

# SOSIAALI- LÄÄKETIETEELLINEN AIKAHAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

Päätoimittaja  
Päivi Topo

Toimitussihteeri  
Krister Björklund  
toimitussihteeri@socialmedicine.fi  
040-747 8953

Toimitusneuvosto  
Mats Brommels, Matti Hakama, Elina Hemminki,  
Jussi Huttunen, Lasse Kannas, Jaakko Kaprio,  
Antti Karisto, Liisa Keltikangas-Järvinen,  
Simo Kokko, Eero Lahelma, Sirkka Lauri,  
Risto Lehtonen, Esa Läärä, Jouko Lönnqvist,  
Heikki Murtomaa, Ritva Nupponen, Jussi Vahtera,  
Kari Poikolainen, Pekka Puska, Arja Rimpelä,  
Elianne Riska, Leena Räsänen, Sirkka Sinkkonen,  
Harri Sintonen, Jorma Takala, Lyly Teppo,  
Antti Utela, Tapani Valkonen, Hannu Vuori

Julkaisija  
Sosiaalilääketieteen yhdistys ry  
Socialmedicinska föreningen rf  
Puheenjohtaja  
Ilmo Keskimäki  
Stakes, PL 220, 00531 Helsinki,  
ilmo.keskimaki@stakes.fi

Sihteeri  
Tuulikki Vehko  
PL 598, 00101 Helsinki,  
sihteeri@socialmedicine.fi

Neljä numeroa vuodessa  
Tilaushinnat vuonna 2006: Jäsenet 35 €  
opiskelijat 16 € (Sosiaalilääketieteen  
yhdistyksen jäsenmaksu), muut, yhteisöt ja  
tilaukset ulkomaille 39 €,  
irtonumerot 10 € + postikulut

ISSN 0355-5097  
Vammalan Kirjapaino Oy 2006

P ä ä k i r j o i t u s

3/2006  
43. VUOSIKERTA

## Medikalisaatio muuttuvassa maailmassa

Medikalisaatio-käsite on jo vuosikymmeniä ollut käytössä. Irving Zola (1972) viittasi sillä aikaan siihen miten arkielämän eri ilmiöt lääketieteellistyivät. Niistä alettiin puhua lääketieteen termeillä ja lääketieteen viitekehyksessä ja niihin kohdistui myös lääketieteellisiä toimenpiteitä. Peter Conrad ja Joseph Schneider (1992) osoittivat omissa töissään miten medikalisaatio-prosessi eteni useilla eri tasoilla: vuorovaikutuksellisesti, käsitteellisesti ja organisatorisesti. He myös totesivat että kyseessä ei ole lineaarinen prosessi, vaan samalla kun jokin alue lääketieteellistyi saattoi jostain toisesta ilmiöstä hävitä lääketieteen leima.

Jo varhaisimpien medikalisaatiotutkijoiden töitä leimasi paljolti ajatus siitä, että lääkäriprofession aktiivisella toiminnallaan on medikalisaation liikkeellepaneva voima. Huomiota kiinnitettiin myös muihin yhteiskunnallisiin toimijoihin: mediaan, lääketieteellisuuteen, lainsäädäntöön, kirkkoon, mutta suurin huomio oli lääkäriprofession toiminnan analysoinnissa. Esimerkiksi lapsuuden medikalisoitumista on selitetty lasten kohtuneen terveydentilan vuoksi pediatrien tarpeella ylläpitää lasten lääkäripalveluiden kysyntää (Pawluch 1983). Vaihdevuosien ja niiden jälkeisen ajan lääketieteellistymisen taustalla on nähty gynekologikunnan tarve varmistaa asiakas-

kunnan riittävyys naisten eliniän noustessa ja synnytysten määrän vähetessä (Topo 1997).

Medikalisaation käsitteeseen nojautuvassa tutkimuksessa ollaan oltu kiinnostuneita vallasta ja vallan siirtymisestä lääketieteen asiantuntijoille. Yksi vallan tunnusmerkki on oikeus tehdä erottelua ja määrittää sitä missä kulkee poikkeavuuden raja. Katsomalla medikalisaatiotutkimusta voi havaita vahvistuvan argumentin, jonka mukaan poikkeavuus on yhteiskunnassa yhä yleisempää ja se koskettaa käytännössä kaikkia meitä.

Raskaus ja syntymä, lapsuus ylivilkkauksiin, murrosikä, kuukautiskierto ja sen loppuminen, ikääntyminen, kuoleminen ja kuolema ovat asteittain lääketieteellistyneet. Kognitiivinen toiminta eri variaatioineen on lääketieteellistynyt, samoin ruumiin muokkaaminen kauneusihanteita vastaavaksi on yhä enemmän lääketieteen toiminta-alueita. Toimintakyvyn muutosten arviointi ja kaikki mikä siitä seuraa on lääketieteellistynyt. Lääkäri voi auttaa surussa, alakulossa ja liian innokkaassa ostoksilla käymisessä. Jos ilmiön medikalisoituminen on osoitus siitä, että se on poikkeama ”normaalista”, olemme kaikki jotenkin poikkeavia ja siksi siis yhteiskunnallisesti erityishuomiota tarvitsevia. Näin ollen tässä kaikkialla ilmenevässä poikkeavuuden moninaisuudessa lääketiedettä tarvittaisiin määrittelemään poikkeamamme laatu ja määrä ja auttamaan meitä siirtymään taas kohti normaaliutta.

Onko medikalisaatiolla enää analyttisenä käsitteenä mitään annettavaa jos kaikki on täynnä sitä? Tuoko medikalisaation aste-erojen ja eri muotojen tutkiminen enää uutta ymmärrystä terveyspoliittiseen keskusteluun? Ainakin yksi koko käsitteen luojista Peter Conrad on edelleen vakuuttunut medikalisaatio käsitteen käyttökelpoisuudesta. Hän on viime vuosina julkaissut sekä empiiristä tutkimusta aiheesta että kehitellyt eteenpäin käsitettä vastaamaan muuttuvan maailman tarpeisiin. Vuonna 1992 hän huomautti, että lääkäriprofession asema on Yhdysvalloissa heikentynyt ja että olisi syytä tutkia medikalisaatioprosessien taustalla olevia lääketieteen organisoimisessa tapahtuvia rakenteellisia muutoksia ja nopeasti kasvavaa lääketieteellisen tiedon tuotantoa. Kaksitoista vuotta myöhemmin Conrad yhdessä Leitnerin (2004) kanssa totesikin, että rakenteellinen muutos on ollut merkittävä: lääketieteellisuuden ja kuluttajien suorat yhteydet olivat lisääntyneet ja lääkäreiden rooli medikalisaatiossa oli pikemmin trendiä edistävä kuin sen liikkeelle-

paneva voima. Vakuutusyhtiöillä he näkivät pikemminkin medikalisaatiota hillitsevän roolin, kun ne pyrkivät rajoittamaan vakuutusten piiriin kuuluvia toimenpiteitä Yhdysvalloissa.

Edelleen medikalisaatiota käsittelevissä tutkimuksissa normaaliuden käsite on keskeinen. Mikä on riittävä pituus ja missä siis kulkee kasvuhormonin käytön hyväksyttävä raja? Mikä ero on Alzheimer-potilaan läkehoidolla, jolla pyritään pitämään kognitiivinen suorituskyky aikaisemmalla tasolla, ja saman lääkkeen käyttämisellä shakin pelaajan suorituskyvyn nostamiseen? Taloudelliset intressit ”normaalisuuden” kaupallistamiseen ovat ilmeiset, mutta kuka maksaa lopulta lääketieteellistymisen laskun? Hämärtykö koko terveydenhuollon perustehtävä ja yhteiskunnan terveyspoliittiset tavoitteet medikalisaation myötä?

Anti-ageing agent eli ikääntymisvastainen tekijä (Rudman ym. 1990) on hyvä esimerkki tutkimuksesta, jonka seurausvaikutukset tulevat olemaan massiiviset. Siinä kasvuhormonin avulla saatiin hämmästyttäviä ”nuorennusvaikutuksia” aikaiseksi terveillä 61–81-vuotiaalla miehillä. Kyseessä ei siis ollut lääkkeiden käyttö hoitoon vaan fysiologisen ikääntymisen manipulointiin, muokkaamalla miehistä fyysisesti itseään nuoremman näköisiä. Myös geenitutkimusten sovellukset mahdollisesti tulossa olevien sairauksien riskien määrittelyyn edustavat samankaltaisia ennalta arvaamattomat seuraukset sisältäviä laajoja ilmiötä. Näiden uudentyyppisten koko väestöä koskevien ilmiöiden tulkitsemiseen ei perinteinen medikalisaatiokäsite enää oikein riitä. Poikkeavuuden mahdollisuuden tutkiminen on toki edelleen poikkeavuuden käsitteen venyttämistä uusille alueille, mutta kyse ei ole enää niinkään toimenpiteistä vaan riskien analysoinnista, riskirajojen määrittelystä ja ennaltaehkäisyn loputtomuudesta.

Adele Clarke kolleegoineen (2003) ovat kutsuneet tätä muutosta biomedikalisaatioksi. Tällä he viittaavat ”kasvavan monimutkaisiin, monitahoisiin ja monisuuntaisiin medikalisaatioprosesseihin, jotka ovat laajentuneet ja uudelleenmuodostuneet korkeasti teknologisoituneen biolääketieteen uusien sosiaalisten muotojen kautta”. Heidän mukaansa siirtyminen medikalisaatiosta kohti biomedikalisaatiota on tarkoittanut siirtymää biomedisiinisten ilmiöiden kontrollista itse näiden ilmiöiden muokkaamiseen. Samalla on siirrytty terveyden ja sen ylläpidon lääketieteellistämiseen. Biomedikalisaatiota tuottavina ja tämän prosessin tuotteina he mainitsevat muun

muassa terveyteen keskittymisen, riskien ja niiden seurannan merkityksen kasvun, lääketieteen kiihtyvän teknologisoitumisen ja luonnontieteellistymisen, muutokset lääketieteellisen tiedon tuotannossa ja lääketieteellisen informaation levittämisessä, uusien ominaisuuksien tuomisen ihmisruumiiseen ja siitä seuraavat yksilöiden ja yhteisöjen identiteettien muutokset.

Biomedikalisaation kenties merkittävimpana tekijänä he pitävät biolääketieteen toiminnan poliittis-loudellista muutosta, jota he Yhdysvaltojen kohdalla kutsuvat lyhyesti ”the U.S. Biomedical Technoservice Complex Incorporation” ja ”lääketieteellisteollinen kompleksi”. Tällä he viittaavat muun muassa hyvin laajasti yksityisten toimijoiden merkityksen kasvuun, terveydenhuollon ja lääketieteen tuotteistamiseen ja tuotteistamiseen. Esimerkkeinä he kuvaavat tutkimuskäytäntöjen muuttumista yliopistojen ja kaupallisten yritysten yhteistyöksi ja julkisin varoin aloitettujen tutkimushankkeiden hyödyn päättymistä yksityisille yrityksille. Monikansallisten intressiryhmien kuten teollisuusyritysten merkityksen kasvu on heidän mukaansa myös yksi biomedikalisaation taustavoima. Infomaatioteknologian käyttö on heidän mukaansa ollut kolmas olennainen tekijä: sen avulla on voitu entistä keskitetympään valvoa ja hallinnoida eri toimintoja ja välittää kontrolloimattomasti tietoa yrityksiltä kuten lääketeollisuudelta kuluttajille. Myös Clarke ym. (2003) korostavat biomedikalisaation heterogeensyyttä ja monitahoisuutta eivätkä väheksy tämän prosessin vastavoimien olemassaoloa. (Clarke ym. 2003)

Medikalisaation voimistuvaa trendiä ei kukaan kiistäne. Siksi onkin tärkeää, että myös teoreettinen keskustelu aiheesta pysyy vilkkaana.

2000-luvulla on julkaistu useita satoja tutkimuksia, joiden viittekehystenä on ollut medikalisaatiosta käyty teoreettinen ja empiirinen keskustelu. Terveydenhuollon ja lääketieteen alueella muutosten rytmi on nopeasti kiihtynyt. Tämän myötä myös valtaa ja sen muotoja on yhä vaikeampi tutkia. Biomedikalisaatio voi tarjota yhden keihäksen, jonka avulla myös suomalaisista muutoksista voisi saada analyttisemmän kuvan ja näin helpottaa, Ilkka Niiniluotoa (2002) lainaten, ”järkevää terveystaloutta”.

## KIRJALLISUUS

- Clarke AE, Mamo L, Fishman JF, Shim JK, Fosket JR. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review* 2003;68:161–194.
- Conrad P, Leitner V. Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behaviour* 2004;45:158–176.
- Conrad P, Scheider JW. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Merrill Publishing Company, 1981.
- Niiniluoto I, Ihminen medikaalisaation pihdeissä. *Duodecim* 2003;119:1857–62.
- Pawluch D. Transitions in pediatrics: A segmental analysis. *Social Problems* 1983;30:449–465.
- Rudman D, Feller AG, Nagraj GA, et al. Effects of human growth hormone in men over 60 years old. *N Engl J Med* 1990;323:1–6.
- Topo P. Dissemination of climacteric and postmenopausal hormone therapy in Finland. An example of the social shaping of medical technology. *Research Reports* 78. Stakes, Helsinki 1997.
- Zola, IK. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 1972;20:487–504.

PÄIVI TOPO