

Venäjän terveystaloudellinen muutoksessa

Yksilön asema ja tehtävät terveyden edistämässä vuosien 1988, 1993, 1997, 2000 ja 2003 terveystaloudellisissa asiakirjoissa

Tutkimuksen kohteena olivat kielenkäyttötavat viidessä Venäjän terveystaloudellisissa asiakirjassa. Viranomaisretoriikassa tapahtuneita muutoksia siirtymävaiheessa suunnittelutaloudesta markkinataloudeksi tutkittiin käyttäen metodologisena viitekehysenä semioottista kulttuurin käsitettä ja metodina laadullista sisällönanalyysiä. Tutkimustulokset osoittavat, että 1990-luvulla viranomaispuheeseen ilmaantuivat kärjistyneisiin terveysongelmiin sekä kansainvälisiin kokemuksiin vetoavat argumentit. Siirtyminen markkinatalouteen heijastui terveyden edistämistä koskevassa puheessa talousdiskurssina. Tehokkuutta ja kilpailukykyä korostavat ydinarvot näyttävät 2000-luvulla kuuluvan myös viralliseen terveystaloudelliseen retoriikkaan. Siinä näkemys nyky-yksilöstä vaikuttaa ristiriitaiselta. Yhtäältä yksilöiden odotetaan olevan aktiivisia toimijoita, mutta samalla väestö nähdään edelleen lähinnä valtiollisen toiminnan kohteena. Lännessä lainatut termit kilpailevat parhaillaan perinteisten neuvostotermien kanssa terveyden edistämisen sanastossa.

PAULIINA AARVA, OLGA SHEK, MARJA RYTKÖNEN

JOHDANTO

Venäjän yhteiskunnan suuret muutokset viiden toista viime vuoden aikana tarjoavat mielenkiintoisen näkökulman terveystaloudellisen ja sen retoriikan tutkimukseen. Tutkimuksen kohteena ovat viisi Venäjän terveystaloudellista asiakirjaa kolmelta vuosikymmeneltä ja niiden kielenkäyttötavat. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä koskevassa terveystaloudellisessa retoriikassa tapahtuneita muutoksia siirtymävaiheessa Venäjän muuttuessa sosialistisesta markkinatalousmaaksi. Neuvostoliiton hajottua vuonna 1991 Venäjän terveydenhuollon lakeja säädettiin ja rahoitusta organisoitiin uudelleen vastaamaan yhteiskuntajärjestelmän muutoksiin. Sosialismin aikana terveystaloudelliset linjaukset tehtiin keskusjohtoisesti Neuvostoliiton kommunistisen puolueen NKP:n päättämissä elimissä. Terveydenhuoltojärjestelmä pohjautui 1930-luvulla luodulle, N.A. Semashkon

kehittämälle mallille, jossa korostettiin mm. kansalaisten välistä tasa-arvoisuutta ja ehkäisevien terveyspalvelujen tärkeyttä (Pidde ym. 2003). Järjestelmä toimi varsin hyvin suurimman osan neuvostoaikaa (Pidde ym. 2003, Vienonen ja Vohlonen 2001). Kuitenkin on myös väitetty, että Neuvostoliitto epäonnistui jo 1960-luvulla sopeuttamaan terveysjärjestelmänsä vastaamaan sairauksien kirjossa tapahtuneisiin muutoksiin (Chernichovsky ja Potapchik 1999, Tulchinsky ja Varavikova 1996).

Maan terveystaloudellisuus ja rahoitus ovat perinteisesti suosineet sairaaloita perusterveydenhuollon sijaan ja pakollisia terveystarkastuksia yhteisötason terveyden edistämistoimien sijaan, eikä eri hallinnonalojen välistä yhteistyötä terveyden edistämiseksi ole juuri tehty (Tulchinsky ja Varavikova 1996). Kiinnostus kansainväliseen kehitykseenkin on ollut aina 2000-luvun alkuun saakka aika vähäistä (Tkachenko ym. 2000). 1980-

luvulla kävi ilmeiseksi, että terveydenhuoltojärjestelmä ei enää pystynyt ratkaisemaan ongelmia, joita kroonisten tautien lisääntyminen toi, ja vuoden 1991 vallanvaihdos vielä kärjisti tilannetta. Kansanterveys huononi dramaattisesti. Vuodesta 1991 vuoteen 1993 Venäjä koki rauhan ajan suurimmat muutokset terveystilanteessa. Syntyvyys laski 12 prosenttia ja kuolleisuus nousi 26 prosenttia (Tomer 2002). Eliniän odote Venäjällä on 14 vuotta lyhyempi kuin keskimäärin EU:n alueella. Tärkeimmät kuolleisuuden syyt ovat ei-tarttuvat taudit, tapaturmat ja myrkytykset (World Bank 2005).

Venäjällä terveyspolitiikan linjoja määritellään ja politiikkaa toteutetaan nykyisin varsin koordinoimattomasti. Vuoteen 1991 terveyden edistäminen oli liittovaltion terveysministeriön vastuualuetta, sen jälkeen vastuu siitä ja yleensä terveyspolitiikasta jakautui liittovaltion ja aluehallinnon kesken. Ongelmia syntyi, kun sen kummemmin liittovaltion hallinnossa kuin 89 itsehallintoalueellakaan ei ollut osaamista ja kokemusta terveyspolitiikan määrittämisestä tai terveydenhuollon suunnittelusta ja rahoituksesta, koska aikaisemmin politiikan ja rahoituksen päälinjat määriteltiin NKP:n keskuskomiteassa. (Chernichovsky ja Potapchik 1999). Paikallista itsehallintoa koskeva lainsäädäntö antoi myös noin 12 000 kunnalle uusia valtuuksia ja velvollisuuksia terveyden suojelussa ja edistämässä (Elmanova 2006). Terveyden edistämistä ja ehkäisevien terveyspalveluiden järjestämistä koskeva työnjako on edelleen hyvin sekava (Shchepin 2006). Sekavuutta on lisännyt vielä se, että vuonna 2000 presidentti Vladimir Putinin määräyksestä muodostetut seitsemän hallinnollista suuraluetta puuttuvat myös terveyspolitiikkaan, vaikka niillä ei ole muodollista vastuuta tästä alueesta (Danishevski ja McKee 2005).

Maan hallintojärjestelmässä terveyspolitiikan muotoilemiselle ei ole nykyisin käytössä yhteisesti eri osapuolten, kuten parlamentin (valtion duuma ja liittoneuvosto), hallituksen, presidentin hallinnon sekä alue- ja paikallishallinnon hyväksymiä käytäntöjä. Joillakin 89 itsehallintoalueesta on omat terveyden edistämisen strategiansa, kuten Vologdassa (Health Promotion in the Vologda Region 2003). Liittovaltion tasolla tällaista politiikkaa tai strategiaa koskevaa asiakirjaa tai konsensuslausumaa ei ole. Terveyden edistämistä, suojelua ja sairauksien ehkäisyä käsitellään yleisissä terveyspoliittisissa dokumenteissa eli konseptioissa, joissa esitetään tärkeimpiä, perusta-

vanlaatuisia käsitteitä ja näkemyksiä, joiden on tarkoitus olla pohjana toiminta- ja kehittämissuunnitelmille (Lisitsyn 2003). Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat esillä myös joissakin erillisissä, yksittäisiä sairauksia koskevissa kansallisissa ohjelmissa.

Venäjän terveyspolitiikkaa ja sen taustaoletuksia on tutkittu vähän. Harvoja esimerkkejä ovat yllä mainitut Tkachenko ym. (2000), Chernichovsky ja Potapchik (1999), Tulchinsky ja Varavikova (1999). Tämä johtuu siitä, että historiallisesti sosiologia, politiikan tutkimus tai hallinto- ja taloustieteet eivät olleet lainkaan, eikä niiden sallittukaan olla kiinnostuneita kansanterveyden ja terveydenhuollon tutkimuksesta (Pidde ym. 2003). Piddet ym. (2003) toteavat, että neuvostoyhteisö perustui kollektiivisuuden periaatteeseen, mikä terveyden edistämisen näkökulmasta merkitsee ajattelua ”terveestä kansasta syntyy terveitä yksilöitä”, kun taas läntisen Euroopan kansalaisyhteiskunnissa ajatellaan, että ”terveistä yksilöistä muodostuu terve kansa”. Meneillään olevasta muutosprosessista huolimatta entisenlaiset käytännöt vallitsevat, koska yhteiskunnan paradigmaa määrittävät pehmeät tekijät (asenteet, arvot, ajattelutavat ja niiden ohjaama toiminta) pysyvät muuttumattomina, vaikka kovat tekijät (talous, lait ja hallinnolliset rakenteet) ovat muuttuneet (Pidde ym. 2003, Tomer 2002, 422–431).

Terveydenhuollon uudistusta käsittelevä tutkimus on keskittynyt lähinnä uudistuksen tuomiin lainsäädännöllisiin, taloudellisiin tai organisatorisiin muutoksiin (mm. Gerasimenko 2003, Onishchenko 2003, Kalininskaja ym. 2005, Efirov ja Shamshurina 2002 ja Shishkin 2003). Ajankohtaiskatsauksia ehkäisevän toiminnan asemasta terveydenhuollossa ovat kirjoittaneet viime vuosina mm. Shchepin ja Petruchuk (2004), jotka toteavat, että terveyden edistämistä mielellään puhutaan, mutta ehkäiseviä toimia toteutetaan lähinnä paperilla. Lisitsynin (2003) mukaan vuonna 2000 hyväksytyn konseptin mukaan vastuuta ehkäisystä ollaan siirtämässä hoitotyöntekijöiltä kaikkiin yhteiskunnan ja valtion rakenteisiin, mikä merkitsee myös resurssien uudelleen suuntaamista. Tärkeitä ovat ympäristönsuojelu ja ihmisten elintapojen parantaminen (Lisitsyn 2003).

TUTKIMUSAINEISTO, -MENETELMÄT JA -KYSYMYKSET

Tutkimusaineisto koostuu viidestä terveyspoliittisesta asiakirjasta, jotka on laatunut Neuvostoliit-

ton terveysministeriö (Määräys 1988) ja Venäjän liittovaltion terveysministeriö (Lainsäädännön perusteet 1993, konseptiot 1997, 2000 ja 2003). Aineiston etsimisessä käytimme Venäjää käsittelevää on-line tietokantaa Integrumia, josta löytyy sähköisessä muodossa lakeja, poliittisia ja hallinnollisia asiakirjoja, sanoma- ja aikakauslehtiä ja tilastoja. Koska Integrumiin kerätty aineisto kattaa pääasiassa viimeksi kuluneet kymmenen vuotta ja vain satunnaisesti Neuvostoliiton aikaisia asiakirjoja, käytimme myös toista, Garant-nimistä tietokantaa, josta saimme vuoden 1988 Määräyksen.

Valitut asiakirjat ovat terveyttä, terveydenhuoltoa ja terveyden edistämistä käsitteleviä hallituksen virallisia terveystieteellisiä julkilausumia. Halusimme tutkia erityisesti siirtymävaihetta, joten valitsimme transitiota edeltävän ajan asiakirjan (1988), transition ajan asiakirjat (1993, 1997) ja transition jälkeiset asiakirjat (2000, 2003). Määrittelimme tätä tutkimusta varten siirtymävaiheeksi 1990-luvun, vaikka transitiio ei tietenkään päättynyt vuoteen 2000, vaan jatkuu edelleen.

Koska 1980-luvulla ei julkaistu yhtään konseptiota, otimme mukaan vuonna 1988 Neuvostoliiton terveysministeriön antaman määräyksen, jossa käsitellään väestön terveyden suojelua ja terveydenhuollon resurssien vahvistamista. Se on neuvostoajan viimeinen terveystieteellinen asiakirja. Siinä kuvataan yleisiä periaatteita ja annetaan linjauksia, joskin paljon yksityiskohtaisemmin kuin neljässä myöhemmässä dokumentissa. Transition alussa, vuonna 1993 julkaistuissa Lainsäädännön perusteissa määritellään Neuvostoliiton hajoamisen jälkeisen, terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön päälinjaukset. Tämän vuoksi sisällytimme sen tutkimusaineistoomme, vaikka se ei olekaan konseptio kuten toinen 1990-luvun asiakirja (Konseptio 1997). 2000-luvulta otimme mukaan molemmat konseptiot.

Kaikki valitut dokumentit ovat A 4 -kokoisia eikä niissä ole kuvia, piirroksia tai taulukoita. Määräys 1988 on varapääministerin allekirjoittama 14-sivuinen ja se sisältää 47 liitettä, Lainsäädännön Perusteet 1993 on 37-sivuinen sisältäen 12 osaa ja 69 pykälää, ja se on presidentti Boris Jeltsinin allekirjoittama. Konseptio 1997 on 11-sivuinen sisältäen kahden sivun tiivistelmän asiakirjaan liittyvästä toimenpidesuunnitelmasta. Vuoden 2000 ja 2003 asiakirjat ovat kumpikin 8-sivuisia eikä niissä ole liitteitä. Vaikka vuoden 1988 asiakirja ei olekaan saman tasoinen periaa-

teasiakirja kuin muut, vaan yksityiskohtainen määräysluettelo, otimme sen mukaan koska halusimme saada materiaalia ajalta ennen Neuvostoliiton romahtamista.

Tutkimuksen teoreettiseksi orientaatioksi valitsimme semioottisen ajattelutavan, jonka mukaan kielet ja tekstit heijastavat, luovat ja ovat osa vallitsevaa kulttuurista todellisuutta. Näin kulttuuri, tässä tapauksessa terveyden edistämisen viranomaiskulttuuri Neuvostoliitossa ja Venäjällä, määrittäytyy käytetyn retoriikan mukaan. Se myös edustaa käsitteellistä ja mentaalista valtaa, jolla ohjataan terveyden edistämiseen liittyvää ajattelua (Aarnio 1997, Pyykkö 1997, Lotman 1990).

Tarkoituksena on kuvata terveyden edistämistä koskevassa terveystieteellisessä retoriikassa tapahtuneita muutoksia. Erityisesti tarkastelemme, miten yksilön asema ja tehtävät terveyden edistäjänä on esitetty tutkimukseen valituissa asiakirjoissa. Tämä on tärkeää siitä syystä, että neuvostovaltion aikaisen valtiokeskeisyyden on tulkittu näkyvän edelleenkin väestön passiivisuudessa oman terveytensä suhteen (Cockerham ym. 2002). Pyrimme vastaamaan kahteen tutkimuskysymykseen:

1. Millaisena yksilö ja yksilön rooli terveyden edistämässä kuvataan näissä asiakirjoissa?
2. Mitä tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä venäläisen yhteiskunnan arvomuutoksista siirtymävaiheen aikana?

Analysoimme aineistoa laadullisen sisällönanalyysin (ks. Tuomi ja Sarajärvi 2002) avulla etsimällä siitä kullekin asiakirjalle tyypillisiä sekä vuoden 1988 jälkeen käytettyjä uusia sanoja, ilmauksia (esim. populjatsionnoe zdorovje = kansanterveys/väestötason terveys) ja asiointilojen kuvauksia (esim. nizki uroven kultury zdorovja = terveyskulttuurin alhainen taso). Analyysin tulokset on yhdistetty kokoavaan taulukkoon 1.

TULOKSET

Analyysin perusteella esitämme seuraavassa ensin tiivistelmän tutkituissa asiakirjoissa ilmenevistä muutoksista ja kokoamme ne seitsemään päälinjaan. Taulukossa 1 esitellään kunkin päälinjan mukaiset ydinilmaukset. Tämän jälkeen esitetään kunkin asiakirjan tarkempi analyysi erikseen ja sitten raportoidaan, miten yksilö ja yksilön asema näkyy asiakirjateksteissä. Liitteessä 1 selitetään tutkituissa teksteissä käytettyjen termien merkitykset.

MUUTOKSEN PÄÄLINJAT

1. Talouspuhe: Vuoden 1988 asiakirjan ideologiaaltaan sosialistis-poliittinen terveyden edistämistä koskeva diskurssi muuttuu 1990-luvulla taloudelliseksi ja 2000-luvulle tultaessa painotetaan kilpailukykyä ja taloudellisia säästöjä ehkäisevän terveydenhuollon perusteluina.

2. Kansainvälisyys: Kun myöhäisen neuvostoajan asiakirjassa vielä painotetaan neuvosto-saavutuksia ja -kokemuksia, niin 1990-luvulta

lähtien vedotaan kansainväliseen kokemukseen ja ilmaistaan pyrkimys integroitua kansainväliseen yhteisöön. Länsimaista perua olevaa kansanterveys-sanastoa otetaan käyttöön.

3. Huomio ongelmiin: Myöhäisen neuvostoajan terveyspoliittisessa puheessa ei tuotu esille kansanterveyden huonoa tilaa. Sen sijaan siinä painotettiin määräyksiä, suuntaviivoja ja ohjeita eri organisaatioille paremman terveyden saavuttamiseksi tulevaisuudessa. Yksittäisinä ongelmina

Taulukko 1.

Terveyden edistämisen retoriikassa tapahtuneiden muutosten päälinjat Venäjällä 15 vuoden aikana vuosina 1988, 1993, 1997, 2000 ja 2003 julkaistujen terveyspoliittisen dokumentin teksteissä teemoittain.

	1988 Sosialismin kausi	1993 Siirtymävaihe	1997 Siirtymävaihe	2000 Markkinatalous	2003 Markkinatalous
Talouspuhe	Kommunistinen ideologia, ei erillisiä taloustermejä	Pakollinen sairausvakuutus	Terveydenhuollon taloudellinen tehokkuus keskiöön	Terveydenhuollon taloudellinen tehokkuus	Terveys kilpailukykyinä
Kansainvälisyys		Kansainvälinen yhteistyö ja kansainväliset sopimukset otetaan huomioon	Tavoitteena kansainvälinen yhteistyö ja integroituminen kansainväliseen yhteisöön	Kansainvälisten kokemusten soveltaminen terveyden edistämisessä	
Ongelmat	Toimittava alkoholismien ja narkomanian poistamiseksi		Kansan terveydentilan huononeminen; terveydenhuoltojärjestelmän kriisi; sosiaalinen eriarvoisuus; yhteiskunnan ilmapiirin kiristyminen	Kansalaisten terveyden huononeminen edelleen, terveydenhuoltojärjestelmän tehottomuus	Demografinen kriisi: terveydestä kansallisen turvallisuuden perustekijä
Laitokset	Valtiollinen terveydenhuolto työ- ja opiskelupaikoilla; ehkäisevä työhoito- ja profylaktisissa laitoksissa ja kabineeteissa	Valtiolliset, alueelliset, yksityiset laitokset; Sanitaari-epidemiologisten palvelujen kehittäminen	Ehkäisevän työn lisääminen terveydenhuollossa; sanitaari-epidemiologisten palvelujen kehittäminen; terveys- ja hygieniakasvatukseen keskittyvien organisaatioiden perustaminen	Perusterveydenhuollon uudistus	Terveydenhuoltolaitosten ulkopuolella tapahtuva ennaltaehkäisy terveydenhuoltojärjestelmän rinnalle
Kohdentaminen	Terveyspalvelujen ja etuisuuksien kohdentaminen erit. sota- ja työinvaliditeille	Yleisenä prioriteettina kansalaisten oikeuksien ja vapauksien vahvistaminen sekä ennaltaehkäisevät toimenpiteet	Taistelu sosiaalisesti merkittäviä sairauksia vastaan: sukupuolitaudit, verenpainetauti	Riskitekijöiden korjaaminen ja elintapojen muuttaminen; terveys yksi hyvinvoinnin perustekijöistä	Terveys korkein arvo; hyvän elämänlaadun turvaaminen; yksilön elintapojen merkityksen korostaminen
Yksilö	Neuvostoihminen: työläinen (työssäkäyvä nainen, koululainen, opiskelija)	Kansalainen (perhe: äiti, isä, lapsi, nuori; etniset vähemmistöt; ulkomaalainen, pakolainen, vanhus, vammainen, vanki, potilas)	Kansalainen (potilas); – kansan elintapakasvatusta ja itsehoitoon kannustaminen	Kansalainen; työnantaja, palkansaaja; teini-ikäinen, nuori; nainen (synnytysikäinen); mies; vanhus; terve ihminen=taloudellinen yksikkö	
Tiedottaminen	Sanitaari-hygieniseen kasvatukseen liittyvä aatteellinen työ ja kommunistinen moraalit; valtio järjestää elintapakasvatusta	Luotettava tiedottaminen terveyteen vaikuttavista tekijöistä tärkeää	Levitetään tietoa sairauksien hoidosta muun muassa yhteistyössä median kanssa	– Medialla on kansan terveyden suojelussa erityinen rooli; – On jaettava tietoa nuorisolle alkoholin, tupakan ja huumeiden vahingollisuudesta jne. – Tiedottaminen terveellisten elintapojen merkityksestä	Terveellisistä elämäntavoista tiedottavan yleisen tietoverkoston luominen – Tiedon levittäminen monien eri kanavien kautta: TV, CD:t, lehdet yms.

mainittiin alkoholismi ja huumeiden käyttö. Nykyisessä kielenkäytössä laajat ongelmakokonaisuudet (demografiset, turvallisuus, geeniperimä, terveytilanne) nousevat keskeisiksi toiminnan perusteluiksi.

4. Laitoksista kansalaisiin: 1980-luvulla terveyttä tuli edistää erityisesti työpaikoilla, mutta myös terveydenhuollon laitoksilla, kuten poliklinikoilla ja kylpylöillä oli erittäin vahva asema. Markkinatalouden Venäjällä vastuuta jaetaan uudelleen siten, että vastuu siirtyy osaksi ei-valtiolliselle terveydenhoidolle, mutta suurimmaksi osaksi kansalaisille.

5. Kohdentaminen: Kun neuvostoajana puhuttiin yhtäältä kansalaisten yleisestä tarpeiden tyydyttämisestä ja toisaalta kiinnitettiin huomiota sosiaali- ja terveyspalveluetsuuksien kohdentamiseen erityisryhmille, niin 2000-luvulla huomio kiintyy yksilöiden riskitekijöihin ja niiden korjaamiseen korostamalla väestön elintapojen merkitystä.

6. Yksilön velvollisuudet: Passiivinen neuvostoihminen muuttuu teksteissä aktiiviseksi yksilöksi, jonka velvollisuutta itse huolehtia omasta terveydestään painotetaan.

7. Tiedon levittäminen: Puhe hygieniakasvatuksesta ja dispensersisaatiosta muuttuu vähitellen puheeksi opettamisesta ja ihmisten terveellisiä elämäntapoja koskevan tietotason kohottamisesta. 2000-luvulla puhutaan terveyskulttuurista ja sen alhaisesta tasosta, jolla tarkoitetaan epäterveellisiä elämäntapoja, tietämättömyyttä ja vääränlaisia asenteita.

MYÖHÄISSOSIALISTISEN POLITIIKAN VALTIOJOHTOISUUS (MÄÄRÄYS 1988)

Myöhäisen neuvostoajan dokumentissa yksi kansalaisten terveydenhuoltoa koskevan puheen päätekijöistä on poliittinen ideologia. Kaikin puolin tasa-arvoisen ja sosiaalisesti oikeudenmukaisen yhteiskunnan luominen kuului Neuvostoliiton sosialistisen järjestelmän kommunistisiin pääperiaatteisiin. Terveyspolitiikan tavoitteena oli, että kaikille kansalaisille elintärkeät tarpeet voitaisiin tyydyttää. Asiakirjan tyyli on julistava ja tavoittelee valtavia mittasuhteita: *”Neuvostoliiton terveysministeriön, ministeriöiden ja virastojen on neuvostokansalaisten terveyden säilyttämiseksi ja edistämiseksi toteutettava suurimittaisia toimenpiteitä sairauksien ehkäisemiseksi, kokonaisvaltaisen ja kaikkialle ulottuvan korkealaatuisen terveydenhuollon ja lääkeavun turvaamiseksi kaikille kansalaisille.”*

Ehkäisevät toimenpiteet kuuluvat tuotantoprosessin organisointiin (ns. sosialistiset kilpailut yrityksissä, viisivuotissuunnitelmat jne.) ja tuotannon tuloksia arvioitaessa huomioidaan se, miten yrityksissä, yhdistyksissä ja järjestöissä toteutetaan työläisten terveyden suojelua ja edistämistä. Vuoden 1988 asiakirjassa korostetaan, että laajojen ehkäisevien ja terveyttä edistävien toimenpiteiden toteuttaminen yrityksissä vähentää työntekijöiden sairaana olosta johtuvia tuotannon menetyksiä. Dokumentista ilmenee, että neuvostokansalaisten terveys on nimenomaan valtiollisen terveydenhuoltojärjestelmän tehtävä.

Asiakirjassa edellytetään, että kaikki kansalaiset Neuvostoliiton perustuslain mukaisesti täyttävät työssäkäyntivelvollisuutensa. Tämän vuoksi myös terveydenhuolto järjestetään ennen kaikkea työpaikkojen yhteyteen. Dokumentissa määrätään perustettavaksi ei vain hoitolaitoksia, vaan myös ”profylaktisia” laitoksia. Yhdistysten, yritysten ja järjestöjen yhteyteen perustetaan terveyskylpylöitä, lomakoteja, täysihoitoloita ja terveyskeskuksia, jotka on tarkoitettu työssäkäyvien ja heidän perheidensä terveyslomien varten. Lasten ja nuorten terveyden edistäminen toteutetaan koululaitosten yhteydessä. Asiakirjassa sanotaan, että on välttämätöntä edistää terveys- ja hygieniakasvatusta ja terveellisiä elintapoja yleissivistävissä kouluissa, sisäoppilaitoksissa, teknisissä oppilaitoksissa, ammattioppilaitoksissa ja korkeakouluissa. Siinä puhutaan myös koko väestöä koskevasta dispensersisaatiosta.

Jos ihmisellä kuitenkin ei ole mahdollisuutta saada ehkäiseviä palveluja työ- tai opiskelupaikalla, hän voi saada niitä asuinpaikaltaan (alueellinen poliklinikka). Asiakirjateksteissä korostetaan sitä, että alueellisilla poliklinikoilla on oltava erityiset sairauksien ehkäisevään toimintaan sopivat tilat, ns. profylaktiset kabinetit. Asiakirjassa tunnustetaan tiedotusvälineiden merkitys terveellisten elintapojen edistämiseksi. Sen mukaan on tärkeää tiedottaa laajasti radion, television, lehdistön ja valistuselokuvien kautta yksittäisten työyhteisöjen, väestökeskusten ja alueiden kokemuksista sairauksia ehkäisevässä ja terveyttä edistävissä toiminnassa. Tiedonvälitystyöhön liittyy keskeisesti aatteellinen puoli. Myöhäisen neuvostoajan terveyspoliittisessa asiakirjassa siis tähennetään terveyden edistämistä osana sosialistista työtä, työhyvinvointia ja terveydenhuollon laitosten toimintaa.

VALTIO TERVEYDEN TAKUUMIEHENÄ (PERUSTEET 1993)

Tässä asiakirjassa korostetaan kansalaisten oikeuksia ja vapauksia terveyden suojelun alalla ja valtion vastuuta kansalaisten terveydenhuollon takaajana. Valtio *”takaa kansalaisille terveyden suojelun riippumatta sukupuolesta, rodusta, kansallisuudesta, kielestä”*. Valtiojohtoisuus näkyy asiakirjassa vielä vahvasti. Tekstissä määritellään eri hallinnollisten yksiköiden väliset suhteet ja mukana on myös yksityinen terveydenhuoltojärjestelmä: *”Nämä perusteet ohjaavat kansalaisten, valtion organisaatioiden, taloudellisten subjektien, valtiollisen, alueellisen ja yksityisen terveydenhuoltojärjestelmän subjektien välisiä subteita kansalaisten terveyden suojelussa.”*

Dokumentissa sanotaan, että valtio takaa *”jokaisen ihmisen terveyden suojelun kansainvälisen oikeuden ja solmittujen kansainvälisten sopimusten periaatteiden ja normien mukaisesti.”* Läpi asiakirjan korostetaan kansalaisten oikeutta terveyden suojeluun. Tämä oikeus turvataan mm. ympäristönsuojelulla ja luomalla edulliset olosuhteet työlle, arjelle ja vapaa-ajalle, sekä kansalaisten kasvatukselle ja koulutukselle. Terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksesta todetaan, että hallinnollisten elimien on kehitettävä ja vahvistettava ohjelma, joka koskee pakollista Venäjän kansalaisten sairausvakuutusta. Vaikka yhdeksi terveyden suojelun peruseriaatteeksi määritellään ehkäisevät toimenpiteet, niitä ei asiakirjassa eritellä. Tekstissä määritellään ehkäisevien ohjelmien suunnittelu ja toteuttaminen niin liittovaltion, tasavaltojen kuin muiden autonomisten ja hallinnollisten alueiden tehtäväksi.

Merkille pantavaa tässä vuoden 1993 asiakirjassa on se, että siinä mainitaan ympäristönsuojelu osana terveyden suojelua. Myös säännöllinen tiedon välittäminen yhteiskunnallisesti tärkeistä sairauksista tai muista kielteisesti ihmisten terveyteen vaikuttavista tekijöistä kansalaisille mm. tiedotusvälineiden kautta on kirjattu terveyden suojelun tehtäviin. Asiakirjassa on myös mm. pykälä, jossa määritellään kansalaisen oikeus harjoittaa kansanomaisia parannuskeinoja sekä pykälä, jossa määritellään ns. eettisten komiteoiden toimintaa terveydenhoidossa. Kaiken kaikkiaan kyseessä ovat, nimensä mukaisesti, terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön perusteet, joissa määritellään yleisellä tasolla terveyden suojelun peruseriaatteet, kansalaisten oikeudet ja terveydenhuoltojärjestelmän eri osapuolien oikeudet ja vastuut.

SYSTEEMI KRIISSÄ (KONSEPTIO 1997)

Toisessa 1990-luvun dokumentissa käsitellään yksityiskohtaisemmin terveydenhuollon ongelmia ja terveyden edistämistoimia. Venäjän kansan terveytilanteen todetaan huonontuneen ja terveydenhuoltolaitosten olevan kriisissä. Siinä todetaan, että *”terveydenhuoltolaitosten toiminnan kriisi lähestyy pistettä, jonka jälkeen sitä odottaa koko systeemin romahtaminen”*. Asiakirjan perusajatus on terveydenhuollon pelastaminen sitä uudistamalla. Keskeisellä sijalla on ennen kaikkea terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen sekä lääketieteellisen koulutuksen ja henkilöstöpolitiikan laadun parantaminen. Asiakirjassa todetaan myös siirtymävaiheeseen liittyvä sosiaalinen eriarvoistuminen ja siitä johtuva yhteiskunnan ilmaisiin kiristymisen.

Asiakirjan mukaan yhteistyö kansainvälisten järjestöjen kanssa on välttämätöntä, jotta Venäjä voisi vähitellen integroitua kansainväliseen yhteisöön. Myös sairauksien ehkäisyssä tarvittavien toimenpiteiden lisääminen ja niiden priorisointi todetaan välttämättömiksi. Etusijalla on taistelu sosiaalisesti merkittäviä sairauksia vastaan, joihin kohdistetaan erityisiä toimia. Näitä ovat mm. sukupuolitaudit ja sydän- ja verisuonisairaudet. Ehkäisevä toiminta nähdään pääasiassa kuuluvan hoito- ja virkistyslaitoksille. Asiakirjassa korostetaan sanitaari- epidemiologisten palvelujen kehittämisen tärkeyttä. Tätä työtä aiotaan uudelleen organisoida tukemalla ympäristötekijöiden terveysvaikutuksien tutkimusta ja panostamalla väestön hygieniakasvatukseen ja -valistukseen.

Ehkäisevien toimenpiteiden tärkein toteuttaja on terveydenhuollon henkilöstö. Asiakirjassa esitetään, terveydenhuoltohenkilöstön palkkausjärjestelmän kehittämistä niin, että työn laatu ja määrä otetaan siinä huomioon. Toisaalta tuodaan julki tarve tehostaa väestön terveys- ja hygieniakasvatusta sekä itsehoitoa Asiakirjassa esitetään myös ajatus kansalaisten saamiseksi kiinnostumaan terveydenhuollosta ja osallistumaan aktiivisesti siihen liittyvien kysymysten ratkaisuun. Sitä, miten tämä yksilön aktiivisuus ilmenisi, ei täsmennetä. Vuoden 1997 asiakirjassa siis terveyden edistämistä esitetään kehitettäväksi osana terveydenhoitolaitosten toimintaa, mutta myös väestön aktivoiminen otetaan esille.

TERVEYS HYVINVOINTINA (KONSEPTIO 2000)

Vuoden 2000 asiakirjassa tuodaan julki huoli väestön terveydentilan huonontumisesta ja nyt asiaa perustellaan tilastotiedoin ja vertailuin ke-

hittyneisiin teollisuusmaihin: *”Viime vuosina Venäjän väestön kuolleisuus on kasvanut huomattavasti ja nyt se on 1,5 kertaa korkeampi kuin kehittyneissä maissa.(...) Lapsikuolleisuus on 2–3 kertaa korkeampi kuin kehittyneissä maissa.”*

Tilastotietoja esitetään myös epäterveellisistä elintavoista: tupakoinnista, huumeiden- ja alkoholinkäytöstä, liikunnan puutteesta ja huonosta ravitsemuksesta. Nyt ei enää puhuta terveydenhuoltojärjestelmän kriisistä, vaan järjestelmän tehottomuudesta. Asiakirjassa vedotaan kansainvälisiin kokemuksiin ja periaatteisiin ja ennen kaikkea sairauksien ehkäisyä korostaviin periaatteisiin.

Yleistä terveydentilan huonontumista selitetään toisaalta sosiaalisilla oloilla (alhainen palkkataso, pienet eläkkeet, elin- ja työolojen huonontuminen, ympäristöongelmat, ravinnon huono laatu jne.), toisaalta epäterveellisillä elintavoilla. Tilanteen korjaamiseksi ehdotetaan *”...hyvin organisoitua propagandaa lääketieteellisen ja hygieenisen tiedon lisäämiseksi väestön keskuudessa, mikä mahdollistaa sairastavuuden ja kuolleisuuden vähenemisen sekä auttaa kasvattamaan terveen ja fyysisesti voimakkaan sukupolven.”* Lisäksi mainitaan, että terveyskäyttäytyminen ja suhtautuminen omaan ja muiden terveyteen määrittelevät 50 prosenttia ihmisen terveydestä ja että on välttämätöntä korjata sosiaalisten tekijöiden aiheuttamat terveysriskit vähentämällä psyko-sosiaalista stressiä, parantamalla ravinnon laatua ja lisäämällä liikunnan ja urheilun harrastusmahdollisuuksia. Asiakirjan mukaan kansalaiset on saatava itse ymmärtämään positiivisten muutosten tärkeys elämäntavoissa ja heitä on tuettava näissä muutoksissa. Siinä korostetaan, että *”tämä strategia ei vaadi suurta taloudellista panosta, mutta voi antaa huomattavan sosiaalis-taloudellisen hyödyn.”* Keinoksi esitetään asiantuntijoiden kouluttamista terveellisiä elämäntapoja edistävään työhön. Terveys todetaan yhdeksi yhteiskunnan hyvinvoinnin perustekijöistä. Tähän liittyen ehdotetaan tieteellisesti perustellun monitorintijärjestelmän luomista, jolla seurataan sosiaalisia ja ekologisia sekä terveyskäyttäytymisen muutoksia.

Vuoden 2000 asiakirjassa terveydenhuoltojärjestelmän tehottomuutta pyritään kompensoidaan ehkäisevällä toiminnalla, koska se on taloudellisesti tehokasta. Tarkoituksena on rakentaa kansallinen malli, joka perustuu kansainvälisiin periaatteisiin. Lisäksi tuodaan entistä enemmän esille elämäntapojen merkitys terveydelle ja pyr-

kimys saada kansalaiset tiedostamaan omien elämäntapojensa terveysvaikutukset.

TERVEYDESTÄ KORKEIN ARVO (KONSEPTIO 2003)

Vuoden 2003 dokumentti puhuu terveyden edistämisestä kansallisena turvallisuus- ja kilpailukykytekijänä ja se toteaa valtion vastuun rajallisuuden. Väestön terveys on kansallisen turvallisuuden perusta ja maan strateginen potentiaali on siitä riippuvainen. Erityisesti korostetaan taistelua kärjistyvää demografista kriisiä vastaan. Tekstissä näkyy lännestä lainattua, venäjäksi käännettä kansanterveys- ja elämän laatu-sanastoa. Perinteinen kansan terveys (zdorovje naselenija) saa seurakseen ilmaukset väestötason terveys (populjatsionnoe zdorovje) ja kansanterveys (obschestvennoe zdrovoohranenie). Nämä ilmaukset juontunevat englanninkielisestä termistä *”public health”*, jolle ei vielä ole olemassa täsmällistä ja yksiselitteistä venäjännöstä.

Lisäksi asiakirjassa terveys otetaan esille kulttuurikysymyksenä, millä viitataan lähinnä kansalaisten heikkoon terveystietoisuuteen ja epäterveelliseen käyttäytymiseen. Talous-, kansanterveys- ja kulttuuripuheen rinnalla on kuitenkin vahvasti esillä myös biolääketieteellinen puhe. Todetaan mm. , että terveyden suojeleminen koskee *”sekä absoluuttisesti terveitä ihmisiä, joita on 5–7 prosenttia että niitä, joilla on 1–2 remissiovaiheessa olevaa sairautta”*. Samoin puhutaan Venäjän väestön geeniperimän (genofond) vahvistamisesta ja kehittamisestä. Tekstissä ei määritellä mitä absoluuttisella terveydellä tarkoitetaan tai millä tavoin geeniperimää voitaisiin tai miten sitä pitäisi parantaa. Keskeisenä terveydenhuollon organisoinnissa pidetään taloudellista tarkoituksenmukaisuutta. Tämä tarkoittaa muun muassa ei-lääkkeellisten menetelmien suosimista, sillä lääkkeiden kalleus tekee niiden saatavuuden vaikeaksi suurelle osalle väestöä. Asiakirjan mukaan terveys on yksi tärkeistä kilpailukykytekijöistä markkinataloudessa, tärkeä kansallinen voimavara ja sen pitäisi olla kansalaisille korkein arvo.

Terveyspoliittisena tavoitteena on perustaa terveydenhuoltoon erityisiä ehkäisevän toiminnan palveluja, kuten terveyskabinetteja, joista puhuttiin jo vuoden 1988 dokumentissa profylaktisina kabinetteina. Ehkäisy siirtyy kuitenkin entistä enemmän terveydenhuoltojärjestelmän ja sen laitojen toiminnan rajojen ulkopuolelle. Puhutaan mm. terveellisen ja turvallisen kotiympäristön luomisesta. Lisäksi esitetään jo vuoden 1988 do-

kumentissa mainittujen erityisten terveyskeskusten (tsenry zdorovja) verkoston perustamista ja asetetaan tavoitteeksi yleisen terveellisiä elämäntapoja käsittelevän tietoverkon luominen, jonka avulla väestölle jaettaisiin ajankohtaista tietoa uudenaikaisin viestinnän keinoin käyttäen tv-ohjelmia, CD-levyjä, elokuvia, terveyskilpailuja (so-revnovanija zdorovja) ja mainos- ja oheistuotteita.

TYÖLÄINEN – KANSALAINEN – VASTUULLINEN YKSILÖ

Yksilö ja yksilön rooli näyttää tutkituissa viidessä asiakirjassa hyvin erilaiselta. Vuoden 1988 Määräyksessä yksilöä edustaa neuvostoihminen, jonka terveydenhuollon ja terveyskasvatuksen kuvaukset liitetään hänen sosiaaliseen asemaansa. Neuvostoliiton aikuisväestöä kuvataan ennen kaikkea työläisinä. Lapset ja nuoret ovat koulu-laisia tai opiskelijoita Naisista puhutaan työssä-käyvinä naisina. Neuvostoajan poliittisessa diskurssissa sosiaalisen tuen antamisessa korostetaan erityisesti isänmaan puolesta tehtyjen palvelusten merkitystä. Tällöin esille nostettuja ryhmiä ovat sotainvalidit, sota- ja työveteraanit ja eläkeläiset. Nämä kansalaisryhmät ovat etuoikeutetussa asemassa terveydenhuollossa, sairaanhoidossa ja sairauksien ehkäisyssä.

Kun puhutaan väestön terveys- ja hygieniakasvatuksen tärkeydestä, terveellisten ruokatuotumusten edistämisestä ja terveydelle haitallisten tottumusten, kuten tupakoinnin, alkoholin ja huumausaineiden käytön kitkemisestä, käytetään sanaa kasvatust (vospitanie: tarkoittaa esim. lasten kasvatusta), eikä opetus (obuchenie). Mielestämme tämän termin käyttäminen osoittaa, että yksilö esitetään ennen muuta objektina, eikä subjektina. Hänelle annetaan tiedon vastaanottajan rooli. Asiakirjalle on tyypillistä terveydenhoidollinen diskurssi, jossa yksilö esitetään potilaana, jolle on turvattava hoito- tai ehkäisevät toimenpiteet. Näistä toimenpiteistä vastuussa olevina nähdään lääkärit, sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon työntekijät. Neuvostoihmisillä on terveytensä suhteen sivurooli. Tätä käsitystä tukevat tekstissä käytetyt fraasit, kuten, ”on turvattava” ja ”toteutettava” hygieniakasvatusta, ”hoitettava” potilaat, ”seurattava” koko väestön terveyttä.

Vuoden 1993 Perusteissa neuvostoihminen muuttuu käsitteeksi kansalainen (grazhdanin). Asiakirjassa korostuu puhe kansalaisten oikeuksista terveydenhuoltoon ja siinä käsitellään erikseen eri kansalaisryhmien, kuten vanhusten, per-

heiden, raskaana olevien naisten ja äitien, nuorten, vammaisten, vankien, ulkomaalaisten ja pakolaisten oikeus terveydenhoitoon. Siinä käsitellään myös terveydenhuollon henkilökunnan ammatilliset oikeudet ja vastuut. Yksilöllä on siis oikeus saada terveydenhoitoa, sosiaalista apua, tietoa, kasvatusta jne., ja valtion on taattava ne hänelle. Asiakirjan perusteella yksilön rooli on edelleen olla vastaanottava osapuoli terveyden suojelussa, mutta hän on tietoinen hänelle kuuluvista oikeuksista ja eduista.

Vuoden 1997 Konseptiossa ilmaistaan pyrkimys aktivoida kansalaisia ja lisätä heidän mielenkiintoaan oman terveyden säilyttämistä ja edistämistä kohtaan. Puhutaan myös siitä, että terveydenhoitotyöhön on tärkeää houkuttaa yksittäisiä kansalaisia. Tässä yhteydessä ei kuitenkaan konkretisoida, keitä kansalaisia tarkoitetaan ja mitä heidän toimintansa olisi. Dokumentissa puhutaan sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta ja terveydenhuollon saatavuudesta koko väestölle sosiaalisesta asemasta, tulotasosta tai asuinpaikasta riippumatta. Ennaltaehkäisevät toimenpiteet toteutettaisiin ennen kaikkea terveydenhuoltojärjestelmän ja siihen kuuluvien laitosten yhteydessä, jolloin yksilö, kansalainen, on lähinnä potilaan asemassa. Terveydenhuoltojärjestelmän työntekijät nähdään edelleen pääasiallisina toimijoina. Lisäksi terveydenhuoltoon tulee uusia virkoja: yleislääkäri, sairaalapsykologi, korkeakoulutettu sairaanhoitaja, sosiaalityön asiantuntija, terveys-talouden asiantuntija ja terveydenhuollon johtaja.

Myös vuoden 2000 Konseptiossa yksilöä kuvataan termillä kansalainen. Lisäksi mainitaan erilaisia kansalaisryhmiä: lapsi, nuori, mies, nainen (erityisesti synnytysikäinen nainen) ja vanhus. On huomattavaa, että ensimmäistä kertaa käsitellään vanhusten terveyden edistämistä. Tässä asiakirjassa puhutaan ensimmäistä kertaa myös miesten terveydestä. Terveyden edistämiseen suunnitellaan myös muiden kuin terveydenhuollon ammattilaisten osallistumista. Näiden asiantuntijoiden tehtävänä on edistää kansalaisten hygieniakasvatusta.

Vuoden 2003 Konseptio on viidestä dokumentista ainoa, joka jo otsikossaan ilmaisee tavoitteekseen terveiden kansalaisten terveyden suojelun. Nyt huomio on siirtynyt sairaasta ja potilaasta terveeseen yksilöön. Vastaavasti ensimmäisellä sijalla ei ole terveyden hoito vaan ehkäisevä toiminta. Enää ei puhuta juurikaan terveydenhuoltohenkilökunnan roolista, vaan nyt vas-

tuuta terveyden edistämisestä siirretään yksilölle itselleen. Lisäksi korostetaan, että nykyisellään kansalaisten vastuu omasta terveydestään ja heidän terveys- ja hygieniataitonsa ovat alhaisella tasolla: ”Yksilöllä ei ole henkilökohtaista vastuuntuntoa oman terveyden hoidosta ja edistämisestä. Hygieniaan liittyvät tottumukset ovat puutteellisia.” Korostetaan, että on tärkeää herättää yksilön vastuuntunto: ”Yksilössä on herätettävä sosiaalinen ja moraalinen vastuuntunto sekä kollektiivinen tietoisuus terveyden arvosta kansallisena voimavarana ja henkilökohtaisena vastuuna. Tätä tavoitetta varten käytetään kaikkia tiedonvälityksen, hallinnon, talouden ja lainsäädännön keinoja.”

Tekstissä käytetään yksilön oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvää diskurssia. Tällöin korostetaan henkilön oikeutta olla terve sekä hänen velvollisuuttaan kantaa henkilökohtainen vastuu omasta terveydestään. Tekstin mukaan ihmisellä on vastuu terveydestään itselleen, perheelleen ja valtiolle. Asiakirjassa oletetaan yksilöltä puuttuvan tieto, motivaatio ja tahto, joita hän tarvitsee ollakseen aktiivinen oman terveytensä edistämisessä. Yksilöiden ei siis nähdä toteuttavan velvollisuuttaan tällä hetkellä, vaan todetaan että ”väestön terveyskulttuuri on alhaisella tasolla”.

POHDINTA: SOSIALISMISTA MARKKINATALOUTEEN – MIKÄ ARVOISSA MUUTTUU?

Terveyspoliittisen retoriikan tasolla muutos terveyden edistämisessä liittyy sosialistisen terveydenhuoltomallin perusteiden ja periaatteiden muuttumiseen. Koska uusi, markkinatalouden malli ei 2000-luvun alussa ole vielä millään tavoin vakiintunut, myös retoriikassa kilpailevat erilaiset kielenkäyttötavat. Terveyspoliittiset dokumentit heijastavat eräänlaista realisoitumaton-ideaalia (Vrt. Shchepin ja Petrushuk 2004), joten analyysimme perusteella ei voida sanoa mitään siitä, miten julkilausuttua politiikka käytännössä toteutetaan. Analyysimme osoittaa kuitenkin, että viranomaispuhe terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä on Venäjällä kahden vuosikymmenen aikana muuttunut. Eeva Aarnio (1997) puhuu poliittisen kielen institutionalisoinnista, jolloin käsitteet ja termit sulautuvat jo aiemmin käytettyihin. Institutionalisoitumisessa, joka voi tapahtua vähittäisesti ja satunnaisesti tai nopeasti ja ohjatusti, vakiintuneeseen tapaan käyttää kieltä liitetään uusia aineksia tietoisesti tai ne tulevat sinne erityisesti suunnittelematta (Aarnio 1997). Analyysimme antaa viitteitä siitä,

että kielenkäytön muutos on sekä tietoista että satunnaista. Tietoista se näyttäisi olevan silloin, kun kuvataan terveyspolitiikan uusia, kovia tekijöitä, kuten taloudellista tehokkuutta, rahoitusjärjestelmiä, sairausvakuutusta ja yksityisiä palveluja. Pehmeitä tekijöitä ilmentävien termien käyttäminen, kuten terveyden kuvaaminen korkeimpana arvona ja yksilön oikeuksista ja velvollisuuksista puhuminen saattaa olla suunnittelemattomampaa, kovien faktojen tiedostamatonta kielellistä seurausta tai vastausta niihin.

Neuvostoliiton romahtamisen jälkeisessä vuoden 1993 Lainsäädännön perusteissa sosialismin ajan puhe neuvostokansalaisen velvollisuudesta tehdä työtä ja siihen liittyvä oikeus terveydenhuoltoon on muuttunut retoriikaksi yksilön oikeuksista ja valtion velvollisuudesta suojella yksilön terveyttä. Tietoista retoriikan muutosta ilmentää mielestämme juuri taloussanaston muukaantulo: puhe yksityisten hoitolaitosten tarpeesta ja siirtymisestä vakuutusperustaiseen terveydenhuollon rahoitussysteemiin. Konseptioon 1997 tulee mukaan ajatus terveydenhuollon taloudellisesta tarkoituksenmukaisuudesta ja tehokkuudesta, joka tulee vieläkin selvemäksi vuosien 2000 ja 2003 Konseptioissa. Vaikka vuoden 2003 Konseptiossa puhutaan myös elämän laadusta, taustalla kuitenkin on koko ajan taloudellinen aspekti. Jos vuoden 1988 Määräyksessä kansalaisten terveys ja terveydenhuolto olivatkin alisteisia ennen kaikkea työlle ja tuottavuudelle ja kommunistiselle aatteelle, niin 2000-luvun Venäjällä ihmisten terveydestä huolehtimisen individualistisen vastuun ja asenteen herättämisen tarkoitus näyttää samalla tavoin olevan työn tuottavuuden parantaminen, hyvinvoinnin lisääminen ja lisäksi vielä kilpailukyvyyn parantaminen.

Terminologian muutos vuodesta 2000 vuoteen 2003 on selkeämpi kuin muutos vuodesta 1988 vuoteen 1997, mikä voi liittyä kiihtyvään yhteiskunnan ”markkinavoimaistumiseen”. Vuoden 2003 dokumentissa käytetään selkeää markkinatalouden kieltä puhumalla ”terveestä ihmisestä talouden yksikkönä”, ”terveydestä kilpailukykytekijänä” ja ”terveydestä korkeimpana arvona”, joita ei lukijalle millään tavoin määritellä eikä niiden oikeutusta perustella. Taustalla ovat markkinatalouden tehokkuutta ja kilpailukykyä korostavat ydinarvot, jotka näyttävät viime vuosina siirtyneen myös viralliseen terveyspoliittiseen retoriikkaankin. Voidaan kuitenkin olettaa, että tällaisten termien ilmaantuminen terveyspoliittisiin teksteihin on väliaikaista, sillä niin pian kuin

terveyden edistämisen eettiset kysymykset nousevat julkiseen keskusteluun, tämäntapaiset termit saanevat väistyä miedomprien ilmausten tieltä. Länsimaiden terveystaloudellisessa puheessahan tämä asia: talouselämän mahti, tuodaan myös esiin, mutta se sanotaan paljon kätkeymmin. Esimerkiksi Suomen sosiaali- ja terveystaloudellisten strategioissa 2010 puhutaan sosiaalisesti elinvoimaisesta, taloudellisesti kestävästä, toiminnollista tehokkaasta ja dynaamisesta yhteiskunnasta (STM 2001, 6). Huolimatta 2000-luvun kielenkäytön muuttumisesta kansanterveyttä painottavaksi, venäläinen retoriikka heijastaa kuitenkin edelleen varsin medikalistista otetta esimerkiksi puhe ”absoluuttisesta terveydestä” ja ”kansan geeniperimän vahvistamisesta”, joita on vaikea kuvitella Länsi-Euroopan maiden, ainakaan Pohjoismaiden julkisiin terveystaloudellisiin asiakirjoihin.

Tutkimustuloksiamme ei voi yleistää koskemaan terveystaloudellista kieltä yleensä Venäjällä, koska tutkimme vain viittä asiakirjaa eikä tiedosamme ole tutkimustuloksia siitä, miten virallisten dokumenttien ulkopuolella, ihmisten kesken tai joukkoviestinnässä puhutaan terveydestä. On myös huomattava, että vuoden 1988 asiakirja ei ole täysin rinnastettavissa muihin tutkimuksissa analysoimiimme terveystaloudellisiin asiakirjoihin, joten tulkintoihin on suhtauduttava varauksellisesti. Kuitenkaan 1980-luvun neuvostoaikalta ei ollut muita aiheeseen liittyviä dokumentteja käytettävissä, mikä myös ilmentää aikakauden muutosta: Neuvostoliitossa terveystaloudelliseen liittyviä ongelmia käsiteltiin hyvin vähän virallisissa poliittisissa yhteyksissä.

Perustellusti voimme kuitenkin väittää, että virallisessa venäläisessä terveyden edistämispuheessa näkyvät yhteiskunnan arvopohjan muutokset liittyvät talousjärjestelmän muutoksiin, kansainvälistymiseen, kärjistyneisiin terveysoongelmiin ja pyrkimykseen ratkaista ongelmat uusin, kansainvälisestikin hyväksi koetuin keinoin. Länestä lainatut termit kilpailevatkin parhaillaan perinteisten neuvostotermien kanssa terveyden edistämisen ajattelua, periaatteita ja toimintatapoja kehitettäessä.

Vaikka tutkittujen asiakirjojen terveyden edistämiseen liittyvät termit ja niiden käyttö ovat paikoittain sekavia, on ilmeistä, että taustalla on pyrkimys siirtää vastuuta henkilökohtaisesta terveydestä valtiolta yksilölle itselleen. Tähän liittyy mm. se, että terveydestä pyritään tekemään hyvinvoinnin osatekijä, jopa tärkein arvo yhteiskun-

nassa. Samankaltaista prosessia ja diskursseja on tutkittu lännessä 1970-80-luvulta lähtien (Crawford 1977 ja 1980). Petersen ja Lupton (2000/1996) toteavat, että länsimaisten yhteiskuntien uuden kansanterveyden (new public health) retoriikka nimenomaan kohdistuu yksilöön korostamalla itsensä hallinnan ja itsekontrollin merkitystä. Kuitenkin valtiolla on yhä paternalistinen suhtautuminen kansalaisten terveyden suojeluun, vaikka se onkin verhoitu yksilön ja yhteisön vapaaehtoisen osallistumisen diskurssiin (Petersen ja Lupton 2000/1996, 65–71). Venäläisissä terveystaloudellisissa asiakirjoissa paternalistinen asenne on nähtävissä sekä neuvostoaikan että 2000-luvun teksteissä. Yksilön vastuuta korostetaan vuoden 2003 asiakirjassa, mutta sitä ei suinkaan verhota minkään taakse, vaan todetaan suoraan, että yksilön terveys on ennen kaikkea taloudellinen tekijä.

Yksilön asema jälkisosialistisessa terveyden edistämisen diskurssissa on mielenkiintoinen. Tutkimusta yksilön käsitteestä ja yksilöllisyydestä venäläisessä kulttuurissa ja yhteiskunnassa on tähän mennessä tehty vähän, ja tehtyjen tutkimusten tulokset ovat tulkinvaraisia ja moniselitteisiä (esim. Cockerham ym. 2002, Kharkhordin 1999). Venäläisessä kulttuurissa valtiovalan paternalistinen suhtautuminen kansalaisiin on syvälle yhteiskunnallisiin rakenteisiin juurtunut käytäntö, joka on näkynyt myös terveydenhuollon organisoinnissa (Rusinova ja Brown 2003, 53). Vaikka vuoden 2003 asiakirjassa puhutaan yksilön merkityksestä oman terveytensä edistäjänä, ja ensimmäistä kertaa myös terveen ihmisen terveyden edistämisestä, on lähtökohta kuitenkin se, että yksilön tieto- ja taitotaso terveysasioissa on nykyisellään heikko. Puhe kansalaisten yksilöllisestä vastuusta omasta terveydestään (vastuu itselle, perheelle ja valtiolle) esittää tosiasiaa yksityisen ihmisen vastuuttomana, kykenemättömänä ja vaila riittävää motivaatiota täyttämään velvollisuutensa oman terveytensä puolesta.

Koska yksilöt esitetään vastuuttomina ja vaila tarvittavaa tietoa, heidät kuvataan muutoksen ja tukitoimien kohteina. Heidän roolinsa toimivina subjekteina on rajoitettu, vaikka oletetaan, että heistä voi tulla subjekteja heidän tultuaan tietoisiksi terveellisten elämäntapojen tarpeellisuudesta. Näyttää siltä, että nykyistä toimintaa ainakin periaatteessa ohjaavaa vuoden 2003 konseptiä ei ole tarkoitettukaan tavallisten ihmisten luettavaksi. Ihmisten kuvaus objekteina, jotka eivät ole mukana valtion päätöksenteossa, heijas-

taa virallista, kaukaa historiasta juontuvaa tyyliä.

Todennäköisesti länsimaista suodattunut yksilön ja yksilöllisyyden ideaali tuntuu istuvan huonosti venäläiseen todellisuuteen, jossa tutkimustulostemme perustella terveyden edistämisen viralliseen retoriikkaan sisältyy ambivalentti näkemys yksilöstä. Yhtäältä katsotaan, että yksilöiden pitäisi olla aktiivisia toimijoita, mutta samalla väestö nähdään edelleen ”alhaisesta terveyskulttuurin tasosta” johtuen ennen muuta valtiollisen ja ei-valtiollisen toiminnan kohteena. Siten

nykyäänkin, samoin kuin neuvostoaikana, terveyspoliittinen retoriikka heijastaa verrattain vahvaa valtiokeskeisyyttä. Väestön vastuuta valtiota kohtaan korostetaan enemmän kuin valtion vastuuta kansalaisiaan kohtaan.

Tutkimus kuuluu Suomen Akatemian ”Muuttuva Venäjä” -tutkimusohjelman rahoittamaan tutkimusprojektiin ”Muuttuvan Venäjän terveyspolitiikka ja terveysarvot”, jossa terveyspolitiikan ohella tutkitaan myös kansalaiskäsitteitä ja median terveysviestintää.

Aarva P, Shek O, Rytönen M. Russian health policy in transition. The status and role of the individual in health promotion in health policy documents from 1988, 1993, 1997, 2000 and 2003

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2006:43:88–100

The object of investigation was health promotion discourse in five selected Russian health policy documents. The aim was to describe changes in official health promotion rhetoric during the transition period from socialist planned economy to market economy. The semiotic concept of culture was used as a methodological frame for the qualitative content analysis of the documents. The research results show that during 1990's the arguments of "serious health problems" and "international experiences" appeared to the health promotion rhetoric. Moreover, the transition was reflected in the emergence of the vocabulary of effectiveness and competitiveness, bringing out the concept of health as an economic value. The

current rhetoric of health promotion contains an ambivalent conception of the individual. On the one hand the individual is considered an active agent, but on the other, the population is still seen as an object of state measures. According to our interpretation the official health promotion discourse suggests that the changes in the values of Russian society are likely connected to the changes in the economy, to the acute health problems and to efforts to solve the problems with the help of methods proven successful in Western societies. Terms borrowed from the West are currently competing with Soviet terms in the vocabulary on health promotion.

TUTKIMUSAINEISTO

1. Määräys (1988) ”Väestön terveyden suojelun jatkuvaan parantamiseen tähtäävistä toimenpiteistä ja sen materiaalisten ja teknisten edellytysten vahvistamisesta” (Neuvostoliiton terveysministeriön määräys 5. heinäkuuta 1988, nro 528). ”О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения” (Приказ Минздрава СССР от 5 июля 1988 г. N 528)

2. Lainsäädännön Perusteet (1993) Venäjän liittovaltion kansalaisten terveyden suojelua koskien, 22.6.1993, nro 5487-1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1.

3. Konseptio (1997) terveyden suojelun ja lääketieteen kehityksestä Venäjän liittovaltiossa (hyväksytty hallituksen päätöksenä 5. mar-

raskuuta 1997, nro 1387). Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387)

4. Konseptio (2000) Venäjän liittovaltion väestön terveyden suojelusta vuoteen 2005 saakka (hyväksytty Venäjän liittovaltion hallituksen päätöksenä 31. elokuuta 2000, nro 1202-p). Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года (Распоряжение правительства РФ от 31.08.2000 № 1202-П)

5. Konseptio (2003) Venäjän liittovaltion terveiden kansalaisten terveyden suojelusta (liite Venäjän liittovaltion terveysministeriön määräykseen 21. maaliskuuta 2003, nro 113). Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации” (Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. N 113)

KIRJALLISUUS

Aarnio E. Poliittiset kielet yhteisöllisyyden vahvistajina? Teoksessa Mälkiä M, Stenvall J, toim. Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen. Tampereen yliopisto 1997:105 – 117.

Chernichovsky D, Potapchik E. Genuine Federalism in the Russian Health Care System: Changing Roles of Government. *J Health Polit Policy Law* 1999;24(1):115–144.

Cockerham WC, Snead MC, Dewaal, DF. Health lifestyles in Russia and the socialist heritage. *Journal of Health and Social Behavior* 2002; 43(1), 42–55.

Crawford R. You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Serv* 1977;7(4):663–680.

Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 1980;10(3):365–388.

Danishovski K, McKee M. Reforming the Russian health-care system. *Lancet* 2005;365:1012–1014.

Elmanova TV, Organisationsno-pravovoe obespechenije munitsipalnogo zdravooхранenija v sovremennyh uslovijah. *GlavVratsh* 2006;(1):4–9.

Efrov SA, Shamshurina NG. Prakticheskaja ekonomika zdravooхранenija Rossii. *Sotsiologicheskije issledovanija* 2002;1:152–155.

Gerasimenko NF. Sostojanie i perspektivy pravavogo regulirovanija ohrany zdorov’ja naselenija Rossiiskoi Federatsii. *Zdravooхранenie Rossiiskoi Federatsii* 2003;2:3–7.

Health Promotion in the Vologda Region, Strategic Plan 2003–210. Vologda 2003. Luettu 15.1.2006: <http://www.vologda-oblast.ru/Periodic/FILE%20ENG/590.pdf>

Kalininskaja AA, Korolev OP, Bal’zamova LA, Meshcherjakov DG. Formy profilakticheskoi raboty meditsinkih uchrezhdenii. *Problemy sotsial’noi politiki* 2005;3:29–32.

Kharkhordin O. The collective and the individual in Russia: a study of practice. University of California Press, Berkeley 1999.

Lisitsyn JuP. O kontseptsii strategii ohrany zdorov’ja. *Problemy sotsial’noi gigieny, zdravooхранenija i istorii meditsiny* 2003;2:7–10.

Lotman YuM. The semiosphere. Teoksessa Lotman YuM. *Universe of the mind*. London: I.B. Tauris & Co Ltd. 1990:123–214.

Onishchenko GG. O praktike primenenija Federal’nogo zakona ”O sanitarno-epidemiologicheskome blagopoluchii naselenija”. *Zdravooхранenie Rossiiskoi Federatsii* 2003;4: 17–23.

Petersen A, Lupton D. The new public health: health and self in the age of risk. Sage publications, London, Thousand Oaks, New Delhi 2000/1996.

Pidde A, Krivosheev G, Kiselev A. Bringing Out the Russian Health-Care System Out of Its Crisis. *Sociological Research* 2003;42:81–96.

Pyökkö R. Venäläistä poliittista retoriikkaa. Teoksessa Mälkiä M, Stenvall J, toim. Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen. Tampereen yliopisto 1977:133–147.

Rusinova NL, Brown JV. Social inequality and strategies for getting medical care in post-Soviet Russia. *Health* 2003;7(1):51–71.

Shchepin VO, johtaja, Federal Research Centre for Public Health, Moskova. *Suullinen tiedonanto* 14.2.2006.

- Shchepin VO, Petruchuk OE. Profilaktika v uslovijah reformirovanija rossiiskogo zdravooхранenija. Problemy sotsial'noi gigieny, zdravooхранenija i istorii meditsiny 2004;2:29–33.
- Shishkin S. Besplatnoe zdravooхранenie: real'nost' i perspektivy. Sotsiologija meditsiny 2003;1.
- STM. Sosiaali – ja terveystalitiikan strategiat 2010. Sosiaali- ja terveystalitiikan julkaisuja 2001:3. Helsinki 2001.
- Tkatchenko E, McKee M, Tsouros AD. Public health in Russia: the view from the inside. Health Policy Plan 2000;15(2):164–9.
- Tomer JF. Intangible Factors in the Eastern European Transition: A Socio-Economic Analysis. Post-Communist Economies 2002;14(4):421–444.
- Tulchinsky TH, Varavikova EA. Addressing the Epidemiologic Transition in the Former Soviet Union: Strategies for Health System and Public Health Reform in Russia. *Am J Public Health* 1996;86(3):313–320.
- Tuomi, J, Sarajarvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi: Helsinki 2002.
- Vienonen MA, Vohlonen IJ. Integrated health care in Russia: to be or not to be? *International Journal of Integrated Care* 2001;1:2.
- World Bank. Dying too young. Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation. The World Bank. Washington 2005.

PAULIINA AARVA
YTT, dosentti, tutkija
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden laitos

OLGA SHEK
M. Soc. Sc., tutkija
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden laitos

MARJA RYTKÖNEN
FT, tutkija
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden laitos

LIITE I. Tutkituissa Venäjän terveystalitiikkaa käsittelevissä vuosina 1988, 1993, 1997, 2000 ja 2003 julkaistuissa asiakirjoissa käytettyjä termejä

Dispanserisaatio = Määräajoin tehtävät, tiettyjen väestöryhmien terveystarkastukset, joiden tarkoituksena on ehkäistä sairauksia ja havaita niitä varhaisessa vaiheessa.

Hygieniakasvatus = Tiedon levittäminen väestölle terveellisistä elintavoista ja sellaisista sanitaarisen kulttuurin taidoista, joiden avulla suojellaan ja vahvistetaan terveyttä.

Poliklinikka = Useiden lääkäreiden vastaanottotila, joka voi sijaita sairaalan yhteydessä tai sen ulkopuolella, poliklinikalla työskentelee yleensä sisätautilääkäreitä, lastenlääkäreitä ja gynekologeja; poliklinikat vastaavat lähinnä suomalaisia terveyskeskuksia, mutta niissä ei juuri työskentele yleislääkäreitä, koska Venäjällä näitä on hyvin vähän.

Profylaktinen kabinetti = Erillinen poliklinikassa sijaitseva huone, jossa asiakkaalle annetaan terveysneuvontaa esim. ravitsemuksesta, liikunnasta tai tupakoinnista. Yleensä lääkärit lähettävät potilaan tällaiseen neuvontapisteeseen.

Profylaktinen laitos = Yleisnimitys laitoksille, joissa tarjotaan joko neuvontaa tai virkistyspalveluja, esim. lasten ja naisten neuvolat, kylpylät ja virkistyskeskukset.

Propaganda = Perinteisesti sanalla on sosialismin aikana viitattu kansalaisten aatteelliseen kasvatukseen. Nykyisin sillä viitataan yleiseen tiedon levittämiseen. Terveellisen elämäntavan propagandalla (propaganda zdorovogo obraza zhizni) tarkoitetaan lähinnä terveyskasvatusta.

Sanitaari-epidemiologiset palvelut = Ympäristön terveyden ja turvallisuuden takaamiseen liittyvät palvelut.

Terveydenhoitolaitos = Terveydenhuoltojärjestelmässä toimivat laitokset, kuten sairaalat, poliklinikat, kylpylät ja terveysneuvontaa antavat laitokset.

Terveyskabinetti = Erillinen vastaanottotila, jossa asiakkaalle annetaan terveyttä edistäviä ja kuntouttavia palveluja.

Terveyskeskus = Termi, jota käytettiin sekä vuoden 1988 että vuoden 2003 dokumentissa. Kummassakaan ei ole määritelty mitä termillä tarkoitetaan. Terveyskeskus-sana ei ole yleisesti käytössä nykyvenäjän kielessä eikä terveyskeskuksia ole olemassa.