

**Tampereen yliopisto**  
**Terveystieteen laitos**

**EU:n ravitsemuspolitiikat ja kansanterveysjärjestöjen argumentaatio**  
Kirjallisuuskatsaus ja tapaustutkimus EU:n kouluhedelmäohjelmasta

Pro gradu -tutkielma  
Ann-Marie Norrgrann  
Tampereen yliopisto  
Terveystieteen laitos  
Elokuu 2009

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

NORRGRANN, ANN-MARIE: EU:n ravitsemuspolitiikat ja kansanterveysjärjestöjen argumentaatio. Kirjallisuuskatsaus ja tapaustutkimus EU:n kouluhedelmäohjelmasta  
Pro gradu -tutkielma, 58 s.

Ohjaaja: Professori Juhani Lehto

Kansanterveystiede

Elokuu 2009

---

Monet terveysalan toimijat pyrkivät vaikuttamaan Euroopan unionin päätöksentekoon. Koska EU:lla ei ole yhtenäistä terveystieteen politiikkaa, joutuvat terveystoimijat vaikuttamaan monilla politiikan eri sektoreilla intressiensä mukaan. Tämä tutkimus on tapaustutkimus siitä, miten kansanterveysjärjestöt pyrkivät vaikuttamaan EU:n kouluhedelmäohjelmaan. Tutkimuksen taustoituksessa tarkastellaan lasten ja nuorten lihavuusongelman yleistymistä, lihavuuden aiheuttamia terveysongelmia sekä niihin suositeltuja interventioimenpiteitä. Lisäksi esitellään EU:n maatalouspolitiikkaa kansanterveyden näkökulmasta. Taustoituksessa esitellään EU:ssa toimivat terveysalan toimijat sekä niiden mahdollisuudet vaikuttaa terveyttä koskeviin politiikkoihin EU:ssa.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaiseen argumentaatioon kansanterveysjärjestöt nojautuvat pyrkiessään vaikuttamaan EU:n kouluhedelmäohjelmaan. Tutkimuksen aineistona ovat EU:n kouluhedelmäohjelman vaikutusarviota varten lähetetyt kansanterveysjärjestöjen kannanotot. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä ja retoriikka-analyysillä. Sisällönanalyysillä aineistosta tuotiin esiin kolme teemaa, joihin kannanottojen argumentaatio perustui. Sisällönanalyysin tulosten kolmea teemaa tarkasteltiin retoristen käsitteiden, identifikaation ja terminaation, avulla.

Tutkimus osoitti, että kansanterveysjärjestöjen argumentaatio oli miltei identtistä ja niiden argumentaatio perustui EU:n kilpailukykyyn kasvattamiseen, EU:n poliittisen yhtenäisyyden vahvistamiseen ja epidemiologis-lääketieteelliseen terveystieteen käsitteeseen. Lisäksi tulokset osoittivat, että kannanotot pyrkivät vaikuttamaan sekä yleiseen kansanterveysagendaan että spesifiin terveysvaikutusten arviointiin EU:n kouluhedelmäohjelmasta. Retoriikka-analyysi toi esiin kannanottojen retorisen rakenteen, jossa terveys paljastui välinearvoksi kahden muun arvon, EU:n kilpailukykyyn ja EU:n poliittisen vahvistumisen, saavuttamiselle. Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan sanoa, että kansanterveysjärjestöt käyttivät taloudellista argumentaatiota kannanotoissaan välineellistämällä terveysarvon.

Avainsanat: EU:n kouluhedelmäohjelma, ravitsemuspolitiikat, lihavuus, lobbaus, kansanterveysjärjestöt

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE  
School of Public Health

NORRGRANN, ANN-MARIE: Nutrition policies in the EU and the argumentation of public health NGO's. A literature review and a case study of the EU School Fruit Scheme.  
Master's Thesis, 58 pages  
Supervisor: Professor Juhani Lehto  
Public Health  
August 2009

---

Numerous health sector actors try to influence the EU decision making process. Since EU does not have a common health policy, the health actors are forced to operate in several policy sectors according to their interests. This is a case study on how the public health NGO's are trying to influence the EU School Fruit Scheme. A framework for the study is formed by reviewing literature on child and adolescent obesity in the EU and the intervention methods recommended to prevent obesity. Furthermore, EU's agricultural policy is presented from the viewpoint of public health. Health actors and their possibilities to influence health related topics in EU policies are presented for background as well.

The goal of the study is to analyze the kinds of arguments used by public health organizations in their attempts to influence the EU School Fruit Scheme. The material used for the study comprises the comments sent by health organizations for the impact assessment of the School Fruit Scheme. The material is analyzed with content analysis and rhetorical analysis. The content analysis revealed three themes, on which the comments rely. The three themes are analyzed with the rhetorical concepts of identification and termination.

The study shows that the argumentation of the public health organizations was almost identical, and based on increasing the competitiveness of the union, reinforcing the political unity of EU and an epidemiological-medical conception of health. Furthermore, the results show that the comments aim to affect both the general public health agenda and the specific health impact assessment of the EU School Fruit Scheme. The rhetorical analysis uncovered the rhetorical structure of the comments, in which health turned out to be an instrumental value, a means to obtain competitiveness and political strength of EU. The findings of the study can be used to conclude that the public health organizations were using economic arguments in their comments, instrumentalizing health in the process.

Key Words: EU School Fruit Scheme, Nutrition policies, obesity, lobbying, public health NGO

# SISÄLTÖ

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. EU:N KOULUHEDELMÄOHJELMAN TAUSTAA</b> .....	<b>2</b>
2.1. LIHAVUUDEN PROBLEMATIIKASTA .....	2
2.2. LASTEN JA NUORTEN RUOKAVALIOINTERVENTIOT.....	6
2.3. EU: N MAATALOUSPOLITIikka JA TERVEYS.....	9
2.3.1. <i>EU:n maatalouspolitiikan hedelmä - ja kasvissektori</i> .....	11
2.3.2. <i>Ravitsemus ja sosioekonomiset terveyserot EU:ssa</i> .....	13
2.3.3. <i>EU:n kouluhedelmäohjelma</i> .....	15
<b>3. TERVEYS EU:N POLITIIKOISSA</b> .....	<b>17</b>
3.1. TERVEYSPOLITIikka RAJOITETUN TOIMIVALLAN ALAISUUDESSA EU:SSA.....	17
3.2. TERVEYSVAIKUTUSTEN ARVIOINTI .....	20
3.3. TERVEYSALAN TOIMIJAT EU:N PÄÄTÖKSENTEKOPROSESSISSA.....	22
3.4. EU: N PÄÄTÖKSENTEKOPROSESSIIN VAIKUTTAMINEN .....	25
<b>4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	<b>28</b>
<b>5. AINEISTO JA MENETELMÄ</b> .....	<b>28</b>
5.1. SISÄLLÖNANALYYSI.....	33
5.2. TULOSTEN TARKASTELUUN RETORINEN NÄKÖKULMA .....	35
<b>6. TULOKSET</b> .....	<b>38</b>
6.1. KANNANOTTOJEN KAKSOISAGENDA JA SAMANKALTAISUUS.....	38
6.2. TERVEYSJÄRJESTÖJEN KANNANOTTOJEN TEEMAT .....	39
6.2.1. <i>Terveys</i> .....	39
6.2.2. <i>Euroopan Unionin markkina-alueen vahvistaminen</i> .....	39
6.2.3. <i>Euroopan Unionin poliittinen vahvistaminen</i> .....	40
6.3. RETORIikka-ANALYYSI .....	41
6.3.1. <i>Terveysjärjestöjen argumenttien retorinen rakenne</i> .....	41
6.3.2. <i>Terveysargumentti välinearvona</i> .....	42
<b>7. POHDINTA</b> .....	<b>43</b>
7.1. TERVEYSJÄRJESTÖJEN ARGUMENTAATIO EU:N KOULUHEDELMÄOHJELMASSA .....	44
7.2. VERTAILUA MUIDEN TERVEYSTOIMIJOIDEN KANNANOTTOIHIN .....	46
7.3. TERVEYSARGUMENTIN ROOLI KANNANOTOISSA .....	48
7.4. TUTKIMUSPROSESSIN ARVIOINTIA SEKÄ NÄKÖKULMIA JATKOTUTKIMUKSEEN .....	49
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>52</b>

# 1. Johdanto

EU tuhosi vielä muutama vuosi sitten suuria määriä kasviksia ja hedelmiä tukitoimina Etelä-Euroopan köyhille hedelmien ja kasvien viljelijöille. Poliittikaa on nyt muutettu kansanterveystavoitteiden kanssa yhtenäisemmäksi. Maatalousasioita käsitelleessä neuvoston kokouksessa päästiin 19.12.2008 poliittiseen yksimielisyyteen komission ehdotuksesta EU:n laajuiseksi järjestelmäksi, jonka puitteissa koululaisille jaetaan hedelmiä ja vihanneksia. EU:n varoin, 90 miljoonalla eurolla vuodessa, on tarkoitus kustantaa tuoreiden hedelmien ja vihannesten hankkiminen ja jakelu kouluhedelmäohjelmassa mukana oleviin unionin jäsenmaiden kouluihin. Järjestelmä käynnistyy lukuvuoden 2009–2010 alussa. (European Commission 2008a)

Nopeaan yksimielisyyteen pääsemistä lienee helpottanut se, että Euroopan unionin väestön tämän hetken yksi suurimmista kansanterveysongelmista on epäterveellisistä ruokailutottumuksista ja vähäisestä liikunnallisesta aktiivisuudesta johtuva lihavuus, joka kasvattaa useiden kroonisten sairauksien, kuten 2 tyypin diabeteksen, sydän- ja verisuonielinsairauksien sekä eräiden syöpien todennäköisyyttä. Lihavuus ja sen liitännäissairaudet kasautuvat sosio-ekonomisesti matalan tulotason ryhmille, mikä osaltaan vaikuttaa terveydellisen epätasa-arvon kasvuun EU:ssa.

EU:n kouluhedelmäohjelma on maatalous- ja terveystoiminnan toimenpide, joka organisoidaan ja rahoitetaan EU:n maatalouspolitiikan kautta. Kouluhedelmäohjelma on EU:n poliittinen keino pyrkiä ehkäisemään lihavuudesta ja sen liitännäissairauksista koituvaa kansanterveydellistä haittaa. Ohjelman maatalouspoliittisilla tavoitteilla puolestaan pyritään edistämään EU:n hedelmä- ja kasvistuotantoa. Tutkimusongelmani käsittelee eurooppalaisten terveystoiminnan argumentaatiota EU:n kouluhedelmäohjelmasta. Erityisesti olen kiinnostunut siitä, millaisiin arvoihin terveystoiminnan argumentaatio perustuu.

Luvussa kaksi esittelen EU:n kouluhedelmäohjelman taustaa tarkastellen kiistanalaista lihavuusproblematiikkaa siitä, miten normaalipainon ja ruokakulttuurin määrittäminen

yhteiskunnassa nivoutuvat medikalisaatiokehitykseen. Luon katsauksen myös siihen, millaisia lihavuuden ehkäisy- ja ruokavaliointerventioita lapsille ja nuorille suositellaan tällä hetkellä. Lisäksi esittelen EU:n maatalouspolitiikkaa kansanterveysnäkökulmasta, erityisesti sen hedelmä- ja kasvissektorin reformia sekä uutta kouluhedelmäohjelmaa. Esittelen myös EU:n sosioekonomisten terveyserojen kasvuilmion. Luvussa kolme esittelen EU:n terveyspolitiikan kenttää ja sen toimijoita, poliittiseen päätöksentekoprosessiin vaikuttamista sekä terveysvaikutusten arviointia politiikassa.

Luvussa neljä esittelen tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymykset. Luvussa viisi puolestaan esittelen, miten olen valinnut aineistoni ja millä metodeilla olen sen analysoinut. Analysoin aineiston sisällönanalyysilla ja retoriikka-analyysilla. Retoriikka-analyysissa hyödynnän Kenneth Burken retoriikkakäsitteitä. Luvussa kuusi esittelen tutkimuksen tulokset. Luvun seitsemän alussa vedän saamani tulokset yhteen ja pohdin niitä kirjallisuusosion sekä tutkimuskysymykseni näkökulmasta. Lopuksi arvioin tutkimusprosessia ja pohdin jatkotutkimuksen haasteita.

## 2. EU:n kouluhedelmäohjelman taustaa

### 2.1. Lihavuuden problematiikasta

EU:n kouluhedelmäohjelman yhtenä tärkeänä motiivina on lasten ja nuorten ravitsemuksen parantaminen ja lihavuuden ehkäisy. Tutkimusten mukaan hedelmien ja kasvien nauttimisella ei kuitenkaan ole vaikutusta lihavuuteen, sillä lihavuus johtuu monista eri tekijöistä joihin kuuluvat esimerkiksi ruuan määrä, ruokavalio kokonaisuudessaan sekä ruokailuun liittyvät tavat ja tunteet. (Czervinski-Must & Müller 2004, 104-108; Rolland-Cachera & Bellisle 2002, 79-84) Lihavuutta on alettu pitää yhtenä Euroopan suurimmista kansanterveysuhista tällä vuosisadalla. Lihavuus on kolminkertaistunut kahdenkymmenen vuoden aikana, jonka vuoksi on alettu puhua lihavuusepidemiasta (Lobstein, Baur & Uauy 2004, 4-85.) Jos epidemiaan ei reagoida mitenkään ja lihavuuden esiintyminen jatkaa kasvua kuten 1990-luvulla, voidaan

arvioida, että vuonna 2010 Euroopassa on 150 miljoonaa lihavaa aikuista ja 15 miljoonaa lihavaa lasta ja nuorta (WHO 2007, 9.) Ylipaino on tärkeä osasy suureen osaan Euroopan sairaustaakasta. Ylipainosta johtuu miljoona kuolemaa ja 12 miljoonaa sairasta elinvuotta Euroopan alueella vuosittain. Enemmän kuin kolme neljäsosaa tyypin 2 diabetestapauksista johtuu painoindeksistä joka ylittää 21kg/m<sup>2</sup>. Ylipaino on myös riskitekijä sydänsairauksille, korkealle verenpaineelle, aivohalvaukselle, suolistosyövälle, rintasyövälle, munasarjasyövälle ja nivelrikolle. (James, Jackson-Leach, Ni Mhurchu, Kalamara, Shayeghi, Rigby, Nishida & Rodgers 2004, 497–498)

Viimeisten 20 vuoden aikana myös lasten ja nuorten lihavuuden ja ylipainon esiintyminen on kasvanut dramaattisesti EU:n jäsenmaissa. Esiintyvyys on kasvanut erityisen nopeasti viimeisten 10 vuoden aikana. (Lobstein ja Baur 2005, 576–579) Lobsteinin ym. (2004, 4-85) mukaan arviolta 18 % EU:n koululaisista, noin 14 miljoonaa lasta 77 miljoonasta 25 EU-jäsenmaassa, on ylipainoisia ja ylipainoisten osuus koululaisista lisääntyy vuosittain 0.55 % ja 1.65 % välillä, joka tarkoittaa yli 400 000 uutta ylipainoista lasta vuosittain. Ylipainoisten lasten joukossa on vähintään noin 3 miljoonaa lasta, jotka voidaan luokitella lihaviksi ja lihavien lasten määrä nousee yli 85 000 joka vuosi (Lobstein & Baur 2005, 576–579.) Myös ylipainoisilla ja lihavilla lapsilla on suurempi riski sairastua tyypin 2 diabetekseen, rasvamaksaan, endokriinisiin häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin (Lobstein ym. 2004, 4-85.) Lisäksi ylipainoisilla lapsilla on suurentunut riski olla ylipainoinen myös aikuisena. Vaikka aikuisiällä pystyisi vähentämään painoaan pysyvästi, kuolleisuusluvut lihavuuden liitännäissairauksiin ovat suuremmat niillä, jotka ovat olleet lihavia murrosikäisinä. (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz 1997; Freedman, Kahn, Dietz, Srinivasan & Berenson 2001) Lihavuuden esiintyminen vaihtelee kuitenkin paljon maiden ja sosioekonomisten ryhmien välillä, mikä korostaa sosiokulttuuristen ja ympäristöllisten tekijöiden merkittävyyttä ruokavaliossa ja fyysisessä aktiivisuudessa (Lobstein ym. 2004, 4-85; Kiess, Marcus & Wabitsch 2004, vii – x.)

Lihavuus vaikuttaa negatiivisesti psykososiaaliseen terveyteen ja elämänlaatuun (Lobstein ym. 2004, 4–85.) Ylipaino vaikuttaa myös taloudelliseen ja sosiaaliseen

kehitykseen, kasvavien terveydenhuoltokustannusten sekä tuottavuuden ja tulojen laskun kautta (Kiess ym. 2004, vii-x.) Euroopan alueella 6 % terveydenhuollon kustannuksista johtuu aikuisiän lihavuudesta (Fry & Finley 2005, 359–363.) EU:n jäsenmaiden huolena on 1970-luvulta lähtien ollut terveydenhuollon jatkuvasti kasvaneet kulut. Syy kasvaneisiin kuluihin on vanhentuva väestö, joka tarvitsee hoitoa kroonisiin sairauksiin. Tärkeimpänä tekijänä kustannusten kasvuun on kuitenkin alettu pitää terveydenhuollon teknologian kehittymistä, joka useimmiten on kustannuksia kasvattavaa. Lisäksi joissain maissa kuluttajien nopeasti kasvaneet odotukset sekä tavaran myyjien aiheuttama kysyntä nostavat terveydenhuollon kustannuksia. (Abel-Smith, Figueras, Holland, McKee & Mossialos 1999, xx)

Tuomainen, Myllykangas, Elo ja Ryyänen (1999, 14) suhtautuvat kriittisesti WHO:n laajaan terveystieteeseen. WHO:n tunnetussa terveyden määritelmässä terveys esitetään täydellisenä ruumiillisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Tämän määritelmän mukaan kukaan ei ole terve. Silti kyseisellä yhteiskuntapoliittisella terveystutkimuksella ja lääketieteen elättämällä haaveilla taudittomasta ihmisestä on kaikessa epärealistisuudessaan valtaisesti yhteiskunnallista voimaa. Lääketiede on uskonut pystyvänsä lopulta voittamaan kaikki sairaudet, kunhan resurssit vain ovat tarpeeksi suuret. (Tuomainen ym. 1999, 14)

Harjunen ja Kyrölä (2007, 9) suhtautuvat kriittisesti lääketieteellisesti painottuvaan lihavuustutkimukseen. Koska lihavuutta on tutkittu lähinnä terveys- ja väestöpoliittisena ongelmana, lihavuuteen liittyvät kulttuuriset, sosiaaliset, psyykkiset ja kokemukselliset kysymykset ovat heidän mukaansa jääneet vähälle huomiolle. Lihavuutta on pidetty itsestään selvästi ongelmana ja tutkimusaiheiden valinnassa ja tutkimustuloksissa on päädytty lähinnä pönkittämään olemassa olevia ruumiin koon ja muodon normeja. Vaikka lääketieteilijöillä on useita erilaisia, osin ristiriitaisia näkemyksiä ja tulkintoja, julkisuudessa tulee yleensä esille vain yksi, yksiselitteisenä esitetty näkemys lihavuuden vaarallisuudesta terveydelle. (Harjunen ja Kyrölä 2007, 12)



Viime aikoina onkin alettu pohtia, onko lihavuus todella niin vaarallista kuin annetaan ymmärtää. Uhkakuvien taustalla voi olla arvojen lisäksi muun muassa taloudellisia intressejä: lihavuuden hoito on yksi maailman suurimmista bisneksistä ja laihtumisehdollisuus on monin tavoin kytkeytynyt lääketieteelliseen tutkimukseen, kansanterveyspolitiikkaan ja hoitosuosituksiin. (Harjunen & Kyrölä 2007, 12; Kiess ym. 2004, vii-x) Lääketieteellisen lihavuustutkimuksen alalla julkaistujen artikkelien määrä on kolminkertaistunut 1990-luvun puolivälin jälkeen, mikä on näkynyt myös lihavuuden saaman mediahuomion määrässä ja sävyssä (Harjunen & Kyrölä 2007, 12.)

Harjusen ja Kyrölän (2007, 12) mukaan lääketieteelliseen tutkimukseen vaikuttavat yleiset yhteiskunnalliset arvot. Käsitteet sairaudesta ja terveydestä sekä normaalista ja liiallisesta ruumiin painosta mukailevat aina kulttuurin kulloisiakin normeja ja moraalikäsitteitä. Mickaliden (1990, 30) mukaan ihanteellinen ihmiskehon muoto on vaihdellut syklisesti historian saatossa. Täydellisen symmetristä ruumiin muotoa tavoiteltiin jo antiikin Kreikassa, missä nuori ja atleettinen ulkomuoto oli ideaali. Fyysinen täydellisyys kietoutui erottamattomasti henkiseen ja älylliseen suorituskäyttöön. Antiikin ajan kreikkalaiset eivät yhdistäneet vanhoja tai epätäydellisiä kehoja onnellisiin ihmisiin. (Mickalide 1990, 30)

Lihavuutta voidaan tarkastella myös erilaisten syömishäiriöiden kontekstista. Lissaun, Burniatin, Poskittin ja Colen (2002, 248) mukaan lihavuus ja syömishäiriöt ovat yhteiskunnallisina ongelmina todennäköisesti suoraan yhteydessä toisiinsa. Brumberg (2000, 7) käsittelee syömishäiriöitä historiallisesta näkökulmasta sekularisaation ja medikalisaatiokehityksen kautta. Sekularisaatio tarkoittaa yhteiskunnallista muutosta, jossa yhteiskunta on siirtynyt pitkän ajan kuluessa uskonnollisesta maailmankuvasta ei-uskonnolliseen maailmankuvaan. Medikalisaatio puolestaan viittaa samankaltaiseen prosessiin, jossa lääketiede alkoi hallita ihmisten käyttäytymisen selittämistä.

Brumbergin (2000, 7) mukaan esimerkiksi ruuasta kieltäytyminen selitettiin keskiajalla uskonnolliseksi teoksi ja sekularisaatio – sekä medikalisaatiokehityksen myötä se muuttui lääketieteellisesti luokitelluksi patologiseksi tilaksi. 1900-luvun alkaessa

uskonnolliset määritelmät katosivat ruuasta kieltäytymisen selittämisessä. Sadan vuoden aikana paastoaminen, jota useat keskiajalla naispyhimyksiksi määritellyt henkilöt harjoittivat, oli muuttunut uskonnollisesti oikeutetusta henkilökohtaisen hurskauden teosta, sairauden oireeksi. (Brumberg 2000, 98) Tieteen taloudellinen hyödynnettävyys verrattuna uskontoon, viittaa ratkaisevaan käännteeseen, jossa asioiden selitysmallit vahvistavat asteittaista kulttuurisen johtamisen siirtoa papistolta tieteentekijöille (Brumberg 2000, 98.)

Myös Puuronen (2004) tarkastelee syömishäiriöitä sosiokulttuurisesta näkökulmasta. Puuronen (2004, 81) mukaan ihmisen tavoittelussa kunnan kansalaiseksi ei ole kysymys vain ulkonäön muokkaamisesta kauneushanteiden mukaisiin mittoihin, vaan yhtäläillä eräänlaisesta itseä sosiaalisesti ansioittavan elämäntavan harjoittamisesta - siitä miten moraalinen dieetti suoritetaan nykyajan mallikansalaisena eläen. Painonhallintapuheen jäsentämiin käytäntöihin sidostuva yhteiskunnallisuus rakenteistuu kulttuurissa, jossa terveyden vaalimisesta on tullut velvoittava, moraalinen normi (Puuronen 2004, 105.) "Terveys elämäntapana" – trendi näyttää kiinnostavan ajan ihmistä niin tiedollisesti kuin kulutuksen näkökulmasta. Sekä ravitsemusvalistus että mainonta osallistuvat molemmat tahoiltaan ja tavallaan nykyisen terveystavoitteisen elämäntavan rakenteistumiseen (Puuronen 2004, 74.) Ruoka ja nautintoaineet sekä niitä koskevat säännöt ovat elintärkeitä kaikissa yhteiskunnissa. Yhteiskuntien sekä aikakausien erot heijastuvat tähän säännöstöön. (Christie ja Bruun 1985, 43)

## 2.2. Lasten ja nuorten ruokavaliointerventiot

EU:n jäsenmaat ovat enenevässä määrin myöntäneet, että onnistuneet interventiot unionin kansanterveysongelmiin ovat pikemminkin ehkäiseviä kuin hoidollisia. Jäsenmaiden kannattaisi uudelleen ohjata politiikkansa terveyden edistämisen ja ehkäisevien toimenpiteiden suuntaan. Uudelleen suunnattu terveystoiminta sisältää toimenpiteitä useilta eri sektoreilta sekä vaatii laajempaa näkökulmaa terveyttä määrääviin tekijöihin. (Abel-Smith ym. 1999, xxi) Lissaun, Burniatin, Poskitin ja Colen (2002, 243–264) mukaan lihavuuden tehokas hoito on vaikeaa ja siksi lihavuutta

pyritään ehkäisemään, kohdentamalla interventiot erityisesti lapsiin ja nuoriin. Myös De San ja Locken (2008, 558–568) mukaan nykyisin lihavuuden ehkäisytoimenpiteet pyritään kohdistamaan lapsiin, koska ajatellaan lasten ruokailutottumusten olevan helpommin muutettavissa. Kuitenkin, juuri murrosiässä hedelmien ja kasvisten kulutus yleensä romahtaa ja siksi myös nuoriin kohdistuvat interventiot ovat tarpeellisia.

Lihavuuden ehkäisyohjelmien tulisi olla integroituja yhteiskunnan eri tasoille. Tehokas hoito lihaville lapsille ja nuorille on kuitenkin miltei mahdotonta. Painonhallintakeinot, joihin kuuluu käyttäytymisen muutosta, perheen tukea ja elämäntavan muutoksia, ovat vaikeita toteuttaa käytännössä ja niihin katsotaan tarvittavan tueksi moniammatillista asiantuntijatiimiä. Elämäntavan muutokset vaativat motivaatiota nuorelta itseltään sekä tämän perheeltä ja se on erityisen vaikeaa murrosiässä. (Lissau, Burniat, Poskitt & Cole 2002, 243–264)

Jos lihavuutta voitaisiin tehokkaasti hoitaa lapsuudessa, se pienentäisi sairausriskiä ja terveydenhuollon kustannuksia (Lobstein & Baur 2005, 576–679.) Lihavuuden ehkäisy yhteisötasolla onnistuu paremmin, jos toimenpiteet ovat laaja-alaisia ja hyvin integroituja lasten elämään. Parhaat interventiot ovat niitä, joissa koko koulu on mukana. Sitä vastoin vain tietyille ryhmille suunnatut, lyhytkestoiset interventiot eivät tuota kestäviä muutoksia. Lähtökohta, jossa koko koulu on mukana, integroi interventioon mukaan luokkaopetuksen, liikuntatunnit, ruokaloiden ruokavaihtoehdot ja välipala-automaattien tarjonnan. Lisäksi siinä otetaan mukaan opettajat, oppilaat, vanhemmat ja koko yhteisö, rakentaen samalla linkkejä niiden välille. (Lissau, Burniat, Poskitt & Cole 2002, 249–251) Lobstein ja Baur (2005, 576–579) esittelevät artikkelissaan poliittisia toimenpiteitä, joilla voitaisiin ehkäistä lasten ja nuorten lihavuutta Euroopan unionissa. Näistä yksi on EU:n kouluhedelmäohjelma.

De Sa ja Lock (2008, 558–568) ovat tehneet EU:n kouluhedelmäohjelman vaikuttavuusarviota varten eri puolilla maailmaa toteutetuista kouluhedelmäohjelmista laajan artikkelikatsauksen, jossa pyrittiin selvittämään ovatko kouluhedelmäohjelmat kasvattaneet lasten hedelmien ja kasvisten kulutusta. Artikkelikatsauksessa käytiin läpi

30 kouluhedelmäohjelmaa. Tulokset olivat lupaavia, siten että 70 %:ssa ohjelmista hedelmien ja kasvien kulutus lisääntyi. De San ja Locken (2008, 558–568) artikkelikatsauksessa kävi ilmi, että laajamittaisilla ja pitkäkestoisilla kouluhedelmäohjelmilla oli pidempikestoiset vaikutukset hedelmien ja kasvien kulutukseen myös ohjelman päättymisen jälkeen. Sen sijaan alle vuoden kestäneillä ohjelmilla ei ollut vaikutusta ruokavalioon. Samanlaisiin tuloksiin päätyivät myös Knai, Pomerleau, Lock ja Mckee (2006, 85–95) artikkelikatsauksessa, jossa selvitettiin hedelmien ja kasvien kulutusta lisäävien interventioiden vaikutusta.

De Sa ja Lock (2008, 558–568) korostavatkin, että EU:n kouluhedelmäohjelman tulisi jakaa hedelmiä ja kasviksia ilmaiseksi useiden vuosien ajan sekä mahdollistaa seuranta ohjelman päättymisen jälkeen. Artikkelikatsauksessa mukana olleista kouluhedelmäohjelmista yli 75 % sisälsi muitakin komponentteja kuin hedelmien ja kasvien tarjoamista, esimerkiksi terveystieteistä. Lisäksi kouluhedelmäohjelmissa oli käytetty monia erilaisia tapoja tuoda lapset ja nuoret tutummaksi hedelmien ja vihannesten kanssa, kuten puutarhanhoito, kokkaus, maistelu, kouluateriat ja välipalat. Koulut ovat kuitenkin vain yksi osa lasten elinympäristöä ja monia muutoksia tulisi tehdä lasten ja nuorten sosiaaliseen, fyysiseen ja taloudelliseen ympäristöön, jotta hedelmien ja kasvien kulutus olisi pysyvää. (De Sa ja Locke 2008, 558–568)

Kouluhedelmäohjelmat voivat olla hyvinkin erilaisia riippuen kansallisesta koulutusjärjestelmästä ja kouluruokailupolitiikasta. Joissain maissa kouluissa tarjoillaan kouluateria kun taas toisissa ateriat tuodaan kotoa. Myös ruuanjakeluketju vaikuttaa ohjelman toteuttamiseen. Lisäksi sillä, onko ruuan ostajana koulu vai valtio, on vaikutusta ohjelman toteuttamiseen. Eri koulutusjärjestelmät eroavat siinä kuuluuko niiden opetussuunnitelmaan keittotaitoa ja ravinto-oppia. Lopuksi De Sa ja Lock (2008, 558–568) huomauttavat, että kestävä rahoituspohja on ohjelman onnistumisen ydin, sillä markkinatoimijoiden tai lasten vanhempien maksut eivät tuota heidän mielestään kestävästä ja tasa-arvoista lopputulosta. De Sa ja Lock (2008, 558–568) samoin kuin Knai, Pomerleau, Lock ja Mckee (2006, 95) korostavat, että artikkelikatsauksen tulokset voidaan soveltaa vain teollistuneisiin maihin. De San ja Locken (2008, 558) mukaan

EU:n kouluhedelmäohjelma on ensimmäinen kansanterveystoimenpide, joka organisoidaan ja rahoitetaan EU:n maatalouspolitiikan kautta.

Abel-Smithin ym. (1999, 115) mukaan ehkäisevien toimenpiteiden potentiaaliset säästöt syntyvät vähentyvistä sairaalapäivistä. Ehkäisevät toimenpiteet vähentävät myös lääkäriä ja testeissä käyntejä sekä lääkkeiden käyttöä. Abel-Smith ym.(1999, 115) korostavat kuitenkin, että vaikka ehkäisevillä toimenpiteillä on potentiaalia, sisältyy niihin silti kustannuksia ja riskejä. Riskit yleensä ilmaantuvat vasta laajan toimeenpanon seurauksena. Abel-Smithin ym.(1999, 115) mukaan ei voida olettaa, että ehkäisevät toimenpiteet olisivat aina edullisempia kuin hoidolliset. Tärkeintä on ratkaista mikä sekoitus ehkäiseviä ja hoidollisia toimenpiteitä kussakin ilmiössä on järkevää ja miten tavoitetaan suurimassa riskissä olevat väestöryhmät. Samalla tulisi pohtia sitä, että terveydellä sinänsä on arvo, josta kannattaa maksaa. Ehkäisevät toimenpiteet eivät välttämättä näy säästöinä hoidon tarpeen vähenemisenä, vaikka sillä saavutettaisiinkin terveyshyötyjä osalle väestöstä.( Abel-Smith ym. 1999, 115)

### 2.3. EU: n maatalouspolitiikka ja terveys

Ravitsemuspolitiikka on EU:n jäsenmaissa tyypillisesti maatalousministeriöiden hallinnonalaa, mutta useissa jäsenmaissa ravitsemuspolitiikan vastuualue on jaettu terveysministeriön kanssa. Terveysasioiden moninaisuus onkin saanut aikaan sen, että monessa jäsenmaassa on kehitetty koordinoitijärjestelmiä eri sektoreiden ministeriöiden välille. ( Abel-Smith ym. 1999, 70) Whiteheadin ja Nordgrenin (1997, 7) mukaan kansanterveyden näkökulmasta maatalouspolitiikka on tärkeä sektori, sillä se vaikuttaa ruuan määrään, laatuun, hintaan sekä saatavuuteen ja täten asioihin, joilla on ratkaisevan tärkeä rooli kansanterveydelle. Lääketieteellinen ja epidemiologinen evidenssi on kasvanut ruuan vaikutuksesta useimpien eniten esiintyvien sairauksien yhteydessä. Whiteheadin ja Nordgrenin (1997, 7) mukaan myös muilla maataloustuotannon puolilla on suoria terveysvaikutuksia. EU:n yhteisen maatalouspolitiikan yksi tärkeimmistä alkuperäisistä tavoitteista oli vastata perustavanlaatuisen kansanterveysongelmaan - ruokapulaan. Pää tavoitteet olivat

lisätä maataloustuotantoa, taata maanviljelijöille kohtuulliset elinolosuhteet sekä taata kaikille ruokaa. A CAP on health?(2007, 16) raportin mukaan EU:n maatalouspolitiikassa hukattiin vuosien varrella alkuperäiset päämäärät ja keskityttiin tukemaan maataloutta, kunnes 2000-luvun alussa Euroopan unionin neuvosto tunnusti vihdoin maatalouspolitiikan negatiiviset vaikutukset terveyteen. Euroopan unionin neuvosto kehotti komissiota ottamaan ravinnon terveysvaikutukset huomioon valmistellessaan ja toteuttaessaan politiikkaa, joka on yhteydessä terveyteen sekä kehittämään arviointimenetelmiä, joilla EU-politiikkojen terveysvaikutuksia voitaisiin tehokkaammin arvioida. Komissio julkaisi tammikuussa 2000 valkoisen kirjan ruokaturvallisuudesta, jossa on ehdotus kattavaksi EU:n ravitsemuspolitiikaksi.( A CAP on health? 2007, 16)

Whitehead ja Nordgren (1997, 16) korostavat, että EU:n maatalouspolitiikan vaikutus kansanterveyteen on monitahoinen. Maatalouspolitiikan ja terveyden välinen linkki vaihtelee sektoreittain. EU:n maatalouspolitiikan tärkein positiivinen panos on ollut elintarviketuotannon turvaaminen Euroopassa. Tosin ravintoköyhyyden uudelleen tuleminen viittaa siihen, että nykyisessä markkinataloudessa ruuan määrä ei automaattisesti tarkoita sitä, että sitä on kaikkien saatavilla kohtuulliseen hintaan. Whiteheadin ja Nordgrenin (1997, 16) mukaan oikeudenmukaisuus tulisi tuoda etualalle uudelleen ja keskittyä EU:n maatalouspolitiikan alkuperäisiin tavoitteisiin turvaamalla ruuan saatavuus kohtuuhinnoin kaikille.

Maatalouspolitiikan ideaalinen tavoite terveystieteiden näkökulmasta olisi sellainen, että maataloustukijärjestelmä olisi samassa linjassa ravintosuositusten kanssa. Esimerkiksi maatalouspolitiikan maito-, viini-, tupakka- sekä hedelmä- ja kasvissektorin toimilla on ristiriitaisuuksia kansanterveystavoitteiden kanssa. Joissakin tapauksissa suhteellisen pieni muutos asetuksissa, esimerkiksi rasvattoman maidon tukeminen EU:n koulumaito-ohjelmassa, voi tuoda politiikan enemmän linjaan kansanterveystavoitteiden kanssa. EU:n politiikoissa tarvitaan kansanterveyden panosta, sillä niillä on ratkaisevan tärkeä vaikutus ihmisten elämään.( Whitehead & Nordgren 1997, 16)

EU:n maatalouspolitiikka on tukenut massiivisesti meijerituotteiden, punaisen lihan ja sokerin tuotantoa. Saman politiikan tuloksena on järjestelmällisesti tuhottu suuria määriä hedelmiä ja kasviksia. (A CAP on health? 2007, 4) Enemmän kuin puolet EU:n hedelmä- ja kasvissektorin budjetista meni 90-luvun puoliväliin saakka siihen, että markkinoilta vedettiin pois hyvänlaatuisia tuotteita, vain siitä syystä, että hinnat voitaisiin pitää kuluttajille korkeina (Whitehead & Nordgren 1997,7; A CAP on health? 2007, 10.) Vuonna 1995 EU:n tilintarkastustuomioistuin moitti EU:ta tästä menettelystä. Siitä seurasi, että vuoden 1996 maatalouspolitiikan hedelmä- ja kasvissektorin reformissa ylijäämähedelmien ja -kasvien tuhoaminen puolitettiin. (Elinder, Joossens, Raw, Andreasson & Lang 2003, 25) EU tukee hedelmien ja kasvien viljelijöitä myös hintatakuun muodossa; aina kun hinnat laskevat pohjahinnan alle, komissio ostaa jäljelle jäävän sadon takuuhinnalla (A CAP on health? 2007, 10.)

A CAP on health? (2007, 11) raportin mukaan hedelmien ja kasvien suositeltujen määrien nauttiminen voi vähentää riskiä sairastua sydän- ja verenkiertoelinsairauksiin sekä joihinkin syöpiin, esimerkiksi suolistosyöpään. Tämä johtuu siitä, että hedelmissä ja kasviksissa on antioksidantteja sekä mikroravinteita, esimerkiksi vitamiineja ja kuituja. A CAP on health? (2007, 11) raportissa viitataan Maailman terveysjärjestön (2002) raporttiin, jossa on arvioitu, että 31 % sydämen verenkiertohäiriöistä, 19 % ruuansulatuselinten syövistä ja 11 % aivohalvauksista on yhteydessä vähäiseen hedelmien ja kasvien kulutukseen. Tämän hetkinen ravintosuositus hedelmien ja kasvien nauttimiselle on vähintään 5 annosta päivässä eli 400 grammaa päivässä. A CAP on health? (2007, 11) raportin mukaan Isossa-Britanniassa nautitaan keskimäärin kolme annosta päivittäin. Etelä-Euroopan maissa, joissa hedelmien ja kasvien kulutus on suurempaa, on sydän- ja verisuonitautikuolleisuus pienempi ja myös eliniänodote pidempi.

### 2.3.1. EU:n maatalouspolitiikan hedelmä - ja kasvissektori

EU toimeenpani vuonna 2007 laajan reformin hedelmien ja kasvien markkinoilla, edistääkseen hedelmä- ja kasvissektoria sekä tuodakseen sitä lähemmäs muita, jo

reformoituja EU:n maatalouspolitiikan sektoreita. Lisäksi tarkoituksena oli kasvattaa hedelmien ja kasvien kulutusta. Hedelmien ja kasvien kulutuksen tärkeys on huomioitu niin ikään komission vuonna 2007 julkaisemassa EU:n valkoisessa kirjassa ravinnosta, ylipainosta ja lihavuudesta, jossa otetaan esille EU:n maatalouspolitiikan mahdollisuudet vaikuttaa eurooppalaiseen ruokavalioon sekä ylipainon ja lihavuuden ehkäisemiseen.(European Commission 2008b)

Perinteisesti EU on tarjonnut tukiaisia viljelijöille poisto- ja ylijäämäerien tuhoamiseen, sillä perusteella, että ne ovat helposti pilaantuvia ja että se on halvin vaihtoehto. Vaikka tällainen tuhoaminen on vähentynyt viime vuosina, suuria määriä tuotantoa tuhoetaan yhä. Nektariineja ja persikoita vedetään ylivoimaisesti eniten pois markkinoilta. Komission tilastojen mukaan EU on maailman tuontitilastojen ykkönen hedelmien ja kasvien osalta ja viennissä USA:n jälkeen kakkonen.(A CAP on health? 2007, 10) Esimerkiksi vuonna 2001, poistettiin markkinoilta noin 1,1 miljoonaa tonnia hedelmiä, jotka korvattiin tuottajille. Tästä määrästä 70–80 % tuhottiin, vaikka vuoden 1996 hedelmä- ja kasvissektorin reformoidussa säännöstössä todetaan, että poistettu erä tulisi ensisijaisesti käyttää ihmisten ravinnoksi. Jäljelle jätetty osa käytettiin ihmisten ravinnoksi erilaisten ” ylijäämä ruokatuotanto” –ohjelmien kautta, eläinten rehuksi tai muunnettiin esimerkiksi alkoholiksi.(Elinder, Joossens, Raw, Andreasson & Lang 2003,30)

Whitehead ja Nordgren (1997, 16) esittävät, että koska EU:n maatalouspolitiikan hedelmien- ja kasvistentuotannon hallintajärjestelmä haittaa erityisesti matalan tulotason kuluttajia, se voidaan nähdä merkittävänä esteenä oikeudenmukaisuuden toteutumiselle. Heidän mukaansa hedelmä - ja kasvishallintajärjestelmä oli rakenteellinen avustus EU:n köyhemmille Välimeren alueille. Paremmiin kohdennetulla toimeentulotuella suoraan viljelijöille olisi välttytty raskaalta järjestelmästä, joka on haitaksi kuluttajille ja kansanterveydelle. A CAP on health? (2007, 10) raportin mukaan tukiaisten puuttumisen vuoksi hedelmien ja kasvien viljely ei ole lisääntynyt. Maan käyttö liha- ja maitokarjan sekä viljan ja sokerin viljelyyn on yleisesti edullisempaa maanviljelijöille. Maanviljelijöiden tukijärjestelmän uudistamisessa hintatakuun



vähentäminen ja tuotantoerien markkinoilta poistamisen lopettaminen rohkaisisi mahdollisesti lisäämään hedelmien ja kasvien tuotantoa ja kysyntää.

### 2.3.2. Ravitsemus ja sosioekonomiset terveyserot EU:ssa

A CAP on Health? (2007, 14) raportin mukaan EU:n maatalouspolitiikalla on yhteys jäsenmaiden väestön terveyserojen kasvuun. Maatalouspolitiikan tukien voimakas painottuminen meijeri- ja lihatalouteen takaa sen, että tyydyttyntä rasvaa kuluttavat kaikkein köyhimmät väestöryhmät. Sitä vastoin hedelmät ja kasvikset, jotka eivät saa niin paljon tukea EU:lta, ovat suhteellisen kalliita. Halpa rasvainen ja sokeripitoinen ruoka sekä kalliit hedelmät ja kasvikset johtavat ravintoköyhyyteen. Ravintoköyhyydellä tarkoitetaan sitä, että kaikki eivät pysty taloudellisista syistä kustantamaan terveellistä ruokavaliota. Epätasa-arvo ruokavaliossa johtaa epätasa-arvoon ruokavalioon liittyvissä sairauksissa. Verenkiertoelinsairaudet, lihavuus ja diabetes ovat yleisempiä alemman tulotason ryhmissä.

On arvioitu, että EU:n maatalouspolitiikan perustamisen jälkeen satoja tuhansia ennenaikaisia kuolemia johtuisi EU:n maatalouspolitiikan negatiivisista terveysvaikutuksista (A CAP on health? 2007, 4, 14.) A CAP on health? (2007, 5-7) raportin mukaan on selkeää näyttöä sille, että englantilaisen perheen ostoskorin sisältöön vaikuttaa suuresti EU:n maatalouspolitiikka sen säätelemien tukijärjestelmien kautta, jotka suosivat tiettyjä tuotteita muiden kustannuksella, erityisesti hinnan ja saatavuuden muodossa. Selvästi tämä näkyy liha- ja meijerituotteiden suosimisessa hedelmien ja kasvien sijasta. Tällä on seurauksia keskimääräiseen englantilaiseen ruokavalioon ja siten kansanterveyteen.

Ruokavalioon on monia vaikuttimia, kuten kulttuuriset, sosiaaliset ja ekonomiset tekijät. Hinta ja saatavuus ovat myös ratkaisevia tekijöitä. Esimerkiksi Pohjois-Euroopassa, Iso-Britannia mukaan lukien, karjankasvatuksella on pitkä perinne, minkä vuoksi ruokavalioissa ovat vallinneet meijeri- ja lihatuotteet. Sitä vastoin Etelä-Eurooppalaiseen Välimeren ruokavalioon kuuluu kala, kana ja kasvikset. Suurten supermarkettiketjujen levitessä ympäri Eurooppaa viimeisten vuosikymmenten aikana

perinteisten kulttuuristen ruokavalioiden rajat ovat hämärtyneet. Sen sijaan nykyisin ruokavalintojen tärkeimpiä määrääviä tekijöitä ovat hinta ja saatavuus. (A CAP on health? 2007, 5-7) Brittiläis-ranskalaisessa tutkimuksessa selvitettiin ruokaympäristön vaikutusta ruokaostosten tekoon Englannissa ja Etelä-Ranskassa. Pettinger, Holdsworth ja Gerber (2008, 109–114) saivat selville, että vaikka hedelmiä ja kasviksia oli saatavilla molemmissa paikoissa miltei tasalaatuisina ja yhtä paljon niin Etelä-Ranskassa niitä ostettiin enemmän. Osaksi kulutustottumusten erot selittyvät sillä, ettei tutkimusasetelmassa ollut otettu hintaa mukaan. Englannissa ruokaostokset tehtiin ”yhden katon alla” eli supermarketeissa kun taas Ranskassa ostokset tehtiin useammin erikoisliikkeissä, joka heijastelee niiden paikallisesti suurta määrää.

Pettingerin ym. (2008, 109–114) mukaan ranskalaiset käyvät enemmän ulkoilmamarkkinoilla, liha- ja kalakauppiaille sekä leipomoissa. Markkinoiden runsaus takaa paikallisesti valmistetun ruuan tuoreuden. Sitä vastoin Englannissa oli enemmän supermarketteja ja erikoisliikkeet ovat miltei kadonneet. Lisäksi Englannissa oli enemmän tarjolla perunalastuja, makeisia ja muita välipaloja. Englantilaisia kuvataankin Euroopan eniten välipaloja syöväksi kansaksi. Tällä on selkeä vaikutus ruokaympäristöön ja se voi osaltaan selittää Englannissa yleisempää lihavuutta. Lisäksi kulttuurilla, tavoilla ja mukavuudenhalulla on vaikutusta ruokakulttuuriin. Englantilaisen ja ranskalaisen ruokakulttuurin eroja kuvailtiin tutkimuksessa siten, että englantilaiset ovat mukavuudenhaluisia, eivätkä halua kuluttaa aikaa ruuan ostoon ja valmistukseen vaan muihin asioihin. Sitä vastoin ranskalaiset antavat suuren arvon ruuan hankkimiselle, valmistamiselle sekä syömisen sosiaalisille ja nautinnollisille puolille. (Pettinger ym. 2008, 109–114)

Voidaan kuitenkin kyseenalaistaa miten paljon pelkkä maatalouspolitiikan reformi voisi vaikuttaa kansanterveyteen. Veerman, Barendregt ja Mackenbach (2006, 31–35) selvittivät tutkimuksessaan, miten EU:n maatalouspolitiikan hedelmä- ja kasvispolitiikan reformi vaikuttaisi hollantilaisten terveyteen ja elinikään, jos EU lopettaisi hedelmien ja kasvien poistamisen markkinoilta. Tutkimuksen mukaan reformi kasvattaisi hedelmien ja kasvien kulutusta enintään 1,80 % ja odotettavissa olevan elinikä kasvaisi miehillä

keskimäärin 3,8 päivää ja naisilla 2,6 päivää. Reformi kaventaisi myös sosioekonomisia terveyseroja. EU:n hedelmien ja kasvien markkinoilta poistamisen lopettaminen voisi tutkimuksen mukaan edistää terveyttä kohtuullisesti, vaikka arvion epävarmuusasteet ovatkin suuret.

Veerman ym. (2006, 31–35) huomauttavat, että reformin vaikutukset jäävät tutkimuksessa pieniksi, koska kulutustottumukset muuttuisivat vain vähän reformin seurauksena. Hedelmien ja vihannesten terveyttä suojaava vaikutus on myös kohtuullisen pieni, vaikka hedelmien ja vihannesten liian vähäisen nauttimisen aiheuttama sairaustaakka väestötasolla on merkittävä. Jos koko väestö kuluttaisi hedelmiä ja kasviksia vähintään 400 g päivässä, miesten elinajan odote nousisi yli 6kk ja naisten noin 4kk. Tutkimusasetelmassa oletetaan, että kaikki hedelmät ja kasvikset, jotka ovat markkinoilla, myös ostettaisiin. Todellisuudessa matalammat hinnat johtaisivat siihen, ettei hedelmiä ja vihanneksia kasvatettaisi yhtä paljon, ja se taas johtaisi hintojen nousuun, joka puolestaan alentaisi kysyntää kunnes tarjonta ja kysyntä pääsisivät jälleen tasapainoon. (Veerman ym. 2006, 31–35)

### 2.3.3. EU:n kouluhedelmäohjelma

Toukokuussa 2007 komissio julkaisi valkoisen kirjan ravinnosta, ylipainosta ja lihavuudesta, jossa huomion kohteena on lasten lihavuus Euroopassa sekä sen sosiaaliset, taloudelliset ja kansanterveydelliset vaikutukset. Valkoisen kirjan johtopäätöksissä tuodaan esille kouluhedelmäohjelma, joka mainitaan askeleeksi oikeaan suuntaan. Lisäksi valkoiseen kirjaan liittyy vaikutusarvio. Jo kesäkuussa 2007 neuvosto julkaisi julistuksen, jossa se pyysi komissiota tuottamaan aloitteen EU:n kouluhedelmäohjelmasta, johon sisältyisi vaikutusarvio kouluhedelmäohjelman hyödyistä, käytännön järjestelyistä ja hallinnollisista kuluista. Vaikutusarviota alettiin työstää syyskuussa 2007. Vaikutusarviota varten perustettiin työryhmä, joka koostui komission eri osastoista ja jota johti maatalouden pääosasto. Vaikutusarvion avulla pyrittiin tuomaan esille vaihtoehtoisia malleja kouluhedelmäohjelman järjestämiseen ja sen tuomaa lisäarvoa EU-toimenpiteenä. Vaikutusarvioon sisältyi laaja

konsultaatioprosessi, asiantuntijalausuntoja, laajennettu neuvonantajaryhmä sekä keskusteluja jäsenmaiden kanssa ja lisäksi julkinen konsultaatio. Lopullinen raportti ja ehdotus kouluhedelmäohjelmasta julkaistiin 8. heinäkuuta 2008. (European Commission 2008c)

Komission analyysi jäsenmaissa toteutetuista politiikoista sekä asiantuntijoiden konsultaatio osoitti, että kouluhedelmäohjelman hyödyt kasvavat, jos hedelmien jakelun lisäksi ohjelmaan liittyy terveystasvatusta ruokailutapoihin liittyen. Lisäksi komission raportissa rohkaistaan verkostoitumaan sellaisten jäsenmaiden kanssa, joissa kouluhedelmäohjelma toimii hyvin. Monissa jäsenmaissa toimii jo hyviä kouluhedelmäohjelmia, jotka poikkeavat järjestelyiltään paljonkin toisistaan.(European Commission 2009)

EU:n kouluhedelmäohjelma tarjoaa hyvän pohjan jäsenmaiden tarpeiden mukaisille kouluhedelmäohjelmille. Komissio rahoittaa kouluhedelmäohjelmaa 90 miljoonalla eurolla vuodessa, joka käytetään hedelmien ja kasvien jakeluun kouluissa. Kansalliset hallitukset päättävät osallistuvatko ne kouluhedelmäohjelmaan. EU rahoittaa hankkeita joko suhteella 50/50 tai 75/25 "muutosalueilla", joilla bruttokansantuote suhteutettuna pääomaan on alhainen. Tukea ei voi käyttää korvaamaan olemassa olevaa kansallista rahoitusta, mutta se tukisi lisäaktiviteetteja, jotka liittyvät hankkeeseen. Lisäksi jäsenmaat voivat lisätä myös omaa rahoitusta halutessaan. Kansanterveys- ja opetusviranomaisten tulisi luoda yhteistyössä strategia, jossa myös teollisuus ja järjestöt olisivat mukana. Hankkeet alkavat kouluvuoden 2009–2010 alussa. (European Commission 2009)

## 3. Terveys EU:n politiikoissa

### 3.1. Terveyspolitiikka rajoitetun toimivallan alaisuudessa EU:ssa

Duncanin (2002, 1027–1030) mukaan EU:n terveystalitiikka on rakenteeltaan paradoksi, sillä unionin johtajat ovat jo vuosia halunneet tehdä toimenpiteitä, jotka vaikuttaisivat EU:n kansalaisten elämään konkreettisesti. Silti terveystalitiikka on niin korkealla kansallisten hallitusten agendalla, etteivät ne halua EU:n sekaantuvan siihen. EU:n ratkaisu oli kirjata Maastrichtin sopimukseen vuonna 1992 mandaatti, jonka mukaan EU rohkaisee jäsenvaltioita yhteistyöhön, ja jos tarpeellista tukee jäsenvaltioiden kansanterveystoimenpiteitä. Tällöin EU sai vallan käyttää varoja EU-tason terveystalitiikoihin, vaikka jäsenmaiden terveydenhuollon harmonisoiminen pysyi yhä kiellettynä. (Duncan 2002, 1027–1030) Abel-Smithin ym. (1999, 125) mukaan terveydenhuolto pysyi jäsenmaiden vastuulla läheisyys-periaatteen myötä. Läheisyys periaatteen mukaan EU:n toimivaltaa tulisi käyttää siten, että päätökset tehdään mahdollisimman lähellä jäsenmaiden kansalaisia (Valtioneuvosto 2009.)

Kun EU:n valtaa terveystalitiikkaan tarkistettiin Amsterdamin sopimuksen yhteydessä vuonna 1997, mandaattia vahvistettiin huomattavasti. EU määrättiin takaamaan, että kaikissa EU:n toimissa ja määritelmässä turvataan ihmisten terveys. Lisäksi EU määrättiin työskentelemään jäsenmaiden kanssa kansanterveyden edistämiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi sekä poistamaan ihmisten terveydelle vaarallisia tekijöitä. Silti kielto EU:n puuttumisesta jäsenmaiden kansanterveystalitiikkasäädäntöön pysyi voimassa. Ruokaturvallisuuskriisit, kuten BSE eli hullunlehmäntauti, geneettisesti muunnellut elintarvikkeet ja Belgian dioksiinikriisi ovat myös pakottaneet ottamaan terveyden EU:n agendalle. Vuonna 1999 komission puhemies Romano Prodi perusti komissioon terveyden ja kuluttajansuojelun pääosaston. Vaikka osasto nostikin EU:n terveystalitiikan profiilia, käytettiin sen resursseista suurin osa kuluttajan suojeluun ja erityisesti elintarviketurvallisuuteen. EU:n yhteisösopimukset kieltävät unionia puuttumasta jäsenmaiden terveydenhuoltoon, mutta eivät eristä terveydenhuoltoa ja

terveydenhuollon ammattilaisia muiden sektoreiden lainsäädännöltä. (Duncan 2002, 1027–1030)

Euroopan unionilla on erilaiset toimivallat eri toimialoilla. Ensinnäkin on toimialoja, joilla unionilla on ensisijainen toimivalta. Näissä EU-tason osallistuminen on laajaa, ja merkittävät poliittiset linjaukset tehdään EU-tasolla. Toiseksi, on toimialoja, joilla toimivalta on jaettu EU:n ja jäsenvaltioiden kesken. Kolmantena on toimialoja, joilla jäsenvaltioilla on merkittävin toimivalta ja EU-tason osallistuminen on rajattu erikseen määriteltyihin asioihin. (Viinamäki 2007, 102) Terveyspolitiikka kuuluu siihen politiikka-lohkoon, jossa jäsenvaltioilla on suurin toimivalta.

Duncanin (2002, 1027–1030) mukaan EU:n vaikutukset jäsenmaiden terveyspolitiikkoihin tulevat usein muiden kuin komission terveyden ja kuluttajansuojan pääosastolta. EU:n vaikutukset terveyspolitiikkaan voivat olla sattumanvaraisia ja tahattomia. Duncan (2002, 1027–1030) jakaa EU:n terveyspolitiikan tekemisen kolmeen luokkaan: suoraan, epäsuoraan ja tahattomaan toimintatapaan. Suorassa terveyspolitiikan toimintatavassa EU pyrkii toimimaan tietyn terveystavoitteen vuoksi ja EU-tasoisilla toimilla: lainsäädännöllä, rahoituksella tai jäsenmaiden välisellä yhteistyöllä. Suoraa terveyspolitiikka ei tehdä vain kansanterveysartiklan perusteella vaan parhaiten soveltuvien sopimusten perusteella. Esimerkiksi tupakkakontrollilainsäädäntö perustuu EU:n sisämarkkinalainsäädäntöön.

Epäsuorassa terveyspolitiikan tekemisessä EU pyrkii toimimaan jonkin muun tavoitteen kuin terveyden puolesta, mutta terveyskysymykset vaikuttavat paljon lopulliseen päätökseen. Esimerkkinä tästä ovat direktiivit, jotka pyrkivät helpottamaan jäsenmaiden välistä kauppaa tietyn tuotteen osalta, laatimalla tuotteelle yhteiset turvallisuusstandardit. Tätä edustaa esimerkiksi EU:n lääkeainepolitiikka, joka pyrkii helpottamaan EU:n sisäistä kaupankäyntiä ja ekonomista integraatiota, mutta jolla on ollut 60-luvulta asti vahva fokus myös lääketurvallisuudessa. (Duncan 2002, 1027–1030)

Tahaton terveystaloudellista tai sosiaalista politiikka puolestaan tarkoittaa sitä, että EU:n pyrkiessä toteuttamaan taloudellista tai sosiaalista politiikkaa, se tuleekin vaikuttaneeksi terveyteen suunnitelmattomalla tavalla. Myös silloin, kun lainsäädäntö tai sopimusten artikkelit tuottavat ennalta arvaamattomia vaikutuksia terveystalouteen oikeudenkäynnin tuloksena. Tästä on esimerkkinä EU:n maatalouspolitiikka, jolla on välillisiä vaikutuksia EU:n kansalaisten ruokavalioon. Esimerkki oikeudenkäynnin tuloksena syntyneestä terveystaloudellisesta vaikutuksesta on muun muassa Euroopan tuomioistuimeen viedyt tapaukset potilaiden vapaasta liikkuvuudesta EU:ssa. (Duncan 2002, 1027–1030)

Chari ja Kritzinger (2006, 17–18) jakavat EU-politiikat 1. ja 2. luokan politiikkoihin, joista 1. luokan politiikkaan sisältyy komponentteja, jotka voivat kasvattaa yritysten pääomatuloja ja vahvistaa Euroopan markkina-aluetta. Se kiinnostaa suuria pääomatoimijoita, esimerkiksi suuryrityksiä. 2. luokan politiikkoihin kuuluvat sellaiset politiikan alat, joilla jäsenvaltiot haluavat säilyttää suvereniteettinsa tai joilla ei ole pääomatoimijoille intressiä, kuten sosiaalipolitiikka. (Chari ja Kritzinger 2006, 17–18) Terveystaloudellista politiikka kiinnostaa liike-elämää erityisesti sen tarjoamien liiketoimintamahdollisuuksien myötä, mutta myös siksi että terveet työntekijät parantavat osaltaan kilpailukykyä.

Eurooppalainen hyvinvoinnin käsite on laajentunut vuosikymmenten aikana pelkästään taloudellisista kysymyksistä kokonaisvaltaisempaan hyvinvointikäsitteeseen, sillä taloudellinen intressi on usein ensisijainen (Viinamäki 2007, 100.) Erityisesti vuosituhannen vaihteen jälkeen EU:n vaikutukset jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmiin ovat osoittautuneet varsin mittaviksi. Tämä on aiheutunut siitä, että sosiaali- ja terveystaloudellista politiikka voidaan tarkastella myös muiden politiikkalohkojen ja uusien hallintotapojen näkökulmista. Sosiaali- ja terveystaloudellista politiikan suurimmat muutokset ovat aiheutuneet toisista politiikkalohkoista tulevista vaikutteista ja Euroopan tuomioistuimen ratkaisuksista. Sosiaali- ja terveystaloudellista politiikan suojattu asema on murtumassa, kun sisämarkkinat laajenevat, eikä tuomioistuin enää pidä sosiaali- ja terveystaloudellista politiikka sisämarkkinoiden ulkopuolisena alueena. Lisäksi on ilmennyt, etteivät perustamissopimusten määräykset anna tukea tällaiselle erityisasemalle. (Saari & Kari

2006, 10, 174–175) Greerin (2006, 134–152) mukaan Euroopan tuomioistuimen päätös siitä, että terveyspalvelut rinnastetaan muuhun taloudelliseen toimintaan siten, että niitä koskee sama sisämarkkinalainsäädäntö, muutti dramaattisesti terveyspalvelujen taloudellisten resurssien hallinnointia.

Viinamäki (2007, 103) viittaa Nugentiin (1999), jonka mukaan rajoitetun EU-tason osallistumisen politiikoissa komissiolla ei ole ensisijaista aloiteoikeutta, vaan valmisteluvastuu on neuvoston sihteeristöllä. Päätökset edellyttävät neuvostossa yksimielisyyttä. Toteutuskeinot ovat luonteeltaan suostuttelevia ja kehottavia, ja ne konkretisoituvat monesti suosituksina ja strategiajulistuksina jäsenvaltioiden toiminnan yhtenäistämiseksi. Toiminta perustuu erilaisiin yhteistyömuotoihin ja vapaaehtoiseen tiedonvaihtoon. Vakiintuneita ylikansallisia organisaatorakenteita tai toteutustapoja tällaisille päätöksille ei juuri ole muodostunut, toisin kuin laajan osallistumisen politiikkalohkoissa. (Viinamäki, 2007, 103) EU:n kouluhedelmäohjelma sekä sitä edeltävä EU:n koulumaito-ohjelma ovat hyviä esimerkkejä siitä, miten EU:n on helpompi toimeenpanna laajoja ylikansallisia ohjelmia laajan osallistumisen politiikkalohkoissa ja vaikuttaa sitä kautta myös muihin politiikanlohkoihin.

### 3.2. Terveysvaikutusten arviointi

Terveysvaikutusten arvioinnilla tarkoitetaan mitä tahansa erilaisia käytäntöjä ja metodeita, joilla esitettyä politiikkaa tai ohjelmaa voidaan arvioida sen perusteella, millaisia vaikutuksia sillä on väestön terveyteen. Lisäksi terveysvaikutusten arvioinnilla pyritään ennustamaan sellaisten terveyteen liittyvien päätösten seurauksia, joita ei ole vielä sovellettu käytännössä. (Kemmm & Parry 2004, 1) Terveysvaikutusten arviointi perustuu ympäristövaikutusten arvioinnille, politiikka-toimenpiteiden arvioinnille sekä erityisesti ”terveys kaikissa politiikoissa” -käsitteen edistämiseksi (Kemmm & Parry 2004, 3.) Monet terveysvaikutusten arviointeja tekevät korostavat käyttävänsä arvioinneissa laajaa terveystietoa ja väittävät pelkästään kuolemiin ja sairauksien esiintyvyyteen perustuvien arviointien olevan puutteellisia. Tyydyttävässä arvioinnissa otetaan huomioon kaikki näkökulmat fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista,



johon sisältyy sekä objektiivinen arvio yksilön tilasta että yksilön subjektiivinen kokemus. Menetelmiä ollaan kehittämässä, jotta myös subjektiivisesta kokemuksesta kertovia kansainvälisesti testattuja mittareita saataisiin käyttöön. Tällainen mittari on esimerkiksi Nottingham Health Profile. (WHO 1999)

Suurimmat parannukset väestön terveyteen saavutetaan todennäköisemmin interventioilla, jotka kohdistuvat talouteen, teollisuuteen, asuntopolitiikkaan, liikenteeseen, maatalouteen, koulutukseen sekä lakiin ja järjestykseen kuin niillä alueilla, joita terveysministeriöt yleensä käsittelevät. (Kemm & Parry 2004, 5) Myös Abel-Smith ym.(1999, 131) korostavat väestön sairastavuuden suurimpia syitä olevan toisiinsa sidoksissa olevat ympäristötekijät ja elämäntapatekijät. Ympäristötekijöihin kuuluvat muun muassa asuminen, liikenne, työllisyys ja tulonjako. Elämäntapatekijöihin puolestaan kuuluvat esimerkiksi tupakointi, alkoholinkäyttö, ruokavalio ja huumeiden käyttö. Terveystenhoito ei yksinään voi parantaa väestöterveyttä, kuin lähinnä rokotusohjelmien ja vastaavien tarkkarajaisten interventioiden avulla. Laaja-alaiset toimet ovat Abel-Smithin ym. (1999, 131) mukaan välttämättömiä, jotta pystyttäisiin vaikuttamaan perustavanlaatuisesti väestön, etenkin marginaalisten väestöryhmien, terveyteen.

Terveysvaikutusten arvioinnin tulisi tarjota tietoa, jolla voidaan kaventaa terveyseroja väestöryhmien välillä (Macintyre & Petticrew 2000.)Terveysvaikutusten arvioinnin tulisi perustua demokratiaan, oikeudenmukaisuuteen, kestävään kehitykseen sekä näyttöön perustuvan tiedon eettiseen käyttöön (WHO 1999.) Oikeudenmukaisuus ja kestävä kehitys ovat kriteereitä, joiden mukaan terveysvaikutuksia tulisi arvioida. Demokraattisuus ja näyttöön perustuvan tiedon eettinen käyttö puolestaan ohjeistavat hyviin menettelytapoihin. Demokratia painottaa ihmisten osallistumismahdollisuuksia heitä koskettavien politiikkojen muotoiluun, soveltamiseen ja arviointiin. Se korostaa osallistumisen ja avoimuuden asemaa terveysvaikutusten arvioinnissa. Velvoite avoimuuteen vaikeuttaa päätöksentekijöihin vaikuttamista.(Kemm & Parry 2004, 8)

Näyttöön perustuvan tiedon eettinen käyttö sisältää muun muassa tieteellisen tarkkuuden, selvien kriteerien käyttämisen todisteiden valintaan ja arviointiin sekä sen, että todistusaineistoa ei saa jättää huomiotta sen takia, ettei se tue käytettäviä argumentteja. Näyttöön perustuvan tiedon eettinen käyttö edellyttää puolueettomuutta niin että päätöksentekijät ja muut voivat luottaa siihen, että arvioitsija esittää rehellisen arvion mahdollisista vaihtoehdoista, jotka perustuvat saatavilla olevaan todistusaineistoon. Kansanterveysalan toimijat ovat tottuneet enemmän advocacy-toimintaan, jossa valitaan terveydelle parhaaksi katsottu vaihtoehto ja poistetaan kaikki heikot kohdat omasta argumentaatiosta sekä korostetaan vastapuolen argumentaation heikkoja kohtia. Ongelma pahenee, kun kaikki osapuolet toimivat samoin. Terveysvaikutusten arviointi tulisi erottaa advocacy-toiminnasta, ja arvioijan velvollisuutena on puolueettomuus. Advocacy-toimija voi toimia arvioijana, mutta ei yhtä aikaa molemmissa rooleissa. (Kemmm & Parry 2004, 8)

Kemmin ja Parryn (2004, 10) mukaan terveysvaikutusten arviointiprosessi jää usein päätöksentekoprosessin ulkopuolelle, ja siksi heidän mukaansa ideaalista olisi, jos päätöksentekijät ”omistaisivat” ja kontrolloisivat koko prosessia. Tämä takaisi sen, että arviointiprosessi keskittyisi päätöksentekijöille olennaisiin asioihin sekä tapahtuisi päätöksenteon kannalta olennaisessa aikataulussa. Tosin tässä on vaarana se, että terveysvaikutusten arvioinnissa vältettäisiin terveysasioita silloin kun ne olisivat ristiriidassa tärkeämpien poliittisten tavoitteiden kanssa.

### 3.3. Terveysalan toimijat EU:n päätöksentekoprosessissa

Goergenin (2006, 27) mukaan järjestöt ovat kääntyneet EU:n puoleen toiveenaan saada tunnustusta tärkeänä neuvottelukumppanina sekä hyötyä EU:n rahoitusmekanismeista. Komission tunnustettua järjestön virallisesti, on sitä sen jälkeen vaikea olla ottamatta huomioon. Järjestöjen laatimia raportteja käytetään poliittisen päätöksenteon tukena, prioriteetteja laadittaessa. Terveysalan järjestöt voidaan jakaa eri kategorioihin.

Terveysalan etujärjestöistä muun muassa seuraavat vaikuttavat Brysselissä. European Federation of Nurses Association ja Standing Committee of European Doctors. Lisäksi Lääketieteellisen teknologian ja lääketeollisuuden alalla on EU-tasolla toimivia etujärjestöjä, kuten esimerkiksi The European Association of Pharmaceutical Full-line Wholesalers in Europe ja European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry. Lisäksi Brysselissä toimii terveydenhuollon johtamisen keskittynyt järjestö European Health Management Association ja EU:ssa toimivien sairaaloiden laadun parantamiseksi toimiva järjestö Hospitals for Europe ja yksityisten sairaaloiden edunvalvojana European Union of Independent Hospitals. (European Agenda Booklet 2006)

Abel-Smithin ym. (1999, 80) mukaan monilla terveydenhuoltoa ylläpitävillä osapuolilla on merkittävä rooli terveyspolitiikkojen muotoilussa, vaikka niiden painoarvo voikin vaihdella jäsenmaittain. Abel-Smith ym. (1999, 80) määrittelevät terveydenhuoltoa ylläpitäviksi osapuoliksi erilaiset terveysalan professiot, lääketeollisuuden ja terveydenhuollon teknologiateollisuuden sekä sairausvakuutusäätöt, joiden osallistuminen voi olla esimerkiksi terveyspalvelujen organisointiin ja jakeluun liittyviä aloitteita tai laaja-alaisempia arviointeja sosiaalipolitiikasta.

Brysselissä toimii myös monenlaisia EU-tasolla toimivia erilaisiin sairauksiin keskittyviä järjestöjä, jotka pyrkivät edistämään potilaiden asemaa ja hyviä hoitokäytäntöjä sekä tekemään sairautta tunnetuksi. Tällaisia potilasjärjestöjä ovat esimerkiksi Alzheimer Europe, European Aids Treatment Group, Association of European Cancer League, European Heart Network ja International Planned Parenthood Federation European Network. Terveyden edistämiseen laajemmin keskittyneitä EU-tason järjestöjä toimii vähemmän, tällaisia ovat esimerkiksi EuroHealthNet, European Public Health Alliance ja Mental Health Europe. (European Agenda Booklet 2006) Van Schendelenin (2005, 193) mukaan tämä johtuu siitä, että vaikuttaminen on tehokkaampaa silloin kun ajetaan vain yhtä asiaa, koska silloin tietyn asian asiantuntemus on suurimmillaan ja yhteen asiaan keskittyminen parantaa vaikutusstrategian laatua.

Koska nykyisin uuden EU-lainsäädännön tuottaminen ja läpisaaminen on yhä vaikeampaa, pyritään intressiryhmiä mobilisoimaan mukaan päätöksentekoon. Jotta ”Eurooppa-projekti” etenisi, toimijoita tulisi jollain lailla palkita Eurooppa-tason osallistumisesta ja osallistuminen tulisi institutionalisoida. EU-politiikan teon trendi on enenevässä määrin osapuolia osallistavaa, siitä on tullut pysyvä EU-politiikan teon tyyli. EU-politiikan teko on kollektiivista toimintaa, johon osallistuu yhä enemmän toimijoita. Tämä kehitys vahvistaa prosessia, jossa jäsenmaiden kansallinen suvereniteetti pienenee samalla kun yhden maan oleminen EU:n poliittisessa johdossa käy jatkuvasti epätodennäköisemmäksi. (Mazey & Richardson 2006, 248–249)

Richardsonin (2006, 23–24) mukaan jäsenmaiden hallitukset tietävät, että yhden maan oleminen EU:n poliittisessa johdossa on yhä epätodennäköisempää ja siksi kaksi toisilleen vastakkaista trendiä on ilmaantunut. Ensinnäkin, tarve rakentaa eri toimijoista koostuvia kompleksisia kansainvälisiä koalitioita pakottaa kaikki toimijat kiinnittämään vähemmän huomiota kansallisiin valtioihin politiikan tekopaikkana. Toisaalta, EU-politiikan epävarmuus ja ennakoimattomuus johtavat siihen, että kansalliset hallitukset ja intressiryhmät pyrkivät koordinoimaan yhteisen euro-strategian, mikä tuo niitä lähemmäs toisiaan.

Siirtymä pehmeämpiin politiikkatoimenpiteisiin on kasvattanut osallisten konsultointia: mitä enemmän EU:n poliittisten päätösten legitimiyyttä arvostellaan, sitä enemmän komissio on pyrkinyt mobilisoimaan eri toimijoita osallistumaan päätöksentekoprosessiin (Mazey & Richardsson 2006, 256–258.) Lissabonin kokouksessa vuonna 2000 lanseerattu avoimen koordinaation metodi kehitettiin, koska EU-lainsäädäntöä oli kritisoitu liian ylhäältäpäin annetuksi. Avoimessa koordinaatiossa Euroopan tuomioistuimella ei ole roolia, vaan neuvosto ja komissio toimivat siinä enemmän poliittisen kuin lainsäädännöllisen logiikan varassa. (Borrás & Jakobsson, 2004, 185–208)

### 3.4. EU: n päätöksentekoprosessiin vaikuttaminen

EU:n päätöksentekoprosessiin vaikuttaminen, jota kutsutaan myös lobbaukseksi, on pitkäjännitteistä työtä. Mitä aikaisemmin aloittaa, sitä enemmän on mahdollisuuksia toimia aloitteellisesti ja päästä vaikuttamaan asioihin niiden varhaisessa vaiheessa. (Van Schendelen 2005, 141) Esimerkiksi EU:n kouluhedelmäohjelmassa niillä toimijoilla, jotka olivat päässeet osallistumaan komission kouluhedelmätyöryhmän toimintaan ja julkisen kuulemisen laadintaan sekä vaihtoehtoisten politiikkatoimenpiteiden kehittelyyn oli paremmat mahdollisuudet vaikuttaa järjestelmän lopputulokseen ja vaihtoehtoisin toimintamalleihin, kuin niillä toimijoilla, jotka pääsivät antamaan kannanottonsa vasta kun agenda oli jo asetettu.

Duncanin (2002, 1027–1030) mukaan EU on, vastoin yleistä mielipidettä, avoin demokraattiselle vaikuttamiselle. Kaikki suurimmat päätökset täytyy hyväksyttää vaalein valituilla poliitikoilla. Euroopan neuvostossa istuvat kansalliset ministerit ja Euroopan parlamentin jäsenet ovat herkkiä intressiryhmien esityksille ja median kommenteille. Avain onnistuneeseen EU-politiikkaan vaikuttamiseen on siinä, että toimii oikeaan aikaan päätöksentekoprosessissa, ajaa selkeitä vaatimuksia ja pystyy esittämään vakuuttavat perustelut omalle kannalleen. EU-politiikkaan vaikuttamisen haasteena on se, että päätöksenteko vaatii laajan konsensuksen kansallisten ja poliittisten linjojen kesken. Menestys vaatii yleensä sen, että saa taakseen vähintään muutaman EU:n laajuisen verkoston tuen, lisäksi vaikuttamistyö on pitkäjänteistä ja vaatii kuukausien, yleensä vuosien työtä. Duncan (2002, 1027–1030) korostaa kansallisten europarlamentaarikkojen asemaa vaikuttamistyössä. Mikäli europarlamentaarikko on kiinnostunut juuri niistä aiheista, joita intressiryhmä ajaa, voi hän ryhtyä ajamaan tiettyä asiaa omanaan. Europarlamentaarikko voi myös nostaa kysymyksen esille parlamentin ja komission välisissä kuulemisissa.

Van Schendelen (2005, 104) esittelee kolme yleistä päätöksentekoon vaikuttavaa tekijää; tekijät joita lähestyä, asiat joihin vaikuttaa ja suunnat joita luoda. Yhdessä nämä tekijät muodostavat EU:n lobbousprosessin ytimen, jota voidaan kutsua poliittiseksi

hallinnoinniksi tai manipulaatioksi. Kaikissa päätöksentekovaiheissa ihmiset komissiossa ja sen lähipiirissä ovat tärkeässä roolissa. Avainhenkilöitä ovat asiakirjojen laatijat, jotka saavat apua ulkopuolisilta työryhmien jäseniltä. Myös heidän avustajansa on hyvä tietää, sillä he toimivat portinvartijoina ja toiminnan käytännön järjestelijöinä. Euroopan parlamentin, alueiden komitean ja talous- ja sosiaalikomitean avainhenkilöitä ovat esittelijät ja työryhmien puheenjohtajat ja poliittisten sekä intressiryhmien koordinaattorit. (Van Schendelen 2005, 105–106)

EU:n pirstaleisen luonteen vuoksi myös muut viranomaiset, kuten juristit ja kielenkääntäjät, ovat hyödyllisiä lobbauksen kohteita tiedon tai tuen osalta. Lisäksi tärkeitä henkilöitä ovat muiden intressiryhmien kuten järjestöjen, ylikansallisten yritysten ja alueellisten edustustojen edustajat, joilla kaikilla on omat verkostonsa ja yhteyshenkilönsä EU:n koneistossa. Heistä tärkeimpinä voidaan pitää niitä, jotka istuvat virallisissa työryhmissä luonnostelemassa lainsäädäntöä tai sen soveltamista. (Van Schendelen 2005, 107–108)

Lobbauksen tärkeimpiä kohderyhmiä ovat poliittiset päättäjät sekä valmistelusta ja toimeenpanosta vastaavat virkamiehet. Tarkka kohderyhmä valikoituu lobattavan asian mukaan. Kohteena voi olla esimerkiksi unionitason tai kansallisen tason päätöksenteko, kunnallissektori tai maakuntahallinto. Jos lobbaaja tarvitsee laajaa tukea asialleen, kohteena ovat tietyt kansalaisryhmät tai laajemmin koko kansakunta. Lobbauksen kohde määräytyy sen mukaan, onko kyse valmistelusta vai toimeenpanosta. (Bergström & Byström 2003, 13–15, 18) Van Schendelen (2005, 134) korostaa asiakirjan elinkaaren käsitettä, koska sen tunteminen helpottaa vaikuttamistyötä. Etujaan ajavan järjestön tulisi ottaa huomioon asiakirjan vaihe virkakoneistossa ja omien intressien ja strategian mukaan joko kiihdytettävä tai hidastettava sitä. Hidastusstrategia on yleensä riskittömämpi, tosin silloin voi kentälle ilmaantua lisää kilpailijoita. EU-lobbarit suosivat helppoa ja riskitöntä strategiaa, vaikka sillä onkin vaikea saavuttaa isoja voittoja. Lobbareilla on yleensä monta asiakirjaa, joihin he haluavat vaikuttaa, ja siksi pienet helposti saavutettavissa olevat voitot nähdään houkuttelevampina kuin iso voitto, joka voisi johtaa myös täydelliseen epäonnistumiseen.

Asioiden manipulointi on hienostuneempi tapa vaikuttaa kuin suora kontakti henkilöihin. Ensinnäkin, kulttuuriset tekijät voivat olla ratkaisevassa asemassa päätöksenteossa. EU:n komission tuottamat vihreät ja valkoiset kirjat toimivat yleensä uusien arvojen tuojina ja antavat mahdollisuuden lobata myöhemmässä vaiheessa niiden puolesta. Uudenlaisia hallintomenetelmiä, kuten läheisyys-periaatetta tai hallinnon läpinäkyvyyttä, voidaan puolestaan käyttää toimenpiteiden estämiseen tai edistämiseen. (Van Schendelen 2005, 109)

Toiseksi, koska EU:n lainsäädäntökäytäntö ei ole stabiili, liittyy menettelytavan valintaan paljon lobbausmahdollisuuksia. Esimerkiksi se, minkä sopimuksen nojalla päätöksentekovaiheessa toimitaan, vaikuttaa paljon lopputulokseen. Näin ollen sopimuksen muuttaminen tuo yleensä paljon uusia huolenaiheita, mutta myös mahdollisuuksia. Sopimuksissa ja muissa muodollisissa asiakirjoissa sovittujen muodollisten menettelytapojen ja valta-asemien uudelleentulkinta ja -muotoilu ovat hyviä lobbauskeinoja, koska EU:n hallinnollinen prosessioikeus on kehittymätön. Lisäksi viralliset tekstit viittaavat yleensä yleisiin asioihin, minkä vuoksi jokainen taistelu EU:n päätöksentekoprosessissa käydään erityisestä eikä yleisestä asiasta. Esimerkiksi 90-luvun lopulla terveysliike sai siirrettyä tupakkaa koskevat asiakirjat, jotka alun alkaen kuuluivat maatalousosastolle, teollisuusosaston kautta viimein terveysosastolle, jonka myötä tuli mahdolliseksi toimeenpanna useita tupakoinnin vastaisia aloitteita. (Van Schendelen 2005, 114–115)

Kolmanneksi, käytännön tekijät, esimerkiksi henkilöstömäärä ja budjetti, vaikuttavat paljon intressiryhmien tuloksiin (Van Schendelen 2005, 110–112.) Hienostuneimmassa poliittisessa manipulaatiossa intressiryhmä rakentaa asiasisältöä ennakoivasti siten, että omat tavoitteet peitetään kiistämättömien tosiasioiden ja yleisten kulttuuristen arvojen alle. Uhat ja mahdollisuudet rakennetaan uudelleen, jotta maksimoitaisiin mahdollisuudet saavuttaa toivottu tulos. Van Schendelen (2005, 113–114) korostaa, että avaintekijänä on keksiä korkeampi arvo, jota voidaan käyttää oman asian edistämiseen.

## 4. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen empiirinen osa kohdistuu terveysjärjestöjen argumentaatioon EU:n kouluhedelmäohjelmasta. Pyrin vastaamaan kysymykseen siitä, mihin arvoihin terveysjärjestöt perustavat argumentaationsa julkisissa kannanotoissaan. Lisäksi pohdin tuloksia retoriikka-analyysin avulla. Pyrin tarkastelemaan sitä, millaisin argumentatiivisin keinoin terveysjärjestöt ottavat kantaa niille tärkeään, mutta toisen politiikan lohkon kentällä tapahtuvaan aloitteeseen. Täsmällisemmin, tutkimuskysymykset ovat:

A) Miten terveysjärjestöt argumentoivat EU:n kouluhedelmäohjelmaa ja nojautuvatko ne erilaisiin argumentteihin?

B) Millaisen retoriikan varaan terveysjärjestöjen argumentaatio EU:n kouluhedelmäohjelmassa on rakentunut?

## 5. Aineisto ja menetelmä

Aineistoni koostuu EU:n kouluhedelmäohjelmasta järjestettyyn julkiseen kuulemiseen lähetetyistä kirjallisista kannanotoista, jotka ovat esillä komission maatalousosaston kouluhedelmäohjelman internet-sivustolla (European Commission 2008d.) Perusteluni kannanotoista koostuvalle tutkimusaineistolle on se, että kannanotot ovat yksi keino vaikuttaa EU:n politiikan muotoutumiseen ja niissä ilmenee hyvin keskeinen argumentaatio sekä retoriikka. Useimmat kannanotot perustuivat komission ohjausryhmän laatimiin kysymyksiin ja toimenpidevaihtoehtoihin. Lisäksi suurin osa vastaajista oli liittänyt mukaan komission ohjausryhmän laatiman täytetyn yksisivuisen ”mielipidematriisin”. Osa vastaajista on täydentänyt pelkän matriisin. Kannanotot ovat pituudeltaan noin 0.5–15 sivua. Osan kannanotoista on organisoinut jokin isompi organisaatio, valtio tai lobbausryhmä ja saman dokumentin ovat allekirjoittaneet



saatekirjeellä varustettuna eri toimijat. Etenkin järjestöpuolella monet paikallisjärjestöt ovat lähettäneet kannanottonsa, jossa allekirjoittavat katto-organisaation laatiman kannanoton.

Koska koko aineisto oli laaja, 96 erillistä dokumenttia, täytyi minun rajata sitä jollain tavoin. Aluksi ryhmittelin kaikki EU:n kouluhedelmäohjelman vaikutusarvioon kannanoton lähettäneet organisaatiot toimialoittain sen mukaan mitä julkisia tietoja niistä oli saatavilla niiden omilla kotisivuilla internetissä. Tuomen ja Sarajärven (2009, 93) mukaan ennen varsinaisten teemojen etsimistä aineisto voidaan ryhmitellä esimerkiksi tiedonantajien sukupuolen tai iän mukaan. Straussin ja Corbinin (1990, 59) mukaan laadullisen tutkimuksen ydinajatuksena on, että aineiston keräys ja aineiston analyysi muodostuu tiukasti yhteen punoutuneeksi prosessiksi. Laadullisessa aineistossa analyysia tehdään tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa (Strauss & Corbin 1990, 59) Straussin ja Corbinin (1990, 57, 62) mukaan aineiston laadullinen käsittely tapahtuu siten, että aineiston sisältämä informaatio pilkotaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudeksi kokonaisuudeksi loogisen päättelyn ja tulkinnan avulla. Seuraavaksi niputin täsmälleen saman kannanoton allekirjoittaneet yhteen. Tämän jälkeen erillisiä kannanottoja oli enää 59. Taulukossa 1. esittelen erillisen kannanoton lähettäneet toimijat luokittelemisani toimialaryhmissä.

TAULUKKO 1. EU:n kouluhedelmäohjelmaan erillisen kannanoton lähettäneet toimialaryhmittäin

TOIMIALA	KANNANOTTOJA / kpl
EU-jäsenmaiden kouluhedelmähankkeet	6
Maatalousviranomaiset	11
Terveysviranomaiset	4
Kansanterveysjärjestöt	4
Tutkimuslaitokset ja-verkostot	7
Säätiöt	2
Hedelmien ja kasvien viljelijät	8
Elintarviketeollisuus	6
Alueet ja kaupungit	4
Myynti-, tukku- ja jakeluyritykset	3
Muut	4
YHTEENSÄ	59 erillistä kannanottoa

Jatkoin aineiston rajaamista siten, että poimin koko aineistosta kaikki terveysalan toimijat. EU:n kouluhedelmäohjelmasta kannanoton lähettäneet terveysalan toimijat sisälsivät kroonisten tautien potilasjärjestöjä, joita olivat ennen kaikkea sydän-, syöpä- ja diabetesjärjestöt. Nämä terveysjärjestöt, joiksi niitä tutkimuksessani nimitän, muodostavat suurimman ryhmän kannanotoista lähettäneistä terveystoimijoista. Tutkimuslaitokset ja -verkostot, joita edusti kaksi yliopistolaitosta, kaksi kansallista tutkimusinstituuttia ja kolme tutkimusverkostoa, muodostivat kannanotoillaan toiseksi suurimman ryhmän. EU:n jäsenmaiden terveysviranomaisilta oli neljä kannanottoa ja säätiöiltä kaksi kannanottoa. Seuraavasta taulukosta on nähtävissä ne terveysalan toimijat, jotka ovat lähettäneet kannanoton EU:n kouluhedelmäohjelmaan.

TAULUKKO 2. EU:n kouluhedelmäohjelmaan kannanoton lähettäneet terveysalan toimijat

JÄRJESTÖT	<p><i>European Heart Network (EU), National Heart Forum (UK), Estonian Heart Association (ES), Finnish Heart Association (FI), National Heart Alliance (IR), Slovak Heart to Heart League (SV)</i></p> <p><i>European Cancer Leagues (EU), Cancer Society of Finland (FI), Danish Cancer Society (DN) Belgian Federation against Cancer (BE), Flemish League against Cancer (BE), Slovenian Cancer League (SL)</i></p> <p><i>International Diabetes Federation European Region (EU), Finnish Diabetes Association (FI), Tampere Diabetes Branch (FI)</i></p>
TUTKIMUSLAITOKSET JA –VERKOSTOT	<p><i>Cancer Research (UK), Bangor University (UK) , MRC Collaborative Centre for Human Nutrition Research (UK), The National Institute of Public Health and Environment ( NL), European Society of Cardiology (EU), Irish Nutrition and Dietetic Institute ( IR), International Obesity Task Force ( EU)</i></p>
SÄÄTIÖT	<p><i>Irish Heart Foundation (IR), Ulster Cancer Foundation (IR)</i></p>
VIRANOMAISSET	<p><i>Department of Health and Children (IR), Latvian Ministry of Health (LV), Health Promotion, Health Service Executive (IR), Department of Public Health, South Yorkshire (UK)</i></p>

Koska näkökulmani on järjestötoimijoissa, valitsin tutkimusaineistoksi vain terveysjärjestöjen kannanotot. Terveysjärjestöjen kannanotot olivat miltei identtisiä, siksi valitsin analyysiin mukaan lopulta vain kolme eurooppalaista terveysjärjestöjen kattojärjestöä, jotka muodostivat terveysjärjestöjen kannanottojen keskustekstin. Straussin ja Corbinin (1990, 190) laadullisen tutkimuksen aineiston kylläntyminen perustuu teoreettisten käsitteiden saturaatioon, ei edustavuuteen, kuten määrällisessä

tutkimuksessa. Taulukossa 3. esittelen tutkimusaineiston sekä luettelon kansallisista aluetason järjestöistä, jotka olivat lähettäneet miltei yhdenmukaisen kannanoton kattojärjestön kanssa.

TAULUKKO 3. Tutkimusaineistossa mukana olevat eurooppalaiset kattojärjestöt sekä niiden alajärjestöt

	SYDÄNJÄRJESTÖT	SYÖPÄJÄRJESTÖT	DIABETES-JÄRJESTÖT
EUROOPPALAISET KATTOJÄRJESTÖT	<b>European Heart Network (EU)</b>	<b>European Cancer Leagues (EU)</b>	<b>International Diabetes Federation European Region (EU)</b>
KANSALLISET JÄRJESTÖT	<p>European Society of Cardiology (EU)</p> <p>Estonian Heart Association (ES)</p> <p>Finnish Heart Association(FI)</p> <p>National Heart Alliance(IR)</p> <p>Slovak Heart to Heart League (SV)</p> <p>National Heart Forum (UK)</p>	<p>Cancer Society of Finland (FI)</p> <p>Danish Cancer Society (DN)</p> <p>Belgian Federation against Cancer (BE)</p> <p>Flemish League against Cancer (BE)</p> <p>Slovenian Cancer League(SL)</p>	<p>Finnish Diabetes Association (FI)</p> <p>Tampere Diabetes Branch (FI)</p>

Diabetesjärjestöiltä on kolme kannanottoa, jotka perustuvat samaan tekstiin. Ainoana erona on, että paikallisjärjestöt ovat lisänneet niihin omia kokemuksiaan. Dokumentit ovat niin identtisiä, että käsittelen niitä yhtenä dokumenttina. Otan kattojärjestön, International Diabetes Federation European Region (IDF Europe), kannanoton mukaan lopulliseen analyysiin. Syöpäjärjestöjen kannanottoja on kuusi kappaletta. Kannanotoista viidessä käytetään samaa tekstiä kuin kattojärjestön, Association of European Cancer Leagues (ECL), kannanotossa.

Euroopan syöpäliiton alajärjestöt ovat lisänneet omalta kohdaltaan kansalliset kokemukset kouluhedelmäohjelmista. Koska pyrin tuomaan esille järjestöjen arvoargumentaatiota, ovat kansalliset esimerkit toimenpiteistä tutkimuksen kannalta vähemmän oleellisia. Sydänjärjestöiltä on seitsemän kannanottoa. Kaikki perustuvat samaan tekstiin, jopa samaan kuin syöpäjärjestöjen kannanotot. Joissakin dokumenteissa paikallisjärjestöt ovat lisänneet omia kansallisia esimerkkejään. Dokumentit ovat niin samankaltaisia, että valitsin analyysiin vain kattojärjestön, European Heart Networkin (EHN), kannanoton. National Health Forumin kannanotto on toteutettu yhdessä ympäristöjärjestö Sustainin (Sustain: the alliance for better food and farming) kanssa, joten siinä on mukana vahvasti myös ympäristönäkökulma ja siten poikkeaa muiden terveysjärjestöjen kannanotoista. Terveysosio perustuu kuitenkin samaan tekstiin kuin aineiston muiden terveysjärjestöjen kannanotot.

## 5.1. Sisällönanalyysi

Minulle oli alusta pitäen selvää, että käyttäisin lobbausretoriikan tutkimiseen laadullista tutkimusmetodia, koska olin kiinnostunut tulkitsemaan kielellisiä merkityksiä. Harkitsin aluksi kannanottojen analyysiin pelkästään retoriikka-analyysia, mutta päätin kuitenkin käsitellä aineiston ensin sisällönanalyysilla, jotta saisin aineiston uudelleen järjestettyä. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 106) määrittelevät sisällönanalyysin pyrkimykseksi kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysi on hyvä metodi silloin, kun tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on kieli kommunikaation välineenä ja tarkastelun kohteena kommunikaation sisältö. Tuomen ja Hirsjärven (2009, 108) mukaan

tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota.

Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 3-12) mukaan analyysin tekninen vaihe lähtee liikkeelle aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Aineistolta kysytään tutkimusongelman tai tehtävän mukaisia kysymyksiä. Lisäksi päätetään analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause tai ajatuskokonaisuus. (Vanhanen & Kyngäs 1999, 3–12) Määrittelin aineistoni laadun perusteella analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden. Sen jälkeen erittelin aineiston tutkimuskysymykseeni vastaaviin erillisiin ajatuskokonaisuuksiin. Erittelyn jälkeen kokosin ajatuskokonaisuudet kaksisarakkeiseen taulukkoon, jonka toisella puolella oli alkuperäinen ilmaus ja toisella puolella pelkistämäni ilmaus.

Vanhasen ja Kyngäksen (1999, 3-12) mukaan analyysia jatketaan siten, että pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Analyysia jatketaan yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja muodostamalla yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan puolestaan niiden sisältöä kuvaavat nimet. Analyysin ryhmittelyvaiheessa muodostin aineistosta kuusi alaluokkaa ja kolme yläluokkaa ja pääluokkaa. (Vanhanen & Kyngäs 1999, 3-12)

Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 3-12) mukaan kategorioiden muodostaminen on analyysin kriittinen vaihe, sillä tutkija päättää tulkintansa mukaan, millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat samaan tai eri kategoriaan. Lopulta kaikki yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. Alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävän kategorian avulla vastataan tutkimusongelmiin. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 3-12) Kyngäs ja Vanhanen (1999, 3-12) kutsuvat tätä vaihetta abstrahoinniksi.

Analyysissa pyritään tematisoimaan, käsitteellistämään tai narratiivisesti yleistämään esitetyt kuvaukset. Analyysissa aineisto jaotellaan erillisiin merkityskokonaisuuksiin, joista synteesivaiheessa luodaan kokonaisuus, siis erillään tarkastellut merkityskokonaisuudet tuodaan yhteen. Pelkistäminen ja ryhmittely ovat aineiston kuvausta, jossa merkityskokonaisuuksien jäsentäminen jo alkaa eli on siis valmistelevaa tulkintaa. Ala- ja yläkategorioiden luominen liittyy merkityskokonaisuuksien jäsentymiseen ja tulkintaan. Yhdistävien kategorioiden luominen ja koordinoiva tulkinta ovat puolestaan merkityskokonaisuuksien syntetisointia. Koordinoivassa tulkinnassa yksittäinen teksti tulkitaan suhteessa laajempaan merkityskokonaisuuteen eli oletuksena on, että tekstin ymmärtäminen edellyttää sen tulkintaa laajemmassa tekstikontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 102–103)

Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 3-12) mukaan sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida kirjallisia dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 103) viittaavat Grönforsin (1982), jonka mukaan sisällönanalyysillä saadaan kerätty aineisto kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten.

## 5.2. Tulosten tarkasteluun retorinen näkökulma

Tutustuttuani Palosen ja Summan (1996) toimittamaan teokseen pohdin, kuinka voisin analysoida tutkimusaineistoni retoriikka-analyysillä. Palonen ja Summa (1996, 7) toteavatkin, että retoriikan traditiot ja käyttötavat ovat niin moninaisia, ettei kysymys ole mistään yhdestä oppirakennelmasta tai metodista. Retoriikan näkökulma sosiaalisten ilmiöiden tutkimisessa tarkoittaa sen erittelemistä, miten käsitteiden valinnoilla, väittämien perustelemisen tekniikoilla ja muilla kielellisillä käytännöillä synnytetään ja vakiinnutetaan ihmisten toimintaa ja yhteiskuntaa koskevaa tietoa (Summa 1995, 71.)

Päätin analysoida sisällönanalyysin tuloksien antaman aiheen retorilla näkökulmalla, joka sopii erityisesti politiikatutkimukseen. Kohdensin retoriikka-analyysin siihen, mihin

terveysjärjestöt samaistuvat kannanotoissaan ja mitkä arvot ovat kannanotoissa sellaisia, ettei niitä perustella. Tutkimustehtävässäni on kysymys politiikka-toimenpiteen retoriikasta. Komission maatalousosasto etsii erilaisista politiikka-toimenpiteiden vaihtoehdoista linjaa, jota noudattamalla uusi kouluhedelmäohjelma voitaisiin käynnistää. Muut toimijat antavat julkisen kannanottonsa, jolla pyrkivät vaikuttamaan tulevaan politiikka-toimenpiteeseen.

Retoriikka-analyysissä käytin apunani Kenneth Burken kehittämiä retorisia käsitteitä identifikaatio ja terminaatio. Burken (1969a, 42) mukaan retoriikka liittyy kielen ydintoimintoon välittää symboleita yhteistyön helpottamiseksi ihmisten välillä, jotka luonnostaan reagoivat symboleihin. Burken teoksista välittyy vahvasti oman aikansa yhteiskuntakritiikki. Burke (1969b, 441–443) kutsuu retoriikka-teoriaansa lingvistiseksi skeptismiksi. Skeptismi sana kuvaa hyvin Burken (1969a;1969b) teoksista saamaani vaikutelmaa, sillä Burken teoria ei ole metodinen keino tieteelliseen todisteluun vaan se pyrkii pikemminkin tarjoamaan uudenlaisia näkökulmia ilmiöiden tarkasteluun. Burken retoriikka-teoriassa keskeisintä on kulttuuristen ja piilevien merkitysten paljastaminen.

Burken (1969a 19–29) retoriikkateorian yksi keskeisimpiä käsitteitä on identifikaatio. Identifikaatiolla tarkoitetaan ilmiön tunnistamista tai määrittymistä joksikin toiseksi, henkilön, hänen tavoitteidensa tai toimintansa samastumista toiseen, johonkin ryhmään tai laajempaan kokonaisuuteen. Burken (1969a, 36) mukaan retoriset identifikaatiot ovat tyypillisiä poliittisessa kielenkäytössä. Käyttämällä sellaista kieltä, joka ei ole määrittelyltään terävää ja joka voidaan tulkita monella tavalla, luodaan mahdollisuuksia erilaisille identifikaatioille. Erilaiset identifikaatiot puolestaan mahdollistavat useampien yleisöjen kiinnostuksen herättämisen ja vahvistavat siten sanoman kulkua suuremmille ja kaukaisemmille yleisöille. Identifikaatio on Burken (1969a, 46) mukaan perusehto sille, että suostuttelu mahdollistuu. Puhuja suostuttelee yleisönsä uskomaan sanomaansa rakennettujen identifikaatioiden kautta. Identifikaatiolla pyritään siihen, että puheen laatija luo sellaisen identifikaation, joka luo suhteen yleisöön, niin että yleisö tunnistaa omat intressinsä ja on siksi valmis yhteistyöhön.



Toinen Burken retoriikkateorian keskeisistä käsitteistä on terminaatio. Burken (1969 b, 59) mukaan ihmiset pyrkivät kielen avulla kuvaamaan todellisuutta mahdollisimman tarkasti, jonka vuoksi on kehittynyt sanastoa, joka koostuu pikemminkin valikoimista todellisuutta. Todellisuuden selkeä kielellinen kuvaaminen pelkistää elämän kompleksisuutta periaatteisiin, järjestyksiin, lakeihin, luokitteluihin, yhtäläisyyksiin, abstraktioihin ja yleistyksiin (Burke 1969b, 96.) Ihmisten kielenkäytön perustana vaikuttavat käsitteiden ideaalityypit, joita Burke kutsuu ”jumala-termeiksi”. Vähemmän yleistetyt termit voidaan johtaa takaisin ”jumala-termiin” ja näin osaksi kokonaisuutta. Ne ovat käsitteitä, joihin vetoamisen jälkeen ei kaivata mitään lisäyksiä. (Burke 1969b, 73) Burken (1969b 93–94) mukaan raha-motivaatio korvasi uskonnon länsimaisissa yhteiskunnissa siksi, että kapitalistisesta motiivista tuli normi, jolloin ihmisten käsitys ”omasta vapaasta tahdosta” muuttui. Ihminen koki olevansa vapaa suostuessaan tottelemaan taloudellisia välttämättömyyksiä, kuten työn korvausta rahana ja hyödykkeiden rahallista arvoa. Kun uskonto oli ennen yhdistävä tekijä, ja jumala se johon kaikki perustelut lopulta voittoa johtaa, niin rahan symbolinen arvo tarjosi samanlaisen yhdistävän, mutta samalla erilaisuutta sallivan ja siten konflikteja ehkäisevän järjestelmän. Burken (1969b, 111) mukaan rahaan viittaaminen on ennen kaikkea julkinen motiivi, jolla pyritään sovitteluun yhteiskunnan eri toimijoiden intressejä.

Burke (1969b, 91-92) yhdistää sekularisaatiokehityksen materialismin yleistymiseen, jonka myötä ihmisten toiminnan motiivit kapenivat pitkälti taloudellisiin motiiveihin. Rahasymbolismin yleistyessä taloudellisen kehityksen kanssa alkoivat kansakunnat kehittää tuotanto- ja jakeluprosesseja raha-motivaation avulla. Rahan merkitys muuttui taloudellisen vaihdon agentista taloudellisen toiminnan itsetarkoitukseksi. Burken (1969b, 116) mukaan raha-motiivia suojellaan usein kansallisen edun nimissä kun teknologia puolestaan suojataan tieteen immuniteetilla. Burken (1969b, 394) mukaan raha-motiiviin keskittyvässä yhteiskunnassa raha on keskeinen motivaation lähde, josta miltei kaikki politiikat johdetaan.

## 6. Tulokset

### 6.1. Kannanottojen kaksoisagenda ja samankaltaisuus

Aineistosta erottui kaksi kontekstia, joilla terveysjärjestöt pyrkivät vaikuttamaan; spesifi terveysvaikutusten arviointi EU:n kouluhedelmäohjelmassa sekä yleinen kansanterveysagendan konteksti. Ensimmäinen konteksti on EU:n kouluhedelmäohjelman terveysvaikutusten arviointi. Spesifin kontekstin argumentaatio tulee esille ilman sisällönanalyysia. Argumentit ovat epidemiologiseen evidenssiin nojautuvia sekä riskien todennäköisyyslaskelmia ja kustannus-hyöty-laskelmia. Toinen konteksti on yleinen kansanterveysagenda, joka tulee esille vasta sisällönanalyysin kautta. Sisällönanalyysi nosti kannanotoista esille ilmeisten argumenttien takana olevan retorisen rakenteen. Kannanotot muodostuvat kolmesta teemasta, joilla pyritään vahvistamaan kansanterveysjärjestöjen asemaa sekä yleistä kansanterveysagendaa EU:ssa.

Kannanotot ovat lähes identtisiä siten, että niissä käytetään samaa tekstimateriaalia ja rakennetta. Terveysjärjestöjen Kannanotot eroavat siinä, että ne painottavat edustamaansa sairautta esitellen kyseisen sairauden tai oireyhtymän laajuutta ja haittaa yhteiskunnalle epidemiologisten ja kustannus-hyöty-laskelmien perusteella. Erot teksteissä ovat sen laatuista, etteivät ne vaikuttaneet sisällönanalyysiin, koska ne käsittelivät kansallisia kokemuksia ja esimerkkejä kouluhedelmäohjelmista.

## 6.2. Terveysjärjestöjen kannanottojen teemat

### 6.2.1. Terveys

Terveysjärjestöjen kannanotoissa terveystieteellinen-epidemiologinen. Kannanotoissa kukin terveysjärjestö esitti edustamansa sairauden epidemiologisen tilanteen sekä toissijaisena viittasi muihin kroonisiin sairauksiin. Kannanotoissa esiteltiin epidemiologista evidenssiä siitä, että hedelmien ja kasvien nauttiminen on terveyttä edistävää. Lisäksi esitettiin liian vähäisen kasvien ja hedelmien nauttimisen aiheuttavan sairauksia ja kuolemia. Esimerkissä 1 esitetään, että suositusten mukainen hedelmien- ja kasvien nauttiminen vähentäisi sydän- ja verisuonitaudeista aiheutuvia kuolemia 135 000 vuodessa.

#### ESIMERKKI 1

*“4% of all disease burden in developed countries is caused by low fruit and vegetable consumption. If every person in the EU (25) consumed 600g of fruit and vegetables per day, more than 135 000 deaths/year from CHD and stroke could be prevented.”*

EHN kannanotto s. 1

Lisäksi esiteltiin vaikuttavuudeltaan hyviä terveystieteellisiä metodeja, joissa sosiaalisella ympäristöllä ja varhaisella aloitusajankohdalla kerrottiin olevan vaikuttavuutta lisäävä efekti. Kaikissa kannanotoissa nostettiin esille se, että epäterveellisen ruuan markkinointia lapsille ja nuorille pitäisi rajoittaa erityisesti kouluissa, jotta kouluhedelmäohjelman terveystieteelliset tavoitteet täyttyisivät.

### 6.2.2. Euroopan Unionin markkina-alueen vahvistaminen

Kannanotoissa esiteltiin tilastotietoja siitä, miten hedelmien ja kasvien kulutus on laskusuuntainen EU:ssa. Lisäksi kannanotoissa perustellaan kouluhedelmäohjelman

lisäävän paikallisten ja sesongin mukaisten hedelmien ja kasvien kulutusta, mikä vaikuttaisi positiivisesti hedelmien ja kasvien paikallisiin markkinoihin sekä sitä kautta positiivisesti EU:n sisämarkkinoihin ja kilpailukykyyn. Esimerkissä 2 esitetään, että kouluhedelmäohjelman tuotteiden tulisi olla paikallisia ja sesongin mukaisia sekä olla ravitsemuksellisesti arvokkaita.

## ESIMERKKI 2

*“Products available for the scheme should be seasonal, locally grown and respect ‘nutrient profiles’ i.e low in energy density.”*

ECL kannanotto s.7, EHN kannanotto s.8, IDF Europe kannanotto s.4

### 6.2.3. Euroopan Unionin poliittinen vahvistaminen

Kannanotoissa tuodaan vahvasti esille se, miten kouluhedelmäohjelma tukisi EU:n sopimuksia ja politiikkoja. Erityisesti korostetaan Lissabonin sopimuksessa mainittuja arvoja EU-kansalaisten elämänlaadun ja työkyvyn parantamisesta. Lisäksi mainitaan EU:n perustamissopimuksen artikla 152, jossa mainitaan terveys kaikissa politiikoissa. Muista politiikoista mainitaan ympäristöpolitiikka sekä EU:n agendalla pitkään ollut EU:n politiikkojen tuominen lähemmäksi kansalaisia. Lisäksi kannanotoissa tuodaan esille se, että kouluhedelmäohjelman tulisi olla strategisesti ja taloudellisesti erilaisia jäsenmaiden sosiaali-poliittisia muutoksia kestävä.

Terveysjärjestöt perustelevat kouluhedelmäohjelmaa myös sillä, että useat krooniset sairaudet ovat epätasaisesti jakautuneet väestössä. Kaikissa kannanotoissa nostetaan esille se, että lihavuutta sekä sydän- ja verenkiertoelinsairauksia esiintyy enemmän alhaisen tulotason ryhmissä. Tällä perustellaan sitä, että kouluhedelmäohjelma voisi vaikuttaa sairauksien epätasaiseen jakautumiseen köyhien ja rikkaiden jäsenmaiden välillä sekä eri tulotasoisten ihmisryhmien välillä. Esimerkissä 3 nostetaan esille, että kouluhedelmäohjelma voisi auttaa köyhempiä jäsenmaita lähemmäs muiden jäsenmaiden elintasoja.

### ESIMERKKI 3

*“It would encourage relatively poorer Member States to implement schemes that improve the quality of children’s diets by providing incentives to establish new innovative food chains and source high quality, nutritious and seasonal products.”*

*IDF Europe kannanotto s.2, ECL kannanotto s.4, EHN kannanotto s.5*

## 6.3. Retoriikka-analyysi

### 6.3.1. Terveysjärjestöjen argumenttien retorinen rakenne

Kannanotot ovat rakentuneet siten, että terveyden ja terveyden edistämisen arvo argumentoidaan kilpailukyvyyn ja EU:n poliittisella vahvistamisella. Tämän voi tulkita niin, että terveysjärjestöt ovat kannanotoissaan identifioituneet EU:n valtaa pitävään eliittiin, teollisuuden johtajiin sekä poliittiseen eliittiin, EU:n perusarvojen, syvenevän integraation ja kilpailukyvyyn kasvun avulla. Esimerkissä 4 esitetään, että hedelmien ja kasvien nauttiminen pienentää joidenkin syöpien, sydän- ja verisuonielinten sekä lihavuuden esiintymistä, jotka ovat taloudellinen ja sosiaalinen taakka EU:n jäsenmaille.

### ESIMERKKI 4

*“There is good evidence that increasing fruit and vegetable consumption reduces the rate of some cancers, cardiovascular diseases and has links with reducing rates of obesity. These are major causes of death and disability in the EU accounting for up to 80% of health care costs in Member States and thus incurring a substantial burden to health and social costs in the EU Member States.”*

*ECL kannanotto s.1, EHN kannanotto s.2*

Lisäksi terveysjärjestöt identifioituvat toisiinsa eli kroonisten sairauksien eurooppalaisiin kansanterveysjärjestöihin. Terveysjärjestöt ovat, ainakin kouluhedelmäohjelman kannanotoissa, identifioituneet osaksi myös ympäristöjärjestöjen kanssa. Tämä tulee esille ympäristövaikutusargumentaationa. Kuinka paljon terveysjärjestöjen

identifikaatioissa on kysymys tietoisesta retorisesta valinnasta ja kuinka paljon on kysymys taloudellisen argumentaation vallitsevasta asemasta länsimaaisessa kulttuurissa? Pärjätäkseen EU:n kentällä terveysjärjestöillä ei ole muita vaihtoehtoja vaikuttamiseen, niiden on pelattava samalla retoriikalla kuin vaikutusvaltaisimmat lobbarit eli teollisuus.

### 6.3.2. Terveysargumentti välinearvona

Kannanotoissa terveys näyttäytyy välineenä, jonka avulla voidaan edistää haluttuja asioita, esimerkiksi kilpailukyyn kasvua, ja ehkäistä epätoivottuja asioita esimerkiksi kuolemia ja sairauksia. Terveys määrittyy välinearvoksi, jolla voidaan kasvattaa kilpailukykyä ja EU:n poliittista vahvuutta. Terveys on hyve, jota jokaisen tulisi vaalia ja jota hallitsemalla voidaan samalla hallita väestöä siten, että siitä olisi mahdollisimman paljon hyötyä ja vähän vaivaa yhteiskunnan poliittiselle koheesiolle ja taloudelliselle menestykselle. Esimerkissä 5 esitetään, että jäsenmaiden kansalaisten mielikuva EU:sta paranisi, jos EU voisi vaikuttaa suoraan kansalaisten tarpeisiin, etenkin lasten terveyteen ja hyvinvointiin.

#### ESIMERKKI 5

*“Bringing EU closer to its citizens providing tangible benefits that respond to people’s everyday concerns about their children’s health and wellbeing.”*

EHN kannanotto s. 7, IDF Europe kannanotto s.4, ECL kannanotto s. 6

Kannanottojen sisällönanalyysin tulkitseminen retoriikkakäsitteiden kautta osoitti, että terveyttä perusteltiin kilpailukyyn kasvamisen ja poliittisen vallan kasvamisella. Kun on osoitettu että terveys tuo rahaa ja valtaa ei tarvitse perustella muuta. Myös terveyskäsite, joka on kannanotoissa epidemiologis-lääketieteellinen saa kannanotoissa terministisiä piirteitä, käsitteenä, jota ei tarvitse perustella. Molemmat käsitteet, sairaus ja terveys, pelkistyvät toisensa poissulkeviksi käsitteiksi. Tavallaan kannanotoissa luodaan ideaalikuva elämästä ilman sairautta, vaikka ihmisen normaaliin elämään kuuluvat sairaudet ja vammat. Lisäksi kannanotoissa pyritään luomaan ideaalikuva siitä,

että ihmiselämä on hyvä silloin kun on rahaa ja valtaa. Kannanotoista paljastuvat länsimaisen yhteiskunnan arvot. Arvot ilmenevät retoriseen suostutteluun sisäänrakennettuna kaikessa, missä käytetään kieltä kommunikaation välineenä.

## 7. Pohdinta

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, mihin arvoihin terveysjärjestöjen kannanotot EU:n kouluhedelmäohjelmassa perustuivat. Selvitin tutkimuksessa millaista argumentaatiota kannanotoissa käytettiin ja oliko argumentaatiossa eroja järjestöjen välillä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että terveysjärjestöjen kannanotot olivat miltei identtisiä ja niiden argumentaatio perustui EU:n kilpailukyvyyn kasvattamiseen, EU:n poliittisen yhtenäisyyden kasvattamiseen sekä epidemiologis-lääketieteelliseen terveystieteeseen. Tulokset osoittivat myös, että kannanotot pyrkivät samanaikaisesti sekä vaikuttamaan yleiseen kansanterveysagendaan EU:ssa että spesifiin terveysvaikutusten arviointiin EU:n kouluhedelmäohjelmasta. Retoriikka-analyysi paljasti kannanottojen retorisen rakenteen, jossa terveys paljastui välinearvoksi korkeampien arvojen, EU:n kilpailukyvyyn ja EU:n poliittisen vahvistumisen, saavuttamiselle.

Tulokset herättävät kysymyksen siitä, mitä kannanotoissa lopulta pyritään lobbaamaan? Sairautta vai terveyttä? Tuomainen ym. (1999, 44) viittaavat Foucault'hon (1975) siinä, ettei lääketieteelläkään ole täyttä autonomiaa määrittellä poikkeavuutta; määrittelyn tulee miellyttää valtiovaltaa. Ulkopuoliset voivatkin tavallaan käyttää hyväkseen lääketieteilijöitä. Keskiluokkaiset arvot rajaavat länsimaissa lääketieteellisen leimasimen käyttöä (Tuomainen ym. 1999, 44.) Koska tutkimusjoukkona ovat kolmen suurimman kroonisen taudin potilasjärjestöt, joiden tärkeänä tehtävänä on kerätä tutkimusrahoitusta näiden sairauksien liittyvään tutkimukseen, on kannanottojen rakenne ja argumentaatio ymmärrettävää tätä taustaa vasten.

WHO:n yleinen laaja terveystiete ja EU:n healthy public policy-hallintotapa ovat esimerkkejä siitä, miten EU pyrkii vahvistamaan instituutioiden asemaa ja siten olemassaoloaan ja valtaansa. Tuomaisen ym. (1999, 25) mukaan medikalisaation

etenemiselle voidaan etsiä selitystä lääketieteestä, sen kyvystä selittää ja ratkaista yhteiskunnassa pinnalle nousevia ongelmia. Näin lääketiede instituutiona ja oppirakenteena nähdään kasvuhakuiseksi, jopa imperialistiseksi. Kuitenkin kaikille instituutioille lienee ominaista tendenssi laajeta ja kohentaa valta-asemaansa; tässä mielessä lääketiede ei liene kovinkaan poikkeuksellinen. (Tuomainen ym. 1999, 25) Ihmisruumiin optimaalisen koon lääketieteellinen määrittely tukee erityisesti EU-instituutioita.

Tuomainen, Myllykangas ja Elo (1993, 22–28) esittävät, että medikalisaatio pitää yllä yhteiskunnan järjestymistä. Yhteiskunnan järjestymistä edistävät tarpeet ovat ensinnäkin poikkeavuuden rajoittamisen tarve, jolla yhteiskunnat kontrolloivat jäseniään ja asettavat näiden käyttäytymiselle tarkoituksenmukaisiksi nähtyjä rajoja. Lääketieteen arvovallalla harjoitettu mukautus on tukenut yhteiskunnan normatiivista säätelyä. (Tuomainen ym. 1993, 22–28) Esimerkiksi painoindeksin käyttäminen ihmisten riskiryhmiin luokittelamisen apuna on tällainen poikkeavuuden kontrolloimisen tapa. Toinen tarve on Tuomaisen ym. (1993, 22–28) mukaan markkinatalouden pönkittämisen tarve, jossa medikalisaatio toimii markkinatalouden vahvistajana. Mainonnan avulla terveystalouden tuottajat pyrkivät ylläpitämään myyntiä siitä, että terveys on ostettavissa, valittavissa ja hallittavissa. Kolmas tarve on valtarakenteiden ylläpitämisen tarve, sillä pysyvien valtarakenteiden säilyminen on yhteiskunnan ennustettavuuden ja jatkuvuuden kannalta tärkeää. (Tuomainen ym. 1993, 22–28) EU-instituutioille, ja niiden toiminnasta taloudellisesti hyötyville tahoille medikalisaatiosta on hyötyä, siten että olemassa olevat valtarakenteet vahvistuvat.

## 7.1. Terveysjärjestöjen argumentaatio EU:n kouluhedelmäohjelmassa

Terveysjärjestöt pyrkivät kannanottojen identtisyydellä vahvistamaan kansanterveysrintaman sanomaa. Van Schendelenin (2005, 157) mukaan toisto on tärkeä retorinen keino poliittiseen päätöksentekoon vaikuttamisessa. Lähes kaikki EU:n kouluhedelmäohjelmaan kantaa ottaneet terveysjärjestöt käyttivät miltei identtistä



kannanottoa. Vakuuttavuuteen pyrittiin toiston määrällä. Olisi mielenkiintoista tutkia onko tämä tyypillinen toimintatapa EU:n vaikuttamaan pyrkiville terveysjärjestöille. Tässä tutkimuksessa voidaan vetää johtopäätöksiä ainoastaan EU:n kouluhedelmäohjelman puitteissa, mutta lienee todennäköistä että toimintatapa on tyypillinen. Ehkä terveysjärjestöt tiesivät kouluhedelmäohjelman menevän läpi ja siksi käyttivät tilannetta hyväksi lobatakseen yleistä kansanterveysagendaa, perusteluaan omalle olemassaololleen.

Van Schendelen (2005, 113–114) esittää, että hienostuneimmassa poliittisessa manipulaatiossa intressiryhmä rakentaa asiasisältöä ennakoivasti siten, että omat tavoitteet peitetään kiistämättömien tosiasioiden ja yleisten kulttuuristen arvojen alle. Uhat ja mahdollisuudet rakennetaan uudelleen, jotta maksimoitaisiin mahdollisuudet saavuttaa toivottu tulos. Avaintekijänä on keksiä korkeampi arvo, jota voidaan käyttää oman asian edistämiseen. Tutkimuksen tuloksien perusteella terveysjärjestöjen toiminta vaikuttaa hyvin ammattimaiselta lobbaamiselta.

Kannanotoissa rakennetaan lihavuudesta uhka. Lisäksi kannanotoissa rakennetaan kuva siitä, miten yksilöt voivat itse omilla valinnoillaan vaikuttaa terveyteensä. Kannanotoissa ihanteeksi nostetaan itsestään huolehtiva yksilö, joka ei ole taakaksi yhteiskunnalle. Samalla kannanotoissa otetaan kantaa siihen, millaisia sairauksia tulisi hoitaa ja miten. Tuomainen ym.(1999, 47) muistuttavatkin, että terveyden ja sairauden määrittelyllä on poliittinen luonne: poikkeavuuden määrittäminen sairaudeksi tekee siitä poliittisesti vaaratonta. Kapinallisista voidaan hyvinkin tehdä sairaita. Tulosten perusteella lihavat ihmiset, jotka eivät välitä kiloistaan, voitaisiin todeta kapinallisiksi. He eivät tunnusta vallitsevaa kauneushannetta eivätkä myöskään suostu pitämään itseään huippukunnossa yhteiskunnan yhteisen edun nimissä. Tuomainen ym.(1999, 41) toteavat kärjekkäästi, että terve on se, jonka elämä ja toiminta ovat yhteiskunnan tarkoituksenmukaisuuden mukaisia. Toisaalta on luonnollista, että lääketiede instituutiona käyttää valtaa yli yksilöiden; täysin suvaitsevaista, käyttäytymisen osalta kontrolloimatonta yhteiskuntaa on vaikea kuvitella. Jonkin tahon on tehtävä

yhteiskunnassa epämääräisiäkin päätöksiä, ja niillä joskus nujerretaan sen jäsenten oma tahto.(Tuomainen ym. 1999, 41)

Kemmin ja Parryn (2004, 8) mukaan kansanterveystoimijat ovat tottuneet enemmän advocacy-toimintaan, jossa valitaan terveydelle parhaaksi katsottu vaihtoehto ja poistetaan kaikki heikot kohdat omasta argumentaatiosta ja korostetaan vastapuolen argumentaation heikkoja kohtia. Tämä sopii tutkimuksen tulosten kanssa hyvin yksin. Terveysjärjestöt korostavat kannanotoissaan taloudellista argumentaatiota joka saa terveysarvosta vahvan moraalisen tuen. Mielestäni oli yllättävää, kuinka terveysjärjestöjen argumentaatio vaikutti niin paljon liiketoimintayrityksen argumentaatiolta. Siksi voidaankin myös pohtia sitä, mikä on lopulta se ryhmä, jonka etuja kannanotoissa ajetaan? Onko se tiettyä tautia sairastavien ryhmä vai tämän sairauden ympärillä olevasta tutkimus- ja lääkekehittämistoiminnasta taloudellisesti hyötyvät tahot.

Abel-Smithin ym.(1999, 81) mukaan lääketeollisuus ja lääketieteellisen teknologian teollisuus ovat todennäköisesti terveydenhuollon järjestämisen tärkeimpiä vaikuttajia. Monissa jäsenmaissa puuttuu selkeästi määritelty tutkimustoiminnan strategia. Hallitusten suppea tuki tutkimukselle on johtanut siihen, että teollisuus ohjaa tutkimustoimintaa. Tämän seurauksena tutkimuskapasiteetti ohjataan ennemmin kohteisiin, joilla on myyntipotentiaalia, kuin kohteisiin, joilla voitaisiin tehokkaasti parantaa väestöjen terveyttä. (Abel-Smith ym. 1999, 81) Myös ammattilobarit, joiden liiketoiminta perustuu EU:n olemassaoloon ja sen valtuuksiin jäsenmaihiin nähden, hyötyvät suuresti siitä, että terveysasiat siirtyisivät niihin politiikan lohkoihin, joissa EU:lla on eniten valtaa.

## 7.2. Vertailua muiden terveystoimijoiden kannanottoihin

Ensimmäisen nopean lukukerran jälkeen sain ennakko-oletuksen, että terveysjärjestöjen argumentointi on jähmeää ja nojaa vanhoihin kaavoihin. Se ei ehdota uutta vaan pitäytyy vanhassa. Sen sijaan tutkimusinstituuttien ja viranomaisten kannanotot olivat

sisällöllisesti rikkaampia. Niissä näytti olevan enemmän konkreettisia toimintaehdotuksia. Tutkimusinstituuttien kannanotoissa oltiin huomattavasti kriittisempiä kouluhedelmäohjelman terveyttä edistävään vaikutukseen. Kaikki tutkimusinstituutit korostivat sitä, ettei kouluhedelmäohjelman terveyttä edistävästä vaikutuksesta ole vielä tarpeeksi tieteellistä näyttöä, jotta näin laaja ja kallis ohjelma kannattaisi aloittaa ilman lisäselvityksiä. Tutkimusinstituuttien kannanotoissa kyseenalaistettiin EU:n kouluhedelmäohjelman lähtökohta pelkästään jakaa ilmaiseksi kasviksia ja hedelmiä. Tärkeämmäksi nähtiin kulutustottumusten muuttaminen niin, että lapset, nuoret ja aikuiset haluaisivat kuluttaa näitä tuotteita. Tutkimusinstituuttien kannanotoissa korostettiin, että kouluhedelmäohjelman kustannus-hyöty-laskelmia tulisi verrata muihin ravitsemusinterventiomalleihin, jotta paras mahdollinen EU-laajuinen ravitsemusinterventio-ohjelma löydettäisiin.

Viranomaisten kannanotoissa oli eritelty tarkasti esteet, joita kouluhedelmäohjelman toteuttamisessa voisi tulla vastaan. Esimerkiksi esteistä mainittiin muun muassa hallinnolliset kulut ja jäsenmaiden hallitusten sekä koulujen henkilökunnan tuen puute. Lisäksi jäsenmaiden koulujärjestelmissä sellaisten puitteiden puute, johon uusi ohjelma olisi helppo sovittaa mukaan, vaikeuttaisi myös huomattavasti kouluhedelmäohjelman soveltamista. Ne viranomaistahot, joiden alueilla jo oli käynnissä hedelmien ja kasvien jakelua, olivat huolissaan hyväksi havaitun järjestelmän lopettamisesta ja toisaalta mahdollisen EU-ohjelman pitkän tähtäimen kestävydestä sekä hallinnon että organisoinnin kannalta. Tämä voi johtua siitä, että viranomaiset ovat kouluhedelmäohjelman konkreettisen tason toteuttajia, joten heillä on konkreettisimpia ehdotuksia ohjelman käytännön soveltamisesta paikallisesti.

Ovatko kannanotot siksi niin samankaltaisia koska ne ovat saaneet apua kannanoton laatimiseen ulkopuoliselta taholta? Ovatko terveysjärjestöt liiketoimijoiden talutusnuorassa? Euroopan Diabetesliitto (IDF Europe 2009) ilmoittaa internet-sivustollaan selkeästi kaupalliset kytkökset, sen sijaan Euroopan syöpäjärjestön ja Euroopan sydänjärjestön sivustoilla tietoja ei ilmoiteta. Saattaa tietenkin olla, ettei kytköksiä ole. Euroopan sydänjärjestön (EHN 2009) vuoden 2008 tilinpäätös on

luettavissa järjestön internet-sivustolla, eikä siinä ilmoiteta kaupallisten toimijoiden kontribuutiota. Tutkimuslaitosten kannanotot olivat kriittisempiä sekä EU:n kouluhedelmäohjelmaa kohtaan että lihavuuden määritelmän suhteen. Ei voida silti olettaa, että tutkimuslaitokset olisivat sen puolueettomampia tai objektiivisempia kuin muutkaan tahot. Tuomi ja Sarajärvi (2009) viittaavat Stolte-Heiskaseen (1987), jonka mukaan yhdistettäessä tiede, taloudellinen kasvu ja kansallinen intressi tieteestä tuli vallankäytön väline, joka ei etsi suuria totuuksia vaan käytännöllisiä tuloksia. Samalla alettiin kiinnittää huomiota siihen, että tiede yhteiskunnallisena hyödykkeenä voi olla myös haitallinen. Myös Burke (1969a, 26) korostaa, että usein tiede identifioidaan yhteiskunnan valtaeliitin intressien kanssa, joiden päämäärät ovat usein varsin epätieteellisiä.

### 7.3. Terveysargumentin rooli kannanotoissa

Tutkimuksen tuloksissa on yllättävää, että terveysjärjestöjen kannanotoissa terveyttä perustellaan taloudellisilla arvoilla. Toisin kuin voisi olettaa, terveysjärjestöt eivät rakenna terveydestä korkeampaa arvoa, johon pyrittäisiin yhteiskunnan vaurauden ja poliittisen vahvuuden avulla. Argumentaatio onkin juuri päinvastainen. Onko tämä retorinen keino, vai onko terveysjärjestöjen agenda todella se, että terveys valjastetaan taloudellisen kilpailukyvyn avuksi? Tulokset herättävät kysymyksen siitä, mitkä ovat niitä terveystoimijoita, joiden intresseissä on siirtää terveystieteellisiä kysymyksiä taloudelliseksi kysymyksiksi. Jos EU saisi yhä lisää valtaa ja vaikutusmahdollisuuksia terveystieteellisissä, sen poliittinen valta kasvaisi jäsenmaihin nähden.

Tutkimusaineistona ovat kannanotot terveysvaikutusten arviointiin EU:n kouluhedelmäohjelmassa. Vaikka terveysvaikutusten arvioinnin hyvään toimintamenetelmään kuuluu näyttöön perustuvan tiedon eettinen käyttö, ovat kannanottojen terveystieteelliset ja argumentit hyvin lääketieteellisiä-epidemiologisia, mitä kritisoidaan terveysvaikutusten arvioinnin kirjallisuudessa.(WHO 1999)Tämä voi osaltaan johtua siitä, että tutkimusaineistonani ovat kroonisten sairauksien järjestöt, eivät esimerkiksi psyykkisten sairauksien järjestöt. Tulokset ovat samansuuntaisia

Perttilän (1999, 106; Perttilä & Lehto 1996) tuloksien kanssa, joka on tutkinut terveysnäkökohtia perusteluina kunnallisessa päätöksenteossa.

Perttilän (1999, 106) tutkimuksen mukaan terveys ei ole samalla tavalla vahva perustelu kuin esimerkiksi kunnan taloudellinen hyöty, elinkeinoelämän kehittäminen tai myönteisten kuntakuvien luominen. Terveysteen vedottaessa päätösten vaikutukset joudutaan osoittamaan mitattavissa olevilla osoittimilla ja laajaan terveystähtäykseen pohjautuvan terveystähtäyksen arvo supistuu tautien ja tapaturmien ehkäisemisestä koituvien hyötyjen mittaamiseksi tai ympäristön terveellisyyteen vaikuttaviksi osoitettavissa oleviksi näkökohdiksi. Terveystähtäyksen arvoa verrataan viimekädessä muiden näkökohtien arvoon kustannushyötyanalyysillä, säästyneinä terveydenhuollon menoina tai yksilöiden kustannuksina. Tällöin esimerkiksi vaikeasti mitattavat mielenterveydelliset, henkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen turvallisuuden ja viihtyvyyden kysymykset rajautuvat käsittelyn ulkopuolelle. (Perttilä 1999, 106; Perttilä & Lehto 1996)

Argumentointi terveyden puolesta on ongelmattomaa talouden ja toimivien markkinoiden sekä EU:n vahvistamisen kannalta. Kannanoton eheys kuitenkin kärsii, kun samaan aikaan terveyden edistämistä perustellaan talousarvoilla, mutta toisaalta pyritään puuttumaan vapaan markkinatalouden perusarvoihin eli mainonnan rajoittamiseen. Näinhän oli myös tupakan ja alkoholin kanssa, voiko samalla tavalla käydä myös epäterveellisen ruuan mainonnan suhteen?

#### 7.4. Tutkimusprosessin arviointia sekä näkökulmia jatkotutkimukseen

Rajatessani tutkimustehtävän koskemaan vain terveystähtäyksiä ja käydessäni kaikki kannanotot läpi huomasin, että terveystähtäyksiltä oli lopulta vain yksi keskeinen keskusteksti, jota muut olivat vain hieman muuttaneet. Tutkimuksessani ei käynyt ilmi minkä tahon laatima tämä keskusteksti oli. Olisi mielenkiintoista saada se selville. Tutkimuksen yleistettävyyden kannalta olisi parempi jos tutkimusaineistona olisi terveystähtäyksen kannanottoja erilaisiin EU-aloitteisiin, esimerkiksi vuoden ajalta. EU:n

ja järjestöjen internetsivustoille ei ole tallennettu vanhoja kannanottoja. Kannanottoja olisi mahdollisesti saanut pyytämällä niitä suoraan järjestöiltä. Kannanottojen ryhmittely osoittautui tutkimuksen kannalta tärkeäksi vaiheeksi. Ryhmiä miettiessä täytyi samalla muotoilla tutkimuskysymystä ja miettiä mitä miltäkin ryhmältä voisi kysyä. Päädyin luokittelemaan kannanotot niiden laatijan toimialan mukaan.

Tutkimuksen taustoitusta olisi voinut rajata tiukemmin koskemaan pelkästään kouluhedelmäohjelmia ja jättää pois yleisempi lihavuusongelman esittely. Myös toinen taustoitusluku olisi voinut olla tiukemmin rajattu koskemaan pelkästään terveysjärjestöjen vaikutusmahdollisuuksia EU:ssa. Tarkempi rajaus olisi sitonut tutkimusraportin eri osat paremmin yhteen. Tutkimuskysymyksiini vastaavat kategoriat nousivat selkeästi esille aineistosta, enkä kokenut kategorioiden erittelyä ongelmalliseksi. Lisäksi aineistoni on hyvin homogeeninen, mikä vaikuttaa siihen, että tulkinta on yksiselitteisempää. Sisällönanalyysin valmis malli, jota voi soveltaa tekstin erittelyyn, on mielestäni myös sen heikkous. Se ei tarjoa välineitä syvälliseen analyysiin eikä anna tutkijan luovuudelle tilaa tulkinta-analyysissa. Toisaalta sisällönanalyysi tarjoaa kuitenkin mahdollisuuden analyysin yksityiskohtaiseen esittämiseen ja siten myös tutkimuksen toistamiseen. Saadakseni vahvemman näkökulman analysoin tuloksia retoristen käsitteiden avulla. Burken näkemys oli minulle ajatuksia herättävä ja siksi päätin käyttää juuri sitä.

Mielenkiinnon jatkotutkimukselle herätti kannanotoissa ja julkisissa asiakirjoissa tiheästi esiintyvä lihavuusdiskurssi, joka vaikutti kätkevän alleen poliittisia kiistakysymyksiä terveydenhuollon järjestämisestä EU:ssa sekä EU:n jäsenmaiden valtioiden suvereniteetista terveydenhuollon järjestämisen kysymyksissä. Onko lihavuusepidemia samanlainen ”hyvä vihollinen” kuin Bruunin ja Christien (1986) teoriassa huumeet yhteiskunnassa? Christien ja Bruunin teorian mukaan huumeongelmalla peitetään yhteiskunnan vakavampia ongelmia puuttuen pelkästään niiden oireisiin samalla nostaten ne mittasuhteiltaan liian suuriksi. Christien ja Bruunin (1986) mukaan yksi vaarallisimmista huumeiden käyttötavoista onkin niiden poliittinen käyttö.

Lihavuusepidemia-diskurssia voidaan tarkastella saman näkökulman avulla. Kuinka tietoisesti ”lihavuusepidemia” on rakennettu poliittiseksi ilmiöksi, jonka piiloagendana yhteiskunnan eliitti neuvottelee esimerkiksi terveydenhuollon järjestämisen kysymyksistä? Tutkimuksen alussa käsitykseni lihavuusongelmasta oli mustavalkoisempi kuin nyt tutkimusta ja tuloksia arvioidessani. Straussin ja Corbinin (1990, 62) mukaan laadullisen tutkimusprosessin aikana sekä omia että muiden oletuksia tutkimuskohteesta kyseenalaistetaan ja tutkitaan, jolloin voidaan löytää uusia näkökulmia.

Tutkimusta aloittaessani EU:n kouluhedelmäohjelma vaikutti hyvältä hankkeelta, mutta johtopäätöksiä tehdessä sen merkitys näytti muuttuvan enemmänkin poliittiseksi kuin kansanterveydelliseksi. EU:n kouluhedelmäohjelman tarkoituksena näyttää olevan kiillottaa EU:n imagoa jakamalla ilmaiseksi hedelmiä lapsille, suojellen heitä ”hyvältä viholliselta” eli lihavuusepidemialta. Lihavuusongelmasta on tehty runsaasti lääketieteellistä, kulttuurista ja gender-tutkimusta. Poliittinen lihavuustutkimus täydentäisi lihavuustutkimuksen kenttää. Lihavuus on yhteiskunnan poikkileikkaava teema, jonka tutkimiseen tulisi asettaa uusia kriittisiä yhteiskunnallisia näkökulmia.

## LÄHTEET

Abel-Smith B., Figueras J., Holland W., McKee M. & Mossialos E. 1999. Choices in Health Policy. An Agenda for the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

A CAP on health? 2007. The Impact of the EU Common Agricultural Policy on Public Health. A Report by the Faculty of Public Health. UK. Tulostettu 4.2.2009.

[http://www.epha.org/IMG/pdf/CAP\\_2007.pdf](http://www.epha.org/IMG/pdf/CAP_2007.pdf)

Bergström, J. H. & Byström, J. 2003. Att lyckas med lobbning. Tukholma: Bilda förlag.

Borrás, S. & Jacobsson, K. 2004. The Open Method of Co-ordination and New Patterns of Governance in the EU. Journal of European Public Policy. 11(2), 185- 208.

Brumberg J. 2000. Fasting girls. The History of Anorexia Nervosa. New York: Vintage Books.

Bruun K. & Christie N. 1986. Hyvä vihollinen: Huumausainepolitiikka Pohjolassa. Espoo: Weilin & Göös.

Burke K. 1969a. A Rhetoric of Motives. University of California Press.

Burke K. 1969b. A Grammar of Motives. University of California Press.

Chari, R. & Kritzinger, S. 2006. Understanding EU Policy Making. Lontoo: Pluto Press.

Czervinski-Must M. & Müller M-J. 2004. Teoksessa W. Kiess, C. Marcus ja M. Wabitsch (toim.) Obesity in Childhood and Adolescence: Pediatric and Adolescence Medicine, Vol. 9, Basel: Karger Publisher. 104-108.



De Sa, J. & Lock, K.2008. Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetables programmes. European Journal of Public Health 18 (6), 558-568.

Duncan, B.2002.Health policy in the European Union: how it's made and how to influence it. British Medical Journal 324: 1027-1030.

EHN 2009. Accounts for the year ended 31 December 2008. Viitattu 25.6.2009.  
<http://www.ehnheart.org/files/EHNAudAccts08-152815A.pdf>

Elinder L. S., Joossens L., Raw M., Andreasson S. & Lang T. 2003. Public Health Aspects of the EU Common Agricultural Policy. Stockholm: Swedish National Institute for Public Health. Viitattu 15.5.2009  
[http://www.fhi.se/PageFiles/4464/eu\\_inlaga.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/4464/eu_inlaga.pdf)

Elo J., Myllykangas M., Rynänen O-P. & Tuomainen R.2001. Rohdossa löytyy. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 38 (2), 195–204.

European Agenda Booklet. 2006. Health; Associations and NGO's, Companies and Institutions. Issue 6. Viitattu 3.9.2008.  
<http://www.europeanagenda.eu/booklet/>

European Commission.2008a. Press releases RAPID. Komissio: poliittinen yksimielisyys 90 miljoonaa euroa vuodessa maksavasta kouluhedelmäjärjestelmästä. Viitattu 25.5.2009.  
<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/08/1739&format=HTML&aged=0&language=FI&guiLanguage=en>

European Commission.2008b.Towards a possible European school fruit scheme. Revised consultation document for impact assessment. Tulostettu 15.1.2009.  
[http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/public/consultation\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/public/consultation_en.pdf)

European Commission.2008c.School Fruit Scheme: Which role for the European Union?  
Viitattu 20.1.2009.

[http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/back/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/back/index_en.htm)

European Commission 2008d. Towards a European School Fruit Scheme: Consultation  
for impact assessment. Tulostettu 15.2.2009.

[http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/public/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/public/index_en.htm)

European Commission. 2009. The EU School Fruit Scheme.Viitattu 28.1.2009.

[http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/index_en.htm)

Freedman D.S., Kettel Khan L., Dietz W.H., Srinivasan S.R. & Berenson G.S.2001.  
Relationship of Childhood Obesity to Coronary Heart Disease Risk Factors in Adulthood:  
The Bogalusa Heart Study. Pediatrics 108 (3), 712-718.

Fry J. & Finley W.2005. The prevalence and costs of obesity in the EU. Proceedings of  
the Nutrition Society 64, 359-362.

Goergen, P.2006. Lobbying in Brussels. A Practical Guide to the European Union for  
Cities, Regions, Networks and Enterprises. D&P Service.

Greer, S.2006 Uninvited Europeanisation: Neofunctionalims and the EU in Health  
Policy. Journal of European Public Policy 13(1), 134–152

Harjunen H., & Kyrölä K. 2007. Johdanto. Lihavuustutkimusta toisin. Teoksessa  
K.Kyrölä ja H.Harjunen (toim.) Koolla on väliä! Lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli.  
Keuruu:Like. 9-46.

IDF Europe 2009. IDF Corporate partners. Viitattu 18.6.2009.

<http://www.idf.org/idf-corporate-partners>

James W.P.T., Jackson-Leach R., Ni Mhurchu C., Kalamara E., Shayeghi M., Rigby N.J., Nishida C. & Rodgers A. 2004. Teoksessa C. Murray, M. Ezzatti, A. Lopez, A. Rodgers & S. Vander Hoorn (toim.) Comparative quantification of health risks: global and regional disease burden to selected risk factors. Vol 1, Geneve, World Health Organization 2004.497-596. Viitattu 7.6.2009

<http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0497-0596.pdf>

Kemm J. & Parry J.2004. What is HIA? Introduction and overview. Teoksessa J. Kemm, J.Parry & S. Palmer (toim.) Health impact assesment. Oxford university press.1-14.

Kiess W., Marcus C. & Wabitsch M. Preface.2004. Teoksessa W. Kiess, C. Marcus ja M. Wabitsch (toim.) Obesity in Childhood and Adolescence: Pediatric and Adolescence Medicine, Vol. 9, Basel: Karger Publisher.vii-x.

Knai C., Pomerleau J., Lock K. & McKee M.2006. Getting children to eat more fruits and vegetables: a systematic review. Preventive Medicine 42, 85-95.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L., 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 3-12.

Lissau I., Burniat W., Poskitt E.M.E. & Cole T. 2002. Prevention. Teoksessa W.Burniat, T.Cole, I.Lissau ja E.Poskitt (toim.) Child and Adolescent Obesity: causes and consequences, prevention and management. Cambridge University Press. 243-265.

Lobstein T. & Baur L. 2005. Policies to prevent childhood obesity in the European Union. European Journal of Public Health 15(6), 576-579.

Lobstein T., Baur L. & Uauy R. 2004. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obesity Reviews 5 (suppl. 1) 4-85

Macintyre, S. & Petticrew M. 2000. Good intentions and received wisdom are not enough. *Journal of Epidemiology Community Health*. 54:802-803.

Mazey, S. & Richardson, J. 2006. Interest groups and EU policy-making: Organisational logic and venue shopping. Teoksessa J. Richardson (toim.) *European Union; Power and Policy Making*. Oxford: Routledge.

Mickalide A. D. 1990. Sociocultural Factors Influencing Weight Among Males. Teoksessa: A.E. Andersen 1990 (toim.) *Males with eating disorders*. Psychology Press.

Viitattu 1.6.2009:

<http://books.google.fi/books?id=dQ7PX4LE-ZsC>

Palonen K. & Summa H. 1996. Johdanto: Retorinen käänne? Teoksessa K. Palonen ja H. Summa (toim.) *Pelkkää retoriikkaa*. Tampere: Vastapaino, 7-19.

Perttilä, K. 1999. Terveysten edistäminen kunnan tehtävänä. *Stakes: Tutkimuksia* 103. Jyväskylä: Gummerus.

Perttilä, K. ja Lehto J. 1997. Terveys argumenttina kunnallisessa päätöksenteossa, Argumentaatiotutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 35:229-224.

Pettinger C., Holdsworth M. & Gerber M. 2008. 'All under one roof?' differences in food availability and shopping patterns in Southern France and Central England. *European Journal of Public Health*. Vol. 18 (2), 109–114.

Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttäret. Etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Helsinki: Hakapaino Oy.

Rolland-Cachera M-F. & Bellisle F. 2002. Nutrition. Teoksessa W. Burniat, T. Cole, I. Lissau ja E. Poskitt (toim.) *Child and Adolescent Obesity: causes and consequences, prevention and management*. Cambridge University Press. 79-84.

Saari, J. & Kari, M. 2006. Sosiaali- ja terveystalitiikka; Nopeasti muuttunut politiikkalohko. Teoksessa T. Raunio & J. Saari (toim.) Eurooppalaistuminen; Suomen sopeutuminen Euroopan integraatioon. Helsinki: Gaudeamus.

Summa, H. 1995. Retoriikka ja argumentaatioanalyysi yhteiskuntatutkimuksessa. Teoksessa J. Leskinen (toim.) Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Kuluttajatutkimuskeskus, Helsinki.

Summa, H. 1996. Kolme näkökulmaa uuteen retoriikkaan: Burke, Perelman, Toulmin ja retoriikan kunnianpalautus. Teoksessa K. Palonen ja H. Summa (toim.) Pelkkää retoriikkaa. Tampere: Vastapaino, 51–83.

Tuomainen R., Myllykangas M., Elo J. & Ryytänen O-P. 1999. Medikalisaatio - aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.

Tuomainen R., Myllykangas M. & Elo J. 1993. Medikalisaatio: terveyden mielikuvien kohti menestystä. Sosiaalinen aikakauskirja (5), 22-28.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Whitaker R.C., Wright J.A., Pepe M.S., Seidel K. D. & Dietz W.H. 1997. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. The New England Journal of Medicine 337 (13), 869-873.

Whitehead M. & Nordgren P. (toim.) 1997. Health Impact Assessment of the EU Common Agricultural Policy. A NIPH Policy report. Sweden: Swedish National Institute of Public Health.

WHO 1999. European Centre for Health Policy. Health impact assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper, December 1999. Copenhagen: Regional Office for Europe.

WHO 2007. The Challenge of Obesity in the WHO European Region; strategies for response. WHO regional office for Europe.

Valtioneuvosto 2009. EU:n toimivalta. Viitattu 30.6.2009.

<http://www.valtioneuvosto.fi/eu/tietoa/toimivalta/fi.jsp>

Van Schendelen, R. 2005. Machiavelli in Brussels. The Art of Lobbying the EU. Amsterdam: Amsterdam University Press

Veerman J., Barendregt J. & Mackenbach J.P. 2006. The European Common Agricultural Policy on fruits and vegetables: exploring potential health gain from reform. European Journal of Public Health 16 (1), 31-35.

Viinamäki, O-P. 2007. Eurooppa-hallinto ja Suomi. Tampere: Tammerpaino Oy.