Ilman terveyksien ja sairauksien kolmen ulottuvuuden mallia olisi journalistinen teksti terveyden ja sairauden sosiaalisena järjestyksenä jäänyt kenties kokonaan näkemättä.

Kolme ulottuvuutta tekee mahdolliseksi nähdä enemmän terveyksien ja sairauksien diskursiivisen muodostelman kokonaisuudesta ja kysyä, millaiset sairaudet mahdollistavat biolääketieteen

hegemonian. Journalismin terveyksien ja sairauksien diskursiivisen muodostelman erittelemisen edellyttää sekä näkyvien ja äänekkäiden että näkymättömien ja äänettömien etsimistä ja analysointia. Kuvion kuusi ristiriitatilanteiden tunnistaminen merkitsee terveysjournalismin poliittisuuden tunnistamista. Toisin sanoen *terveysjournalismi ei ole terveyksien ja sairauksien välittämisen instituutio vaan terveyksiä ja sairauksia järjestävä instituutio*. Seuraavassa luvussa sovellan terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden mallia ja puran journalistisen sairaalan diskursiivista muodostelmaa nähdäkseni miten sanomalehden sairaala järjestää terveyttä ja sairautta.

4

JOURNALISTINEN SAIRAALA

Lentoterminaalissa soljuu johdonmukaisten toimintojen ketju: matkustajat saapuvat, tarkastuttavat lippunsa ja passinsa, ostavat tullitonta viinaa, juovat baarissa vientioluen, käyvät wc:ssä ja asettuvat jonoon portin suulle ehtiäkseen valitsemaan hyvän paikan, mielellään varauuskäytävän vierestä.

Voidaanko sairaalassa havaita samanlaisia johdonmukaisia tapahtumaketjuja? Eiköhän. Sairaala on rakennettu kuin lajitte-lulaitos, ken sinne saapuu, hänen on ensin voitava esittää pääsy-lippu sairauteensa. Mitä tarkoitetaan, kun sanotaan, että ihminen on sairas? Mitä sairaus on? Miltä se näyttää? Tässä kohden mieli-piteet käyvät ristiin. Sisäänkirjoituspöydän ääressä tapahtuvan, toisinaan hyvinkin perusteellisen prosessin jälkeen joku sairaalan henkilökunnasta – tavallisesti lääkäri – päättää onko kysymyksessä sairaus vai ei. Se joka ei ole sairas, on siis terve ja saa mennä kotiin.

Jersild 1979, 14

Jersildin romaani *Baabelin talo* kertoo jättiläissairaalaista, joka toimii tehtaan tavoin. Tehtaan raaka-ainetta ovat sairaat, jotka tehdas muuttaa tuotantoprosessissaan terveiksi tai ainakin terveemmiksi. Potilaiden tehtävänä on parantua; parantumattomien paikka ei ole sairaalassa. Potilaan kuolema on epäluottamuslause koko sairaalan toiminnalle. Näkemys on jyrkkä, mutta välttämätön. ”Koko järjestelmä luhistuisi, ellei sen tukena olisi uskontunnustus, jonka mukaan sairas paranee ainoastaan lääketieteen antaman panoksen avulla”(mt., 14). Baabelin talo on armoton kuvaus hierarkkisesta ja byrokraattisesta sairaalakoneistosta ja sitä pyörittävistä ihmisistä. Se on myös kertomus yhdestä potilaasta, Primus Svenssonista, joka kulkeutuu koneiston mukana taudista toiseen ja lopulta kuo-

lee. Vuonna 1978 Ruotsissa julkaistu *Baabelin talo* nostatti kiivaan keskustelun terveydenhuollosta ja erityisesti suurten sairaaloiden toiminnasta. Parin vuoden aikana kirjailija Jersild kiersi puhumassa neljässäkymmenessä yleisötilaisuudessa, joissa puhuttiin sekä terveystaloudesta että yleisön henkilökohtaisista kokemuksista. Ruotsalaisilla näytti olleen selvä tarve puhua terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta. Monet ottivat yhteyttä kirjailijaan tai tulivat tilaisuuksiin kertoakseen huonoista kokemuksistaan tai saadakseen vastauksia epäselviksi jääneisiin kysymyksiin. (Jersild 1982.) Ruotsalaisen keskustelun laineet ylsivät myös Suomeen. Kirja suomennettiin nopeasti (1979) ja se herätti keskustelua myös Suomessa. Suomenoksen kirja-arvioissa (Autio 1980; Sevilä 1980) teosta pidettiin hyvänä, ajatuksia herättävänä sairaalakuvauksena. *Syöpä*-lehden kirja-arviossa (Sevilä 1980) teosta ehdotettiin käytettäväksi oppikirjana. Toisaalta kirja-arvioissa painotettiin, että romaani on subjektiivinen ja viihteellinen, eikä sitä pidä ottaa kuvauksena todellisuudesta.

Ruotsalaisten yleisötilaisuuksien perusteella näytti siltä, ettei kansalaisilla ollut riittäviä tietoja terveydestä, sairaudesta ja terveydenhuollon toiminnasta. Pohtiessaan syitä ja syyllisiä kansalaisten väärinymmärryksiin ja epätietoisuuteen Jersild (1982) löytää pääsyyllisen hieman yllättävältä taholta. Terveydenhuolto on Jersildin mukaan vain osittain vastuussa tilanteesta. Suurin syyllinen on media, erityisesti sensaatiohakuinen iltapäivä- ja viikkolehdistö, joka ei välitä oikeaa ja asianmukaista tietoa terveydenhuollosta. Jersildin kanssa samaa mieltä ovat olleet myös monet journalismia kritisoineet lääkärit ja muut terveydenhuollon asiantuntijat, joiden mukaan median kuva terveydenhuollosta ja lääketieteestä on vääristynyt (ks. esim. Garbenby 1991; Hofoss & Falkum 1996; Poikolainen 1989; Ruuskanen & Jalanko 1997; Tikkanen 1993).

Tällaisen mediakritiikin mukaan median ja journalismin toimivuus riippuu siitä, miten hyvin median välittämä kuva terveydenhuollosta vastaa todellisuutta. Mediakuvan ja todellisuuden välisen suhteen vertailu ei kuitenkaan ole tämän tutkimuksen lähtökohta

eikä tavoite. Tässä tutkimuksessa en selvitä, miten hyvin tai huonosti journalistinen sairaala vastaa olemassa olevaa sairaalaa vaan sitä, millainen on journalistinen sairaala – tai paremminkin sairaalat. Sairaala ei ole vain yksi organisaatio, vaan sairaala rakentuu useissa merkitysprosesseissa. Jari Vuori (1995) on vertaillut julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa erittelemällä, miten organisaatioiden merkityssuhteet rakentuvat erilaisissa teksteissä. Tutkimuksen aineistona (mt., 21) ovat olleet henkilöstölehdet, pöytäkirjat, henkilökunnan vastaukset kyselytutkimukseen, työelämäkerrat ja -kuvaukset sekä henkilökunnan haastattelut. Teksteissä ei rakennu yhtä julkista ja yhtä yksityistä terveydenhuollon organisaatiota vaan saman yksikön sisällä on samasta ilmiöstä useita erilaisia merkityksiä. Konkreettisesti tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, miten tuloksellisuutta merkityksellistetään. Henkilökunnan puheessa tuloksellisuudesta puhutaan sekä kustannusten säästönä että potilaan hyvänä hoitona. (Emt., 135–142.) Vuoren (mt.) tutkimissa teksteissä rakentuvat sairaalat ovat tekstuaalinen konstruktio, jotka ovat yhteydessä toisiinsa ja jotka yhdessä muodostavat osan reaalista sairaalasta. Sairaala ei ole yksi paikallaan pysyvä instituutio vaan teksteissä ja toiminnassa koko ajan rakentuva laitos. Ei siis ole olemassa mitään yhtä sairaalaa, josta media voisi välittää kuvaa, vaan median sairaalat ovat osa sairaalan diskursiivista muodostelmaa.

Sanomalehden sivuilla rakentuvaa sairaalaa ei voi palauttaa sairaalan toiminnossa syntyviin merkityksiin vaan kyseessä on nimenomaan journalistinen konstruktio. Sanomalehden sairaala on journalistinen diskurssi eikä diskurssi muiden diskurssien sairaaloista. Vaikka yksittäiset faktatiedot voivat olla yhtä pitäviä muiden sairaaloiden faktojen kanssa, sanomalehden sivuilla rakentuva sairaala ei siis ole toisinto toisaalla rakentuvista sairaaloista. Vaikka journalistinen sairaala on tekstuaalinen konstruktio, se ei kuitenkaan tarkoita, ettei sanomalehden sairaalalla olisi mitään suhdetta todellisuuden sairaaloihin. Journalistinen sairaala on yhteydessä muihin sairaaloihin ja niitä tuottaviin diskursiivisiin käytäntöihin. Vaikka tutkimus

sanomalehden sairaalasta ensisijaisesti tekee näkyväksi journalistisen sairaalan käytäntöjä, sairauksia ja ihmisiä, se kertoo myös siitä kulttuurisesta tilasta ja paikasta, joka tekee mahdolliseksi kaikki muutkin sairaalat. Journalistinen sairaala rakentuu useista diskursseista. Yhdet diskurssit ovat yhteydessä sairaalan arjessa syntyviin merkityksiin, toiset puolestaan juontuvat sairaalaan kulttuurista ja yhteiskunnallista paikkaa ja tehtäviä tuottavista diskursseista. Yhdessä kaikki sairaalat ovat diskurssiivinen muodostelma, joka tuottaa terveyksien ja sairauksien järjestystä.

TUTKIMUSAINEISTO

Tutkimusaineisto koostuu Aamulehdessä vuosina 1980–1998 julkaistuista jutuista, joissa käsitellään Tampereen yliopistollista sairaalaa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Sairaalan nimi on vaihtunut useita kertoja tutkimusjakson aikana: vuonna 1980 sairaala oli nimeltään Tampereen keskussairaala (Tks), vuosina 1981–1990 Tampereen yliopistollinen keskussairaala (Tayks) ja vuodesta 1991 alkaen Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (Pshp) on perustettu vuonna 1991, jolloin kahdeksan itsenäisen kuntainliiton sairaanhoitopiiriä yhdistettiin yhdeksi organisaatioksi. Uudessa sairaanhoitopiirissä yhdistettiin yliopistollisen keskussairaalan, Mäntän, Valkeakosken ja Vammalan aluesairaaloiden sekä Kaivannon, Keijärven ja Sastamalan psykiatristen sairaaloiden kuntainliitot. Samana vuonna Pitkäniemen psykiatrinen sairaala liitettiin Tayksiin. Tutkimusaineistosta valtaosa käsittelee Tks:a, Tayks:a ja Tays:a, joihin viitataan yleisnimityksellä sairaala. Puhuessani muista sairaanhoitopiiriin kuuluvista sairaaloista käytän sairaaloiden nimien ohella nimitystä aluesairaala.

Tutkimusaineisto on kopioitu lukuun ottamatta vuotta 1989 Tampereen yliopistollisen sairaalan leikekirjasta. Jutut leikekirjaan ovat keränneet sairaalan ylimmän johdon sihteerit. Työn tarkoitus

on ollut kerätä tietoja ja taustoja johdon päivittäiseen työhön. Leikekirja on tehty muun työn ohessa ilman täsmällisiä ohjeita. Kiire- ja loma-aikoina aineistoa on voinut jäädä myös keräämättä, keräyksen tavoitteena ei ole ollutkaan olla kattava.¹ Vuonna 1989 leikkeiden keräämisessä oli katkos ja tältä vuodelta jutut on poimittu sanomalehtiarkistosta. Aineistossa ei ole kaikkia 19 vuotena julkaistuja Taysia ja sairaanhoitopiiriä koskevia juttuja. Aineiston kattavuuden selvittämiseksi sairaalan leikekirjan aineistoa verrattiin itse kerättyyn aineistoon.² (Liitteen taulukot 10–14, s. 281–283.) Vuoden 1989 itse kerätyn aineiston aihekimppujen vertailu koko aineistoon ja vuosiin 1980–1988 ja 1990–1990 osoittaa, että aiheiden, juttutyypien ja juttujen koko sekä Taysin ja Pshp:n paikka jutuissa ei merkittävästi muutu vertailuryhmien välillä. Selvä ero vuoden 1989 aineiston ja muun aineiston välillä on työntekijöitä käsittelevien juttujen määrässä. Ero selittyy sillä, ettei vuonna 1989 ollut lakkoa. Lakkoa käsitteleviä juttuja on yli puolet koko aineiston työntekijöitä käsittelevistä jutuista. Itse kerättyssä aineistossa on jonkin verran enemmän myös sairaalan ulkopuolisia toimijoita käsitteleviä juttuja, tämä selittyy keräystavalla. Selvä poikkeama on myös vuoden 1989 ja muiden vuosien välillä organisaation toimintaa käsittelevien juttujen määrässä. Eroa selittää vuoden 1989 kaksi hallinnollisesti merkittävää tapahtumaa: Pitkänien sairaalan liittäminen osaksi Taysia ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perustamisen valmistelut. Taysille valittiin myös uusi sairaalajohtaja, mikä kirvoitti paitsi uutisia myös yleisönosastokirjoituksia. (Liitteen taulukot 10–13, s. 281–282.)

-
- 1 Sähköpostikirjeenvaihto sairaanhoitopiirin johtajan sihteerin Sinikka Solion kanssa 13.2.2004.
 - 2 Aineiston aukkoisuus tuli esiin myös koetarkistuksessa, jossa vertailin leikekirjan aineistoa sanomalehtiarkistosta kerättyyn aineistoon. Tätä tarkistusta varten keräsin Taysia ja Pshp: käsittelevät jutut yhden viikon ajalta jokaiselta aineistovuoden maaliskuulta. Tarkistus osoitti, että leikekirjassa ei ollut kaikkia juttuja, joissa käsiteltiin Taysia tai Pshp:ä. Erityisesti puuttui juttuja, joissa sairaalaan vain viitattiin lyhyellä maininnalla.

Aineistoon kuuluu yhteensä 1189 juttua, jotka käsittelevät Tampereen yliopistollista sairaalaa tai Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Jutuista 874 on sellaista, joissa sairaala tai sairaanhoitopiiri on pääaihe. 282 jutussa viitataan sairaalaan tai sairaanhoitopiiriin vain lyhyesti. Lisäksi aineistossa on mukana 33 juttua, joissa ei mainita sairaalaa tai sairaanhoitopiiriä lainkaan, vaan jutut liittyvät aiempaan, sairaalaa tai sairaanhoitopiiriä käsittelevään kirjoitteluun. Valtaosa jutuista on uutisia tai reportaaseja, jotka on valittu tämän tutkimuksen pääanalyysin kohteeksi. Muut journalistiset jutut pitävät sisällään asiantuntijoiden artikkelit (22 kpl), kolumnit ja kommentit (13 kpl) sekä pääkirjoitukset (5 kpl). Yleisönosastokirjoituksia on yhteensä 206. Yleisönosastoaineistossa on mukana sekä kansalaisten (125 kpl) että henkilökunnan (81 kpl) kirjoitukset.

Taulukko 1. Aineiston juttutyypit

JUTTUTYYPPI	%	N
Uutinen / reportaasi	79	943
Muu journalistinen juttu	3	40
Yleisönosasto, kansalaiset	11	125
Yleisönosasto, henkilökunta	7	81
Yhteensä	100	1189

Aineiston analyysi on edennyt yleiskuvauksesta kohti eritellympää ja syvempää analyysia. Ensimmäinen luokittelu kuvaa aineistoa kokonaisuutena ja vastaa kysymykseen siitä, millaisia ovat sairaalaa ja sairaanhoitopiiriä käsittelevät juttuaiheet. Ensimmäisessä vaiheessa aineistosta luokiteltiin juttujen juttutyypit, pää- ja sivuaiheet, jutun koko, klinikka, tieteellisen toiminnan alue, sairaalan ja sairaanhoitopiirin asema jutussa sekä julkaisukuukausi ja -vuosi. Potiluiden järjestystä analysoidessa luokitteluun lisättiin myöhemmin potilaiden asemaa kuvaava luokittelu. Tämä luokittelu on kuvattu seuraavassa luvussa Potiluiden järjestys. Luokittelurunko on kuvattu

liitteessä (s. 285). Luokittelurunko ei ollut kokonaan valmiina ennen luokittelun aloittamista, vaan se rakentui aineistoa analysoidessa. Luokittelu ei siis perustu mihinkään reaalisen sairaalan organisaatioon. Luokittelun aikana rakentuivat juttujen aiheuokitukset, tieteellisen toiminnan alueet ja kuvien aiheiden sisältöluokat. Myös aineiston sairaalan klinikoita kuvaavan muuttujan sisältöluokat täydentyivät luokittelun aikana. Klinikoista on mukana vain sellaisia, jotka on mainittu aineistossa eivätkä journalistisen sairaalan ja todellisen sairaalan klinikat vastaa toisiaan. Luokittelurunko rakentui noin 400 ensimmäisen jutun aikana, jonka jälkeen tutkimusapulainen Sari Sainio jatkoi luokittelua. Aineistossa tuli hyvin esiin laadullisessa tutkimuksen aineiston määrää koskeva kylläntymisohje. Ohjeen mukaan laadullisessa tutkimuksessa aineistoa on riittävästi, kun aineisto kyllääntyy. Toisin sanoen aineiston lisääminen ei tuo enää uusia vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Esim. Mäkelä K. 1990, 52.) Juttuaiheiltaan aineisto alkoi kyllääntyä jo ensimmäisten 400 jutun aikana. Mahdollisten ajallisten muutosten löytämiseksi oli koko aineisto luokiteltava. Luokittelun aikana olin Sainion kanssa tiiviissä yhteistyössä, epäselvistä tapauksista neuvottelimme säännöllisesti. Analyysin toisessa vaiheessa, aineiston lähiluvussa kävin läpi myös luokittelua ja muutin pääaiheluokitteluja. Tein muutoksia sekä itse tekemääni että tutkimusapulaisen tekemään luokitteluun. Analyysin lähiluvussa muuttui kuusi prosenttia luokituksista, eli 71 pääaiheen luokituksista. Suurimman yksittäisen muutoksen tein sädehoitolaitteen eli kobolttikanuunan rikkoutumista käsitelleiden juttujen luokittelussa. Ensimmäisessä vaiheessa jutut oli luokiteltu aiheeltaan toimintahäiriöksi. Aineiston laadullisen analyysin aikana siirsin kyseiset jutut, yhteensä viisi juttua, toimintahäiriöt-luokasta tautien ja hoitojen luokkaan, johon ne teemallisesti luontevammin kuuluvat. Lähiluvussa lisäsin 22 juttuun myös sivuaiheen. Lähiluvun aikana havaintoyksikköjen määrä kasvoi viidellä, sillä alun perin yhdeksi juttukokonaisuudeksi luokiteltu juttu paljastui kahdeksi

erilliseksi jutuksi. Lisäksi aineistosta poistui neljä juttua, jotka eivät kuuluneet aineistoon, sillä ne eivät käsitelleet sairaalaa tai sairaanhoitopiiriä eivätkä liittyneet sairaalasta käytävään keskusteluun.

Tässä luvussa analysoin journalistisen sairaalan kokonaisuutta erittelemällä, millaisista aiheista journalistinen sairaala rakentuu ja miten noita aiheita käsitellään. Lähiluvun analyysin lähtökohtana on aineiston määrällinen luokittelu, joka kertoo, millaiset aiheet ovat journalistisessa sairaalassa eniten esillä. Lähiluvussa vastaan kysymykseen, millainen sairaala näistä aiheista rakentuu. Lähiluvussa etsin myös poikkeamia, jotka kertovat sivuun jääneistä aiheista ja lähestymistavoista. Tämä luku vastaa siis seuraaviin kysymyksiin: millainen diskursiivinen muodostelma journalistinen sairaala on, miten se toimii, miten sitä hallitaan, millaisia ovat sen sairaudet ja terveydet sekä millaista on sairaalan antama hoito.

Uutisia vai vanhasia?

Journalismi on luonteeltaan enemmän tehdasta kuin taidetta. Tehdasmaisesta massatuotannosta kertovat journalistisen ilmaisun vakiintuneet muodot sekä aiheiden ja näkökulmien toistuvuus. Vakiintuneiden käytäntöjen tavoitteena on taata journalismin laatu ja uskottavuus. Näiden käytäntöjen avulla rakentuvat myös journalistiset genret, jotka ohjaavat journalististen tekstien tuotantoa tietojen hankinnasta esitystapoihin. Hankintarutiineilla toimitukset pyrkivät takaamaan, ettei mikään tärkeä aihe mene toimituksen ohitse. Journalismin lähdekäytännöistä tehdyissä tutkimuksissa on toistuvasti noussut esiin journalismin riippuvuus vakiintuneista lähteistä. Journalismin riippuvuus lähteistä ei vaikuta vain journalismin juttuaiheisiin vaan myös juttujen näkökulmiin. (Luostarinen 1994, 42–56; Mörä 1999, 86–189; Tuchman 1978, 1–103.)

Uutisjournalismin toisteisuus nostaa esiin kysymyksen, ovatko kyseessä uutiset vai vanhaset. Johan Galtung ja Mari Holmboe Ruge (1965, 67) pitävät uutisia vanhasina niiden odotuksenmukaisuuden

vuoksi. Ennako-odotusten ja -käsitysten mukaiset tapahtumat ja aiheet nousevat helpommin uutisiksi kuin totutusta uutisvirrasta poikkeavat tapahtumat ja aiheet.³ Toisteisuus ja odotuksenmukaisuus viittaavat joukkoviestinnän ja journalismin rituaaliseen puoleen. Journalismi on ennen kaikkea rituaali, joka ylläpitää ja uusintaa yhteisöä. (Ks. Carey 1994/1975.) Journalismi ei kerro uutisia kertoakseen uusista asioista yhteisölle vaan tuottaa vanhasia, jotka pitävät yllä yhteisöä. Journalistisessa sairaalassa uutisten vanhasuus on ilmeistä. Aineiston määrällisessä erittelyssä selvimmän esiin nouseva piirre on juttuaiheiden toisteisuus. Vuosien 1980 ja 1998 välillä aineistossa kiertävät samat aiheet vuodesta toiseen. Joissakin aiheissa, kuten resurssipulaa käsittelevissä jutuissa, aihe ja aiheen käsitteily ovat niin samankaltaisia, että juttu olisi voitu julkaista aivan hyvin jonakin aiempänä tai myöhempänä vuotena. Aiheet muodostavat myös löysähkön vuosikierron. Vuoden vaihteessa juttuaiheena on tyypillisesti vuoden ensimmäinen vauva. Keväällä jutut ennakoivat osastojen kesäsulkuja. Kesällä seurataan sulkujen vaikutuksia. Kevättä ja kesää ennakoiviin vakiojuttuihin kuuluvat myös luovuttajakutsut, joissa pyydetään kansalaisia luovuttamaan verta. Syksyllä käsitellään sairaalan ja sairaanhoitopiirin seuraavan vuoden talousarviota ja tulevan vuoden resurssien lisäyksiä tai vähennyksiä. Sairaalan ja sairaanhoitopiirin liittovaltuuston ja -hallituksen kokoukset ovat vakiintuneita uutislähteitä ja niistä myös tiedotetaan säännöllisesti. Sairaalan tai sairaanhoitopiirin hallinnolliset ja taloudelliset asiat ovatkin jutuissa keskeisessä asemassa. Määrällisen erittelyn mukaan journalistinen sairaala on muuttunut jonkin verran 1980-luvun alusta vuoteen 1998 mennessä. Selvin muutos on taloutta käsittelevien

3 Toimittaessamme Marianna Laihon kanssa Journalismikritiikin vuosikirjaa 1999 (Tiedotustutkimus 1/1999) yritimme etsiä aiheita, jotka olivat jääneet uutisoinnin ulkopuolelle. Tehtävä oli mahdoton. Journalististen itsestäänselvyyksien kyseenalaistaminen olisi vaatinut sellaista journalismin käytännöllisen itseymmärryksen ja vallitsevan journalismiteorian kyseenalaistamista, ettei se toimitustyön aikarajoissa ollut mahdollista.

Taulukko 2. Juttujen pää- ja sivuaiheet

JUTTUAiheet	pääaiheena %	sivuaiheena %
Resurssipula, palvelujen vähentäminen	13	22
Sairaalan ja sairaanhoitopiirin organisaation toiminta	11	7
Uusi hoito, laite tai hoitotila	10	8
Taudit ja niiden hoidot	7	4
Lääketieteellinen tutkimus ja koulutus	7	3
Sairaalan ja sairaanhoitopiirin talous	6	18
Valitus huonosta hoidosta	4	1
Lakko ja muu ammattiyhdistystoiminta	4	1
Toimintahäiriöt ja ei-hoidolliset ongelmat	3	3
Rakentaminen	4	3
Sairaalan osastojen ja muiden yksiköiden toiminta	3	3
Yhteistyö kansalaisjärjestöjen ja kansalaisten kanssa	4	3
Työntekijöiden asema, työturvallisuus	4	4
Resurssien lisäykset	3	5
Hoidon eettiset kysymykset, potilaan asema	2	3
Sairaalan vastaus valitukseen huonosta hoidosta	2	1
Luovuttajakutsu ja ohjeet yleisölle	2	1
Yhteistyö yksityisen terveydenhuollon kanssa	1	3
Potilasturvallisuus, hoitovirheet ja hoidon komplikaatiot	1	2
Henkilökunta maailmalla ja kansainvälinen yhteistyö	1	
Potilaan tarina	1	3
Potilaan kiitos	1	1
Hoitotieteen tutkimus ja koulutus	1	0
Muut	5	1
Yhteensä	100	100
N	1189	443

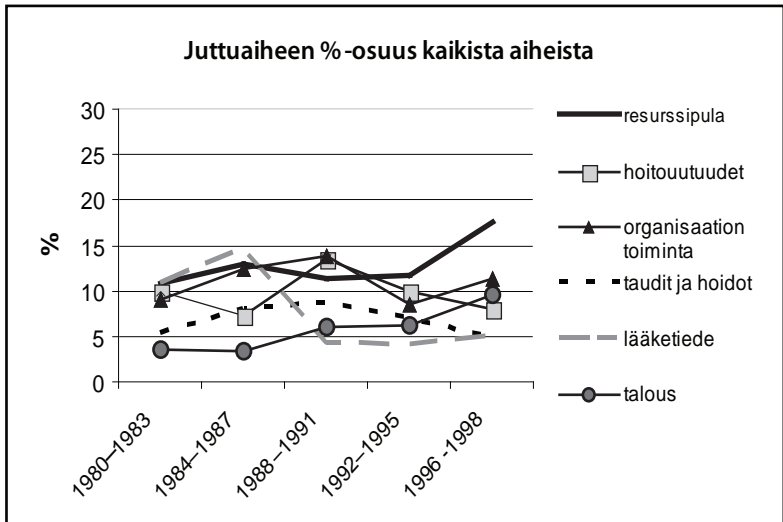
utkimuksen teko ja tulosten esittely. Tiedettä käsitellään tyypillisesti asiantuntija-artikkeleissa. (Liitteen taulukko 7, s. 279.) Työntekijäkimppuun puolestaan kuuluvat jutut, joiden keskiössä ovat työntekijöiden työoloja ja -ehtoja käsittelevät jutut. Työntekijöiden asemaa, työturvallisuutta ja lakkoja käsitteleviä juttuja on eritelty lähiluvussa vain jos ne liittyvät suoraan sairaalan toimintaan. Potilaskimppuun kuuluvat jutut, joissa käsitellään potilaan kokemuksia sairaalasta, kuten potilaiden tarinat sekä potilaiden hoitoa koskevat moitteet ja kiitokset. Potilaskimpun juttuja sekä muissa kimpussa näkyviä ja kuuluvia potilaita ja potemusta erittelen luvussa Potiluiden järjestys. Seitsemänteen kimppuun kuuluvat kaikki muut jutut. Niihin kuuluvat muun muassa henkilökunnan syntymäpäivähaastattelut.

Aineiston aiheluokittelu on vain yksi monista mahdollisista. Luokat syntyivät aineiston lukemisen myötä, eikä niitä ole sidottu reaalisen sairaalan tai sairaanhoitopiirin toimintaan tai järjestykseen. Aineistolähtöisyys ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei ennakkoletuksilla olisi mitään merkitystä. Luokittelun taustalla vaikuttaa ilman muuta tietoni ja kokemukseni sairaalasta, sairaanhoitopiiristä ja (terveys)journalistisista käytännöistä. Myös aiheiden kimputus on vain yksi mahdollisista. Osa aiheista on myös sellaisia, että ne ainakin osittain voisivat olla mukana useammassakin kimpussa. Lähilukiessani aineistoa olen ottanut huomioon tällaisten juttujen kaksoisluonteen. Aiheet, jotka olen ottanut mukaan lähilukuun, mutta jotka eivät ole määrällisessä tarkastelussa mukana kimpussa, on merkitty aihekimppuja kuvaavassa taulukossa sulkeisiin. (Taulukko 3.) Olennaista sekä aiheluokituksessa että pääaiheiden kimputuksessa on se, että ne muodostavat temaattisia kokonaisuuksia, jotka ovat analyysin toisen vaiheen lähtökohta.

Analyysin toisessa vaiheessa luin aineiston läpi viidestä eri näkökulmasta, jotka olivat resurssit, talous ja hallinto, taudit ja hoidot, tiede sekä potilaat. Tutkimusrajauksellisista syistä jätin lähiluvus-

ta pois työntekijöiden asemaa, työsuojelua, palkkoja ja lakkoja koskevat teemat. Kussakin lähiluvussa erittelin ensisijaisesti kyseiseen kimppuun kuuluvia juttuja, toissijaisesti kiinnitin huomiota erittelyn kohteena olevan aiheen esiintymiseen muissa aihekimppuisa. Potiluuuden järjestys -lukua varten luokittelin potilaiden paikan juttujen kuvituksessa, tätä luokittelua käsittelevän luvussa Potiluuuden järjestys. Aineiston analyysi eteni kimpuista kohti pienempiä säikeitä. Erittelyä tehdessäni kirjoitin muistiinpanoja, joiden avulla sain näkyviin kimppujen sisäistä järjestystä. Kimput kertovat sairaalan suurista linjoista, kimppujen säikeet puolestaan pienistä yksityiskohdista, jotka voivat olla joko suurten linjojen mukaisia tai niiden vastaisia.

Kuvio 7. Yleisimpien juttuaiheiden keskinäinen jakautuminen vuosiryhmittäin



Taulukko 3. Juttukimput

JUTUN PÄÄAIHEIDEN KIMPUT	%	N
Resurssien puute tai lisäys Resurssien puute, palvelujen vähentäminen Resurssien lisäykset Uusi hoito, laite tai hoitotila Rakentaminen (Luovuttajakutsu ja ohjeet yleisölle)*	30	358
Hallinto ja talous Sairaalan ja sairaanhoitopiirin organisaation toiminta Sairaalan ja sairaanhoitopiirin talous Toimintahäiriöt ja ei-hoidolliset ongelmat (Kansainvälinen yhteistyö)*	21	246
Taudit ja hoidot Taudit ja niiden hoidot Sairaalan osastojen ja muiden yksiköiden toiminta Hoidon eettiset kysymykset, potilaan asema Potilasturvallisuus, hoitovirheet ja hoidon komplikaatiot (Uusi hoito, laite tai tila)* (Tiede)*	14	165
Työntekijät Lakko ja muu ammattiyhdistystoiminta Työntekijöiden asema, työturvallisuus Henkilökunta maailmalla ja kansainvälinen yhteistyö	9	102
Potilaat Potilaan tarina Potilaan valitus huonosta hoidosta Sairaalan vastaus valitukseen huonosta hoidosta Potilaan kiitos (Hoidon eettiset kysymykset, potilaan asema)* (Potilasturvallisuus, hoitovirheet ja hoidon komplikaatiot)* (Yhteistyö kansalaisjärjestöjen ja kansalaisten kanssa)* (Luovuttajakutsu ja ohjeet yleisölle)*	8	97
Tiede Lääketieteellinen tutkimus ja koulutus Hoitotieteen tutkimus ja koulutus	7	88
Ulkopuoliset Yhteistyö kansalaisjärjestöjen ja kansalaisten kanssa Luovuttajakutsu ja ohjeet yleisölle Yhteistyö yksityisen terveydenhuollon kanssa	7	79
Muut	5	54
Yhteensä	100	1189

* Suluisia olevia aiheita ei ole laskettu mukaan aihekimppujen prosentuaaliseen jakaumaan, mutta kimppujen lähiluvussa aiheita on eritelty.

Leikkaussalin dramatiikkaa ja uhattuja lapsia

Suurin osa jutuista käsittelee sairaalaa yleisellä tasolla, eikä juttuja voi paikantaa yksittäiseen osastoon, osastoryhmään tai yksikköön. Kolmasosassa jutuista on sairaalan yksikkö tai osasto mainittu. Sairaalan osastot ovat jutuissa mukana kahdella tapaa. Osaston toiminnan yleisesittelyssä kuvataan osaston antamaa hoitoa ja sen työn tekijöitä. Osasto tai yksikkö voi olla jutun pääaihe, jolloin jutussa käsitellään osaston toimintaa, hoitoa, työntekijöitä ja potilaitakin. Koko sairaalaa käsittelevissä jutuissa osasto tai yksikkö toimii jutussa esimerkkinä, jonka kautta juttu saa elävyyttä. Esimerkkiosaston työntekijöitä ja potilaita haastatellaan ja usein he myös kuvittavat juttua. Neljäsosassa jutuista, joissa osasto on mainittu, käsitellään joko leikkausosastoa tai sädehoitoyksiköitä. Vuodeosastoista eniten puhutaan lastenosastoista (16 %) ja synnytysosastoista (10 %). (Liitteen taulukko 8, s. 280.)

Journalistisen sairaalan keskeisintä toimintaa ovat leikkaukset. Jos journalistista sairaalaa kuvaisi jollakin sairaalan yksiköllä, se olisi leikkaussali. Tayksin ja Taysin kirurgisten toimenpiteiden resurssivajaukset ja uusien leikkaussalien rakentaminen selittävät vain osin sitä, miksi leikkaussalit ovat niin keskeisellä sijalla journalistisessa sairaalassa. Leikkauskeskeisyyttä selittävät myös muut tekijät. Lääketieteellinen teknologia on mediassa suosiossa. Uudet ja erikoiset toimenpiteet kelpaavat sekä journalismin että sairaalasarjojen aiheiksi. (Karpf 1988 149–161; Kärki 1998, 161; Seale 2002, 155–157.) Kun sairaalaa käsittelevä yleinen aihe konkretisoidaan leikkaussali-esimerkillä, muuttuvat abstraktit hoitotoimenpiteet konkreettiseksi toiminnaksi. Monimutkaisissa koneissa ja laitteissa tiivistyvät modernin sairaalan ydintoiminta: taistelu tautia vastaan. Leikkauksissa voi jopa nähdä hoidon: lääkärit ja hoitajat avonaisen haavan ympärillä todella tekevät jotakin. Kirurgisissa toimenpiteissä on journalismin kaipaamaa dramatiikkaa. Kirurgin veitsi on sekä riski että toivo:

oikeat viillot vievät kohti parannusta, väärät voivat viedä jopa hen-
gen. Vaikka lääketieteen ja lääkärin valta-asema terveyden ja sairau-
den ainoina asiantuntijoina on ohentunut viime vuosikymmeninä
(Kelleher, Gabe & Williams 1994), se on edelleen vankka. Suomessa
lääkärin ammatti on ollut pitkään ja on edelleen yksi arvostetuim-
mista ammateista. Lääketieteen aloista kirurgiaa arvostetaan eniten.
(Lappalainen 2004; Suhonen 1997, 170–171). Kirurgiaa kunnioitetaan
myös lääkäreiden keskuudessa.

Ammatti on raskas ja vastuu painaa. Koulutus on pitkä, työ fyy-
sisesti raskasta ja yötyötä on paljon. (..) Ville Autio (haastateltu
kirurgi – st) arvelee, että ensisijaisesti lääkäreistä valikoituu ki-
rurgeiksi voimakkaat, terveimmät ja vahvimmat, jotka kestävät
raskaan työn. (leipätekstiä jutun loppupuolelta) 13.11.1982

Lääkäreiden arvostus kertoo luottamuksesta, joka on lääketieteen
harjoittamiselle välttämätöntä. Kulttuurinen luottamus lääkäreiden
toimintaan antaa mahdollisuuden harjoittaa ammattia, jonka pe-
rusolemuksen kuuluu ylittää yksilön ruumiillisen koskemattomuus-
den raja. Leikkauksissa lääkäri särkee yksilön ruumiillista eheyttä
tavalla, jota eivät edes ihmiset itse itselleen yleensä tee. Jännityksen
ohella kirurgiassa on mystiikkaa, sillä se avaa näkymän ihmiseltä it-
seltään piilossa olevaan ruumiiseen.

Leikkaussalin vihreä väri imee valon. Punainen, vihreä, keltainen
ja sininen viiva poukkoilevat läpi pienen kuvaruudun.

Keskellä huonetta, kirkkaassa valossa tekee tiiviisti työtään
kymmenkunta vihreään asuun sonnustautunutta ihmistä. Hil-
jaisuuden katkaisevat oudot sanat, jotka kertautuvat. Vain veitsi,
pihdit ja sydän kuulostavat maallikon korvaan tutuilta. (ingressin
alku) 29.11.1981

Leikkauksien mystiikka tuo juttuun mukaan journalistisen esityk-
sen kaipaamaa jännitystä, sillä ihmisen sisuskalut kiehtovat ja kiin-
nostavat monia meistä. Sairaanhoidon aloista kirurgia toimii kenties
parhaiten yhteen journalistisen kerronnan kanssa myös siksi, että
siinä on sekä selvä alku että loppu. Tautinen tarina, jossa syy ja hoi-

to ovat helposti osoitettavissa, muodostaa helpoimmin journalistista tarinankerrontaa miellyttävän ehyen kertomuksen.⁴

Journalistiset sairaudet eivät selity vain journalistisilla käytännöillä ja esitystavoilla, vaan niillä on yhtymäkohtia myös kulttuurisesti vallitsevaan tapaan selittää sairauksia biolääketieteellisesti. Sairaala, erityisesti yliopistollinen sairaala, on ennen muuta modernin lääketieteen synnyinseutu. Siellä syntyi kliininen katse, joka etsii potilaan kantamaa tautia. (Ks. Foucault 1994/1963, passim.) Moderni biolääketieteellinen tautikäsitelmä konkretisoituu kirurgisissa toimenpiteissä. Potilasta vaivaava tauti kiteytyy poistettavaksi kasvaimeksi tai korjattavaksi ruumiinosaksi. Lopulta hoidon kohteena ei enää olekaan sairas potilas vaan tauti, jota potilas kantaa.

Kun potilaasta tulee taudin kantaja, se merkityksellistää taudin potilaasta irrallaan olevana vihollisena. Taudin vastainen taistelu ei suuntaudu potilaaseen vaan tautiin, jota hän kantaa. Potilaan sijaan tauti on se, joka uhkaa yhteisön jatkuvuutta. Vaarallisinta taudin uhka on silloin, kun se kohdistuu yhteisön lapsiin, jotka ovat yhteisön jatkuvuuden tae. Lapset ovat kollektiivisen huolenpidon kohde. Sairaalan lapsen hoitamatta jättäminen vetoaa voimakkaasti yhteisön tunteisiin (ks. Entwistle ym. 1996). Lapsen sairastamisessa kohtaa sekä yhteisön jatkuvuuden että sen uhan symboli. Lapsi symboloi tulevaisuutta ja toivoa. Sairaus puolestaan viittaa toivon menettämiseen ja kuolemaan. Sairaalan lapsen parantaminen ei ole taistelua vain tautia vastaan vaan myös taistelua yhteisön jatkuvuuden puolesta. (Ks. Karpf 1989, 139.) Sairas lapsi on vahva symboli, jossa kiteytyy taistelu pahaa tautia vastaan ja kamppailu hyvän hoidon puolesta. Sairaalan lapsen symboliarvo selittänee ainakin osaltaan

4 Ridellille (1994, 120–124) uutisten eheys on ideologista eheyttä: Uutiskerronta perustuu geneerisiin käytäntöihin, joissa uutisesta rakentuu ideologisesti ehyt kertomus. Uutisen geneeriset käytännöt raamittavat uutisten tuottamista. Niiden myötä syntyy uutismuotoinen teksti, jonka myös yleisö lukee uutiseksi. Geneeriset käytännöt yhdistävät sekä uutisten kirjoittajia että niiden lukijoita.

sitä, miksi lasten sairaudet ovat sairaalajuttujen aiheina useammin kuin aikuisten sairaudet.

Miljoonapiiri on liikaa

Leukemialasten hoito vaikeutuu Tampereella (otsikot)

Tampereella käydään kovaa taistelua leukemiaa sairastavien lasten elämästä. Leukemia on kova vastustaja, jota vastaan Tampereen yliopistollisen keskussairaalan lastentautien klinikka taistelee liian vähäisin voimavaroin. (ingressi) 2.2.1984

Lapsiin liittyvä tulevaisuuden toivo selittää myös sitä, miksi synnytysosastoista puhutaan enemmän kuin muista vuodeosastoista. Synnytysosastojen runsas esilläolo liittyy myös journalistisen sairaalan vuosittaiseen juttukiertoon. Vuodenvaihteen vauvat ja synnytysruuhkat näyttävät asettuneen journalistisen juttukierron vakioaiheiksi.

RESURSSIPUHEEN HEGEMONIA

Jos journalistista sairaalaa pitäisi kuvata yhdellä teemalla, se olisi ilman muuta taistelu resursseista. Määrällisessä tarkastelussa resurssit ovat journalistisen sairaalan keskeisin aihe. Juttujen pääaiheissa resurssien puute on yksittäisistä aiheista kaikkein yleisin: koko aineistossa 157 juttua käsittelee pääaiheenaan resurssipulaa ja myös sivuaiheista se on yleisin (taulukko 2 s . 139). Tyypillisesti sairaalan tai sairaanhoitopiirin taloutta käsiteltäessä puhutaan myös resurssivajauksesta. Resurssit vilahtelevat esiin myös monien muiden juttuaiheiden ohessa. Erilaisista uutuuksista, kuten uusista laitteista, hoidoista ja tiloista, puhuttaessa viitataan usein muihin puuttuviin resursseihin. Tayksin ja Taysin laajentuminen näkyy luonnollisesti lehden sivuilla. Rakentamista ja peruskorjauksia käsittelee pääaiheenaan neljä ja sivuaiheenaan kolme prosenttia kaikista jutuista. (Taulukko 2, s. 139.)

Journalistisen sairaalan toiminta on ollut alinomaa vaarassa. Vuosina 1980–1998 ei ole yhtään vuotta, jolloin sairaiden hoito ei olisi ollut jollakin tavalla uhattuna. Pula on ollut tiloista, laitteista ja ammattitaitoisesta työvoimasta.

Mitä tehdä, kun on yksi elvytyshuone ja kaksi tai kolme elvytetävää?

Mitä tehdä kun paripotilaiden odotushuone on tupaten täynnä ja lisää sairaita olisi tulossa?

Mitä tehdä, kun potilaan intimitteettisuoja on kangasverhon varassa?

Näitä kysymyksiä ratkotaan taajaan tahtiin Tampereen yliopistollisen keskussairaalan ensiapupoliklinikalla, jonka pahin painajainen voidaan kiteyttää yhteen sanaan: ahtaus. (ingressin alku) 30.9.1981

Hoitajapula jatkuu entisellään, kesälomasijaisia löytyy mukavasti (ylärivi)

Tayksin kampanjan saalis jäi laihaksi (pääotsikko) 3.4.1990

Kun pula hetkeksi helpottaa, on uusi uhka jo tulossa.

– Nyt ei ole leikkaus- eikä sädehoitajajonoja, vaikka hoidamme vuosittain 600–700 uutta potilasta ja saman verran vanhoja. Lisäksi meillä käy satoja ihmisiä kontrollitarkastuksissa. Paine kuitenkin kasvaa koko ajan. Jo nyt alamme olla henkilökunnan voimavarojen ääri rajoilla, myös tilat ovat käymässä ahtaiksi, sanoo sädehoitoyksikön ylilääkäri Tapani Hakala. (leipäteksti) 4.10.1982

Vaikka resurssipuheet yhtäältä toistuvatkin vuodesta toiseen hyvin samankaltaisina, niin toisaalta puheiden eetos on myös muuttunut. Ennen lamaa resurssipuheet olivat ennen muuta vetoamuksia päättäjille terveydenhuollon rahoituksen lisäämiseksi. Hyvinvointivaltion eetoksen mukaisesti terveydenhuollon palveluja tuli tarjota kaikille tasapuolisesti. Sairaalan resurssipulapuheen tehtävänä on osoittaa hoidon tasapuolisuuden puutteet. 1990-luvun alun laman aikana tasapuolisuuspuheen rinnalle nousee niukkuuspuhe. Puheet hyvinvointipalvelujen menojen hillitsemisestä eivät kuitenkaan syntyneet yhtäkkiä laman myötä. Juhani Lehdon ja Peter Blomste-

rin (1999) mukaan palvelujen tuotantorakenteen muutos on ollut tavoitteena jo 1960-luvulta lähtien, jolloin nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentaminen alkoi. Hyvinvointipalvelujen tuottavuus nousi keskusteluun jo ennen lamaa 1980-luvulla. Jo tuolloin palvelujärjestelmän uudistaminen nähtiin keinona lisätä hyvinvointipalvelujen tehokkuutta. Lamavuodet kuitenkin lisäsivät hyvinvointipalvelujen tuottavuuskeskustelua. Palvelurakennemuutoksen uskottiin olevan ratkaiseva keino menojen leikkauksissa. (Mt.) Julkisuudessa laman vaikutuksista terveydenhuoltoon nousee esiin kaksi keskenään ristiriitaista diskurssia. Yhtäältä maallaillaan uhkakuvia palveluiden heikkenemisestä, rapistuvista tiloista ja laitteista sekä uupuvasta henkilökunnasta. Toisaalta vakuutetaan, etteivät palvelut ole toistaiseksi vähentyneet merkittävästi, vaan vähentyneitä resursseja on pystytty kompensoimaan palvelujärjestelmää muuttamalla ja henkilökunnan työtä lisäämällä. (Häyry 1993; Julkunen Ra. 2001, 234–252.)

Lamavuosina sairaalan säästöpuheet ovat edelleen resurssiveetoimuksia päättäjille: tämän enempää ei voi säästää; jos voimavaroista vielä tingitään, potilasturvallisuus vaarantuu. Lisäksi säästöpuheilla haetaan ymmärrystä kansalaisilta; ongelmat eivät ole sairaalan syy vaan ne johtuvat voimavarojen niukkuudesta. Niukuuden jakamisen eetos näkyy myös hoidosta ja sen muutoksista puhuttaessa. Raha ja taloudellisuus ovat osa hoitopuhetta. Hoitotapojen muutosta ja uusia hoitoja perustellaan taloudellisillakin syillä.

Potilas säästyy viikkokausien kivulta (otsikon yläriivi)
 Sappirakosta eroon nyt nopeasti ja halvalla (pääotsikko)
 Tähystysmenetelmä vähentää sairauslomaa usealla viikolla (otsikon alarivi) 30.6. 1991

Resurssipulan vastinparina toimivat jutut uudisrakentamisesta ja uusista tiloista. Samalla kun puhutaan voimavarojen vähyyydestä, kerrotaan, mitä on saatu aikaan tai voitaisiin saada aikaan, jos voimavaroja olisi enemmän. Sairaalan laajennus on esillä hoidon puutteista kertovissa jutuissa. Toisinaan sairaalan ahtaus nivotaan yhteen

uudisrakentamisen kanssa, kuten on tehty uutisessa sairaalan urakkasopimuksen allekirjoittamisesta.

Tayks odottaa hartaasti tilaa (etusivun otsikko)

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan monivuotinen unelma on nyt lähempänä kuin koskaan. Sairaalan laajennuksen pääurakkasopimus allekirjoitettiin maanantaina.

Eikä hetkeäkään liian aikaisin. Talo on paisunut kuin pullataikina, ja se on kaatumassa omaan ahtauteensa.

Leikkausosaston heräämössä potilaat toipuvat kiinni toisiinsa. Hoitajille ei ole juuri tilaa sänkyjen välissä.

Laboratorioissa työskennellään käytävillä monenlaisten laitteiden seassa. Ensivun poliklinikka on surkea ja ahdas. Äitiyspolilla hoidetaan toimistorutiinit, tutkimukset ja odottavien äitien vastaanotto samassa huoneessa.

– Lisää tilaa tarvitaan kipeästi, sanoo ensivun osastonhoitaja Raili Romainainen. (etusivun ingressi) 12.5.1987

Jono metaforana

Journalistisen sairaalan resurssipuhe tiivistyy potilasjonoiksi, jotka luikertelevat vuosikymmenestä toiseen. Jonot pysyvät, vaikka jonotuksen aihe muuttuu. Enimmäkseen potilaat odottavat pääsyä leikkaushoitoon. Kitarisaleikkaukseen jonotettiin 1980-luvun alussa ja vuosikymmenen lopussa. 1990-luvun alussa jonossa seisovat niin kaihipotilaat kuin sepelvaltimotautisetkin. Kun yhden taudin hoitoa lisätään, syntyy jonoja toisaalle. 1990-luvulla lopulla jonoon liittyivät myös psykiatriset potilaat.

Suomen pisimmät jonot (otsikon yläriivi)

Kitarisojen poisto hiertää Tampereella

2.10.1980

Satoja kuolee leikkausjonossa (otsikon yläriivi)

Tayksin sydänkirurgia potee työntekijäpulaa (pääotsikko)

27.4.1985

Kaihi sumentaa vanhusten silmiä.

Parantuneet leikkausmenetelmät ovat lisänneet kaihilähetteitä.

Taysin leikkausjono retkahti odottamatta jopa vuoden pituiseksi (otsikko) 30.11.1994

Mielisairaalaan joutuu pian jonottamaan (otsikko) 29.10.1996

Jonon keskeisyys journalistisessa sairaalassa näkyy myös siinä, että jonot ovat läsnä silloinkin kun puheenaiheena ei ole resurssipula. Lisärahoitusten, uusien hoitomuotojen ja -laitteiden merkitys mitataan jonojen lyhentymisenä. Jonot ovat hoidon saatavuuden mittari, niinpä jonottamattomuuskin nousee jutun otsikkoon.

Testijonot ovat lyhyitä (otsikon yläriivi)
 Apu allergiaan on lähellä (pääotsikko) 6.7.1984

Apukeinoiksi tietokone ja laajennus (otsikon yläriivi)
 Tayks lyhentää leikkausjonoja (pääotsikko) 30.9.1988

Jono on journalistisen sairaalan tärkein metafora. Jono kertoo sekä järjestyksestä että kaaoksen uhasta. Jonossa on toivoa, sillä se on hoidon alku. Mutta siinä on myös uhkaa: jospa jono ei liikukaan. Jono on samalla sekä merkki hoitamattomuuden uhasta että kyvystä hallita uhkaa. Mary Douglasin (2000, *passim erit. 156–159*) mukaan epäjärjestys symbolisoi sekä vaaraa että voimaa. Samalla kun kaavoja rikkova epäjärjestys on vaara, se on myös kaavojen rakentamisen raaka-ainetta. Epäjärjestyksestä tulee järjestystä kun epäjärjestyksen elementit luokitellaan. Epäjärjestyksen luokittelu on rituaali, jossa sekä tunnustetaan epäjärjestyksen vaara että yritetään hallita vaaraa. Sairaus uhkaa sekä yksittäisiä ihmisiä että koko yhteisöä. Luokittelemalla sairaudet taudeiksi tuodaan sairauden kaaokseen järjestystä. Yksilön tasolla sairauden hoitaminen alkaa juuri taudin nimeämisellä. Yhteisön olemassaoloa uhkaavat hoitamattomat sairaudet ovat epäjärjestystä. Hoitojono on symbolinen rituaali, joka torjuu tautia. Jos jonojen sijaan puhuttaisiin vain hoitoa odottavista ihmisistä, ei mukana olisi vaaraa torjuvaa järjestyksen elementtiä. Hoitoahan voi odottaa missä ja miten vain. Ensimmäinen askel kohti järjestystä on tuon sairauskaaoksen järjestäminen. Jonossa odotus on hallittua, jonot kulkevat eteenpäin, vaikka hitaastikin. Jonoon pääseminen edellyttää sairauden järjestämistä taudiksi, jota ilman ei voida tuottaa terveyden järjestystä.

– Leikkausjonoissa odottavien ihmisten määrä ei vielä kerro koko totuutta. Olemme joutuneet kiristämään kriteereitä, joilla potilas pääsee leikkausjonoon odottamaan vuoroaan. Kaikki hoitoa tarvitsevat eivät mahdu jonoonkaan, kirurgian ylilääkäri Ossi Auvinen kertoo. (leipäteksti) 25.7.1990

Sairautta järjestävän puolensa vuoksi jono on myös eufemistinen metafora, sillä sen myötä hoidon odottamisesta tulee osa hoitoa. Hoidon odottaminen kaunistuu järjestelmäksi, jossa kukin pääsee vuorollaan hoitoon. Hoitoon pääsyn ehtojen muuttumisen sijasta puhutaan jonoon mahtumisesta. Jonoon mahtuminen peittää alleen ne sairaalan potilaaksi hakeutumisen käytännöt, joiden vuoksi kaikki eivät saa tarvitsemaansa hoitoa. Jonoon pääsemättömyys voisi tarkoittaa käytännössä esimerkiksi sitä, että sairaalan hoitokriteerit ovat toisenlaiset kuin lääkärin, joka on kirjoittanut potilaalle lähetteen sairaalahoittoon. Jono-metafora uusintaa näkemystä tasa-arvoisesta julkisesta terveydenhuollosta, jossa kaikilla on yhtäläiset mahdollisuudet päästä hoitoon.⁵

Jono-metafora on lähtöisin terveydenhuollon käytännöistä. Esimerkiksi kunnanlääkärien työstä kertovissa muistitiedoissa kuvataan, miten potilaat konkreettisesti jonottivat lääkäriin pääsyä. Koska ajanvarausta ei ollut, kaikki potilaat tulivat aamun ensimmäisten tuntien aikana odottamaan vuoroaan. Potilaita oli usein enemmän kuin lääkrillä työaikaa, ja vastaanottopäivät venyivät usein hyvin pitkiksi. Niinpä potilasmääriä yritettiin rajoittaa erilaisilla ajanvarausjärjestelmillä, kuten numerolappujärjestelmällä. Täpötäysissä odotushuoneissa lienee ollut myös järjestysongelmia, sillä jonotus-

5 Hoidon epäyhtenäiset kriteerit ovat nousseet esille kansallisessa projektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon kriteerit eivät ole olleet valtakunnallisesti yhteneväisiä, siksi valtakunnallinen hoidon saatavuuden vertailu on ollut hankalaa. Sosiaali- ja terveysministeriö asettama työryhmä esittää raportissaan (STM 2003), että ennakolta suunnitellulle hoidolle laaditaan valtakunnalliset hoitokriteerit. Lisäksi työryhmä esittää jonon hallinnan periaatteita, joilla yhtenäistetään jonon rekisteröinti- ja raportointikäytäntöjä.

lappuja muistellaan käytetyn järjestyksen pitäjinä. (Kauttu, Reinilä & Voutilainen 1983, 161–174.)

Konkreettiset jonot ovat olleet sairaalan arkipäivää vielä 1990-luvulla. Poliklinikoiden remontista kertovassa jutussa (5.4.1997) kerrotaan remontissa olleen parasta, ettei potilaiden enää tarvitse odottaa yhdessä suuressa salissa. Edelleen kerrotaan aika-
taulutuksen parantamisesta:

Aikataulutusta on mietitty ankarasti. Yleinen murinan aihe on ollut, että kaikki potilaat on kutsuttu aamukahdeksaksi odottamaan omaa vuoroaan. Nyt turhasta odottamisesta toivottavasti päästään. (leipäteksti) 5.4.1997

Denise Gastaldo (1997, 125) liittää terveydenhuollon jonottamisen käytännöt biovallan järjestykseen. Konkreettiset potilasjonot tuottavat kurinalaisia ruumiita, toisin sanoen kasvattavat kuuliaisia terveyskansalaisia. Harvat potilaat enää seisovat konkreettisissa jonoissa eivätkä virtuaaliset potilasjonot kurita hoitoa hakevia kansalaisia samalla tavoin kuin odotushuoneissa vietetyt tunnit. Konkreettisten jonojen muuttuminen paperipinoiksi ja sähköisiksi tiedostoiksi ei kuitenkaan merkitse jonon kansalaisia järjestävän, kurittavan puolen häviämistä vaan virtuaalisuus tekee jonon biovallasta entistä näkymättömämmän.

Jono-ilmaisusta on tullut myös osa terveydenhuollon virallista puhetta. Stakesin sosiaali- ja terveydenhuollon sanasto määrittelee jonon ja sen käyttämisen sekä tilastoinnissa että tietojärjestelmien suunnittelussa näin: ”Jono ilmaisee palvelua odottavien asiakkaiden lukumäärän. Jonotiedoista voidaan laatia arvioita jonotusajoista. Jonoihin ei lasketa mukaan asiakkaita, jotka odottavat palvelun saamista muista kuin toimintayksikön voimavaroihin liittyvistä syistä (esim. asiakkaat, jotka odottavat palvelua asiakkaan iän tai painon karttumisen tai tautitilan kypsymisen vuoksi).” (Stakes 2002.) Jonotermin virallistamisen myötä ilmaisun metaforisuus on katoamassa. Tämän kivettyminen painaa näkymättömiin ilmaisun kaunistelevalta

puolen. Jonosta on tullut osa hoitoa: se kertoo järjestyksestä eikä hoidon puutteesta.

Resurssipulasta ja säästöistä kertovat jonot ja ruuhkat ovat kuitenkin vasta uhka, varoitus tulevista ongelmista. Jutut sairaalan toimintaedellytyksien puutteista ja lisäyksistä ovat osa julkista keskustelua, jossa sekä perustellaan sairaalan rahoitustarpeita että rakennetaan luottamusta terveydenhuollon toimintaan. Puheissa journalistisen sairaalan toimintaedellytyksistä kohtaavat kaksi puhetapaa: uhka ja hallinta. Yhtäältä hoidosta on pulaa. Potilaat joutuvat odottamaan hoitoa liian kauan, sillä tiloja, laitteita ja henkilökuntaa ei ole riittävästi. Toisaalta pula on oikeastaan vasta tulossa, eikä hoidon taso ole vielä vaarantunut. Juttujen retoriikka muistuttaa Riitta Kärjen (1998) lääketieteen julkisuutta käsitelleen tutkimuksen tuloksia, joiden mukaan lääketieteen julkisuutta hallitsee hallinnan ja turvan retoriikka. Jutut toistavat kaavaa, jossa ensi ensin valitetaan tätä tai tuota puutetta. Valituksen jälkeen kuitenkin todetaan, että kaikesta huolimatta pärjätään. Luottamusta rakennetaan vakuuttamalla, etteivät osastojen sulut, säästöohjelmat tai tilojen ja laitteiden puutteet vaaranna potilaiden hoitoa tai työntekijöiden turvallisuutta. Ainakin toistaiseksi hoidon taso on hyvä ja kaikki tarvitsevat saavat hoitoa.

Tampereen laitteet ovat rikki (otsikon yläriivi)
Sädehoitoa pitää hakea Helsingistä (pääotsikko)

Jo 1960 luvun alkupuolella kehitetty laitteisto on auttamattomasti vanhentunut. Lisäksi toimintaviat rajoittavat tuntuvasti niin ko-bolttikanuunan kuin kiihdyttimenkin käyttöä. (ingressin loppu)

– Potilaiden ja hoitohenkilökunnan turvallisuus on kuitenkin taattu. Kun puutteellisuudet havaittiin, lopetettiin eräiden hoitojen antaminen, korostaa Pikonlinnassa toimivan sädehoitoyksikön ylilääkäri Tapani Hakala. (leipäteksti) 18.7.1980

Lomittajapula helpotti sairaaloissa (otsikon yläriivi)
Leikkausmahdollisuus turvataan kesälläkin (pääotsikko)

Ylilääkäri Raimo Anttilan mielestä toiminnan supistaminen ei vaaranna potilaiden turvallisuutta. Lomakausi on sairastamisessa

tavallista hiljaisempaa ja kaikki tarvitsevat saavat sairaalapaikan.
(leipäteksti) 28.5. 1982

Tays säästää 24,5 miljoonaa markkaa (pääotsikko)
Sairaanhoidon taso ei kuitenkaan laske (otsikon alarivi) 8.5.1991

Kiire koettelee Taysin osastoja (pääotsikko)

Sairaanhoidajat tasapainoilevat voimiensa ääri rajoilla työmäärän kasvettua huippuunsa keskikesällä. Keskiviikkona syntyi ennätysmäärä uusia kansalaisia, kaikkien onneksi vauvat ovat olleet terveitä (otsikon alarivi)

Myös lastenosastojen viikko on ollut hankala, kun 88 sairaansijasta on 46 ollut suljettuna.

(...)

Kiireestä huolimatta kaikki on sujunut hyvin. Onneksi suurilta epidemioilta on vältytty ja kesäripulikin meni ohi juuri ennen infektio-osaston sulkemista, kertoo ylihoitaja Sirkka Auvinen.
(leipäteksti) 16.7. 1993

Ainakin 500 jonottaa varjoainekuvauksiin (pääotsikko)
Kardiologisen osaston muutto Finn-Mediin korjaa Tampereen ohitusleikkaustilanteen ensi vuonna. (otsikon alarivi)

– Inhimillinen hätä ja kärsimys voivat olla potilaille kohtuuttomia. Aivan varmasti joku myös kuolee jonoon, vaikka yllättävän harvinaista se on, koska kiireellisesti hoitoa tarvitsevat pyritään kuitenkin erottelemaan ja heidät otetaan nopeasti hoitoon, Kari Niemelä (ylilääkäri – st) sanoo. (leipäteksti) 18.8.1995

Sairaalan toimintaedellytysten turvaamisen tärkeydestä vallitsee sanomalehden sivuilla laaja yksimielisyys. Uutisten ohella sairaalan resurssipulasta, säästöistä ja supistuksista puhutaan yleisönosastossa, toimittajien kolumneissa ja pääkirjoituksissa. Yleisönosastossa resursseista kirjoittavat sekä potilaat että henkilökunta. Aineiston muutamista pääkirjoituksista kolme viidestä käsittelee sairaalan toimintaedellytyksiä. (Liitteen taulukko 6, s. 279.) Pääkirjoittajat ja kolumnistit ovat huolissaan hoidon saatavuudesta ja henkilökuntapulasta sekä puolustavat sairaalan laajennuksen tarpeellisuutta. Sairaalan uudisrakennusten tarpeellisuuden puolustajiin liittyvät myös laajennustyömaan rakennusmiehet.

– Olisin valmis jättämään vasaran naulaan. Palkan edestä näitä hommia tehdään, mutta tässä on hitunen yhteiskunnallistakin tuntua. Tätä rakennusta todella tarvitaan, ei ole kerska- eikä huvitalo, arvelee Kalevi.⁶

– Sitähän se puhui ylilääkärikin käydessään työmaalla kiirehtimässä rakentamista, muistelee Asseri. (leipäteksti) 10.4.1988

Sairaalan jonojen ja ruuhkien konkreettisia syitä ei yleensä eritellä. Jos jonoihin ja ruuhkiin esitetään muu syy kuin kasvoton resurssipula tai säästöohjelma, syyllisiksi nimetään yleensä jokin sairaalan ulkopuolinen taho, kuten ongelmien vakavuutta ymmärtämättömät virkamiehet ja poliitikot.

Tampereella on taisteltu sydänklinikan virkojen puolesta vuosikausia. Syyllisiä virkojen saamattomuuteen ei vain ilmoitaudu.

– En halua osoittaa sormella ketään, sanoo professori Autio.

Vaasan suunnalla katseet kääntyvät kuitenkin virkamiehiin: luottamusmiehet tekevät päätökset, jos asia heille oikein esitellään.

– Ohitusleikkauksissa tilanne on yhtä vakava kuin tuberkuloosin vastaisessa taistelussa aikanaan. Toiminta vaatii kansakunnalta uhrautumista, sanoo Autio.

Nyt on kysymys siitä, että ne, jolla on paha omatunto heräisivät. Viivyttely maksaa koko ajan ihmishenkiä. (leipäteksti)

27.4.1988

Taysin ensiapu ruuhkassa (otsikko)

Johto varoittaa jo kuntia kiristyksestä. (väliotsikko)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johto varoitti perjantaina jäsenkuntiaan sairaaloiden talouden kiristämisestä. (väliotsikon jälkeen jutun alku)

(...)

6 Jutussa on poikkeuksellinen nimenkäyttötapa, sillä rakennustyömiehistä käytetään vain etunimiä. Etunimien käytölle ei myöskään kerrota syyksi, etteivät haastateltavat halua sukunimiään julkisuuteen. Kyseessä lienee vain toimittajan lapsus eikä yleisempi käytäntö. Lapsuksen puolesta puhuu se, ettei aineistossa ole muuta vastaavaa tapausta. Lapsus on mielenkiintoinen sikäli, että journalismia on kritisoitu naisten ja lasten nimeämisestä vain etunimillä. Etunimen käyttö rakennusmiehistä antaisi viitteitä siitä, että myös sosiaalinen asema ts. työväenluokkaisuus voisi olla syy vain etunimen käyttöön.

Myös sairaanhoitopiirin hallintoylilääkäri Pauli Poutanen uskoi, että varojen vähentäminen merkitsee Taysin ja sairaanhoitopiirin alasajoa. (leipäteksti) 4.6.1994

Resurssipuheen murtumia

Lamavuosien säästöpuheista voi lukea epäsuoraa kritiikkiä sairaalaa kohtaan. Puheet antavat ymmärtää, että säästää voidaan jostakin, joka ei ole hoidolle tärkeää. Säästöohjelmista huolimatta hoidon saatavuus ja taso voidaan turvata säästöistä huolimatta – ainakin toistaiseksi (ks. Julkunen Ra. 2001, 235).

Sairaaloissa voidaan säästää vetämällä löysät pois. Hoidon ei tarvitse kärsiä. Nyt leikataan vain kasvua; todelliset supistukset ovat edessä (otsikon yläriivi)

Matokuuri sairaaloiden lamatautiin (pääotsikkoa) 4.8.1991

Sairaalan säästöt nostattavat esiin keskusteluja voimavarojen jakamisesta ja säästöjen vaikutuksista. Siellä täällä esiin nousee keskusteluja, joissa erilaiset näkemykset sairaalan palvelujen tasosta ja säästöjen vaikutuksista hoitoon kohtaavat. Lastenklinikan johto ja lasten vanhemmat keskustelevat säästöjen vaikutuksista vammaisten lasten hoitoon keväällä 1991 yleisönosastossa. Lastenklinikan säästöistä kertoneen jutun⁷ jälkeen kaksi vammaisten lasten vanhempaa kirjoittaa yleisönosastossa säästöohjelman vaarantavan lasten kuntoutuksen. Lastenklinikan ylilääkärit vastaavat kirjoitukseen sanoen, että kuntoutuksen kustannuksista pitää keskustella. Heidän mielestään on ”lyhytnäköistä ajatella, että yhteiskunta kyselemättä kustantaa kaiken, jota nimitetään kuntoutukseksi hintaan tai laatuun katsomatta”. Pitkäniemen henkilökunta ja sairaalan johto ovat erimielisiä säästölinjasta ja säästöjen vaikutuksista elokuussa 1992. Jutussa (9.8.1992) haastateltu henkilökunta kertoo turhautuneensa ahtauteen ja rahapulaan ja pelkäävänsä säästötoimien vaarantavan

7 Säästöistä kertova juttu puuttui alkuperäisestä aineistosta, eikä sitä ole laskettu mukaan määrälliseen aineistoon. Sen sijaan lähiluvussa otin huomioon 28.4.1991 julkaistun jutun.

hoidon tason. Mielisairaanhoidajat pelkäävät säästöjen kohdistuvan henkilökuntaan, sillä laitehankinnoista ei psykiatriassa voi säästää. Alkuvuonna 1992 sairaalan osastoista suljettiin kaksi ja sijaismäärärahat pudotettiin minimiin. Sairaalan hallintoylilääkäri ei jaa työntekijöiden huolta. Hänen mukaansa ylipaikoilla olevien potilaiden aiheuttama ahtaus on tilapäistä. Myös henkilökuntaa on hallintoylilääkärin mukaan saman verran tai jopa enemmän kuin aiemmin.

Myös kesällä 1997 sairaalan johto, henkilökunta ja potilaat käyvät keskustelua siitä, saako osastoilla hoitoa vai ei. Keskustelu alkaa vuodeosastojen kesäsulkuja käsittelevällä jutulla.

Sairaalan osastot sullottu täyteen (etusivun pääotsikko)
Säästöt sulkivat osastoja Pirkanmaalla, huonokuntoiset potilaat odottavat syöttäjää (etusivun otsikon alarivi)

Sairaalassa hiertää vessaan pääsykin (sisäsivun pääotsikko)
Potilaita siirretään jopa keskellä yötä ruuhkaiselta osastolta toiselle, hoitajat toimivat voimiensa ääri rajoilla. (sisäsivun alaotsikko)
22.7.1997

Jutun henkilökunta ja yksi potilaskin kuvailevat, miten osastojen kesäsulut vaikuttavat. Ahtautta ja kiirettä on kaikkialla. Seuraavana päivänä (23.7.1998) lehti kertoo, että ”sairaalan ruuhkat selvitetään elokuussa”. Jutun mukaan uutinen tilanahtaudesta, väen vähyydestä tai psykiatrisen puolen ongelmista ei päätöksentekijöitä hätkähdyttä. Johdon mukaan tilanne ei ole oleellisesti erilainen kuin edellisinä kesinä. Lomalta tavoitetun sairaanhoitopiirin johtajan mukaan mitään sijaisten palkkaamiskieltoa ei ole, vaan ylilääkäreillä on mahdollisuus palkata sijaisia. Jutut kirjoittavat yleisönsastokirjoituksen, jossa kesällä leikkauksessa ollut potilas kertoo kokemuksistaan täydellä osastolla. Hän ei usko, että osaston kuormitusprosentti olisi vain 93 ja ihmettelee tilannetta:

En tiedä, mitä sairaalapiirin johtaja tekee, mutta jos hän väittää, ettei ole kuullut mitään eikä tiedä mitä hänen vastuualueellaan todellisuudessa tapahtuu, on jotain pahasti vialla. (leipäteksti)

3.8.1997

Sairaanhoitopiirin johtaja vastaa yleisönosastokirjoitukseen (6.8.1998). Vastauksessa todetaan, että sairaalanjohto kyllä seuraa kuormitustilannetta päivittäin. Osastot ruuhkautuvat, koska päivystyspotilaita tulee toisinaan paljon ja toisinaan vähän. Myös pätevien sijaisten puute on ollut syynä kesäsulkuihin. Sairaanhoitopiirin johdon vastaus puolestaan kirvoittaa vastauksen muun muassa yhdeltä työttömältä erikoissairaanhoitajalta (8.8.1998). Hän kirjoittaa, ettei saanut työtä, koska sairaala oli päättänyt olla palkkaamatta sijaisia.

Lamavuosien säästöpuheista huolimatta uusien hoitovälineiden, tilojen, rakennusten ja virkojen tarpeellisuutta ei jutuissa juuri kyseenalaisteta. Koko aineistossa on yksi juttu, jossa pohditaan ovatko kaikki uudet laitteet tarpeellisia. Hoidon saatavuutta käsittelevässä jutussa (18.10.1980) ihmetellään, miksi sairaalaan ei mahdu, vaikka sairaansijojen määrä on kasvanut enemmän kuin väkiluku. Jutun alussa sairaalan johto kertoo, että jonot johtuvat voimavarojen vähyydestä. Uudet erikoishoidot, kuten sydänkirurgia, vaativat ennistä enemmän voimavaroja. Jutun lopussa on haastateltu kansanterveystieteen professoria, joka toteaa sairaalan olevan kustannuskriisissä. Tästä kriisistä huolimatta sairaala hankkii lisää tekniikkaa.

- Ja yhä me hankimme sairaalatekniikkaa kritiikittömästi. Hieno- ja vimpaimia on kohta joka talossa, vaikka niiden oikeampi paikka on tutkimussairaalat. Sairaanhoidon turvallisuuden tarvetta on ehkä liioiteltu, jolloin yksipuolinen tekniikan korostaminen on paikoin käänntynyt haitaksi. (leipäteksti) 18.10.1980

Aineiston toinen kriittinen puheenvuoro on toimittajan kolumni (2.11.1998), jossa todetaan ”potilaiden, lääkäreiden ja hoitajien löytävän helposti toisensa arvostellessaan hoidon voimavaroja”. Kolumnisti ei sinänsä kiistä voimavarojen tarvetta, vaan toteaa veronmaksajien katon tulleen vastaan.

Säröjä lähes yhtenäiseen resurssipuheeseen syntyy myös eri tautien ja potilasryhmien vastakkainasettelusta. Suhteellisen yhtenäisen resurssija lisää -diskurssin joukossa vilahtelee puhetta, jossa eri taudit ja potilasryhmät kilpailevat resursseista.

~~~~~

Tuberkuloosi on valtakunnassa vähentynyt. Pirkanmaalaiset keuhkovammayhdistykset muistuttavat, ettei se kuitenkaan vielä ole kokonaan loppunut. Yhdistykset pelkäävät, että keuhkosairauksien hoitoon rakennetut tilat siirtyvät turhan nopeasti muuhun, sinänsä tarpeelliseen käyttöön. (ingressin alku) 7.5.1986

Ylihoitaja Törnävän mielestä on ymmärrettävää, ettei yhteiskunnalta riitä kaikkiin tarkoituksiin niin paljon rahaa kuin tarvittaisiin. – Rahareikiä on niin paljon. Meidän mielestämme lasten syöpäosasto on tärkein – jonkun mielestä tärkeää on joku muu. (leipäteksti) 6.4.1990

Lasten syöpäosaston saamasta lahjoituksesta kertovassa jutussa verrataan lasten syöpähoitoja ohitusleikkauksiin. Juttu on luokiteltu ulkopuolisten juttujen kimppuun:

Markat jonoon lasten syövän parantamiseksi (otsikko)

Ajateltavaa herroille: noin 70 prosenttia syöpää sairastavista lapsista jää eloon. Noin 50 prosenttia lapsista paranee pysyvästi.

Anteeksi tämä vertaus. Ohitusleikkauksilla voidaan aikuisen ihmisen elämään saada jokunen vuosi lisää. Lasten syöpähoidolla voidaan lapselle tarjota koko elämä. (leipäteksti) 17.10.1989

Potilasryhmien välinen vastakkainasettelu muuttuu tautien ja hoitojen väliseksi resurssikilvaksi, jopa sodaksi. Ohitusleikkauksesta kertovassa potilastarinassa (AL 16.6.1986) ohituskirurgia verrataan *Tuntemattoman sotilaan* Rokkaan, ”joka rynni teltaan, iski repun miehelle paikalle ja komensi tekemään tilaa” (15.9.1986). Eri tautien ja hoitojen välisessä voimavarojen jaossa päätöksentekijät piiloutuvat ja kilpailu abstrahoituu tautien ja hoitojen väliseksi resurssikilpailuksi. Maaliskuussa 1987 lehti kertoo ohitusleikkausten työllistävän sairaalaa ja sydänlasten jäävän aikuisten jalkoihin. (AL 27.3.1987.) Tilanne kuvataan ikään kuin taustalla ei olisi hoidon järjestämiseen liittyvää päätöksentekoa. Tautien ja hoitojen kuvaaminen tällaisina itsenäisinä toimijoina häivyttää journalistisen sairaalan vastuuta. asiat vain tapahtuvat: rokat saapastelevat paikalle ja vievät punkat sydänlapsilta.

Tautien ja potilasryhmien keskinäisessä kilpailussa on kyse sairauden yhteiskunnallisesta statuksesta. Julkisuuden areenoilla, kuten journalismissa, käydään kilpailua siitä, miten vakavana mitään sairautta pidetään ja miten paljon voimavaroja sen hoitamiseen käytetään (ks. esim. Clarke 1999). Yksittäisen sairauden saama tila mediassa ei ole verrannollinen sairauden laajuuteen tai vakavuuteen. Sairauden tai hoidon saama paikka mediassa on yhteydessä sekä median rakenteisiin ja käytäntöihin että sairauden kulttuuriin määrittelyyn. (ks. esim. Andsager & Powers 2001, 181; Clarke & Everest 2006.) Sanomalehden sivuille rakentuvassa journalistisessa sairaalassa tautien ja potilasryhmien välillä ei ole juurikaan kilpailua. Resurssipulapuheet ovat ennen kaikkea keino kilpailla muiden yhteiskunnallisten ilmiöiden kanssa yhteiskunnallisen ongelman statuksesta ja ongelmien ratkaisemiseksi myönnettävistä julkisista resursseista. (Ks. Hiltgartner ja Bosk 1988; Suhonen 1994, 14–66.)

Kilpaillessaan lisäresursseista muiden yhteiskunnallisten laitosten kanssa sairaalan on osoitettava tarvitsevansa lisää voimavaroja. Päästäkseen kilpailemaan resursseista sairaalan resurssipulan on ensin päästävä esiin julkisuudessa, esimerkiksi journalismissa. Sairaalan voimavarojen tarpeen pitää sopia journalistisiin käytäntöihin, jotka suosivat uutta ja dramaattista. (Ks. Hiltgartner ja Bosk 1988; Suhonen 1994, 14–66.) Yhtäältä sairaalan resurssipulan vanhuus olisikin työntämässä ongelmaa pois julkisuudesta. Toisaalta resurssipulassa on sellaisia dramaattisia aineksia, että vanhuudestaan huolimatta se pysyy journalismin agendalla. Sairaalan hoitajoina elämä ja kuolema ovat alati läsnä. Sivustatukea resurssipulalle antavat jo luonteeltaan uutismaiset uudet hoidot, laitteet ja tilat. Ne ovat mukana vakuuttamassa, että hyvä hoito tarvitsee lisää voimavaroja. Sairaalan toimenpidejonoiksi tiivistyvä resurssipula sopii hyvin yhteen vallitsevan terveys- ja sairauskulttuurin kanssa. Kun sairaus rakentuu biolääketieteelliseksi taudiksi, korostuvat hoidossa tautia poistavat toimenpiteet. Lisäksi yhteiskunnallinen mielipideil-



masto tukee sairaalan resurssitarpeita. Kun kansalaisilta on kysytty julkisen talouden säästökohteita, on terveydenhuolto ollut yksi niistä aloista, joista kansalaiset eivät ole halunneet säästää (Forma 1998, 51, 146).

### **Resursseja kansalaisilta: rahaa, verta ja maitoa**

Sairaalan suhteet ulkopuolisiin toimijoihin: kansalaisjärjestöihin, yrityksiin ja yksittäisiin kansalaisiin kietoutuvat yhteen resurssien kanssa. Kun journalistinen sairaala kurottaa kohti muita yhteiskunnallisia toimijoita, lähtökohtana ovat sairaalan resurssitarpeet. Tyyppillisesti sairaala pyytää ja saa joko materiaalista tai poliittista tukea toiminnalleen. Ulkopuolisia toimijoita käsitteleviä juttuja on aineistossa 80. Puolet jutuista käsittelee yhteistyötä kansalaisjärjestöjen kanssa, hieman yli neljäsosa on vetoamuksia kansalaisille veren- tai maidonluovutuksesta ja hieman alle neljäsosa on juttuja yhteistyöstä yksityisen terveydenhuollon kanssa. (Taulukko 2, s. 139.)

Sairaala tekee yhteistyötä sekä hyväntekeväisyys- että potilasjärjestöjen kanssa. Jutut kuvaavat ulkopuolisten yhteisöjen tukea sairaalalle.

Syövän ja sydänsairauksien ehkäisy ja hoito olisivat edistyneet paljon hitaammin, elleivät vapaaehtoiset kansalaisjärjestöt olisi painaneet päälle kaiken aikaa. Kun maahan luotiin syväsädehoitoverkko, päättäjät ”unohtivat” kokonaan Tampereen. Vasta kun Pirkanmaan syöpäyhdistys lahjoitti Tampereen keskussairaalalle kobolttikanuunan, oli tällainen hoitopiste perustettava Tamperelle.

Sekä Pirkanmaan syöpäyhdistyksellä että Tampereen sydänpiirillä on ollut ja on huomattava kansanterveydellinen tehtävä. Ne toimivat lohkoilla, joille ei yhteiskunnan rahoja liikene. (ingressi) 24.11.1983

Syöpäläpsille tukea sanoin ja sävelin (otsikko) 25.9.1989

Mummoilta yli 200 000 markkaa Taysin lasten teho-osastolle (otsikko) 11.12.1997

Sairaalan veren tai äidinmaidon tarpeesta kertovat jutut toimivat luovuttajakutsuina. Aiheesta on juttuja säännöllisesti. Luovuttajakutsut ovat luovutuspyyntöjä kansalaisille:

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tayks vetosi neuvoloiden kautta (otsikon yläriivi)<br>Äidinmaitopula hellitti (otsikko) | 17.5.1984 |
| Keskosten hoito vaarantumassa (otsikon yläriivi)<br>Äidinmaito vähissä (otsikko)        | 16.3.1987 |
| Verta tarvitaan vielä lisää (otsikko)                                                   | 26.4.1989 |
| Äidinmaitopula on Tampereella jo hätähuuto<br>(etusivun vinkin otsikko)                 | 10.2.1995 |

Luovuttajakutsuissa vedotaan kansalaisten vastuuntuntoon. Äidinmaidon luovutukseen kehottavia juttuja kuvittavat keskoset. Luovuttajien houkuttelemiseksi maidon ja veren luovuttajista kerrotaan sankaritarinoita. Äidinmaitopulan hellittämisestä kertovassa jutussa (17.5.1984) on mukana tarina luovuttajaäidistä. Hän aloitti äidinmaidon luovuttamisen toisen lapsensa syntymän jälkeen ja luovutti sen jälkeen vuosia.

Äidinmaidon luovuttamisen N.N<sup>8</sup>. lopetti hyvillä mielin. Vuosien aikana luovuttamallaan maidolla hän on pelastanut elämälle monta pientä keskosta. Hänen luovuttamallaan maitomäärällä voitaisiin ruokkia viikon ajan 400 kaksikiloista keskosta. (leipäteksti, jutun loppu) 17.5.1984

Vaikka äidinmaitopula toistuu vuodesta toiseen, pulan syitä eritellään vain lyhyillä maininnoilla. Lyhyet viittaukset maitopulan syihin paikantuvat sairaalan ulkopuolelle. Maidosta maksettavan korvauksen houkuttelevuudesta esitetään kaksi vastakkaista mielipidettä.

---

8 Aineistoesimerkeissä esiintyvät yksityisten henkilöiden nimet olen korvannut merkinnällä N.N., sillä identifioiminen ei ole tutkimuksen kannalta oleellista. Kyseisille henkilöille tai heidän lähipiirilleen muistuttaminen sairaalasta tai sairaudesta voi olla epämiellyttävää. Viranomaisten ja sairaalan työntekijöiden nimet sen sijaan ovat mukana esimerkeissä, sillä heidän toimintansa journalistisessa sairaalassa on viranomaistoimintaa, ja siksi julkista.

Yliääkäri toteaa maaliskuussa 1987 julkaistussa jutussa, että äidinmaidosta maksetaan hyvin. ”Hyvä luovuttaja voi ansaita kuukaudessa jopa 2000 markkaa” (16.3.1987). Äidinmaitopulasta kertovassa jutussa heinäkuussa 1989 rahakorvausta ei pidetä luovuttamisen motiivina. Maidonhakija toteaa luovuttamisesta olevan vaivaa äidille: ”summa (60mk/l) ei varmastikaan rikastuta, se on lähinnä kulkorvaus” (18.7.1989). Laman jälkeen puolestaan todetaan, että ”pahimpina lamavuosina luovuttajia oli enemmän, ja heitä saatiin helpommin innostumaan asiasta. Ehkä luovuttamisella oli silloin myös enemmän taloudellista merkitystä.” (10.2.1995.) Syynä säännöllisesti toistuvaan luovuttajapulaan pidetään muun muassa synnytysten vähäinen määrä ja vuodenaika. Kesällä luovuttajia on vaikeampi saada. Myös äitien mukavuudenhalua ja aidsin pelkoa pidetään syynä luovuttajien vähyyteen. (16.3.1987). Sairaalan toimintatapojen osuus maitopulassa nousee esiin kahdessa jutussa. Maitopulasta kertovassa uutisjutussa kyseenalaistaminen on piiloista. Omista kokemuksestaan kertova luovuttaja toteaa muuttaneensa ohjeita itselleen paremmin sopiviksi.

Oma rytmi löytyy pian (väliotsikko)

Onneksi en piittänyt näin tarkoista ohjeista vaan noudatan omaa biologista rytmiäni ja lypsän vuorokaudessa vain viisi kertaa. (leipäteksti) 16.3.1987

Yleisönosastoon kirjoittava äiti puolestaan toteaa suoraan, että ”äidinmaidon keräilyssä on tehostamisen varaa” (31.8.1994). Äiti toteaa, ettei saanut osastolla opastusta maidon luovuttamiseen.

Veripulan tai uhkaavan veripulan syytä ei jutuissa puida lainkaan lukuun ottamatta viittauksia vuodenaikaan, eikä verenluovuttajiin vedota potilaiden kuvilla kuten vedotaan äidinmaidonluovuttajiin. Vastasyntyttäneiden äitien velvollisuudentuntoon vedotaan enemmän kuin yleensä muiden kansalaisten. Vastuu keskosista sukupuolittuu naisten velvollisuudeksi. Miesylilääkäri toteaa, että maitopulan syy on naisten mukavuudenhalu. Naispuolinen mai-

donhakija puolestaan näkee luovuttamiseen liittyvän vaivan eikä pidä luovuttamista rahanhankkimisen keinona. Vastasyntyttäenillä, luovuttajiksi houkuteltavilla naisilla ei myöskään ole puolisoita, jotka voisivat osallistua velvollisuuden hoitamiseen. Journalistisessa sairaalassa vastasyntyneiden ravinto on vain naisten asia.

Potilaat ja potilasjärjestöt toimivat journalistisessa sairaalassa poliittisenakin resurssina. Varsinaista keskusteluyhteyttä kansalaisten ja sairaalan välillä ei kuitenkaan ole, vaan kansalaisjärjestöt ja kansalaiset tukevat sairaalan vaateita poliittisessa keskustelussa. Esimerkiksi rahankeräys helsinkiläiselle Lastenlinnan sairaalalle (6.8.1982) herättää huolta hoidon saatavuudesta. Jutussa kerrotaan, että perusteilla on syöpälästen vanhempainyhdistys. Ilmeinen viesti on, että yhdistystä tarvitaan varmistamaan syöpää sairastavien lasten hoidon saatavuus. Potilas- tai muut kansalaisjärjestöt eivät ole journalistisessa sairaalassa itsenäisiä poliittisia toimijoita. Potilasjärjestöjen toimijat vahvistavat asiantuntijoiden näkemyksiä ja kuvittavat esimerkillään tarinan asiantuntijan toimintaa. Sairaalan ja ulkopuolisten yhteistyö määrittyy muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta sairaalan ehdoin. Näihin poikkeuksiin palaan Potiluiden järjestys -luvussa.

## HALLITTUA TALOUSPUHETTA

Sairaalan toimintaedellytyksiä puivat jutut venyvät talous- ja hallintopuheiksi: resurssien määräpuheen rinnalla on resurssien järjestämisspuhetta. Määrällisestikin talous ja hallinto ovat keskeisessä asemassa journalistisessa sairaalassa: resurssien jälkeen ne ovat toiseksi eniten käsitelty aihe. (Taulukko 2, s. 139.)

Journalistisen sairaalan resurssivaateiden ja resurssien organisoiminen tuovat esiin modernin lääketieteen ja terveydenhuollon ristiriitaiset elementit. Yhtäältä lääketieteen kehittyminen mahdollistaa entistä paremman sairauksien hoidon. Yhä monimutkai-

semman ja kalliimman teknologian myötä yhä useampia tauteja pystytään diagnostisoimaan ja hoitamaan. Taloudellisesti lääketieteellinen teknologia on myös lupaava ala. Se on laajeneva ja kilpailukykyinen teollisuuden haara, jota pidetään merkittävänä taloudellisen kasvun osatekijänä. Toisaalta juuri taloudellisista syistä uuden teknologian käyttöä pyritään rajoittamaan ja säätelemään. Terveydenhuollon kasvavien menojen synnä on nimenomaan pidetty jatkuvasti uudistuvia hoitoja ja laitteita. (Brown & Webster 2004, 15–16.) Journalistisessa sairaalassa näkyvät nämä molemmat puolet. Resurssipuheet ovat yhteydessä uutta ja entistä parempaa hoitoa lupavaan lääketieteelliseen kehitykseen. Hallintoa ja taloutta käsittelevät puheet puolestaan nostavat esiin kehityksen nurjan puolen ja vaateet menojen hillinnästä.

Journalistisessa sairaalassa ristiriita hoitamisen mahdollisuuksien ja resurssien rajallisuuden välillä nousee esiin useimmiten epäsuorasti, kuten uusia hoitoja tai resurssipulaa käsittelevissä jutuissa. Suoraan ja avoimesti ristiriitaa käsitellään vähän. Hoidon eettisiä kysymyksiä käsittelevissä jutuissa on mukana kuusi hoidon priorisointiin keskittyvää juttua, joista kolme on uutista, kaksi yleisö-osastokirjoitusta ja yksi asiantuntija-artikkeli. Ristiriita rakentuu kahdella tavalla. Yhtäältä on kysymys jo olemassa olevan hoidon riittävydestä ja käytännön valintatilanteista: millaisin kriteerein valitaan hoitoa saavat potilaat. Toisaalta esiin nousee kysymys hoidon järjestämisen yleisimmistä periaatteista: kuuluuko julkisen terveydenhuollon tarjota hoitoa kaikkiin tauteihin. Pieni priorisointikeskustelu käydään syys–lokakuussa 1993. Sairaaloiden priorisointilistoista kertovassa uutisessa (10.9.1993) kerrotaan, etteivät ”sairaanhoidon karsintalistat tuoneet keskustelua”. Uutisen mukaan aiheesta ovat vaienneet niin kansalaiset kuin luottamusmiehetkin, sillä aihe on vaikea. Uutisen taustalla on hallintoylilääkärin terveydenhuollon valintoja käsittelevässä seminaarissa pitämä esitelmä, jossa hän on todennut kansalaiskeskustelun puutteen. Aihetta käsi-

tellään edelleen hallintoylilääkärin alakerta-artikkelissa (13.10.1993.) Yleisönosastoon teema kirvoittaa kaksi kirjoitusta, jossa kritisoidaan hoidettavien valintaa. Yleisönosastokirjoittajat ovat huolissaan kansalaisen yhteiskunnallisen hyödyllisyyden vaikutuksista hoitoon pääsyyn. Kirjoittajat tulkitsevat artikkelin tarkoittavan, että työttömät ja eläkeläiset joutuvat hoitojonojen hännille. Hoidon tarpeiden ja tarjonnan väliseen epäsuhtaan viitataan toisinaan myös muiden juttujen ohessa. Sairaalan asiantuntijan kirjoittamassa, vanhustenhoitoa käsittelevässä alakerta-artikkelissa pohditaan palvelutarjonnan perusteita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ei voida suunnitella pelkän palvelukysynnän perusteella. Varsinkin vanhojen ikäluokkien sairaudet ja toimintakyvyn heikkenemiset ovat suhteellisia, yksilöllisiä. Mitä enemmän on palveluja tarjolla, sitä enemmän niitä käytetään. Näin terveyspalveluja ei voida suunnitella esimerkiksi hotellipalvelujen tapaan. Terveydenhuollon virheinvestointi ei näy. Sen sijaan korpipotellin virheinvestointi näkyy. Onkin tunnistettava peruspalveluiden suhteellisuuden ja voimavarojen rajallisuuden välinen ristiriita. (leipäteksti, jutun loppuosa)

9.5.1985

Journalistisen sairaalan niukka priorisointikeskustelu palautuu käytännölliseksi kysymykseksi resursseista ja niiden konkreettisesta jaosta, mikä puolestaan peittää alleen hoidon saatavuuden poliittiset ja eettiset kysymykset ja korostaa lääketieteellisin perustein tehtävää päätöksentekoa. Yksittäiset viittaukset hoidon priorisoinnin poliittisiin ja eettisiin puoliin hukkuvat journalistisen sairaalan resurssikeskeisen puheen valtavirtaan. Kun journalistinen sairaala vakuuttaa resurssipuheessaan pystyvänsä oikeudenmukaisesti, lääketieteellisin perustein, järjestämään hoitoa tarvitsevat jonoihin, jää kansalaisten maallikkopuheelle vähän tilaa. Journalistisen sairaalan käytävillä ei keskustella hoidon priorisoinnista yleisenä eettisenä ja poliittisena kysymyksenä vaan ensisijaisesti käytännöllisenä pulmana, jonka syynä ovat riittämättömät taloudelliset voimavarat. Tosin 1990-luvun loppupuolella journalistisessa sairaalassa alkaa näkyä

yhä enemmän markkinapuhetta, mikä tekee hoitoon liittyvistä valinnoista aiempaa näkyvämmiin poliittisia. Sairaanhoidopiiriin toiminnan kaupallistumista käsittelevässä jutussa puhutaan yhtäältä hoidon saatavuuden paranemisesta. Uuden tuottaja-ideologian mukaan sairaaloiden vastuualueiden rajat lievenevät ja potilaat pääsevät hoitoon sinne, ”mistä apu nopeimmin löytyy”. Toisaalta jutussa nousee esiin julkisten palveluiden rajallinen tarjonta ja kansalaisten oma taloudellinen vastuu hoidosta.

Pirkanmaan sairaalat ryhtyvät markkinoimaan palvelujaan  
(otsikko)

Julkinen sektori ei kykene tyydyttämään kansalaisten koko terveydenhuollon tarvetta. Rauno Ihalainen uskookin, että kansalaiset hakevat jatkossa palveluja entistä enemmän yksityiseltä puolelta. Lisäksi sairauksia vastaan varustaudutaan kenties henkilökohtaisin vakuutuksin.

- Uskon kuitenkin, että erikoissairaanhoidon peruspalvelut järjestetään edelleen yhteisvastuullisesti. Sen sijaan pohdittavaksi tulee mm. asiakasmaksujen porrastaminen maksukyvyn mukaan. (leipäteksti) 26.2.1996

Journalistisessa sairaalassa modernin sairaalan ristiriita tulee näkyviin ennen kaikkea epäsuorasti yleisenä talouspuheena. Ensinnäkin sairaalan talouspäätökset ovat vahvasti läsnä, sillä esimerkiksi liittovaltuuston budjettipäätökset uutisoidaan säännöllisesti. Toiseksi sairaalan organisatorisia muutoksia perustellaan usein kustannustehokkuudella ja sairaalan organisaatio rakentuu sanomalehden sivuilla taloudellisina kysymyksinä. 1980-luvulla talous kulminoituu kysymykseksi valtionavun määrästä. Puheessa on viittauksia sairaalan toimintaedellytysten turvaamiseen ja teemallisesti valtionapua käsittelevät jutut nivELYVÄT osaksi resurssipuhetta. Koska puhe sairaalan resurssivajeesta on vahva, jutuissa voidaan mainita vain yleisesti sairaalan olevan jälkeenjäänyt selittämättä, millaisesta jälkeenjääneisytydestä oikeastaan on kyse.

Tayks valittaa määrärahojen supistuksesta (otsikko) 31.5.1984

#### 4 JOURNALISTINEN SAIRAALA

Tayks saa jättipotin läänin valtionavuista (otsikko)  
Yksi keskeinen tavoite on juuri Tayksin jälkeenjääneisyyden pois-  
taminen (osa keskeltä leipäteksti) 3.3. 1988

Lamavuosina säästöistä tulee jopa kilvoittelun kohde: mitä enemmän pystytään säästämään, sitä parempi. Säästäväisyys ja alhaiset kustannukset eivät myöskään väisty laman jälkeen vaan taloudellisuudesta tulee keino vertailla sairaaloita toisiinsa. Ainakin osin alhaisista kustannuksista näyttää tulevan sairaalan toimintakyvyn mittari.

Tays säästää yli odotusten (otsikko) 7.11.1991

Tays esittää säästöjä yli tavoitteiden (otsikko) 15.8.1992

Sairaaloiden tehokkuus tutkittavana (pääotsikko)

Tays voi selviytyä vertailussa hyvin. Pirkanmaalla erikoissairaanhoidon muuta maata vähemmän rahaa (otsikon alarivi)

11.12.1994

Korkeatasoisia palveluja kohtuuhintaan (pääotsikko)

Sekä Taysin että Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon on hyvää vaikka kustannukset ovat pienet (otsikon alarivi) 16.6. 1998

Journalistisen sairaalan pystyvää toimijuutta eli kykyä hallita ristiriitoja ja vaikeita tilanteita rakennetaan sairaalan kaikessa toiminnassa. Onnettomuuksissa ja häiriöissä on mukana sairaalan toimintakyvystä kertovia elementtejä. Esimerkiksi jutussa (16.11.1993), jonka otsikko kertoo muuntajavian pimentäneen koko sairaalan, on mukana kaksikin pystyvyyden elementtiä. Ensinnäkin jo tekstin alussa kerrotaan, ettei vika aiheuttanut vaaraa potilaille. Toiseksi pystyvää toimijuutta tuotetaan nostamalla esiin häiriön hyvät puolet. Kun sairaalan tekninen johtaja määrittelee ”tapahtumaketjun katastrofiharjoituksen luonteiseksi tapahtumaksi, josta voi ottaa myös opiksi”, toiminnallinen ongelma kääntyy sairaalan toimintavalmiuden osoittamiseksi.



## Taloudellista ja tehokasta järjestystä

Journalistisen sairaalan organisaatiomuutosten keskeisimmät argumentit ovat taloudellisuus ja tehokkuus. Esimerkiksi johtajaylilääkärin kirjoittamassa asiantuntija-artikkelissa perustellaan valtion- osuuslainsäädännön (VALTAVA) uudistusta sekä organisatorisilla kehittämistarpeilla että taloudellisilla syillä.

Tehdyt lakimuutokset pyrkivät terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tasapainoiseen kehittämiseen yhtenäistämällä valtiosuusjärjestelmää ja suunnittelujärjestelmää. (leipäteksti, jutun alku)

Ottaen huomioon tämänhetkisen kansantaloudellisen tilanteemme joudutaan varmasti nykyisen toiminnan arviointia tekemään joka tasolla ja etsimään järkevempiä ratkaisuja. Mahdollisesti joudutaan tarkastelemaan nykyistä hoito- ja tutkimuskäytäntöä, hoitoon otoperusteita jne. Ennen kaikkea tarvitaan entistä enemmän tietoa suunnittelun ja päätöksenteon pohjaksi, samoin kuin jokaisen yksityisen viranhaltijan kustannustietoutta on lisättävä. (leipäteksti, jutun loppu) 23.3.1984

Taloudellisuudella ja tehokkuudella perustellaan myös sairaanhoitopiiriin perustamista. Sairaanhoitopiiriin perustaminen on keskeisin organisaatiota käsittelevä aihe 1980-luvun loppupuolella. Uudistuksen etuja ja haittoja käsitellään useissa jutuissa. Ääneen pääsevät sekä sairaalan että kuntien viranhaltijoiden lisäksi kunnalliset luottamushenkilöt. Yksittäisten kuntien päätöksiä myös uutisoidaan. Organisaatorakenteessa katseet kohdistuvat ennen kaikkea rakenteellisiin uudistuksiin ja kuntien sekä kunnallisten luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden vaikutusmahdollisuuksiin päätöksenteossa. Rakenteelliset uudistukset nostavat esiin huolen aluesairaaloitten tulevaisuudesta.

Miten käy aluesairaalan? (otsikon yläriivi)  
Sairaanhoitopiiri pelottaa Mäntässä (otsikko)

Pelkojen sävyttämää on Pirkanmaan koilliskulmalaisten suhtautuminen tulossa olevaan sairaanhoitopiiriin. Pelätään mm. aluesairaaloitten näivettymistä, piiriin keskustasta kaukana olevien potilaiden unohtamista, byrokratian kasvun ja hoivavirkojen vähenemistä hallintovirkojen lisääntyessä. (ingressi) 16.1.1986

Toimintaan tehoa, itsenäisyys horjuu (otsikon yläriivi)  
Suuri sairaalapiiri kypsyä kitisten (pääotsikko)

Yhden sairaanhoitopiirin perustaminen Pirkanmaalle on tuskien taivalta. Keskussairaala kiittää ja maakuntaliitto säestää, mutta samalla aluesairaalat tutisevat peläten menettävänsä itsemääräämisoikeuttaan. Kunnista toiset tukevat yhden sairaalapiirin hallintojärjestelmää, toiset eivät haluaisi jakaa tähän mennessä mahdollisesti hankkimiaan etuisuuksiaan ja vastustavat. Ratkaisuvinta on, että maan hallitus viimeistelee lakia sairaanhoitopiirien perustamisesta: viimeistään vuoden 1989 alussa koko maa siirtyy yhtenäisiin sairaanhoitopiireihin. (ingressi) 22.1.1986

Huoli kunnallisten päättäjien vaikutusmahdollisuuksista ja alueellisten sairaaloiden itsenäisyydestä nostaa esiin kysymyksen sairaanhoidon alueellisen työnjaon: missä mitäkin tautia pitäisi hoitaa. Hoidon hinnalla perustellaan sekä toimintojen lisäämistä että lakkauttamista. Kustannussäästöjen vuoksi 1980-luvun lopussa esitetään uuden aluesairaalan perustamista Pirkanmaan luoteisosaan, sillä ”tällä haavaa Pirkanmaan luoteisosan ihmiset hoidattavat ’aluesairaalasoiset’ sairautensa keskussairaaloissa”, joissa ”hinnat ovat hoidon tarpeeseen suhteutettuna korkeat” (14.10.1987). Uutta aluesairaala perustellaan myös potilasnäkökulmalla, jonka mukaan kankaanpääläisillä, ikäalislaisilla ja parkanolaisilla on liian pitkä matka sairaalaan. Uutta sairaala ei kuitenkaan rakenneta.

Taloudelliset perustelut näyttävät olevan ylivoimaisia verrattuna muihin perusteluihin, sillä taloudellisiin syihin vedoten voidaan aiemmista sitoumuksista perääntyä. Näin näyttää käyvän esimerkiksi aluesairaaloiden synnytysosastoille. Synnytysosastojen tulevaisuus on yksi sairaanhoitopiirin perustamiskeskusteluissa esitetyistä huolistista. Aluesairaalat pelkäävät, että ”uudet piirit ryöväävät synnytysosastoja pieniltä” (syyskuu 1987). Keskussairaalan johtava ylilääkäri tynnyttelee pelkoja toteamalla, että lähtökohtana on lisätä normaa-leja synnytyksiä aluesairaaloissa. Neljä vuotta myöhemmin esitetään Valkeakosken aluesairaalan synnytysosaston lakkauttamista. Syyt ovat taloudellisia, sillä synnytysosaston toiminnan jatkaminen edel-

lyttäisi investointia osaston saneeraukseen. Lisäksi synnytysten siirtäminen keskussairaalaan tuo säästöä, sillä hoitoajat yliopistollisessa sairaalassa ovat lyhyempiä kuin aluesairaaloissa (17.8.1991). Sairaanhoidopiirin perustamisen jälkeen sekä hallinnon että hoidon keskitäminen nousee esiin eri tavoin. Sanomalehden sivuilla rakentuvassa sairaanhoitopiirissä on läsnä keskusta-periferia-vastakkainasettelu. Pienet kunnat ja aluesairaalat pelkäävät, ettei alueellinen tasa-arvo toteudu sairaanhoitopiirissä vaan piirin toimintaa suunnitellaan ennen muuta ison kaupungin ja keskussairaalan tarpeiden mukaan. Aluesairaaloitten huoli itsenäisyydestä ja toiminnan jatkumisesta ei laannu sairaanhoitopiirin vakiintumisen myötä. Toimintojen, kuten laboratoriopalvelujen, yhdistäminen ei houkuta aluesairaaloita, sillä ne pelkäävät yhteishankkeiden näivettävän sairaalan oman toiminnan.

Pirkanmaalle syntyy laboratoriojätti (pääotsikko)

Tampereen yliopistollinen sairaala ja Tampereen kaupunki yhdistävät organisaationsa liikelaitokseksi

Suomen toiseksi suurinta laboratoriota huolehtaa, jäävätkö veromarkat ja työpaikat Pirkanmaalle (otsikon alarivit)

Vammala odottaa näyttöjä (juttukokonaisuuden väliotsikko)

Mäntässä pelätään yhdistymistä (juttukokonaisuuden väliotsikko)

Nimilistoja kerätään oman laboratorion puolesta, sairaalan pelätään muuttuvan kroonikkohoitolaksi (otsikon alarivi) 22.4.1998

Julkisen terveydenhuollon talousvaikeudet ovat uhkakava, joka syysää eteenpäin hallinnollisia muutoksia. Tulosjohdettuun sairaalan siirtymistä perustellaan sekä hallinnon kehittämistarpeilla että kustannuskriisillä. (Mäkelä T. 1994b, 33–35.) Terveydenhuollossa markkinalähtöinen tulosajattelu ja suoritteiden mittaaminen vakiintuu osaksi terveydenhuollon hallintoa. Tämä ilmenee muun muassa uusina, hoidon mittauksessa käytettyinä käsitteinä. Esimerkiksi Stakesin Hoitotoiminnan tuottavuuden mittaaminen ja kehittäminen -projektin loppuraportissa (Linna ym. 1998, 29) todetaan ”sairaa-

lan pääsuorite on hoidettu ongelma (hoidettu potilas, hopo tms.)” Hopo-lyhenne vakiintui 1990-luvulla sairaalan toiminnan mittariksi, jota käytetään selityksittä muun muassa hoitoilmoitussuosituksissa (Stakes 2008). Sairaalan tuottavuutta mitataan ja sairaalan tavoitteeksi nostetaan toiminta, jossa mahdollisimman nopeasti ja vähin kustannuksin tuotetaan tulosta, kuten juuri ”hopoja”. Markkinatalouden oppien soveltaminen näkyy journalistisessa sairaalassa, vaikka uudet opit eivät aivan mutkitta taivukaan osaksi sairaalan puhetta. Tulosjohtamiseen suhtaudutaan – ainakin alussa – hieman ristiriitaisesti. Yhtäältä muutosta perustellaan toiminnan tehostamisella ja byrokratian vähentämisellä. Toisaalta arvellaan, etteivät markkinat ole suoraan sovellettavissa sairaalaan vaan edelleen päätökset ja tulosten arviointi tehdään lääketieteellisin perustein.

Tayks haluaa vähentää sairaalabyrokratiaa (otsikko)

– Tulosjohtaminen on tässä oikeastaan väärä sana, koska se on otettu suoraan yritysmaailmasta, sanoo hallintoylilääkäri Turkka Tunturi.

– Tuloksia arvioidaan edelleen pelkästään lääketieteellisesti, ei rahalla. Muutenhan kärjistetty esimerkki olisi: Hengen pelastava umpisuolenleikkaus tehdään juuri työelämään lähtevälle ihmiselle, joka ehtii tuottaa yhteiskunnalle miljoonia markkoja. Jos se tehtäisiin juuri eläkeikään ehtineelle, jouduttaisiin ehkä vielä maksamaan eläkkeitä muutama miljoona.

Tulosjohtamisen tavoitteen kiteytys taas on: Mahdollisimman terve potilas mahdollisimman pian ulos sairaalasta. (leipäteksti)

29.5.1990

Alun epäröinnin jälkeen tulosjohtamiseen nojautuva puhe saa vanhemman otteen. Laman säästöpuheiden ja tulosjohtamiseen siirtymisen myötä talous nousee entistä keskeisempään asemaan journalistisessa sairaalassa. Sairaalaan tulee palvelujen tuottaja, jonka toimintaa arvioidaan myytyjen palveluiden määrällä. Palveluita myydään sekä sairaanhoitopiirin jäsenkunnille että muille halukkaille, mikä herättää huolta siitä, riittävätkö palvelut sairaalan jäsenkuntalaisille.

Ennakoitu myynti ylittyi erityisesti Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatriyksikössä ja Keijärven yksikössä. Kunnat ovat lähettäneet potilaita hoitoon odotettua enemmän ja heistä pääosa on ollut vaikeahoitaisia eli kalliimmista hinnoitteluluokissa.

26.8.1998

Sydänkirurgialla hankitaan sairaanhoitopiiriin myös rahaa. Piirin ulkopuolelle myytävät leikkaukset ovat Alpo Korkeelan mukaan hyväksyttäviä.

– Mutta ne on toteutettava niin, ettei toiminta aiheuta haittaa piiriin omien potilaiden hoitamiselle. (leipäteksti) 8.3.1997

Tulosjohtaminen ilmenee journalistisen sairaalan hallinnollis-taloudellisen puheen kohdentamisen muuttumisena 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa. Valtion ohjaava rooli näkyy selvästi 1980-luvulla. Valtioon vedotaan niin sairaanhoitopiirin perustamisessa kuin rahoituksessakin. Lamavuosien ja hallinnollisten uudistusten jälkeen journalistinen sairaalapuhe alkaa kohdentua toisin. Enää ei katsota valtioon vaan kuntiin päin. Tulosjohtaminen ja kaupallistuminen muuttaa kuntien ja sairaalan suhdetta. Kunnista tulee hinta-laatusuhdetta punnitsevia asiakkaita, jotka ostavat sieltä, mistä edullisimmin saavat. Sairaala puolestaan pyrkii vakuuttamaan kunnat palvelujensa laadukkuudesta ja edullisuudesta. Näkyvin kiista syntyy yliopistollisen sairaalan ja Tampereen kaupungin välille. Kaupunkilaiset haluaisivat käyttää enemmän yliopistollisen sairaalan palveluja kuin mitä kaupunki olisi valmis maksamaan.

Taysin ensiapu tiukensi sisäänpääsyä (otsikko)

Kunnat ja Tampereen yliopistollinen sairaala ovat sopineet, että ensiapu ottaa vastaan vain vakavimmat tapaukset (otsikon alarivi)

– Kiusanteosta ei ole kyse, vaan siitä, että meidän on kuunneltava isännän – eli kunnan – ääntä. Kuntien kanssa on sovittu pelisäännöistä.

Huhut väittävät, että Taysin ensiapu hylkii etenkin tamperelaisia. Auvisen mukaan kotikuntaa tärkeämpi on potilaan tila. Mutta:

– Tampere on määritellyt tarkasti palvelut, jotka se hankkii Taysista ja jotka se järjestää itse. Kaupunki hyödyntää ensisijai-

sesti omaa osaamistaan, sillä Tays on hoitopaikkana kalliimpi kuin terveyskeskus. (leipäteksti) 16.10.1998

Sairaalan talouspuheessa tapahtuu myös ideologinen muutos. Kuten resurssipuheessakin 1980-luvun talouspuheessa kuultaa hyvinvointivaltion eetos, jonka mukaan erikoissairaanhoidon palvelut kuuluu järjestää kaikille kansalaisille. 1990-luvulla sen sijaan aletaan puhua yhä avoimemmin palvelujen rajoittamisesta. Hoitoa rajoittavat kunnat, jotka kustannussyistä pyrkivät säätelemään asukkaidensa hoitoa yliopistollisessa sairaalassa. Lisäksi kansalaisten odotetaan maksavan itse entistä enemmän hoidostaan. Uudet hallintomallit eivät saa varauksetonta tukea vaan kilpailuttamista kritisoidaan jonkin verran.

Potilaiden oma vastuu kasvaa (otsikko)  
Sairaanhoidopiirin hallituksen puheenjohtaja Alpo Korkeala sanoo, että jatkossa ihmisten on maksettava sairaanhoidostaan itse enemmän. (otsikon alarivi) 8.3.1997

Yhteiskunta hoitaa kehdestä hautaan (otsikko)  
Terveydenhuollon kehittäminen ei kaipaa kilpailua, vaan hyvää kuntien ja sairaanhoidopiirin yhteistyötä (otsikon alarivi) 12.11.1997

Taysiin pääsy vaikeutuu (otsikko)  
Tamperealaisen potilaan ensisijainen hoitopaikka on kaupungin-sairaala. Taysiin pääsevät vain ne, joita oma terveyskeskus ei pysy hoitamaan. (otsikon alarivi)

Hallintolääkäri Turkkala Tunturi vakuuttaa, että uudet käytännöt eivät vaikuta potilaiden hoitoon. Kaikki hoidetaan kuten nykyäänkin. (leipäteksti) 3.10.1992

Sairaalan toimintatapojen muuttumisesta kertoo myös sairaalan ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyön lisääntyminen. Yksityisen terveydenhuollon merkitys sairaalan toiminnassa lisääntyy 1990-luvulla. Yksityiset toimijat paikkaavat sairaalan resurssipulaa mutta myös kyseenalaistavat sairaalan toimintaa. Sairaalan ostopalvelujen hinnasta käydyssä kiistassa näkyviin nousee sairaalan hegemoninen asema suhteessa muihin toimijoihin. Kiistan alussa fysioterapeutit

kirjoittavat yleisönosastolle ja ihmettelevät sairaalan yksipuolista hinnoittelua (8.5.1994). Uutisjuttu puolestaan kertoo asian edenneen kuluttajaviraston tutkintaan:

Tays vaatii hinnan alennuksia (etusivun otsikko)

Kuluttajavirasto tutkii, ovatko kuntouttajien saamat vaatimukset kilpailun rajoittamista (otsikon alarivi) 18.7.1994

Sisäsivun jutussa fysioterapeutti kuvaa tilannetta:

– Monellakaan ei ole ollut valinnanvaraa. Työtä on ollut pakko tehdä alemmallakin hinnalla, jos asiakkaista suurin osa on tullut Taysin tai kaupungin läheteellä.

(...)

Kuntoutusyrittäjiä on katkeroittanut kovasti tapa, jolla hinnanalennuksista on ilmoitettu.

– Neuvotteluille ei jätetty mitään sijaa. Menettely oli silkkaa sanelua, jonka seurauksista joutuvat nyt kärsimään potilaatkin. Tuntuu siltä, ettei hoidon laatu merkitse enää mitään. Terapeutit valitaan yksinomaan hinnan perusteella, fysioterapeutti arvelee. (leipätekstiä jutun lopusta) 18.7.1994

Myöhemmässä uutisoinnissa kerrotaan, että sairaalan ostopalvelut ovat työläitä selvittää (28.1.1995). Kilpailuttamisen vaikeutta käsitellään yleisönosastokirjoituksessa (28.3.1996), jossa eritellään kilpailutuksen vaikutuksia palvelujen ostoon. Keskustelu fysioterapian ostopalveluista kyseenalaistaa sairaalan toiminnan ja horjuttaa sairaalan pystyvää toimijuutta.

## Johtajuuden kiistat

Terveydenhuollon organisatoriset muutokset ovat muuttaneet sairaalan hallintohenkilökunnan pätevyysvaatimuksia ja sairaalan johtoon on tullut vain hallinnollisen koulutuksen saaneita asiantuntijoita. Vaikka hallinnollisen asiantuntijuuden on todettu vaikuttaneen positiivisesti terveydenhuollon hallintokulttuuriin, uudet ei-lääketieteelliset johtajat ovat herättäneet vastustustakin. Britanniassa ja muualla Euroopassa terveydenhuollon organisaation

uudistuksissa on kiistely siitä, ovatko hallinnollisen koulutuksen saaneet sopivia johtamaan terveydenhuoltoa. (Hunter 1994.) Suomalaisessa keskustelussa ristivetoa sairaalan hallinnosta ei ole niinkään dokumentoitu hallinnon ja lääketieteen asiantuntijoiden vaan lääketieteen ja hoitotieteen asiantuntijoiden väliseksi. Hoitotyön eroaminen lääketieteellisestä hallinnosta omaksi hallinnolliseksi linjakseen ei ole ollut itsestään selvää. Näkemyseroja ovat aiheuttaneet hoitotyötä johtavien ylihoitajien asema ja suhde lääketieteellisiin johtajiin sekä johtajien pätevyysvaatimukset. Kiistaa on käyty myös siitä, kumpi koulutus, hoito- vai lääketieteellinen, antaa paremmat johtamisvalmiudet. (Kinnunen 1992, 81–85.) Lääkäreiden ja hoitajien asemaan liittyvät jännitteet ovat peräisin perinteisestä asetelmasta, jossa lääkäri on hoitohenkilökunnan esimies. Nämä jännitteet nousevat esiin myös tutkimuksessa, jossa selvitetään tulosjohtamisen edellytyksiä Taysissa. (Mäkelä T. 1994a, 79–84.)

Journalistisessa sairaalassa kiistoja ammattiryhmien johtajapätevyydestä ei juuri käydä. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta uudet johtamisen tavat ja johtajuusvaateet eivät nosta esiin eriäviä näkökulmia. Aineistossa on yksi juttu, jonka voi tulkita osin nousevan johtajuudesta käytävistä kiistoista. Kiistan syynä ovat ”konsultin kalliit laatikkoleikit”, joita ylihoitaja arvostelee. Kiista on ilmeisen tiukka, sillä sen seurauksena ylihoitajan tehtävänkuvaa muutetaan. Johtajuudesta käytäviä pätevyyskiistoja selvemmin riita kytkeytyy osaksi resurssipuhetta, tosin hieman eri painoituksin. Ylihoitajan puhe on resurssipulapuhetta, jonka mukaan sairaalan toiminnan ongelmat voidaan ratkaista voimavaroja lisäämällä. Tulosjohtamispuheessa resurssien lisäys on toissijaista, ratkaisun keskiössä on resurssien tehokas käyttö. Eroistaan huolimatta kumpikin puhe kytkeytyy osaksi resurssivetoomuspuhetta, jolla sairaala perustelee rahoitustarpeitaan päättäjille. Resurssipulapuheessa voimavarojen tarve on ikään kuin itsestäänselvyys, jonka arvioimiseksi riittää sairaalan ammattilaisten toteamus tästä tai tuosta puutteesta. Tulos-



johtamispuheessa kuultaa 1990-luvun markkinapuheen mukanaan tuoma epäily julkisen terveydenhuollon toiminnan taloudellisuu-  
desta.

Konsultti sotki sairaalayhteisön työilmapiiriin (otsikko)  
Ylihoitaja Leena Paavola arvosteli kalliita ”laatikkoleikkejä”  
– ja pääsi tehtävistään (otsikon alarivi)

Väärät ja kalliit keinot. Ylihoitaja Leena Paavola ei ymmärrä, miksi teoreettinen viisastelu johtaisi onneen, kun sädediagnostiikan yksikkö kärsii lähinnä laitepulasta. (kuvateksti)

Sairaanhoitopiiriin johtajan Rauno Ihalaisen mukaan sädediagnostiikan yksikön konsultointi liittyy laajempaan hankkeeseen, jolla pyritään parantamaan yksikön tuottavuutta ja vakuuttamaan rahanjakajat rahan tarpeesta. Hankkeeseen sisältyy myös laitehankintoja. (leipäteksti, Moro-liite) 12.2.1998

Tyypillisesti journalistisessa sairaalassa johtajuuden kysymykset nousevat esiin henkilövalintojen yhteydessä. Johtajien valinnat eivät rakennu eri asiantuntijoiden välisiksi pätevyyskiistoiksi vaan puoluepoliittisiksi nimityskiistoiksi. Esimerkiksi Tayksin sairaalajohtajan valintaa käsittelevä kolumni ironisoi valintaa ja antaa sille poliittisen virkanimityksen leiman.

Mukava Mattila pomoksi (otsikko)

Pankinjohtaja Tapani Mattilalla on mukavan miehen maine. Niin mukavan, että hänestä tulee huomenna Tayksin uusi sairaalajohtaja. Ulkopuolisen silmin katsottuna valinnassa on jokusia outoja piirteitä. Mattila on suorittanut kunnallistutkinnon. Hakijoiden joukossa oli maistereita, lisensiaatteja ja tohtoreita. Mattilalla ei ole kokemusta sairaalan hallintotehtävistä – tuskin hän on ollut edes kipeä, koska on urheilumiehiä. Hakijoiden joukossa on mm. sairaaloiden hallinto- ja talousjohtajia. Sisäpiirit onneksi tietävät, että Mattilalla on avuja, jotka ohittavat muodollisen pätevyuden ja kokemuksen. (leipäteksti) 12.10.1989

Sairaanhoitopiirille etsitään johtajaa uudelleen elokuussa 1994. Valinnasta käytävä yleisönosastonkirjoittelu alkaa uutiselle (24.8.1994), jonka otsikon mukaan ”Kokoomus tavoittelee sairaanhoitopiiriin johtajan paikkaa”. Sairaanhoitopiiriin johtajan valinta rakentuu

poliittiseksi reviiritisteluksi, jossa on mukana viitteitä pätevyysvaatimuksista.

– Paikan täyttö riippuu tietysti hakijoista, koska ensisijainen kriteeri on pätevyys. Demareilla on kuitenkin yliedustus Pirkanmaan neljässä suurimmassa kuntayhtymässä ja tämä vääristymä voitaisiin korjata nyt, sanoo Pirkanmaan kokoomuksen toiminnanjohtaja Jari Porraslampi. 28.6.1994

Ihalainen voitti kiperän vaalin (otsikko)  
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtoon valittiin yhteiskuntatiiteilijä Keski-Suomesta (otsikon alarivi)

Sairaanhoitopiirin johtavaa virkaa havitteli monta pätevää nimeä, muiden mukana sairaanhoitopiirin nykyinen johto ja pari johtavaa virkamiestä Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Tohtorin tutkinnot eivät nyt kuitenkaan riittäneet. Sairaanhoitopiirin johtajaksi haluttiin joku muu kuin lääkäri.  
(...)

Johtajaylilääkäri Raimo Anttilan kykyjä keskustelussa keuhuttiin ja pahoiteltiin mm. hänen ”koulutusvammaansa” eli sitä, että hänkin on lääkäri. (leipäteksti) 19.10.1994

Sairaanhoitopiirin johtajavalinta kirvoittaa yleisönosastokirjoittelua sekä ennen että jälkeen valinnan. Kirjoittelussa vastustetaan ”poliittisia lehmänkauppoja” ja vaaditaan pätevää henkilöä sairaalan johtoon. Ammattiryhmien välinen pätevyyskiistakin vilahtaa keskustelussa: yksi kirjoittajista, sairaalan osastonlääkäri, toteaa olevan sanomattakin selvää, että virka on täytettävä lääkäriellä. Jälkeenpäin yleisönosastossa keskustellaan valinnan poliittisuudesta. Sairaanhoitopiirin hallituksen varapuheenjohtaja perustelee poliittista valintaa ainoana keinona: ”tämäkin johtajavaali kääntyi siis lopulta poliittiseksi, kun pätevien hakijoiden kesken muuta valintakeinoa ei yrityksistä huolimatta löytynyt” (25.10.1994). Johtavien virkamiesten ja luottamushenkilöiden valinnat ovat tilanteita, joissa poliittinen päätöksenteko tulee selvästi näkyviin. Muulloin liittovaltuuston ja -hallituksen kokoukset näyttäytyvät kasvottomana päätöksentekokoneena. Päätöksistä kerrotaan, mutta niitä ennen mahdollisesti käytyjä keskusteluja ei käsitellä. Journalistisen sairaalan luottamus-

miesjärjestelmä näyttäytyy päätöksentekijänä, jolla ei ole tapana keskustella päätettävistä asioista. Henkilövalintojen lisäksi sairaanhoitopiirin perustamisen yhteydessä käyty keskustelu on ainoa, jossa poliittiset päättäjät esittävät näkemyksiään. Tuolloinkin keskustelun aktiivisimpia osapuolia ovat aluesairaaloiden ja keskussairaalan viranhaltijat.

## JOURNALISTISEN SAIRAALAN SAIRAUDET

Toimintaedellytyksiä käsittelevissä resurssi-, talous- ja hallintojutuissa tuotetaan sairauksien sosiaalista järjestystä. Näissä jutuissa sairaudet rakentuvat lähes itsestään selvinä ihmisen olemisen tiloina, joiden hoitamisessa on kyse kyvystä ja mahdollisuuksista hoitaa sairautta. Journalistisessa sairaalassa sairaus ei kuitenkaan rakennu näin suoraviivaisesti. Yhtäältä journalistisessa sairaalassa taudit rakentuvat hallituiksi ja hoidetuiksi, toisaalta sairauksien sosiaalisen järjestyksen ja potemuksen ulottuvuudet tuovat näkyviin sairauden moniulotteisuutta. Journalistisen sairaalan sairaudet ovat muutakin kuin vain biolääketieteellisiä tauteja.

Taudit ja hoidot -jutuissa lääkäriasiantuntijat kertovat, millaisia ovat taudit ja miten niitä hoidetaan. Tyypillisesti jutut, sekä uutisjutut että asiantuntijoiden artikkelit, kuvaavat yksittäisiä tauteja tai tautiryhmiä sekä niiden hoitoja. Luonteeltaan jutut ovat kansalaisia valistavia: ne kertovat, mitä taudit ovat, miten niitä hoidetaan sekä ohjeistavat kansalaisia toimimaan kunnan potilaiden tavoin. Sairauden tautiulottuvuus on vahvasti läsnä, vaikka toisinaan tautien ja hoitojen järjestys horjuu. Kun jutuissa kuvataan sairauksia ja niiden hoitoa, esitellään sairaalan osastojen toimintaa sekä käsitellään hoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä, potilaan asemaa ja potilasturvallisuutta, esiin nousee tautien ja hoitojen moniulotteisuus. Tässä alaluvussa analysoin millaisia ovat journalistisen sairaalan sairaudet ja niiden hoidot.

## Taudin hallittu hoito

Resurssi-, talous- ja hallintojuttujen tasapainoilu uhan ja sen hallinnan välillä näkyy taudeista ja hoidoista puhuttaessa. Vaikka taudit uhkaavatkin, niin syytä huoleen ei ole, sillä kaikki on hallinnassa – ainakin toistaiseksi. Konkreettisesti nämä hallintapyrkimykset nousevat esiin silloin kun hoidossa on puutteita tai ongelmia. Syöpähoidossa käytetyn kobolttikanuunan rikkoutumisesta johtuvat hoidon ongelmat rakentuvat hallinnan kautta.

Vaikka Tampereen yliopistollisen keskussairaalan toinen sädehoitokone on nyt rikki, ei syöpäpotilaiden tarvitse pelätä: kaikki hoidot järjestetään Tampereella tai Turussa (etusivun vinkin aloitus)

24.2.1989

Tayks päättää kiihdyttimestä ensi tiistaina (otsikko) 3.3.1989

Turkuun menijät eivät juuri valita (otsikko) 8.3.1989

Tayks saa uuden koneen sädehoitoon (etusivun vinkin otsikko) 8.3.1989

Sädehoitolaitteen rikkoutumisen uutisoinnissa näkyvät useimmat terveydenhuollon organisaatiosta kertovien uutisten perusainekset. Journalismin näkökulmasta laitteen rikkoutuminen on sinällään alueellinen uutisaihe, se on yllättävä ja koskettaa monia lehden levikkialueen asukkaita. Laitteen rikkoutuminen, korvaavat hoidot ja uusi laite muodostavat yhtenäisen kertomuksen, jota ei voi jättää kesken. Sairaalan näkökulmasta laitteen rikkoutumisesta tiedottaminen on tärkeää kahdesta syystä. Ensinnäkin kanuunan rikkoutuminen herättää epä tietoisuutta ja huolta potilaissa, joita voidaan rauhoitella uutisoinnin avulla. Toiseksi episodi sujahtaa osaksi sairaalan resurssipuhetta. Se on oiva tapaus esimerkittämään resurssivajausta. Jutuissa kerrotaan, ettei valtiolta ole saatu määrärahoja laitteen uusimiseksi, vaikka laite on ollut toiminnaltaan epävarma jo pitkään.

Sairauden hoidossa toistuvat resurssijuttujen tapaan uhka ja sen hallinta. Sairauden hoitaminen on taudin voittamista, mikä puoles-

taan on sidottu käytettävissä oleviin resursseihin. Syövän hoitamisesta kertovassa jutussa (9.10.1982) kuvataan ensin, ettei ratkaisevaa hoitoa ole vielä löydetty, mutta toivoa on. Jutun otsikko kertoo, että ”syövän hoitamisessa edetään varovasti ja lyhyin askelin”. Jutun ingressi päättyy tyypilliseen toteamukseen, että hoidottomuuden uhka on olemassa, mutta toistaiseksi se on vain uhka.

Mitä varhaisemmassa vaiheessa syöpä todetaan ja päästään aloittamaan hoito, sitä paremmat ovat hoitotulokset. Ristiriitaa syntyykin siitä, jos hoitoon pääsyä joudutaan jonottamaan. Jonoja on jo Helsingissä, Tampereella ei vielä, mutta hyvältä ei lähivuosina näytä, ellei lisätiloja ja voimia saada silloin kun 400 000 ihmisen hoidosta vastaamaan suunniteltu keskussairaala joutuu ottamaan vastuun koko alueen miljoonasta ihmisestä. (ingressin loppu)

9.10.1982

Uusista hoidoista kertovat jutut rakentuvat voittotarinoiksi taudin vastaisessa taistelussa, sillä hoitojen ongelmista puhutaan hyvin harvoin. Uudet hoidot kertovat lääketieteen edistymisestä ja yhä paremmista keinoista voittaa tauti. Keinomykiöhoidosta kertova juttu on poikkeuksellinen, sillä siinä nostetaan esiin uuteen tekniikkaan liittyvä epävarmuus.

Emme kuitenkaan tyrkytä keinomykiöleikkauksia, sillä täysin ongelmattomia ne eivät vielä ole. Silmään asetetaan vieras esine keinomykiö, eikä voi taata, että se istuu silmässä harmeja aiheuttamatta, sanoo silmätautiosaston osastonlääkäri Anna-Maija Paakkala. (leipäteksti)

2.9.1985

Tautien hoito on hyvää ja hallittua journalistisessa sairaalassa, sillä potilasturvallisuudesta, hoitovirheistä ja hoidon komplikaatioista kertovia juttuja on vähän. Potilasturvallisuuden vaarantuminen on kuitenkin usein läsnä resurssijutuissa, joissa resurssipuuhkaa vaarantaa sairauden asianmukaisen hoidon. Resurssipuueeseen liitetty potilasturvallisuuden vaarantuminen ei horjuta sairaalan pystyvää toimijuutta, sillä resurssipuueella vastuu siirretään sairaalan ulkopuolelle. Sairauksien ja niiden hoitamisen näkökulmasta potilasturvallisuutta ja hoitovirheitä käsitteleviä uutisjuttuja on yhteensä

kymmenen kappaletta. Lisäksi yleisönosastossa on viisi henkilökunnan kirjoittamaa potilasturvallisuutta käsittelevää juttua. Ongelmat tulevat esiin ennen muuta yleisönosastokirjoituksissa, joissa potilaat valittavat huonosta hoidosta. Käsittelen näitä kirjoituksia yksityiskohtaisemmin luvussa Potiluuden järjestys.

Hoitovirheistä kertovat jutut rakentuvat uhasta ja hallinnasta. Viallisista hiv-testeistä kertovassa uutisessa (14.9.1996), luetellaan viallisten testien käyttöpaikat ja todetaan, ettei Tayksissa ole ollut käytössä viallisia testejä. Infektiolääkäri rauhoittelee kansalaisia sanomalla, että ”asiantuntijoiden mukaan hiv-testit ovat nyt syntyneestä kohusta huolimatta erittäin luotettavia”. Sairaalalaitteiden turvallisuutta käsittelevän jutun otsikot kertovat tapaturmavaarasta ja laitteiden huonosta tutkimisesta.

Uusista hoidoista tapaturmia (otsikon yläriivi)  
Sairaalalaitteisto tutkitaan kehnosti (otsikko)

5.11.1987

Hallinnan elementit tulevat mukaan kahdella tavalla. Ensinnäkin jutussa kerrotaan, että laitteiden aiheuttamia tapaturmia ja vaaratilanteita on ryhdytty tilastoimaan. Tilastointi auttaa tiedottamista, mikä puolestaan ennaltaehkäisee vahinkoja. Toiseksi sairaalainsinöörin haastattelu päättyy toteamukseen: ”Suomessa on viime aikoina kiinnitetty paljon huomiota erityisesti sähkö- ja säteilyturvallisuu-teen. Myös lainsäädännöllä on varmistettu turvallisuutta.”

## **Taudin hallinta horjuu**

Sairaalan hallinta murtuu epäsuorasti uusista hoidoista kertovissa jutuissa. Kun jutut kertovat uusista paremmista hoidoista ja hoitokäytännöistä, niin samalla kerrotaan epäsuorasti vanhassa hoidossa olleen jotakin vikaa. Omahoitajajärjestelmästä kertovan jutun (14.2.1988) otsikko toteaa ”omahoitaja lisää tietoa ja turvaa”. Jutun tekstissä annetaan ymmärtää, että uusi hoitokäytäntö korjaa vanhan käytännön puutteita. Videon käytöstä potilasohjauksessa kertovas-

sa jutussa (26.3.1988) puolestaan todetaan, etteivät ”ihmiset yleensä tiedä, miksi tutkimus tehdään”. Journalistisen sairaalan hallintaa korostaa sekin, että sairaalan toiminnan ongelmat nousevat näkyviin vasta silloin kun niitä ollaan jo ratkaisemassa. Esimerkiksi kirurgisen hoidon kehittymisestä kertova juttu toteaa, että aiemmin on ollut ongelmia, mutta ei enää:

Kirurgia kehittyi monella alueella! (otsikko) 12.10.1990, 438

Sairaaloita on tähän saakka kehitetty enemmän tai vähemmän sattumanvaraisesti sen mukaan mitä lääkärit ovat sattuneet keksimään ja kuka on saanut äänensä kuuluville. Tampereen yliopistollinen keskussairaala laittaa tästä lähin asiat tärkeysjärjestykseen potilaiden tarpeiden perusteella. Näin luvataan toimintasuunnitelmassa.

Tähän on tultu siksi, että tieto, lääkärien taidot ja laitteet ovat kehittyneet nopeammin kuin mihin rahat riittävät. Nyt on valittava tärkeysjärjestyksessä. (jutun alku) 12.10.1990

Tärkeysjärjestyksestä puhuminen viittaa hoidon priorisointiin ja siten sairauksien sosiaaliseen järjestykseen. Hoidon priorisointikeskustelu alkoi Suomessa 1990-luvun alkupuolella (Pelkonen 1999, 1440), mutta journalistisessa sairaalassa keskustelu ei kuitenkaan näy. On ilmeistä, että julkinen priorisointikeskustelu käytiin ennen muuta ammattilaisten kesken yleisellä tasolla. Syksyllä 1993 journalistisessa sairaalassa priorisoinnista käytiin pienehkö keskustelu. Keskustelun aloittava uutinen suorastaan usuttaa kommentoimaan. Uutinen kertoo sosiaali- ja terveydenhuollon valintoja käsitelleestä seminaarista:

Sairaanhoidon karsintalistat eivät tuoneet keskustelua (pääotsikko)

Kiireellistä hoitoa vaativa potilas ajaa ohi jonossa, mutta myös hyvä veronmaksaja hoidetaan otsikon alarivi)

Jos potilas on yhteiskunnalle tärkeä: esim. hyvä veronmaksaja, tärkeä urheilija, suuri kulttuuripersoona tai tärkeä poliittinen päättäjä, se vaikuttaa sairaalan hoidon tasoon ja sujuvuuteen sekä kohteluun, kertoi Tampereen yliopistollisen sairaalan hallintoylilääkäri Turkka Tunturi rohkeasti (...) (jutun alku) 20.9.1993

Syyskuun uutisen jälkeen ylilääkäri kirjoittaa samasta aiheesta alakerta-artikkelin, joka on otsikoitu: ”Priorisointi ei saa lisätä eri-arvoisuutta. Sairaanhoidon tärkeys ja kiireellisyys on sovittava yhteisymmärryksessä”. Artikkelissa toistetaan uutisen näkemys, että periaatteessa yksilön yhteiskunnallinen hyöty ei saisi olla priorisoinnin perustana. Käytännössä on kuitenkin järkevää jatkaa vallitsevaa käytäntöä, jossa sairauden aiheuttamien kulujen vuoksi työssäkävät hoidetaan mahdollisimman pikaisesti kuntoon.

Murtumia hallittuun hoitoon syntyy priorisoinnin ohella hoidon muita eettisiä kysymyksiä ja potilaan asemaa käsiteltäessä. Potilaan asemaa, priorisointia ja eettisiä kysymyksiä käsitellään 28 jutussa. Uutisjuttuja ja kansalaisten yleisönosastokirjoituksia on kumpiakin 11 kappaletta. Uutisjuttujen aiheena on vuonna 1993 voimaan tullut laki potilaan oikeuksista sekä potilaiden yhdenvertaiset oikeudet saada hoitoa. Uudesta laista kirjoitettaessa ei suoraan sanota, että aiemmin potilaan asema oli heikompi. Piiloisesti aiempaa tilannetta kritisoidaan, kun kerrotaan potilasasiamiehen saamista yhteydenotoista ja niiden syistä. Kansalaisten yleisönosastokirjoituksissa puhutaan ennen muuta siitä, onko kaikilla samanlaiset mahdollisuudet saada hoitoa. Eriarvoisuus nousee esiin myös toimittajan kysyessä, miksi lapsen etninen tausta kerrotaan lapsen sairauskertomuksen alussa. Haastattelun muotoon kirjoitettu juttu on otsikoitu ”sortaako Tays ulkomaalaisten sairaita lapsia” (26.9.1993). Haastateltu lääkäri vastaa sanelun muodon johtuvan siitä, että lapsen tausta vaikuttaa tautiperintöön. Lisäksi jutussa tiukataan, onko potilaalla oikeus korjata virheelliset tiedot sairauskertomuksessaan.

Hoidon eettiset valinnat nousevat esiin kahdessa alakerta-artikkelissa (27.6.1989). Ensimmäisessä pohditaan lääketieteellisen tekniikan tuomia ongelmia. Otsikon yläriivi kysyy: ”saako tehohoidon lopettaa”. Edelleen artikkeli toteaa, että tehohoidon ongelmat ovat erilaisia filosofin nojatuolista ja sängyn viereltä katsottaessa. Toisessa asiantuntija-artikkelissa (30.6.1997) käsitellään oikeutta lapsettomuushoitoihin. Artikkeli on vastaus uutisjuttuun (7.6.1997),



jossa kerrotaan sairaanhoitopiirin valtuuston myöntäneen lisärahaa lapsettomuushoitoihin. Taysin ylilääkäri vaati arvokeskustelua, siitä ”kuinka pitkälle lapsettomuushoitojen antamisessa on syytä mennä”. Jutun pääotsikko on suora lainaus ylilääkärin puheesta: ”Lapsettomuushoitoon asetettavat rajat”. Artikkelissa synnytys- ja naistentautien ylilääkäri toteaa lapsettomuuden hoidon olevan perheen perusoikeus. Lisäksi hoitoa perustellaan yhteiskunnan vastuulla: lapsettomuuden taustalla ovat yhteiskunnalliset vaatimukset, joiden vuoksi synnyttäjien keski-ikä on noussut.

Aineiston kiivain eettinen keskustelu käydään sikiöseulonnoista. Keskustelu alkaa Aamulehden uutisjutusta, jossa kerrotaan sikiöseulontojen kauppaamisesta kunnille.

Abortteja kaupattiin Tampereella säästökeinona (pääotsikko)  
Tampereen yliopistollisen sairaalan ylilääkäri laati päättäjille salaisen laskelman, sen mukaan kehitysvammaisten karsiminen sikiöseulonnalla vähentää kuntien kuluja (etusivun otsikon alarivi)  
Säästövimma herättää henkiin rotuhygienian synkän haamun (sisäsivun pääotsikko)  
Nyt kysytään, onko kilpailukyvyttömällä ihmisellä edes oikeutta syntyä (otsikon alarivi) 26.4.1998

Jutussa haastatellut down-lasten omaisten yhdistyksen puheenjohtaja ja sosiaalieetikko puhuvat uudesta rotuhygieniasta, vammaisten syrjimisestä ja kielteisistä asenteista vammaisia kohtaan.

Toimittajan kolumni samana päivänä on otsikoitu: ”ei rodunjälöstusta”. Myöhemmin kolumnissa todetaan seulontojen olevan tarpeen, sillä ”terve lapsi on jokaisen vanhemman toive”. Kolumnissa sikiöseulonnoista ja laskelmista tulee välttämättömyyksiä.

Tosiasia on kuitenkin, että näitä laskelmia on aina tehty ja tullaan aina tekemään. Joskus tarkoitus voi olla puhtaasti säästöjen hakeminen. Useimmiten laskelmia kuitenkin tehdään, koska niitä tarvitaan päätöksenteon pohjaksi, kun halutaan edistää asioita, korvata olemassa olevaa uudella ja paremmalla. (leipäteksti)

Moraali ja etiikka ovat niin kauan kohdallaan, kun vanhemmat saavat itse päättää seulontatutkimukseen menosta ja mahdollis-

sesta abortista vapaasti, kenenkään painostamatta. (kolumnin lopun leipäteksti) 28.4.1998

Uutinen ja kolumni kirjoittavat yleisönosastokirjoituksia, joissa seulontalaskelmat tuomitaan rodunjalostukseksi. Yksi kirjoittaja kehuu juttua merkittäväksi vammaispoliittiseksi teoksi. Toimittajan kolumnin lääkäriä ymmärtävää asennetta kritisoidaan yhdessä yleisöosastokirjoituksessa. Toisin kuin toimittaja kolumnissaan esittää, yleisönosastokirjoittaja ei pidä lääkäriä vilpittömänä:

Savisaaren selitys lääkärin vilpittömyydestä osuu täysin harhaa. Vilpitiönhän yllälääkäri Simola ei juuri ole. Hän ajaa kyllä omasta mielestään hyvää asiaa. Keinot vaan ovat täysin väärät. Asia ei ole surkuhupaisaa, kuten Savisaari asian haluaa sanoa, vaan erittäin vakava. Voidaanko oman laitoksen resurssien parantamiseksi käyttää mitä keinoja hyvänsä? (leipäteksti) 29.4.1998

Myös vammaiset ihmiset ottavat osaa keskusteluun

Vammaisena kansalaisena minulle ei ole merkitystä sillä, että hinnoittelu on tapahtunut hyvässä uskossa. Tieto siitä, että vastaavia laskelmia on tehty aiemminkin, ei vähennä sitä kauhua, jota tunnen ajatellessani niitä vaikutuksia, joita tällaisten ajatusmallien hiljaisella hyväksynnällä on. (leipäteksti) 5.5.1998

Sairaalaan ei sanota olevan vastuussa, vaan ensimmäisessä uutisjutussa laskelman tekijä toteaa vastuun olevan yksin hänen. Myöhemmin (30.4.1998) sairaala pyrkii vielä selvemmin irti tapahtuneesta. Sairaanhoidopiirin johto toteaa laskelman ”täysin turhaksi”. Lisäksi kerrotaan johdon saaneen laskelman tekijältä selvityksen, jossa tekijä on kerännyt tietoja ”hyvässä tarkoituksessa ajattelematta, että laskelma voidaan katsoa aborttiin yllyttämiseksi”

Keskustelu hoidon eettisistä kysymyksiä nostaa esiin sairauden poliittisen puolen ja murtaa taudin hallittua hoitoa: sairaus on journalistisessa sairaalassa muutakin kuin lääketieteellisesti määritelty tauti. Hoito ei ole vain resurssikysymys. Vaikka resursseja olisi riittävästi, se ei poistaisi kaikkia tautien hoitoon liittyviä ongelmia.

## Taistelevat koneet

Mediassa yksi keskeisimmistä sairauden merkityksellistämisen tavoista on sairauden ymmärtäminen viholliseksi ja hoidon taisteluksi tautia vastaan. (Ks. esim. Gwyn 2002, 92–119; Seale 2002, 67–92; Ungar 1998.) Susan Sontag (1991, 101) on todennut sota-metaforien olevan käyttökelpoisia sairauksien hoitamisesta puhuttaessa, sillä sodassa ei edellytetä kulujen tarkkailua. Ennen 1990-luvun alun lamaa päättäjille osoitetussa vetoomuspuheessa raha ei ole konkreettisesti läsnä vaan sairauksien hoitaminen on taistelua tauteja vastaa. Kun kustannukset ovat mukana, taistelu tautia vastaan laajenee taisteluksi resursseista.

Päättäjien olisi aika ymmärtää, että kysymys on takavuosien tuberkuloosiin verrattavasta taistelusta, sanoo kirurgian professori Ville Autio. (osa ingressistä) 21.6.1985

Mielisairaalan väki nousi kapinaan (otsikko)

Potilaat, omaiset ja hoitajat epätoivoisia: Tilanne Pitkäniemen osastoilla kestänyt, emme jaksa enää (otsikon alarivi)

Psykiatrisen hoidon tilanne Pirkanmaalla on saanut hoitoväen ja potilaiden omaiset äärimmäisen hädän valtaan. (leipätekstin alku) 5.11.1996

Sairaus taisteluna merkitsee yhteistä vihollista, jolta puolustautumiseen yhteisiä varoja tarvitaan. Terveystieteiden ammattijärjestö Tehyn kampanjan uutisoinnissa (28.3.1987) resurssien tarvetta kuvataan kiireellä. Taudin hoitoa haittaava kiire on vihollinen, jota vastaan tehdään ”tehoiskuja”. Sotametaforat tukevat resurssivaateita, sillä vaikka rahasta puhutaan, sodan tarpeellisuuden kyseenalaistamista se ei merkitse. Taistelulla tuotetaan biolääketieteellistä tautia, jolla perustellaan resurssivaateita. Kun sairaus rakentuu taudiksi, ei resurssipuheissa tarvitse kysyä, mitä sairaus ja sen hoito oikein ovat. Toisin sanoen resurssien puutteesta tulee itsestäänselvyys, jota ei tarvitse kyseenalaistaa. Resurssipuheessa taistelu tautia vastaan on ikään kuin kahden rintaman sotaa, yhtäältä vastassa ovat taudit, toisaalta resurssipula.

Hammaslehdus voi levitä aivoihin asti (otsikko)  
Suomi on hammashoidossa ja hoidon kustannuksissa yksi Euroopan takapajuloista (otsikon alarivi) 7.4.1994

Voittoisa taistelu ei merkitse voittoa vain taudista vaan menestymistä myös taloudellisesti. Resurssikimpun juttu kertoo sekä onnistuneesta hoidosta että säästämisestä.

Kiertävä murskaaja iski munuaiskiviin Tampereella. Laite säästi torstaina ainakin kolme leikkauspäivää (otsikot) 17.5.1991

Lääkärien rinnastaminen sotilaisiin, kuten ohituskirurgien vertaaminen Rokkaan (15.9.1986), tuottaa taudista taistelua. Tähän rintaan liitetään myös potilaat. Esimerkiksi kuntoutuksesta kertova juttu (13.11.1988) alkaa potilaan tarinalla, jonka otsikon ylärivissä kerrotaan, miten ”opettaja N.N. panee hanttiin reumatismille”. Sairaudesta hanttiin panemisessa on mukana potilaan kokemuksellista ulottuvuutta. Tämäntyyppisissä potilaiden sankarikertomuksissa, joissa potilaiden tarinat ovat esimerkittämissä tautikertomusta, potemus on mukana täydentämässä lääketieteellisesti rakentuvaa tautia. Maallikkosankareiden tarinoissa sairastunutta vastassa ei välttämättä ole vain tauti vaan terveydenhuoltojärjestelmä ja sen asiantuntijat. Ammattilaisten sankaruuden rinnalla kulkee tarinoita maallikkosankareista, jotka toiminnallaan voivat haastaa asiantuntijoiden toimintaa. (Ks. Seale 2002, 168–186.) Tämän tutkimuksen journalistisessa sairaalassa potilassankareiden tarinoista näkyy häivähdyksiä. Yleisönosastojen potilaiden valitukset huonosta hoidosta sekä säästöjen kohdentamisesta käydyt yleisönosastokirjoitukset voi tulkita potilassankaruudeksi. Käsittelen journalistisen sairaalan potilassankaruutta tarkemmin Potiluuden järjestys -luvussa.

Sairauksien vaara rakentuu samantyyppisenä tasapainoilun hallinnan ja uhan välillä kuin resursseja, taloutta ja hallintoa käsittelevissä jutuissa. Yhtäältä kerrotaan uhkaavasta taudista ja toisaalta painotetaan, ettei ole syytä suureen huoleen. Selvimmin tämä tasapainoilu nousee esiin tartuntatauti-epidemioiden yhteydessä. Shel-

don Ungarn (1998) kuvaa, miten median ebola-kuvaukset muuttuvat uhasta hallinnaksi. Aluksi ebolaa merkityksellistetään mutaation ja tartunnan kautta. Ensin taudin uhka todennetaan uhrien määrällä, vaaraa kasvatetaan kuvaamalla taudin aiheuttaja ihmistä älykkäämmäksi, muuntautumiskykyiseksi viholliseksi, joka leviää yli rajojen. Mutaatio-tartunta-tulkinta väistyy kuitenkin nopeasti ja tilalle tulee hallinta-tulkinta. Hallintaa tuotetaan etäännyttämällä tauti toisten ja kaukaisten taudiksi, joka ei kosketa ”meitä”. Uhka ja hallinta ovat rinnakkain myös Héléne Joffen ja Georgina Haahoffin (2002) analysoimissa brittiläisissä sanomalehdissä. Sanomalehtitekstin ebola on tauti, joka tappaa muualla ja joka ei aiheuta kriisiä länsimaissa. Taudin vaaraa puretaan toiseuttamalla tauti, kuten Ungarninkin analysoimissa jutuissa. Tautien toiseuttaminen on tyyppillinen tapa käsitellä sairauden aiheuttamaa uhkaa. Tällöin sairaus on ulkopuolinen vieras, joka tulee jostakin muualta, itsen ja meidän ulkopuolelta. Niinpä syfilis oli aikanaan englantilaisille ranskalainen rakko, pariisilaisille morbus Germanicus, firenzeläisille Napolin tauti ja japanilaisille kiinalainen sairaus (Sontag 1991, 136).

Brittiläisissä lehdissä keväällä 2003 sars (severe acute respiratory syndrome)-epidemia rakentuu samalla tavalla kuin ebola: vaarana ja kontrollina. Vaara rakentuu vertaamalla sarsia ruttoon, kontrolli kertomalla biolääketieteen kyvystä voittaa tauti. Taudin toiseuttamisen mekanismit toimivat kuten ebola-jutuissa. Ensimmäiset sars-tapaukset diagnosoitiin Kiinassa. Kiinalaiset eivät kuitenkaan rakennu taudin torjujiksi vaan niiksi toisiksi, jotka eivät osaa toimia oikein ja aiheuttavat vaaraa muille. (Washer 2004.) Patrick Wallisin ja Brigitte Nerlichin (2005) tutkimissa brittiläisen lehdistön sars-metaforissa uhkaavuus rakentuu tappaja-metaforissa, taudin inhimillistämässä aktiiviseksi toimijaksi. Tutkimuksessa eriteltyjen sars-juttujen metaforiikka on poikkeava. Sota- ja rutto -ilmaisuja ei käytetä, sarsia kuvataan tappajana tai tappajaötökkänä. Tutkimuksessa liitetään sarsin tappajuus rikolliset ovat eläimiä -käsitteellisen

tasoon perusmetaforaan, eikä taudeista yleisesti käytettyihin sota-metaforiin. Analysoituissa teksteissä on kuitenkin käytetty sota-metaforaa lähellä olevia ilmaisuja, kuten erilaisia taistelusanontoja, joiden voisi tulkita olevan sotametaforisia ilmaisuja. Hallintaa kuvaavat metaforat ovat peräisin WHO:lta ja Britannian terveysviranomaisilta. Vaaran torjunta rakentuu paitsi yleisessä kontrollipuheessa myös byrokraattisena toimintana. (Mt. 2636–2637.)

Journalistisessa sairaalassa taudin uhka ja sen hallinta näkyvät selvimmin infektioitauteja käsittelevissä jutuissa. Tartuntataudit ovat ulkopuolinen vaara kansalaisten terveydelle. Tyypillisesti tuota vaaraa hallitaan etäännyttämällä. Taudin syynä ovat ne toiset, jotka eivät toimi oikein. Syylliset löytyvät sekä maantieteellisesti kaukaa, ulkomailta, että sosiaalisesti kaukaa, poikkeavasti käyttäytyviksi nimetyistä ihmisryhmistä. Maantieteellinen etäännyttäminen näkyy esimerkiksi jutussa, jossa kerrotaan ”miehen tuoneen kurkkumädän Venäjän matkaltaan”. Jutussa kerrotaan, että Suomessa on ”turha rynnäköidä rokotuksiin”, mutta ulkomaille matkustavien on syytä huolehtia rokotuksista. Ruotsin kurkkumätätapauksista todetaan, ettei niiden alkuperämaata ole pystytty selvittämään, mutta taudin epäillään ”levinneen jonkun merimiehen välityksellä”. Mukana on myös sosiaalista etäännyttämistä, sillä taudin kerrotaan tarttuneen rajatusta rappioalkoholistien joukossa viinapullon välityksellä. Sosiaalinen etäännyttäminen näkyy sekä aidsista että sukupuolitaudeista kertovissa jutuissa. Kupasta kertovassa jutussa korostetaan, että kuppiaan on sairastunut ”40–55-vuotiaita ’tavallisia’ tamperelaisia”. Lainausmerkeissä olevan tavallisuuden voi tulkita paitsi tavallisuuden yleiseksi kyseenalaistamiseksi myös kuppiaan sairastuneen tavallisuuden kyseenalaistamiseksi. Olipa tulkinta kumpi tahansa tavallisuudesta puhuminen uusintaa kupan toiseuttamista. A-Tampere-liitteen aids-jutussa etäännyttäminen on sekä maantieteellistä että sosiaalista:

Tietenkin on jokaisen oma asia, minne sukupuolielimensä lykää, mutta lukekaapa ensin tietoisu: Tampereen kaikilla 14 hiv-

tartunnan saaneilla henkilöllä on ollut homo-suhteita! Heistä vain yksi on saanut tartunnan Suomessa. (ingressi, A-Tampere)

16.11.1989

Toiseuttaminen puolestaan sukupuolittuu sukupuolitautien hoidon järjestämistä käsittelevässä jutussa. Jutussa kerrotaan sukupuolitautien olevan nuorten ihmisten riesa. Jutussa puhutaan ”molemmista tartunnan saaneista”, mutta erityisenä ongelmana mainitaan naisten sukupuolitautitartunnat:

Erityisesti nuorten naisten taudit, klamydia ja kondylooma, pitäisi saada kuriin. Edellinen voi hoitamatta jääneenä aiheuttaa lapsettomuutta ja jälkimmäinen kasvattaa kohdunkaulan syöpäriskiä. (leipäteksti) (20.6.1991)

Nuorten naisten vastuuttaminen sukupuolitautitartunnoista toistaa perinteistä naiseen keskittyvää seksuaalivalistusta. Kohteena on nainen, sillä tulevana äitinä hän tarvitsee erityistä kasvatusta. Seksuaalivalistuksessa riskiä on hauras nainen, joka tarvitsee ohjausta pysyäksensä terveenä äitiruumiina. (Helén & Yesilova 2003.) Anne-Maria Mäki-Kuutin (2005) tutkimuksessa analysoidaan naisruumiin tuottamista terveystieteissä. Lehden sivuille rakentuva yleisin naisruumis ei ole biolääketieteellinen kohturuumis vaan äitiruumis. Äitiruumista tuotetaan tehokkaasti myös journalistisessa sairaalassa, jossa naiseus liitetään usein synnyttämiseen. Vuosittain toistuvat jutut synnytysosastoilta ja syntyvien lasten määrästä korostavat naisten vastuuta seuraavan sukupolven tuottajina. Kärjekkäimmin asian esittää aluesairaalan johtava lääkäri, jonka mukaan ”lait edistävät Suomen lapsikatoa”. Syntyvyys on lääkärin mukaan liian alhainen, koska ”maassamme steriloidaan naisia ja heille tehdään abortteja liian kevyin perustein” (15.12.1987).

Sairaalainfektioissa uhka ja hallinta tuotetaan hieman toisin kuin muissa infektio-tauteissa. Sairaalainfektio on tauti, joka on syntynyt sairaalahoidon aikana. Sairaalainfektion voisi tulkita osoittavan toiminnan epäonnistumista, sillä paranemisen sijasta potilas on saanut toisen taudin. Uhan toiseuttaminen ei ole toimiva sairaalain-

fektioiden hallintakeino. Sairaalainfektioita ei voi siirtää pois sairaalasta ja todeta uhan tulevan muualta. Sairaalainfektioita käsittelevissä jutuissa tauti liitetään sattumiin ja epäonneen. Oman toiminnan arviointi on ristiriitaista: yhtäältä todetaan, että infektioita voidaan torjua tietyin, sairaalan omin toimin. Toisaalta syyt siihen, miksi torjunta epäonnistuu, löytyvät sairaalan ulkopuolelta. Brittiläisten sanomalehtien metisilliinille vastustuskykyisestä *Staphylococcus aureus* -bakteerista (MRSA) kertovissa jutuissa todetaan infektion syyksi huono hygienia. Syyt huonoon hygieniaan eivät kuitenkaan paikannu sairaalan käytäntöihin vaan huonoon terveydenhuoltopolitiikkaan, jonka vuoksi sairaala ei pysty toimimaan kunnolla. (Washer & Joffe 2006.) Tämän tutkimuksen journalistisessa sairaalassa syyllisyyttä ulkoistetaan samalla tavoin. Sairaalahygieniapäivien jutun otsikot (5.3.1993) kertovat, että ”säästöt voivat lisätä sairaalainfektioita”. Otsikon alarivi vetoaa resurssijuttujen tapaan ja toteaa, että ”sairaaloiden hygieniasta ei olisi varaa tinkiä”. Sairaalainfektioita potilasvahinkonäkökulmasta käsittelevässä jutussa bakteerien alkuperän toteaminen ”aiheuttaa harmaita hiuksia lääkäreille ja korvausten hakijoille”. Jutussa kerrotaan perustietoja sairaalainfektiosta: ”valtaosa sairaalainfektioista on kotoa tuotuja”, minkä vuoksi niitä ei määritellä korvattaviksi potilasvahingoiksi.<sup>9</sup>

Sairaalainfektio yleisin potilasvahinko (otsikko)

Potilas ei voi nähdä eroa siinä, onko infektio peräisin hänen omista bakteereistaan vaan sairaalan henkilökunnan käsistä. (leipäteksti, jutun alkupuoli)

Miten ehkäistä haavainfektioita? Haavainfektioiden välttämiseksi ei ole yleisiä ohjeita. Hyvä käsihygienia ei ole koskaan pahaksi, mutta infektiioon vaikuttavat myös yleiskunto ja sairaudet, ikä ym. riskit, joten turha syyttää itseään. (kuvateksti) 11.11.1997

---

9 Potilasvahinkojen määrittely on tältä osin muuttunut vuonna 1999. Sairaalainfektion korvaaminen potilasvahinkona ei edellytetä taudinaiheuttajan alkuperän määrittämistä. (Potilasvahinkolautakunnan lakimies Satu Mäkelä 29.10.2006 puhelinkeskustelu.)



Jutun kuvassa käsi puhdistaa päässä olevaa haavaa. Kädessä on pihdit, joiden päässä on haavataitos. Kuvateksti ohjeistaa potilaita hyvään käsihygieniaan ja lohduttaa, ettei infektiosta pidä syyllistyä. Tekstissä sairaalainfektion yhteys sairaalan toimintaan ja hoitotoimenpiteisiin liudentuu ja keskiöön nousevat potilaan hygieniataidot ja muut riskitekijät. Kun potilaasta rakentuu tärkein sairaalainfektioiden aiheuttaja ja keskeisin tekijä niiden ehkäisemisessä, sairaalan toiminnan ja infektioiden välinen yhteys ohenee. Siten infektiot eivät horjuta sairaalaan pystyvää toimijuutta eivätkä nosta esiin kysymystä sairaalan toiminnan laadusta.

Taudinaiheuttajien ja tautien personointi vahvistaa sairauden vihollisuutta. Rotaviruksen aiheuttamassa vatsatautiepidemiassa taudinaiheuttajat, ”pöpöt”, riehuvat osastolla ja jonottavat sairaalaan (22.11.1990). Kuppa puolestaan inhimillistyy päälliseksi olioksi jutussa, jossa kerrotaan ”kupan nostavan päätään pitkästä aikaa” (14.11.1995). Influenssasta tulee itsenäinen kulkija, joka liikkuu paikasta toiseen: ”shanghailainen pääsi vauhtiin joulun jälkeen ja ehti Pirkanmaalle” (29.12.1989). MRSA-bakteeri on puolestaan riehuva olio: ”tappajabakteeri pysynyt aisoissa Pirkanmaalla” (17.1.1995). Ajattelevaksi toimijaksi rakentuu sydäntautikin, jonka todetaan olevan kavala kansantauti (12.4.1989). Kun tautienaiheuttajista tulee ajattelevia olioita, persoonia, rakentuu sairaalasta yhtenäinen taudinvastustaja. Sairaala rakentuu hallittu ja pystyvä toimija, joka torjuu taudin. Sairaala on vakaa turvainstituutio, joka seuraa, rauhoittaa ja ryhtyy toimenpiteisiin.

Taudin tavallistaminen on keino hallita sairauden uhkaa. Talvella 1993 Pirkanmaalla kuoli lapsia aivokalvontulehdukseen. Tapauksista kertovassa jutussa sekä opastetaan kansalaisia olemaan valppaina että rauhoitellaan huolestumasta liikaa. Sairaalan infektio lääkäri kommentoi alueellista epidemiaa: ”Ei syytä säikähtää, mutta tarkkailla lapsianne!” Sairauden uhkaa lievennetään kertomalla, ettei tauti ole uusi uhka vaan ikaikainen ihmisen seuralai-

nen: ”Mutta vielä kerran, paniikkiin ei ole aihetta, sillä jo Aatamalla ja Eevalla oli meningokokki!” (14.1.1993.) Aivokalvontulehduksessa taudin vaara ja kontrolli rakentuvat rinnan. Yhtäältä tautiin voi sairastua kuka lapsi tahansa ja siksi heitä kaikkia on syytä tarkkailla. Toisaalta tautia ei ole mikään vieras ja pelottava, koska se on aina kuulunut ihmisen tauteihin. Taudin tavallistaminen on taudin vihollisuuden purkamista. Tavallisuus tekee taudista tutun naapurin, joka voi olla hankala, mutta jonka kanssa on opittu elämään. Jos taudit eivät rakentuisi vihollisuuden kautta, ei niiden tavallistaminen toimisi hallintakeinona. Siten tavallistaminen rakentaa käänteisesti sairauksien vihollisuutta.

Kaikki taudit eivät ole infektioautien tapaan ulkopäin uhkaavia vihollisia, vaan taudit voivat olla myös kehokoneen laitevikoja. Yksittäiset elimet, kuten sydän, ovat koneen osia, jotka voivat mennä rikki. (Weiss 1997; Martin 1992.) Modernissa sairaalassa ruumiista tulee koneiden ja laitteiden osa. Lääketieteellinen teknologia ei ole vain hoidon väline, vaan se tuottaa ruumiista koneen. Sairaus, kuten sydäntauti, paikantuu mekaaniseksi koneviaksi. (Ks. Soivio 2003.) Meira Weiss (1997) selittää tautien erilaisia metaforia sairauksien kiinnittymisellä eri aikakausiin. Sydäntaudit kiinnittyvät moderniin aikaan ja ovat siksi konevikoja. Syöpä ja aids sen sijaan ovat post-modernin ajan tauteja ja siksi niitä metaforisoidaan toisin. Aidsiin liitetään saastumista kuvaavia metaforia, syöpään muutoksen metaforia. Emily Martin (1992) toteaa fordistisen ruumiin aikakauden olevan lopussa ainakin yhdysvaltalaisessa kulttuurissa. Massatuotannon aikaan sopiva koneruumis on korvautumassa uudenaikaisella, mukautuvammalla ruumiilla. Kulttuurisen kontekstin ohella sairauksien metaforia ovat tuottamassa subjektiiviset kokemukset. Weisin (1997, 461) tutkimuksessa syöpää kokemattomien israelilaisten hoitajien, lääkäreiden ja yliopisto-opiskelijoiden kuvaukset syövästä poikkeavat aikaisempien tutkimusten syöpäpotilaiden sairauskuvauksista. Syöpää sairastaneille tauti on kehon vieras osa. Hoitajat,

lääkärit ja opiskelijat kuvaavat tautia koko kehon sairautena. Yleisin yksittäinen syöpämetafora on ameeba, joka kuvaa tautia kaikkialle yltävänä, muuntuvana ja inhottavana tunkeutujana.

Journalistisessa sairaalassa sydäntaudit ovat tyypillisiä konevi-koja. Ohitusleikkauksesta kertova juttukokonaisuus (15.9.1986) vi-lisee konemetaforia. Jutun otsikko ”ohitusleikkaus nollaa mittarit” yhdistää sepelvaltiomoiden ohitusleikkauksen (auton) moottori-remonttiin. Konemetaforien rinnalla taudin kuvataan olevan myös ”kansanvitsaus”, joka on tempaissut ”vauhtiveikolle kirjaimellisesti käsijarrun päälle”. Uusista hoitokeinoista kertovassa jutussa kerro-taan, miten ”laser poraa auki sydämen tukoksia” (27.10.1989). Kone-metfora etäännyttää sairautta potemuksesta. Se sopii yhteen bio-lääketieteellisen tautisuuden sekä terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen kanssa. Sairaus on ihmiskoneen toimintahäiriö, jonka korjaaminen poistaa taudin ja tuottaa järjestystä. Jos sydäntä ku-vattaisiin tunteiden työssijana, sairaus kiinnittyisi kokemukseen ja esiin voisi nousta toisenlainenkin sydänsairaus. Sydämen merkityk-sellistymisen tunteiden tulkiksi veisi sairauden lähemmäksi sairau-den kokemuksellista puolta, kuten sydänsairauksiin liittyvää pelkoa. (Ks. Lampi 2005, 91–102.) Sydämen koneellistaminen tukee journa-listisen sairaalan hallintaa. Kone voidaan purkaa osiin ja korjata tai korvata uudella. Tunteisiin ja kokemukseen liitetty sydän sen sijaan toisi mukanaan epävarmuutta.

## TIEDE VOITTAU TAUDIN

Journalistisessa sairaalassa lääketiedettä on vaikea erottaa omaksi kimpukseen, sillä sairaalan terveyksien ja sairauksien järjestys kie-toutuu tiiviisti yhteen lääketieteellisen tautisuuden kanssa. Sano-malehden sairaalassa korostuu lääketieteen puoli tieteenä ja tietona; lääketieteen toinen puoli taito ja käytäntö ovat sivummassa. Tieteen

ja tiedon korostuminen merkitsee myös, että sairaalan terveyksien ja sairauksien järjestys näyttäytyy lääketieteellisesti perusteltuna välttämättömyytenä eikä poliittista valintaa sisältävänä sosiaalisena järjestyksenä. Journalistisessa sairaalassa lääketiede on läsnä kaikkialla itsestään selvänä toiminnan perusteluna. Tiede on mukana resurssijutuissa sekä sairauksista ja niiden hoidoista kertovissa jutuissa. Juttuja, joiden lähtökohta on tiede tai koulutus, on kaikista jutuista seitsemän prosenttia. Lääketiedettä ja lääkäreiden koulutusta käsitteleviä juttuja on 79 kappaletta. Hoitotiedettä käsitellään seitsemässä jutussa. Tiedettä käsittelevät jutut ovat tyypillisesti tiedettä popularisoivia asiantuntija-artikkeleita. Aineisto ei kuvaa kattavasti sitä, miten lääketieteestä ja lääketieteellisestä koulutuksesta on tutkimusajankohtana kirjoitettu vaan ainoastaan tieteen paikkaa journalistisessa sairaalassa.

Sanomalehden osastoilla sairauksien hoito on käytännöllistä toimintaa, joka perustellaan lääketieteellisesti. Resurssija käsittelevissä jutuissa sekä resurssien puute että uudet hoidot nivoutuvat yhteen lääketieteellisen edistyksen kanssa. Lääketiede on keino voittaa tautien vastainen taistelu. Tutkimus luo edellytykset entistä paremmalle tautien diagnosoinnille ja hoidolle. Tiedeuutiset kertovat kehittämisestä ja eteenpäinmenosta. Puutteisiin viitataan menneenä ongelmana, joka on voitettu.

Tayks vaalii äitiä ja syntymätöntä (otsikon yläriivi)

Apu yltää kohtuun asti (otsikko)

Nykyisin pystytään pelastamaan sikiöitä, jotka vielä muutama vuosi sitten olivat kuoleman omia. Osasto 4a:n väki tekee tänä päivänä sikiölle verensiirtoja, hoitaa niiden kasvaimia ja lääkitsee niitä kohdun sisällä. Osasto ehti myös toisena maailmassa hoitamaan sikiön virtsatietukoksen katetrin avulla. (ingressi)

19.3.1983

Ei ole utopiaa, että vuonna 2000 voivat halvaantuneet kävellä ja sokeat nähdä. Kuuloproteesin kehittäminen on jo pitkällä ja näköproteesiakin kaavailaan. (leipäteksti)

2.9.1985

Hoitotiede ei tee poikkeusta journalistisen sairaalan tiedetarinoissa: suomalainen sairaanhoito on hyvää ja toimivaa, vaikka puutteita onkin.

Hoidon lähtökohta Englannissa (otsikon yläriivi)

Kuoleva ihminen kaipaa kuuntelijaa (otsikko)

Vaikka suomalainen sairaanhoito on kansainvälisesti korkeatasoista, on silläkin puutteensa. Henkilökunnalla on monesti kiire ja potilas saattaa unohtua. Hän saa lääkkeensä ja hyvän perushoidon, mutta harvalla on aikaa kuunnella hänen pelkojaan.

(ingressi)

5.7.1984

Tiedeutiset nivoutuvat osaksi sairaalan resursseja, hallittua taloudellisuutta ja kunnon potilaiden kasvatusta. Hallittu taloudellisuus nousee esiin säästölopauksina: vaikka tutkimus vie rahaa, niin tulevaisuudessa se merkitsee säästöjä.

Telelääketiede vähentää ajan ja paikan merkitystä (otsikko)

Lähivuosina se voi olla ratkaisu terveydenhuollon rahoituskriisiin. Päällekkäisyyksien poistosta kustannushyötyä (otsikon alarivi)

31.10.1995

Tieteen edistyminen on kiinni resursseista. Tieteen resurssivaateet eivät kuitenkaan ole yhtä itsestään selviä kuin muun toiminnan. Tutkimusta perustellaan yksittäisen taudin voittamisen ohella kansanterveyden ja yleisen turvallisuuden näkökulmista.

Unitutkimuksella on myös kansanterveydellistä merkitystä

(otsikon yläriivi)

Pakonomainen nukahtelu on riski (otsikko)

Jos potilas työskentelee atomivoimalan valvomossa, tauti kuuluu jopa naapurikansoille. (leipäteksti)

20.2.1998

Journalistisen sairaalan tiedeuutisissa sosiaalisen järjestyksen ulottuvuus rakentuu suhteena kansalaisiin. Samalla kun kerrotaan, miten tutkimuksen tuloksia voidaan soveltaa tautien hoitoon, valistetaan kansalaisia tutkimuskäytännöistä. Tutkimusten aloittamisesta kertovat jutut ovat journalistisessa sairaalassa sellaisia, joissa tutkimusaineisto kerätään kansalaisilta. Tutkimuksen hyödyllisyy-

dellä perustellaan kansalaisille tutkimukseen osallistumista. Korvarokotetutkimusta perustelevat äiti ja imeväinen.

Korvarokotetutkimukseen 4000 lasta (otsikko)

Kovia kokemuksia. Jo 4,5 kuukauden ikäisenä N.N. on saanut kokea korvakivun ja tärykalvojen puhkaisun. Äiti N.N. ottaisi rokotteen heti, mutta korvatautien erikoislääkäri Mikko Manninen ei voi sitä luvata. (leipäteksti jutun lopussa) 8.12.1994

Suhde kansalaisiin on autoritaarinen. Tiede ei juuri keskustele kansalaisten kanssa vaan kertoo, miten asiat ovat. Rokotetutkimuksesta kertova juttu antaa kuitenkin ymmärtää, ettei lasten rokottamisesta ole aivan täyttä yksimielisyyttä vaan vastustakin saattaa olla. Tosin 1980-luvulla rokotusten vastustaminen oli hyvin vähäistä. Rokotuksiin kriittisesti suhtautuva yhdistys perustettiin Suomessa 2002 (Rokotusinfo 2007). Rokotusten kattavuus on ollut Suomessa hyvin laaja, Suomessa asuvista lapsista 95 % saa kaikki rokotukset (Leino ym. 2007).

Jos Tampereen tutkimus antaa aiheen... (otsikon yläriivi)

Pikkuisille piikki pian vesirokkoonkin (otsikko)

Uudella rokotteella on toki vastustajansakin. Joidenkin mielestä pikkulapsia piikitetään nykyisin muutenkin jo aivan liika. Lapsi saa tavallisesti 9–10 piikkiä.

Toiset, niin kuin ylilääkäri Vesikari, ovat sitä mieltä, että rokotteita tarvittaisiin vielä lisääkin. (leipäteksti) 1.5.1987

Tiedejutuissa kasvatetaan kunnan terveystieteisiä. Sairauksien syiden selvittäminen nivotaan yhteen kansalaisten terveystietämisen ohjaamisen kanssa. Esimerkiksi vastasyntyneiden luomista tehdyn tutkimuksen uutisessa (29.7.1989) kerrotaan, ettei luomia saa hangata eikä raaputtaa. Kirurgien koulutuksesta kertovassa jutussa puolestaan varoitetaan, että ”liukas puukko voi tehdä pahaa jälkeä” (25.4.1989). Kansalaisia valistetaan, sillä tietämättömyyttä pidetään syynä turhiin epäluuloihin.

Asiat, joita ei tunneta pelottavat. Seuraavalle sukupolvelle geenikuvat biologian kirjassa ovat yhtä luonnollisia kuin kuva perunasta.

Keskustelun ja tiedon tarvetta kuvaa sekin, että Kuopion äitiysneuvoloissa lopetettiin kahden geenivirheen seulonta siksi, että äidit eivät ymmärtäneet testin tarkoitusta. (leipäteksti)

9.2.1997

Autoritaarinen ja kasvattava ote ei ole kuitenkaan ainoa tapa asemoida potilaat. Näyttää siltä, että hoitotieteestä kertovat jutut olisivat potilaslähtöisempiä kuin lääketiedejutut. Ne näyttäisivät haastavan vanhan autoritatiivisen käytännön ja samalla kritisoiden vallitsevia hoitokäytäntöjä. Potilaan ja lääkärin välisestä vuorovaikutuksesta puhuminen rikkoo lääketieteen ja lääkärin autoritaarista asemaa.

Lääkärit etsivät yhteyttä potilaisiinsa (otsikon yläriivi)  
Kitkaton vuorovaikutus hyvän hoidon elinehto (otsikko)

Potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta pohdittiin syvällisesti torstaina alkaneilla seitsemänsillä Tampereen lääkäripäivillä. (...) Tampereen yliopiston professori Erik E. Anttinen neuvoi suoraan, että jos hoitosuhteessa kaikki ei näytä sujuvan hyvin, lääkärin on opittava kysymään syytä myös itseltään. (ingressi) 21.3.1986

Lääkäreiden ja potilaiden vuorovaikutuksessa nousevat esiin lääketieteen kaksi puolta: tiede ja käytäntö. Käytännön lääkärin työn ja lääketieteellisen tutkimuksen risteyksissä ovat yhtä aikaa läsnä modernia lääketiedettä vanhempi sairaan ihmisen hoitamisen taito ja modernin lääketieteen tautiin keskittyvä tieteellinen tieto. (Ks. Gadamer 1993, 121–132; 2004b; myös Puustinen 2000.) Yliopistollisessa sairaalassa lääketieteen kaksoisluonne lienee selvemmin näkyvissä kuin terveydenhuollossa yleensä, sillä sairaalan lääketieteellinen tutkimus ja opetus ovat konkreettisesti läsnä sairaalan arjessa. Journalistisessa sairaalassa tämä kytkös näkyy selvimmin tiedejuttuina, joilla on yhteys sairaalan käytäntöön. Tiede liittyy osaksi taudin vastaista taistelua kertoessaan miten tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoidossa. Tieteen edistyminen konkretisoituu onnistuneeksi hoidoksi tai ainakin lupaukseksi siitä.

Tampereella kehitetään uusia laitteita (otsikon yläriivi)  
Vammaisen tarvitsee kunnollisen apuvälineen (otsikko) 2.9.1985

Eturauhasyövästä uusi geenilöytö (otsikko)

Kun tautigeeni tunnistetaan sairastumisalttius voidaan todeta verinäytteestä ja taudin ehkäisy muuttuu (otsikon alarivi) 2.10.1998

Edistymistä mitataan myös lääketieteen sisäisellä kilpailulla. Sädehoidon annossuunnittelun kehittymistä havainnoidaan sekä suhteessa hoitoon että suhteessa muihin hoidon antajiin.

Annossuunnittelu tehostaa sädehoitoa (otsikko)

– Minulla on mielikuva, että se on maailman parasta tällä hetkellä. On hienoa ja yllättävää, että Tampereella on pystytty kehittämään, nopea, varma ja monipuolinen järjestelmä. (suora lainaus ylilääkäriltä, leipätekstiä) 6.4.1989

Konkreettisesti tieteen ja käytännön kohtaamisesta kertoo lasten psykiatrian kehitystä kuvaava juttu. Siinä lääkäri kirjoittaa, miten käsityöläisaineokset ovat erikoisanalan kehityksen alkuvaiheessa etualalla. (AL 23.9.1987.) Käsityöläispuheella samoin kuin viittauksilla hoidon taiteelliseen, luovaan puoleen kerrotaan, että erikoisanalan alkuvaiheessa hoito perustuu enemmän käytännön kokemukseen. Käytännön koulumat mestarit kouluttavat kisällejä. Kaikki käytetyt hoidot eivät perustu tieteelliseen näyttöön eivätkä kestä kriittistä tieteellistä tarkastelua. Käytännöllinen puoli on kuitenkin alkuvaiheiden ongelma, joka alan kehittyessä voitetaan.

Lääketieteellinen koulutus on journalistisessa sairaalassa sekä tieteellistä toimintaa että käytännön hoitoa. Reumatologian professori viittaa kaksoisuonteeseen kommentoidessaan reumatautien opetuspaikasta käytyä keskustelua. Hän toteaa, että opetus ja hoito on sekoitettu keskustelussa keskenään. (24.10.1894.) Reumatologian oppituolin ja opetuksen siirto Pikonlinnasta Heinolan reumasairaalaan herättää keskustelua sekä sairaalan sisällä että potilasyhdistyksessä.

Pikonlinnan on pysyttävä opetuspaikkana (etusivun vinkin otsikko)

Pikonlinnassa pelätään siirtosuunnitelmia (otsikon yläarivi)  
Reumaosasto haluaa pysyä opetuspaikkana (otsikko) 31.8.1984



|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Reumapotilaat ovat huolissaan (otsikko)                                                                                                                                                                                                                                                       | 6.9.1984  |
| Tampereelta harjoittelijoita (otsikon yläriivi)                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| Reumayhteistyö alkoi Heinolassa (otsikko)                                                                                                                                                                                                                                                     | 2.2.1985  |
| Tayksin alueen potilaina esitämme syvän huolestumisen sen johdosta, että professori Heikki Isomäki (AL 2.2.85) näyttää vähättelevän niitä lisävaikeuksia, joihin me kroonisesti sairaina joudumme, mikäli meidän on matkustettava yhä uudelleen 200 km:n päähän. (mielipidekirjoituksen alku) | 26.5.1985 |

Lähes vuoden kestänyt kiista reumatologian opetuksesta päättyy sairaalan hallintaan. Reumaviikon avajaisista kertovan jutun otsikko vakuuttaa ”Tampereen ja Heinolan reuma-akseli toimii”. (14.10.1985.) Reumatologian opetuskiistassa toistuvat journalistisen sairaalan tutut elementit: uhka ja sen hallinta. Potilasyhdistyksen aktiivinen läsnäolo ei murra sairaalan hegemoniaa vaan potilaiden huoli asemoituu osaksi sairaalan vaateita. Tiedejutuissa toistuvat sairaalan ja kansalaisten suhteen kaksi puolta: kansalaiset ovat sekä terveyskasvatuksen kohteita että sairaalan vaateiden tukijoita. Kunnon terveyskansalaisia kasvatetaan ohjein ja neuvoin. Turhaa huolta tyynnytellen vakuuttamalla hoidon riittävän. Kun sairaala kiistelee ulkopuolisten kanssa, potilaiden tarinat tukevat sairaalan vaateita. Näin potilaiden potemus sulautuu osaksi sairaalan terveyden ja sairauden järjestystä.

### **Bio- ja geeniteknologia medikalisoi sairautta**

Valtaosa journalistisen sairaalan tieteestä limittyy osaksi sairaalan resursseja, hallittua taloudellisuutta ja kansalaisten kasvattamista. Poikkeuksen valtavirtaan tekee bio- ja geeniteknologia, joka korostaa sairauden biolääketieteellistä ulottuvuutta enemmän kuin muut taudista ja tieteestä kertovat jutut. Bioteknologia ja geeniteknikka ilmaantuvat journalistiseen sairaalaan 1980-luvun lopulla. Bio- ja geeniteknikan kasvun alku on Yhdysvalloissa ajoitettu 1980-luvun puoliväliin (Clarke ym. 2003, 164). Suomessa bio- ja geeniteknikan

uutisoinnin kasvu tapahtuu muutamia vuosia myöhemmin. Televi-  
siossa geneistä tuli uutisaihe 1990-luvun ensi vuosina (Väliverro-  
nen 2006, 36–37). Journalistiseen sairaalaan geeni- ja biotekniikka  
tulevat 1980-luvun lopulla.

Biotekniikasta apua syövän hoidossakin (otsikko) 27.9.1988

Syöpägeenilöytö vie kohti syövän hoidon ratkaisua (otsikko)  
24.12.1989

Geenitutkimus liittyy osaksi lääketieteen edistyskertomusta, jossa  
selvitetään yhä tarkemmin sairauksien syitä ja kehitetään yhä pa-  
rempia hoitoja. Geeniteknologiaan liitetyt eettiset ongelmat (ks.  
esim. Launis 2003) puolestaan etäännytetään koskemaan muita, ei  
meitä. Kansalaisia rauhoitellaan kertomalla, etteivät väärinkäytök-  
set ole mahdollisia Suomessa.

Yhdysvalloissa geenitestausta on herättänyt intohimoja jo siksi, että  
sen pelätään vaikuttavan vakuutusyhtiöiden ja työnantajien käyt-  
tämiseen.  
(...)

Suomessa tällainen pelko ei ole aiheellinen, sillä normaali  
terveydenhoito toimii verorahoin, – kukaan ei ole vaarassa pudota  
pois vakuutusturvasta. (leipäteksti) 9.2.1997

Geenitutkimus muuttaa sairauden luonnetta journalistisessa sairaa-  
lassa ja korostaa sairauden tautisuutta. Geenitutkimuksessa puhu-  
taan taudista jo ennen kuin sairautta on podettu tai järjestetty sosi-  
aalisesti.

Geenitesti kaivaa esiin salaiset sairautemme (otsikko)  
Kokonaisten väestöryhmien geenitestausta harkitaan Suomes-  
sa, testit paljastavat, vaaniiko jokin sairaus kymmenien vuosien  
päästä (otsikon alarivi) 9.2.1997

Kun geenitutkimus ottaa taudin piiriin sellaisia ihmisen olemisen  
tiloja, jotka eivät sairauden muilla ulottuvuuksilla määrity sairau-  
deksi, kyse on lääketieteellisen vallan laajentumisesta, medikalisaatiosta.  
Yhdysvaltalaiset medikaliasaatiotutkijat Adele Clarke, Laura  
Mamo, Jennifer Fishman, Janet Shim ja Jennifer Ruth Fosket (2003)

esittävät, että medikalisaation sijaan pitäisi puhua biomedikalisaatiosta. Traditionaalisessa medikalisaatiossa on kyse lääketieteen institutionaalisen vallan laajentumisesta ja yhteiskunnallisen kontrollin perustelemisesta lääketieteellisin argumentein. Biomedikalisaatiossa lääketieteellisen vallan laajentuminen puolestaan kiinnittyy teknistieteellisiin muutoksiin sekä tieteessä että käytännöissä. Biotekniikka muuttaa taudin ja yksilön suhdetta. Toimenpiteiden kohteena ei ole yksilössä oleva tauti vaan taudin mahdollisuus. Biomedikalisaation kontrolli pureutuu ruumiin sisään. Medikalisaatiossa kontrollin kohteena ovat sairautta tuottavat olosuhteet, kuten yksilön terveyskäyttäytyminen. Biomedikalisaatiossa kohteena on tauditon ruumis, jonne taudin syyt ovat kätkeytyneet. Periaatteessa medikalisaation kontrollin kohde, yksilön terveyskäyttäytyminen, ei ole yksilöltä itseltään salattu. Sen sijaan biomedikalisaatio laajentaa kontrollin ruumiin sisään, ruumiille itselleen tuntemattomalle alueelle. (Clarke ym. 2003, 172–173.) Sekä potemus että terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys muuttuvat, kun uudet kuvantamismenetelmät tuovat näkymättömissä olleen taudin pintaan ja näkyviin (ks. Stacey 1998, 150–152). Määrittelemällä hoidon kohteeksi, tautiseksi, ihmisen olemisen tiloja, jotka ovat sekä sosiaalisessa järjestyksessä että potemuksessa terveyden tiloja, lääketiede asettuu ensisijaisen määrittelijän rooliin. Tässä mielessä biomedikalisaatio ei poikkeakaan klassisesta medikalisaatiosta.

Peter Conrad (2004) toteaaakin, ettei biomedikalisaatio eroa medikalisaatiosta, vaan muutokset kertovat medikalisaation uudesta vaiheesta, jolloin lääketieteellisen vallan laajeneminen ei enää kiinnity lääketieteelliseen profession vaan medikalisaation eteenpäin viejiä ovat bioteknologia, terveydenhuollon johtamisjärjestelmät sekä konsumerismi. Clarke ja kumppanit (2003) puolestaan pitävät näitä muutoksia merkinä laajemmasta yhteiskunnallisesta muutoksesta: modernin muuttumisesta postmoderniksi. Bioteknologian tieteellis-teknologinen laajeneminen muuttaa yhteiskunnan rakenteita ja taloutta sekä käsitystä terveydestä ja sairaudesta. Nämä

muutokset näkyvät niin terveydenhuollon järjestelmissä, käytännössä kuin yksilöiden käyttäytymisessä ja itseymmärryksessä. Tämän tutkimuksen journalistisessa sairaalassa nuo muutokset ovat niukkoja, mutta suuntaa-antavia. Kun bio- ja geeniteknologia laajentaa tautia alueille, jonne muut sairauden ulottuvuudet eivät yllä, se biomedikalisoii sairaalaa ja koko terveydenhuoltojärjestelmää. Biovalta konkretisoituu sekä terveydenhuollon järjestelmiä että yksilöitä koskeviksi päätöksiksi hoidon järjestämisen tavoista sekä yksilöiden hoidosta.

Biomedikalisaation ja medikalisaation eroja ja yhtäläisyyksiä voi tarkastella myös yksilön ja taudin välisenä suhteena. Lääketieteellisen teknologian lisääntyminen muuttaa potevan yksilön ja taudin suhdetta. Moderni lääketiede on muuttanut taudin kantajan ja taudin suhdetta. Sairaasta on tullut taudin kantaja; hoidon kohteena ei ole poteva yksilö vaan yksilön kantama tauti. (Foucault, 1994/1969, 54–63.) Lääketieteellisen teknologian kehitys on kuljettanut taudin entistä kauemmaksi kantajastaan. Taudin merkit kulkevat tietoverkoissa kuvina ja teksteinä eikä potilaan fyysinen läsnäolo ole välttämätöntä. Taudin diagnosoiminen ei edellytä potilasta kantamaan tautia vaan taudin toteaminen ja sitä seuraavat hoitopäätökset voidaan tehdä pelkän tauti-informaation perusteella. (Brown & Webster 2004, 80–104.) Lääketieteellisen informaatioteknologian lisääntyminen on muuttanut lääketiedettä informaatiolääketieteeksi. Nik Brownin ja Andrew Websterin (2004, 17) mukaan biolääketieteen muuttuminen inforlääketieteeksi (informedicine)<sup>10</sup>

10 Brown ja Webster käyttävät termiä *informedicine* viitatessaan informaatiolääketieteeseen. Laurence Foss ja Kenneth Rothenberg (1987) käyttävät puolestaan termiä *informedicine*. Fossin ja Rothenbergin (mt., 297–305) inforlääketieteen lähtökohtana on Claude Shannonin informaatioteoria. Inforlääketieteessä biologiset sanomat (bio-message), psyykkiset sanomat (psycho-message) ja sosiaaliset sanomat (socio-message) välittävät sekä potilaalle että lääkärille terveysinformaatiota. Biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset sanomat kertovat eri järjestelmien toiminnasta ja ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Fossin ja

sekä geenitekniologian synty merkitsevät lääketieteen paradigmaattista muutosta. Informaatiotekniologian lisääntyminen voidaan nähdä tunnusmerkkinä sekä biomedikalisaatiosta (Clarke ym. 2003, 176) että medikalisaation syvenemisestä (Brown & Webster 2004, 168). Jos medikalisaatiota tarkastelee taudin ja ihmisen välisenä suhteena, postmoderni ei niinkään merkitse medikalisaation tiivistymistä biomedikalisaatioksi vaan infomedikalisaatioksi. Infomedikalisaatio suuntaa samanaikaisesti sekä yhä syvemmälle ruumiiseen että yhä kauemmaksi ruumiista: Yhtäältä uusi tekniikka pureutuu yhä syvemmälle ruumiin sisään ja tuottaa ruumistietoa taudin diagnosointia ja hoitoa varten. Toisaalta uusi tekniikka vie tuon ruumistiedon yhä kauemmaksi taudin kantajasta. Bio- ja geenitekniikka muuttavat terveyksiä ja sairauksia tuottavia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia käytäntöjä. Kun tauti irtoaa yhä kauemmaksi kantajastaan, se muuttaa sekä potemusta että terveyksien ja sairauksien sosiaalista järjestystä. Tämän tutkimuksen journalistisessa sairaalassa lääketieteellisen teknologian mahdollinen muutos on näkyvissä yksittäisinä viittauksina uuden teknologian mahdollisuuksista. Lääketieteellinen teknologia ei väistämättä vieraannuta tautia potijasta. Kansainvälisessä terveydenhuollon seminaarissa Salzburgissa kehiteltiin utopiaa, jossa informaatioteknologiaa käytettiin potilaiden valtaistamisen välineenä. PeoplePower-utopiassa potilastiedot eivät kulje tietoverkoissa potilaan tietämättä vaan potilas on prosessissa aktii-

---

Rothenbergin infolääketieteen mallinnuksen voi tulkita eräänlaiseksi terveyden ja sairauden järjestelmäteoriaksi. Tosin Brownin ja Websterin teoksessa *informedicine*-termiä käytetään vain pari kertaa eli on mahdollista, että kyseessä on myös painovirhe eikä tarkoituksellinen eron tekeminen Fossin ja Rothenbergin *informedicine*-termin. Olipa termin kirjoitusasu yhteneväinen tai ei, niin teoreettisesti Brownin ja Websterin informaatiolääketiede ei ole samanlainen kuin Fossin ja Rothenbergin informaation välitysteoria, jossa sanomat kertovat eri "sairausjärjestelmien" sairausprosesseista. Brownille ja Websterille (mt., 16–183) informaatiolääketiede on osa uutta lääketieteellistä teknologiaa, joka järjestää uudelleen paitsi sairautta myös ruumista ja koko elämää.

visesti mukana. Utopian ideologia kiteytyy konferenssin teemaan: ei mitään minusta ilman minua. (Delbanco ym. 2001.) Suomessa terveydenhuollon verkkopalvelut on toistaiseksi mielletty informaa- tion välittämisen keinoksi sekä terveydenhuollon ammattilaisten kesken että suoraan kansalaisille. Ainakin toistaiseksi verkkovies- tintä on ollut luonteeltaan muuta viestintää täydentävää eikä kan- salaisten aktiivinen osallistuminen ole ollut kehittämisen kohteena. (Drake, 2005, 107–117.)

Tiede solahtaa sujuvasti journalistisen sairaalan järjestykseen, jota perustellaan sairauden tautisuudella. Tiede ei ole kriittistä suh- teessa sairauden sosiaaliseen järjestykseen, sillä sosiaalinen järjestys ja tautisuus ovat käytännössä niin kiinni toisissaan, ettei kritiikille juuri ole sijaa. Tieteen sosiaalisen järjestyksen ulottuvuus rakentuu suhteena kansalaisiin. Samalla kun kerrotaan, miten tiede edistyy taistelussa tautia vastaan, valistetaan kansalaisia ja tuotetaan kun- non terveystieteellisyys. Tieteen taistelussa tautia vastaa kan- salaiset ovat uskollista apuvoimaa, jotka tukevat tieteen tekemistä sekä materiaalisesti että poliittisesti.

## TERVEYDEN JA SAIRAUDEN JÄRJESTYS JOURNALISTISESSA SAIRAALASSA

Journalistinen sairaala on terveyksiä ja sairauksia tuottava yhteis- kunnallinen käytäntö. Sairaalan osastoilla terveydet ja sairaudet rakentuvat kaikissa kolmessa ulottuvuudessa. Toisin kun tutkimuk- seni alussa oletin, journalistisessa sairaalassa ei vallitse biolääketie- teellinen hegemonia vaan sairauden vallitseva ulottuvuus on ter- veyksien ja sairauksien sosiaalinen järjestys. Journalistinen sairaala järjestää sairaudet yhteiskunnalliseen järjestykseen, joka on erilai- nen kuin tautien järjestys. Sosiaalinen järjestys tukeutuu kuitenkin lääketieteelliseen tautisuuteen. Siten sosiaalisen sairausjärjestyksen

poliittisuus piiloutuu ja sairauden tautisuuteen perustuva luokittelu ja hoito näyttäytyvät välttämättömänä ja luonnollisena.

Lääketieteen hegemonisen aseman vuoksi sosiaalisen järjestyksen ulottuvuus jää tautisuuden taakse ja pinnalta journalistinen sairaala näyttäytyy medikalisoituneena organisaationa. Terveydenhuollon organisaatio näyttäytyy medikalisoituneena myös Taina Rintalan (1995) tutkimuksessa, jossa on eritelty tilastotietojen avulla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentumista sodanjälkeisessä Suomessa. Rintala jaottelee sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakentumisen kolmeen kauteen. Terveydenhuollon ensimmäisellä kaudella 1946–1960 rakennettiin hyvinvointipalvelujen järjestelmän perusta. Tuolloin keskityttiin sekä yleissairaalaverkoston että erityisesti mielisairaalaverkoston rakentamiseen. Sairaalaverkoston rakentamisen myötä syntyi myös terveydenhuollon hierarkkinen virkarakenne. Toisella kaudella 1961–1981 palvelujärjestelmää laajennettiin ja toimintatapoja muutettiin. Hyvinvointipalvelut monimuotoistuivat ja niiden painopiste siirtyi universaaleista tulonsiirroista yksilöllisempiin palveluihin. Terveydenhuollossa muutokset näkyivät henkilökunnan määrän lisääntymisenä ja erikoistumisena. Kolmas rakennuskausi 1981–1991 oli hyvinvointipalvelujen vakiinnuttamisen aikaa. Terveydenhuollossa korostettiin hoidon porrastusta ja tehtiin työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Rintala (mt., 140) ymmärtää medikalisaation yhdeksi yhteiskunnan järjestystä ylläpitäväksi keinoksi ja tarkastelee palvelujärjestelmää medikalisaatiotyyppien kautta. Kahden ensimmäisen kauden määräävänä tekijänä oli lääketieteellinen teknologia. Kolmannella kaudella lääkinnällinen yhteistyö nousi keskeiseksi medikalisaatiotyyppiksi. Terveydenhuollon organisaatiosta käytävän keskustelun medikalisoituminen nousee esiin myös yhdysvaltalaisen Judy Segalin tutkimuksessa (1997). Terveydenhuollosta käydyn julkisen keskustelun metaforat kiinnittyvät lääketieteelliseen lähestymistapaan, jossa keho on kone ja lääketiede on taistelua.

Onko journalistisen sairaalan järjestys medikaalinen? Journalistisessa sairaalassa sairautta tuotetaan tautina silloin kun puhutaan sairauden diagnosoinnista ja hoitamisesta. Vaikka tautipuhe medikalisoii sairauden, se ei merkitse sairaalan kaiken toiminnan medikalisoitumista. Yhteiskunnan toimivuuden näkökulmasta sairaus on toimintahäiriö, jonka poistaminen on yhteiskunnallisen järjestyksen tuottamista. Siten potilasjonojen järjestäminen ja resurssien hankkiminen ovat terveyden ja sairauden sosiaalista järjestystä ylläpitävää toimintaa, joka ei lähtökohtaisesti kuulu lääketieteen alueeseen tai lääkärin työhön. Lääkärin työn lähtökohtana ovat yksilöt, heidän terveytensä edistäminen, kärsimyksensä lievittäminen ja sairauksiensa parantaminen. (ks. Lääkärin eettiset ohjeet). Lääkärin työn eettiset ohjeet ohjaavat kuitenkin lääkärin ja potilaan välistä suhdetta eivätkä lääketieteen yhteiskunnallista paikkaa. Kun journalistisen sairaalan toimintaa perustellaan lääketieteellisin perustein, lääketiede nivoutuu osaksi terveyksien ja sairauksien järjestyksen tuottamista. Siten medikalisoiminen on osa journalistisen sairaalan järjestyksen tuottamista.

Journalistisen sairaalan järjestys on kuitenkin vain osin lääketieteellinen. Sanomalehden sairaalan resursseja sekä hallintoa ja taloutta käsittelevä puhe kuuluvat terveyden ja sairauden yhteiskunnalliseen ulottuvuuteen. Resurssipuhe kiinnittyy lääketieteen mahdollisuuksien luomaan toivoon ja taloudellis-hallinnollinen puhe puolestaan sairauden yhteiskunnalliseen paikkaan. Organisaation muutokset ovat ennen muuta taloudellisia ja hallinnollisia valintoja, joiden hoidollisia vaikutuksia ei käsitellä. Taloudellis-hallinnollisessa puheessa talous kytkeytyy hoitoon resurssipuheen kautta. Resurssien tarve perustellaan hoidollisilla tarpeilla. Sen sijaan hallinnollinen puhe jää hoitoon kytkeytymättömäksi saarekkeeksi, jonka toiminnalliset valinnat eivät kiinnity potilaiden hoitoon ts. tautisuuteen vaan terveyksien ja sairauksien sosiaaliseen järjestykseen. Resurssien jonopuhe merkitsee myös kiinnittymistä sairauden sosiaaliseen järjestykseen. Siten sanomalehden sivuille rakentuva



journalistinen sairaala on järjestyksen instituutio, jonka toimintaa perustellaan lääketieteellisesti.

Lääketieteellisesti perustellussa järjestyksessä potemuksen paikka on marginaalissa. Judit Segalin (1997) mukaan terveydenhuollosta käytetyt ”keho on kone” ja ”lääketiede on taistelua” -metaforat mahdollistavat lääketieteen metaforisoimisen liiketoiminnaksi. Tämä merkitsee edelleen potilaiden näkemysten ja kokemusten ts. potemuksen sivuuttamista. Journalistisessa sairaalassa tämä tarkoittaa, että sairauden tautisuus mahdollistaa tietynlaisen terveyksien ja sairauksien järjestyksen tuottamisen. Kun sairauden järjestyksessä korostuu tautisuus, jää potemus sivuun. Potilaiden kokemuksen ja tietämyksen huomioon ottaminen edellyttää irtautumista biolääketieteellisistä lähtökohdista ja uudenlaista kysymyksenasettelua. Yhdysvaltalaisessa terveydenhuoltokeskustelussa se tarkoittaisi kysymystä: mikä on persoona terveydenhuollossa. (Segal 1997, 229.) Journalistisen sairaalan kontekstissa persoonan kysyminen merkitsee potemuksen läsnäolon tunnistamista. Potemuksen tunnistaminen edellyttää potilaan ja sairauden suhteen erittelyä. Sanomalehden sairaalan potiluus saa voimansa niistä kulttuurisista käytännöistä, joissa sairaan ja sairauden välistä suhdetta rakennetaan.

### **Sairaus paha – terveys hyvä**

Sanomalehden sairaalan kielikuvissa terveys ja hyvyys sekä sairaus ja pahuus kietoutuvat toisiinsa. Metaforat ovat (journalistisen) tekstin ilmaisukeino, jolla uutta ja outoa asiaa kuvataan aiemmin tunnetun käsitteen kautta. Vakiintuneet metaforat uusintavat vallitsevia kulttuurisia merkityksiä. Innovatiiviset metaforat puolestaan haastavat vakiintuneita kulttuurisia merkityksiä ja nostavat esiin hegemonisten diskurssien peittämiä merkityksiä. (Ks. Hellsten 1997, 71–78.) Journalistisen tekstin metaforat eivät kuitenkaan ole vain ilmaisukeinoja eivätkä ne kiinnity vain journalismiin. Osana diskursiivista muodostelmaa metaforat kiinnittävät tekstin tervey-

det ja sairaudet osaksi terveyksiä ja sairauksia tuottavia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia käytäntöjä. George Lakoff ja Mark Johnson (2003/1980, 229–239) pitävät metaforia inhimillisen ymmärryksen olennaisina tekijöinä, joiden kautta yksilöt orientoituvat itseensä ja koko yhteisöön. He pitävät metaforien lähtökohtana yksilön luonnollista kokemusta ruumiista, fyysisestä ympäristöstä ja toisista ihmisistä (mt., 117–118). Inhimillinen oleminen tiivistyy käsitteellisissä metaforissa. Näiden perusmetaforien pohjalta syntyvät metaforiset ilmaisut. (Lakoff & Turner 1989, 49–56.) Esimerkiksi ”elämä on matka” on perustason käsitteellinen metafora, josta ilmaisut ”ohitusleikkaus nollaa mittarit” (15.9.1986) tai ”teho-osasto ei aina olekaan loppusuora” (20.2.1983) ovat lähtöisin. (Metaforien luokittelusta ks. myös Hellsten 2002, 27–30.)

Lakoffin ja Johnsonin metaforatutkimuksen klassikko *Metaphors we live by* ilmestyi vuonna 1980. Teoksen uusintapainoksen jälkisanoina 2003 eritellään vuoden 1980 jälkeistä metaforatutkimusta. Metaforien keskeisyyttä inhimilliselle olemiselle Lakoff ja Johnson perustelevat aivojen neurologisilla prosesseilla. Jo lapsuudessa ruumiin, aivojen ja ympäristön toiminnassa syntyvät primaarit metaforat, jotka toimivat inhimillisen ajattelun perustana. Primaarit metaforat ovat universaaleja inhimillisen ajattelun perusteita, koska ihmiset ruumiineen ja aivoineen elävät periaatteessa samantyyppisissä ympäristöissä. (Mt., 257–261).<sup>11</sup> Lakoffin ja Johnsonin näkemys metaforien universaalisuudesta ei saa tukea ainakaan sairauksien

11 Jälkisanat herättävät kysymyksen, miksi Lakoff ja Turner ovat kääntäneet metaforatutkimuksensa kohti luonnontieteellistä tieteen ymmärrystä. Toinen mahdollinen suuntahan olisi voinut olla kielifilosofinen pohdinta kielen ja inhimillisen olemisen suhteesta. Metaforien olennaisuutta inhimilliselle olemiselle voi tulkita inhimillisen olemisen kielellisyydellä. Martin Heideggerin filosofiassa ”kieli on olemisen koti”. Koska olemisemme maailmassa on kielellistä, metaforien tutkiminen on tuon olemisen selvittämistä. (Ks. Kupiainen 1997; Niku 2003.)

metaforatutkimuksesta. (Ks. esim. Martin 1992; Weiss 1997; Hautamäki 2002. )

Terveyteen ja sairauteen liittyy kahdentyypistä metaforiikkaa. Yhtäältä terveyttä ja sairautta metaforisoidaan ja toisaalta ne ovat itsessään metaforisia ilmaisuja. Terveyttä kuvataan elämän perustana, sairautta vihollisena. Terveys vertautuu hyvään ja sairaus pahaan ja niitä käytetään lähes toistensa synonyymeina. Näyttää siltä, että terveyttä ja sairautta ilmaisevat metaforat palautuvat hyvään ja pahaan. Siten ”terveys on hyvä” ja ”sairaus on paha” voisivat olla käsitteellisiä perusmetaforia, joista yksittäiset terveyden ja sairauden metaforiset ilmaisut ovat lähtöisin. Terveyden ja sairauden etymologia tukee näiden sanojen yhteyttä pahaan. Sairas-sana on germaaninen laina, joka on alkukielissään merkinnyt sekä haavaa että tuskaa. Nykyruotsin haavaa tarkoittava ’sår’ on muotoutunut muinasruotsin saar-sanasta, joka on merkinnyt sekä haavoittunutta että tuskallista. (Häkkinen 2005, 1102; Meri 2002, 341). Sairaudella voidaan tulkita olevan konkreettinen yhteys vihaan, sillä suomen ja karjalan kielissä ’viha’ on merkinnyt tulehdusta. (Häkkinen 2005, 1483). Edelleen suomessa sairastamisesta voidaan käyttää sanaa ’vihoitella’. Terveys-sanan on usein tulkittu olevan johdos ’tervasta’ (esim. Meri 2002, 391). Uusimman selityksen mukaan ’terve’ on hyvin vanha iranilainen laina (Häkkinen 2005, 1303). Terveys-sanaa on käytetty myös merkityksessä ehyt (Nyky-Suomen sanakirja, osa 5, 647). Englannin health-sanalla on myös yhteys kokonainen-sanaan. Ill-sanalla puolestaan on myös pahaa tarkoittavia merkityksiä. (Oxford English Dictionary.)

John Vervaeke ja John Kennedy (1996) kritisoivat metaforien ryhmittelyä yhteisten perusmetaforien ympärille. Koska yksittäisellä metaforalla voi olla useita tarkoituksia, voivat samat metaforat olla peräisin eri lähdealueilta. Esimerkiksi Wallisin ja Nerlichin (2002) liittävät sarsista käytetyt tappaja ja tappajaötökkä -metaforat ”rikolliset ovat eläimiä” käsitteellisen tason perusmetaforaan eikä sotaan,

jota yleisesti pidetään tautien perusmetaforana. Esimerkki kuvaa perusmetaforaan liittyvää ongelmaa. Taudin ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä sanat, kuten torjunta, taistelu ja kamppailu, voidaan liittää muihinkin perusmetaforiin kuin sotaan, kuten juuri rikollisuuteen. Sama ilmaisu voi toimia sekä metaforisena ilmaisuna että perusmetaforana. Yhtäältä ”sairaus on paha” ja ”terveys on hyvä” voivat olla perusmetaforia. Toisaalta terve ja sairas voivat olla ilmaisuja, joilla kuvataan esimerkiksi sairaalan toiminnan laatua. Esimerkiksi toimittajan kolumnissa hoitaja puhuu sairaalan toiminnasta toteamalla sen olevan ”vakavasti sairas” (8.9.1995). Kaikki sairaudesta ja terveydestä käytetyt metaforat eivät kuitenkaan palaudu ”sairaus on paha” ja ”terveys on hyvä” -perusmetaforiin. Esimerkiksi ”ohitusleikkaus nollaa mittarit” -ilmaisulla ei ole suoraa yhteyttä hyvään ja pahaan. Sen sijaa ilmaus viittaa kahteen muuhun perusmetaforaan: ”elämä on matka” ja ”keho on kone”.

Perusmetaforan synonyymina on käytetty juurimetaforaa (ks. Hellsten 2002, 29). Ilmaus juurimetafora, kuten myös perusmetafora, on itsessään metafora. Juuri merkitsee jonnekin johtamista, toisin sanoen juuri saa voimansa jostakin. Juuri on se, jonka avulla kasvi pysyy kiinni maassa. Perusta puolestaan merkitsee jotain pysyvää tai lujaa, jonka päälle voi perustaa muuta. Juuri puolestaan on kiinni jossakin pysyvässä. Juuri- ja perusmetaforat kertovat ihmillisen olemisen pysyvistä puolesta. Terveysten ja sairauksien näkökulmasta pysyvyys on ristiriitaista. Terveysten ja sairauksien ymmärtäminen diskursiiviseksi muodostelmiksi pakenee pysyvyyttä eikä sovi yhteen juurimetaforan kanssa. ”Terveys on hyvä” ja ”sairaus on paha” -juurimetaforat voivat toimia tutkimusaineiston analyysin esteenä, joka vaikeuttaa näkemästä sitä, mikä ei sovi yhteen näiden juurien kanssa. Mutta terveyttä ei aina liitetä vain hyvään eikä sairautta vain pahaan. Esimerkiksi terveellinen ruoka voi olla samanaikaisesti pahalta maistuvaa mutta hyvää ravitsemuksellisesti. Sairauden kokemusta kuvataan sekä pahana, tuskaa ja kärsimystä aiheuttavana että hyvänä, ihmistä kasvattavana kokemuksena.

Ongelmista huolimatta ”terveys on hyvä” ja ”sairaus on paha”-metaforien ymmärtäminen perusmetaforiksi on luontevaa. Terveys ja sairaus rakentuvat hyvä-paha-dikotomian varaan yhteiskunnallisissa ja kulttuurisissa käytännöissä. Hyvään ja pahaan kiinnityminen häivyttää terveyksien ja sairauksien moniulotteisuutta ja poliittisuutta. Sairauden pahuus ja terveyden hyvyys tarkoittavat myös, että sairautta hoitavaa ja terveyttä edistävää toimintaa on vaikea eritellä kriittisesti. Kun toiminnan tavoitteena on sairauden vähentäminen ja terveyden lisääminen, se merkitsee vähemmän pahaa ja enemmän hyvää. Toimintaa voidaan eritellä kriittisesti vain sen määrän suhteen: miksi hyvää ei tehdä enempää, miksei pahaa vähennetä enemmän. Sen sijaan kysymys, onko kaikki terveyden lisääminen ja sairauden vähentäminen tarpeellista ja tavoiteltavaa, vaikuttaa mahdottomalta.

”Terveys on hyvä” ja ”sairaus on paha” -ilmaisujen määrittäminen perusmetaforiksi merkitsee, että terveydet ja sairaudet rakentuvat tämän dikotomian varaan. Siten terveyksien ja sairauksien moneus olisikin kakseutta, hyvään ja pahaan palautettavia ihmisen olemisen tiloja. Hyvä ja tavoiteltava sopinevat yhteen sekä lääketieteellisen taudin että terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen kanssa. Taudin hoitaminen ja sairauden järjestäminen ovat hyvän tavoittelua. Potemuksen näkökulmasta palautuminen hyvään ja pahaan voi merkitä terveyksien ja sairauksien ristiriitaisten kokemusten sivuuttamista, sillä tautinen ei aina ole poteva. Seuraavassa luvussa erittelen, millainen on potilaan paikka journalistisessa sairaalassa ja millainen on potiluden järjestys.



---

## 5

# POTILUUDEN JÄRJESTYS

---

No, huomasihan minä heti, että teissä on jotain siviilimäistä, mukavaa ja tyyntä – ei mitään sellaista sapelinkalistelua kuin tuossa joukkueen johtajassa tuolla. Olisitte parempi potilas kuin hän, siitä löisin vaikka vetoa. Huomaan heti jokaisesta ihmisestä, voiko hänestä tehdä käyttökelpoisen potilaan, sillä siihen tarvitaan lahjoja, lahjoja kuten kaikkeen muuhunkin ja niitä tällä kuumapäisellä sotasankarilla ei ole rahtuakaan. Kenties hänestä tuli hyvä miesten höykyttäjä, mutta sairastelemaan hänestä ei ole.

Mann 1998/1924, 56

Thomas Mannin *Taikavuori*-romaanin Hans Castrop ei ole alun perin potilas vaan tuberkuloosiparantolan vierailija. Hän tulee parantolaan tapaamaan serkkuaan Joachimia ja sairastuu. Toisin kuin serkkunsa, joka kapinoi parantolan määräyksiä vastaan, Castrop ryhtyy kilvoittelemaan tullakseen kunnan potilaaksi.<sup>1</sup> Castrop, kuten *Babelin talon* Primuskin, käyttäytyvät kunnan potilaan tavoin, mukautuvat eivätkä kyseenalaista. Edellisen luvun analyysin perusteella sanomalehden sairaalan potilas näyttäisi olevan Castropin ja Primus Svenssonin tapaan mukautuva kunnan potilas. Potilaan tarinoita on määrällisesti vähän, ja vain harvoin potilaan näkemys haastaa sairaalan näkemyksen Tässä luvussa erittelen sanomalehden po-

---

<sup>1</sup> Tapani lukea *Taikavuorta* ”potilaskertomuksena” ei toki ole tyypillinen, vaikka Sontag (1991, passim) tarkasteleekin romaanin sairauskuvaa yhtenä esimerkkinä eritellessään tuberkuloosin kulttuurisia merkityksiä. Tavallisempaa on tulkita *Taikavuoren* teemoja demokration ja taantumuksen (fasismin) tai idän ja lännen väliseksi ideologiseksi taisteluksi. (Shultz 1954, ks. myös Kowalik 1985.)

tilasta ja vastaan kysymyksiin, millainen potiluus on journalistisessa sairaalassa hegemonisessa asemassa ja millainen marginaalisessa.

Niin sanomalehden kuin romaaninkin sivuilla vaeltava hoidon kohteeksi muokkautuva potilas on modernin lääketieteen tuote. Ennen modernin lääketieteen syntyä ei ollut nykymerkityksessä tunnettua potilas-sanaakaan. Suomen kielen potilas-sana on vanha: se on mainittu ensimmäisessä suomen kielen sanakirjassa: 1745 ilmestyneessä Jusleniuksen sanakirjassa. Sana on johdannainen potea-sanasta, jota lähellä on myös sana podettaa, hoitaa sairaita. (Suomen sanojen alkuperä 1995, 1195.) Eurooppalaisten kielten patient-sanojen juuret johtavat latinan kärsimistä tarkoittavaan pati-verbiin ja kenties edelleen kreikan kärsimistä tarkoittavaan verbiin pēma (Meriam-Webster Dictionary). Englannin kielessä patient-sanaa on ensimmäiseksi käytetty adjektiivina, merkityksessä kärsivällinen. Substantiivina patient on tarkoittanut ensin kärsivällisesti kärsivää. (Oxford English Dictionary.) Potilas-sanan yhteys kärsimiseen on ainakin eurooppalaisissa kielissä englannista espanjaan ja ruotsista venäjään ilmeinen. Suomen potea-sanalla voisi hyvin ajatella olevan yhteyttä latinan kärsiä-verbiin. Vanhimmassa merkityksessään potilas on siis se, joka kärsii. Nykymerkityksessään potilas-sana on käytetty vasta kolmisen sataa vuotta. Potilas-sanan kärsijä-yhteys nousee esiin Foucault'n *Tarkkailla ja rangaista* -teoksessa (1980, 59; 1975, 44), jossa kerrotaan kidutettavasta käytetyn potilas-nimitystä 1700-luvulla. Lienee ilmeistä, ettei potilaalla tuolloin tarkoitettu parannettavaa rikoksen tekijää vaan rikkomustensa vuoksi kärsivää. Suommennoksessa ja alkuteoksessa sanat potilas ja patient on merkitty lainausmerkkeihin, mikä edelleen vahvistaa ajatusta potilas-sanana ymmärtämisestä merkityksessä kärsijä.<sup>2</sup>

Foucault (1994 /1963, 54–63) kuvaa, miten modernin lääketieteen synty muokkasi kärsijä-potilaan taudinkantaja-potilaaksi. Kärsijä-potilaat kärsivät taudeista ja olivat tautinsa subjekteja. Tau-

<sup>2</sup> Ranskankielisen alkuteoksen patient-sanan tulkinnoista kiitokset Mari Maasillalle.



dinkantaja-potilaat puolestaan olivat alusta, jossa taudit esiintyivät. Potilaan olemuksen muutos alkoi, kun kärsijä-potilaita hoitavien sairaaloiden rinnalle perustettiin lääketieteellistä opetusta varten klinikoita. Klinikoilla lääketieteellinen katse paloitteli kärsijän ja erotti taudit potilaista. Hoidon kohteena eivät enää olleet potilaat, joilla on tauteja, vaan taudit, joita kantoivat potilaat. Nykyisen infolääketieteen aikakaudella potilas voi olla konkreettinen tautitiedon kantaja. Lokakuussa 2004 (Aamulehti 19.10.2004) tiedeuutinen kertoi Yhdysvaltain elintarvikeministeriön antaneen luvan yksityiselle yritykselle asettaa potilaan ihon alle mikrosiru, jonka sisältämän koodin avulla pystytään lukemaan kantajan potilastiedot.

Modernin (lääke)tieteen objektivisuuden ihanne vaiensu potilaat ja sivuutti kokemuksen vakavana tutkimuksen kohteena vuosisadoiksi. Sairautta tutkittiin tautien näkökulmasta myös yhteiskuntatieteissä. Vasta terveystieteiden ja lääketieteellisen antropologian synnyn myötä potilaasta tuli tutkimuksen kohde. Terveystieteiden katsotaan alkaneen Talcott Parsonsin potilaan roolikäsitetä. (Mannila 2000.) Parsons (1951, 428–479) luomassa funktionalistisessa yhteiskuntateoriassa eritellään sairautta sen yhteiskunnallisen toiminnan kautta. Tauti, jota sairas kantaa, on yhteiskunnallinen dysfunktio. Parsons (mt.) erittelee sairastuneen yksilön ja yhteisön suhdetta sairaan roolikäsitetten avulla. Sairaana rooliin kuuluu sekä oikeuksia että velvollisuuksia. Se vapauttaa yksilön sekä normaaleista velvoitteista että vastuusta sairastumisestaan. Sairaana roolin suomat vapautukset ovat kuitenkin ehdollisia, sillä sairaan oletetaan pyrkivän kohti paranemista ja etsiytyvän ammattiavun piiriin. Toimintaehtojensa vuoksi paronsilainen sairaan rooli on myös pulmallinen. Sairastuminenhan ei tarkoita, että sairastunut alkaisi käyttäytyä sairaan rooliin edellyttämällä tavalla esimerkiksi hakeutumalla välittömästi hoitoon. Lisäksi rooliajattelu sopii erityisen huonosti pitkäaikaissairaille, joille sairaus ei ole pikainen suoritus ennen tervehtymistä. Roolihan on metafora, joka viittaa näyttelemiseen. Siten sairaan roolin voisi tulkita yksilön ulkopuoliseksi

suoritukseksi eikä osaksi yksilöä. Pitkäaikaissairauden aiheuttama käyttäytymisen muutos on kuitenkin monivaihteinen ja -vaiheinen prosessi, jossa sairastuneella ei ole vain yhtä vaan monta tapaa reagoida ja toimia. (Mannila 2000; Lillrank & Seppälä 2000; Siponen 1999, 31–39, 230–234; Radley 1994, 138–141.)

Parsonsilaisen sairaan roolin on kritisoitu olevan liian profesiokeskeinen ja on sanottu, ettei kyseessä ole sairaan vaan potilaan rooli. (Gerhard 1989, 5–81; Mannila 2000, 23–24.) Tosin Parsons (1951, 439, 475) itsekin puhuu potilaan roolista ja erottaa sen sairaan roolista. Sairaana rooli muuttuu potilaan rooliksi, kun sairas yksilö toimii sairaan roolin edellyttämällä tavalla ja hakeutuu lääkärin hoitoon. Potilaan rooli -käsite on suppeampi kuin sairaan rooli; se kuvaa lääkärin ja potilaan suhdetta sosiaalisena järjestelmänä. (Parsons 1951, 428–479.) Siten potilaan rooli on edelleen käypä käsite kuvaamaan tilannetta, jossa yksilö kohtaa terveydenhuoltojärjestelmän esimerkiksi lääkärin vastaanotolla. Tällaiset kohtaamiset ovat usein lyhyitä ja niitä ohjaavat osapuolten institutionaalisista rooleista kumpuavat tehtävät. (Sorjonen ym. 2001; Ruusuvoori 2002.)

Funktionalistisen yhteiskuntateorian ja sairaan tai potilaan roolin saamasta kritiikistä huolimatta pidän potilaan rooli -käsitettä sopivana kuvaamaan yksilöiden konkreettista toimintaa terveydenhuollossa. Terveydenhuollon palveluita haluava kansalainen ottaa käyttöönsä potilaan roolin saadakseen apua vaivaansa. Esimerkiksi lääkärin vastaanotolla potilas ei vain totea vaivaansa vaan myös perustelee, miksi hän on tullut vastaanotolle. Perustelemalla käyntinsä synn potilas osoittaa olevansa vastuullinen kunnan potilas, jonka sairaus vaatii lääkärin hoitoa. (Ruusuvoori 2000, 104–156.) Potilaan roolisuoritus ei ole pelkkä individualistinen improvisaatio, sillä sitä ohjaavat sekä julkilausutut ja julkilausumattomat kulttuuriset käytännöt. Näissä käytännöissä rakentuu potiluus, jonka voi kuvata olevan sekä potilaan roolin plari että näyttämön kartta. Potiluuudessa ei ole kysymys yksilöihin palautettavista ominaisuuksista, roolisuorituksista vaan diskursiivisista käytännöistä. Potiluus ei ole kuvaus to-

dellisuuden ilmiöstä, esimerkiksi potilaan ja lääkärin kohtaamisesta. Potiluus saa muotonsa tekstissä, sen kielellisissä ja visuaalisissa ilmaisuissa. Näkemykseni potiluudesta, kuten terveydestä ja sairaudestakin, on siis lähtökohdiltaan konstruktionistinen.

## Potiluus

Potiluus on käyttöönottamani suomennos englannin *patienthood*-sanasta, jolla voidaan viitata paitsi potilouden kulttuuriseen rakentumiseen myös potilaana olemisen tilaan; potilouden kokemuksiin (Torkkola 1999b, 2001, 2002a, 2002b, 2003). Lena Steinholtz Ekecrants (1995) käyttää kirjassaan *Patienternas psykiatri* termiä ”patientskap” ja sen englanninnosta ”patienthood” kuvaamaan psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden potilaiden kokemuksia potilaana olemisesta ja potilaaksi tulemisesta. Tutkimuksessa keskitytään psykiatrian ja potilouden suhteisiin erittelemällä potilaiden kuvauksia, kuten kirjeitä, haastatteluja ja valvontaviranomaisille tehtyjä valituksia. Tutkimuksen mukaan potiluus on monivaiheinen prosessi, jossa noviisi parkkiintuu potilaaksi. Steinholtz Ekecrantsin tapa ymmärtää potiluus on käytännönläheinen ja konkreettinen. Hänen tutkimuksensa keskiössä ovat potilaiden kokemukset potilaana olemisesta ja potilaaksi tulemisesta. ”Patienthoodilla” on viitattu potilaana olemisen ilmiöön myös hoitotieteellisissä tutkimuksissa, joissa on eritelty potilaiden kertomuksia potilaana olemisesta. Nostettaessa potiluus tutkimuksen keskiöön hoitotieteessä tehdään eroa lääketieteelliseen tutkimukseen: tutkimuksen kohteena ei ole tauti, jota potilas kantaa vaan potilas, jolla on tauti. (Ks. esim. May & Fleming 1997; Sakalys 2000; Tuomi 1997, 85–87.)<sup>3</sup> Näiden potilaan kokemuksia erittelevien tutkimusten tapa määrittää potiluus on eri-

---

<sup>3</sup> Alanen (1995, 42) tosin toteaa, ettei hoitotiede ole ontologisilta lähtökohdiltaan lääketieteen vastakohta. Kumpikaan tiede ei perustele olemassaoloaan tietoteoreettisista lähtökohdista vaan jäsentää tiedeluonnettaan tautien ja sairastuneiden hoitamisen kautta.

lainen kuin omani ja potiluus-termin sijaan tutkittavaa ilmiötä voisi kutsua myös sairauskäyttäytymisen tutkimiseksi, kuten on esimerkiksi tehty Siposen (1999) tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa käytetty potilisuuden käsite eroaa myös Kazem Sadegh-Zadeh (2000) tavasta käyttää patienthood-terminiä. Hänen sumea logiikkaan perustuvan teoriansa mukaan terveys ja sairaus eivät sulje toisiaan pois vaan terveys on jatkumo. Terveysten määrä voidaan laskea vähentämällä terveydestä potilisuuden määrä. Sadegh-Zadehille potilisuus on sairauden kokemista. Tauti, joka ei tuota potilisuutta, ei ole haitallista terveydelle: toisin sanoen se ei vähennä terveyttä. Nordenfelt (2000, 643) rinnastaa kommentissaan Sadegh-Zadeh patienthoodin omaan ei-terveyden (ill health) käsitteeseensä. Mikäli tauti ei tuota sairauden kokemusta, se ei myöskään vähennä terveyden määrää. Sekä Sadegh-Zadehin potilisuus että Nordenfeltin ei-terveyden käsite voitaisiin suomentaa potilukseksi, sillä kummassakin käsitteessä on nimenomaan kyse sairauden kokemisesta eikä lääketieteellisin mittarein mitattavasta sairaudesta.

Tämän tutkimuksen potilisuus-käsite on yhteneväinen Deborah Luptonin (1993) käyttämän potilisuus-käsitteen kanssa. Lupton (mt.) erittelee tutkimuksessaan lääkemainosten potilisuutta. Lääkemainoksissa potilisuus rakentuu biolääketieteellisen mallin mukaisesti: Potilas objektivoidaan hoidon kohteeksi, inhimilliset piirteet himmenevät ja potilas tai vain potilaan osa näyttää viallisenä koneena. Lääkemainosten potilisuudelle on tyypillistä myös sukupuolittuneisuus: Naiset kuvataan patriarkaalisesti ja seksistisesti. Kuvissa naiset esittävät potilisuuden persoonaa ja tunnetta. Miehet puolestaan esiintyvät sekä passiivisina kehokoneina että lääkkeiden ansiosta fyysiseen aktiivisuuteen, kuten golfiin tai tenniksen peluuseen pystyvinä toimijoina. Lääkkeiden käyttöä fyysisen aktiivisuuden ylläpitäjänä korostetaan myös suomalaisissa eläkeläisille suunnatuissa lääkemainoksissa. Näissä Kirsi Lumme-Sandtin (2000) erittelemissä lääkemainoksissa naisilla on useita rooleja. Naiset esiin-

tyvät mainoksissa moderneina aktiivisina itsestään huolehtijoina, perinteisinä hoivaajina sekä heikkoina, lääkkeen tarvitsijoina. Joissakin mainoksissa nainen tai vain naisen osa, kuten selän ääriviiva tai jalka, on kuvassa ikään kuin koristeena. Miesten representaatiot ovat mainoksissa yksilötteisempää kuin naisten. Miehet ovat mainosten suostuttelijoita eivätkä lääkkeiden käyttäjiä. Luptonin (1993) tutkimuksessa mainosten potiluus on passiivisempää ja objektivoidumpaa kuin Lumme-Sandtin (2000) tutkimuksessa. Mainosten potiluuksien erot juontunevat paitsi terveyskulttuurisista eroista niin myös mainosten kohderyhmistä: Luptonin tutkimuksen kohteena ovat lääkäreille suunnatut ammattilehdissä julkaistut mainokset. Koska suostuttelun kohteena ovat lääkärit, ei ole mitään syytä poiketa passiivisen potiluuuden perinteestä. Lumme-Sandt puolestaan tutkii maallikoille suunnatun yleisaikakauslehden mainoksia. Maallikoiden suostuttelemisen omien lääkkeidensä ”määrääjiksi” edellyttää potilaan perinteisen passiivisen kuvan murttamista ja aktiivisen potilaan esiin marssittamista.

Vaikka suomalaisessa tutkimuksessa ei ole suoraan nimetty potiluuutta tutkimuksen kohteeksi, niin implisiittisesti potiluus on läsnä paitsi edellä mainitussa Lumme-Sandtin (2000) tutkimuksessa myös Hautamäen (2002) tutkimuksessa. Hautamäen (2002) tutkimuksessa eritellään, miten aids- ja tuberkuloosipotilaat asemoidaan Suomen Lääkärilehden ja Kotilääkärin teksteissä. Valtaosassa tekstejä, 122:ssa 135 tekstistä, potilas positioidaan kohteeksi. Kohdepotilaat ovat läsnä teksteissä taudin kantajina, joita tutkitaan, hoidetaan ja valistetaan käsittelemättä heidän kokemuksiaan tai tunteitaan. Toimijaksi potilaat on asemoitu 67 tekstissä. Toimija-potilaat levittävät tautia tai estävät sitä leviämistä sekä osallistuvat oman sairautensa hoitoon. Kokijan positiossa potilaat ovat tuntevia ja kokevia subjekteja, jotka surevat sairastumisestaan ja pelkäävät tartuntaa. Kokijaksi potilaat on asemoitu 35 tekstissä. Potilaiden positiot ovat pysytelleet lähes muuttumattomina koko sodanjälkeisen ajan. Potilaiden objektivointi ei ole merkittävästi vähentynyt, vaikka pientä laa-

dullista muutosta kokija-potilaan positiossa on tapahtunut. Vuoden 1964 jälkeen julkaistuissa teksteissä kokija-potilas on vastuullisempi ja itsenäisempi kuin aiemmissa teksteissä. (Mt., 175–209.)

Mediatekstien ohella suomalaisessa tutkimuksessa potiluutta on eritelty myös Eriksson-Pielan tutkimuksessa (2003), jossa analyysin kohteena on kardiologisen osaston hoitajien ammatillisuus. Tosin potiluus-termiä ei tutkimuksessa käytetä, vaan tutkimuksessa puhutaan potilaan roolin tuottamisesta. Arjen käytännöissä hoitajat puhuvat potilaista kolmella tavalla. Ensinnäkin potilaista puhutaan hoidon kohteina, jolloin hoitaja on aktiivinen ja potilas passiivinen. Toiseksi potilaista puhutaan diagnostisoituna tautina ja osana institutionaalisia rakenteita. Kolmanneksi potilas on läsnä puheessa näkymättömästi, toisin sanoen puheessa käsitellään toimenpiteitä mainitsematta potilasta. Arjen rutiinipuheiden rinnalla hoitajat puhuvat potilaista samantyyppisesti kuin hoitotieteessä. Tällöin potilas näyttäytyy yksilöllisenä ja inhimillisenä subjektina. (Mt., 93–115.)

Lumme-Sandtin (2000), Hautamäen (2002) ja Eriksson-Pielan tutkimuksista nousevat esiin hieman erilaiset potiluudet. Potiluiden kulttuurinen tulkinta ei olekaan yhtenäinen ja muuttumaton, vaan potiluudesta käydään diskursiivista kamppailua. Potiluutta tuotetaan sekä arjen hoitokäytännöissä että teksteissä: Hoitajien tuottamassa potiluuudessa risteävät arjen rutiinit ja hoitotieteellinen ideaalisuus. Lääkemainosten potiluus on aktiivisempaa kuin journalististen tekstien, sillä lääkemainosten potilas on ostopäätöksiä tekevä kuluttaja eikä hoidettava potilas. Lääkemainosten potilaat ponnistavat kuluttajuuteen pohjautuvasta potiluudesta. Kuluttajapotiluus rakentuu terveystarkkinoilla, joilla kuluttajalla on valta tehdä ostopäätökset. (Hogg 1999, 5–49.) Tosin Suomessa potilaat käyttäytyvät yksityisessä terveydenhuollossa hyvin samalla tavalla kuin julkisessakin. Tästä syystä Helena Tuorila (2000) on kutsunut yksityisen terveydenhuollon potilaita potilaskuluttajiksi. Potilaiden käyttäytyminen terveystarkkinoilla on muuttumassa ja myös suomalaisista potilaista on tulossa yhä enemmän kuluttajia, jotka

tietävät mitä haluavat ostaa terveyden markkinoilta (ks. Toiviainen 2007).

Hautamäen tutkimien tuberkuloosi- ja aidstekstien potiluus on paternalistista. Paternalistisessa potiludessa potilaat ovat holhoavan hoidon kohteena: potilaan asioista päättää asiantuntija, lääkäri, jonka päätöksistä ei ole tarvetta valittaa. (Hogg 1999, 5–49). Paternalismin ja kuluttajuuden ohella potiludessa voi olla mukana kumppanuuden ja autonomian elementtejä. Kumppanuuteen perustuvassa potiludessa hoitopäätökset ovat lääkärin ja potilaan yhteisen neuvottelun tuloksia. Periaatteessa potilaalla on mahdollisuus valittaa hoidosta, vaikka se ei olekaan tavallista. Autonomisessa potilas-lääkäri-suhteessa päätösvalta on kokonaan potilaalla. Lääkärit toimivat asiantuntijoina, joiden antamien tietojen perusteella potilas itse päättää hoidostaan. Potilaan päätöstä olla noudattamatta asiantuntijoiden neuvoja kunnioitetaan ja valittamista pidetään potilaan hyväksyttävänä oikeutena. (Hogg 1999, 5–49.)

Edellisessä luvussa potilaiden kokemukset ja näkemykset, jotka olivat ristiriidassa sairauksien sosiaalisen järjestyksen tai tautisuuden kanssa, haastoivat sanomalehden sairaalan järjestystä. Tässä alaluvussa jatkan edellisessä luvussa esiin nousutta kysymystä potilaan ja potemuksen paikasta sanomalehden sairaalassa ja eritellen, millaista on journalistisen sairaalan potiluus. Jos journalistisen sairaalan ymmärtää diskursiiviseksi verkoksi, potiluus on solmujen osia, verkon lankojen säikeitä ja ennen kaikkea verkon silmiä, jotka eivät näytä verkon osilta, mutta joita ilman verkko ei olisi verkko.

## UUTISOSASTOJEN HILJAISET

Journalistisen sairaalan järjestyksessä potilaan ja potemuksen paikka on marginaalinen. Journalistisessa sairaalassa potilaan tarinan tehtävänä on kuvittaa ja vahvistaa muiden toimijoiden kertomuksia. Aineistossa on yhteensä 11 juttua, joissa potilaan tarina on pääaihee-

na. Lisäksi 16 jutussa potilaan tarina on sivuaiheena. Varsinaisten potilastarinoiden vähäisyys ei kuitenkaan merkitse potilaiden täydellistä poissaoloa. Potilaat ja potemus ovat läsnä uutisosastoilla niin resurssista, taloudesta, hallinnosta kuin sairauksista ja niiden hoidoista puhuttaessa. Potilaat ja potemus ovat juttujen täydentäjiä ja esimerkkejä, jotka vahvistavat sairaalan kertomusta ja todentavat resurssien tarvetta. Journalistisessa sairaalassa potilaat ovat läsnä erityisesti kuvituksessa. Vaikka itse tekstissä potilaista ei puhuttaisi lainkaan, ei edes yleisellä abstraktilla tasolla, niin juttujen kuvituksessa potilaat ovat läsnä tautien kantajina, hoidon kohteina ja sairaalan toiminnan tarpeellisuuden vahvistajina. Tämän tutkimuksen näkökulmasta potilaan poissaolo kirjoitetusta tekstistä ja läsnäolo kuvituksessa merkitsee, että sanomalehden sairaalan potiluiden järjestyksen analyysissä potilaskuvat on otettava huomioon. Tästä huolimatta tutkimukseni ei ole varsinaista kuvatutkimusta, vaan analysoin kuvia osana potiluiden diskursiivista muodostelmaa. Olennaista analyysissä on sanomalehden potilaskuvaston toisteisuus: samantyyppiset kuvat toistuvat jutusta toiseen ja tekevät näkyväksi sairaalan potiluiden järjestystä sielläkin missä potilas ei ole kirjoitetussa tekstissä näkyvästi läsnä.

Yhteensä aineistossa on 867 kuvaa, jotka analyysin ensimmäisessä vaiheessa luokittelin kuvien aiheen mukaan. (Liitteen taulukko 9, s. 280.) Pintapuolinen määrällinen havainnointi osoittaa, että sairaalan potiluus rakentuu visuaalisena järjestyksenä (Seppänen 2004, 29–52.), jossa määritetään potilaan paikka sairaalassa ja suhteessa muihin toimijoihin. Visuaaliset järjestykset ovat osa potiluiden ja journalistisen sairaalan diskursiivista muodostelmaa. Ne saavat voimansa kulttuurisista ja yhteiskunnallisista käytännöistä, joissa niin potiluus kuin terveydet ja sairaudetkin rakentuvat. Potiluiden visuaaliset järjestykset ovat syntyneet modernin sairaalalaitoksen ja lääketieteen myötä (Foucault 1994/1963). Nämä järjestykset kuvaavat potilaan paikkaa sairaalassa sekä potilaan ja taudin suhdetta. Lääketieteen ja sairaalalaitoksen kuvastojen potilaan teh-



tävänä on kantaa tautia. Sairaalalaitoksen kuvastot kertovat sairaalan järjestyksestä: potilaan paikka on vuoteessa makaamassa. (Ks. Cartwright 1995; Fox & Lawrence 1988; Vogt 1984.)

Potilaskuvien määrällisen luokittelun toisessa vaiheessa luokittelin potilaan aseman kuvissa. Potilas hoidon kohteena -kuvissa tehdään konkreettisia hoitotoimenpiteitä. Lavastekuvissa puolestaan potilaan tehtävänä on kuvittaa juttua. Lavastepotilaat toimivat sairaalan tarpeellisuuden takuuna, jotka osoittavat sairaalan toiminnan hyödyllisyyden ja tarkoituksen. Lavastekuvina toimivat myös potilaiden palaset, ultraääni- ja röntgenkuvat, joissa potilaan taudinkantajuus on pelkistyneimmillään. Aktiivisimmillaan potilaat ovat puolestaan potilas läsnä -kuvissa, joissa potilas esiintyy itsenäisenä subjektina. (Taulukko 4.)

**Taulukko 4.** Potilaan asema kuvissa

|                  |     |
|------------------|-----|
| Hoidon kohde     | 28  |
| Lavaste          | 20  |
| Läsnä            | 36  |
| Potilaan palaset | 16  |
| Yhteensä %       | 100 |
| N                | 343 |

Potilaan läsnäolon erot tekstissä ja kuvituksessa tulevat näkyviin luokittelussa, jossa verrattiin tekstin potilas-mainintoja potilaan esiintymiseen kuvituksessa. Vaikka jutun tekstissä ei puhuttaisi potilaista lainkaan tai vain yleisellä tasolla, niin juttujen kuvituksessa potilaat ovat mukana. (Taulukko 5.) Potilaskuvat kuvittavat sellaisiakin juttuja, joissa ei ole viitattu potilaaseen edes yleisellä tasolla. Esimerkiksi sairaalan pääluottamusmiehen palkkoja ja lomautuksia käsittelevä yleisönosastokirjoitus (7.8.1994) on kuvitettu yleiskuvalla heräämöstä. Kuvateksti kertoo, että ”Taysin hoitohenkilökunnan pääluottamusmiehen mielestä sairaala kärsii rytmihäiriöistä”.

**Taulukko 5.** Potilaan paikka jutuissa, jonka kuvituksessa on potilas

|                                                  |     |
|--------------------------------------------------|-----|
| Nimetty vain kuvatekstissä                       | 30  |
| Nimetty tekstissä ja kuvatekstissä               | 23  |
| Potilas yleensä (nimeämätön)                     | 22  |
| Potilasta ei mainittu lainkaan                   | 14  |
| Muut potilaan esiintymisen tai nimeämisen tavat* | 10  |
| Yhteensä %                                       | 100 |
| N                                                | 244 |

\* Tarkennus taulukkoon 5: Muut potilaan esiintymisen tai nimeämisen tavat -muuttujaan on laskettu yhteen seuraavat tapaukset: potilas on nimetty tekstissä, mutta kuvassa on nimeämätön potilas (N=3); kuvassa on nimetön, mutta tunnistettavissa oleva potilas (N=3); tekstissä on viitattu tiettyyn, mutta nimeämättömään potilaaseen (N=3), potilas on muun kuin tutkimuksen sairaalan potilas (N=6); potilas on luovuttajakutsun kansalainen (N=8).

Potiluuden kuvastot voivat myös kertoa enemmän tai toista tarinaa kuin kirjoitettu teksti. Anne Koski (2005) erittelee poliittisen viestinnän tutkimuksessaan näyttämisasiäkeja. Poliittisessa viestinnässä ei ole tapana puhua sanallisesti omista valta-aseamista. Sanallisen viestinnän puute ei kuitenkaan merkitse vaikenemista, vaan poliittista valtaa voidaan julistaa näyttämällä. Poliitiikan kuvastot kertovat valta-aseamista ja niitä käytetään poliittisten asemien rakentamisessa. (Mt., 123–127, 367–379.) Journalistisessa sairaalassa potilaskuvat vahvistavat sairaalan järjestystä. Vaikka ääneen ei kerrotakaan, missä on potilaan paikka sairaalan hierarkiassa, niin potilaskuvat kertovat sen selvästi. Konkreettisimmin potilaan paikka sairaalassa näkyy kuvissa, jotka ovat ristiriidassa tekstin kanssa (kuvat 1 ja 2).

Potiluuden visuaalinen järjestys voi olla passiivista sellaisissa jutuissa, joissa korostetaan potilaan tarpeita, oikeuksia ja omaa vastuuta. Esimerkiksi johtajaylilääkärin terveydenhuollon palveluiden kehittämistä käsittelevän asiantuntija-artikkelin (15.3.1985) kuvituksen ja tekstin tuottama potiluus on ristiriitaista. Otsikot ker-

toivat potilaan tarpeista ja vastuusta: ”terveydenhuollossa liikkeelle potilaan tarpeista, omavastuutakin korostettava”. Kuvan potiluuksi ei kuitenkaan ole aktiivista, omia tarpeitaan ja vastuutaan tiedostavaa potiluuksi. (Kuva 1.) Kuvassa aktiivisin toimija on kuitenkin lääkäri, joka seisoo tunnistamattoman tehohoitopotilaan vuoteen vieressä. Myös potilasoikeuslaista kertovassa uutisessa (1.3.1993) kuvitus ja teksti tuottavat keskenään ristiriitaista potiluuksi. Otsikko kertoo ”uuden lain tekemän potilaasta oman hoitonsa herran”. Jutun kuvassa nimeltä mainittu potilas makaa vuoteessa ja vieressä seisoo potilasasiamiehenä toimiva ylihoitaja, joka ohjenta kättään potilaalle. Näyttää kuin hoitaja olisi ohjenta kättään vetääkseen potilaan ylös vuoteesta. Kuvitus ei tue otsikon herruutta. Se osoittaa potilaan olevan avuton: hoitajan pitää kiskoa hänet ylös oman hoitonsa herraksi.

**AAMULEHTI**

Perjantai 15. maaliskuuta 1985

## Terveysthuollossa liikkeelle potilaan tarpeista

### Omavastuutakin korostettava

Terveysthuollossa olisi nykyistä enemmän lähdettävä liikkeelle potilaan tarpeista, potilaan kokonaisuomelmista ja sairauksien peräjäjäkohdista. Tämä vaatii terveysthuoitohenkilökunnan jatkuvaa kouluttamista. Terveysthuollon palvelusten kehittämisen vaatii jatkuvasti myös lisää rahaa. Myös väestön omaa vastuuta terveysthuoilastaan pitäisi korostaa.

**Oikeat potilaat oikeassa paikassa**

Tässä yhteydessä käyty erityisesti huomattava asia, että mikä kahdeksalla väestön erikoissairaanhoitoa, väestön terveysthuoilasta kokonaisuomelmista ei parane, vaikka näin onkin eikä tilanteen tarpeellisuutta yksittäisillä terveysthuoilalla ja myös sosiaalihoitoon ohjautumisella riippyy suuresti, miten suuret painot kohdistuvat erikoissairaanhoitoon. Tässä osassa, jos perustuu toimi hyvin, erikoissairaanhoito voi kehittyä todella vauhdilla eteläviin. Yhtenäistä erikoissairaanhoitoa, kansainvälistä ja sosiaalihoitoa välillä onkin tulevaisuuden kehityskäytännön lähtökohdaksi otettava. Tämä koskee eri sektoreiden yhteistyötä ja yhteistyötä sosiaalihoitoon ohjautumisesta lähtien.

Yhteistyönä onkin otettava huomioon, että oikeat potilaat hoidetaan oikeassa paikassa riittävästi, tehokkaasti ja myös ekonomisesti hoitettavina.

Yhteistyönä onkin otettava huomioon, että oikeat potilaat hoidetaan oikeassa paikassa riittävästi, tehokkaasti ja myös ekonomisesti hoitettavina.

**Painopistealueita ja yhteistyötä**

Tässä yhteydessä onkin otettava huomioon, että oikeat potilaat hoidetaan oikeassa paikassa riittävästi, tehokkaasti ja myös ekonomisesti hoitettavina.

Yhteistyönä onkin otettava huomioon, että oikeat potilaat hoidetaan oikeassa paikassa riittävästi, tehokkaasti ja myös ekonomisesti hoitettavina.



Läkeriteollinen teknologia antaa korkeatasoisen hoidon tuloalasta, mutta on vaarallista on kilpailevat erilliset erikoissairaanhoito yksilöllisyyteen. — Raha Terveysthuoilasta on keskeisessä roolissa, vaunomalla ylläpitää Terveysthuoilaa.

terveysthuoilasta kysyntää alentava väestön. Toisaalta lääkerite kellyttävä edellytyksiä.

**Uusia sairaansijoja vähän**

sillä. Erilaiset lääkerite, lääkerite sekä lääkerite terveysthuoilasta on yhteistyötä terveysthuoilasta.

**Potilaan tarpeista on oma vastuu**

Kuva 1. 15.3.1985

10 KOTIMAA AAMULEHTI

## Uusi laki tekee potilaasta nyt oman hoitonsa herran

Jokaisella on oikeus hoitoon, jos vain terveydenhuollolla on voimavaroja  
Potilasasiamies jakaa tietoa potilaan oikeuksista ja antaa käytännön neuvoja

Ylihoitaja Virpi Nissilä on maanantai aamun aikana Tampereen yleissairaalan sairaalan potilaiden käytävissä.

Maaliskun alku tuo Virpille nimittäin uuden tietoa ja vinkkejä. Hänestä tulee sairaalan ensimmäinen potilasasiamies.

Tehdään on jaksaa tietoa potilaan oikeuksista. Annan myös muistutuksen, kanteleen tai potilasyhdyntötoiminnan tekemisestä.

Käytännössä Virpille voi siis kertoa, jos sairaalan hoito on huonoa tai kohtelei kurja.

Potilasasiamiehen työ liittyy uuteen lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista.

Ei omaan tahtaan lähtien potilaalla on oikeus itse päättää hoidosta.

Lakiin on saatu riittävästi ja suunniteltavasti tietoa sairaalastaan ja eri hoitovaihtoehdoista. Hoitohenkilökunnan pitäisi kysyä mitään enellä vaihtoehdot ja myös rakkaita.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa potilaille myös oikeuden hoitoon, tosin terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen mukaan.

Hoito on lisäksi järjestettävä tiimillä, ettei se loukkaa potilaan ihmisarvoa, vakautta tai yksityisyyttä.

Tiedot potilaan terveydentilasta ja hoidosta saavat uudessa laissa lisävoimaa. Laki takaa potilaille oikeuden tarkistaa lääketieteelliset tiedot. Potilasasiamies ei saa antaa ilman lupaa tietoja potilaan omasta.

Tuore laki koskee sekä julka-

Täysin potilasasiamies, ylihoitaja Virpi Nissilä tervehti leikkauksesta toipuvaa Svanite Jaakkolaa. Terveystilassaan Virpin leikkauksella on jutelua potilaiden kanssa entistäkin enemmän, sillä hän jakaa tietoa potilaiden oikeuksista ja antaa neuvoja palmatilanteissa.

muista, että potilas on tasavertainen ja että häntä on kunnioitettava aina. Tämä saattaa tulla palmi.

— Ja lopulta on kyse inhimillisyydestä. Hoitotilanteen laatuun kuuluu monia asioita. Ajallisesti voi olla tiukkaa, mut-

raalassa on työskennellyt potilasasiamies jo vuosia. Viime vuoden tilastojen mukaan asiamies sai 628 yhteydenottoa.



Kuva 2. AL 1.3.1993

Sanomalehden sairaalassa on tavallista, että asiantuntijat puhuvat potilaasta, hänen hoidostaan ja tarpeistaan yleisellä tasolla. Potilas on abstrakti taudin kantaja, jolla on oireita ja jota hoidetaan. Toisaan asiantuntijat, erityisesti hoitajat, puhuvat ikään kuin potilaan suulla. He kertovat, miltä potilaasta tuntuu ja mitä hän tarvitsee. Tämä potilaan puolesta puhuminen ikään kuin kuuluu hoitajan työhön. Työskennellessäni sairaanhoitajana sairaalassa 1980- ja 1990-luvuilla hoitaja usein toimi tulkkina lääkärin ja potilaan välillä. Poliklinikalla lääkärin vastaanoton jälkeen hoitajalla oli tapana seurata potilasta pukuhuoneeseen. Tuossa jälkikeskustelussa hoitaja antoi käytännön ohjeita ja varmisti, että potilas oli ymmärtänyt oikein

lääkärin määräykset. Samoin vuodeosaston iltakierrolla sairaanhoitajan tehtäviin kuului kertoa seuraavan päivän ohjelmasta. Tapana oli myös rohkaista potilasta kysymään lääkirinkierrolla epäselviä asioita. Jos potilas ei asiaa oma-aloitteisesti kierrolla kysynyt, hoitaja saattoi hyvin nostaa itse asian esiin tai rohkaista potilasta kysymään. Niinpä hoitaja usein kertoi lääkärille jo etukäteen, konkreettisesti juuri ennen potilashuoneeseen menemistä, että potilaalla oli jotain kysyttävää. Jälkeenpäin potilas vielä saattoi kysyä hoitajalta, mitä lääkäri oikein tarkoitti.

Hoitajaa potilaan edustajana eritellään hoitotieteellisessä käsiteanalyysissä. Siinä edustajuus merkitsee sekä tiedon antamista ja tukemista että puolustamista ja puolesta puhumista. Tiedon antamisella ja tukemisella on tarkoitus tukea potilaan päätöksentekoa. Puolesta puhumista ja puolustamista tarvitaan silloin, kun potilas ei pysty itse toimimaan. Hoitajan tehtävänä on puolustaa potilasta ja välittää hänen tahtoaan toisille ihmisille. Potilaan vastustajia voivat olla sekä toiset ihmiset, kuten lääkärit, hoitajat ja omaiset, että vamma, sairaus tai olosuhteet. (Oksanen-Mäkelä & Hupli 1998, 10–18.) Käsiteanalyysissä todetaan toimintakyvyttömyyden syyn olevan potilaan haavoittuvuus (mt. 1998, 14). Tämä haavoittuvuus samoin kuin sairauden ja vamman nimeäminen vastustajiksi liittävät sairastamisen taisteluun ja sotaan. Tämän voi tulkita lääketieteellistä terveys-sairaus-käsitystä myötäileväksi. Sairaus on tauti, joka on potilaassa, mutta jota vastaan potilas taistelee.

Hoitajat puhuvat potilaiden puolesta myös journalistisessa sairaalassa. Poliklinikkaemännän haastattelu, joka rakentuu potilaan puolesta puhumisen varaan, on selvin puolesta puhumisen esimerkki.

Sen minä sanon vaikka sairaala minut ampui: (otsikon yläriivi)  
Potilas on kuningas (otsikko)

Potilaalla on 88 pelkoa eikä vähin niistä ole aliarvioituksi tulemisen pelko.

Potilaalla on kahdeksan oikeutta, ja erittäin tärkeä niistä on oikeus tulla kuulluksi.

Potilas tarvitsee ensisijaisesti neljää hoitovälinettä, ja kaikki ne ovat varsin inhimillisiä välineitä, mutta hyvin tärkeä on koskettamisen merkitys.

Toista ihmistä ei korvaa mikään, ei mikään lääke, ei mikään kone, ei mikään atk-menetelmä.

Sairaudessa toisen ihmisen tarve korostuu, sillä potilaalla on oikeus olla myös vain sairas ihminen, ja siihen oikeuteen kuuluvat taantumisen oikeus, narisemisenkin oikeus, oman itsensä ympärillä pyörimisen oikeus. (ingressin alku) 16.5.1981

Omahoitajajärjestelmästä kertovan jutun otsikko (14.2.1988) toteaa, että omahoitaja lisää tietoa ja turvaa. Jutussa ei suoraan kerrota aiemman järjestelmän puutteista, mutta kertomalla uuden järjestelmän eduista kritisoidaan samalla vanhaa järjestelmää. Omahoitajajärjestelmä on parempi, sillä omahoitaja tuntee potilaan asiat paremmin – ja voinee toimia paremmin tulkinakin. Puheet tulkina toimimisesta antavat viitteitä potilaan sairauden kokemuksen sivuuttamisesta. Potilaan asioiden paremmin tuntemisen voi tulkita tarkoittavan myös potilaan omia kokemuksia ja näkemyksiä.

### **Tarpeellisuuden takaajat**

Tekstiä esimerkittävien potilaiden tehtävänä on vahvistaa sairaalan kertomusta. Selvimmin potilaan tarinan vahvistajan asema nousee esiin resurssijutuissa. Uutisosastoilla potilaat ovat tapausesimerkkejä, jotka osoittavat hoitoresurssien puutetta tai hoidon onnistumista. Potilaan tarina vahvistaa resurssivetoomuksia epilepsialeikkauksista kertovassa jutussa, jossa uutisoidaan ensimmäisestä onnistuneesta epilepsialeikkauksesta. Potemus on vahvasti läsnä, juttu kuvaa epilepsian vaikutuksia tytön elämään.

Epilepsialeikkaus oli N:n ainoa toivo (otsikko)

Lyhyesti sanottuna N. ei ole koskaan voinut elää kuten muut nuoret tytöt. (leipäteksti) 22.7.1988

Juttukokonaisuudessa oleva resurssijuttu on puolestaan otsikoitu suoraksi resurssitarpeeksi: ”Suomeen tarvitaan epilepsiakeskus”

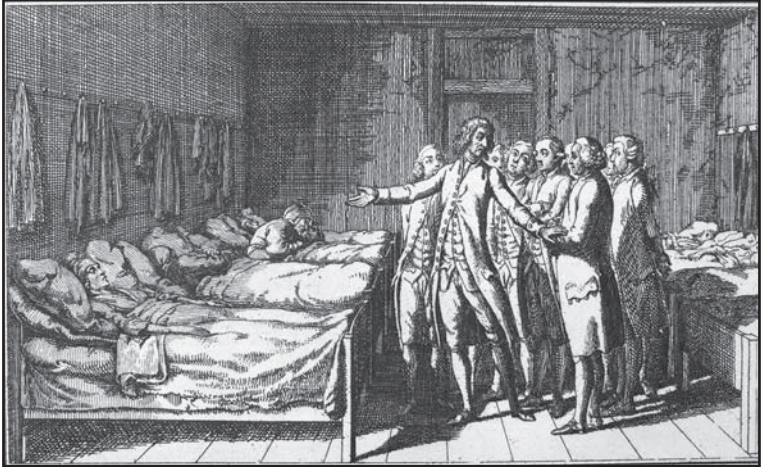
(22.7.1988). Juttu on kuvitettu hoidettavan tytön ja kirurgin henkilökuville. Potilas on nuori, kaunis tyttö, joka katsoo suoraan kameran. Katseen voi tulkita yhtä aikaa surulliseksi ja vetoavaksi. Kirurgikin on kuvassa vakava. Puheen vakuuttavuutta tehostavat etualalla olevat puhuvat kädet. Epilepsialeikkauksiin liittyviä ristiriitaisia näkemyksiä sivutaan: ”Kaikki asiantuntijat eivät ole epilepsiakirurgian kannattajia. On erilaisia koulukuntia, jotka korostavat muita hoitomuotoja. Aivokirurgiaa pidetään karkeana ja riskialttiina” (22.7.1988.) Nuoren tytön tarina toimii osana sekä sairaalan sisäistä että erikoisalojen välistä kilpailua:

Esimerkiksi Tampereella on vain yksi ainoa pienen pieni leikkaussali neurokirurgiaa varten. Luvassa on kaksi nykyistä hieman suurempaa salia, kun sairaalan laajennus valmistuu. Mutta voimavarakilpailu näkyy tässäkin: alun perin neurokirurgialle oli luvassa kaksi suurta leikkaussalia, mutta lopullisessa suunnitelmassa ne lohkaistiin. (leipäteksti) 22.7.1988

Sairaalan resursseja käsittelevissä jutuissa potilaskuvat, kuten nimmittömät, sänkyrivissä makaavat potilaat (kuva 3) tai tunnistamaton koneiden ja laitteiden keskellä makaava potilas (kuva 4), vakuuttavat sairaalan tarpeellisuudesta. Potilaat ovat sairaalan toiminnan lavasteita. Heillä ei ole nimiä, ei sukupuolta eikä yhteyttä ulkomaailmaan. He ovat toiminnan kannalta tarpeellisia kohteita ja taudin kantajia, eivät potenevia yksilöitä. Modernin sairaalan tehokkuus rakentuu koneissa ja laitteissa. Leikkaussalit ja teho-osastot ovat sairaalan keskeistä kuvastoa. Ne kuvittavat niin juttuja potilaiden itsemääräämisoikeudesta (kuva 1) kuin laajennuksen tarpeellisuudesta (kuva 4). Potilasrivistöt toisintavat sairaalalaitoksen syvää kulttuurista ymmärrystä, jossa potilaan kuuluu maata ja odottaa sängyssä. Samalla tavalla potilaan paikkaa on kuvattu lukuisissa muissakin valokuvissa ja maalauksissa. Samat asetelmat esiintyvät jo 1600- ja 1700-lukujen lääkäriyötä kuvaavissa puupiirroksissa (Vogt 1984). D. Chodowieckin piirros *Visite in der Charite* (kuva 5) voisi aivan hyvin kuvittaa myös modernista sairaalasta kertovaa tarinaa.







**Kuva 5.** D. Chodowiecki: Visite in der Charité (1782)  
(Vogt 1984, 110)

### Taudin ja järjestyksen esimerkit

Potilaat ovat läsnä taudeista ja niiden hoidoista kertovissa jutuissa esimerkkeinä, jotka kertovat hoidon onnistumisesta ja kuvittavat tarinaa. Taudeista ja hoidoista tulee todempia ja elävämpiä, kun mukana on aito potilas. Terveysjournalismissa on tapana haastatella potilaita jutuissa, joissa kerrotaan uudesta hoitomuodosta tai lääkkeestä. Näiden potilashaastattelujen tehtävänä on sekä elävöittää juttua että vakuuttaa lukijoita terveydenhuollon toiminnan hyödyllisyydestä. (Järvi 2002.) Esimerkiksi korvaimplanteista kertovassa jutussa on erillinen kainalojuttu, joka kertoo yhden potilaan tarinan:

Korvaleikkaus mullistaa koko elämän  
Kaikki kolme Tampereella leikattua potilasta voivat hyvin ja  
kuulo on alkanut palautua (pääjutun otsikot)  
Eila kuulee nyt linnun laulua (kainalojutun otsikko) 11.3.1996

Potilaan tarinan esimerkinomaisuutta korostaa otsikon etunimi. Potilaista voidaan puhua eiloina, lääkäristä tuskin kirjoitettaisiin ”Eero istuttaa implantteja”. Etunimen käyttöä ei myöskään ole perusteltu haastateltavan tahdolla. Juttukokonaisuudessa rakentuva potiluus ei haasta tautisuutta: eilat ja eerot ovat tyytyväisiä taudin hoitoon.

Sairaalan järjestystä tukevissa tarinoissa potilaat vahvistavat asiantuntijoiden puhetta aivan konkreettisesti kertomalla toimivansa juuri niin kuin asiantuntija sanoo. Esimerkiksi vierihoidosta ja imettämisestä kertovan jutun (30.3.1980) ingressissä osastohoitaaja kertoo, että ”imettäminen on valttia”. Ingressin lopussa professori puolestaan toteaa, että ”imettämisen lisääntyminen on ylittänyt kaikki odotukset”. Jutun leipätekstin keskellä on yksi kappale, jossa äidit kertovat imetysaikeistaan: he aikovat imettää ainakin puoli vuotta. Äitien esimerkillinen aie tukee sairaalan järjestystä ja tuottaa kunnon potiluuksia

Kun potilastarinoita käytetään hoidon onnistumisen esimerkkinä, ne tukevat sairaalan pystyvää toimijuutta. Toisinaan potilaasta tehdään sankari, joka on voittanut taudin. Näin käy esimerkiksi jutussa, jossa esitellään aivohalvauspotilaiden uutta kuntoutusyksikköä:

Yksi osaston ”tähdistä” on noin 50-vuotias atk-alalla työskennellyt nainen. Tammikuussa aivohalvauksen saanut potilas on kuntoutunut vaikeasta lähtötilanteestaan niin hyvää vauhtia, että aikoo kesällä palata töihin. (leipäteksti) 23.3.1994

Esimerkkitarinat ovat ennalleenpalauttamistarinoita, jotka seuraavat lääketieteellisen taudin kertomusta. Näissä kertomuksissa terveys saavutetaan taistelussa tautia vastaan. Ennalleenpalauttamistarinat tukevat sairaalan tehtävää terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen ylläpitäjänä. Potiluus rakentuu taudinkantajuudeksi, hoidon ja toiminnan kohteeksi. Käsikirurgiasta kertovassa jutussa potilaan tarina on jutun sivuaiheena tukemassa kertomusta taudin hoidosta.

Käsikirurgia huipputasoa Tampereella (etusivun vinkin otsikko)  
Tampereella tehokkain käsikirurgian yksikkö (sisäsivun otsikon  
ylärivi)

Irronnut käsi toimii taas (sisäsivun pääotsikko)

N.N.:n 23, elämän pisin hetki oli 40 minuutin matka Parkanos-  
ta Tampereen yliopistolliseen keskussairaalaan. Hän matkusti  
kahtena kappaleena, sillä sirkkelin irti repimä käsi oli mukana  
muovipussissa. Nyt neljä kuukautta myöhemmin N.N. lähtee tar-  
kastuskäynneiltään sairaalasta ohjaten itse molemmilla käsillä  
autoaan. Sormet liikkuvat ja rannettakin pystyy jo vähän pyörit-  
tämään. (ingressi) 13.4.1987

Potilaat tautien ja hoitojen esimerkkeinä -jutut ovat ennalleen-  
palauttamistarinoita. Niissä sairaus on poikkeus, josta palataan nor-  
maaliin. Journalistisen sairaalan potilastarinat pyrkivät eheyteen  
eivätkä siksi nosta esiin potemusta, joka saattaisi kyseenalaistaa en-  
nalleen palaamisen. Hoito voi poistaa taudin ja palauttaa sairaaksi  
järjestyneen terveyden järjestyksen piiriin. Sen sijaan elettyä ja ko-  
ettua ei voi palauttaa ennalleen samalla tavoin.

Potilaan paikka sanomalehden sairaalan järjestyksessä tiivis-  
tyy potilaskuvissa. Kuvien potilaat ovat nimettömiä, perheettömiä  
ja sukupuoleettomia hoidon kohteita. Heissä on kiinnostavaa vain  
se, että heissä on tauti. Journalistisissa käytännöissä nimettömyyt-  
tä ja tunnistamattomuutta perustellaan halulla suojella potilaiden  
intimiteettiä (Järvi 2002). Nimellä ja kuvalla esiintymisenkään ei  
välttämättä merkitse potilaan asemoimista jutussa aktiivisen toi-  
mijan rooliin. Potilaskuvissa nimettyynkin potilaaseen voidaan vii-  
tata vain kuvatekstissä, kuten on tehty potilasmaksujen korotusta  
käsittelevässä jutussa (kuva 6). Kuvan asetelma, jossa potilas ma-  
kaa lääkäreiden ja hoitajien ympäröimänä, toistuu useasti sairaalan  
kuvastoissa. Sängyssä, tutkimus- tai leikkauspöydällä makaava po-  
tilas on vakiintunut tapa kuvata hoitoa sairaalassa. (Kuvat 6 ja 7.)  
Sanomalehden sairaalan potilas on hoidon kohde -kuvat muistutta-  
vat modernin lääketieteen synnyn aikoihin 1700-luvulla maalattuja  
ruumiinavauskuvia, kuten Rembrandtin *Tohtori Tulpin anatomian*

# Potilasmaksuihin 150 markkan korotus

Päiväkirurgiamaksua esitetään nostettavaksi Tampereella nykyisestä 100 markasta 250 markkaan

4 Taru Aetna

Tampereen kaupungin silloin kunnas ja tänäkin seuravastuuhoitaja peittävä maksaa ensi vuoden alkuun. Tarkoituksena on nostaa päiväkirurgian eli lyhytkirurgian maksu nykyisestä 100 markasta 250 markkaan. Lääketeollisuuden lähtökohdilla ryhdyttiin lisäksi perustamaan hoitopäivämääni, joka on 100-125 markkaa.

Potilasmaksujen korotus hyökytyin valtion ensi vuoden ta-  
lousarvioesityksessä. Tavoitteena on näin parantaa kuntien taloudellista tilannetta.

Tampereella maksujen korotus merkitsee noin 1,5 miljoonan markan satoa, korotus leikkauksienmaksu Katriina Harjaho-Makelalla Tampereen sairaalassa ja seuravastuusta.

## Korotus koskee 1 500 tamperealaista

Talouksen korotus koskee vuodessa noin 1 500 tamperealaista.

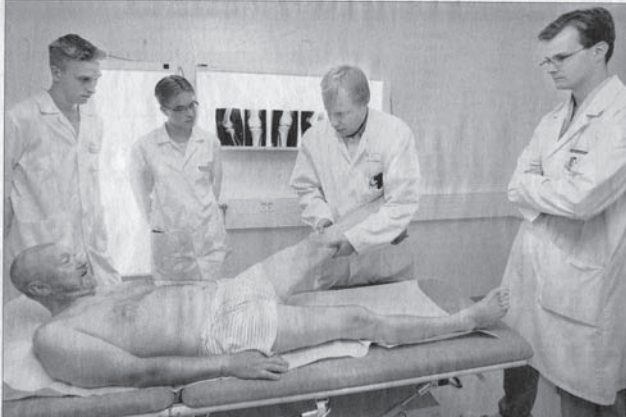
Maksujen korotus on ensi talleen sosiaali- ja seuravastuuhoitajan kokouksessa, jossa päätettiin ensi vuoden talousarvioon.

Jos ensi menee läpi kaupunkinvaltuustossa ja -valtuustossa, seurat maksat heti ensi vuoden alkuun.

Ainakin sijaintitarkoituksella ja erikoissairaanhoidossa on vaita. Harjaho-Makelalla loppu osasta, josta 1,5 miljoonaa markkaa siirrettiin oltuun.

## Potilaita auttava tekniikkayritys vaarassa

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri nelitehtaan saattaa nostaa hintansa siksi, ettei ensi vuoden budjetissa löydy erityisvaimon ensi-  
Myynti on ensi ja käynnisty-  
teet tekniikkayritykselle saattaa.



**Lääkärisektori käynnissä.** Valtion talousarvioesitys nostaa lääkärihoitokauden maksu 10 miljoonaa markkaa. Tilausta epäkelpoitiin Tampereella vielä vanhaan malliin. Opetusministeri Ari Lindholm (vas.). Mikko Vuolteen, lääketieteellinen johtaja ja epidemiologi Tuukka Mäkities nähdään standardein Erkki Salonen potteen kalamus Tampereen yliopistosairaalan sairaalassa.

Kuva 6. AL 2.9.1998

Tohtori Kuusinen selvittää muutamalla kynävedolla paperille ohitusleikkauksen tekniikan.

— Ahdas tai tukkoinen paikka sepelvaltimossa voidaan ohittaa verisuonisirännäisellä. Se otetaan tavallisesti alaraajan laskimoista.

Eli vielä kansanomaisemmin: jos putki on ruosteessa, eikä ruosteapaikkaa voida korjata, voidaan se ohittaa viemällä putki ruosteipaikan taakse.

Paperilla kaikki näyttää yksinkertaiselta, mutta käytännössä ohitus vaatii kymmenien ihmisten monikymmentäntiisen työn. Itse leikkaus kestää kuukautisen tunti.

Suomessa on leikattu tähän mennessä noin 1 500 potilasta. Tampereella leikkauksia on tehty nelisenkymmentä — yksi potilas on menehtinyt.

## Tarve

— Lännaisten standardien ja kokemuksen perusteella on päädytty laskennalliseen tulokseen, jonka mukaan Suomessa täytyy leikata vähintään 1 000 potilasta vuosittain. Tampereella tarve olisi yli 200. Nykyään pystymme leikkaamaan TYKS:ssä yhden potilaan viikossa, Kuusinen sanoo.

kuusa. Kuusinen korostaa työryhmän onnuttu toiminnassa. Hän sanoo, että näin alkuvaiheessa stressi on kova, mutta se vähenee leikkaus leikkaukselta.

santerveystyölle ominaiset hehlaarilinjat. Hoito on aina potilaskohtainen. — Noin 90 prosenttia leikatuista kokee itse parantuneensa. Rasituskokeilla on tulokset-

TYKS:n ylläääkäri professori Ville Autio.

Kuvat: HANNU TERIÖ  
Teksti: JUHA PELTOPERÄ



Ohitusleikkaus kestää, jos kaikki sujuu hyvin, noin kuukauten tunti. Kymmenkunta ihmistä työskentelee tiiviisti koko leikkauksen ajan, ja sitä ennen valmistelevaa työtä on jouduttu tekemään kymmeniä tunteja. Yksi leikkaus maksaa monta kymmentä tuhatta markkaa, ja potilas joutuu viettämään sairaalassa kuukauden verran.

Kuva 7. AL 29.11.1981

luentoa ja Michiel ja Pieter van Miereveldin *Tohtori Willem van der Meerin anatomian luento* (kuva 8). (Ks. Magiasta lääketieteeseen 2004, 22–23.)



**Kuva 8.** Michiel ja Pieter van Miereveld: Tohtori Willem van der Meerin anatomian luento

Sairaalan potiluiden kuvastot eivät palautu (kuva)journalistisiin valintoihin vaan potiluiden kulttuuriseen ymmärtämiseen ja edelleen taudin ja yksilön väliseen suhteeseen. Sanomalehden kuvastoissa potilaan asemoiminen taudin kantajaksi korostuu kuvissa, joissa potilasta esittävät vain potilaan ruumiin palaset. Kun mielen-terveys hoitoa kuvataan pelkillä käsillä (kuva 9), sädehoitoa koneen sisälle menevällä päättömällä ruumiilla (kuva 10) tai mammografiaa torsolla (kuva 11), ei potemukselle ole sijaa. Journalistisessa sairaalassa sairauksien tautihegemonia tuottaa potilaista taudin kantajia, mikä puolestaan luonnollistaa potiluiden visuaalisen järjestyksen. Potilaan asemoiminen makaavaksi taudin kantajaksi on osa diskursiivista käytäntöä, joka tuottaa paternalistista potiluuutta.

# Avohoito kasvaa yhä vain

Mielenterveystyötä pohtinut työryhmä lakkauttaisi Keijärven sairaalan

Mielenterveystyö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä painottuu tulevaisuudessa yhä selvemmin avohoitoon, lastenpsykiatriaan ja nuorisopsykiatriaan. Rahaa työhön ei kuitenkaan ole nykyistä enempää. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että mielenterveystyötä pitää järjestellä uudelleen.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehittämisprojekti on nyt mietittävyyden pykälästä kehitettäväksi päätetty lähivuosina kehittää.

Käytännön tavoitteena on se, että kolmessa vuodessa karistuu noin sata sairaanajaa, ja vuoteen 2000 mennessä 80 sairaanajaa lisää.

Virkkoja lähivuosina tarvittaisiin lisää noin 70-80.

Koska kunnat eivät anna lisärahaa, on jostain karistava, josta virsta taakseen, sanoo johtajyliäkkäri **Raimo Anttila**.

Kehittämisryhmä löysi kolme ratkaisuvaihtoehtoa.

Ensimmäinen vaihtoehto on se, että sekä Pirkkiäinen, Vuorimäki, Käivämsen että Keijärven sairaanajoja supistetaan ja kaikkia kohteita kumotaan.

Toinen vaihtoehto on Keijärven sairaalan lopettaminen ja kolmas on Pirkkiäinen sairaalan lopettaminen.

Pirkkiäinen lopettamista pidetään sillä hetkellä lähänä toteutettavina vaihtoehtoina. Niissä koe- ja tutkimusryhmä on palautunut Yläjärven Keijärven sairaalan lakkauttamisen kannalle.

Keijärven ylijohto on kallistunut Keijärven henkilökunnan avulla voimien vahvistusta muuta yksikköä, Anttila perustelee.

duilla kaikke paljon sellaisia ihmisiä, joiden kuultu saada laadulta hoitoa.

Mielenterveyspalvelujen kysyntä on viime vuosina selvästi kasvanut. Nyt laman aiheuttamat masennus ja ahdistus alkavat selvästi näkyä mielenterveystyössä.

Hoitoon olisi tulijoita paljon enemmän kuin voimme ottaa. Mikä juuri nyt nipistetään tältä alalta?

Keijärven sairaala on uhattu ja lopetettua myös aiemmin. Yliääkkäri Eila Heikkinen sanoo, että taho on totuttu taittelemaan tulevaisuutensa puolesta. Taittele tuntuu kuitenkin hasulta, sillä kunnat eivät vaadi Keijärven sulkeamista.

Viime vuosi oli meille erittäin tulokas. Omistamamme avohoito tarvitsee meitä tsekkeen, Heikkinen lisää.

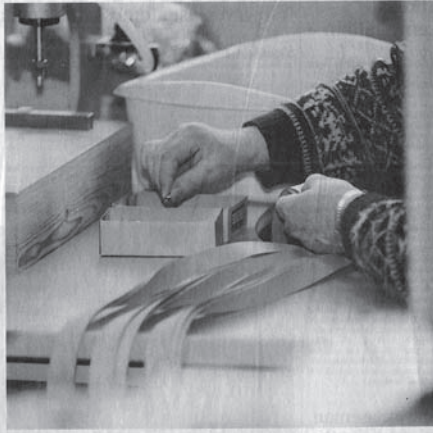
Uusissa paperissa Keijärven sulkeamista perustellaan myös sillä, että yksikkö vastaa kalliin, jopa 20 miljoonaa markkaa maksavan saaneen.

Ei pidä aikamukaan paikkansa. Tutkimusten mukaan seuraavat kymmenen vuotta pärjätämme normaaleilla vuosikoroilla.

**Avohoito on jo kasvanut**

Psykiatrinen hoito on viime vuosina ollut varsin suuren mielenterveyden kohteena. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä hoitopäivät ovat vuodesta 1991 vuoteen 1993 vähentyneet 13 prosenttia. Avohoito on kasvattanut joitakin yksiköissä jopa kolminkertaiseksi.

Kolmessa vuodessa psykiatrisia on säästetty 41 miljoonaa



Avohoito, lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria painottavat lähivuosina Pirkanmaan sairaanhoitopiirin mielenterveystyössä. Lisärahaa työhön ei ole luvassa ja yksi vaihtoehto onkin se, että Keijärven sairaala Yläjärvellä suljetaan.

Kuva 9. AL 13.4.1994

# Sädehoito tehostuu Pikonlinnan sairaalassa

Seitsemän miljoonan markan hintainen, tietokoneohjattu kone on vasta toinen koko maassa

**A JORMA HUOVINEN**  
Kangasala

Tampereen yliopistollisen sairaalan syöpätieteen klinikka Kangasalan Pikonlinnassa on saanut käyttöönsä nykyisimmistä sädehoitokoneista, seitsemän miljoonan markkaa maksaneen Varian-käyttöjärjestelmän.

Uudella sädehoitokoneella päästään yliääkkäri **Tapani Hakkanen** mukaan aiempaa parempia hoitotuloksia ja pienemmällä sivuvaikutuksella.

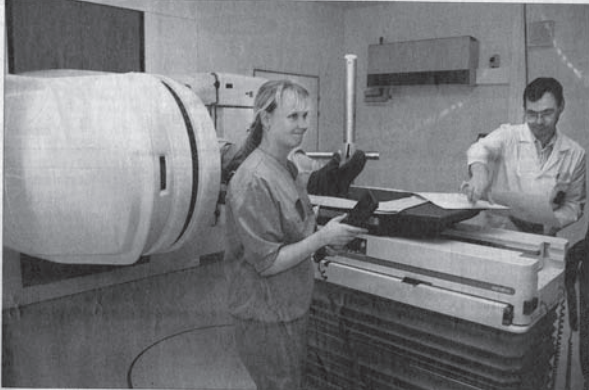
**Vanha laite püssee aikanaan Vapriikkiin**

Kuusi vuotta käytössä ollut vanha ja harvinainen sädehoitokone siirretään aikanaan Tampereen museokeskukseen Vapriikkiin. Tällaisia ruotsalaisvalmisteisia laitteita on koko maailmassa vain kaksi kappaletta.

Pikonlinnan kolmella sädehoitokoneella on hoidettu keskimäärin 110 potilasta päivittäin ja noin 1 500 eri ihmistä vuosittain.

Voidaan sanoa, että käyttöikä on nyt maailman parasta sädehoitokoneita. Tietokoneella pystytään muotoilemaan tarkasti säteilytettävän keuhon muodon ja syvyyden. Hoito on tarkempaa ja turvallisempaa, selviää fyysikko **Simo Hyödynmäen**.

Aiemman valamallia tehtyjä ja jopa 15 kiloa painavia suojia jouduttiin siirtämään käsipöydästä.



Parasta sädehoitokoneita. Röntgenhoitaja Pia Tuomi ja fyysikko Simo Hyödynmäen testaamassa Pikonlinnan uutta sädehoitokoneita, jomita ylös on linnoitettuihin.

Kuva 10. AL 18.6.1997

Rintasyövän joukkotutkimuksia lisätään

Lääkintöhallituksen asettama rintasyöpätyöryhmä ehdottaa väliaikaisasetukseensa rintasyövän joukkotutkimusta aluksi kaikille 50-64-vuotiaille naisille.

Rintasyövän joukkotutkimusten järjestäminen ei Suomessa ole enää kiinni kassasta. Jo nyt on mammografialaitteita hankittu eri puolille maata alustain 78. Sen sijaan luotettava mammografien tulkitsemiseen kykeneviä lääkäreitä ei toistaiseksi ole kuin kassallamme. Niitä paikkaa joukkotutkimuksia varten kokonaan valtakunnallisen suunnitelma ja sen myötä tutkimusorganisaatio ja rahat.

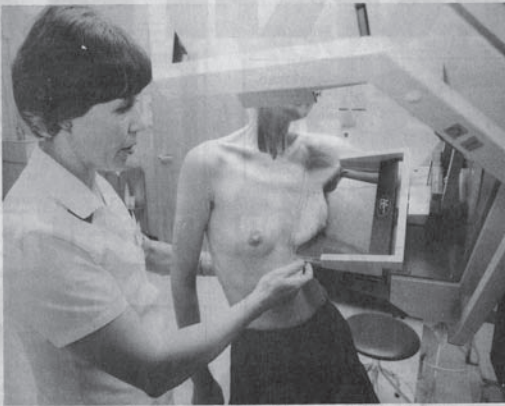
Lääkintöhallituksen viime joulukuussa koelekiturassa esitellyn suunnitelman mukaan mammografioiden käyttöä syöväntutkimuksissa on otettava käyttöön ensi vuonna. Mammografioiden käyttö on otettava käyttöön ensi vuonna. Mammografioiden käyttö on otettava käyttöön ensi vuonna.

— Asasta on saatu avainajan vahvistusta tutkimusaloiksi mm. Ruotista, hän sanoo.

Rintasyövän mammografiatutkimuksen on sillä hetkellä suurin paino. Niinpä niitä avustetaan. Jo toteutettujen joukkotutkimusprojekteilla tutkimuksen alustavaa pohjaa tehdään vahvistuksen alustaan. Tähän on kerätty tähän, tutkitaan tutkimukseen ssa. Kirjon. Yhteistyötoimikunta. Kassa on otettava käyttöön ensi vuonna. Mammografioiden käyttö on otettava käyttöön ensi vuonna.

— Asasta on saatu avainajan vahvistusta tutkimusaloiksi mm. Ruotista, hän sanoo.

— Asasta on saatu avainajan vahvistusta tutkimusaloiksi mm. Ruotista, hän sanoo.



Tampereella on nyt mammografialaitteita yksi Hatanpään sairaalassa ja kolme yksityisellä laboratoriossa. Tampereelle tarvitaan kerssillä lisää. Valtakunnallisesti on enimmäkseen puutteellisesti, jotka kykenevät tulkitsemaan luotettavasti mammografioita.

# Mammografeja on, lääkäreitä tarvitaan

kirinika tehtäessä. Papa-kokouksien väliin terveyskeskuksissa. Näytet tiliteillä Suomen syöpäyhdistyksen laboratoriolin, jossa on myös asiantuntijajärjestö.

Tamperelaissa on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Tampereella on otettava käyttöön ensi vuonna.

Kuva 11. AL 22.9.1985

Potilaan paikka tarinan kuvittajana konkretisoituu jutussa, jossa potilaan tarina toimii loppukevennyksenä. Tampereen lääkiröipävistä kertovassa jutussa (23.3.1997) kuvataan, miten Veikko Sinisalo kertoo sairaudestaan ja hoidostaan. Potemus on läsnä Sinisalon puheen kautta, kun hän kertoo, miten teho-osastolla ”huumorini piti hänet elämässä”. Kun jutun lopussa kerrotaan potilastarinoiden olevan lääkiröipävien uutuus, potemuksesta tulee loppukevennystä, joka ei ole vakavasti otettava osa sairautta vaan lääkiröipäileisön viihdykettä. Kun potilaan tarina paikannetaan ”virkistäväksi uutuudeksi”, potemus alistetaan taudille. Aktiivisen potiluuden sijaan potilaan tarinalla vahvistetaan paternalistista potiluutta.

(Lääkirö)päivien ohjelmaan oli otettu virkistävä uutuus: potilaat itse kertoivat sairauksistaan ja hoidoistaan. Sinisalon lisäksi ko-

kemuksista kertoi muun muassa depressioon sairastunut kansanedustaja Riitta Prusti.

Veikko Sinisalo ilahdutti lääkäriyleisöään lausumalla tautiaiheisen runon Reumatismi. Lääkäripäivät lähtivät viime hetkinä Sinisalon myötä siivilleen. (leipätekstin loppu) 23.3.1997

Esimerkkipotilaat eivät aina ole passiivisia taudin kantajia. He voivat olla myös aktiivisia toimijoita, jotka taistelevat tautia vastaan.

Opettaja N.N. panee hanttiin reumatismille (otsikon yläriivi)  
Hyvä kuntoutus tuo työvuosia (pääotsikko)

Kuukauden kuntoutusjakso on päättymässä Reumaliiton kuntoutuslaitoksessa Kangasalalla. Ähtäriläinen luokanopettaja N.N. näkee nyt hattunsa naulakossa, yltää karttakepillään kartan pohjoisiinkin osiin ja voi täyttää taulun ylhäältä lähtien.

Siinä on osa kymmenennen laitospotilaiden tuloksista.

Mutta vielä paljon enemmän; ilman näitä säännöllisiä Kangasalan matkoja mies olisi ollut eläkeläinen jo aikoja sitten. Sitä mieltä hän on ainakin itse. (ingressi) 13.11.1988

Reumatismille hanttiin pistävä potilas on sekä hoidon onnistumisen että kunnon potilaan esimerkki. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on taudinvastaiseen taisteluun osallistuva potilas. Kuntoutustarinan potemus on sopusoinnussa terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen kanssa. Vaikka potilas on tautinen, niin sosiaalisessa järjestyksessä hän, kunnon potilaan tavoin, pyrkii kohti terveyttä.

Sanomalehden sairaalan taudeista ja hoidoista kertovien juttujen esimerkkipotilaiden tarinoilla kasvatetaan kunnon potilaita. Potilaita kasvatetaan myös käytäntöjen tai organisaation rakenteellisista muutoksissa kertovissa jutuissa. Näissä jutuissa potilaita ohjataan käyttäytymään oikein. Esimerkiksi kylpyosaston lakkauttamisesta kertova juttu havainnollistaa, miten käytäntö muuttuu. Ennen uutta käytäntöä potilaat menivät ensin kylpyosastolle ja vaihtoivat siellä sairaalan vaatteisiin. Muutoksen jälkeen potilaat ryhtyvät kävelemään ”palttoot päällä petiin asti”. Muutoksesta iloitaan, sillä sen myötä juokseminen luukulta luukulle vähenee.



Kunnon potilaita kasvatetaan myös tarinoissa, joissa toiminnan puutteiden syyksi osoitetaan potilaiden epäsoipiva käyttäytyminen. Jutussa lastenklinikan uusista tiloista selvitetään syytä poliklinikan ruuhkiin. Syyllisiksi nimetään vanhemmat, jotka eivät osaa toimia oikein ja tuovat vastoin ohjeita lapsiaan poliklinikalle ilman lähetettä. Päivystävän lääkärin työtä häiritsevät puhelutkin näyttävät johduttavan soittajista eivätkä esimerkiksi päivystävän lääkärin työn järjestämisen ongelmista.

Yksi Taysin lastenpoliklinikan ongelmista ovat ruuhkat. – Vanhemmat tuovat lapsensa tänne, vaikka osoitteen olisi pitänyt olla terveyskeskus. Tänä keväänä yhä useampi potilas on tullut meille ilman lähetettä, sanoo Lenko ja muistuttaa samalla, että päivystykseenkin tarvitaan lähete.

(...)

Myös puhelimen jatkuva soiminen on piinallista. – Potilaan aikana päivystäjälle saattaa tulla viisikin puhelua. Tutkittavana olevan asema ei silloin ole miellyttävä. Soitot heikentävät lääkärin keskittymistä, mutta niihin ei voi jättää vastaamatta, sillä koskaan ei tiedä mitä asia koskee, Lenko pohtii. (leipäteksti) 24.5.1995

Vetoomuksellaan juttu rakentaa kuvaa oikein käyttäytyvästä potilaasta. Juttu vetoaa lasten vanhempiin: älkää käyttäkö palveluja väärin tai turhaan. Vetoomus ponnistaa terveydenhuollon palvelujen käyttäjän moraalista veloitteesta perustella palvelujen tarve. Tämä moraalinen velvoite tulee esiin tutkimuksissa, joissa eritellään lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Lääkärin ja potilaan vastaanotto alkaa tavallisesti keskustelulla, jossa potilas tai potilaan vanhempi perustelee, ettei lääkärin tulo ole ollut turhaa. (Heritage & Stivers 1999, 150–1507; Ruusuvoori 2001, 41–43.)

Joulunajan hoitojärjestelyistä kertovassa jutussa puolestaan kuvataan osastojen sulkemisten vaikutuksia:

Sairaala toteuttaa satojen toiveet ja sulkee sairaansijoja (otsikon yläriivi)

Potilaat kaipaavat jouluksi kotiin (otsikko)

Kotiin lähtee pyhiksi potilaita, joiden hoidonkin kannalta on edullista olla välillä kotona (leipätekstiä jutun alkupuolelta, kursivointi – st) 22.12.1989

Jutun alussa ylihoitaja kertoo, miten sairaala toimii joulun aikana. Jutun loppupuolella on lyhyesti haastateltu kotiin lähtevän lapsipotilaan äitiä. Journalistisen sairaalan osastojen joulusulut näyttävät hoidollisestikin hyvinä toimenpiteinä. Juttu on poikkeuksellinen, sillä toisin kuin osastojen suluista kertovissa jutuissa yleensä, lähtökohtana on sairauden hoito eivätkä resurssit. Resursseihin eli osastojen muihin kuin hoidollisiin sulkemissyyhin viitataan jutussa vain ohimennen, kuten kin-päätteellä hoito-sanassa. Jutun kärki on potilaiden toiveiden toteutumisessa. Haastateltu potilas vahvistaa sairaalan tavan järjestää sairautta.

Sairauksia ja niiden hoitoja esimerkittävät potilashaastattelut tuovat näkyviin taudin ja sairauden sosiaalisen järjestyksen kanssa sopusoinnussa olevaa puolta. Keskoslasten hoidosta kertovassa jutussa (19.2.1995) potemus nousee näkyviin vanhempien tarinoiden kautta. Haastateltu vanhempi toivoo lisää tietoa keskosten vanhemmille. Toinen haastateltu vanhempi toteaa, että ”henkilökuntaa on oltava riittävästi, jotta kysymyksiin riittää vastaajia”. Edelleen jutussa kerrotaan, miten henkilökunnan arkipäiväisinä pitämät asiat voivat olla suuri järkytys vanhemmille. Vanhempien kommentit haastavat hienoisesti sairauden muita ulottuvuuksia, vaikka sairaus olisi hyvin järjestetty ja tauti hoidossa, potemuksen näkökulmasta tilanne voi olla vaillinaisesti hoidettu.

### **Sairaalan järjestyksen haastajat**

Passiivisten esimerkkipotilaiden rinnalla näkyy myös uutisosastoilla siellä täällä potilaita, jotka kyseenalaistavat sairaalan toimintatapoja ja lääketieteellisen taudin hegemoniaa sekä murtavat sairaalan pystyvää toimijuutta. Potilaiden näkökulma haastaa sekä sairaalan järjestystä että biolääketieteellisen taudin hegemoniaa. Tällaista

haastamista on esimerkiksi jutussa, jossa verrataan potilaan kuuliaisuutta sairaalan kuuliaisuuteen ja pohditaan edellytetäänkö sairaalalta samanlaista sääntöjen ja käytäntöjen noudattamista kuin potilaalta. Jutussa kysytään suoraan: ”saako potilas korvauksen lääkärin myöhästelystä” (18.10.1995). Uutisosastoilla vilahdelee myös kurittomia potilaita, jotka rikkovat sairaalan järjestystä ja kyseenalaistavat sairaalan auktoriteettiasemaa. Sairaalan kyky kasvattaa kunnon potilaita heikkenee, kun potilaat eivät käyttäydykään kuten ohjeet ja suositukset sanovat. Esimerkiksi yritykset vähentää potilaiden määrää kilpistyvät potilaisiin, jotka hakeutuvat keskussairaalaan yksityislääkärin läheteellä:

Lähetepihtailu ei auttanut. Jos terveyskeskuslääkärit jossain vaiheessa yrittivät vähentää läheteitä Taysiin, ei siitä paljon apua ollut: Potilaat tulivat kuitenkin joko yksityislääkärin läheteellä tai huonossa kunnossa itse. (läheteiden määrää kuvaavan kuvion kuvateksti) 15.10.1994

Potilasnäkökulma nousee esiin parissa hoitoon suoraan liittymätömässä ongelmassa. Vuodesta toiseen toistuva ongelma, joka ei kosketa vain potilaita vaan myös henkilökuntaa, on pysäköinti. Pysäköintipaikat, niiden puute ja maksullisuus puhuttavat niin uutisten tekijöitä kuin yleisönosaston kirjoittajiakin. Potilasnäkökulmasta tarkastellaan myös sairaalan kahvion hintoja. Otsikon mukaan ”Tayksin kahvilan hinnat närästävät”. Juttu kertoo sairaalan tilintarkastajien kiinnittäneen huomiota sairaalan kahvilan hintatasoon, jota potilaat, omaiset ja henkilökunta ovat kritisoineet.

Sanomalehden sairaalassa potilasjärjestöillä ei ole tapana kritisoida sairaalaa avoimesti vaan kritiikki tulee esiin piiloisesti, järjestöjen sairaalan toiminnan puutteita paikkaavasta toiminnasta puhuttaessa. Syöpää sairastavien nuorten hoidosta kertovan jutun (18.11.1992) otsikko sanoo suoraan: ”Syöpää sairastavat nuoret unohdettu”. Alaotsikko kertoo tilanteen kuitenkin muuttuvan paremmaksi: ”Pirkanmaalle viimein toimintaa 13–35-vuotiaille”. Potemuksen ääni kuuluu tekstissä. Vertaistukitoiminnan järjestäjä kertoo

kuuluvansa itsekin nuoriin syöpäsairaisiin. Jutun rakenne kuitenkin sijoittaa potilasjärjestön avustajaksi, sillä jutun alussa tilanteen määrittää syöpätautien professori. Sairaalan toiminnan kritiikiksi voi tulkita myös äidin lausunnon vammaisten lasten vanhempien tukitoiminnan aloittamisesta kertovassa jutussa (25.5.1997). Jutussa haastateltu äiti toteaa, että ”ylhäältä annettu ’viranomaisapu’ tuntuu etäiseltä”.

Aineistossa on vain yksi juttu, jossa potilasjärjestö kohtaa sairaalan aktiivisena toimijana. Juttu kertoo tilaisuudesta, jossa sairaala kertoo muutoksista potilas- ja vammaisjärjestöille.

Kuntoutuksen taso ei laske Pirkanmaalla (otsikko)

Potilaat alkavat saada paremmin tietoa heitä palvelevista potilasjärjestöistä (otsikon alarivi)

– Hyvät hoito-ohjeet potilaille annetaan, mutta keinot niiden toteuttamiseksi jäävät vaillinaisiksi. Järjestöillä olisi tarjota apua tähän puoleen, muistutti Pirkanmaan sydänpiirin toiminnanjohtaja Paula Eljaala.

Ihalaisen (sairaanhoitopiirin johtaja – st) mukaan parannusta on tulossa. Tiedonkulun kehittäminen on yksi sairaanhoitopiirin painopistealueista.

(...)

Monia aiheita sivunneessa keskustelussa Kynnys ry:n Tampereen toimikunnan puheenjohtaja Paula Pietilä nosti esille toisen henkilön apua tarvitsevien potilaiden tarpeet.

– Koska sairaalat eivät pysty hoitamaan tällaisia tarpeita riittävästi, tulisi avustajien läsnäolo hoitotilanteissa ja potilashuoneissa turvata ja mahdollistaa. Sama koskee myös tulkkipalveluja käyttävien henkilöiden hoitoa, esitti puheenjohtaja Pietilä.

Rauno Ihalainen oli tapaamiseen tyytyväinen. Myös piirin johtajaylilääkäri Arto Uusitalo korosti yhteistyön merkityksen kasvaneen.

– Kun resurssit ovat laman myötä vähentyneet, on yhteistyön kehittäminen ainoa lisävoimavara. (leipäteksti, jutun keskeltä jutun loppuun)

11.9.1996

Käsitys potilasjärjestöjen aktiivisesta toimijuudesta ei kuitenkaan rakennu yksimielisesti. Johtajaylilääkärin viittaus resursseihin asettaa järjestöt avustajan paikalle: koska resursseja ei ole, potilasjärjes-

töjen apu on tervetullutta. Potilasjärjestöillä ei sairaalan näkökulmasta ole mitään sellaista annettavaa yhteistyöhön, mikä ei hoituisi muutenkin, mikäli resursseja olisi riittävästi. Potilas- ja vammaisjärjestöjen asemoiminen avustajaksi kieltää potemuksen merkityksen ja korostaa sairauden ja vammaisuuden sosiaalisen järjestyksen ja tautisuuden puolia.

Uutisosastoilla haastetaan myös biolääketieteellistä tautia. Selvä taudin ja potemuksen välinen ristiriita on kansalaisten ja asian tuntijoiden välillä Mäntän syöpätapauksia käsittelevässä jutussa (30.3.1990). Etusivun vinkin otsikko kertoo ”Mäntän syöpälukujen olevan normaaleja”. Sisäsivun otsikko puolestaan toteaa: ”syöpälästen vanhemmat syyttävät päästöjä.” Leipätekstissä on lainattu lääkäriä, joka sanoo, ettei ympäristöä ole voitu osoittaa riskitekijäksi. Jutussa on haastateltu yhtä nimeltä mainittua, syöpään sairastuneen lapsen perhettä sekä nimetöntä, syöpälästen vanhempien yhdistyksessä toimivaa henkilöä. Hän toteaa, ettei syövän ”huippuilmentymistä tehdä tilastoja”. Siksi ei ole faktojakaan väitteiden tueksi. Ristiriita laajenee myös sosiaalisen järjestyksen puolelle.

Mäntässä ollaan hiljaa, kaikki tuntuvat pelkäävän työpaikkansa puolesta. Jos joku ottaa saasteet puheeksi, saattaa lähin työkaveri syyttää vuhottajaksi.

– Onneksi sairastuneiden lasten vanhemmat on jätetty rauhaan. Heille ei kukaan ole tullut väittämään, etteikö tehtaalla olisi osuutta. (leipäteksti, suora lainaus haastatellulta vanhemmalta)

20.3.1990

Jutun kainalossa on toimittajan kommentti, jossa rinnastetaan syöpään sairastuminen ja ”valittujen sairauksien” arvonta. Kommentti on kirjoitettu voittokirjeen muotoon ja se on otsikoitu ”hyvä lapsi riskialtis”. Kommentin voi yhtäältä tulkita kritiikiksi lääketieteellistä auktoriteettia vastaan. Toisaalta tekstin ironisuus mahdollistaa muunkin tulkinnan. Tekstin voisi tulkita ironiaksi elämän sattumista. Journalismin tutkimuksessa ironiaa on pidetty keinona horjuttaa journalistisen käytännön objektiivisuusnormeja. Ironia on kei-

no ottaa kantaa niin, ettei kannanottoa tarvitse välttämättä tulkita kannanotoksi. Teksti on ironista vain jos tekstin lukija sen sellaiseksi tulkitsee. (ks. Renvall & Reunanen 1998.)

Mäntän syöpätapauksista kertovan uutisen kommentti on keino horjuttaa lääketieteellistä auktoriteettia ottamatta suoraan kantaa lääketieteellisiin näkemyksiin. Suhteessa journalistiseen sairaalaan horjuttaminen on epäsuoraa, sillä keskustelu syövän syistä ei kohdistu sairaalan toimintaan. Epäsuoruudestaan huolimatta kommentti tuottaa potemuksen ja taudin välistä ristiriitaa. Ristiriita on kuitenkin mahdollinen vain, jos kommentti tulkitaan ironiseksi. Tekstin tulkitseminen ironiseksi edellyttää yhteisöllisesti jaettua tulkintaan, jossa tekstin valtasuhteet ja konteksti tunnustetaan (ks. Hutcheon 1994, 89–101). Mäntän syöpätapauksien kommentoinnin tulkitseminen ironiseksi edellyttää jaettua kokemusta lääketieteellisestä hegemoniasta ja potemuksen alisteisesta asemasta. Ironia on mahdollista, kun yhteisö tunnistaa sairauden kokemuksen olevan ristiriidassa lääketieteellisen näkemyksen kanssa. Konkreettisesti ristiriita asettuu kuitenkin journalistisen sairaalan ulkopuolelle, sillä se ei suoraan kosketa syövän hoitoa eikä sairaalan toimintaa. Ironia tuottaa potemukseen perustuvaa diskursiivista yhteisöä ja siten kommentti epäsuorasti horjuttaa sairaalan valtasuhteita.

## Potilastarinat

Sanomalehden sairaalan uutisosastoilla potemus nousee selvimmän esiin potilastarinoissa. Potilaan kokemuksista kertovat tarinat rikkovat tautisuuden hegemoniaa ja nostavat esiin potemuksen. Sepelvaltimotaudin hoidosta kertova potilastarina on ennalleenpalauttamistarina, jossa kuvaus sairauden vaikutuksesta potilaan arkeen nostaa näkyviin potemuksen.

N.N. pääsi rintakivusta (etusivun vinkin pääotsikko)  
Tampereen yliopistollinen sairaala tekisi sydämen pallo-  
laajennuksia enemmänkin (vinkin otsikon alarivi)

Tampereen yliopistollinen sairaala juhli maanantaina 35-vuotispäiviään. Vaikka sairaalan seinät kätkevät monta murheellistakin kohtaloa, löytää osastoilta kosolti myös avun saaneita ja toipuneita potilaita.

Yksi heistä on 71-vuotias N.N., joka on kärsinyt rintakivuista. Lumityöt ovat jääneet tänä talvena tekemättä, eikä elämässä ole muutenkaan ollut hurraamista.

Eilen sepelvaltimon tiukka ahtauma avattiin paikallispuudutuksessa operaatiossa, joka kesti vain puolisen tuntia. Potilas oli sen jälkeen hyväkuntoinen. (etusivun ingressi loppuosa)

18.2.1997

Viittauksen potilaiden murheellisiin kohtaloihin voi tulkita kahdella tavalla. Yhtäältä murhe viittaa sairauteen liittyvään kärsimykseen. Toisaalta jutussa käsitellään resursseja ja todetaan, etteivät ”kaikki sydänpotilaat kuitenkaan pääse hoitoon niin pian kuin pitäisi”. Sitä viittauksen murheeseen voi tulkita myös viittaukseksi hoidon puutteisiin eikä sairauteen liittyvään murheeseen. Murheen kaksi tulkintamahdollisuutta kertovat terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen sekä potemuksen kohtaamisesta. Viittaus sairaalan seinien kätkeisiin murheellisiin kohtaloihin kertoo, etteivät kaikki paranekaan. Toisin sanoen sairaalan pystyvä toimijuus murenee. Esimerkiksi valittu ennalleenpalauttamistarina puolestaan osoittaa sairaalan toimintakykyä.

Arthur Frankin (1997) sairaustarinatyypeistä ennalleenpalauttamistarinat ovat vallitseva sairaustarina journalistisessa sairaalassa. Paranemiskertomukset sopivat sairaalaan, ne tukevat sairaalan pystyvää toimijuutta. Ennalleenpalauttamistarinoissa potilas on aktiivisimmillaan passiivinen sankari, joka sietää sairautta ja sen hoitoa. Sairauden jalostumistarinoita tai kaaostarinoita sairaalassa on hyvin niukalti. Jalostumistarinoiden häivähdyksiä voi lukea nuoren syöpäpotilaan ja hänen äitinsä tarinasta. Sairauden toteamisen jälkeisestä ajasta äiti toteaa:

Elämä oli pantava kokonaan uusiin puihin, arvot aseteltava uuteen.  
– Olimme eläneet hyvin rauhallista ja tasaista perhe-elämää, niin

rauhallista, että tuntui välistä oikein yksitoikkoiselta. Mutta olisi se saanut sellaisena pysyä, N.N. hymähtää.

Henkisten paineiden, alituksen huolehtimisen ja jännittämisen, toivon ja epätoivon, uskon ja epäuskon välillä horjumisen lisäksi N:n sairaus toi paljon muutoksia käytännön arkielämään. (leipäteksti) 22.11.1987

Elämänmuutoksesta kertova tarina on kuitenkin enemmän kärsimys- kuin jalostumistarina. Sairauden keskellä elävälle sairaus on sopeutumista ja arjen hallintaa, joiden kautta kärsimys saa tarinallisen muodon. Koska tarina on kesken, siinä on kaoottisiakin piirteitä. Osastolla on paikkapula, hoidon onnistuminen on epävarmaa eikä lapsen tarpeita kuulla, elleivät vanhemmat ole läsnä. Jutun kuvaus tukee potemuksen läsnäoloa. Kotialbumin kuvia muistuttavassa asetelmassa äiti ja poika istuvat vierekkäin ja katsovat kameraan. Vaikka pojan ja hänen äitinsä tarinan sairaala on kovin erilainen kuin journalistinen sairaala yleensä, yhtymäkohtiakin vallitsevaan journalistiseen sairaalaan on. Kun jutussa kerrotaan liian vähäisestä henkilökunnasta ja lasten syöpäosaston puuttumisesta, tarina liittyy osaksi resurssipuhetta.

Selvimmän potilaan kokemus nousee esiin syöpäpotilaan tarinassa, jossa potilas kärsimyksineen on vahvasti läsnä.

Säästöt lisäävät syöpäpotilaan tuskaa (otsikko)

Vakavasti sairaat ja heidän omaisensa Taysista lähettävät terveisiä Suomen poliittisille päättäjille (otsikon alarivi)

Syövästä on tapana sanoa, että se on ”vakava asia” ja yleinen mielle on, että syöpäosasto on ”paha paikka”. Mutta kun syöpäosastolle tulee itse tai tuo sinne omaisensa, ovat kaikki sanat lieviä kuvaamaan tilannetta. Ahdistus on kovaa, raakaa ja julmaa, kuin rautaportti kolkuttaisi. Näin kertoo N.N. 32-vuotias aivosyöpään sairastunut tamperelainen myyntipäällikkö, jonka elämän romuttu tieto syövästä viime helmikuussa. (leipätekstin alku) 22.12.1994

Jutun kuvan keskiössä on haastateltu nainen, hän seisoo keskellä kuvaa vieressään siirrettävä nesteensiirtolaite ja katsoo kameraan. Kuvan nainen on hyvin läsnä oleva. Puhe hoidon puutteista on terävää kritiikkiä, jonka kärki osoittaa päättäjiin eikä sairaalaan. Mutta



toisin kuin puutteita käsittelevissä jutuissa yleensä, tarinassa ei ole mukana rauhoittavaa elementtiä vaan sairaala on pelottava ja ahdistava paikka, jossa ei saa asianmukaista hoitoa. Poikkeuksellista tarinassa on myös viittaus kuolemaan. N.N. sanoo: ”En tiedä omaa tilannettani, en tiedä koska syöpä uusii. Minulla on kiire puhua muiden puolesta nyt.” Viittaus kuolemaan on hyvin poikkeuksellinen, sillä journalistisessa sairaalassa ei kuolla. Tautien ja hoitojen yhteydessä ei kerrota kuolleisuuslukuja eikä organisaation toiminnan kuvauksissa kerrota, kuinka monta potilasta sairaalassa on kuollut. Journalistinen sairaala vaikenee kuolemasta, vaikka sairaalat ovat yleisin suomalaisten kuolinpaikka (Tilastokeskus 2005).<sup>4</sup>

Kuoleman mahdollisuuteen on viitattu myös lastentautien taruntoja käsittelevässä tarinassa.

N. pääsi hengissä sairaalasta (otsikko)

Uupuneet vanhemmat lohduttavat, vaihtavat lastensa vaipat, syöttävät, juottavat, punnitsevat, siivoavat oksennukset ja ripulin lattialta. Pienille lapsille ei ole edes napitettavia paitoja tai riittävästi housuja, sukkiä oli parhaimmassa tapauksessa vain eri paria. Vaipaksi on valittu niin huono merkki, ettei se ime pienintäkään pierua, vaan äiti ja isä vaihtavat jälleen vaatetta ja siivoavat viidettä kertaa tunnin aikana.

Hoitaja kertoo itkuisin silmin, että heitä on jo sairaanakin töissä, ja vielä tästä vähästäkin vähennetään. Yrittäkää ymmärtää, että me teemme parhaamme vanhemmilta pyydetään. (leipäteksti) 24.2.1993

Tällaiset potilastarinat, joissa potilaiden hätä ja ahdistus ovat vahvasti läsnä eikä mukana ole sairaalan toimivuudesta kertovia rauhoittavia elementtejä, ovat hyvin poikkeuksellisia. Näiden potilastarinoiden sairaala on kaoottinen ja turvaton. Vaikka tarinat

---

<sup>4</sup> Tilastokeskuksen kuolleisuustilastot: Kuolleet kuolinpaikan mukaan vuonna 2005: Kuolleita yhteensä 47751, terveydenhuollon yksikkö 33198, koti, asunto 8479, muu paikka 5805, ulkomaat 207, tuntematon paikka 62. Lisäksi on huomattava, että sosiaalialan laitoksissa, kuten vanhainkodeissa kuolleet, on luokiteltu tilastossa kotona tai asunnossa kuolleiksi.

horjuttavat sairaalan pystyvää toimijuutta, ne eivät aseta sairaalaa vastuuseen tilanteesta. Ongelmien varsinaiset syylliset ovat sairaalan ulkopuolisia tahoja. Syöpäpotilaan tarinassa lähetetään terveisiä poliittisille päättäjille. Lastenosaston tarinan hoitajan itkuiset silmät ja sairaana työskenteleminen nivoutuvat osaksi sairaalan resurssipuhetta. Resurssien hegemonia ulottuu potilastarinoihin ja tuottaa potilastarinoista vetoamuksia päättäjille. Samalla sairaalan vastuu kaaoksesta ja turvattomuudesta siirtyy pois sairaalta itseltään.

Journalistisen sairaalan uutisosastojen muutamat potilastarinat nostavat näkyviin potemusta ja rikkovat hallittua ja pystyvää sairaalaa. Ne kertovat niistä puolista, jotka ovat syrjäytyneet journalistisen sairaalan diskursiivisessa muodostelmassa. Sanomalehden sairaalassa potilaiden tehtävänä on vahvistaa sairaalan kertomusta ja tukea sairaalan pystyvää toimijuutta. Sanomalehden journalistisissa käytännöissä potilaiden tarinat ovat lisukkeita, joiden tehtävänä on elävöittää ja kuvittaa tarinaa. (Ks. Kunelius 2000.) Yleisönosaston potilaisiin eivät sairaalan eivätkä journalismin käytännöt yllä yhtä vahvoina. Yleisönosastot ovat journalistisessa sairaalassa potilaiden ja potemuksen paikka.

## YLEISÖNOSASTON ÄÄNEKKÄÄT JA HANKALAT

Journalistisessa sairaalassa äänekkäiden potilaiden paikka on yleisönosastossa. Potilaat toimivat niissä kansalaisina, jotka kertovat kokemuksistaan, ottavat kantaa ja tekevät esityksiä. Yleisönosastossa rakentuva journalistinen sairaala on sanomalehden muuta sairaalaa särmikkäämpi. Teksteissä tuetaan sairaalan resurssivaateita, valitetaan huonosta ja kiitetään hyvästä hoidosta. Kirjoittajat tekevät myös konkreettisia esityksiä. Yleisönosasto on myös potilaiden ja henkilökunnan kohtaamisen paikka. Sairaalan henkilökunta osallistuu keskusteluun ja vastaa potilaiden valituksiin.

Yleisönosastoon kirjoittavat liittyvät osaksi sairaalan yleistä resurssipuhetta. Sekä yksittäiset potilaat, henkilökunnan jäsenet että yhteisöt ottavat kantaa sairaalan resursseihin. Potilaiden yleisönosastokirjoitukset osallistuvat keskusteluun sairaalan resursseista. Ne ovat myös sopusoinnussa muun resurssipuheen kanssa.

Onko syöpäosasto menossa tuuliajolle (otsikko)

Tarkoitukseni ei ole moittia osaston henkilökuntaa, he tekevät minkä ennättävät, mutta asiasta todellisuudessa päättävien olisi syytä tarkistaa kantojaan. (leipäteksti) 21.7.1993

Yleisönosastossa jonot eivät kuitenkaan rakennu samanlaiseksi sairautta järjestäväksi toiminnaksi vaan kansalaiset kyseenalaistavat sairaalan toimivuutta. Alkukesällä 1997 yleisönosaston kirjoitukset kertovat "leikkausjonojen pitenevän alkupäästä" (kahden kirjoituksen yhteinen otsikko 24.5.1997). Lisäksi kysytään. "ohittaako yksityispotilas pitkän leikkausjonon" (otsikko 6.6.1997) sekä todetaan, että "rahalla pääsee jonon ohi" (otsikko 13.6.1997). Sairaala osallistuu keskusteluun ja vastaa (29.5.1997), kuten ennenkin, eli vetoaa resurssipulaan. Yleisönosaston jonokuvaukset rikkovat jonon ja koko sairaalankin järjestystä. Jono ei ole toimivan hoidon vaan epätasavärisen ja toimimattomuuden merkki.

### **Valitukset murtavat pystyvää toimijuutta**

Yleisönosastossa sairaala ei rakennu samanlaiseksi pystyväksi toimijaksi kuin uutisosastolla. Yleisönosaston sairaala on kaotoinen, toimimaton ja turvaton paikka. Kansalaiset, potilaat ja heidän läheisensä kirjoittavat ruuasta, hoidon tasosta ja turvallisuudesta, henkilökunnan käytöksestä ja muista epäkohdista sairaalan toiminnassa.

Pikon vellidieetti (otsikko)

Toista vuotta olen seurannut Pikonlinnan ruokaa ja kuunnellut potilaskumppaneiden valituksia ruuasta ja ihmetellä todella täytyy. (kirjoituksen alku) 8.6.1981

Sairaalan liukuhihnalla (otsikko)

Anna aikaa ihmiselle on lause, jonka olen kuullut olevan sairaalatyössä käytössä. Vaan kuinka ollakaan, jouduin liukuhihnalle (kirjoituksen alku)

Ei heillä ollut aikaa ihmiselle. (kirjoituksen loppu) 25.11.1987

Kuinka kalliiksi lääkärit tulevat (otsikko)

Olin kesällä silmäpolin potilaana. En valita jonotusajasta mutta kohdalleni osuneen lääkärin käytös oli sekä ylimielinen että snobbaileva. Hän huomautti minulle, että tulen yhteiskunnalle kalliiksi, koska käynnistäni lähetetään iso lasku kaupungille. Hän kehotti minua käyttämään yksityislääkärin palveluja, mikäli vielä on tarpeen.

(...)

Oli kuitenkin lohdullista lukea, millä periaatteilla (valittaja viittaa hallintoylilääkärin kirjoituksen sairaalan periaatteista) Tays toimii paperilla, olenhan voinut käytännössä todeta, kuinka nuori kokematon lääkäri kohtelee valkopäistä potilasta. Moinen lääkäri pystyy pilaamaan kauniitkin periaatteet. (leipäteksti)

8.10.1993

Television katseluun sairaalassa säännöt (otsikko)

Toivon, että sairaalan johto huolehtii tulevaisuudessa, ettei kenenkään tarvitse kärsiä siitä, että tv:t on tuotu potilashuoneisiin. Mikäli näin ei tapahdu, televisiot pitäisi ehdottomasti poistaa huoneista. (leipätekstin loppu)

23.8.1996

Sairaala vastaa potilaiden valituksiin. Osa vastauksista on julkaistu samaan aikaan valitusten kanssa, osa myöhemmin. Vastauksen samanaikainen julkaiseminen toimii kahdella tavalla. Yhtäältä vastaus on hyvää palvelua, sillä kirjoittajan ongelma saa heti huomiota. Toisaalta välitön vastaaminen voi tyrehdyttää keskustelua. Yksittäisen potilaan kirjoitus voisi kirjoittaa muitakin keskustelemaan.

Yleisönosasto toimii henkilökunnan ja potilaiden kohtaupaikkana. Uutisosastoilla potilaan ja henkilökunnan keskustelu on hyvin niukkaa. Uutisosastojen potilas on tyypillisesti abstrakti taudinkantaja-potilas, jonka kokemuksista puhuu joko lääkäri tai hoitaja. Yleisönosastossa sen sijaan potilas kysyy suoraan sairaalalta ja sairaala vastaa. Yleisönosastossa potilaat ja henkilökunta kohtaavat

toisensa. Vastauksissa on mukana myös elementtejä, joilla sairaala pyrkii löytämään syitä muualta kuin sairaalan toimintavoista. Vastauksissa valitellaan tapahtunutta ja selitetään, miksi näin kävi. Sairaala myös pahoittelee toimintaa ja myöntää, ettei toiminta ole ollut sellaista kuin pitäisi. Esimerkiksi lasten ja synnytysklinikan ylilääkärit vastaavat kirjoitukseen, jossa nainen valittaa äidinmaidonluovutuksen opastuksen puutteesta. ”On todella vahinko, ettei hän saanut riittävästi opastusta asiassa” (7.9.1994). Potilaan omainen puolestaan kirjoittaa nimellä, miten parantumattomasta sairaudesta kerrotaan lääkärintarkinnon yhteydessä.

En kaipaa mitään hyssyttelyä, mutta eikö olisi hienotunteisempaa hoitaa kertominen potilaille kahden kesken.

Meidän tapauksessamme olin esittänyt toivomuksen sekä hoitavalle lääkärille että osaston parille hoitajalle saada olla paikalla isän tukena, kun parantumattomasta syöpäsairaudesta kerrotaan hänelle. Olin itse samaan aikaan Taysissa synnytettyäni edellisenä aamuna eli olin tavoitettavissa tulemaan isäni osastolle milloin tahansa.

Pyyntöäni ei kuitenkaan noudatettu, vaan asia kerrottiin isälle ilman paikalla oloani. (leipäteksti) 31.8.1985

Sairaalan vastauksessa (2.9.1995) todetaan, että ulkoisten puitteiden sairaudesta kertomiselle pitäisivät olla hyvät. ”Vaikka tähän pyrimme, valitettavan usein erinäisistä syistä johtuen tämä ei ole mahdollista.” Vastauksen lopussa sairaala pyytää anteeksi eikä siirrä vastuuta pois itseltään.

Esitän pahoitteluni, ettei palvelutaitomme tässä tapauksessa yltänyt parhaaseen mahdolliseen. Taysin henkeen kuitenkin kuuluu, että arvostamme hyvän palvelun periaatteita, ja pyrimme kaiken aikaa kehittämään niiden toteuttamisessa. 2.9.1995

Vastauksissa on mukana myös elementtejä, joilla sairaala pyrkii löytämään ongelmaan syyt muualta kuin sairaalan toimintavoista. Esimerkiksi kun potilas valittaa kärpäsien saartavan Pikonlinnan (22.7.1988), sairaala väistää vastuuta. Potilaan kirjoituksen kanssa samanaikaisesti julkaistun vastauksensa sairaala aloittaa toteamalla,

että ”tänä kesänä karpäsiä on ollut tavallista enemmän”. Lisäksi vastaus nimeää ongelman syyksi potilaat, jotka jättävät ikkunoita ja parvekkeiden ovia auki.

Henkilökunnan ja potilaan kohtaaminen yleisönosastossa nostaa esiin sairaalan sisäisiä ristiriitoja ja erilaisia tapoja suhtautua potilaan valitukseen. Nimimerkki Potilaan omainen kertoo sairaalan pyörätuolien puutteista ja ehdottaa työllistetyn palkkaamista pyörätuolien kunnostukseen (28.8.1997). Samana päivänä kirjoitukseen vastaava asiakaspalvelupäällikkö sanoo, että tällaista käytäntöä on ehdotettu kokouksessa, mutta niin ei ole tehty, koska ”osastonhoitajat vastustivat sitä kiivaasti” (28.8.1997). Syksyllä 1998 sairaalan kaksi ylilääkärää vastaa kirjoituksiin päivitystyksen lähettämisen käytännöistä. Ensimmäisessä tapauksessa (29.9.1998) vastaava ylilääkäri toteaa, että ”lähetteen tarpeellisuuden ja aiheellisuuden Taysin ensiapuun arvioi kunkin päivityspisteen lääkäri, sitä ei valitettavasti voi ratkaista potilaan toivomuksen perusteella”. Kirjoituksen lopuksi hän pahoittelee ”tietämättömyyttä, joka vielä vallitsee Pirkanmaalla päivityspotilaiden oikean hoitopaikan valinnassa”. Tietämättömyys ei kuitenkaan paikannu vain potilaan tietämättömyydeksi: ”on selvää, että kyseiseen asiaan edelleen tarvitaan informaatiota niin Taysin kuin myös omistajakuntien taholta”. Hieman myöhemmin samana syksynä potilaan valitukseen vastataan toisin. Nimimerkki vm.-21 kuvaa, miten hän etsi apua silmäkipuunsa ”ympäri kaupunkia”. Vastauksessaan silmätautien tulosyksikön johtaja ei pahoittele tilannetta ja potilaan saamaa kohtelua vaan siirtää vastuun potilaalle itselleen ja ryhtyy kasvattamaan kunnan potilasta:

(...) mainitut matkat sairaalasta toiseen olisivat puolittuneet ja valitettavat kivut helpottuneet nopeammin, mikäli kirjoittaja olisi ollut tietoinen ja noudattanut tamperelaisille yleisesti tiedossa olevaa ohjetta kääntyä päivitystapauksissa ensisijaisesti Hatanpään terveysaseman puoleen. (leipätekstin loppu) 6.11.1998

Edellisestä esimerkistä huolimatta näyttää siltä, että potilaiden valituksiin vastaaminen on muuttunut 1990-luvulla. Sairaala ei yhtä

aktiivisesti vetäydy vastuusta ja etsi syyllisiä muualta kuin aiemmin vaan osaa myös pahoitella. Muutoksen taustalla ovat sekä laki potilaan oikeuksista että hoitokulttuurin muutos. Potilas on ehkä aiempaa enemmän toimiva subjekti eikä vain passiivinen hoidon kohde. Satu Salosen opaskirja sairastaville (2006) *Sairaalan hyvä potilas* kertoo muuttuvasta kulttuurista. Potilas voi toimia lääkäriin mennessään kuin konsulttiaan tapaava asiakas. (Mt. 68–76.)

### Monta potemusta

Potilaan aseman yhteiskunnallisista muutoksista huolimatta modernin sairaalan hierarkiassa potilas on alimmaisena. Hänen ei kuulu kyseenalaistaa eikä olla muutenkaan vaivaksi. Vaativiksi ja valittaviksi koetut potilaat voivat saada hoitoyhteisössä hankalan potilaan leiman, mikä saattaa vaikuttaa potilaan hoitoon (Silfver, Lauri & Heino-Kilpi 1993, 25–26, 36–38) Näitä niin kutsuttuja hankalia potilaita vaeltelee journalistisen sairaalan uutispalstoilla harvoin; hankalien ja valittavien potilaiden paikka on yleisönosastossa. Nimimerkki Masuvauvan äiti tunnistaa itsessä hankalaksi potilaaksi ja kyseenalaistaa sen.

Sain taas äitiyspolilla kuulla joutuvani sairaalaan sisälle ensi viikolla. Menossa oleva raskauteni ei ole alun alkaenkaan mennyt kovinkaan hyvin, joten luulisi lääkärin ymmärtävän, että tietysti olen peloissani ja järkyttynyt, ennen kaikkea surullinen, sillä eikö jokainen haluaisi olla terve koko odotusajan. Mutta eihän potilaalla ole mitään oikeutta järkyttyä, sen huomasin. Olin ilmiselvästi lääkärin mielestä kiusankappale, kun en osannut ottaa rauhallisesti sairaalaan menopakkoa vaan aluksi kapinoin ja sanoin, etten tahtoisi mihinkään sairaalaan, eikö asiaa voisi muuten hoitaa?

Lääkärin mielestä olin vain tahallani hankala. (...)

Pelottaa koko sairaalaan meno, olen näet ollut siellä jo kerran. Osa hoitohenkilökunnasta on asenteiltaan samanlaisia kuin tapaamani lääkäri.

(...)

Miksi en siis saisi olla peloissani ja surullinen. Miksi minun pitäisi henkilökunnan vuoksi olla yrittää olla ”vaivaton” kunnon potilas? (leipäteksti, viimeinen osa tekstin loppu) 10.5.1989

Potilaan hankaluudesta käydyssä keskustelussa talvella 1998 nousivat esiin eriävät näkemykset potilaan paikasta sairaalassa. Keskustelun aloittaa asiakaspalvelupäällikkö, joka kommentoi lääkäripäivien uutista. Uutisessa on kerrottu lääkäripäivillä käsitellystä hankala potilas -teemasta.

Ei jaeta hyviin ja hankaliin (otsikko)

Onko oikeutta jakaa potilaat hyviin ja hankaliin? Vastaus on, että ei ole. Jokainen potilas tulee hoitaa yksilöllisesti ja yhtä hyvin. Jokainen terveydenhuollossa työskentelevä henkilö tietää tai ainakin hänen tulisi tietää, miten käyttäytyy potilas, joka väkivaltainen, humalassa, huumeissa, kovissa kivuissa, ahdistunut, pelkäävä tai epätietoinen. Hän ei ole hankala vaan apua tarvitseva ihminen.

(...)

Pahinta potilaalle on, jos hoitava lääkäri sanelee hänen sairauskertomukseensa, että kysymyksessä on nk. hankala potilas. Seuraavalla käynnillä uusi lääkäri ottaa määrätynlaisen asenteen, mikä voi hyvinkin vaikeuttaa hoitotuloksen syntymistä. (leipäteksti) 15.1.1998

Nimimerkki Perusterveydenhuollon sekatyölääkäri jatkaa keskustelua ja on samaa mieltä asiakaspalvelupäällikön kanssa siitä, ettei ”omista asioistaan kiinnostunut potilas ole hankala eikä vaikea, vaan kriittinen suhtautuminen ja vaihtoehtojen kysely on tarpeen ja saattaa jopa parantaa lääkärin työn tuloksia”. Lääkäri ei kuitenkaan ole asiakaspalvelupäällikön kanssa yhtä siitä, ettei hankalia potilaita olisi olemassa. Lääkärin mukaan potilaat voivat olla hankalia:

Toisenlaisia hankaluuksia tuottavat erilaiset päivistyst vastaanotoilla räyhäävät psyko- ja sosiopaatit sekä päihteiden sekakäyttäjät.

(...)

Helppohan on hallintorakennuksesta päin viisastella sopivasta kohtelusta, kun ei tarvitse olla päälle syljeksittävä ja tönittävä. (leipäteksti) 20.1.1998



Nimellä kirjoittava potilas jatkaa keskustelua:

Helppo potilas on hiljaa paikallaan (otsikko)

Jokaisen lääkärin olisi ”terveellistä” kokea, miltä tuntuu olla itse potilas ja kokea vaikkapa leikkauksen jälkeiset kivut. Lääkäreiltä kun on jumaluudessaan hämärtynyt käsitys ”hankalasta” tai ”hyvästä” potilaasta. Myös hoitohenkilökunnalla on syytä itsetutkisteluun kiireistä huolimatta.

Hankala potilas voi olla epäkohtelias, uhkaileva tai väkivaltainen, mutta apua hakeva, omasta terveydestään kiinnostunut ja siihen osallistuva potilas ei suinkaan ole ”hankala”. Potilaalla on täysi oikeus kysellä, ottaa kantaa sekä vaatia oikeudenmukaista ja asiallista kohtelua; lääkäritkin voivat tehdä virheitä, kuten myös hoitajat.

Potilaan oma-aloitteisuuden ja aktiivisuuden pitäisi aina olla positiivinen asia. Potilas on myös oman vaivansa ja itsensä paras asiantuntija, jota on syytä uskoa tyyliin ”potilas on oikeassa, kunnes toisin todistetaan”.

Yhtä pitävän mahtavan sairaalayhteisön edessä potilas on kuitenkin voimaton ja vailla oikeuksia. (leipäteksti) 29.1.1998

Potilaan kirjoituksessa nousee esiin potemuksen ja sairauden muiden ulottuvuuksien ristiriita. Potilaan voimattomuus kuvaa tautisuuden ja sairauksien sosiaalisen järjestyksen hegemoniaa sairaalassa. Kun kirjoittaja kyseenalaistaa sairaalan toiminnan oikeellisuuden, hän haastaa sairaalan auktoriteetin. Kun potilas omiin kokemuksiinsa vedoten ei suostu toimimaan kuten hyvän potilaan kuuluu, esiin nousee potemuksen ja sairauden sosiaalisen järjestyksen välinen ristiriita. Hankala potilas kuvaa ennen muuta ristiriitaa potemuksen ja sairauden sosiaalisen järjestyksen välillä. Taudin ja potemuksen välinen ristiriita nousee esiin, kun kirjoittaja toteaa potilaan olevan oman vaivansa ja itsensä paras asiantuntija. Kirjoittaja ei suostu asettamaan potilasta passiivisen taudin kantajan paikalle vaan puolustaa kokemuksen merkitystä.

Potemuksen sekä terveyksien ja sairauksien muiden ulottuvuuksien välisestä ristiriidasta kertoo myös nimimerkin Hyvääkin parempaa kirjoitus synnytysosaston käytännöistä:

Suomalainen äitiyshuolto on maailman parhaita, jos kriteereinä käytetään alhaisia kuolleisuustilastoja. Jos kuitenkin tutkittaisiin äitien tyytyväisyyttä synnytyskokemukseen, voisi sijoitus pudota huomattavasti. Onkohan Suomi peräti maailman ainoa maa, jossa synnyttäjä ja synnytystä hoitava kättilö ovat toisilleen ventera? Oma kokemukseni Taysista kesäkuulla 1993 ei ollut missään nimessä huono. (leipäteksti) 23.11.1995

Potilaan näkemys ja potemus eivät tule esiin vain negatiivisessa palautteessa. Journalistisen sairaalan yleisönosastossa potilaat kiittävät saamastaan hoidosta. Kiitoksilla vastataan sairaalaa moittiviin kirjoituksiin.

On paljon kirjoitettu lastenosaston hoidosta. 2-vuotias poikani oli juuri toista kertaa kolmen kuukauden sisällä hoidossa (...). Ja en voi muuta kuin kiittää hoidosta! (leipätekstin alku) 8.9.1993

Kiitoksissa löytyy myös yhtymäkohtia journalistisen sairaalan tautisuuteen ja taisteluun tautia vastaan. N.N. kehuu sairaalan henkeä:

Ilmeellinen on se henki, mikä siellä (Tayksissa) vallitsee korkeimmasta proffasta työn raskaan raatajaan. Se on se talvisodan henki, mikä kaikkialla on. 30.1.1989

Sairaalan pystyvää toimijuutta tuetaan myös kirjoituksessa, jossa potilas kertoo miten hoitajat häntä auttoivat.

Sairaala minun näkökulmastani (otsikko)

Sitten on nuo sängyt, joista ei tiedä, itkeäkö vaiko nauraa. On mieltä ylentävä ja lämmittävä tunne, kun tullessaan sairaalaan katselee mokomaakin härveliä sen vieressä istuen ja kuvittelee siellä korkeuksissa lepäävänsä. On vain pieni pulma, kuinkas sinne pääset? No, kun tulvahtaa tuvan täydeltä sirkeäsilmäisiä, hymyisiä naispuolisia hyväntekijöitä, niin suurella lukumäärällä ja huudolla saatiin sitten tämmöinen pikkuinen poju (elopaino noin 100 kg) yläilmoihin. Kuinkahan kärsivät tyttöparkojen selät, kun tuota selkäsairautta ei kuulemma noteerata edes ammattitaidiksi, minkähän tähden? (leipäteksti) 27.8.1980

Yleisönosaston sairaala on moniääninen ja -särmäinen. Sairaalan ja potilaiden kohdatessa potemus rikkoo sairaalan järjestystä. Potilai-

den kysymykset ja kokemukset rikkovat sairaalan ehyttä toimintakertomusta ja tuovat esiin ristiriitoja. Yleisönosaston tarinoiden monimuotoisuuteen kuuluu, että mukana on myös sairaalan järjestystä ja pystyvää toimijuutta tukevia tarinoita. Olennaisin ero uutisosastojen ja yleisönosastojen potilaiden välillä on aktiivisuus. Yleisönosastossa potilaat eivät ole passiivisia taudin kantajia vaan aktiivisia sairauden kokijoita.

### PATERNALISTINEN POTILUUS

Potilasnäkökulman vähäisyys ja alistaisuus sairaalan pystyvälle toimijuudelle kertoo journalistisen sairaalan hierarkkisuuudesta, mutta vähäisetkin tarinat ja näkökulmat antavat vihjeitä tautisuuden ja terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen sivuuttamasta potemuksesta. Potilas ja potemus ovat journalistisen sairaalan diskursiivisen muodostelman välttämättömyyksiä. Journalistisen sairaalan sairauden sosiaalisen järjestyksen ja lääketieteellisen taudin hegemonia on mahdollista vain suhteessa alistettuun potemukseen.

Nimeltä mainitut, jutuissa haastatellut potilaat ovat sairauksista ja niiden hoidosta kertovissa jutuissa poikkeuksia. Journalistisessa sairaalassa lääkärit, hoitajat ja potilaat ovat harvoin läsnä tasavertaisina puhujina samoissa jutuissa. Vaikka potilaat eivät kuulu näissä jutuissa, niin näkymättömiä he eivät ole. Potilaan ovat läsnä sekä juttujen kuvituksessa että tekstissä yksilöimättöminä potilaina, tautien kantajina. Potilaille tehdään sitä ja tätä ja heidän hoitonsa tarvitsee resursseja. Potilaat ovat toiminnan kohde eikä heidän kokemustaan ole tapana pitää sellaisena asiantuntemuksena, jota voisi käyttää sairaalan toiminnan arvioinnissa. Kokonaan potemus ei kuitenkaan ole poissa. Potemus häivähtelee journalistisen sairaalan osastoilla. Häivähdykset kyseenalaistavat sairaalan pystyvää toimi-

juutta ja sairaalan pyrkimystä siirtää ongelmat muiden toimijoiden syyksi. Lisää säröjä sairaalan sileään ulkokuoreen tuottavat yksittäiset potilaiden kertomukset, jotka nostavat esiin sairaalan ja sairauden vaiettuja puolia: kaoottisuutta, pelkoa ja epävarmuutta. Erityisen vahvasti potilaat ovat läsnä yleisönosastossa, joissa potilaat sekä kiittävät että moittivat sairaalaa. Yleisönosaston potilaiden valitukset kertovat epäasiallisesti toimivasta, byrokraattisesta ja jopa potilasturvallisuutta vaarantavasta sairaalasta.

Potilaiden äänetön läsnäolo kertoo sairaalan yhteiskunnallista tehtävästä järjestää sairautta. Sanomalehden sairaalassa potiluus rakentuu sairauden sosiaalisen järjestyksen ja taudin kautta. Potilas on kasvatuksen kohde ja taudin kantaja. Potemuksen äänelle on sairaalassa vain vähän tilaa, sillä se häiritsee sairaalan järjestystä ja kyseenalaistaa lääketieteellisen taudin hegemoniaa. Journalistisessa sairaalassa potiluus järjestyy paternalistisesti: potilasta holhoaa sekä sairauden sosiaalinen järjestys että lääketieteellinen tauti.

Journalistisen sairaalan potiluus nostaa esiin kysymyksen potilaasta ja kansalaisesta. Kauko Pietilän ja Klaus Sondermannin (1994) mukaan sanomalehden yhteiskunta toimii vain puoliksi: kansalaiset ja vallakkaat eivät kohtaa toisiaan. Samanlainen kansalaisten ja asiantuntijoiden kohtaamattomuus on noussut esiin kansalaisjournalismin tutkimuksissa. Journalismin tukeutuminen tietäviin ja valtakkeisiin lähteisiin sivuuttaa kansalaiset ja heidän näkökulmansa. (Ks. esim. Heikkilä 2001; Heikkilä & Kunelius 1997.) Terveysjournalismissa luotetaan asiantuntijoihin vielä enemmän kuin journalistisissa yleensä. Potilaiden kokemuksia sen sijaan vieroksutaan, niitä pidetään subjektiivisina ja epäluotettavina. (Järvi 2002; Finer ym. 1997).

Tämän tutkimuksen näkökulmasta potilaan ja journalismin kohtaamattomuus ei kuitenkaan palaudu vain journalistisiin käytäntöihin vaan yhteiskunnalliseen ja kulttuuriseen potiluuuteen, joka saa voimansa terveyksistä ja sairauksista. Kun terveyksien ja sai-

rauksien kulttuurisessa ymmärryksessä potemus on marginaalissa, rakentuu potiluuskin taudin ja sairauksien sosiaalisen järjestyksen piirissä. Lääketieteen muuttuminen biolääketieteestä infolääketieteeksi muuttanee myös potilaan ja taudin suhdetta. Potilasta ei enää tarvita konkreettiseksi taudin kantajaksi vaan hoitopäätökset voidaan tehdä pelkän tautitiedon perusteella. Tietoverkoissa leviävät potilastiedot merkitsevät potemuksen ja taudin irtautumista yhä kauemmaksi toisistaan. Samaan aikaan lääketieteellinen teknologia tunkeutuu yhä syvemmälle ruumiiseen ja tuottaa yhä yksityiskohtaisempaa informaatiota ruumiin tilasta. Lääketieteen muuttuminen infolääketieteeksi muuttanee journalistisia terveyksiä ja sairauksia. Jos sairaudesta tulee yhä enemmän lääketieteellisen teknologian avulla mitattava ja kuvattava olemisen tila, jää potemukselle yhä vähemmän sijaa. Terveysjournalismin näkökulmasta tämä voi tarkoittaa, että tulevaisuudessakin potemuksen ääni kaikkoo diskursiivisen muodostelman aukkoihin.



---

# 6

## TERVEYSJOURNALISMIN JÄRJESTYS

---

Tämän tutkimuksen tehtävänä on ollut selvittää terveysjournalismin olemusta sekä teoreettisesti että empiirisesti. Tutkimustehtävä konkretisoituu neljäksi tutkimusongelmaksi: 1. Mitä terveysviestintä ja -journalismi ovat? 2. Millainen on viestinnän suhde terveyksiin ja sairauksiin? 3. Millainen on journalistinen sairaala? 4. Miten potiluus järjestyy journalistisessa sairaalassa?

Teoreettisiin tutkimusongelmiin vastaaminen kiteytyy terveysviestinnän määritelmään. Määrittelen terveysviestinnän terveyksiä ja sairauksia tuottavaksi yhteiskunnalliseksi ja kulttuuriseksi käytännöksi. Pidän terveysviestintänä kaikkea viestintää, joka käsittelee terveyttä ja sairautta. Siten terveysviestintää voi olla niin yksilöiden välinen keskinäisviestintä (interpersonaalinen viestintä), kohdeviestintä kuin joukkoviestintäkin. Myös terveysjournalismi on terveyksiä ja sairauksia tuottava yhteiskunnallinen ja kulttuurinen käytäntö. Se ei siis ole, kuten aiemmissa tutkimuksissa on usein oletettu, terveys- ja sairausinformaation välittäjä.

Terveysjournalismissa terveyksien ja sairauksien tuottamisen käytäntö nivoutuu yhteen terveyksien ja sairauksien määrittelyjen kanssa. Tutkimuksen apuvälineeksi tuottamani terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden malli nostaa näkyviin terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen puolen. Teoreettinen oletus terveyksien ja sairauksien moneudesta konkretisoituu sanomalehden sairaalan analyysissä. Toisin kuin aiemman tutkimuksen perusteel-

la voisi olettaa, journalistinen sairaala ei ensisijaisesti rakennu biolääketieteellisenä tautijärjestyksenä vaan terveyksien ja sairauksien sosiaalisena järjestyksenä. Lääketieteellinen tauti on vahvasti läsnä sanomalehden sairaalassa, sillä journalismin terveyksien ja sairauksien sosiaalinen järjestys nivoutuu yhteen biolääketieteellisen tautijärjestyksen kanssa. Journalistisen sairaalan järjestystä ja pystyvää toimijuutta tuotetaan taudin uhan ja hallinnan tasapainolla. Ellei sairaalan resurssivaateita täytetä, terveys vaarantuu ja sairauden järjestys horjuu. Sairauden epäjärjestys on kuitenkin vain potentiaalinen uhka, sillä toistaiseksi tilanne on sairaalan hallinnassa. Journalistisessa sairaalassa korostuu samanlainen virheettömyys ja täydellisyys kuin muissakin sairaaloissa (ks. Vuori 1997). Tiukat toimintarajat mahdollistavat hallitun ja pystyvän toimijuuden. Journalistisen sairaalan uutisosastoilla vaeltelee epäkohdista ja huonosta hoidosta valittavia potilaita vain harvoin.

Biolääketieteellisen tautijärjestyksen nivoutuminen yhteen terveyksien ja sairauksien sosiaalisen järjestyksen kanssa marginalisoi potemuksen. Ellei moderni lääketiede asemoisi potilasta hoidon kohteeksi ja taudin kantajaksi, sairaalan mahdollisuus vaientaa potilaan ja potemuksen äänet olisi vähäisempi. Sairauden medikalisoiminen merkitsee sairauden poliittisuuden sivuuttamista. Biolääketieteen tuottama tauti näyttäytyy kehokoneen vikoina ja voitettavana vihollisena. Tällöin sairaudet ja niiden hoidot näyttäytyvät epäpoliittisina luonnonilmiöinä.

Taudin sekä terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen liitto pitää yllä journalistisen sairaalan järjestystä ja mahdollistaa potemuksen hiljentämisen ja asemoimisen sairaalan järjestyksen tukijaksi. Sairaalan järjestyksessä äänettömälläkin potilaalla on paikkansa. Sairaalan kuvastoissa potilaat ovat lavasteita ja hoidon kohteita, jotka osoittavat toiminnan tarpeellisuutta. Uutisosastoilla potilaat toimivat onnistuneen hoidon esimerkkeinä, resurssivaatteiden tehosteina ja kasvatuksen kohteina. Vastuun siirtäminen on journalistisen sairaalan pystyvän toimijuuden tuottamisen strategia.



Toimintaongelmat johtuvat puutteellisista resursseista, väärin toimivista potilaista tai sairaalan ulkopuolisesta politiikasta. Kun uusia toimintatapoja esitellään, ongelmien kieltämisen ja vastuun siirtämisen strategia murtuu, ainakin piiloisesti.

Sairaalan pystyvä toimijuus kyseenalaistuu ennen muuta yleisönosastossa, jossa potilaat valittavat huonosta hoidosta, epäasiallisesta kohtelusta ja muista sairaalan toiminnan puutteista. Yleisönosaston sairaala on monimuotoisempi kuin uutisosastojen sairaala. Se on myös potilaiden ja henkilökunnan kohtaamisen paikka: potilaat valittavat, ja sairaala vastaa. Yleisönosastossa sairaala myös myöntää toimintansa puutteet, vaikka vastuun siirtämisen strategia on sielläkin käytössä. Resurssien puutteesta ja väärin toimivista potilaista pyritään tekemään potilasvalitustenkin syyllisiä. Sekä terveyksien ja sairauksien sosiaalinen järjestys että biolääketieteellinen tauti tuottavat potilaasta passiivisen hoidon kohteen ja taudin kantajan. Sairaalan kuvastot tukevat passiivista, paternalistista potiluutta ja voivat olla ristiriidassa kirjoitetun tekstin kanssa. Äänekkäät ja hankalat potilaat tuottavat itsenäistä ja aktiivista potiluutta. Se uhkaa sairaalan hallittua ja pystyvää toimijuutta eikä ehkä siksi pääse esiin uutisosastoilla.

Yleisönosaston hankalat ja äänekkäät potilaat sekä uutisosastoilla vilahteleva potemus tuovat näkyviin journalistisen sairaalan diskursiivisissa käytännöissä sivuun jääviä journalistisen sairaalan puolia. Terveysjournalismin diskursiiviset käytännöt tuottavat sairautta järjestävän sairaalan. Näissä käytännöissä korostuvat terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys ja biolääketieteellinen tautisuus. Terveyden ja sairauden kolmannen ulottuvuuden, potemuksen, alistainen asema mahdollistaa järjestystä ja tautia korostavan sairaalan hegemonian. Järjestyksen ja taudin sairaalassa potiluus järjestyä paternalistisesti. Potiluuden muut mahdollisuudet, jotka näyttäytyvät potilaiden kertomuksissa, kertovat sairaalan ja taudin järjestyksen murtumisesta. Vaikka potemus jää piiloon journalistisen sairaalan aukkoihin, se ei katoa. Potemus on osa yhteenkietou-

tuneita terveyksien ja sairauksien ulottuvuuksia, joita ei voi erottaa toisistaan kuin teoreettisesti.

## TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA

Tämä tutkimus on kasvanut pitkässä prosessissa, joka alkoi yksinkertaisesta ihmettelystä: miksi media puhuu sairaudesta niin kuin se puhuu. Ensimmäisten suunnitelmien mukaan kysymystä median terveyden ja sairauden esittämisen tavoista oli tarkoitus etsiä median terveysideologioista. Noihin ideologioihin oli määrä päästä käsiksi isojen empiiristen aineistojen kautta. Ensimmäisissä tutkimussuunnitelmissa oli mukana aineistoja sekä useista sanomalehdistä että televisiouutisista. Empiiristen aineistojen analyysi pysähtyi kuitenkin jo alkumetreillä. Median terveysideologioiden esiin kaivaminen vaati tuekseen teoriaa viestinnän suhteesta terveyteen ja sairauteen. Aikaisemman tutkimuksen erittely osoitti terveystieteen teorian puutteen. Terveystieteen tutkimus on keskittynyt terveystieteen käytännöllisiin ongelmiin. Niinpä alkuperäinen empiirinen tutkimusasetelma tuntui mahdottomalta. Empiiristä tutkimusongelmaa keskeisemmäksi tutkimustehtäväksi nousi kysymys terveystieteen teoriasta. Tämä havainto johti tutkimuksen ikään kuin uuteen alkuun. Empiirisen tutkimuksen rinnalla ja sen tueksi oli eriteltävä terveystieteenästä tehtyä tutkimusta. Lisäksi oli pohdittava, mitä terveys ja sairaus oikein ovat ja mikä on niiden suhde viestintään ja journalismiin.

Tutkimusprosessi ei ole kulkenut suoraviivaisesti eteenpäin, vaan teoreettiset ja empiiriset tutkimustehtävät ja -ongelmat ovat limittyneet toisiinsa. Teoreettisen kysymyksen ratkaiseminen on tuonut uuden näkökulman aineiston analyysiin ja empiirisen aineiston analyysi on puolestaan koetellut teoreettisten johtopäätösten kestävyyttä. Ymmärrän tutkimusprosessini gadamerilaisittain hermeneuttiseksi tutkimukseksi, jossa tutkimuksen tavoitteena ei

ole lopullisten tulosten esittäminen vaan ymmärryksen lisääminen. Hermeneuttisessa tutkimusotteessa metodi on ennen muuta tie, jota pitkin kulkemalla lisätään ymmärrystä tutkimusongelmasta. Metodi ei siis ole keino ratkaista tutkimusongelma kokonaan. Metodologiset ratkaisut eivät myöskään ole tutkimusongelmasta irrallaan olevia välineitä, vaan ne nivoutuvat osaksi koko tutkimusta, sen teoreettisia lähtökohtia ja empiiristä analyysia. (Gadamer 2004, 3–76.) Tässä tutkimuksessa käyttämäni sovellus Foucault'n (2002/1969; 2005/1969) diskurssianalyysistä ei niinkään ole konkreettinen methodologykalu kuin teoreettinen viitekehys, jonka kautta olen lähestynyt tutkimuksen sekä teoreettisia että empiirisiä tutkimusongelmia. Foucault'n diskurssikäsitteistö on ennen kaikkea nivoutunut tutkimuksen keskeisimpään teoreettiseen ja metodologiseen haasteeseen eli kysymykseen journalismin suhteesta terveyteen ja sairauteen.

Metodologian ymmärtäminen osaksi koko tutkimusta on antanut tilaa vuorotella teoreettisten ja empiiristen tutkimuskysymysten välillä. Tässä terveysjournalismin tutkimuksessa teorian ja empirian välinen vuorottelu on ollut erityisen tärkeää, sillä aiempi terveysviestinnän tutkimus ei ole antanut riittävän vahvaa teoreettista taustatukea. Hermeneuttinen tutkimusote näyttää sopivan hyvin tällaiseen poikkitieteelliseen tutkimukseen, jossa kohtaavat usean tieteenalan paradigmat, ja jossa ei ole valmiita teoreettisia lähtökohtia.

### **Terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden merkitys**

Tutkimukseni eroaa useimmista aiemmin tehdyistä terveysviestinnän ja -journalismin tutkimuksista, sillä en pidä terveyttä ja sairautta itsestään selvyyksinä, vaan kyseenalaistan niiden määrittelyjä. Tämä kyseenalaistamisen vuoksi tutkin terveyttä ja sairautta monen tieteenalan näkökulmasta. Tutkimukseni on luonteeltaan poikkitieteellinen, sillä se ei lähtökohdiltaan kiinnity ainoastaan journalismin tai viestinnän tutkimukseen vaan myös terveyden ja sairauden tutkimukseen.

Terveydestä ja sairaudesta tehdyn tutkimuksen perusteella olen tuottanut tutkimuksen teoreettisen apuvälineen: terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden mallin. Mallintaminen mahdollistaa eri ulottuvuuksien erottamisen toisistaan. Tämä erottaminen toimii empiirisen aineiston ajatuksellisenä apuvälineenä. Kolme ulottuvuutta ei siis ole terveyksien ja sairauksien luokittelujärjestelmä vaan ymmärtämisen apuväline. Ulottuvuuksien tehtävänä ei ole kätkeä terveyden ja sairauden dogmia vaan auttaa ymmärtämään terveyksien ja sairauksien moneutta. (Ks. Gadamer 2004, 53.) Näennäisestä ristiriidasta huolimatta mallinnos on kuitenkin sopuoinnussa tämän tutkimuksen hermeneuttisen tutkimusotteen kanssa. Käytännössä mallinnus on mahdollistanut terveyksien ja sairauksien diskursiivisen muodostelman sekä hegemonisten että marginaalisten puolien analysoinnin. Aiemman tutkimuksen perusteella olisin osannut etsiä journalistisista terveyksistä ja sairauksista paitsi lääketieteellistä tautisuutta myös potemusta. Sen sijaan terveyksien ja sairauksien yhteiskunnallinen ulottuvuus olisi ilman mallia voinut jäädä näkemättä. Terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys on sekä keskeinen teoreettinen lähtökohta tutkimuksen empiiriselle analyysille että itsessään tutkimustulos, joka haastaa keskusteluun myös terveyden tutkimusta. Tämän vuoksi tutkimustani voinee pitää myös kulttuurisesti suuntautuneena terveyden tutkimuksena.

Journalismissa rakentuvien terveyksien ja sairauksien avaaminen ja näkyväksi tekeminen ei olisi ollut mahdollista ilman terveydestä ja sairaudesta tehdyn tutkimuksen tuntemusta. Tuon tutkimuksellisen pohdinnan tuloksena sekä tuotin tutkimuksellisen apuvälineen terveyden ja sairauden kolmesta ulottuvuudesta että otin käyttöön potiluus-käsitteen. Tutkimusten tulosten kannalta terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden malli on keskeinen. Tyypillinen journalistisen tekstin tutkimus, jossa kuvaillaan erilaisia diskursseja, on terveysjournalismin tutkimuksen näkökulmasta sikäli pulmallinen, että näkymättömät tai vain heikosti näkyvissä olevat tavat tuottaa terveyksiä ja sairauksia voivat jäädä huomaamatta.

Tutkimuksen edetessä kolmen ulottuvuuden malli johdatti minut uusiin tulkintoihin terveystjournalismin järjestyksestä. Sairaus tautina journalistisessa sairaalassa ei ollutkaan niin hegemonisessa asemassa kuin ensimmäisissä tutkimussuunnitelmissani aiemman tutkimuksen perusteella oletin. Ilman kolmen ulottuvuuden mallia en olisi pystynyt näkemään, miten keskeisessä asemassa terveyksien ja sairauksien sosiaalinen järjestys on journalistisessa sairaalassa.

Terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden malli on syntynyt tämän tutkimuksen ongelmien ratkaisemisen apuvälineeksi, mutta sitä voinee hyödyntää muissakin median ja journalismin sisältöjä analysoivissa tutkimuksissa. Mallin yleistettävyyden testaamiseksi teen pienen koanalyysin, jossa erittelen tutkimusaineiston ulkopuolista tekstiä. Kokeilen siis, toimiiko kolmen ulottuvuuden malli aivan toisenlaisen mediatekstin analyysin apuvälineenä. Koanalyysin kohteena on televisio-ohjelman *Inhimillinen tekijä* kantasoluhoidoista käsittelevä jakso (19.10.2004). Ohjelman otsikko on ”Ikuisen elämän avaimet”. Toimittaja Anne Flinkkilän lisäksi studiossa ovat kantasoluhoidossa Moskovassa käynyt Pirjo Kauppila, kantasolututkija Timo Otonkoski ja Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan pääsihteeri Ritva Halila. Kantasoluhoidoista, kuten muutkin hoidolliset uutuudet, ovat herättäneet sekä toivoa että eettisiä kysymyksiä. Keskustelu rakentuu jo lähtökohdiltaan terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden kautta. Kukin kolmesta keskustelijasta puhuu ensisijaisesti yhden terveyden ja sairauden ulottuvuuden kontekstissa. Kantasoluhoidoista saanut puhuu kokemuksesta, kantasolututkija lähestyy kysymystä lääketieteellisen taudin näkökulmasta ja eetikko terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen näkökulmasta.

”Omien näkökulmiensa” lisäksi kunkin keskustelijan puheessa ovat läsnä myös muut terveyden ja sairauden ulottuvuudet. Puhuesaan hoidon antamasta toivosta Kauppila viittaa myös lääketieteellisiin ongelmiin ja kysyy, menikö hän hoitoon liian varhain, ennen kuin hoidot olivat tarpeeksi kehittyneet. Terveyden ja sairauden sosiaalista järjestystä puheessa tuotetaan, kun Kauppila vertaa sai-

rauden aiheuttamia kustannuksia hoidon kustannuksiin ja osallistuu hoidon eettisistä ongelmista käytävään keskusteluun. Kalliiden hoitojen maksaminen voi olla yhteiskunnalle kannattavaa, jos hoito tuottaa terveyttä ja vähentää sairauden kustannuksia.

Kantasolututkija puolestaan tuottaa puheessaan lääketieteellistä tautia. Hän selvittää tutkimusten etenemistä ja mahdollisuuksia hoitaa tulevaisuudessa kantasoluhoidoilla diabetesta. Vastatessaan kysymykseen siitä, muuttavatko kantasolut käsitystämme ihmisyydestä tutkija tuottaa tyypillistä lääketieteellistä tautipuhetta, jossa sairaus on kehokoneen vika. Tutkija vertaa kantasolujen hoitoa auton pikkuvian korjaamiseen. Tautipuheen ohella tutkijan puheessa tuotetaan myös sekä potemusta että terveyksien ja sairauksien sosiaalista järjestystä. Potemusta rakennetaan empatiapuheessa, jossa ymmärretään yksilön tarve tarttua toivoon ja etsiytyä epävarmaan hoitoon. Sairauden sosiaalinen järjestys nousee esiin tautipuheessa eettisten kysymysten kautta. Tutkija pitää tuomittavana turhan toivon antamista potilaille ja sairaudella rahastamista. Itse hoitoihin liittyvät pulmat ovat myös läsnä tautipuheessa, mutta niiden todetaan oikeastaan olevan muualla kuin kantasolututkimuksessa.

Ihmisalkioiden käyttäminen kantasolututkimuksessa on mahdollista vain koska sekä raskauden keskeyttämistä että keinoalkuista hedelmöittämistä pidetään eettisesti hyväksyttävänä. Terveys- ja huollon eettisen neuvottelukunnan pääsihteerin puheessa tuotetaan ensisijaisesti sairauden sosiaalista järjestystä ottamalla esiin kantasolututkimuksen ja -hoidon eettiset ongelmat, hoidon kustannukset ja kansanterveydellinen merkitys. Esiin nousee modernin terveydenhuollon keskeinen ristiriita lääketieteellisten mahdollisuuksien ja yhteiskunnallisten resurssien välillä. Kantasoluhoidojen käyttömahdollisuudet tulevaisuudessa ovat pienet, sillä hoidot ovat niin kalliita, ettei niistä voi tulla jokaisen tai -miehen hoitoa. Terveys- ja sairauden sosiaalista järjestystä on myös kansanterveyspuhe, jossa toivotaan kantasolututkimuksen tuottavan tietoa kansantautien täsmähoitoa varten. Sairauden sosiaalisessa järjestyksessä ja

tautipuheessa potemus nousee esiin empatiapuheena. Viittaukset lääketieteen historiallisiin tautivoittoihin ja tulevaisuuden mahdollisuuksiin puolestaan tuottavat tautisuutta osaksi sairauden sosiaalista järjestystä.

*Inhimillisen tekijän* kantasolututkimuskeskustelussa on poikkeuksellista se, että sairauden kaikki kolme ulottuvuutta ovat selvästi läsnä, joten kysyä voi, toiko terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden lähestymistapa mitään sellaista, joka ei olisi tullut näkyviin ”perinteisin menetelmin”. Lääketieteelliset toivon ja hallinnan diskurssit sekä subjektiivisen toivon ja riskin diskurssit olisivat varmasti nousseet esiin toisenlaisillakin tekstin tulkinnan menetelmillä. Todennäköisesti myös eettinen ja kansanterveydellinen puhe olisivat voineet nousta näkyviin omaksi diskurssikseen. Pulmallisinta olisi ehkä ollut tehdä eroa terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyspuheen sekä lääketieteellisen tautipuheen välille, sillä medikaalinen tautipuhe on niin vahvaa, että se peittää helposti alleen terveyksien ja sairauksien sosiaalisen järjestyksen ulottuvuuden. Ilman kolmen ulottuvuuden mallia kantasolukeskustelu olisi helposti näyttäytynyt potilaan kokemuksen ja lääketieteellisen taudin kohtaamisena. Kantasoluhoitojen yhteiskunnallisen puolen piiloon jääminen olisi merkinnyt medikalisaatiota: terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen tuottaminen olisi näyttäytynyt lääketieteellisenä eikä yhteiskunnallisena toimintana.

Näyttää siis siltä, että ainakin median terveyksien ja sairauksien tutkimuksessa terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden malli tuo analyysiin syvyyttä. Aiemmissa tutkimuksissa median ja journalismin terveyksiä ja sairauksia on lähestytty biolääketieteellisinä tauteina ja yksilöiden kokemuksina, sen sijaan terveyksien ja sairauksien sosiaalisen järjestyksen ulottuvuutta ei ole tutkimuksissa käsitelty. Mallinnoksen keskeisin merkitys on tälle tutkimukselle se, että sen kautta terveysjournalismin poliittisuus ja paikka terveyttä ja sairautta järjestävänä instituutiona on tullut näkyväksi. Vaikka kolme ulottuvuutta on syntynyt journalistisen tekstin analyysin apu-

välineeksi, sitä voinee hyödyntää myös muissa kulttuurisesti suuntautuneissa terveyden ja sairauden tutkimuksissa.

## **Journalismin suhde terveyteen ja sairauteen**

Tämän tutkimuksen keskeisin teoreettinen ongelma on viestinnän, erityisesti journalismin, suhde terveyteen ja sairauteen. Terveysviestinnän tutkimuksessa tätä ongelmaa on käsitelty hyvin vähän. Kuten tämän tutkimuksen luvussa Terveysviestinnästä terveystutkimukseen kävi ilmi, valtaosa terveystutkimuksesta on keskittynyt selvittämään terveystutkimuksen vaikutuksia. Kulttuurinen lähestymistapa, jonka puitteissa kysymys viestinnän suhteesta terveyteen ja sairauteen olisi relevantti, on harvinainen. Deborah Lupton lienee ainoa, joka on terveystutkimuksessaan pohtinut viestinnän ja terveyden suhdetta. Kulttuurisesti suuntautuneissa terveystutkimuksissa, joissa on käytetty media-aineistoja, ei puolestaan ole kovinkaan syvällisesti pohdittu median paikkaa terveyksien ja sairauksien tuottamisessa tai määrittelyssä. Tyypillisesti journalismin terveyksien ja sairauksien esittämisen tavat perustellaan journalistisilla käytännöillä ja niiden muuttumisella, kuten uutiskriteereillä ja tabloidisaatiolla (esim. Entwistle 1995; Seale 2002, 39–42; ks. myös Wright, Sparks & O’Hair 2007, 193–196). Tämän tutkimuksen mukaan journalismin terveydet ja sairaudet eivät kuitenkaan palaudu suoraan journalistisiin käytäntöihin. Journalismin terveyksien ja sairauksien diskursiivinen muodostelma on osa terveyksien ja sairauksien diskursiivista muodostelmaa. Tällä näkemykselläni haastan journalismin nykytutkimusta, joka tahtoo ymmärtää journalismin diskurssin diskurssiksi.

Diskursiivista muodostelmaa on havainnollistettu verkko-metäforalla (Väliaverron 1993). Metafora kuvaa, ettei yksikään diskurssi ole olemassa yksinään vaan aina liittyneenä toisiin diskursseihin. Yksittäiset verkon solmut, lausumat, liittyvät yhteen useiden muiden solmujen kanssa ja rakentavat lukemattomia diskursiivisia



muodostelmia. Journalismin yksittäiset terveyden ja sairauden lausumat ovat diskursiivisen muodostelman osia, jotka liittyvät osaksi sekä journalismin että terveyden ja sairauden diskursseja. Journalismin terveyden ja sairauden lausumat eivät siis ole toisintoja tai lainauksia joistakin toisista diskursseista. Kun esimerkiksi sanomalehden sivuilla kerrotaan sairaalan toiminnasta, sivuille rakentuu diskursiivinen muodostelma: journalistinen sairaala. Tuossa muodostelmassa on mukana lukuisia lausumia erilaisista diskursseista, joiden säikeet johtavat niin hallinnon, talouden kuin lääketieteenkin diskursseihin. Journalistinen sairaala on kuitenkin oma muodostelmansa eikä sitä voi palauttaa muihin diskursiivisiin muodostelmiin tai olemassa olevaan sairaalaan. Diskurssien yhteyksiä toisiinsa ja diskursiivisia muodostelmia osuvasti kuvaava verkko-metafora on pulmallinen sikäli, että se on hankalasti sovellettavissa näkemykseen journalismista diskurssin diskurssina. Jos journalismi on diskurssin diskurssi ja diskurssi verkko, niin mikä olisi journalismia diskurssin diskurssina kuvaava metafora: järvi, jossa verkko kelluu vai puikkari, johon verkko ripustetaan kuivumaan.

Journalismin ymmärtäminen diskurssin diskurssiksi juontaa juurensa kahtaalle: tutkimukseen sekä tutkimuksen ja ammatillisen käytännön suhteisiin. Ensinnäkin on kyse niin sanotun kielellisen käänteen vaikutuksista yhteiskuntatieteelliseen ja humanistiseen tutkimukseen (ks. Kuortti, Mäntynen & Pietikäinen 2008; Väli-verronen 1998, 13). Journalismin tutkimuksen kielellisen käänteen taustalla on viestinnän ja journalismin teoreettiseen viitekehyksen muutos. 1980-luvulla viestinnän siirtoteoriat alkoivat korvautua teorioilla, jotka korostivat viestinnän merkityksiä ja yhteisöllisyyttä tuottavaa puolta. (Ks. esim. Carey 1994/1975; Fiske 1992; Ridell 1993.) Viestinnän teorian muutokset siirsivät syrjään aiemman journalismin tutkimuksen lähtökohdan, jonka tavoitteena oli selvittää journalismin välittämien sanomien objektiivisuutta (ks. esim. Hemánus & Pietilä K. 1982). Sanomien objektiivisuuden sijaan journalismissa ryhdyttiin tutkimaan tekstin merkityksiä muun muassa diskurssi-

analyysin keinoin. Journalistisen tekstin diskursiivisuutta ei kuitenkaan ymmärretty samanlaiseksi kuin muiden tekstien, vaan journalismista ryhdyttiin puhumaan diskurssin diskurssina (ks. Fairclough 1997; 1995; Pietilä V. 1991; Väliverronen 1993; Luostarinen 1994, 33; Kunelius 1996, 72–114).

Journalismin määrittelemisen diskurssin diskurssiksi on kuin puolimatkan krouvi journalismitutkimuksen matkalla kohti sellaista tutkimuksellista otetta, jossa journalistista tekstiä analysoidaan osana todellisuutta eikä sen kuvajaisena. Puolimatkan krouvi on journalistisen tekstin analyysin kannalta pulmallinen, sillä jos journalismin diskurssien ajatellaan tulevan tekstin ulkopuolisista diskursseista, niin silloin noiden diskurssien avaaminen ja näkyväksi tekeminen edellyttäisi tekstin ulkopuolelle menemistä. Terveysjournalismin tutkimuksessa kysymys on olennainen, sillä sen myötä määrittyy tutkimuksen suhde terveyksiin ja sairauksiin. Jos journalismi ymmärretään diskurssin diskurssiksi, ei journalismin terveyksien ja sairauksien erittelemiseksi riitä journalistisen tekstin avaaminen. Journalistisen tekstin ulkopuolelle meneminen merkitsee journalismin terveyksien ja sairauksien vertaamista muihin terveyksiin ja sairauksiin. Tällöin arjen kokemuksissa luonnollisiksi ymmärretyt terveydet ja sairaudet, kuten lääketieteellinen tautisuus ja yksilöiden kokemuksiin perustuva potemus, voisivat peittää alleen terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen puolen. Tämä tarkoittaisi, että journalismin terveyksien ja sairauksien diskursiivinen muodostelma jäisi osin avaamatta. Diskurssiverkon avaaminen vain puolittain merkitsisi myös terveyksien ja sairauksien poliittisuuden sivuuttamista. Tällöin journalismin sairaudet näyttäytyisivät vain tauteina, joita yksilöt potevat.

Toiseksi diskurssin diskurssin -ajatus johtaa journalismin amatillisiin käytäntöihin ja niiden ihanteisiin. Journalismin tutkimuksen konstruktionistiset ja kielelliset suuntaukset eivät näytä yltävän journalismin itseymmärrykseen. Journalistisissa käytännöissä journalismia ei ymmärretä osaksi todellisuuden tuottamista vaan

todellisuutta koskevien sanomien välittäjiksi. Ammatillisissa käytännöissä taito kertoa maailmasta, olla ikkuna maailmaan, on edelleen journalismin kyvykkyyden mittari. (Ks. Hemánus 1997; Kuneilius 2000, 6–9.) Myös journalistien eettisissä ohjeissa totuudellisuus on yksi keskeisimmistä kysymyksistä (Mäntylä 2004, 29–31). Lääketieteen toimittajille tiedon oikeellisuus on vieläkin tärkeämpää kuin muille toimittajille (Finer, Tomson & Björkman 1997; Järvi 2002; Järvi, Vuorenkoski & Vainikainen 2005). Tämä tietojen oikeellisuuden korostaminen on vaikeasti sovittavissa ajatukseen journalismista omana diskurssinaan. Journalismin tutkimuksessa diskursiivisuuden ymmärtäminen diskurssin diskurssiksi helpottaa tutkijoiden ja journalistien yhteistyötä. Puolimatkan krouvissa, matkalla kohti kielellistä käännettä, on helpompi keskustella journalismikritiikistä. Terveysjournalismin tutkimuksen näkökulmasta puolimatkalaisuus on pulmallista. Jos journalismi ymmärretään toisten diskurssien välittäjäksi, journalismin terveyksien ja sairauksien erittely palautuu kysymykseksi journalismin ja ”todellisten terveyksien ja sairauksien” vastaavuudesta. Tällöin journalismi terveyksiä ja sairauksia järjestävänä instituutiona jää piiloon.

### **Tutkimuksesta käytäntöön**

Journalismin ymmärtäminen diskurssiksi ei kuitenkaan tarkoita, ettei tutkimuksella olisi käytännön merkitystä. Kun tässä tutkimuksessa paljastuu journalistisen sairaalan pystyvän toimijan strategia, se kertoo myös journalismin käytännöistä. Sairaalan toiminta yhteiskunnallisena instituutiona rakentuu journalismissa sairaalan omien ilmoitusten varaan. Yksittäinen sairaala, kuten terveydenhuolto yleensäkin, on journalismissa sekä uutisten aihe että lähde (esim. Entwistel & Sheldon 1999). Journalistisen sairaalan organisaation rakentumisen tavat tuovat kärjekkäimmin esiin sairaalan kaksoisroolin uutisten aiheena ja niiden lähteenä. Pohtia voi, miten on mahdollista lähestyä sairaalaa kriittisesti, jos sairaalasta saatava

tieto on sen itsensä tuottamaa. Journalistisen sairaalan päätöksenteko näyttäytyy välttämättömyytenä, johon ei liity poliittista harkintaa. Olisiko kuva yhtä silkoinen, jos journalistinen sairaala rakentuisi nykyistä moniäänisemmin?

Terveysjournalistisen tekstin tasoja voi lähestyä myös journalististen käytäntöjen näkökulmasta. Sitä, miksi terveysjournalismi on sellaista kuin se on, selittävät journalististen käytäntöjen ohella yhteiskuntapoliittiset ja kulttuuriset käytännöt. Journalismin terveydet, sairaudet ja potiluudet eivät palaudu vain journalismiin itseensä. Journalistiset sairaalat, terveydet, sairaudet ja potiluudet eivät ole vain journalistisen prosessin tuotos. Journalismin sairauksista ja terveyksistä puhumisen tavat ovat yhteydessä sekä yhteiskunnalliseen että kulttuuriseen ymmärrykseen terveydestä ja sairaudesta. Kriittisen terveysjournalismin mahdollisuus on juuri tässä ymmärryksessä. Jos journalismissa ei pidetä joitakin terveyksiä ja sairauksia itsestään selvinä ”luonnonilmiöinä”, terveyksien ja sairauksien muiden puolien näkeminen mahdollistuu. Terveyden ja sairauden sosiaalista järjestystä ei nähdä vain lääketieteellisen taudin välttämättömänä seurauksena vaan poliittisena toimintana. Samoin on mahdollista nähdä potemus yhtenä terveyden ja sairauden puolena, joka ei ole taudin toisinto tai heijastus.

Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että journalismissa poliittisuus ymmärretään kapeasti. Poliittista on vain se, mikä poliittiseksi näytetään. Journalismi ei myöskään haasta terveyden ja sairauden instituutioita samalla tavoin kuin se haastaa muita yhteiskunnallisia instituutioita. Pohtia voi, onko (terveys)journalismi samanlainen yhteiskunnallisen järjestyksen tuottaja kuin muut yhteiskunnalliset laitokset, kuten armeija, oikeuslaitos, sosiaali- ja terveydenhuolto tai koulutusjärjestelmä. Tämä pohdinta palauttaa kritiikin takaisin journalismin tutkimukseen ja journalismikritiikkiin. Jos tutkimuksessa journalismia ei ymmärretä ajallisena ja paikallisena instituutiona, tutkimuksen kriittinen mahdollisuus ohenee. (Ks. Ruoho 2006, 186–192.) Kulttuurisesti suuntautuneessa

(terveys)journalismin tutkimuksessa pitäisi ottaa huomioon, että myös journalismi itse on historiallinen ja kulttuurisesti tuotettu. Terveysjournalismi terveyksiä ja sairauksia tuottavana yhteiskunnallisena käytäntönä on oman aikansa seuraus. Siten journalismin terveyksiä ja sairauksia ei voi tutkia ottamatta huomioon terveyksien ja sairauksien muita yhteiskunnallisia ja kulttuurisia käytäntöjä.

Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voi myös kysyä, millaista olisi hyvä terveysjournalismi. Akateemisen tutkimusperinteen näkökulmasta kysymys hyvästä on vaikea. Hyvä tai huono kuuluvat arvottavaan kielenkäytön tapaan, jollaista ei ole tapana tieteellisessä tekstissä viljellä. Silti hyvä ja huono ovat läsnä akateemisessakin tutkimuksessa. Medialisoituvassa yhteiskunnassa joukkoviestinnän tutkimus ei voi sulkeistaa itseään ulos yhteiskunnallisesta keskustelusta vaan on eittämättä osa median yhteiskunnallisesta paikasta käytävää keskustelua. Tutkimusten tulokset voivat parhaimmillaan herättää keskustelua journalismin itseymmärryksestä: miten journalismi suoriutuu tehtävästään vallan vahtijana. Journalismin niillä osa-alueilla, joiden yhteys poliittiseen päätöksentekoon on näkyvä, vallan näkyväksi tekeminen ja kritisoiminen kuuluvat journalismin arkeen. Terveysjournalismissa sen sijaan valtaa ei ole tapana tehdä näkyväksi, kenties sitä ei edes tunnisteta. Jos terveys ja sairaus eivät rakennu journalismissa yhteiskunnallisiksi kysymyksiksi, ei myöskään synny tarvetta käydä kansalaiskeskustelua. Terveyden ja sairauden sosiaalisen järjestyksen ja potemuksen näkyväksi tekeminen antaisi kansalaisille nykyistä enemmän mahdollisuuksia osallistua keskusteluun. Tällöin terveydenhuollosta käytävä julkinen keskustelu voisi olla muutakin kuin resurssikeskustelua ja pohdintaa siitä, onko meillä varaa kaikkeen siihen hoitoon, jota lääketiede meille tarjoaa. Terveysjournalismin ei tarvitse olla vain kuuliaisten terveyskansalaisten kasvatusta. Nykyistä moniäänisempi kansalaiskeskustelu olisi omiaan rakentamaan sellaista potiluuutta, jossa yksittäisen ihmisen olisi nykyistä helpompi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.



# LIITE

## TAULUKOT

**Taulukko 6.** Juttutyypit ja aihekimput

|                    | Juttutyyppi                 |                                 |                               |                                |                   |                             |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|
|                    | uutinen/<br>repor-<br>taasi | asian-<br>tuntija-<br>artikkeli | yleisöno-<br>kansalai-<br>set | yleisöno-<br>henkilö-<br>kunta | pääkir-<br>joitus | kolumnit,<br>kommen-<br>tit |
| resurssit          | 33                          | 5                               | 18                            | 16                             | 60                | 30                          |
| hallinto ja talous | 21                          | 27                              | 12                            | 28                             | 20                | 8                           |
| taudit ja hoidot   | 14                          | 27                              | 9                             | 15                             |                   | 15                          |
| työntekijät        | 10                          | 5                               | 2                             | 6                              | 20                | 8                           |
| tiede              | 8                           | 36                              | 3                             |                                |                   | 31                          |
| ulkopuoliset       | 8                           |                                 | 3                             | 3                              |                   |                             |
| potilaat           | 2                           |                                 | 46                            | 31                             |                   |                             |
| muut               | 5                           |                                 | 5                             | 1                              |                   | 8                           |
| Yhteensä %         | 100                         | 100                             | 100                           | 100                            | 100               | 100                         |
| N                  | 943                         | 22                              | 125                           | 81                             | 5                 | 13                          |

**Taulukko 7.** Aihekimppujen keskinäisten suhteiden vuosittainen vaihtelu

| Juttukimppu        | Vuodet        |               |               |               |               | Yht. | N    |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------|------|
|                    | 1980–<br>1983 | 1984–<br>1987 | 1988–<br>1991 | 1992–<br>1995 | 1996–<br>1998 |      |      |
| resurssit          | 32            | 30            | 35            | 25            | 29            | 30   | 358  |
| hallinto ja talous | 14            | 23            | 22            | 19            | 23            | 21   | 246  |
| taudit ja hoidot   | 15            | 16            | 13            | 13            | 14            | 14   | 165  |
| työntekijät        | 14            | 10            | 5             | 11            | 8             | 9    | 102  |
| tiede              | 12            | 16            | 5             | 6             | 6             | 7    | 88   |
| ulkopuoliset       | 7             | 3             | 10            | 8             | 4             | 7    | 79   |
| potilaat           | 5             | 2             | 6             | 12            | 12            | 8    | 97   |
| muut               | 3             | 1             | 5             | 6             | 6             | 5    | 54   |
| Yhteensä %         | 100           | 100           | 100           | 100           | 100           | 100  |      |
| N                  | 111           | 178           | 335           | 291           | 274           |      | 1189 |

**Taulukko 8.** Sairaalan ja sairaanhoitopiirin osastojen ja yksiköiden määrällinen jakauma

| Osasto/yksikkö                                         | %   |
|--------------------------------------------------------|-----|
| Toimenpideyksiköt (leikkaussalit, sädehoito)           | 25  |
| Lastenosastot, myös psykiatria                         | 16  |
| Synnytysosastot                                        | 10  |
| Ei-diagnostiset, avustavat yksiköt (ruokahuolto)       | 8   |
| Psykiatriset osastot                                   | 8   |
| Sisätautiosastot                                       | 5   |
| Ensiapu                                                | 5   |
| Diagnostiset, avustavat yksiköt                        | 4   |
| Gynekologiset osastot                                  | 3   |
| Kirurgiset osastot                                     | 3   |
| Neurologiset osastot                                   | 2   |
| Genetiikan yksikkö                                     | 2   |
| Syöpätautien osastot                                   | 2   |
| Silmä-, korva-, kurkku-, suu- ja hammastautien osastot | 2   |
| Iho- ja sukupuolitautilien osastot                     | 2   |
| Aluesairaalat                                          | 2   |
| Yhteensä %                                             | 100 |
| N                                                      | 407 |

**Taulukko 9.** Juttujen kuvien aiheet

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| Hoito, mukana potilas                                     | 24  |
| Henkilökunnan henkilökuva                                 | 18  |
| Työkuva ilman potilasta                                   | 15  |
| Potilas yksin tai omaisen kanssa, potilasta kuvaavat osat | 16  |
| Tautia tai hoitoa kuvaava piirros                         | 4   |
| Laite, kone tai yleiskuva sairaalasta tai rakennuksesta   | 6   |
| Muut                                                      | 17  |
| Yhteensä %                                                | 100 |
| N                                                         | 867 |



**Taulukko 10.** Aihekimppujen määrällinen vertailu aineiston eri osissa ja koko aineistossa

|                    | Vuosi 1989* | Vuodet 1980–1988<br>ja 1990–1998 | Koko aineisto eli kaikki vuodet 1980–1998 |
|--------------------|-------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Resurssit          | 28,2        | 30,4                             | 30,1                                      |
| Hallinto ja talous | 21,8        | 20,5                             | 21,7                                      |
| Taudit ja hoidot   | 19          | 13,2                             | 13,9                                      |
| Työntekijät        | 2,8         | 9,4                              | 8,6                                       |
| Tiede              | 6,3         | 7,5                              | 7,4                                       |
| Ulkopuoliset       | 10,6        | 6,1                              | 6,6                                       |
| Potilaat           | 6,3         | 8,4                              | 8,2                                       |
| Muut               | 4,9         | 4,5                              | 4,5                                       |
| Yhteensä %         | 100         | 100                              | 100                                       |
| N                  | 142         | 1047                             | 1189                                      |

\* Vuosi 1989 on itse arkistosta kerätty, vuodet 1980–1988 ja 1990–1998 ovat peräisin sairaalan leikekirjasta.

**Taulukko 11.** Aineiston juttutyypin määrällinen vertailu aineiston eri osissa ja koko aineistossa

|                                | Vuosi 1989* | Vuodet 1980–1988<br>ja 1990–1998 | Koko aineisto eli kaikki vuodet 1980–1998 |
|--------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Uutinen/<br>reportaasi         | 90,1        | 77,8                             | 79,3                                      |
| Muu journalisti-<br>nen juttu  | 3,5         | 3,3                              | 3,4                                       |
| Yleisönosasto,<br>kansalaiset  | 4,9         | 11,3                             | 10,5                                      |
| Yleisönosasto,<br>henkilökunta | 1,5         | 7,5                              | 6,8                                       |
| Yhteensä %                     | 100         | 100                              | 100                                       |
| N                              | 142         | 1047                             | 1189                                      |

\* Vuosi 1989 on itse arkistosta kerätty, vuodet 1980–1988 ja 1990–1998 ovat peräisin sairaalan leikekirjasta.

**Taulukko 12.** Aineiston juttujen koon määrällinen vertailu aineiston eri osissa ja koko aineistossa

| Jutun koko    | Vuosi 1989* | Vuodet 1980–1988<br>ja 1990–1998 | Koko aineisto |
|---------------|-------------|----------------------------------|---------------|
| Iso           | 28,9        | 20,9                             | 21,9          |
| Keskikokoinen | 54,2        | 56,7                             | 56,4          |
| Pieni         | 16,9        | 22,3                             | 21,7          |
| Yhteensä %    | 100         | 100                              | 100           |
| N             | 142         | 1047                             | 1189          |

\* Vuosi 1989 on itse arkistosta kerätty, vuodet 1980–1988 ja 1990–1998 ovat peräisin sairaalan leikekirjasta.

**Taulukko 13.** Tays/Pshp jutun aiheena, määrällinen vertailu aineiston eri osissa ja koko aineistossa

|                                   | Vuosi 1989* | Vuodet 1980–1988<br>ja 1990–1998 | Koko aineisto |
|-----------------------------------|-------------|----------------------------------|---------------|
| Pääaihe                           | 72,5        | 73,6                             | 73,5          |
| Viittaus                          | 24,6        | 23,6                             | 23,7          |
| Ei mainittu, liittyy keskusteluun | 2,8         | 2,8                              | 2,8           |
| Yhteensä %                        | 100         | 100                              | 100           |
| N                                 | 142         | 1047                             | 1189          |

\* Vuosi 1989 on itse arkistosta kerätty, vuodet 1980–1988 ja 1990–1998 ovat peräisin sairaalan leikekirjasta.

**Taulukko 14.** Aineiston pääaiheiden määrällinen vertailu aineiston eri osissa ja koko aineistossa

| Juttuaiheet                                               | 1989* | 1890–1988 ja<br>1990–1998 | Koko aineisto<br>% |
|-----------------------------------------------------------|-------|---------------------------|--------------------|
| Resurssipula, palvelujen vähentäminen                     | 9,9   | 13,7                      | 13,2               |
| Sairaalan ja sairaanhoitopiirin organisaation toiminta    | 18,3  | 10,4                      | 11,4               |
| Uusi hoito, laite tai hoitotila                           | 12,0  | 10,0                      | 10,3               |
| Taudit ja niiden hoidot                                   | 15,5  | 6,2                       | 7,3                |
| Lääketieteellinen tutkimus ja koulutus                    | 5,6   | 6,8                       | 6,6                |
| Sairaalan ja sairaanhoitopiirin talous                    | 2,8   | 6,6                       | 6,1                |
| Valitus huonosta hoidosta                                 | 2,8   | 4,1                       | 4,0                |
| Lakko ja muu ammattiyhdistystoiminta                      | 0,7   | 4,4                       | 4,0                |
| Toimintahäiriöt ja ei-hoidolliset ongelmat                | 0     | 3,6                       | 3,2                |
| Rakentaminen                                              | 2,8   | 3,7                       | 3,6                |
| Sairaalan osastojen ja muiden yksiköiden toiminta         | 3,5   | 3,0                       | 3,0                |
| Yhteistyö kansalaisjärjestöjen ja kansalaisten kanssa     | 4,2   | 3,4                       | 3,5                |
| Työntekijöiden asema, työturvallisuus                     | 0,7   | 4,0                       | 3,6                |
| Resurssien lisäykset                                      | 3,5   | 3,0                       | 3,0                |
| Hoidon eettiset kysymykset, potilaan asema                | 0,7   | 2,6                       | 2,4                |
| Sairaalan vastaus valitukseen huonosta hoidosta           | 1,4   | 2,2                       | 2,1                |
| Luovuttajakutsu ja ohjeet yleisölle                       | 3,5   | 1,5                       | 1,8                |
| Yhteistyö yksityisen terveydenhuollon kanssa              | 2,8   | 1,2                       | 1,4                |
| Potilasturvallisuus, hoitovirheet ja hoidon komplikaatiot | 0     | 1,4                       | 1,3                |
| Henkilökunta maailmalla ja kansainvälinen yhteistyö       | 1,4   | 1,0                       | 1,0                |
| Potilaan tarina                                           | 1,4   | 1,1                       | 1,1                |
| Potilaan kiitos                                           | 0,7   | 1,1                       | 1,0                |
| Hoitotieteen tutkimus ja koulutus                         | 0,7   | 0,6                       | 0,6                |
| Muut                                                      | 4,9   | 4,5                       | 4,5                |
| Yhteensä %                                                | 100   | 100                       | 100                |
| N                                                         | 142   | 1047                      | 1189               |

\* Vuosi 1989 on itse arkistosta kerätty, vuodet 1980–1988 ja 1990–1998 ovat peräisin sairaalan leikekirjasta.



# AINEISTON LUOKITTELUSSA KÄYTETYT MUUTTUJAT

## **Julkaisuvuosi**

## **Julkaisukuukausi**

## **Jutun pää- tai sivuaiheet**

Resurssipula, palvelutarjonnan vähennys  
Uusi hoito, laite, tila  
Taudin tai hoidon esittely  
Laitoksen toiminnan esittely  
Potilasturvallisuus, hoitovirhe, komplikaatio  
Lakko ja muu ammattiyhdistystoiminta  
Työntekijöiden asema, työturvallisuus  
Organisaation toiminta ja sen muutokset  
Talous  
Lääketieteellinen tutkimus ja koulutus  
Potilaan kiitos  
Potilaan tarina  
Valitus huonosta hoidosta  
Sairaalan vastaus valitukseen  
Yhteistyö yksityissektorin kanssa  
Henkilökunta maailmalla, kansainvälinen yhteistyö  
Yhteistyö kansalaisjärjestöjen/kansalaisten kanssa  
Toimintahäiriöt ja ei-hoidolliset ongelmat  
Muut  
Hoitotiede, tutkimus ja koulutus  
Luovuttajakutsu, ohjeita yleisölle  
Rakentaminen, laajennus  
Lisää resursseja  
Eettiset kysymykset, potilaan asema ja tasa-arvo

## **Juttujen aiheiden kimput**

Resurssit  
Hallinto ja talous  
Taudit ja hoidot  
Työntekijät  
Tiede

Ulkopuoliset  
Potilaat  
Muut

### **Jutun koko**

Iso  
Keskikokoinen  
Pieni

### **Juttutyyppi**

Uutinen/reportaasi  
Muu journalistinen juttu  
Yleisönosasto, kansalaiset  
Yleisönosasto, henkilökunta

### **Tays / Pshp jutun aiheena**

Pääaihe  
Viittaus, esimerkki  
Ei mainittu, liittyy keskusteluun

### **Klinikka**

Sisätaudit  
Kirurgia  
Naistentaudit ja raskaana olevien hoito  
Synnytys  
Pediatria  
Psykiatria  
Silmätaudit  
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit  
Neurologia  
Infektiotaudit  
Laboratorio, röntgen, fysiatria, kuntoutus  
Toimenpideyksiköt, leikkaussali, sädehoito  
Ensiapu  
Geriatría  
Iho- ja sukupuolitaudit  
Reumataudit  
Avustavat yksiköt, keittiö, atk, äidinmaitoyksikkö, veripalvelu  
Genetiikka  
Kehkotaudit  
Suu- ja hammassairaudet  
Syöpätaudit

Vammalan aluesairaala  
Keijärven sairaala  
Mäntän aluesairaala  
Valkeakosken aluesairaala

**Tieteellistoiminnan alue**

Kokous, konferenssi  
Sisätaudit  
Pediatria  
Hallinto  
Anestesiologia, teho- ja ensihoito  
Koulutus  
Etiikka, potilaan asema, priorisointi  
Kirurgia  
Diagnostiikka, kuvantaminen  
Terveysten edistäminen  
Tartuntataudit  
Kuntoutus  
Patologia  
Neurologia  
Silmätaudit  
Vuorovaikutus, viestintä  
Lasten ja nuorten psykiatria  
Gynekologia, raskauden seuranta, synnytys  
Terminaalihoito  
Sosiaalilääketiede  
Genetiikka

**Kuvan sisältö**

Rakennus  
Laite, kone  
Henkilökuva, ammattilaiset  
Hoito, mukana potilas  
Työ, ei potilasta  
Potilas yksin  
Tautia tai hoitoa kuvaava piirros, kaaviokuva  
Potilas ja omainen  
Muut  
Potilaat kansalaisina  
Yleiskuva sairaalasta  
Symboli  
Potilas ja poliitikko

Henkilökunta ja poliitikot, yrittäjät, järjestön edustajat  
Röntgen-, tietokonetomografia- tai ultraäänikuva, osa potilaan  
ruumiista (potilaspalat)

**Potilaan aseointi jutuissa, joissa potilas on kuvassa**

Mainittu nimeltä vain tekstissä

Mainittu nimeltä vain kuvatekstissä

Mainittu nimeltä sekä tekstissä että kuvatekstissä

Mainittu abstraktina potilaana

Potilasta ei mainita lainkaan

Nimetön, vaikka tunnistettavissa kuvista

Viitattu tiettyyn, mutta nimeämättömään potilaaseen

Luovuttajakutsun kansalainen

Potilas yleensä, ei Taysin (Pshp:n) potilas

**Potilaan asema kuvassa**

Lavaste

Hoidon kohde

Läsnä subjektina

Taudin kantaja, röntgen ja ultraäänikuva sekä muut  
vastaavat kuvat (solut, kudokset yms.)



# TIIVISTELMÄ

Sinikka Torkkola

**SAIRAS JUTTU**

**Tutkimus terveysjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta**

Tiedotusopin väitöskirja

Tampereen yliopisto

Tiedotusopin laitos

Syyskuu 2008

Tutkimuksessa selvitetään sekä teoreettisesti että empiirisesti terveysjournalismin olemusta. Tutkimustehtävä kiteytyy neljäksi tutkimusongelmaksi: 1. Mitä terveysviestintä ja -journalismi ovat? 2. Millainen on viestinnän suhde terveyksiin ja sairauksiin? 3. Millainen on journalistinen sairaala? 4. Miten potiluusjärjestö järjestyy journalistisessa sairaalassa?

Terveysviestinnän tutkimusta on ryhdytty tekemään 1970-luvulla ja 1980-luvulla ja sen voi katsoa eriytyneen omaksi tutkimussuunnakseen. Tutkimuksessa on nähtävissä kolme tutkimuslinjaa: vuorovaikutuslinja, vaikutuslinja ja kulttuurilinja. Vuorovaikutuksen tutkimuksessa keskitytään hoidon antajien ja saajien väliseen interpersonaaliseen viestintään. Vaikutustutkimuksessa puolestaan selvitetään, miten viestintä ja media vaikuttavat terveysasenteisiin, -tietoon ja -käyttäytymiseen. Valtaosa terveysviestinnän tutkimuksesta on ollut käytännöllispainotteista. Tutkimuksissa ei ole pohdittu viestinnän suhdetta terveyteen ja sairauteen eikä niissä ole eksplisiittisesti esitetty terveysviestinnän määritelmiä. Tutkimusasetelmat kuitenkin kertovat, että vaikutustutkimuslinjalla niin viestintä kuin journalismikin ymmärretään ennen muuta terveys- ja sairaussano-

mien välittäjiksi. Kulttuurisesti suuntautuneessa terveystiedon viestinnän tutkimuksessa viestintä ymmärretään terveyttä ja sairautta konstruovaksi käytännöksi. Eksplisiittisiä määritelmiä ei näissäkään tutkimuksissa ole esitetty. Tässä tutkimuksessa terveystiedon viestintä ja -journalismi määritellään yhteiskunnalliseksi ja kulttuuriseksi terveyksiä ja sairauksia tuottavaksi käytännöksi. Journalismin terveydet ja sairaudet ovat diskursiivisten käytäntöjen tuottama diskursiivinen muodostelma. Terveystiedonjournalismi on oma diskursiivinen muodostelmansa eikä muiden käytäntöjen diskurssien toisinto.

Tutkimuksen toista teoreettista tutkimusongelmaa, viestinnän suhdetta terveyksiin ja sairauksiin, lähestytään terveyden ja sairauden teorian kautta. Tutkimuksessa terveys ja sairaus ymmärretään kolmena ulottuvuutena eli lääketieteellisenä tautina (disease), kokemukseen perustuvana potemuksena (illness) sekä terveyden ja sairauden sosiaalisena järjestyksenä (sickness). Ulottuvuudet ovat tutkimuksen analyysin apuväline eikä niitä käytetä terveyksien ja sairauksien luokitteluun. Kolmen ulottuvuuden malli on lähtökohhta tutkimuksen empiirisille analyyseille, joissa selvitetään millainen on sanomalehden sairaala: millaisia ovat sen terveydet ja sairaudet ja millaista on sairaalan potiluus.

Empiirinen tutkimusaineisto koostuu Aamulehdessä vuosina 1980–1998 julkaistusta jutuista, joissa käsitellään Tampereen yliopistollista sairaalaa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Yhteensä tekstejä on 1189. Tutkimuksen metodologiassa hyödynnetään sekä hermeneuttista tutkimusotetta että foucault’laista diskurssianalyysia. Tutkimuksen keskeinen tulos on, että journalistinen sairaala on terveyksiä ja sairauksia tuottava yhteiskunnallinen käytäntö. Sanomalehden sairaalan osastoilla terveydet ja sairaudet rakentuvat kaikissa kolmessa ulottuvuudessa. Toisin kuin aiemman tutkimuksen perusteella voisi olettaa, journalistisessa sairaalassa ei vallitse biolääketieteellinen hegemonia vaan sairauden vallitseva ulottuvuus on terveyksien ja sairauksien sosiaalinen järjestys.

Journalistisessa sairaalassa potiluus järjestyy paternalistisesti. Journalistisen sairaalan uutisosastoilla äänetön potilas kuvittaa, vahvistaa ja esimerkittää sairaalan toimintaa. Potilaat ovat hoidon kohteita, taudin kantajia ja sairaalan muun toiminnan lavasteita. Kokonaan potemus ei kuitenkaan ole poissa. Yksittäiset potilaiden tarinat kyseenalaistavat sairaalan pystyvää toimijuutta. Erityisen vahvasti potilaat ovat läsnä yleisönosastossa, jossa potilaat sekä kiittävät että moittivat sairaalaa. Yleisönosastossa henkilökunta ja potilaat kohtaavat. Yleisönosaston äänekäs ja aktiivinen potiluus murtaa sanomalehden sairaalan järjestystä ja nostaa näkyviin sairaalan toimimattoman ja kyvyttömän puolen.



# ABSTRACT

Sinikka Torkkola

## **SICK STORY**

### **A research on the theory of health journalism and the newspaper hospital**

Ph.D. dissertation in journalism

University of Tampere

Department of Journalism and Mass Communication

September 2008

The research looks into the core of health journalism both theoretically and empirically. The research task can be crystallized into four research problems: 1. What is health communication and health journalism? 2. What is the relationship between communication and healths and illnesses? 3. What is the journalistic hospital like? 4. How is patienthood constructed in the journalistic hospital?

People have started doing research into health communication in the 1970s, and in the 1980s health communication research can be said to have become its own thematic field. Three research approaches can be discerned: the interactional approach, the effects approach and the cultural approach. In the interactional approach the focus is on the interpersonal communication between the care givers and the care recipients. The effects approach for its part analyzes how communication and the media influence people's health attitudes, information and behaviour. The great majority of research into health communication has been empirical. The research has not investigated the relationship between communication and health and illness and it has not put forth explicit definitions of health

communication. The research settings reveal, however, that the effects approach understands both communication and journalism above all as transmitters of messages about health and illness. In culturally oriented research into health communication the communication is understood as practices construing health and illness. However, these analyzes have not presented any explicit definitions either. In this research health communication and journalism are defined as social and cultural practices constructing healths and illnesses. The healths and illnesses of journalism are a discursive formation produced by discursive practices. Health journalism is its own discursive formation and not a variant of other practices or discourses.

The second theoretical research problem, the relationship between communication and healths and illnesses is approached through theories of health and illness. In this research health and illness are understood as three dimensions; as medical (disease), as based on experience (illness) and as the social order of health and illness (sickness). The dimensions are a tool for the analysis and they are not used to categorize healths and illnesses. The three-dimensional model is the starting point for the empirical analyses of the research which look into the journalistic hospital: what are their healths and illnesses and what is their patienthood?

The empirical material consists of the stories published in *Aamulehti* in 1980–1998 that deal with the Tampere University Hospital and the Pirkanmaa Hospital District. There are 1,189 texts altogether. The research methodology makes use of both the hermeneutical research approach and the Foucauldian discourse analysis. The central result of the research is that the journalistic hospital is a social practice that creates an order of healths and illnesses. In the journalistic hospital healths and illnesses are ordered in all three dimensions. Contrary to what could be presumed on the basis of earlier research, the journalistic hospital is not dominated by the

bio-medical hegemony. The predominant dimension is the social order of healths and illnesses.

Patienthood is constructed in a paternalistic way in the journalistic hospital. In the news sections of the journalistic hospital the silent patient illustrates, strengthens and exemplifies the workings of the hospital. The patients are the objects of treatment, carriers of disease and wallpaper to the other functions of the hospital. Being ill is not completely absent, however. Individual patients' stories challenge the hospital's competent actorship. The patients are particularly strongly present in the letters to the editor section where the patients both reproach and praise the hospital. The personnel and patients meet in letters to the editor. The vocal and active patienthood in the letters to the editor section fractures the order of the journalistic hospital and brings into light its inoperative and incompetent side.





# LÄHTEET

- Aamulehti 19.10.2004. Mikrosiru potilaan ihon alle.
- Aarva, Pauliina (1991) Terveyskasvatuksen kuvia ja mielikuvia. Tutkimus terveysjulisteiden vastaanotosta. *Acta Universitatis Tamperensis A* 328. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Aarva, Pauliina; de Haes, Willy & Visser, Adrian (1997) Health communication research. *Patient Education and Counseling* 30: 1–5.
- Aarva, Pauliina & Lääperi, Pirjo (2005) Terveysretoriikka pääkirjoituksissa. Helsingin Sanomien ja Aamulehden välittämä kuva terveyden edistämisestä vuosina 2002–2003. *Duodecim* 121:71–78.
- Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006) Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vainsinne på Sjölä hospital 1889–1944. Åbo: Åbo Akademi.
- Aikakauslehtien liitto (2008) <http://www.aikakaus.fi/>. Tarkistettu 26.6.2008.
- Alanen, Pentti (1989) Luonnontiede, lääketiede, tieteenteoria. Helsinki: Gaudeamus.
- Alanen, Pentti (1995) Lääketieteen luonne. Teoksessa: Louhiala, Pekka (toim.) *Lääketiede ja filosofia*. Helsinki: Yliopistopaino, 34–65.
- Andsager, Julie & Powers, Angela (2001) Framing women's health with a sense-making approach: magazine coverage of breast cancer and implants. *Health Communication* 13:2, 163–185.
- Armstrong, David (1997) Foucault and the sociology of health and illness. Prismatic reading. Teoksessa: Petersen, Alan & Bunto, Robin (toim.) *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 15–30.
- Arrelöv, Britt (1997) Läkaren och massmedierna. Hårnande klimat kräver varsamhet. *Läkärtidningen* 94:9, 701–702.
- Arvoista valintoihin. Terveysthuollon priorisointiryhmän raportti (1994). Stakes raportteja 161. Helsinki: Stakes.
- Atkin, Charles & Arkin, Elaine Bratic (1990) Issues and initiatives in communicating health information to the public. Teoksessa: Atkin, Charles & Wallack, Lawrence (toim.) *Mass communication and public health*. London: Sage, 13–40.
- Atkinson, Paul (1995) Medical talk and medical work. The liturgy of the clinic. London: Sage.

- Autio, Lauri (1980) Mitä vikaa on Baabelintalossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja* 74:5, 84–85.
- Basil, Michael (1997) The danger of cigarette. "Special placements" in film and television. *Health Communication* 9:2, 191–198.
- Berlin Ray, Eileen & Donohew, Lewis (1990) (toim.) *Communication and health. Systems and applications*. New Jersey: LEA.
- Bird, Chloe; Conrad, Peter & Fremont, Allen (2000) *Handbook of medical sociology*. New Jersey: Prentice Hall. 5. painos.
- Boorse, Christopher (1976) What a theory of mental health should be. *Journal for Theory of Social Behavior*. 1976: 6, 61–84.
- Boorse, Christopher (1977) Health as theoretical concept. *Philosophy and Science* 44:542–573.
- Bowles, Nick; Mackintosh, Carolyn & Torn, Alison (2001) Nurses communication skills: an evaluation of impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing* 36:3, 347–354.
- Brown, Nik & Webster, Andrew (2004) *New medical technologies and society. Reordering life*. Cambridge: Polity Press.
- Browner, C.H. (1999) On the medicalisation of medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 13:2, 135–140.
- Bunton, Robin & Petersen, Alan (1997) Introduction: Foucault's medicine. Teoksessa: Petersen, Alan & Bunton, Robin (toim.) *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1–11.
- Butler, Judith (1990) *Gender Trouble. Feminism and the subversion of identity*. London: Routledge.
- Bynum, W.F. (1993) *Nosology*. Teoksessa: Porter, Roy & Bynum, W.F. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Vol 1. London: Routledge, 335–356.
- Caldwell, Mary & Miaskowski, Christine (2002) Mass media interventions to reduce help-seeking delay in people with symptoms of acute myocardial infarction: time for a new approach. *Patient Education and Counseling* 46: 1, 1–9.
- Carey, James (1994) Viestintä kulttuurisesta näkökulmasta. *Tiedotus-tutkimus* 17:2, 81–97. Suomennos: Veikko Pietilä ja Risto Suikkanen. *Alkuperäisartikkeli* 1975.
- Carey, James (1993) Linking qualitative and quantitative methods: Integrating cultural factors into public health. *Qualitative Health Research* 3:3, 298–318.

- Cartwright, Lisa (1995) *Screening the body. Tracing medicine's visual culture*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Chew, Fiona; Palmer, Sushma; Slonska Zofia; Subbiah, Kalyani (2002) Enhancing health knowledge; health beliefs and health behaviour in Poland through a health promoting television program series. *Journal of Health Communication* 7:3, 179–196.
- Clarke, Adelene; Mamo, Laura; Fishman, Jennifer; Shim, Janet & Ruth Fosket, Jennifer (2003) Biomedicalization: Technoscientific transformation of health, illness and U.S. biomedicine. *American Sociological Review* 68:2, 161–194.
- Clarke, Juane (1999) Prostate cancer's hegemonic masculinity in select print mass media depictions (1974–1995). *Health Communication* 11:1, 59–74.
- Clarke, Juane & Everest, Michelle (2006) Cancer in the mass print media: Fear, uncertainty and the medical model. *Social Science & Medicine* 62:2591–2600.
- Cline, Rebecca & McKenzie, Nelya (1998) The many cultures of health care: difference, dominance and distance in physician-patient communication. Teoksessa: Jackson, Lorraine & Duffy, Bernhard (toim.) *Health Communication research. A guide to developments and directions*. Westport: Greenwood Press, 57–86.
- Conrad, Peter (2005) The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* 46:1, 3–14.
- Del Mar, Christopher; Green, Adele & Battistutta Diana (1997) Do public media campaign designed to increase skin cancer awareness result in increased skin excision rates. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 21:7, 751–754.
- Delbanco, Tom; Berwick, Donald; Boufford, Jo; Edgman-Levitan, S.; Ollenschläger Günter; Plamping, Diana & Rockenfelles, Richard (2001) Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. *Health Expectations* 4:3, 144–150.
- Douglas, Mary (2000) Puhtaus ja vaara. Ritualisoidun rajatiedon analyysi. Suomennos: Virpi Blom ja Kaarina Hazard. Alkuteos 1966. Tampere: Vastapaino
- Drake, Merja (2005) Terveystiedon lähteillä. Julkisen terveydenhuollon verkkopalvelujen tuottaminen. Yhteisöviestinnän lisensiaattityö. Jyväskylän yliopisto, viestintätieteiden laitos.

- Driel, Wilma & Keijsers, Jolanda (1997) An instrument for reviewing the effectiveness of health education and health promotion. *Patient Education and Counseling* 30:1, 7-17.
- Duodecim (1998) Uskomatonta, mutta valitettavasti totta. Toimituksen kirjoittama Mitä nyt -palsta. *Duodecim* 114:24, 2533.
- Eisenberg, Leon (1977) Disease and illness. Distinction between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:1, 9-23.
- Eklund, Virpi (2002) Terveyslehti lukijoiden elämässä. Laadullinen haastattelututkimus Hyvä Terveys -lehden merkityksestä lehden pitkäaikaisille lukijoille. Tiedotusopin pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, tiedotusopin laitos.
- Engström, Ritva (1999) Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärin-vastaanottojen keskusteluista. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Engeström, Ritva (2003) Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa; Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Helsinki: SKS, 308-331.
- Entwistle, Vikki & Sheldo, Trevor (1999) The picture of health? Media coverage of the health service. Teoksessa: Franklin, Bob (toim.) *Social policy, the media and misrepresentation*. London: Routledge.
- Entwistle, Vikki (1995) Reporting research in medical journals and newspapers. *British Medical Journal* 310:8, 920-3.
- Entwistle, Vikki; Watt, Ian; Brandbury, Richard & Pehl, Lesley (1996) Media coverage of the child B case. *British Medical Journal* 312:22, 1587-91.
- EOAK 3162/2004 Lainvastainen menettely varusmiehen palvelusta keskeytettäessä. Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen ratkaisu 26.4.2006.
- Eriksson-Backa, Kristiina (2003) In sickness and in health. How information and knowledge are related to health behaviour. Åbo: Åbo Akademi.
- Eriksson-Piela, Susan (2003) Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa. Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. *Acta Universitatis Tamperensis* 929. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Fairclough, Norman (1995) *Media discourse*. London: Edward Arnold.
- Fairclough, Norman (1997) *Miten media puhuu*. Tampere: Vastapaino. Suomennos: Virpi Blom & Kaarina Hazard.

- Finer, David; Tomson, Göran & Björkman, Nils-Magnus (1997) Ally, advocate, analyst, agenda-setter? Positions and perspectives of Swedish medical journalists. *Patient Education and Counseling* 30:1, 71–81.
- Fiske, John (1992) Merkkien kieli. Johdatus viestinnän tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. Toimittaan suomentaneet Veikko Pietilä, Risto Suikkanen ja Timo Uusitupa.
- Forma, Pauli (1998) Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuosina 1992 ja 1996. *Stakes raportteja* 222. Helsinki: Stakes.
- Foss, Laurenc & Rothenberg, Kenneth (1987) The second medical revolution. From biomedicine to infomedicine. Boston: New Science Library.
- Foucault, Michel (1975) *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (1980) Tarkkailla ja rangaista. Helsinki: Otava. Alkuteos 1975. 2.painos. Suomennos: Eevi Nivanka.
- Foucault, Michel (1994) *The birth of clinic. An archaeology of medical perception*. New York: Vintage Book. Alkuteos 1963. Englanninos A.M. Sheridan Smith.
- Foucault, Michel (2002) *The archaeology of knowledge*. London: Routledge. Alkuteos 1969. Englanninos A.M. Sheridan Smith.
- Foucault, Michel (2005) *Tiedon arkelogia*. Tampere: Vastapaino. Alkuteos 1969. Suomennos: Tapani Kilpeläinen.
- Fox, Daniel & Lawrwnce, Christopher (1988) *Photographing medicine. Images and power in Britain and America since 1940*. New York: Greenwood Press.
- Fox, N.J. (1998) Postmodernism and health. Teoksessa Petersen, Alan & Waddell, Charles (toim.) *Health matters. A sociology of illness, prevention and care*. Buckingham: Open University Press, 9–22.
- Frank, Arthur (1997) *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gadamer, Hans-Georg (1993) *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt am Main: Bibliothek Suhrkamp.
- Gadamer, Hans-Georg (2004a) Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Valikoinut ja suomentanut Ismo Nikander. Tampere: Vastapaino. Alkuperäisartikkelit vuosilta 1953–1985.

- Gadamer, Hans-Georg (2004b) *Filosofia ja käytännöllinen lääketiede*. Filosofinen aikakauslehti niin & näin 3/2004, 120–121. Suomennos: Jussi Naukkarinen.
- Galtung, John & Holmboe Ruge, Mari (1965) The structure of foreign news. The presentation of Congo, Cuba and Cyprus crises in four Norwegian newspaper. *Journal of Peace Research* 1965:1, 64–91.
- Garbenby, Peter (1991) Sjukvården i massmedierna. *Läkartidningen* 88:16, 1465–66.
- Gastaldo, Denise (1997) Is health education good for you. Re-thinking health education through the concept of bio-power. Teoksessa: Petersen, Alan & Bunton, Robin (toim.) *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 113–133.
- Gerhardt, Uta (1989) *Ideas about illness. An intellectual and political history of medical sociology*. London: Macmillan.
- Gerlander, Maija (2003) Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. *Jyväskylä studies in humanities* 3. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Glik, Deborah; Berkanovic, Emil; Stone, Kathleen; Ibarra, Letici; Jones, Marcy Connell; Rosen, Bob; Schreiberman, Myrl; Gordon, Lisa; Minassian, Laura & Richardes, Darcy (1998) Health education goes Hollywood. Working with prime-time and daytime entertainment television for immunization promotion. *Journal of Health Communication* 3:3, 263–282.
- Gothóni, Raili (1994) Pitkäaikaissairaana vanhuksen ja hänen omaisensa maailma. Teoksessa: Hyry, Katja (toim.) *Sairaus ja ihminen. Kirjoituksia parantamisen perusteista*. Helsinki: SKS.
- Gräsbeck, Ralph (1995) Normaalin käsite lääketieteessä. Teoksessa: Louhiala, Pekka (toim.) *Läätiede ja filosofia*. Helsinki: Yliopistopaino, 66–77.
- Guttman, Nurit (2000) *Public health communication interventions. Values and ethical dilemmas*. London: Sage.
- Gwyn, Richard (2002) *Communicating health and illness*. London: Sage.
- Hafstad, Anne & Aarø, L.E. (1997) Activating interpersonal influence through provocative appeals: evaluating of a mass media-based antismoking campaign targeting adolescents. *Health Communication* 9:3, 253–272.
- Hall, Judith & Visser, Adriaan (2000) Health communication in the century of the patient. Editorial. *Patient, Education and Counseling* 41:2, 115–116.

- Hall, Stuart (1999) Identiteetti. Tampere: Vastapaino. Suomenos ja toimitus: Lehtonen, Mikko & Herkman, Juha. Alkuperäisartikkelit vuosilta 1988–1996.
- Halmesmäki, Erja (2000) Päänteidenkäyttäjän raskaus. *Duodecim* 116:14, 1513–1519.
- Halmesvirta, Anssi (1998) Vaivojensa vangit. Kansa kysyi, lääkärit vastasivat – historiallinen vuoropuhelu 1889–1916. Jyväskylä: Atena.
- Halonen, Irma Kaarina (1999) Matka journalismin sukupuolittumisen strategisille alueille. *Acta Universitatis Tamperensis* 669. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Halonen, Maimu (1999) Jos media sattuisi kohtaamaan lääkärin. *Duodecim* 115:4, 469–71.
- Hampf, Göran. (1998) Epätyypilliset kasvokivut ja depressio. *Duodecim*: 114:5, 463–466.
- Hannonen, Pekka (1995) Fibromyalgiapotilaan hoito. *Duodecim* 111:11, 1051–1058.
- Hannonen, Pekka & Mikkelsen, Marja (2004) M79.0 – Mistä fibromyalgiassa on oikein kyse, mitä hoidoksi? *Duodecim* 120:2, 237–46.
- Hansen, Helle Ploug (2002) Bald women, warm wigs and make up. Third Nordic Seminar on Medical Anthropology. Mekrijärvi 22.3.2002.
- Hansen, Helle Ploug (2007) Hair loss induced by chemotherapy: An anthropological study of women, cancer and rehabilitation. *Anthropology & Medicine* 14:1, 15–26.
- Hautamäki, Tiina (2002) Tuberkuloosin ja aidsin kulttuuriset merkitykset. Tampere: Tampere University Press.
- Heikkilä, Heikki (2001) Ohut ja vankka journalismi. Kansalaisuus suomalaisen uutisjournalismin käytännöissä. Tampere: Tampere University Press.
- Heikkilä, Heikki & Kunelius, Risto (1997) Julkisen journalismin äärellä. Ajatuskokeita pääsyn, keskustelun ja harkinnan käsitteillä. *Tiedotustutkimus* 20:4, 4–21.
- Heinonen, Ari (1995) Vahtikoiran omatunto. Journalismin itsesääntely ja toimittajat. Tiedotusopin laitoksen julkaisu A 84. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Helakorpi, Satu; Patja, Kristiina; Prättälä, Ritva; Aro, Arja R. & Uutela, Antti (2002) Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys. Kevät 2002. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B12. Helsinki: KTL.

- Helén, Ilpo (2002) Lääketieteen lupaus ja elämän politiikka. *Sosiologia* 39:2, 104–115.
- Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 13–32.
- Helén Ilpo & Yesilova, Katja (2003) Vietti, väestö ja valinta. Seksuaali-terveyden kerrostumat Suomessa. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 233–259.
- Hellsten, Iina (1997) Metaforien Eurooppa. Näkökulmia suomalaiseen EU-journalisimiin. Tampereen tiedotusopin laitos julkaisuja A 90. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hellsten, Iina (2002) The politics of metaphor. Biotechnology and biodiversity in the media. *Acta Universitatis Tamperensis* 876. Tampere: Tampere University Press.
- Helman, Cecil (1990) Culture, health and illness. An introduction for health professionals. Oxford: Butterworth-Heinemann. 2. painos.
- Helsti, Hilkka (2003) Synnytyksen lääketieteellistäminen ja kansanomaisen vastarinta. Kulttuuriset ristiriidat kotisyntyneiden aikaa. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa; Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.) *Sairas, potilas, omainen*. Näkökulmia sairauden kokemiseen. Helsinki: SKS, 46–70.
- Hemánus, Pertti & Pietilä, Kauko (1982) Seitsemän erää journalismia. Tampere: Vastapaino.
- Hemánus, Pertti (1987) Virittävä alkoholilivistus vielä kerran. Teoksessa: Hemánus, Pertti; Partanen, Juha & Virtanen, Matti (toim.) *Virittävyyden ongelma*. Tampereen yliopisto tiedotusopin laitoksen julkaisuja C: 9. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hemánus, Pertti (1997) Journalismi, ikkuna todellisuuteen? Jäähvyäisluento ja bibliografia. Tampereen yliopisto tiedotusopin laitos julkaisuja C: 23. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hemminki, Elina (2004) Opposition to unpopular research results: Finnish professional reactions to WHI findings. *Health Policy* 69:3, 283–291.
- Heritage, John & Stivers, Tanya (1999) Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine* 49:11, 1501–1517.
- Hilgartner, Stephen & Bosk, Charles (1988) The rise and fall of social problems. A public arenas model. *American Journal of Sociology* 94:1, 53–78.



- Hofoss, Dag & Falkum, Erik (1996) Leger og massemedier. Lese-oppfatninger on massemediens omtale av medisin, helsepolitikk og legene som yrkesgruppe. Tidsskrift for Den norske lægeförening 116:2, 270–274.
- Hogg, Christine (1999) Patients, power & politics. From patients to citizens. London: Sage.
- Hofmann, Björn (2002) The technological invention of disease. A disease, technology and values. Oslo: Unipub Oslo. <http://www2.hig.no/ah/helseteknologi/Bjorn%20Hofmann/Artikler/Thesis.pdf>. Tulostettu 26.7.2005.
- Honkasalo, Marja-Liisa (1994) Lääkäri ja sairaus. Merkityksiä etsimässä. Teoksessa: Hyry, Katja (toim.) Sairaus ja ihminen. Kirjoituksia parantamisen perusteista. Helsinki: SKS, 126–138.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2000) Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti. Teoksessa Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika. (toim.) Terveys sosiologian suutauksia. Helsinki: Gaudeamus, 53–73.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2004) Jotain jäi yli. Ruumiillisuus konstruktio- nismiin ja eletyn jälkeen. Teoksessa: Jokinen, Eeva; Kaskisaari, Marja & Huso, Marita. (toim.) Ruumis töihin. Käsite ja käytäntö. Tampere: Vastapaino, 305–328.
- Honkasalo Marja-Liisa (2008) Etnografia terveyden, sairauden ja terveyden- huollon tutkimuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja 45:1, 4–17.
- Honkasalo, Marja-Liisa, Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (2003) (toim.) Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen. Helsinki: SKS.
- Honkasalo, Marja-Liisa, Utriainen, Terhi & Leppo, Anna (2004) (toim.) Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä. Tampere: Vastapaino.
- Honko, Lauri (1994) Kulttuuri ja sairaus. Teoksessa: Hyry, Katja (toim.) Sairaus ja ihminen. Helsinki: SKS, 13–40.
- Hornik, Robert (2002) Introduction. Public health communication. Making sense of contradictory evidence. Teoksessa Hornik, Robert (toim.) Public health communication. Evidence for behavior change. London: LEA.
- Horsti, Karina (2005) Vierauden rajat. Monikulttuurisuus ja turvapaikan- hakijat journalismissa. Tampere: Tampere University Press.
- Høyer, G. (2000) On the justification for civil commitment. Acta Psychiatrica Scandinavica 100:399, 65–71.

- Hunter, David (1994) From tribalism to corporatism. The managerial challenge to medical dominance. Teoksessa: Gabe, Jonatha; Kelleher, David & Williams, Gareth. (toim.) Challenging medicine. London: Routledge: 1–22.
- Huotari, Kari (1993) Aids-kysymyksen muotoutuminen kansallisessa kirjoittelussa. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Huotari, Kari (2003) Hiv-positiivisten arki ja terveyden kokemus. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa; Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.) Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen. Helsinki: SKS, 118–141.
- Hutcheon, Linda (1994) Irony's edge: the theory and politics of irony. London: Routledge.
- Hyrkkänen, Markku (2002) Aatehistorian mieli. Tampere: Vastapaino.
- Häkkinen, Kaisa (2005) Nykysuomen etymologinen sanakirja. Helsinki: WSOY.
- Hänninen, Vilma (1999) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitatis Tamperensis 696. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (1999) Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa: Hänninen, Vilma: Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitatis Tamperensis 696. Tampere: Tampereen yliopisto, 141–156.
- Häyry, Matti (1993) Oikeudenmukaisuus ja hyödyllisyys terveydenhuollossa – Humer periaatteista Oregonin ratkaisuun. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 34:1, 47–59.
- ICD-10. Tautiluokitus. Aakkosellinen osa. Helsinki: Stakes.
- Idman, Irja (1983) Terveys julkisuuden markkinoilla. Tiedotustutkimus 6:3, 3–19.
- Idman Irja & Uusitupa, Timo (1981) Terveysvalistus joukkotiedotuksessa. Yritelmä. Tiedotustutkimus 4:1, 3–18.
- Illich, Ivan (1995) Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Marion boyars. Alkuteos 1976. Uudella esipuheella täydennetty painos.
- Jaakkola, Niina (2002) Passive smoking during pregnancy and early childhood: occurrence, determinants, health effects and prevention. Helsinki:Yliopistopaino. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/jaakkola/passives.pdf>. Tarkistettu 26.6.2008.

- Jaakkola, Niina; Zahlsen, Kolbjørn & Jaakkola, Jouni J.K. (2001) Effects of population-based smoking cessation programme on smoking pregnancy. *European Journal of Public Health* 11: 446–449.
- Jackson, Lorraine & Duffy, Bernhard (1998) Health communication research. A guide to developments and directions. Westport: Greenwood Press.
- Jallinoja, Pia; Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (2003) Huumekontaktit, huume mielipiteet ja valtakunnallisen huumeviestikampanjan havaittavuus. Tutkimuksia aikuisista suomalaisista 2002. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2003.
- Jensen, Klaus (1991) Humanistic scholarship as qualitative science: contributions to mass communication research. Teoksessa: Jensen, Klaus & Jankowski, Nicholas (toim.) A handbook of qualitative methodologies for mass communication research. London: Routledge: 18–43.
- Jersild, P. C. (1979) Baabelin talo. Helsinki: Tammi. Suomennus: Irmeli Järnefelt.
- Jersild, P. C. (1982) Babels hus efterspelet. *Socialmedicinsk Tidskrift* 59:7–8, 320–323.
- Joffe, Hélène & Haarhoff, Georgina (2002) Representation of far-flung illnesses: the case of ebola in Britain. *Social Science & Medicine* 54:955–969.
- Jokinen; Markku (1991) Kuurot – viittomakielinen vähemmistö vailla oikeuksia. Teoksessa: Lehtinen, Tapani & Shore, Susanna (toim.) Kieli, valta ja eriarvoisuus. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino.
- Jones, Colin & Porter, Roy (1994) (toim.) Reassessing Foucault. Power, medicine and the body. London: Routledge.
- Julkunen, Raija (2001) Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, Risto (2006) Hiivasyndrooma – tarua vai totta. *Duodecim* 122:3, 287–294.
- Juntunen, Matti & Mehtonen, Lauri (1977) Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Helsinki: Gummerus.
- Järvi, Ulla (2002) Toimittaja katsoo potilasta – uhri vai sankari. Toimittajat haluaisivat juttuihinsa nykyistä useammin potilaan näkökulman. *Suomen Lääkärilehti* 3/2002, 311–317.

- Järvi, Ulla; Vuorenkoski, Lauri & Vainikainen, Tuula (2005) Toimittaja taiteilee lääkeviestinnän ristiaallokossa. Kysely toimittajien näkemyksistä, lääketiedon tuottajista ja tiedon luotettavuudesta. *Tiedotustutkimus* 28:4-5, 103-117.
- Kangas, Ilka (2003) Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja asiantuntemus sairastamisen arjessa. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa; Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Helsinki: SKS, 73-95.
- Kangas, Ilka; Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (2000) (toim.) *Terveys-sosiologian suuntauksia*. Tampere: Vastapaino.
- Kangaspunta, Seppo & Huusko, Marjo (2001) "Mahdollisuuksien avaruus" Terveyden ja hyvinvoinnin yhteisötelevisio -tutkimusprojektin väliraportti. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Karisto, Antti; Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (1992) (toim.) *Terveys-sosiologia*. Helsinki: WSOY.
- Karpf, Anne (1988) *Doctoring media. The reporting of health and medicine*. London: Routledge.
- Kauttu, Kyllikki; Reinilä, Anna-Maria & Voutilainen Antero (1983) *Kunnanlääkärin työ ja elämä*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Kelleher, David; Gabe, Jonathan & Williams, Gareth (1994) *Understanding medical dominance in the modern world*. Teoksessa: Gabe, Jonathan; Kelleher, David & Williams, Gareth (toim.) *Challenging medicine*. London: Routledge, xi-xxix.
- Kettunen, Tarja (2001) *Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa*. *Studies in sport, physical education and health* 75. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Klaidman, Stephen (1991) *Health in the headlines. The stories behind stories*. Oxford: Oxford University Press.
- Kleinman, Arthur (1978) Concepts and a model for comparison of medical systems as cultural system. *Social Science & Medicine* 12:2B, 85-93.
- Kleinman, Arthur (1988) *The illness narratives. Suffering, healing and the human conditions*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur (1992) Pain and resistance: the delegimation and relegimation of local words. Teoksessa: DelVecchio Good, Mary-Jo; Brodwin, Paul; Good Byron & Kleinman Arthur (toim.) *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 169-197.

- Kleinman, Arthur (1995) *Writing at the margins. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of Californian Press.
- Kinnunen, Juha (1992) *KYSin johtaminen ja kulttuuri muuttuvassa toimintaympäristössä*. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/1992. Kuopio: KYS
- Koivusalo, Esko (1989) *Terveyskasvatuksen alkuvaiheet Duodecim-seurassa*. Duodecim 105:22, 1748–1757.
- Kokko, Simo (1988) *Tauti ja sairaus – työikäiset terveyskeskuslääkärin vastaanotolla*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kansanterveys. Alkuperäistutkimuksia 1/1988. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Korpelainen, Vesa & Mustonen, Juha (2003) *Tobacco in health promotion: experience from North-Carelia*. Suomen Lääkärilehti 58: 27–29, 2997–3001.
- Kortelainen, Anna (2003) *Levoton nainen. Hysterian kulttuurihistoriaa*. Helsinki: Tammi.
- Koski, Anne (2005) *Niinkö on jos siltä näyttää? Kuva ja mielikuva Suomen valtaresursseina kansainvälisessä politiikassa*. Helsinki: Tutkijaliitto. Episteme-sarja.
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Rouvinen-Wilenius, Päivi (2001) *Tietoisuudesta kyvykkyyteen*. Promo. Terveveyden edistämisen lehti 4/2001, 24–26.
- Kowalik, Jill (1985) *“Sympathy with death”: Hans Castorps Nietzschean resentment*. The German Quartely 58:1, 27–48.
- Kreps, Gary & Thornton, Barbara (1984) *Health Communication. Theory and practice*. New York: Longman.
- Kreps, Gary; Arora, Neeraj; Nelson, David (2003) *Consumer/provider communication research: directions for development*. Patient, Education and Counseling 50:1, 3–4.
- Kreps, Gary; Bonaguro, Elleen & Query, Jim (1998) *The history and developmet of the field of health communication*. Teoksessa: Jackson, Lorraine & Duffy, Bernhard (toim.) *Health communication research. A guide to developments and directions*. Westport: Greenwood Press, 1–15.
- Kusch, Martin (1993) *Tiedon kentät ja kerrostumat – Michel Foucault'n tieteen tutkimuksen lähtökohdat*. Oulu: Pohjoinen. Alkuteos 1991. Suomennos: Heini Hakosalo.

- Kukkola, Sirkka (1997) Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhte. Tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kunelius, Risto (1996) The news, textually speaking. Writing on news journalism and journalism research. Acta Universitatis Tamperensis A 520. Tampere: University of Tampere.
- Kunelius, Risto (2000) Journalismi nelijalkaisena otuksena. Tutkimuksen näkökulmia, ongelmia ja haasteita. Tiedotustutkimus 23:3, 4–27.
- Kuortti, Joel; Mäntynen, Anne & Pietikäinen, Sari (2008) Kielen rakennustelineillä: Kielellisen ja yhteiskunnallisen käänteen merkitys. Tiedotustutkimu 31:2, 25–37.
- Kupiainen, Reijo (1997) Kielessä asumme. Kieli eettisyyden pelitilana. Teoksessa: Mälkiä, Matti & Stenvall, Jari (toim.) Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen. Tampere: Tampere University Press.
- Kärki, Riitta (1998) Lääketiede julkisuudessa. Prometeheus vai Frankestein. Tampere: Vastapaino.
- Lahelma, Eero; Berg, Mari-Anna; Helakorpi, Satu; Prättälä, Ritva; Rahkonen, Ossi & Puska, Pekka (1994) Suomalaisten aikuisten koettu terveydentila ja terveyskäyttäytyminen 1978-1993. Suomen Lääkärilehti 49:22-23, 2213–2227.
- Laiho, Anne (2005) ”Sisar tieteen saloissa”. Sairaanhoidtajien akatemi-soitumisprojekti Pohjoismaissa 1900 luvulla. Annales Universitatis Turkuensis C 232. Turku: Turun yliopisto.
- Laiho, Marianna (2005) Sairaskuva – sairaan kuva – sairas kuva. Teoksessa: Laiho, Marianna & Ruoho, Iiris (toim.) Median merkitsemät. Ruumis ja sukupuoli kuvassa. Helsinki: PS-kustanus, 69–101.
- Lakoff, George & Johsson, Mark (2003) Metaphors we live by. Chicago: The University of Chicago Press. Alkuteos 1980.
- Lakoff, George & Turner, Mark (1989) More than cool reason. A field guide to poetic metaphor. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lambert, Bruce; Street, Richard; Gegala, Donald; Smith, David; Kurtz, Suzanne & Schofield, Theo (1997) Provider-patient communication, patient-centered care and the mangle of practice. Health Communication 9:1, 27–43.
- Lampi, Hannu (2005) Miehen sydäninfarktikokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

- Lane, Sandra (1997) Television minidramas: social marketing and evaluation in Egypt. *Medical Anthropology Quarterly* 11:2, 164–182.
- Lantz, Jane & Lanier, William (2002) Observation from the Mayo Clinic National Conference on medicine and the media. *Mayo Clinic Proceedings* 77:12, 1306–1311.
- Lappalainen, Tuomo (2004) Luottomies. *Suomen Kuvalehti* 30.4.2004, 18–29.
- Lehto, Juhani (1998) Pakkohoitoa sikiövaurioiden ehkäisemiseksi. *Tiimi* 3–4/1998, 4–5.
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter (1999) 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspolitiikan suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 64:3, 207–221.
- Lehtonen, Turo-Kimmo (1998) Bakterit ja henkisten ruttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveysvalistuksessa 1890-luvulla. Teoksessa Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.) *Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveystieteiden kulttuurihistoriaa*. Helsinki: SHS, 205–252.
- Leino, Tuija; Koskenniemi, Eeva, Saranpää, Pirjo-Riitta; Strömberg, Nina & Kilpi, Terhi (2007) Rokotuskattavuus on edelleen huippuluokkaa. *Suomen Lääkärilehti* 62:8, 739–743.
- Leino-Kilpi, Helena & Suominen, Tarja (1998) Nursing research in Finland from 1958 to 1995. *Image – the Journal of Nursing Scholarship* 30:4, 363–367.
- Levi, Ragnar (2001) *Medical Journalism. Exposing fact, fiction, fraud*. Ames: Iowa State University.
- Lillrank, Annika & Seppälä, Ullamaija (2000) Sairauden ja terveyden kokemus maallikkonäkökulmasta. Teoksessa: Kangas, Ilka; Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.) *Terveyssosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 104–118.
- Linna, Miika; Häkkinen, Unto; Tolppanen, Esa-Matti; Lehtonen, Olli-Pekka; Talja, Martti; Räihä, Ismo & Asikainen, Kimmo; (1998) *Hoitotoiminnan tuottavuuden mittaaminen ja kehittäminen. Projektin loppuraportti*. Stakes Aiheita 40. Helsinki: Stakes.
- Lumme-Sandt, Kirsi (2000) Rohtoja ikääntyneille – lääkemainonta et-lehdessä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37, 2 137–144.
- Luostarinen, Heikki (1994) *Mielen kersantit. Julkisuuden hallinta ja journalistiset vastastrategiat sotilaallisissa konflikteissa*. Juva: Hanki ja jää.

- Lupton, Deborah (1992) Is there life after Foucault? Poststructuralism and health social sciences. *Australian Journal of Public Health* 17:4, 298–300.
- Lupton, Deborah (1993) The construction of patienthood in medical advertising. *International Journal of Health Services* 23: 4, 805–819.
- Lupton, Deborah (1995a) The imperative of health. *Public health and the regulated body*. London: Sage
- Lupton, Deborah (1995b) Medical and health stories in the Sydney Morning Herald's front page. *Australian Journal of Public Health* 19:5, 501–508.
- Lupton, Deborah (1997) Foucault and medicalisation critique. Teoksessa: Jones, Colin & Porter, Roy (1997) *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body*. London: Routledge, 94–110.
- Lupton, Deborah (2003) *Medicine as culture. Illness, disease, and the body in Western societies*. London: Sage. 2. painos.
- Lupton, Deborah & McLean, Jane (1998) Representing doctors: discourse and images in the Australian press. *Social Science and Medicine* 46: 8, 947–958.
- Lääketieteen toimittajat (2008) Info. <http://www.laaketieentoimittajat.fi/>. Tarkistettu 26.6.2008.
- Lääkärin ja journalistien tiedotussuositus (2004) Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Journalistiliiton yhteinen tiedotussuositus. <http://www.laakariliitto.fi/files/tiedotussuositus.pdf>. Tarkistettu 31.8.2008.
- Lääkärin eettiset ohjeet (1988) Teoksessa: Lääkärin etiikka (1996). Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 12–13.
- Lövdahl, Ulrica & Riska, Elianne (1997) Gendered display in psychotropic drug advertisements in Nordic medical journals. Teoksessa: Riska, Elianne (toim.) *Images of women's health. The social construction of gendered health*. Åbo: Åbo Akademi, 79–106.
- Magiasta lääketieteeseen. Tiede ja usko 1500–1770-luvun taiteessa. (2004) Helsinki: Sinebrychoffin taidemuseo. Näyttelyluettelo.
- Mann, Thomas (1998) *Taikavuori*. Helsinki: WSOY. Suomennos: Kai Kaila. Alkuteos 1924. 5. painos
- Mannila, Simo (2000) Terveys sosiologian varhaisvaiheet. Teoksessa: Kangas Ilka, Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (2000) *Terveys sosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 12–26.
- Martin, Emily (1992) The end of the body? *American Ethnologist* 19:1, 121–140.



- Manderbacka, Kristiina (1998) Keski-ikäisten käsitykset terveydestä. Teoksessa: Rakhonen, Ossi & Lahelma, Eero (toim.) Elämäkaari ja terveys. Helsinki: Gaudeamus, 119–128.
- Mattila, Lea-Riitta (2001) Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. *Acta Universitatis Tamperensis* 816. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mattila, Markku (1999) Kansamme parhaaksi. Rotuhygieniä Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti. Helsinki: SHS.
- May, Carl & Fleming Christine (1997) The profession imagination: narrative and the symbolic boundaries between medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 25:5, 1094–1100.
- McAlister, Alfred (1995) Behavioral journalism. Beyond the marketing model for health communication. *American Journal of Health Promotion* 9:6, 417–419.
- McGranath, John (1995) The gatekeeping process. The right combinations to unlock the gates. Teoksessa: Maibach, Edward & Parrott, Roxanne (toim.) Design health messages. Approaches from communication theory and public health practice. London: Sage, 199–216.
- McLaughlin, James (1975) The doctor show. *Journal of Communication* 25:3, 182–184.
- Meri, Veijo (2002) Sanojen synty. Helsinki: Gummerus. 5. painos. Alkuteos 1985.
- Meriam-Webster Dictionary. <http://www.m-w.com/cgi-bin/dictionary>. Tarkistettu 11.8.2008.
- Mikkeli, Heikki (1999) Hygiene in the early modern medical tradition. Suomalaisen tiedeakatemia toimituksia, *Humaniora* 305. Helsinki: Academia Scientiarum Fennica.
- Mikkeli, Heikki (1998) Hygieia, Asklepioksen tytär terveyden linnassa. Dietiikka ja terveysoppaat uuden ajan alussa. Teoksessa: Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.) Terveiden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitteiden kulttuurihistoria. Helsinki: SHS; 85–119.
- Mikkola, Leena (2000) Supportiivinen viestintä hoitotyössä. Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelua. Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto, viestintätieteiden laitos.
- Mikkola, Leena (2006) Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. *Jyväskylä studies in humanities* 66. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

- Mikkola, Leena & Torkkola, Sinikka (2007) Viestinnän tutkimus vierastaa terveyttä. Tiedotustutkimus 30:4, 2–8. Terveystieteen teemanumeron pääkirjoitus.
- Miller, David & Williams, Kevin (1998) The AIDS public education campaign, 1986–1990. Teoksessa: Miller, David, Kitzinger, Jebby; Williams, Kevin & Beharrell, Peter (toim.) The circuit of mass communication. Media strategies, representation and audience reception in the AIDS crisis. London: Sage: 13–45.
- Mishler, Elliot G. (1984) The discourse of medicine: dialectics of medical interviews. Norwood: Ablex.
- Mol, Annmarie (1998) Missing links, making links. The performance of some atheroscleroses. Teoksessa: Berg, Marc & Mol, Annemari (toim.) Difference in medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies. Durham: Duke, 144–165.
- Mol, Annemarie (2002) The body multiple. Ontology in medical practice. Durham: Duke University Press.
- Mol, Annemarie & Berg, Marc (1998) Difference medicine. An introduction. Teoksessa: Berg, Marc & Mol, Annemari (toim.) Difference in medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies. Durham: Duke, 1–12.
- Montazeri, Ali & McEwen, James (1997) Effective communication: perception of two anti-smoking advertisements. Patient Education and Counseling 30:1, 29–35.
- Montgomery, Kathryn (1990) Promoting health through entertainment television. Teoksessa: Atkin, Charles & Wallack, Lawrence (toim.) Mass communication and public health: complexities and conflicts. Newbury Park: Sage, 114–128.
- Moyer, Anne; Greener, Susan; Beauvais, John & Salovey, Peter (1995) Accuracy of health research in popular press: breast cancer and mammography. Health Communication 7:2, 147–161.
- Mustaniemi, Harri (1995) Trends in acute myocardial infarction and coronary death in North Karelia – Results from the ami register. Teoksessa: Puska, Pekka; Tuomilehto, Jaakko; Nissinen, Aulikki & Vartiainen, Erkki (toim.) The North Karelia project. 20 years results and experience. Helsinki: KTL, 169–184.
- Myllykangas, Markku (2001) Terveystarpeiden lietsontaa: mistä medikalisaatiossa on oikein kyse. Tiedepolitiikka 3/2001, 7–22.

- Mäkelä, Klaus (1990) Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: Mäkelä, Klaus (toim.) Kvalitatiivisen aieniston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42–61.
- Mäkelä, Tapio (1994a) Tulosojhdettu sairaala. Tulosojhtaminen ja tulosojhtamiskoulutus Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Hallintotiede 1994 A6. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mäkelä, Tapio (1994b) Hallinnon ja johtamisen kehittäminen sairaalassa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja. 21:43.3–33.
- Mäki-Kuutti, Anna-Mari (2005) Naisruumiin tuottaminen terveys-aikakauslehdissä. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, tiedotusopin laitos.
- Mäntylä, Jorma (2004) Journalistin etiikka. Helsinki: Gaudeamus.
- Mörä, Tuomo (1999) EU-journalismin anatomia. Mediasisältöjä muokanneet tekijät ennen kansanäänestystä 1994. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Naakka-Korhonen, Mervi (1997) Vaivasta taudiksi. Lapamatoon liittyvä kansanparannus erityisesti pohjoiskarjalaisen aineiston valossa. Helsinki: SKS
- Naukkari, Jussi (2007) Tiede ja tekniikka Martin Heideggerin filosofiassa. Lisensiaatintyön käsikirjoitus.
- Nelkin, Dorothy (1996) Medicine and media. An uneasy relationship: the tensions between medicine and the media. *Lancet* 347:8, 1600–1603.
- Nettleton, Sarah (1992) Power, pain and dentistry. Buckingham: Open University Press.
- Nettleton, Sarah (1995) The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press.
- Niinimäki, Pirjo-Liisa (1998) Arkkiveisut lehdistön edeltäjinä Suomessa 1600- ja 1700-luvuilla. *Tiedotustutkimus* 21:3, 36–53.
- Nikander, Pirjo (2002) Moniammatillinen viestintä: yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali ja terveydenhuollossa. Teoksessa Torkkola (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 55–70.
- Niku, Annikki (2003): Heidegger ja kielen salaisuus. Filosofinen aikakauskirja niin & näin 3/03, 115–123.
- Nordenfelt, Lennart (1994) On the disease, illness, sickness distinction: a commentary on Andrew Twaddle's system of concepts. Teoksessa: *Disease, illness and sickness: three central concepts in the theory of health. A dialogue between Anrew Twaddle and Lennart Nordenfelt* Linköping: Linköping University, 19–36.

- Nordenfelt, Lennart (2000) On the place of fuzzy health in medical theory. *Journal of Medicine and Philosophy* 25:5, 639-649.
- Nordman, Tarja (2002) Viestintä terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa: Torkkola, Sinikka (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 121-149.
- Novak, Glen & Siska, Michael (1995) Using research to inform campaign development and message design. Teoksessa: Maibach, Edward & Parrott, Roxanne Louiselle (1995) *Design health message. Approaches from communication theory and public health practice*. London: Sage, 169-185.
- Nykysuomen sanakirja. (1996) Helsinki: WSOY. 14. painos, perustuu 1967 julkaistuun 2. painokseen.
- Oksanen-Mäkelä, Maria & Hupli, Maija (1998) Käsiteanalyysi "hoitaja potilaan edustajana" -käsitteestä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:21/1998*. Turku: Turun yliopisto.
- Osborne, Thomas (1994) On antimedicine and clinical reason. Teoksessa: Jones, Colin & Porter, Roy (toim.) *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body*. London: Routledge, 28-47.
- Oxford English Dictionary. Tampereen yliopiston kirjaston tietokanta. <http://www.uta.fi/laitokset/kirjasto/tietokannat/tietosanatk.shtml>. Tarkistettu 11.8.2008.
- Paju, Päivi (2006) Megamässäilyllä elintapasairaaksi. Vastuun ja syyllisyyden rakentuminen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä käsittelevissä sanomalehti uutisissa. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopiston tiedotusopin laitos.
- Parikka, Jussi (2004) Aidsia, aivoja, rakkauden tunnustuksia ja mustia kostajia. *Tietokonevirusten kulttuurihistoriaa. Tekniikan Waiheita* 22:2, 5-19.
- Parsons, Talcott (1951) *The Social System*. Glencoe: The Free Press.
- Payer, Lynn (1988) *Medicine & culture. Varieties of treatment in the United States, England, West Germany and France*. New York: Henry Holt and Company
- Peetz-Schou, Mette (1997) How to measure consumer awareness of mass-media campaigns for public health purposes. *Patient Education and Counseling* 30:1, 53-59.
- Pelkonen, Risto (1989) Sata valistuksen vuotta. *Duodecim* 105:22, 1759-1771.

- Pellegrino, Edmund D & Thomasma, David C. (1981) *Philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions.* Oxford: Oxford University Press.
- Perttilä, Kerttu & Sinkkonen, Sirkka (1998) *Sanomalehden terveyden edistäjänä kunnissa – diskurssianalyttinen tutkimus maakunta- ja paikallislehtien sisällöstä.* *Hallinnon tutkimus* 17:2, 98–108.
- Peräkylä, Anssi (1995) *AIDS counseling : institutional interaction and clinical practice.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, Anssi (2000) *Sairaus, puhe ja vuorovaikutus.* Teoksessa: Kangas, Ilka; Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (2000) (toim.) *Terveyssosiologian suuntauksia.* Tampere: Vastapaino, 74–84.
- Peräkylä, Anssi; Eskola, Kari & Sorjonen Marja-Leena (2001) *Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkasteltun kohteena.* Teoksessa: Sorjonen, Marja-Leena; Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari. *Keskustelu lääkärin vastaanotolla.* Tampere: Vastapaino, 7–26.
- Petersen, Alan & Bunton, Robin (toim.) *Foucault, health and medicine.* London: Routledge.
- Peterson, Olof & Carlberg, Ingrid (1990) *Makten över tanken : en bok om det svenska massmediesamhället.* Stockholm: Carlssons.
- Pietilä, Kauko (2003) *Mediumteoria yhteiskuntatieteen yhteiskuntatieteellisenä metodina.* *Tiedotustutkimus* 26:4–5, 6–17.
- Pietilä, Kauko & Sondermann, Klaus (1994) *Sanomalehden yhteiskunta.* Tampere: Vastapaino.
- Pietilä, Veikko (1991) *Sanoista tekoihin. 'Vieraan puheen' vastaanotosta lehtiutisissa.* *Tiedotustutkimus* 14:4, 5–18.
- Pietilä, Veikko (1995a) *Kertomuksia uutisista, uutisia kertomuksista.* Tampereen yliopiston tiedotusopin laitoksen julkaisuja A 86. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Pietilä, Veikko (1995b) *TV-uutisista, hyvää iltaa.* Tampere: Vastapaino.
- Pietilä, Veikko (1997) *Joukkoviestintätutkimuksen valtateillä.* Tampere Vastapaino.
- Piispa, Matti (1997) *Valistus, holhous ja suojele. Tutkimus alkoholi-poliittisesta ja tupakkapoliittisesta mielipideilmastosta.* *Acta Universitatis Tamperensis* 564. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Poikolainen, Kari (1989) *Viestintä vaarantaa terveytesi.* *Duodecim* 105:22, 1790–1795.

- Porter, Roy (1997) *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present.* London: Fontana Press.
- Porter, Roy & Colin, Jones (1994) (toim.) *Reassessing Foucault. Power, Medicine and the Body.* London: Routledge.
- Poskiparta, Marita (2002) Neuvonnan keinoin kohti terveystietämisen muutosta. Teoksessa: Torkkola (toim.) *Terveystietämistä.* Helsinki: Tammi 24–35.
- Puhakainen, Jyri (1998) *Persoonan kieltäjät. Ihmisen vapaus ja vastuu aivotutkimuksen ja lääketieteen puristuksessa.* Helsinki: Like.
- Purola, Tapani (1971) *Sairaus sosiaalilääketieteellisenä käsitteenä. Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja E: 35/1971.* Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Puska, Pekka (1995) *Evaluation.* Teoksessa: Puska, Pekka; Tuomilehto, Jaakka; Nissinen, Aulikki & Vartiainen, Erkki (toim.) *The North Karelia project. 20 years results and experience.* Helsinki: KTL, 57–64.
- Puska, Pekka; Tuomilehto, Jaakko; Vartiainen, Erkki; Korhonen, Erkki & Torppa, Jorma (1995) *Mortality changes.* Teoksessa: Puska, Pekka; Tuomilehti, Jaakko; Nissinen Aulikki & Vartiainen Erkki (toim.) *The North Karelia Project: 20 year results and experiences.* Helsinki: KTL, 159–167.
- Puustinen, Raimo (2000) *What is medicine? In search for a theory of practice.* Teoksessa: Louhela Pekka & Stenman, Svante (toim.) *Philosophy meets medicine. Acta Gyllenbergiana I.* Helsinki: Helsinki University Press, 29–39.
- Pyörälä, Eeva (2001) *Keskusteluanalyttisen vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa.* Teoksessa: Sorjonen, Marja-Leena; Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla.* Tampere: Vastapaino, 183–195.
- Radley, Alan (1994) *Making sense of illness. The social psychology of health and disease.* London: Sage.
- Ragvaldinpoika, Thomas (1763) *Sen vielä wirhellisen ilo-weisu, koska hän Jumalan siunauksen woimalla ja läkärin konstin awulla parattin huulensa wirhestä. Caikille rackaille risti weljille ja sisarille ylöskehoituxexi, kijttämään Jumalata terwen ja hywin caunistetun ruumin edestä, cocoonpandu ja pränttijin annettu vuonna 1763. Thomas Ragwaldin pojalda Turusa oleskelewalda. S.I. Arkkiveisu on myös Vammala-infon verkkosivujen alisivulla arkkiveisu kauneusleikkauksesta.* <http://vammala.info/?m=200703>. Tarkistettu 31.8.2008.

- Rahkonen, Ossi; Talala, Kirsi; Laaksonen, Mikko; Lahelma, Eero; Prättälä, Ritva & Uutela, Antti (2004) Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979–2002. *Suomen Lääkärilehti* 59:20, 2159–2163.
- Raittila, Pentti (2004) Venäläiset ja virolaiset suomalaisten Toisina. Tapaustutkimuksia ja analyysimenetelmien kehittelyä. Tampere: Tampere University Press.
- Rakow, Lana (1989) Information and Power: toward a critical theory of information. Teoksessa: Salmon, Charles (toim.) Information campaigns: Balancing social values and social change. *Sage Annual Reviews of Communication Research* 18. Newbury Park: Sage.
- Rantanen, Terhi & Ampuja Marko (1997) "Maailman ihmeellisin asia" Johdatus viestinnän oppihistoriaan. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Rainikainen, Marjo-Riitta (2002) Vammaisuus ja sukupuoli yhteiskunnassa. Sukupuolen eriarvoistavat vaikutukset vammaiselle. Seksuaalipoliittinen aikakauskirja 1–2002. [http://www.sexpo.fi/aikakauskirja\\_01.htm](http://www.sexpo.fi/aikakauskirja_01.htm). Tulostettu 10.5.2006.
- Renvall, Mika & Reunanen, Esa (1998) Kaiken pelastava journalistinen ironia: teoria ja käytäntö. *Tiedotustutkimus* 21:3, 4–23.
- Reunanen, Esa (2003) Budjettijournalismi julkisena keskusteluna. Tekstianalyttisiä näkökulmia suomalaiseen ja ruotsalaiseen budjettikirjoitteluun. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ridell, Seija (1993) Kommunikaation ihmeelliset seikkailut. Viestinnän käsite kertovan fiktion tutkimuksessa – ja vähän tiedotusopissakin. *Tiedotustutkimus* 16:1, 9–21.
- Ridell, Seija (1994) Kaikki tiet vievät genreen. *Tiedotusopin laitoksen julkaisuja A* 82. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rintala, Taina (1995) Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. *Stakes, Tutkimuksia* 54. Helsinki: Stakes.
- Rosenberg, Charles (1992) Explaining epidemics and other studies in the history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rokotusinfo (2007) Kotisivut <http://www.rokotusinfo.fi/yhd/>. Tarkistettu 31.8.2008.
- Rowan, Katherine (2000) Explaining illness through the mass media: the problem solving perspective. Teoksessa: Whaley, Bryan (toim.) Explaining illness. Research, theory and Strategies. London: LEA, 69–100.

- Ruoho, Iiris (2004) Yhteiskunnan sepitearvosta televisiosarjoissa. Teoksessa: Helimäki, Liisa Mirjam; Pavas, Petteri & Riuttu, Pentti. (toim.) Ylesön puolesta. Puheenvuoroja mediakeskusteluun. Helsinki: PS-kustannus, 63–76.
- Ruoho, Iiris (2006) Julkisuudet, naiset ja journalismi. Teoksessa: Mäkelä, Anna; Puustinen, Liina & Ruoho, Iiris (toim.) Sukupuolishow. Johdatus feministiseen mediatutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus, 171–192.
- Ruuskanen, Jali & Jalanko, Hannu (1997) Lääketiede joukkoviestimissä. *Duodecim* 113:14, 1407–1414.
- Ruusuvuori, Johanna (2000) Control in medical consultation. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. Tampere: University of Tampere.
- Ruusuvuori, Johanna (2001) Miten vastaanotto aloitetaan. Teoksessa: Sorjonen, Marja-Leena; Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino, 27–48.
- Ruusuvuori, Johanna (2002) Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla. Teoksessa: Torkkola, Sinikka (toim.) Terveysviestintä, 36–54.
- Räikkä, Juha & Launis, Veikko (1995) Kuka on sairas. Teoksessa: Louhiala, Pekka (toim.) Lääketiede ja filosofia, 78–94. Helsinki: Yliopistopaino.
- Saarelma, Osmo (1997) Pätevä tieto – käypä hoito. *Duodecim* 113:14, 1343–1350.
- Sadegh-Zadeh, Kazem (2000) Fuzzy health illness and disease. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25:5, 605–638.
- Sakalys, Jurat (2000) The political role of illness narratives. *Journal of Advanced Nursing*, 31:6, 1469–1475.
- Sainio, Sari (2004) Toimintakyvyttömiksi kytketyt. Vammaisuuden artikulaatiot Aamulehdessä, Helsingin Sanomissa, Ilta-Sanomissa ja Turun Sanomissa keväällä 2003. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopiston tiedotusopin laitos.
- Salmon, Charles (1992) Bridging theory “of” and theory “for” communication Campaigns: An essay on ideology and public policy. *Communication yearbook* 15. London: Sage, 346–358.
- Salokangas, Raimo; Mattila, Vilho & Penttinen, Jukka (1988) Geriatriset mielisairaalapotilaat. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 25:2, 134–144.
- Salonen, Satu (2006) Sairaana hyvä potilas. Helsinki: Duodecim.



- Sandberg, Helena (2005) Medier som arena för hälsokommunikation. *Nordicom-Information* 2/2005, 27–35.
- Saukko, Paula (2003) *Doing research in cultural studies. An introduction to classical and new methodological approaches.* London: Sage.
- Scherer, Clifford & Juanillo, Napoleon (1992) *Bridging theory and praxis: reexamining public health communication.* *Communication yearbook* 15. London: Sage, 312–345.
- Schramm, Wilbur (1964) *Comments on Berelson.* Teoksessa: Dexter L.A. & White D.M. (toim.) *The people, society and mass communications.* New York: The Free Press, 509–512.
- Seale, Clive (2002) *Media & health.* London: Sage.
- Sefcovic, E.M. I. (1996) *Hysterectomy. What the popular press said (1986–1992).* Teoksessa: Parrott, Roxanne & Condit, Celeste (toim.) *Evaluating women 's health messages. A resource book.* London: Sage, 370–381.
- Segal, Judy (1997) *Public discourse and public policy: some ways that metaphor constrains health (care).* *Journal of Medical Humanities* 18:4, 217–231.
- Seppälä, Ullamaija (2003) *Vanhemmat lapsen sairauden kokijoina ja kokemuksen tulkitsijoina.* Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa; Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen.* Helsinki: SKS, 167–191.
- Seppänen, Janne (2004) *Katseen voima. Kohti visuaalista lukutaitoa.* Tampere: Vastapaino.
- Sevilä, Airi (1980) *Vavahduttava tarina suursairaalan elämästä.* *Syöpä* 5/1980, 22–23.
- Shultz, Stefan (1954) *On the interpretation of Thomas Mann's der Zauberberg.* *Modern Philology*: 52:2, 110–122.
- Signorielli, Nancy (1990) *Television and health: Images and impact.* Teoksessa: Atkin, Charles & Wallack, Lawrence (toim.) *Mass Communication and public health.* London: Sage, 94–113.
- Signorielli, Nancy & Staples, Jessica (1997) *Television and children conceptions of nutrition.* *Health Communication* 9:4, 289–301.
- Silfver, Pirkko; Lauri, Sirkka & Leino-Kilpi, Helena (1993) *Hankala potilas – kuka hän on? Empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä.* Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A2.

- Silverman, David (1987) *Communication and medical practice. Social relations in the clinic.* London: Sage.
- Silverman, David (1997) *Discourse of counseling. HIV counseling as social interaction.* London: Sage.
- Siponen, Anne (1999) "Ei minulle voi käydä näin!" Tutkimus astmaattikkojen sairastamisesta. *Acta Universitatits Tamperensis* 707. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Slater, Michael (1999) Integrating application of media effects, persuasion, and behavior change. *Theories to communication campaigns: a stage of change framework.* *Health Communication* 11:4, 335-354.
- Soivio, Juha (2003) *Lääketieteellinen teknologia ja sydänsairauden kokemus.* Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa; Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen.* Helsinki: SKS, 96-117.
- Sontag, Susan (1991) *Sairaus vertauskuvana & Aids ja sen vertauskuva.* Helsinki: Love-kirjat. Suomennos: Osmo Saarinen. Alkuperäiset artikkelit julkaistu 1977 ja 1988.
- Sorjonen, Marja-Leena; Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (2001) (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla.* Tampere: Vastapaino
- Spiers, Judith (1998) The use of face work and politeness theory. *Qualitative Health Research* 8:1. 25-47.
- Stacey, Jackie (1998) *Teratologies. A cultural study of cancer.* London: Routledge
- Stakes (2002) *Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten.* <http://sty.stakes.fi/FI/sanastot/index.htm> Tarkastettu 31.8.2008.
- Stakes (2008) *Määrittelyt ja ohjeistus, Hilmo-ohjekirjat.* <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/hilmokayttajille.htm> Tarkistettu 31.8.2008.
- Steinholtz Ekecrantz, Lena (1995) *Patienternas psykiatri. En studie av institutionella erfarenheter.* Stockholm: Gotab.
- STM (2003) *Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta.* Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:33. Helsinki: STM.
- Storey, Douglas; Boulay, Marc; Karki, Yagya; Heckert, Karen & Karmacharya, Ditya Man (1999) *Impact of the integrated radio communication project in Nepal 1994-97.* *Journal of Health Communication*, 4: 4, 271-295.

- Strong, Philip (1998) The pestilential apocalypse. Modern, postmodern and early modern observations. Teoksessa: Barbour, Rosaline & Huby, Guro (toim.) *Meddling with mythology. Aids and the social construction of knowledge*. London: Routledge, 244–257.
- Stuyck, Stephen (1990) Public health and the media: unequal partners. Teoksessa: Atkin, Charles & Wallack, Lawrence (toim.) *Mass communication and public health. Complexities and conflicts*. London: Sage, 71–77.
- Stählström, Olli (1995) Homoseksuaalisuuden sairausleiman synty ja sen psykoanalyttiset tulkinnat. Teoksessa: Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.) *Terveyden lähteillä*. Helsinki: SHS, 373–397.
- Suhonen, Pertti (1994) *Mediat, me ja ympäristö*. Helsinki: Hanki ja jää.
- Suhonen, Pertti (1997) *Yleinen mielipide*. Helsinki: Tammi.
- Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Toimintakertomus 2006. <http://www.duodecim.fi/> Tarkistettu 26.6.2008.
- Suomen Lääkäripäivät (2008) Verkkosivu: <http://www.laakaripaivat.fi/>. Tarkistettu 12.8.2008.
- Suomen sanojen alkuperä: etymologinen sanakirja (1995) *Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 556*. Helsinki: SKS.
- Tarkiainen, Johanna; Aarva, Pauliina; Nieminen, Hannu & Leinonen, Kirsi (2005) *Terveys, viestintä ja kansalaiset. Tutkimus kansalaisten ja vaikuttajien näkemyksistä*. Helsinki: Helsingin yliopiston Viestinnän tutkimuskeskus. Terveyden edistämisen keskuksen tilaama, julkaisematon raportti.
- Tarvainen, Riitta (1996) Pakkohoito ei auta lasta odottavaa päihdeongelmaista naista. *Sosiaaliturva* 84:18, 18–20.
- Teittinen, Antti (2000) Miten tutkia vammaisuutta yhteiskunnallisena kysymyksenä. *Jyväskylän yliopiston sosiologian julkaisuja* 65. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Thompson, Teresa (1990) Patient health care. Issues in interpersonal communication. Teoksessa: Berlin Ray, Eileen & Donohew, Lewis (toim.) *Communication and health. Systems and applications*, 27–50.
- Tikkanen, Matti J. (1993) Kolesterolikiista – lääketieteen vai viestinnän ongelma. *Suomen Lääkärilehti* 48:18, 1802–1804.
- Tilastokeskus (2005) *Kuolinsytytilastot*.

- Toiviainen, Hanna (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Stakes tutkimuksia 160. Helsinki: Stakes.
- Tommila, Päiviö (1988) *Suomen sanomalehdistön alkuvaiheet*. Teoksessa: *Suomen lehdistön historia 1*. Kuopio: Kustannuskiila, 23–75.
- Tones, Keith (2000) *Evaluating health promotion: a tale of three errors*. *Patient Education and Counseling* 39:2–3, 227–236.
- Torkkola, Sinikka (1998) – ”Näin lapsesi juo viinaa” Alaikäisten alkoholin käyttö mediajulkisuudessa. Teoksessa: Vuorinen & Torkkola, *Lapsijuopot eduskunnassa ja mediajulkisuudessa*. Kaksi tutkimusta alaikäisten alkoholin käytöstä. Stakes: *Aiheita* 29/1998, 30–72.
- Torkkola, Sinikka (1999a) *Idologies of Health in Finnish Health Journalism*. European Doctoral Network in Communication and Media. London, University of Westminster 28.8.–3.9.1999.
- Torkkola, Sinikka (1999b) *Patients in photos. Construction of ‘patienthood’ in journalistic photographs*. The 14th Nordic Conference for Media and Communication Research. Kungälv 14.–17.8.1999.
- Torkkola, Sinikka (2001) *Media Sairastaa*. *Tiedepolitiikka* 3/2001, 30–40.
- Torkkola, Sinikka (2002a) *Construction of the patienthood in health journalism*. Teoksessa: Ginman, Mariam & Välvirronen, Esa (toim.) *Communicating Health and New Genetic*. Proceedings of Workshop, 17.–18. September 2001. Åbo: Åbo Akademi, 85–96.
- Torkkola, Sinikka (2002b) *Journalistista terveyttä. Näkökulmia terveysjournalismiin*. Teoksessa: Torkkola (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 71–88.
- Torkkola, Sinikka (2002c) (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi.
- Torkkola, Sinikka (2002d) *Johdanto: näkökulmia terveysviestintään*. Teoksessa: Torkkola (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 5–12.
- Torkkola, Sinikka (2003) *Terveys, sairaus ja hyvinvointi*. Teoksessa: Ranta-Tyrkkö, Satu & Ropo, Arja, *Turvallista hyvinvointia* (toim.) Tampere: Tampere University Press, 113–138.
- Torkkola, Sinikka (2007) *Communication, health and illness*. The 18th Nordic Conference for media and communication research. Helsinki 16.–19.8. 2007.
- Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka. (2002) *Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Tammi.

- Treichler, Paula (2004) How to have theory in epidemic. Cultural chronicle of AIDS. Durham: Duke University Press. 2.painos.
- Trostle, James (1987) Managing epilepsy: a community study of chronic illness in Rochester, Minnesota. Ph.D. dissertation in medical anthropology. University of California, Berkelys and San Francisco. Ref. Trostle, James 2005.
- Trostle, James (2005) Epidemilology and culture. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tuchman, Gaye (1978) Making News: A study in the construction of reality. New York: Free Press.
- Tulloch, John & Lupton, Deborah (1997) Television, aids and risk. A cultural studies approach to health communication. St Leonards: Allen & Unwin.
- Tuomainen, Raimo; Myllykangas, Markku; Elo, Jyrki & Ryyänen, Olli-Pekka (1999) Medikalisaatio aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.
- Tuomi, Jouni (1997) Suomalainen hoitotiedekeskustelu. Studies in sport, physical education and health 51. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Tuorila, Helena (2000) Potilaskuluttaja terveystarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Acta Universitatis Tamperensis 764. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Turner, Bryan (1997) From governmentality to risk. Some reflections on Foucault's contribution to medical sociology. Esipuhe teoksessa: Petersen, Alan & Bunton, Robin (toim.) Foucault, health and medicine. London: Routledge, ix-xxi.
- Turow, Joseph (1996) Television entertainment and the US health-care debate. Lancet 347: 4, 1240-1243.
- Twaddle, Andrew (1994a) Disease, illness och sickness på nytt. Teoksessa: Richt, Bengt (toim.) Öppningar och farhågor. Fjorton humanister om hälsa, sjukdom och hälsofrämjande. Linköping: Linköpings Universitet.
- Twaddle, Andrew (1994b) Disease, illness and sickness revisted. Teoksessa: Disease, illness and sickness: three central concepts in the theory of health. A dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt. Linköping: Linköping University, 3-18.

- Twaddle, Andrew (1994c) Disease, illness, sickness and health. A response to Nordenfelt. Teoksessa: Disease, illness and sickness: three central concepts in the theory of health. A dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt. Linköping: Linköping University, 37–53.
- Tännsjö, Thornbjörn (2004) The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry. *Journal of Medical Ethics* 30: 430–434.
- Töyry, Eeva; Vehviläinen-Julkunen, Katri; Roine, Erja; Naumanen-Tuomela, Paula & Rissanen, Viljo (2000) Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa – kyselytutkimus osastopotilaille. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37:3, 223–231.
- Uimonen, Minna (1999) Hermostumisen aikakausi. Neuroosit 1800- ja 1900-lukujen lääketieteessä. *Biblioteka historica* 50. Helsinki: SHS.
- Uitti, Jukka & Pääkkönen, Rauno (2000) Sähköallergia ei ole allergiaa, mitä se on? *Duodecim* 116:9, 941–947.
- Ungarn, Shedon (1998) Hot crises and media reassurance: a comparison of emerging disease and Ebola Zaire. *The British Journal of Sociology* 49:1, 36–56.
- Utriainen, Terhi (2004) Suojaavat kehykset ja alaston kertomus. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa Utriainen, Terhi & Leppo, Anna (toim.) *Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Tampere: Vastapaino, 226–252.
- Valtakunnallinen aluemediatutkimus 1997–1998. Suomen Gallup. Julkaisematon tutkimus.
- Vanderford, Marsha; Jenks, Elaine & Sharf, Barbara (1997) Exploring patients' experience as a primary source of meaning. *Health Communication* 9:1, 13–26.
- Vainio, Suvi (2005) Journalismi vertaistukena. Laadullinen haastattelututkimus Ihon aika-lehden lukijoista. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, tiedotusopin laitos.
- Varonen, Helena / Vertio Harri (1999) Cochrane-katsaus: Joukkoviestimien vaikutus terveyden edistämisessä osoitettu (Varonen). Suomalaisen asiantuntijan kommentti (Vertio) *Suomen Lääkärilehti* 54: 33, 4387.
- Vaughan, Peter & Rogers, Everett (2000) A staged model of communication effects: evidence from entertainment-education radio soap opera in Tanzania. *Journal of Health Communication* 5:3, 203–227.

- Viswanathan, K. (2008) Health communication. Teoksessa: Donsbach, Wolfgang (toim.) *The international encyclopedia of communication*. Blackwell Reference Online. <http://www.communicationencyclopedia.com>.
- Vervaeke, John & Kennedy, John (1996) Metaphors in language and thought: falsification and multiple meanings. *Metaphor and Symbolic Activity* 11:4, 273–284.
- Vuori, Jari (1995) Kenen terveydenhuolto. Julkinen ja yksityinen vertailussa. Tutkimus henkilöstön merkityssuhteista julkisen ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa. Vaasa: Ankkurikustannus.
- Vuori, Jari (1997) ”Vaihda taloa jos tahti ei maita” Syyllisyysilmaisut sairaalan organisaatiossa. Teoksessa: Mäkelä, Matti & Stenvall, Jari (toim.) *Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen*. Tampere: Tampere University Press, 201–219.
- Vuorinen, Heikki (2002) *Tautinen historia*. Tampere: Vastapaino.
- Väliverronen, Esa (1993) Diskurssien verkossa, Joukkoviestimet, julkisuus ja valta. *Tiedotustutkimus* 16:1, 22–34.
- Väliverronen, Esa (1996) *Ympäristöuhkan anatomia. Tiede, mediat ja metsän sairaskertomus*. Tampere: Vastapaino.
- Väliverronen, Esa (1998) *Mediatekstistä tulkintaan*. Teoksessa: Kantola, Anu; Moring, Inka & Väliverronen, Esa (toim.) *Media-analyysi. Tekstistä tulkintaan*. Helsinki: Gaudeamus, 13–39.
- Väliverronen, Esa (2006) *Geenipuheen lupaus. Biotekniikan tarinat mediassa*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Väänänen, Alpo (2000a) Hylkäämisten perusteet eivät ailahtelee. *Socius. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti* 5/2000, 24–25.
- Väänänen, Alpo (2000b) Kasvoton (vakuutus)lääkäri. *Socius. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti* 5/2000, 22–23.
- Wallis, Patris & Nerlich, Brigitte (2005) Disease metaphors in new epidemics: the UK media framing of the 2003 SARS epidemic. *Social Science & Medicine* 60:11, 2629–2639.
- Wang, Caroline (1998) Portraying stigmatized conditions: Disabling images in public health. *Journal of Health Communication* 3:2, 149–159.
- Washer, Peter (2004) Representation of SARS in the British Newspaper. *Social Science & Medicine* 59:12, 2561–2571.
- Washer, Peter & Joffe, Helene (2006) The hospital superbug: Social representation of MRSA. *Social Science & Medicine* 63:8, 2141–2152.

- Wegar, Katarina (1997) Cultural representation of women's and men's mental health: an analysis of self magazine and men's health. Teoksessa: Riska, Elianne (toim.) Images of women's health. The social construction of gendered health. Åbo: Åbo Akademi, 59-78.
- Weiss, Meira (1997) Signifying the pandemics: Metaphors of aids, cancer and heart disease. *Medical Anthropology Quarterly* 11:4, 456-476.
- WHO (1948) Constitution of the World Health Organisation.
- WHO (1998) Health Promotion Glossary. <http://www.who.int/hpr/docs/glossary.html>. Tarkistettu 31.8.2008.
- Wiio, Juhani (1984) Televisio ja arkikäyttäytyminen. Tutkimus mahdollisuuksista vaikuttaa television avulla kansalaisten terveyteen liittyviin elintapoihin. Espoo: Weilin+Göös.
- Wiio, Osmo A. & Puska, Pekka (1993) *Terveysviestinnän opas*. Keuruu: Otava.
- Williams, Carol & Gossett, Monette (2001) Nursing communication. advocacy for the patient or physician. *Clinical Nursing Research* 10:3, 332-340.
- Vogt, Helmut (1984) *Der Arzt am Krankenbett. Eine Charakteristik in Bildern aus fünf Jahrhundeten*. München: J.F. Bergmann Verlag.
- Wright, Kevin; Sparks, Lisa & O'Hair, Dan (2007) *Health communication in the 21<sup>st</sup> century*. Malden: Blackwell.
- Wulff, Henrik; Andur Pedersen, Stig & Rosenberg, Raben (1990) *Philosophy of medicine. An introduction*. 2. painos. Oxford: Blackwell.
- Young, Allan (1982) The Anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285.
- Zola, Irving (1972) Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review* 20:4, 487-504.
- Åstedt-Kurki, Päivi (1992) *Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana*. Acta Universitatis Temperensis A:349. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Åstedt-Kurki, Päivi (1994) *Oma kokemus terveydestä ja terveydenhuollon lähtökohdat*. Teoksessa: Hyry, Katja (toim.) *Sairaus ja ihminen*. Kirjoituksia parantamisen perusteista. Helsinki: SKS, 162-173.