

## Itsehoidon yhteiskunnalliset funktiot

ELIANNE RISKA

*Itsehoitoa tarkastellaan sosiaalisena ilmiönä, jonka merkitsevimpinä sosiaalisina funktioina kehittyneessä teollisuusyhteiskunnassa voidaan pitää seuraavia: 1) olla ratkaisuvälineenä hyvinvointivaltion taloudellisessa kriisissä, 2) toimia sosiaalisen kontrollin apuvälineenä, sekä 3) toimia terveydenhuoltojärjestelmän demokratisoitumisen ilmaisumuotona. Lisäksi eritellään itsehoidon mahdollisia kehityssuuntia Suomessa.*

Viimeisten kymmenen vuoden aikana mielenkiinto itsehoitoon vaihtoehtoisena hoitomuotona on kasvanut useimmissa kehittyneissä teollisuusmaissa. Kun monet kehitysmaat vielä pyrkivät ratkaisemaan terveydenhuollon peruskysymykset, ts. luomaan kansanterveystyön suuntaviivat ja perushoitajärjestelmän, ovat monet kehittyneet maat alkaneet pohtia vaihtoehtoja nykyiselle hoitokäytännölle. Olisi kuitenkin virheellistä pitää itsehoitoa aivan uutena ilmiönä, vaikka se on hiljattain saanutkin huomattavaa kannatusta. Itsehoidolla on pitempi historia kuin nykyisellä biolääketieteellä, eikä sen nykyversiokaan perustu varsinaisesti uuteen lääketieteelliseen tietoon. Sen sijaan voitaneen väittää, että eri ryhmien mielenkiinto itsehoitoon ja sen käyttäminen terveystoimintana on uusi sosiaalinen ilmiö. Kehittyneissä teollisuusmaissa itsehoito näyttääkin sekä ideologian että vaihtoehtoisena hoitomuotona vetävän puoleensa varsin monia ryhmiä.

Tässä katsauksessa väitetään, että itsehoitoliike perustuu kehittyneiden teollisuusyhteiskuntien terveydenhuoltojärjestelmien ja sosiaalisten järjestelmien rakenteellisiin ongelmiin, jotka ovat luoneet tarpeen ohjata terveydenhuoltojärjestelmää uusille urille.

Tätä suunnanmuutosta tarkastellaan tässä kahdella tavalla. Ensiksi esitetään itsehoidon eri kannattajien määritelmiä itsehoidosta. Sen jälkeen tarkastellaan itsehoidon yhteiskunnallisia funktioita hyvinvointiyhteiskunnassa.

### ITSEHOIDON MÄÄRITTELY

Vaikkakin käsitettä 'itsehoito' käytetään sangen yleisesti tarkoittamaan terveydenhoidon vaihtoehtoista lähestymistapaa, ei olla kovinkaan yksimielisiä siitä, minkälaiset toiminnat kuuluvat tähän kategoriaan. Esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstö tarkoittanee itsehoidolla omatoimista osallistumista sairauden hoitoon, kun taas monen maallikon mielestä termi tarkoittaa vaihtoehtoista terveydenhoidon lähestymistapaa. Niinpä näyttää olevan käsitteellisen selvittelyn tarvetta. Muutamat amerikkalaiset tutkijat ovat tätä tehneet (esim. Katz 1979, Kronenfeld 1979, Crawford 1980). Suomalainenkin sanankäyttö on vielä hyvin epämääräistä, sillä sanaa 'itsehoito' on käytetty yleisenä käsitteenä, joka tällä hetkellä tarkoittaa sangen monenlaisia toimintoja. Toisin sanoen tämän sanan käyttäjät edustavat usein eri ideologisia näkökohtia ja viittaavat myös eri

tason ilmiöihin. Niinpä ei ole ihme, että monet itsehoidon puolustajat joutuvat usein tilanteeseen, jossa he huomaavat olevansa eri mieltä jonkun toisen — ulkopuolisesti katsoen — yhtä innokkaan itsehoidon puolustajan kanssa.

Itsehoitokeskustelun ja sitä käsittelevän kirjallisuuden tarkastelu osoittaa, että on hyödyllistä eritellä kaksi asiaa: yhtäältä ajattelun taso ja toisaalta se ammatillinen opastuksen aste, joka ilmenee itsehoitotoiminnoissa.

Jotkut tarkastelevat itsehoitoa *makrotasoiselta* näkökannalta, kun taas toiset tähdentävät sen *mikrotasoisia* piirteitä. Edelliset kiinnittävät huomiota itsehoidon sosiaalisiin, poliittisiin tai taloudellisiin näkökohtiin (esim. Crawford 1980, Ruzek 1978). Sitä vastoin terveydenhuoltohenkilöstö yleensä omaksuu mikrotasoisien tarkastelutavan. Sen jäsenethän ovat ymmärrettävästi kiinnostuneita niistä keinoista, joilla voidaan mm. antaa terveyskasvatusta toivotulla tavalla ja muuttaa terveys- tai sairauskäyttäytymistä.

Potilaan taivuttaminen hänen tarvitsemaansa hoitoon on saattanut joskus osoittautua terveydenhuoltohenkilöstölle pulmalliseksi akuuttitapauksissa. Samankaltaisia ongelmia saattaa nyt ilmaantua ehkäisevän terveydenhuollon alalla, kun on löydettävä terveyskasvatuksen tiedostamiselle sellainen muoto, joka saisi ihmiset muuttamaan käyttäytymisensä ”järkevämmäksi” lääketieteellisesti katsoen. Tämä hallinnollinen pyrkimys potilaskäsittelyssä on johtanut muutamia amerikkalaisia tutkijaita (Brown ja Margó 1978) huomauttamaan, että terveyskasvattajat ovat ’käyttäytymisen muutosten tekniikoita’. Kuitenkaan terveyskasvattajan tehtävä — tämän henkilön ammatillistumisen asteesta huolimatta — ei ole pelkästään tekninen. Eri väestöryhmien sosiaaliset ja kulttuuriset määritelmät terveydestä ja sairaudesta vaihtelevat, ja ne voivat huomattavasti poiketa terveydenhuoltohenkilöstön määritelmistä.

Toinen itsehoito-sanankäytön merkitystä hämärtävä seikka on erimielisyys siitä, miten paljon ammattihenkilön on opastettava potilasta. Amerikkalaisten keskustelu on tästä syystä johtanut kahden käsitteen käyttöön: ”self help” ja ”self care” (ks. esim. Katz 1979, Kronenfeld 1979, Crawford 1980). Ruotsin kielikin erottaa ”själv-hjälp”- ja ”egenvård”-sanat (ks. Brodin 1979). Yhtenä teemana molemmille on pyrkimys vähentää potilaan riippuvuutta lääkäristä. Näin ollen tavoit-

teena on potilaan lääketieteellisen pätevyyden kasvattaminen niin, että hän omaehtoisesti voi tehdä terveyttään, sairauttaan ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Kuitenkin yllämainitut itsehoitoliikkeen haarat eroavat toisistaan siinä, miten ne hyväksyvät sekä lääketieteellisen asiantuntemuksen että yhteiskunnan perusarvot.

*Self help* voidaan määritellä eräänlaiseksi keskinäiseksi avuksi tai sosiaalisesti yhteydeksi, jossa maallikot yrittävät kollektiivisesti määritellä ja ratkaista yhteiseksi koemaansa ongelmaa. *Self-help* -toiminnalle on ominaista, että siinä esiintyy hyvin vähän tai ei yhtään ammattihenkilöstön ohjausta. Niinpä *self-help* -ryhmät eroavat toisistaan siinä, miten ne hyväksyvät lääketieteen mallin sekä yhteiskunnan arvot yleensä. Esimerkiksi amerikkalaiset radikaalifeministit ovat perustaneet gynekologisia itsehoitokeskuksia (”self-help centers”) osoittaakseen, että he hylkäävät sekä miesvaltaisen lääketieteen että miesvaltaisen yhteiskunnan (ks. Ruzek 1978). Toiset ryhmät, kuten psykoterapeuttiset pienryhmät (Schur 1978), Nimettömät Alkoholistit (AA) ja Painonvartijat (Katz 1979) omaksuvat sekä lääketieteen mallin että yhteiskunnan arvot (ts. yhteiskunnan moraalit, työetiikan ja kehon ihannemitat), joihin auttavat jäseniänsä sopeutumaan.

*Self care* on vaihtoehtoinen lähestymistapa antaa yksilölle terveyden ja sairauden hoitoa. Päinvastoin kuin monet *self-help* -ryhmät, *self-care* puolustajat hyväksyvät lääketieteellisen mallin ja pyrkivät yhdistämään yksilön yhä enemmän lääketieteelliseen päätäntäprosessiin ja hoidon antamiseen. Eräs keskeinen tavoite — ainakin amerikkalaisessa *self-care* -liikkeessä — on ollut saada yksilö sosiaalistumaan lääketieteelliseen kulttuuriin joko terveyskasvatuksen tai jonkin erikoiskurssin avulla. Nämä sosiaalistamismekanismit nimittäin lisäävät yksilön mahdollisuutta osallistua omatoimisesti terveytensä ja sairautensa hoitoon.

Tällaisessa toiminnassa yksilö itse on hoidon keskeisin henkilö eikä ryhmä, kuten on *self-help* -toiminnoissa, joissa kollektiivisesti pyritään palauttamaan ongelman ratkaisu yksilön sosiaaliseen ympäristöön. Toisaalta *self-care* -toiminta on usein pelkästään lääkäri-potilassuhteen rooliodotusten ja vastuun uudelleen määrittelemistä. Toisin sanoen potilas itse ottaa enemmän vastuuta omasta terveydestään ja sairaudestaan kuin perinteellisessä lääkäri-potilas-suhteessa.

Onkin kysyttävä olisiko myös syytä suomalaisessa kielenkäytössä erottaa nämä kaksi toimintaa. Nykyinen sana 'itsehoito' lienee liian moniselitteinen termi terveyspoliittisessa keskustelussa.

## ITSEHOIDON YHTEISKUNNALLISET FUNKTIOT

Useimpien teollisuusmaiden kasvavaa mielenkiintoa itsehoitoon viime vuosikymmenellä on tarkasteltava näiden yhteiskuntien sosiaalisen kehityksen perusteella. Itsehoidon ilmaantuminen vaihtoehtoiseksi terveyden ja sairauden hoitomuodoksi ei ole sattumanvarainen ilmiö eikä selitettävissä vain ohimenevänä muotiliikkeenä. Päinvastoin itsehoitoliike eri muotoineen perustuu teollisten yhteiskuntien tämänhetkisiin rakenteisiin. Näin ollen itsehoito on sosiaalinen ilmiö, jolla on monenlaisia yhteiskunnallisia funktioita.

Seuraavassa tarkastellaan muutamia itsehoidon yhteiskunnallisia funktioita: ensinnä itsehoitoa ratkaisuvälineenä hyvinvointivaltion taloudellisessa kriisissä, toiseksi sosiaalisen kontrollin apuvälineenä ja kolmanneksi terveydenhuoltojärjestelmän demokratisoitumisen ilmaisumuotona.

Toisesta maailmansodasta lähtien terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet nopeasti useimmissa teollisuusmaissa. Terveydenhuoltolohko edustaa yhä kasvavaa osaa bruttokansantuotteesta. Esimerkiksi vuonna 1975 terveydenhuollon kokonaismenojen osuus bruttokansantuotteesta oli 9,7% Saksan Liittotasavallassa, 8,7% Ruotsissa, 8,4% Yhdysvalloissa, 7,1% Kanadassa, 6,8% Suomessa ja 5,6% Englannissa (Simanis ja Coleman 1980:4). Suomessa menot ovat kasvaneet muiden maiden tapaan, joskin terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta on vielä alempi kuin muualla. Kun esimerkiksi terveydenhuollon kokonaismenojen osuus oli vuonna 1970 5,5% bruttokansantuotteesta, vuonna 1979 se oli jo noin 7% (Kalimo 1980:43). Vuonna 1979 käytettiin yli 11 miljardia markkaa terveydenhuoltoon — 70% enemmän kuin vuonna 1970. Menojen kasvu on ollut erityisen ilmeistä julkisessa terveydenhuollossa. Julkisten terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta oli vuonna 1970 3,9%, kun se vuonna 1977 oli jo 5,9% (Kalimo 1980:44).

Useimmissa maissa — Suomessakin — terveydenhuoltolohkon kasvun on mahdollistanut paraneva kansantalous. Kuitenkin

inflaatio ja taloudellisen kasvun heikkeneminen 70-luvun loppupuolella ovat pakottaneet monet maat, esimerkiksi Englannin, Ruotsin ja jopa Yhdysvallat, arvioimaan uudelleen hyvinvointivaltio-ohjelmiaan. Terveydenhuoltovarojen suuntaamista uudelleen ehkäisevään lääketieteeseen sekä vaihtoehtoihin ja taloudellisempiin hoitomuotoihin on ehdotettu.

Tämä suuntaus sai heti konservatiivisten kannattajien tuen Englannissa, missä Thatcherin hallitus on yrittänyt supistaa hyvinvointivaltio-ohjelmia terveydenhuoltomenot mukaan lukien.

Yhdysvalloissa itsehoito sai myös konservatiivien tuen, sillä tämä liike vahvisti heidän ideologiansa sanomaa siitä, että yksilöllä on vastuu omasta terveydestään ja sairaudesta eikä valtiolla. Esimerkiksi John Knowles, lääkäri ja entinen Rockefeller Foundationin presidentti (1977:59), on sanonut: "I believe the idea of a 'right' to health should be replaced by the idea of an individual moral obligation to preserve one's own health — a public duty if you will".

Kuten joukko kritikoita (Schur 1976, Crawford 1977, 1980, Berliner ja Salmon 1979, Kronenfeld 1979) on huomauttanut, itsehoidon pyrkimykset Yhdysvalloissa eivät edusta mitään "uutta" lähestymistapaa. Nämä pyrkimyksethän ainoastaan ilmaisevat ja vahvistavat yksilöllisyyden, privatisoinnin ja itseensä luottamisen pitkäaikaista korostusta.

Kuvattu amerikkalainen kehitys herättää tietysti kysymyksen, onko itsehoidon kasvava korostaminen terveyspoliittisena toimenpiteenä Pohjoismaissa myös tulkittava eräänlaiseksi pyrkimykseksi privatisoida terveydenhuoltoa. Tulevaisuudessa itsehoidon piilevä ideologia voinee antaa tälle kysymykselle vastauksen.

Terveyden sosiologian kirjallisuuden eräänä keskeisenä teemana on tämän alan klassikon Talcott Parsonsien (1951) väite: terveydenhuoltojärjestelmän funktio on toimia institutionaalisen ratkaisuna sellaiselle käyttäytymiselle, joka sosiaalisesti on määriteltävä sairaudeksi. Toisin sanoen terveydenhuoltojärjestelmän yhteiskunnallinen funktio on — kuten monet sosiologit myöhemmin ovat huomauttaneet (esim. Freidson 1970, Zola 1972, Ehrenreich ja Ehrenreich 1978) — toimia sosiaalisen kontrollin mekanismina. Voidaanko siis itsehoitoa pitää tämän yhteiskunnallisen funktion nykyversiona?

Tällainen tulkinta korostaa durkheimilaiseen tapaan ihmisen käyttäytymisen riippuvuutta yhteiskunnan sosiaalisesta integraatiomekanismista (Durkheim 1966). Monet kehittyneet teollisuusmaat kuten Suomi ja Ruotsi ovat kokeneet varsin nopean teollistumisen ja kaupungistumisen viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana (Allardt 1975). Vanhan maatalousyhteiskunnan normijärjestelmä ei enää anna selviä käyttäytymisohjeita kasvavalle keskiluokan jäsenistölle. Esimerkiksi uskonnolliset normit puritaanisesta elämäntavasta — kuten tupakan ja alkoholin käyttökielto — eivät enää samassa määrin kuin viisikymmentä vuotta sitten ohjaa ihmisten käyttäytymistä. Sen sijaan terveyskasvatuksen ohjeet — viittaamalla lääketieteeseen — palvelevat samaa funktiota: ne ovat normatiivisena lähteenä ihmisten ”terveelle” käyttäytymiselle. Näin ollen voidaan väittää, että itsehoidon tärkein osa, terveyskasvatus, antaa moraalista ohjausta uudessa ei-uskonnollisessa yhteisössä. Itsehoidon suositus voidaankin selittää tämän funktion perusteella: itsehoito on liike, joka antaa normatiivisia käyttäytymisohjeita ihmisille nopeasti muuttuvassa teollisuusyhteiskunnassa. Tämän tulkinnan on esimerkiksi amerikkalainen historioitsija Morantz (1977) antanut siitä terveysuudistusliikkeestä, joka ilmaantui 1800-luvun puolivälissä Yhdysvalloissa ja jonka olennaisia osia olivat itsehoito ja sen tieteellisyys.

Itsehoidon kolmantena funktiona voidaan pitää terveydenhuollon demokratisoitumista. Amerikkalaisessa kielenkäytössä on käytetty termejä ”demedicalization” ja ”deprofessionalization” kuvaamaan tätä ilmiötä.

Toisin sanoen terveydenhuollon jatkuva lääketieteellistyminen ja ammatillinen eriyttäminen ovat päättymässä. Tätä muutosprosessia on kuvailtu rakenteellisenä välttämättömyytenä. Esimerkiksi Haug (1975, ks. myös Maxmen 1973) on väittänyt, että sosiaaliset tekijät — teknologiset sekä ideologiset — tulevat heikentämään professioiden, erityisesti lääkärikunnan, valta-asemaa. Haug olettaa, että on kolme tekijää, jotka ratkaisevasti vaikuttavat tähän muutosprosessiin. Ensinnäkin asiantuntijoiden tietomonopoli on murtumassa, sillä kansan koulutustaso on noussut ja tietokoneellisuus on muuttamassa tietojen käsittelyä ja leviämistä. Uudet ammatinharjoittajat (esim. terveydenhoitaja) tekevät paljon siitä työstä, joka ennen kuului yhden ainoan profession tehtäväalueelle. Toiseksi Haug väittää, että

ihmiset eivät enää usko samassa määrin kuin ennen lääkärikunnan humanitaariseen toimintaan. Lisäksi Haugin mielestä lääketieteellistä tietoa ei enää mystifioida. Tämä seikka on johtanut lääkärikunnan laskevaan arvovaltaan ja profession valta-aseman heikentymiseen. Näiden kolmen tekijän perusteella Haug otaksuu, että lääkärikunnan ammatillinen asema tulee jatkuvasti heikentymään (eli ”deprofessionalisaatioprosessi” muuttaa sen aseman) ja kuluttajat saavat tulevaisuudessa enemmän valtaa terveydenhuollossa.

Joukko populistisia kritikoita (Illich 1976, Carlson 1975) huomautti 1970-luvun puolivälissä, että lääketiede ja sen teknologia tuottivat ”enemmän haittaa kuin paransivat ihmisten terveyttä. Yhdysvalloissa nämä teokset saivat yllättävän suotuisen vastaanoton. Siellä ne leimasivat terveyspoliittista keskustelua koko 1970-luvun loppupuolen ajan, kun taas Suomessa teoksien termeihin ja sanomiin ei paljon puututtu. Yhdysvalloissa voimakas kuluttajaliike on arvostellut lääkärin käyttäytymistä ja tieteellis-teknisen terveydenhuoltojärjestelmän suuntausta. Tämä kuluttajaliike, jota eräät sosiologit (Haug ja Sussman 1969) ovat kutsuneet kuluttajien kapinaksi, on vaatinut potilaalle enemmän itsemääräämisoikeutta hoidostaan. Itsehoidon periaatteet ovat olleet tämän liikkeen keskeisinä vaatimuksina.

On tärkeätä puuttua tämän terveydenhuoltoalan kuluttajaliikkeen kahteen erikoispiirteeseen. Se on ensinnäkin ollut hyvin selvästi keskiluokkainen liike. Toisaalta se on tähdentänyt markkinajärjestelmän vapautta enemmän kuin vaatinut sen supistamista (tilanne, jota ostokykyisen keskiluokan eittämättä on varaa käyttää hyväkseen). Julkisen lohkon rahoittama perushoitajajärjestelmä, joka kattaisi kaikkien väestöryhmien tarpeet, ei ole saanut tämän liikkeen kannatusta. Sen sijaan itsehoitoa yksittäisine ratkaisuineen on pidetty toimintana, joka demokratisoi terveydenhuoltojärjestelmää. Lyhyesti sanottuna Yhdysvalloissa kuluttajien lääkäreihin ja teknokraattiseen terveydenhuoltojärjestelmään kohdistama arvostelu ja haaste ovat olleet itsehoidon tavoittelulle ominaista. Kuitenkin tätä suuntausta voidaan paremmin ymmärtää tarkastelemalla amerikkalaisen terveydenhuoltojärjestelmän historiaa ja sen nykyistä markkina-orientoitunutta luonnetta (ks. esim. Rothstein 1972, Risse ym. 1977, Stevens 1976).

Pyrkimykset tuoda esille itsehoidon periaatteet ovat saaneet toisenlaisen luonteen ja suunnan Ruotsissa ja Suomessa. Näissä maissa lääkärikunta paljon enemmän kuin Yhdysvalloissa on ottanut aloitteen uusille urille suunniteltaessa. Esimerkiksi Ruotsin lääkäriyhdistyksen lehti "Läkartidningen" on suhtautunut myönteisesti itsehoitoon (Brodin 1979:153): se on kannattanut ammattilaisten ohjaamaa itsehoitoa. Näissä maissahan on yleinen sairausvakuutusjärjestelmä. Voidaanko väittää, että itsehoidon kannatuksen perustana on "lääkärien kapina" verrattuna Yhdysvaltojen "kuluttajien kapinaan"? Nämä yhteiskunnat ovat kokeneet lääkärin kasvavan "proletarisoitumisen", ts. lääkärin aseman muutoksen itsenäisestä ammatinharjoittajasta julkisen terveydenhuoltojärjestelmän palkatuksi työntekijäksi (Oppenheimer 1973). Esimerkiksi amerikkalainen sosiologi Eliot Freidson (1973) on analysoinut lääkäri-potilassuhteen muutosta eräässä amerikkalaisessa terveyskeskuksessa. Hän väittää, että tämä organisaatiomuoto luo uudenlaisen vaativan potilaan. Näin ollen professioiden erikoispiirteet — riippumattomuus ja autonomia — ovat kadonneet (Freidson 1970, 1977). Itsehoidon painottaminen terveyspolitiikassa voi toisaalta olla eräs ratkaisu, jonka avulla terveyskeskusten lääkärin työtaakkaa voidaan vähentää. Potilaan omatoiminen osallistuminen terveyden ja sairauden hoitoon voi vapauttaa lääkärin useasta rutiinitehtävästä ja kroonikkojen monista hoitovaiheista.

Perinteellinen potilaan rooli on ollut passiivinen. Joukko amerikkalaisia tutkimuksia on osoittanut, että terveydenhuoltohenkilöstön kannalta "hyvä" potilas on alistunut ja avulias (esim. Lorber 1975). Kun sairaanhoito on ammatillistunut ja tullut yhä teknisemmäksi, potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus on muuttunut yhä persoonattommammaksi. Niinpä potilas voikin joutua sellaiseen tilanteeseen, jossa hän toimii lääketieteellisen teknologian sovellutuksen välineenä (esimerkiksi dialyysihoidossa). Tällöin terveydenhuoltohenkilöstön rooli on olla välittäjänä potilaan ja sovelletun lääketieteellisen teknologian välillä.

Nykylääketieteen etiikka kuitenkin vielä seuraa "esiteollisen" lääketieteen eettisiä periaatteita: lääketieteen harjoittaja on laillisesti vastuullinen sairaanhoidosta, vaikka puutteellinen teknologia olisikin ollut hoitovahingon tai hoitovirheen syy.

"Teollinen" lääketiede on siis muuttanut

sekä potilaan roolia että lääkärin ja sairaanhoitajan vastuun luonnetta hoidossa. Sairaanhoidon sosiaalisen organisaation muutoksen takia ei ehkä ole yllättävää, että potilas-lääkärisuhteen rooliodotukset aletaan määritellä toisella tavalla. Itsehoitoa voidaan pitää eräänä vastauksena tähän rooliodotusten muutokseen. Lääkärin perinteinen vastuu siirretään yhä enemmän potilaalle, jonka toivotaan itse osallistuvan aktiivisemmin hoitoonsa ja ottavan enemmän vastuuta hoitonsa seurannasta.

Monessa maassa on jo alettu suositella tai vaatia potilaan osallistumista kliiniseen päätöksentekoon. Esimerkiksi Yhdysvalloissa vaatimus potilaan vapaaehtoiseen suostumukseen (eli "informed consent") ennen leikkausta on johtanut laajempaan vaatimukseen: kuluttajan roolin lisääntymiseen kliinisessä päätöksenteossa. Vaikkakin tällainen menetelmä näyttää ulkoisesti sairaanhoidon demokratisoitumiselta, sen perusteena on paljolti amerikkalaisen lääkärinkunnan toivomus näin välttää hoitovirheidenkäyntejä (ns. malpractice suits). Ruotsissakin potilaan nykyistä suurempaa osallistumista on julkisesti (v. 1980) terveydenhuoltohenkilöstölle suositeltu, ja Suomessa lääkintöhallitus (1981) on tätä myös pohtinut.

Olellainen kysymys kuitenkin on, minkä luonteiseksi tämän omatoimisen osallistumisen pitäisi kehittyä, jotta se olisi tehokasta. Koulutettaisiinko esimerkiksi uutta ammattihenkilöstöä — erikoistunut perushoitolääkäri eli perhelääkäri tai terveyskasvattaja — tätä tavoitetta varten? Tällaiset ehkäisevään lääketieteeseen erikoistuneet ammattihenkilöt ohjaisivat ihmisten sairaus- ja terveyskäyttäytymistä niin, että näillä olisi lääketieteellistä pätevyyttä toimia myös "omaehtoisesti". Pitäisikö toisaalta yhä enemmän erottaa erikoisryhmiin kohdistuvaa terveydenhoitoa (äitiysneuvolat, lastenneuvolat, vanhusten terveydenhoito sekä työterveys) laajemmasta avosairaanhoitojärjestelmästä ja näiden piirissä kehittää itsehoidon periaatteita vai tuleeeko itsehoidosta spontaani kulluttajaliike, jonka perustana on sellainen ideologia, joka automaattisesti johtaa ihmisten terveys- ja sairauskäyttäytymisen muutokseen, niin kuin asia on ollut Yhdysvalloissa? Sosiologian näkökulmasta kysymys itsehoidon kehityksessä on siis seuraavasta: 1) tuleeeko siitä asiantuntijoiden ohjaama terveysuudistusliike, 2) tuleeeko terveydenhuolto yhä enemmän lohkoutumaan ja yh-

distyykö itsehoito näihin osiin vai 3) syntyykö kollektiivinen joukkoliike itsehoidon puolesta? Nämä kolme kehitysmallia vaikuttavat kaikki eri tavalla itsehoidon sisältöön ja toimintamuotoihin.

Itsehoidon nykyinen sisältö ja toimintamuoto osoittavat kuitenkin, että sen omaksuvat useimmiten ylimmät yhteiskuntaluokat. Niiden mielenkiinto itsehoitoon on ymmärrettävää. Ensinnäkin tämän ryhmän jäsenillä on varaa noudattaa itsehoidon edellyttämiä toimenpiteitä ja heidän elämäntapansa sallii henkilökohtaisia elämäntavan muutoksia. Toisaalta tälle ryhmälle on ominaista jo ennestään, että se näkee saavutuksensa suoranaisesti omien pyrkimyksiensä tuloksena. Näin ollen itsehoitoajattelun henki on sopusoinnussa ylemmän keskiluokan ajattelu- ja elämäntavan kanssa. Sosiologian klassikon Max Weberin (1973) mukaisesti voidaankin sanoa, että itsehoidon aatteet ovat yhdenmukaisia porvariston etujen ja elämäntavan kanssa.

On siis syytä korostaa itsehoidon sisällön ja toimintojen tärkeyttä. Niinpä itsehoito olisi toimintaa, jonka kaikki väestöryhmät omaksuisivat. Ehkä yksilöorientoitunut itsehoito ei vetoa yhtä tehokkaasti kaikkiin yhteiskuntaluokkiin kuin ryhmäorientoitunut itsehoitotoiminta. Olisi ehkä myös syytä tutkia, toimisivatko erilaiset vapaaehtoiset järjestöt terveydenhoitohenkilöstöä paremmin itsehoitomenetelmien kouluttajakanaan. Hyvinä esimerkkinä tällaisesta toiminnasta voidaan pitää Suomen Marttaliiton roolia rintasyövän itsetarkastustoimenpiteitä koskevien tietojen levittäjänä.

## YHTEENVETO

Tässä katsauksessa on esitetty itsehoidon kolme yhteiskunnallista funktiota nykyisissä teollisuusmaissa. Ensinnäkin itsehoitoa voidaan pitää hyvinvointivaltion taloudellisen kriisin eräänä ratkaisuvälineenä, jolloin itsehoito voidaan tulkita terveydenhuollon voimavarojen nykyistä tehokkaammaksi käytöksi ja samanaikaisesti pehmeämmäksi tavaksi antaa hoitoa. Tämä terveydenhuollon uusi suuntaus voidaan myös tulkita terveydenhuollon privatisoinniksi. Jos tällainen konservatiivinen suuntaus on itsehoitokeskustelun perustana, voidaan siitä saada yleisnäkemys analysoimalla tulevaisuudessa itsehoidon ideologiaa.

Toiseksi voidaan väittää, että itsehoito, etenkin terveyskasvatuksen kautta, toimii

sosiaalisen kontrollin apuvälineenä, Terveyskasvatusta voidaan pitää eräänä keinona antaa yksilölle normatiivisia käyttäytymisohjeita ei-uskonnollisessa ja muuttuvassa yhteiskunnassa.

Kolmanneksi korostettiin, että itsehoitoa on tarkasteltava terveydenhuoltojärjestelmän yleisen demokratisoitumisen ilmaismuotona. Esitettiin kolme tulkintaa tämän demokratisoitumisen syistä. Ensimmäinen tulkinta tähdentää teknologian kehityksen vaikutusta yhteiskunnan ja sairaanhoidon rakenteelliseen muutokseen. Tällainen selitys ennustaa sairaanhoidon ammatillistumisen ja lääketieteellistymisen päättymistä. Tällä tavalla potilaat automaattisesti tulevat valvomaan enemmän hoitoaan.

Toinen selitys tarkastelee terveydenhuollon muutosta yhteiskunnan painostusryhmäpolitiikan tuloksena, tässä tapauksessa terveyskeskusten perustamisen valossa. Tällainen poliittinen toimenpide on johtanut lääkärikunnan proletarisoitumiseen. Itsehoitoa voidaan siis pitää eräänä keinona, jolla lääkärit säännöstelevät työtehtävänsä. Koska lääkärimaksuja on poistettu (nehän ennen toimivat yksilön avosairanhoidon käytön säännöstelymekanismina), voitaneen toisin sanoen väittää, että itsehoito on toimenpide, jolla pyritään saamaan yksilö itse säännöstelemään oma hoitotarpeensa.

Kolmas tulkinta oletti, että lääketieteen tieteellis-tekninen kehitys ei ainoastaan johda sairaanhoidon ammatillistumiseen, vaan myös tarpeeseen muuttaa lääketieteen etiikkaa. Sairaanhoito on jaettu moneen pitkälti eriytyneeseen osaan eikä esiteollisen lääketieteen vastuun rakennetta — perhelääkäri mustine laukkuineen roolimallina — enää voida soveltaa. Vastuu on jaettava potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä: potilaan itsemääräämisoikeus kliinisessä päättäntäprosessissa ja vastuu omasta hoidostaan ovat osa tätä kehitysprosessia.

Viimeksi käsiteltiin kysymystä, mitä kehitysmallia itsehoito Suomessa tulee seuraamaan. Esitettiin kolmea mallia: 1) itsehoidon ammatillistuminen, ts. itsehoidosta tulee lääkärin ja muun terveydenhuoltohenkilöstön johtama uudistusliike, 2) avosairanhoidon kasvava lohkoutuminen johtaa siihen, että itsehoito yhdistetään näihin erikoisryhmiin kohdistuvaan terveydenhuoltoon ja 3) yhteiskunnassa syntyy spontaani joukkoliike, joka vaatii itsehoitoa sairaanhoitoon.

## SUMMARY

*Riska, E: The social functions of self care. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti - Journal of Social Medicine 1981:18:148-154.*

The article analyzes the concept and social functions of self care. The author reviews the concepts of self help and self care and the differences between these two types of activities. It is argued that the self-care movement is based on the structural problems of the health-care system and social system in advanced industrial societies. In this respect self care is viewed as a social pheno-

menon that serves several functions: 1) it acts as a mechanism for solving the economic crisis of the welfare state, 2) it works as an instrument of social control, 3) it acts as an expression of the democratization of the health-care system. Finally the author describes the three major directions in which self care can develop in the Finnish health-care system: 1) emergence of a professional reform movement for self care, 2) a gradual incorporation of self care in an increasingly segmented primary-care system, 3) rise of a mass-based self-care movement.

## KIRJALLISUUS

- Allardt E.* Att ha, att älska, att vara: om välfärd i Norden. Argos, Kalmar 1975.
- Berliner H & Salmon W.* The holistic health movement and scientific medicine: the naked and the dead. *Socialistic Review* 1979;9:31-52.
- Brodin G.* 'Egenvårdsdebatten' i Sverige — förnyelse eller social nedrustning? Sociologiska institutionen, Uppsala Universitet, Uppsala 1979.
- Brown E & Margo G.* Health education: can the reformers be reformed? *Int J Health Serv* 1978;8:3-26.
- Carlson R.* The end of medicine. John Wiley & Sons, New York 1975.
- Crawford R.* You are dangerous to your health: the ideology of politics of victim blaming. *Int J Health Serv* 1977;7:663-679.
- Crawford R.* Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 1980;10:365-388.
- Durkheim E.* The division of labor in society. Free Press, New York 1966.
- Ehrenreich J & Ehrenreich B.* Medicine and social control. Kirjassa: Ehrenreich J, toim. The cultural crisis of modern medicine. Monthly Review Press, New York 1978.
- Freidson E.* The profession of medicine. Dodd, Mead & Company, New York 1970.
- Freidson E.* Pre-paid group practice and the new 'demanding patient'. *Milbank Mem Fund Q* 1973;51:473-488.
- Freidson E.* The future of professionalization. Kirjassa: Stacey M ym. toim. Health and the division of labor. Crom Helm, London 1977.
- Haug M.* The deprofessionalization of everyone? *Sociol Focus* 1975;8:197-213.
- Haug M & Sussman M.* Professional autonomy and the revolt of the client. *Social Prob* 1969;17:153-161.
- Illich I.* Medical nemesis. Pantheon, New York 1976.
- Kalimo E.* 1970-luvun terveystoiminta. Sosiaalinen Aikakauskirja 1980;6:43-49.

- Katz A.* Self-help groups: some clarifications. *Soc Sci Med* 1979;13A:491-494.
- Knowles J.* The responsibility of the individual. Kirjassa: Knowles J, toim. Doing better and feeling worse: health in the United States. W.W. Norton & Company, New York 1977.
- Kronenfeld J.* Self care as a panacea for the ills of the health care system: an assessment. *Soc Sci Med* 1979;13A:263-267.
- Lorber J.* Good patients and problem patients: conformity and deviance in general hospital. *J Health Soc Behav* 1975;16:213-225.
- Lääkintöhallitus.* Lääkintöhallitus tiedottaa 1981:1:9.
- Maxmen J.* Goodby, Dr. Welby. *Social Policy* 1973:97-106.
- Morantz R.* Nineteenth century health reform and women: a program of self-help. Kirjassa: Risse G, Numbers R & Leavitt J, toim. Medicine without doctors: home health care in American history. Science History Publications/Neale Watson Academic Publ, New York 1977.
- Oppenheimer M.* The proletarianization of the professional. *Sociol Rev Monogr* 1973;20:213-227.
- Parsons T.* The social system. Free Press: New York 1951.
- Risse G, Numbers R & Leavitt J, toim.* Medicine without doctors: home health care in American history. Science History Publications/Neale Watson Academic Publications, New York 1977.
- Rothstein W.* American physicians in the nineteenth century: from sects to science. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1972.
- Ruzek S.* The women's health movement: feminist alternatives to medical control. Praeger Publishers, New York 1978.
- Schur E.* The awareness trap: self absorption instead of social change. Quadrangle, New York 1976.
- Simanis J & Coleman J.* Health care expenditures in nine industrialized countries, 1960-1976. *Social Sec* 1980;43:3-8.
- Stevens R.* American medicine and the public interest. Yale University Press, New Haven 1976.
- Weber M.* From Max Weber: Essays in sociology. Gerth H. & Mills CW, toim. Oxford University Press, New York 1973.
- Zola I.* Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* 1972;20:487-504.

Sosiaaliturvan tutkimuslaitos  
Kansaneläkelaitos  
PL 920, 00101 Helsinki 10